Београдска дефектолошка школа
Вол. 16 (2), Бр. 47, 419-430, 2010

УДК 376.1
Примљено: 20.1.2010.
Стручни чланак

СТИГМА ПРЕМА ОСОБАМА СА МЕНТАЛНОМ БОЛЕШЋУ

Ивона Милачић-Видојевић, Ненад Глумбић
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Особе са менталном болешћу се често сусрећу са стигмом и дискриминацијом које су узроковане знањем, ставовима и понашањем других људи. Овај рад има за циљ да расветли концепт стигме везане за менталну болест и њене последице за особе са менталном болешћу. Стигма и дискриминација отежавају њихов оптимални опоравак, социјалну партиципацију и реинтеграцију у друштво. Оне доводе до сиромаштва, социјалне маргинализације и ниског квалитета живота. Слике о менталној болести које постоје у јавности и друштвене реакције додају нову димензију патњи која се описује као „друга болест". У раду се разматра разлика стигме везане за менталну болест и друга стања и варирање дискриминације у различитим земљама и културама. Разматра се концепт стигме и њене три важне компоненте: проблем знања (незнање); проблем става (предрасуде) и проблем понашањ (дискриминација). Промена фокуса са стигме на дискриминацију доводи до следећих предности: пажња се помера са ставова на актуално понашање, може се сагледати да ли интервенције доводе до промене понашања без обавезне промене знања или осећања, особе са менталном болешћу могу имати користи од антидискриминационих закона и, на крају, ова перспектива омогућава фокусирање на „стигматизере" а не само на „стигматизоване" особе.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: стигма, дискриминација, ментална болест

УВОД

Да ли процес стигматизације треба фаталистички прихватити као процес искључења који је дубоко укорењен у људску природу и отпоран на промене или стигму и дискриминацију треба сагледати као кул-

туролошке конструкције које се могу променити уколико их јасно разумемо и посветимо се њиховом укидању?

Стигма се, историјски гледано, односила на знак убележен на кожи урезивањем који је служио да се означе робови или луталице. Касније се термин стигма користио метафорички да би означио особе које су „упрљане" и на неки начин морално оштећене (Gilman, 1982). У савремено доба, стигма се односи на било који атрибут, црту или поремећај који означава да је особа неприхватљиво различита од „нормалних" особа са којима има свакодневне контакте што доводи до одређених санкција које примењује заједница (Goffman, 1963).

Стигма и соматске болести

Концепт стигме се користио и за соматске болести (Goldin, 1994). Главне теме у овим дискусијама су биле:

- колико је особа одговорна за стање у коме се налази (и да ли може да се окривљује за свој статус)
- равнотежа између потребе за заштитом јавног здравља и поштовања људских права особа са дијагнозом.

Веома је важно истаћи да је током 90-тих година прошлог века доминирало нетачно веровање о повећаном ризику за здравље приликом социјалног контакта са особама са ХИВ-ом, као и веровање да особе са ХИВ-ом заслужују своју болест, али се отворено испољавање стигме смањило током последње декаде (Goldin, 1994a).

Епилепсија је често истраживана у односу на проблем стигматизације (Jacoby et al., 2005). Интересантан је налаз да се природа стигме према особама са епилепсијом у различитим европским земљама разликовала. Изгледа да постоји висок ниво културолошке специфичности у социјалним реакцијама и личном искуству повезаним са епилепсијом. Поред епилепсије, изучавани су и многи други поремећаји као што су неуролошка стања, инконтиненција, церебро-васкуларни поремећаји и стигматизација везана за особе са наведеним стањима. Неколико тема се појавило:

- степен социјалне реакције је повезан са видљивошћу потремећаја
- поремећаји за које се сматра да су под утицајем личне контроле воде ка социјалном дистанцирању од особа са таквим поремећајима
- доживљавање стигме је под утицајем механизама превладавања особе која је у питању

- ставови и понашања према овим особама се могу променити и мењају се (Baker et al., 2005).

Стигма и менталне болести

Без обзира на експланаторни модел ментална болест је реална, и са поражавајућим последицама по индивидуу, породицу, заједницу и нацију. Са предвиђањима слабе економске продуктивности и високог морбидитета и морталитета (укључујући суицид) заједно са високом преваленцијом, ментални поремећаји су стања и болести које су ометајуће у великом степену (WHO, 2001). Најтеже форме менталне болести се дешавају у 6% случајева у популацији, али је много већи број индивидуа које пате од благих и умерених варијанти (Kessler et al., 2005). Већина менталних болести почиње у детињству или адолесценцији што захтева развојну перспективу у разматрању менталне болести и стигме (Hinshaw, Cicchetti, 2000). Wang и сар. (2005) истичу да особе са менталном болешћу касне у тражењу помоћи, често годинама и деценијама због стида, незнања и других нуспродуката стигме.

У највећем делу литература о стигматизацији особа са менталном болешћу се фокусирала на теорије о психолошким процесима, скале ставова, повезаност менталне болести и насиља и приказивање особа са менталном болешћу у средствима масовне комуникације (Weiss, 2001). Студије спроведене у Немачкој су указале на велики степен социјалне дистанце према особама са схизофренијом (Angermayer, Matschinger, 1997). Стигма се може проценити и индиректно. Занимљив приступ је коришћен у испитивању које је имало за циљ да утврди да ли постоји различит третман особа са одређеним физичким стањем уколико имају и дијагнозу менталне болести. Резултати указују да особе које поред физичке болести имају и менталну, добијају мањи број неопходних лекарских прегледа (Desai et al., 2002). Ови налази снажно указују да директна и индиректна дискриминација постоји.

О дискриминацији у различитим културама

Иако постоје многа истраживања о стигми и менталној болести у многим земљама, свега неколико истраживања је поредило резултате са два или више места (Fabrega, 1991). Заједнички налаз у истраживањима спроведеним у различитим земљама је висок ниво испољеног незнања и погрешних информација о менталним болестима. Резултати су такође показали да не постоји земља, друштво или култура у којој се

особе са менталном болешћу сматрају подједнако вредним и на исти начин прихваћеним као особе без менталне болести. Искуства стида (према себи) и кривице (наметнуте од стране других особа) су заједничка свуда где се стигма изучавала, са разликом у степену испољавања. Трећи заједнички налаз је, да се у поређењу са другим стањима, ментална болест више стигматизовала (Lai et al., 2001). Изгледа да је одбијање и избегавање особа са менталном болешћу универзалан феномен.

Неки од начина на који се стигма испољава су (Hinshaw & Stier, 2008):

- избегавање тражења третмана – две трећине особа са дијагнозом менталног поремећаја не тражи третман. Стигматизација менталне болести и недостатак информација о симптомима менталне болести су главне баријере у тражењу помоћи.
- смањена стопа запошљавања – три четвртине ових особа каже да је научило да не открива историју болести приликом конкурисања за посао, 7 од 10 испитаника каже да је третирано као мање компетентно на послу од тренутка откривања дијагнозе.
- ниже самовредновање – стигма води до ниског самовредновања, изолације, осећања безнадежности. Ниско самовредновање као одговор на стигматизацију је предиктор слабијег социјалног прилагођавања .
- стигма по асоцијацији или стигма из учтивости – стигма не утиче само на особе са менталном болешћу већ и на чланове њихових породица. Реч је о стигми по асоцијацији или стигми из учтивости која доводи до дискриминаторног понашања према особама које су на неки начин повезане са особама које имају менталну болест (Milačić, Vidojević, 2007; Goffman, 1963).

Особе са менталном болешћу само зато што је имају и што су означене као ментално болесне пате због социјалних реакција које имају негативан ефекат на њихову добробит, адаптацију и социјалну интеграцију. Може се рећи да ментална болест као и друга људска стања као што су раса, пол, сексуална оријентација укључују процес стигматизације.

Разумевање стигме

Процес стигматизације се састоји из четири компоненте (Link et al., 2004):

1. означавање – у коме личне карактеристике указују на различитост

2. стереотипизација – повезивање различитости у нешто што је непожељно
3. одвајање – јасно разграничење „нормалне“ и означене групе као непомирљиво различитих
4. губитак статуса и дискриминација – обезвређивање, одбијање и искључивање означене групе.

У скорије време аутори су укључили и емоционалне реакције које прате сваки од наведених ступњева (Jones et al., 1984).

Други начин сагледавања стигме је њено посматрање u односу на шест димензија које варирају (Jones et al., 1984): скривеност или видљивост, ток у времену, утицај на интерперсоналне односе, естетски квалитет, узрок поремећаја, опасност по друге која се повезује са одређеним стањем.

Иако је процес стигматизације сложен, у истраживањима је доминирао академски приступ, са мало повезивања са подручјем ометености (Saysе, 2000) или клиничком праксом. На пример, Закон о забрани дискриминације у Великој Британији је био релативно мало коришћен у случајевима менталне болести (Glozier, 2004). Фокус на концепт стигме, а не на предрасуде и дискриминацију је такође одвојио подручје менталне болести од подручја ометености. Мало се зна о ефикасним интервенцијама за смањење стигме (Gaebel & Baumann, 2003) или актуелним искуствима одбацивања и искључивања особа са менталном болешћу (Rose, 2001). Наведене теорије мало пажње обраћају на значај друштвених фактора или питања моћи које имају особе са менталном болешћу. Теорије стигме су мало пажње обраћале на структуралне факторе који указују на мању вредност која се приписује означеним групама што је последично водило малом улагању у сервисе менталног здравља (Corrigan et al., 2004). Истраживања стигме су се мало повезивала са људским правима (Amnesty Inernational, 2000). Међународне декларације нису много помогле побољшању психијатријског третмана, нарочито у области принудног лечења (Kingdon et al., 2004). Дискриминаторно понашање је било значајно у области личних искустава корисника услуга менталног здравља, међуљудским односима особа са менталном болешћу, родитељству, образовању, запошљавању (Thornicroft et al., 2004). Теорије стигме нису биле довољно осетљиве у разумевању осећања и искустава особа са менталном болешћу или у предузимању практичних корака да би се спречило социјално искључивање.

Стигма се може сагледати као термин који садржи три важна елемента (Thornicroft, 2006): проблем знања (незнање), проблем става (предрасуде), проблем понашања (дискриминација).

Проблем знања – незнање

Студије спроведене у различитим земљама показују да је знање о менталним болестима веома слабо. Честа погрешна претпоставка је да схизофренија значи „подељени ум“ или „подељену личност“ (Sartorius & Schultze, 2005). Уопштено, старији људи имају мање знања у поређењу са млађим (Stuart& Arbaleda-Florez, 2001). Истраживања показују да велики број испитаника (63%) сматра да ће мање од 10% популације доживети менталну болест у неком временском периоду. Жене имају позитивније ставове према особама са менталном болешћу на шта указују истраживања у земљама Западне Европе (Madianos et al., 1999) и у Аустралији (Jorm et al., 1999). Примећује се недостатак знања о томе како потражити помоћ у случају менталне болести (Phelan et al., 2000). У шкотској студији 1% деце је поменуло школско саветовање, 1% телефонску помоћ, 4% разговор са пријатељима, 10% одлазак код лекара, 35% није знало како би потражило помоћ (See Me Scotland, 2004). Истраживање у Аустралији је показало да 72% испитаника може да наведе главне карактеристике депресије, али само 27% би могло да препозна схизофренију. Многе стандардне психијатријске третмане испитаници су описали као оштећујуће уместо помажуће (као што је антипсихотична терапија, лечење на психијатријском одељењу) и већина испитаника би радије препоручила витамине у лечењу психијатријских поремећаја. Овакви налази показују да је неопходно обезбедити квалитетније информације о природи психијатријских болести и доступним третманима.

Да ли се стигма смањује или повећава? Истраживања показују контрадикторне резултате. У Грчкој, поређења јавних ставова из 1980. и 1994. године показују да би већи број људи прихватио особе са менталном болешћу као суседе или колеге на послу (Madianos et al., 1999). Постоје и индиректни показатељи да се сагледавање менталне болести променило као што је повећан број особа у многим земљама које траже помоћ у случају менталне болести (Jorm et al., 1999), иако већина и даље не тражи помоћ (Phelan et al., 2000). Студија спроведена у Америци указује на чињеницу да је последњих година проширено поље онога што се подразумева под менталном болешћу, тако да испитаници укључују и непсихотичне поремећаје и социјално девијантно понашање (Phelan et al., 2000). У Великој Британији (See Me Scotland, 2004) истраживање је показало да је опао број људи који тврде да се особе са менталном болешћу могу лако препознати (са 30% на 20%). Један од разлога за добијање контрадикторних резултата је питање специфичности дијагнозе у односу на коју се траже одговори испитаника. У

новијим истраживањима се више не постављају питања о „менталној болести“ већ о специфичним дијагнозама као што су депресија или схизофренија и тада се могу уочити специфичне промене. На пример, у периоду између 1998. и 2003. год. опао је број испитаника који сматрају да особе, оболеле од депресије или схизофреније, представљају опасност за друге људе, да се не могу у потпуности опоравити и да су суштински другачије од других људи (Crisp et al., 2004):

Најчешћи митови о ометености и менталној болести

Јасно је да се мишљења лаика о томе шта је ментална болест и какву помоћ треба тражити разликује од мишљења стручњака. Постоје веровања о менталним болестима која опстају у времену, а нису заснована на доказима. Оваква веровања стручњаци називају „митовима“. Неки од митова се односе на све ометене особе (Department of Health, 2000): ометеност је искључиво биолошки узрокована; када ометена особа има проблеме, они потичу од самог оштећења; ометена особа је „жртва“; ометеност заузима централно место у селф-концепту ометене особе; бити ометен је синоним за тражење помоћи и друштвене подршке.

Следећи митови се односе само на особе са менталном болешћу (Fine&Ash, 1988): схизофренија значи „подељена личност“; све особе са схизофренијом су опасне и склоне насиљу; схизофренија представља врсту креативне имагинације или „унутрашње путовање“; схизофренија је грешка у генима; особе са схизофренијом не могу да раде, нити да самостално доносе одлуке; ја не могу да оболим од менталне болести; ментална болест је исто што и ментална ретардација; када се особа разболи од менталне болести, не може се никада опоравити; ментална болест је последица слабог карактера; ментална болест није права медицинска болест као нпр. дијабетес; ментална болест је резултат лошег родитељства.

Стереотипи

Стереотипи нам омогућавају да избегнемо преплављеност великим бројем информација из сложеног окружења. Они утичу на смањивање разлика унутар групе и на ублажавање социјалних тензија међу вршњацима, колегама или члановима породице. Стереотипи чувају менталне ресурсе који остају доступни за друге задатке (Social Exclusion Unit, 2004). Зашто се стереотипи примењују на одређене категорије људи? Једна од теорија тврди да стереотипи доприносе друштвеном преживљавању (Fiske, 1998). Према овом приступу, дистанцирамо се од особа које су претња базичним ресурсима друштвеног преживљавања.

Друго гледиште нам казује да стигматизација има друге, друштвено корисне циљеве. Она омогућава особи да себе сагледа као добру, као и своју групу и поглед на свет (Social Exclusion Unit, 2004).

Треће гледиште показује да је стигматизација укорењена у базичну потребу живљења у ефикасној групи. Стигматизација је врста друштвене контроле која се користи против оних чије се карактеристике опажају као претеће за ефикасно функционисање групе (Social Exclusion Unit, 2004).

Неки аутори сматрају да стигма има биолошке корене (Crandall, 2000). Повезана са њом је и теорија да стигма има корене у тенденцији људи да избегавају опасност (Haghighat, 2001). Стигматизација не би била усмерена директно против других особа већ против оних који представљају претњу (Haghighat, 2001). Управо претња представља мост од незнања до предрасуда и дискриминације.

У специфичном случају менталне болести истраживања откривају да у западним друштвима, стереотипи укључују информације о: опасности и повезаности са насиљем; одговорности за саму болест или за немогућност излечења; слабом карактеру особа са менталном болешћу; некомпетентности за бригу о себи; непредвидљивом карактеру и недостатку контроле у понашању. Када се предрасуде активирају, веровања могу водити до реакција страха, забринутости, неповерења, које могу бити окидач за разноврсне форме дискриминације.

Предрасуде

Реакција већинске групе да реагује у складу са предрасудама и одбаци мањинску групу укључује, не само негативне мисли, већ и снажне емоције као што су анксиозност, бес, презир, непријатељство, одвратност (Link et al., 2004). Лакше је превидети дискриминацију на основу предрасуда, него на основу стереотипа (Social Exclusion Unit, 2004). Предрасуде могу да буду последица директног контакта са „другом" групом. Искуство контакта може да се доживи као непријатност, анксиозност, амбиваленција или одбијање интимности (Social Exclusion Unit, 2004). Ова осећања су јача код ауторитарних личности, као и код особа које верују да је свет управо такав и да људи добију оно шта су заслужили (Stangor & Crandall, 2000).

Дискриминација: проблем понашања избегавања и одбијања

Када померимо фокус од стигме на дискриминацију скрећемо пажњу са ставова на актуелно понашање. Интервенције се могу предузимати да би се видело да ли се мења понашање особа без нужне промене знања или осећања. Особе са дијагнозом менталне болести могу имати користи од антидискриминационих закона на основу паритета са особама са ометеношћу. Разматрање дискриминације од нас захтева да се фокусирамо на особе које стигматизују друге, а не само на стигматизоване особе. То значи да се треба ослањати на људска права и разрачунати се са неправдом и дискриминацијом које свакодневно доживљавају особе са менталном болешћу (Crandall et al., 2002).

ЛИТЕРАТУРА

1. Amnesty International (2000). Ethical Codees and Declarations Relevant to the Health Professions. London, Amnesty International.
2. Angermyer, M.C., Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative survays in the Federal Republic of Germany. Psychol Med, 27 (1), 131-41.
3. Baker, G.A., Brooks, J., Buck, D., Jacoby, A. (2000). The stigma of a epilepsy: a European perspective. Epilepsia, 41 (1), 98-104.
4. Corrigan, P.W., Watson, A.C., Warpinski, A.C., Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. Community Ment Health J, 40 (4), 297-307.
5. Crandall, C.S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: the justification of stigmatization. U: Heatherton, TF., Kleck, R.E., Hebl, M.R., Hull, J.G. (Eds.) The Social Psychology of Stigma. New York, Guilford (str.126-150).
6. Crandall, C.S., Eshelman, A., O Brian, L. (2002). Social norms and the expression and suppression of prejudice: the strugle for internalization. J Pers Soc Psychol, 82, 359-378.
7. Crisp, A.H., Cowan, L., Hart, D. (2004). The Colleges anti-stigma capaign 1998-2003. Psyciatr Bull, 28, 133-136.
8. Department of Health. Attitudes to Mental Illness Summary Report (2000). London, Department of Health.
9. Desai, M.M., Rosenheck, R.A., Druss, B.G., Perlin, J.B. (2002). Mental disorders and quality of diabetes care in the veteras health administration. Am J Psychiatry, 159 (9), 1584-1590.
10. Fabrega, H. (1991). The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societes: a review of recent literature. Compr Psychiatry, 32, 97-119.

11. Fine, F., Asch, A. (1988). Disability beyond stigma: social interaction, discrimination and activism. Journal of Social Issuess, 44 (1), 3-23.
12. Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice and discrimination. U: Gillbert, D., Fiske, S.T., Lindzey, G. (Eds.) The Handbook of Social Psychology. Boston, McCraw- Hill (str.504-533).
13. Gaebel, W., Baumann, A.E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. Can J Psychiatry, 48 (10), 657-662.
14. Gilman S.L. (1982). Seeing the insane. Wiley, New York.
15. Glozier, N. (2004). The Disability Discrimination Act 1995 and psychiatry: lessons from the first seven years. Psychiatr Bull, 28, 126-129.
16. Goffman I. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books.
17. Goffman, E. (1963). Stigma. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
18. Goldin, C.S. (1994). Stigmatization and AIDS: critical issues in public health. Soc Sci Med, 39 (9), 1359-1366.
19. Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. Br J Psychiatry, 178, 207-215.
20. Hinshaw, S.P., Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. Dev Psychopathol, 12, 555-98.
21. Hinshaw, S., Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. Annu. Rev. Clin. Psychol, 4, 367-393.
22. Jacoby, A., Snape, D., Baker, G.A. (2005). Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. Lancet Neurol, 4 (3), 171-178.
23. Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D., Scott, R. (1984). Social Stigma: The psychology of marked relationships. New York, W.H. Freeman&Co.
24. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, S. (1999). Attitudes towards peoplewith a mental disorder: a survay of the Australien public and health professionals. Aust N Z J Psychiatry, 33 (1), 77-83.
25. Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E. et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders: 1990-2003. N Engl J Med, 352 (24), 2515-2523.
26. Kingdon, D., Jones, R., Lonquist, J. (2004). Protecting of human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe. Br J Psychiatry, 185, 277-279.
27. Lai, Y.M., Hong, C.P., Chee, C.Y. (2001). Stigma and mental illness. Singapore Med J, 42 (3), 11-114.
28. Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptrualizing stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363-385.

29. Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., Collins, P.Y. (2004). Measuring mental illness stigma. Schizophr Bull, 30 (3), 511-541.
30. Madianos, M.G., Economou, M., Hatjiandreou, M., Papageorgiu, A., Rogakou, E. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athen area (1979/1980-1994). Acta Psychiatr Scand, 99 (1), 73-78.
31. Milačić Vidojević, I. (2007). „Stigma iz učtivosti" u porodicama dece sa ometenošću. Nove tendencije u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji, FASPER, Beograd, 243-263.
32. Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., Pescosolido, B.A. (2000). Public conceptios 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.
33. Rose, D. (2001). Users Voices, The perspectives of mental health service users on community and hospital care. London, The Sainsbury Centre.
34. Sartorius, N., Schultze, H. (2005). Reducing the Stigma of Mental Illness: A report from a global association. Cambridge, Cambridge University Press.
35. Sayce, L. (2000). From Psychiatric Patient to Citizen. Overcomong discrimination and social exclusion. Basingstoke, Palgrave.
36. Stangor, C., Crandall, C.S. (2000). Threat and social construction of stigma. U: Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., Hull, J.G. (Eds.) The Social Psychology of Stigma. New York, Guilford (str. 62-87).
37. Stuart, H., Arbleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry, 46, 245-252.
38. Social Exclusion Unit. (2004). Mental Health and Social Exclusion. London, Office of the Deputy Prime Minister.
39. See Me Scotland. (2004). The Second National Public Attitudes Survey, „Well? What do you think?". Edinburgh, Scottish Executive.
40. Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A. et al. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. Schizophr Res, 69 (2-3), 125-132.
41. Thornicroft, G. (2006). Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness. Oxford, UK, Oxford Univ.Press.
42. Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact in the National Comorbidity Survay replication. Arch.Gen. Psychiatry, 62, 603-13.
43. Weiss, M.G. (2001). Cultural epidemiology. Anthropology and Medicine, 8,5-29.
44. World Health Org. (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. New York, World Health Org.

STIGMA AGAINST PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

IVONA MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, NENAD GLUMBIĆ
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

SUMMARY

Persons with mental illness frequently encounter stigma and discrimination behaviour. This review aims to clarify the concept of mental illness stigma and consequences for individuals with mental illness. Stigma and discrimination impede their optimal recovery, social participation and reintegration in society. Stigma and discrimination can lead to impoverishment, social marginalization and low quality of life. Public images of mental illness add new dimension on human suffering and has been described as "second illness". In this paper we discuss how far stigma applies to people with mental illnesses compared with other conditions and how discrimination varies between countries and cultures. We discuss stigma as an overeaching term that contains three important elements: problems of knowledge (ignorance), problems of attitudes (prejudice) and problems of behaviour (discrimination). Shifting focus from stigma to discrimination shows a number of distinct advantages: attention moves from attitudes to actual behaviour, interventions can be tested to see if they change behaviour towards people with mental illness without changing knowledge or feelings, people who have a diagnosis of mental illness can benefit from anti-discrimination laws and a discrimination perspectives requires us to focus upon „stigmatiser", not only upon "stigmatized".

KEY WORDS: stigma, discrimination, mental illness

Београдска дефектолошка школа
Вол. 16 (2), Бр. 47, 431-444, 2010

УДК 376.1
Примљено: 25.4.2010.
Стручни чланак

ЗНАЧАЈ И МОГУЋНОСТИ ИСПИТИВАЊА СТАВОВА ПРЕМА ОМЕТЕНИМА

Нада Драгојевић, Ивона Милачић-Видојевић
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

У чланку се разматрају могуће функције негативних ставова према ометенима, као једној маргиналној групи, као и последице таквих ставова по социјални и емоционални развој и добробит ометених особа. Примарни значај познавања ових ставова лежи у могућности предвиђања понашања неометених људи према ометенима, као и у могућности налажења ефикасних облика утицања на промену ових ставова

Нарочито се наглашава значај откривања имплицитних ставова према ометенима, с обзиром на тенденцију за јавним испољавањем позитивнијих ставова. У овоме лежи и један од битних методолошких проблема у конструисању скала за процену ових ставова, наиме проблем контролисања фактора тенденције ка давању социјално пожељних одговора. Показује се, такође, да други методолошки императив треба да буде мултидимензинални приступ у испитивању ставова према ометенима.

Различите варијабле, личносне, искуствене и социодемографске, могу да утичу на ове ставове, па се наводе налази истраживања у којима су тражени корелати ставова према ометенима, као и налази о евентуалним разликама у ставовима према различитим типовима ометености.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: ставови према ометенима, скале ставова, мултидимензионални приступ

Ниче: "Увереност је опаснија за истину него лаж."

Недвосмислен је значај преовлађујућих ставова према ометенима за социјално и емоционално прилагођавање и за стварање слике о себи ометених особа. Неометени људи, међутим, најчешће не успевају нити да схвате свепрожимајућу и оштећујућу природу предрасуда према ометенима. Социјална депривација, као последица евентуалног постојања негативних ставова припадника неке социјалне заједнице према ометенима, ствара осећања издвојености, обележености и беспомоћности и умањује способност превладавања стресних животних догађаја. У таквој ситуацији, ометене особе, поред примарног недостатка, трпе и последице стигматизације. Питање је у којој мери друштвена заједница моделује улогу ометене особе очекујући да се понаша на одређен начин, па доводи и до неког облика самостигматизације. У којој мери саме ометене особе, и њихове породице, интернализују доминантне друштвене ставове? Такође може да се постави питање у којој мери друштво, ради одржања друштвене стабилности, намеће појединцима одређене ставове према маргиналним групама и колико такви ставови падају на плодно тле човекове примарне потребе да буде заштићен (у оквиру позитивно вредноване групе), па и потребе да се екстернализује агресија (Ханак & Драгојевић, 2002). Да ли су такви негативни ставови одраз шире традиционалистичке, ауторитарне и рестриктивне друштвене оријентације? Неки аутори показују да припадност друштвеним групама повезаним са моћи може да доведе до доминантног вс. недоминантном културалном идентитету, расном, класном, полном, етничком, религијском, или повезаном са ометеношћу (Sciarra et al., 2005). Тако долази и до хомогенизације иначе веома хетерогене групе ометених, као и група с посебном облицима ометености. Нека истраживања (Deal, 2003) показују чак да се и самоидентитет групе ометених ослања на стигматизацију других група ометених које се рангирају ниже у хијерархији.

Значај социјалних ставова за развој и рехабилитацију ометених особа

Главни разлог изучавања ставова према особама са ометеношћу лежи у тврдњи да су ставови најбољи предиктори понашања. (Ajzen & Fishbein, 1989). Истраживачи указују на три димензије става према особама с ометеношћу које треба истражити: веровања (тачност зна-

ња), осећања и понашања (Olson & Zana, 1993). Ставови према особама с ометеношћу представљају један од централних проблема у области рехабилитације. Описују се као „невидљиве баријере" у рехабилитационом процесу. Ставови се формирају кроз социјално учење (Tregaskis, 2000). Ставови су део оквира којим интерпретирамо социјалну средину. Теорије социјалног учења наглашавају значај утицаја важних особа, као што су родитељи, учитељи, вршњаци и медијске личности, на формирање ставова (Bandura, 1977).

Иако су, не давно, испитивања ставова уз помоћ директних метода указала на то да ставови према ометености постају позитивнији (Antonak et al., 1995), касније истраживања су показала да ставови и даље одражавају веровање да су особе с ометеношћу зависне, изоловане и емоционално нестабилне. Ови стереотипи могу да доведу до смањења очекивања у односу на особе с ометеношћу, до проблема у комуникацији и у развијању различитих интерперсоналних односа и до застоја у запошљавању особа с ометеношћу.

Последњих година инициране су промене на пољу обезбеђивања едукације, професионалног оспособљавања и психосоцијалне помоћи које би омогућиле инклузију особа са ометеношћу у шире друштво. Пуноправно прихватање особа с ометеношћу не може да се деси све док се не елиминишу суптилне баријере. Већина истраживача је сагласна да суптилне баријере представљају имплицитни ставови особа опште популације, стручњака, вршњака, родитеља или самих особа са ометеношћу. Негативни ставови спречавају особе с ометеношћу да остваре важне животне улоге и да поставе и постигну животне циљеве. Знање о ставовима особа без ометености према особама с ометеношћу помаже нам да разумемо природу интеракције између ове две групе. Поред тога, разумевање димензија које се налазе у основи негативних ставова указује нам на могуће начине њихових промена и омогућује одговарајућу процену ефеката спроведених интервенција. Знање о ставовима може да укаже на подручја у којима особе с ометеношћу најчешће наилазе на отпор тј. на проблеме којима треба дати примат у едукацији јавности.

Све док постоје негативни ставови, пуноправно прихватање особа с ометеношћу није вероватно (Nowicki, 2006 citira Antoanak & Livneh, 2000). Негативни ставови су повезани с понашањем као што је социјално одбацивање и одржавање високог нивоа социјалне дистанце према ометеним особама. Препознавање појаве изложености ометених особа предрасудама и дискриминацији први је корак у смањивању предрасуда.

Према теорији социјалних ставова, јавни ставови диктирају до одређеног степена социјалну политику. Негативни јавни ставови могу бити баријера успеху одређене политике, јер утичу на значај који се придаје неком питању.

Истраживања ставова су показала да особе без ометености доживљавају нелагодност и несигурност, не знајући како да се понашају у присуству особа с ометеношћу (Loo, 2000). У истраживању са студентима ФАСПЕР-а, Универзитета у Београду, као испитаницима, показало се да се као превалентна осећања према особама с ометеношћу јављају нелагодност, сажаљење, напетост, осећање беспомоћности и збуњеност, статистички значајно чешће него одбојност и незаинтересованост (Драгојевић, Милачић-Видојевић, Ханак & Ментус, 2010)

Реакције неометених особа крећу се у широком распону осећања, мисли и понашања, од сажаљења или страха, преко ниских очекивања до стереотипија и негативних ставова. Ометене особе истичу да ставови других људи према њима представљају најснажнији негативни стресор у њиховим животу.

Бројни су социолошки и психолошки чиниоци који утичу на формирање и одржавање ставова према ометенима и тиме на квалитет комуникације између особа са и без ометености. Кроз истраживања у различитим срединама, у различитим друштвеним окружењима и са различитим групама испитаника испитиван је утицај социо-демографских, искуствених и личносних варијабли на ставове према особама с различитим категоријама ометености. Иако нису увек једнозначни, резултати указују на постојање неких тенденција у овој области..

Корелати ставова према ометеним особама

Хипотеза контакта

Хјустоун (Hewstone, 2003) потврђује хипотезу контакта, по којој је директно искуство важно у формирању ставова. Ефекти претходних контаката зависе од карактеристика ометене и неометене особе, као и од природе интеракције. Хјустоун истиче пет услова под којим ометени и неометени треба да се сретну:

1. да су истог статуса
2. у ситуацији где се стереотипи о ометенима не потврђују
3. у ситуацији у којој се захтева сарадња
4. у ситуацији која захтева блиско упознавање учесника
5. када социјалне норме подржавају једнакост.

Налази већег броја истраживања (Антонак, 1981; Драгојевић, Милачић-Видојевић, Ханак & Ментус, 2010) потврдјују хипотезу да су интензитет и врста претходних контаката са ометеним особама фактори који у великој мери одређују ставове и однос према ометеним особама. У истраживањима је потврђен и значај временске удаљености контакта с ометенима. Интензитет негативних ставова био је мањи код испитаника који су имали скорији контакт (у последњих шест месеци) са особама с интелектуалном ометеношћу (Tak-fai Lau & Cheung, 1999).

Ау и Хан (Au & Han, 2006), поред интензитета, као значајан наводе и фактор квалитета контаката са ометенима, зависно од врсте контакта са ометенима (неговатељи, физиотерапеути, радни терапеути, социјални радници).

Значај квалитета контакта са ометенима потврђен је налазима да су ставови директних учесника у раду са ометенима, као и студената специјалне едукације и рехабилитације, позитивнији у односу на ставове опште популације (Gething, 1992; Au & Han, 2006; Rice, 2009).

Има, међутим, и другачијих налаза, налаза: да контакт не доводи до промена или да чак појачава негативне ставове (Gottlieb & Budoff, 1973). Разлика у позитивности/негативности ставова између испитаника који су имали и оних који нису имали конртакт с ометенима такође није нађена кад је испитиван степен социјалне дистанце који може да се толерише (Chen et al., 2002). Код школске деце као испитаника показало се да нема разлика у ставовима према ометеној деци у школама са и без контакта с ометеном децом (Hodkinson, 2007). Ови контрадикторни налази настају услед недовољно одређене природе контакта. Уколико је контакт структурисан и директан може да доведе до позитивних ставова (Esposito & Peach, 1983; Rees et al. 1991).

Полне и узрасне разлике у ставовима према ометенима

На постојање разлике у ставовима зависно од пола испитаника указује већи број истраживања (Yuker & Block, 1986; Makas et al., 1988; Royal & Roberts, 1987; Stovall & Sedlacek, 1983; Esses, 1993; Hanak & Dragojević, 2002; Chen et al., 2002; Budish, 2004; Rice, 2009). Ставови жена и девојчица према особама с ометеношћу у овим истраживањима су се показали као позитивнији. Такође, у интеракцији с ометеним особама код жена се у мањој мери него код мушкараца појављује осећање непријатности (Baffi et al., 1991). Са применом мултидимензионалне скале ставова, позитивнији ставови женских испитаника испољили су се само у акционој компоненти става (Findler et al., 2007). Једно од могућих тумачења

оваквог налаза јесте прихватање социјално прописане улоге жене као неговатељице (Findler et al., 2007). У другој студији истих аутора (2010) женски испитаници су испољили позитивније ставове и у когнитивној компоненти. У неким истраживањима, међутим, није нађена разлика у ставовима женских и мушких испитаника (Stanimirović, 1986; Radoman, 1995; Choi & Lam, 2001).

У погледу разлика у ставовима зависно од пола ометене особе, у истраживању (Драгојевић, Милачић-Видојевић, Ханак, Ментус & 2010) са примењеном Ревидираном мултидимензионалном скалом ставова према ометеним особама, са студентима као испитаницима, мушки испитаници су испољили мање понашања приближавања према ометеној жени, док су женски испитаници испољили више понашања избегавања према ометеној жени него према ометеном мушкарцу. Кад је испитиван доживљај ометених особа, при сусрету с особама без ометености, мушкарци с ометеношћу наводе да жене које нису ометене траже њихово пријатељство јер је у том контакту слабије изражена сексуална усмереност односа (Shakespeare, 1999; Tepper, 1990)

Упоређивање ставова испитаника различитих узраста, показало је, у неким истраживањима, да старији испитаници испољавају више негативних ставова према ометенима него млађи (Tak-fai Lau & Cheung, 1999; Sinason, 1993). Према теорији соцјалног учења старије особе су мање ефикасне у процесирању нових информација, а незнање може да буде један од узрока дискриминације.

Има такође налаза да постоје разлике у ставовима родитеља млађе и старије ометене деце. Према налазима истраживања млађи родитељи у већој мери заступају права ометене деце на инклузију у друштвени систем, док старији родитељи изражавају претежно заштитничке ставове према својој одраслој деци (Markova & Jahoda, 1992).

Негативни ставови према ометеним особама појављују се изгледа већ на почетку школовања, јер деца овог узраста чешће означавају као "ружне" ометене него неометене особе (Hodkinson, 2007). На овом узрасту појављују се емпатичке емоционалне реакције, као што је сажаљење (Deal, 2003), док се социјално дистанцирање развија касније (Dyson, 2005).

Образовање и ставови према ометенима

Из когнитивно развојне теорије, особа са вишим образовањем је либералнија, отворенија за различитича искуства и мање догматична у размишљању (Royal & Roberts, 1987). Према теорији социјалног учења

особа са вишим образовањем има више знања о особама са ометеношћу и себе сматра ефикасном у интеракцији.

Истраживања указују на то да су ставови према особама са интелектуалниом ометеношћу повезани са образовним нивоом и да особе са вишим образовањем лакше ступају у непосредну интеракцију са интелектуално ометеним особама (Tak-fai Lau & Cheung, 1999).

Нађено је, такође, да директори имају снажније веровање у филозофију заједничког живота и промовисање независности и оснаживања особа са ометеношћу него запослени који су у директном контакту с ометеним особама (Henry et al., 1996).

Одлике личности и ставови

"Човеку фрустираном, без личног идентитета, несигурном у своју вредност, који је преплављен "страхом од слободе", недостаје неко ко му је подређен, незаштићен, на коме може некажњено да искали своју агресивност и бес."

Жан-Пол Сартр, 1992, Размишљања о јеврејском питању

Конформисање са ставовима група којима појединац припада (а које су значајан ослонац осећања сигурности) умногоме зависи од различитих одлика личности, као што су ауторитарност, ригидност, сугестибилност, нетолерантност, самопоштовање, емоционална, социјална и интелектуална зрелост.

Налази истраживања указују на то да негативни ставови према ометенима корелишу са нижим самопоштовањем (Deal, 2003; Findler et al., 20007) и са јачом социјалном анксиозношћу (Budish, 2004). У истраживању Финдлер и сар. (2007) показало се да је варијабла самопоштовања јаче повезана са когнитивном компонентом става према ометенима код мушких него код женских испитаника.

Врста ометености и ставови

Једно од важних питања у области ставова према ометенима јесте питање да ли постоје разлике у ставовима према ометеним особама различитих тежина ометености, различитих степена видљивости и различитих категорија ометености.

Дил (Deal, 2006) је истраживао ставове особа са и без ометености према другим особама са ометеностима и према различитим популацијама ометених. Резултати су били слични у обе групе и били су у опсегу пози-

тивних ставова према ометености. Ипак, када се мере суптилном субскалом предрасуда, особе са и без ометености показују негативније ставове. То указује да људи имају суптилне форме предрасуда према ометености које се не могу детектовати коришћењем директних метода које омогућују испитаницима да одговарају на социјално пожељан начин.

Истраживања указују на то да су негативнији ставови повезани са интелектуалном и менталном ометеношћу, а мање са сензорном и телесном (Tur-Kaspa et al., 2000; Deal, 2003; Hodkinson, 2007). Такође, у истраживању изведеном у Србији, са родитељима ометене деце различитих категорија, показало се да су реакције уже социјалне средине негативније на интелектуално и ментално ометену (аутистичну) него на слепу, глуву и телесно инвалидну децу (Драгојевић, 2007; Драгојевић, Ханак & Милачић-Видојевић, 2009), Код студената прве године ФАСПЕР-а Универзитета у Београду, међутим, нису нађене разлике у ставовима према слепим, телесно инвалидним и интелектуално ометеним особама (Драгојевић, Милачић-Видојевић, Ханак & Ментус, 2010). Могуће због примарне мотивације и професионалне опредељености ове популације. Потребна су даља истраживања која би утврдила могуће облике реаговања на различите врсте ометености.

Проблеми у мерењу ставова

Током година мењали су се ставови према ометенима, као и технике за испитивање ових ставова, које су постајале више софистификоване, теоријски и технички (Antonak & Livneh, 2000). Истраживања ставова према ометенима довела су до конструкције већег броја скала за испитивање ставова, једнодимензионалних или мултидимензионалних, директних или индиректних, за испитивање ставова према целој популацији ометених или према ометеним особама различитих категорија ометености и са различитим метријским карактеристикама.

У свеобухватном прегледу постојећих скала Антонак и Ливнех (Antonak & Livneh, 2000) указују на проблем сложености концепта става и на тешкоће мерења ставова према особама са ометеношћу Аутори дају низ препорука за дизајн нових инструмената и наглашавају значај коришћења мултидимензионалних скала које разликују когнитивну, афективну и бихејвиоралну компоненту става.

Наводе листу тих скала са англосаксонског подручја: Скала социјалне дистанце према ометенима (Tringo, 1970, Kronbah $\acute{a}$ 0.95-0.98), Скала прихватања (Voeltz, 1980, Kronbah koeficijent relijabilnosti $\acute{a}$ 0.77, split-half 0.82), Скала ставова према ометеним особама (Antonak, 1982,

Kronbah ά 0.74-0.91), Скала социјалних односа и ометености (Grand, Bernier, Strohmer, 1982, Kronbah ά 0.86-0.95), Скала интеракције с ометеним особама (Gething, Wheeler, 1992, Kronbah ά 0.54-0.86). На нашем подручју конструисане су и коришћене скале за испитивање ставова према слепима (Станимировић, 1986), према глувима (Радоман, 1995), према општој популацији ометених (Ханак & Драгојевић, 2002).

Социјална пожељност/непожељност одговора

Један од важних проблема у испитивању ставова према ометенима јесте проблем социјалне непожељности негативних ставова према ометенима. Стога, постављањем директних питања можемо да добијемо лажно позитивну слику ставова према ометенима, с обзром на човекову потребу да се, свесно и несвесно, прикаже у што повољнијем светлу, да пред јавност изнесе свој идеализовани психолошки лик. Поред тога, постало је политички коректно да људи изражавају општи позитиван став према ометености.

Да би се смањио утицај социјалне пожељности истраживачи указују на нужност анонимности испитивања, поверљивости података., примене индиректних метода испитивања, уградње субскале социјалне пожељности у оригиналну скалу и опрезно интерпретирање резултата.

Мултидимензионалност ставова

Развој ставова се одвија кроз интеракцију емоционалне компонете, која представља језгро става, и когнитивне компоненте кроз коју се испољавају директни утицаји социјалних фактора (Креч & Крачфилд, 1973). Развој емоционалне компоненте зависи од емоционалноог значаја појаве према којој се има став, од друштвеног притиска да се став прихвати и од значаја групе која је преносник става за појединца. Развијеност бихејвиоралне компоненте зависи од развијености емоционалне компоненте и од преовлађујућих друштвених ставова.

Налази истраживања указују на то да различите компоненте става могу да буду развијене у различитом степену, па се у новијим истраживањима заговара мултидимензионални приступ у испитивању ставова према ометенима. Према налазима истраживања Финдлер и сар. (Findler et al., 2007) негативни ставови према ометенима се најмање испољавају у тенденцијама понашања, нешто вишеу емоционалној, а највише у когнитивној компоненти. Ауутори сматрају да ометене особе опажа-

ју несклад између отвореног понашања и дубоко укорењених мисли и осећања. Оваква истраживања указују на потребу да се открије степен позитивности/негативности у свакој компоненти става према ометенима, да би се одредило како треба усмерити покушаје промене ставова неометених према ометенима.

ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Може да се постави питање о специфичностима негативних ставова према ометенима, у поређењу с негативним ставовима према другим маргиналним групама. Кад говоримо о ставовима према ометенима треба размотрити могућност да западна цивилизација намеће амбивалентан став према њима, као према, с једне стране, беспомоћним бићима, а, с друге, као према бићима која, можда баш због тога, треба искључивати из друштвене заједнице. За разлику од директније испољених агресивних тенденција у ставовима према другим маргиналним групама (етничким, расним, групама зависника) из псеудозаштитничког става према ометенима проистиче да се према њима и треба опходити другачије.

Степен прихватања или искључивања особа с ометеношћу варира зависно од доминантних културалних вредности (Pristley, 1988). Развој и разумевање ставова који важе у једном друштву, а који утичу на понашање његових чланова, значајно је уколико желимо да унесемо социјалне промене и проценимо ефикасност јавне политике у промовисању инклузивног друштва. Негативни ставови према особама с ометеношћу могу озбиљно да угрозе њихово напредовање према инклузији у школама, на радном месту и у друштву као целини. Пажња треба да се усмери на ставове према овим особама да би се спречио могући повратак на сегрегацију и еугенику као друштвене норме (Henry et al., 1996). Негативни ставови могу водити ниском самопоштовању особа с ометеношћу, ограниченим могућностима да у потпуности учествују у главним подручјима живота и негативном ефекту на њихово физичко и ментално здравље.

Постоје снажни докази да образовање и непосредни контакти с ометеним особама смањују дискриминацију особа са ометеношћу. Према психоаналитичкој теорији едукација смањује психолошку несигурност, која потиче од искуства у социјалним односима, и смањује тенденцију пројектовања сопствених грешака на друге људе. Едукација побољшава прихватање других група потискивањем ауторитарне тенденције која легитимизује коришћење агресије против субјеката .

За интеграцију особа с ометеношћу важно је доношење закона и образовање кроз активну интеракцију с ометеним особама. Закони доприносе смањењу дискриминације у институцијама, а едукација смањује негативне ставове јавног мњења .

ЛИТЕРАТУРА

1. Stanimirović D.(1986). Stavovi ljudi sa vidom prema slepima.Psihologija, br.3-4, Beograd.
2. Hanak N., Dragojević N. (2002). Socijalni stavovi prema osobama ometenim u razvoju, Istraživanja u defektologiji. CIDD, Defektološki fakultet, Beograd, str. 9-22, ISSN-1451-3285.
3. Radoman V. (1995). Empirijsko istraživanje stavova prema različitim hendikepima, naročito prema gluvoći i gluvima, Defektološka teorija i praksa, br.1, str, 106-113.
4. Findler F., Vilchinsky N, Werner S. (2007). The Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS), Construction and Validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, **51,** 166-176, Hammil Institute of Disabilities i Sage Publication.
5. Deal M. (2003). Disabled People's Attitudes toward Other Impairment Groups: a hierarchy of impairments. *Disability & Society*, **18,** No 7, 897-910.
6. Tur/Kaspa H., Weisel A., Most T. (2000). A multidimensional study of special education students attitudes towards people with disabillities:a focus on deafness, *European Journal of special needs education*, **15**, No 1, 13-23, ISSN 0885-6257.
7. Antonak R.F. (1981). Prediction of Attitudes toward Disabled Persons: a multivariate analyses. *The Journal of General Psychology,* **104,** 119-123.
8. Antonak R.F., Livneh H. (2000). Measurement of Attitudes towards persons with disabilities. *Disability and Rehabilitation,* **22**, No 5, 211-224.
9. Sciarra D. et al. (2005). White racial identity and attitudes toward people with disabilities *(Journal of Multicultural Counseling and Development)*. Retrieved 4.7.2009 from http://goliath.ecnext.com
10. Esses V.M. (1993). Determinants of Attitudes tward People with Disabilities *(Meeting of the American Psychological Association, Toronto).* Retrived 4.7.2009 from http://www.eric.ed.gov
11. Chen R.K et al. (2002). Attitudes toward people with disabilities in the social context of dating and marriage: a comparaision of American, Taiwanese and Singaporean college students. *The Journal of Rehabilitation.* Retreived 4.7.2009 from http://goliath.ecnext.com
12. Hodkinson A. (2007). Inclusive education and the cultural representation of disability and Disabled people: recipe for disaster or catalyst of shange? *Research in Education.* No **77**.56-76

13. Rice C.J. (2009). Attitudes of undergraduate students toward people with intellectual disability: consideradtions for future policy makers. *College Student Journal.* Retrieved 4.13.2009 from http//www.hjghbeam.com
14. Dyson L.L. (2005). Kindergarten children's understanding of and attitudes toward people with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education.* Retrieved 4.13.2009 from http//www.accessmylibrary.com
15. Au K.W., Man D.W. (2006). Attitudes toward people with disabilities: a comparision between health care proffesionals and students. *International Journal of Rehabilitation Research.* **29**, 2, 155-160.
16. Gething L. (1992). Nurse practitioners' and students' attitudes towards people with diasbilities. *Australian Journal of Advanced Nursery.***9** (3), 25-30.
17. Budish K. (2004). Correlates of College Students' Attitudes toward Disabilities. *Journal of Undergraduate Research,* VIII, 1-5.
18. Choi G., Lam C.S. (2001). Korean students' differential attitudes toward people with disabilities: an acculturation perspective. *International Jourlal of of Rehabilitation Research,* **24** (1), 79-81.
19. Milačić-Vidojević I., Hanak N., Dragojević N. (2009). Odnos osoba sa intelektualnom ometenošću prema identitetu intelektualne ometenosti i moguća uloga stručnjaka u njegovom održanju. *Istraživanja u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji.* 129-145
20. Dragojević N. (2007). Vulnerabilnost porodica sa autističnim detetom. *Beogradska defektološka škola*. **2.** 161-172
21. Dragojević N., Hanak N., Milačić-Vidojević I. (2009). Odlike funkcionisanja porodica sa intelektualno ometenim detetom. *Istraživanja u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji.* 259-269
22. Dragojević N., Milačić-Vidojević I., Hanak N., Mentus T. (2010), Upoznaj pa sudi: stavovi studenata FASPER-a prema osobama s ometenošću, u štampi
23. Kreč D.; Kračfild R. (1973). Elementi psihologije. Naučna knjiga, Beograd
24. Findler F., Vilchinsky N., Werner S. (2010). Gender and Attitudes Toward People with Physical Disabilities: A Multidimensional Perspective., u štampi
25. .Priestly, M. (1998). Constructions and creation: Idealism, materialism and disability theory. Disability and Society, 13, 75-94.
26. Henry, D., Keys, C., Jopp, DS., Balcazar, F. (1996). The Community Living Attitudes Scale, *Mental retardation* Form: Development and psychometric properties. Mental retardaion, **34**, 149-158.
27. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1989). Understanding attitudes and predicting social behaviour. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.
28. Tregaskis, C. (2000). Interviewing non-disabled people about their disability-related attitudes: Seeking methodologies. *Disability & Society*, **15**, 343-353.
29. Loo, R. (2000). A psychometric re-analisis of the Interaction With Disabled Persons Scale. *Canadian Journal of Behavioral Science*, **33**, 245-250.
30. Olson, J., & Zana, M. (1993). Attitudes and attitude change. Annual Review of Psychology, **44**, 117-154.

31. Antonak, R.,Mulick, J., Kobe, F., & Fiedler, C. (1995). Influence of mental retardation severity and respondent characteristics on self-reported attitudes toward mental retardation and eugenics. *Journal of Intellectual Disability Research*, **39,** 316–325.
32. Esposito, B., & Peach,W. (1983). Changing attitudes of preschool children toward handicapped persons. *Exceptional Children*, **49**, 361–363.
33. Tak-fai Lau, J., & Cheung, C. (1999). Discriminatory attitudes to people with intellectual disability or mental health difficulty. *International Social Work*, **42**, 431–444.
34. Rees, L., Spreen, O., & Harnadek, M. (1991). Do attitudes towards persons with handicaps really shift over time? Comparison between 1975 and 1988. *Mental Retardation,* **29**, 81–86.
35. Gottlieb, J., & Budoff, M. (1973). Social acceptability of retarded children in non-graded schools differing in architecture. *American Journal of Mental Deficiency*, **78**, 15–19.
36. Makas, E., Finnerty-Fried, P., Sugafoos, A., & Reiss, D. (1988). The Issues in Disability Scale: A new cognitive and affective measure of attitude toward people with physical disabilities. *Journal of Applied Behavioural Counselling*, **19**, 21–29.
37. Markova, I., & Jahoda, A. (1992). The language of special needs. In S. R. Baron & J. D. Haldane (Eds.), Community normality and difference. Aberdeen, Scotland: Aberdeen University Press.
38. Yuker, H., & Block, J. (1986) Research with the Attitude Toward Disabled People Scales: 1960–1985. Hampstead, NY: Holstra University Center for the Study of Attitudes Toward People with Disabilities.
39. .Shakespeare, T. (1999). The sexual politics of disabled masculinity. *Sexuality and Disability*, **17** (1), 53–64.
40. Tepper, M. S. (1999). Letting go of restrictive notions of manhood: Male sexuality, disability, and chronic illness. *Sexuality and Disability*, **17** (1), 37–52.
41. Baffi, C., Redican, K., Sefchick, M., & Impara, J. (1991). Gender role identity, gender role stress, and health behaviors: An exploratory study of selected college males. *Health Values*, **15,** 9–18.
42. Stovall, C., & Sedlacek, W. (1983). Attitudes of male and female university students toward students with different physical disabilities.*College Student Personnel*, **26**, 325–330.
43. Royal, G., & Roberts, M. (1987). Students' perceptions of and attitudes toward disabilities. *North American Journal of Psychology*, **1,** 255–260.
44. Bandura, A., (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: PrenticeHall.
45. Hewstone, A (2003). Intergroup Contact:Panacea for Prejudice? *The Psychologist.* **12** (7), 352-355.
46. Deal M. (2006). Attitudes of Disabled People toward other Disabled People and Impaiment Groups, doctoral thesis, City University London, Health Care Research Unity.

THE IMPORTANCE AND POSSIBILITIES OF EXAMINING ATTITUDES TOWARD PEOPLE WITH DISABILITY

NADA DRAGOJEVIĆ, IVONA MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

SUMMARY

Possible functions of negative attitudes toward disabled as a marginal group as well as the impact such attitudes may have on social and emotional development and on well-being of persons with disabilities are discussed in the article. To know about these attitudes could be of crucial importance in predicting the behavior of non-disabled toward disabled people, and in finding the efficient ways for changing the attitudes toward disabled.

Revealing of implicit attitudes appears to be even more important in the light of waxing tendency to show off with positive attitudes toward disabled. In fact, the possibility of exerting control over tendency to demonstrate socially desirable responses seems to be one of the basic methodological tasks in constructing scales for investigating attitudes toward disabled. Multidimensional procedure in examining the attitudes seems to be the second methodological imperative.

The attitudes can be influenced by different personal, experiential and socio-demographic variables. So the findings of correlations of these variables to attitudes toward disabled, as well as potential differences in attitudes toward different types of disability, are presented.

KEY WORDS: attitudes toward disabled, scales of attitudes, multidimensional procedure