

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ»**

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ:

ΜΙΧΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΕΛΕΝΗ ΜΑΣΤΟΡΑ

ΜΑΡΙΝΑ ΜΥΤΙΛΗΝΑΙΟΥ

ΜΙΧΑΕΛΑ ΠΑΠΑΤΟΥΚΑΚΗ

ΑΝΤΩΝΙΑ ΧΑΡΚΙΟΛΑΚΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2021

ΔΗΛΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ

Copyright@ 2021 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, Ελληνικό

Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

<https://sw.hmu.gr/>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. (Χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές) αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων Ελένης Μάστορα, Μυτιληναίου Μαρίνας, Παπατουκάκη Μιχαέλας και Χαρκιολάκη Αντωνίας, της επιβλέπουσας καθηγήτριας Μιχελή Αικατερίνης και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου όπου και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Μάστορα Ελένη, Μυτιληναίου Μαρίνα, Παπατουκάκη Μιχαέλα και Χαρκιολάκη Αντωνία

Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

«ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ»

Είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Από τα αρχαία χρόνια έως και την σημερινή εποχή, οι απόψεις γύρω από τις ψυχικές διαταραχές, αλλά και τους ψυχικά ασθενείς ποικίλουν. Σε παλαιότερες εποχές πιστεύονταν πως όσοι πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, είναι «δαιμονισμένοι» και ότι δεν είναι εφικτό να ζουν υπό φυσιολογικές συνθήκες συγκριτικά με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Αυτό, έφερνε σαν αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση των ασθενών, αλλά και την άμεση απομάκρυνσή τους από την καθημερινότητα των υπολοίπων θέτοντας τα δικαιώματά τους σε καταστολή. Σήμερα, αν και οι ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζονται διαφορετικά καθότι έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα ο τομέας της ψυχιατρικής, είναι φανερό ότι συνεχίζουν να υπάρχουν στερεότυπα και προκαταλήψεις γύρω από τις ψυχικές διαταραχές, αλλά και τα άτομα που πάσχουν από αυτές θέτοντας έτσι τον εσωτερικό τους κόσμο σε σύγκρουση. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται να δοθεί όσο το δυνατόν περισσότερο, η εικόνα των ψυχικά ασθενών, πως αισθάνονται οι ίδιοι, αλλά και πως το στίγμα της κοινωνίας τους στην αυτοεκτίμησή τους μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Σκοπός: Σκοπός της πτυχιακής έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και το στίγμα των ψυχικά ασθενών.

Μεθοδολογία: Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένη συνέντευξη με ερωτηματολόγιο η οποία απευθυνόταν σε δείγμα 100 ατόμων στις πόλεις της Αθήνας και του Ηρακλείου και συγκεκριμένα στις κλινικές «Ευαγγελισμός», «Δρομοκαΐτειο» και «Άγιος Χαράλαμπος». Από την Αθήνα το δείγμα ήταν 50 άτομα και από την Κρήτη άλλα 50.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συγκεντρώθηκαν 78 ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Από τις απαντήσεις των ατόμων προέκυψε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων ήταν τα 47 έτη εκ των οποίων οι περισσότερες ήταν γυναίκες. Ένα

μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει ικανοποιητική προς υψηλή αυτοεκτίμηση ενώ όσα άτομα στιγματίζονται περισσότερο είναι άνεργα ή οικονομικά αδύναμα. Αυξημένο αυτο-στίγμα (74,4%) συνεπάγεται χαμηλή αυτοεκτίμηση (20,5%). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι επηρεάζεται επιπρόσθετα από τη χαμηλή οικονομική κατάσταση και τη χαμηλή κατάσταση εργασίας.

Συμπεράσματα: Όσο πιο οικονομικά αδύναμα είναι τα άτομα, τόσο περισσότερο στιγματίζονται.

Προτάσεις: Η εκπαίδευση και η εξοικείωση της κοινωνίας με την ψυχική διαταραχή θα συντελούσε στην μείωση του στίγματος που δέχεται ο ψυχικά ασθενής. Οι οικογένειες επίσης των ασθενών, χρειάζονται το ίδιο έτσι ώστε να μπορούν να κατανοήσουν την ψυχική διαταραχή και να αποκτήσουν τις ικανότητες ώστε να λειτουργούν υποστηρικτικά χωρίς να υποδαυλίζουν συγκρούσεις. Στη συνέχεια, κατάλληλα τμήματα ομαδικής ψυχοθεραπείας για τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την καταπολέμηση προκαταλήψεων έναντι κάποιων ομάδων ασθενών καθώς και για την δική τους βελτίωση. Επίσης, αξιολόγηση ασθενών μέσω συζήτησης και δραστηριοτήτων με σκοπό την κατανόηση των συναισθημάτων και του ψυχικού τους κόσμου καθώς και κλινικών και ιδρυμάτων ψυχικής υγείας με σκοπό να γίνουν αντιληπτές οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων, αλλά και η ιατρική/θεραπευτική περίθαλψη που δέχονται. Τέλος, σχολικά προγράμματα με κοινωνικό και επιμορφωτικό χαρακτήρα σχετιζόμενα με τα διάφορα ζητήματα που διαδραματίζονται σε κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική ασθένεια, ψυχικά ασθενείς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, στίγμα, προκαταλήψεις, περιθωριοποίηση, ανεργία, παρεμβάσεις.

ABSTRACT

Introduction: From ancient times the views on mental disorders, as well as the mentally ill vary. In ancient times it was believed that those who suffer from mental disorders are "demonized" and that it is not possible to live under normal conditions compared to other people. This resulted in the marginalization of patients and the suppression of their rights. Today, although mental illnesses are treated differently as the field of psychiatry is highly developed, it is clear that there are still stereotypes and prejudices around mental disorders, but also those who suffer from them, thus putting their inner world in conflict. In the present work, an attempt is made to give as much as possible the image of the mentally ill, how they feel, but also how the stigma of society affects them in their self-esteem.

Purpose: The purpose of the research is to investigate the relationship between self-esteem and the stigma of the mentally ill.

Methodology: The research used a structured interview with a questionnaire which was addressed to a sample of 100 people in the cities of Athens and Heraklion and specifically in the clinics "Evangelismos", "Dromokaitio" and "Agios Charalambos". From Athens the sample was 50 people and from Crete another 50.

Results: The study included 78 patients who completed the questionnaire. The responses of the individuals showed that the average age of the respondents was 47 years, most of whom were women. A large percentage of participants have satisfactory to high self-esteem while those who are most stigmatized are unemployed or financially weak. Increased self-stigma (74.4%) implies low self-esteem (20.5%). The multifactorial analysis showed that spontaneity is additionally affected by low financial status and low working status.

Conclusions: The more financially and labor-poor people are, the more they report self-stigma.

Suggestions: Education and familiarization of society with the mental disorder would help to reduce the stigma received by the mentally ill. Patients' families also need the same so that they can understand the mental disorder and acquire the skills to function supportively without inciting conflict. Then, appropriate group psychotherapy departments for health professionals to combat prejudice against certain groups of patients as well as for their own improvement. Also, evaluation of patients through discussion and activities to understand their emotions and mental world as well as clinics and mental health institutions in order to understand the living conditions of individuals, but also the medical therapeutic care they receive. Finally, school programs with a social and educational character related to the various issues that take place at social and community level.

Key words: mental illness, mentally ill, low self-esteem, stigma, prejudices, marginalization, unemployment, interventions.

Contents

| | |
|--|------------|
| ΔΗΛΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ..... | 2 |
| ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ..... | 3 |
| ΔΗΛΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ..... | 2 |
| ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ..... | 3 |
| Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Μάστορα Ελένη, Μυτιληναίου Μαρίνα, Παπατουκάκη Μιχαέλα και Χαρκιολάκη Αντωνία..... | 3 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 4 |
| ABSTRACT..... | 6 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 10 |
| Α΄ ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ..... | 12 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:..... | 12 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:..... | 28 |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ..... | 28 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:..... | 70 |
| ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ..... | 70 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:..... | 75 |
| 4.1 Οι παρεμβάσεις μείωσης του στίγματος και η κοινωνική εργασία..... | 75 |
| 4.2 Οι παρεμβάσεις με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας..... | 80 |
| Β΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ..... | 86 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:..... | 86 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 86 |
| Σχεδιασμός μελέτης..... | 86 |
| Πληθυσμός..... | 87 |
| Τεχνικές συλλογής δεδομένων..... | 87 |
| Κώδικας Δεοντολογίας..... | 89 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 104 |

| | |
|--|------------|
| ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 104 |
| ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 108 |
| Παράρτημα | |
| Α..... | 114 |
| Παράρτημα Β..... | 115 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τα παλαιότερα χρόνια, υπήρχε η τάση να δημιουργούνται κοινωνικές ομάδες και πολιτισμοί ανάλογα τα χαρακτηριστικά τους, είτε αυτά ήταν η καταγωγή, το χρώμα ή οι κοινωνικές συμπεριφορές και συνήθειες. Όσο περνούσαν οι αιώνες και οι άνθρωποι ζούσαν μαζί -όπως έλεγε και ο Αριστοτέλης ο άνθρωπος είναι ένα «ζώον πολιτικόν- », δημιουργήθηκε η ανάγκη για δημιουργία νόμων και κανόνων για την καλύτερη συνύπαρξή τους και την δημιουργία κράτους. Παρόλα αυτά, δεν έλειψαν οι πόλεμοι διαφορετικών κρατών και χωρών αφού επεδίωκαν γεωγραφική επέκταση και οικονομικά συμφέροντα. Όλοι αυτοί οι πόλεμοι και οι συγκρούσεις μεταξύ διαφορετικών λαών και πολιτισμών, έφερε πολλές δυσχερείς συνθήκες για τα άτομα όπως ήταν η οικονομική αδυναμία, οι πολλές απώλειες και οι καταστροφές. Όλα αυτά, έφεραν προβλήματα όχι μόνο στην σωματική υγεία των ανθρώπων, αλλά και στην ψυχική. Όπως έλεγαν άλλωστε και οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι «η σωματική υγεία εξαρτάται άμεσα από την ψυχική».

Έτσι λοιπόν, οι δύσκολες συνθήκες που βίωναν τα άτομα, έφερε και τα προβλήματα στην ψυχική τους υγεία. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πότε ακριβώς ανακαλύφθηκε ο τομέας της ψυχιατρικής, αλλά ο πρώτος που μίλησε για την ψυχική υγεία των ατόμων ήταν ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) στην αρχαία Ελλάδα ο οποίος πίστευε ότι ο εγκέφαλος είναι ένα όργανο του σκέπτεσθαι, αλλά και αιτία όλων των νόσων του κρανίου.

Το ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία των ατόμων, άρχισε να αναπτύσσεται στο πέρασμα των αιώνων, όταν πολλοί άνθρωποι έτειναν να «αποκλίνουν» από τους αποδεκτούς κανόνες συμπεριφοράς που έθεταν οι άνθρωποι στις κοινωνίες που δημιουργούσαν εξαιτίας των ψυχικών διαταραχών που ενδεχομένως είχαν. Οι ψυχικά ασθενείς περιθωριοποιούνταν από τους υπολοίπους, σε πολλά κράτη μάλιστα θεωρούσαν πως είχε «μπει ο Διάβολος μέσα τους» και ζούσαν σε τραγικές συνθήκες.

Αυτό, έφερνε σαν αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό των ασθενών, την εγκατάλειψή τους για ζωή, την ανικανότητά τους για λήψη αποφάσεων και την δυσκολία τους σε εύρεση εργασίας.

Για πολλούς αιώνες, οι ψυχικά ασθενείς ζούσαν απομονωμένοι, βρίσκονταν κλεισμένοι σε απάνθρωπα ιδρύματα (ένα παράδειγμα εδώ ήταν η ψυχιατρική κλινική της Λέρου) και καταπατούνταν τα ανθρώπινα δικαιώματα που είχαν. Οι άνθρωποι

που έπασχαν από ψυχικές νόσους αισθάνονταν άσχημα για τον εαυτό τους και έχαναν κάθε πίστη που είχαν στους ίδιους με αποτέλεσμα την χαμηλή τους αυτοεκτίμηση αφού στιγματίζονταν από τον περίγυρο και αντιμετώπιζονταν καχύποπτα και κυνικά.

Τα τελευταία χρόνια επαγγέλματα όπως της Κοινωνικής Εργασίας και της Ψυχολογίας, αποτελούν δίαυλο για την καλύτερη κατανόηση των ψυχικά ασθενών και την αντιμετώπισή τους όχι μόνο ως «άρρωστοι» σωματικά, αλλά και ψυχικά έτσι ώστε τα άτομα που πάσχουν από την οποιαδήποτε ψυχική νόσο, να αντιμετωπίζονται πλέον σαν άνθρωποι και να γίνονται κατανοητές οι ανάγκες που μπορεί να έχουν οι ίδιοι φέρνοντας έτσι σαν αποτέλεσμα την ενδυνάμωσή τους και συνεισφέροντας στην ομαλή επανένταξή τους στην κοινωνία με ίσα και ίδια δικαιώματα με τους υπολοίπους.

«Νόσος ψυχής το των αδυνάτων εράν».

(Ψυχική νόσος είναι να επιδιώκεις τα αδύνατα.) -Βίας ο Πριηνεύς, 625-540 π.Χ., εκ των 7 σοφών της αρχαίας Ελλάδας.

Α' ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1 Έννοιες / ορισμοί ψυχικής υγείας και ασθένειας

Το ζήτημα της ψυχικής υγείας του ανθρώπου είναι διαχρονικό με παγκόσμιο χαρακτήρα, που απασχόλησε τόσο τους πνευματικούς όσο και τους αρχαίους. Η εντατική ενασχόληση με την υγεία της ψυχής είχε ως αφετηρία τις απόψεις του μεγάλου φιλοσόφου Πλάτων. Ο ίδιος, διατηρώντας την άποψη ότι η ψυχή απαρτίζεται από τρία μέρη, προέβη στην τριχοτόμηση αυτής και έτσι προέκυψαν: το λογιστικό, το θυμοειδές και το επιθυμητικό. Το λογιστικό είναι εκείνο που σχετίζεται με την πνευματικότητα ενώ το θυμοειδές είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την φιλοδοξία και τα συναισθήματα, σε αντίθεση με το επιθυμητικό που αφορά τις επιθυμίες, τις ορμές και τείνει προς την ικανοποίηση αυτών.

Για την διατήρηση της αρμονίας και κατ' επέκταση της ψυχικής υγείας, τα τρία αυτά μέρη είναι αναγκαίο να συνεργάζονται. Αυτό σημαίνει πως το λογιστικό, πρέπει να κατέχει εξουσιαστικό και κυβερνητικό χαρακτήρα εφόσον διαθέτει την σοφία και την δυνατότητα της αντικειμενικής αξιολόγησης των συνθηκών, το θυμοειδές να προσφέρει αρωγή σε αυτήν την διαδικασία μέσω του θάρρους για την εξασφάλιση της δύναμης για βούληση.

Τέλος, το επιθυμητικό επιβάλλεται να ελέγχεται, ώστε να μην επιδιώκεται κάτι περισσότερο πέρα από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών (Πλάτων, 374 π.Χ.). Την ίδια λογική ακολούθησε και ο Sigmund Freud, όπου διαίρεσε την ψυχή σε τρία βασικά συστήματα. Στο Εγώ, το Υπερεγώ και στο Αυτό. Το αυτό είναι το πρωταρχικό στοιχείο της προσωπικότητας του ατόμου, που σχετίζεται με την ικανοποίηση χωρίς να λαμβάνει υπόψη τους ηθικούς κανόνες. Είναι δηλαδή, μη λογικό με ασυνείδητο περιεχόμενο. Εν αντιθέσει το εγώ είναι το λογικό μέρος της προσωπικότητας, κατέχοντας διαμεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στις ενστικτώδεις παρορμήσεις και στην πραγματικότητα. Λειτουργεί με βάση την αρχή της πραγματικότητας δίχως να στηρίζεται στην αρχή της ευχαρίστησης. Το υπερεγώ κάνει ένα διαρκή αγώνα για την εκπλήρωση της τελειότητας, χωρίς να στηρίζεται στο πραγματικό αλλά στο ιδεώδες. Στην προαναφερθείσα περίπτωση, τα δομικά στοιχεία

του συστήματος δεν συγκρούονται μεταξύ τους αλλά συνεργάζονται ώστε να πετύχουν την αρμονία. Μάλιστα, το εγώ ως το εκτελεστικό μέρος της συγκράτησης της προσωπικότητας κατορθώνει την ομαλή συνύπαρξη τόσο του εξωτερικού κόσμου όσο τις τάσεις του αυτό αλλά και του υπερεγώ (Freud,1923).

Η διαχρονικότητα της ψυχικής υγείας, λοιπόν, είναι ορατή. Στις μέρες μας αποτελεί φλέγον ζήτημα και έχει απασχολήσει έντονα την επιστημονική κοινότητα. Όπως έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση ευεξίας όπου το άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον και όχι απλά η απουσία του προβλήματος ή μιας 'διαταραχής'. Ουσιαστικά, η υγεία είναι κάτι περισσότερο από την ασθένεια. Η κινητήριος δύναμη για ευημερία, εξέλιξη, ανεξαρτησία.

Σε αυτό το σημείο, είναι άξιο λόγου η ιεράρχηση των αναγκών του ατόμου. Ο Maslow, Αμερικανός ψυχολόγος και γνωστός για το έργο του χώρισε τις ανθρώπινες ανάγκες σε πέντε στάδια, δημιουργώντας μια πυραμίδα. Βασισμένη, λοιπόν, στην θεωρία της εξελικτικής ψυχολογίας στην βάση καταγράφονται οι θεμελιώδεις ανάγκες που χωρίς την εκπλήρωση αυτών δεν μπορεί κάποιος να προχωρήσει στα επόμενα. Στο δεύτερο, υπάρχει η ασφάλεια και η σταθερότητα ενώ στο τρίτο η ανάγκη του «ανήκειν». Να ανήκεις κάπου, να είσαι μέρος μιας ομάδας, να αγαπάς και ταυτόχρονα να σε αγαπούν. Επιτυγχάνοντας αυτό, υπάρχει η δυνατότητα ανέλιξης και η πορεία προς το τέταρτο στάδιο της αυτοεκτίμησης.

Ως τελευταίο είναι η αυτοπραγμάτωση, που σύμφωνα με τον Maslow, λίγοι είναι αυτοί που φτάνουν ως εκεί. Όμως ένας άνθρωπος θεωρείται υγιής όταν έχει αυτοεκτίμηση, την υποκειμενική άποψη του ατόμου για τον ίδιο του τον εαυτό. Η έννοιας της αυτοεκπλήρωσης είναι σημαντική και συνδεδεμένη με την αυτοεκτίμηση καθώς αντικατοπτρίζεται η προσπάθεια που καταβάλει ένα ον για την κατάκτηση όσων θέλει να διεκδικήσει έχοντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω του. Σύμφωνα με τον Freud ένας υγιής άνθρωπος πρέπει να έχει την δυνατότητα να αγαπά και να εργάζεται. Με αυτό θίγονται δυο πολύ σημαντικοί παράγοντες. Ο ένας που αφορά την απασχόληση, την παραγωγικότητα και την δημιουργικότητα, όπου είναι καθοριστική για αυτοεκτίμηση του ίδιου του ατόμου και την ικανοποίηση που λαμβάνει μέσα από τα επιτεύγματα και ο άλλος παράγοντας που αφορά τα συναισθήματα. Άλλη μια σπουδαία ανθρώπινη πτυχή.

ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Στην αντίπερα όχθη βρίσκεται η ψυχική ασθένεια. Μία έννοια, η σχετικότητα της οποίας αντικατοπτρίζει την έλλειψη της αντικειμενικότητας επί του θέματος. Αυτή η δυσκολία προκύπτει από την αδυναμία να γίνει ακριβής περιγραφή όλου του φάσματος της ανθρώπινης ύπαρξης. Ο άνθρωπος είναι ένα πολυδιάστατο ον, όπου απαρτίζεται από το συναίσθημα, την λογική και γενικότερα όλες αυτές τις πτυχές που συγκροτούν την προσωπικότητα και τα ατομικά του χαρακτηριστικά. Για αυτό το κάθε άτομο είναι διαφορετικό και κατ' επέκταση ξεχωριστό. Έτσι, όταν γίνεται λόγος για ψυχική ασθένεια εννοείται η ύπαρξη διαταραχής στα προαναφερθέντα, όπου καθιστά συνήθως το άτομο μη λειτουργικό ή τουλάχιστον περιορίζει της δυνατότητες δημιουργικής απασχόλησης, βάλλεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα του πάσχοντα καθώς αλλάζει όχι μόνο η καθημερινότητα του, αλλά πολλές φορές οι σχέσεις που διατηρεί με τα περιβάλλοντα στα οποία ανήκει και δραστηριοποιείται (Παπαδημητρίου, 2019).

Από την αρχαιότητα κιόλας οι άνθρωποι προσπαθούν να ερμηνεύσουν και να θεραπεύσουν την μη φυσιολογική συμπεριφορά. Κατά την διάρκεια της προεπιστημονικής περιόδου, βασίζονταν στις θρησκευτικές πεποιθήσεις του κάθε πολιτισμού. Υποστηρίζονταν ότι η συμπεριφορά του κάθε ανθρώπου είναι ελεγχόμενη από τους θεούς, τα πνεύματα, τους δαίμονες και την μαγεία. Η κυριαρχία του υπερφυσικού ώθησε τον λαό να πιστεύει πως η μια φυσιολογική συμπεριφορά υπάρχει εφόσον έχει καταληφθεί από πνεύματα και για αυτό τον λόγο προέβαιναν σε εξορκισμούς, κινήγι μαγισσών και άλλες αντίστοιχες τελετές. Η επιστήμη της ψυχιατρικής ξεκίνησε στα τέλη του 1800 και ασχολήθηκε με την διάγνωση και την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, βασισμένη στα βιολογικά αίτια εμφάνισης.

Εκείνη τη χρονική περίοδο προέκυψε και η ψυχολογική θεώρηση όπου η επιστημονική κοινότητα υποστήριζαν ότι η μη φυσιολογική συμπεριφορά οφείλονταν σε προβλήματα σκέψης, μάθησης και αισθημάτων. Ενώ στα τέλη του 1890, αναπτύχθηκε η κλινική ψυχολογία που σε συνδυασμό με την ψυχιατρική κατέληξαν στα εξής μοντέλα ερμηνείας:

| ΜΟΝΤΕΛΟ | ΥΠΟΤΙΘΕΜΕΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ |
|-----------------------|--|
| Συμπεριφοριστικό | Λανθασμένες μαθησιακές εμπειρίες. |
| Βιολογικό | Βιομηχανικά, νευρολογικά, και γενετικά αίτια. |
| Γνωσιακό | Λανθασμένα σχήματα σκέψης και επίλυσης προβλημάτων. |
| Ανθρωπιστικό | Προβλήματα στην επιλογή, στην ατομική ευθύνη και στην προσωπική εξέλιξη. |
| Ψυχοδυναμικό | Εσωτερικές ψυχικές συγκρούσεις που εμπλέκουν τις ορμές, τα συναισθήματα και την προσωπικότητα. |
| Κοινωνικό-πολιτισμικό | Κοινωνικά προβλήματα όπως η διάκριση και η φτώχεια. |

Βέβαια, υπάρχουν πολλές συμπεριφορές που δεν είναι σαφώς φυσιολογικές ή μη φυσιολογικές αλλά αυτό εξαρτάται από τα όρια που θέτουμε εμείς οι ίδιοι. Υπάρχουν τέσσερις βασικοί ορισμοί για τη μη φυσιολογική συμπεριφορά:

a. Η μη φυσιολογική συμπεριφορά είναι μία στατιστική παρέκκλιση, που σημαίνει ότι είναι σπάνια ή ασυνήθης.

b. Η μη φυσιολογική συμπεριφορά είναι μια παραβίαση των κοινωνικών νορμών, δηλαδή των κανόνων συμπεριφοράς που έχει θέσει η εκάστοτε κοινωνία χωρίς αυτό να σημαίνει πάντοτε ότι αν μια συμπεριφορά ξεφύγει κρίνεται αναγκαστικά μη φυσιολογική.

c. Η μη φυσιολογική συμπεριφορά είναι δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, δηλαδή αποτελεί τροχοπέδη στην εκτέλεση και εκπλήρωση των καθημερινών ευθυνών και υποχρεώσεων του ατόμου.

d. Η μη φυσιολογική συμπεριφορά προκαλεί προσωπική δυστυχία, δηλαδή φόβο, τύψεις ή ντροπή. (Getzfeld, 2009)

Η μη φυσιολογική, λοιπόν, συμπεριφορά που συνδέεται με τον πόνο, τον θάνατο και την δυσλειτουργία είναι γνωστή ως ψυχική διαταραχή. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η ψυχική υγεία ορίζεται ως η κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας,

όπου το άτομο έχει την δυνατότητα να εργάζεται και γενικότερα να είναι παραγωγικό στα πλαίσια της κοινότητας στην οποία ζει και ταυτόχρονα όμως να λαμβάνει ικανοποίηση από αυτά που επιτυγχάνει διαφορετικά η αυτοεκτίμηση και η εικόνα που έχει σχηματίσει το ίδιο για τον εαυτό του ξεκινάνε να βάλονται με αποτέλεσμα την μείωση της αυτοπεποίθησης καθώς και της αυτοεκπλήρωσης, όπου μπορούν να οδηγήσουν σε κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής. Σύμφωνα με αυτό, γίνεται αντιληπτή η σημασία της αναγνώρισης της ατομικής αξίας που το κάθε άτομο έχει και ταυτοχρόνως η δημιουργία της αντικειμενικής εικόνας, που ανταποκρίνεται πλήρως στην πραγματικότητα.

Ωστόσο, αυτό το ζήτημα αντικατοπτρίζει τη δυσλειτουργία που υπάρχει στην κοινωνία αναφορικά με την στήριξη και την αποδοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων δεν έχει καταφέρει ακόμα και σήμερα να κατανοήσει τι πραγματικά εστί ψυχική διαταραχή και ποιες συνέπειες ενδέχεται να επιφέρει στο ίδιο το άτομο. Σε αυτό το σημείο, είναι αναγκαία και η αναφορά στο κράτος πρόνοιας που παρόλο που έχει κάνει άλματα προόδου συγκριτικά με τα παλαιότερα χρόνια, εξακολουθεί να έχει ελλείψεις σε προσωπικό, δομές και εξοπλισμό λόγω της ελλιπούς χρηματοδότησης. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό το γεγονός πως όλος αυτός ο συγκερασμός πραγμάτων συμβάλλει σημαντικά στην ήδη υπάρχουσα δυσκολία των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές. Όμως, δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι είναι άτομα που χρήζουν φροντίδας και θεραπείας, ένα πολύ καθοριστικό στάδιο για την διασφάλιση της αποκατάστασης τους που απαιτεί στήριξη και ενθάρρυνση. Επιπλέον, η σχετικότητα της έννοιας διαφέρει ανάλογα με τον χρόνο, την επιστήμη, τον πολιτισμό αλλά ακόμα και τον ίδιο τον άνθρωπο. (Δασκαλόπουλος)

1.2 Αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών

Με την πάροδο των χρόνων παρατηρούνται αλλαγές στην έννοια της ψυχικής ασθένειας και ως απόρροια αυτού προκύπτουν τροποποιήσεις στα αίτια εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, στην κλινική θεραπεία, στα μοντέλα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, στις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και στον τρόπο διαχείρισης σε ένα γενικότερο πλαίσιο. Πέρα από τον χρονικό παράγοντα

υπάρχουν και άλλοι όπως το πολιτισμικό πλαίσιο το οποίο αποτελεί ένα συγκερασμό ιδεών, θεσμών, αντιλήψεων, στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών καθώς και η αντίληψη του κάθε ατόμου (Dedille, 2018). Ο Wittkower, προσέφερε στην επιστημονική κοινότητα τον όρο της πολιτισμικής ψυχιατρικής που αναφέρεται στο πολιτισμικό περιβάλλον του πάσχοντα από κάποια ψυχική διαταραχή και τον ρόλο που διαδραματίζει (Wittkower, 1955).

Οι κοινωνικές και πολιτισμικές επιδράσεις που δέχονται τα άτομα δεν είναι οι μοναδικοί παράγοντες για την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά φυσικά είναι βαρύνουσας σημασίας καθώς με γνώμονα αυτούς του δυο διαμορφώνονται οι ορισμοί για τις ψυχικές διαταραχές ανά τον κόσμο, βασισμένες στις αντιλήψεις που κυριαρχούν σε κάθε κοινωνία εντός της οποίας αναδύεται ο ορισμός του κανονικού και του μη κανονικού για τον κάθε λαό και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού. Αυτό δεν αναιρεί την οικουμενικότητα των διαταραχών όσον αφορά την αιτιολογία και τον τρόπο εκδήλωσής τους απλά γίνεται λόγος για την διαφορετική προσέγγιση, την διάγνωση, την θεραπεία, την παροχή των υπηρεσιών καθώς και την αντιμετώπιση αυτών τόσο από το κοινοτικό και οικογενειακό τους περιβάλλον αλλά και από τα ίδια τα άτομα εξαιτίας την πολιτισμικής τους ταυτότητας, η οποία επηρεάζει τα προαναφερθέντα. Ωστόσο, η επίδραση της κουλτούρας στην ψυχοπαθολογία γίνεται αντιληπτή από την άποψη που κυριαρχεί ότι τα φαινόμενα εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών διαφέρουν από τον έναν πολιτισμό σε κάποιο άλλο. Άποψη που έκανε αισθητή την παρουσία της παραπάνω από 200 χρόνια, τότε που η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών στηρίζονταν στην ύπαρξη κακών πνευμάτων. (Τριανταφυλλούδης)

Οι ψυχικές διαταραχές έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία παρόλο που υπάρχει η πεποίθηση ότι η αιτία δεν είναι γνωστή αλλά βασίζεται σε διάφορες αντιλήψεις. Αισθητή την παρουσία τους κάνουν δυο βασικές κατηγορίες. Η μια εκ των οποίων αναφέρεται στις βιολογικές θεωρίες και η άλλη στις ψυχολογικές. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να παραμερίζεται ο κοινωνικός παράγοντας καθώς διαδραματίζει ρόλο βαρύνουσας σημασίας (Γιαννακόπουλος) . Ο Ιπποκράτης, Αρχαίος Έλληνας ιατρός και θεμελιωτής της ορθολογιστικής ιατρικής κατάφερε να απαλλάξει την ιατρική επιστήμη από τις προκαταλήψεις, τα μεταφυσικά και άγνωστα φαινόμενα, τα κακά πνεύματα προσφέροντας μεγάλο έργο και κατορθώνοντας να ασκήσει επιρροή.

Το βιοιατρικό μοντέλο επικεντρώνεται στην σωματική διάσταση και στους βιολογικούς παράγοντες χωρίς να δίνει βάση στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που επιδρούν στην εμφάνιση και κατά συνέπεια στην εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών, χωρίς αυτό να θέτει υπό αμφισβήτηση την συμβολή της στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης.

Η αδυναμία της ιατρικής να αντιμετωπίσει τον άνθρωπο ως 'όλον', άσκησε σημαντική επίδραση στην υπονόμηση στους υπόλοιπους συντελεστές της υγείας, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας και της ασθένειας, που δεν είναι άλλοι από τους κοινωνικούς και τους βιολογικούς. Σύμφωνα με το προαναφερθέν μοντέλο, όλες οι ασθένειες είναι 'ψυχοσωματικές', υπερτονίζοντας την αέναη και άρρηκτα συνδεδεμένη σχέση του σώματος με την ψυχή (Πουλή , 2017). Με αυτόν τον τρόπο λαμβάνονται και άλλες προεκτάσεις καθώς μας παραπέμπει στον ορισμό που έχει θεμελιώσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όπου η υγεία δεν συμβολίζει μονάχα την ανυπαρξία ασθένειας αλλά την πλήρη ευεξία και την λειτουργικότητα του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του. Ασπάζεται, λοιπόν, τόσο τους βιολογικούς παράγοντες του κάθε ατόμου δίνοντας έμφαση στην γενετική βάση και στην προδιάθεση για εμφάνιση ψυχικών διαταραχών που ενδέχεται να υπάρχει σε συνδυασμό με τους περιβαλλοντικούς διότι ακόμα και η αφορμή για εκδήλωση αν υπάρχει, δεν είναι από μόνη της ικανή και καθοριστικής σημασίας. Είναι αναγκαία και η επίδραση εξωτερικών συντελεστών, όπως οι ανθρώπινες εμπειρίες και ιδίως εκείνες που έχουν αποκτηθεί από την παιδική ηλικία.

Βαρύνουσας σημασίας είναι η ύπαρξη αιτιοκρατικής σχέσης ανάμεσα στην παιδική ηλικία και τις εμπειρίες του παρελθόντος με την τωρινή κατάσταση της ψυχικής υγείας. Αυτό συμβαίνει καθώς τα βιώματα της παιδικής ηλικίας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου και συνάμα της εικόνας που διαθέτει για τον ίδιο του τον εαυτό (Σταλίκας, 2011) . Η αυτοεικόνα διακρίνεται σε θετική και αρνητική. Η πρώτη αφορά την αναγνώριση τα δυνατά και αδύναμα σημεία του, δίχως να επικεντρώνεται στην άποψη που ενδέχεται να διαθέτουν οι υπόλοιποι, αντιθέτως η αρνητική υπάρχει όταν το άτομο λαμβάνει υπόψη την γνώμη των άλλων, ιδίως όταν μειονεκτεί έναντι ατόμων και εκ παραλλήλου όταν η ιδανική εικόνα, αυτό που ουσιαστικά επιθυμεί να γίνει, αποκλίνει από την πραγματικότητα και την ήδη υπάρχουσα εικόνα. (Παπάνης, 2011) .Υπάρχει συνεπώς μεγαλύτερη ευαλωτότητα στις ψυχικές διαταραχές και στο άγος. Προκύπτει, λοιπόν, η αναγκαιότητα για την ύπαρξη αυτογνωσίας (γνώθι

σαυτόν). Δηλαδή, ο καθένας να γνωρίζει τον εαυτό του και τις εκφάνσεις αυτού, αφού αρκετές φορές η συγκεκριμένη αποτελεί διαγνωστικό και θεραπευτικό εργαλείο.

Η ανθρώπινη συμπεριφορά θεμελιώνεται στις εμπειρίες είτε πρόκειται για πραγματικές είτε για φανταστικές και με αυτόν τον τρόπο καλλιεργείται και ο χαρακτήρας. Για αυτό τον λόγο όσο πιο ομαλά είναι τα στάδια της ηλικίας ενός παιδιού τόσο πιο ισορροπημένη θα είναι και η μελλοντική ψυχική υγεία του. Έτσι, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο περιλαμβάνει την ολιστική αντιμετώπιση και θεωρεί το άτομο ως ολότητα και μέλος και άλλων συστημάτων που ασκούν επίδραση σε αυτό.

1.3 Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών.

Βασικό εργαλείο στην ψυχοπαθολογία και συγκεκριμένα για την επίτευξη μιας ακριβούς διάγνωσης είναι η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Ουσιαστικά, με αυτό τον τρόπο πραγματοποιείται η ομαδοποίησή τους, βασισμένη στα κοινά χαρακτηριστικά που διαθέτουν με γνώμονα το συναίσθημα, τις γνωστικές και αντιληπτικές ικανότητες. Παρά τον προβληματισμό για την παρουσία ετικετών στους ανθρώπους με βάση την ψυχική τους υγεία, οι προσπάθειες για την εμφάνιση ταξινομικών συστημάτων πρωτοεμφανίστηκαν από την αρχαιότητα κιόλας. Η πρώτη καταγραφή του συνδρόμου της άνοιας χρονολογείται το 3000 π.Χ., ενώ το πρώτο σύστημα εμφανίστηκε στο αρχαίο ινδικό σύστημα ιατρικής στην Ayurveda. Στόχος των ταξινομικών συστημάτων είναι η πολυαξονική εκτίμηση του ατόμου με την αξιολόγηση των κοινωνικών, βιολογικών, περιβαλλοντικών συνθηκών, οι οποίες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητά του, καθώς και το κατά πόσο λειτουργικό ήταν το εκάστοτε άτομο στο πρόσφατο παρελθόν και πως είναι στο παρόν.

Αν δηλαδή, είναι παραγωγικό, δημιουργικό, υπάρχει η εργασιακή απασχόληση στην ζωή του ή ακόμα και οποιασδήποτε άλλης μορφής και πως το ίδιο λαμβάνει ικανοποίηση. Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη των συστημάτων ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών εφόσον μπορεί να επιτευχθεί η οργάνωση των διαθέσιμων πληροφοριών και κατ' επέκταση η επικοινωνία και η ομαλή συνεννόηση μεταξύ των επιστημόνων υγείας, αφού αποκτούν ένα κοινό

κώδικα επικοινωνίας. Επιπλέον, αυξάνεται η προβλεψιμότητα και με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η πρόγνωση για την εξέλιξη του κάθε συνδρόμου.

Το πρώτο επίσημο διαγνωστικό σύστημα εμφανίστηκε από Γάλλο ψυχίατρο που θεωρήθηκε συνάμα και ανθρωπιστής καθώς κατήργησε τις αλυσίδες από τα ψυχιατρικά άσυλα (Pinel, 1803). Ενώ, αργότερα, εμφανίστηκε ένα άλλο σύστημα το οποίο απαρτίζονταν από δεκατρείς διαταραχές(Kraepelin, 1899).

Αναφορικά με τις ψυχωσικές διαταραχές, ο όρος ψυχώσεις αναφέρεται στο σύνολο των διαταραχών με απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας που συνήθως συνοδεύεται με αποδιοργανωμένο λόγο, ψευδαισθήσεις, συναισθηματική άμβλυση και διαταραχή σκέψης (Νακόπουλος, 2018)

Θεωρείται «γενικός όρος» κάποιας ψυχιατρικής κατάστασης και μπορεί να συναντηθεί σε ποικίλες ιατρικές παθήσεις όπως:

- Σχιζοφρένεια
- Κατάθλιψη
- Διπολική διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Βραχύ ψυχωτικό επεισόδιο
- Παραληρητική διαταραχή
- Μετατραυματική διαταραχή
- Σπανίως σε ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Επιλόχειος Ψύχωση
- Ντελίριο – ιδίως ατόμων 3ης ηλικίας
- Νόσος Alzheimer
- Εγκεφαλικό επεισόδιο(Αρναούτογλου Ν.)

Διαταραχές της διάθεσης

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR υπάρχουν δυο τύποι διαταραχών της διάθεσης . Εκείνες που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά συμπτώματα και εκείνες που χαρακτηρίζονται από μανιακά επεισόδια (Διπολική Διαταραχή)

- Καταθλιπτικές Διαταραχές: Ένα από τα κύρια κριτήρια των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η έλλειψη ευχαρίστησης των ατόμων με δραστηριότητες που παλαιότερα θα τους προσέφεραν ικανοποίηση.

Η βαθιά θλίψη που τους διακατέχει τους στερεί την ικανότητα να είναι δραστήριοι. Αντιθέτως, συνήθως νιώθουν εξαντλημένοι, δεν λαμβάνουν πρωτοβουλίες και επικεντρώνεται στα ελαττώματα και όχι στα προτερήματά τους . Αυτή η στάση που υιοθετούν τους κάνει να βλέπουν τα πράγματα από μια αρνητική οπτική και τείνουν να χάνουν τόσο την αισιοδοξία, όσο και την ελπίδα τους. Ο συγγραφέας William Styron (1992) έγραψε για την κατάθλιψή του : «όπως κάθε άλλος άνθρωπος, πάντοτε είχα στιγμές στις οποίες ένιωθα βαθιά θλίψη , αλλά αυτό ήταν εντελώς καινούργιο βίωμα : μια απελπιστική, αμετάβλητη παράλυση τους πνεύματος, η οποία ξεπερνούσε οτιδήποτε είχα ποτέ γνωρίσει ή φανταστεί ότι μπορεί να υπάρξει». Συνηθισμένα είναι και τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως οι πόνοι, οι ενοχλήσεις και η κόπωση. Σωματοποιούν, λοιπόν, την ψυχική συνθήκη που βιώνουν με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι πάσχουν από κάποιο σοβαρό ιατρικό ζήτημα. Επιπρόσθετα, υπάρχουν διαταραχές ύπνου με αυτό να σημαίνει ότι είτε κάνουν διακοπτόμενο ύπνο είτε ότι κοιμούνται κατά την διάρκεια της ημέρας. Πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον τέσσερα ακόμα συμπτώματα όπως είναι οι αλλαγές στον ύπνο, στην όρεξη και την προσοχή, τα συναισθήματα αναξιοτιμίας, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση.

- Μείζων καταθλιπτική διαταραχή: Η μείζονος Καταθλιπτική Διαταραχή αποκαλείται επεισοδιακή διαταραχής καθώς τα συμπτώματα εμφανίζονται για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά εξαφανίζονται. Για να πραγματοποιηθεί διάγνωση είναι αναγκαία η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης για τουλάχιστον δυο εβδομάδες. Αυτό σημαίνει ότι συμπεριλαμβάνεται η καταθλιπτική διάθεση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης που παλαιότερα προσέφεραν ικανοποίηση. Απαραίτητη κρίνεται η ύπαρξη θεραπευτικών μεθόδων, ώστε να ξεκινήσουν να αποχωρούν, διαφορετικά έχουν διάρκεια πέντε ή περισσότερους μήνες. Τα 2/3 των ατόμων που έχουν περάσει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θα βιώσουν τουλάχιστον άλλο ένα κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Solomon et. al. , 2000).

- Δυσθυμική Διαταραχή (Δυσθυμία): Τα άτομα που είναι πάσχοντα από την εν λόγω διαταραχή έχουν χρόνια μειωμένη διάθεση και ως εκ τούτου περιορισμένη ενεργητικότητα. Φυσικά, παρουσιάζουν τουλάχιστον δυο από τα υπόλοιπα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά δεν είναι αρκετά για να διαγνωσθεί με ΜΚΔ.
- Διπολικές Διαταραχές: Σύμφωνα με το DSM-IV-TR υπάρχουν τρεις τύποι διπολικών διαταραχών: Διπολική I Διαταραχή , Διπολική II και την κυκλοθυμική διαταραχή , αλλά η διαφοροποίηση μεταξύ αυτών είναι η βαρύτητα και η διάρκεια των μανιακών συμπτωμάτων. Οι συγκεκριμένες διαταραχές ονομάζονται Διπολικές επειδή κάποιος που βιώνει συμπτώματα μανίας και η κατάθλιψη θεωρούνται δυο διαφορετικοί πόλοι. Η μανία χαρακτηρίζεται από μια κοινωνικότητα άνευ ορίων, που οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές δίχως να μπορεί να το κατανοήσει .
 - Διπολική I Διαταραχή: Περιλαμβάνουν ένα μοναδικό μανιακό επεισόδιο ή ένα μοναδικό μεικτό επεισόδιο. Ένα άτομο που είναι διαγνωσμένο με Διπολική I Διαταραχή ενδέχεται να εμφανίσει συμπτώματα μανίας ή και όχι .
 - Διπολική II Διαταραχή: Για να διαγνωσθεί ένα άτομο με Διπολική II Διαταραχή, πρέπει να έχει βιώσει τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα υπομανιακό.
 - Κυκλοθυμική Διαταραχή: Στην περίπτωση της κυκλοθυμικής διαταραχής το άτομο έχει συχνά άλλα ήπια συμπτώματα που εναλλάσσονται με ήπια συμπτώματα μανίας. Υπάρχουν δηλαδή «σκαμπανεβάσματα» στη διάθεση.

Η θεωρία του Beck :

Η σημαντικότερη γνωστική θεωρία για την κατάθλιψη είναι εκείνη του Aaron Beck (1967). Σύμφωνα με τον Beck οι άνθρωποι πάσχουν από κατάθλιψη, διότι σκέφτονται με αρνητικό τρόπο. Μάλιστα , ο ίδιος πρότεινε ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την αρνητική τριάδα: Αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό , τον κόσμο και το μέλλον . Οι αρνητικές σκέψεις που κάνουν οι άνθρωποι βασίζονται στα σχήματα που τα άτομα

έχουν αναπτύξει κατά την παιδική ηλικία. Η τάση να βλέπουν τον κόσμο από ένα αρνητικό οπτικό πρίσμα. Ουσιαστικά, είναι ένα σύνολο πεποιθήσεων που λειτουργούν χωρίς επίγνωση. Μέσω της εν λόγω προσέγγισης των καταστάσεων υπάρχει πιθανότητα να προκληθούν γνωστικές στρεβλώσεις, που σημαίνει ότι το άτομο επεξεργάζεται τις πληροφορίες με συγκεκριμένους αρνητικούς τρόπους (Kendall & Ingram , 1989) .

Σύμφωνα με τον Beck , υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης γνωστικών σφαλμάτων :

- Αυθαίρετα συμπεράσματα: Όταν ένα άτομο καταλήγει σε κάποιο συμπέρασμα, χωρίς την ύπαρξη επαρκών στοιχείων .
- Επιλεκτική αφαίρεση: Όταν ένα άτομο βγάζει συμπεράσματα, εστιάζοντας την προσοχή του σε ένα στοιχείο, ενώ παραλείπει τα υπόλοιπα .
- Υπεργενίκευση: Η κατάληξη σε ένα συμπέρασμα που έχει δημιουργηθεί με βάση ένα μεμονωμένο γεγονός .

Διαταραχές άγχους

Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων ανά διαστήματα, αισθάνονται άγχος. Αυτό θεωρείται μια φυσιολογική αντίδραση όταν δεν επηρεάζεται η καθημερινή ρουτίνα. Παρόλο που υπάρχουν κάποιες κατηγορίες κοινό σύμπτωμα είναι η ύπαρξη του άγχους. Όταν τα άτομα βρίσκονται σε κατάσταση άγχους αισθάνονται ένταση και φόβο, όπου συνοδεύονται και με άλλα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα, λόγω χάριν, εφίδρωση, παχυσαρκία, αίσθημα αδιαθεσία κ.α .

Οι νευροδιαβιβαστές είναι ορμόνες και χημικές ουσίες που εκκρίνει ο εγκέφαλος, οι οποίες προκαλούν σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα του άγχους .

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν διαταραχές της διάθεσης με κοινό σύμπτωμα το παθολογικό άγχος καθώς και άλλα με βάση τα οποία διαχωρίζονται σε διάφορους τύπους.

Βασικοί τύποι :

- 1) Ειδική φοβία: Το άτομο φοβάται αντικείμενα ή συνθήκες , σε σημείο που δεν αντιστοιχεί στον πραγματικό κίνδυνο.
- 2) Κοινωνική φοβία: Το άτομο φοβάται άγνωστα άτομα ή ότι θα υποστεί εξουχιστικό έλεγχο από τους άλλους .

- 3) Διαταραχή πανικού: Άγχος για επαναλαμβανόμενες προσβολές πανικού. Μερικές φορές συνοδεύεται από αγοραφοβία, δηλαδή από τον φόβο να βρεθεί κανείς σε μέρη, όπου θα μπορούσαν να προκύψουν προσβολές πανικού.
- 4) Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή: Ανεξέλεγκτη ανησυχία που διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες .
- 5) Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική διαταραχή: Οι ψυχαναγκασμοί είναι ανεξέλεγκτες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες ενώ οι καταναγκασμοί επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις .
- 6) Διαταραχή μετατραυματικού στρες: Προκαλείται από ένα σοβαρό ατύχημα – επεισόδιο που έθεσε την ζωή κάποιου σε κίνδυνο (Kring et al , 2010).

1.4 Η διαχρονικότητα της ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία πέρα από δικαίωμα του κάθε ατόμου αποτελεί και ύψιστο αγαθό. Συνεπάγεται με την ευεξία και ως απόρροια την λειτουργικότητά του μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας, όπου ανήκει ο καθένας. Η απόκλιση αυτής είναι η ψυχική διαταραχή, τα ποσοστά της οποίας έχουν σημειώσει ανοδική πορεία τα τελευταία χρόνια με τα προβλήματα να αυξάνονται όλο ένα και περισσότερο και οι δυσκολίες τόσο σε οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο να γίνονται ακόμα μεγαλύτερες. Η συσχέτιση των ψυχικών διαταραχών με τις συνθήκες που εκτυλίσσονται εντός των κοινωνικών πλαισίων έχει καθοριστική σημασία. Είναι άξιο λόγου το γεγονός, ότι το άτομο πρέπει να κατέχει την δυνατότητα προσαρμογής σε ανεπιθύμητες καταστάσεις με απώτερο στόχο την επίλυση αυτών ή ακόμα και την διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας. Φυσικά αυτό δεν συμβαίνει πάντοτε γιατί η κάθε δυσκολία ελλοχεύει παράγοντες επικινδυνότητας σε διαφορετικό βαθμό.

Η ικανότητα διαχείρισης τόσο των αντίξοων συνθηκών όσο και των καθημερινών καταστάσεων συμβολίζει την ψυχική ανθεκτικότητα. Μια δυναμική διαδικασία, διαρκώς μεταβαλλόμενη καθώς δεν αποτελεί μόνιμο χαρακτηριστικό του καθενός αλλά επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον στο οποίο ανήκει κάποιος και ταυτόχρονα οι συγκυρίες της εκάστοτε περιόδου. Αυτή η στάση συνήθως λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στην έκθεση ανεπιθύμητων γεγονότων, προστατεύοντας το άτομο από το παρατεταμένο άγχος και

την μείωση της θετικής προσαρμογής. Εν αντιθέσει, με τους παράγοντες επικινδυνότητας οι οποίοι ορίζονται ως οι συνθήκες, οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων σε διάφορους τομείς ανάπτυξης και προσαρμογής των ατόμων (Durlak, 1995). Οι εν λόγω παράγοντες κάνουν αισθητή της παρουσία τους σε πολλά επίπεδα με σπουδαιότερο το κοινωνικό. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί πως προβλήματα συμπεριφοράς ή παραβατικότητα εντοπίζονται σε ένα διαταραγμένο περιβάλλον με αποτέλεσμα το άτομο να είναι επιρρεπές, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και ευελιξία καθώς και προσαρμοστικότητα.

Συνεπώς, η ψυχική ανθεκτικότητα δεν αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους, αλλά είναι επίκτητο εφόσον αποκτάτε κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου σε συνεργασία με το ίδιο και ταυτόχρονα με τα περιβάλλοντα όπου είναι ενταγμένο. Με αυτό τον τρόπο, ξεπερνά τις αντιξοότητες φτάνοντας στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

1.5 Δικαιώματα των ψυχικά νοσούντων

Τα ανθρώπινα δικαιώματα αποτελούν ηθικές αρχές. Αποδεκτές και ορθές πράξεις, που λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς στην κοινωνία. Οι άνθρωποι έχουν δικαιώματα από την στιγμή της γέννησής τους, όπου έρχονται στον κόσμο ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια. Έχουν διεθνή χαρακτήρα και διαφυλάττουν την ισότητα καθώς διαθέτουν καθολική ισχύ. Αναφορικά, με τα δικαιώματα στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα αυτά που έχουν θεσπιστεί για τους ψυχικά νοσούντες είναι τα εξής:

Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (Ακούσια – Εκούσια)

Είναι γνωστό πως όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη σε ότι αφορά θέματα υγείας. Έπειτα από την διάγνωση στην εν λόγω περίπτωση οποιασδήποτε ψυχικής νόσου, πρέπει να γίνει προσέγγιση κάποιου φορέα παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών με βάση τα ιατρικά και επιστημονικά δεδομένα. Οι επαγγελματίες υγείας είναι υποχρεωμένοι να προάγουν αυτή την διαδικασία με τον

καλύτερο δυνατό τρόπο αποφεύγοντας τον απρόσωπο και αποστασιοποιημένο χαρακτήρα, διότι με αυτόν τον τρόπο δεν επιτυγχάνεται η ομαλή συνεργασία του ασθενούς με το προσωπικό. Πράγμα που ενδέχεται να έχει αντίκτυπο τόσο στα πρωταρχικά στάδια όσο και στην έκβαση του θεραπευτικού επιπέδου. Επιπρόσθετα, είναι άξιο λόγου το γεγονός ότι το κάθε άτομο είναι ξεχωριστό άρα πρέπει να παρέχεται στο ίδιο εξατομικευμένη διαχείριση, εφόσον αποτελεί μια μοναδική προσωπικότητα. Αποτελεί ένα συγκερασμό διαφορετικών στοιχείων και χαρακτηριστικών που τον καθορίζουν και για αυτό οι μέθοδοι και τα μοντέλα που θα χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση του θέματος που τον ταλανίζει, επιβάλλεται να είναι αρμονικά προσαρμοσμένα με τα προαναφερθέντα.

Στην περίπτωση της εκούσιας νοσηλείας, η αναγκαιότητα για παροχή περίθαλψης κρίνεται από τον ίδιο τον πάσχοντα συνειδητά έχοντας επίγνωση του προβλήματος ή με την παρότρυνση από κάποιον άλλον. Στην αντίπερα όχθη, βρίσκεται η ακούσια νοσηλεία. Μια μορφή που διαφέρει από την πρώτη καθώς για την παροχή της περίθαλψης δεν προηγείται η συναίνεση του πάσχοντα καθώς κρίνεται επιτακτικής ανάγκης. Όμως, υπό οποιαδήποτε συνθήκη, το δικαίωμα στην ιατρική, παραϊατρική, νοσηλευτική φροντίδα από καταρτισμένο και εξειδικευμένο προσωπικό και εκ παραλλήλου η συνεχής ενημέρωση, είναι αδιαπραγμάτευτο.

Το δικαίωμα στην ισότητα

Η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση των ατόμων που τους παρέχεται περίθαλψη από τους επαγγελματίες υγείας, χωρίς διακρίσεις με βάση τα ειδικότερα ατομικά τους χαρακτηριστικά όπως είναι η οικονομική κατάσταση, το φύλο, η ηλικία ή η κατάρτιση κάποιου. Συνεπώς, η νοσηλεία πρέπει να προστρέχετε με ισότιμο τρόπο και κατ' εφαρμογή των αναγνωρισμένων μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Το δικαίωμα στην ενημέρωση

Οι πάσχοντες έχουν δικαίωμα στην πλήρη και αναλυτική ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, όπου πρέπει να ανταποκρίνεται στο μορφωτικό

τους επίπεδο. Έτσι, εξασφαλίζεται η ομαλή συνεργασία με τον ασθενή αλλά και η εξασφάλιση της συγκατάθεσής του.

Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων

Το ιατρικό απόρρητο είναι γνωστό πως αποτελεί ιδιαίτερη νομική υποχρέωση. Έτσι η δημόσια χρήση των ψυχιατρικών περιστατικών είναι επιτρεπτή υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Πάντοτε, είναι υποχρεωτική η συγκατάθεση του ίδιου, έπειτα από την πλήρη επίγνωση. Εξαιρέση αποτελούν τα περιστατικά όπου συντρέχει μεγάλος κίνδυνος και μόνο τότε μπορεί να γίνει η άρση του ιατρικού απορρήτου.

Το δικαίωμα στην αποκατάσταση

Σε αυτό το στάδιο, προάγεται η πλήρης ανάληψη των δικαιωμάτων με απώτερο σκοπό τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και την απόκτηση ενεργού ρόλου στα πλαίσια αυτών. Απαραίτητη κρίνεται κοινωνικοποίηση του ατόμου και η αλληλεπίδραση με τους συνανθρώπους του.

Το δικαίωμα στην ζωή στην κοινότητα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η από-ασυλοποίηση – από-ιδρυματοποίηση, ορίζεται ως η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για την φροντίδα των ψυχικά ασθενών και η υιοθέτηση διαφορετικών πρακτικών, όπου θα εναρμονίζονται με τις ανάγκες των ατόμων με σκοπό την αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, είναι αναγκαία η καταπολέμηση του στίγματος των υπηρεσιών και κατ' επέκταση των ατόμων που νοσηλεύονται. Συνεπώς, μια εναλλακτική είναι η παραμονή του πάσχοντα στο σπίτι του, αν αυτό είναι επιτρεπτό, και η παράλληλη υποστήριξη στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής. Εάν, δεν υπάρχει κάποια στέγη, το ζήτημα χρήζει μέριμνας και το εκάστοτε άτομο έχει την δυνατότητα να λάβει υποστήριξη από τρέχοντα οικιστικά προγράμματα.

Το δικαίωμα στην διεκδίκηση αξιώσεων

Το συγκεκριμένο δικαίωμα αναφέρεται στην διεκδίκηση μέτρων πολιτικής που συμβάλλουν στην ενίσχυση των δικαιωμάτων. Είναι, λοιπόν, ευδιάκριτος ο έντονος κοινωνικός χαρακτήρας του συγκεκριμένου δικαιώματος (Πενταγιώτη κ.α., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

2.1 Έννοιες του Κοινωνικού Στίγματος

Τα ανθρώπινα κοινωνικά συστήματα έχουν δημιουργήσει, στην πορεία της εξέλιξης τους, αναπτύξει και διατηρήσει, κανόνες, είτε γραπτούς, είτε άγραφους, αποδεκτής συμπεριφοράς, βάση της οποίας καθορίζονται τα όρια για το ποια άτομα/ομάδες την απαρτίζουν και ποια δεν την απαρτίζουν. Πιο συγκεκριμένα, ένα άτομο, μέλος μιας ομάδας, η οποία έχει ένα εμφανές ή όχι εμφανές χαρακτηριστικό, το οποίο τη διαφοροποιεί από το σύνολο, αντιμετωπίζεται αρνητικά και υποτιμάται από την κυρίαρχη ανθρώπινη ομάδα, με αποτέλεσμα η τελευταία να την περιθωριοποιεί (Κορδούτης & Παυλόπουλος, 2006). Θα μπορούσε κανείς να πει, σε ένα δεύτερο επίπεδο, σύμφωνα με αυτούς τους κανόνες, ότι αξίζει σε κάποια άτομα η ανθρώπινη ιδιότητά, ενώ σε άλλα όχι (Μακρυνιώτη, 2001). Και αυτομάτως δημιουργείται ένας διαχωρισμός του ανθρώπου και του «άλλου». Όλα αυτά συμβαίνουν βέβαια διότι το στίγμα είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την εκάστοτε κοινωνία σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή και φέρει πάνω του το αρνητικό πρόσημο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων της κυρίαρχης ομάδας και των ατόμων της ομάδας που διακρίνεται από την κυρίαρχη για ένα ή παραπάνω χαρακτηριστικά της.

Το στίγμα, ως φαινόμενο, τέθηκε σε θεωρητική και εμπειρική βάση και καταγράφηκε για πρώτη φορά από τον Goffman το 1963, ο οποίος μέσα από τα λεγόμενά του, αναλύει ότι το στίγμα υποδηλώνει την κατεστραμμένη ταυτότητα ενός ατόμου και παράλληλα την απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης μέσα στο ανθρώπινο σύνολο. Είναι μια ιδιότητα δηλαδή που αμφισβητεί το κύρος ενός ατόμου

και το υποβαθμίζει, από ένα ολόκληρο και συνηθισμένο άτομο, σε ένα άτομο που έχει σπλωθεί και ευτελίστει η ύπαρξή του. Προσθέτει ακόμα πως η λέξη ιδιότητα πρέπει να ερμηνευθεί κοινωνικά και ως αποτέλεσμα των ανθρωπίνων σχέσεων (Μακρυγιώτη, 2001).

Ετυμολογικά, ο όρος προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα στίζω, που σημαίνει χαράζω, σκαλίζω και αναφέρεται σε σημάδια του δέρματος (Μπαμπινιώτης, 1998). Η έννοια του στίγματος μπορεί να οριστεί ως μια σειρά από στερεότυπα, προκαταλήψεις και συμπεριφορές αναπαράγοντας διακρίσεις και κοινωνικές κατασκευές, που στηρίζονται στη μεροληψία. Οι αποδέκτες αυτών των συμπεριφορών είναι μια ομάδα ατόμων, η οποία θεωρείται κοινωνικά κατώτερη (Corrigan, 2000; Mak, Poon, Pun & Cheung, 2007).

Στην αρχαία Ελλάδα, όπου έδιναν μεγάλη σημασία στα οπτικά βοηθήματα, έφτιαζαν αυτόν τον όρο για να αναφερθούν σε επίκτητα σημάδια του σώματος, που ανάλογα τις εκάστοτε κοινωνίες, τους αποδίδονταν και ερμηνείες. Χρησιμοποιούσαν καυτό σίδερο σημαδεύοντας ανθρώπους με σκοπό τη διαπόμπευση τους ή αλλιώς του δημόσιου εξευτελισμού αυτού, που η συμπεριφορά του, βάση κανόνων, παρέκκλινε του φυσιολογικού. Στην πορεία η ερμηνεία τους ταυτιζόταν με το ότι το άτομο που τα κουβαλούσε ήταν σκλάβος ή πρόσωπο που δεν έχει ηθική, προδότης ή εγκληματίας. Με λίγα λόγια γινόταν μια τελετουργία εις βάρος ατόμων με χαρακτηρισμούς που τους αποδίδονταν, βάση των πράξεων τους ή των χαρακτηριστικών τους και έτσι αποτελούσαν παραδείγματα προς αποφυγήν για την υπόλοιπη κοινωνία. Αυτός ήταν και ο απώτερος σκοπός αυτής της πράξης.

Αργότερα, στα πρώτα Χριστιανικά χρόνια διαπόμευαν άτομα που ενστερνίζονταν αυτή τη θρησκεία εξαιτίας της πίστης αυτών στα διδάγματα του Ναζωραίου, χωρίς να έχει διαπραχθεί παραβατική ή εγκληματική πράξη. Όταν η θρησκεία του Χριστιανισμού επικράτησε ο εξευτελισμός συνεχίστηκε από την αντίστροφη, αυτή τη φορά ενάντια προς τους οπαδούς των άλλων θρησκειών. Ιστορικά, συνεχίζοντας στους Βυζαντινούς χρόνους, αυτή η τακτική της διαπόμευσης εκτελούντο σε όλα εκείνα τα άτομα που είχαν υποπέσει σε παραπτώματα όπως: κλοπή, παιδεραστία, εμπρησμοί, πλημμελήματα στρατιωτικών και ιερέων, μοιχεία και μέθη.

Ανεξαρτήτως, φύλου και κοινωνικής τάξεως, ο ένοχος ήταν ένοχος. Η διαδικασία εξευτελισμού των ενόχων προέβλεπε το μαστίγωμα σε κοινή θέα και του κουρέματος της κεφαλής τους. Στους άντρες ξύριζαν τα γένια, τα φρύδια και το κεφάλι και στις γυναίκες αφαιρούσαν το μαντήλι που κάλυπτε το κεφάλι τους, καθώς οι γυναίκες φορούσαν έναν μακρύ χιτώνα και έναν μανδύα που κάλυπταν σχεδόν όλα τα σημεία του σώματος τους, εκτός από τους καρπούς των χεριών. Ο μανδύας, πιο συγκεκριμένα, είχε κουκούλα, οπότε αν μια γυναίκα είχε γυμνό το κεφάλι της, δεν φορούσε την κουκούλα ή έστω ένα μαντήλι, θεωρείτο ατιμασμένη. Στην πορεία των χρόνων, ανάλογα τη δυναμική του παραπτώματος, η τιμωρία έφτανε και σε υψηλότερα επίπεδα. Όπως το να αλείφουν το πρόσωπο των ενόχων με πίσσα και τη περιφορά τους στην πόλη, όντας γυμνοί, πάνω σε ζώα, ή για τη επίτευξη παραπάνω χλευασμού άλλαζαν τα ρούχα των ανδρών με γυναικεία.

Όταν ο λαός δεν ήταν ικανοποιημένος από τις παραπάνω τιμωρίες των ενόχων, εφήυρε κι άλλους τρόπους διαπόμπευσής τους. Παραδείγματος χάριν, το κρέμασμα κουδουνιών, η λιθοβόληση ατόμων σε δημόσια θέα, πυρακτωμένη σφραγίδα στο μέτωπό τους, ακόμα και η αφαίρεση μελών τους σώματός τους, ως μια ακόμα τιμωρία. Σήμερα, παρόλο που κανείς θα περίμενε ότι το φαινόμενο του κοινωνικού στιγματισμού θα είχε εξαλειφθεί, δυστυχώς πολλά παραδείγματα που έρχονται στο νου του καθενός βεβαιώνουν την παρουσία του. Φυσικά η εκδήλωση του γίνεται με διαφορετικούς τρόπους σε σχέση με το παρελθόν, αλλά οι συνέπειες, για όσα άτομα το βιώνουν, είναι οι ίδιες (Μπορμπουδάκη & Μωραΐτη, 2002). Ο όρος, χρησιμοποιείται ευρύτατα λίγο-πολύ με την αρχική κυριολεκτική σημασία του, αλλά αφορά περισσότερο την ίδια την ατίμωση του ανθρώπου, παρά τη σωματική απόδειξή της. Πιο αναλυτικά, υπήρχε και υπάρχει μια οριοθέτηση καθορισμένων κανόνων αποδεκτής συμπεριφοράς και γνωρισμάτων μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, όπου αν κάποιο άτομο διαφοροποιείται από την μεγαλύτερη μερίδα των ατόμων που απαρτίζουν μια κοινωνία, θα αντιμετωπιστεί διαφορετικά, σαν κατώτερο άτομο, βάση τους ισχύοντες κανόνες της.

Πρόκειται για ένα είδος διάκρισης, δηλαδή άνισης αντιμετώπισης ατόμων ή ομάδων, με βάση κάποιο στερεότυπο. Τα στερεότυπα είναι γενικευμένες πεποιθήσεις που αφορούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά μιας ομάδας ανθρώπων και αποτελούν τη βάση των προκαταλήψεων, δηλαδή μεροληπτικών στάσεων απέναντι σε άτομα ή ομάδες με αρνητικό, συνήθως, περιεχόμενο. Το στίγμα είναι η διάκριση που γίνεται

μεταξύ των χαρακτηριστικών ή συμπεριφορών που θεωρούνται φυσιολογικά ή συνηθισμένα από τα μη φυσιολογικά ή μη συνηθισμένα. Ποιοι ορίζουν τι είναι φυσιολογικό ή κανονικό ή συνηθισμένο; Μα φυσικά οι γραπτοί και άγραφοι καθιερωμένοι κανόνες αποδεκτής συμπεριφοράς και γνωρισμάτων. Αυτό πρακτικά υλοποιείται μέσω της αρνητικής αντιμετώπισης από το ένα άτομο στο άλλο ή από τη μια ομάδα στην άλλη. Εάν δηλαδή ένα άτομο φέρει ένα ανεπιθύμητο κοινωνικά χαρακτηριστικό σε συνάρτηση με το κοινωνικό του περιβάλλον, διαφοροποιώντας το, από την υπόλοιπη κοινωνία, το οδηγεί στο να χάνει σχεδόν την ανθρωπινή του οντότητα και να ταυτίζεται εν τέλει με το ανεπιθύμητο κοινωνικά χαρακτηριστικό, σα να μην υπάρχει ο υπόλοιπος άνθρωπος και ολόκληρή του η ύπαρξη να καθορίζεται από το ένα ή παραπάνω χαρακτηριστικά του που δε συνάδουν με το τι είναι κανονικό, σωστό, φυσιολογικό για την κοινωνία (Κορδούτης & Παυλόπουλος, 2006). Είναι μια ανεπιθύμητη δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο, είτε από την γέννηση του, είτε στην πορεία της ζωής του και του στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής κ της ισότιμης συμμετοχής στην κοινωνία, ενώ ταυτόχρονα το αναγκάζει να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή την αρνητική κοινωνική αντιμετώπιση για να μην στιγματιστεί και για να μπορέσει, ίσως, να νιώσει φυσιολογικό μέσα στους φυσιολογικούς, άνθρωπος ανάμεσα στους ανθρώπους, με τελικό στόχο κάποια στιγμή να καταφέρει να αποκτήσει την πλήρη κοινωνική αποδοχή (Μακρυνιώτη, 2001). Όλο αυτό το αέναο και εξαντλητικό κυνήγι του ατόμου που δεν κατάφερε, δυσκολεύτηκε, δεν ήθελε να ανταποκριθεί στις ισχύουσες κοινωνικές προσδοκίες το πληρώνει με το στίγμα κι αυτό γιατί ερμηνεύεται ως καταπάτηση των κοινωνικών κανόνων που έχει θεσπίσει η κοινωνία.

Τέλος, το στίγμα είναι η κατάληξη μιας διαδικασίας κατηγοριοποίησης κάποιου ατόμου ή ομάδας η οποία προκαλείται μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση και δεν είναι απλά μια απόδοση ενός χαρακτηριστικού γνωρίσματος που κάποιο άτομο αυθαίρετα κάνει σε κάποιο άλλο άτομο όταν το τελευταίο είχε ή απέκτησε μια ιδιότητα που είναι δυσφημιστική για τους κανόνες της αλληλεπίδρασης. Η κοινωνία δηλαδή, με τους κανόνες της, βασιζόμενοι σε γενικευμένες πεποιθήσεις, και όχι ανεξάρτητα το κάθε άτομο, έχει επίδραση στη διαδικασία του στιγματισμού δηλαδή αυτόματα αποκλείει το άτομο από την πλήρη κοινωνική αποδοχή (Λάγιος, 2008).

2.2 Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή

Το στίγμα, όντας ένα ισχυρό φαινόμενο, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων, τις σχέσεις των κοινωνικών τους ταυτοτήτων, τις ερμηνείες που τους αποδίδονται, καθώς και για το αν η ύπαρξή της κοινωνικής ταυτότητας ενός ατόμου ή ομάδας, βάση ερμηνειών, καθορίζεται για το αξίζει ή όχι, από την κοινωνία. Σε πρώτο επίπεδο γίνεται η αναγνώριση της διαφοράς από το υποκείμενο της κυρίαρχης ομάδας έναντι στο υποκείμενο της ομάδας με το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό και σε δεύτερο επίπεδο ακολουθεί η υποτίμηση του ατόμου ή των ατόμων που κατέχουν αυτό το χαρακτηριστικό, μέσω αυτόματης εγκεφαλικής διεργασίας, βάση στερεοτύπων. Σε τρίτο επίπεδο τοποθετούνται τα άτομα σε εμφανείς κατηγορίες που διακρίνουν «εμάς» τους φυσιολογικούς, με τους «άλλους» δίνοντας σε μάς την εξήγηση του γιατί είμαστε εμείς οι φυσιολογικοί και γιατί οι άλλοι δεν είναι, άρα και η διάκριση που γίνεται, κάπως αυτόματα, είναι δικαιολογημένη. Όλη αυτή η διεργασία είναι φανερά επηρεασμένη και καθόλου τυχαία από τις γενικευμένες πεποιθήσεις που επικρατούν στην κοινωνία. Στο τελευταίο επίπεδο, όλου αυτού του αυτόματου μηχανισμού, τα άτομα που υφίστανται αυτή τη διάκριση, εκδηλωμένη ή μη, από το μεγαλύτερο κομμάτι της κοινωνίας, κινδυνεύουν να μπουκ στον ρόλο που τοποθετούνται από την κυρίαρχη ομάδα σε σχέση με το στερεότυπο που επικρατεί, γύρω από την έξω-ομάδα τους, με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν να χάσουν την πραγματική τους ταυτότητα, το ποιοι είναι δηλαδή, τη μοναδικότητα τους, και να επωμιστούν, μοιραία, την μη ολοκληρωμένη αποδοχή τους και την ανισότητα της συμμετοχής τους στην κοινωνία.

Σύμφωνα με τους Link και Phelan, ο στιγματισμός έχει απόλυτη σχέση με την πρόσβαση σε κοινωνική, οικονομική και πολιτική δύναμη που επιτρέπει την ταυτοποίηση της διαφορετικότητας, την κατασκευή στερεοτύπων, των διαχωρισμό των ανθρώπων που τους μπήκε μια ταμπέλα και τους τοποθετεί σε ξεχωριστές κατηγορίες και την εξ' ολοκλήρου εκτέλεση επιδοκίμασίας, απόρριψης, αποκλεισμού και διακρίσεων. Το στίγμα αποτελεί ένα κοινωνικό κατασκευάσμα, το οποίο είναι έκφραση κοινωνικής δύναμης. Δηλαδή έγκειται στο ποιο άτομο ποιας ομάδας υπερισχύει από ένα άλλο άτομο μιας άλλης ομάδας. Ωστόσο, σχετίζεται αλλά δεν ταυτίζεται με άλλες διαδικασίες αρνητικής κοινωνικής αξιολόγησης, π.χ.

αποκλίνουσα συμπεριφορά. Γιατί σε ένα τέτοιο περιστατικό αποκλίνουσας συμπεριφοράς θα χαρακτηριστεί αρχικά το ίδιο το άτομο για τη συμπεριφορά και για την πράξη του και έπειτα ολόκληρη η κοινωνική ομάδα που ανήκει, σε αντίθεση με το στίγμα που έχει πρώτα χαρακτηριστεί ολόκληρη η κοινωνική ομάδα και έπειτα ακολουθεί το άτομο αφού ανήκει σε αυτή τη ομάδα. Όπως επίσης μπορεί, όπως έχει ήδη ειπωθεί, να προέρχεται, να συνδέεται και να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που υπάρχουν, αλλά έχει πιο ευρεία επιρροή, επίδραση και επιπτώσεις στα άτομα και τις ομάδες, σε σχέση με τα άλλα δύο (Major, et al., 2018).

Στην καθημερινότητα των κοινωνικών μας αλληλεπιδράσεων, σε καθιερωμένα πλαίσια, αντιμετωπίζουμε τους άλλους, ως αναμενόμενα όντα, χωρίς ιδιαίτερη προσοχή ή σκέψη, βάση κάποιων εμφανών ή μη εμφανών χαρακτηριστικών τους. Η αυτόματη ταξινόμηση του άλλου ατόμου μας κάνει να αισθανόμαστε μια υποτυπώδη ασφάλεια, μια ανωτερότητα, να νιώθουμε ότι έχουμε τον έλεγχο, καθώς έχουμε ήδη προεξοφλήσει σε ποια κατηγορία το ταξινομούμε και έχοντας οδηγό στη σκέψη μας τι συμπεριφορά ή χαρακτηριστικά γνωρίσματα έχει αυτή η κατηγορία, οπότε, αυτομάτως, νιώθουμε ότι ξέρουμε και τι να περιμένουμε από εκείνο. Υπάρχουν 3 κατηγορίες στιγματισμού, σύμφωνα με τον Goffman: Ατέλειες στον χαρακτήρα ενός ατόμου (αδύναμη θέληση, πάθη, εξαρτήσεις, ψυχική και νοητική ασθένεια, φυλάκιση, ομοφυλοφιλία), Αποστροφή για το σώμα (σωματικές παραμορφώσεις, αναπηρία) και το Φυλετικό στίγμα (εθνικότητα, χρώμα, θρησκεία, φύλο). Φυσικά, μπορεί μια ιδιότητα που προσδίδεται σε ένα άτομο να ανήκει σε μια ή σε παραπάνω κατηγορίες. Όταν λοιπόν ένας διαφορετικός, από τα συνηθισμένα, άνθρωπος εμφανιστεί μπροστά μας, κατά πάσα πιθανότητα θα βιαστούμε να βγάλουμε συμπεράσματα για εκείνον, μέσω της κατηγορίας που θα τον τοποθετήσουμε (Major, et al., 2018).

Σύμφωνα με ψυχολογική έρευνα, όταν κάποιο άτομο συνδέεται με την εθνική του ταυτότητα, η σύνδεση του αυτή κλείνει προς τον πατριωτισμό και περιλαμβάνει μια υποκειμενική θετική ταύτιση με την ουσία και την κοινή μοίρα των εντός της ομάδας. Η δοξολογία, αλλιώς αποθέωση στους εντός της ομάδας, αντίθετα, ξεκινά από μια κριτική σύγκριση και υπονοεί ότι (κάποιος) πιστεύει ότι η δική του ενδο-ομάδα είναι ανώτερη από την έξω-ομάδα ποικιλοτρόπως. Αξιολογώντας αυτή τη διαφορά, μια μελέτη το 2010, έδειξε ότι μόνο η δοξολογία στους εντός της ομάδας,

και όχι ο σύνδεσμος μεταξύ των μελών της, είναι αυτή που συνδέθηκε με την έλλειψη ανθρωπισμού για την έξω-ομάδα. Η αίσθηση της ανωτερότητας δηλαδή που αισθάνεται μια ομάδα, έναντι κάποιας άλλης. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα συναισθήματα ανωτερότητας της ενδο-ομάδας αύξησαν την έλλειψη ανθρωπισμού για την έξω-ομάδα, κάτι για το οποίο όμως δεν ευθύνεται η ταυτοποίηση των εντός της ομάδας. Όταν αναφερόμαστε σε έλλειψη ανθρωπισμού, εξηγείται με το ότι δεν τους υπολογίζουμε για ανθρώπους, όπως υπολογίζουμε τα άτομα της δικής μας ομάδας, με λίγα λόγια τα άτομα της έξω-ομάδας τα θεωρούμε κατώτερα από εμάς (Vaes, et al., 2012).

Ξέρουμε ότι τα στερεότυπα είναι και αυτά κατασκευασμένα από την κοινωνία, αλλά παρόλο που είναι κατασκευασμένα, είναι ταυτοχρόνως και τόσο αληθινά και βάση αυτών κινούμαστε, τουλάχιστον σε ένα αρχικό στάδιο, στους κοινωνικούς μας περιγύρους. Βασιζόμαστε συνήθως, στις πρώτες εντυπώσεις που έχουμε για ένα άτομο και παράλληλα με αυτές δημιουργούμε συγκεκριμένες αξιώσεις από εκείνο, πάντα σύμφωνα με τους ισχύοντες κοινωνικούς κανόνες. Έτσι περιμένουμε να φερθεί με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Αν όμως δεν ικανοποιήσει αυτές τις προσδοκίες που του είχαμε εξ αρχής προβάλλει, ίσως τότε να μπορέσουμε να μπούμε σε έναν άλλον τρόπο σκέψης, δηλαδή να αντιληφθούμε ότι εμείς είχαμε πρώτα κάνει κάποιες υποθέσεις σε συνάρτηση με το συγκεκριμένο άτομο που έχουμε απέναντί μας. Μπορεί και όχι. Χρειάζεται να γίνει κατανοητό ότι εμείς του είχαμε εξ αρχής «φορτώσει» μια δυνητική κοινωνική ταυτότητα, σύμφωνα με την ταξινόμηση που του κάναμε από τις πρώτες εντυπώσεις που μας έδωσε και έτσι δεν μπορούμε να καταλάβουμε ότι του στερούμε παράλληλα τη δυνατότητα να εκφράσει ελεύθερα την πραγματική κοινωνική του ταυτότητα, το να αφηθεί δηλαδή να είναι ο εαυτός του και όχι ένα προϊόν μιας ταξινόμησης, βάση κανονιστικών προτύπων, της κοινωνίας που ζούμε (Μακρυγιώτη, 2001).

Συμπερασματικά, ο στιγματισμός ενώ φαίνεται να συνδέεται με ατομικά, κυρίως εξωτερικά εμφανή χαρακτηριστικά, τα αίτια του ωστόσο χρειάζεται να αναζητηθούν σε κοινωνικές και ομαδικές λειτουργίες και όχι σε εσωτερικές ατομικές διεργασίες (Κορδούτης & Παυλόπουλος, 2006). Σύμφωνα με τη Δ. Μακρυγιώτη, αναφερόμενη στο έργο του Goffman, η έννοια του στίγματος αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή, καθώς το κοινωνικό σύνολο εντάσσει το άτομο σε κατηγορίες, οι οποίες διαφοροποιούνται με βάση τα ατομικά γνωρίσματα που αξιολογούνται είτε ως

φυσιολογικά και συνήθη είτε ως αφύσικα και απαξιωτικά. Τα άτομα που παρεκκλίνουν από τα κοινωνικά κανονιστικά πρότυπα σε σχέση με την κοινωνική τάξη, τη φυλή, τη θρησκεία, την εθνότητα, το φύλο κ.α., στιγματίζονται ενώ το μέγεθος του στιγματισμού εξαρτάται από το πόσο η απόκλιση γίνεται αντιληπτή και από το πως αξιολογείται κοινωνικά. Είναι σημαντικό να αντιληφθούμε στο σήμερα τη φύση και τη σημασία του στίγματος τόσο για την έξω-ομάδα, όσο και για τα ίδια τα στιγματιζόμενα άτομα (Στεργιούλη, 2017).

2.3 Οι συνέπειες του στίγματος

Αδιαμφισβήτητα, το στίγμα έχει συνέπειες. Όμως, αυτές διαφοροποιούνται σύμφωνα με τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου, των στοιχείων της προσωπικότητας του και του ειδικού χαρακτηριστικού ή των χαρακτηριστικών, που βάση αυτού ή αυτών, στιγματίζεται. Δηλαδή είναι διαφορετικός ο συνδυασμός τους και περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικά όσο και υποκειμενικά κριτήρια που διαμορφώνουν τη στάση και τη συμπεριφορά τους στο κοινωνικό σύνολο.

Χαρακτηριστική της εμπειρίας του στιγματισμού είναι η διαρκής πιθανότητα ότι το άτομο ενδέχεται να γίνει στόχος προκατάληψης και διακρίσεων (Μακρυνιώτη, 2001). Ακόμα κι αν το στίγμα δεν είναι εμφανές, η απειλή της αποκάλυψης του είναι πάντα παρούσα και επηρεάζει πολλαπλώς την καθημερινή ζωή του ατόμου. Με λίγα λόγια μια από τις επιπτώσεις του στίγματος είναι η επίδραση που έχει στην ψυχική υγεία του ατόμου, και με την ευρεία έννοια έχει αρνητικές συνέπειες στην καθημερινή του ζωή. Όταν το άτομο νιώθει ότι απειλείται καθημερινά από την ενεργοποίηση του στιγματισμού του, το θέτει σε διαρκή ετοιμότητα και άμυνα, για την υπεράσπιση του εαυτού του στις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις, η οποία εντείνεται από το γεγονός ότι η συμπεριφορά των μελών της κυρίαρχης ομάδας απέναντι στα άτομα που κινδυνεύουν να στιγματιστούν, είναι απρόβλεπτη. Το στιγματισμένο άτομο δεν γνωρίζει το πως θα το αντιμετωπίσει το άτομο της κυρίαρχης ομάδας στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση και φοβάται για τη χειρότερη αντίδραση του, προσπαθώντας να βρίσκεται σε ετοιμότητα για τη στιγμή αυτή. Αυτός ο διαρκής φόβος, αυτή η μόνιμη κατάσταση στρες, άγχους και εγρήγορσης στην οποία βρίσκεται το άτομο μέσα στον κοινωνικό του περίγυρο επηρεάζει αρνητικά την ψυχική του υγεία (Κορδούτης & Παυλόπουλος, 2006).

Να διευκρινιστεί, ότι αν το άτομο διακρίνεται για παραπάνω από ένα χαρακτηριστικό, ο στιγματισμός είναι είτε διπλός, είτε τριπλός, και αναλόγως μετρήσιμος με το πόσα έχει, πάντα σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες μη αποδοχής συγκεκριμένων χαρακτηριστικών μέσα σε ένα κοινωνικό σύστημα. Αν πχ το άτομο είναι μαύρη ομοφυλόφιλη παχύσαρκη γυναίκα, θα στιγματιστεί και για το χρώμα της και για το ότι ανήκει σε μια σεξουαλική μειονότητα αλλά και για το ότι είναι παχύσαρκη, και αναλόγως στην κοινωνία που βρίσκεται μπορεί και για το ότι είναι γυναίκα. Άρα φέρει πάνω της 3 ταμπέλες, σύμφωνα με τις οποίες την στιγματίζει η μαζική συνείδηση των ατόμων μιας κοινωνίας και με την απειλή των στερεοτύπων που φέρουν από πίσω τους καθεμία από αυτές τις ταμπέλες.

Έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες σε σχέση με τις επιπτώσεις του στίγματος. Στην πλειοψηφία των ερευνών παρατηρείται η παραδοσιακή προσέγγιση δηλαδή η έρευνα γίνεται στη συσχέτιση ενός χαρακτηριστικού στίγματος με μια επίπτωση του. Λιγότερο συχνά βλέπουμε ένα χαρακτηριστικό στίγματος και η συσχέτισή του με πολλαπλές επιπτώσεις. Συνήθως με την τελευταία προσέγγιση αποκαλύπτονται τα πολλά πρόσωπα των επιπτώσεων που φέρει το στίγμα. Αλλά δυστυχώς δεν υπάρχουν πολλές έρευνες να μας το δείξουν αυτό. Υπάρχουν φυσικά και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις ήδη υπάρχουσες επιπτώσεις λόγω στίγματος. Δε μπορούμε να λέμε ότι οι επιπτώσεις είναι ήπιες όταν προσπαθούμε να καταλάβουμε και να μελετήσουμε μόνο μια επίπτωση στο στίγμα, ενώ είναι πολλές παραπάνω. Παραδείγματος χάριν οι Ρομά δεν έχουν τελειώσει το σχολείο. Προφανώς δε μπορούμε να μείνουμε μόνο σε αυτό σαν επίπτωση. Επιπροσθέτως, σε μια συγκεκριμένη επίπτωση όπως πχ η εργασία στην οποία μπορεί να υπάρχουν πολλές καταστάσεις που να οδηγούν σε παραπάνω από 1 στίγμα και να δημιουργούν δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις στην εργασιακή κατάσταση του ατόμου. Οπότε ο κλασικός τρόπος προσέγγισης των περισσότερων ερευνών είναι άστοχος στο κομμάτι των επιπτώσεων που δημιουργούνται από το στίγμα, δηλαδή δεν είναι ακριβείς όλες οι επιπτώσεις (Major, et al., 218).

Η αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης γίνεται με τη υιοθέτηση μιας ευρείας οπτικής του ρόλου που παίζει το στίγμα περιλαμβάνοντας πιο πολλούς παράγοντες. Σύμφωνα με τους Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C., & Link, B.G. επιλέχτηκαν 6 στιγματισμένες καταστάσεις, βάση χαρακτηριστικών, και εξετάστηκε η ευρεία γκάμα των επιπτώσεων που σχετίζονται με αυτές. Τα δύο εντυπωσιακά μοτίβα που

βρέθηκαν ήταν πρώτον ότι όταν τα σκεφτούμε μαζί τα στίγματα οι επιπτώσεις που δημιουργούνται από αυτά είναι αρκετά συχνές και επηρεάζουν μεγάλη μερίδα του πληθυσμού γιατί οι συνδυασμοί των στιγμάτων είναι πολλοί. Το δεύτερο μοτίβο είναι ότι το στίγμα που σχετίζεται με αυτές τις καταστάσεις είναι μεγάλο και σχετίζεται με διαφόρων ειδών ομάδες επιπτώσεων που ξεκινάνε από τη στέγαση και καταλήγουν μέχρι και την υγεία. Επίσης ισχύει ότι οποιοδήποτε έλλειμα ή φθορά που έχει συσχετιστεί με ένα στάτους μπορεί να επηρεάσει μια επίπτωση. Αυτό δίνει την πιθανότητα ότι τα κενά μεταξύ στιγματισμένων και μη στιγματισμένων ομάδων δεν υφίσταντο μόνο στις βλάβες που πιθανόν να έχει το στιγματισμένο άτομο αλλά και στο ίδιο το στίγμα. Δηλαδή, ένα ανάπηρο άτομο μπορεί να μην μπορεί να εργαστεί το ίδιο με ένα μη ανάπηρο άτομο, παρόλα αυτά ακόμα και γι' αυτά που μπορεί να κάνει, μπορεί να μην προσληφθεί επειδή είναι ανάπηρο. Άρα ευθύνεται το στίγμα. Οι περισσότεροι ερευνητές, που είναι εξοικειωμένοι με το θέμα αυτό, το μελετάνε με βάση κάποιες στρατηγικές, όπως ο στατιστικός έλεγχος συμπτωμάτων αλλά και πειραματικοί σχεδιασμοί για να βρουν τον αιτιακό ρόλο του στίγματος σε πολλές από τις επιπτώσεις ή τις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος που έχει ετικετοποιηθεί. Παρόλο του πώς αντιμετωπίζεται το θέμα αυτό από έρευνα σε έρευνα η αθροιστική βιβλιογραφία μας δείχνει ότι το στίγμα αντιπροσωπεύει ένα πρόσθετο βάρος που επηρεάζει τους ανθρώπους πέρα από τις φθορές και τα ελαττώματα που μπορεί να έχουν. Είναι ευρεία και πολυποικίλη η επίδραση και επιρροή του στίγματος, τόσο σε εσωτερικό επίπεδο (σωματική και ψυχική υγεία) όσο και σε εξωτερικό επίπεδο που έχει να κάνει με το κομμάτι της ισότητας ή αλλιώς των ίσων ευκαιριών στη ζωή του ατόμου αλλά της ίσης πρόσβασης, αποδοχής και συμμετοχής στα κοινά (Hatzenbuehler, et al., 2013).

Σε πολλές έρευνες ως τώρα, έχουν καταγραφεί σε ικανοποιητικό ποσοστό οι αρνητικές συνέπειες που φέρει το σχετιζόμενο στρες με το στίγμα. Τα είδη των αρνητικών συνεπειών του στίγματος ποικίλλουν και εξαρτώνται από τον στιγματισμένο πληθυσμό που ερευνάται, από τον τόπο και από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Αν θέλαμε να δώσουμε ένα παράδειγμα θα μπορούσαμε να θέσουμε ένα υποτιθέμενο σενάριο, λόγου χάρη, ένας άντρας μαύρου χρώματος που η περιοχή που διαμένει είναι το Μπρόνξ της Νέας Υόρκης. Το άτομο αυτό θέλει να βρει δουλειά, σκέφτεται λοιπόν ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να το στιγματίσουν και ο στρεσογόνος παράγοντας του αυτός το δυσκολεύει και το οδηγεί στη σκέψη

ότι δεν θα είναι εύκολο να βρει δουλειά, ενώ τη χρειάζεται. Όσο αυτή η σκέψη υπάρχει μέσα του θα αναβάλλει και θα κρατιέται σε μια στασιμότητα στο να βάλει τον εαυτό του στη διαδικασία να βρει δουλειά, μήπως και στιγματιστεί. Η συνεχής αυτή του σκέψη επηρεάζει αρνητικά και την ψυχική του υγεία και η επίπτωση αυτού είναι το να υποπέσει στην εύκολη λύση του να πουλήσει ναρκωτικά για να επιβιώσει, άρα να μπει στο ρόλο που του έχει αποδώσει εξαρχής η κοινωνία, βάση στερεοτύπου, ότι αυτό μόνο μπορεί να κάνει, γι' αυτό είναι ικανό (Frost, 2011).

Παρακάτω θα αναφερθούν κάποιοι από τους πιο σημαντικούς τομείς επίπτωσης που σχετίζονται με το στίγμα, καθώς και οι συνέπειες που επωμίζονται οι στιγματισμένοι άνθρωποι:

Ψυχική υγεία: Ένα από τα πιο σταθερά ευρήματα όταν εξετάζουμε τις συνέπειες που έχουν σχέση με το στίγμα είναι ότι η αυξημένη έκθεση στο στρες έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση αποδοτικότητας της καλής ψυχικής υγείας. Αυτό, σύμφωνα με μελέτες, αληθεύει για τις σεξουαλικές μειονότητες που σχετίζονται με διαταραχές της ψυχικής υγείας και υπάρχει αδυναμία διαχείρισης σε όλο αυτό που τους συμβαίνει. Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ του στρες και της ψυχικής υγείας, έχει φανεί αρκετά καλά, ανάμεσα σε γυναίκες και εθνικές μειονότητες ειδικά σε σχέση με το πώς αντιλαμβάνονται τις διακρίσεις που υφίσταντο και την κατάθλιψη. Υπάρχουν κάποιες επιπλέον έρευνες οι οποίες έχουν δείξει ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες ευθύνονται για την ανομοιότητα στην ψυχική υγεία ανάμεσα στις σεξουαλικές μειονότητες και τους ετεροφυλόφιλους. Κάτι που συμβαίνει, γιατί ένα ομοφυλόφιλο άτομο, στον φόβο της αποκάλυψης της ταυτότητάς του, στον κοινωνικό περίγυρο βρίσκεται εσωτερικά σε μια κατάσταση διαρκούς στρες, σε αντίθεση με ένα ετεροφυλόφιλο άτομο, το οποίο επειδή τοποθετείται στα όρια του φυσιολογικού για την κοινωνία, δεν βρίσκεται στην ίδια κατάσταση. Αυτό δεν έχει φανεί τόσο έντονα σε άλλους στιγματισμένους πληθυσμούς και δεν είναι σχετικό με τις φυλετικές μειονότητες δεδομένου ότι δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες, λόγω της ανομοιότητας της ψυχικής υγείας (Frost, 2011).

Σωματική υγεία: Έχουν καταγραφεί φυλετικές ανομοιότητες όσον αφορά τις επιπτώσεις στην φυσική υγεία. Σύμφωνα με μεγάλο μέρος έρευνας σε αυτόν τον τομέα έχει δείξει ότι αυξημένη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη καρδιαγγειακή υγεία. Οι εμπειρίες σε συνάρτηση με στρεσογόνους παράγοντες συνδέονται επίσης και με μειωμένη πρόσβαση στην

περίθαλψη. Παρομοίως, συμβαίνει το ίδιο όταν οι στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονται με το στίγμα και εκτός της μειωμένης πρόσβασης υπάρχει και μειωμένη ποιότητα. Ένα παράδειγμα στο οποίο μπορούμε να αναφερθούμε, αυτοί που πάσχουν από AIDS, με το να κρύβουν το στίγμα τους σημαίνει ότι η επίθεση της ασθένειας θα γίνει πολύ πιο άμεσα γιατί υπάρχει ο φόβος ότι θα στιγματιστούν αν το πουν για να αντιμετωπιστεί (Frost, 2011).

Συμπεριφορές που έχουν επικινδυνότητα για την υγεία: Η έρευνα έχει αποδείξει συνδέσεις ανάμεσα στο στρες που συνδέεται με το στίγμα και τις συμπεριφορές που ακολουθούν μια τέτοια σύνδεση και είναι επικίνδυνες για την υγεία. Αν ένα άτομο είναι αναποτελεσματικό σε σχέση με τη διαχείριση του στρες εφευρίσκει τρόπους να το ισορροπήσει, να το καλύψει κάνοντας κάποια πράγματα παρορμητικά/νευρικά για να νομίζει ότι το αντιμετωπίζει. Παραδείγματος χάριν, κάπνισμα λόγω στρες. Επίσης ανάμεσα σε διάφορους πληθυσμούς σεξουαλικών μειονοτήτων, πολλές έρευνες έδειξαν τη σύνδεση μεταξύ ποικιλίας στρεσογόνων παραγόντων και της συμπεριφοράς που έχουν τα άτομα σε σχέση με τη σεξουαλική τους υγεία. Αν κάποιος μαύρος ομοφυλόφιλος άντρας συννευρεθεί σεξουαλικά με κάποιον άλλον άντρα, ίσως να μην τον νοιάζει και τόσο η προφύλαξη που θα παρθεί γιατί κουβαλάει το βάρος δύο ετικετών και των στερεοτύπων που τις ακολουθούν. Συμπερασματικά, όχι μόνο το στρες που συνδέεται με το στίγμα είναι συνδεδεμένο με ψυχικές και σωματικές επιπτώσεις στην υγεία, αλλά παράγει και μεγαλύτερο ρίσκο για την απόδοση της υγείας, την εντείνει. Κάτι το οποίο ενδυναμώνει τις συνδέσεις μεταξύ του κοινωνικού στίγματος και των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία για πολλά άτομα ή ομάδες ατόμων που στιγματίζονται (Frost, 2011).

Ακαδημαϊκή επίδοση: Μια από τις πιο κοινωνικές και ψυχολογικές προόδους στην έρευνα για τις συνέπειες του στίγματος έχει υπάρξει η έρευνα για τα απειλητικά στερεότυπα. Αυτά εμφανίζονται όταν το άτομο έχει επίγνωση του αρνητικού στερεοτύπου και η επίδοση του ατόμου σε αυτόν τον τομέα εκμηδενίζεται ως αποτέλεσμα των σκέψεων που παράγονται. Ένα αρνητικό στερεότυπο πάνω στο οποίο θα μπορούσαμε να αναφερθούμε είναι το ότι επικρατεί η αντίληψη ότι οι γυναίκες δεν είναι καλές οδηγοί. Μια γυναίκα που φέρει αυτό το αρνητικό στερεότυπο, πιθανότατα εξαιτίας του στερεοτύπου να μην εξελιχθεί σε καλή οδηγός, αποδεχόμενη τη μοίρα της, βάση στερεοτύπου ή να φοβάται ότι με όποιο λάθος πάνω στην οδήγηση κάνει, θα βρεθεί κάποιος να επιβεβαιώσει αυτό το στερεότυπο και να

βρίσκεται συνέχεια σε κατάσταση “συναγερμού” για να μην κάνει κάποιο λάθος. Τα απειλητικά στερεότυπα για τους μαύρους και τους Λατίνους, σύμφωνα με έρευνες, έχουν εμφανιστεί σε σχέση με τα αρνητικά αποτελέσματα της επίδοσης τους σε πολλά τυποποιημένα διαγνωστικά τεστ. Δηλαδή η αντίληψη που λέει ότι οι μαύροι και οι Λατίνοι δεν είναι καλοί στα τεστ, επηρεάζει την επίδοσή τους και κυρίως στην αριθμητική. Οι μαθητές που ανήκουν στις σεξουαλικές μειονότητες έχουν αυξημένους στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με το πως θα τους δουν οι άλλοι και τι εικόνα θα σχηματίσουν γι’ αυτούς, ώστε όταν βρίσκονται στο σχολείο βρίσκονται σε μια διαρκή προσπάθεια να κρύψουν αυτό που είναι και αυτό το στρες που δημιουργείται μειώνει την επίδοσή τους στο σχολείο συν ότι κάνουν περισσότερες απουσίες (Frost, 2011).

Εργασιακή Επίδοση: Οι διακρίσεις ξεκινάνε από την πρόσληψη και τη συνέντευξη των στιγματισμένων ατόμων. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα των στρεσογόνων παραγόντων συνεχίζονται δηλαδή και μετά την πρόσληψη στην περίπτωση που ο εργαζόμενος-στιγματισμένο άτομο έχει προσληφθεί. Τρεις δεκαετίες έρευνας στη σεξουαλική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο έχουν δείξει σταθερά τη μείωση επίδοσης της γυναίκας, αλλά και το στρες που προκαλείται από το φόβο μην υπάρξει η όποια σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας, μειώνει και την ικανοποίησή της εκεί. Οι σεξουαλικές μειονότητες, όπως έχει μελετηθεί, αντιμετωπίζουν μια πρόκληση στο να διαπραγματεύονται τους στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο εργασίας. Δηλαδή μπαίνουν σε μια διαδικασία να διαλέξουν ποιος στρεσογόνος παράγοντας είναι καλύτερος από τον άλλον, ποιος παράγει λιγότερο στρες για να τον επιλέξουν. Οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με το στίγμα έχουν συνδεθεί με μια ποικιλία από δείκτες επίδοσης στην εργασία και με την ικανοποίησή τους αλλά και το πως παρατηρούν και αντιλαμβάνονται να ταιριάζουν ή μη στον εργασιακό χώρο (Frost, 2011).

Επιπτώσεις στις ερωτικές σχέσεις: Οι σεξουαλικές μειονότητες σε σχέσεις τους με το ίδιο φύλο στιγματίζονται ως αποτέλεσμα της ταυτότητας τους αλλά και για τη σχέση με το άτομο. Ένα παράδειγμα θα φέρουμε εδώ ένα ομοφυλόφιλο αγόρι περπατάει χέρι-χέρι με τον σύντροφό του και φιλιέται στο δρόμο και αυτό ενοχλεί. Έχει ήδη στιγματιστεί και για την ταυτότητά του αλλά και για τη σχέση με το άλλο άτομο. Οι στρεσογόνοι παράγοντες που έχουν σχέση με το στίγμα φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά πολλούς δείκτες που αφορούν την ποιότητα μιας σχέσης του

ίδιου φύλου. Φυσικά ξεκινάνε από τις προσωπικές προκαταλήψεις και διακρίσεις που κουβαλάει το κάθε άτομο αλλά και εξίσου και από τις δομικές ανισότητες που παίρνουν τη μορφή μιας έλλειψης ίσης αναγνώρισης της σχέσης. Για παράδειγμα αλλιώς είναι το να είμαστε σύντροφοι μεταξύ μας και να έχουμε προκαταλήψεις το κάθε άτομο τις δικές του και αλλιώς το να θέλουμε να παντρευτούμε σε μια κοινωνία που δεν δέχεται γάμο μεταξύ ομοφυλοφίλων. Τα ζευγάρια του ίδιου φύλου δεν είναι τα μόνα ζευγάρια που βιώνουν σχεσιακό στιγματισμό. Υπάρχουν κι άλλα ζευγάρια που υπόκεινται σε σχεσιακό στιγματισμό, όπως λευκή με μαύρο, ή Μεξικανός με Ελληνίδα, αλλά και τα ζευγάρια με μεγάλη διαφορά ηλικίας. Τα μέλη αυτών των περιθωριοποιημένων, θα μπορούσε κανείς να πει, σχέσεων, βιώνουν όλη αυτή την γκάμα των στρεσογόνων παραγόντων που είδαμε πιο πάνω. Δεν στιγματίζονται ως άτομα αλλά παίρνουν και κουβαλούν το στίγμα της σχέσης. Δηλαδή ένας λευκός ετεροφυλόφιλος άντρας μπορεί να μη βιώσει στρεσογόνους παράγοντες μόνος του, αλλά αν παντρευτεί μια μαύρη γυναίκα ίσως να βρεθεί πολλές φορές στη δύσκολη θέση να ανεχτεί διακρίσεις στην καθημερινότητα του λόγω της σχέσης τους, καλύτερα λόγω του στάτους της σχέσης του. Τα μέλη που είναι σε σχέσεις περιθωριοποιημένες έχουν κάποια κοινά βιώματα λόγω των στάτους των στιγμάτων τους. Τα περιθωριοποιημένα ζευγάρια συνήθως βιώνουν περισσότερους στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με το στίγμα σε αντίθεση με τα μη περιθωριοποιημένα ζευγάρια. Με άλλα λόγια παρόλο που αυτά τα 3 είδη περιθωριοποιημένων σχέσεων βιώνουν μοναδικά πράγματα όσον αφορά τους παράγοντες του στρες που οφείλονται στην περιθωριοποίησή τους αλλά κάποια θέματα είναι υπεράνω των προσωπικών εμπειριών και είναι ίδια για όλους. Παρόλο που υπάρχει περιορισμένος όγκος έρευνας για τις διαδικασίες που βρίσκουν τους κοινούς παράγοντες στίγματος, φαίνεται όμως ότι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τη σταθερότητα και την ικανοποίηση της σχέσης (Frost, 2011).

Η εμπειρία του στίγματος οδηγεί σε διακρίσεις όπως μπορεί να είναι η άρνηση για στέγαση, για παροχή βοήθειας, για πρόσβαση σε ένα μαγαζί, για λεκτική και σωματική κακοποίηση, αλλά και τροφή για συζητήσεις με αρνητικό πρόσημο. Από άλλες εμπειρίες στιγματισμού θα μπορούσε να αναφερθεί το εσωτερικευμένο (self-stigma), δηλαδή το πως βιώνει το στίγμα το ίδιο το άτομο και βάση αυτού πως σαμποτάρει το ίδιο τον εαυτό του, το στίγμα αντίληψης (perceived stigma), δηλαδή η γνώση του πως φέρονται σε συγκεκριμένες ομάδες μέσα σε συγκεκριμένα πλαίσια, το

προσδοκώμενο στίγμα (anticipated stigma), τι είδους βίαιη αντίδραση αναμένει το άτομο ότι θα δεχτεί αν αποκαλύψει το στίγμα και το δευτερεύον στίγμα (secondary stigma), το οποίο αφορά την εμπειρία του στιγματισμού από φίλους ή οικογένεια ή από τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας (Stangl, etal., 2019).

2.4 Μύθοι και πραγματικότητα για την ψυχική ασθένεια

Οι ψυχικές ασθένειες είναι παρεξηγημένες σε σχέση με άλλες ασθένειες και αυτό το αποδεικνύει εμπράκτως η συμμετοχή του στίγματος που τις ακολουθεί. Τα αρνητικά στερεότυπα και οι λανθασμένες αντιλήψεις, γύρω από την ψυχική πάθηση είναι υπαρκτές και δεν μπορούμε να τις αγνοήσουμε, γιατί αυτές είναι που οδηγούν και ταξινομούν τα άτομα αυτά στο περιθώριο. Το βασικότερο εμπόδιο που έχει επίδραση στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών είναι το στίγμα. Η ύπαρξή του, αποτελεί τροχοπέδη, τόσο για να αναζητήσει κανείς θεραπεία γι' αυτό που του συμβαίνει, όσο και για την πορεία και την έκβαση της ασθένειας του. Φυσικά λόγω του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, έχουν εξελιχθεί ανά τα χρόνια και τις κοινωνίες κάποιες λανθασμένες αντιλήψεις, σε σχέση με τους ψυχικά πάσχοντες, οι οποίες οδηγούν στη δημιουργία μύθων που και εκείνοι με τη σειρά τους συμβάλλουν στον στιγματισμό αυτών των ατόμων. Για να μπορέσουν να περιοριστούν όλες αυτές οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις που υφίσταντο οι ψυχικά ασθενείς, χρειάζεται να καταρριφθούν όλοι οι μύθοι που κυριαρχούν γύρω από την ψυχική ασθένεια.

Παρακάτω, θα αναφερθούν οι πιο σημαντικοί μύθοι, που πιστεύουν οι άνθρωποι μέχρι και σήμερα και συμβάλλουν στον στιγματισμό των ψυχικά πασχόντων.

Μύθος 1: Οι ψυχικές ασθένειες δεν είναι στην πραγματικότητα ασθένειες, όπως ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά προβλήματα.

Πραγματικότητα: Οι ψυχικές διαταραχές είναι ασθένειες που χρειάζονται ιατρική αντιμετώπιση. Στην εκδήλωση των ψυχικών ασθενειών εμπλέκονται γενετικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι συνήθως μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Μύθος 2: Η αδυναμία προσωπικότητας ή τα ελαττώματα του χαρακτήρα προκαλούν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Πραγματικότητα: Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της ψυχικής νόσου ποικίλλουν και δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τον χαρακτήρα του ατόμου ή τη δυναμική της προσωπικότητάς του. Η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας είναι σχετιζόμενη με τους εξής παράγοντες:

- Βιολογικοί παράγοντες, όπως γονίδια, φυσικές ασθένειες, τραυματισμοί ή χημεία του εγκεφάλου,
- Τραύμα ή ιστορικό κακοποίησης,
- Οικογενειακό ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Μύθος 3: Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας αφορούν ένα πολύ μικρό μέρος του πληθυσμού και δεν με επηρεάζουν.

Πραγματικότητα: Στην πραγματικότητα τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πολύ συνηθισμένα και τα τελευταία χρόνια παρουσιάζουν σημαντική αύξηση, κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Ψυχικής Υγείας, το 2014 ένας στους πέντε Αμερικανούς ενήλικες δήλωσε ότι έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα ψυχικής υγείας. Επίσης, ένας στους 25 Αμερικανούς έχει αντιμετωπίσει κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή στη ζωή του, όπως για παράδειγμα διπολική διαταραχή, βαριάς μορφής κατάθλιψη και σχιζοφρένεια. Επιπροσθέτως, να σημειωθεί ότι για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η αυτοκτονία αποτελεί την 10η κατά σειρά αιτία θανάτου και μετράει περισσότερες από 41.000 απώλειες τον χρόνο.

Εν κατακλείδι, δυο ακόμη στατιστικά που μας δηλώνουν ότι τα προβλήματα της ψυχικής υγείας μας επηρεάζουν όλους είναι ότι, πρώτον σε παγκόσμιο επίπεδο, βάση επιδημιολογικών μελετών, το 20% του πληθυσμού μιας χώρας πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, για την κατάθλιψη, 1 στους 10 νέους έχουν περάσει κάποια φάση κατάθλιψης στη ζωή τους. Το δεύτερο στατιστικό είναι ότι οι ψυχικές ασθένειες αφορούν όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ανεξάρτητα από φυλή, μόρφωση, οικονομική κατάσταση κ.λπ.

Μύθος 4: Οι ψυχικές ασθένειες λ.χ. η σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, είναι μεταδοτικές.

Πραγματικότητα: Η πραγματικότητα είναι ότι οι ψυχικές ασθένειες δεν είναι μεταδοτικές. Δυστυχώς, αυτή η διάχυτη πεποίθηση που επικρατεί σε αρκετό κόσμο αποτελεί τη βάση για πολλές διακρίσεις των ψυχικά νοσούντων, σε σχέση με τον

υπόλοιπο κόσμο. Εξίσου και ο στιγματισμός που υφίστανται τα μέλη μιας οικογένειας ενός ασθενούς, αλλά και ο δευτερεύοντας, θα μπορούσε να πει κανείς, στιγματισμός που δέχονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Μύθος 5: Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι συνήθως βίαια, επικίνδυνα και απρόβλεπτα.

Πραγματικότητα: Τα περισσότερα άτομα που έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν έχουν καταστεί ούτε βίαια, ούτε επικίνδυνα, ούτε απρόβλεπτα. Αυτό έχει παρουσιαστεί μόνο σε ένα ποσοστό 3%-5% για τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο.

Είναι γεγονός, ότι ισχύει το ακριβώς αντίθετο, καθώς τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, έχουν πάνω από 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να πέσουν θύματα βίας από ότι ο ψυχικά υγιής πληθυσμός. Να σημειωθεί επίσης, ότι πολλά άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα ενεργά και παραγωγικά μέλη σε μια κοινωνία.

Μύθος 6: Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, ακόμη κι εάν διαχειρίζονται την ψυχική τους ασθένεια, δεν μπορούν να αντέξουν το εργασιακό άγχος/ δηλαδή δε μπορούν να δουλέψουν.

Πραγματικότητα: Τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια είναι εξίσου παραγωγικά με τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Οι εργοδότες που προσλαμβάνουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας αναφέρουν ότι έχουν έγκαιρη προσέλευση και κίνητρα, καλή απόδοση στην εργασία, ενώ μπορούν να απασχοληθούν σε ίση ή και μεγαλύτερη θέση από τους άλλους εργαζομένους. Φυσικά για να καταστεί κάτι τέτοιο εφικτό, όταν οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν και την απαραίτητη θεραπεία.

Μύθος 7: Οι ψυχικά ασθενείς έχουν νοητική υστέρηση.

Πραγματικότητα: Αρχικά, καλό θα ήταν να ξεκαθαριστεί ότι η ψυχική ασθένεια και η νοητική υστέρηση είναι δύο διαφορετικές καταστάσεις. Αυτό δε σημαίνει ότι ένα άτομο με νοητική υστέρηση έχει απαραίτητα κάποια ψυχική ασθένεια ή ένα άτομο με ψυχική ασθένεια έχει απαραίτητα νοητική υστέρηση. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς έχουν μέση ή άνω του μέσου όρου νοημοσύνη και η ψυχική ασθένεια, όπως και η σωματική ασθένεια,

μπορεί να επηρεάσει το οποιοδήποτε άτομο ανεξαρτήτως νοημοσύνης, ευφυΐας, κοινωνικής τάξης ή επιπέδου εισοδήματος.

Μύθος 8: Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας δε μπορούν να θεραπευτούν.

Πραγματικότητα: Οι ψυχικές ασθένειες επειδή δεν είναι ίδιες για όλους, η θεραπεία τους διαφέρει. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας βελτιώνονται χρόνο με τον χρόνο και πολλές φορές μπορεί να θεραπευτούν πλήρως, καθώς υπάρχουν πλέον διαθέσιμες, κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπείες. (Π.Ο.Υ., 2002) Υπάρχουν ψυχικές διαταραχές με τις οποίες το άτομο ζει μια ζωή, αλλά με τη σωστή βοήθεια και θεραπεία, ζει μια λειτουργική ζωή. Πιο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη μπορεί να ξεπεραστεί εντελώς, κάποια στιγμή στη ζωή του ατόμου, ενώ στη σχιζοφρένεια τα 2/3 σχεδόν των ασθενών με την κατάλληλη θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη μπορούν να έχουν μια φυσιολογική ζωή.

Η αποκατάσταση της ψυχικής ευημερίας των ατόμων αναφέρεται στη διαδικασία στην οποία οι άνθρωποι μπορούν να ζήσουν, να εργαστούν, να μάθουν και να συμμετάσχουν πλήρως σε δραστηριότητες.

Μύθος 9: Από τη στιγμή που ο ασθενής μπορεί να λάβει φαρμακευτική αγωγή, δε χρειάζεται να συμμετάσχει σε κάποια άλλη θεραπεία.

Πραγματικότητα: Η θεραπεία, για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο, ποικίλλει ανάλογα το άτομο και την ασθένειά του. Μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ή και τα δύο. Τα περισσότερα άτομα αλληλεπιδρούν με ένα σύστημα υποστήριξης, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της διαδικασίας αποκατάστασης.

Μύθος 10: Σχιζοφρένεια σημαίνει διχασμένη προσωπικότητα.

Πραγματικότητα: Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν έχουν διχασμένη προσωπικότητα. Αυτή σύγχυση έχει προκληθεί από την ετυμολογική ερμηνεία της λέξης σχιζοφρένεια, που είναι σύνθετη και απέχει από την ορθή επιστημονική χρήση του όρου. Στην πραγματικότητα, η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου που εμφανίζεται με διαταραχές στη σκέψη και στο συναίσθημα. Τα άτομα λοιπόν, που έχουν σχιζοφρένεια έχουν διάφορα συμπτώματα, μεταξύ των οποίων είναι η κοινωνική απόσυρσή, οι ψευδαισθήσεις και οι

παραληρηματικές ιδέες. (Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης & Επικοινωνίας, ΕΠΨΥ, 2007)

Μύθος 11: Τα παιδιά δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Πραγματικότητα: Τα παιδιά είναι εξίσου πιθανό να αντιμετωπίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Ακόμα και τα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εμφανίσουν προειδοποιητικά σημάδια ανησυχιών για την ψυχική τους υγεία. Αυτά τα προβλήματα είναι συχνά κλινικά διαγνωσμένα και μπορούν να αποτελέσουν προϊόν αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Οι μισές από τις ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα πριν από την ηλικία των 14 ετών και τα $\frac{3}{4}$ των ψυχικών ασθενειών ξεκινούν πριν από την ηλικία των 24 ετών.

Παρόλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί ότι, λιγότερο από το 20% των παιδιών και των εφήβων με διαγνωσμένα προβλήματα ψυχικής υγείας λαμβάνουν τη θεραπεία που χρειάζονται. Η έγκαιρη υποστήριξη της ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει ένα παιδί, πριν τα προβλήματα αυτά παρέμβουν σε άλλες αναπτυξιακές ανάγκες.

Μύθος 12: Δεν μπορώ να βοηθήσω ένα άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας.

Πραγματικότητα: Οι φίλοι, οι συγγενείς και τα άτομα που αγαπάει κανείς μπορούν να κάνουν τη διαφορά. Αυτό σημαίνει ότι αποτελούν σημαντική επιρροή για την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας ενός ατόμου που αντιμετωπίζει πρόβλημα. Είναι γεγονός ότι, μόνο το 44% των ενηλίκων με διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια και λιγότερο από το 20% των παιδιών και των εφήβων λαμβάνουν τη απαραίτητη αποτελεσματική θεραπεία. Σε αυτή περιλαμβάνεται όχι μόνο η φαρμακευτική αγωγή, αλλά και η υποστήριξη από τα άτομα που είναι κοντά και δίπλα στον ασθενή. Επομένως, κάθε άτομο μπορεί να βοηθήσει κάποιον που πάσχει από μια ψυχική ασθένεια, λέγοντάς του ότι είναι εκεί δίπλα του και είναι διαθέσιμο για όποια βοήθεια χρειαστεί. Επίσης θα μπορούσε να βοηθήσει κάποιος αν το θέλει στο να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Όλα αυτά βέβαια αφού τα άτομα που είναι εκεί και θέλουν να βοηθήσουν αντιμετωπίζουν τα ψυχικά πάσχοντα άτομα με σεβασμό και κατανόηση, όπως ακριβώς θα έκαναν και σε οποιοδήποτε άλλο άτομο θα χρειαζόταν τη βοήθειά τους.

Μύθος 13: Η πρόληψη δε λειτουργεί και επομένως είναι αδύνατον να αποφευχθούν οι ψυχικές ασθένειες.

Πραγματικότητα: Η πρόληψη διανοητικών συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση γνωστών παραγόντων κινδύνου, όπως η έκθεση σε τραύμα, που μπορεί να επηρεάσει τις πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά, νέους και ενήλικες. Περιορίζοντας λοιπόν τους παράγοντες κινδύνου και προωθώντας την κοινωνική και συναισθηματική ευημερία των παιδιών, των εφήβων και των νέων, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης των ψυχικών ασθενειών (“Mental Health Myths and Facts”, 2017; Πλεμμένος, 2017; Χαρίτση, 2007).

2.5 Ο κοινωνικός αποκλεισμός της ψυχικής ασθένειας

Στην ελληνική μυθολογία υπάρχει ένας μύθος που συμβολικά σχετίζεται με τον κοινωνικό αποκλεισμό των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων και είναι αυτός του Προκρούστη. Ο Προκρούστης ήταν ένας ληστής, σύμφωνα με το μύθο, ο οποίος είχε μια περίεργη αντίληψη περί φιλοξενίας. Το λημέρι του ήταν στην περιοχή του Χαϊδαρίου. Εκεί λοιπόν είχε ένα «αδιόμορφο» σιδερένιο κρεβάτι. Την ονομαζόμενη «Προκρούστεια κλίνη». Προσκαλούσε, όσα άτομα περνούσαν από εκεί, να μπουν μέσα και τους προσέφερε ένα πλουσιοπάροχο γεύμα, ως ένδειξη φιλοξενίας. Δεν έμενε εκεί όμως. Έπειτα τους εξανάγκαζε να ξαπλώνουν σε αυτό το σιδερένιο κρεβάτι. Αν οι άνθρωποι ήταν μικρόσωμοι, τέντωνε βίαια, τα πόδια προς τα κάτω και τα χέρια προς τα πάνω, μέχρι να καλύψουν όλο το μήκος του κρεβατιού. Αν ήταν ψηλοί, με την ίδια λογική, να καλυφθεί δηλαδή όλο το μήκος του κρεβατιού και να μην προεξέχει κάτι, τους έκοβε με ένα κοφτερό τσεκούρι τα πόδια που εξέιχαν. Ο σκοπός του ήταν να δώσει ομοιογένεια σε όλους τους ανθρώπους. Αυτός ο μύθος συμβολίζει την προσαρμογή, με τη βία, ατόμων ή ομάδων, σε προκαθορισμένα πλαίσια. Θα μπορούσε επίσης να παραλληλιστεί με τον έλεγχο που ασκεί ένα ολόκληρο σύστημα εξουσίας στις κοινωνίες, με σκοπό την εξάλειψη, κάθε μορφής, διαφορετικότητας (Βρεττού & Μανόλογλου, 2010).

Οι ψυχικά ασθενείς είναι μια ομάδα που διαφοροποιείται από το σύνολο και ανήκει στις ευάλωτες, κοινωνικά, ομάδες. Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών, δεν έχει δημιουργηθεί τυχαία, έχει προκληθεί από τον στιγματισμό τους. Κάτι το οποίο, βαθμιαία οδηγεί, σε άτυπες διακρίσεις και καταλήγει σε τυπικές διακρίσεις, δηλαδή στον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων που υφίσταντο το

στίγμα. Οι αντιλήψεις που στιγματίζουν άτομα και κοινωνικές ομάδες, μέσα στο σύνολο μιας κοινωνίας, μπορούν να μας δώσουν μια εικόνα της κοινωνικής της συνοχής. Με λίγα λόγια, η ύπαρξη χαμηλής κοινωνικής θέσης στην κοινωνική ιεραρχία ελαχιστοποιεί σημαντικά τις ευκαιρίες για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και σε δημιουργία δεσμών μεταξύ των ανθρώπων, επιβεβαιώνοντας έτσι ότι «καλώς» βρίσκεται το εκάστοτε άτομο στην συγκεκριμένη κοινωνική θέση, δε θα μπορούσε να βρίσκεται αλλού, λόγω της αδυναμίας που έχει. Η απώλεια της κοινωνικής θέσης είναι η επιβλαβής συνέπεια του στίγματος και της κοινωνικής απαξίωσης των ατόμων και ομάδων που θεωρούνται ότι παρεκκλίνουν των νορμών που ισχύουν για μια κοινωνική ενότητα (Ζήση, 2013). Τόσο οι στιγματισμένοι, όσο και οι ψυχικά ασθενείς, αδυνατούν να ανταποκριθούν στα δεδομένα και προβλέψιμα στοιχεία της καθημερινής ζωής και τα κανονιστικά πρότυπα που τη διέπουν. Η αδυναμία αυτή έχει σοβαρές συνέπειες για την κοινωνική ταυτότητα που αποδίδεται τόσο στο στιγματισμένο όσο και στον ψυχασθενή. Όταν μια ενέργεια που αργότερα θα ερμηνευθεί ως ψυχικό σύμπτωμα επιτελείται για πρώτη φορά από το άτομο που αργότερα θα θεωρηθεί ψυχικά ασθενής, η ενέργεια αυτή δεν εκλαμβάνεται ως σύμπτωμα ασθένειας αλλά ως παρέκκλιση από τα κοινωνικά κανονιστικά πρότυπα, δηλαδή ως παραβίαση κανόνων και κοινωνικών προσδοκιών (Μακρυγιώτη, 2012). Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής θα απογυμνωθεί από την παλιά του ταυτότητα και μια νέα παίρνει τη θέση της σε μια τελετή που ο Goffman αποκαλεί «τελετή αποκαθήλωσης» (status degradation ceremony). Μέρος αυτής της διαδικασίας οδηγεί τον χαρακτηρισμένο στην εσωτερικευση της νέας ταυτότητας που του αποδόθηκε (Κοππάση, 2004). Σύμφωνα και με τη θεωρητική πρόταση του Link (1987) όταν στα άτομα δοθεί μια επίσημη ψυχιατρική διάγνωση, ψυχιατρική ετικέτα με όρους κοινωνικούς δηλαδή, τείνουν να εσωτερικεύουν τις γενικές στερεοτυπικές και στιγματιστικές πεποιθήσεις που ισχύουν εντός της κοινωνίας για τα άτομα με ψυχιατρικές παθήσεις και να τις μετασηματίζουν σε προσδοκίες αρνητικής μεταχείρισης οι οποίες εκφράζονται με το φόβο της απόρριψης. Αυτό σημαίνει ότι τα ίδια τα άτομα, λόγω της επιστημονικής διάγνωσης, φοβούνται ότι θα στιγματιστούν, άρα αυτομάτως θα απορριφθούν από τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται με τη θεωρία της «ετικετοποίησης». Ο Howard Becker διατύπωσε αυτή τη θεωρία που ουσιαστικά είναι η ταξινόμηση των ατόμων με «ιδιαιτερότητες», βάση γενικών πεποιθήσεων και ερμηνειών, που αναδύονται, μέσω της αλληλεπίδρασης τους με τα άλλα μέλη της κοινωνίας, με τα τελευταία να τα

τοποθετούν σε συγκεκριμένες κατηγορίες. Η απόκλιση από τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα δεν είναι δεδομένη, αλλά συμβαίνει όταν το αποτέλεσμα της ερμηνείας που αποδίδουν τα περισσότερα μέλη της κοινωνίας σε συγκεκριμένα άτομα ή ομάδες (Κουτζόγλου, 2000). Τα αίτια του αποκλεισμού διαφέρουν από ομάδα σε ομάδα, από χώρα σε χώρα και από τόπο σε τόπο. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι βασικές αιτίες που «στιγματίζουν» ή «ετικετοποιούν» ορισμένες ομάδες ατόμων, όπως οι προκαταλήψεις, οι άκαμπτες ιδεολογίες, στάσεις και δογματικές απόψεις έχουν άμεση σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κουλτούρας κάθε κοινότητας ή χώρας (Helman, 1996).

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή που επικράτησε τα τελευταία είκοσι χρόνια στην Ευρώπη και την τελευταία δεκαπενταετία στην Ελλάδα (Παπαδοπούλου, 2012). Είναι μια πολυεπίπεδη διαδικασία και δεν μπορεί να οριστεί εξ ολοκλήρου. Τις τελευταίες δεκαετίες χρησιμοποιείται η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού για να προσδιορίσει διαφορετικά μεταξύ τους φαινόμενα, τα οποία προκαλούνται από τις διαφορετικές θέσεις, ιεραρχικά, στον κοινωνικό καταμερισμό της εργασίας. Σαν φαινόμενο, αρχικά εμφανίστηκε στην Γαλλία και σύμφωνα με τη Silver (1994) ο κοινωνικός αποκλεισμός στοχεύει σε μια γενικευμένη απόκλιση, των ατόμων ή ομάδων, από τις κυρίαρχες αξίες και τις κοινωνικές τάξεις. Το 1989 πάρθηκε μια απόφαση από μέσω του Συμβουλίου των Υπουργών και τέθηκε επι τάπητος για να καταπολεμηθεί σαν φαινόμενο καθώς τότε σε όλες τις χώρες της Ευρώπης υπήρχαν ομάδες ή άτομα που στερούνταν ποιοτικής ζωής, με ό,τι αυτό συνεπάγεται και αυτό ήταν κάτι που σταδιακά τους οδηγούσε στο περιθώριο. Ο αποκλεισμός σημαντικού τμήματος του πληθυσμού από το βιοτικό επίπεδο, που απολάμβαναν οι υπόλοιποι πολίτες, δημιουργούσαν σοβαρά προβλήματα στην οικονομική και κοινωνική συνοχή των κρατών (Ρετινιώτη & Μάντζιου, 2010). Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνιστάται στην ανεπαρκή κοινωνική συμμετοχή και κοινωνική ενσωμάτωση του φτωχού στην κοινωνία. Η ανεπάρκεια εισοδήματος θεωρείται μια μόνο διάσταση των σύνθετων καταστάσεων αποστέρησης που βιώνουν οι κοινωνικά αποκλεισμένοι. Εξίσου σημαντική θεωρείται η πρόσβαση σε αγαθά όπως η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η υγεία, η στέγαση, οι υπηρεσίες πρόνοιας (Οικονόμου & Φερόνας, 2006).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών θα μπορούσε να αποδοθεί και στην έλλειψη του ανθρωπισμού που ταλανίζει και τις σημερινές κοινωνίες. Σύμφωνα με ανθρωπολογικές έρευνες έχει σημειωθεί ότι οι άνθρωποι, ανά τους αιώνες, δοξάζουν τις ομάδες τους ενώ κακολογούν τους ξένους. Η έλλειψη ανθρωπισμού είναι ένα διαδεδομένο φαινόμενο τόσο στο διαπροσωπικό πλαίσιο όσο και στο ενδοομαδικό και συμβαίνει σε μια μεγάλη ποικιλία κοινωνικών τομέων. Έχει συνδεθεί κυρίως με τις ακραίες αντιδράσεις της επιθετικότητας και του μίσους και έχει ειπωθεί ως μια καταστροφική διαδικασία σε καταστάσεις βίαιων συγκρούσεων. Το 2009 έρευνες διαφοροποίησαν τον απανθρώπισμό που στοχεύει στην άρνηση των ανθρώπινων χαρακτηριστικών σε άλλους και σε αυτόν που επικεντρώνεται στην ταύτιση των άλλων με συλλογικότητες μη ανθρώπινες. Η πρώτη προσέγγιση που καλείται, θεμελιωμένη σε χαρακτηριστικά, ορίζει και επιλέγει ανθρώπινα χαρακτηριστικά και στη συνέχεια εξακριβώνει εάν αποδίδονται σε κοινωνικούς στόχους. Η δεύτερη προσέγγιση, που βασίζεται σε μεταφορές, μελετά την πιθανότητα της σύνδεσης των μελών εκτός ομάδας με ομάδες που δεν είναι ανθρώπινες όπως ζώα ή ρομπότ. Σε περιπτώσεις συγκρούσεων ενδοομαδικών οι περιγραφές συχνά παρέπεμπαν σε εικόνες ζώων. Οι Ναζί αποκαλούσαν τους Εβραίους "αρουραίους" πριν και κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Οι μεταφορές είναι συχνά ισχυρές εικόνες που κολλάνε σε ομάδες κοινωνικές στις οποίες αρχικά είχαν αποδοθεί ακόμη κι όταν η περίοδος της σύγκρουσης είχε τελειώσει (Vaes et al., 2012).

Η κοινωνία χρειάζεται να ευαισθητοποιηθεί και να προβληματιστεί όσον αφορά τις κοινωνικές αδικίες εις βάρος ανθρώπων και γενικότερα με τον κοινωνικό ρατσισμό. Χρειάζεται να γίνει κατανοητό ότι οι ψυχικές ασθένειες αφορούν τους πάντες σε μια κοινωνία, έτσι κι αλλιώς πέρα από βιολογικούς παράγοντες, για την εμφάνιση ορισμένων ψυχικών ασθενειών, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες για την εμφάνιση άλλων ψυχικών ασθενειών, που συνδέονται με τις κοινωνικές καταστάσεις και τα περιβάλλοντα στα οποία βρίσκονται οι άνθρωποι σε συνδυασμό με παθολογικούς παράγοντες, αλλά και με την υπάρχουσα διαμορφωμένη προσωπικότητά των εκάστοτε ατόμων. Άρα είναι πιθανό να συμβεί στον καθένα. Πέραν της όποιας δυσκολίας φέρει η κατανόηση του "διαφορετικού", η αμάθεια και κυρίως η ημιμάθεια, είναι φορείς στερεοτύπων και προκαταλήψεων και λειτουργούν αποτρεπτικά στην κοινωνική ενσωμάτωση κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων και δη

των ψυχικά νοσούντων. Για να κατανοηθεί όμως το οτιδήποτε διαφορετικό, θα χρειαστεί πρώτα να υπάρξει η απαραίτητη ενημέρωση γι' αυτό, βάση επιστημονικής γνώσης, και σε δεύτερο επίπεδο το να υπάρξει η διαπροσωπική επαφή με τα άτομα αυτά ή ομάδες, για να αντιμετωπιστούν, με βιωματικό τρόπο, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις. Όλα αυτά συνδέονται, φυσικά, με το τι παιδεία έχει λάβει ένας άνθρωπος από την παιδική του ηλικία μέχρι και την ενηλικίωσή. Ο Scheff υποστηρίζει ότι η παιδική ηλικία είναι η αρχή για να αναπτυχθούν τα στερεότυπα στη ζωή ενός ανθρώπου. Στην πορεία παραμένουν στη συνείδησή του και τον ακολουθούν και στην ενήλικη ζωή του. Αυτό είναι όμως το αποτέλεσμα των εικόνων που λαμβάνουν και ερμηνεύουν τα παιδιά μέσα από τη διαδικασία της μάθησης και της μίμησης. Αν λοιπόν, το άτομο από τη νεαρή του ηλικία δεν λάβει την απαραίτητη παιδεία, είτε από την οικογένειά του, είτε από το σχολικό του περιβάλλον, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει αξίες και ιδανικά, που χρειάζεται να έχει κάθε άνθρωπος, που θέλει να σέβεται τον εαυτό του και τον άλλον άνθρωπο, μέσα σε μια κοινωνία, και να συνυπάρχει με αποδοχή και αρμονία, τότε δεν θα είναι εύκολο το να καλλιεργηθεί, στην ενήλικη ζωή του, η ενσυναίσθηση και η ευαισθησία απέναντι στα άτομα με ψυχικές νόσους, αλλά απέναντι και σε οποιοδήποτε διαφορετικό άτομο ή ομάδα. Έχει παρατηρηθεί ότι τα περισσότερα άτομα αντιδράνε με τρόπο φοβικό απέναντι στην ψυχική ασθένεια γενικά, αλλά και πιο ειδικά στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο. Αυτό σχετίζεται άμεσα με τα στερεότυπα που έχουν καλλιεργήσει και κουβαλάνε τα άτομα, από την παιδική, ακόμα, ηλικία, σε συνδυασμό βέβαια, με το ότι το μεγαλύτερο μέρος των σχολικών κοινοτήτων έχει προσεγγίσει, ελάχιστα έως καθόλου, την ψυχική ασθένεια που και αποτελούσε αλλά και αποτελεί, κοινωνικό θέμα, για την κατάλληλη ενημέρωση των μαθητών, ώστε να ευαισθητοποιηθούν από νωρίς (Μαδιανός, 2000; Σεχίδου, 2011).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός ανάλογα την εκάστοτε ομάδα που τον βιώνει είναι λιγότερο ή περισσότερο έντονος. Για τους ψυχικά πάσχοντες, είναι εμφανής και έντονος καθώς φαίνεται ότι είναι αποκλεισμένοι σε μεγάλο βαθμό από τα κοινωνικά τους δικαιώματα, εργασία, στέγαση, πρόσβαση στην υγεία, αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης και συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Εκεί που ο αποκλεισμός των ατόμων, που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους, φαίνεται ότι είναι αρκετά πιο έντονος στα άτομα που ανήκουν παράλληλα και σε άλλες κατηγορίες ευπαθών ομάδων, όπως άνεργοι, ανασφάλιστοι, άστεγοι, μετανάστες, οι ποινικά ανεύθυνοι και

οι εισαγγελικοί ασθενείς. Οι ομάδες αυτές είτε αντιμετωπίζουν τον ιδρυματικό εγκλεισμό, είτε κινούνται στο κενό, στη μεθόριο που χωρίζει τις κοινωνικές από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, ανήμποροι να ενταχθούν στην μία ή στην άλλη κατηγορία υπηρεσιών. Συνεπώς, η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού συναρτάται, όχι μόνο με την εργασία και το εισόδημα, αλλά και με την ανάδειξη όλων εκείνων των παραμέτρων που συνδέονται με την πραγμάτωση της κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας (Πλεμμένος, 2017).

2.6 Πως απεικονίζεται η ψυχική νόσος στα ΜΜΕ και στον κινηματογράφο τον 21ο αιώνα

Τα τελευταία 50 χρόνια η βασική πηγή πληροφόρησης των ανθρώπων, στις σύγχρονες κοινωνίες, γίνεται μέσω των ΜΜΕ. Τα ΜΜΕ αποτελούνται από το ραδιόφωνο, από τα περιοδικά, από τις εφημερίδες και από την τηλεόραση. Τα οποία καλούνται να προσφέρουν δίκαιη αξιόπιστη ενημέρωση σε δημόσια ζητήματα, να παρέχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε όλους ανεξαιρέτως τους ανθρώπους που θέλουν να ακουστούν και να εκφραστούν, μέσω αυτών και να διευκολύνουν τους πολίτες να συμμετέχουν στο δημόσιο λόγο (McQuail, 2003). Έχουν χαρακτηριστεί, ότι αντανακλούν τις ήδη υπάρχουσες γενικευμένες πεποιθήσεις και στάσεις της μαζικής συνείδησης. Πιο συγκεκριμένα κυρίως η τηλεόραση η οποία χαίρει μεγάλης απήχησης από το κοινό, λόγω της δύναμης που έχει η εικόνα και μένει στις συνειδήσεις, έχει παίξει καθοριστικό ρόλο στην αναπαραγωγή στερεοτύπων και στην εδραίωση του στίγματος στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Πολλές φορές ο φακός της τηλεόρασης γίνεται παραμορφωτικός με απώτερο σκοπό την αύξηση της τηλεθέασης, στο βωμό της ανταγωνιστικότητας μεταξύ των καναλιών. Όταν συμβαίνει αυτό, στην πραγματικότητα δε τους αφορά να δώσουν μια ρεαλιστική, αντικειμενική και καθαρή είδηση, παρά μόνο τους νοιάζει να είναι μια εντυπωσιακή είδηση. Τη στολίζουν λοιπόν με διάφορα κοσμητικά επίθετα, που συνήθως διαιώνίζουν τα στερεότυπα, υπερβάλλουν και προκαλούν τη συναισθηματική εμπλοκή του δέκτη που τη παρακολουθεί. (Luhmann, 2000; Οικονόμου, 2010)

Η ψυχική ασθένεια απεικονίζεται και παρουσιάζεται με αρνητική χροιά συνήθως, με τρόπο είτε που προκαλεί λύπηση, είτε που προκαλεί το φόβο για τα άτομα αυτά. Αυτό γίνεται, γιατί δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην υποτιθέμενη βία και επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών, είτε για τους εαυτούς τους, είτε για τους

άλλους, όπως επιβεβαιώνεται από πολλές έρευνες (Corrigan et al.,2005; Coverdale et al., 2002; Cutcliffe & Hannigan, 2001; Wahl, 1992, 2003). Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '70, έρευνες στην Αμερική καταγράφουν ότι τα ΜΜΕ σταθερά προβάλλουν τη εικόνα του ψυχικά ασθενή σε σύνδεση με την εγκληματικότητα (Γ.Γ.Ε.& Ε,2007). Έχουμε γίνει και εμείς δέκτες ειδήσεων, ουκ ολίγες φορές, που ο δράστης ενός αποτρόπαιου εγκλήματος μπορεί εύκολα, γρήγορα και χωρίς κόπο, να παρουσιαστεί από τα ΜΜΕ ως «σχιζοφρενής» ή ως «μανιακός» και στην καλύτερη περίπτωση ως ιδιόρρυθμο άτομο που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα. Ο λόγος που γίνεται είναι για να κατανοηθεί, κατά κάποιον τρόπο στη σκέψη του μέσου ανθρώπου, η αποτρόπαια πράξη, αλλά και για λόγους εντυπωσιασμού και υπερβολής. Έτσι δημιουργείται αυτόματα η εντύπωση ότι το οποιοδήποτε άτομο που αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα κάποια στιγμή θα φτάσει σε σημείο ακρότητας και θα διαπράξει κάποιο έγκλημα ή θα προβεί σε βίαιη συμπεριφορά. Έχει διαπιστωθεί ότι η αναπαραγωγή στερεοτύπων κατέχει δομικό ρόλο στη λειτουργία των ΜΜΕ (Luhmann,2000). Ακόμα και το στοιχείο της υπερβολής της έκπληξης και του εντυπωσιασμού, που εξασφαλίζει το μέγεθος για την απήχηση μιας είδησης χρειάζεται να περιβάλλεται από ένα οικείο πλαίσιο ώστε να μπορεί να είναι εύπεπτο για τον δέκτη. Η αναπαραγωγή και διαιώνιση στερεοτύπων είναι μια εύκολη λύση που λύνει τα χέρια, σε όσους ασχολούνται με τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, για τη δημιουργία αυτού του οικείου πλαισίου που θα αγκαλιάσει την είδηση. Επομένως, η κοινή γνώμη με τις αντιλήψεις της προδιαγράφει την κατεύθυνση των ΜΜΕ ως προς το τρόπο παρουσίασης των ειδήσεων (Cutcliffe & Hannigan, 2001). Έτσι οι επικρατούσες αρνητικές αντιλήψεις του κοινού, απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο, επιβεβαιώνονται, διαιωνίζονται και ενδυναμώνονται ακόμα περισσότερο από τη στιγμή που αναπαράγονται από τα ΜΜΕ, ως κάτι το αληθές.

Εκτός από την εικόνα του ψυχικά ασθενή που παρουσιάζεται ως επικίνδυνος, απρόβλεπτος ή βίαιος, συχνά παρουσιάζεται η εικόνα του ανήμπορου και του δυστυχημένου από τη μοίρα. Αν τύχει και παρουσιαστεί έτσι, αναλόγως την είδηση, δεν προκαλεί τον φόβο, αλλά προκαλεί τον οίκτο πρωτίστως και δευτερευόντως τη συμπόνια του δέκτη. Το δράμα και η ανθρώπινη δυστυχία, επίσης αποτελεί είδηση, «πουλάει». Αυτές οι μελοδραματικές προσεγγίσεις της ψυχικής ασθένειας, καθιστώντας τους ψυχικά ασθενείς αντικείμενα του οίκτου της κοινής γνώμης, ενισχύουν από τη μια μεριά τον «προστατευτισμό» και τις πατερναλιστικές τάσεις της

κοινωνίας απέναντί τους, ενώ παράλληλα επιβεβαιώνουν και μέσα από αυτή την οδό την άποψη για τη θεαματικότητα της ψυχικής νόσου. Η σχιζοφρένεια ειδικά, όντας μια σοβαρή ψυχική ασθένεια, ανεξαρτήτως αν η χρήση της στα ΜΜΕ γίνεται κυριολεκτικά ή μεταφορικά, το άκουσμά της λέξης και μόνο ελκύει περισσότερο το ενδιαφέρον του κοινού και από μόνη της συνιστά «είδηση».(Γ.Γ.Ε.& Ε,2007).

Υπάρχουν και εκπομπές ψυχαγωγικού χαρακτήρα που γίνεται διακωμώδηση ή γλευασμός του ψυχικά ασθενή μέσα από αυτές. Θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο «βγάζουν γέλιο». Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ίδιοι οι άνθρωποι που πάσχουν δεν έχουν επίγνωση της κατάστασής τους και γι' αυτό και εκτίθενται από μόνοι τους σε αυτές. Παρόλα αυτά το «ψυχαγωγικό» περιεχόμενο αυτών των εκπομπών, δεν πρέπει και δεν επιτρέπεται να βασίζεται πάνω στην προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οι άνθρωποι που παρακολουθούν τέτοιες εκπομπές, και γίνονται αποδέκτες της εικόνας που θέλουν οι επαγγελματίες του είδους να παρουσιάσουν, δεν είναι μόνο το ευρύ κοινό, αλλά είναι άλλοι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και οι οικογένειες τους. Αυτά τα άτομα έχουν ήδη υπάρξει θύματα κοινωνικού στιγματισμού. Η ψυχική ασθένεια δεν είναι κάτι που πρέπει να προκαλεί γέλιο, κρύβει οδύνη για το άτομο που νοσεί και η ύπαρξη τέτοιων φαινομένων αντίκειται στις αρχές δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν την λειτουργία των ΜΜΕ, καθώς παραβιάζει και βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.

Παρόλα αυτά, καλό θα ήταν, να παραδεχτούμε ότι τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά τις δυτικές κοινωνίες, αυτού του είδους οι ακραία τρομολαγνικές διατυπώσεις έχουν ως σε ένα βαθμό μειωθεί ως προς τη συχνότητα και την έντασή τους, τουλάχιστον σε μια σημαντική μερίδα των ΜΜΕ. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι και οι στάσεις της κοινής γνώμης σχετικά με την ψυχική ασθένεια, έχουν βελτιωθεί, σε σχέση με παλαιότερα που ήταν ντυμένες ολοκληρωτικά με το πέπλο της άγνοιας και τα παραπλανητικά στερεότυπα. Η αλήθεια είναι ότι η διαμεσολάβηση από μια μερίδα των ΜΜΕ στη διάχυση επιστημονικών γνώσεων στο ευρύ κοινό και η προβολή ψυχολογικών θεμάτων συνέβαλαν στην αποδυνάμωση των εσφαλμένων αντιλήψεων και προκαταλήψεων της κοινής γνώμης (Πλεμμένος, 2017).

Ο κινηματογράφος, η αποκαλούμενη και ως 7η τέχνη ως μέσο μαζικής ψυχαγωγίας αποτυπώνει με το δικό του «καλλιτεχνικό» τρόπο την πραγματικότητα της ψυχικής ασθένειας. Σύμφωνα με τη δημοσιογράφο ArwaHaider, σε δημοσίευσή της στο BBC, η κινηματογραφική βιομηχανία γοητεύεται εδώ και χρόνια από τον

κόσμο της ψυχιατρικής, γι' αυτό και έπαιξε έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συλλογικής κατανόησης της ψυχικής ασθένειας. Πολλές φορές, βέβαια, μέσω των ταινιών, οι ψυχικές ασθένειες παρουσιάζονται διαστρεβλωμένες. Γιατί ο τρόπος που προβάλλεται η «τρέλα» σε ταινίες τρόμου, αποκαλύπτει την έλλειψη μιας ώριμης και ευαίσθητης προσέγγισης του κινηματογράφου σχετικά με την ψυχική υγεία. Αυτό δεν συμβαίνει επειδή αποφεύγει τα θέματα που θεωρούνται ταμπού, αλλά επειδή ταλαντεύεται ανάμεσα στον συναισθηματισμό και στον εντυπωσιασμό, έγραψε σε δημοσίευσμά της στο BBC. Στις κινηματογραφικές ταινίες παρακολουθούμε κοινωνικές αναπαραστάσεις καταστάσεων, όπως μια σχέση μεταξύ δύο ανθρώπων, ή της υγείας ή της ασθένειας τους ή των ιδεών που έχουν αναπτύξει οι άνθρωποι γι' αυτά, στο πώς είναι ή στο πώς πρέπει να είναι στις εκάστοτε ιστορικές κοινωνικοοικονομικές περιόδους. Άλλωστε, μέσω των ταινιών, αποτυπώνονται οι εκάστοτε κοινωνικές αντιλήψεις, στον εκάστοτε χρόνο που διαδραματίζονται οι ταινίες, περί ζωής, σχέσεων, συμπεριφοράς, ψυχικών νόσων και θανάτου.

Κάποιες φορές που επικρατεί ένα μυστήριο που περιβάλλει την ψυχική ασθένεια, στις κινηματογραφικές ταινίες, παραπέμποντας το κοινό στο 'σκοτεινό', συνήθως, πρόσωπο της ασθένειας, το οποίο είναι αρκετά δελεαστικό και προκαλεί το ενδιαφέρον, αλλά και το συγκινησιακό φορτίο του θεατή. Άλλες φορές επειδή το θέμα της ψυχικής ασθένειας προσεγγίζεται αισιόδοξα μέσα από καταστάσεις που επιδιώκουν το γέλιο ή τη συγκίνηση, συνθέτουν έτσι μια παραπλανητική εικόνα. Η κινηματογραφική ματιά στην ψυχική ασθένεια, είτε καθαρά στιγματιστική, είτε όχι, σχεδόν πάντα παρουσιάζει την αρρώστια αποσπασματικά και έτσι δεν ολοκληρώνεται στη συνείδηση του θεατή τι είναι εξ ολοκλήρου ψυχική ασθένεια. Συνήθως, ο θεατής φεύγει από την αίθουσα εντυπωσιασμένος ναί μεν, με μια μισή εικόνα και ίσως διαστρεβλωμένη και αυτή δε. (Οικονόμου, 2010). Μια κλασική ταινία, που θα μπορούσαμε να αναφέρουμε, είναι το «Στη Φωλιά του Κούκου» (1975), το οποίο σφραγίζει την αίσθηση ενός ψυχιατρικού ασύλου που καταστρέφει την ψυχή ενός ανθρώπου, όπου ο Jack Nicholson υποδυόμενος τον ψυχικά ασθενή για να ξεφύγει από τη φυλακή και τελικά το ίδιο το σύστημα με πρόσχημα τη διατήρηση της τάξης, μέσω των διεφθαρμένων κοινωνικών θεσμών του, τον συνθλιβεί (Haider, 2018). Άλλες ταινίες που θα μπορούσαμε να αναφέρουμε είναι «ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι» ή το «Psycho» ή το «Κουρδιστό πορτοκάλι».

Ακόμα και σε παλιές ελληνικές ταινίες ο τρελός που είναι και λίγο αστείος, συνήθως τον έπαιζε ο Θανάσης Βέγγος. Όλες οι ταινίες αυτές απεικονίζουν την ευρεία κοινωνική αντίληψη που επικρατούσε στην εκάστοτε χρονική/ιστορική περίοδο και στον εκάστοτε τόπο γύρω από τις ψυχικές παθήσεις, αφήνοντας ένα υποτιμητικό, μειωτικό πρόσημο όσον αφορά τους ψυχικά ασθενείς, διαιωρίζοντας έτσι τα ήδη υπάρχοντα στερεότυπα που επικρατούσαν. Ο κινηματογράφος δεν είναι άμοιρος ευθυνών για την εικόνα που προβάλλει. Ακόμα και από τον Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο είναι γνωστή η περίπτωση της ταύτισης του ψυχικά ασθενή με τον ανισόρροπο, τον εγκληματία, με τον Dr Jekyll και τον Mr Hyde. (Γ.Γ.Ε & Ε, 2007).

Στην άλλη όψη του νομίσματος, ο εμπορικός κινηματογράφος, (π.χ. η ταινία «ο Άνθρωπος της βροχής», 1988) σκύβει με ευαισθησία, ενσυναίσθηση και ρεαλισμό σε ζητήματα που θεωρούνται κοινωνικά ταμπού, όπως η ψυχική ασθένεια, δίνοντας το έναυσμα στο κοινό να στοχαστεί πάνω στα στερεότυπα που τη συνοδεύουν και να νικήσει την προκατάληψη και το στίγμα (Πλεμμένος, 2017)

Εν κατακλείδι, τόσο τα ΜΜΕ όσο ο κινηματογράφος, επειδή χαίρουν μαζικής αποδοχής και απήχησης και θεωρούνται ότι είναι φορείς δημιουργίας μαζικής συνείδησης και κουλτούρας, έχουν τεράστια δύναμη για τη διαμόρφωση θετικών αντιλήψεων, στο ευρύ κοινό. Με τον τρόπο αυτό οι κοινωνικές αντιλήψεις θα μετασχηματιστούν προς τη θετική πλευρά και κατ' επέκταση οι στάσεις των ανθρώπων, συμβάλλοντας έτσι στην απομυθοποίηση της ψυχικής ασθένειας, στη υποτίμηση των στερεοτύπων, αλλά κυρίως στον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Γ.Γ.Ε & Ε, 2007).

2.7 Ψυχική Ασθένεια και Κοινωνικό Στίγμα

Ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας δεν αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο. Κατά την πρωτόγονη εποχή η ψυχική ασθένεια συνδέθηκε άμεσα με τη θρησκεία. Στο Μεσαίωνα στιγματίζαν με τρόπο εμφανή το σώμα των ψυχικά ασθενών, ως σημάδι διαπόμπευσης τους, τους οποίους και τιμωρούσαν με εξορκισμούς, βασανιστήρια ή ακόμη και θάνατο. Τέλη 16ου αρχές 17ου αιώνα κάνουν τη εμφάνισή τους οι πρώτες δομές φιλοξενίας ψυχικά ασθενών αλλά οι ασθενείς εξακολουθούν να τιμωρούνται για την κατάσταση της υγείας τους, καθώς οι συνθήκες νοσηλείας ήταν

απάνθρωπες και εξαιρετικά σκληρές. Ο 20ος αιώνας, όσον αφορά την ψυχική ασθένεια χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μισό του αφιερώθηκε στην αναζήτηση βιολογικών αιτιών που κρύβονται πίσω από τις ψυχικές ασθένειες, ενώ το δεύτερο μισό, επιστήμονες επικεντρώθηκαν στην πρόοδο της φαρμακολογίας. Στο δεύτερο αυτό μισό του 20ου αιώνα άρχισε να γίνεται έντονα λόγος για το στίγμα της ασθένειας και την αντιμετώπισή του. Σύμφωνα με όλα τα ιστορικά στοιχεία που έχουμε, το στίγμα συνοδεύει την ψυχική νόσο ανά τους αιώνες, ανεξαρτήτως κουλτούρας, έθνους και θρησκευτικών πεποιθήσεων (Zartaloudi & Madianos, 2009 ; Σαραφίδου, 2020).

Σήμερα τον 21ο αιώνα στην εποχή της γνώσης και της πληροφορίας, η εικόνα της ψυχικής ασθένειας εξακολουθεί να είναι στρεβλή για μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Το παράδοξο είναι πως οι ψυχικά ασθενείς είναι πολύ περισσότεροι απ' αυτούς που η σύγχρονη κοινωνία γνωρίζει ή, πολύ πιθανόν, περισσότεροι από αυτούς που θα ήθελε να παραδεχτεί. Η ψυχική ασθένεια υπάρχει, όπου υπάρχει κοινωνία και άνθρωπος, παραμένει άρρηκτα συνδεδεμένη με το φόβο και την επικινδυνότητα και καθώς οι ασθενείς δεν είναι δυνατόν πλέον να εξολοθρευτούν, επιλέγεται η απομάκρυνσή τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Τόσο όσο χρειάζεται, προκειμένου να νιώθουν οι υπόλοιποι, οι «κανονικοί» ασφαλείς (Κορδώση et al, 2015). Σύμφωνα με τον Michel Foucault, στο βιβλίο του «Η ιστορία της τρέλας», ο άνθρωπος της τρέλας φοβίζεται. Φοβίζεται όμως με έναν τρόπο ιδιαίτερο. Βλέποντάς τον, ασυνείδητα κλονίζεται μέσα μας η αίσθηση της λογικής, μια αίσθηση που κατά καιρούς πλήττεται από διάφορες καταστάσεις που μας κάνουν να νιώθουμε ότι ακροβατούμε (Αμπατζοπούλου, 2004). Η «τρέλα» συνιστά απειλή για την εξορθολογισμένη, ως τις μικρότερες πτυχές της, σύγχρονη πραγματικότητα. Την αντιμετωπίζουμε μέσα από μια, θα λέγαμε, συλλογική ενοχή ότι ο τρελός είναι ούτε λίγο ούτε πολύ ένας από εμάς, επειδή λοιπόν δεν πρέπει να μας θυμίζει κάτι τέτοιο, η θέση του είναι στο ψυχιατρείο (Παπαγιώργης, 2017).

Το ήδη υπάρχον στίγμα των ψυχικά ασθενών ενισχύθηκε και εδραιώθηκε με τη δημιουργία των ασύλων -μια πρώιμη μορφή των ψυχιατρικών δομών- τον 17ο - 18ο αιώνα. Χαρακτηρίστηκαν απάνθρωπα και σκληρά στις μεθόδους που χρησιμοποιούσαν για να περιορίσουν και να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς. Αυτό συνέβαινε γιατί επικρατούσε η αντίληψη ότι ο ψυχικά ασθενής ήταν κίνδυνος για τον εαυτό του και την κοινωνία και επειδή δεν είχε περιθώριο βελτίωσης για να

ανταπεξέρθει στα κοινωνικά του καθήκοντα και ρόλους, ο σκοπός ήταν η απομάκρυνση του από το σύνολο (Σαραφίδου, 2020). Παρατηρείται βέβαια κάποια αλλαγή κατά τη διάρκεια του 18ο αιώνα και πιο συγκεκριμένα την περίοδο της Γαλλικής Επανάστασης όπου αρχίζει δημιουργείται μια ιδέα ότι οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με περισσότερη ανθρωπιά και τονίζεται ότι δε θα πρέπει να παραμένουν αλυσοδεμένοι στα κρεβάτια τους αλλά αξίζουν και χρήζουν, ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα (Zartaloudi & Madianos, 2009). Τις τελευταίες δεκαετίες αυτό έχει αλλάξει και πρακτικά, όχι μόνο σε θεωρητικό πλαίσιο. Οι ψυχιατρικές δομές έχουν ανθρωπιστικό χαρακτήρα και προσφέρουν στοχευμένη θεραπεία ώστε το άτομο που βρίσκεται μέσα σε αυτές να ετοιμαστεί για να ξαναβγεί στην κοινωνία. Παρά τις εύλογες προσπάθειες που γίνονται πολλοί ασθενείς παραμένουν έγκλειστοι για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους χωρίς τη δυνατότητα απορρόφησης στο κοινωνικό σύνολο. Και αυτό είναι κάτι που εγείρει ερωτήματα γύρω από την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και της λειτουργίας, εν γένει, των δομών. Υπάρχουν πολλές απαντήσεις γι' αυτό, όπως το ίδιο το άτομο να βιώνει έντονη έκφραση της νόσου του ή να μην υπάρχει η δυνατότητα και επιθυμία διαχείρισης της όλης κατάστασης από τον περίγυρό του. Το αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο. Η πραγματικότητα του ατόμου περιορίζεται στο εσωτερικό της δομής κάτι το οποίο είναι πιθανόν να οδηγήσει στην ιδρυματοποίησή του (Σαραφίδου, 2020)

Υπάρχουν θεωρίες που αφορούν το στίγμα και περιλαμβάνουν την έννοια της κοινωνικής ταυτότητας, του αυτό-στίγματος και του κατασκευασμένου στίγματος. Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας αναφέρεται στο πως οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τις κοινωνικές κατασκευές για να κρίνουν ή να ετικετικοποιήσουν κάποιον διαφορετικό ή κάποιον που βρίσκεται σε δυσμενή θέση, ή πιο απλά δεν είναι αρεστός. Οι κοινωνίες ή οι μεγάλες ομάδες εντός των κοινωνιών, αξιολογούν τους ανθρώπους για να καθορίσουν αν αυτοί ταιριάζουν σε κοινωνικές νόρμες. Ο Goffman (1963), που έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενη ενότητα, πρώτος μελέτησε πως οι στιγματισμένοι άνθρωποι φτιάχνουν μια εικονική κοινωνική ταυτότητα όταν είναι μη αρεστοί ή δεν χαίρουν εκτίμησης κοινωνικά και γίνονται παρίες, δηλαδή οι εκτός της ομάδας. Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχικά ασθενείς, εντυπώνονται στον "κοινό νου" ως χαρακτήρες με ηθικά ψεγάδια. Το (2002) ο Crawford and Brown συμφώνησαν ότι το στίγμα εμφανίζεται όταν μια κοινωνική ταυτότητα αποτυγχάνει να ενταχθεί στην οριζόμενη ιδανική κοινωνική ταυτότητα. Η δεύτερη θεωρία είναι το αυτοστίγμα.

Είναι μια διαδικασία εσωτερικής αξιολόγησης/ εκτίμησης όταν κρίνει κάποιος τον εαυτό του. Οι Lenhardt (2004) και Corrigan (2002) περιέγραψαν τον αυτοστιγματισμό ως ιδιωτική ντροπή που μειώνει την αυτοεκτίμηση και προκαλεί αμφιβολίες για τον εαυτό, αναφορικά με το αν μπορεί να ζήσει κάποιος ανεξάρτητος, να διατηρήσει μια εργασία, να κερδίζει τη ζωή του και να βρει έναν σύντροφο ζωής. Η θεωρία περί κατασκευασμένου στίγματος τώρα θα μπορούσε κανείς να πει ότι είναι παρόμοια με όσα έχει πει ο Goffman (1963). Είναι μια εξωτερική εκτίμηση/αξιολόγηση του ατόμου που βασίζεται σε κοινωνικές νόρμες. Το στίγμα αυτό περιγράφει μια διαδικασία εν εξέλιξη που αρνείται/απαγορεύει, θα έλεγε κανείς, στους ψυχικά ασθενείς το δικαίωμα να κάνουν ό,τι οι «φυσιολογικοί» θεωρούν ως δεδομένο. Ο ασθενής παύει να είναι άτομο με τα ίδια δικαιώματα με την ίδια ανθρώπινη αξία όπως όλα τα ανθρώπινα όντα. Η ταυτότητά του ακρωτηριάζεται καθώς η ταμπέλα της ψυχικής πάθησης και οι σκοτεινές συνδηλώσεις της καταλήγουν να αποτελούν το μόνο τρόπο ορισμού του ως ατόμου. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, οι ιδιαιτερότητες και οι ανθρώπινες ποιότητές του υποβαθμίζονται, όταν δεν απαλείφονται τελείως, από τις στερεοτυπικές, γενικευμένες αναπαραστάσεις του ψυχικά ασθενή που κυριαρχούν στην κοινή γνώμη. Το στίγμα μένει ανεξίτηλο πάνω στον άνθρωπο που το φέρει, είναι ένα σημάδι που παγιώνεται εφόρου ζωής. Ακόμα και αν τα συμπτώματα υποχωρήσουν, ακόμα και αν ο άνθρωπος με ψυχική ασθένεια αποδείξει ότι μπορεί να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο, να εργαστεί και να έχει μια ομαλή κοινωνική ζωή, η δυσπιστία, ο φόβος, η αποφυγή, η απόρριψη και οι συμπεριφορές διακρίσεων εναντίον του τον ακολουθούν (Κορδώση et al, 2015).

Πρόσφατες ψυχολογικές και ανθρωπολογικές θεωρίες για τις σχέσεις τις ενδοομαδικές έδειξαν ότι οι κοινωνικό- δομικές σχέσεις μεταξύ ομάδων καθορίζουν το περιεχόμενο των στερεοτύπων που αποδίδονται σε αυτές τις ομάδες. Συγκεκριμένα, το μοντέλο που αναφέρεται στα στερεότυπα (Fiske, Cuddy, and Click, 2007) ισχυρίζεται ότι 2 παράμετροι το στάτους και ο ανταγωνισμός, διαμορφώνουν την αντίληψη για το αν κάποια κοινωνική ομάδα θεωρείται ικανή ή προσφιλή. Ο συνδυασμός των επιχειρημάτων για την ικανότητα και τη ζεστασιά απορρέει από το γεγονός ότι κάποιοι άνθρωποι που έχουν και τα 2 στοιχεία αντιμετωπίζονται θετικά, ενώ κάποιοι που διαθέτουν μόνο το ένα αντιμετωπίζονται πιο επιφυλακτικά. Οι έρευνες έγιναν σε διάφορες φυλετικές ομάδες όπου παρατηρήθηκαν σε κάποιες

ομάδες α) χαμηλό επίπεδο ικανότητας και ζεστασιάς (όπως Αλβανοί, Μαροκινοί), β) χαμηλό επίπεδο ικανότητας αλλά υψηλό σε ζεστασιά (όπως Νότιο Ιταλοί, Κουβανοί, Βραζιλιάνοι), γ) υψηλό επίπεδο ικανότητας αλλά χαμηλό σε ζεστασιά (όπως Αμερικάνοι, Ιάπωνες, Γερμανοί). Οι έρευνες αυτές αφορούσαν τις αντιλήψεις τις στερεοτυπικές που αντιστοιχούσαν στα μέλη της ομάδας και στα μέλη εκτός ομάδας. Τα θετικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά αποδίδονταν στους εντός ομάδας, ενώ τα αρνητικά/ζώδη χαρακτηριστικά στους εκτός. Η πληροφορία από την τελευταία μελέτη των Vaes και Paladino (2009) μας δηλώνει ότι σημασία έχει σε ποιόν αποδίδεται ένα χαρακτηριστικό. Όσο περισσότερο ένα χαρακτηριστικό (πχ ικανότητα) αποδίδεται στους εντός ομάδας, τόσο περισσότερο κρίνεται ότι είναι αποκλειστικά ανθρώπινο. Στη συνέχεια η έρευνα θεώρησε ότι η ικανότητα και η ζεστασιά δεν είναι οι πιο σπουδαίοι παράμετροι στη διαφοροποίηση με θετικό τρόπο των εντός μιας ομάδας και των εκτός. Ο Leach και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι η ηθικότητα είναι πολύ πιο σημαντική ως ανθρώπινο χαρακτηριστικό και αφήνεται να εννοηθεί ότι οι άνθρωποι έχουν μια βαθιά ανάγκη να περιγράφουν τη δική τους ομάδα με αποκλειστικά βαθιά ριζωμένα ανθρώπινα χαρακτηριστικά. Η συνεργασία και ο ανταγωνισμός μεταξύ των ομάδων ήταν τα κύρια στοιχεία στην ρεαλιστική θεωρία συγκρούσεων του Sherif και των συνεργατών του στην αρχική προσπάθεια κατανόησης της έννοιας της προκατάληψης. Όλες οι παράμετροι των τελευταίων ερευνών έδειξαν την σπουδαιότητα του να αντιλαμβάνεται κανείς την συμπεριφορά στην ενδοομάδα και την τάση των ανθρώπων να θεωρούν ως απάνθρωπους τους εκτός ομάδας (Vaes et al, 2012).

Έχει δείξει ότι η έλλειψη ανθρωπισμού με την οποία απειλούνται οι άνθρωποι, μειώνεται όσο περισσότερο οι άνθρωποι θέλουν να αποκαταστήσουν τις σχέσεις με έξω-ομάδες που συγκρούονταν αρχικά. Παραδείγματος χάριν οι Προτεστάντες και οι Καθολικοί, όσο περισσότερο θεωρούσαν απάνθρωπα τα μέλη της έξω-ομάδας για θηριωδίες που είχαν διαπράξει στο παρελθόν τόσο λιγότερο τους συγχωρούσαν. Σύμφωνα με έρευνες πάνω στο θέμα, μια λιγότερο ανθρώπινη έξω-ομάδα θεωρείται ως μεγάλη απειλή για τις αξίες και τις νόρμες μιας ενδο-ομάδας και δικαιολογεί μια αντίδραση διάκρισης. Ο ανθρωπολόγος Becker (1973), δηλώνει ότι ο συνδυασμός του ζώδους ενστίκτου για επιβίωση και η συνειδητότητα του αναπόφευκτου του θανάτου αναδύει έναν υπαρξιακό τρόπο που ανάλογα την κουλτούρα και την παιδεία των ατόμων μπορούν να τον ελέγξουν. Ότι είναι

ανθρώπινο δεν εξαρτάται μόνο από έμφυτα προτερήματα κάποιων χαρακτηριστικών, αλλά επίσης λειτουργεί ως στόχος στον οποίο αποδίδονται αυτά τα χαρακτηριστικά. Αρχικά καταδεικνύεται ότι η ανάγκη των ανθρώπων να εξανθρωπίσουν τη ενδοομάδα μπορεί να είναι τόσο σημαντική όσο το κίνητρό τους να απανθρωπισθεί η εξωομάδα έτσι ώστε να διαφοροποιηθεί η ενδοομάδα από την εξωομάδα σε ανθρώπινους όρους. Οι έρευνες δείχνουν ότι αρχικά οι άνθρωποι εξανθρωπίζουν μια ενδοομάδα με την οποία ταυτίζονται. Το εάν επίσης απανθρωπίζουν μια εξωομάδα εξαρτάται από παραμέτρους κοινωνικό-ψυχολογικούς που μπορούν να παίζουν σε οποιοδήποτε δομικό επίπεδο που χαρακτηρίζει τις σχέσεις στην ενδοομάδα. Δευτερευόντως, παρατηρήθηκε ότι οι εξωομάδες με υψηλό status απανθρωπίζονται σε λιγότερο βαθμό απ' ότι αυτές με χαμηλό status. Επίσης η απόδοση της ανθρωπινότητας (μοναδικότητα κλπ.) και στις δύο ομάδες, ενδο-ομάδες και εξωομάδες, έχει καθοριστεί από συγκεκριμένους παράγοντες. Έτσι για να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα της τάσης των ανθρώπων να απανθρωπίζουν άλλους είναι σημαντικό να αναλύσουμε τις διαδικασίες που διέπουν τόσο τον εξανθρωπισμό της ενδο-ομάδας όσο και την απανθρωποποίηση της έξω-ομάδας. Ακόμη έχει βρεθεί ότι η απανθρωποποίηση μοιάζει να συνδέεται ιδιαίτερα με τη συμπεριφορά. Αν δηλαδή η συμπεριφορά κάποιου δεν συνάδει με το πως πρέπει να είναι η σωστή συμπεριφορά, σύμφωνα με τις κοινωνικές νόρμες, αυτομάτως παρεκκλίνει και απανθρωπίζεται. Δεν ανήκει στην ενδοομάδα. Ο εξανθρωπισμός των εντός της ομάδας μπορεί να μη συνδέεται άμεσα με αρνητικές συμπεριφορές προς άλλους, αλλά θα μπορούσε έμμεσα να προάγει και να δικαιολογήσει την άνιση συμπεριφορά στους άλλους (Vaes et al, 2012).

Οι ψυχικά ασθενείς, ανά τους αιώνες, αντιμετωπίζουν προκατάληψη, διάκριση και περιθωριοποίηση όταν νοικιάζουν σπίτια, κάνουν αιτήσεις για εργασία και όταν έχουν πρόσβαση σε δομές ψυχικής υγείας. Λάθος εκτιμήσεις, αρνητικά υπονοούμενα συνδεδεμένα με την ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι το ίδιο επιζήμια με τη νόσο αυτή καθαυτή. Στην προσπάθεια αποσαφήνισης της ψυχικής ασθένειας και του στίγματος, γίνεται αναφορά σε ένα ευρύ φάσμα αντιλήψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που εμπλέκονται στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς επίσης και λειτουργίες απαιτούμενες στην εργασία, το σπίτι και το σχολείο. Έχει αναφερθεί ότι 1 στους 4 ανθρώπους κάποια στιγμή στη ζωή του θα εκδηλώσει ψυχική ασθένεια (Overton & Medina, 2008).

Σύμφωνα με τον Corrigan (2004) το κατασκευασμένο στίγμα είναι μια εξελικτική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει α) την διαπίστωση των ενδείξεων, ότι δηλαδή ένα άτομο έχει ψυχική ασθένεια, β) την ενεργοποίηση των στερεοτύπων και γ) την προκατάληψη ή τη διάκριση-περιθωριοποίηση αυτού του ατόμου. Όταν ο Corrigan αναφέρεται σε ενδείξεις/ ερεθίσματα εννοεί την κοινωνική αντίληψη ότι κάτι είναι διαφορετικό σε αυτό το άτομο. Η ένδειξη μπορεί να είναι φυσική ή παρατηρήσιμη, όπως ένα ψυχιατρικό σύμπτωμα, ένα έλλειμα σε κοινωνική δεξιότητα ή μια διαφορά σε φυσική εμφάνιση. Τα στερεότυπα, όπως ήδη αναφέραμε σε προηγούμενες ενότητες, είναι γνωστικές δομές που μαθαίνονται από πολλά μέλη μιας κοινωνικής ομάδας και οδηγούν αυτόματα σε κατηγοριοποίηση. Η προκατάληψη είναι το αποτέλεσμα νοητικών και συναισθηματικών αντιδράσεων στα στερεότυπα. Μια κοινή συναισθηματική αντίδραση, αντανακλαστική θα έλεγε κανείς, είναι η απέχθεια, που θεωρείται αμυντικό συναίσθημα. Συχνά συνοδεύεται από το φόβο μόλυνσης ή αλλιώς η έντονη επιθυμία για αποφυγή κάποιου/ κάτι που θεωρείται ως μη αποδεκτό ή προσβλητικό. Η προκατάληψη οδηγεί στη διάκριση-περιθωριοποίηση. Η διάκριση είναι μια συμπεριφοριστική αντίδραση σε συναισθήματα και πεποιθήσεις που πηγάζουν από την προκατάληψη. Παραδείγματος χάριν, η κοινωνική απόσταση είναι μια κοινή απάντηση στο ερέθισμα του φόβου. Ένα παράδειγμα που θα μπορούσαμε να φέρουμε για το πως ενεργοποιείται το στερεότυπο όταν έχουμε τις ενδείξεις που μας υποδεικνύουν ότι το άτομο που έχουμε απέναντί μας πάσχει από σχιζοφρένεια λ.χ. Αυτόματη ενεργοποίηση στερεοτύπου: "Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνοι". Ακολουθεί η προκατάληψη: Ο γείτονάς μου πάσχει από σχιζοφρένεια και σκέφτομαι ότι μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να μου επιτεθεί, αισθάνομαι ανησυχία και φόβο. Τέλος, η διάκριση: Αποφεύγω τον γείτονά μου, τον απορρίπτω, τον περιθωριοποιώ.

Ένα από τα βασικά στοιχεία που υποστηρίζουν τις διακρίσεις κατά της ψυχικής ασθένειας είναι ότι τα συστήματα πεποιθήσεων είναι βαθιά ριζωμένα και συχνά ενισχύονται διαρθρωτικά από κοινωνικές συμπεριφορές φόβου, άγνοιας, και μισαλλοδοξίας. Τα κοινωνικά πιστεύω έναντι των ψυχικά ασθενών είναι τόσο βαθιά εδραιωμένα που όταν κάποιος αλληλοεπιδρά με ένα ψυχικά ασθενές άτομο οι νοητικές του διεργασίες συχνά διαστρεβλώνουν την κοινωνική σχέση, οδηγώντας σε συνειδητές και ασυνειδητές συμπεριφορές. Η αποφυγή μπορεί να είναι μια ενστικτώδης αντίδραση που προκαλείται από το στίγμα. Επίσης μπορεί να εξυπηρετεί

πολλές διαφορετικές λειτουργίες, όπως κοινωνική ανταλλαγή, συντήρηση και μετάδοση. Η κοινωνική ανταλλαγή βασίζεται στην ιδέα ότι οι άνθρωποι αποκομίζουν κάτι θετικό από την κοινωνική αλληλεπίδραση. Εάν υπάρχει η ένδειξη ότι κάποιος είναι ψυχικά ασθενής ή εκλαμβάνεται ως διαφορετικός ή "κατώτερος" σε κοινωνικό στάτους, είναι λιγότερο πιθανό να αλληλεπιδράσουν με αυτό το άτομο. Η συντήρηση μιας ιδανικής ταυτότητας είναι ένας άλλος λόγος που η αποφυγή μπορεί να χρησιμοποιείται για κάποιον ψυχικά ασθενή. Η καθιέρωση μιας κοινωνικής ταυτότητας ή ομαδικής ταυτότητας είναι σημαντική για τη δημιουργία μιας δομής κοινωνικής εξουσίας. Η αποφυγή έχει μια βάση ευθύνης και κάποιος που αποφεύγεται συχνά κατηγορείται για τη δική του κοινωνική κατάσταση. Ο τελευταίος λόγος που οι Kurzban και Leary (2001) έχουν βρει ως δικαιολογία για την αποφυγή είναι η έννοια της μετάδοσης. Ένας από τους πολλούς μύθους για την ψυχική ασθένεια, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, είναι ότι είναι μεταδοτική. Η αποφυγή λοιπόν είναι μια κοινή συμπεριφορά που απορρέει από την προκατάληψη. Οι άνθρωποι που έχουν σαν κίνητρο τον έλεγχο των αρχικών προκαταρκτικών συμπεριφορών εμφανίζουν συμπεριφορά προσέγγισης προς τα άτομα που έχουν στιγματιστεί, αφού είχαν δώσει το χρόνο στους εαυτούς τους να επεξεργαστούν (Overton & Medina, 2008).

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, ότι οι κοινωνικές στάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν, όπως εξίσου δύσκολο είναι να καταρριφθούν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή (Οικονόμου et al, 2006). Το στίγμα όμως πρέπει να αντιμετωπιστεί και για να γίνει αυτό χρειάζεται μια ολοκληρωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία με στόχο την πλήρη ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό σύνολο. Στόχος όλων των ενεργειών είναι η καταπολέμηση των προκαταλήψεων, των στερεοτύπων, και των επακόλουθων διακρίσεων που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια αλλά και η αλλαγή στάσεων της κοινωνίας ώστε κάθε τι το «διαφορετικό» να μην στιγματίζεται (Πλεμμένος, 2017).

2.8 Επιπτώσεις του στίγματος στους ψυχικά ασθενείς

Οι επιπτώσεις του στίγματος, σε άτομα που υπόκεινται στίγμα εκ των πραγμάτων, είναι από αρκετές έως πολλές καθώς το στίγμα είναι κάτι που δύσκολα αποβάλλεται από ένα άτομο, όταν έχει εγκατασταθεί δια μέσου κοινωνικών δυναμικών. Όσον αφορά τα άτομα με ψυχική ασθένεια, οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι λίγο περισσότερες και να αφορούν επιπτώσεις σε επιπλέον τομείς εξαιτίας του στίγματος. Αναφορικά, μερικές από αυτές είναι: Προβλήματα στέγασης, περιορισμός ευκαιριών για εργασία, κοινωνική απομόνωση, αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου, αρνητικές επιπτώσεις στις σχέσεις του ασθενούς με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους και τέλος η έλλειψη πόρων για τη δημιουργία υπηρεσιών / δομών ψυχικής υγείας. Οι επιπτώσεις αυτές δείχνουν ότι έχουν σχέση με το στίγμα που ακολουθεί τις ψυχικές ασθένειες.

Αρκετές έρευνες δείχνουν (Alexander & Link, 2003) ότι η επισήμανση (κάποιου με ψυχική ασθένεια) από μόνη της μπορεί να επηρεάσει ευκαιρίες απασχόλησης χωρίς να ληφθεί υπόψη η ικανότητα, η γνώση, η εκπαίδευση ή τα προσόντα ενός ατόμου για μια συγκεκριμένη εργασία. Πολλοί επαγγελματίες, καλά εκπαιδευμένοι, σε ζητήματα ψυχικής ασθένειας υπόκεινται στα ίδια στερεότυπα σχετικά με την ψυχική ασθένεια, όπως και το γενικό κοινό (Corrigan, 2002). Ιστορικά, αυτή η αντίληψη δεν έχει αλλάξει τους τελευταίους 2 αιώνες. Όπως το έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενες ενότητες, ένας τρόπος που το στίγμα, αυτό το κατασκευασμένο, μαθαίνεται και διαδίδεται είναι δια μέσου των ΜΜΕ. Τα μέσα συμβάλλουν στο δομικό στίγμα, στην κατασκευή του δηλαδή, επειδή απεικονίζονται χαρακτήρες με ψυχική ασθένεια ως δισδιάστατοι. Οι περισσότερες αναπαραστάσεις των ψυχικών ασθενειών μέσω των media δημιουργούν την εικόνα ενός επικίνδυνου, βίαιου ατόμου που είναι σχεδόν πάντα ένας πιθανός δολοφόνος ή ότι οι ψυχικά ασθενείς αποτυγχάνουν στη ζωή, γελοιοποιούνται από τους άλλους, είναι αποκρουστικοί και σπάνια επωφελούνται από θεραπείες. Φυσικά τα μέσα εδραιώνουν και αναπαράγουν το ήδη υπάρχον στίγμα. Οι φραγμοί και η αρνητική στάση προς τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια, που απορρέουν από την εξελικτική διαδικασία του στίγματος, τους επηρεάζουν πολύ και έχουν επιπτώσεις στην καθημερινότητα τους, στην λειτουργικότητα τους, στην εξέλιξη τους και γενικά στη ζωή τους (Overton & Medina, 2008).

Το 2001, ο Thesen ανακάλυψε 3 ζητήματα ως προς την στάση, κατά τις συζητήσεις μεταξύ πελατών/ ασθενών και ειδικευόμενων/ φροντιστών. Το πρώτο είχε

να κάνει με τη γλώσσα. Οι ασθενείς αναφέρονταν ως περιπτώσεις και όχι ως άτομα. Τέτοια λεκτική προσέγγιση εδραιώθηκε ιστορικά προς ανθρώπους που έχουν υποστεί καταπίεση και απανθρωποποίηση ενώ είχαν ψυχική ασθένεια. Το δεύτερο ζήτημα ήταν η έλλειψη αγάπης. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι ένιωθαν μη αποδεκτοί και μεγάλη μοναξιά. Το τρίτο και τελευταίο ζήτημα ήταν ότι οι ψυχικά ασθενείς ένιωθαν ότι δεν είχαν δική τους ζωή. Ένιωθαν ότι οι άλλοι έκαναν επιλογές και έθεταν στόχους γι' αυτούς. Όλα αυτά συντελούν σε μια έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοαποτελεσματικότητας στην διαχείριση της ζωής τους. Το στίγμα και τα αρνητικά στερεότυπα μπορεί να γίνουν καταστροφικά για την αυτοεκτίμηση (Overton & Medina, 2008). Οι ασθενείς, εσωτερικεύοντας τα στερεότυπα αυτά, επιβαρύνουν την ψυχική συμπτωματολογία τους, αναπτύσσοντας έτσι συναισθήματα ενοχής και ματαιώσης. Η κοινωνική απομόνωση επιδεινώνει την ήδη βεβαρυσμένη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και οι συμπεριφορές διακρίσεων τον αποκλείουν από το δικαίωμά στην εργασία και στην κατοικία δυσχεραίνοντας την όποια προσπάθεια για αυτόνομη διαβίωση και ισότιμη ύπαρξη στην κοινωνία. Οι επιπτώσεις του στίγματος είναι καταλυτικές για τους ανθρώπους που νοσούν. Η ψυχολογική πίεση και οι δυσχερείς συνθήκες που διαμορφώνουν την καθημερινότητα τους επιδεινώνουν την ήδη επιβαρυσμένη ψυχική τους υγεία, με σημαντικό αντίκτυπο στην πορεία και την έκβασή της ίδιας της ασθένειας (Κορδώση et al, 2015). Το σημαντικότερο εμπόδιο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, έχει αποδειχθεί ότι είναι το στίγμα. Το βίωμα του κοινωνικού στιγματισμού που υφίσταντο από τον κοινωνικό τους περίγυρο διαβρώνει την αυτοεικόνα τους, δημιουργώντας τους αμφιβολίες και ενοχές οδηγώντας, στον αυτοστιγματισμό τους (Byrne, 2000). Οι επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν επίμονα πως η πλειοψηφία των ατόμων που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είτε δε ζητούν ποτέ βοήθεια, είτε εγκαταλείπουν πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι επιπτώσεις του στίγματος όμως δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που νοσεί. Επεκτείνονται και στα άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος, που συμπάσχει μαζί του και αντιμετωπίζει με τη σειρά της ένα μεγάλο βαθμό κοινωνικής απόρριψης και παράλληλα, ενοχής και αυτοστιγματισμού και η ίδια (Κορδώση et al, 2015).

Έρευνες έχουν δείξει ότι ψυχικά ασθενείς περιθωριοποιούνται ακόμα και σε περιπτώσεις που το στίγμα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι σε ήπιο επίπεδο. Πάνω από το 50% του πληθυσμού που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια

καθυστερεί να ζητήσει βοήθεια ή δεν την ζητάει ποτέ. Και το φαινόμενο του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, αλλά και οι επιπτώσεις που φέρει στο ίδιο το άτομο, στην οικογένειά του και στον περίγυρό του, ισχύουν παγκοσμίως (Borenstein, 2020). Οι χαρακτηρισμοί και τα στερεότυπα επηρεάζουν και το δικαίωμα των ψυχικά ασθενών στην εργασία. Ένα μεγάλο ποσοστό εργοδοτών αρνείται να προσφέρει ευκαιρίες σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, ακόμα κι αν αυτά βρίσκονται υπό αγωγή. Υποστηρίζουν πως δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές απαιτήσεις, εξαιτίας της αστάθειας του χαρακτήρα τους και της ανευθυνότητάς τους (Πετράκου, 2020).

2.9 Στίγμα και ιδρυματοποίηση ψυχικά ασθενών

Στην προηγούμενη ενότητα αναφερθήκαμε, ιστορικά, στο κομμάτι των ασύλων, σημερινών ψυχιατρικών δομών, είναι πιθανό λοιπόν, το άτομο που βρίσκεται σε τέτοιες κλειστές δομές, μέχρι να μπορέσει να εξελίξει τη θεραπεία του για να ξαναβγει στη ζωή, να οδηγηθεί στον ιδρυματισμό. Καθώς, η πραγματικότητα της καθημερινότητας του περιορίζεται στο εσωτερικό της δομής. Η ιδρυματοποίηση έχει κι αυτή με τη σειρά της διάφορα επίπεδα στο πως δημιουργείται και τις επιπτώσεις που φέρει στον άνθρωπο. Το άτομο σταματάει να ασχολείται με καθημερινές υποχρεώσεις (όπως την προετοιμασία των γευμάτων, την τακτοποίηση του χώρου, το ντύσιμο ή την οικονομική διαχείριση), γεγονός που μειώνει τη λειτουργικότητά του. Έτσι μαθαίνει να εξαρτάται από τη δομή, τους φροντιστές και το πρόγραμμα αυτής. Κατ' επέκταση, η καθημερινότητα του μετατρέπεται σε ρουτίνα, με τις περισσότερες ώρες της ημέρας να περνούν στην απραξία, κάτι που έχει αρνητικό αντίκτυπο στο άτομο τόσο γνωστικά, όσο και συναισθηματικά. Καθώς ο καιρός περνάει, η ιδρυματοποίηση αφήνει επίσης το στίγμα της στον ίδιο τον χαρακτήρα και τον πυρήνα του εαυτού του ατόμου, του οποίου η ταυτότητα περιορίζεται στην έννοια του «ασθενή» (Σαραφίδου, 2020).

Ο Erving Goffman πραγματοποιεί μια κοινωνιολογική μελέτη στο νοσοκομείο Elizabeth. Στόχος της μελέτης αυτής ήταν να γνωρίσει καλύτερα και να περιγράψει τον κοινωνικό κόσμο, όπως βιώνεται από τη μεριά του τρόφιμου ενός

ολοπαγούς ιδρύματος. Τέτοια ιδρύματα είναι οι φυλακές και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Στην καθημερινή ζωή το άτομο τείνει να εργάζεται, να κοιμάται, να έχει δραστηριότητες σε διαφορετικούς χώρους με διαφορετικά άτομα, κάτω από διαφορετικές αυθεντίες χωρίς να αισθανθεί ένα προκαθορισμένο, ορθολογικό σχέδιο. Αυτή είναι και η βασική διαφορά της ζωής στα ολοπαγή ιδρύματα. Η κατάργηση των φραγμών που διαχωρίζουν τις διαφορετικές σφαίρες της ζωής. Στα ιδρύματα αυτά όλες οι δραστηριότητες διεξάγονται στον ίδιο χώρο με τους ίδιους ανθρώπους κάτω από μια αυθεντία και βάση ενός καθημερινού προκαθορισμένου σχεδίου που εκπληρώνει τους σκοπούς του ιδρύματος. Η διαχείριση πολλών ανθρώπινων αναγκών μέσω της γραφειοκρατικής οργάνωσης ολοτήτων ανθρώπων είναι το καίριο γεγονός των ολοπαγών ιδρυμάτων. Από αυτό απορρέουν σημαντικές συνέπειες. Μέσα στην καθημερινότητα των ολοπαγών ιδρυμάτων, τα άτομα κινούνται ως ολότητες στους χώρους του και εποπτεύονται από προσωπικό που η κύρια αρμοδιότητά του δεν είναι η καθοδήγηση αλλά η επιτήρηση. Το παραμικρό παράπτωμα εντοπίζεται και προβάλλει ανάγλυφο ανάμεσα στην συμμόρφωση των άλλων. Υπάρχει σχίσμα ανάμεσα σε δύο κοινωνικές ομάδες την πολυάριθμη χειραγωγούμενη ομάδα των τροφίμων και την ολιγάριθμη του προσωπικού. Οι τρόφιμοι αποκομμένοι από τον έξω κόσμο, ενώ το προσωπικό ανήκει στον έξω κόσμο. Κάθε μια από τις κοινωνικές ομάδες σχηματίζει εχθρικά στερεότυπα για την άλλη. Το προσωπικό αισθάνεται ανώτερο και ενάρετο και οι τρόφιμοι κατώτεροι και αδύναμοι. Η κοινωνική απόσταση ανάμεσά τους είναι μεγάλη και τυπικά θεσμοθετημένη. Η κοινωνική κινητικότητα περιορισμένη και η επικοινωνία με τον έξω κόσμο, αναγκαία μεν, ελεγχόμενη δε. Όλοι αυτοί οι περιορισμοί ενισχύουν τα εχθρικά στερεότυπα με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυο κοινωνικές ομάδες που πορεύονται παράλληλα, αλλά δε συναντιούνται ποτέ. Επιπλέον τα κίνητρα για εργασία δεν έχουν την ίδια δομική σημασία όπως έχουν στον έξω κόσμο, καθώς οι τρόφιμοι έχουν άλλους που φροντίζουν τις βασικές τους ανάγκες και την καθημερινή ρουτίνα τους. Συχνά τα κίνητρα για εργασία είναι ασήμαντα και εθιμοτυπικά, περιορίζονται πχ Χριστουγεννιάτικα δώρα, εβδομαδιαίος καπνός. Το άτομο που στον έξω κόσμο ήταν προσανατολισμένο στην εργασία τείνει να εξαχρειωθεί από το σύστημα εργασίας του ολοπαγούς ιδρύματος. Τέτοιες παραδείγματα αποτελούν οι πρακτικές "κάνω τράκα" ή ζητώντας χρήματα για να τα ξοδεύσουν στο κυλικείο. Τα πρόσωπα όμως που χρησιμοποιούν αυτές τις τακτικές εντός του ιδρύματος είναι τα ίδια πρόσωπα που στον έξω κόσμο θεωρούν παρόμοιες ενέργειες ανάξιες για τον αυτοσεβασμό τους,

ενώ το προσωπικό ερμηνεύοντας αυτή τη συμπεριφορά σύμφωνα με τον βιοποριστικό προσανατολισμό που έχουν ως πολίτες, τείνουν να το θεωρούν ως σύμπτωμα ψυχικής ασθένειας. Άλλη μια ασυμβατότητα ανάμεσα στα ολοπαγή ιδρύματα (Κομνηνός, 1994).

Η κοινοτική ψυχιατρική, μετά τα μισά του 20ου αιώνα, στηρίζει την παραμονή του ατόμου σε πλαίσιο όταν αυτό είναι αναγκαίο, μα την περιορίζει χρονικά στο απολύτως απαραίτητο διάστημα, για παράδειγμα μέχρι το πέρας της υποτροπής, προωθώντας κυρίως τις ψυχοκοινωνικές δομές εντός της κοινότητας, θεραπευτικά για τους πάσχοντες και υποστηρικτικά για τους συγγενείς τους. Η διαδικασία έχει υπάρξει πολύπλοκη και γεμάτη εμπόδια, καθώς οι αλλαγές και οι απαιτήσεις αυτής ήταν και παραμένουν μεγάλες, παρόλα αυτά η αποτελεσματικότητα της κοινοτικής υποστήριξης είναι εμφανέστατη ερευνητικά και κλινικά. Ένας από τους σκοπούς της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι η μείωση του ιδρυματισμού που υφίσταντο τα άτομα. Με λίγα λόγια η από-ιδρυματοποίηση τους. Η οποία με τη σειρά της προωθεί τη μείωση του στίγματος γύρω από την ψυχική ασθένεια και παράλληλα την προώθηση της ψυχικής υγείας. Δείγματα προσπαθειών από-ιδρυματισμού έχουν υπάρξει σε αρκετές χώρες. Στην Ελλάδα γίνεται προσπάθεια μείωσης του χρόνου παραμονής στο πλαίσιο, μα η από-ιδρυματοποίηση των ήδη χρόνιων ασθενών δεν έχει αποτελέσει ακόμα στόχο. Ας ευχηθούμε στο μέλλον να υπάρξει εξέλιξη τόσο στον τομέα των κλειστών όσο και των ανοιχτών δομών (Σαραφίδου, 2020).

2.10 Στρατηγικές άμβλυνσης των αρνητικών στερεοτύπων

Για την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών χρειάζεται να εφαρμοστούν στοχευμένα στρατηγικές άμβλυνσης των στερεοτύπων που έχουν εμποτιστεί στην κοινωνική κουλτούρα. Οι τεχνικές περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται, στην κοινωνική διαμαρτυρία κατά των στερεοτύπων, στην εκπαίδευση της κοινότητας στην ενσυναίσθηση, και στην επαφή των ψυχικά νοσούντων και των υγιών μελών της κοινότητας, με σκοπό την καλύτερη μεταξύ τους αλληλεπίδραση.

Ο Corrigan (2001) υποστηρίζει, ότι οι τρεις κύριες στρατηγικές για την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. Η διαμαρτυρία αναφέρεται κυρίως

στα μέσα μαζικής ενημέρωσης τόσο για τις ανακριβείς και αρνητικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας, όσο και για την ανάληψη και στιγματιστική γλώσσα, που χρησιμοποιούν για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η εκπαίδευση πρέπει να ξεκινάει από τους ίδιους τους φορείς της, και η εκπαιδευτική διαδικασία, ήδη από την προσχολική ηλικία, να προλαμβάνει τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις, που βρίσκονται διάχυτα στη κοινωνία. Η εκπαίδευση μπορεί να επέλθει και από τα ΜΜΕ, πάντα μέσα από την υπεύθυνη και ακριβή παρουσίαση των θεμάτων ψυχικής υγείας και την παροχή σωστής ενημέρωσης, έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στη μείωση του στίγματος, γι' αυτό επιδιώκονται συνεχώς παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινής γνώμης, καθώς και συνεχής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ για επίτευξη αντικειμενικής πληροφόρησης και αποδραματοποιημένης και ισορροπημένης παρουσίασης της ψυχικής ασθένειας (Κορδώση και συν, 2015).

Επιπροσθέτως, εκπαίδευση για την αποφυγή και αντιμετώπιση του στίγματος πρέπει να λαμβάνουν και οι επαγγελματίες υγείας, καθώς το στίγμα επηρεάζει σημαντικά το ψυχισμό του ατόμου και τη συνέχεια της φροντίδας του. Έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες που έχουν αναφέρει ότι ο περισσότερος κόσμος είχε πιο αισιόδοξες προσδοκίες για τους ψυχικά ασθενείς σε σύγκριση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Στην πραγματικότητα ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες αντιδρούσαν στους ψυχικά ασθενείς συνέβαλε στον στιγματισμό τους (Overton & Medina, 2008). Η εκπαίδευση δεν πρέπει να περιορίζεται στους ψυχιάτρους, αλλά να επεκτείνεται και σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, διότι τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών δεν είναι μόνο ψυχικά ή ψυχοσωματικά. Η επαφή με την ψυχική ασθένεια μειώνει την τάση υιοθέτησης στερεοτύπων. Όσο πιο μακριά βρισκόμαστε από τον φορέα της ασθένειας, τόσο πιο στρεβλή είναι η εικόνα που διαμορφώνουμε για εκείνον. Αντιθέτως, η μείωση της απόστασης μας φέρνει πιο κοντά στην πραγματικότητα, προάγει την επικοινωνία μεταξύ των μελών της κοινότητας και μας βοηθά να δούμε πίσω από το στίγμα. Μας βοηθάει να δούμε τον άνθρωπο σαν ολότητα και όχι μόνο το στίγμα που φέρει. Η επαφή και συνδιαλλαγή με ψυχικά ασθενείς, καθώς και η παραμονή και αποθεραπεία μέσα στην κοινότητα μπορεί να αποτρέψει το διαχωρισμό του "εμείς" από το "εσείς", που αποτελεί χαρακτηριστικό του κοινωνικού στιγματισμού (Κορδώση και συν, 2015 ; Corrigan et al, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:

ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αφού αναφερθήκαμε στο στίγμα που δέχονται οι ψυχικά ασθενείς, δημιουργήθηκε ένα εύλογο ερώτημα: Πώς και γιατί το στίγμα επηρεάζει την αυτοεκτίμηση των ψυχικά ασθενών; Το στίγμα και η «ετικέτα» μπορεί να δημιουργήσει αρνητικές συνέπειες στην ζωή ενός ατόμου που πάσχει από ψυχική διαταραχή. Όταν ένας ψυχικά ασθενής, λαμβάνει μια αρνητική συμπεριφορά εις βάρος του εξαιτίας της ετικέτας και του στίγματος, αισθάνεται ντροπή για τον εαυτό του, υποτίμηση και αντιλαμβάνεται πως είναι «διαφορετικός» συγκριτικά με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Αυτό, φαίνεται να επηρεάζει την κοινωνική του αλληλεπίδραση με τους άλλους (Farina, Gliha, Boudreau, Allen&Sher-man 1971). Επίσης, διακρίνεται το αίσθημα της «απόσυρσης» για ζωή, δηλαδή, το άτομο αισθάνεται πως δεν έχει κανένα νόημα η ζωή του, τα κοινωνικά του δίκτυα και οι συναναστροφές του περιορίζονται και πολλές φορές εμφανίζει μια «αμυντική» στάση απέναντι στους υπολοίπους (Lemert, 1967).

Ωστόσο, υπάρχουν και ασθενείς οι οποίοι δεν επηρεάζονται απαραίτητα από την συμπεριφορά των γύρω τους και είτε κάποιιοι αντιδρούν ενδυναμωτικά είτε κάποιιοι δείχνουν αδιαφορία ως προς αυτήν (Chamberlin J., 1978), (Deegan P., 1990).

Παρόλα αυτά, όσο πιο μεγάλη επίγνωση του δημόσιου στίγματος έχει ένα άτομο, τόσο το λιγότερο το αντιλαμβάνεται ως κάτι «νόμιμο» (Corrigan 2007). Δηλαδή τα άτομα που βιώνουν έντονο το στίγμα και την ετικετοποίηση στην ζωή τους όπως για παράδειγμα την ετικέτα του «ψυχικά αρρώστου» ή την άποψη ότι «ο ασθενής ευθύνεται για την αρρώστια του», τείνουν να αυτοστιγματίζονται ολοένα και περισσότερο, καθιστώντας έτσι την αυτοεκτίμησή τους αρκετά χαμηλή (Link B., 2001).

3.1 Η θεωρία της ετικέτας

Εύλογο είναι αρχικά να αναφερθεί το υπόβαθρο της «θεωρίας της ετικέτας» και πως συμβάλλει στην κατανόηση της αυτοεκτίμησης των ψυχικά ασθενών.

Η θεωρία της ετικέτας ορίζεται ως η τάση της πλειοψηφίας να χαρακτηρίζει αρνητικά συγκεκριμένες μειονότητες ή ομάδες οι οποίες θεωρούνται αποκλίνουσες από τους τυπικούς πολιτιστικούς κανόνες μιας κοινωνίας. Η θεωρία αυτή, έγινε κυρίως γνωστή τη δεκαετία του 1960 και του 1970 κυρίως από τον Frank Tannenbaum ο οποίος θεωρείται ο θεμελιωτής της. Πρώτη φορά αναφέρθηκε στο έργο του με τίτλο “His Crime And Community” (1938), στο οποίο περιέγραφε ότι η κοινωνική αλληλεπίδραση παίζει σημαντικό ρόλο σε ένα έγκλημα και θεωρείται βασικό θεμέλιο της σύγχρονης εγκληματολογίας. Με βάση τον Tannenbaum, ο οποίος εκείνη την περίοδο διεξήγαγε έρευνα για εγκληματίες νέους, διαπιστώθηκε ότι μια αρνητική ετικέτα συνέβαλε περισσότερο στην συμμετοχή τους σε παραβατικές δραστηριότητες. Έτσι λοιπόν, γίνεται αντιληπτό ότι μια αρνητική επισήμανση σε ένα άτομο, γίνεται μέρος της ταυτότητας του ίδιου χωρίς απαραίτητα να το επιθυμεί. Το επιχείρημα του ήταν, πως όσο μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στην ετικέτα του ατόμου, τόσο περισσότερο και το άτομο υιοθετεί την αντίληψη αυτή και την εντάσσει στην ταυτότητά του, γίνεται δηλαδή «ένα με την ετικέτα». Από αυτό, γίνεται αντιληπτό πως η θεωρία που ανέπτυξε, συνέβαλε ιδιαίτερα στην κατανόηση της χαμηλής αυτοεκτίμησης των ατόμων αφού τα άτομα και οι ασθενείς υιοθετούσαν υποσυνείδητα την ταυτότητα που τους προσέδιδε η ίδια κοινωνία στην οποία ζούσαν, ανεξαρτήτως από το αν συμφωνούσαν ή όχι με αυτήν, με αποτέλεσμα να διοχετεύουν αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό τους και πράττοντας συμπεριφορές που θεωρούνταν αποκλίνουσες θέτοντάς τους έτσι στο περιθώριο.

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι η θεωρία της ετικέτας αναφέρεται και στις συνέπειες που μπορεί να έχει ένας αρνητικός χαρακτηρισμός για ένα άτομο από την κοινωνία. Σύμφωνα με τον Gove (1970), οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί που προσδίδονται στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αποτελούν μια μεγάλη απόκλιση των ατόμων αυτών από την επαγγελματική τους καριέρα. Σύμφωνα με τον Thomas J., και τον Scheff, η ετικετοποίηση που λαμβάνουν οι ψυχικά ασθενείς σχετίζεται με τις πράξεις που πραγματοποιούν τα άτομα εξαιτίας της ψυχικής τους διαταραχής που θεωρείται αποκλίνουσα συμπεριφορά. Οι ψυχικά ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν δεχθεί

«ετικετοποίηση», δεν είχαν ιδιαίτερα προβλήματα στην καθημερινότητά τους. Όπως δήλωσε ο Bruce G. Link & al. (1989), οι ψυχικά ασθενείς, εμφάνιζαν αποκλίνουσα συμπεριφορά σε ένα μεγάλο ποσοστό, εξαιτίας της ετικέτας που τους προσέδιδαν ως «ψυχικά ασθενείς» οι γύρω τους. Από αυτό, γίνεται κατανοητό ότι η συμπεριφορά και οι αντιδράσεις τους εξαρτάται άμεσα από την συμπεριφορά που εμφανίζουν οι άνθρωποι απέναντί τους εξαιτίας της ασθένειας που έχουν (Link, Cullen, Frank & Wozniak 1987). Ο Scheff (1966), τονίζει πόσο σημαντικοί είναι οι μηχανισμοί που λαμβάνουν γύρω τους οι άνθρωποι δημιουργώντας τους συγκεκριμένες και γενικευμένες εικόνες για τους ψυχικά ασθενείς και πως θα «πρέπει» να τους αντιμετωπίζουν όπως είναι για παράδειγμα τα αστεία και τα κινούμενα σχέδια εις βάρος τους. Οι μηχανισμοί και οι πολλές διαφορετικές απόψεις που δέχονται καθημερινά τα άτομα στην ζωή τους, είναι παράγοντες που επηρεάζουν τις απόψεις τους για το τι ορίζεται ως «ψυχικά άρρωστος».

Αξιοποιώντας τις πηγές που αναφέρθηκαν, όλα τα μέλη της κοινωνίας, συμπεριλαμβανόμενοι και εκείνοι οι οποίοι διαγνωστούν με οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή, μπορεί να εμφανίσουν παρόμοια συμπεριφορά. Παρόλα αυτά, υπάρχουν δύο περιπτώσεις συστατικών και είναι τα εξής: ο βαθμός κατά τον οποίο πιστεύουν οι άνθρωποι ότι οι ψυχικά ασθενείς θα υποτιμηθούν ως άτομα και αν οι ψυχικά ασθενείς πιστεύουν πράγματι ότι θα γίνει κάποια διάκριση απέναντί τους (Ming, 1983), (Goffman, 1965).

Σύμφωνα με τον Goffman (1963), πολλοί ασθενείς αισθάνονται το στίγμα σαν «απειλή», μάλιστα πολλοί από εκείνους επιλέγουν να μην αποκαλύπτουν την ασθένειά τους και το ιατρικό τους ιστορικό στους εργοδότες τους, στους συγγενείς τους, αλλά και στις σχέσεις τους φοβούμενοι την απόρριψη. Όλα αυτά, οδηγούν τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές σε «εγκατάλειψη» και όρεξη για ζωή, απογοήτευση, άγχος και φόβο για το μέλλον τους.

Υπάρχουν μοντέλα τα οποία εξηγούν την εμπειρία του στίγματος και είναι ένας τρόπος για να κατανοηθούν οι αντιδράσεις των ατόμων σε αυτό. Υπάρχουν ορισμένα άτομα τα οποία επηρεάζονται άμεσα από το κοινωνικό στίγμα, αλλά υπάρχουν και άλλοι οι οποίοι ενεργοποιούνται άμεσα από αυτό. Και υπάρχει και μια τρίτη ομάδα η οποία εφαρμόζει το στίγμα στον εαυτό της με αποτέλεσμα την χαμηλή τους αυτοεκτίμηση. Παράγοντες που επηρεάζουν την χαμηλή αυτοεκτίμηση των ατόμων είναι οι εξής: η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό

επίπεδο και η θέση εργασίας (Salsali, 2003). Τα άτομα με ψυχική ασθένεια, μπορεί να βιώσουν αρνητικά συναισθήματα που τα εκφράζουν με θύμο ή ορισμένες φορές με αδιαφορία. Αυτό, εξαρτάται από την αντίληψη του ατόμου για τη νομιμότητα του στίγματος, αλλά και συγκεκριμένων στάσεων που υιοθετούνται (Corrigan, 2002).

3.2: Η θεωρία του “Why Try Effect”

Πολλά άτομα τα οποία πάσχουν από ψυχικές ασθένειες επηρεάζονται από τον αυτό-στιγματισμό και τις συνέπειές του οι οποίες φέρουν σαν αποτέλεσμα την χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτό-αποτελεσματικότητα. Η θεωρία του «Why Try Effect» είναι ένα φαινόμενο που περιλαμβάνει τον αυτό-στιγματισμό, τις διαδικασίες διαμεσολάβησης και το αποτέλεσμά τους σχετικά με την συμπεριφορά που σχετίζεται με τον στόχο. Σε αυτή τη φάση, θα αναλυθεί και θα μελετηθεί η θεωρία του «Why Try» μοντέλου που συμβάλλει στην κατανόηση του αυτό-στιγματισμού των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Ο αυτό-στιγματισμός περιλαμβάνει τα εξής τρία στοιχεία: την επίγνωση που έχει το άτομο για τα στερεότυπα, την συμφωνία του με αυτά και την εφαρμογή τους στον ίδιο του τον εαυτό. Οι ασθενείς οι οποίοι βιώνουν τον αυτό-στιγματισμό, πάσχουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη αυτό-αποτελεσματικότητα στην καθημερινή τους ζωή. Αυτό φέρνει σαν αποτέλεσμα να αποτρέπονται από την προσπάθεια του να πραγματοποιήσουν στόχους στην ζωή τους. Επίσης, τα άτομα αποφεύγουν να αναζητήσουν λύση για την ασθένειά τους ή να αναζητήσουν δομές και υπηρεσίες. Οι επιπτώσεις του αυτό-στιγματισμού και της χαμηλής αυτοεκτίμησης, μπορούν να μειωθούν είτε με την κατανόηση της θεωρίας του «Why Try» είτε με δομές κατάλληλες που προσφέρουν στον ασθενή ενδυνάμωση (World Psychiatry 2009; 8:75-81).

Το φαινόμενο του «Why Try» είναι ένα φαινόμενο το οποίο περιλαμβάνει συγκεκριμένα συστατικά ικανά για να αντιλαμβάνονται τα άτομα μέσα σε μια κοινωνία, τα στερεότυπα, το στίγμα και την επίδραση αυτών στους ασθενείς. Αρχικά, ξεκινάει ως προσωπική αντίδραση στις στερεοτυπικές αντιλήψεις της ψυχικής ασθένειας, δηλαδή με ποιον τρόπο οι άνθρωποι ενσωματώνουν τις στάσεις αυτές. Το βάθος του αυτό-στιγματισμού εξαρτάται από το εάν άμεσα τα άτομα γνωρίζουν και

συμφωνούν με τις στάσεις αυτές και στην συνέχεια εάν τις υιοθετούν και τις εφαρμόζουν στον εαυτό τους. Έχοντας, αυτά τα συστατικά, οι ψυχικά ασθενείς αισθάνονται «αποτυχημένοι» και δεν προσπαθούν να αναζητήσουν στόχους στην ζωή τους. Σαν αποτέλεσμα αυτών, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αποφασίζουν να μην εμπλακούν σε ευκαιρίες οι οποίες θα τους βοηθήσουν -για παράδειγμα- στην εύρεση εργασίας, τη στέγαση, αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους.

Έτσι λοιπόν, η κατανόηση του «Why Try» είναι πολύ σημαντική καθότι μπορεί να συνεισφέρει στην καλύτερη κατανόηση των ψυχικά ασθενών και των συναισθημάτων τους. Οι αντιδράσεις απέναντι στην χαμηλή αυτό-εκτίμηση και το φαινόμενο του στίγματος, αλλά και των στερεοτύπων, μπορούν να προκαλέσουν προσωπική ενδυνάμωση και αυτοπεποίθηση, αλλά και την άποψη ότι όσα βιώνουν, δεν θα αποτελέσουν παραίτηση από την ζωή θέτοντας νέους ατομικούς στόχους. Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι μοντέλα όπως το «Why Try» μπορούν να αποτελέσουν την «αρχή» για την μείωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης και τον αντίκτυπο του αυτό-στιγματισμού των ψυχικά ασθενών. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί και η ένταξη ατόμων στις υπηρεσίες οι οποίοι έπασχαν και οι ίδιοι από ψυχικές ασθένειες (Corrigan, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

4.1 Οι παρεμβάσεις μείωσης του στίγματος και η κοινωνική εργασία

ΘΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί ως κοινωνικοί επιστήμονες είναι σε θέση να δημιουργήσουν ερευνητικά προγράμματα τα οποία θα προσπαθούν να επηρεάσουν για την μείωση του στίγματος. Φυσικά απαιτείται εκτενής έρευνα από τους ίδιους για να κατανοήσουν το αντίκτυπο διαφορετικών στάσεων και αντιλήψεων των ατόμων απέναντι στο στίγμα, διότι μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα. Επίσης, μέσω της έρευνας μπορούν να μετρήσουν το στίγμα με βάση παραμέτρους όπως τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την ηλικία και το φύλο των ανθρώπων. Όμως, απαιτούνται ακριβή μέτρα για την επαρκή εκτίμηση του στίγματος σε διάφορες διαστάσεις και επίπεδα. Όπως και εκτενείς μελέτες για να γίνει κατανοητό πως η στάση των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα των κοινωνικών λειτουργών, επηρεάζουν το κατά πόσο θα δεσμευθεί και θα επιθυμεί να έχει πρόσβαση ο ψυχικά ασθενής στην θεραπεία. (Grand Challenges for Social Work., (2021), «Reducing the impact of stigma»).

Η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με τον ψυχικά ασθενή, σε σχέση με το στίγμα που υφίστανται από την κοινωνία ο ψυχικά ασθενής, πρέπει να διέπεται από κάποιες βασικές αρχές όπως: α) η εχεμύθεια του επαγγελματία, β) η ένδειξη κατανόησης του προς τον ψυχικά ασθενή και γ) η ύπαρξη υπευθυνότητας, ώστε ο ψυχικά ασθενής να αισθανθεί ασφάλεια και να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη με τον επαγγελματία.

Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός είναι βασικός αρωγός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, γιατί συμβάλλει στον εντοπισμό και την καταστολή του στίγματος που βιώνουν λόγω της ψυχικής διαταραχής καθώς και στον περιορισμό των ζημιωγόνων επιπτώσεων που προκαλεί το στίγμα. Επίσης, έχει ρόλο υποστηρικτικό γιατί μάχεται για την απονομή δικαιοσύνης και επειδή οι ψυχικά ασθενείς είναι μια από τις πιο περιθωριοποιημένες κοινωνικά ομάδες μάχεται για την επανενσωμάτωση τους στην κοινωνία. Παράλληλα, στέκεται απέναντι σε απόψεις οι οποίες υπονομεύουν την υπόσταση του ψυχικά ασθενή ή σε ερμηνείες που

αποδίδονται οι οποίες υποδεικνύουν τον φόβο για το διαφορετικό. Η ριζική κοινωνική αλλαγή επομένως θα επέλθει από το άτομο αλλά και την κοινωνία.

Επίσης, ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός προάγει την έννοια της διαφορετικότητας και ενδυναμώνει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που μοχθούν για ισότητα στην κοινωνική τους ζωή. Υποστηρίζει τον ψυχικά ασθενή ώστε να είναι ενεργός και αυτόνομος στα πλαίσια της περίθαλψής του και του δίνει την οπτική ότι μέσα απ' τις ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να αδράξει τους ρόλους του.

Ένας ακόμη τρόπος για την καταπολέμηση του στίγματος είναι να εκπαιδευτούν επαγγελματίες, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί με πρακτική εμπειρία σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο και να εντρυφήσουν στην κλινική διάγνωση και αξιολόγηση. Η εκπαίδευση για το στίγμα emπίπτει άλλωστε στο μικρο-μάκρο επίπεδο. (Κουντουράς Γ. (2020), «Κοινωνική εργασία και κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές»).

ΑΞΟΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΜΙΚΡΟ – ΜΑΚΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Το στίγμα εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική απειλή για την υγιή εξέλιξη του ψυχικά ασθενή στο μικρο-μάκρο επίπεδο παρά την αυξανόμενη προώθηση και υποστήριξη της ψυχικής υγείας.

ΜΙΚΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Στο μικρο επίπεδο τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές έρχονται αντιμέτωποι με το κοινωνικό στίγμα της ασθένειάς τους και μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπίσουν πολλά ακόμη από το ευρύτερο κοινωνικό στίγμα που τους επιβάλλεται. Επίσης, έρχονται αντιμέτωποι με το δικό τους αυτό-επιβληθέν στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική τους ασθένεια. Από την άλλη, όσον αφορά τον κοινωνικό στιγματισμό είναι κάτι που συμβαίνει μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης καθώς οι κοινωνικές σχέσεις έχουν κεντρική σημασία για τον στιγματισμό.

Παράλληλα, το στίγμα της ψυχικής υγείας προκαλεί στον ψυχικά ασθενή την αυτοαπομόνωση, την αποφυγή αναζήτησης θεραπείας, την αδυναμία εύρεσης κερδοφόρας εργασίας και τις τεταμένες σχέσεις με τους άλλους. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι κρίνονται ή υφίστανται κάποια μορφή διάκρισης λόγω

της ψυχικής τους ασθένειας είναι πιο πιθανό να στρέψουν τις αρνητικές σκέψεις προς τα μέσα, να απομονωθούν από τους άλλους και να είναι αρνητικοί προς αυτούς που πραγματικά ενδιαφέρονται. Όμως, για αυτούς τους λόγους το στίγμα δεν επηρεάζει μόνο την ψυχική υγεία του ψυχικά ασθενή αλλά έχει και ένα σημαντικό οικονομικό κόστος στον ίδιο λόγω της απώλειας εισοδήματος από την εργασία και των εξόδων που έχει για τις κοινωνικές παροχές. (Sharon M. Holder, Eunice R. Peterson, Rebecca Stephens και Lee A. Crandall (2019), «Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals»).

ΜΑΚΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Στο μάκρο επίπεδο οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την δυνατότητα να εργαστούν με τον ψυχικά ασθενή αλλά και με την οικογένεια του. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τις ψυχιατρικές παθήσεις και το πώς μπορούν να υποστηρίξουν τον ψυχικά ασθενή. Σε μάκρο επίπεδο οι επαγγελματίες μπορούν επίσης να συμβάλλουν στην καθοδήγηση μεγαλύτερων στοχευμένων εκπαιδευτικών προσπαθειών με στόχο την μείωση του στίγματος. Άλλωστε, τα στοχευμένα προγράμματα έχουν δείξει αποτελεσματικότητα στην βελτίωση της συμπεριφοράς και την μείωση της κοινωνικής απόστασης.

Παράλληλα, οι μεγάλες εκστρατείες κατά του στιγματισμού στο μάκρο επίπεδο διευκολύνονται από τους κοινωνικούς λειτουργούς και περιλαμβάνουν δημόσιες διαφημίσεις και στοχευμένες εκπαιδευτικές προσπάθειες, οι οποίες έχουν δείξει αποτελεσματικότητα και είναι σημαντικές για τον περιορισμό του στίγματος.

Ωστόσο, οι κοινωνικοί λειτουργοί στο μάκρο επίπεδο μπορούν να επηρεάσουν ώστε να υποστηριχθεί η αλλαγή μια πολιτικής. Μάλιστα, η αλλαγή πολιτικής είναι μια ακόμη στρατηγική για τον περιορισμό του στίγματος. Για παράδειγμα, η ύπαρξη του φαινομένου του στιγματισμού χρήζει παρέμβασης από τους νομοθέτες και κατ'επέκταση την κυβέρνηση. Η ψυχική υγεία είναι ανεπαρκής λόγω έλλειψης πόρων και οι οικονομικοί παράγοντες μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο για την πρόσβαση του ψυχικά ασθενή στην θεραπεία (Brian K. Ahmedani (2011), «Mental health stigma: Society, Individuals and the profession»).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΙΑ

Η στρατηγική της διαμαρτυρίας αφορά τα ΜΜΕ τα οποία μερικές φορές εκδηλώνουν στιγματιστικές συμπεριφορές απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Όμως, τα ΜΜΕ ως μέσα επιρροής διαπλάθουν απόψεις οι οποίες είναι αρκετά σημαντικές για την εξέλιξη της κοινωνίας. Έχουν την δυνατότητα να συμβάλλουν στην μείωση του στίγματος μέσα από την εμπειριστατωμένη παρουσίαση ζητημάτων σχετικά με την ψυχική υγεία. Παράλληλα, η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τα ΜΜΕ μπορεί να προωθήσει την σωστή ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια στο κοινωνικό σύνολο.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η στρατηγική της εκπαίδευσης αφορά την εκπαίδευση και εξοικείωση της κοινωνίας σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Αυτό μπορεί να γίνεται μέσω προγραμμάτων ενημέρωσης από τα ίδια τα κέντρα ψυχικής υγείας ή από το σχολείο μέσα από συζήτηση στις τάξεις. Επιπλέον, πολύ σημαντική είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω στην πρόληψη και αντιμετώπιση του στίγματος διότι πολλές φορές παρατηρείται ότι το στίγμα δεν λαμβάνεται ως κύριος άξονας μελέτης από μερικούς επαγγελματίες στην θεραπεία.

ΕΠΑΦΗ

Η στρατηγική της επαφής αφορά την άμεση επαφή της κοινωνίας με την ψυχική ασθένεια. Όσο πιο κοντά έρχεται ο πληθυσμός με την ψυχική ασθένεια τόσο μειώνονται οι στερεοτυπικές αντιλήψεις και στάσεις του απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Ενώ όσο πιο μακριά είναι από αυτήν τόσο πιο λανθασμένη εικόνα έχει για αυτή. Όταν λοιπόν οι άνθρωποι ακούσουν το βίωμα του ψυχικά ασθενή και το κατανοήσουν τότε το στίγμα θα αρχίσει να εξαλείφεται, διότι θα έχει ξεπεραστεί πια

η σφαίρα του «εγώ» και θα υπάρχει η σφαίρα του «εμείς». (Κορδώση Α., Σαρίδη Μ. και Σουλιώτης Κ.,(2015).

Η ΣΥΝΗΓΟΡΙΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

Ο όρος της «συνηγορίας» σημάνει την προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αλλά και την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που υφίστανται οι ίδιοι. Στα πλαίσια της συνηγορίας πολλοί άνθρωποι, οργανώσεις (επιστημονικές/επαγγελματικές) ή μη κυβερνητικές οργανώσεις παίρνουν πρωτοβουλίες για την μείωση του στίγματος. Όμως, τυγχάνει να υπάρχουν χώρες στις οποίες αυτές οι πρωτοβουλίες εφαρμόζονται και αντίθετα κάποιες άλλες χώρες όπου η συνηγορία είτε δεν υπάρχει είτε είναι σε πολύ πρώιμο στάδιο.

Αναμφίβολα, για να πραγματοποιηθεί μια σφαιρική πολιτική για την ψυχική υγεία θα πρέπει να παρθούν μέτρα για την ουσιαστική καταπολέμηση του στίγματος. Γι' αυτό και ο επαγγελματίας μέσα από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα μπορέσει όχι μόνο να ανακουφίσει τον ψυχικά ασθενή, αλλά να αντιμετωπίσει το στίγμα (μέσω του αποστιγματισμού) και να στηρίξει και την οικογένεια του ασθενή.

Στην Ελλάδα ασκείται η συνηγορία από κρατικούς και μη κρατικούς φορείς (όπως η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, οι ΜΚΟ κ.τ.λ.). Υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που εξασφαλίζει τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών αλλά πρέπει να ανανεώνεται και να παίρνονται μέτρα με διορθωτικό χαρακτήρα εάν χρειαστεί. Επίσης, μέσω της συνηγορίας οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειες τους αποκτούν φωνή και βρίσκονται στο επίκεντρο (Διδαγγέλου Δ. (2012).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1) Η «Παγκόσμια ψυχιατρική εταιρεία» δημιούργησε ένα διεθνές πρόγραμμα το οποίο έκανε την αρχή του το 1996 με σκοπό να καταπολεμηθούν το στίγμα και οι διακρίσεις που διέπουν την σχιζοφρένεια. Η αρχή έγινε στο εξωτερικό αλλά ύστερα

από αίτημα το πρόγραμμα εφαρμόστηκε και στην Ελλάδα. Βασικό μέλημα ήταν να ευαισθητοποιηθεί και να ενημερωθεί η κοινή γνώμη, να βελτιωθεί η αντίληψη και η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια και να γίνουν δράσεις για την μείωση των διακρίσεων και των προκαταλήψεων.

Ωστόσο, η Παγκόσμια ψυχιατρική εταιρεία έδωσε στο «Ε.Π.Ι.Ψ.Υ»(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής) να αναλάβει την εφαρμογή του προγράμματος «Αντι-στίγμα, όπως ονομάστηκε μετέπειτα για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος της Σχιζοφρένειας. Έτσι, η λειτουργία του ξεκίνησε το 1999 και σταμάτησε το 2013 λόγω έλλειψης στην χρηματοδότηση (Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Αιτωλοακαρνανίας – ΔΙΑΠΛΑΣΗ (2016).

2) Το πρόγραμμα «κυνηγών στίγματος» είναι ένα δίκτυο από ευαισθητοποιημένους πολίτες που προάγει τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας. Συγκεκριμένα, στόχος του προγράμματος είναι να παλέψει ενάντια στις επιθετικές στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια τις οποίες έχουν τα μέσα επιρροής όπως οι τηλεοπτικές σειρές, τα δελτία ειδήσεων, οι τηλεοπτικές εκπομπές, οι ταινίες κτλ. Οι κυνηγοί στίγματος μόλις εντοπίσουν το στιγματιστικό υλικό το αναφέρουν στο Ελληνικό Πρόγραμμα και αυτό εκδίδει επιστολή, η οποία πηγαίνει στον εκάστοτε φορέα που έχει στιγματίσει τον ψυχικά ασθενή και επισημαίνει τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει αυτή η στιγματιστική στάση σε εκείνον (Μαρία Καλογεροπούλου, «Η ψυχική ασθένεια και η αντιμετώπιση της»).

4.2 Οι παρεμβάσεις με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας

ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει ως στόχο να προλαμβάνει και να αντιμετωπίζει τα συναισθηματικά και κοινωνικά-οικονομικά ζητήματα που προκύπτουν λόγω της κακής ψυχικής ή σωματικής υγείας του ασθενή. Έτσι λοιπόν ο επαγγελματίας αρχικά διερευνά τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες του ασθενή και έπειτα προχωρά στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Φυσικά οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί

έχουν εξειδικευμένες γνώσεις, οι οποίες συμβάλλουν για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ζητημάτων του ασθενή. Μάλιστα, οι γνώσεις τους δεν επικεντρώνονται μόνο στη θεραπεία της ψυχικής νόσου αλλά και στην κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

Παράλληλα, όσον αφορά την οικογένεια οι κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν επισκέψεις στην οικία, όπου συλλέγουν πληροφορίες και καταγράφουν ένα οικογενειακό ιστορικό. Αυτό βοηθά να εκτιμήσουν την κατάσταση και τις ανάγκες που προκαλούνται από αυτή. Έπειτα, καθοδηγούν την οικογένεια του ψυχικά ασθενή και ενημερώνουν τους συγγενείς για τις υπηρεσίες με τις οποίες μπορούν να έρθουν σε επαφή.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας εφαρμόζεται η κλινική κοινωνική εργασία η οποία γνώρισε μεγάλη αύξηση μετά το 1950. Συγκεκριμένα, η κλινική προσέγγιση έχει στόχο την αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία του ψυχικά ασθενή, όπως και την δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων. Ο κλινικός κοινωνικός λειτουργός έχει στόχο να περιορίσει τα συμπτώματα, να αυξήσει την λειτουργικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και να ενθαρρύνει την πρόοδο του ασθενή ο οποίος σε πολλές περιπτώσεις δεν ενθαρρύνεται από το ευρύτερο περιβάλλον του. Γι' αυτό θεωρείται και πρόσωπο αναφοράς (Π.Α) για τον ψυχικά ασθενή (Λεπίδα Ι., Παπανδριανού Χ. (2016).

Παράλληλα, τα επίπεδα που μπορεί να παρέμβει ένας κοινωνικός λειτουργός για την προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι 3. Συγκεκριμένα, είναι 1) το επίπεδο της πρόληψης, 2) το επίπεδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης και 3) το επίπεδο της αποκατάστασης.

Στο 1^ο επίπεδο ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί σε κέντρα πρόληψης που παρέχουν προγράμματα για πλαίσια όπως τα σχολεία, οι παιδικοί σταθμοί κτλ.

Στο 2^ο επίπεδο μπορεί να ασχοληθεί με καταστάσεις κρίσης ή θεραπείες με την οικογένεια ώστε να επέλθει η θεραπευτική αντιμετώπιση των επιπτώσεων της ψυχική νόσου.

Τέλος, στο 3^ο επίπεδο για να υπάρξει η φάση της αποκατάστασης θα πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση του ασθενή έξω από το ίδρυμα καθώς και προσεκτική παρατήρηση του οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος (Μαρτινάκη Σ., Μπουρίκος Δ. (2014).

ΑΠΟ-ΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η από-ασυλοποίηση είναι μια διαδικασία όπου σηματοδοτεί την έξοδο των ψυχικά ασθενών από την ψυχιατρική κλινική, την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και την βελτίωση της λειτουργίας των ίδιων των ψυχιατρικών κλινικών (π.χ. οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά ασθενών μέσα στην κλινική ή η προσεκτική προετοιμασία τους για την έξοδο από την κλινική). Το ζήτημα της από-ασυλοποίησης στο πλαίσιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (από το 1984 μέχρι σήμερα) μπορεί να βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής του Υπουργείου και των στελεχών της ψυχικής υγείας, όμως υπάρχουν περιθώρια διορθώσεων στους στόχους της Μεταρρύθμισης. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα τα ΚΥ (τοπικές Πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας) εμφανίζουν ελλείψεις στην χρηματοδότηση, στο προσωπικό και στην ύπαρξη δομών αλλά και αδυναμία στην οργάνωση (π.χ. δεν υπάρχει αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών). Επίσης, δεν διατίθεται εξειδικευμένο προσωπικό και αυτό αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την προσέλευση των ασθενών.

Επομένως, αυτοί οι παράγοντες εφιστούν απαραίτητη την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Αντίθετα, σε άλλες χώρες της Ευρώπης έχει δοθεί έμφαση στην παροχή ειδικών υπηρεσιών από το άσυλο στην κοινότητα και λειτούργησαν από την αρχή μονάδες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης (π.χ. Κέντρα ψυχικής υγείας, Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες) (Π. Σακελλαρόπουλος (2005).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία που έχει στόχο να αναπτύξει την δυνατότητα του ψυχικά ασθενή να λειτουργεί αυτόνομα στην κοινωνία. Επίσης, απώτερος σκοπός είναι να ενδυναμώσει τον ψυχικά ασθενή ώστε να συμμετέχει ενεργά στην διαδικασία της κοινωνικής του επανένταξης. Έτσι, αυτό που χρειάζεται στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να εξουδετερωθεί το αυτό-στίγμα, να εντοπιστούν οι δυνατότητες του ψυχικά ασθενή, να ενισχυθούν με την υποστήριξη του επαγγελματία και να χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των συνθηκών ζωής του (Μ.Β. Καρύδη (2010).

Συνάμα στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (ΨΜ) είναι η έξοδος των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρεία και η ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα απαριθμούνται εκατοντάδες μονάδες ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης, είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα. Όμως, παρατηρούνται δυσκολίες ως προς την χρηματοδότηση τους και αυτή μπορεί να είναι η αιτία που κάποιες από αυτές τις μονάδες σταματούν την λειτουργία τους. Η ελλιπής χρηματοδότηση επηρεάζει αρνητικά την κάλυψη των αναγκών των μονάδων όπως και την πληρωμή των εργαζομένων.

Είναι γεγονός ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα είναι μια ταλαιπωρημένη διαδικασία όπου όποιος προσπαθήσει να την αντιμετωπίσει παρατηρεί τις αδυναμίες (όπως η κρίση και η επαγγελματική κόπωση). Οι νέοι εργαζόμενοι ξεκινούν την εργασία τους σε αυτές τις μονάδες με φιλοδοξία αλλά βαδίζουν στο άγνωστο και έχουν την αγωνία για το ενδεχόμενο κλείσιμο των δομών. Από την άλλη, αυτό το νέο κύμα επαγγελματιών είναι το θεμέλιο για την εξέλιξη των συγκεκριμένων δομών, δεν παύουν όμως να έχουν μεγάλο φορτίο πάνω τους καθώς προσπαθούν να καλύψουν πελώρια κενά που ήδη υπάρχουν (Μαρτινάκη Σ., Μπουρικός Δ. (2014).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Η Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης που ιδρύθηκε το 2001 έχει σκοπό να παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στους ψυχικά ασθενείς. Συγκεκριμένα, η μονάδα παρέχει θεραπευτικό πρόγραμμα με τμήμα ψυχιατρικής υποστήριξης, εκπαιδευτικό πρόγραμμα με ειδικά προγράμματα για εξάσκηση στις εργασιακές δεξιότητες υπό την επίβλεψη εκπαιδευτών και πρόγραμμα μεταθεραπευτικής παρακολούθησης. Στο πλαίσιο της μονάδας γίνονται πρακτικές ασκήσεις φοιτητών από τμήματα όπως η Κοινωνική Εργασία, η Εργοθεραπεία και η Ψυχολογία (ΕΠΨΥ (2021), «Ειδική Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης»).

ΠΕΨΑΕΕ

Η Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη (ΠΕΨΑΕΕ) που ιδρύθηκε το 1997 είναι Μη Κερδοσκοπικό σωματείο που έχει στόχο την ομαλή κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Οι δράσεις της ΠΕΨΑΕΕ αφορούν την στέγαση, την επαγγελματική

επανένταξη, την ψυχιατρική-ψυχολογική υποστήριξη, την συνεργασία με άλλους φορείς, τις ημερίδες και τις έρευνες. Επίσης, τα προγράμματα της επιχορηγούνται από το Ελληνικό κράτος και την Ε.Ε (ΠΕΨΑΕΕ (2021)).

ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός» είναι ένα εθνικό σχέδιο δράσης που δίνει έμφαση στην παροχή υπηρεσιών από το άσυλο στην κοινότητα δημιουργώντας πανελλαδικές δομές και δράσεις για την από-ιδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Παράλληλα, στις παρεμβάσεις του προγράμματος εντάσσονται η συμβουλευτική υποστήριξη των έργων ψυχικής υγείας, η τεχνική υποστήριξη για να υλοποιούνται τα έργα στον τομέα της ψυχικής υγείας, η παροχή ειδικών υποστηρικτικών υπηρεσιών όπως και η υποστήριξη να δημιουργηθεί ένα Παρατηρητήριο ψυχικής υγείας με βάση τις οδηγίες του ΠΟΥ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας). (ΨΥΧΑΡΓΩΣ (2012), «Πρόγραμμα Ψυχαργός»).

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Σύμφωνα με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως που δημοσιεύθηκε στις 23 Οκτωβρίου του 2020 αποφασίστηκε ότι:

«1. Με την απόφαση για την ακούσια νοσηλεία, το αρμόδιο μονομελές πρωτοδικείο δύναται να διατάξει, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, τη συνέχισή της σε συγκεκριμένη ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, εφόσον διατυπώνεται σχετικό αίτημα από τους αιτούντες την ακούσια νοσηλεία.

2. Η οριζόμενη στη δικαστική απόφαση ιδιωτική ψυχιατρική κλινική πρέπει να έχει βεβαίωση καλής λειτουργίας εν ισχύ, να είναι συμβεβλημένη με τον ΕΟΠΥΥ και να υπάγεται κατά προτίμηση στον τομέα ψυχικής υγείας του τόπου κατοικίας του ασθενούς. Για την επιλογή της λαμβάνεται υπόψη η πρόταση που διατυπώνεται στη σχετική αίτηση. Αποκλείονται οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, για τις οποίες έχει συνταχθεί αρνητική έκθεση ελέγχου από την ειδική επιτροπή προστασίας δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και δεν συμμορφώνονται με τις συστάσεις που

διατυπώνονται σε αυτήν, σύμφωνα με τα στοιχεία που διαβιβάζει ετησίως η ειδική επιτροπή προς τις εισαγγελίες πρωτοδικών.

3. Η κάλυψη της δαπάνης της ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική γίνεται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4. Η ιδιωτική ψυχιατρική κλινική υποχρεούται να ενημερώνει αμελλητί για κάθε ακούσια νοσηλεία που πραγματοποιείται σε αυτήν, καθώς και για τη λήξη της, την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του Υπουργείου Υγείας, η οποία τηρεί σχετικό αρχείο ακούσιων νοσηλειών ανά κλινική και πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως επισκέψεις και ελέγχους στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της.

5. Για την ακούσια νοσηλεία σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ισχύουν οι όροι και οι συνθήκες που προβλέπονται για την ακούσια νοσηλεία σε δημόσιες δομές.» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2020), «Όροι και προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές»).

B' ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και το στίγμα των ψυχικά ασθενών.

Ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιος είναι ο επιπολασμός της αυτοεκτίμησης;
2. Ποιος ο επιπολασμός του αυτοστιγματισμού;
3. Υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στο στίγμα;
4. Ποια η σχέση ανάμεσα στην εργασιακή κατάσταση και τον αυτοστιγματισμό;
5. Ποια η σχέση ανάμεσα στο φύλο και τον αυτοστιγματισμό;
6. Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τον αυτοστιγματισμό;
7. Ποια η σχέση της οικονομικής κατάστασης των ερωτηθέντων με τον αυτοστιγματισμό;

Σχεδιασμός μελέτης

Τρόπος συλλογής δείγματος

Η συλλογή δείγματος έγινε μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου με την χρήση της συνέντευξης, που απευθύνονταν σε δείγμα των 100 ατόμων όπου έχουν

διαγνωσθεί με κάποια ψυχική νόσο. Η προσέγγιση αυτή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια κλινικών στην Αθήνα αλλά και στο Ηράκλειο. Φυσικά, πριν την υλοποίηση της έρευνας απαραίτητο βήμα κρίθηκε η λήψη έγκρισης, τόσο από την επιτροπή του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, όσο και από το επιστημονικό συμβούλιο καθώς και η διασφάλιση της ανωνυμίας και η γραπτή συναίνεση και ενημέρωση των ερωτώμενων της εκάστοτε υπηρεσίας.

Πληθυσμός

Για την μελέτη προσεγγίστηκε ένα δείγμα των 100 ατόμων εκ των οποίων 50 πάσχοντες βρίσκονται στην πόλη της Αθήνας και 50 στην Κρήτη, στην πόλη του Ηρακλείου. Οι ασθενείς είναι διαγνωσμένοι με κάποια ψυχική νόσο και βρίσκονται στην κλινική του «Ευαγγελισμού» στην Αθήνα, στο «Δρομοκαΐτειο» και στην κλινική «Άγιος Χαράλαμπος» στο Ηράκλειο, στην περιοχή του Μασταμπα.

Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Στην συγκεκριμένη έρευνα ως τεχνική χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη μέσω δομημένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από δομημένες ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία, τα προσωπικά στοιχεία του ατόμου με ψυχική ασθένεια, η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, τα οικογενειακά του στοιχεία, τα οικονομικά και ασφαλιστικά του θέματα και ο αριθμός των νοσηλειών του. Επίσης, οι λόγοι που εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική το άτομο, το ιστορικό της ψυχικής ασθένειας του, το εάν υπάρχει ψυχιατρικό ιστορικό στην οικογένεια του, το πως είναι η παρούσα ψυχική του κατάσταση και η λειτουργική του ικανότητα, οι οικογενειακές σχέσεις, το ευρύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον του ψυχικά ασθενή, οι κοινωνικές του σχέσεις και τα ενδιαφέροντα του.

Μεταβλητές

Εξαρτημένη μεταβλητή:

Ορισμός στίγματος: Για τον ορισμό του στίγματος και συγκεκριμένα για τον αυτοστιγματισμό δημιουργήθηκε ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο το οποίο βασίστηκε στα ερωτηματολόγια "The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness" των (King, M, et al. 2007), "SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report" (Derogatis, L., et al. 1973), και "The SCL-90 Manual, Scoring, Administration and Procedures for the SL-90" (Derogatis, L. 1977).

Τα οποία και απαρτίζονταν από τις παρακάτω ενότητες:

- Η υποστήριξη, που λαμβάνει το άτομο από το οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον.
- Εμπειρία διακρίσεων
- Αποξένωση.
- Κοινωνική Απόσυρση
- Αυτοαντίληψη
- Εσωτερίκευση Στερεοτύπων

Για την αξιολόγηση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε κλίμακα διαβάθμισης (LikertScale), 1 έως 5, όπου 1=διαφωνώ απόλυτα και 5=συμφωνώ απόλυτα).

Ανεξάρτητες μεταβλητές

Ορισμός αυτοεκτίμησης: Για τον ορισμό της αυτοεκτίμησης θα χρησιμοποιηθεί η «κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg» (Rosenberg'sSelf-EsteemScale, RSE).Η κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις, διατυπωμένες είτε θετικά, «Νιώθω ότι είμαι ένα άτομο που αξίζει, τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους», είτε αρνητικά, «Συνολικά, τείνω να αισθάνομαι ότι είμαι μια αποτυχία» και οι απαντήσεις δίνονται

σε 4-βαθμη κλίμακα Likert. Η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, η βαθμολογία μεταξύ 15–25 υποδηλώνει ότι το υποκείμενο έχει φυσιολογική αυτοεκτίμηση, ενώ βαθμολογία >15 υποδηλώνει χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η Κλίμακα Rosenberg έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες (Galanou, etal., 2014;, Kalemí, 2019).

Λοιπές Μεταβλητές

Δομημένες ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία (δηλαδή ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, περιοχή/πόλη διαμονής), τα προσωπικά στοιχεία του ατόμου με ψυχική ασθένεια, η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, τα οικογενειακά του στοιχεία, τα οικονομικά και ασφαλιστικά του θέματα και ο αριθμός των νοσηλειών του. Επίσης, οι λόγοι που εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική το άτομο, το ιστορικό της ψυχικής ασθένειας του, το εάν υπάρχει ψυχιατρικό ιστορικό στην οικογένεια του, το πως είναι η παρούσα ψυχική του κατάσταση και η λειτουργική του ικανότητα, οι οικογενειακές σχέσεις, το ευρύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον του ψυχικά ασθενή, οι κοινωνικές του σχέσεις και τα ενδιαφέροντα του.

Στατιστική επεξεργασία:

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα S.P.S.S. Ειδικότερα διεξήχθησαν περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις, υπολογίστηκε ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας (Cronbach's alpha) και εξετάστηκαν οι αναμενόμενες σχέσεις μεταξύ των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών, με την μέθοδο της απλής γραμμικής παλινδρόμησης. Μέσω της γραμμικής παλινδρόμησης εξετάζεται η σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών, μιας εξαρτημένης μεταβλητής και μίας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών.

Κώδικας Δεοντολογίας

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνά μας, πήραμε πρώτα την έγκριση της επιτροπής του Πανεπιστημίου και στην συνέχεια προχωρήσαμε στις απαραίτητες

ενέργειες (συγγραφή υπεύθυνης δήλωσης με υπογραφές) προκειμένου να πάρουμε άδεια και από τις κλινικές που πραγματοποιήσαμε την έρευνά μας. Αφού πήραμε έγκριση από τους αρμόδιους, προχωρήσαμε στην διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην εν λόγω ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της τρέχουσας πτυχιακής μας εργασίας, όπως προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων και αναλύονται σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις και ευρύτερα με το ερευνητικό μοντέλο. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα S.P.S.S. Ειδικότερα διεξήχθησαν περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις και εξετάστηκαν οι αναμενόμενες σχέσεις μεταξύ των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών, με την μέθοδο της απλής γραμμικής παλινδρόμησης. Μέσω της γραμμικής παλινδρόμησης εξετάζεται η σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών, μιας εξαρτημένης μεταβλητής και μίας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών.

Στην συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την κάθε ανάλυση. Να αναφερθεί ότι το τελικό δείγμα που πάρθηκε ήταν από 78 άτομα σε Αθήνα και Ηράκλειο Κρήτης.

Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στον πίνακα 1 καταγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας. Το 57,7% των ερωτηθέντων μας ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 42,3% ήταν άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 47 έτη. Για τις ανάγκες της στατιστική ανάλυσης ομαδοποιήσαμε την ηλικία σε τρεις ηλικιακές ομάδες. Συγκεκριμένα. Το 42,3% των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας από 41-50 ετών, το 32,1% ήταν από 51 ετών και πάνω και το υπόλοιπο 25,6% από 24-40 ετών. Το 37,2% των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι, το 35,9% ήταν άγαμοι, το 16,7% ήταν διαζευγμένοι, το 7,7% ήταν σε διάσταση και το υπόλοιπο 2,6% χήροι. Το 53,8% των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 30,8% είχαν ανώτερη ή

ανώτατη μόρφωση και το 12,8% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου. Το 51,3% των ερωτηθέντων είχαν πλήρη απασχόληση, το 24,4% ήταν άνεργοι, το 17,9% είχαν μερική απασχόληση και το υπόλοιπο 6,4% ήταν αυτοαπασχολούμενοι. Το 55,1% των ερωτηθέντων είχαν μέτρια οικονομική κατάσταση, το 38,5% καλή οικονομική κατάσταση και το υπόλοιπο 6,4% κακή οικονομική κατάσταση.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

| <u>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</u> | <u>n (%)</u> |
|---|--------------|
| Φύλο | |
| Γυναικά | 45 (57,7%) |
| Άντρας | 33 (42,3%) |
| Ηλικία | |
| 24-40 | 20 (25,6%) |
| 41-50 | 33 (42,3%) |
| 51+ | 25 (32,1%) |
| Οικογενειακή κατάσταση | |
| Έγγαμος | 29 (37,2%) |
| Άγαμος | 28 (35,9%) |
| Διαζευγμένος | 13 (16,7%) |
| Σε διάσταση | 6 (7,7 %) |
| Χήρος | 2 (2,6%) |
| Επίπεδο Εκπαίδευσης | |
| Καμία | 1 (1,3%) |
| Δημοτικό | 1 (1,3%) |
| Γυμνάσιο | 10 (12,8%) |
| Λύκειο | 42 (53,8%) |
| Πανεπ/κο δίπλωμα, Μεταπτυχιακό δίπλωμα, άλλο... | 24 (30,8%) |
| Κατάσταση απασχόλησης | |
| Άνεργος/η | 19 (24,4%) |
| Μισθωτός εργαζόμενος/ Μερική απασχόληση | 14 (17,9%) |
| Μισθωτός εργαζόμενος/ Ολική απασχόληση | 40 (51,3%) |
| Αυτοαπασχολούμενος/η | 5 (6,4%) |
| Οικονομική κατάσταση | |

| | |
|--------|------------|
| Κακή | 5 (6,4%) |
| Μέτρια | 43 (55,1) |
| Καλή | 30 (38,5%) |

Κλίμακα Αυτό-εκτίμησης (Rosenberg)

Το ερωτηματολόγιο έχει 10 ερωτήσεις 4-βάθμιας κλίμακας όπου 1=Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Διαφωνώ και 4= Διαφωνώ Απόλυτα. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο οι μισές ερωτήσεις χρειάστηκαν αντιστροφή. Ακολουθεί ο πίνακας με το συνολικό μέσο όρο του ερωτηματολογίου της Αυτοεκτίμησης (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Αποτέλεσμα κλίμακας αυτοεκτίμησης

| | N | Ελάχιστο αποτέλεσμα | Ανώτερο αποτέλεσμα | M.O(± TA) |
|--|--------------|------------------------|-----------------------|-------------|
| Αυτοεκτίμηση | 78 | 17 | 40 | 28,4 (5,02) |
| | N (%) | | | |
| Μέτρια/ικανοποιητική αυτοεκτίμηση | 20 (25,6%) | | | |
| Υψηλή αυτοεκτίμηση | 58 (74,4%) | | | |

Η μεταβλητή της Αυτοεκτίμησης στο υπό μελέτη δείγμα, είχε μέσο όρο 28,35 και Τυπική Απόκλιση 5,02 με μικρότερο αποτέλεσμα το 17 και μεγαλύτερο το 40. Όσο πιο υψηλό είναι το αποτέλεσμα, τόσο πιο υψηλή είναι η αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Το 74,4% των συμμετεχόντων έχει υψηλή αυτοεκτίμηση και το υπόλοιπο 25,6% έχει μέτρια προς ικανοποιητική.

Ερωτηματολόγιο Αυτοστιγματισμού

Το ερωτηματολόγιο αφορά 12 ερωτήσεις 5βάθμιας κλίμακας όπου 1=Διαφωνώ Απόλυτα και 5=Συμφωνώ Απόλυτα και 3 ερωτήσεις χρειάστηκαν αντιστροφή. Ακολουθεί ο πίνακας με τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις του ερωτηματολογίου του Αυτοστιγματισμού (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Συγκεντρωτικός Πίνακας Συχνοτήτων Ερωτηματολογίου Στίγματος

| | Συμφωνώ Απόλυτα/ Συμφωνώ % | Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ % | Διαφωνώ Απόλυτα Διαφωνώ % |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| Αισθάνομαι πως έχω ανθρώπους στο οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον που μπορώ να μιλήσω για την ασθένειά μου | 65,4 | 21,8 | 12,8 |
| Οι άνθρωποι, γύρω μου, δε με έχουν κάνει ποτέ να αισθανθώ αμήχανα εξαιτίας της ψυχικής μου ασθένειας | 38,5 | 30,8 | 30,7 |
| Έχω δυσκολευτεί να βρω εργασία εξαιτίας της ψυχικής μου ασθένειας | 25,7 | 28,2 | 46,1 |
| Αισθάνομαι πως θα είχα περισσότερες ευκαιρίες στη ζωή μου εάν δεν είχα την ψυχική μου ασθένεια | 64,1 | 20,5 | 15,4 |
| Πολύ συχνά νιώθω μοναξιά | 56,4 | 20,5 | 23,1 |
| Αποφεύγω να αποκαλύπτω στους ανθρώπους την ψυχική μου ασθένεια | 46,1 | 23,1 | 30,8 |
| Δεν αισθάνομαι διαφορετικός από τους άλλους ανθρώπους, εξαιτίας της ασθένειας μου | 39,8 | 21,8 | 38,5 |
| Δεν καταλαβαίνω τη διάγνωση που μου έχει δοθεί | 21,8 | 32,1 | 46,2 |
| Φοβάμαι από το πως θα αντιδράσουν οι άνθρωποι αν καταλάβουν ότι πάσχω από κάποια ψυχική ασθένεια | 42,3 | 23,1 | 34,7 |
| Αγχώνομαι στη σκέψη ότι θα πω στους άλλους ανθρώπους ότι παίρνω φάρμακα | 50,0 | 19,2 | 30,8 |
| Κάποια άνθρωποι, που πάσχουν από ψυχική ασθένεια, είναι επικίνδυνοι | 38,4 | 28,2 | 33,3 |
| Μερικές φορές, η ψυχική ασθένεια είναι η τιμωρία για τις κακές πράξεις που έχεις κάνει | 11,6 | 17,9 | 70,5 |

Το 65,4% των ερωτηθέντων συμφώνησαν έως και σε απόλυτο βαθμό με την άποψη ότι πως έχουν ανθρώπους στο οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον που μπορούν να μιλήσουν για την ασθένειά τους, το 38,5% συμφώνησαν επίσης με την άποψη ότι οι άνθρωποι, γύρω τους, δεν τους έχουν κάνει ποτέ να αισθανθούν αμήχανα εξαιτίας

της ψυχικής τους ασθένειας ενώ το 30,7% διαφώνησαν έως και σε απόλυτο βαθμό, το 46,1% διαφώνησαν με την άποψη ότι έχουν δυσκολευτεί να βρουν εργασία εξαιτίας της ψυχικής τους ασθένειας, το 64,1% συμφωνούν με την άποψη ότι θα είχαν περισσότερες ευκαιρίες στη ζωή τους εάν δεν είχαν την ψυχική τους ασθένεια, το 56,4% δήλωσαν πως πολύ συχνά αισθάνονται μοναξιά, το 46,1% αποφεύγουν να αποκαλύψουν σε ανθρώπους την ψυχική τους ασθένεια, το 39,8% δήλωσαν πως αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους, εξαιτίας της ασθένειας τους, ωστόσο το 38,5% διαφώνησε. Το 46,2% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως διαφωνούν με την άποψη ότι δεν καταλαβαίνουν τη διάγνωση που τους έχει δοθεί, το 42,3% συμφωνούν με την άποψη ότι φοβούνται από το πως θα αντιδράσουν οι άνθρωποι αν καταλάβουν ότι πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, το 50% αγχώνονται στη σκέψη ότι θα πουν στους άλλους ανθρώπους ότι παίρνουν φάρμακα, το 38,4% συμφωνούν με την άποψη ότι κάποια άνθρωποι, που πάσχουν από ψυχική ασθένεια, είναι επικίνδυνοι και τέλος, το 70,5% διαφωνούν με την άποψη ότι μερικές φορές θεωρούν η ψυχική ασθένεια είναι η τιμωρία για τις κακές πράξεις που έχουν κάνει.

Από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή αφού αθροίστηκαν τα αποτελέσματα και προέκυψε ο Αυτοστιγματισμός.

| | N | Ελάχιστο αποτέλεσμα | Ανώτατο αποτέλεσμα | M.O(± TA) |
|-------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Αυτοστιγματισμός | 78 | 12 | 53 | 35,5 (7,5) |

Η μεταβλητή του Αυτοστιγματισμού είχε μέσο όρο σκορ 35,54 και Τυπική Απόκλιση 7,53 με μικρότερο σκορ το 12 και μεγαλύτερο το 53.

| Συχνότητα στίγματος | <u>n (%)</u> |
|--|--------------------------|
| Καθόλου ως ήπιος αυτοστιγματισμός | <u>6 (7,7%)</u> |
| Μέτριος αυτοστιγματισμός | <u>56 (71,8%)</u> |
| Σοβαρός αυτοστιγματισμός | <u>16 (20,5%)</u> |

Το 71,8% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως έχουν στιγματιστεί σε μέτριο βαθμό, το 20,5% σε σοβαρό βαθμό και το υπόλοιπο 7,7% καθόλου ή σε ήπιο βαθμό.

Επαγωγική Ανάλυση

1^ο & 2^ο Ερευνητικό ερώτημα: Ποιος είναι ο επιπολασμός της αυτοεκτίμησης/Ποιος είναι ο επιπολασμός του αυτοστιγματισμού στο υπό μελέτη δείγμα;

Ο επιπολασμός της Αυτοεκτίμησης στο υπό μελέτη δείγμα είναι 74,4% (υψηλή αυτοεκτίμηση) και το 25,6% (μέτρια προς ικανοποιητική αυτοεκτίμηση). Ο επιπολασμός του Αυτοστιγματισμού στο υπό μελέτη δείγμα είναι 71,8% (μέτριος βαθμός) και 20,5% (σοβαρός βαθμός).

| <u>Επιπολασμός Αυτοεκτίμησης/ Αυτοστιγματισμού</u> | <u>n (%)</u> |
|--|--------------|
| Επιπολασμός αυτοεκτίμησης | |
| Υψηλή αυτοεκτίμηση | 74,4% |
| Μέτρια-Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση | 25,6% |
| Επιπολασμός αυτοστιγματισμού | |
| Μέτρια πεποίθηση αυτοστιγματισμού | 71,8% |
| Σοβαρή πεποίθηση αυτοστιγματισμού | 20,5% |

3^ο Ερευνητικό ερώτημα: Υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στο στίγμα στο υπό μελέτη δείγμα;

Πίνακας συσχέτισης μεταβλητών

| | N | M.O ± TA | rho | p-value |
|---------------|----------|-----------------|------------|----------------|
| Στίγμα | 2770 | 20.47 (2.83) | -0,517 | 0.000 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει μεταξύ της Αυτοεκτίμησης και του Αυτοστιγματισμού αντιστρόφως ανάλογη σχέση. Συγκεκριμένα, η αυτοεκτίμηση σε σχέση με τον αυτοστιγματισμό είναι μέτρια αρνητική καθώς $r=-,517$ και $sig.=,000$.

Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όσο μειώνεται η αυτοεκτίμηση, αυξάνεται ο αυτοστιγματισμός. Επομένως επιβεβαιώνεται η πρώτη ερευνητική υπόθεση.

4^ο Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η σχέση ανάμεσα στην εργασιακή κατάσταση και τον αυτοστιγματισμό;

Από τον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι ο μέσος όρος του αυτοστιγματισμού στους άνεργους είναι 41,16, ο μέσος όρος στους μισθωτούς μερικής απασχόλησης είναι 36,71, ο μέσος όρος στους μισθωτούς πλήρης απασχόλησης είναι 32,5 και ο μέσος όρος στους αυτοαπασχολούμενους είναι 35,2. Συμπεραίνουμε ότι ο αυτοστιγματισμός στους ερωτηθέντες που είναι αυτοαπασχολούμενοι ή μισθωτοί πλήρης απασχόλησης είναι μικρότερος από ότι στους ερωτηθέντες που είναι άνεργοι ή μερικής απασχόλησης [$F(3,77)=7,227$, sig.,000]. Επομένως, ο αυτοστιγματισμός είναι μεγαλύτερος σε χαμηλότερη εργασιακή κατάσταση και επιβεβαιώνεται το ερευνητικό μας ερώτημα.

Πίνακας 4. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην εργασία και τον αυτοστιγματισμό

| | N | M.O(± TA) | p-value one way anova |
|---|----|------------|-----------------------------|
| Άνεργος/η | 19 | 41,2 (6,2) | <0.001 |
| Μισθωτός εργαζόμενος/Μερική απασχόληση | 14 | 36,7 (4,8) | |
| Μισθωτός εργαζόμενος/ πλήρης απασχόληση | 40 | 32,5 (7) | |
| Αυτοαπασχολούμενος/η | 5 | 35,2 (10) | |

5^ο Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η σχέση ανάμεσα στο φύλο και τον αυτοστιγματισμό;

Από τον παρακάτω πίνακα διαφαίνεται ότι στην περίπτωση αυτή δεν έχουμε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ φύλου και αυτοστιγματισμού καθώς ο μέσος όρος μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σχεδόν ίδιος και δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα καθώς $p > 0,05$. Επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και τον αυτοστιγματισμό.

Πίνακας 5. Σύγκριση μέσου όρου (t test) για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο φύλο και τον αυτοστιγματισμό

| | N | M.O (±TA) | p-value |
|----------------|----|-----------|--------------|
| Φύλο | | | |
| Γυναίκα | 45 | 35 (7,8) | 0,511 |
| Άντρας | 33 | | 0,511 |

6^ο Ερευνητικό ερώτημα: Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τον αυτοστιγματισμό;

Από τον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι ο μέσος όρος του αυτοστιγματισμού στους ερωτηθέντες ηλικίας από 24-40 ετών είναι 35, ο μέσος όρος ηλικίας στους ερωτηθέντες ηλικίας από 41-50 ετών είναι 34,5 και ο μέσος όρος στους άνω των 51 ετών είναι 37,3. Παρατηρούμε ότι οι μέσοι όροι είναι πολύ κοντινοί και δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα. Επομένως δεν επιβεβαιώνεται η ερευνητική μας υπόθεση.

Πίνακας 6. Ανάλυση διακύμανσης (anova) για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ηλικία και τον αυτοστιγματισμό

| Ηλικία | N | M.O (± TA) | p-value one way anova |
|--------------|----|------------|-----------------------|
| 24-40 | 20 | 35 (5,02) | 0,370 |
| 41-50 | 33 | 34,5 (9,8) | |
| 51+ | 25 | 37,3 (7,5) | |

7^ο Ερευνητικό ερώτημα: Ποια η σχέση της οικονομικής κατάστασης των ερωτηθέντων με τον αυτοστιγματισμό;

Από τον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι ο μέσος όρος του αυτοστιγματισμού στους ερωτηθέντες που έχουν κακή οικονομική κατάσταση είναι 41, ο μέσος όρος στους ερωτηθέντες μέτριας οικονομικής κατάστασης είναι 37,26 και ο μέσος όρος στους ερωτηθέντες με καλή οικονομική κατάσταση είναι 32,2. Συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων και τον αυτοστιγματισμό+ (sig.,003). Επομένως επιβεβαιώνεται η ερευνητική μας υπόθεση.

| Οικονομική κατάσταση | N | <u>M.O (±T.A)</u> | P Value |
|-----------------------------|----------|--------------------------|----------------|
| Κακή | 5 | 41 (10,9) | 0,003 |
| Μέτρια | 43 | 37,3 (5,4) | |
| Καλή | 30 | 32,2 (8,4) | |

Πολυπαραγοντική Ανάλυση Παλινδρόμησης

Εξαρτημένη μεταβλητή: Αυτοστιγματισμός

Ανεξάρτητες μεταβλητές: Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, Οικονομική κατάσταση, Εκπαίδευση και Κατάσταση Απασχόλησης.

| Αυτοστιγματισμός | | p- value |
|---|------------------------|--------------|
| | Adjusted β -coef | |
| Φύλο | -0,276 | 0.862 |
| Ηλικία | 0,44 | 0.607 |
| Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι προς άγαμοι) | -0,195 | 0.796 |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,564 | 0.594 |
| Κατάσταση απασχόλησης (άνεργοι προς αυτοαπασχολούμενοι) | -2,608 | 0.006 |
| Οικονομική κατάσταση (χαμηλή προς υψηλή) | -3,033 | 0.043 |

Από την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης προκύπτει ότι ο αυτοστιγματισμός ασθενών με ψυχική νόσο επηρεάζεται από την ανεργία ή την χαμηλή εργασιακή κατάσταση και από την χαμηλή οικονομική κατάσταση. Οι

υπόλοιπες μεταβλητές, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και εκπαιδευτικό επίπεδο δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τον αυτοστιγματισμό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάσει τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν διατυπωθεί, παρατηρήθηκε ότι σχετικά με τον επιπολασμό της Αυτοεκτίμησης και του Αυτοστιγματισμού ένα μεγάλο ποσοστό διαθέτει υψηλή αυτοεκτίμηση, συγκεκριμένα το 74,4 % ενώ το 25,6 % μέτρια προς ικανοποιητική. Στην περίπτωση του Αυτοστιγματισμού το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχει στιγματιστεί σε μέτριο βαθμό είναι το 71,8 % ενώ σε μεγάλο βαθμό το 20,5%. Τα εν λόγω ποσοστά δείχνουν ότι όσο αυξάνεται το στίγμα τόσο μειώνεται η αυτοεκτίμηση και όπως έγινε αντιληπτό και από το 1^ο ερευνητικό ερώτημα οι μεταβλητές αυτοεκτίμηση και αυτοστιγματισμός έχουν μεταξύ τους αντιστρόφως ανάλογη σχέση .

Στο 4^ο ερευνητικό ερώτημα διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα καθώς ο αυτοστιγματισμός σε εκείνους που είναι αυτοαπασχολούμενοι ή μισθωτοί είναι μικρότερος συγκριτικά με των ατόμων που είναι άνεργοι ή μερικής απασχόλησης. Συνεπώς , η οικονομική κατάσταση επηρεάζει τον αυτοστιγματισμό .

Από το 5^ο ερευνητικό ερώτημα που αφορά το φύλο φαίνεται να μην επηρεάζεται ο αυτοστιγματισμός, καθώς δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της μεταβλητής του φύλου και του αυτοστιγματισμού .

Στο 6^ο ερώτημα φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα και δεν επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση διότι η ηλικία δεν επηρεάζει το στίγμα .

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Μέσα από τις απαντήσεις των 78 ασθενών της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι όσο πιο οικονομικά αδύναμοι είναι οι ασθενείς, τόσο περισσότερο στιγματίζονται. Αυτό γίνεται αντιληπτό και από διεθνείς έρευνες που είχαν παρόμοια αποτελέσματα. Για παράδειγμα, το 2004 πραγματοποιήθηκε έρευνα από τον καθηγητή Heather Stuard με θέμα “Stigma And Work” η οποία έδειξε ότι οι ψυχικά ασθενείς δυσκολεύονταν στην εύρεση εργασίας λόγω της ψυχικής τους διαταραχής και της οικονομικής τους αδυναμίας (Heather Stuard, 2004). Μάλιστα, ένα μεγάλο ποσοστό από τους ασθενείς έπασχαν από σχιζοφρένεια. Επίσης, μία ακόμη έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί από τους David Dooley, Jonathan Fielding και Lennart Levi το 1996 έδειξε ότι οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, χάνουν την εργασία τους και στιγματίζονται (David Dooley&al., 1996).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη μας έχει σαφώς κάποιους περιορισμούς:

- 1) Το δείγμα που πάρθηκε για την ποσοτική έρευνα ήταν πιο μικρό από ότι αναμενόταν. Συγκεκριμένα, από κάθε δομή που απευθύνθηκε η ομάδα προσδοκούσαν ένας συγκεκριμένος αριθμός ατόμων που θα συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια της έρευνας. Όμως, λόγω των δυσκολιών που προκάλεσε η εμφάνιση του covid-19 τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από λιγότερα άτομα.
- 2) Η έγκριση διεξαγωγής της πτυχιακής εργασίας από την κλινική του Δρομοκαΐτειου έγινε ύστερα από 1,5 μήνα, διότι λόγω του covid-19 οι γραφειοκρατικές διαδικασίες καθυστερούσαν.
- 3) Η αδυναμία πρόσβασης της ομάδας σε βιβλιοθήκες λόγω του covid-19 μείωσε την δυνατότητα εύρεσης επιστημονικού υλικού από έγγραφες πηγές με απόρροια να αναζητηθούν πληροφορίες μόνο μέσω διαδικτύου.
- 4) Οι αντίξοες συνθήκες που προκλήθηκαν από την εμφάνιση του covid-19 είχαν ως αποτέλεσμα να αποτρέψουν την κοινωνική συνδιαλλαγή για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Έτσι, η ομάδα αδυνατούσε να έχει δια ζώσης επαφή και αυτό δυσκόλεψε την επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα, οι συναντήσεις μεταξύ της ομάδας γίνονταν μόνο μέσω διαδικτύου και επειδή είμαστε μια ομάδα 4μελης η

πληροφορία που έπρεπε να μεταδοθεί χρειαζόταν παραπάνω χρόνο και κόπο για να γίνει κατανοητή σε 4 διαφορετικά άτομα ταυτοχρόνως με μια απόσταση μεταξύ τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπεράσματα:

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το ποσοστό χαμηλής αυτοεκτίμησης στο υπό μελέτη δείγμα ήταν 25,6%, ενώ το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν σοβαρό αυτοστιγματισμό είναι 20,5. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι η ανεργία και η χαμηλή οικονομική κατάσταση των ψυχικά ασθενών επηρεάζουν τον αυτοστιγματισμό.

Προτάσεις:

- Ο επαγγελματίας υγείας όταν έχει κάποιες κερτημένες πεποιθήσεις που αντιβαίνουν τον κώδικα δεοντολογίας της επιστήμης του είναι καλό να εκπαιδευτεί μέσω ψυχοθεραπευτικών συνεδριών ώστε να αναπτύξει αυτογνωσία, να μπορεί να ακούει ενεργά και να λειτουργεί δεοντολογικά απέναντι στον ψυχικά ασθενή ώστε να μην τον στιγματίζει.
- Το κοινωνικό ιστορικό που αποτελεί εργαλείο των κοινωνικών λειτουργών μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά ώστε να ανιχνεύουν την αυτοεκτίμηση του ψυχικά ασθενή και το στίγμα που μπορεί να έχει βιώσει.
- Εκπαιδευτικές ημερίδες σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα, δημοσία ή ιδιωτικά για την ενημέρωση και

ευαισθητοποίηση της ψυχικής ασθένειας γενικά αλλά και τι είναι η ψυχική ασθένεια για τον άνθρωπο που τη βιώνει, την εξοικείωση της ψυχικής νόσου και ότι είναι κάτι που μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε στον οποιονδήποτε. Άρα κάτι το φυσιολογικό.

- Οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών χρειάζεται να εκπαιδεύονται ώστε να μπορούν να κατανοήσουν την ψυχική διαταραχή και να αποκτήσουν τις ικανότητες ώστε να λειτουργούν μόνο υποστηρικτικά χωρίς να υποδαυλίζουν τις συγκρούσεις. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω οικογενειακής θεραπείας με τα μέλη της οικογένειας.
- **Ο ψυχικά ασθενής για την ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησής του και τη μείωση του ήδη υπάρχοντος στίγματός του, μπορεί να ξεκινήσει ατομικές συνεδρίες με ψυχολόγο.**
- **Διεξαγωγή ομαδικών θεραπευτικών προγραμμάτων στις δομές, μέσω ψυχαγωγίας, με απώτερο σκοπό τη μείωση του αυτοστιγματισμού των ασθενών.**
- Η κοινότητα σε τοπικό επίπεδο χρειάζεται εξίσου εκπαίδευση για το τι είναι η ψυχική ασθένεια. Έτσι μπορεί να οργανωθεί από τον δήμο σε συνεργασία με τις ψυχικές δομές υγείας που έχει, με τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας μια ενημέρωση/ πληροφόρηση και εκπαίδευση των ατόμων της κοινότητας για να έρθουν σε επαφή με τα άτομα αυτά για την αποφυγή του στίγματος. Δηλαδή τα άτομα που βρίσκονται στις ανοιχτές/κλειστές δομές ψυχικής υγείας και πάσχουν από ψυχικές ασθένειες να μιλήσουν ανοιχτά στους ανθρώπους στο πως ο καθένας τους βιώνει αυτή την εμπειρία και τα άτομα της κοινότητας ερχόμενα σε επαφή μαζί τους θα αντιμετωπίσουν και θα συγκρουστούν με υπάρχουσες προκαταλήψεις τους σε σχέση με τη ψυχική νόσο. Παράλληλα θα μιλήσουν και επιστήμονες που έχουν μελετήσει και ερευνήσει γύρω από την ψυχική νόσο αλλά και επαγγελματίες υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmedani, B. K. (2011). «Mental health stigma: Society, Individuals and the profession». <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/>. Πρόσβαση 14/4/2021, 16:00.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, issue 1, 65-72. <https://doi.org/10.1192/apt.6.1.65>
- Borenstein, J.M.D. (2020). Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness. *American Psychiatric Association*. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- Chamberlin J. *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*, 1978 New York, NY McGraw-Hill
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P.W., Green, A., Lundin, R., Kublak, M.A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7):953-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). *Understanding the impact of stigma in people with mental illness*, University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation and Chicago Consortium for Stigma Research, 7230 Arbor Drive, Tinley Park, IL 60477, USA.

- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9 (1):35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P., Kerr, A., Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3):179-190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Rusch, N.(2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices, Illinois Institute of Technology, Chicago, IL 60616, USA. *World Psychiatry*: 8:75-81.
- Corrigan, P, W., Michaels, P, J., Vega, E., Gause, M., Watson, A, C., & Rusch, N. (2012). Self-Stigma of Mental Illness Scale – Short Form: Reliability and Validity. *Psychiatry Res*, 199(1), 65-69. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.009
- Coverdale, J., Nairn, R., Claasen, D. (2002). Depictions of Mental Illness in Print Media: A Prospective National Sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5): 697-700. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x>
- Crawford, P., Brown, B. (2002). 'Like a friend going round': Reducing the Stigma attached to mental healthcare in Communities. *Health & Social Care in the Community*, 10(4): 229-238. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00362.x>
- Deegan PE Spirit breaking: when the helping professions hurt, *Human Psychol*, 1990, vol. 18 (pg. 301-313).
- Delille, E. (2018). Eric Wittkower and the foundation of Montréal's Transcultural Psychiatry Research Unit after World War II. *Sage Journals*. <https://doi.org/10.1177/0957154X18765417>
- Farina, Amerigo, Donald Gliha, Louis Boudreau, Jon Allen, and Mark Sherman. 1971. "Mental Illness and the Impact of Believing Others Know about It." *Journal of Abnormal Psychology* 77:1-5.
- Fiske, S.T. (2018). Stereotype Content: Warmth and Competence Endure. *SAGE Journals*, 27(2): 67-73. <https://doi.org/10.1177/0963721417738825>
- Frost, D.M. (2011). Social Stigma and its Consequences for the Socially Stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5/(11), 824-839. DOI: [10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x)
- Goffman, I. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.

- Gove, W. (1970). "Societal Reaction as an Explanation of mental Illness: An Evaluation." *American Sociological Review* 35:873-84.
- Gove, W., Fain, T. (1973). "The Stigma of Mental Hospitalization: An Attempt to Evaluate Its Consequences." *Archives of General Psychiatry* 29:494-500.
- Gove, W. (1980). "Labeling and Mental Illness: A Critique." Pp. 53-109 in *Labeling Deviant Behavior*. Beverly Hills: Sage.
- Gove, W. (1982). "The Current Status of the Labeling Theory of Mental Illness." Pp. 273-300 in *Deviance and Mental Illness*. Beverly Hills: Sage.
- Grand Challenges for Social Work., (2021), «Reducing the impact of stigma», <https://grandchallengesforsocialwork.org/grand-challenges-for-social-work/reducing-the-impact-of-stigma/>. Πρόσβαση 13/4/2021, 12:00.
- Haider, A. (2018). How cinema stigmatises mental illness. *BBC*. Ανακτήθηκε 20 Μαρτίου, 2021 από <https://www.bbc.com/culture/article/20180828-how-cinema-stigmatises-mental-illness>
- Hannigan, B., Cutcliffe, J.R. (2001). Mass Media, Monsters and Mental Health Clients: The Need for Increased Lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4):315-21. DOI: [10.1046/j.1365-2850.2001.00394.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00394.x)
- Hasin, D, S., Sarvet, A, L., Meyers, J, L., Saha, D, T., Ruan, W, J.,... Grant, B, F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4):336-346. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4602
- Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C., & Link, B.G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. DOI: [10.2105/AJPH.2012.301069](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069)
- Hellman, R.E. (1996). Issues in the treatment of lesbian women and gay men with chronic mental illness. *National Library of Medicine*, 47(10), 1093-1098. <https://doi.org/10.1176/ps.47.10.1093>
- Holder, S. M., Peterson, E. R., Stephens, R. & Crandall, L. A. (2019). «Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals». <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-018-0308-y>. Πρόσβαση 14/4/2021, 13:00.
- Horsfield, P, Stolzenburg, S., Hahm, S., Tomczyk, S., Muehlan, H.,...Schomerus, G. (2019). Self-labeling as having a mental or physical illness: the effects of stigma and implications for help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55:907–916. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01787-7>

- Labeling theory https://en.wikipedia.org/wiki/Labeling_theory#Frank_Tannenbaum (πρόσβαση 15.02.2021).
- Lemert, E. (1967). *Human Deviance, Social Problems, and Social Control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lenhardt, R.A. (2004). Understanding the Mark: Race, Stigma, and Equality in context. *New York University Law Review*, 79(803), 1-53:814-847. Available at: https://ir.lawnet.fordham.edu/faculty_scholarship/458
- Link B. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness, *Psychiatry Serv*, 2001, vol. 52 (pg. 1621-1626).
- Link, G.B. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. <https://doi.org/10.2307/2095395>
- Luhmann, N. (2000). *The reality of mass media*. Cambridge: Polity Press.
- Major, B., Dovidio, J F., Link, B G. (2018). *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. United States: Oxford University Press
- Mak, W. W. S., Poon, C. Y. M., Pun, L. Y. K. & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65 (2), 173-404. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>
- Mental Health Myths and Facts. (2017, August 29). Ανακτήθηκε από [Mental Health Myths and Facts | MentalHealth.gov](https://www.mentalhealth.gov/mental-health-myths-and-facts)
- Overton, S.L., Medina, S.L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, 86(2): 143-151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Salsali “*Low self-esteem and psychiatric patients: Part II – The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients*” Published: 11 February 2003 *Annals of General Hospital Psychiatry* 2003, 2:3 Received: 25 November 2002 Accepted: 11 February 2003.
- Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H., Brakel, W.V., Simbayi, L.C., Barre, I., & Dovidio, J.F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(31). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Vaes, J., Leyens, J.P., Paladino, M.P. & Miranda, M.P. (2012). We are human, they are not: Driving forces behind outgroup dehumanisation and the humanisation of the ingroup. *European Review of Social*

Psychology, 23(1), 64-106.
<https://doi.org/10.1080/10463283.2012.665250>

- Wahl, O.F. (1992). Mass Media Images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychology*, 20(4), 343-352.
[https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199210\)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199210)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2)
- Wahl, O.F. (2003). News Media Portrayal of Mental Illness. *American Behavioral Scientist*, 46(12): 1594-1600.
<https://doi.org/10.1177/0002764203254615>
- Wittkower, R. Wikipedia. Από https://en.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Wittkower
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2009). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal*, 4(2):77-83. Ανακτήθηκε από: ResearchGate.
- Markowitz, F.E. 1998. "The Effects of Stigma on the Psychological Well-being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness." *Journal of Health and Social Behaviour* 39: 335-47
- Nicholas, G. 1998. "Workplace Effects on the Stigmatization of Depression." *The Journal of Occupational and Environmental Medicine* 40(9): 793-800
- Cohn RM. 1978. The effect of employment status change on self-attitudes. Dear M, Clark G, Clark S. 1979.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αμπατζοπούλου, Φ., Foucault, M. (2004). Η ιστορία της τρέλας (Μετάφραση). Αθήνα: Ηριδανός.
- Αναγνωστόπουλος, Δ. (2017). Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες για την ψυχική υγεία των παιδιών προσφύγων. Τι χρειάζεται να γνωρίζουμε. Μάρτιος 16^η 2017, από <http://youth-health.gr/i-monada/sunedria/praktika-10ou-entatikou-seminariou-2017/praktika-aihouses-1/paragontes-kindunou-kai-prostateutikoi-paragontes-gia-tin-psuxiki-ugeia-ton-paidion-prosfugon-ti-xreiazetai-na-gnorizoume#.YJw0HbUzbIV>
- Αργυρού, Α., & Αργυρού, Α. (2001). Όχι στον Αποκλεισμό- Ναι στη Φροντίδα. *Cyprus Nursing Chronicles*, 2(3), 6-14.
- Βρεττού, Κ. Α., Μανόλογλου, Ε.Ε. (2010). *Σχιζοφρένεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός* (Πτυχιακή Εργασία). Τεχνολογικό Ίδρυμα Πάτρας. Πάτρα.

- Βικιπαίδεια, ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια. (2021). Πολιτεία του Πλάτωνα. Από <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%85%CE%A0%CE%BB%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD%CE%B1>
- Βικιπαίδεια, ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια. (2021). Καρλ Γκούσταβ Γιούνγκ. Από <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BB%CE%93%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B1%CE%B2%CE%93%CE%B9%CE%BF%CF%85%CE%BD%CE%B3%CE%BA>
- Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας-Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης. (2007). Οδηγός για τους επαγγελματίες των ΜΜΕ: *Ψυχική ασθένεια και ΜΜΕ*.
- Γιαννακόπουλος, Β. Ποια είναι η αιτία των ψυχικών διαταραχών. <https://truepsychotherapy.gr>
- Γιάνγκου, Π. "Αναλύστε τη θεωρία της ετικέτας". (DOC) [Αναλύστε τη θεωρία της «ετικέτας». | Panayiota Yiangou - Academia.edu](https://www.academia.edu/41111111/Αναλύστε_τη_θεωρία_της_«ετικέτας») (πρόσβαση 09.01.2021).
- Δασκαλόπουλος, Θ. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας. https://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html
- Διδαγγέλου Δ. (2012). «Η συνηγορία στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες». <https://www.psychografimata.com/i-sinigoria-stin-ellada-ke-se-alles-chores/>. Πρόσβαση 15/2/2021, 12:00.
- Ευαγγέλου, Σ. (2015). *Η διαδικασία συγκρότησης κοινωνικής ταυτότητας στα πλαίσια κοινωνικού στιγματισμού: Η περίπτωση των Ρομά*. (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.
- ΕΠΙΨΥ (2021). «Ειδική Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης». <https://www.epipsi.gr/index.php/47-tomeis/apokatastasiakes-yphreseies/143-monada-psyxokoinvnikhs-apokatastashs>. Πρόσβαση 21/2/2021, 17:00.
- Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Αιτωλοακαρνανίας – ΔΙΑΠΛΑΣΗ (2016). «Στίγμα και ψυχική ασθένεια». <https://www.diplasi.org/%CF%83%CF%84%CE%AF%CE%B3%CE%BC%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1/>. Πρόσβαση 15/2/2021, 13:00.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2020). «Όροι και προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές».

<http://www.nomotelia.gr/photos/File/4704b-20.pdf>.

Πρόσβαση

2/3/2021, 16:00

- Ζαχαριάς, Ε. (2001). *Ψυχική υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Ζήση, Α. (2013). *Κοινωνία Κοινότητα και Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Ιπποκράτης: Αρχαίος Έλληνας Θεραπευτής.
<http://www.biotherapy.gr/holisticMedicine>
- Καλογεροπούλου, Μ. «Η ψυχική ασθένεια και η αντιμετώπιση της». https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/16/12/654.pdf.
Πρόσβαση 15/2//2021, 14:00.
- Καρύδας, Χ. (2019). Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες σε ποικιλία δυσκολιών άγχους. *PsychologicalMedicine (psyhi.gr)*.
- Καρύδη, Μ. Β. (2010). «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και το βίωμα της νόσου των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα». http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8252/1/psychokinitiki_karidi.pdf.
Πρόσβαση 18/2/2021, 17:00.
- Κομνηνός, Ξ., Goffman, E. (1994). *Άσυλα- Δοκίμια για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών του ψυχιατρείου και άλλων τροφίμων* (Μετάφραση), Αθήνα: Ευρύαλος.
- Κοππάση, Ε., Pilgrim, D., & Rogers, A. (2004). *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας* (Μετάφραση). Αθήνα: Τυπώθητω/ Δάρδανος.
- Κορδούτης, Π., Παυλόπουλος, Β. (2006). *Πεδία έρευνας στην κοινωνική ψυχολογία*. Αθήνα: Άτραπος.
- Κορδώση, Α., Σαρίδη, Μ., Σουλιώτης, Κ. (2015). Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 7, Τεύχος 1*, 8-18.
- Κουντουράς Γ. (2020). «Κοινωνική εργασία και Κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές». http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/manufel_382_e_SACxcLmq0.pdf. Πρόσβαση 2/2/2021, 11:00.
- Κουτζόγλου, Α., Becker, S. H. (2000). *Οι περιθωριοποιημένοι: Μελέτες στην κοινωνιολογία της παρέκκλισης* (Μετάφραση). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Λάγιος, Β. (2008). *Το κοινωνικό στίγμα σε πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες. Μια ερευνητική προσέγγιση της συνείδησης του κοινωνικού στίγματος σε αλλοδαπούς μαθητές της Ε' και της ΣΤ' Δημοτικού*. (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πάτρας, Πάτρα.

- Λεπίδα Ι., Παπανδριανού Χ. (2016). «Κοινωνική εργασία στο χώρο της ψυχικής υγείας». <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/handle/123456789/4950>. Πρόσβαση 17/2/2021, 13:00.
- Λυχαρόπουλος, Ν. (2020). Η έννοια της ψυχικής υγείας κατά τον Πλάτωνα και τον Φρόντ. *E-thessalia.gr*
- Μαδιανός, Μ.Γ.(2000). Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Υγιεινή. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μακρυνιώτη, Δ., Goffman, E. (2001). *Στίγμα – Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης Ταυτότητας* (μετάφραση και εισαγωγή), Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Μακρυνιώτη, Δ., Goffman, E. (2012). Η Παραφροσύνη κατ' οίκον: *Ψυχική ασθένεια, Κοινωνική θέση και Οικογένεια* (Μετάφραση). Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Μαργαρίτη, Τ., Μαρδάς, Ι. (2018). Το μοντέλο της ψυχής κατά τον Carl Jung. *Έντεχνη Τέχνη*.
- Μαρτινάκη Σ., Μπουρίκος Δ. (2014). Κοινωνική εργασία & Ψυχική υγεία. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Μεταξά, Κ., McQuail, D., (2003). Η θεωρία της μαζικής επικοινωνίας για τον 21^ο αιώνα (Μετάφραση). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μπαμπινιώτης, Γ.(2019). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Κηφισιά: Κέντρο Λεξικολογίας Ι.Κ.Ε.
- Μπορμπουδάκη, Μ., Μωραΐτη, Π. (2002). *Κοινωνικός στιγματισμός και ανθρώπινη αξιοπρέπεια*. (Πτυχιακή εργασία). Τ.Ε.Ι Καλαμάτας. Καλαμάτα.
- Ντούνης, Α. (2013). Η ιεράρχηση των ανθρώπινων αναγκών κατά τον Maslow. *SocialPolicy.gr*
- Ξύγκα, Α. (2015). *Ψυχική υγεία και δομές στήριξης. Η περίπτωση μιας ψυχοθεραπευτικής μονάδας στην πόλη του Αγρινίου* (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Κόρινθος.
- Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε., Γιώτης, Λ., Στεφανής, Κ. (2006). Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Ψυχολογία*, 13(3): 28-43.
- Οικονόμου, Χ., Φερόνας, Α. (2006). Οι εκτός των τειχών: *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου, Μ. (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102, 19-26.

- Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ. (2010). *Από το στίγμα στη συνηγορία: Τα ανθρώπινα δικαιώματα ως πρόκληση για το χώρο της ψυχικής υγείας*. Τετράδια Ψυχιατρικής (111): 62-67. Ανακτήθηκε από Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία.
- Οικονόμου, Μ. (17 Ιουνίου, 2010). Τα ΜΜΕ και η κοινωνική εικόνα της ψυχικής ασθένειας, *TVXS*. Ανακτήθηκε 5 Μαρτίου, 2021, από <https://tvxs.gr/news/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CF%84%CE%B1-%CE%BC%CE%BC%CE%B5-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B5%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CE%BD%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82>
- Οικονόμου, Μ. (18 Ιουνίου, 2010). Ψυχική ασθένεια, ΜΜΕ και ελληνική πραγματικότητα: Ερευνητικά δεδομένα, *TVXS*. Ανακτήθηκε 6 Μαρτίου, 2021, από <https://tvxs.gr/news/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CE%BC%CE%BC%CE%B5-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%80%CF%81%CE%B1%CE%B3%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1-%CE%B5%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B1>
- Οικονόμου, Μ., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Αλεξίου, Τ., Πατελάκης, Α., Χριστακάκη, Α., et al. (2015). Αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας στον Ελληνικό Τύπο. *Ψυχιατρική*, 26(2): 93-105.
- Πάντα-Καπετάνιου, Μ., Culkin, J., Perrotto, R. (2008). Θεμελιώδεις αρχές της ψυχολογίας: *Εφαρμογές στη ζωή & την εργασία* (Μετάφραση). Αθήνα: Έλλην.
- Παπαγιώργης, Κ, Foucault, Μ. (2017). Η αρχαιολογία της γνώσης (Μετάφραση). Αθήνα: Πλέθρον.
- Παπαδημητρίου, Α. (2019). Αυτοεικόνα: Πως επηρεάζει τη ψυχική μας υγεία. *MAXMAG*.

- Παπαδοπούλου, Β. Δ. (2012). Κοινωνιολογία του Αποκλεισμού στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης. Αθήνα: Τόπος.
- Παπάνης, Ε. (2011). Η αυτοεκτίμηση: *Θεωρία και αξιολόγηση*. Αθήνα: Σιδέρης, Ι. (1^η έκδοση).
- Παπαχρονοπούλου, Β., Getzfeld, R. A. (2009). Βασικά στοιχεία Ψυχοπαθολογίας (Μετάφραση). Αθήνα: GOTSIS
- Πενταγιώτη, Κ., Ντούμπα, Δ., Γονή, Τ., Ζαχαριά, Ε. & Γκιωνάκη, Ν. (2009). Τα Δικαιώματα των Ψυχικώς Πασχόντων. *Psy.gr*, 15-30.
- Πετράκου, Ι. (2020). Ο ψυχικά ασθενής μέσα από τα μάτια της κοινωνίας. *Psychoedu.gr*. Ανακτήθηκε από [https://psychoedu.gr/o-
psychika-asthenis-mesa-apo-ta-matia-tis-koinonias/](https://psychoedu.gr/o-psychika-asthenis-mesa-apo-ta-matia-tis-koinonias/)
- ΠΕΨΑΕΕ (2021). <http://www.pepsaee.gr/%CE%A4%CE%AF-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-%CE%A0%CE%95%CE%A8%CE%91%CE%95%CE%95;> Πρόσβαση η 27/2/2021, 15:00.
- Πλεμμένος, Π. (2017). *Το στίγμα και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας: μια μελέτη περίπτωσης* (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Κόρινθος.
- Πουλή, Α. (2017). Το ΒιοΨυχοκοινωνικό μοντέλο της Υγείας. *MAXMAG*.
- Ρετινιώτη, Α., Μάντζιου, Ι. (2010). *Η πρόσβαση των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων που ζουν στο κέντρο της Αθήνας, στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης και της εργασίας* (Ερευνητική Μελέτη). Κοινωνική Υπηρεσία Γιατρών του Κόσμου. Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2005). «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη». <http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/16.4-GR-2005-298.pdf>. Πρόσβαση 29/2/2021, 12:00.
- Σαραφίδου, Σ. (2020). *Ιδρυματοποίηση και ψυχική ασθένεια. Ψυχογραφήματα*. 11. Ανακτήθηκε 3 Απριλίου, 2021, από <https://www.psychografimata.com/%CE%B9%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1/>
- Σεχίδου, Μ. (2011). *Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική υγεία* (Διπλωματική Εργασία). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη
- Σταλίκας, Α. (2011). *Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*. Αθήνα: Τόπος.

- Στεργιούλη, Α. (2017). *Κατάθλιψη, Πνευματικότητα και Στίγμα σε γονείς με παιδιά με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες* (Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Βόλος.
- Τριανταφυλλούδης, Ι. Η προσέγγιση της Ψυχικής Υγείας μέσα από την έννοια του πολιτισμού. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας*, Τόμος 14^{ος}, 28-32.
- Υπουργείο Υγείας Ελληνική Δημοκρατία (2011). Παγκόσμια Ημέρα Ψυχικής Υγείας. *Moh.gov.gr*
- Χαρίτση, Μ. (2007). *Αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ και στίγμα* (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πάντειο Πανεπιστήμιο. Αθήνα.
- Χατζόγλου, Ε. (2010). *Διερεύνηση των Γνώσεων και των Στάσεων των Επαγγελματιών Υγείας σε Γενικό Νοσοκομείο σχετικά με την σχιζοφρένεια* (Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Λάρισα.
- ΨΥΧΑΡΓΩΣ (2012). «Πρόγραμμα Ψυχαργός». <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>. Πρόσβαση 26/2/2021, 11:00.
- Kring , A.M. Davison , G.C. , Neale , J.M. , Johnson, S.L. (2010) *Ψυχοπαθολογία : Gutenberg*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΠΟ:

Μάστορα Ελένη του Γεωργίου
Μυτιληναίου Μαρίνα του Μιχαήλ
Παπατουκάκη Μιχαέλα του Αυγουστίνου
Χαρκιολάκη Αντωνία του Όμηρου

τηλ επικοινωνίας: 6987312464

ΠΡΟΣ: την Επιστημονική Επιτροπή
του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών “Ευαγγελισμός”

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής μελέτης στο χώρο του Νοσοκομείου σας

Επιθυμούμε την έγκριση για την διεξαγωγή μελέτης στο νοσοκομείο σας, από ασθενείς που επισκέπτονται την ψυχιατρική κλινική, με θέμα «Χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές».

Επισημαίνεται ότι η παρούσα μελέτη, εκπονείται στο πλαίσιο συγγραφής της πτυχιακής εργασίας, στο τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, υπό την επίβλεψη της επόπτριας κας Μιχελή Αικατερίνης. Το θέμα της πτυχιακής Εργασίας έχει κατατεθεί στην επιτροπή του τμήματος με Αρ Πρωτ: **4944 15/12/20**

Οι συμμετέχοντες θα προσκληθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που θα τους χορηγηθεί, το οποίο θα συνοδεύεται από γραπτές πληροφορίες σχετικά με τη φύση και το σκοπό της έρευνας. Τέλος, τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές, ανώνυμες και προσβάσιμες αποκλειστικά από τα μέλη της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Παρακαλούμε την έγκριση για την διεξαγωγή της έρευνας ώστε να πραγματοποιηθεί στο νοσοκομείο σας.

Ηράκλειο
2/2/2021

Οι αιτούσες:

Ελένη Μάστορα
Χαρκιολάκη

Μαρίνα Μυτιληναίου

Μιχαέλα Παπατουκάκη

Αντωνία

Υπογραφή.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ/-η συμμετέχοντα/-ούσα,

Είμαστε οι Μάστορα Ελένη, Μυτιληναίου Μαρίνα, Παπατουκάκη Μιχαέλα και Χαρκιολάκη Αντωνία τελειόφοιτες φοιτήτριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης.

Και διεξάγουμε την πτυχιακή μας εργασία με θέμα την χαμηλή αυτοεκτίμηση και το κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Στην έρευνά μας, εξετάζουμε αν οι εμπειρίες διακρίσεων επηρεάζουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό μας.

Σας ενημερώνουμε ότι η συμπλήρωση του παρόντος είναι προαιρετική και οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο που καλείστε να συμπληρώσετε είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα αξιοποιηθούν για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Θα μας βοηθήσετε πολύ αν αφιερώνετε λίγο χρόνο, να το συμπληρώσετε.

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

1. Φύλο

| Άντρας | Γυναίκα | Άλλο |
|--------|---------|------|
| | | |

2. Ηλικία

3. Τόπος Γέννησης

4. Τόπος Διαμονής

5. Οικογενειακή Κατάσταση

| Έγγαμος/η | Άγαμος/η | Διαζευγμένος/η | Σε διάσταση | Χήρος/α |
|-----------|----------|----------------|-------------|---------|
| | | | | |

6. Εκπαίδευση

| Καμία | Δημοτικό | Γυμνάσιο | Λύκειο | Πανεπιστ/κό Δίπλωμα | Μεταπτυχ/κό Δίπλωμα | Άλλο... |
|-------|----------|----------|--------|---------------------|---------------------|---------|
| | | | | | | |

7. Κατάσταση Απασχόλησης

| Άνεργος/η | Μισθωτός Εργαζόμενος/Μερικ ή Απασχόληση | Μισθωτός Εργαζόμενος/Ολικ ή Απασχόληση | Αυτοαπασχολούμενος/η |
|-----------|---|--|----------------------|
| | | | |

8. Οικονομική Κατάσταση

| Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ Καλή |
|------|--------|------|-----------|
| | | | |

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν τα γενικότερα συναισθήματα που έχετε για τον εαυτό σας. Επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

| | Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ απόλυτα |
|--|-----------------|---------|---------|-----------------|
| Αισθάνομαι ότι αξίζω, τουλάχιστον όσο αξίζουν και οι άλλοι. | | | | |
| Νιώθω ότι έχω αρκετές αρετές. | | | | |
| Σε γενικές γραμμές, αισθάνομαι αποτυχημένος/η. | | | | |
| Είμαι ικανός/ή να κάνω πράγματα εξίσου καλά με τους περισσότερους ανθρώπους. | | | | |
| Νιώθω ότι δεν έχω πολλά τα οποία είμαι περήφανος/η . | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Διατηρώ μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου. | | | | |
| Συνολικά, είμαι ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου. | | | | |
| Μακάρι να μπορούσα να σέβομαι περισσότερο τον εαυτό μου. | | | | |
| Σίγουρα νιώθω άχρηστος/η κατά καιρούς. | | | | |
| Κάποιες φορές, αισθάνομαι άσχημα με τον εαυτό μου. | | | | |

Παρακαλούμε απαντήστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω ερωτήσεις.

| | Συμφωνώ Απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ Απόλυτα |
|---|----------------------------|----------------|--|----------------|----------------------------|
| Αισθάνομαι πως έχω ανθρώπους στο οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον που μπορώ να μιλήσω για την ασθένειά μου. | | | | | |
| Οι άνθρωποι, γύρω μου, δε με έχουν κάνει ποτέ να αισθανθώ αμήχανα εξαιτίας της ψυχικής μου ασθένειας. | | | | | |
| Έχω δυσκολευτεί να βρω εργασία εξαιτίας της ψυχικής μου ασθένειας. | | | | | |
| Αισθάνομαι πως θα είχα περισσότερες ευκαιρίες στη ζωή μου εάν δεν είχα την ψυχική μου ασθένεια. | | | | | |
| Πολύ συχνά νιώθω μοναξιά. | | | | | |
| Αποφεύγω να αποκαλύπτω στους ανθρώπους την ψυχική μου ασθένεια. | | | | | |
| Δεν αισθάνομαι διαφορετικός από τους άλλους ανθρώπους, εξαιτίας της ασθένειας μου. | | | | | |
| Δεν καταλαβαίνω τη διάγνωση που μου έχει δοθεί. | | | | | |
| Φοβάμαι από το πως θα αντιδράσουν οι άνθρωποι αν καταλάβουν ότι πάσχω από κάποια ψυχική ασθένεια. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Αγχώνομαι στη σκέψη ότι θα πω στους άλλους ανθρώπους ότι παίρνω φάρμακα. | | | | | |
| Κάποιοι άνθρωποι, που πάσχουν από ψυχική ασθένεια, είναι επικίνδυνοι. | | | | | |
| Μερικές φορές, η ψυχική ασθένεια είναι η τιμωρία για τις κακές πράξεις που έχεις κάνει. | | | | | |

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας!