

BA ritgerð

Viðhorf almennings til geðraskana

Pórir Björn Sigurðarson



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið
Leiðbeinandi: Jakob Smári
Febrúar 2009

Efnisyfirlit

1. Hvað er stimplun.....	3
1.1 Hugtakalegur bakgrunnur stimplunar.....	5
1.2 Neikvæðar afleiðingar stimplunar.....	6
1.3 Stimplun og meðferð.....	7
2. Sjálfstimplun (<i>self stigma</i>).....	8
2.1 Áhrif þess að viðurkenna veikindi sín.....	10
2.2 Afhjúpun þráhugsana í meðferð.....	13
3. Stimplun og félagsleg fjarlægð.....	14
3.1 Þættir sem hafa áhrif á félagslega fjarlægð.....	14
4. Áhrif erfðafræðilegra orsaka á stimplun.....	16
4.1 Samanburður á erfðafræðilegum og félagssálfræðilegum skýringum.....	17
4.2 Áhrif eignunarkenningarinnar og erfðafræðilegrar nauðhyggju á stimplun.....	18
5. Stimplun og geðraskanir í sögulegu samhengi.....	20
5.1 Viðhorf til geðraskana og meðferð fyrir á öldum.....	21
6. Tengsl geðraskana og snilligáfu.....	27

Stimplun almennings á fólki með geðröskun byggist á samspili margra félagslegra þátta og getur meðal annars haft mikil áhrif á meðferðarnýtingu og meðferðarheldni. Stimplun er oftast mæld sem þörf fólks til að halda félagslegri fjarlægð frá fólki með geðröskun. Niðurstöðurnar í rannsókn Feldman og Crandall (2007) sýndu að þrír þættir virðast skipta mestu máli hvað varðar félagslega fjarlægð frá fólki með geðröskun; Persónuleg stjórn, hætta og hversu sjaldgæf röskunin er. Sumir fræðimenn telja að útbreiðsla þess sjónarmiðs að líffræðilegir þættir frekar en félagsálfræðilegir orsaki geðraskanir muni draga úr neikvæðum viðhorfum almennings. Niðurstöður rannsóknar Dietrich o.fl. (2004) benda hins vegar til þess að félagsleg fjarlægð aukist þegar líffræðilegir þættir eru taldir vera orsök geðröskunar. Phelan (2005) fann ekki þessi áhrif en rannsókn hans sýndi hins vegar að félagsleg fjarlægð frá systkinum fólks með geðröskun jókst þegar líffræðilegir þættir voru taldir vera orsök röskunarinnar. Samanburður á rannsóknnum sem gerðar voru í kringum 1950 annars vegar og 1996 hins vegar sýndi meðal annars að hugmyndir almennings um hversu hættulegt fólk með geðröskun er jukust töluvert milli ára.

Stimplun (*stigma*) er áhrifamikið fyrirbæri sem hefur margvísleg áhrif á þá sem fyrir henni verða (Link og Phelan, 2001). Samkvæmt Crocker og fleirum (1998) á stimplun (*stigmatization*) sér stað þegar einstaklingur býr yfir eða er talinn búa yfir einhverjum eiginleika sem gefur til kynna hver hann er og veldur því að hann er ekki mikils metinn í félagslegu samhengi. Stimplun getur verið sýnileg eða ósýnileg, viðráðanleg eða óviðráðanleg og háð útliti (líkamleg vansköpun), hegðun (barnaníðingar) eða átt við um hóp af fólki (til dæmis fólk af afrískum uppruna).

Í skilgreiningu Link og Phelan (2001) þá er stimplun samspil milli flokkunar, staðalmynda, aðskilnaðar, stöðumissis og mismununar í félagslegum aðstæðum. Jafnvel þó að sérhvert þessara hugtaka sé oft notað jöfnum höndum við stimplun, þá telja Major og O'Brien (2005) að stimplun sé breiðara og gildishlaðnara hugtak. Link og Phelan (2001) leggja áherslu á að skilgreiningar á stimplun fólks með geðröskun séu ekki algildar og að það ætti alltaf að vera skýrt hvaða skilgreiningar sé verið að nota við rannsóknir. Ennfremur telja þeir að skilgreiningar í orðabókum eins og að stimplun sé „smánarblettur“ séu engan veginn fullnægjandi.

Stimplun hefur verið tengd við ýmsa neikvæða þætti eins og til dæmis andleg veikindi, líkamleg veikindi, slakan námsárangur, verri félagslega stöðu, fátækt, takmarkaðan aðgang að húsnæði, menntun og atvinnu (Allison, 1998, Clark og fl., 1999 og Yinger 1994).

Fólk sem glímir við geðröskun þarf oft að takast á við tvenns konar vanda. Í fyrsta lagi þarf það að eiga við einkenni röskunarinnar og getur því þurft að kljást við

kvíða, ofskynjanir, ranghugmyndir, sveiflur í lunderni og/eða önnur einkenni. Þessi einkenni gera það að verkum að fólk með geðraskanir á í erfiðleikum með að vinna eðlilega vinnu og hugsa um sig sjálf. Í öðru lagi þá getur skilningsleysi og fáfræði almennings um margvíslegar geðraskanir leitt af sér stimplun. Margt fólk sem heldur röskun sinni nægilega vel í skefjum til að geta unnið á oft í erfiðleikum með að finna góð störf vegna þess að atvinnurekendur mismuna því vegna stimplunar.

Hér verður fjallað um viðhorf almennings til fólks með geðraskanir og hugtökunum stimplun og sjálfstimplun (*self stigma*) gerð skil. Fyrst verður fjallað um skilgreiningar á stimplun, hugtakalegan bakgrunn þess, neikvæðar afleiðingar sem stimplunin getur haft í för með sér og áhrif á meðferðarnýtingu og meðferðarheldni. Næst verður fjallað um hvort að útbreiðsla þess sjónarmiðs að orsakir geðraskana séu líffræðilegar muni verða til þess að viðhorf almennings til geðraskana batni. Einnig verður fjallað um félagslega höfnun og tengsl hennar við stimplun. Því næst verða viðhorf til geðraskana skoðuð í sögulegu samhengi og rannsóknir á viðhorfum almennings til fólks með geðraskanir á ólíkum tímum bornar saman. Viðhorf til fólks með geðraskanir eru ekki öll neikvæð og því er að lokum fjallað um hugmyndir fólks um tengsl snilligáfu og geðsjúkdóma.

1. Hvað er stimplun

Samkvæmt Corrigan og fleiri (2005) felur stimplun almennings á geðröskunum í sér nokkrar kjarna forsendur. Í fyrsta lagi felst hún í hræðslu og útilokun (*exclusion*): að fólk með geðraskanir beri að forðast. Í öðru lagi er það valdbodshneigð eða ráðriki: að fólk með alvarlega geðröskun sé óábyrgt og aðrir eigi að sjá um að taka lífsákvæðanir fyrir það. Í þriðja lagi er það forsjárhyggja sem felst í því að fólk með alvarlega geðröskun sé barnslegt og því þurfi að veita umsjá. Þessi viðhorf leiða til hegðunar gagnvart fólki með geðröskun sem einkennist af mikilli mismunun. Fólk er til dæmis síður líklegt til að ráða einstaklinga með geðröskun í vinnu (Bordieri og Drehmer, 1986) eða leigja þeim íbúð (Page, 1977) og líklegra til að ákæra fólk með geðröskun fyrir ofbeldisfulla glæpi að ósekju (Steadman, 1981).

Því er oft tekið sem sjálfsögðum hlut að aðgreina milli ólíkra hópa í samfélaginu og að stimpla fólk samkvæmt því. Samt sem áður krefst slík aðgreining alltaf mjög mikillar einföldunar og flest allur mismunur milli fólks er hundsáður. Til dæmis skiptir hárlitur eða skóstærð ekki neinu máli um það hvernig fólk lítur á og

metur aðra menn. En aðrir eiginleikar eins og hörundslitur, tekjur eða kynhneigð geta skipt miklu máli í þessu tilliti. Þannig að það virðist vera sem það sé einskönar samfélagslegt val hvaða eiginleikar mannfólksins skipta máli félagslega og hverjir ekki (Corrigan, og fl., 2005). Þegar skoðuð eru augljós einkenni manna þá er engin skýr lína milli þess að vera svartur eða hvítur og því síður milli andlegrar heilsu og geðröskunar. Í þessu samhengi er mikilvægt að nefna að stimplun felur oft í sér aðskilnað á „okkur“ frá „þeim“. Þessi aðskilnaður felur í sér þá hugmynd að það sé grundvallarmunur á „okkur“ og „þeim“, og að „þeir“ séu það eitt sem stimplunin segir og verða þannig allt öðruvísi fólk (Link og Phelan, 2001).

Beiting tungumálsins leiðir oft í ljós notkun stimplunar til aðgreiningar. Það er til dæmis algengara að talað sé um „geðklofa“ frekar en „einstakling sem greindur er með sjúkdóminn geðklofa“. Með líkamlega kvilla er þessu oftast öðruvísi háttað. Á þennan hátt þá getur tungumálið verið kraftmikil uppspretta og birtingarmynd fordóma (Link og Phelan, 2001).

Félagssálfræðingar hafa tilgreint mismunandi vitsmuna-, tilfinninga- og hegðunarlega þætti er varða stimplun almennings á fólki með geðröskun. Þessir þættir eru staðalmyndir, fordómar og mismunun. Staðalmyndir eru árangursrík leið til að flokka upplýsingar um mismunandi hópa vegna þess að þær fela í sér sameiginlegar skoðanir eins hóps um annan. Þær eru árangursríkar í þeim skilningi að þær gera fólki kleift að mynda skjótt væntingar til þess hóps sem staðalmyndin á við um (Hamilton og Sherman, 1994). Fólk er þó ekki alltaf sammála þeim staðalmyndum sem það þekkir. Margir eru til dæmis meðvitaðir um mismunandi staðalmyndir um ólíka kynþætti en eru samt ekki endilega sammála þeim. Þeir sem búa yfir miklum fordómum aðhyllast neikvæðu staðalmyndirnar og afleiðingin er að þeir bregðast neikvætt við því fólki sem þeir hafa fordóma gegn. Fordómar leiða til mismununar og geta jafnvel leitt til fjandsamlegra viðbragða. Í samhengi við geðraskanir þá getur sá sem er með mikla fordóma haldið aftur af hjálp í neyð eða talið réttarkerfið betri kost en heilbrigðiskerfið þegar einhver sem þjáist af geðröskun brýtur af sér (Corrigan, 2000).

Samkvæmt Corrigan og fl. (2005) eru staðalmyndir og fordómar ekki nægjanlegar forsendur fyrir stimplun. Hann telur að bág félagsleg og efnahagsleg staða sé einnig nauðsynleg til að hægt sé að brennimerkja eða setja smánarblett á einhvern. Ef einstaklingur með geðröskun myndar staðalmynd og fordóma gegn starfsfólki geðdeildar þá er ólíklegt að starfsfólkið verði stimplað samkvæmt þeim

vegna þess að einstaklingurinn með geðröskunina hefur einfaldlega ekki félagslegan kraft til þess að gera svo.

1.1 Hugtakalegur bakgrunnur stimplunar

Þegar skoðaður er hugtakalegur bakgrunnur stimplunar þá eru hugtök Corrigan og hugtök Link leiðandi í rannsóknum. Corrigan og félagar einblína á vitsmuna- og hegðunarlega þætti stimplunar gagnvart fólki með geðraskanir eins og staðalmyndir, fordóma og mismunun. Þegar þessir kjarnaþættir eru skoðaðir er unnt að rannsaka ólíka þætti neikvæðra viðhorfa og hegðunar gagnvart fólki með geðröskun. Kostur þessa líkans er sá að það gerir fræðimönnum kleift að greiða úr mismunandi fyrirbærum sem liggja að baki stimplunar almennings og auðveldar frekari rannsóknir (Corrigan og fl. 2005).

Link og Phelan (2001) leggja áherslu á tvo félagslega þætti. Í fyrsta lagi er ein forsenda stimplunar sú að tekið sé eftir mismun milli fólks, að sá mismunur sé talinn vera eitthvað sem skiptir máli félagslega og að fólk sé stimplað samkvæmt honum. Í öðru lagi telja þeir að til þess að stimplun hafi alvarlegar afleiðingar verði stimplaði hópurinn að vera í veikari stöðu félagslega en hópurinn sem stimplar. Til dæmis þá byggist grín sem gert er að sterkum hópum eins og stjórnmaláamönnum oft á staðalmyndum en leiðir þó ekki til mismununar og er þar af leiðandi ekki stimplandi.

Jafnvel þó að líkönin tvö séu vel samrýmanleg þá virðist vera sem þau sýni eilítið ólíkar afleiðingar hvað varðar aðferðarfræði, niðurstöður og túlkun á rannsóknum. Link og félagar einblínu í rannsóknum sínum á væntingar og reynslu af því að lenda í að vera stimplaður og hvaða afleiðingar það hefur á sjálfsálit (Link, Mirotznic og Cullen, 1991; Link, Struening, Rahav, Phelan og Nuttbrock, 1997). Þannig að áherslan hjá þeim er á það sem við köllum sjálfstimplun (*self stigma*). Rannsóknir Corrigan og féлага einblína eins og áður sagði á þrjá þætti stimplunar; staðalmyndir, fordóma og mismunun. Þannig að rannsóknir þeirra einblína á stimplun almennings gagnvart fólki með geðröskun. Nýlega hafa rannsóknir Corrigan og féлага verið að brúa bilið milli þessara tveggja áherslna með því að taka með hugmyndir um stimplun sjálfsins og skilning þeirra sem þjást af geðröskun á þeirri mismunun sem stimplunin felur í sér (Corrigan og Watson, 2002).

1.2 Neikvæðar afleiðingar stimplunar

Neikvæðar afleiðingar sem hljótast af stimplun fólks með geðraskanir eru margvíslegar. Í fyrsta lagi leiðir stimplun til mismununar sem fólk með geðröskun upplifir í samböndum sínum við aðra og til neikvæðra staðalmynda í fjölmiðlum. Í öðru lagi þá getur hún leitt til þess að opinberar stofnanir takmarki tækifæri þeirra sem greinast með geðröskun. Þetta má til dæmis sjá í þeim peningum sem eru nýttir í geðsvið samanborið við þá fjármuni sem notaðir eru almennt í heilbrigðiskerfinu (Corrigan og Watson, 2003; Matschinger og Angermeyer, 2004). Fleiri neikvæðar afleiðingar stimplunar tengjast því hvernig fólk með geðröskun bregst við þeirri reynslu að vera stimplað í samfélaginu. Jafnvel þó að gæði og árangur geðheilbrigðis meðferðar og þjónustu hafi stórbatnað síðustu 50 ár þá sniðgengur margt fólk sem hefur þörf fyrir hjálp meðferð eða hættir snemma í meðferð. Ein af mörgum ástæðum fyrir þessu er ótti við að vera stimplaður sem geðveikur. Í grein Corrigan (2004) skoðar hann hvort þetta vandamál eigi almennt við um geðraskanir eða sé mismunandi eftir greiningu og/eða stigi skerðingar sem tengist geðröskun. Rannsóknir á því eru misvísandi. Annars vegar benda sumar rannsóknir til þess að stimplun sé óháð greiningu og því hversu mikil skerðing fylgir röskuninni. Einnig kemur fram í þessum rannsóknum að fólk sem fær greiningu sæti stimplun meira heldur en fólk sem upplifir annarskonar heilsuvandamál (Corrigan og fl. 2000, Weiner, Magnusson, og Perry, 1988). Hins vegar benda aðrar rannsóknir til þess að almenningur mismuni milli geðsjúkdóma í stimplun sinni, þá er talið að fólk með geðhvarfasjúkdóma sé stimplað harkalegar heldur en fólk með þunglyndi og kvíðaraskanir (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve, og Kikuzava, 1999). Ennfremur þá virðist þátttaka og meðferðarheldni vera meira vandamál meðal fólks sem greint er með geðhvarfasjúkdóma (Fenton, Blyler, og Heinssen, 1997).

Neikvæðu áhrifin sem hljótast af stimplun almennings er einnig að sjá innan heilbrigðiskerfisins. Fólk sem er stimplað geðsjúkt fær lakari heilbrigðisþjónustu heldur en fólk sem þjáist ekki af geðröskun. Druss og fleiri gerðu tvær rannsóknir sem benda til þess að fólk með geðröskun njóti síður lækniástoðar heldur en fólk sem ekki er stimplað á þennan hátt (Dasai, Rosenheck, Druss og Perlin, 2002; Druss og Rosenheck, 1997). Þessi niðurstaða bendir til þess heilbrigðisstarfsfólk mismuni ekki síður fólki með geðraskanir heldur en aðrar stéttir samfélagsins. Ennfremur benda rannsóknir til þess að fólk með geðraskanir njóti ekki sömu trygginga og fólk sem ekki er greint með geðsjúkdóm (Druss og Rosenheck, 1998).

1.3 Stimplun og meðferð

Flestir klínískir meðferðaraðilar aðhyllast ákveðin inngríp fyrir ólíkar geðraskanir og þessi inngríp hafa verið studd með rannsóknum (Gibbs og Gambrill, 2002). Þrátt fyrir ofgnótt gagnlegra inngrípa er tvennt sem kemur í veg fyrir árangursríka meðferð. Annars vegar þá sækist margt fólk sem á við geðröskun að stríða aldrei eftir meðferð og hins vegar þá fer sumt fólk í meðferð en mistekst að fylgja að fullu fyrirmælum meðferðaraðila. Ein rannsókn sýndi að minna en 30% af fólki með geðröskun tók þátt í meðferð (Regier og fl., 1993) og í rannsókn Kessler og fleiri (2001) sóttist minna en 40% fólks með geðröskun eftir meðferð við vandamálum sínum. Hugsanlega skýrir þetta lága hlutfall fólks sem sækist eftir meðferð að fólk með minniháttar aðlögunarvandamál kys frekar að þola þau óþægindi sem fylgja röskuninni sem það þjáist af frekar en að tengjast geðheilbrigðiskerfinu (Corrigan, 2004).

Corrigan (2004) er sammála þeirri hugmynd að stimplun almennings sé mikilvægur þáttur í nýtingu meðferðar og hann setur fram fern félagsleg og vitsmunaleg ferli sem hafa áhrif: vísbendi, staðalmyndir, fordóma og mismunun. Almennigur virðist draga ályktanir um geðraskanir útfrá 4 vísbendum: sálfræðilegum einkennum, takmörkunum í félagsfærni, útliti og flokkun (*labeling*) (Corrigan, 2000; Penn og Martin, 1998). Mörg sálfræðileg einkenni alvarlegra geðraskana eins og til dæmis óviðeigandi tilfinningaviðbrögð og undarleg hegðun eru augljós merki um geðraskanir og leiða oft til stimplandi viðbragða hjá almenningi (Link, Cullen, Frank og Wozniak, 1987; Penn og fl., 1994). Ennfrekar þá leiðir slök félagsfærni oft til stimplunar (Mueser, Bellack, Douglas og Morrison, 1991). Rannsóknir benda einnig til þess að skrýtið líkamlegt útlit geti leitt til stimplandi viðhorfa almennings. Til dæmis „Þessi ósnyrtilegi maður á bekknum þarna hlýtur að vera geðveikur“ (Eagly, Ashmore, Makhijani og Longo, 1991; Penn, Mueser og Doonan, 1997).

Það er þó mikilvægt að nefna að það er hægt að miseigna einhverjum geðröskun á þessum þremur forsendum. Alveg eins og þessi vísbendi geta gert það að verkum að heilbriggt fólk sé stimplað með geðröskun þá getur fjarvera þeirra gert það að verkum að fólk með geðröskun sé talið heilbriggt. Margt fólk getur leynt geðröskun sinni án þess að fjölskylda eða vinir geri sér grein fyrir ástandinu. Mörk stimplunar verða því óljós vegna þessa og nokkrar rannsóknir benda til þess að flokkun geti verið ástæðan (Jones o. fl., 1984; Link 1987; Scheff, 1974). Flokkun leiðir til stimplunar

almennings gagnvart fólki með geðröskun á tvennan hátt. Annarsveggar þá getur fólk verið flokkað af öðrum (til dæmis getur sálfræðingur sagt einhverjum frá því að X sé með geðröskun) og fólk getur verið flokkað með tengslum (manneskja sem gengur út af skrifstofu sálfræðings getur verið álitin með geðröskun). Þannig gæti til dæmis starfsmaður á geðdeild verið álitinn vera með geðröskun þegar einhver sér hann koma til vinnu.

Félagslegar rannsóknir hafa sýnt öfugt samband milli stimplunar almennings og þess hvort fólk leiti sér hjálpar við vandamálum sínum. Niðurstöður einnar rannsóknar sýndu að fólk sem kenndi einstaklingunum um eigin geðröskun og var tregt til að veita fólki með geðröskun hjálp í neyð er síður líklegt til að leita sér hjálpar við slíkum vanda (Cooper, Corrigan og Watson, 2003). Í annarri rannsókn sem Kessler og fleiri gerðu (2001) komu í ljós nokkrar skoðanir sem fólk hefur og koma í veg fyrir að það leiti sér hjálpar. Þessar skoðanir voru meðal annars áhyggjur af því hvað öðrum myndi finnast og vilji til að ráða sjálf fram úr vandamálunum.

2. Sjálfstimplun (*self stigma*)

Sjálfstimplun vísar til viðbragða fólks sem tilheyrir stimpluðum hópi og snýr neikvæðum viðhorfum almennings gegn sjálfu sér. Líkt og stimplun almennings samanstendur sjálfstimplun af staðalmyndum, fordómum og mismunum. Til að byrja með þá samþykkja þeir sem snúa stimpluninni gegn sér neikvæðu staðalmyndina. Því næst leiðir sjálfstimplun til neikvæðra tilfinningaviðbragða og þá sérstaklega litlu sjálfsálits og sjálfstrausts (*self-efficacy*) (Corrigan og fl., 2005). Sjálfstraust er oftast skilgreint sem væntingar sem fólk hefur til þess að geta á árangursríkan hátt sýnt viðeigandi hegðun í tilteknum aðstæðum (Bandura, 1997, 1989). Að endingu leiðir sjálfstimplun til ákveðinnar hegðunar. Vegna neikvæðrar sjálfsmýndar sem fólk með geðröskun hefur er líklegt að því mistakist að stunda vinnu eða að sjá um sig sjálft. Þetta gerist ekki alltaf sem afleiðing af geðröskuninni sjálfri heldur líka vegna þeirrar hegðunar sem endurspeglast í því að mismuna sjálfum sér. Margt fólk sem haldið er geðröskun þekkir staðalmyndir almennings um geðsjúkdóma eins og til dæmis þá skoðun að fólk með geðraskanir sé óhæft til margra verka (Corrigan og fl., 2005). En þekkingin á staðalmyndunum ein og sér leiðir ekki nauðsynlega til sjálfstimplunar ef fólk er meðvitað um þær en viðurkennir þær ekki. Þannig að sem betur fer fyrir marga

sem þjáist af geðröskun þá leiðir þekking á staðalmyndum ekki ein og sér til sjálfstimplunar.

Rannsóknir hafa sýnt að þátttaka í athöfnum daglegs lífs og sjálfstimplun eru andstæðir pólur á samfellu. Á öðrum endanum er fólk sem verður fyrir miklum áhrifum af neikvæðum væntingum almennings til geðraskana. Þessi neikvæðu viðhorf leiða síðan til þess að fólk þróar með sér lágt sjálfsálit sem getur þróast út í sjálfstimplun. Á hinum endanum er fólk sem þjáist af geðröskun en þrátt fyrir skerðinguna hefur það jákvætt sjálfsálit og geðröskunin íþyngir því ekki á sama hátt (Corrigan og fl., 2005). Niðurstöður rannsókna eru ekki samhljóða þegar skoðað er hverjir þeirra sem greinast með geðröskun þróa með sér sjálfstimplun og hverjir ekki. Sumar rannsóknir benda til þess að fólk sem þjáist af geðröskun og er meðvitað um neikvæð viðhorf sýni minna sjálfsálit (Link, Cullen, Frank og Wozniak, 1987; Link, Cullen, Struening og Markowitz 1992; Rosenfield, 1997). Aðrar rannsóknir sýna ekki þessi áhrif (Hayward og Bright, 1997). Það sem kemur kannski meira á óvart er að sumir stimplaðir minnihlutahópar sýndu aukið sjálfsálit, til dæmis fólk sem þjáðist af líkamlegri fötlun (Hoelter, 1983; Llewellyn, 2001). En hvers vegna fólk bregst mismunandi við neikvæðum viðhorfum og staðalmyndum er óljóst.

Corrigan og félagar (2005) hafa þróað líkan til að reyna að varpa betra ljósi á hvaða ferli eiga hlut að máli. Fólk sem uppfyllir þau skilyrði að tilheyra stimpluðum hópi en samsamar sig ekki með honum er líklegt til að sýna skeytingarleysi gagnvart stimpluninni og finnst hún ekki eiga við sig. Hins vegar þá virðist fólk sem samsamar sig við stimplaða hópinn hafa fordóma gagnvart sjálfu sér (Jetten, Spears og Manstead, 1996). Viðbrögðin ráðast af því hvort fólkinu finnst stimplunin réttmæt eða ekki. Ef fólki finnst viðhorfin sem leiða til hennar sanngjörn þá er líklegt að sjálfsálit og sjálfstraust þeirra sé ekki mikið. Ef hins vegar fólki finnst stimplun almennings röng og óréttlát þá bregst það við með réttmætri reiði (Frible, Wortman og Joseph, 1997).

Hugsanlega skiptir aldur máli um þau áhrif sem fólk verður fyrir vegna stimplunar almennings og einnig um nýtingu á geðheilbrigðisþjónustu. Rannsókn sem tók til 92 sjúklinga sem greindir hafa verið með þunglyndi kannaði áhrif aldurs á skynjaða stimplun gagnvart sér og nýtingu á þjónustu geðsviðs (Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Friedman og Meyers, 2001). Niðurstöðurnar sýndu að fólk yngra en 65 ára var líklegt til að finna fyrir meiri stimplun á geðröskun sinni heldur en samanburðarhópur af fólki sem var eldra en 65 ára. Samt sem áður þá sýndi einungis

eldri hópurinn marktækt samband milli skynjaðar stimplunar og tregðu til að taka þátt í meðferð.

Þegar hugtakið sjálfstimplun er skoðað er mikilvægt að hafa í huga þrjá þætti er varða geðraskanir. Í fyrsta lagi þá verður að aðgreina sjálfstimplun sem dregur úr sjálfsáliti og sjálfstrausti frá lægra sjálfsáliti í kjölfar þess að einstaklingur upplifir lotu þunglyndis. Í öðru lagi þá geta viðbrögð við því að tilheyra stimpluðum hópi verið háð því innsæi sem sjúklingar hafa í heilsu sína. Í geðrofi er til dæmis oft mjög lítið innsæi í eigið ástand og því litlar líkur á því að stimplun hafi áhrif á sjúklinga (Rüsch og Corrigan, 2002). Í þriðja lagi þá eru viðbrögð við fordómafullu umhverfi háð skynjun hvers og eins á umhverfinu. Slík vitund um umhverfið getur verið mjög skert hjá sumum sjúklingum eins og er oft tilfellið í alvarlegum geðröskunum eins og til dæmis geðklofa (Corrigan og Penn, 2001).

Með heilsulíkönum hefur verið reynt að skýra hvers vegna fólk kys að taka ekki þátt í meðferð. Þessi líkön gera ráð fyrir því að mannfólkið hegði sér á skynsamlegan hátt og vilji draga úr sjúkdómseinkennum og öðlast betri heilsu sem oft er ávinningur meðferðar. Lykilatriði í líkönunum sem þessum eru neikvæð áhrif meðferðar eins og hliðarverkanir af lyfjum. Annar mikilvægur þáttur er áhrifin af félagslegu umhverfi eins og til dæmis að vera stimplaður sem einstaklingur með geðsjúkdóm eftir meðferð. Fólk sem greinist með geðröskun og reynir að forðast stimplun með því að sneiða hjá meðferð lítur á sig sem hluta samfélagsins, er meðvitað um algenga fordóma gagnvart fólki með geðröskun og vill ekki vera hluti af „geðveikum” minnihluta. Ólíkt því sem er algengt með aðra stimplaða hópa eins og litað fólk þá felur geðröskun ekki alltaf í sér sjáanlegt ástand. Þannig að helsta kveikjan að neikvæðum viðhorfum frá almenningi er greining og sá stimpill fæst oft eftir að hafa verið í meðferð. Þar af leiðandi kjósa þeir sem þyrftu á meðferð að halda að taka ekki þátt í henni til þess að forðast að vera stimplaðir.

2.1 Áhrif þess að viðurkenna veikindi sín

Að viðurkenna veikindi sín fyrir öðrum getur haft mikla kosti fyrir fólk sem þjáist af geðröskun. Það getur orðið til þess að sjálfsálitið eykst og einnig til þess að draga úr þeirri streitu sem það felur í sér að halda geðröskuninni leyndri. Þó getur verið erfitt að standa upp og viðurkenna veikindi sín vegna þeirrar félagslegu höfnunar sem er algeng afleiðing geðraskana. Hvort að fólk ákveði að afhjúpa veikindi sín getur ráðist af samhengi og tilfinningu fólks fyrir því hvert það sé

(Corrigan og Matthews, 2003). Ef sá er þjáist af geðröskun telur veikindi sín ekki vera hluta af persónu sinni þá er hann ólíklegur til þess að uppljóstra um veikindi sín við aðra. Hins vegar þá telja sumir geðröskun sína vera stóran hluta af lífi sínu og því hverjir þeir eru og hika ekki við að afhjúpa veikindin. Einnig getur skipt máli hvers konar viðhorf fjölskylda og vinir hafa til geðraskana. Niðurstöður rannsóknar sem Leaf, Bruce og Tischler (1986) gerðu sýndu að fólk sem greint hafði verið með geðröskun var líklegra til að sneiða hjá meðferð ef það trúði því að fjölskyldumeðlimir myndu hafa neikvæð viðhorf til þess. Þessara áhrifa gætti einnig ef fólk hafði lært það frá fjölskyldu sinni að ef það yrði stimplað með geðröskun yrði það mikil smán fyrir það sjálft og fjölskylduna.

Rachman og Newth (2001) hafa rannsakað hvers vegna fólk með áráttu-þráhyggju (*OCD*) leynir veikindum sínum fyrir öðrum. Þegar þeir voru að gera tilraunir á hugrænni atferlismeðferð varð þeim ljóst hversu algengt það er að fólk leyni þráhyggju sinni. Flestir sjúklingar þeirra höfðu haldið innihaldi og tíðni þráhyggju sinnar leyndri í mörg ár. Dæmi um leyndar þráhugsanir í rannsóknum þeirra voru: „Mig langar að kæfa ungabarn“, „Ég gæti misst stjórn á mér og stungið foreldra mína“ eða „Ég fæ hugmyndir um að blinda börnin mín“. Fólk sem þjáist af slíkum þráhugsunum er oft mjög tregt til að segja nokkrum manni frá þeim og jafnvel ekki sjálfum meðferðaraðilanum. Það er einungis þegar meðferðaraðilinn er farinn að vinna traust skjólstaðingsins sem eðli leyndarmálanna afhjúpast í litlum hægfara skrefum (Newth og Rachman, 2001). Í upphafi meðferðar er algengt að sjúklingar segi eingöngu frá þeirri þráhugsun sem þeir skammast sín ekki mikið fyrir eða reyna að lýsa þráhyggjunni með óljósum og almennum hætti. Með hægfara uppörvun öðlast sjúklingar þó oft sjálfsöryggi og styrk til að lýsa nákvæmlega eðli þráhyggjunnar. Það er oft erfið reynsla og sumir sjúklingar upplifa líkamleg viðbrögð meðan á afhjúpun stendur sem líkjast felmturskasti.

Aðferð Newth og Rachman við að afhjúpa þá leynd sem oft fylgir þráhugsunum tengist hugrænni kenningu um þráhyggju. Samkvæmt henni umbreytast óvelkomnar og ágengnar hugsanir í þráhyggju vegna þess að sjúklingar tengja hörmulegar afleiðingar við innihald hugsananna og verknaðinn ef hann á sér stað. Ef hægt er að draga úr eða eyða þessum ónauðsynlegu og hræðilegu túlkunum á hugsununum þá veikist þráhyggjan eða hverfur með öllu. Fyrsta og augljósasta ástæðan fyrir því að halda þessum hugsunum leyndum er ótti við viðbrögð annarra. Ein helsta afleiðing þess að halda þráhyggjunni leyndri er að þá fær einstaklingur með

þráhyggju aldrei að heyra um aðrar leiðir til að túlka mikilvægi þessara þráhugsana. Þetta verður lokað kerfi þar sem mikilvægi hugsananna er aldrei véfengt.

Í rannsóknum Newth og Rachman (2001) á hugrænu kenningunni voru sjúklingar þeirra þjáðir, skömmuðust sín og voru jafnvel hræddir við hugsanir sínar. Í öllum tilfellum þá leiddu rangar túlkanir þeirra til mikils sjálfsefa. Andstyggilegar hugsanir leiða til þess að fólk efast um eigin heilindi varðandi velferð annarra. Auk þess að líða illa yfir innihaldi hugsananna þá var fólkið í rannsóknum þeirra bogað af tíðni þeirra: „Sú staðreynd að ég hef þær dag eftir dag hlýtur að merkja að þær séu mikilvægar“. Fólk virðist hafa tilhneigingu til að trúa því að tíðni hugsananna sé ákveðin vísbending um mikilvægi þeirra. Önnur algeng túlkun varðandi tíðni þeirra er að vanhæfni til að hafa stjórn á þessum hugsunum sé vísbending um að geðheilsunni sé að hraka.

Það að fólk felur þráhyggjuna kemur til og viðhelst af ótta við margvíslegar og óþægilegar afleiðingar. Fólk með þráhyggju óttast oft að aðrir gefi hugsununum sömu merkingu og það gerir sjálft og aðrir muni líta á það sem illt, hættulegt eða geðveikt. Önnur afleiðing þess að afhjúpa hugsanirnar sem sjúklingar sjá fyrir er skömm. Þá finnst sjúklingum oft að ef þeir segja öðrum frá þráhyggju sinni þá muni það svipta hulunni af leyndum og óásættanlegum hluta persónu sinnar. Í verstu tilfellunum óttast sjúklingar að afhjúpun geti leitt til ákæru eða annarra lagalega inngrípa. Aðrir óttast jafnvel að skýrsla um hugsanir þeirra varðandi ofbeldi og kynferðislega misnotkun geti verið notuð gegn þeim jafnvel þegar um falskar ákærur er að ræða, „Hvernig myndi þetta líta út ef einhver ásakar mig ranglega um kynferðislegt ofbeldi?“.

Önnur ástæða þess að sjúklingar vilja ekki afhjúpa eðli þráhyggju sinnar er að þeir óttast að missa stjórn á hugsunum sínum í kjölfarið. Þetta getur verið sérstaklega mikilvægt fyrir sjúklinga sem hafa þá hugmynd að það sé nauðsynlegt fyrir þá að hafa algjöra og stöðuga stjórn á hugsunum sínum. Að skrifa niður eða segja einhverjum frá hugsunum sínum gæti haft þær afleiðingar að þeim finnst þeir missa stjórn. Enn önnur ástæða þess að fólk kys að halda þráhyggju sinni leyndri er að sumir trúa því að það eitt að segja hugsanirnar upphátt gefi þeim aukinn raunveruleika og auki þannig líkurnar á því að missa algjörlega stjórn. Þarna verða skilin milli hugsana og hegðunar svo óskýr að fólk byrjar að trúa því að slæmar hugsanir auki líkurnar á því að eitthvað slæmt gerist (*thought-action-fusion*).

Vegna streitunnar og þeirrar þjáningar sem þessar hræðilegu hugsanir valda eru sjúklingar oft tregir til að blanda geði við annað fólk og grípa oft til aðgerða til

Þess að forðast samneyti við aðra. Hátt hlutfall sjúklinga í rannsókn Newth og Rachman (2001) þjáðist einnig af félagsfælni. Þeir sjúklingar sem hafa þráhyggju um að skaða aðra, til dæmis börn eða gamalmenni, forðast allt samneyti við þann hóp. Ef þráhyggjan felur í sér þann möguleika að missa sjálfstjórn og skaða aðra þá er skiljanlegt að fólk forðist félagslega atburði. Af þessum niðurstöðum er greinilegt að stimplun er mikilvæg ástæða þess að fólk heldur þráhugsunum leyndum.

2.2 Afhjúpun þráhugsana í meðferð

Meðferð Rachman (2000) felur í sér hvatningu til að afhjúpa þráhyggjuna. Yfirleitt er afhjúpun við meðferðaraðilann fyrsta skrefið. Þegar meðferðaraðilinn telur það nauðsynlegt er sjúklingurinn hvattur til að afhjúpa hugsanir sínar við takmarkaðan fjölda vel útvalinna og traustra einstaklinga. Í viðeigandi aðstæðum og með samþykki sjúklings þá getur verið gott að undirbúa þá sem veikindin verða afhjúpuð fyrir með upplýsingum um eðli þráhugsana. Með því að gera það er hægt að veita aðstandendum nauðsynlegar upplýsingar um hvernig má túlka þráhugsanirnar á annan hátt, sem sá aðili getur síðan veitt sjúklingnum. Við afhjúpun upplifa sjúklingar oft mikinn létti. Í rannsóknum Rachmans sagði einn skjólstæðingurinn að við afhjúpun fyrir móður sinni hafi hún sagst hafa svipaðar óvelkomnar hugsanir en hún tengdi enga hræðilega merkingu við hugsanirnar. Sjúklingurinn sagði að hann hafi fundið fyrir miklum létti og sú staðreynd að hann sé ekki sá eini sem upplifi slíkar hugsanir hafi leitt til þess að neikvæð túlkun þeirra hafi þegar í stað hætt. Í flestum tilfellum finnst fólki hugsanirnar sem sjúklingar afhjúpa ekki mikilvægar. Í nánast öllum tilfellum í rannsóknum Newth og Rachman (2001) var aðilinn sem hugsanirnar voru afhjúpaðar fyrir skilningsríkur og í engu tilfelli leiddi það til breytts viðmóts gagnvart sjúklingnum. Sú staðreynd að fólk sem heyrir um innihald og tíðni hugsananna breytir sjaldan hegðun sinni gagnvart sjúklingnum er mikilvæg staðreynd sem hægt er að nýta í meðferð.

Mikilvægasta afleiðing skipulagðrar afhjúpunar er sú að veiki einstaklingurinn öðlast upplýsingar frá öðru fólki um annarskonar túlkanir heldur en þær sem sjúklingurinn er vanur að tengja við hugsanirnar. Í fáum tilfellum bregst manneskjan sem afhjúpað er fyrir við á gagnrýninn og neikvæðan hátt. Ef það er tilfellið verða meðferðaraðilinn og sjúklingurinn að túlka áhrif þess í sameiningu. Það er vert að nefna að sjúklingar eru hvattir til þess að afhjúpa hugsanirnar sínar við fleiri en einn til að forðast möguleikann á að fá aðeins neikvæð viðbrögð. Nánari lýsing á því

hvernig ferli afhjúpunar á þráhyggjuhugsunum gengur fyrir sig er hægt að finna í grein Rachman (2000).

3. Stimplun og félagsleg fjarlægð

Samkvæmt Feldman og Crandall (2007) þá veldur geðröskun tvenns konar skaða. Annars vegar eru það bein áhrif röskunarinnar eins og skert vitsmunaleg og tilfinningaleg geta og hegðunarörðugleikar sem takmarka getu einstaklinga til að lifa eðlilegu lífi innan samfélags. Hins vegar hefur geðröskun oft í för með sér félagslega höfnun, brotna sjálfsmýnd og truflun í samskiptum við aðra. Mismunun gagnvart fólki með geðröskun er oftast mæld með þörf annarra til þess að halda félagslegri fjarlægð frá þeim. Í sambandi við geðraskanir er hugtakið félagsleg fjarlægð skilgreint sem vilji fólks til að mynda félagsleg tengsl við þá sem haldnir eru geðröskun. Til dæmis að vilja fara á stefnumót með þeim eða leigja þeim íbúð. Einn þeirra þátta sem hefur áhrif á vilja almennings til að hafa samskipti við fólk með geðröskun er hvað fólk telur vera orsakir geðraskanana (Tanaka og fl., 2005).

3.1 Þættir sem hafa áhrif á félagslega fjarlægð

Jones og félagar (1984) settu fram sex þætti til að reyna að skýra hvað gerir það að verkum að fólk með geðröskun er stimplað. Þessir þættir eru: stefna (hvort röskunin sé stöðug), truflun (hefur hún áhrif á sambönd við aðra), orsök (hvað veldur röskuninni), hætta (er röskunin hættuleg), hvort hægt sé að halda henni leyndri og hvaða áhrif röskunin hefur á skynjun. Þessir þættir voru settir fram án þess að raunprófað væri hvort þeir væru óháðir eða hvort þeir hefðu forspárréttmæti. Það er því ekki ljóst hversu vel þeir eiga við geðraskanir en þeir hafa eflaust skýringargildi hvað varðar stimplun almennt. Feldman og Crandall (2007) gerðu rannsókn til að athuga hvaða þættir spá fyrir um hvað það er varðandi geðraskanir sem veldur því að einstaklingar sem þjáast af þeim eru oft stimplaðir af almenningi.

Feldman og Crandall (2007) báru saman margvíslegar geðraskanir með ólíkum einkennum, alvarleika og batahorfum. Markmið þeirra var að afmarka þá þætti sem hægt er að nýta í rannsóknum til að spá fyrir um félagslega höfnun fólks með geðröskun. Í rannsókninni voru þátttakendur látnir lesa smásögur af sjúklingum sem þjáðust af 40 mismunandi geðröskunum. Sögurnar fólu í sér dæmigerða þætti í persónuleika, einkennum, meðferð og batahorfum fyrir hverja röskun. Í rannsókninni kom í ljós að fyrir flestar geðraskanir mældist umtalsverð höfnun og 75% allra

geðraskana leiddu til neikvæðra viðhorfa. Frekari greining á 17 einkennum geðraskana sýndi að það eru 3 atriði sem hafa sterkustu fylgnina við félagslega höfnun: persónuleg stjórn, hætta og fágæti. Þetta líkan bendir til þess að önnur einkenni sem virðast mögulega hafa áhrif á stimplun fólks sem greinist með geðröskun skipti mun minna máli. Upplýsingar er varða persónulega stjórn, hættu og fágæti geðraskana hafa þannig mun meiri áhrif en upplýsingar um truflun í samskiptum við aðra, skömm og hvort eða hvernig meðferð virkar best.

Persónuleg stjórn táknar að hvaða marki fólk skynjar að einstaklingur með geðröskun eigi sjálfur sök á sinni röskun (Crandall & Moriarty, 1995). *Hætta* táknar að hvaða marki fólk heldur að einstaklingur með geðröskun sé hættulegur. *Fágæti* er hversu sjaldgæfa fólk telur geðröskunina vera. Niðurstöður rannsókna Feldmans og Crandall (2007) sýndu að stærsti forspárþátturinn var *persónuleg stjórn*, því næst kom *hætta* og þriðji stærsti forspárþátturinn var *fágæti*. Þannig að sú geðröskun sem veldur mestri útskúfun virðist vera sú sem fólk telur vera hættulega, sjaldgæfa, og undir stjórn þess sem þjáist. Sambland þessara þriggja einkenna skýrði lang stærstan hluta dreifingarinnar.

Feldman og Crandall (2007) telja að viddin *hætta* sé sérstaklega áhugaverð í samhengi við geðraskanir. Margar rannsóknir hafa sýnt að eftir því sem fólk telur frekar að geðröskun tengist hættulegri eða ýginni hegðun því viljugra er það til að mismuna þeim sem þjáast af henni. *Persónuleg stjórn* er einnig mjög mikilvægur þáttur í umræðunni um stimplun fólks með geðröskun og hugmyndir um að upphaf sjúkdómsins sé undir stjórn þess sem veikur er ýta ennfremur undir neikvæð viðhorf. Hvers vegna þátturinn *fágæti* skýrir svona stóran hluta dreifingarinnar er óljóst en rannsóknir hafa bent til þess að fólk telji að eftir því sem sjúkdómurinn er sjaldgæfari því alvarlegri sé hann. Í rannsókninni voru tengsl milli fágætis og félagslegrar höfnunar en ekki milli fágætis og alvarleika röskunarinnar. Hversu mikinn hluta fágæti skýrði í greiningunni bendir til að þörf sé frekari rannsókna því þau gögn sem fyrir liggja skýra ekki mikilvægi hugtaksins (Feldman og Crandall, 2007).

Í rannsókn Feldman og Crandall kom einnig fram hvaða þættir hafa ekki áhrif á félagslega höfnun geðraskaðra. Þátturinn „viðráðanlegt með lyfjameðferð” spáði fyrir um minni félagslega höfnun en viddin „viðráðanlegt með sálfræðimeðferð” gerði það ekki. Þannig virðist vera sem að fólk sé viljugra til þess að tengjast einstaklingum með geðröskun ef það telur að lyfjameðferð haldi einkennum sjúkdómsins niðri. Þessi niðurstaða er í samræmi við þá hugmynd sem fjallað verður um hér fyrir neðan, að

líffræðilegar orsakir geðraskana leiði síður til stimplunar heldur en sálfræðilegar. Jafnvel þó niðurstöðurnar séu ekki grundvöllur til alhæfingar þá er augljóst að lyfjameðferð og sálfræðimeðferð höfðu ólíkar skírskotanir fyrir þátttakendur í rannsókninni.

4. Áhrif erfðafræðilegra orsaka á stimplun

Ein þeirra aðferða sem talið hefur verið að geti dregið úr fordómum gagnvart fólki með geðröskun er að breiða út það sjónarmið að líffræðilegir þættir séu orsök geðraskana. Hvort þessi aðferð skili árangri eða ekki er álitamál. Rökin fyrir því að slíkt sé gagnlegt eru: Ef orsakir geðraskana eru taldar vera vegna þátta sem fólk hefur ekki stjórn á verður viðhorf almennings jákvæðara. Ef orsök geðraskana er hins vegar talin búa í einstaklingunum og stafa af veikleika í persónuleika þeirra verður almenningur síður tilbúinn til þess að eiga í samskiptum við fólk með geðröskun (Phelan, 2002). Niðurstöður úr rannsókn Martins, Pescosolido og Tuch (1997) styðja þessar ályktanir. Read og Law (1999) og Read og Harré (2001) setja fram gagnstæð rök. Þeir telja það ekki vera góða lausn gegn fordómum að leggja áherslu á líffræðileg hugtök sem skýringu fyrir geðröskunum og það sé ekki til þess fallið að draga úr fordómum eins og lagt hefur verið til. Rannsóknir þeirra á Nýja-Sjálandi sýndu að líffræðilegar orsakaskýringar tengjast neikvæðum viðhorfum, meðal annars þeim að fólk með geðraskanir sé hættulegt, andfélagslegt og óútreiknanlegt.

Kortlagning erfðamengis manna mun óumflýjanlega móta það hvernig við skiljum orsakir manlegrar hegðunar, persónulega ábyrgð hegðunarinnar og félagslega þætti í umhverfinu sem hafa áhrif á hegðun (Phelan, 2002). Margir halda í þá von að líffræðilegur og erfðafræðilegur skilningur á geðröskunum muni verða kraftmikið afl í því að draga úr neikvæðum viðhorfum í garð fólks með geðröskun. Með því að útbreiða þá hugmynd að geðraskanir orsakist ekki af slæmu uppeldi eða veikleika í persónuleika heldur af truflun í boðefnaflutningi heilans, telja margir að draga muni úr skömm og ótta sem tengd er við geðraskanir. Bjartsýnismenn telja að hægt verði að afmá neikvæð viðhorf til fólks með geðraskanir með nákvæmum upplýsingum um geðraskanir, orsakir þeirra og auknum skilningi almennings (Phelan, 2005)

Þetta er nokkuð sannfærandi röksemd. En félagssálfræðingarnir Mehta og Amerigo Farina (1997) telja að þegar við höldum því fram að þeir sem þjást af

geðröskun séu sýktir þá skiljum við „þá“ frá „okkur“ sem getur leitt til þess að við lítum á „þá“ sem líkamlega frábrugðna okkur. Lífefnafræðileg frávík gera það að verkum að fólk með geðröskun verður nánast að annarri tegund (Mehta og Farina, 1997). Þeir hafa einnig bent á að líffræðilegur mismunur milli fólks getur verið álitinn sem grundvallarmunur frekar en munur sem tilkominn er vegna mismunandi reynslu. Eitt vandamál sem fólk með geðröskun glímir við er að þegar einstaklingur hefur verið stimplaður er erfitt að losna undan slíkri stimulun. Fólk gæti trúað því að vandamálið liggi innan manneskjunnar og gæti tekið sig upp aftur hvenær sem er jafnvel þó að einstaklingurinn sé búinn að vera einkennalaus í marga mánuði eða ár (Jones o.fl., 1984). Þegar skoðað er hversu varanlegur stimpillinn sem fólk með geðröskun fær á sig þá virðist líklegt að erðfafræðilegar skýringar auki enn frekar á stimulunina. Ef vandamálið „er í geninu“ þá getur dregið úr bjartsýni um fullan og varanlegan bata (Phelan, 2002).

4.1 Samanburður á erfðafræðilegum og félagssálfræðilegum skýringum

Niðurstöður rannsókna um það hvort sé betra eða verra að nota erfðafræðilegar skýringar á orsökum geðraskana til að draga úr stimulun hafa verið misvísandi. Þess vegna gerðu Dietrich og fleiri (2004) rannsókn þar sem kannað var sambandið milli skýringa almennings á orsökum geðraskana og félagslegrar fjarlægðar sem almennings kys að halda frá fólki greint með þunglyndi og geðklofa. Úrtakið samanstóð af fólki frá Þýskalandi, Rússlandi og Mongólíu til þess að unnt væri að bera niðurstöðurnar saman milli landa. Þannig ætti að vera hægt að skoða betur hlutverk menningar þegar viðhorf almennings til geðraskana er metið.

Niðurstöðurnar sýndu að streita vegna einhvers atburðar í lífi einstaklinga var í flestum tilfellum talin vera orsök geðklofa. Næst á eftir komu líffræðilegar skýringar eins og heilasjúkdómur eða erfðir og félagssálfræðilegar skýringar eins og til dæmis streita í vinnunni. Fyrir þunglyndi var streituvaldandi atburður í lífi einstaklings oftast talinn vera orsök fyrir alvarlegu þunglyndi eins og með geðklofa. Því næst kom streita á vinnustað. Þegar skoðað var hvort að líffræðileg orsök fyrir geðröskunum hafi jákvæð eða neikvæð tengsl við félagslega fjarlægð frá fólki með geðröskun sýndu niðurstöður að tengslin voru jákvæð. Þegar þátttakendur aðhylltust líffræðilegar skýringar um orsök geðklofa var meiri vilji til þess að halda fjarlægð frá fólki með þá röskun. Þessi niðurstaða var stöðug hjá þátttakendum í öllum 3 löndunum. Þegar félagssálfræðilegar skýringar voru álitnar orsök geðklofa dró úr félagslegri fjarlægð

sem þátttakendur kusu að halda frá þeim sem greindir voru með röskunina. Einnig voru tengsl orsaka og félagslegrar fjarlægðar skoðuð fyrir alvarlegt þunglyndi. Niðurstöðurnar sýndu að þegar almenningur telur orsök þunglyndis vera líffræðilega hefur það jákvæð tengsl við félagslega fjarlægð hjá um það bil helmingi þátttakenda.

Þrátt fyrir að þátttakendur hafi ólíkan menningarlegan bakgrunn þá virðast þeir hafa svipaða tilhneigingu til að telja félagssálfræðilegar orsakir liggja að baki geðklofa og þunglyndis. Samanburður milli þátttakenda frá Þýskalandi annars vegar og Rússlandi og Mongólíu hins vegar sýndi að það er sterkari tilhneiging hjá þeim síðarnefndu til að telja einstaklinginn sjálfan bera ábyrgð á orsök geðröskunarinnar. Ástæðan fyrir því gæti meðal annars verið sú að hugtakið geðröskun er ekki eins viðurkennt í Rússlandi og Mongólíu og það er í Þýskalandi. Það getur orðið til þess að almenningur þar eignir þeim veiku meira vald yfir geðröskun sinni (Dietrich o.fl., 2004). Þessi rannsókn styður því við skoðun Mehta og Farina um að þegar líffræðilegir þættir eru taldir orsök geðraskana þá dragi það ekki úr stimulun heldur auki hana.

4.2 Áhrif eignunarkenningarinnar og erfðafræðilegrar nauðhyggju á stimulun

Phelan (2005) telur að til að skilja hvernig viðhorf til fólks með geðraskanir breytast í erfðavæddu samfélagi verða hugtök um stimulun að vera aðlöguð kenningum og hugtökum sem tengist því hvað fólk telur vera orsakir geðraskana. Eignunarkenningin (*attribution theory*) leiðir til bjartsýnni forspár um áhrif erfðavæðingar á viðhorf til fólks með geðröskun (Corrigan, 2000). Aðrar hugmyndir sem tengjast erfðafræðilegri nauðhyggju (*genetic essentialism*) leiða til svartsýnni forspár.

Eignunarkenningin og rannsóknir sem á henni hafa verið gerðar styðja þá ályktun að erfðafræðilegar skýringar á orsökum geðraskana leiði til þess að skömm vegna geðröskunar verður minni. Í kenningunni er því haldið fram að skýringar sem fólk hefur um orsakir geðraskana hafi áhrif á tilfinningar, væntingar og hegðun gagnvart þeim sem þjást af þeim. Ein mikilvæg beiting kenningarinnar snýr að stimulun gegn fólki með geðraskanir (Corrigan 2000; Weiner, Perry og Magnusson, 1988). Samkvæmt kenningunni og rannsóknum á stimulun þá eru skýringar þar sem einstaklingurinn ber litla ábyrgð á geðröskun sinni tengdar minni skömm hjá honum og jákvæðari tilfinningum annarra, eins og til dæmis samúð frekar en reiði. Þetta getur

leitt af sér vilja til að hjálpa einstaklingnum og tregðu til að refsa honum (Corrigan 2000). Að auki hafa rannsóknir sýnt að orsakir líkamlegra kvilla eru oftast taldar óviðráðanlegri heldur en orsakir andlegra eða hegðunarlegra eiginleika (Weiner, Perry og Magnusson, 1988). Út frá þessu ættu líffræðilegar orsakaskýringar frekar að leiða til minni stimplunar vegna þess að þá er ábyrgðin ekki talin liggja hjá einstaklingnum sem er með geðröskunina. Þessar niðurstöður benda til þess að erfðafræðilegar skýringar á orsökum ættu að draga úr ábyrgð þeirra sem þjást og einnig að draga úr neikvæðum tilfinningum og hegðun gagnvart þeim (Phelan, 2005).

Hugmyndir þeirra sem aðhyllast að einhverju leyti erfðafræðilega nauðhyggju eru að arfgengir eiginleikar séu nánast óbreytanlegir í einstaklingum og þar af leiðandi séu þessir sömu eiginleikar í þeim sem einstaklingurinn deilir arfberum með. Þegar kenningin er notuð um neikvæða eiginleika (til dæmis geðraskanir) ætti hún að ýta undir neikvæð viðhorf til þeirra. Í fyrsta lagi vegna þess að vandamálið er talið varanlegt og alvarlegt og í öðru lagi vegna þess að vandamálið er líklegt til að taka sig upp hjá öðrum fjölskyldumeðlimum. Þessi skilningur ætti að auka á félagslega fjarlægð sem almenningur kys að halda frá fólki sem greinst hefur með geðröskun. Sjónarmið erfðafræðilegrar nauðhyggju ættu því að auka á stimplun gagnvart fólki með geðröskun. Ef stimplaða hegðunin er „í arfberunum“ og litið er á þá sem kjarna persónunnar þá eru minni væntingar um bata. Rannsóknir benda einnig til þess að fjölskyldumeðlimir stimplaða einstaklingsins verði fyrir barðinu á tengsla-stimplun (Mehta og Farina 1988). Ef við trúum því að arfberar ákvarði hegðun og að ættingjar deila þeim þá ætti erfðavæðing að auka á væntingar um að stimplaða hegðunin muni koma fram í ættingjum.

Phelan (2005) gerði rannsókn til að athuga áhrif eignunarkenningarinnar og erfðafræðilegrar nauðhyggju á stimplun fólks með geðraskanir. Helstu niðurstöður voru í fyrsta lagi að þegar sambandið var skoðað milli reiði, refsingar, samúðar og hjálpssemi voru niðurstöðurnar þær að erfðafræðilegar orsakaskýringar höfðu aðeins marktæk áhrif á eina breytu, það er þær draga úr vilja fólks til að refsa. Þátttakendur voru líklegri til að aðhyllast vægð í því hvernig lögregla og dómsvaldið ætti að eiga við einstaklinginn ef hann eða hún framkvæmdi ofbeldisfullan verknað sökum geðröskunarinnar. Önnur niðurstaða var að erfðafræðilegar orsakaskýringar juku á hugmyndir um afbrigðileika, varanleika og alvarleika geðröskunarinnar. Einnig juku þær hugmyndir almennings um að börn og systkini þeirra sem þjást af geðröskun séu líklegri til að þróa með sér geðröskun. Einnig kom í ljós að erfðafræðilegar

orsakaskýringar höfðu engin áhrif á félagslega fjarlægð frá fólki með geðröskun en hins vegar jókst sú félagslega fjarlægð sem almenningur vildi halda frá systkinum þeirra.

Samkvæmt Phelan (2002) þá er mjög mikilvægt að aðgreina milli annars vegar hversdagslegrar félagslegrar fjarlægðar og hins vegar innilegrar félagslegrar fjarlægðar. Hversdagsleg fjarlægð er til dæmis vilji til að stofna til vinskapar við einstakling sem þjáist af geðröskun eða sætta sig við að vinna með honum. Innileg fjarlægð er til dæmis vilji til að fara á stefnumót með einstaklingi sem þjáist af geðröskun eða jafnvel giftast honum. Líklegt er að erfðafræðilegar skýringar á orsökum geðraskanana hafi ekki mikil áhrif á hversdagslega fjarlægð en þær hafa eflaust mikil neikvæð áhrif á nánari sambönd. Niðurstöður Phelan (2005) sýndu þó að skýringarnar höfðu lítil og ómarktæk áhrif á bæði form félagslegrar fjarlægðar. Fyrir systkini fólks með geðröskun voru þó áhrif þeirra meiri fyrir nán sambönd heldur en fyrir hversdagsleg sambönd.

Það er ekki hægt að breyta staðreyndum um hvað raunverulega orsakar geðraskanir og það væri hvorki siðlegt né æskilegt að afvegaleiða almenning um þessar orsakir. Samt sem áður er gagnlegt að rannsaka hugmyndir almennings um þetta. Upplýsingar sem fengjust úr slíkum rannsóknum munu líklega nýtast til að draga úr áhyggjum og neikvæðu viðhorfi almennings til geðraskanana. Vegna þess að erfðafræðileg þekking er að breytast hratt þá eru menningarleg viðbrögð við henni að sama skapi að þróast með. Þannig höfum við möguleika á því að hafa áhrif á túlkun og viðbrögð almennings við vaxandi þekkingu um erfðamengi mannsins á þann veg að það dragi úr frekar en að örvi neikvæð viðhorf gagnvart fólki með geðröskun (Phelan, 2002).

5. Stimplun og geðraskanir í sögulegu samhengi

Þeir sem aðhyllast menningarlega afstæðishyggju (*Cultural Relativism*) halda því fram að ekki séu til nein algild viðmið eða reglur um hvort hegðun geti talist afbrigðileg. Heldur getur hegðun aðeins talist afbrigðileg sé hún skoðuð í ljósi viðmiða hvers samfélags um hvað teljist eðlilegt. Þeir telja því að það sé menningarlegur munur á því hvernig afbrigðileiki er skilgreindur. Andstæðingar þessarar stefnu færa aftur á móti fyrir því rök að það skapi hættu þegar menningarlegum viðmiðum er leyft að stjórna því hvað teljist eðlilegt og óeðlilegt.

Thomas Szasz hefur sérstaklega bent á að í gegnum söguna hafa samfélög útnefnt ýmsa hópa afbrigðilega til þess að réttlæta stjórn yfir þeim eða að þagga niður í þeim. Þegar þrælasala var leyfð í Ameríku gátu eigendur þræla sem reyndu að flýja látið greina þá með *drapetomaníu* sem er veiki sem olli löngun í frelsi. Þetta veitti þrælahöldurinum réttlætingu á því að sækja þá aftur. Flestir sálfræðingar í dag gæta sín á því að stíga ekki of mikið í vænginn á menningarlegri afstæðishyggju þegar kemur að því að skilgreina afbrigðileika (Nolen-Hoeksema, 2007).

5.1 Viðhorf til geðraskana og meðferð fyrir á öldum

Í gegnum söguna hafa viðhorf fólks til þess hvað veldur geðröskun verið margvísleg og löngum var meðferð við geðröskunum fjarri því að vera mannúðleg. Sem betur fer breyttust þessi viðhorf með aukinni þekkingu og miklar breytingar hafa orðið á meðferð og viðhorfum til geðraskana. Þrjár gerðir af kenningum um orsök afbrigðilegrar hegðunar hafa keppt um yfirráð í gegnum söguna. Í *liffraðilegum kenningum (biological theories)* var litið á afbrigðilega hegðun sem eitthvað sem var líkt líkamlegum sjúkdómum og orsakaðist af bilun í kerfum líkamans. Lækningin var því endurreisn líkamans til góðrar heilsu. Yfirnáttúrulegu kenningarnar (*supernatural theories*) töldu afbrigðilega hegðun stafa af guðdómlegu inngrípi, bölvun, andsetningu og synd einstaklingsins. Lækningin fólst því í trúlegum helgisíðum, særingum, skriftum og friðþægingu. Sálfræðilegu kenningarnar (*psychological theories*) litu á afbrigðilega hegðun sem afleiðingu af áfalli, eins og missi eða krónískri streitu (Nolen-Hoeksema, 2007).

Fornar lýsingar á afbrigðilegri hegðun er að finna í egypskum og mesapótamískum ritum. Elst þeirra er Kahun Papyrus frá um það bil 1900 f.Kr. Þetta rit greinir frá ýmsum röskunum og því fylgdi læknisfræðilegt álit um orsök og viðeigandi meðferð. Ýmsir kvillar sem aðeins hrjáði konur voru eignaðir flakkandi legi (*wandering uterus*). Í Gamla Testamentinu er einnig að finna fjölmargar tilvísanir til geðveiki. Samkvæmt því litu Hebrear svo á að geðveiki væri refsing frá Guði. Þeir sem voru geðveikir áttu því að játa syndir sínar og iðrast til þess að hljóta bót meina sinna. Það eru hins vegar líka tilvísanir um að geðveikt fólk hafi fengið læknisaðstoð, þannig að Hebrear trúðu því líka að læknar gætu að minnsta kosti veitt þeim ákveðna umönnun ef ekki lækningu (Nolen-Hoeksema, 2007).

Grikkir skrifuðu oft um fólk sem var geðveikt og er upphaf þess að finna hjá Hómer. Læknirinn Hippocrates lýsti dæmum um algenga fælni (*phobia*) og Arateus

lýsti dæmi af manni sem haldin var víðáttufælni (*agoraphobia*). Grískir læknar skýrðu yfirleitt ekki afbrigðilega hegðun með vísun í hið yfirnáttúrulega. Töldu þeir líkamann samsettan af fjórum gerðum vessa: blóði, slími, gulu galli og svörtu galli. Meðferðin sem þeir veittu miðaði ætíð að því að koma aftur á jafnvægi í vessum. Plato leit hins vegar á afbrigðilega hegðun sem sálrænan kvilla. Heilbrigði var komið á að nýju með því að endurvekja rökfræðileg ferli með samtölum sem miðuðu að því að ná fram tilfinningalegri stjórn. Almennigur var mjög hræddur við geðraskanir og hinir sjúku voru oft sniðgengir og jafnvel grýttir til bana.

Umönnun og meðferð fyrir fólk með geðraskanir eru töluvert betri í nútímasamfélagi heldur en þau voru á öldum áður. Þó svo að viðhorf almennings til fólks með geðraskanir séu oft neikvæð þá hefur meðferð tekið miklum framförum frá því á 12. öld. Fyrstu dæmin um hýsingu og umönnun þeirra sem áttu við geðræna vanda að stríða má rekja aftur á 12. öld. Venjulegir spítalar fóru að koma upp sérstökum herbergjum eða aðstöðu fyrir fólk sem sýndi afbrigðilega hegðun á 11. og 12. öld. Árið 1326 var *madhouse* byggt sem hluti af Georgehospital í Elbing. Meðferðin á þessum spítölum var langt frá því að vera mannúðleg. Fólk var í raun bara fangar og oft lagt inn gegn vilja sínum. Frægastur þessara spítala var Hospital of Saint Mary of Bethlehem í London sem var stofnaður 1547 og gekk undir nafninu Bedlam. Þar gat fólk borgað aðgangseyri og fengið að koma inn og skoðað sjúklingana. Einnig voru vistmenn sendir út að betla reglulega (Nolen-Hoeksema, 2007).

Á 18. og 19. öld fór að kræla á hreyfingu í átt að mannúðlegri meðferð á geðsjúkum. Samkvæmt siðgæðis meðferðinni (*the moral treatment*) orsökuðust geðsjúkdómar af aðskilnaði fólks frá náttúrunni og vegna streitunnar sem fylgdi mikilli og hraðri samfélagslegri breytingu sem átti sér stað á þeim tíma. William Tuke (1732-1819) opnaði geðsjúkrahúsið The Retreat á Englandi eftir að hafa séð þá hræðilegu meðferð sem geðsjúkir fengu á öðrum stofnunum. Einn helsti baráttumaðurinn á þessu sviði var kennslukona að nafni Dorothea Dix (1802-1877). Barátta hennar leiddi til þess að lög um hreinsun geðsjúkrahúsa og þjálfun starfsfólks voru sett og stefna hennar miðaði að mannlegri meðferð á sjúklingum. Annar leiðtogi mannúðlegu stefnunnar var Philippe Pinel, franskur læknir sem settur var yfir hið alræmda geðsjúkrahús La Bicetre í París. Pinel hafnaði yfirnáttúrulegum kenningum um afbrigðilega hegðun og trúði því að margar gerðir afbrigðilegrar hegðunar væri hægt að laga með því að endurbyggja reisin og ró sjúklinga. Pinel fyrirskipaði að losa

ætti sjúklingana úr hlekkjunum og þeim leyft að ganga frjállega um. Hjúkrunarfolk og meðferðaraðilar voru þjálfaðir í að vinna með sjúklingunum. Aðferð hans var mjög árangursrík (Nolen-Hoeksema, 2007).

Því miður þá stækkaði mannúðlega hreyfingin of mikið og of fljótt. Eftir því sem sjúkrahúsunum fjölgaði og fleiri sjúklingar voru lagðir inn minnkaði getan til þess að ráða hæft starfsfolk til þess að viðhalda hinni mannúðlegu og persónulegu umönnun. Sömuleiðis vegna þess að svo mörgum sjúklingum var veitt þessi mannúðlega meðferð fjölgaði tilfellum þar sem hún ekki gagnaðist og urðu því efasemdarraddir um gagnsemi hennar háværingu. Þegar 20.öldin gekk í garð voru margir spítalanna ekkert annað en vörugeymslur, þar sem sjúklingum var haldið bundnum langtímum saman einfaldlega til þess að ná stjórn á hegðun þeirra (Nolen-Hoeksema, 2007).

Hvað varðar geðraskanir í dag þá virðist stimplun og fordómar eiga sér þó nokkra stoð meðal almennings. Því miður benda niðurstöður rannsókna til þess að viðhorf almennings gagnvart geðröskunum hafi orðið neikvæðara síðustu áratugi. Sérstaklega hvað varðar hugmyndir þeirra um hættu sem stafar af fólki með geðraskanir og félagslega fjarlægð sem það kýs að halda frá því.

5.2 Samanburður á stimplun fólks með geðröskun yfir tíma

Í kringum 1950 tóku skilgreiningar almennings á geðröskunum mið af töluvert færri og öfgafyllri þáttum heldur en vísindaleg þekking gerði ráð fyrir og óttablendin og hafnandi viðhorf gagnvart fólki með geðraskanir voru algeng. Á þessum tíma byrjuðu vísindamenn að athuga hvernig almenningur skilur geðraskanir og hvernig hann bregst við fólki sem glímir við þær. Fyrstu rannsóknir á fyrirbærinu sýndu að hugmyndir almennings um geðraskanir voru að miklu leyti illa upplýstar og gegnsýrðar af neikvæðum staðalmyndum, ótta og höfnun. Star (1952, 1955) gerði rannsókn sem byggði á viðtölum við meira en 3000 Bandaríkjamenn og komst að því að það væri sterk tilhneiging hjá fólki að leggja að jöfnu geðraskanir og geðrof og að líta á annarskonar tilfinninga-, hegðunar- eða persónuleika vandamál með annarskonar hugtökum (Crocetti, Spiro og Sinassi 1974; Star, 1952). Tilvist þessara neikvæðu viðhorfa var vel studd í rannsóknum. Star (1952, 1955) komst að þeirri niðurstöðu að Bandaríkjamenn töldu að fólk með geðröskun væri hættulegt og ófyrirsjáanlegt. Cumming og Cumming (1957) gerðu rannsóknir á tveimur samfélögum í Saskatchewan og komust að því að flest fólk valdi að forðast

persónuleg samskipti við fólk sem þjáðist af geðröskun og að tilraunum fræðimanna til að breyta þessum viðhorfum var mætt með andúð almennings.

Neikvæð afstaða almennings gagnvart fólki með geðraskanir teygði sig einnig til sérfræðinganna sem meðhöndluðu geðraskanirnar. Niðurstöður rannsókna Nunnally (1961) voru að almenningur mat sérfræðinga sem meðhöndla geðraskanir marktækt neikvæðar heldur en sérfræðinga sem meðhöndluðu líkamleg veikindi. Star (1957) komst að því að sú hugmynd að fá ráðgjöf frá geðlækni eða sálfræðingi naut lítils stuðnings hjá almenningi, fáir þekktu nokkurn sem hafði talað við geðlækni og fólk taldi ólíklegt að aðrir gætu fengið lausn við vandamálum sínum í viðtalsmeðferð. Einn þátttakandinn orðaði það á eftirfarandi hátt „ég þarf ekki að fara til einhvers sérfræðings til þess að láta segja mér að ég sé klikkaður og halda í hendina á mér fyrir 20 dollara á tímann. Ef fólk veit ekki betur en svo að fara til geðlæknis ætti að setja það beint á geðveikrahæli (*nut house*)“.

Á nýju árpúsundi höfum við ástæður til að ætla að afstaða almennings til geðraskana hafi breyst gífurlega síðan þessar rannsóknir voru gerðar. Augljósasta breytingin er að töluvert fleira fólk sækist eftir meðferð. Rannsóknir benda til þess að nýting geðheilbrigðisþjónustu hafi tvöfaldast eða jafnvel þrefaldast milli 1950 og 1996 (Phelan, Link, Stueve og Pescosolido, 2000). Þessi breyting gæti verið vísbending um að fólk hugsi öðruvísi um geðraskanir í dag heldur en um 1950 og að almenningur taki fleiri þætti með í hugmyndir sínar um geðraskanir. Hún bendir einnig til þess og að það sé minni stimplun tengd þessum þáttum og vandamálum sem af hljóttast. Það er að minnsta kosti erfitt að ímynda sér svo mikla aukningu í nýtingu á geðheilbrigðisþjónustu án slíkra breytinga (Phelan og fl., 2000).

En gögnin eru þó ekki mjög traust. Sú aukning sem hefur átt sér stað í nýtingu geðheilbrigðisþjónustu er óumdeild en að hvaða marki breytingar á hugmyndum og viðhorfum almennings er ástæða þessarar aukningar er enn óljóst. Ályktanirnar sem hægt er að draga af rannsóknum á skoðunum og viðhorfum eru takmarkaðar vegna þess að rannsóknirnar sem gerðar voru á ólíkum tímum eru ekki samrýmanlegar hvað varðar aðferðafræði (Link og fl., 2000).

Fram til ársins 1999 hafði engin rannsókn borið saman hugmyndir og viðhorf almennings til geðraskana frá 1950 til 1996. Link og fleirum (2000) tókst þó að gera það með því að greina viðbrögð fólks við nákvæmlega sömu spurningum sem spurðar voru á nákvæmlega sama hátt og úrtök í kringum 1950. Spurningarnar sem Phelan og félagar notuðu í rannsókn sinni varða hugmyndir almennings um geðraskanir og voru

ekki til þess fallnar að meta félagslega fjarlægð. Samt sem áður þá eru neikvæðar hugmyndir og staðalmyndir óaðskiljanlegur hluti þess hvernig almenningur lítur á geðraskanir og því notuðu þeir neikvæðar staðalmyndir sem almenningur hefur um geðraskaða til að spá fyrir um stimplun. Þeir vildu kanna sérstaklega hugmyndir almennings um ofbeldi hjá fólki með geðraskanir og aðra neikvæða eiginleika eins og óstöðugleika og að fólk með geðraskanir sé ófyrirsjáanlegt. Jafnvel þó að félagsleg fjarlægð hafi ekki verið mæld beint hafa hugmyndir um hversu hættulegt fólk með geðröskun er verið mikilvægur þáttur í þörf almennings fyrir félagslega fjarlægð frá fólki með geðraskanir (Link ogfl. 1999). Þeir vildu einnig kanna hvort afstaða almennings gagnvart geðröskunum endurspeglar í lýsingum fólks á geðröskunum. Sérstaklega vildu þeir meta hvort lýsingarnar feli nú í sér stærra hlutfall vægari geðraskana og hvort óttablendnar staðalmyndir hafi vikið fyrir öðrum. Þeir vildu einnig athuga hvort ótti og neikvæð viðhorf séu bundin við geðrof og hvort viðhorf almennings til geðraskana verði jákvæðari þegar lýsingarnar fela í sér fjölbreyttari vandamál.

Niðurstöður Phelan og félagar (2000) benda til þess að hugmyndir almennings hafi breyst þannig að geðrof var ráðandi í lýsingum almennings á geðröskunum 1950 en síður árið 1996. Niðurstöðurnar styðja þá ályktun að nú til dags hugsí almenningur um geðraskanir sem minna framandi og öfgakennt fyrirbæri en í kringum 1950. Niðurstöðurnar sýndu hins vegar mjög mikla aukningu í því að þátttakendur töldu fólk með geðraskanir vera hættulegt og í raun þá tvöfaldaðist sá fjöldi milli 1950 og 1996. Hugmyndir almennings um hættu sem stafar af fólki með geðröskun tvöfölduðust frá 1950 til 1996 varðandi geðraskanir sem geta falið í sér geðrof en hugmyndir um hættu sem stafar af geðröskunum sem fela ekki í sér geðrof drógust marktækt saman. Þessar niðurstöður mæla á móti þeirri hugmynd að viðhorf almennings til geðraskana meðal almennings hafi orðið betri.

Ein möguleg skýring gæti verið sú að viðhorf til geðraskana hafi í raun alls ekkert batnað. Aukin nýting á geðheilbrigðisþjónustu gæti verið tilkomin vegna annarra þátta eins og víðtækari skilgreininga almennings á hugtakinu geðröskun eða að þjónustan og meðferðir séu núorðið aðgengilegri. Annar möguleiki er sá að aðrir þættir stimplunar hafi minnkað jafnvel þó að hugmyndir um hættu hafi aukist. Þriðji möguleikinn er sá að nokkuð hafi áunnist hvað varðar viðhorf almennings til vægari geðraskana en að þessi ábati alhæfist ekki til fólks sem þjáist af alvarlegri röskunum.

Slíkur möguleiki er í samræmi við þann gífurlega mismun yfir tíma sem kom fram í niðurstöðum Link og féлага (2000).

Hugsanlega eru vægari vandamál eins og þunglyndi, kvíði, aðlögunarvandamál og virknivandamál í auknum mæli álitin vera hluti af lífinu, eitthvað sem getur komið fyrir hvern sem er og fólk ætti að vera opinskátt með. Þá er geðrof ennþá álitid vera eitthvað framandi, sem þarf að stimpla, ætti að halda leyndu hjá sjálfum sér og fjölskyldumeðlimum og eitthvað sem maður ætti að hræðast í öðrum (Link og fl. 1989; Phelan, Bromet og Link, 1998). Hugsanlega þá mun fólk með vægar raskanir í auknum mæli verða hluti af „okkur“ þar sem fólk í geðrofi verður áfram hluti af „þeim“.

Á meðan það er enn óljóst hvort að félagslega landslagid fyrir fólk með vægar geðraskanir hafi batnað sýna niðurstöður Phelan og féлага (2000) að það hefur augljóslega ekki batnað fyrir fólk sem þjáist af geðrofi. Staðalmyndin um að geðrofssjúklingar séu ofbeldisfullir hefur festst í sessi á Vesturlöndum frá því árið 1950 þegar fræðimenn fóru fyrst að skoða viðfangsefnið.

Augljós spurning sem vaknar við þessar niðurstöður er hvers vegna þessar neikvæðu staðalmyndir hafa ekki dregist saman eða haldist stöðugar heldur aukist töluvert. Það hefur lengi verið stutt með gögnum að neikvæðar staðalmyndir af fólki með geðraskanir eru í miklum mæli sýndar í sjónvarpinu (Signorelli, 1989; Wahl 1995). Rannsóknir hafa þó verið misvísandi þegar skoðað er hvort að mikið áhorf á sjónvarp ýti undir neikvæðar staðalmyndir til geðraskana. Sjónvarp var þó mjög lítill hluti af okkar menningu árið 1950 og í dag eru áhrifin af sjónvarpsáhorfi ótvíræð samkvæmt Phelan (2000).

Þegar skoðuð eru gögn varðandi samskipti almennings við fólk með geðröskun og hugmyndir hans um hættu sem af því stafar ályktuðu Phelan og félagar (2000) að fólk sem hafði átt ópersónuleg og neikvæð samskipti við fólk með geðröskun myndi meta það hættulegra heldur en samanburðarhópur. Öfugt við þessar ályktanir töldu þátttakendur sem oftast höfðu séð fólk á víðavangi sem leit út fyrir að vera með geðröskun og talaði við sjálf sig eða sýndi aðra frávikshegðun að það væri síður hættulegt.

Þó að geðrof hafi verið einkennandi í lýsingum almennings á geðröskunum um 1950 þá voru viðhorfin ekki eins lituð af hugmyndum um hættu og ofbeldi hjá fólki með geðröskun eins og 1996. Þannig að með tilliti til stimplunar almennings þá hafa viðhorf til fólks í geðrofi orðið verri með árunum.

Phelan og félagar (2000) leggja áherslu á að þessi greining þeirra er langt frá því að vera ótvíræð og þörf er fleiri rannsókna til að skýra hvers vegna staðalmyndin af hættulega „geðraskaða“ manningu í geðrofi er sterkari í dag heldur en hún var árið 1950. Þrátt fyrir mögulega skilningsríkari viðhorf almennings gagnvart vægari geðröskunum þá benda niðurstöður Phelan og fleiri til þess að ótti og stimulun alvarlegustu geðraskananna séu að einhverju leyti meiri heldur en í kringum 1950. Þó svo að orðið geðröskun hafi ekki verið eins líklegt til að fá fólk til að hugsa um einhvern með geðrof 1996 þá hafði eitthvað átt sér stað í menningunni þessa hálfu öld sem eykur tenginguna milli geðrofs og ofbeldis í huga almennings. Rannsókn er þörf til að greina nákvæmlega uppsprettu þessara óheppilegu staðalmynda og einnig tilrauna til þess að reyna að breyta þeim.

6. Tengsl geðraskanana og snilligáfu

Viðhorf til geðraskanana eru ekki aðeins neikvæð. Til dæmis hafa þjóðsögur lengi verið uppi um að geðveiki og snilligáfa séu á einhvern hátt af sama meiði. Sambandið milli sköpunargáfa og andlegra veikleika er þó enn óleyst ráðgáta innan vísindanna (Lauronen og fl., 2004). Margar rannsóknir hafa verið gerðar á viðfangsefninu en flestar þeirra hafa þó aðferðafræðilega galla sem að rýra gildi þeirra töluvert. Í þessum rannsóknum eru lýsingar af fólki með mikla sköpunargáfu sem einnig þjáist af geðröskun (Goodwin og Jamison, 1990); flest þeirra með geðhvarfasjúkdóm, sumir sem þjáist af þunglyndi, persónuleikaröskunum, fikniröskunum og jafnvel geðklofa.

Ljóðskáld á Prozac (*Poets on Prozac*) er samansafn ritgerða eftir ljóðskáld þar sem sköpunarverk þeirra voru undir áhrifum af einkennum geðraskanana eða meðferð. Bókin var skrifuð af geðlækninum Richard M. Berlin og inniheldur mjög nákvæmar lýsingar á því hvernig það er að búa yfir huga sem getur byggt dómkirkjur með tungumáli en öðrum stundum ekki sett saman einföldustu setningar (Kiki Benzon, 2008).

Í bókinni er fjallað um margvíslegar geðraskanir. Meðal annars árattu og þráhyggju, þunglyndi, geðrof og áfallastreituröskun. Hún lýsir þeim margbreytileika og óvissu sem geðraskanir geta falið í sér og útskýrir almennar hugmyndir um listir og geðveiki. Ren Powell var rithöfundur og leikritaskáld með geðhvarfasjúkdóm. Hann skýrir í bókinni frá þeirri orku sem fylgir oflæti og örvaði ímyndunarafl hans töluvert.

David Budbill talar um „tómleikann“ sem fylgir þunglyndi og getur ýtt undir skapandi hugsun. Samt sem áður þá er það meðferðin við geðsjúkdómunum frekar en geðröskunin sjálf sem tengist mest skapandi list. Flest skáldin í bókinni lýsa því hvernig lyfjagjöfin og sálfræðimeðferðin veitti þeim meiri skýrleika í hugsun og tilfinningalegan stöðugleika sem í kjölfarið bætti sköpunargetuna og afköst (Kiki Benzon, 2008).

Til að undirstrika áhrif meðferðar þá hrekur bókin hina lífseigu mýtu að skapandi snillingar þurfi að einhverju leyti að vera geðveikir og að það slökkvi neistann að fá bót andlegra meina sinna. Þessi leiðrétting er hugsanlega mesta framlag bókarinnar. Listamenn neita oft að fara í meðferð við þeim röskunum sem taldar eru geta aukið innsæi. Rainer Maria Rilke var ljóðskáld sem þjáðist af sálarkvöl vegna skyggniáfu sinnar og neitaði meðferð því hann taldi að „ef hann glataði djöflinum í sjálfum sér myndi hann einnig glata englunum sínum“. Jesse Millner taldi að Prozac myndi bæla hana niður sem yrði til þess að hún myndi glata sköpunargáfu sinni. Af þeim dæmum sem lýst er í bókinni virðist hið gagnstæða vera rétt. J.D. Smith talaði um að skáldskapur hans hafi öðlast aukna gamansemi og betri félagslega og siðferðislega meðvitund eftir að hann hóf að taka lyf og taka þátt í viðtalsmeðferð. Caterina Eppolito taldi að skrif hennar hefðu öðlast meiri tilfinningu og nánd eftir að hún hóf meðferð við sálmeinum sínum (Kiki Benzon, 2008).

Það er að sjálfsögðu ekkert algilt þegar kemur að geðröskunum og meðferð. Bókin getur samt varpað ljósi á viðfangsefnið fyrir geðheilbrigðisstarfsmenn og skapandi fólk og listamenn sem eru að vega og meta meðferðarkosti (Kiki Benzon, 2008).

Það er ekki til nein almenn eða viðurkennd skilgreining á sköpunargáfu eða stöðluð tæki til að mæla hana þó margir fræðimenn hafi gert tilraunir til þess að skýra fyrirbærið (Andreasen og Glick, 1988; Goodwin og Jamison 1990; Jamison, 1989). Samkvæmt Ludwig (1989) er hægt að greina þrjá þætti í sköpunargáfu: einstaklingurinn sem býr yfir sköpunargáfunni, sköpunarferlið sjálft og afurð sköpunarinnar. Drevdahl og Cattell (1958) gerðu rannsókn á listamönnum og komust að þeirri niðurstöðu að skapandi fólk væri gáfað, ævintýragjarnt, róttækt, með mikið sjálfsálit, mjög tilfinninganæmt og viðurkenndi síður félagslegar venjur. Andreason og Glick (1988) bættu við innskoðun (*introspectiveness*) og sjálfstæði sem skapandi eiginleika. Þeir tilgreindu einnig mælingar á afköstum sem vísbendingu um sköpunargáfu. Samkvæmt rannsókn Jamison (1988) þá höfðu skapandi breskir

rithöfundar og listamenn upplifað skapandi tímabil (*episodes*) með auknum ákafa, orku, stemningu, sjálfsöryggi og auknum hraða í hugrænum tengslum. Post (1994) hefur haldið því fram að skapandi og frægt fólk hafi sérstaka eiginleika er varða samviskusemi og þrautseigju, að það hafi mikla félagslund og löngun til sköpunar. Hann taldi einnig að skapandi fólk væri einangrað í vinnu sinni og að fólk í kringum það hefði tilhneigingu til að misskilja það.

Það er erfitt að aðgreina sköpunargáfu frá öðrum eiginleikum. Hún fer oft í bland við gáfur, hæfileika, orðstír, frægð og fleira (Lauronen og fl., 2004). Terman og fleiri gerðu rannsókn árið 1925 á börnum með háa greindarvísitölu og komust að því að þau voru á margan hátt „betri“ heldur en venjuleg börn. Þau voru líkamlega og andlega heilbrigðari og voru færari í félagslegum samskiptum þegar þau uxu úr grasi. Munurinn á sköpunargáfu og hárrí greindarvísitölu var augljós í rannsókn Terman og félaga þar sem gáfuðu börnin enduðu ekki í skapandi störfum þegar þau urðu eldri. McKinnon (1965) lagði einnig áherslu á aðgreiningu sköpunargáfa og greindarvísitölu. Samkvæmt honum þá er greind yfirleitt alltaf forsenda sköpunargáfa en ein og sér ekki nægjanleg til að framkalla hana.

Það er heldur ekkert auðvelt mál að skilgreina geðraskanir. Margar nýlegar rannsóknir notast við staðlaðar flokkanir á geðröskunum eins og DSM-IV og ICD kerfin (Isohani og fl, 1999; Ludwig 1992; Post, 1994). Tilraunir til að leysa vandann með skilgreiningar á geðröskunum eru byggðar á lýsandi greiningarkerfum og viðurkenndum viðmiðum sem hafa aukið áreiðanleika en þó ekki nauðsynlega réttmæti þessarar flokkunar. Greiningar geta þó verið vandasamar og sér í lagi þegar raskanir eru fremur vægar. Alvarlegar geðraskanir eins og geðhvarfasýki og geðklofi geta einnig verið erfiðar í greiningu þó oftast sé víðtækt samkomulag vegna augljósra fráviks eða veikinda (Isohanni og fl., 1997).

Fyrir utan erfiðleika með skilgreiningar á sköpunargáfu og geðröskunum þá veldur það töluverðum aðferðarfræðilegum vandamálum að tengja hugsmíðarnar saman. Það hafa verið miklar vangaveltur um möguleg tengsl en það hafa fáar traustar rannsóknir verið gerðar. Sköpunargáfa og alvarlegir geðsjúkdómar eru frekar fágæt fyrirbæri svo það er nokkuð sjaldgæft þegar þetta tvennt fer saman í sama einstaklingi (Lauronen og fl., 2004).

Fyrri rannsóknir gáfu ekki til kynna hversu algengt sambandið milli sköpunargáfa og geðraskana er heldur einungis að sambandið væri til staðar í ákveðnum einstaklingum. Þessar rannsóknir höfðu tilhneigingu til að byrja á því að

tilgreina tilfelli þar sem þetta tvennt kom saman og skortur á samanburði gat ekki svarað spurningunni hvort að sköpunargáfa sé áhættuþáttur fyrir geðröskun eða verndandi þáttur (Andreasen, 1978). Sumar rannsóknanna eru byggðar á ævisögulegum eða sjálfsævisögulegum skrifum (Juda 1949; Ludwig 1992; Post 1994). Þessar rannsóknir athuguðu því sálmeinafræði úr fjarlægð út frá frásögnum eða sjálfsævisögum.

Jafnvel í gömlum grískum mýtum var lýst nánú sambandi milli skapara, guða og geðveiki. Ályktanir um möguleg tengsl milli snilldargáfa og geðveiki var lýst mjög snemma. Aristóteles taldi að miklir listamenn, heimspekingar, rithöfundar og stjórnámálamenn væru næmir fyrir þunglyndi. Samt sem áður þá voru engar kerfisbundnar rannsóknir gerðar á viðfangsefninu fyrir en á 19. öld (Goodwin og Jamison 1990).

Mikill áhugi á sambandinu milli sköpunargáfa og geðraskana kom fram í kjölfar þess að Lambroso skrifaði bókina *The man of genius* (1981) þar sem hann ályktaði að snilligáfa og geðraskanir væru arfgeng fyrirbæri og gengju í fjölskyldum. Önnur mikilvæg rannsókn *Hereditary Genius* sem Galton gerði árið 1982 skoðaði fjölskyldutengsl milli geðraskana og sköpunargáfu. Hann dró þá ályktun að snilligáfa væri arfgeng.

Waddell (1998) hefur á kerfisbundinn hátt gert heildargreiningu á sambandinu. Hann lagði mat á 29 rannsóknir og í 15 þeirra var ekkert samband, í 9 reyndist vera marktækt samband og í 5 rannsóknum sem hann skoðaði voru niðurstöðurnar óljósar. Hann ályktaði þó að flestar rannsóknirnar sem hann skoðaði væru byggðar á ófullnægjandi aðferðarfræði og að vísindaleg gögn sem styðja tilgátuna séu takmörkuð. Þó taldi hann að ekki væri hægt að hafna sambandinu á þeim forsendum.

Lauronen og fleiri (2004) rannsökuðu á kerfisbundinn hátt vísindalegar rannsóknir varðandi sköpunargáfu og geðraskanir. Samanlagt þá völdu þau 21 rannsókn til nánari athugunar sem skoðuðu tengsl milli sköpunargáfa og geðraskana. Fyrri rannsóknir á viðfangsefninu notuðust við víðari skilgreiningar á geðröskunum og ólíkar rannsóknaraðferðir sem er ástæða þess að þau völdu aðrar rannsóknir í heildargreiningu sína heldur en Waddell gerði árið 1998. Allar rannsóknirnar nema ein studdu sambandið milli sköpunargáfa og geðraskana og niðurstöður tveggja voru nokkuð óljósar.

Rannsókn Karlson (1983) sýndi að geðsjúklingar voru líklegri heldur en almenningur á Íslandi til að útskrifast úr framhaldskóla eða til þess að eiga fyrsta stigs

ættingja með geðröskun. Í seinni rannsókn hans (1999) þá sýndu niðurstöðurnar að 3.3% af fólki sem bjó yfir mikilli færni í stærðfræði og 2,7% systkina þeirra lögðust inn á geðdeild vegna geðröskunar en hlutfall innlagna á geðdeild meðal almennings mældist 0,8%. Kinney og fleiri (2000-2001) fundu engan mun í rannsókn sinni á sköpunargáfu á milli ættleiddra barna sem áttu foreldra með geðklofa og annarra ættleiddra barna sem áttu heilbrigða foreldra. Insohanni og fleiri (1999) komust að því í rannsóknum sínum að drengir sem voru framúrskarandi í skóla voru í fjórfaldri hættu á því að þróa með sér geðklofa seinna á ævinni samanborið við drengi sem voru innan eðlilegra marka í frammistöðu í skóla. Það var þó erfitt að meta hvort að framúrskarandi frammistaðan væri afleiðing sköpunargáfu, greindar, hvatningar, einbeitingar í skóla eða hlýðni.

Í einni af fyrstu rannsóknunum sem gerðar voru á viðfangsefninu þá skoðaði Ellis (1926) 1,020 framúrskarandi breska einstaklinga í pólitík, listum og vísindum. Hann komst að þeirri niðurstöðu að 4,2% þessa fólks þjáðist annaðhvort af geðklofa eða geðhvörfum. Juda (1949) rannsakaði sálsýki 113 listamanna með náðargáfur og 181 vísindamann. Í rannsókn hans voru 2,7% listamannanna greindir með geðklofa samanborið við 0,8% almennings. Enginn vísindamannanna reyndist vera greindur með geðklofa. Parfitt (1956) komst að því í rannsókn sinni að 10 af 61 geðklofasjúkling sem hann rannsakaði höfðu verið framúrskarandi í skóla og 7 þeirra væru framúrskarandi í tónlist eða listum.

Til að draga þetta saman þá þróar sumt skapandi fólk með sér geðklofa en í flestum tilfellum þá tengist geðklofi minni getu heldur en meiri. Það liggja ekki fyrir nein sannfærandi gögn um sambandið en nokkrar aðferðafræðilega gallaðar rannsóknir sem hafa ekki verið endurteknar hafa sýnt að sköpunargáfa eða aðrir sérstakir eiginleikar geta verið áhættuþáttur fyrir þróun geðklofaeinkenna. Sambandið milli sköpunargáfa og geðklofa er ekki eins augljóst eins og það virðist vera milli sköpunargáfa og lyndisraskana (Lauronen og fl., 2004).

Lyndisraskanir fela oftast í sér frávik í lunderni og í flestum tilfellum tilhneigingu til þunglyndis en þó oft til hækkunar á geðslagi. Fólk með lyndisraskanir er oft næmt fyrir hækkun á geðslagi og þunglyndi sérstaklega eftir skapandi tímabil. Mörg tónskáld, rithöfundar, listamenn og ljóðskáld hafa þjáðst af geðhvarfaröskun (Goodwin og Jamison, 1990) eins og Robert Schuman, Anne Sexton og Virginia Woolf.

Sumt fólk með vægt oflæti (*hypomania*) er sérstaklega skilvirkt og sækist oft eftir leiðandi og áberandi stöðum í samfélaginu. Það er talið að margir pólitískir leiðtogar hafi verið með geðhvarfaröskun (*bipolar disorder*) eða að minnsta kosti með vægt oflæti eins og til dæmis; Alexander mikli, Napoleon Bonaparte, Winston Churchill, Benito Mussolini og Theodor Roosevelt (Goodwin og Jamison, 1990).

Andreasen (1987) rannsakaði 30 farsæla rithöfunda og bar þá saman við 30 einstaklinga í samanburðarhópi. Hún komst að þeirri niðurstöðu í rannsókn sinni að það væri óvenjulega hátt hlutfall lyndisraskana meðal rithöfunda eða 80% en einungis 30% í samanburðarhópi. Svipaðar niðurstöður fengust úr rannsókn Post (1996) sem komst að því í rannsókn sinni að 82 af 100 rithöfundum þjáðust af einhverskonar lyndisröskunum og að 48% höfðu gengið í gegnum alvarlegt þunglyndistímabil. Önnur stór rannsókn sem Ludwig (1994) gerði var sú eina sem einblíndi á skapandi konur. Hann komst að þeirri niðurstöðu að 54% rithöfunda þjáðist af þunglyndi samanborið við 14% í samanburðarhópi.

Færri rannsóknir hafa kannað sambandið milli lyndisraskana og snilligáfu heldur en milli geðklofa og snilligáfu. Styrkur þessara rannsókna er að aðferðirnar sem eru notaðar í flestum þeirra fela í sér staðlað mat á sköpunargáfu. Af þessum rannsóknum er hægt að álykta að sambandið milli sköpunargáfu og lyndisraskana er sterkara heldur en sambandið milli sköpunargáfa og geðklofa. Sambandið virðist vera skýrast í geðhvarfaröskun og sérstaklega í vægu oflæti (Lauronen og fl., 2004).

Ef tengsl eru á milli sköpunargáfa og geðraskana þá er ekki ljóst hvernig þeim er háttað. Sálmein geta valdið sköpunargáfu og öfugt og aðrir þættir eins og streita eða spenna geta orsakað hvort tveggja. Félagslegt umhverfi okkar hefur breyst töluvert mikið og félagslegur þrýstingur hefur mikil áhrif á hegðun fólks. Þegar hegðun fólks er ólík hegðun annarra í sama menningarlega umhverfi verður það oft fyrir sérlega miklum félagslegum þrýstingi (Stevens og Price, 2000). Frávik í hegðun frá venjum samfélagsins geta því verið streituvaldandi. Í skóla getur einnig verið erfitt fyrir einstakling sem hefur gríðarlega miklar sköpunargáfu að aðlagast hugsunarhætti og hegðun annarra.

Umræða

Stimplun almennings hefur margvísleg áhrif á fólk með geðröskun og sérstaklega ef hún leiðir til sjálfstimplunar. Stimplunin getur leitt til þess að fólk með

geðröskun verður fyrir ýmsum óþægindum í lífinu. Til dæmis erfiðleikum með að finna sér húsnæði eða vinnu, að fá ekki samskonar þjónustu og aðrir í heilbrigðiskerfinu og/eða lakara sjálfsáliti. Fræðimenn eru í auknum mæli farnir að gera sér grein fyrir þeim áhrifum sem stimplun getur haft meðal annars á meðferðarnýtingu og meðferðarhaldni og því er mikilvægt að rannsaka þau áhrif betur. Þessi aukna vitund um afleiðingar stimplunar sést vel í því að PsychInfo sýndi umtalsverða aukningu í fjölda greina sem tiltaka stimplun sem birtar voru á árunum 1965-1989 (N= 630) samanborið við árin 1990-2004 (N= 2321) (Major og O'Brian, 2004).

Feldman og Crandall (2007) leggja til þrenns konar aðferðir til að draga úr stimplun geðsjúkra meðal almennings og beita sjónum að hegðun meðferðaraðilans, sjálfsvitund þess sem þjáist og fræðslu fyrir almenning. Ef meðferðaraðilar takast ekki á við stimplun í meðferð þá missa þeir af tækifæri til að veita sjúklingum virkar aðferðir til að takast á við sjúkdóminn, færni til að gera það og betri sjálfsvitund. Þar sem engar nýlegar rannsóknir beinast að áhrifum þess að tala sérstaklega um að takast á við stimplun í meðferð þá mætti rannsaka gagnsemi þess að ræða þessi atriði við sjúklinga í meðferð.

Niðurstaða rannsóknar Dietrich og fleiri (2004) sýndi að þegar fólk aðhyllist líffræðilegar skýringar um orsakir geðklofa og þunglyndis hefur það meiri vilja til þess að halda félagslegri fjarlægð frá fólki með þessar geðraskanir. Þessar niðurstöður draga í efa jákvæðar ályktanir um að erfðafræðilegar skýringar á afbrigðilegri hegðun muni draga úr neikvæðum viðhorfum almennings.

Niðurstaða Phelan (2005) sýndi að erfðafræðilegar orsakaskýringar höfðu engin áhrif á félagslega fjarlægð frá fólki með geðröskun en hins vegar jókst sú félagslega fjarlægð sem almenningur vildi halda frá systkinum þess. Af þessu sést að fjölskyldumeðlimur sem er og mun alltaf vera heilbrigður getur litast af erfðafræðilegri tengingu sinni við ættingjann sem þjáist. Í raun þá gætu erfðafræðilegar framfarir búið til nýja stimpla fyrir ættingja fólks með geðröskun eins og til dæmis „sjúkdómsberi“ (*carrier*) eða „í hættu“ (*at risk*). Það er mikilvægt að rannsaka þessar niðurstöður frekar því þær geta haft mikil áhrif á fjölskyldu fólks með geðröskun.

Niðurstöðurnar í rannsókn Phelan og fleiri (2000) sýndu mikla aukningu í því að almenningur taldi fólk með geðröskun hættulegt og í raun tvöfaldaðist sá fjöldi milli 1950 og 1996. Hagnýtt mikilvægi þessara rannsókna er augljóst þegar skoðaðar

eru rannsóknir Link (1987 og 1999) þar sem hann sýndi fram á að hugmyndir almennings um að fólk með geðraskanir sé hættulegt, er lykilatriði þegar kemur að því að almenningur hafnar fólkinu félagslega. Þannig eru hugmyndir um hættu sem stafar af fólki með geðröskun líklegar til að hafa áhrif á einstaklinginn sem þjáist af henni, félagslegt umhverfi hans og tækifæri sem hann mun njóta í framtíðinni ef hann hefur upplifað tímabil geðrofs til dæmis (Link og fl., 1989).

Þess vegna er mikilvægt að styðja vel við bakið á fólki með geðröskun með góðu forvarnarstarfi og fræðslu fyrir almenning. Fræðslan gæti meðal annars falið í sér upplýsingar um raunverulega og ímyndaða hættu sem almenningi stafar af fólki með geðröskun og um víxlverkun umhverfis og erfða.

Heimildir

- Allison, K. W. (1998). Stress and oppressed category membership. Í Swim, J. K. og Stangor, C. (ritstjórar). *Prejudice: The Target's Perspective* (bls. 145-170). San Diego, CA: Academic.
- Andreasen, N. C. (1987). Creativity and psychic illness. *Psychiatric annals*, 8, 113-119.
- Andreasen, N. C. og Glick, I. D. (1988). Bipolar affective disorder and creativity: Implications and clinical management. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 207-217.
- Bordieri, J. E. og Drehmer, D. E. (1986). Hiring decisions for disabled workers: Looking at the Cause. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 197-208.
- Clark, R., Anderson, N.B., Clark, V.R. og Williams, D.R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *American Psychologist*, 54, 805-816.
- Cooper, A., Corrigan, P. W. og Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 339-341.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 59, 614-625.
- Corrigan, P. W., Angermeyer, M. og Rüsçh, N. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma to reduce stigma. *European Psychiatry* 20, 529-539.
- Corrigan, P. W. og Matthews, A. K. (2003) Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12, 235-48.
- Corrigan, P. W. og Penn, D. L. (2001) (ritstjórar). *Social cognition and schizophrenia*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J. og fl. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 88, 91-102.
- Corrigan, P. W. og Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science & Practice* 9, 35-53.
- Corrigan, P. W. og Watson, A. C. (2003). Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatric Services* 54, 501-7.
- Crandall, C. S. og Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34, 67-83.
- Crocetti, Guido, W., Spiro, H. R. og Siassi, I. (1974). *Contemporary Attitudes Toward Mental illness*. Pittsburgh, P. A. University of Pittsburgh press.
- Crocker, J., Major, B. og Steele, C. (1998). Social stigma. Í D. T. Gilbert, S. T. Fiske og G. Lindzey. (ritstjórar), *The Handbook of Social Psychology* (bls. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Cumming, E. og Cumming, J. (1957). *Closed Ranks*. Cambridge, MA: Harvard University press.

- Desai, M. M., Rosenheck, R. A., Druss, B.G. og Perlin, J. B. (2002). Mental disorders and quality of care among postacute myocardial infarction outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 51-53.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H. og Angermeyer, M. C. (2008). The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 48–354.
- Drevdahl, J. og Cattell, R. (1958). Personality and creativity in artists and writers. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 107-112.
- Druss, B. G. og Rosenheck, R. (1997). Use of medical services by veterans with mental disorders. *Psychosomatics*, 38, 451-458.
- Druss, B. G. og Rosenheck, R. (1998). Mental disorders and access to medical care in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1775-1777.
- Eagly, A. H., Ashmore, R. D., Makhijani, M. G. og Longo, L. C. (1991). What is beautiful is good, but....: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological Bulletin*, 110, 109-128.
- Ellis, H. A. (1926). *A study of British genius*. New York: Houghton-Mifflin.
- Feldman, D. B. og Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 137-154.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R. og Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637-651.
- Frable, D. E. S., Wortman, C. og Joseph, J. (1997) Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gaymen: The importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity. *Journal of Personality*, 65, 599–624.
- Gibbs, L. og Gambrill, E. (2002). Evidence-based practice: Counterarguments to objections. *Research on Social Work Practice*, 12, 452-476.
- Goodwin, F. K. og Jamison, K. R. (1990). *Manic-Depressive illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Hamilton, D. L. and Sherman, J. W. (1994). Stereotypes. Í Wyer R. S. og Srull T. K. (ritstjórar). *Handbook of Social Cognition*, Vol. 2 (bls. 1-68). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Hayward, P. og Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345–54.
- Hoelter, J. W. (1983) Factorial invariance and self-esteem: Reassessing race and sex differences. *Social Forces* 61, 834–46.
- Isohanni, I., Järvelin, M. R., Jones, P. B., Jokelainen, J. og Isohanni, M. (1999). Can excellent school performance be a precursor of schizophrenia? A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 birth cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 17-26.

- Isohanni, M., Mäkikyrö, T., Moring, J., Räsänen, P., Hakko, H. og fl. (1997). A comparison of clinical and research DSM-III-R diagnoses of schizophrenia in a Finnish national birth cohort. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32, 303-308.
- Jamison, K. R. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, 52, 125-134.
- Jetten, J. og Spears, R. Manstead A. S. R. (1996) Intergroup norms and intergroup discrimination: Distinctive self-categorization and social identity effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1222-33.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastdorf, A., Markus, H., Millar, D. og Scout, R. (1984). *Social stigma: the psychology of marked relationship*. New York: Freeman.
- Juda, A. (1949). The relationship between high mental capacity and psychic abnormalities. *American Journal of Psychiatry*, 106, 296-307.
- Karlsson, J. (1983). Academic achievement of psychotic and alcohol patient. *Hereditas*, 99, 69-72.
- Karlsson, J. (1999). Relation of mathematical ability to psychosis in Iceland. *Clinical Genetics*, 56, 447-449.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, R., Laska, E. M., Leaf, P. J. og fl. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36, 987-1007.
- Kiki, B. (2008). Poets on Prozac: Mental Illness, Treatment, and the Creative Process. *The New England Journal of Medicine*, 359, 214-215.
- Kinney, D. K., Richards, R., Lowing, P. A., LeBlanc, D., Zimbalist, M. E. Og Harlan, P. (2000-2001). Creativity in offspring of schizophrenic and control parents: An adoption study. *Creativity Research Journal*, 13, 17-25.
- Lauronen, E., Veijola, J., Isohanni, I., Jones, P. B., Nieminen, P. og Isohanni, M. (2004). Links between creativity and mental disorder. *Psychiatry*, 67, 81-98.
- Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tischler, G. L. og Holzer, C. E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *American Journal of Community Psychology*, 15, 275-84.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J. og Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Mirotznik, J. og Struening, E. (1992). The consequences of stigma for persons with mental illness: Evidence from the social sciences. Í Fink, P. J. og Tasman, A. (ritstjórar). *Stigma and mental illness (bls. 87-96)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. og Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach in the area of the mental disorders: An empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.

- Link, B.G., Mirotznic, J. and Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior* 32, 302-320.
- Link, B.G. og Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-85.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. og Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-33
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. og Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior* 38, 177-90.
- Llewellyn, A. (2001). Self-esteem in children with physical disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology* 43, 70-1.
- Ludwig, A. M. (1989). Reflections on creativity and madness. *American Journal of Psychotherapy*, 43, (1), 4-14.
- Ludwig, A. M. (1992). Creative achievement and psychopathology: Comparison among professions. *American Journal of Psychiatry*, 46, 330-353.
- Ludwig, A. M. (1994). Mental illness and creative activity in female writers. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1650-1656.
- MacKinnon, D. W. (1965). Personality and the realization of creative potential. *American Journal of Psychology*, 20, 273-281.
- Major, B. og O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Matschinger, H. og Angermeyer, M. C. (2004). The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: Results from a representative population survey in Germany. *European Psychiatry*, 19, 478-82.
- Mehta, S. I. og Farina, A. (1988). Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children og stigmatized fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 192-202.
- Mehta, S. I. og Farina, A. (1997). Is being sick really better? Effects of the disease view of mental disorder in stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 405-419.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S. og Morrison, R. L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Nunnally, J. C. (1961). *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. New York: Holt, Rinehart og Winston.
- Page, S. (1977). Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 9, 85-90.
- Parfitt, D. N. (1956). The neurology of scizophrenia. *Journal of Mental Science*, 429, 671-717.

- Penn, D. L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. og Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sorts of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567-578.
- Penn, D. L. og Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69, 235-247.
- Penn, D. L., Mueser, K. T. og Doonan, R. (1997). Physical attractiveness in schizophrenia: the mediating role of social skill. *Behavior Modification*, 21, 78-85.
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A. og Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89, 1339-1345.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness-a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 25, 340-431.
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 307-321.
- Phelan, J. C., Bromet, J. og Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A. og Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207.
- Post, F. (1994). Creativity and psychopathology. A study of 291 world-famous men. *British Journal of Psychiatry*, 165, 22-34.
- Post, F. (1996). Verbal creativity, depression and alcoholism: an investigation of one hundred American and British writers. *British Journal of Psychiatry*, 165, 22-34.
- Rabkin, J. G. (1974). Public attitudes toward mental illness.: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 3-33.
- Rachman, S. (2000). *The cognitive-behavioural treatment of obsession: A manual*. In press.
- Rachman, S. og Newth, S. (2001). The concealment of obsession. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 457-464.
- Read, J. og Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of mental patients. *Journal of Mental Health*, 10, 223-235.
- Read, J. og Law, A. (1999). The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 216-229.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z. og Goodwin, F. K. (1993). The de facto U. S. mental and addictive disorder service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.

- Rüsch, N. og Corrigan, P. W. (2002) Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 23–32.
- Scheff, T. (1974). The labeling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39, 444-452.
- Signorelli, N. (1989). The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 33, 325-331.
- Sirey, J.A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., et al. (2001) Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 479-81.
- Star, S. A. (1952). What the public thinks about mental health and mental illness. Chicago: National Opinion Research Center.
- Star, S. A. (1955). The public's ideas about mental illness. Chicago: National Opinion Research Center.
- Star, S. A. (1957). The place of psychiatry in popular thinking. Chicago: National Opinion Research Center.
- Steadman, H. J. (1981). Critically reassessing the accuracy of public perceptions of the dangerousness of the mentally ill. *Journal of Health and Social Behaviour* 22, 310-6.
- Stevens, A. og Price, J. (2000). *Evolutionary psychiatry: A new beginning*. London: Routledge.
- Nolen-Hoeksema, S. (2007). *Abnormal Psychology* (fjórða útgáfa). New York: McGraw-Hill.
- Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y. Og Ohta, Y. (2005). Evaluating community attitudes to people with schizophrenia and mental disorders using a case vignette method. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 96-101.
- Terman, L., Cox, C., Oden, M., Burks, B. Og Jensen, D. (1925-1959). *Genetic studies of Genius*. Stanford: Stanford University Press.
- Waddell, C. (1998). Creativity and mental illness: Is there a link? *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 166-173.
- Wahl, O. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, N. J. Rutgers University Press.
- Weiner, B., Magnusson, J. og Perry, R. P. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Yinger, J. M. (1994). *Ethnicity: Source of Strength? Source of conflict?* New York: State University of New York Press.

