

1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea in Scienze Psicologiche, Cognitive e Psicobiologiche

Elaborato Finale

La percezione sociale di individui affetti da disturbi mentali

The social perception of individuals suffering from mental disorders

Relatore:

Prof. Luigi Alessandro Castelli

Laureanda: Sara Mingardo

Matricola: 2011025

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: Uno sguardo al passato	7
1.1 Excursus storico sulla definizione di disturbo mentale	7
1.2 Excursus storico sulla percezione del disturbo mentale	10
CAPITOLO 2: Uno sguardo al presente	15
2.1 Introduzione al capitolo	15
2.2 La percezione e gli atteggiamenti della società nei confronti degli individui affetti da disturbi mentali	16
2.3 L'autostigma	22
2.4 Programmi anti-stigma	25
CAPITOLO 3: Il questionario	27
3.1 Introduzione al questionario	27
3.2 Il metodo	27
3.2.1 Partecipanti al questionario	27
3.2.2 La procedura	28
3.3 I risultati	31
3.3.1 SDO	31
3.3.2 Previsione degli atteggiamenti	31
3.3.3 Previsione dell'immoralità	33
3.3.4 Previsione del rispetto	35
3.4 Discussione dei risultati	37
CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FUTURE	38
BIBLIOGRAFIA	39

INTRODUZIONE

I disturbi mentali sono una delle principali caratteristiche della società moderna, e ciò ha portato gli individui a doversi relazionare, direttamente o non, con casi o eventi relativi a questo argomento, portando a una conoscenza *naïve* e stereotipata con conseguente rifiuto sociale. A causa del rifiuto sociale associato al disturbo mentale, l'individuo che ne soffre non si trova soltanto ad affrontare la sua personale condizione, ma anche a subire lo stigma e la marginalizzazione ad essa associata. In aggiunta, questo processo avviene non solo nei confronti dell'individuo portatore del disturbo ma anche, ad esempio, delle famiglie stesse. Considerando la diffusione dei disturbi mentali, le stime ci dicono che un individuo su tre svilupperà, nel corso della sua vita, un disturbo mentale (Christensen et al., 2020), e un individuo su quattro ha riportato di averne sofferto (Alonso et al., 2004; Hardcastle & Hardcastle, 2003).

Secondo la *World Mental Health surveys Initiative*, una ricerca recente condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che comprende 30 paesi e più di 150 000 rispondenti, i disturbi mentali iniziano relativamente presto nella vita, colpendo soprattutto: gli adolescenti, gli individui nella prima età adulta, e coloro che sono socialmente svantaggiati. In aggiunta, spesso si trovano in comorbidità con altri disturbi. Nel dettaglio, il disturbo più prevalente nel corso della vita è il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM), mentre i disturbi d'ansia sono la classe di disturbi maggiormente presenti (Scott, 2021).

Per poter condurre un'analisi corretta si partirà dalle definizioni dei due concetti chiave che verranno affrontati in questo elaborato: disturbo mentale e percezione sociale.

Partendo dal disturbo mentale, è nato un accordo tra gli psicologi solo nell'ultimo periodo, grazie al contributo posto *dall'American Psychological Association (APA)*.

Si può intendere il disturbo mentale come lo spettro delle cognizioni, emozioni e comportamenti che interferiscono non solo con le relazioni interpersonali, ma anche con le funzioni richieste per il lavoro e la scuola (Johnstone, 2001). Questa definizione è anche presente nella quinta edizione del *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Secondo il manuale, un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un disturbo clinicamente significativo nella cognizione dell'individuo, nella regolazione delle emozioni o nel comportamento, che riflette una disfunzione nei

processi psicologici, biologici o di sviluppo sulla base del funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un significativo distress o disabilità nelle attività sociali, lavorative o di altro tipo. Inoltre, è importante specificare che una risposta culturalmente accettata a un qualsiasi evento stressante o di perdita non è un disturbo mentale, di conseguenza il disturbo mentale non è unicamente il risultato di una devianza sociale o di un conflitto con la società (American Psychiatric Association, 2013).

Le caratteristiche che vanno a contraddistinguere un disturbo mentale sono quindi: il disagio; la disabilità; la disfunzione e la violazione di norme sociali. È importante comunque sottolineare questa ultima caratteristica, infatti l'identificazione di quello che è un disturbo mentale varia a seconda della società di appartenenza, perché al variare della società variano le norme sociali (Bolton, 2013). In aggiunta, queste caratteristiche, come riportato nel DSM-5, non identificano necessariamente un gruppo omogeneo di pazienti, e ciò significa che sono necessarie, ma non sufficienti, per identificare un disturbo mentale.

È importante chiarire la terminologia corretta da utilizzare, difatti usare il termine “malattia mentale” implica una eziologia elaborata, in quanto “malattia” è un termine preso dalla medicina, e in medicina il percorso che porta alla diagnosi e cura di una patologia non può essere traslato con indifferenza alla psicologia clinica. In psicologia infatti non esistono meccanismi patologici centrali, ma dei pattern di sintomi che possono aiutare la diagnosi (Borsboom, 2017).

Per concludere è necessario anche chiarire cosa si intende per percezione sociale. Nel momento in cui gli individui entrano in contatto con la realtà, avviene un processo che ci porta a creare delle categorie mentali. Queste, come sosteneva Piaget, vengono poi adattate alla realtà con processi di assimilazione e accomodamento. Il processo inizia fin dalla tenera età, ed è un prosieguo necessario, quasi “fisiologico”, utile per velocizzare e rendere più efficace la conoscenza del mondo esterno. Allo stesso tempo, però, esiste un altro lato della medaglia: attraverso questa categorizzazione la società stabilisce le caratteristiche che i membri devono avere per risultare “normali”, socialmente accettati. Ogni volta che incontriamo una persona, la inseriamo in queste categorie, e quando questa categorizzazione diventa screditante, parliamo di stigma. Si applica uno stigma quando c'è una discrepanza tra ciò che siamo, e ciò che la società decide che dovremmo essere, mentre coloro che non si discostano eccessivamente da queste aspettative vengono chiamate “normali” (Goffman, 1963). Chiunque soffra di un divario tra l'identità ideale

(stabilità dalla società) e quella reale è un potenziale candidato dello stigma (Crawford & Brown, 2002).

Stigma proviene dalla parola greca *stigmata*, che significa marchio, difatti nell'Antica Grecia alcune persone, come criminali o traditori, venivano marchiati con tagli o bruciature, per appunto siglarle come individui da evitare (Goffman, 1963). Oggi, con il termine, si intende quell'insieme di convinzioni e atteggiamenti deleteri che la società sviluppa nei confronti dei gruppi considerati in qualche modo diversi, come le persone con un disturbo mentale. Avviene, in questo caso, che viene applicata un'etichetta che distingue l'individuo dagli altri "normali"; l'etichetta poi si associa ad attributi appresi come indesiderabili; e di conseguenza anche la persona stessa viene identificata come indesiderabile, come deviante; e quindi, infine, discriminata ed esclusa (Kring et al., 2017). La discriminazione inoltre avviene anche perché le persone, irrazionalmente, pensano che separandosi dai "devianti" si riduca il rischio di acquisire a propria volta lo stigma (Coleman, 1986).

Lo stigma quindi prevede tre componenti: stereotipi, pregiudizio e discriminazione. Gli stereotipi sono strutture di conoscenza che vengono apprese dalla maggior parte degli individui di una società, perché rappresentano nozioni collettivamente concordate e sono, come accennato prima, efficienti, poiché permettono di generare rapidamente impressioni e aspettative su individui che appartengono a un gruppo stereotipato (Corrigan et al., 2003). I pregiudizi sono idee e opinioni concepiti sulla base di convinzioni personali e prevenzioni generali, senza una conoscenza diretta dei fatti, delle persone, delle cose, tale da condizionare fortemente la valutazione, e da indurre quindi in errore (Enciclopedia Treccani, n.d.). E, naturalmente, anche il pregiudizio porta alla discriminazione (Crocker et. al, 1998).

Un'altra componente importante del processo di stigmatizzazione è il fatto che, per distinguere il "noi" dal "loro", e per operare quindi una discriminazione dell'individuo stigmatizzato, è necessario il confronto sociale, perché solo attraverso questo possiamo notare cosa abbiamo in più o in meno rispetto agli altri. Essendo che il processo di confronto sociale avviene in ogni situazione della vita di un individuo, non si deve vivere nell'illusione che lo stigma esista solo per alcuni segmenti della popolazione. Il confronto sociale porta a differenziarci, individuare chi è troppo diverso ed escluderlo. E il salvarsi da questo circolo consente di sentirsi superiori, e quindi anche di giudicare chi non si salva come inferiore. Dal confronto sociale possiamo comprendere un punto

fondamentale della stigmatizzazione: inconsapevolmente, la diversità non è desiderata (Coleman, 1986).

Ecco che quindi il tutto riporta nuovamente alla discriminazione degli individui stigmatizzati. Tramite la discriminazione riduciamo, anche se involontariamente, le possibilità di vita dell'individuo (Goffman, 1963). Infatti, nell'ambito del disturbo mentale, un terzo di tutti gli stati limita i diritti delle persone con diagnosi di disturbo mentale di ricoprire cariche pubbliche o di far parte di giurie, e metà di tutti gli stati limita i diritti di custodia dei figli (Johnstone, 2001).

Secondo Goffman (1963) la stigmatizzazione e la discriminazione portano alla creazione, all'interno del gruppo stigmatizzato, di una nuova identità sociale, un proprio *ingroup*. Grazie all'*ingroup*, chi è "deviante" si può creare una nuova identità, permettendo la ri-identificazione della persona stigmatizzata come individuo. *L'ingroup*, però, può essere una minaccia o una risorsa per gli individui stigmatizzati. Questo dipende da come i membri percepiscono lo stesso: per far sì che sia una risorsa, l'*ingroup* deve aiutare i membri ad affrontare le proprie preoccupazioni e promuovere gli interessi (Correll & Park, 2005).

CAPITOLO PRIMO:

Uno sguardo al passato

1.1 Excursus storico sulla definizione di disturbo mentale

Prima di comprendere come oggi sono percepite le persone con disturbi mentali, sarebbe utile interrogarsi su quella che era la percezione e la definizione, nel passato, di questi individui. Questo perché, come detto prima, il disturbo mentale è strettamente connesso al contesto sociale e culturale presente (Farreras, 2019).

Si può riassumere l'evoluzione dello studio del disturbo mentale in tre periodi: nel periodo soprannaturale il disturbo mentale, o "malattia", come veniva chiamato allora, era attribuito a una possessione da parti di spiriti malvagi; successivamente lo sviluppo del pensiero porta al periodo definito come somatogeno, secondo il quale il disturbo proveniva da un malfunzionamento e uno squilibrio di tipo fisico; e infine l'ultima è la fase psicogena, dove la causa del disturbo veniva rintracciata in traumi o esperienze stressanti. Naturalmente, ognuno di questi periodi aveva le sue modalità trattamento e cura, costruite in base alla genesi presunta del disturbo stesso (Farreras, 2019). Inoltre, in realtà, come vedremo in seguito, la successione dei tre periodi non è stata esattamente lineare.

Il periodo soprannaturale occupa tutta l'antichità. In questa fase, la spiegazione che culture come quella cinese, egizia ed ebraica davano al comportamento anomalo si basava sulla possessione demoniaca o disappunto divino. Di conseguenza, i trattamenti di cura avevano l'obiettivo di rendere il corpo inadatto ad ospitare il demone usando, ad esempio, esorcismi (Kring et al., 2017). Oltre a ciò, in culture come quella cinese, era presente la credenza che l'individuo affetto dal disturbo mentale fosse contagioso e che potesse influenzare negativamente il destino di ogni persona che gli stava accanto (Philips, 1998).

Il primo tentativo di separare ciò che era il disturbo mentale dal soprannaturale si verificò nell'Antica Grecia, con Ippocrate, grazie al quale si entra in quell'epoca precedentemente definita come somatogena. Infatti, nel V secolo a.C., Ippocrate rifiutò l'idea che i disturbi mentali fossero una punizione divina, credendo che invece fossero causati da qualche patologia nel cervello, considerato come l'organo responsabile della vita dell'individuo, delle sue emozioni, e della sua conoscenza. Grazie a Ippocrate quindi i disturbi mentali iniziarono a essere trattati non più da sacerdoti ma da medici (Kring et al., 2017).

Diversi secoli dopo, Galeno (129 d.C.-216 d.C.) fu il primo a dare spiegazioni psicologiche del disturbo mentale, attribuendogli cause di stress psicologico (Farreras, 2019).

Dopo la morte di Galeno, all'inizio del Medioevo (V secolo-XV secolo), lo studio del disturbo mentale tornò a basarsi sulla demonologia, ma questa volta con una notevole influenza della Chiesa. Infatti, le cure venivano effettuate tramite preghiere e pozioni (Kring et al., 2017). Inizia così un periodo di regressione nello studio del disturbo mentale.

La situazione sociale, il regresso scientifico e la pressione della chiesa portarono, nel XIII secolo, all'inizio della caccia alle streghe. Alcuni autori riportarono come la regressione della psichiatria scientifica alla teologia avesse segnato il destino di centinaia di malati di mente che sono state vittime della caccia alle streghe. Addirittura, molti di coloro che furono vittime di questo periodo storico, non erano neanche affetti da una psicopatologia (Schoeneman, 1977; Zilboorg, 1941). Ogni tentativo di spiegazione scientifica della malattia mentale venne rifiutata fino al XVII-XVIII secolo (Farreras, 2019).

Nel XVI secolo nacque l'era che oggi definiamo come somatogena, dove i trattamenti per il disturbo mentale erano simili a quelli applicati per le malattie fisiche. Si diffusero ospedali e manicomi, allo scopo di nascondere gli individui affetti da disturbi mentali, generati in larga parte dalle diverse guerre e dalla depressione economica. Secondo Allderidge (1979) in quel periodo c'erano poche idee, se non nessuna, riguardo alla cura da parte delle istituzioni sui disturbi mentali. Queste persone venivano rinchiusi e trattate come animali, incapaci di ragionare o controllarsi, e si credeva che l'unico mezzo per tenerli sotto controllo fosse la paura (Farreras, 2019).

Solo verso la fine del XVIII secolo avvenne un cambiamento di rotta nel trattamento degli individui affetti da disturbi mentali, tramite una riforma che li considerava come esseri umani e non come animali (Farreras, 2019). Promotore di questi ideali era ad esempio lo psichiatra Pinel, anche se, in realtà, questo cambiamento era limitato alle classi più abbienti (Kring et al., 2017). Pinel, insieme all'ex paziente Jean-Baptiste Pussin fondarono il trattamento morale, il quale sosteneva che il disturbo dipendesse da ignoranza o da una comprensione disfunzionale della realtà.

Nella seconda metà del 1800 il trattamento morale, con la morte degli innovatori che lo avevano creato, venne abbandonato (Bockhoven, 1963). Nonostante questo, l'operato di

alcune persone che credevano nell'utilità della terapia, come Dorothea Dix, portò alla nascita del movimento per l'igiene mentale (Farreras, 2019).

Verso l'XIX secolo fino al XX secolo inoltrato le crescenti conoscenze sul cervello e sulla sua struttura portarono a studiare le malattie mentali come squilibri chimici nel cervello. In effetti, in questo periodo la principale tipologia di trattamento consisteva nella somministrazione di farmaci psicotropi (Farreras, 2019).

Nonostante il dominio dell'approccio somatogeno, già a partire dalla fine del XVIII erano emersi anche altri tipi di approcci, che andavano a ricercare l'eziologia del disturbo mentale in cause psicologiche. Entriamo così nel periodo psicogeno dello studio del disturbo mentale. Tra i principali autori di questo movimento abbiamo Mesmer, Breuer e Freud (Kring et al., 2017).

Il pieno sviluppo dell'epoca psicogena si verifica nel XX secolo, dove grazie al contributo di Breuer e Freud nasce la psicoanalisi, che riconduceva le cause della malattia mentale a conflitti inconsci. Freud infatti sosteneva che gran parte del comportamento umano fosse determinato da forze inaccessibili alla coscienza (Kring et. al., 2017).

La psicanalisi è stata il trattamento psicologico dominante durante tutta la prima metà del XX secolo. Fu un trampolino di lancio per oltre 400 diverse scuole di psicoterapia, che vennero chiamate post-freudiane (Farreras, 2019). La maggior parte di queste scuole si basa su trattamenti di tipo cognitivo, cognitivo-comportamentale e psicodinamici, incentrati tutti sul cliente.

Ad oggi, grazie a uno studio di Luborsky e colleghi (2002), sappiamo che tutti questi trattamenti hanno differenze poco significative. La loro similarità e il loro successo si basa infatti su tre elementi comuni: alleanza terapeutica, fedeltà del terapeuta alla terapia e competenze del terapeuta.

Attualmente, la teoria predominante nello studio dei disturbi mentali è la teoria biopsicosociale: secondo questa teoria gli individui possono nascere con una predisposizione genetica per un certo disturbo, ma allo stesso tempo devono anche essere presenti alcuni fattori psicologici e socioculturali per far sì che questo insorga (Farreras, 2019).

1.2 Excursus storico sulla percezione del disturbo mentale

Coerentemente con ciò che è stato discusso nell'introduzione, quando è stata analizzata l'attuale definizione di stigma, possiamo affermare che nel periodo precedente al XXI secolo gli individui affetti da malattia mentale venivano esclusi e tenuti il più lontano possibile (Star, 1955), perché la reazione che la società aveva nei confronti dell'individuo deviante consisteva in rifiuto e isolamento sociale (Bentz & Edgerton, 1971). Lo dimostra il fatto che gli individui affetti da disturbi mentali sono meno accettati rispetto a tossicodipendenti o ex detenuti (Farina et al., 1971). Difatti, una volta che l'individuo viene etichettato, è soggetto a risposte uniformi da parte degli altri, che vincolano l'individuo e lo riducono alla etichetta stessa (Cumming & Cumming, 1957; Scheff, 1966). Come prova di questo, il rapporto finale della *Joint Commission on Mental Illness and Health* (1961) descrive che vi è una grave mancanza nel riconoscimento della malattia mentale come malattia e una tendenza predominante al rifiuto sia dei pazienti che di coloro che li curano (Bentz & Edgerton, 1971; Prabhu et al., 1984).

In questa sezione verranno quindi riportate in ordine cronologico le indagini condotte da alcuni autori, con l'obiettivo di comprendere le opinioni e gli atteggiamenti che la società metteva in atto nei confronti degli individui affetti da disturbi mentali prima del XXI secolo.

In realtà, procedendo con questa analisi dei risultati individuati nei vari studi, osserveremo che esistono aree di congruenza, in cui sono state fatte scoperte coerenti tra di loro, ma anche aree di incongruenza, dove gli studi presentano dati non coincidenti (Halpert, 1963). Questo per vari motivi: innanzitutto le varie indagini sono state condotte in momenti storici diversi, e nel corso del tempo sono state indagate varie sfaccettature della percezione della malattia mentale, usando nella maggior parte dei casi terminologie diverse, che probabilmente i rispondenti non comprendevano appieno; inoltre è cambiata la definizione stessa di malattia mentale perché, come abbiamo precedentemente riportato, le varie scuole di pensiero avevano visioni differenti; in aggiunta venivano anche usate diverse tecniche statistiche e diverse metodologie di indagine; e per concludere ogni studio deve essere circoscritto all'area geografica in cui si trova, perché ogni zona possiede il suo personale contesto socioculturale (Prabhu et al., 1984).

Gran parte della ricerca in questo ambito è nata dagli anni Cinquanta agli anni Settanta del Novecento (Hayward & Bright, 1997), soprattutto in aree come Stati Uniti e Canada.

In realtà, una delle prime indagini condotte nell'ambito della percezione della malattia mentale è di Ramsey e Seipp (1948), dove venne individuato che più era elevato il livello di istruzione dell'intervistato, più erano sviluppate le sue idee circa la malattia mentale. Simili risultati furono individuati anni dopo da Brockington e colleghi (1993) e Wolff e colleghi (1996).

Nel 1955 venne condotto uno degli studi più specifici in merito agli atteggiamenti nei confronti degli individui affetti da disturbi mentali. I risultati dimostrarono che la quantità di istruzione dell'intervistato era correlata non solo alla sua conoscenza della malattia mentale (difatti si dimostrò come coloro che riferivano di ricavare le informazioni da fonti affidabili come giornali o libri avevano opinioni maggiormente simili a quelle degli esperti) ma anche con altri fattori, come la sua preoccupazione per i problemi sociali. In aggiunta si osservò anche come, al pari dell'istruzione, le persone che prendevano le informazioni da varie fonti e che conoscevano pazienti psichiatrici erano più aggiornate sulla questione dei disturbi mentali (Star, 1955).

Negli anni Sessanta il panorama degli studi riguardo agli atteggiamenti del pubblico verso coloro che soffrivano di un disturbo mentale si divideva in due categorie: da una parte autori con un pensiero ottimista, che credevano in un miglioramento degli atteggiamenti del pubblico, e che prevedevano anche una crescente consapevolezza sul disturbo mentale (Lemkau & Crocetti, 1962; Bentz & Edgerton, 1971); e dalla parte opposta coloro che non condividevano questo atteggiamento ottimista. In generale, sembra che in questi anni fosse implicitamente accettato che il disturbo mentale venisse temuto, etichettato e non gradito (Rabkin, 1974).

In studi successivi si scoprì un importante aspetto che permise di spiegare in parte gli atteggiamenti e le opinioni della società nei confronti del disturbo mentale. In particolare, l'indagine condotta da Nunnally e Jum (1961) può essere definita come lo studio più ambizioso nell'ambito degli atteggiamenti verso il disturbo mentale. È stato condotto in sei anni, dal 1954 al 1960, intervistando campioni formati dalle 100 alle 700 persone. In questo studio si riportava che il pubblico medio, non esperto, era disinformato più che male informato, e che quindi si rivolgeva agli esperti per avere certezze. In più, gli atteggiamenti negativi messi in atto provenivano dalla percezione di minaccia che il disturbo mentale li portava a percepire. Questa ricerca viene validata da una indagine condotta nel 1969, la quale dimostra come il pubblico abbia una conoscenza *naïve* dei disturbi mentali (Johannsen, 1969).

Nel 1965 una indagine del *Washington Public Opinion Laboratory* sollevò una serie di dubbi sulle ipotesi di Ramsey e Seipp, dimostrando come la conoscenza avesse poca influenza sulle opinioni e sugli atteggiamenti nei confronti dei malati di mente (Halpert, 1965). Un altro cambiamento di rotta rispetto allo studio di Ramsey e Seipp lo si può individuare nell'indagine condotta da Phillips (1963). Il suo obiettivo era studiare l'accettazione del pubblico verso la malattia mentale, sottoponendo a delle casalinghe cinque vignette di casi di comportamento deviante di un individuo affetto da un disturbo mentale, alterando però le fonti di aiuto (in alcuni casi era medico, altri psichiatra), e scoprì come la capacità di identificare correttamente dei comportamenti devianti non è associato all'accettazione di queste, ma piuttosto al rifiuto sociale.

Una ricerca del 1962 ha riportato i fattori che agiscono sulle opinioni che la società possiede riguardo gli individui affetti da disturbi mentali, tramite la somministrazione, al personale di due grandi ospedali psichiatrici, della *Custodial Mental Illness Ideology Scale* (CMI) (Gilbert & Levinson, 1956). Questi fattori sono: autoritarismo, dove i pazienti sono visti come una classe inferiore che necessita di un trattamento coercitivo; benevolenza, fattore con cui si intende una visione paternalistica del paziente; ideologie sulla salute mentale, aspetto che viene esplicitato dal concetto che "la malattia mentale è una malattia come le altre"; restrittività sociale, dove il disturbo mentale viene visto come una minaccia per la società; e infine eziologia interpersonale dove si assume che il disturbo mentale derivi dall'esperienza interpersonale, in particolare dalla mancanza di affetto da parte dei genitori nel periodo infantile. Viene da sé, quindi, che gli atteggiamenti debbano essere considerati un aspetto fortemente multidimensionale (Cohen & Struening, 1962).

Come detto precedentemente, è generalmente accettato che la conseguenza di una etichettatura di una persona con un disturbo mentale è il rifiuto, dovuto alla connotazione negativa dell'etichetta stessa. Uno studio degli anni Settanta di Bentz e Edgerton (1971) ha però individuato un andamento opposto nelle conseguenze della etichettatura, infatti si è individuata una tendenza all'accettazione. Nello studio, a seguito della descrizione di comportamenti devianti, è stato visto come gli intervistati che attribuiscono l'etichetta di disturbo mentale, non differiscono in modo significativo dalle persone che non utilizzano questa etichetta, in termini di disponibilità a interagire con le persone descritte.

Uno studio di Farina e colleghi nel 1968 dimostrò come però, quando il paziente percepisce, anche se erroneamente, di essere stigmatizzato, questo porta a un

cambiamento nel suo stesso comportamento: trova alcuni compiti troppo difficili, e per questo arriva a svolgerli in modo meno adeguato; ed è teso e ansioso. Per questo motivo, viene poi definito come meno adatto da un osservatore esterno.

Nel 1982, Albrecht e colleghi hanno condotto uno studio su un campione di 150 manager di medie e grandi aziende, a cui è stato sottoposto un questionario. Le conclusioni che sono state tratte dimostrano che gli individui differenziano tra vari tipi di stigma. Gli stigmatizzati quindi non sono percepiti come un unico grande gruppo indifferenziato, ma sono divisi, coerentemente con le previsioni di Goffman, in: devianti, con cui si intende comportamenti che violano norme socialmente validate; e disabili, cioè individui con una menomazione fisica cronica che riduce la capacità di una persona di funzionare o di svolgere attività sociali. I rispondenti hanno dimostrato di possedere un maggiore grado di distanza sociale dai devianti, perché questi sono percepiti come più minacciosi. Questo è coerente con i diversi dati statistici, che dimostrano che il disturbo mentale è, come ripetuto più volte, una delle condizioni più rifiutate.

Nel 1983 venne individuato poi, tramite una indagine condotta su un campione di 153 persone di una città del Midwest (Stati Uniti medio-occidentali) un processo molto importante. A questo campione infatti venne chiesto di valutare delle vignette che venivano presentate, rispondendo a cinque domande sulla distanza sociale. I risultati hanno mostrato che gli intervistati, nonostante fossero consapevoli che la risposta ideale era quella dell'accettazione, riportavano comunque che la loro percezione delle risposte della maggior parte della popolazione fosse molto meno positiva. Quindi questo permette di comprendere che l'etichettatura è più forte quando gli intervistati danno risposte che riflettono la loro percezione degli atteggiamenti della maggior parte della popolazione (Link & Cullen, 1983).

Nel 1989, Link e Cullen elaborarono una seconda analisi, andando a sottoporre un campione della popolazione di Washington due interviste, che consistevano in domande riguardanti la sintomatologia dei disturbi a distanza di sei mesi l'una dall'altra. Questo studio si basava su una modificazione degli autori della teoria dell'etichettamento. La teoria dell'etichettamento sostiene che la reazione della società al disturbo mentale è direttamente collegata all'emergere del disturbo stesso, difatti una volta etichettato l'individuo subisce una specie di profezia che si autoavvera, in cui il comportamento dell'individuo etichettato si adatta con le aspettative della popolazione, vincolando l'individuo etichettato al ruolo di "paziente malato di mente". La conseguenza diretta è la

cronicizzazione del disturbo stesso (Scheff, 1966). Link e Cullen nella loro modificazione della teoria hanno ipotizzato che anche se l'etichettatura non causa direttamente disturbo mentale, può portare a risultati negativi. Sostengono infatti che la socializzazione porti gli individui a sviluppare una serie di convinzioni negative su cosa significhi essere un paziente con un disturbo mentale, innescando meccanismi disfunzionali di coping come il ritiro e il rifiuto dell'interazione con gli altri. I risultati delle interviste andarono a confermare le ipotesi degli autori.

Per riassumere la letteratura fin qua citata possiamo affermare che gli effetti dell'etichettatura sociale non sono trascurabili. Inoltre, se una persona è consapevole di essere parte di un gruppo stigmatizzato e condivide una visione negativa di quel gruppo, allora lo stigma avrà effetti negativi sull'immagine di sé. Di conseguenza, l'accettazione del disturbo mentale, sia da colui che applica lo stigma che da chi lo subisce, può essere un valido obiettivo al trattamento, senza però che questo comporti una conseguenza negativa sull'immagine che l'individuo stigmatizzato ha di sé stesso (Hayward & Bright, 1997).

In conclusione, anche come spunto di riflessione, viene citato un rapporto tecnico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il quale ha sottolineato che "se la società vuole trarre pieno beneficio dai progressi della psichiatria moderna, deve imparare a collaborare nella prevenzione dei disturbi mentali e nella terapia e riabilitazione dei malati di mente" (Bhugra, 1989).

CAPITOLO SECONDO:

Uno sguardo al presente

2.1 Introduzione al capitolo

Nel precedente capitolo è stata indagata la percezione degli individui affetti da disturbi mentali fino al XXI secolo, allo scopo di creare un contesto di riferimento per la trattazione dell'argomento riguardante la percezione degli individui affetti da un disturbo mentale da parte del grande pubblico, e non, nei giorni nostri.

Nell'ambito del disturbo mentale, sono presenti due facce della medaglia: da un lato c'è il disagio psicologico e le disabilità psichiatriche che impediscono alle persone di raggiungere e godersi gli obiettivi della vita; dall'altro, la reazione del pubblico alla malattia mentale che porta a una infinita serie di discriminazioni di ogni tipo. L'autostigma e il pregiudizio del pubblico sono ostacoli continui nella vita di questi individui (Corrigan, 2004).

Difatti, è stato compreso come, nel secolo scorso, la vita di un individuo affetto da disturbo mentale fosse fortemente ostacolata dallo stigma sociale, e come lo stigma sia composto da tre principali elementi: stereotipi, cioè strutture di conoscenza che rappresentano un determinato gruppo sociale, che permettono di generare rapidamente impressioni e aspettative di individui che appartengono a un gruppo stereotipato; pregiudizio, il quale si verifica quando una persona concorda con lo stereotipo, da cui scaturisce una reazione emotiva; infine la reazione emotiva spesso è di natura discriminante, che è il terzo elemento dello stigma. Quindi è la risposta emotiva, determinata dal pregiudizio, a produrre comportamenti di discriminazione (Corrigan et al., 2001; Rüsç et al., 2005). È molto importante sapere che pregiudizi e discriminazioni non sono sufficienti per lo stigma, in aggiunta infatti è necessario il potere politico, sociale ed economico per stigmatizzare (Link & Phelan, 2001).

Le conseguenze che lo stigma ha sulla vita degli individui affetti da disturbi mentali sono principalmente tre: in primis le discriminazioni quotidiane in ambito interpersonale; in secondo luogo, queste discriminazioni riguardano anche strutture pubbliche e private che vanno intenzionalmente e non a restringere le opportunità degli individui con disturbi mentali (Rüsç et al., 2005); infine, spesso accade che l'individuo stigmatizzato cada nell'autostigma (Corrigan & Watson, 2002).

A causa di queste conseguenze, limitanti per la vita dell'individuo, è fondamentale ridurre lo stigma associato al disturbo mentale. Per farlo, è necessario comprendere i fattori che contribuiscono allo stigma stesso. Questi fattori sono: la percezione che i pazienti mentali siano pericolosi (Thompson et al., 2002); e le etichette usate per descrivere la malattia mentale.

Per andare a comprendere oggi la percezione degli individui affetti da disturbi mentali, verranno divise le ricerche individuate in due tipologie: nella prima parte si parlerà di studi che sono andati ad indagare come il pubblico percepisce gli individui affetti da un disturbo mentale; nella seconda parte invece verranno riportati gli articoli che trattano dell'autostima, e cioè di quel processo che porta gli individui affetti da disturbi mentali ad applicare su loro stessi gli stereotipi del pubblico.

Infine verranno anche riportate alcune proposte di strategie anti-stigma.

2.2 La percezione e gli atteggiamenti della società nei confronti degli individui affetti da disturbi mentali

Storicamente, come accennato nel precedente capitolo, questi individui sono sempre stati percepiti come pericolosi e imprevedibili (Arboleda-Florez & Sartorius, 2008). In realtà, come vedremo nella presente rassegna, la percezione di questi individui non è granché cambiata, infatti l'idea che la società si è fatta del disturbo mentale è ancora molto basata sugli stereotipi (Foster, 2006). Tant'è che si è dimostrato come nella vita quotidiana le persone affette da disturbi mentali tendono a non essere assunti nei contesti lavorativi (Farina et al., 1976) e fino ad essere rifiutati per gli affitti di appartamenti (Corrigan & Penn, 1999).

Altre dimostrazioni del rifiuto di questi individui vengono riportate dallo studio di Corrigan e colleghi (2001), intitolato *Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness*, il quale riporta come questi siano visti come incapaci di controllarsi, irresponsabili e non curabili dal loro disturbo. Questa percezione ha degli effetti negativi sugli individui affetti da un disturbo mentale, i quali si sentiranno isolati, con una sempre minore motivazione e fiducia nei trattamenti, e di conseguenza presenteranno sempre meno progressi nella riabilitazione stessa.

Ioana Todor (2013) riporta come tuttora il disturbo mentale sia ancora causa di stigmatizzazione, rifiuto sociale e isolamento, nonostante i progressi fatti in ambito

psichiatrico. Nello stesso articolo viene condotta un'indagine sulla percezione e sugli atteggiamenti del pubblico nei confronti del disturbo mentale, usando una versione modificata della scala *Opinions About Mental Illness* (OMI) di Cohen e Struening del 1962, già spiegata nel capitolo precedente. Vennero intervistati 150 studenti universitari, andando ad indagare 5 diverse dimensioni: autoritarismo; benevolenza; ideologia dell'igiene mentale; restrittività sociale; e infine eziologia interpersonale. I risultati emersi dall'intervista evidenziano un basso livello di conoscenza della malattia mentale, e dimostrano anche che una migliore comprensione delle molteplici dimensioni sociali dello stigma associato alla malattia mentale renderanno possibile lo sviluppo di programmi anti-stigma efficienti e ben mirati.

Con la stessa scala di Cohen e Struening è stato individuato un nuovo aspetto importante nella comprensione degli atteggiamenti verso il disturbo mentale: infatti, uno studio in Nuova Zelanda ha dimostrato come i partecipanti più anziani, rispetto ai più giovani, avevano atteggiamenti più autoritari e restrittivi nella loro percezione delle persone con disturbi mentali. Inoltre secondo questi autori, solo il contatto diretto, in contesti lavorativi, con gli individui affetti da disturbi mentali, permetteva una migliore comprensione di quella medesima condizione (Kazantzis et al., 2009).

Un aspetto importante degli atteggiamenti del pubblico nei confronti del disturbo mentale può essere individuato in due costrutti: la familiarità, definita come la conoscenza e l'esperienza con la malattia mentale; e la distanza sociale. Diversi autori sostengono che la familiarità influenza lo stigma, che a sua volta influenza la distanza sociale (Corrigan et al., 2001). Inoltre, la distanza sociale è direttamente associata alla percezione di pericolosità, infatti il pregiudizio principale legato agli individui affetti da disturbo mentale è che questi siano violenti (Parcesepe & Cabassa, 2013).

A sostegno di questa ipotesi sono stati effettuati diversi studi. Corrigan e colleghi (2001), nello studio intitolato *Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness*, hanno analizzato la relazione tra pregiudizi sulla malattia mentale e risposte comportamentali, intervistando studenti universitari sia con che senza esperienza con il disturbo mentale. I risultati hanno dimostrato che gli individui con più familiarità con il disturbo mentale, grazie all'apprendimento scolastico ma anche all'esperienza con coetanei e familiari, sono meno soggetti a adottare atteggiamenti stigmatizzanti, mentre proprio coloro che mettono in atto in misura maggiore comportamenti di distanza sociale sono soggetti ad applicare il pregiudizio. Inoltre, un altro risultato interessante è che le

persone appartenenti a gruppi etnici minoritari tendono a non adottare atteggiamenti pregiudizievole nei confronti della malattia mentale. Questa scoperta va a sostenere uno studio precedente del 1998, secondo il quale le persone che fanno parte di una minoranza, e che quindi subiscono in prima persona il pregiudizio, tendono a non avere pregiudizi nei confronti degli altri (Fiske, 1998). In aggiunta Boyd e colleghi (2010) hanno individuato anche che gli individui affetti da disturbi mentali hanno atteggiamenti più positivi rispetto al pubblico quando incontrano altri individui con disturbi mentali. Questo processo avviene grazie a quello che è il bias dell'ingroup, il quale suggerisce che persone con disturbi mentali dovrebbero avere atteggiamenti meno negativi rispetto al pubblico verso altri individui stigmatizzati (Brown & Zagefka, 2005).

Una domanda importante che gli studiosi si sono posti consiste nel comprendere la relazione tra atteggiamenti stigmatizzanti e comportamento discriminatorio, e cioè cercare di comprendere perché certi atteggiamenti portano alla discriminazione. Due diversi modelli hanno tentato di dare risposta alla domanda, e il modello di responsabilità personale di Weiner è una di questi. Secondo Weiner (1995) infatti l'attribuzione di responsabilità, nel caso di eventi negativi, è sull'individuo stesso (esempio: "questa persona causa il suo comportamento malato"), e questo porta a rabbia e a una diminuzione dei comportamenti di aiuto (viceversa invece non compiendo questa attribuzione di responsabilità si mette in atto un comportamento di aiuto). La seconda spiegazione viene data dal modello di pericolosità di Corrigan (2000), secondo il quale percepire e quindi attribuire al comportamento di una persona la pericolosità porta inevitabilmente alla paura, e questo porta a sua volta ad adottare comportamenti evitanti.

Nel 2002 Corrigan e colleghi hanno testato il reale impatto dei due modelli sui comportamenti. I risultati di questo studio sono andati a supportare la tesi secondo la quale la pericolosità evoca la paura che a sua volta porta all'evitamento, sottolineando l'importanza del ruolo della percezione di pericolosità negli atteggiamenti nei confronti degli individui affetti da disturbi mentali.

Lo studio condotto nel 2001 da Corrigan e colleghi, *Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness*, aveva l'obiettivo di testare direttamente la relazione tra familiarità, distanza sociale e stigma, sottoponendo a 280 studenti tre analisi che relazionano la familiarità con il disturbo mentale, percezione di pericolo, paura e distanza sociale. Questo studio prende spunto dalla teoria dell'attribuzione di Weiner precedentemente citata. Secondo Weiner (1995), infatti, la società ha atteggiamenti

stigmatizzanti nei confronti del disturbo mentale e, come risultato di questi, si verificano reazioni emotive. Come detto prima, un esempio di questo processo di pensiero è "Le persone che hanno una malattia mentale sono pericolose e io le temo", il quale porta appunto a una reazione emotiva di evitamento. Questa teoria quindi riporta al fatto che, all'interno del meccanismo dell'attribuzione, esista un altro importante fattore, strettamente legato alla familiarità, che è la percezione di pericolo, la quale come abbiamo detto nei precedenti capitoli, porta al timore e all'evitamento. Difatti quando è presente una forte percezione di pericolosità, l'etichettatura dell'individuo come realmente pericoloso si rafforza (Link et al., 1987). I risultati dello studio di Corrigan e colleghi (2001) hanno dimostrato, coerentemente con le aspettative, che i membri del pubblico che hanno familiarità con disturbi mentali gravi tendono a non percepirli come pericolosi, e quindi ad applicare una minore distanza sociale. Questi risultati dimostrano quindi l'importante ruolo della familiarità sulla percezione da parte della società del disturbo mentale, infatti una maggiore conoscenza e esperienza di questo porterebbe a minore stigmatizzazione e discriminazione.

Lo studio di Corrigan e colleghi del 2001, ha individuato un'altra interessante scoperta, cioè che la conoscenza *naïve* della società riguardo il disturbo mentale proviene principalmente da fonti come i film, i quali nella maggior parte dei casi etichettano i disturbi come pericolosi (Wahl, 1995). E questo, ovviamente, non fa altro che alimentare la già presente stereotipizzazione del disturbo. Anche Sieff (2003) ha analizzato la visione che i media attribuiscono al disturbo mentale, in termini di *frame*, riportando, a conferma degli studi precedenti, una maggioranza di fotogrammi negativi. Questo quindi dimostra nuovamente la predominanza, nei media, di rappresentazioni negative del disturbo mentale.

Gli autori che si sono occupati del ruolo dell'etichettamento del disturbo mentale si dividono in due categorie: alcuni hanno un punto di vista positivo, e credono che l'etichettamento del disturbo mentale come una malattia comporti dei privilegi per gli individui con disturbo mentale, poiché questi non saranno ritenuti del tutto responsabili della loro malattia (Parsons, 1979); altri invece, come la teoria dell'etichettamento di Scheff (1974), considerano gli aspetti negativi.

Uno studio di Angermeyer e Matschinger (2003) si è posto l'obiettivo di andare a comprendere l'influenza reale che questi punti di vista, positivo e negativo, hanno sulle tre componenti dello stigma precedentemente menzionate (stereotipi, pregiudizi e

discriminazione). I risultati hanno dimostrato la correttezza della visione negativa della teoria dell'etichettamento, infatti etichettare un individuo come malato mentale porta a una immediata percezione di pericolosità, un aumento della paura e della distanza sociale. Questo però solo nel caso di disturbi mentali gravi, come la schizofrenia, infatti quando sono presenti altri disturbi come la depressione maggiore, l'etichettamento non ha alcun effetto sulla percezione del pubblico. Ancora una volta, questi risultati sottolineano il ruolo centrale della percezione di pericolosità, la quale quindi rappresenta anche la chiave per ridurre lo stigma. Questi risultati sono coerenti con una indagine precedente di Farina e Mehta (1997), i quali sostenevano che definire il disturbo mentale come tale, invece di semplicemente un "problema sociale", non riduce la stigmatizzazione e non migliora la percezione e gli atteggiamenti nei confronti dei pazienti.

Una parte di studi interessanti nella letteratura riguarda gli atteggiamenti del personale che si occupa di salute mentale nei confronti degli individui affetti da disturbi mentali. Boyd e colleghi (2010) hanno esaminato la relazione presente tra persone che hanno avuto un personale contatto con il disturbo mentale e lo stigma, sottoponendo individui maggiorenni, scelti casualmente, a delle interviste telefoniche. I risultati indicano che avere un contatto il disturbo mentale è associato a minori atteggiamenti critici nei confronti di questi, con una visione più sobria del disturbo stesso, opinioni meno stigmatizzanti e mettendo in atto una minore distanza sociale. Questa posizione è anche sostenuta dalle ipotesi di Allport (1954), il quale ha proposto che l'interazione positiva con i membri di un gruppo valutato negativamente si traduce in un aumento del gradimento dei membri del gruppo stesso, portando ad atteggiamenti più positivi.

Ma queste ipotesi non sono sempre confermate. Infatti una revisione degli studi ha rivelato che tre quarti di questi mostrano che gli atteggiamenti del personale non differiscono, o sono più negativi, di quelli del pubblico (Schulze, 2007). Questi risultati sono coerenti con uno studio successivo condotto nel 2013 da Hansson e colleghi, che ha coinvolto 140 dipendenti e 141 pazienti svedesi, dei quali sono stati analizzati gli atteggiamenti tramite un questionario. Il risultato principale è stato che le convinzioni negative sulle persone con disturbi mentali sono prevalenti tra il personale di assistenza sanitaria mentale, in particolare nei dipendenti che lavorano negli ambienti di ricovero. Questa influenza negativa del personale sul paziente porta ad autostigma. Inoltre, gli intervistati sono stati interrogati anche sulla loro percezione di ciò che il pubblico pensa degli individui affetti da disturbi mentali, e si è evidenziato come le risposte dei pazienti e dei dipendenti non differissero tra loro.

In realtà, anche coloro che lavorano nell'ambito della salute mentale vengono in qualche modo stigmatizzati, in un processo chiamato "stigma associativo", perché lavorano in un ambito con uno status basso, e sono meno apprezzati del personale che lavora con altri gruppi di pazienti nel sistema sanitario (Halter, 2008).

Esistono, oltre a quelle precedentemente nominate, altre teorie importanti da considerare nel processo di stigmatizzazione. Infatti ognuno di noi è membro di più gruppi sociali, e quindi lo sono anche gli individui affetti da disturbi mentali, i quali possono trovarsi a far parte di più gruppi sociali stigmatizzati contemporaneamente. Per questo motivo concentrarsi solo sullo stigma del disturbo mentale può non solo non riflettere le esperienze di stigma, ma anche limitare l'efficacia degli interventi (Oxle & Corrigan, 2018). La teoria dell'intersezionalità considera gli effetti dell'appartenenza a più gruppi stigmatizzati, infatti la discriminazione non dipende solo dallo status di persona malata di mente, ma anche dalla "razza", dalla mancanza di istruzione, dal comportamento criminale e dall'essere o no senzatetto e varie altre componenti (Cole, 2009). Inoltre, riportando la teoria del doppio svantaggio, maggiori sono i gruppi stigmatizzati di cui l'individuo fa parte, maggiore è lo svantaggio quindi, man mano che si accumulano gli stereotipi, un individuo è sempre più percepito come differente (Grollman, 2014). Sappiamo però che l'uomo per sua natura tende a considerare e a concentrarsi solo sulle caratteristiche più salienti, per questo motivo solo alcune identità sociali che la persona possiede, le più salienti, vengono considerate e determinano la percezione pubblica, mentre le altre vengono inibite. Quindi le persone sono stigmatizzate in base all'identità sociale che il pubblico ritiene più saliente. Questo ultimo processo è chiamato *prominence* (Kang & Bodenhausen, 2015).

Purtroppo quindi, gli atteggiamenti del pubblico nei confronti del disturbo mentale dal secolo scorso ad oggi non sono cambiati. Lo dimostra una ricerca di Phelan e colleghi (2000) che ha confrontato gli atteggiamenti del pubblico verso il disturbo mentale dal 1950 al 1996, e ha evidenziato come, nonostante ci fosse una maggiore comprensione delle cause che determinano il disturbo mentale, lo stigma era comunque aumentato.

Nell'ultimo periodo è aumentata la conoscenza delle cause biologiche dei disturbi mentali, e anche lo stesso pubblico è sempre più esposto alle informazioni sui sintomi, alle teorie eziologiche, biochimiche e genetiche e all'argomento di base che il disturbo mentale non è troppo diverso dalle altre malattie (Pescosolido et al., 2010). Date queste basi, si sperava che lo stigma associato al disturbo mentale si mitigasse, perché grazie al

modello biogenetico i sintomi del disturbo mentale sarebbero stati considerati come qualcosa al di fuori dal controllo volontario (Corrigan, 2000). Infatti, una ricerca di Pescosolido e colleghi (2010) ipotizzava che nell'ultimo periodo, grazie al progresso delle neuroscienze, e quindi a una maggiore comprensione da parte del pubblico della malattia mentale, lo stigma fosse diminuito. Al contrario, i risultati non confermarono le ipotesi, tant'è che si scoprì come lo stigma continuasse a essere un rilevante problema.

Inoltre, queste scoperte delle cause biologiche hanno dato un contributo opposto nella risoluzione dello stigma, difatti chi crede alle cause biogenetiche della malattia mentale ha una maggiore probabilità di possedere stereotipi negativi e applicare comportamenti di discriminazione. In diverse ricerche è stata riscontrata una maggiore fiducia del pubblico sulle cause psicosociali piuttosto che biogenetiche (Read et al., 2006). In più, uno studio tedesco condotto su 5025 intervistati ha confermato l'ipotesi secondo la quale attribuire cause biologiche all'insorgenza di schizofrenia e depressione maggiore aumenti atteggiamenti stereotipici, considerando questi individui come carenti nell'autocontrollo, imprevedibili e pericolosi (Kent & Read, 1998).

Una ricerca di Schomerus e colleghi (2012), effettuata tramite una revisione sistematica di tutti gli studi sulle credenze e gli atteggiamenti legati al disturbo mentale nella popolazione generale pubblicati prima del 31 marzo 2011, evidenzia risultati simili. I risultati dimostrano infatti due aspetti distinti: in primo luogo, l'alfabetizzazione del pubblico in merito al disturbo mentale è aumentata; ma allo stesso tempo gli atteggiamenti nei confronti delle persone con malattie mentali non sono cambiati in meglio e si sono persino deteriorati nei confronti delle persone con schizofrenia.

2.3 L'autostigma

Una parte degli studi sulla percezione degli individui affetti da disturbi mentali riguarda la percezione che questi hanno di loro stessi.

Lo stigma legato al disturbo mentale si differenzia infatti in stigma pubblico, del quale abbiamo precedentemente parlato, che si verifica quando la società approva i pregiudizi e manifesta discriminazioni verso gli individui affetti da un disturbo mentale; e autostigma, il quale avviene quando l'individuo con un disturbo mentale interiorizza lo stigma, vivendo una diminuzione dell'autostima e dell'autoefficacia (Corrigan & Watson, 2002).

Come lo stigma, anche l'autostigma comprende stereotipi e pregiudizi, solo che in questo caso è l'individuo stesso che accetta lo stereotipo e si auto-applica il pregiudizio. Infatti secondo Corrigan e Rao (2012) l'autostigma è composto: dall'approvazione degli stereotipi sul proprio disturbo mentale; dal pregiudizio; e dalla conseguente auto-discriminazione.

L'autostigma porta inevitabilmente ad atteggiamenti negativi verso la propria malattia mentale (Rüsch et al., 2010), a una bassa autostima (Corrigan & Watson, 2002; Watson et al., 2007) e a una scarsa autoefficacia (B. Link, 1982; Watson et al., 2007). Alcuni studi dimostrano che queste conseguenze si mantengono a lungo nel corso del tempo, anche quando i sintomi del disturbo si risolvono (Link et al., 1997).

In generale, i pazienti che riferiscono di percepire la stigmatizzazione hanno sintomi più gravi rispetto ai pazienti che non la percepiscono. Questi pazienti tendono inoltre a rifiutare il contatto con gli altri, contribuendo alla distanza sociale. Tutti questi comportamenti possono causare un cambiamento comportamentale e attirare l'attenzione del pubblico aumentando, come in un circolo vizioso, la percezione di pericolosità (Ertugrul & Uluğ, 2004).

Un autore che si è concentrato sul processo dell'autostigma è Link. L'autore riporta come le teorie dello stigma concordano sul fatto che gli stereotipi e i pregiudizi riguardo il disturbo mentale vengono appresi fin dalla tenera età in vari contesti, come quello della famiglia, dei rapporti tra pari e dai media. Quando un individuo sviluppa un disturbo mentale, lo stesso stigma che ha appreso nel corso della sua vita, gli verrà applicato (Link & Phelan, 2001).

Secondo Link, una delle principali conseguenze dello stigma e dell'autostigma è l'abbassamento dell'autostima. L'autore testò questa teoria, conducendo uno studio tra il 1995 e il 1997, intervistando 88 individui che venivano casualmente assegnati a due gruppi: un gruppo di controllo e un gruppo che apprendeva a gestire lo stigma. I risultati dello studio hanno confermato le ipotesi secondo il quale lo stigma è dannoso per l'autostima delle persone con gravi malattie mentali, anche per lunghi periodi (Link et al., 2001).

L'autostigma è un processo che opera sia a livello esplicito, sia a livello più implicito e automatico. In particolare quest'ultimo livello è visto come un processo risultante dalla combinazione di un atteggiamento implicito negativo verso la malattia mentale e una

bassa autostima implicita (Rüsch et al., 2010). Lo studio degli aspetti impliciti dell'autostigma è importante per due motivi: in primo luogo le persone con disturbi mentali potrebbero non essere disposte a rivelare esplicitamente l'autostigma, dando risposte non vere ai test di autovalutazione; in secondo luogo l'autostigma implicito ed esplicito possono avere conseguenze emotive e comportamentali differenti (Gawronski & Bodenhausen, 2006).

Uno studio di Rüsch e colleghi (2010) si è posto l'obiettivo di indagare la relazione tra autostigma implicito ed esplicito, intervistando 85 persone con disturbi mentali. I risultati hanno dimostrato come l'autostigma implicito andava a predire una scarsa qualità della vita indipendentemente dall'autostigma esplicito. Quindi entrambi i tipi di autostigma sono associati a una ridotta qualità della vita.

Corrigan e Rao (2012) hanno elaborato un modello che punta a spiegare il processo di formazione dell'autostigma. Secondo questo modello, il processo di formazione richiede 4 fasi: consapevolezza, infatti è necessario che una persona con un disturbo mentale sia consapevole dello stigma ad essa legata; accordo, dove l'individuo può concordare su quegli stereotipi negativi, considerandoli quindi come veri; applicazione, che è la fase in cui questi stereotipi vengono applicati a sé stessi; e infine il danno con significative diminuzioni dell'autostima e della percezione di autoefficacia.

Una conseguenza correlata all'auto-stigmatizzazione è quella che è stata chiamata effetto *why try*, in cui l'auto-stigmatizzazione interferisce con il raggiungimento degli obiettivi di vita. Secondo questo processo, l'individuo smette di provare, "autoboicottandosi" (esempio: "Perché dovrei cercare un lavoro come contabile? Non merito una posizione così importante. I miei difetti non dovrebbero permettermi di prendere questo tipo di lavoro da qualcuno che è più encomiabile") (Corrigan et al., 2009)

L'autostigma è particolarmente presente in persone che soffrono di disturbi mentali gravi, come nel caso della schizofrenia, e disturbi come questo si presentano spesso in comorbidità con depressione. Corrigan e colleghi (2006) si sono chiesti se, in casi come questi, la bassa autostima e autoefficacia siano dovute esclusivamente alla depressione stessa o anche agli effetti dell'autostigma. Le ipotesi iniziali sono state confermate, è stato individuato infatti come le persone che vivono l'autostigma, sperimentano anche una diminuzione dell'autostima. Inoltre questa, assieme alla percezione di bassa autoefficacia, non è correlata con la depressione.

Quindi, gli sforzi e i programmi anti-stigma devono anche tenere conto di questi risultati, per poter sviluppare programmi completi ed efficaci.

2.4 Programmi anti-stigma

Riportando l'articolo di Corrigan e Penn (1999), le tre principali strategie per modificare lo stigma legato al disturbo mentale sono: protesta, con la quale si va a sopprimere i comportamenti e atteggiamenti stigmatizzanti sul disturbo mentale; educazione, insegnando in modo più accurato cos'è il disturbo mentale; e contatto, il quale ha l'obiettivo di migliorare gli atteggiamenti del pubblico riguardo il disturbo mentale attraverso una interazione con i pazienti stessi.

Studi condotti da Macrae e colleghi (1994) hanno individuato come istruzione e, in misura ancora maggiore, il contatto, fossero le due strategie più efficaci, mentre la protesta non aveva alcun tipo di effetto positivo nella riduzione dello stigma.

Questi risultati vennero confermati anche da studi successivi, condotti da Corrigan e colleghi (2002). Uno degli obiettivi di questa indagine era andare a testare gli effetti delle tre strategie precedentemente citate, e i risultati dimostrarono che, più dell'istruzione, il contatto produce i risultati più positivi, i quali, diversamente rispetto all'istruzione, si mantengono nel tempo.

Importante però è sottolineare che, per ridurre lo stigma, non sempre sono semplicemente necessarie campagne di sensibilizzazione con l'obiettivo di modificare l'opinione pubblica. Infatti Rosen e colleghi (2000) hanno dimostrato che il successo di una campagna dipende anche e soprattutto dalle opinioni stesse che si cerca di modificare: se queste non sono eccessivamente negative, quindi se sono abbastanza tolleranti, le campagne non hanno successo per un effetto tetto. In aggiunta, un attacco agli atteggiamenti della popolazione può finire per indurre risultati opposti a quelli desiderati (Thompson et al., 2002).

Un'altra strategia utile per ridurre lo stigma può essere individuata nei media. Abbiamo precedentemente accennato al fatto che i media, storicamente, hanno sempre contribuito ad aumentare lo stigma associato al disturbo mentale. Una modifica quindi della modalità di comunicazione di questi può aiutare a diminuirlo. Uno studio di Penn e colleghi (2003) ha esaminato se la visione di un documentario che ritrae individui con schizofrenia può ridurre lo stigma. 163 individui sono stati sottoposti, con assegnazione casuale, alla

visione di 3 filmati: un documentario sugli orsi polari, un documentario sulla paura del sovrappeso, e infine un documentario sulla schizofrenia. Una parte dei partecipanti è stata anche assegnata al gruppo di controllo, il quale non veniva sottoposto alla visione di alcun filmato. Successivamente i partecipanti hanno sostenuto una serie di compiti in cui si andava a valutare i loro atteggiamenti nei confronti di schizofrenici. I risultati hanno mostrato che, rispetto alle altre condizioni sperimentali, il documentario sulla schizofrenia ha portato ad attribuzioni più benigne. Ma, allo stesso tempo, non è stato riscontrato alcun cambiamento negli atteggiamenti generali nei confronti del disturbo mentale, ad esempio la percezione di pericolosità si è mantenuta. In ogni caso, questi risultati forniscono un supporto all'ipotesi che una corretta rappresentazione mediatica di persone con schizofrenia possa ridurre lo stigma.

Infine, le campagne anti-stigma dovrebbero anche concentrarsi su quello che abbiamo definito essere il principale pregiudizio del disturbo mentale, cioè che questi individui siano pericolosi e violenti. Secondo Torrey (2011), le soluzioni al problema dello stigma possono essere ottenute andando a lavorare appunto su questa percezione di pericolosità. Diversi studi infatti dimostrano che, effettivamente, gli individui affetti da disturbi mentali, soprattutto gravi, mettono in atto comportamenti violenti (Grunberg et al., 1978; Matejkowski et al., 2008) nella fase più acuta del disturbo (Large & Nielssen, 2011). Probabilmente quindi lo stereotipo proviene anche da questi fatti reali. È importante però puntualizzare che la maggior parte degli episodi di violenza commessi da persone con disturbi mentali sono associati a un mancato trattamento, di conseguenza il trattamento di questi individui dovrebbe diminuire significativamente gli episodi di violenza. (Swanson et al., 2000; Torrey, 2011).

CAPITOLO TERZO:

Il questionario

3.1 Introduzione al questionario

Dopo aver indagato storicamente e nel contesto attuale la percezione degli individui affetti da disturbi mentali, si andrà ad approfondire l'argomento tramite uno studio condotto all'Università degli Studi di Padova. L'obiettivo di questo studio è andare a indagare il modo in cui le persone appartenenti a gruppi di maggioranza percepiscono le relazioni (intese dal punto di vista di atteggiamenti, moralità/immoralità e rispetto) tra gli individui della minoranza, e gli stereotipi applicati su quest'ultimi.

È necessario quindi definire cosa si intende per maggioranza e minoranza in psicologia sociale. Il riferimento non è necessariamente alla composizione numerica dei gruppi quanto piuttosto allo status sociale associato ad essi. Per minoranza si intendono gruppi di persone differenziate da altre all'interno di una data società sulla base di razza, religione, lingua, nazionalità che siano caratterizzati da uno status inferiore e da una connotazione negativa.

In questo studio si va a indagare l'ipotesi secondo la quale gli appartenenti ad un gruppo di maggioranza si aspettano che individui facenti parte di una minoranza siano più tolleranti verso altre minoranze. Nel dettaglio, verrà analizzato, tramite l'uso di un questionario, l'atteggiamento generale, l'immoralità, e il rispetto, prendendo in considerazione le aspettative di un immigrato dall'Africa Centrale e di un italiano "medio" nei confronti di gruppi etnici (immigrati dall'Est Europa, dalla Cina o dal Medio Oriente) e di gruppi con disabilità mentali o fisiche (individui obesi, non vedenti o con disturbi mentali). Nel dettaglio, nel presente elaborato, ci concentreremo anche sulle aspettative verso gli individui affetti da disturbi mentali.

3.2 Il metodo

3.2.1 Partecipanti al questionario

Lo studio è stato condotto su un campione di partecipanti di età compresa tra 18 e i 66 anni ($M = 27.72$, $SD = 10.70$), per un totale di 132 rispondenti. Di questi, il 37% è formato da uomini (49) e la restante parte, quindi il 62%, da donne (82). Una partecipante solo ha

indicato l'opzione "altro". Per quanto riguarda la nazionalità il campione è formato per il 97.7% da rispondenti di nazionalità italiana (129), il restante 2.3% ha risposto "altro" (3). In linea con lo studio, le analisi sono state condotte solo sulle risposte dei 129 italiani.

La procedura di reclutamento è stata condotta tramite l'utilizzo delle piattaforme social (i.e., Instagram) e di messaggistica istantanea (i.e., WhatsApp), quindi usando campionamento a valanga e di comodo.

Il questionario, della durata di circa 15 minuti, è stato costruito utilizzando la piattaforma Qualtrics. Poteva essere compilato, online, da telefono cellulare, tablet o computer. Naturalmente, ogni partecipante considerato prima dell'inizio della compilazione ha accettato i termini del modulo di consenso informato.

3.2.2 La procedura

Prima dell'inizio del questionario ai partecipanti è stata spiegata la metodologia di ricerca e una veloce istruzione del questionario da compilare.

Il questionario inizia con la presentazione di una minoranza (gli immigrati dell'Africa Centrale), manipolando il modo in cui questo gruppo veniva presentato. Nel dettaglio, la manipolazione consisteva in tre condizioni sperimentali a cui i partecipanti erano casualmente distribuiti. Era anche presente una condizione di controllo.

- 1) Condizione vittime: gli immigrati vengono presentati come vittime di comportamenti discriminatori.

“Le statistiche mostrano che gli immigrati in Italia da paesi dell’Africa Centrale sono spesso vittime di comportamenti discriminatori, sia sotto forma di violenze fisiche e verbali che di una maggiore difficoltà ad accedere alle risorse presenti nel territorio (ad esempio, abitazioni, sanità, istruzione).”;

- 2) Condizione di aiuto/solidarietà: gli immigrati vengono presentati come individui che godono di comportamenti di solidarietà.

“Le statistiche mostrano che gli immigrati in Italia da paesi dell’Africa Centrale godono spesso delle azioni di solidarietà da parte degli italiani. Sempre più italiani dedicano il loro tempo e le loro risorse per consentire una dignitosa accoglienza e l’integrazione delle persone provenienti da altri paesi.”;

- 3) Condizione di successo: gli immigrati vengono descritti come persone aventi successo nell'ambito sociale e lavorativo.

“Le statistiche mostrano che gli immigrati in Italia da paesi dell’Africa Centrale stanno sempre più riuscendo ad avere successo nella vita sociale e lavorativa, raggiungendo via via posizioni di prestigio e responsabilità.”;

- 4) Condizione di controllo: non veniva fornita nessuna descrizione degli immigrati.

I partecipanti avevano quindi il compito di rispondere a delle domande che chiedevano di prevedere i possibili atteggiamenti degli immigrati dall’Africa Centrale verso sei gruppi di minoranze. Queste minoranze erano in particolare: immigrati dall’Est Europa; immigrati dalla Cina; immigrati dal Medio Oriente; individui obesi; individui non vedenti; individui con disturbi mentali.

Si può notare come queste sei minoranze fossero metà gruppi di immigrati e metà gruppi con disturbi fisici/mentali.

Nel dettaglio, le domande a cui i partecipanti dovevano rispondere consistevano nel valutare, secondo loro, quanta stima gli immigrati dall’Africa Centrale provavano nei confronti dei sei gruppi di minoranze. La stima veniva definita sulla base di sette dimensioni: simpatia; affidabilità; sincerità nei rapporti con gli altri; disponibilità nei confronti delle altre persone; capacità nei ruoli di responsabilità; capacità di portare avanti con costanza il proprio lavoro; abilità nella soluzione di nuovi problemi (ad esempio: *quanto pensano – le persone dall’Africa Centrale – che le persone con gravi disturbi mentali siano abili nella soluzione di nuovi problemi; oppure quanto pensano – le persone dall’Africa Centrale – che le persone affette da gravi disturbi mentali siano persone simpatiche*). Per rispondere i partecipanti dovevano indicare, grazie a un cursore posto su un continuum, il livello di stima. Il continuum andava da “per nulla” a “moltissimo”.

Successivamente veniva ripetuta la stessa serie di domande, partendo però non da immigrati dall’Africa Centrale ma di un italiano “medio”, quindi prevedendo il livello di stima che persone italiane provavano nei confronti dei sei gruppi di minoranza.

In totale quindi i partecipanti rispondevano a dodici domande, sei riguardavano immigrati dall’Africa Centrale e sei riguardavano gli italiani.

Al termine di questo blocco, i partecipanti hanno dovuto rispondere ad otto item della scala SDO (*Social Dominance Orientation*), la quale misura il livello di dominanza sociale. Gli otto item consistevano in delle affermazioni, a cui i partecipanti dovevano rispondere esprimendo il loro grado di disaccordo (“Completamente in disaccordo”) o accordo (“Completamente in accordo”). Gli item erano:

- “Alcuni gruppi di persone sono semplicemente inferiori rispetto ad altri gruppi”
- “Per ottenere quello che si vuole, talvolta è necessario usare la forza contro altri gruppi”
- “Per farsi strada nella vita a volte è necessario passare sopra gli altri gruppi”
- “I gruppi inferiori dovrebbero restare al loro posto”
- “L’uguaglianza fra i gruppi dovrebbe essere il nostro ideale”
- “Dovremmo fare il possibile per rendere uguali le condizioni di tutti i gruppi”
- “Avremmo meno problemi se trattassimo la gente in modo più equo”
- “Dovremmo sforzarci affinché tutti guadagnino cifre simili”

Infine, è stato chiesto direttamente ai partecipanti la loro personale opinione riguardo i comportamenti di rispetto e immoralità degli immigrati dall’Africa Centrale e degli italiani (quindi quello che è stato considerato come ingroup) nei confronti delle sei minoranze. La valutazione veniva effettuata tramite una scala che andava da “per niente rispettoso/per niente immorale” a “del tutto rispettoso/del tutto immorale” a seconda del tipo di comportamento che l’item chiedeva.

Il questionario si conclude con un *manipulation check*, in cui ai partecipanti è stato chiesto di ricordare la descrizione di inizio questionario riguardo gli immigrati dall’Africa Centrale, identificando la risposta che meglio rappresentava quella descrizione. Gli item in questione erano:

- “Gli immigrati dall’Africa Centrale hanno sempre meno successo nella vita sociale e lavorativa”
- “Gli immigrati dall’Africa Centrale vengono sempre più aiutati dagli italiani”
- “Gli immigrati dall’Africa Centrale vengono sempre più discriminati”
- “Gli immigrati dall’Africa Centrale hanno sempre più successo nella vita sociale e lavorativa”

- “Gli immigrati dall’Africa Centrale vengono sempre meno discriminati”
- “Gli immigrati dall’Africa Centrale vengono sempre meno aiutati dagli italiani”

Inoltre i partecipanti, come detto precedentemente, hanno fornito il consenso informato, procedura che ha garantito agli stessi l’anonimato. Hanno inoltre dovuto dichiarare la maggiore età. Veniva poi richiesto di rispondere ad alcune domande sociodemografiche come l’età, il genere sessuale e la nazionalità.

3.3 I risultati

Innanzitutto è necessario fare due premesse: in primo luogo, i bassi livelli di correttezza dati dal *manipulation check* hanno evidenziato come, nella lettura del testo descrittivo iniziale, ci sia stata una probabile disattenzione. Questo ci fa capire che, inoltre, il testo iniziale non ha probabilmente influenzato le risposte dei partecipanti al questionario. Per questo motivo le analisi sono state condotte senza tener conto di questa parte.

In secondo luogo, come è stato detto precedentemente, analizzeremo le risposte di un italiano “medio” verso gli individui affetti da disturbi mentali, per restare coerenti con il tema del presente elaborato.

3.3.1 SDO

Per quanto riguarda l’analisi della SDO si è effettuata una preliminare inversione degli item controscalarsi, in modo da avere una corrispondenza tra alto punteggio e maggiore SDO. È stata quindi calcolata l’affidabilità della scala usando l’Alfa di Cronbach, la quale è risultata buona (Alpha di Cronbach= .79). È stato poi calcolato, per ogni partecipante, un punteggio riassuntivo (M=1.65; SD=.63).

Si è evidenziato come la variabile SDO non correla con l’età dei partecipanti ($r = .023$). Nonostante questo, i rispondenti maschi presentano punteggi significativamente più alti (M=2.03; SD=.71) rispetto alle femmine (M= 1.43, DS = 0.47), $t(126) = 5.74$, $p < .001$.

3.3.2 Previsione degli atteggiamenti

In questa parte era stato chiesto ai partecipanti di prevedere gli atteggiamenti degli immigrati dall’Africa Centrale e dell’italiano medio verso i sei gruppi target (le sei minoranze). È stata calcolata la media delle valutazioni, separatamente per ogni gruppo. I punteggi più alti rivelano maggiore atteggiamento positivo

Previsioni dei giudizi da parte di immigrati dall'Africa Centrale

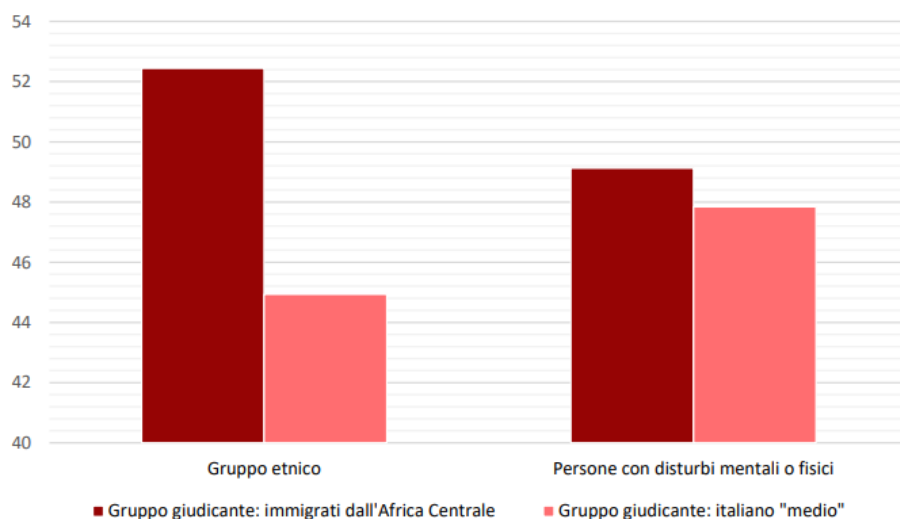
Gruppo target	Media (M)	Deviazione Standard (DS)
<i>Immigrati dall'Est</i>	48.00	19.53
<i>Immigrati dalla Cina</i>	57.07	17.90
<i>Immigrati dal Medio Oriente</i>	52.26	17.56
<i>Persone obese</i>	57.54	19.92
<i>Persone non vedenti</i>	57.49	17.16
<i>Persone con disturbi mentali</i>	32.34	18.16

Previsioni dei giudizi da parte dell'italiano "medio"

Gruppo target	Media (M)	Deviazione Standard (DS)
<i>Immigrati dall'Est</i>	37.52	18.83
<i>Immigrati dalla Cina</i>	56.48	16.39
<i>Immigrati dal Medio Oriente</i>	40.81	17.83
<i>Persone obese</i>	55.80	17.22
<i>Persone non vedenti</i>	59.66	16.89
<i>Persone con disturbi mentali</i>	28.06	16.21

Successivamente è stato calcolato il punteggio medio degli atteggiamenti che gli immigrati dell'Africa Centrale hanno nei confronti dei gruppi etnici e, separatamente, nei confronti delle persone con disturbi mentali o fisici. Lo stesso procedimento è stato fatto con l'italiano medio.

È stata quindi condotta una analisi della varianza, considerando da una parte il gruppo giudicante (immigrati dall'Africa Centrale e italiano medio) e dall'altra parte il gruppo target (gruppi etnici e persone con disturbi mentali o fisici), con entrambi i fattori entro i soggetti.



Dall'analisi è emerso che gli immigrati dall'Africa Centrale avevano in generale giudizi più positivi ($M= 50.78$) rispetto all'Italiano medio ($M= 46.38$). È anche stato evidenziato, però, che non esiste una differenza significativa negli atteggiamenti del gruppo giudicante verso gli individui con disturbi fisici o mentali. Riguardo quest'ultima informazione, il t-test per campioni appaiati ha dimostrato che non esiste un effetto significativo ($p= .30$).

Per concludere quindi, i risultati hanno dimostrato che ci sono delle aspettative di giudizi più positivi da parte degli immigrati verso altri gruppi di minoranza etnici, ma non verso gruppi di minoranza basati sulle condizioni fisiche e mentali.

Inoltre, è emersa significativa l'interazione tra i due fattori inseriti nell'analisi, $F(1,128)= 24.26$, $p<.001$ (si veda Figura).

3.3.3 Previsione dell'immoralità

In questa parte era stato chiesto ai partecipanti di prevedere la moralità degli atteggiamenti degli immigrati dall'Africa Centrale e dell'italiano medio verso i sei gruppi target (le sei minoranze). È stata calcolata la media e la deviazione standard dei due gruppi giudicanti nei confronti dei due gruppi target, separatamente. In questo caso un punteggio alto è stato associato a maggiore immoralità percepita.

Previsioni dei giudizi di immoralità da parte di immigrati dall'Africa Centrale

Gruppo target	Media (M)	Deviazione Standard (DS)
<i>Gruppi etnici (immigrati dall'Est; dalla Cina e dal Medio Oriente)</i>	2.35	0.81

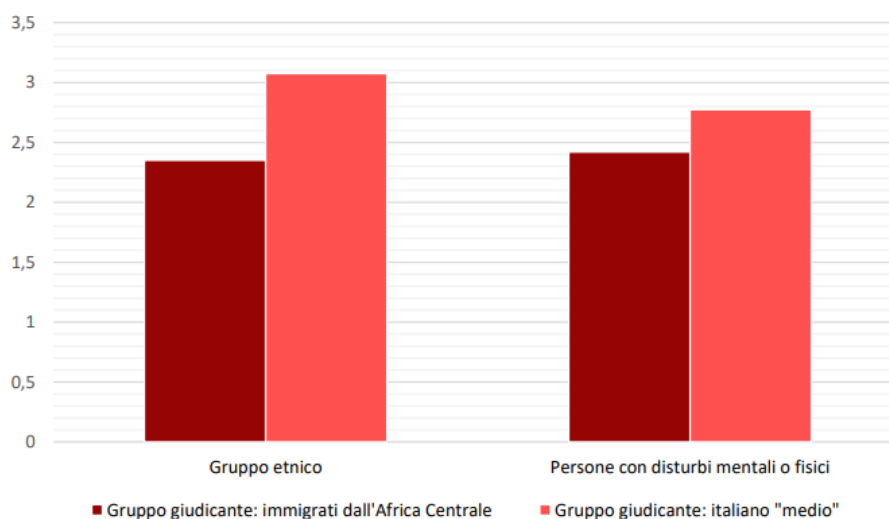
Gruppi di persone con disturbi mentali o fisici (obesi, non vedenti o con disturbi mentali)	2.42	0.95
--	------	------

Previsioni dei giudizi di immoralità da parte dell'Italiano "medio"

Gruppo target	Media (M)	Deviazione Standard (DS)
Gruppi etnici (immigrati dall'Est; dalla Cina e dal Medio Oriente)	3.07	0.87
Gruppi di persone con disturbi mentali o fisici (obesi, non vedenti o con disturbi mentali)	2.77	0.96

Anche in questo caso i 4 punteggi sono stati inseriti in un'analisi della varianza 2 (gruppo giudicante) x 2 (tipo di gruppo target).

È stato rilevato che gli immigrati provenienti dall'Africa Centrale hanno in generale atteggiamenti caratterizzati da minore immoralità (M= 2.39) rispetto agli italiani (M= 2.92). È stato però anche rilevato che l'atteggiamento nei confronti dei gruppi etnici è più immorale (M= 2.71) rispetto all'atteggiamento verso persone con disturbi mentali o fisici (M= 2.60). Infine, è emersa una significativa interazione tra i 2 fattori, $F(1,128)=15.25$, $p<.001$



Dall'istogramma si può osservare come i partecipanti si aspettano che immigrati dal Centro Africa abbiano atteggiamenti meno immorali nei confronti dei gruppi stigmatizzati rispetto agli Italiani, soprattutto verso i gruppi target definiti su base etnica.

Successivamente è calcolata la differenza delle percezioni di moralità tra gli immigrati dall'Africa Centrale e l'Italiano "medio", dapprima verso i gruppi etnici e successivamente verso gli individui con disturbi fisici e mentali (Moralità immigrati Africa Centrale - Moralità italiano "medio). Nel dettaglio, i risultati dimostrano come i punteggi della scala SDO risultano debolmente correlati con l'indice calcolato per gli atteggiamenti verso persone con disturbi fisici/mentali ($r = .16$; $p = .07$), mentre sono significativamente correlati all'indice calcolato per gli atteggiamenti nei confronti delle provenienze etniche ($r = .33$, $p < .001$). Questo significa che i rispondenti con punteggi più elevati di SDO sono coloro che in misura minore pensano che gli immigrati abbiano un atteggiamento più "morale" nei confronti di altri gruppi stigmatizzati. Quindi, in altre parole, atteggiamenti degli italiani sono meno immorali, soprattutto verso le minoranze etniche

3.3.4 Previsione del rispetto

In questa parte era stato chiesto ai partecipanti di prevedere la valutazione del rispetto degli immigrati dall'Africa Centrale e dell'italiano medio verso i sei gruppi target (le sei minoranze). È stata calcolata la media e la deviazione standard dei due gruppi giudicanti nei confronti dei due gruppi target, separatamente. In questo caso un punteggio alto è stato associato a maggiore rispetto.

Previsioni dei giudizi di rispetto da parte di immigrati dall'Africa Centrale

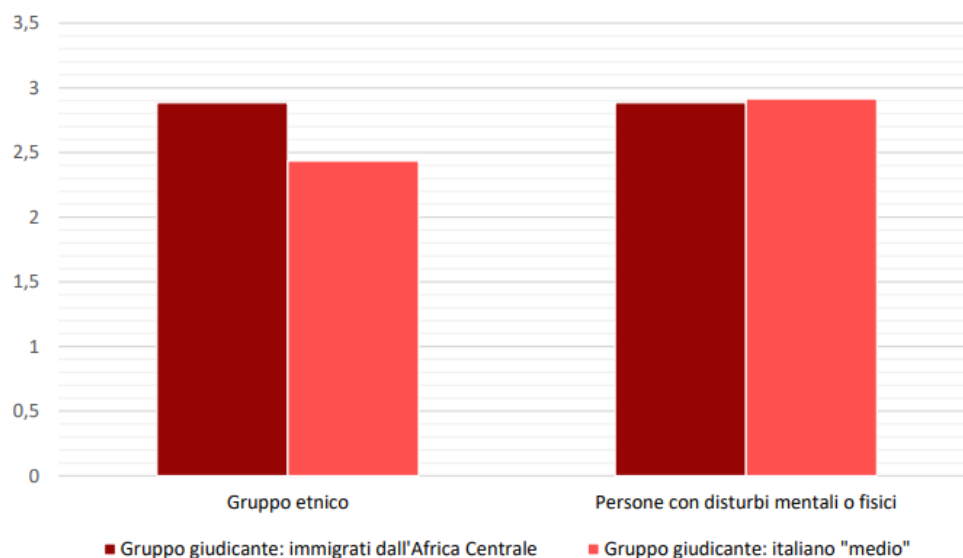
Gruppo target	Media (M)	Deviazione Standard (DS)
<i>Gruppi etnici (immigrati dall'Est; dalla Cina e dal Medio Oriente)</i>	2.89	0.74
<i>Gruppi di persone con disturbi mentali o fisici (obesi, non vedenti o con disturbi mentali)</i>	2.89	0.78

Previsioni dei giudizi di rispetto da parte dell'Italiano "medio"

Gruppo target	Media (M)	Deviazione Standard (DS)
<i>Gruppi etnici (immigrati dall'Est; dalla Cina e dal Medio Oriente)</i>	2.43	0.79
<i>Gruppi di persone con disturbi mentali o fisici (obesi, non vedenti o con disturbi mentali)</i>	2.91	0.85

Come nelle altre analisi, i dati sono stati inseriti in un'analisi della varianza, considerando da una parte il gruppo giudicante (immigrati dall'Africa Centrale o italiano "medio") e dall'altra i gruppi target (gruppi etnici o persone con disturbi mentali o fisici).

È emerso che i partecipanti hanno previsto atteggiamenti più rispettosi negli immigrati dall'Africa Centrale ($M= 2.89$); ($F(1,128)= 6.16$, $p= .014$), rispetto che negli italiani ($M= 2.67$). Inoltre, è stato ritenuto più rispettoso l'atteggiamento nei confronti di individui con disturbi mentali o fisici ($M= 2.90$) rispetto ai gruppi etnici ($M= 2.66$), $F(1,128) = 21.48$, $p < .001$.



Osservando l'istogramma si può osservare che non è presente nessuna differenza statisticamente significativa negli atteggiamenti di rispetto di immigrati e italiani verso gli individui con disturbi mentali o fisici. Allo stesso tempo è presente una differenza nel

caso dei gruppi etnici, dove la previsione degli atteggiamenti di rispetto messi in atto da immigrati dall’Africa Centrale è nettamente superiore a quella relativa all’italiano “medio”.

Successivamente è calcolata la differenza delle previsioni di rispetto tra gli immigrati dall’Africa Centrale e l’Italiano “medio”, dapprima verso i gruppi etnici e successivamente verso gli individui con disturbi fisici e mentali. La variabile SDO sembra essere correlata positivamente ad entrambi gli indici ottenuti. Ciò significa che i rispondenti con punteggi più elevati di SDO sono coloro che in misura maggiore pensano che gli italiani abbiano un atteggiamento più rispettoso nei confronti di altri gruppi stigmatizzati rispetto a quello detenuto da immigrati dal Centro Africa.

3.4 Discussione dei risultati

I risultati riportati hanno dimostrato come i partecipanti si aspettano che gli immigrati dall’Africa Centrale abbiano atteggiamenti più positivi rispetto agli italiani. Questo perché i partecipanti percepiscono che, essendo gli immigrati dell’Africa Centrale loro stessi una minoranza stigmatizzata, dovrebbero avere a loro volta atteggiamenti più positivi perché, in un certo senso, “sanno cosa si prova”. Questo a sostegno degli studi di Boyd e colleghi (2010) e di Brown e Zagefka (2005) precedentemente citati.

In particolare, è emerso che gli immigrati dall’Africa Centrale hanno in generale atteggiamenti più positivi nei confronti del gruppo etnico rispetto all’italiano “medio”, mentre questo processo è meno significativo quando il gruppo target è formato da persone con disturbi mentali o fisici.

Questo può far dedurre come il gruppo di maggioranza si aspetta che gli atteggiamenti più positivi si verificano maggiormente tra due ingroup, tra due minoranze diverse, quando queste sono stigmatizzate secondo le stesse categorie, le stesse dimensioni (la percezione quindi è che immigrati abbiano atteggiamenti più positivi in quantità maggiore verso altri immigrati). Questo perché è presente una maggiore sensibilità alla discriminazione e una maggiore comprensione del pregiudizio.

Lo stesso effetto è stato evidenziato nella percezione di immoralità/moralità e nella percezione di rispetto: i partecipanti si aspettano che gli immigrati dall’Africa Centrale siano meno immorali nei confronti delle minoranze etniche rispetto all’italiano medio; e che siano anche più rispettosi.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FUTURE

I risultati individuati dal questionario e la ricerca bibliografica riportata nei precedenti capitoli ci permette di comprendere come la questione della percezione degli individui affetti da disturbi mentali sia complessa e influenzata da diversi fattori.

È stato compreso che esiste una grande quantità di materiale relativo a questo argomento, e spesso le ricerche dimostrano come gli aspetti coinvolti siano spesso anche in contrasto tra loro. Infatti abbiamo visto come da una parte alcuni studi confermavano ricerche precedenti, mentre in altre occasioni questo non accade più.

Nel secolo scorso, la fiducia in una possibile riduzione dello stigma associato al disturbo mentale era molto ridotta. Alcuni autori riportano come nel futuro ci sarà semplicemente una sostituzione dello stigma, dove il nuovo sostituirà il vecchio, e che i programmi di educazione al disturbo mentale avranno scarsa efficacia, perché stigmatizzare è una delle prime abilità che vengono apprese (Sigelman & Singleton, 1986)

D'altro canto, gli studi attuali sullo stigma legato al disturbo mentale insegnano come approfondendo la conoscenza dei processi legati alla creazione di uno stigma, alla percezione della pericolosità di questi individui e alla discriminazione, sia possibile creare programmi anti-stigma efficaci. Inoltre, sembra che andando a lavorare sull'integrazione degli individui affetti da disturbi mentali nella società possa offrire una soluzione per affrontare, e ridurre, lo stigma della società

In conclusione, grazie alla maggiore attenzione che ad oggi è attribuita al dibattito sulla salute mentale, si può sperare in un lento ma continuo miglioramento della percezione degli individui affetti da salute mentale. L'aggiornamento degli studi sui programmi anti-stigma, e alla crescente sensibilità della società riguardo al benessere personale (dal punto di vista fisico, lavorativo ma anche mentale) permette di essere fiduciosi sugli argomenti, sperando in una riduzione dello stigma e della discriminazione.

BIBLIOGRAFIA

- “pregiudizio”, Enciclopedia Treccani, n.d., <https://www.treccani.it/vocabolario/pregiudizio/>, consultato in data 10/07/2022
- Albrecht, G. L., Walker, V. G., & Levy, J. A. (1982). Social distance from the stigmatized. A test of two theories. *Social Science and Medicine*, *16*(14), 1319–1327. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90027-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90027-2)
- Allderidge, P. (1979). Hospitals, madhouses and asylums: cycles in the care of the insane. *The British Journal of Psychiatry*, *134*(4), 321-334. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.321>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* Addison-Wesley. Reading.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(s420), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*(9), 526–534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Ann M. Kring, Gerald C. Davison, John M. Neale, Sheri L. Johnson (2017), *Psicologia clinica* (5. ed.). Zanichelli
- Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (Eds.). (2008). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. John Wiley & Sons.
- Bentz, W. K., & Edgerton, J. W. (1971). The consequences of labeling a person as mentally ill. *Social Psychiatry*, *6*(1), 29–33. <https://doi.org/10.1007/BF00584110>
- BOCKHOVEN, J. S. *Moral treatment in American Psychiatry*. New York: Springer, 1963
- Bolton, D. (2013). *What is mental illness* (pp. 434-450). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0028>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, *16*(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(11), 1063–1070. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0147-9>
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, *162*(JAN.), 93–99. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.1.93>
- Brown, R., & Zagefka, H. (2005). Ingroup affiliations and prejudice. On the nature of prejudice: Fifty years after Allport, 54-70.
- Christensen, M. K., Lim, C. C. W., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Momen, N. C., Whiteford, H. A., Iburg, K. M., & McGrath, J. J. (2020). The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.

<https://doi.org/10.1017/S204579602000075X>

- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349–360.
<https://doi.org/10.1037/h0045526>
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and Research in Psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Coleman, L.M. (1986). Stigma. In: Ainlay, S.C., Becker, G., Coleman, L.M. (eds) *The Dilemma of Difference. Perspectives in Social Psychology*. Springer, Boston, MA.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7568-5_11
- Correll, J., & Park, B. (2005). A model of the ingroup as a social resource. *Personality and Social Psychology Review*, 9(4), 341–359. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0904_4
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W. (2004). Don't call me nuts: An international perspective on the stigma of mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 403–404. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00316.x>
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219–225.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric services*, 52(7), 953–958. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüschi, N. (2009). Corrigan 2009 Why Try effect. *World Psychiatry*, 8(21), 75–81.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469.
<https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293–309.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006939>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Ottati, V. (2003). From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49(2), 142–157.
<https://doi.org/10.1177/0020764003049002007>
- Crawford, P., & Brown, B. (2002). “Like a friend going round”: Reducing the stigma attached to mental healthcare in rural communities. *Health and Social Care in the Community*, 10(4), 229–238. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00362.x>

- Crocker, J., Major, B. & Steele, C. (1998) Social stigma. In *The Handbook of Social Psychology*, 4th edn, vol. 2 (ed. D. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey). New York: McGraw-Hill
- Cumming, E., & Cumming, J. (1957). Closed ranks; an experiment in mental health education.
- Ertugrul, A., & Uluğ, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 73–77. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0697-9>
- Farina, A. (1971). Mental illness and the impact of believing others know about it. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(1), 1–5. <https://doi.org/10.1037/h0030496>
- Farina, A., Allen, J., & Saul, B. B. (1968). The role of the stigmatized person in affecting social relationships. *Journal of Personality*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1968.tb01467.x>
- Farreras, I. G. (2019). History of mental illness. Brad Poteet (Cur.), *General psychology: required reading* (pp 245-251)
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination.
- Foster, J. L. H. (2006). Media presentation of the mental health bill and representations of mental health problems. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16(4), 285–300. <https://doi.org/10.1002/casp.863>
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132(5), 692–731. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.692>
- Gilbert, D. C., & Levinson, D. J. (1963). Ideology, personality, and institutional policy in the mental hospital. <https://doi.org/10.1037/11302-058>
- Goffman, Erving, 1922-1982. *Stigma; Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N.J. :Prentice-Hall, 1963
- Grollman, E. A. (2014). Multiple Disadvantaged Statuses and Health: The Role of Multiple Forms of Discrimination. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/0022146514521215>
- Grunberg, F., Klinger, B. I., & Grumet, B. R. (1978). Homicide and community-based psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/00005053-197812000-00006>
- Halter, M. J. (2008). Perceived Characteristics of Psychiatric Nurses: Stigma by Association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.03.003>
- Halpert, H. P. (1963). Public opinions and attitudes about mental health. PHS Publication, (1045).
- Halpert, H. P. (1965). Surveys of public opinions and attitudes about mental illness: Implications for communications activities. *Public Health Reports*, 80(7), 589.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/0020764011423176>
- Hardcastle, M., & Hardcastle, B. (2003). Stigma from mental illness in primary care. *Practice Nurse*, 26, 14–19
- Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness : A review and critique Early findings Methodology. *Journal of Mental Health*, 6(4), 345–354.
- Johannsen, W. J. Attitudes toward mental patients: A review of empirical research. *Mental Hygiene*, 53:218-228, 1969

- Johnstone, M.-J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(4), 200–209. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00212.x>
- Kang, S. K., & Bodenhausen, G. V. (2015). Multiple identities in social perception and interaction: Challenges and opportunities. *Annual Review of Psychology*, 66, 547–574. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015025>
- Kazantzis, N., Wakefield, A., Deane, F. P., Ronan, K. R., & Johnson, M. (2009). Public Attitudes Toward People With Mental Illness in New Zealand, 1995–1996. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 15(2), 74–91. <https://doi.org/10.1375/jrc.15.2.74>
- Kent, H., & Read, J. (1998). Measuring consumer participation in mental health services: Are attitudes related to professional orientation? *International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 295–310. <https://doi.org/10.1177/002076409804400406>
- Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 209–220. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.026>
- Lemkau, P. V., Crocetti, G. M.: An urban population's opinion and knowledge about mental illness. *Amer. J. Psychlat.* 118, 692-700 (1962)
- Link, B. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 47(2), 202–215. <https://doi.org/10.2307/2094963>
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1983). Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: Levels of attitudinal response. *American Journal of Community Psychology*, 11(3), 261–273. <https://doi.org/10.1007/BF00893367>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461–1500. <https://doi.org/10.1086/228672>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing Stigma Author (s): Bruce G . Link and Jo C . Phelan Source : Annual Review of Sociology , Vol . 27 (2001) , pp . 363-385 Published by : Annual Reviews Stable URL : http://www.jstor.org/stable/2678626 Accessed : 03-03-2016 10 : 51 UTC Yo. 27(2001), 363–385.*
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621–1626. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & 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(2), 177–190. <https://doi.org/10.2307/2955424>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.2>
- Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B., & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of personality and social psychology*, 67(5), 808.
- Matejkowski, J. C., Solomon, P. L., & Cullen, S. W. (2008). Characteristics of persons with severe

mental illness who have been incarcerated for murder.

- Mehta, S., & Farina, A. (1997). Is being “sick” really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology, 16*(4), 405–419. <https://doi.org/10.1521/jscp.1997.16.4.405>
- Nunnally Jr, J. C. (1961). Popular conceptions of mental health: Their development and change.
- Oexle, N., & Corrigan, P. W. (2018). Understanding mental illness stigma toward persons with multiple stigmatized conditions: Implications of intersectionality theory. *Psychiatric Services, 69*(5), 587–589. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700312>
- Parcesepe, A. M., & Cabassa, L. J. (2013). Public stigma of mental illness in the united states: A systematic literature review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 40*(5), 384–399. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>
- Parsons, T. (1979). Definitions of health and illness in light of American values and social structure. *Patients, physicians and illness, 120-144.*
- Penn, D. L., Chamberlin, C., & Mueser, K. T. (2003). The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia bulletin, 29*(2), 383-391.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? a decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry, 167*(11), 1321–1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & 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*(2), 188–207. <https://doi.org/10.2307/2676305>
- Phillips, D. L. (1963). Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review, 963-972.* <https://doi.org/10.2307/2090315>
- Phillips, M. R. (1998). The Transformation of China ’ s Mental Health Services Author (s): Michael R . Phillips Source : The China Journal , Jan ., 1998 , No . 39 (Jan ., 1998), pp . 1-36 Published by : The University of Chicago Press on behalf of the College of Asia and the. 39(39), 1–36.
- Prabhu, G. G., Raghuram, A., Verma, N., & Maridass, A. C. (1984). Public attitudes towards mental illness: A review. *Nimhans Journal, 2*(1), 1-14.
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 10, 9–33.* <https://doi.org/10.1093/schbul/1.10.9>
- Ramsey, G. V., & Seipp, M. (1948). Attitudes and opinions concerning mental illness. *The Psychiatric Quarterly, 22*(1–4), 428–444. <https://doi.org/10.1007/BF01572419>
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(5), 303–318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., & Hocking, B. (2000). Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry, 8*(1), 19-26.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit self-stigma in people with mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(2), 150–153. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc43b5>

- Scheff, T. J. (1966). Being Mentally Ill: A Sociological Theory.
- Scheff, T. J. (1974). The labelling theory of mental illness. *American sociological review*, 444-452.
- Schoeneman, T. J. (1977). The role of mental illness in the European witch hunts of the sixteenth and seventeenth centuries: An assessment. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 13(4), 337–351. [https://doi.org/10.1002/1520-6696\(197710\)13:4<337::AID-JHBS2300130406>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1520-6696(197710)13:4<337::AID-JHBS2300130406>3.0.CO;2-G)
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Schroder, D., & Ehrlich, D. (1968). Rejection by mental health professionals: A possible consequence of not seeking appropriate help for emotional disorders. *Journal of Health and Social Behavior*, 222-232. <https://doi.org/10.2307/2948407>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Scott, K. M. (2021). The Cross-National Epidemiology of Mental Health Disorders. In *Oxford Handbook of Cultural Neuroscience and Global Mental Health*.
- Sieff, E. M. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259–269. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118249>
- Sigelman, C. K., & Singleton, L. C. (1986). Stigmatization in childhood. In *The dilemma of difference* (pp. 185-208). Springer, Boston, MA.
- Star, S. A. (1955). The public's ideas about mental illness. *Annual Meeting of the National Association for Mental Health*, 1–9.
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., & Dickson, R. A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), 475–482. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0583-2>
- Todor, I. (2013). Opinions about Mental Illness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.247>
- Torrey, E. F. (2011). *Stigma and Violence : Isn ' t It Time to Connect the Dots ?* 37(5), 892–896. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr057>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. Rutgers University Press.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. Guilford Press.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Community attitudes to mental illness. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 168(2), 183–190. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.2.183>
- Zilboorg, G., & Henry, G. W. (1941). *A history of medical psychology*.