Stigmata and the Process of Stigmatization: Coping Strategies and Approaches to Intervention for Destigmatization

Simona RODAT¹

¹ Professor Ph.D., Adventus University, Cernica, Ilfov, Romania, E-mail: simona.rodatt@uadventus.ro

Abstract: *The concept of ‘stigma’ was introduced into the social sciences by sociologist Erving Goffman in his classic monograph “Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity” (1963). Goffman identified various forms of stigmata, both visible and invisible (“hidden”), examined the process of stigmatization in everyday social interactions, and analyzed the consequences of stigmatization on the identity of individuals. Stigmatization describes the process through which actual or potential negative characteristics are ascribed to a person and thus this person is assigned to certain social groups. At the same time, stigmatization involves the association to the person concerned of the prejudices and stereotypes connected to the assigned devaluating characteristic, as well as an underlying, context-dependent process of differentiation, control and discrimination. Stigmatized individuals and groups experience multiple forms of discrimination and are going through different crises. This paper addresses the stigmatization process, the varied types of stigmata, and the coping strategies most commonly used by those who are stigmatized. The paper also highlights the most important approaches and types of intervention that can be used to combat stigmatization and promote destigmatization.*

Keywords: *stigma, stigmatization process, strategies of coping with stigma, destigmatization, types of intervention to destigmatize.*

How to cite: Rodat, S. (2020). Stigmata and the Process of Stigmatization: Coping Strategies and Approaches to Intervention for Destigmatization. *Anuarul Universității “Petre Andrei” din Iași, Fascicula: Drept, Științe Economice, Științe Politice*, 26, 143-163. <https://doi.org/10.18662/upalaw/54>

Introducere

Conceptul de „stigmă” sau „stigmat” se referă la o caracteristică a unei persoane care o discreditează profund (Goffman, 1975: 11). Un individ are un stigmat atunci când este diferit, într-un mod nedorit, de ceea ce se așteaptă societatea (ibid.: 9). Termenul „stigmă” provine din greacă și înseamnă semn, punct sau marcă. Semnificativ pentru înțelegerea utilizării termenului în științele sociale este fundamentul său istoric: în Grecia antică, cuvântul stigmă era folosit pentru a descrie o marcă sau ștampilă, aplicată cu ajutorul unui fier roșu pe corpul sclavilor, pentru a fi identificați în acest fel și pentru a fi evitați în consecință (Petersen, Six, 2008).

Ideologic, o persoană cu un stigmat nu îndeplinește așteptările sociale ale unui „normal”. Normalitatea într-o societate este, de obicei, definită de populația majoritară (Mândrilă-Lăzăreanu, 2020; Unguru, 2019), iar „normalul”, sau omul obișnuit, este cel care nu deviază de la standardele și așteptările sociale (Goffman, 1963). În schimb, individul stigmatizat are o caracteristică care nu se potrivește cu „normalitatea” social acceptată. Normele recunoscute social sunt menținute nu doar prin intermediul instituțiilor de control social, precum școlile, justiția sau poliția, ci și prin agenți informali precum părinții sau grupurile de egali. Stigmatul este în mod obișnuit legate de sănătate, atât fizică cât și psihică, gen, caracter, inteligență, cultură, etnie și culoarea pielii.

Stigmatizarea socială implică nu numai dezaprobară persoanei în cauză, ci și discriminarea acesteia, doar ca urmare a acestei caracteristici nedorite social. În general, persoana stigmatizată este considerată în societate ca fiind rea, vicioasă, periculoasă sau slabă. Mai mult, există o credință larg răspândită conform căreia persoana stigmatizată sau familia ei sunt vinovați ei înșiși pentru caracteristica „anormală”, adică pentru stigmat (Fuchs, 2010: 50). Din acest motiv, persoanele cu stigmat se confruntă cu numeroase forme de discriminare și trec prin diverse crize, inclusiv crize ale identității, ale stimei de sine și ale acceptării de sine.

În lucrarea de față este abordat procesul stigmatizării, diferitele tipuri de stigmat și strategiile de coping utilizate cel mai frecvent de către cei stigmatizați. De asemenea, în lucrare sunt reliefate cele mai importante abordări și tipuri de intervenție care pot fi folosite în scopul destigmatizării.

Procesul de stigmatizare

Un stigmat social nu este doar o caracteristică nedorită sau un element nefavorabil, ci și orice generalizare sau atribuire a unor caracteristici

suplimentare care pot coborî statutul unui individ sau îl pot umili. Nu caracteristica în sine, ci înțelesul ei negativ în contextul social și cultural, fac din individul în cauză un stigmatizat. Prin urmare, fiecare caracteristică sau trăsătură poate fi practic un stigmat dacă se abate de la tipul ideal al societății (Ellinger, Stein, 2006; Knigge, 2009). De altfel, un stigmat se poate schimba într-o societate și cultură de la o epocă la alta și poate varia în diferite culturi.

Conform lui E. Goffman (1963), specific procesului de stigmatizare este și faptul că nu numai o caracteristică este recunoscută și evaluată negativ (de exemplu, faptul că cineva are o dizabilitate fizică), ci și alte caracteristici, în mare parte negative, și care nu au legătură în mod obiectiv cu caracteristica originală, sunt în plus atribuite purtătorului de stigmat (de exemplu, „un șomer este leneș” sau „unui șomer îi place să bea”).

Această atribuire a unor trăsături suplimentare se numește generalizare (Goffman, 1975). Ca urmare a generalizărilor, semenii percep persoanele stigmatizate în primul rând prin prisma stigmei lor și le reduc la caracteristica lor negativă.

“While a stranger is present before us, evidence can arise of his possessing an attribute that makes him different from others (...) He is thus reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one. Such an attribute is a stigma” (Goffman, 1963: 2).

Mai mult, toate celelalte atribute negative ale persoanei în cauză, care s-ar putea potrivi stigmei sale, sunt percepute mai intens, în timp ce caracteristicile neutre sau pozitive fie sunt reinterpretate, fie nu sunt luate în considerare.

Stigmatizarea se referă la procesul prin care o persoană este asociată cu o stigmă, adică, în primul rând, acestei persoane îi este atribuită o caracteristică negativă, actuală sau potențială, fiind, prin aceasta, alocată unui anumit grup social desconsiderat (Goffman, 1963; 1975). În al doilea rând, concomitent, stigmatizarea implică asocierea cu prejudecățile și stereotipurile conectate caracteristicii depreciative atribuite, alături de un proces de diferențiere, control și discriminare care depinde de context, ca și atribuirea unei anumite identități sociale (Cloerkes, 2000).

Procesul stigmatizării începe cu perceperea și numirea unei diferențe. Aceasta este urmată de clasificarea într-o categorie de oameni, cum ar fi categoria celor „infecțați cu HIV” (Angermeyer, Schulze, 2002). Această categorisire este asociată cu trăsături negative, determinate cultural și legate de prejudecăți, ca și cu stereotipurile care există în societate pentru această categorie. În procesul de stigmatizare, aceste stereotipuri sunt utilizate, la rândul lor, pentru orientarea referitoare la anumite grupuri sociale și apoi

pentru justificarea unor acțiuni care exclud oamenii stigmatizați din viața publică generală. Astfel de persoane sunt grupate într-o singură categorie (de exemplu, „cei infectați cu HIV”), ca rezultat experimentează o devalorizare a statutului lor social și, prin urmare, sunt supuși discriminării. Conceptele de stereotipuri, prejudecăți, stigmat și discriminare sunt, prin urmare, corelate și legate între ele.

În interpretarea lor din cadrul teoriei etichetării, B. G. Link și J. C. Phelan (2001) definesc stigmatizarea ca proces ce presupune atribuirea unei caracteristici sau etichetarea (*labelling*), care este asociată cu o serie de stereotipuri și prejudecăți (*stereotyping*), dar și cu diferențierea (*separating*) și pierderea statutului (*status loss*) de către cei afectați, astfel rezultând discriminarea (*discrimination*) atunci când constelația de putere permite acest lucru. În timp ce caracteristicile pot fi localizate la nivelul atribuirii și prejudecățile la nivelul atitudinii (Cloerkes, 2001), discriminarea se referă la *acțiune* sau *faptă*. În consecință, discriminarea, ca element legat de acțiune, este o parte integrantă a procesului de stigmatizare, chiar dacă cei doi termeni sunt utilizați în anumite contexte separat (de exemplu, de von Kardorff et al., 2013). În plus față de teoria etichetării, G. Cloerkes (2007: 170) subliniază, de asemenea, că „stigmatizarea este comportamentul datorat unui stigmat inerent”.

Așadar, procesul de stigmatizare implică, pe de o parte, etichetare, stereotipuri și prejudecăți, iar pe de altă parte, acțiune și comportament, adică discriminare. Aceste niveluri distincte reflectă subdiviziunea subiacentă, utilizată în special în cercetarea prejudecăților în psihologia socială, în componente de atitudine emoțională, cognitivă și de acțiune (Röhm, 2017: 12), categorii care servesc, de asemenea, și la operaționalizarea stigmatizării.

Forme de stigmat și stigmatizare

Pentru declanșarea procesului de stigmatizare, ca și pentru consecințele acestuia, de o mare importanță este vizibilitatea caracteristicii distinctive care îi este asociată unei persoane, ca punct de pornire pentru întregul proces. E. Goffman (1963; 1975) a delimitat în primul rând stigmatele în vizibile și invizibile („ascunse”) și, în acest fel, în stigmate ale persoanelor discreditate, respectiv discredibile.

Stigmatul persoanelor discreditate este vizibil imediat într-o interacțiune socială. În acest caz, caracteristica stigmatizantă poate fi, de exemplu, o dizabilitate fizică sau greutatea corporală. Oamenii cu un stigmat evident experimentează mai frecvent distanțarea socială din partea semenilor lor în comparație cu oamenii cu un stigmat invizibil („ascuns”). Aceasta deoarece

stigmatul „ascuns”, sau, în termenii lui Goffman, *stigmatul persoanelor discreditabile*, nu este vizibil imediat în interacțiunea socială. Astfel de caracteristici stigmatizante invizibile pot fi, de exemplu, homosexualitatea sau infecția cu HIV.

Dacă un stigmat este vizibil sau invizibil depinde de tipul stigmei. Goffman (1963; 1975) distinge trei forme de stigmat:

Prima formă cuprinde „diformitățile fizice” (în original, la Goffman, *physical deformities*). Aici pot fi incluse dizabilitățile fizice, de exemplu lepra (probabil cea mai cunoscută și frapantă formă de stigmatizare fizică), surditatea, cecitatea, obezitatea (Latner, Stunkard, 2003; Latner et al., 2005), SIDA și/sau infecția cu HIV (Pryor, Reeder, 2011) sau, în contextul actual, infecția cu Coronavirus sau Covid-19 (Vertovec, 2020; Villa et al., 2020) etc.

A doua formă include „tarele de caracter” (în original *blemishes of character*), cum ar fi tulburările mintale sau bolile psihice (Fuchs, 2010; Michaels, Corrigan, 2013; Corrigan et al., 2014; Wilson, Scior, 2015), dependențele (Corrigan et al., 2009; Fraser et al., 2017), homosexualitatea (Mihalik, 1991; Peate, 1995) etc.

A treia formă este reprezentată de „stigmatele tribale” (în original *tribal stigmata*, vezi Goffman, 1975: 13), determinate, de exemplu, de apartenența la un grup etnic, la o naționalitate, rasă sau religie (vezi și Dovidio et al., 2001; Wailoo, 2006; Pasek, 2015).

Toate formele de stigmat și stigmatizare au consecințe complexe la nivel intra- și interpersonal și au dimensiuni emoționale, sociale și structurale, ca și o dimensiune care privește sănătatea (Röhm, 2017). În funcție de numărul de participanți și de nivelurile și structurile sociale implicate, se poate face distincția între patru forme de stigmatizare: stigmatizarea publică, auto-stigmatizarea, stigmatizarea prin asociere și stigmatizarea structurală (Pryor, Reeder, 2011; Bos et al., 2013).

Stigmatizarea publică are loc atunci când părți considerabile ale societății acceptă prejudecățile negative și discriminarea împotriva unui grup. Stigmatizarea publică se manifestă prin reacții explicite și implicite la adresa persoanelor sau grupurilor stigmatizate: acestea sunt temute, respinse, evitate și discriminate. Mai mult, sunt răspândite informații despre caracteristicile stigmatului, precum și stereotipuri și prejudecăți, cum ar fi pericolul potențial al acestor persoane și grupuri în societate (Wilson, Scior, 2015). Consecințele sociale ale stigmatizării publice sunt excluziunea socială, izolarea și discriminarea persoanelor afectate, inclusiv respingerea lor frecventă atunci când caută o locuință sau un loc de muncă (Jones, Corrigan, 2014). Stigmatizarea publică se manifestă, de asemenea, prin refuzul repetat al stabilirii în vecinătate a unor comunități sau instituții care cuprind sau se

ocupă cu persoane cu stigmat, prin distanțarea socială explicită față de astfel de comunități sau instituții (Michaels, Corrigan, 2013; Angermeyer et al., 2014), ca și prin restricțiile și limitările la care persoanele stigmatizate sunt supuse în ceea ce privește exercitarea drepturilor omului (Werner, 2015). În plus, stigmatizarea publică îi ține adesea pe cei afectați departe de ofertele de ajutor, ceea ce poate avea un impact semnificativ asupra situației lor (Corrigan et al., 2014).

Auto-stigmatizarea înseamnă asumarea și interiorizarea stigmatizării și a prejudecăților publice. Indivizii afectați relaționează devalorizarea asociată caracteristicii lor cu propria persoană și o înglobează în identitatea lor (Kao et al., 2016). Auto-stigmatizarea poate însoți stigmatizarea publică și îi poate chiar intensifica consecințele. Pe lângă o calitate a vieții diminuată, alte efecte negative, emoționale ale auto-stigmatizării sunt adesea scăderea stimei de sine și a respectului de sine, rușinea, frica, precum și diverse dependențe.

Stigmatizarea prin asociere reprezintă transferul stigmatizării publice către cei apropiați persoanelor stigmatizate. În plus față de membrii familiei și rudele celor stigmatizați public, care sunt cu precădere afectați de stigmatizarea prin asociere (ceea ce se cheamă *family stigma*), alte categorii de persoane prejudiciate prin asociere pot include asistenții profesioniști, și chiar indivizi care sunt asociați accidental cu persoanele stigmatizate (Pryor et al., 2012). Printre consecințele stigmatizării prin asociere se numără subestimarea de către alții, marginalizarea și excluziunea socială, creșterea stresului și reducerea calității vieții, inclusiv gândurile suicidare (Östman, Kjellin, 2002).

Termenul de *stigmatizare structurală* descrie menținerea și reproducerea discriminării și a dezavantajelor anumitor grupuri de către instituțiile sociale, prin intermediul exercitării puterii sociale, economice și politice (Link, Phelan, 2014). Aceste procese sunt întotdeauna supuse condițiilor istorice și politice, fiind posibile prin mijlocirea legilor, dar și a sistemelor de clasificare medicală. În acest fel, de exemplu, ce drepturi sau servicii de sănătate sunt acordate sau refuzate cuiva depinde de o anumită etichetă sau de un anumit grad de handicap. Deciziile politice, verdictele juridice sau accesul la asistența medicală generală pot produce și reproduce uneori inegalități și dezavantaje sociale care pot duce la sărăcia, șomajul și lipsa de adăpost a persoanelor stigmatizate (Angermeyer et al., 2014).

Strategii de coping

Deoarece persoanele stigmatizate, prin procesul de socializare, cunosc și împărtășesc același sistem de valori al societății ca și semenii lor

nestigmatizați, ele sunt conștiente că nu îndeplinesc așteptările normative ale societății din cauza unei caracteristici nedorite (Petersen, Six, 2008). Persoana în cauză este conștientă că, din cauza stigmei sale, poate fi devalorizată sau subestimată în societate. Ea cunoaște, de asemenea, stereotipurile și prejudecățile care sunt asociate cu stigmatul său. O consecință a stigmatizării poate fi, de aceea, alterarea identității (*spoiled identity*) persoanei în cauză (Goffman, 1963).

Analiza lui E. Goffman s-a concentrat, de altfel, asupra efectelor stigmatizării asupra identității persoanelor afectate. În teoria sa cu privire la stigmatizare, Goffman (1963; 1975) subliniază că un stigmat nu capătă acest statut, de stigmat, doar ca urmare a unei anumite caracteristici a unei persoane, ci doar în contextul comunității și al interacțiunii sociale. Membrii comunității sociale etichetează intuitiv comunitatea cu anumite caracteristici. Numai în relație cu această normalitate definită și cu evaluarea socială corespunzătoare, care îi este conectată, un atribut devine un stigmat. Prin teoria sa a atribuirii, Goffman descrie acest context și relația dintre o caracteristică și societate, care joacă un rol cheie în procesul socio-psihologic de stigmatizare.

Teza clasică a „identității stigmatizate” presupune că atributele stigmatizante conduc la o amenințare a identității persoanelor stigmatizate și la schimbarea acesteia (Cloerkes, 2001). În procesul de stigmatizare, purtătorul stigmei percepe evaluările și atribuirile negative despre sine însuși, pe care le experimentează în viața de zi cu zi și în interacțiunea socială. Conștientizarea stigmatizării și experiențele cotidiene reale de respingere și discriminare influențează autoevaluarea și autopercepția persoanei.

Diverse studii empirice, precum cel al lui B. Major și L. O'Brien, „The social psychology of stigma” din 2005, nu confirmă neapărat teza identității stigmatizate. Rezultatele studiului realizat de acești autori au arătat că, în ciuda stigmatizării și discriminării cotidiene, membrii grupurilor stigmatizate nu au întotdeauna o stimă de sine scăzută sau o concepție negativă despre sine și nu trăiesc întotdeauna o criză de identitate prin stigmatizare. Conform rezultatelor unui alt studiu, din 2002, realizat de J. Katz, T. E. Joiner și P. Kwon, un factor hotărâtor pentru apariția unei crize de identitate și afectarea stimei de sine personale este identificarea cu grupul stigmatizat, sau în ce măsură apartenența la grup este în general semnificativă pentru autoaprecierea unei persoane. Gradul de identificare poate indica în ce măsură stigmatul este perceput ca o amenințare la adresa identității și a auto-valorizării. Din studiu a reieșit că subiecții testați prezentau cu atât mai mult simptome depresive și o stimă de sine personală mai scăzută, cu cât își percepeau mai negativ grupul social. De asemenea, abordarea individuală a

stigmatizării prin strategii de coping joacă un rol major în combaterea unei crize de identitate și a consecințelor pentru stima de sine. La rândul său, acest lucru ar putea explica de ce un stigmat nu duce neapărat la o criză de identitate și la o reducere a stimei de sine (Katz et al., 2002).

Alte studii au subliniat, de asemenea, că efectele negative ale stigmatizării asupra stimei de sine pot fi evitate sau procesate prin mecanisme de protecție. Potrivit lui J. Crocker și B. Major (1989), caracteristicile individuale și modul de a gândi despre stigmatul propriu joacă un rol central aici, deoarece cei afectați își pot folosi propriile resurse și strategii de adaptare pentru a contracara efectele negative ale stimei lor (vezi și Quinn, Chaudoir, 2009). A face față stigmatului și stigmatizării celor din jur (*coping with stigma*) este, așadar, un aspect central în viața unei persoane stigmatizate.

Pentru a preveni o criză de identitate și a evita consecințele asupra stimei de sine, gestionarea individuală a stigmatizării prin strategii de coping joacă un rol esențial. Persoanele stigmatizate dezvoltă în situații sociale mixte diferite strategii de coping pentru a face față stigmatizării lor și, astfel, pentru a-și proteja identitatea și self-esteem-ul. În continuare sunt prezentate câteva dintre cele mai frecvent utilizate strategii de coping în abordarea stigmatizării (vezi și Major, Eccleston, 2004; Major, O'Brien, 2005; Petersen, Six, 2008; Quack, Schmidt, 2013).

1. *Corectarea.* În acest caz, indivizii stigmatizați încearcă să-și gestioneze stigma prin strategia de corectare, căutând, de exemplu, să-și crească atractivitatea ca partener de interacțiune în schimbul social. Prin urmare, adoptând această strategie, încearcă fie să corecteze efectiv stigmatul (de exemplu, urmând o dietă în cazul obezității sau supunându-se unui tratament pentru un defect fizic) sau să retușeze caracteristicile acestuia (de exemplu, prin intervenții chirurgicale estetice), fie să se distanțeze de grupul stigmatizat (prin ascunderea stimei, cum ar fi infecția cu HIV). În cazul acestei strategii de coping există, totuși, un risc de relocare. Mai exact, există pericolul transformării dintr-un „eu, cu un anume cusur”, într-un „eu, cu trăsătura de a avea un anume cusur corectat” (Goffman, 1975: 19).

2. *Evitarea/atitudinea defensivă.* O altă strategie de coping este aceea de a evita situațiile, contactele și interacțiunile sociale în care poate apărea stigmatizarea. Purtătorii de stigmă pot evita stigmatizarea prin eludarea împrejurărilor sau legăturilor sociale în care prevăd că ar experimenta excludere și respingere, prin ocolirea situațiilor în care stigmatul este deosebit de vizibil (cum ar fi, de exemplu, persoanele supraponderale care nu merg la sala de fitness), precum și prin eschivarea de la relațiile sociale în care se pot

aștepta la stigmatizare (cum ar fi, de pildă, evitarea de către persoanele stigmatizate a relațiilor romantice sau sexuale).

3. *Distanțarea lăuntrică*. Persoanele stigmatizate își pot proteja, de asemenea, identitatea și stima de sine distanțându-se intern de așteptările și sarcinile din domeniile vieții care sunt stigmatizante pentru ele. De exemplu, există cazuri de persoane homosexuale care, din cauza discriminării la locul de muncă pe baza orientării lor sexuale, își pierd interesul pentru munca lor și se sustrag de la obligațiile profesionale (Petersen, Six, 2008).

4. *Compensarea*. Prin această strategie de coping, persoana stigmatizată încearcă, pentru a-și compensa stigmatul, să dobândească abilități la care nimeni nu s-ar aștepta. Un exemplu în acest sens pot fi Jocurile Paralimpice, unde sportivii cu dizabilități își arată aptitudinile și realizările speciale (Quack, Schmidt, 2013: 16).

5. *Relațiile alternative*. Printre strategiile de coping poate fi inclus și apelul frecvent al persoanelor stigmatizate la relații alternative, în care se simt apreciate și respectate. Un nivel ridicat de identificare cu propriul grup se poate dovedi, în acest context, chiar un factor de protecție împotriva reducerii stimei de sine (Major, Eccleston, 2004). Cu toate acestea, această strategie funcționează numai dacă cei stigmatizați se unesc în cadrul grupului lor împotriva discriminării și stigmatizării și dobândesc perspective alternative asupra stereotipurilor negative cu privire la propriul grup (de pildă, prin organizarea unor campanii anti-bullying/anti-hărțuire) (ibid.).

6. *Atribuirea externă*. Oamenii stigmatizați își pot proteja identitatea și respectul/valoarea de sine prin interpretarea excluderilor și respingerilor de zi cu zi nu prin caracteristicile lor personale, ci prin prejudecățile împotriva grupului lor social. Unele studii, precum cel al lui J. Crocker și D. M. Quinn (1998), arată că, în condițiile în care există anumiți factori situaționali și personali, experiența stigmatizării nu influențează stima de sine și identitatea personală dacă prejudecata este percepută doar ca urmare a apartenenței la grup, și nu ca urmare a unor trăsături personale.

7. *Bravada ostilă*. În acest caz, persoana în cauză este foarte deschisă în legătură cu stigma sa, chiar sfidătoare. Această strategie presupune a nu ascunde în vreun fel stigmatul, ci a forța mediul să facă față stigmatului (Quack, Schmidt, 2013).

Tipuri de intervenție în scopul destigmatizării

Termenul de „destigmatizare” descrie procesul invers celui de stigmatizare, adică procesul de combatere a atribuirii unei caracteristici negative anumitor persoane și, prin aceasta, a alocării lor în anumite grupuri

sociale, ca și a percepției persoanelor și grupurilor respective doar prin prisma caracteristicii stigmatizante și a reducerii lor doar la aceasta. A destigmatiza înseamnă a aprecia o persoană în totalitatea sa, ca o ființă complexă, și nu doar ca o ființă redusă la o trăsătură, care, la nivel social, este percepută ca deviind, într-un fel sau altul, de la „normalitate”. De asemenea, destigmatizarea presupune respingerea stereotipurilor și a prejudecăților asociate caracteristicii desconsiderate, ca și combaterea discriminării care de obicei însoțește acest proces de etichetare și diferențiere. Prin strategiile de destigmatizare se încearcă, așadar, (re)valorizarea în societate a persoanelor și grupurilor stigmatizate.

Intervențiile în scopul destigmatizării pot fi întreprinse atât la nivel macrosocial, cât și la nivel mezo- și microsocal. La nivelul societății (macro) pot fi concepute diverse măsuri precum modificările și adaptările legislative și normative, protestele, campaniile publice și de informare etc. La nivelurile mezo și micro printre măsurile de intervenție posibile se numără contactul interactiv cu persoanele și grupurile stigmatizate, educația sub forma argumentării și a transferului de cunoștințe și informații, sensibilizarea față de problemele celor afectați etc. Pe baza cercetărilor cu privire la destigmatizare, în special a studiilor mai numeroase referitoare la destigmatizarea persoanelor cu dizabilități mintale, pot fi identificate trei abordări de intervenție care se dovedesc a fi eficiente în acest demers dificil (Gaebel et al., 2010; Corrigan et al., 2012; Corrigan, Fong, 2014; Roe et al., 2014; Corrigan et al., 2015; Röhm, 2017): protestul, clarificarea/informarea/educația/conștientizarea și contactul.

Protestul ca strategie de intervenție în scopul destigmatizării se referă la acele acțiuni și manifestări publice prin care este dezaprobat ferm tot ceea ce ține de stigmatizarea socială a unor indivizi și grupuri. Protestul se poate materializa de la forme mai simple, precum scrisorile prin care se face o plângere sau se atrage atenția asupra unor fapte injuste, la forme mai complexe, precum demonstrațiile publice, manifestațiile împotriva unor decizii politice represive, grupurile de *empowerment* și de *auto-advocacy*, sau apelurile de a boicota anumite reprezentări sociale stigmatizante, în special prin intermediul mass media. Scopul tuturor acestor acțiuni este acela de a atrage atenția asupra situației și intereselor persoanelor stigmatizate.

Cu toate că pot avea un impact puternic atunci când sunt organizate și publicizate, protestele au adesea, conform studiilor, doar efecte pe termen scurt asupra schimbărilor de atitudine (Corrigan et al., 2012; Corrigan, Penn, 2015). Acest lucru poate fi explicat, eventual, prin caracterul incontrollabil al proceselor și efectelor care au loc (Corrigan, Shapiro, 2010). Mai mult, există chiar indicii că protestele pot avea un „efect de revenire” sau chiar unul de

întărire a atitudinilor negative (Rüsch et al., 2005; Gaebel et al., 2010; Corrigan, Penn, 2015). Cu alte cuvinte, un efect de bumerang: în locul efectelor scontate, adică cel puțin promovarea gândirii critice față de atitudinile negative, aceste atitudini pot fi, din contră, consolidate. O posibilă explicație pentru acest efect de bumerang este faptul că intervențiile și acțiunile de protest solicită probabil destinatarilor mesajelor resurse cognitive potrivite în primul rând pentru suprimarea sau înăbușirea prejudecăților, și nu pentru procesarea informațiilor care ar putea clarifica un stigmat. Prin urmare, după ce o astfel de intervenție se încheie, în locul respingerii pe bază de fapte a stigmei, se recurge din nou la prejudecățile existente (Corrigan, Penn, 2015; Röhm, 2017).

Clarificarea/informarea/educația/conștientizarea presupune generarea și utilizarea de cunoștințe factuale pentru a explica stigmele și cauzele lor (de exemplu, cunoștințe despre bolile mintale, inclusiv deconstruirea stigmatizării asociate lor) și pentru a respinge miturile și prejudecățile aferente prin intermediul dovezilor științifice. Această abordare are ca scop atât informarea/educarea populației în ansamblu, în special copiii și tinerii, cât și transmiterea de cunoștințe unor grupuri specifice, care au de-a face mai des cu persoanele și grupurile stigmatizate, precum angajații din sectorul social și cel sanitar, cu precădere cei care se ocupă cu persoanele cu dizabilități (Whiteley et al., 2016), studenții și specialiștii în domeniile socio-umaniste, persoanele aflate în poziții de conducere etc.

Această strategie de intervenție este specifică aproape tuturor proiectelor anti-stigmatizare. Scopul său este destigmatizarea prin transmiterea de cunoștințe bazate pe fapte și dovezi științifice, ca și conștientizarea și educația în legătură cu prejudecățile existente în societate. Informarea, clarificarea și educația au loc în primul rând prin intermediul seminarelor și a altor unități didactice și de instrucție, dar și prin evenimente de informare, instruire și formare continuă, evenimente culturale, proiectare de filme, proiecte școlare, campanii de informare, grupuri de discuții etc., inclusiv prin intermediul mass media.

Pe lângă destigmatizarea pe baza cunoștințelor și informațiilor, strategia clarificării/conștientizării poate cuprinde și o latură emoțională. Aceasta chiar ar trebui utilizată preponderent în anumite situații, precum cele ale stigmelor asociate bolilor psihice. Astfel, în acest caz, s-a constatat că modelele explicative pur biogenetice pot duce la creșterea fricii și a dorinței de distanță socială față de persoanele afectate, prin urmare trebuie utilizate cu precauție sau evitate (Lincoln et al., 2008; Sartorius, 2010). În schimb, este mai logică și eficientă transmiterea unor informații despre abordările multilaterale ale cauzelor acestor afecțiuni (Gaebel et al., 2010),

conștientizarea cu privire la stereotipurile și prejudecățile existente, ca și apelul la empatia față de aceste persoane, care constituie subiectul unor acțiuni discriminatorii regulate.

Educația sub formă de unități didactice este considerată a fi deosebit de eficientă, mai ales dacă este realizată pe mai multe căi, adică dacă pe lângă prelegeri sunt utilizate și alte componente, precum videoclipurile, elementele computerizate, cele active și interactive (ibid.). Utilizarea media în special este considerată o metodă eficientă. De asemenea, clarificarea/educația bazată pe emoții, de exemplu cu ajutorul jocurilor de rol, al filmelor sau cărților, poate crește capacitatea de a empatiza (ibid.).

Așadar, clarificarea/informarea/educația/conștientizarea reprezintă una dintre cele mai eficiente forme de intervenție pentru destigmatizare, în ciuda unor cazuri în care au existat efecte contrare celor scontate, anume cazuri ale unor campanii care au oferit anumite explicații despre cauzele unor stigme (precum anumite dizabilități mintale) (Sartorius, 2010; Röhm, 2017). Din aceste cazuri, s-a tras concluzia evitării folosirii unor informații unilaterale, și mai ales a necesității combinării mai multor metode și forme educative, ca și a implicării laturii emoționale în transmiterea cunoștințelor. O altă observație este aceea că mass media se dovedesc a fi deosebit de adecvate și utile pentru educația în scopul destigmatizării, deoarece o multitudine de informații pot fi ușor integrate în conținutul media (Röhm, 2017). Pe baza analizei lor cu privire la concepția și implementarea unor intervenții pentru destigmatizarea bolilor mintale în Germania, W. Gaebel, W. Ahrens și P. Schlamann (2010) arată că accentul principal în proiectele de intervenție ar trebui pus pe mass media, în special pe publicitate, presă și website-uri, pentru a educa populația generală. Utilizând mijloacele de comunicare în masă, impactul este considerabil, iar efortul este relativ redus.

Contactul este o altă strategie de intervenție care, în unele cazuri, se dovedește utilă, în special pentru reducerea prejudecăților față de anumite persoane sau grupuri minoritare. Conform *ipotezei contactului* din psihologie și alte științe socio-umane, contactul intergrupual poate reduce efectiv, în anumite condiții adecvate, prejudecățile dintre membrii grupului majoritar și minoritar. G. W. Allport (1954) considera contactul intergrupual ca un mijloc de reducere a prejudecăților, cu condiția egalității de statut, a obiectivelor comune, a sprijinului instituțional și a dorinței de a coopera.

“Prejudice (unless deeply rooted in the character structure of the individual) may be reduced by equal status contact between majority and minority groups in the pursuit of common goals. The effect is greatly enhanced if this contact is sanctioned by institutional supports (i.e., by law, custom or local atmosphere),

and provided it is of a sort that leads to the perception of common interests and common humanity between members of the two groups” (Allport, 1954: 281).

Conform mai multor studii (Corrigan et al., 2012; Corrigan et al., 2015), contactul cu persoanele cu dizabilități reprezintă o strategie de intervenție promițătoare pentru destigmatizare, în special în contextul dizabilităților mintale, confirmând ipoteza lui Allport. Comparativ cu clarificarea/informarea/educația, contactul contribuie la efecte mai clare în ceea ce privește atribuțiile pozitive în cazul unor afecțiuni precum depresia și schizofrenia (Corrigan et al., 2001).

Alte cercetări, precum cea a lui K. A. Kosyluk și a colaboratorilor săi (2016), confirmă faptul că stabilirea contactului cu cei afectați de anumite condiții stigmatizante se dovedește a fi utilă pentru reducerea stigmatizării. În studiul lor experimental, acești autori au alocat aleator 198 de studenți fie unui grup de contact, fie unui grup de informare/educație, fie unui grup de control. În grupul de contact, o persoană afectată, fie bărbat, fie femeie, și-a raportat experiențele în legătură cu dizabilitatea sa mentală. În grupul informativ/educativ, participanții au vizionat o prezentare despre stigmă/stigmatizare, sănătate mintală, mituri comune și fapte conexe. Grupul de control nu a fost supus nici unei intervenții. Atitudinile legate de stigmatizare și tendințele spre discriminare au fost înregistrate atât înainte, cât și după intervenție. S-a constatat că, în comparație cu grupul de control unde nu s-a înregistrat nicio schimbare, grupurile de contact și cel de informare/educație au produs unele efecte, ceea ce înseamnă că atât abordarea de intervenție prin contact, cât și cea bazată pe informații și educație, pot contribui la reducerea stigmatizării (Kosyluk et al., 2016).

Discuții și concluzii

Stigmatizarea este procesul prin care unei persoane îi este asociată o stigmă, adică un atribut negativ, care discreditează individul în societate. Procesul de stigmatizare implică, pe de o parte, etichetare, stereotipuri și prejudecăți, iar pe de altă parte, acțiune și comportament, adică discriminare. Stigmatizarea presupune alocarea persoanei afectate într-un anumit grup desconsiderat la nivel social, ceea ce atrage după sine dezaprobarea socială, pierderea sau diminuarea statutului, marginalizarea și umilirea, ca și perceperea persoanei doar prin prisma caracteristicii negative atribuite și reducerea ei la aceasta. Mai mult, toate celelalte posibile atribute negative ale persoanei în cauză, care s-ar putea potrivi stigmei sale, sunt percepute mai intens, în timp ce caracteristicile neutre sau pozitive fie sunt reinterpretate, fie nu sunt luate în considerare.

De asemenea, stigmatizarea implică generalizare, adică atribuirea unor trăsături suplimentare, de obicei depreciative, și care nu au legătură în mod obiectiv cu caracteristica originală. Această generalizare coroborează procesul social de diferențiere, subestimare, devalorizare și discriminare a persoanelor stigmatizate, și poate contribui la apropierea unei identități sociale „alterate” (*spoiled identity*, în termenii lui E. Goffman, 1963). Conștiente că nu îndeplinesc așteptările normative ale societății, persoanele stigmatizate se așteaptă să fie tratate prin atitudini și comportamente depreciative și pot experimenta reducerea stimei și a respectului de sine.

Pentru declanșarea procesului de stigmatizare, ca și pentru consecințele acestuia, o importanță considerabilă o are vizibilitatea caracteristicii distinctive care îi este asociată unei persoane, ca punct de pornire pentru întregul proces. În timp ce stigmatele vădite, precum unele afecțiuni medicale sau unele dizabilități fizice, sunt imediat vizibile în interacțiunile sociale, determinând frecvent distanțarea socială din partea semenilor, stigmatele invizibile, precum unele afecțiuni medicale care nu pot fi observate imediat, orientarea sexuală sau apartenența la anumite grupuri etnice sau religioase, pot rămâne „ascunse”, atâta vreme cât posesorii lor nu le dezvăluie. De altfel, mulți indivizi conștienți de stigma lor, de prejudecățile existente despre aceasta și despre consecințele aferente, încearcă să o ascundă în interacțiunile sociale, atâta vreme cât acest lucru este posibil.

Există mai multe tipuri de stigmatizare în funcție de numărul de participanți și de nivelurile și structurile sociale implicate. Forma cea mai evidentă și mai frecventă de stigmatizare este cea publică, aceasta manifestându-se prin reacții explicite și implicite de teamă, evitare, respingere și discriminare la adresa persoanelor sau grupurilor stigmatizate. Atunci când individul stigmatizat preia, își asumă și interiorizează stigmatizarea și prejudecățile publice, încorporând devalorizarea asociată stigmei în propria sa identitate, se vorbește despre auto-stigmatizare. Transferul stigmatizării publice către cei apropiați persoanelor stigmatizate poartă denumirea de stigmatizare prin asociere. Acest proces include nu doar stigma familială, adică stigmatizarea întregii familii, nucleare dar și extinse, a unei persoane cu un atribut stigmatizant, ci și alți indivizi care sunt asociați într-un fel sau altul, uneori chiar accidental, cu aceasta. În fine, stigmatizarea structurală reprezintă menținerea și reproducerea dezavantajării anumitor persoane și grupuri de către instituțiile sociale, prin intermediul exercitării puterii sociale, economice și politice. Toate aceste forme de stigmatizare au consecințe complexe asupra celor afectați, printre care se numără discriminarea în variate forme și intensități, respingerea, izolarea, marginalizarea, exclusiunea socială, privarea de anumite drepturi cetățenești, de oferte de ajutor și

asistență medicală etc. De asemenea, stresul sporit, reducerea calității vieții, scăderea stimei de sine, rușinea, teama, reprezintă consecințe ale stigmatizării care, mai departe, pot avea efecte psihologice majore, precum depresia, gândurile suicidare și adicțiile, respectiv efecte sociale care își pot pune amprenta asupra întregii vieți, precum sărăcia, șomajul, alienarea.

Conștientizarea stigmatizării și experiențele cotidiene reale de respingere și discriminare influențează autoevaluarea și autopercepția persoanei. Totuși, așa cum unele studii au arătat-o, persoanele stigmatizate dezvoltă adesea anumite mecanisme de protecție pentru a procesa și evita efectele negative ale stigmatizării asupra stimei de sine. Pentru autoprotejare sunt folosite resurse proprii și variate strategii de adaptare și apărare. Printre cele mai frecvente strategii de coping ale indivizilor stigmatizați pot fi menționate: corectarea stigmatului, inclusiv rețușarea lui și distanțarea de grupul stigmatizat, prin ascunderea stigmei, atunci când este posibil; atitudinea defensivă și evitarea situațiilor, contactelor și interacțiunilor sociale în care poate apărea stigmatizarea; distanțarea interioară de așteptările și sarcinile din domeniile vieții care sunt stigmatizante; compensarea, prin dobândirea unor abilități neașteptate și prin obținerea unor realizări deosebite; apelul la relațiile alternative, în care aceste persoane se simt valorizate, apreciate și respectate; atribuirea externă, prin interpretarea discriminărilor și excluziunii nu prin propriile caracteristici, ci prin apartenența la grup și prin prejudecățile împotriva acestuia; bravada ostilă, strategie ce presupune afișarea bravă, ostilă chiar, a stigmatului, și sfidarea prejudecăților și a mediului înconjurător. Coping-ul stigmatizării reprezintă un aspect central în viața unei persoane stigmatizate.

Procesul invers celui de stigmatizare, așadar combaterea atribuirii de stigme anumitor persoane și a alocării lor în anumite grupuri sociale, alături de respingerea stereotipurilor, prejudecăților și comportamentelor discriminatorii, poate fi referit prin termenul de „destigmatizare”. Conștientizarea stigmatizării la nivel social ar trebui să atragă după sine utilizarea de metode și mijloace active și întreprinderea unor acțiuni ferme și de lungă durată în scopul destigmatizării, atât la nivel macrosocial, cât și la nivel mezo- și microsocal. Printre cele mai cunoscute abordări și strategii de intervenție în acest sens se numără protestul, clarificarea/informarea/educația/conștientizarea și contactul. Deși protestul, care are ca scop atragerea atenției asupra situației și intereselor persoanelor stigmatizate, poate avea un impact puternic, el are de obicei, conform studiilor, doar efecte pe termen scurt asupra schimbărilor de atitudine. Mai eficiente se dovedesc strategiile de intervenție bazate pe informarea și educarea populației, atât în ansamblu cât și a anumitor grupuri țintă,

respectiv cele care presupun contactul cu persoanele și grupurile stigmatizate.

Informarea, respectiv clarificarea, educația și conștientizarea problematicii stigmatizării, a cauzelor și consecințelor acesteia, a prejudecăților existente etc., este realizată cel mai adesea în forma unităților didactice și de instrucție, a evenimentelor culturale și a celor de informare și formare continuă. De asemenea, mass media pot juca un rol esențial în punerea în practică a acestui tip de intervenție, datorită potențialului lor enorm și variat de a integra informații și elemente educative și clarificatoare în scopul destigmatizării atât în genurile jurnalistice non-ficționale, cât și în cele ficționale, de a realiza campanii de informare și conștientizare, vizând inclusiv aspecte care presupun emoționalizarea și care se dovedesc benefice pentru destigmatizare, de a oferi suportul și cadrul pentru o serie de grupuri de discuții și de sprijin etc. Avantajul major al mass media este, pe lângă varietatea innumerabilă a conținuturilor, acela că toate aceste forme educative și informative pot ajunge, în timp scurt și fără costuri mari, la un public deosebit de numeros și divers. De asemenea, strategia de intervenție care presupune contactul interpersonal cu persoanele afectate se dovedește a avea un potențial considerabil de destigmatizare, în special pentru persoanele cu dizabilități, deoarece acest tip de intervenție poate fi aplicat relativ uniform și consistent diferitelor tipuri de dizabilități. O eficiență sporită o are combinarea mai multor tipuri de intervenții, în special cele bazate pe informare și educare, respectiv contact. De aceea, pentru combaterea stigmatizării și obținerea unor rezultate scontate în scopul destigmatizării, este de dorit mixajul mai multor forme de intervenție.

References

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Amberger, S., Roll, S. C. (Hrsg.). (2010). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Link, B. G., Schomerus, G. (2014). Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin? *Social Science & Medicine*, 103, 60–66.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B. (2002). Interventionen zur Reduzierung des Stigmas der Schizophrenie: Konzeptuelle Überlegungen. *Neuropsychiatrie*, Band 16, Nr. 1 & 2, 39–45.
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35 (1), 1–9.

- Cloerkes, G. (2000). Die Stigma-Identitäts-These. *Gemeinsam leben*, 3, 104–111.
- Cloerkes, G. (2001). *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.
- Cloerkes, G. (2007). *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung. 3. Auflage*. Heidelberg: Edition S.
- Corrigan, P. W. (Ed.). (2014). *The stigma of disease and disability*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest: A Journal of the American Psychological Society*, 15 (2), 37–70.
- Corrigan, P. W., Fong, M. W. (2014). Competing perspectives on erasing the stigma of illness: What says the dodo bird? *Social Science & Medicine*, 103, 110–117.
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*, 9 (2): 139–147.
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Morris, S. (2015). Do the Effects of Antistigma Programs Persist Over Time? Findings From a Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 66 (5), 543–546.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63 (10), 963–973.
- Corrigan, P. W., Penn, D. L. (2015). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Stigma and Health*, 1 (S), 2–17.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak, M. A. (2001). Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (2), 187–195.
- Corrigan, P. W., Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30 (8), 907–922.
- Crocker, J., Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, 608–630.
- Crocker, J., Quinn, D. M. (1998). Racism and Self-esteem. In Eberhart, J., Fiske, S. T. (Eds.). *Confronting racism: The problem and the response*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 169–187.
- Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., Niemann, Y. F., Snider, K. (2001). Racial, ethnic, and cultural differences in responding to distinctiveness and discrimination on campus: Stigma and common group identity. *Journal of Social Issues*, 57 (1), 167–188.

- Ellinger, S., Stein, R. (2006). *Grundstudium Sonderpädagogik, 2. Aktualisierte Auflage*. Oberhausen: Athena Verlag.
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C., Dunlop, A. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 192–201.
- Fuchs, G. (2010). Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen. În Amberger, S., Roll, S. C. (Hrsg.). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 50–52.
- Gaebel, W., Ahrens, W., Schlamann P. (2010). *Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Düsseldorf, Berlin: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. Im Rahmen des Antistigma-Projekts *Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen*. Available at:
<https://www.seelischegesundheits.net/images/stories/publikationen/konzeption-und-umsetzung-von-interventionen-zur-entstigmatisierung-seelischer-erkrankungen.pdf>.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Jones, N., Corrigan, P. W. (2014). Understanding stigma. În Corrigan, P. W. (Ed.). *The stigma of disease and disability*. Washington, DC: American Psychological Association, 9–34.
- Kao, Y. C., Lien, Y. J., Chang, H. A., Wang, S. C., Tzeng, N. S., Loh, C. H. (2016). Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of self-stigma. *Psychiatry Research*, 240, 187–195.
- Katz, J., Joiner, T. E., Kwon, P. (2002). Membership in a devalued social group and emotional well-being: Developing a model of personal self-esteem, collective self-esteem, and group socialization. *Sex Roles*, 47 (9), 419–431.
- Knigge, M. (2009). *Hauptschüler als Bildungsverlierer? Eine Studie zu Stigma und selbstbezogenem Wissen bei einer gesellschaftlichen Problemgruppe*. Münster: Waxmann.
- Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., Goldberg, D., Kraus, D., Leon, A., Michaels, P., Powell, K., Schmidt, A., Corrigan, P. W. (2016). Challenging the Stigma of Mental Illness Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 59 (3), 325–331.

- Latner, J. D., Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11 (3), 452–456.
- Latner, J. D., Stunkard, A. J., Wilson, G. T. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, 13 (7), 1226–1231.
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., Rief, W. (2008). Can Antistigma Campaigns Be Improved? A Test of the Impact of Biogenetic Vs Psychosocial Causal Explanations on Implicit and Explicit Attitudes to Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (5), 984–994.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 (1), 363–385.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24–32.
- Major, B., Eccleston, C. (2004). Stigma and Social Exclusion. În Abrams, D., Hogg, M. A., Marques, J. M. (Eds.). *The Social Psychology of Inclusion and Exclusion*. New York: Taylor & Francis, Psychology Press.
- Major, B., O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421.
- Mândrilă-Lăzăreanu, C. G. (2020). *Asistența socială și religiozitatea la persoanele cu handicap*. Iași, România: Editura Lumen.
- Michaels, P. J., Corrigan, P. W. (2013). Measuring mental illness stigma with diminished social desirability effects. *Journal of Mental Health*, 22 (3), 218–226.
- Mihalik, G. J. (1991). Homosexuality, stigma, and biocultural evolution. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 1 (4): 15–29.
- Östman, M., Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181 (6), 494–498.
- Pasek, M. H. (2015). *When faith hurts: Stigma, social identity threat, and religion*. M. Sc. Thesis in Psychology. The Pennsylvania State University, The Graduate School, The College of the Liberal Arts. Available at: https://etda.libraries.psu.edu/files/final_submissions/11553.
- Peate, I. (1995). A question of prejudice. Stigma, homosexuality and HIV/AIDS. *Professional Nurse*, 10 (6): 380–383.
- Petersen, L., Six, B. (2008). *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung: Theorien, Befunde und Interventionen*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D. (2011). HIV-Related Stigma. În Hall, J. C., Hall, B. J., Cockerell, C. J. (Eds.). *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: Manifestations, Treatment, and Epidemiology*. Shelton, CT: People's Medical Publishing House, 790–803.

- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102 (2), 224–241.
- Quack, A., Schmidt, A. (2013). *Inklusion / Exklusion: Eine Multidisziplinäre Einführung*. Unter Verwendung des Basistextes von Lothar Böhnisch, 2004. Available at: <https://olat.vcrp.de/auth/1%3A1%3A1194342189%3A2%3A0/>.
- Quinn, D. M., Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (4), 634–651.
- Roe, D., Lysaker, P. H., Yanos, P. T. (2014). Overcoming Stigma. În Corrigan, P. W. (Ed.). *The stigma of disease and disability*. Washington, DC: American Psychological Association, 269–282.
- Röhm, A. (2017). *Stigmatisierung und Entstigmatisierung von Menschen mit Behinderungen: Einfluss unterschiedlicher medialer Darstellungen auf Einstellungen und Handlungsententionen*, Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie. Dortmund: Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität Dortmund.
- 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.
- Sartorius, N. (2010). Short-lived campaigns are not enough. *Nature*, 468, 163–165.
- Unguru, E. (2019). *Construcția socială a supervizării în asistența socială*. Iași, România: Lumen.
- Vertovec, S. (2020). Covid-19 und ein Stigma, das bleibt. Available at: <https://www.mpg.de/14741396/covid-19-und-ein-stigma-das-bleibt>.
- Villa, S., Jaramillo, E., Mangioni, D., Bandera, A., Gori, A. and Raviglione, M. C. (2020). Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. *Clinical Microbiology and Infection* Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.001>.
- von Kardorff, E., Ohlbrecht, H., Schmidt, S. (2013). *Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen: Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Wailoo, K. (2006). Stigma, race, and disease in 20th century America. *The Lancet*, 367 (9509), 531–533.
- Werner, S. (2015). Public stigma and the perception of rights: Differences between intellectual and physical disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 262–271.

- Whiteley, A. D., Kurtz, D. L. M., Cash, P. A. (2016). Stigma and Developmental Disabilities in Nursing Practice and Education. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (1), 26–33.
- Wilson, M. C., Scior, K. (2015). Implicit attitudes towards people with intellectual disabilities: Their relationship with explicit attitudes, social distance, emotions and contact. *PLoS ONE*, 10 (9).