



## Wytyczne WPA: jak przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów<sup>1</sup>

### *WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists*

NORMAN SARTORIUS<sup>1</sup>, WOLFGANG GAEBEL<sup>2</sup>, HELEN-ROSE CLEVELAND<sup>2</sup>, HEATHER STUART<sup>3</sup>,  
TSUYOSHI AKIYAMA<sup>4</sup>, JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ<sup>3</sup>, ANJA E. BAUMANN<sup>5</sup>, OYE GUREJE<sup>6</sup>,  
MIGUEL R. JORGE<sup>7</sup>, MARIANNE KASTRUP<sup>8</sup>, YURIKO SUZUKI<sup>9</sup>, ALLAN TASMAN<sup>10</sup>

1. Association of the Improvement of Mental Health Programmes, Genewa, Szwajcaria,
2. Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf, Niemcy,
3. Queen's University, Kingston, Kanada,
4. Department of Psychiatry, Kanto Medical Center, University of Tokyo, Japonia
5. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga, Dania,
6. Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria,
7. Federal University of Sao Paulo, Brazylia,
8. Center for Transcultural Psychiatry, Psychiatric Clinic, Rigshospitalet, Kopenhaga, Dania,
9. National Institute of Mental Health, Department of Adult Mental Health, Tokio, Japonia,
10. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, KY, USA

### STRESZCZENIE

W roku 2009 Prezydent WPA powołał Grupę Roboczą, która miała zbadać dostępne dane z badań naukowych dotyczące stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów, oraz sformułować zalecenia co do działań, jakie mogą podjąć krajowe towarzystwa psychiatryczne i psychiatrzy jako profesjonalści, aby zmniejszyć stygmatyzację swojej dziedziny i zapobiegać zarówno stygmatyzacji, jak i jej niegodziwym konsekwencjom. W tym artykule przedstawiono podsumowanie wyników prac oraz zalecenia Grupy Roboczej. Grupa Robocza dokonała przeglądu literatury na temat wizerunku psychiatrii i psychiatrów w środkach masowego przekazu oraz opinii o psychiatrii i psychiatrach wśród ogółu społeczeństwa, studentów medycyny, nie będących psychiatrami profesjonalistów w dziedzinie zdrowia, oraz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. Dokonano również przeglądu danych z badań naukowych na temat interwencji, jakie podjęto w celu zwalczania stygmatyzacji i wynikającej z niej dyskryminacji, a także sformułowano szereg zaleceń adresowanych do krajowych towarzystw psychiatrycznych i do poszczególnych psychiatrów. Grupa Robocza położyła nacisk na określenie najlepszych sposobów postępowania w psychiatrii i ich stosowanie w służbie zdrowia, oraz na udoskonalenie programów szkolenia pracowników opieki zdrowotnej. Zalecono również krajowym towarzystwom psychiatrycznym nawiązanie kontaktów z innymi stowarzyszeniami profesjonalistów, z organizacjami pacjentów i ich rodzin oraz z mediami, aby szerokim frontem podejść do problemów stygmatyzacji. Grupa Robocza podkreśliła także, jak wielką rolę mogą odegrać psychiatrzy w zapobieganiu stygmatyzacji psychiatrii, kładąc nacisk na potrzebę nawiązywania pełnej szacunku relacji z pacjentem, ścisłego przestrzegania zasad etycznych w praktyce psychiatrycznej, oraz utrzymywania kompetencji zawodowych na wysokim poziomie.

### SUMMARY

In 2009 the WPA President established a Task Force that was to examine available evidence about the stigmatization of psychiatry and psychiatrists and to make recommendations about action that national psychiatric societies and psychiatrists as professionals could do to reduce or prevent the stigmatization of their discipline as well as to prevent its nefarious consequences. This paper presents a summary of the Task Force's findings and recommendations. The Task Force reviewed the literature concerning the image of psychiatry and psychiatrists in the media and the opinions about psychiatry and psychiatrists of the general public, of students of medicine, of health professionals other than psychiatrists and of persons with mental illness and their families. It also reviewed the evidence about the interventions that have been undertaken to combat stigma and consequent discrimination and made a series of recommendations to the national psychiatric societies and to individual psychiatrists. The Task Force laid emphasis on the formulation of best practices of psychiatry and their application in health services and on the revision of curricula for the training of health personnel. It also recommended that national psychiatric societies establish links with other professional associations, with organizations of patients and their relatives and with the media in order to approach the problems of stigma on a broad front. The Task Force also underlined the role that psychiatrists can play in the prevention of stigmatization of psychiatry, stressing the need to develop a respectful relationship with patients, to strictly observe ethical rules in the practice of psychiatry and to maintain professional competence.

<sup>1</sup> Tłumaczenie artykułu z *World Psychiatry* 2010;9:131-144, organu *World Psychiatric Association* za życzliwą zgodą i na życzenie wydawcy. Tłumaczenie: dr n. hum. Barbara Mroziak.

**Słowa kluczowe:** stygmatyzacja / psychiatria / psychiatrzy / ogół społeczeństwa / media / studenci medycyny / pacjenci i rodziny / zasady etyczne

**Key words:** stigmatization / psychiatria / psychiatrists / general public / media / medical students / patients and relatives / ethical rules

Jednym z celów Planu Działania WPA na lata 2008-2011, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne WPA jest poprawa wizerunku psychiatrii i psychiatrów w oczach profesjonalistów zajmujących się zdrowiem, ogółu społeczeństwa, decydentów w dziedzinie zdrowia, oraz studentów kierunków związanych ze zdrowiem [1,2]. Dążąc do tego celu Prezydent WPA powołał Grupę Roboczą, której powierzył opracowanie wytycznych, jak przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów.

W artykule przedstawiono przegląd obecnego stanu wiedzy w tej dziedzinie oraz szereg zaleceń na temat tego, co można zrobić, aby rozwiązać ten problem.

## METODY POSZUKIWANIA OPUBLIKOWANYCH WYNIKÓW BADAŃ NAUKOWYCH

Grupa robocza dokonała przeglądu literatury, aby zidentyfikować publikacje na temat wizerunku psychiatrii, psychiatrów, instytucji psychiatrycznych, oraz leczenia psychiatrycznego. Wybrany algorytm przeszukiwania zastosowano w odniesieniu do następujących baz danych: *SocialSciSearch/Social Science Citation Index, PsycINFO, Embase, Somed* (bazy przeszukiwano łącznie, przy użyciu meta-wyszukiwarki *Dimdi*, tylko tytuły], a także *Medline* [tytuły i abstrakty].

Celem wyszukiwania było uzyskanie wszechstronnego obrazu stereotypów dotyczących psychiatrii i psychiatrów. Z postawami wobec psychiatrii i psychiatrów wiąże się jednak kilka zagadnień [np. poszukiwanie pomocy, przestrzeganie zaleceń lekarskich], których nie można było w pełni uwzględnić, publikacje z tego zakresu włączano o tyle tylko, o ile wydawały się mieć związek z tematyką naszego przeglądu.

Wyszukiwanie, przeprowadzone w lipcu 2009, nie ograniczało się jakiegoś określonego roku publikacji; do przeglądu kwalifikowano artykuły opublikowane w języku angielskim i niemieckim. Członkowie Grupy Roboczej wskazywali ponadto znane im publikacje w innych językach. W początkowym etapie wyszukiwania znaleziono 8217 artykułów, z których po odrzuceniu duplikatów pozostało 7296. Pobieźna analiza tytułów i abstraktów pozwoliła nam uznać 398 prac za potencjalnie przydatne. Następnym krokiem było przeszukanie bibliografii, dzięki czemu zidentyfikowano dalsze publikacje. Szczegółowej analizie poddano łącznie 503 potencjalnie przydatne

prace badawcze, które stanowią podstawę niniejszego przeglądu.

## WYNIKI PRZEGLĄDU: AKTUALNY STAN WIEDZY

Przyjęliśmy szeroką definicję piętna tak, aby obejmowała nie tylko negatywne stereotypy i przekonania świadczące o uprzedzeniach jakie mogą mieć ludzie, ale także dyskryminujące lub świadczące o nierównym traktowaniu sposoby postępowania, jakie z tych przekonań mogą wynikać. Uznaliśmy ponadto, że i stygmatyzacja i dyskryminacja może występować na poziomie jednostki poprzez interakcje interpersonalne, oraz na poziomie struktur społecznych, w postaci krzywdzących decyzji politycznych, obyczajów i przepisów prawnych [3]. Najpierw zajmiemy się stygmatyzacją psychiatrii (i leczenia psychiatrycznego), a następnie stygmatyzacją psychiatrów.

### Stygmatyzacja psychiatrii *Opinia publiczna*

Opinia ogółu społeczeństwa o zakładach opieki psychiatrycznej jest konsekwentnie negatywna od kilkudziesięciu lat. Typowy wizerunek „szpitala psychiatrycznego” to duży zakład o charakterze zamkniętym [4], z drzwiami bez klamek, umiejscowiony na peryferiach społeczności lokalnej [5,6]. W ankiecie przeprowadzonej na próbie reprezentatywnej w Niemczech [4], 25% respondentów uważało, że pacjentów nie wypuszcza się na zewnątrz, a 50% było przekonanych, że nadal używa się kaftanów bezpieczeństwa.

W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku można było dostrzec, że wraz z rozwojem psychiatrycznej opieki środowiskowej nastąpiły pewne zmiany pozytywne [7]. Opieka środowiskowa spotkała się jednak z oporem ze strony mieszkańców, co nazwano zespołem NIMBY [*not in my background*, nie na moim podwórku]. Na przykład, w jednym z badań stwierdzono, że chociaż 81% Amerykanów odrzuciło stwierdzenie, że „najlepszym sposobem postępowania wobec chorych psychicznie jest trzymanie ich pod kluczem”, to istotnie mniejsza liczba osób (31%) w rzeczywistości mile widziałaby ambulatoryjny ośrodek zdrowia psychicznego w swoim sąsiedztwie [8]. Wśród przyczyn takiego oporu znalazły się obawy o spadek wartości nieruchomości, o bezpieczeństwo dzieci i własne bezpieczeństwo [9-12].

Stwierdzono, że szerokie kręgi społeczeństwa mają zróżnicowane opinie o leczeniu psychiatrycznym. Podczas gdy niektóre badania wykazały, że zdaniem respondentów leczenie psychiatryczne pomaga [13-15], w innych badaniach respondenci wyrażali obawy dotyczące jakości i skuteczności leczenia [16-18], a w niektórych respondenci uważali leczenie psychiatryczne za szkodliwe [19-21].

Mając do wyboru różne metody leczenia respondenci zwykle woleli psychoterapię niż leczenie środkami psychotropowymi [6,20,22-23]. Wydaje się jednak, że sposób zadawania pytań miał wpływ na wyniki. Przy pytaniach z wymuszonym wyborem spośród różnych metod leczenia uzyskuje się preferencję dla psychoterapii, ale jeśli oceniany jest stopień akceptacji dla określonego typu leczenia, wówczas zwykle stwierdza się w badaniach wysoki poziom akceptacji zarówno dla psychoterapii, jak i leczenia psychofarmakologicznego [34-37].

Ogół społeczeństwa ma skłonność do przeceniania skuteczności psychoterapii, polecając ją jako jedyną metodę leczenia nawet takich chorób, jak schizofrenia, w której, jak świadczą dane z badań naukowych, wskazane jest leczenie psychofarmakologiczne [22,38]. I przeciwnie, negatywne skutki leków psychotropowych spostrzegane są jako poważne, natomiast nie docenia się rezultatów pozytywnych [31,39,40]. W niektórych przypadkach większość respondentów wprawdzie zgadza się, że leki psychotropowe są skuteczne, ale sami respondenci nie chcieliby ich przyjmować [41].

W populacji ogólnej stwierdzono rozpowszechnienie pięciu błędnych przekonań dotyczących leków psychotropowych. Leki te spostrzegane są jako uzależniające [30,31,39,42-44], jako „uspokajanie bez leczenia” [30,38,39,44-46], „naruszanie tożsamości” [39], tylko oszałamiające pacjentów, podobnie jak narkotyk [40], oraz nieskuteczne, jeśli chodzi o zapobieganie nawrotom [30]. Te błędne przekonania występują również w Afryce, gdzie ludzie mają większe zaufanie do tradycyjnych uzdrowicieli niż do lekarzy po studiach na Zachodzie [47,48].

Często obserwowano negatywne postawy wobec terapii elektrowstrząsowej [ECT]. Na przykład, w australijskich badaniach populacyjnych tylko 7% badanych spostrzegало ECT jako pomocny sposób leczenia, podczas gdy 70% uważało, że jest to metoda szkodliwa [22].

### **Studenci medycyny**

Wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów medycyny są zróżnicowane, a niekiedy sprzeczne. Wprawdzie ogólny status psychiatrii jako dyscypliny jest niski, lecz w niektórych badaniach opisywano również pozytywne zmiany postaw, albo w upływie

czasu [49,50], albo po ukończeniu kursu z psychiatrii podczas studiów medycznych [51-71], chociaż taka poprawa postaw wydaje się przejściowa [72-75]. W innych badaniach nie stwierdzono żadnej poprawy postaw [76-83]. Mimo pozytywnych postaw studentów medycyny odsetek tych, którzy podają, że wybraliby psychiatrię jako zawód, często bywa niski [84-91].

Wśród głównych powodów, dla których respondenci nie wybierają psychiatrii jako zawodu, wymieniają jej spostrzegany niski prestiż oraz niski poziom szacunku ze strony innych dyscyplin medycznych [49,87,92-111]. W niedawnych badaniach amerykańskich przeprowadzonych wśród studentów medycyny na temat specjalności medycznych spostrzeganych jako przedmiot nagonki, psychiatria zajęła trzecie miejsce [39%], po medycynie rodzinnej i medycynie wewnętrznej [112].

Kiedy uznawano psychiatrię za atrakcyjną dziedzinę, to jak się wydaje głównie na tej podstawie, że jest interesująca i stawia wysokie wymagania intelektualne [77,101,110], a także daje zawód obiecujący satysfakcję zawodową i dobre perspektywy [101,113,114]. Studenci medycyny często nie uważają psychiatrii za wybór zawodu stawiającego wysokie wymagania (intelektualne) [101,115-117], i spostrzegają ją jako profesję dającą niewielką satysfakcję zawodową i niewielkie możliwości spełnienia się [109]. W innych badaniach psychiatria oceniana była jako dziedzina najbardziej atrakcyjna ze względu na wysokie wymagania intelektualne [92,118,119].

Kolejnym istotnym czynnikiem jest wpływ rodzin studentów na ich postawy i decyzję robienia kariery zawodowej w psychiatrii. Wśród rodzin studentów medycyny bardzo popularne są takie stereotypy, jak przekonanie, że podjęcie specjalizacji w psychiatrii jest „stratą czasu” [94,120], chociaż studenci niekoniecznie odczuwają zniechęcenie pod wpływem rodziny [100,104]. Tym niemniej, taka postawa odzwierciedla pogląd, że psychiatria nie jest „prawdziwą medycyną” [109].

Aspekty finansowe, takie jak niskie płace [49, 87, 92, 99, 106, 107, 109, 116, 121-124] i brak finansowania z budżetu państwa [103, 125-129] również odgrywają pewną rolę w kształtowaniu wizerunku psychiatrii jako dyscypliny. Te minusy finansowe mają wpływ na postawy studentów medycyny zarówno w odniesieniu do praktyki klinicznej, jak i badań naukowych.

Studenci medycyny spostrzegają również, że psychiatrii brakuje solidnych, autorytatywnych podstaw naukowych [92, 97, 101, 109, 117, 119, 130-135]. Przyczyną tej postawy jest częściowo niepewność dotycząca nosologii i diagnozy chorób psychicznych – studenci medycyny wymieniają to jako jeden z powodów, dla których nie podejmują specjalizacji w psychiatrii [109,13,137]. Klasyfikację zaburzeń psychicznych według kategorii



DSM oraz ICD krytykowano za to, że większości tych kryteriów brakuje walidacji na podstawie kryteriów biologicznych [138-141], co wzmacnia wizerunek psychiatrii jako dyscypliny niebędącej „prawdziwą medycyną”. Jednym z aspektów tej dyskusji jest kwestia, czy prace, w których jako kryteria włączenia do badania stosowano rozpoznania o niepotwierdzonej trafności, są „tak samo bezpodstawne” [142].

Badania opinii studentów medycyny o leczeniu psychiatrycznym i jego skutkach przyniosły zróżnicowane wyniki. Studenci medycyny często uważali leczenie psychiatryczne za nieskuteczne [115,143] i byli zdania, że w psychiatrii wszystko „zbyt powoli idzie” [133].

Jeśli chodzi o leki psychotropowe, studenci medycyny często byli mniej sceptyczni niż ogół społeczeństwa [144,145]. Leki psychotropowe krytykowano jednak za to, że ich działanie nie jest „celowane” na rzeczywistą przyczynę choroby [146]. W niektórych przypadkach bardziej pozytywnie oceniano psychoterapię [147].

Postawy studentów medycyny wobec terapii elektrowstrząsowej [ECT] również były zróżnicowane. Większość respondentów uważała tę metodę za formę kary [148,149], którą można stosować tylko w ostateczności [150], podczas gdy w Nigerii wręcz przeciwnie -większość badanych tam studentów medycyny nie zgadzała się z poglądem, że ECT jest metodą stosowaną niewłaściwie, jako kara [151]. Studenci brytyjscy nie zgłaszali obaw o niewłaściwe stosowanie ECT przez psychiatrów, w przeciwieństwie do około 30% ich kolegów w Iraku i Egipcie [152]. Negatywne postawy wobec ECT można przypisać sposobom przedstawiania tej terapii w środkach masowego przekazu i w filmach [148,153], podczas gdy studenci brytyjscy prawdopodobnie częściej widzieli rzeczywiste przypadki leczenia przy użyciu ECT [152,154].

### **Profesjoniści w dziedzinie ochrony zdrowia**

W niektórych badaniach zajmowano się postawami lekarzy rodzinnych wobec psychiatrii. Zidentyfikowano dwie przyczyny, dla których nie kierują oni pacjentów do psychiatrii [155]: obawy dotyczące skuteczności leczenia psychiatrycznego oraz stygmatyzacji pacjenta. Leki psychotropowe często uważano za niezbędne, ale zalecano również psychoterapię i leczenie skojarzone [156,157].

Nie prowadzono szerszych badań nad wizerunkiem psychiatrii z punktu widzenia psychiatrów. W badaniu, w którym oceniano, jakie odczucia wobec swojej specjalności mają psychiatrzy i pediatrzy stwierdzono, że psychiatrzy wysoko oceniają swój poziom satysfakcji [158] i nie różnią się pod tym względem od pediatrów. Lambert i in. [136] badając, dlaczego lekarze porzucają pierwotnie wybraną specjalizację,

stwierdzili, że do głównych przyczyn podawanych przez psychiatrów należy niekorzystny wizerunek tej specjalności w opinii publicznej, spostrzegany brak szacunku ze strony innych lekarzy, oraz spostrzegany brak wystarczających środków. W badaniu brytyjskim tylko 71% psychiatrów zgłosiło ogólną gotowość do przyjmowania samemu leków przeciwpsychotycznych w razie zachorowania na schizofrenię [159].

Stwierdzono, że studenci pielęgniarstwa i pielęgniarki mają pozytywne postawy wobec psychiatrii [160-166]. To samo odnosi się do studentów farmacji [167].

Wydaje się, że postawy profesjonalistów w dziedzinie ochrony zdrowia są zbieżne z postawami studentów medycyny i ogółu społeczeństwa. Leki o przedłużonym działaniu zatem często były spostrzegane jako represyjne i zagrażające autonomii pacjenta [168,169], przedkładano psychoterapię nad leki przeciwdepresyjne [170], zaś leki psychotropowe często akceptowano tylko w ostateczności [171]. Pracownicy socjalni mieli jednak pozytywną postawę wobec leków psychotropowych [172,173]. Tylko 35% niebędących lekarzami profesjonalistów w dziedzinie ochrony zdrowia podało, że w przypadku zachorowania na zaburzenie z kręgu schizofrenii sami braliby pod uwagę przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych, podczas gdy 85% polecałoby takie leki rodzinie [159]. Pielęgniarki psychiatryczne polecały ECT tylko w przypadkach skrajnej depresji [174]. Metody leczenia przymusowego budziły silne emocje wśród pielęgniarek [175,176].

### **Pacjenci i ich rodziny**

Wśród pacjentów, którzy nie skorzystali ze skierowania do psychiatrii, najczęściej podawanym powodem takiego niezastosowania się do zalecenia lekarskiego był lęk przed piętnem choroby psychicznej, nie zaś negatywne oczekiwania wobec leczenia psychiatrycznego i jego jakości [177]. Pacjenci zwykle oczekują, że leczenie im pomoże [178,179], a większość pacjentów ambulatoryjnych środowiskowej przychodni zdrowia psychicznego była zadowolona z leczenia, jakie tam otrzymuje [180,181]. Pacjenci jednak często zgłaszają oczekiwania, że takie metody leczenia jak ECT będą bolesne, oraz że mogą dostawać leki bez swojej zgody [26,1182].

Jeśli chodzi o konkretne formy leczenia psychiatrycznego, pacjenci i ich rodziny mają takie same stereotypy dotyczące leków psychotropowych, jak ogół społeczeństwa. Odrzucają zatem te leki, ponieważ myślą, że są one uzależniające [32,183-185], nie działają na rzeczywiste przyczyny choroby [32], wywołują zmiany osobowości [179,186], oraz tłumią normalne uczucia [184]. Niektóre badania wykazują wyraźną preferencję dla psychoterapii, przedkładanej

nad leczenie psychofarmakologiczne [19,26,187,188], zaś pacjenci po raz pierwszy podejmujący leczenie często nie spodziewają się leków psychotropowych [178,179,189]. Leczenie psychiatryczne często bywa spostrzegane jako przynoszące rezultaty powoli albo zupełnie nieskuteczne [190].

Stwierdzono jednak, że w porównaniu z populacją ogólną pacjenci psychiatryczni i ich rodziny mają nieco bardziej pozytywne postawy wobec leków psychotropowych [191-195], a w niektórych badaniach poziom satysfakcji z tej formy leczenia okazał się wysoki [196-198]. Pacjenci już wcześniej hospitalizowani wykazują bardziej pozytywne postawy wobec leczenia psychiatrycznego [199-201].

Chociaż terapia elektrowstrząsowa (ECT) często spostrzegana była przez pacjentów jako skuteczna metoda leczenia [202,203], większość pacjentów spodziewa się poważnych skutków ubocznych [204,205], w związku z czym traktuje tę metodę leczenia jako ostateczność. Nie jest tak jednak w przypadku pacjentów, którzy już przeszli leczenie ECT [206-208]. Podobnie, podczas gdy pacjenci przeważnie podają, że nie są zwolennikami leczenia przymusowego, ponieważ ograniczałoby ich autonomię, większość osób rzeczywiście poddanych przymusowemu leczeniu uznała, że im pomogło [197,209-218].

### **Media**

Ogólny obraz psychiatrii w mediach informacyjnych i rozrywkowych jest przeważnie negatywny. W pewnym komentarzu medialnym przedstawiono psychiatrię jako „dyscyplinę pozbawioną prawdziwych osiągnięć naukowych, metod naukowych czy skutecznych technik leczenia” [219]. Gazety i filmy często przekazują negatywny obraz szpitali psychiatrycznych [220,221]. Obrazy te szybko uległy uogólnieniu i przyczyniły się do negatywnego wizerunku psychiatrii w ogóle [222,225]. Współczesne środowiskowe placówki zdrowia psychicznego rzadko opisywane są w mediach [224].

Leczenie psychiatryczne również często przedstawia się w sposób negatywny, w którym dominują obrazy nieskutecznych elektrowstrząsów stosowanych jako kara [225], przymusowego odosobnienia, lub leczenia psychoanalitycznego [224,226,227]. „Hollywoodzka mitologia psychiatrii” [228] przekazuje komunikat, że skuteczne leczenie nie polega na podawaniu leków i stopniowej poprawie, lecz na jednej kataraktycznej sesji. Publikowane w gazetach wiadomości o lekach psychotropowych są znacznie bardziej krytyczne niż to, co się pisze o lekach nasercowych, ponadto dużo częściej podkreśla się ich negatywne skutki uboczne, pomijając informacje o korzystnych rezultatach ich działania [229,230]. Publikacje na temat ECT często byłyby negatywne i stronnicze [231]. W kilku gaze-

tach wielokrotnie krytykowano związki psychiatrii z przemysłem [232].

### **Stygmatyzacja psychiatrów**

#### **Ogól społeczeństwa**

Wizerunek psychiatrów w opinii publicznej jest głównie negatywny i oparty na niedostatecznej wiedzy o ich wykształceniu, umiejętnościach fachowych i celu działania. Na przykład, nie jest wiadomo powszechnie, że psychiatrzy są lekarzami medycyny, nie docenia się też czasu trwania ich studiów [6,182,233-235]. Przypisuje się im niski status wśród lekarzy [236], naukowców [235] i profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego [237]. W wielu badaniach stwierdzono, że ludzie niedostatecznie różnicują między różnymi zawodami w dziedzinie zdrowia psychicznego, zwłaszcza nie odróżniają psychiatrów i psychologów [233, 237,238]. Tylko w dwóch badaniach okazało się że respondenci potrafią różnicować te dwa zawody [6,235]. Oskarża się psychiatrów o to, że w zbyt dużym stopniu opierają się na farmakoterapii [239]. Kiedy pojawi się problem ze zdrowiem psychicznym, często poleca się skorzystanie z pomocy zaufanej osoby [25,27,34] albo lekarza rodzinnego, zamiast leczenia u psychiatry. Tym niemniej, jedynie niewielka mniejszość ogółu społeczeństwa żywi stereotypowe przekonanie, że „psychiatrzy są bezużyteczni” [22,236,237,243].

Istnieją konkurencyjne stereotypy dotyczące ról zawodowych psychiatry [224,225]. Z jednej strony, psychiatrzy często są spostrzegani jako „przedstawiciele aparatu ucisku”, którzy mają na celu zagwarantowanie konformistycznego zachowania [244] i którzy potrafią „czytać ludziom w myślach” [18]. Niekiedy sugeruje się, że psychiatrzy tak naprawdę nie chcą zrozumieć swoich pacjentów i są wobec nich wrogo nastawieni [6,107]. Z drugiej strony, niektórzy spostrzegają psychiatrów jako wyrocznie, wróżbitów, czy pełnych miłości zbawców, mając przy tym przesadne oczekiwania co do pomyślnych wyników leczenia i wyzdrowienia [244].

Inne błędne przekonanie dotyczące psychiatrów wiąże się z ich rolą ekspertów sądowych, orzekających o zdrowiu psychicznym oskarżonego. Wyjaśnienia składane w sprawie zachowania oskarżonego często bywają źle rozumiane jako „stwarzanie furtki kryminalistom” [246,247]. W tym kontekście respondenci wyrażali również brak zaufania do psychiatrów pod względem ich zdolności do wykrywania niepoczytalności. Podobnie, sugerowano, że orzeczenia psychiatrów sądowych nie są oparte na ich kompetencjach zawodowych, lecz motywowane przez korzyści finansowe [219,248,249]. Tym niemniej, większość prawników i sędziów odrzuciła stereotyp mówiący o niskich kompetencjach [250].

W literaturze można znaleźć dalsze trzy stereotypy opisujące psychiatrów i odnoszące się do ich szaleństwa, dziwaczności oraz obraźliwego i wulgarnego zachowania. Zapewne najbardziej rozpowszechniony jest stereotyp psychiatry, który sam ma problemy ze zdrowiem psychicznym [18,233,239,251]. Nie znaleźliśmy jednak ani jednego badania, które przedstawiałoby bezpośrednie dane empiryczne świadczące tym, że ten stereotyp rzeczywiście funkcjonuje w społeczeństwie. W ankiecie populacyjnej [236] większość respondentów opisywała psychiatrów jako osoby pomocne i godne zaufania, a tylko niewielka mniejszość spozstrzegala ich jako dziwacznych lub „pokręconych”. Kiedy jednak uczestnikom pewnego australijskiego badania ankietowego dano do wyboru przedstawicieli różnych zawodów związanych z ochroną zdrowia psychicznego, respondenci czuli się najmniej swobodnie rozmawiając z psychiatrami, których ocenili najwyżej pod względem spozstrzeganej dziwaczności [227]. Wreszcie, psychiatrów widziano jako niebezpiecznych manipulatorów [107,252], którzy wykorzystują swoich pacjentów i nadużywają władzy [51], posuwając się nawet do prób uzyskania korzyści seksualnych.

### **Studenci medycyny i profesjonaliści w dziedzinie ochrony zdrowia**

Studenci medycyny często podają, że mimochodem słyszeli negatywne, dyskredytujące uwagi o psychiatrach, wypowiedziane przez nauczycieli akademickich na studiach medycznych i podczas stażu [112,120]. Kierując się poglądem, że „psychiatrzy muszą być zwariowani, bo są w stanie zajmować się wariatami” [244], lub że „pracując z wariatami sam zwariujesz” [120], studenci medycyny niekiedy spozstrzegają, że psychiatrzy są bardziej niezrównoważeni emocjonalnie czy neurotyczni niż inni profesjonaliści w dziedzinie ochrony zdrowia [65,94,97,253]. Studenci medycyny mogą również spozstrzegać psychiatrów jako osoby dziwne, rozkojarzone, które mają mętlik w głowie, są skomplikowane i trudno je zrozumieć [79,94,253,254].

Status psychiatrów w środowisku lekarskim zwykle opisuje się jako niski. Niektórzy autorzy sugerują, że psychiatrzy „nie cieszą się szacunkiem w środowisku lekarskim” [120], w którym stereotypowo spozstrzega się ich jako osoby „niepewne siebie, nieskuteczne, bezużyteczne i niezrozumiałe” [244]. Owo przekonanie, że psychiatrzy „nie są prawdziwymi lekarzami” przejawia się również tym, że w skierowaniach, jakie lekarze rodzinni przekazują psychiatrom, rzadko znajdują się informacje o objawach somatycznych pacjenta [255]. Tym niemniej, lekarze uznają, że psychiatrzy mogą pomóc ludziom z zaburzeniami psychicznymi i że mają odpowiednie kwalifikacje zawodowe [256]. Sądzą również, że cenią porady psychiatrów i pragną

konsultacji psychiatrycznych [257-259], chociaż nie chcą, by długotrwałe leczenie prowadził psychiatra [250,261]. Mimo tych pozytywnych postaw 35% lekarzy nie-psychiatrów spozstrzega psychiatrów jako mniej zrównoważonych emocjonalnie niż inni lekarze, a 51% – jako neurotycznych [256].

Z drugiej strony, psychiatrzy oceniali siebie jako osoby bardziej introspekcyjne, mniej autorytarne, kulturalniejsze i dojrzałe niż ich koledzy lekarze, a 77% nie zgodziło się z poglądem, że są bardziej neurotyczni. Psychiatrzy jednak dobrze zdają sobie sprawę ze swego negatywnego wizerunku [246,256,262].

Wydaje się, że psychiatrzy są na ogół akceptowani przez innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym [263,264]. Psychologowie, pielęgniarki i pracownicy socjalni oceniają psychiatrów pod względem kompetencji tak samo, jak przedstawicieli innych grup zawodowych, chociaż systematycznie oceniają ich niżej na wymiarze „ciepły sposób bycia” [265].

### **Pacjenci i rodziny**

Postawy pacjentów i ich rodzin wobec psychiatrów są ambiwalentne. Zadowolenie ze sposobu wykonywania pracy przez psychiatrów jest raczej wysokie [196,198], przy czym postawy stają się bardziej pozytywne podczas hospitalizacji [161]. Często wyrażano niepokój w związku z presją czasową w placówkach opieki psychiatrycznej i z wynikającym stąd brakiem czasu na intensywne rozmowy [196,266-269]. Niektórzy pacjenci opisywali psychiatrów jako kontrolujących [267], a niektórzy członkowie rodzin – jako aroganckich [268]. Strehlow i Piesiur-Strehlow [270] stwierdzili, że wskutek braku wiedzy o kompetencjach zawodowych psychiatrów oraz negatywnych postaw rodzice dzieci z problemami w sferze zdrowia psychicznego wybierali psychiatrów tylko jako ostatnią deskę ratunku.

### **Media**

Wiele stereotypów rozpowszechnionych wśród ogółu społeczeństwa można również spotkać w sposobie przedstawiania psychiatrów w środkach masowego przekazu. Na przykład, przedstawia się psychiatrę jako niechętnego do pomocy, niezapewniającego skutecznej terapii [128,224], oraz kogoś, kto nie potrafi wyjaśnić lub przewidzieć zachowania swoich pacjentów [9271]. Co więcej, często używa się dyskredytujących lub potocznych określeń oznaczających psychiatrę [107]. Obraz złośliwego, kontrolującego psychiatry [272], funkcjonariusza państwowego aparatu ucisku [227] był typowy dla pierwszej połowy ubiegłego wieku [228]. W późniejszych latach wyłoniły się różne podgatunki psychiatrów. Na przykład, Schneider [272] wyróżnia trzy: dr Świr, dr Cudowny i dr Zły, reprezentujące ste-



reotypy zwariowanego psychiatry, super-uzdrowiciela, oraz psychiatry wykorzystującego i naruszającego granice. Podobną klasyfikację zaproponowano na podstawie analizy filmów [226]. Wśród pozytywnych cech psychiatrów najczęściej podaje się, że są zawsze osiągalni dla swoich pacjentów [228]. Przegląd filmów amerykańskich [274] wykazał, że psychiatrów przedstawiano jako pomocnych i przyjaznych w około połowie analizowanych filmów, zaś jako złośliwych i naruszających granice w pozostałej połowie.

## **PRZECIWDZIAŁANIE STYGMATYZACJI: PROPONOWANE INTERWENCJE**

Dokonany przez nas przegląd literatury na temat stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów ujawnił bardzo niewielką liczbę badań dotyczących opracowywania i ewaluacji interwencji ukierunkowanych na zwalczanie stygmatyzacji. Wyniki tych nielicznych badań przedstawiono osobno dla stygmatyzacji psychiatrii i stygmatyzacji psychiatrów.

### **Przeciwdziałanie stygmatyzacji psychiatrii: proponowane interwencje**

Jeśli chodzi o piętno związane z leczeniem psychiatrycznym, istnieją dane świadczące, że poszerzenie wiedzy o zaburzeniach psychicznych podczas „kursu pierwszej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego” powoduje, że ludzie w większym stopniu przestrzegają zaleceń lekarskich co do generalnie zalecanych terapii [275]. Istnieją również dane wskazujące, że można poprawić postawy wobec placówek środowiskowych poprzez dostarczenie informacji o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu, a także kontakt z osobami cierpiącymi na takie zaburzenia [276]. Battaglia i in. [277] stwierdzili, że pogadanka o zagadnieniach zdrowia psychicznego wygłoszona uczniom szkoły średniej przez psychiatrę nie tylko zwiększyła ich wiedzę o zdrowiu psychicznym, ale także poprawiła postawy związane z poszukiwaniem pomocy oraz spowodowała wzrost uznania dla psychiatrów, być może dzięki zawartej znajomości.

Zmiana sposobu przedstawiania psychiatrii w mediach jest ważnym warunkiem wstępnym, koniecznym dla zmiany opinii publicznej, zwłaszcza przez popularyzację realistycznych oczekiwań co do sposobów leczenia i ich rezultatów [234,239]. Stuart [278] uważa, że profesjonaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym, a także pacjenci powinni być bardziej obecni w mediach, aby ukazać dokładniejszy obraz metod leczenia psychiatrycznego i ich odbiorców. Szkolenie medialne profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym może zwiększyć ich wiarygodność oraz akceptowalność przekazu. Konkretną

interwencję, której celem jest poprawa relacji psychiatrów ze środkami masowego przekazu opisują Kutner i Bresin [279]. Wychodząc z założenia, że niepewność w sytuacji udzielania wywiadu mediom może być odebrana jako arogancja, autorzy ci opracowali specjalny program szkolenia medialnego. Podczas warsztatów prowadzonych w sześciuosobowych grupach rezydenci specjalizujący się w psychiatrii otrzymują informacje o środkach masowego przekazu i ich funkcjonowaniu, a także ćwiczą umiejętności komunikowania się i prezentacji za pomocą grania ról. Chociaż nie przedstawiono formalnej ewaluacji szkolenia, autorzy twierdzą, że przyniosło pozytywne doświadczenia.

Większość interwencji, których celem była zmiana postaw studentów medycyny wobec psychiatrii koncentrowała się na modyfikacji sposobów nauczania oraz programu studiów w uczelniach medycznych. Badania, w których porównywano różne style nauczania [np. tradycyjny i problemowy] nie wykazały wyższości żadnej z tych metod [55,67,72]. Według badań, jakie przeprowadzili Singh i in. [67], nabyta wiedza, uświadomienie sobie potencjału terapeutycznego interwencji psychiatrycznych i bezpośredni kontakt z pacjentem mogą poprawić postawy i zwiększyć atrakcyjność psychiatrii przy wyborze zawodu.

Konkretne podejście umożliwiające skorygowanie błędnego przekonania, że leczenie psychiatryczne jest nieskuteczne, opisują Coodin i Chisholm [280]. Seminarium z zakresu psychiatrii dotyczące zdrowienia osób ze schizofrenią, prowadzone wspólnie przez pacjenta i profesjonalistę, doprowadziło do bardziej przychylnego spostrzegania leczenia choroby psychicznej. Lambert i in. [136] twierdzą, że przeciwdziałanie negatywnemu wizerunkowi psychiatrii należy zacząć podczas studiów medycznych i kontynuować podczas szkolenia młodych lekarzy po to, aby utrzymać psychiatrów w zawodzie. Co więcej, aby uniknąć niedopasowania, zalecają, by zainteresowanym studentom medycyny stworzyć możliwości zyskania większego doświadczenia podczas stażu na psychiatrii, zanim podejmą pracę w zawodzie psychiatry.

### **Przeciwdziałanie stygmatyzacji psychiatrów: proponowane interwencje**

Nie udało się nam znaleźć żadnych badań opisujących interwencje specjalnie przeznaczone do zwalczania stygmatyzacji i dyskryminacji psychiatrów. Było jednak kilka zaleceń, jak zmienić negatywny wizerunek psychiatry – większość koncentrowała się na nawiązywaniu pozytywnych relacji z mediami. Obejmuje to aktywny udział psychiatrów w przepływie informacji [233] oraz przekazywanie specjalistycznej wiedzy o zagadnieniach zdrowia psychicznego [281] i przypadkach sądowych [282].

W zaleceniach opracowanych przez *Quebec Psychiatric Association* zaproponowano, jak poprawić wizerunek psychiatrów przy pomocy firmy zajmującej się komunikacją. Proponowane strategie są następujące: psychiatrzy powinni stać się bardziej widoczni w mediach, powinni reagować na potrzeby społeczeństwa i na doniosłe wydarzenia, oraz stać się bardziej widoczni w społeczności [283]. Ponadto powinni publicznie reagować na krytykę wobec swego zawodu. Większą widzialność i nastawienie się w większym stopniu na społeczeństwo zalecają również Felix [284] i Davidson [285], zwracając uwagę, że podejmowanie z własnej inicjatywy działań w społeczności jest ważną strategią umożliwiającą uzyskanie większego uznania społecznego.

W celu zmniejszenia stygmatyzacji w środowisku lekarskim zaleca się omawianie problemu piętna w kształceniu psychiatrów [120], przedstawianie studentom z bardziej trafnego obrazu psychiatrii jako dyscypliny, oraz proponowanie pozytywnych modeli ról [94,176,286]. Aby nawiązać pozytywne relacje z wykwalifikowanymi lekarzami, zaleca się udzielanie konsultacji przez psychiatrę na zasadzie stałej współpracy (*consultation-liaison relationship*) [287]. W tym kontekście ważne jest, aby psychiatra był „przede wszystkim lekarzem, a dopiero na drugim miejscu specjalistą”, posiadającym solidną wiedzę medyczną [176,288]. Speissl i Cording [289] proponują łatwo dostępną opiekę psychiatryczną w ramach stałej współpracy z lekarzami rodzinnymi, aby skrócić czas oczekiwania kierowanych tam pacjentów. Co więcej, proponują nastawione na praktykę seminaria dla lekarzy rodzinnych, którym przekazywano by informacje o chorobach psychicznych, a także o placówkach opieki psychiatrycznej, oraz kształcenie ustawiczne w kontekście wspomnianej stałej konsultacyjnej współpracy psychiatrami.

## ZALECENIA

Nasz przegląd literatury na temat stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów pokazał, że jest bardzo mało artykułów na temat badań nad opracowaniem i ewaluacją interwencji ukierunkowanych na zmniejszenie takiego piętna. Najważniejsze wyniki świadczą o ogromnym znaczeniu ścisłej współpracy z mediami. W tym zakresie okazało się, że poprawa public relations [piaru], występowanie psychiatrów w mediach w roli ekspertów w kwestiach dotyczących psychiatrii, a także warsztaty szkoleniowe dla psychiatrów uczących się, jak współpracować z mediami, skutecznie ograniczają stygmatyzację psychiatrii i psychiatrów. Co więcej, media odgrywają ważną rolę polegającą na dostarczaniu informacji i korygowaniu błędnych poglądów

na temat leczenia psychiatrycznego, zakładów psychiatrycznych i pracy psychiatrów. Inny ważny wynik dotyczy poprawy wizerunku psychiatrów i psychiatrii dzięki połączeniu wiedzy i kontaktu z osobami chorymi psychicznie. Strategie dotyczące postaw studentów medycyny obejmują uwzględnianie kwestii piętna oraz błędnych przekonań na temat psychiatrii podczas studiów medycznych, a także doskonalenie szkolenia w zakresie psychiatrii.

Na podstawie doświadczeń uzyskanych przy realizacji globalnego programu ograniczania stygmatyzacji i dyskryminacji w schizofrenii [290-293], WPA rekomenduje również następujące działania w celu zwalczania stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów.

### Zalecenia dla krajowych towarzystw psychiatrycznych

*Krajowe stowarzyszenia psychiatrów powinny określić optymalne sposoby postępowania w psychiatrii i aktywnie dążyć do ich stosowania w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.*

Oprócz publikowania odpowiednich wytycznych co do najlepszych praktyk, organizacje psychiatryczne powinny znaleźć sposoby wprowadzenia takich treści do programów studiów medycznych. Powinny także spowodować, aby nauczanie ich stosowania stanowiło zasadniczą część szkolenia podyplomowego w zakresie psychiatrii. Fakt, że istnieją wytyczne co do najlepszych praktyk i że są one stosowane, powinien być znany opinii publicznej.

Organizacje psychiatryczne powinny zapewnić podejmowanie szybkiego działania w przypadkach łamania praw człowieka w praktyce klinicznej lub badaniach naukowych, oraz przedstawiać jasne sprawozdania o efektach takiego działania. Powinny położyć nacisk na opracowanie technik ułatwiających kontrolę jakości praktyki w psychiatrii, a także na powszechne używanie takich technik. Powinny regularnie przygotowywać i przekazywać rządowi raporty o osiągnięciach naukowych i sukcesach w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Powinny dążyć do całkowitej przejrzystości swoich związków z firmami przemysłowymi związanymi ze zdrowiem.

*Krajowe organizacje psychiatryczne we współpracy z odpowiednimi instytucjami akademickimi powinny wprowadzić zmiany w programach studiów medycznych i szkolenia podyplomowego lekarzy.*

Dane z kilku krajów świadczą, że studenci medycyny mają kiepską opinię o psychiatrii, i że coraz mniej osób wybiera po studiach specjalizację z psychiatrii. Jak pokazuje nasz przegląd, wynika to częściowo z wpływu nauczycieli akademickich reprezentujących inne dyscypliny medyczne, którzy mają takie poglądy, a częściowo ze sposobu przedstawiania



i nauczania psychiatrii na uczelniach medycznych w większości krajów. Istnieje szereg metod dydaktycznych, które mogłyby uatrakcyjnić psychiatrię jako przedmiot studiów, lecz nie są one szeroko stosowane. Należy do nich zintensyfikowane szkolenie w zakresie umiejętności, które można stosować w przypadkach choroby psychicznej, a także w ogólnej praktyce lekarskiej, kontakt z osobami, które były leczone z powodu choroby psychicznej i powróciły do zdrowia, włączanie członków rodzin pacjentów jako nauczycieli rutynowego postępowania w chorobie psychicznej i zaburzeniach funkcjonowania psychicznego osób pozostających w środowisku, zapoznanie z pracą dobrze działających zespołów/placówek opieki środowiskowej dla psychicznie chorych, organizowanie szkół letnich i programów wymiany dla zwiększenia atrakcyjności psychiatrii, oraz lepsze zintegrowanie kształcenia w zakresie psychiatrii oraz neuronauk i nauk behawioralnych.

Umiejętności prezentacyjne i komunikacyjne potrzebne do współpracy z mediami i urzędami państwowymi mają duże znaczenie dla rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a także dla wszelkich działań zmierzających do zmiany wizerunku psychiatrii. Obecnie umiejętności te są przedmiotem nauczania tylko w wyjątkowych przypadkach. W ramach szkolenia podyplomowego powinno się uczyć słuchaczy również o pochodzeniu piętna choroby psychicznej oraz zapoznawać ich z metodami zwalczania takiego piętna.

*Krajowe towarzystwa psychiatryczne powinny nawiązać bliższe relacje i współpracę z innymi stowarzyszeniami profesjonalistów, z organizacjami zrzeszającymi pacjentów i ich rodziny, oraz z innymi organizacjami, które mogą uczestniczyć w świadczeniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i rehabilitacji psychicznie chorych.*

Obraz psychiatrii i psychiatrów zależy w dużej mierze od opinii innych lekarzy specjalistów i od spostrzegania tej dyscypliny przez osoby korzystające z psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Towarzystwa psychiatryczne często mają bardzo słabe kontakty z innymi stowarzyszeniami profesjonalistów oraz z organizacjami pacjentów i ich rodzin, nierzadko traktowanymi jak przeciwnik. Prowadzenie wspólnych projektów naukowych [np. badań nad współchorobowością zaburzeń psychicznych i fizycznych] oraz współpraca z organizacjami pacjentów i ich rodzin przy opracowywaniu wytycznych i standardów dotyczących praktyki mogłaby zmniejszyć istniejącą obecnie przepaść i przyczynić się do poprawy wizerunku psychiatrii.

Współpraca z organizacjami pacjentów i ich rodzin może również przyczynić się do starań o to, by psychiatryczna opieka zdrowotna stała się bardziej skuteczna i przyjazna dla użytkownika. Doświadczenia niektórych krajów w tym względzie [np. wspólne wybieranie „ombudsmana” (rzecznika praw pacjenta), który może

pomóc w rozwiązywaniu problemów pojawiających się w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, oraz wprowadzenie regularnych spotkań przedstawicieli organizacji pacjentów i rodzin z kierownikami programów zdrowia psychicznego] pokazują, że można zmniejszyć liczbę konfliktów i stworzyć okazję do kontaktów i współpracy.

Współpraca ze szkołami i związkami nauczycieli, a także takimi organizacjami, jak Klub Rotariański również może pomóc w ograniczaniu piętna psychiatrii.

*Krajowe towarzystwa psychiatryczne powinny dążyć do nawiązania i utrzymania dobrych relacji roboczych z mediami.*

Rola mediów w kształtowaniu postaw szerokich kręgów społeczeństwa ma coraz większe znaczenie. Posiadane przez media informacje o praktyce psychiatrii są często niepełne lub przestarzałe. Krajowe towarzystwa psychiatryczne powinny zastanowić się nad różnymi sposobami dostarczania mediom aktualnych informacji oraz nad nawiązaniem roboczych relacji z przedstawicielami mediów, co obejmuje warsztaty, regularne biuletyny informacyjne i komunikaty prasowe, włączenie przedstawicieli mediów w planowanie opieki zdrowotnej, oraz inne strategie właściwe dla danego kraju.

### **Zalecenia dla liderów opieki psychiatrycznej oraz poszczególnych psychiatrów**

*Psychiatrzy muszą zdawać sobie sprawę, że ich zachowanie może przyczynić się do stygmatyzacji psychiatrii jako dyscypliny oraz ich samych jako jej przedstawicieli.*

Zachowanie psychiatrów w praktyce klinicznej ma decydujące znaczenie dla wizerunku psychiatrii i psychiatrów. Szczególną uwagę należy zwrócić na następujące elementy:

- (a) nawiązanie pełnej szacunku relacji z pacjentami i ich rodzinami;
- (b) orientowanie się na bieżąco w postępach badań naukowych i praktyki w psychiatrii i wdrażanie nowości we własnej praktyce klinicznej;
- (c) ścisłe przestrzeganie zasad etycznych w świadczeniu i organizowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- (d) współpraca z lekarzami innej specjalności i pracownikami opieki zdrowotnej, a także z innymi profesjonalistami uczestniczącymi w świadczeniu opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

### **PODZIĘKOWANIA**

Autorzy pragną podziękować Pani M. Marekwica, Pani K. Samjeske i Pani P. Schlamann za wkład wniesiony w ten artykuł i za przydatną pomoc.

## PIŚMIENNICTWO

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:185-8.
4. Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. *Psychiatrische Praxis* 2000;27:327-9.
5. Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:185-8.
6. Redlich FC. What the citizen knows about psychiatry. *Ment Hyg* 1950;34:64-79.
7. Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. *Soc Sci Med* 1981;15:301-14.
8. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs* 1992;11:186-96.
9. Arens DA. What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York. *Commun Ment Health J* 1993;29:235-45.
10. Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. *Journal of the American Planning Association* 1992;58:288-300.
11. Lauber C, Nordt C, Haker H et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. *Int J Soc Psychiatry* 2006;52:234-42.
12. Takahashi LM. Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome. *Journal of Planning Education and Research* 1997;17:119-30.
13. Kobau R, Dilorio C, Chapman D et al. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Commun Ment Health J* 2010;46:164-76.
14. Flaskerud JH, Kviz FJ. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. *Hosp Commun Psychiatry* 1983;34:229-33.
15. Yang LH, Phelan JC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 2008;14:10-8.
16. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:275-81.
17. Schnittker J. Misgivings of medicine?: African Americans' skepticism of psychiatric medication. *J Health Soc Behav* 2003;44:506-24.
18. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:53-9.
19. Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *BMJ* 1998; 317:963-4.
20. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:553-6.
21. De Toledo Piza Peluso E, Luis Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:16-27.
22. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BMC Public Health* 2009;9:1-20.
23. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S et al. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:855-64.
24. Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:326-36.
25. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:202-10.
26. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med* 2001;52:985-98.
27. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* 2009;24:225-32.
28. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 2008;8:1-10.
29. Lasoski MC. Attitudes of the elderly toward mental health treatment strategies. *Dissertation Abstracts International* 1984;44:2248b.
30. Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A et al. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:715-9.
31. Ozmen E, Ogel K, Aker T et al. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:869-76.
32. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV et al. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:1-7.
33. Zoellner LA, Feeny NC, Cochran B et al. Treatment choice for PTSD. *Behav Res Ther* 2003;41:879-86.
34. Stones CR. Attitudes toward psychology, psychiatry and mental illness in the Central Eastern Cape of South Africa. *South Afr J Psychol* 1996;26:221-5.
35. Wagner AW, Bystritsky A, Russo JE et al. Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2005;21:99-105.
36. Givens JL, Katz IR, Bellamy S et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and Whites. *J Gen Intern Med* 2007;22:1292-7.
37. Ineland L, Jacobsson L, Renberg ES et al. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment – changes over time in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62:192-7.
38. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
39. Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:151-8.
40. De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:1063-7.
41. Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:166-74.
42. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:288-91.
43. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med* 2005;35:1205-13.
44. Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:286-92.
45. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK et al. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatr Serv* 2007;58:613-8.

46. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
47. Akighir A. Traditional and modern psychiatry: a survey of opinions and beliefs amongst people in plateau state, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 1982;28:203-9.
48. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
49. Balon R, Gregory R, Franchini MD et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. *Acad Psychiatry* 1999;23:30-6.
50. Caldera T, Kullgren G. Attitudes to psychiatry among Swedish and Nicaraguan medical students: a cross-cultural study. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:271-4.
51. Bulbena A, Pailhez G, Coll J et al. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. *Eur J Psychiatry* 2005;19:79-87.
52. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. *Med Educ* 2009;21:227-34.
53. Lau AY, Offord DR. A study of student attitudes toward a psychiatric clerkship. *J Ass Am Med Coll* 1976;51:919-28.
54. Maxmen JS. Student attitude changes during "psychiatric medicine" clerkships. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:98-103.
55. McParland M, Noble LM, Livingston G et al. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Med Educ* 2003;37:447-54.
56. McParland M, Noble LM, Livingston G. The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychology. *Med Educ* 2004;38:859-67.
57. Balon R. Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:73-5.
58. Brook P, Ingleby D, Wakeford R. Students' attitudes to psychiatry: a study of first- and final-year clinical students' attitudes in six medical schools. *J Psychiatr Educ* 1986;10:151-69.
59. Shelley RK, Webb MG. Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? *Med Educ* 1986;20:330-4.
60. Augoustinos M, Schrader G, Chynoweth R et al. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. *Psychol Med* 1985;15:671-8.
61. Burch EA, Smeltzer DJ, Chestnut EC. Tutorial teaching of psychiatry – effects on test-scores, attitudes, and career choices of medical students. *J Psychiatr Educ* 1984;8:127-35.
62. Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. *Psychol Rep* 1995;77:843-7.
63. Das MP, Chandrasena RD. Medical students' attitude towards psychiatry. *Can J Psychiatry* 1988;33:783-7.
64. Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J et al. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry.. *Acta Psychiatr Scand* 2007;33:308-11.
65. Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. *Ment Hyg* 1966;50:246-56.
66. Oldham JM, Sacks MH, Ninger JE et al. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. *Am J Psychiatry* 1983;140:1615-8.
67. Singh SP, Baxter H, Standen P et al. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1998;32:115-20.
68. Sloan D, Browne S, Meagher D et al. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. *Eur Psychiatry* 1996;11:407-11.
69. Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychol Med* 1983;13:185-92.
70. Wilkinson DG, Toone BK, Greer S. Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychol Med* 1983;13:655-8.
71. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:505-10.
72. Baxter H, Singh SP, Standen P et al. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001;35:381-3.
73. Burra P, Kalin R, Leichner P et al. The ATP 30 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982;16:31-8.
74. Sivakumar K, Wilkinson G, Toone BK et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. *Psychol Med* 1986;16: 457-60.
75. Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Med Educ* 1992;26:153-6.
76. Agbayewa MO, Leichner PP. Effects of a psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards psychiatry in rotating interns. *Can J Psychiatry* 1985;30:602-4.
77. Fischel T, Manna H, Krivoy A et al. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:147-50.
78. Galletly CA, Schrader GD, Chestemtan HM et al. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Med Educ* 1995;29:449-51.
79. Guttman F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:158-66.
80. Kuhnigk O, Strebel B, Schilausek J et al. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12:87-101.
81. Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry. *PNG Med J* 2006; 49:126-36.
82. Tharyan P, John T, Tharyan A et al. Attitudes of 'tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. *National Medical Journal of India* 2001;14:355-9.
83. Bobo WV, Nevin R, Greene E et al. The effect of psychiatric thirdyear rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. *Acad Psychiatry* 2009;33:105-11.
84. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ* 1990;24:452-60.
85. Maidment R, Livingston G, Katona C et al. Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students. *Med Teach* 2004;26:565-9.
86. Ndeti DM, Khasakhala L, Ongecha-Owuor F et al. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya. *Acad Psychiatry* 2008;32:154-9.
87. Niaz U, Hassan S, Hussain H et al. Attitudes towards psychiatry in pre-clinical and post-clinical clerkships in different medical colleges of Karachi. *Pak J Med Sci* 2003;19:253-63.
88. Niedermier JA, Bornstein R, Brandemihl A. The junior medical student psychiatry clerkship: curriculum, attitudes, and test performance. *Acad Psychiatry* 2006;30:136-43.
89. Rao NR, Meinzer AE, Manley M et al. International medical students' career choice, attitudes toward psychiatry, and emigration to the United States: examples from India and Zimbabwe. *Acad Psychiatry* 1998;22:117-26.
90. O'Flaherty AF. Students' attitudes to psychiatry. *Irish Med J* 1977; 70:162-3.



91. Soufi HE, Raoof AM. Attitude of medical students towards psychiatry. *Med Educ* 1991;26:38-41.
92. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. *Acad Psychiatry* 2005;29:92-5.
93. Berman I, Merson A, Berman SM et al. Psychiatrists' attitudes toward psychiatry. *Acad Med* 1996;71:110-1.
94. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:1-5.
95. Compton MT, Frank E, Elon L et al. Changes in U.S. medical students' specialty interests over the course of medical school. *J Gen Intern Med* 2008;23:1095-100.
96. Eagle PF, Marcos LR. Factors in medical students' choice of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1980;137:423-7.
97. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293:1607-10.
98. Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D et al. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:194-203.
99. Koh KB. Medical students' attitudes toward psychiatry in a Korean medical college. *Yonsei Medical Journal* 1990;31:60-4.
100. Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J et al. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. *Acad Psychiatry* 2009;33:71-5.
101. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:416-23.
102. Monro AB. The status of psychiatry in the National Health Service. *Am J Psychiatry* 1969;125:1223-6.
103. Neff JA, McFall SL, Cleaveland TD. Psychiatry and medicine in the US: interpreting trends in medical specialty choice. *Social Health Illn* 1987;9:45-61.
104. Pailhez G, Bulbena A, Coll J et al. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. *Acad Psychiatry* 2005;29:82-91.
105. Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. *Soc Sci Med* 1991;32:321-6.
106. Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ et al. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. *Compr Psychiatry* 1986;27:14-20.
107. von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut* 2007; 52:322-33.
108. Yager J, Lamotte K, Nielsen A III et al. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. *Am J Psychiatry* 1982;139:1003-9.
109. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2008; 42:520-5.
110. Lee EK, Kaltreider N, Crouch J. Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. *Am J Psychiatry* 1995;152:1066-9.
111. Creed F, Goldberg D. Doctors' interest in psychiatry as a career. *Med Educ* 1987;21:235-43.
112. Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE et al. "Bashing" of medical specialties: student's experiences and recommendation. *Fam Med* 2008;40:400-6.
113. Ghadirian AM, Engelsmann F. Medical students' interest in and attitudes toward psychiatry. *J Med Educ* 1981;56:361-2.
114. Samuel-Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1985;142:1462-6.
115. Calvert SH, Sharpe M, Power M et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *J Nerv Ment Dis* 1999;187: 757-61.
116. Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *Am J Psychiatry* 1999;156:1397-402.
117. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:424-9.
118. Maidment R, Livingston G, Katona M et al. Carry on shrinking: Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students. *Psychiatr Bull* 2003;27:30-2.
119. Yellowlees P, Vizard T, Eden J. Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. *Med J Australia* 1990; 152:587-8, 591-2.
120. Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA et al. Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:487-502.
121. Cutler JL, Alspector SL, Harding KJ et al. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. *Acad Psychiatry* 2006; 30:144-9.
122. Garfinkel PE, Dorian BJ. Psychiatry in the new millennium. *Can J Psychiatry* 2000;45:40-7.
123. Martin VL, Bennett DS, Pitale M. Medical students' interest in child psychiatry: a clerkship intervention. *Acad Psychiatry* 2007; 31:225-7.
124. Syed EU, Siddiqi MN, Dogar I et al. Attitudes of Pakistani medical students towards psychiatry as a prospective career: a survey. *Acad Psychiatry* 2008;32:160-4.
125. Byrne P. Challenging healthcare discrimination. *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:60-2.
126. Stoudemire A. Quo vadis, psychiatry? Problems and potential for the future of medical student education in psychiatry. *Psychosomatics* 2000;41:204-9.
127. Wigney T, Parker G. Medical student observations on a career in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2007;41:726-31.
128. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry* 2003;48:645-50.
129. Arboleda-Flórez J. Mental illness and human rights. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:479-84.
130. Strebel B, Obladen M, Lehmann E et al. Attitude of medical students to psychiatry. A study with the German translated, expanded version of the ATP-30. *Nervenarzt* 2000;71:205-12.
131. Akinyinka OO, Ohaeri JU, Asuzu MC. Beliefs and attitudes of clinical year students concerning medical specialties: an Ibadan medical school study. *Afr J Med Sci* 1992;21:89-99.
132. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Bhaya C et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's 'tomorrow's doctors' interest in Psychiatry. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:117.
133. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
134. Herran A, Carrera M, Andres A et al. Attitudes toward psychiatry among medical students – factors associated to selection of psychiatry as a career. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:563.
135. Maric NP, Stojiljkovic DJ, Milekic B et al. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. *Psychiatr Danub* 2009;21:206-12.
136. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-84.
137. West ND, Walsh MA. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. *Am J Psychiatry* 1975;132:1318-9.
138. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
139. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:363-72.

140. Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J Roy Soc Med* 2006;99:161-2.
141. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
142. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
143. Nielsen AC III, Eaton JS Jr. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1144-54.
144. Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J et al. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka., Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 1994;21:58-63.
145. Hillert A, Sandmann J, Angermeyer MC et al. Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2: Change in attitude in the course of medical education. *Psychiatr Prax* 1994; 21:64-9.
146. Linden M, Becker S. Attitudes and beliefs of medical and psychology students with regard to treatment with psychotropic drugs. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1984;52:362-9.
147. Strelbel B, Kuhnigk O, Jüptner M et al. Attitudes of medical students toward psychotherapy as a function of the academic semester, gender and prior experience with psychiatry and psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;54:184.
148. Walter G, McDonald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. *J ECT* 2002;18:43-6.
149. Clothier JL, Freeman T, Snow L. Medical student attitudes and knowledge about ECT. *J ECT* 2001;17:99-101.
150. Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. *J ECT* 2005;21:96-9.
151. James BO, Omoaregba JO, Olotu OS. Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009; 25:186-9.
152. Abbas M, Mashrai N, Mohanna M. Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective. *J ECT* 2007;23:260-4.
153. Gazdag G, Sebestyén G, Ungvari GS et al. Impact on psychiatric interns of watching live electroconvulsive treatment. *Acad Psychiatry* 2009;33:152-6.
154. Kinnair D, Dawson S, Perera R. Electroconvulsive therapy: medical students' attitudes and knowledge. *The Psychiatrist* 2010;34: 54-7.
155. Link B, Levav I, Cohen A. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. *Soc Sci Med* 1982;16:1413-20.
156. Meise U, Günther V. Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 1995;Bd.9:157-62.
157. Pro JD, Fortin D. Physicians and psychiatry: physicians' attitudes toward psychiatry. *J Kans Med Soc* 1973;74:367-8.
158. Blumberg P, Flaherty JA. Faculty perceptions of their own speciality. *J Med Educ* 1982;57:338-9.
159. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.
160. Spießl H, Riederer C, Fichtner KH. Attitudes towards psychiatry – Changing attitudes by working on psychiatric wards. *Krankenhauspsychiatrie* 2005;16:13-7.
161. Toomey LC, Reznikoff M, Brady JP et al. Attitudes of nursing students toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1961;45:589-602.
162. Harding AV. Nurses' attitudes to psychiatric treatment. *Australasian Nurses Journal* 1980;9:28-30.
163. Clarke L. The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. *J Adv Nurs* 1989;14:485-93.
164. Bergman S. Nursing attitudes to psychiatry and geriatrics as preferred work areas with deviant groups. *Isr Ann Psychiatry Rel Disc* 1974;12:156-60.
165. Reznikoff M. Attitudes of psychiatric nurses and aides toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1963;47:360-4.
166. Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. *J ECT* 2007;23:251-4.
167. Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. *Acad Psychiatry* 2008;32:515-7.
168. Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:237-44.
169. Patel MX, Yeung FK, Haddad PM et al. Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:758-66.
170. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:5.
171. Bentley KJ, Farmer RL, Phillips ME. Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. *Journal of Social Work Education* 1991; 27:279-89.
172. Berg WE, Wallace M. Effect of treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs. *Health Soc Work* 1987; 12:144-52.
173. Moses T, Kirk SA. Social workers' attitudes about psychotropic drug treatment with youths. *Soc Work* 2006;51:211-22.
174. Gass JP. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. *J Adv Nurs* 1998;27:83-90.
175. Bowers L, Alexander J, Simpson A et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004; 24:435-42.
176. Waggoner RW, Waggoner RW Jr. Psychiatry's image, issues, and responsibility. *Psychiatric Hospital* 1983;14:34-8.
177. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:167-74.
178. Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:223-31.
179. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF et al. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry* 2008;8:55.
180. Balch P, Ireland JF, McWilliams SA et al. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. *Am J Commun Psychol* 1977;5:243-7.
181. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Commun Psychol* 1987;15:275-84.
182. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *BMJ* 1975;3:469-71.
183. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:482-8.
184. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2006;21:146-51.
185. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:8.
186. Williams RA, Hollis HM, Benott K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1301-7.

187. McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient's view. *Br J Med Psychol* 1989;62:249-55.
188. Stevens J, Wang W, Fan L et al. Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:289-96.
189. Blenkiron P. Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11:188-92.
190. Ingham J. The public image of psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1985;20:107-8.
191. Baumann M, Bonnetain F, Briancon S et al. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther* 2004;29: 405-15.
192. Holzinger A, Löffler W, Matschinger H et al. Attitudes towards psychotropic drugs: schizophrenic patients vs. general public. *Psychopharmakotherapie* 2001;8:76-80.
193. van Dongen CJ. Is the treatment worse than the cure? Attitudes toward medications among persons with severe mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35:21-5.
194. Wacker HR. Attitude of ambulatory psychiatric patients to psychopharmacologic treatment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1991; 142:77-88.
195. Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:283-8.
196. La Roche C, Ernst K. The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1975;220:107-16.
197. Adams NH, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1991; 25:231-7.
198. Mezey AG, Syed IA. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1975;10:133-8.
199. Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. *J Nerv Ment Dis* 1963;136:68-71.
200. Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. *Int J Partial Hosp* 1987;4:145-55.
201. Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *Pharm World Sci* 2002;24:104-10.
202. Arshad M, Arham AZ, Arif M et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a cross-sectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 2007;7:27.
203. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:576-84.
204. Hillard JR, Folger R. Patients' attitudes and attributions to electroconvulsive shock therapy. *J Clin Psychol* 1977;33:855-61.
205. Spencer J. Psychiatry and convulsant therapy. *Med J Australia* 1977;1:844-7.
206. Goodman JA, Krahn LE, Smith GE et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. *Mayo Clin Proc* 1999;74:967-71.
207. Pettinati HM, Tamburello TA, Ruetsch CR et al. Patient attitudes toward electroconvulsive therapy. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30:471-5.
208. Kerr RA, McGrath JJ, O'Kearney RT et al. ECT: misconceptions and attitudes. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1982;16:43-9.
209. Lauber C, Rössler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. *Psychiatr Prax* 2007;34:181-5.
210. Kaltiala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment: a range of patients' attitudes. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996;50:27-34.
211. Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet* 2000;355:2080.
212. Kane JM, Quitkin F, Rifkin A et al. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:374-7.
213. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:385-9.
214. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatr Serv* 1995;46:146-52.
215. Morgan SL. Determinants of family treatment choice and satisfaction in psychiatric emergencies. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60:96-107.
216. Schwartz HI, Vingiano W, Perez CB. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:1049-54.
217. Virrit O, Ayar D, Savas HA et al. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. *J ECT* 2007;23:255-9.
218. Pugh RL, Ackerman BJ, McColgan EB et al. Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. *Journal of Child and Family Studies* 1994;3:351-63.
219. Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. *Journal of Communication* 1986;36:80-93.
220. Rottleb U, Steinberg H, Angermeyer MC. The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study. *Psychiatr Prax* 2007;34:269-75.
221. Maio G. Zum Bild der Psychiatrie im Film und dessen ethische Implikationen. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005: 99-121.
222. Steger F. From the person to an isolated case: Frank Schmökel in the discourses of power and stigmatization. *Psychiatr Prax* 2003;30:389-94.
223. Pupato K. Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:83-99.
224. Walter G. The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:167-72.
225. McDonald A, Walter G. Hollywood and ECT. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:200-6.
226. Gabbard GO, Gabbard K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:113-26.
227. Gabbard GO, Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
228. Butler JR, Hyler SE. Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14:509-22.
229. Hillert A, Sandmann J, Ehlig SC et al. Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of a systematic analysis of newspapers and popular magazines. *Pharmacopsychiatry* 1996; 29:67-71.
230. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B et al. Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis. *Psychiatr Prax* 1999;26:175- 80.
231. Hoffmann-Richter U, Alder B, Finzen A. Electroconvulsive therapy and defibrillation in the paper. An analysis of the media. *Nervenarzt* 1998;69:622-8.
232. Hoffmann-Richter U. Psychiatry in print media. Information acquired through reading of the daily papers. *Psychiatr Prax* 2000; 27:354-6.
233. Cuenca O. Mass media and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:527-8.
234. Williams A, Cheyne A, Macdonald S. The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. *Psychiatr Bull* 2001;25:429- 32.



235. Thumin FJ, Zebelman M. Psychology versus psychiatry: a study of public image. *Am Psychol* 1967;22:282-6.
236. Laux G. Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist. *Nervenarzt* 1977;48:331-4.
237. Sharpley CE. Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. *Aust Psychol* 1986; 21:57-67.
238. Vassiliou G, Vassiliou V. On the public image of the psychiatrist, the psychologist and the social worker in Athens. *Int J Soc Psychiatry* 1967;13:224-8.
239. Dichter H. The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992: 203-15.
240. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C Et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French Survey. *BMC Public Health* 2007;7:188.
241. Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM et al. Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry* 2005;5:9.
242. Perry BL, Pescosolido BA, Martin JK et al. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatr Serv* 2007;58:632-5.
243. Bayer JK, Peay MY. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1997; 31:504-13.
244. Fink PJ, Tasman A. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. *Psychiatr Ann* 1983;13:669-90.
245. Kourany RFC, LaBarbera JD, Martin JE. The image of the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 1980;41:399.
246. Slater D, Hans VP. Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. *Am J Psychiatry* 1984;141:675-9.
247. Hans VP, Slater D. John Hinckley, Jr. and the insanity defense: the public's verdict. *Public Opinion Quarterly* 1983;47:202-12.
248. Farrell JL, Tisza SM. Forensic ethics – Suspension and other sanctions imposed on an Arizona state prosecutor who showed disrespect for and prejudice against mental health experts during trial. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33:405-6.
249. Benedek EP, Selzer ML. Lawyers' use of psychiatry: II. *Am J Psychiatry* 1977;134:435-6.
250. Hiday VA. Are lawyers enemies of psychiatrists? A survey of civil commitment counsel and judges. *Am J Psychiatry* 1983;140: 323-6.
251. Walter G. The stereotype of the mad psychiatrist. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1989;23:547-54.
252. von Sydow K, Reimer C. Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. *Am J Psychother* 1998;52:463-88.
253. Bruhn JG, Parsons O. A. Medical students attitudes towards four medical specialties. *J Med Educ* 1964;39:40-9.
254. Streit-Forest U, Laplante N. Probing further into the freshman medical students' attitudes toward "patient", "doctor-patient relation" and "psychiatrist". *J Psychiatr Educ* 1983;7:113-25.
255. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry – Are physical examination and investigation results included? *Scott Med J* 2008;53:7-8.
256. Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP. A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry* 1988;29:523-31.
257. Cohen-Cole SA, Friedman CP. Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. *Hosp Commun Psychiatry* 1982;33:1002-5.
258. De-Nour AK. Attitudes of physicians in a general hospital towards psychiatric consultation service. *Ment Health Soc* 1979; 5:215-23.
259. Schubert DS, Billowitz A, Gabinet L et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:77-87.
260. Doron A, Ma'oz B, Fennig S et al. Attitude of general practitioners towards psychiatric consultation in primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40:90-5.
261. Barber R, Williams AS. Psychiatrists working in primary care: a survey of general practitioners attitude. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1996; 30:278-86.
262. Bhugra D. Professionalism and psychiatry: the profession speaks. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:327-9.
263. Bryant SG, Guernsey BG, Pearce EL et al. Pharmacists' perceptions of mental health care, psychiatrists, and mentally ill patients. *Am J Hosp Pharm* 1985;42:1366-9.
264. Kellett JM, Mezey AG. Attitudes to psychiatry in the general hospital. *BMJ* 1970;4:106-8.
265. Koeske GF, Koeske RD, Mallinger J. Perceptions of professional competence: cross-disciplinary ratings of psychologists, social workers, and psychiatrists. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:45-54.
266. Brink C. "Keine Angst vor Psychiatern". Psychiatry, critics of psychiatry and the public in the Federal Republic of Germany 1960-1980. *Med Gesch* 2006;26:341-60.
267. Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR. Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. *Ther Behav Modif* 2001;25: 406-42.
268. Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer MC. Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden? *Psychiatr Prax* 2002;29:279-84.
269. Morgan G. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull* 2006;30:346-7.
270. Strehlow U, Piesiur-Strehlow B. On the image of child psychiatry amongst the people and the parents concerned. *Acta Paedopsychiatrica* 1989;52:89-100.
271. Myers JM. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964; 121:323-8.
272. Redlich FC. The psychiatrist in caricature: an analysis of unconscious attitudes toward psychiatry. *Am J Orthopsychiatry* 1950; 20:560-71.
273. Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry. *Am J Psychiatry* 1987;144:996-1002.
274. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand* 2005;114:316-9.
275. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2004;15:23.
276. Wolff G, Pathare S, Craig T et al. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry* 1996;168:441-7.
277. Battaglia J, Coverdale JH, Bushong CP. Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools. *Am J Psychiatry* 1990;147:324-9.
278. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs* 2006;20:99-106.
279. Kutner L, Beresin EV. Media training for psychiatry residents. *Acad Psychiatry* 1999;23:227-32.
280. Coodin S, Chisholm F. Teaching in a new key: effects of a cotought seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2001;24:299-302.
281. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma, too. *Psychiatr Bull* 2000;24:284-5.
282. Stotland NL. Psychiatry, the law, and public affairs. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;26:281-7.
283. Lamontagne Y. The public image of psychiatrists. *Can J Psychiatry* 1990;35:693-5.

284. Felix RH. The image of the psychiatrist: past, present and future. *Am J Psychiatry* 1964;121:318-22.
285. Davidson HA. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964; 121:329-34.
286. Bhugra D. Psychiatric training in the UK: the next steps. *World Psychiatry* 2008;7:117-8.
287. Ajiboye PO. Consultation-liaison psychiatry: the past and the present. *Afr J Med Med Sci* 2007;36:201-5.
288. Kearney TR. The status and usefulness of the psychiatrist. *Dis Nerv Syst* 1961;22:6979.
289. Spiessl H, Cording C. Collaboration of the general practitioner and the psychiatrist with the psychiatric hospital. A literature review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68:206-15.
290. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-93.
291. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
292. Aichberger M, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination. An update for the years 2002 to 2006. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2006.
293. Pickenhagen A, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2002.