



ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. - Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Σχολές Επιστημών Υγείας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος: “Στίγμα ψυχικής ασθένειας: Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας;”

Φοιτήτριες:

- Δασκαλάκη Γεωργία Άννα
- Λαζόγκα Λευκοθέα
- Σαββάκη Βασιλική

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Δρ. Μουδάτσου Μαρία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2022

Δήλωση πνευματικής ιδιοκτησίας

Copyright@ 2022 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ,

Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

<https://sw.hmu.gr>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των φοιτητριών Δασκαλάκη Γεωργία Άννα, Λαζόγκα Λευκοθέα και Σαββάκη Βασιλική, της επιβλέπουσας καθηγήτριας Μουδάτσου Μαρίας 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).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Δασκαλάκη Γεωργία Άννα

Λαζόγκα Λευκοθέα

Σαββάκη Βασιλική

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

“Στίγμα ψυχικής ασθένειας: Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας;”

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)

Δασκαλάκη Γεωργία Άννα

Λαζόγκα Λευκοθέα

Σαββάκη Βασιλική

Περίληψη

Παρόλο που τα πράγματα εξελίσσονται, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας παραμένει ένα διαχρονικό φαινόμενο. Πιο συγκεκριμένα, το στίγμα οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση του ατόμου και προκαλεί διακρίσεις στον εργασιακό χώρο, τις κοινωνικές επαφές, την αναζήτηση κατοικίας κλπ. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια φτάνουν πολλές φορές στο σημείο της ενοχής και του αυτοστιγματισμού. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να δράσει ανασταλτικά στην θεραπεία του ατόμου με ψυχική ασθένεια, αφού αποτρέπει την άμεση και ορθή θεραπεία.

Η τρέχουσα εργασία έχει ως στόχο τη μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τις αιτίες του στίγματος, τις συνέπειές του, τόσο στα άτομα, όσο και στην οικογένεια, καθώς και την υπάρχουσα κοινωνική πολιτική για την πρόληψη και την θεραπεία του στίγματος της ψυχικής ασθένειας.

Διεξήχθη ποιοτική έρευνα, με στόχο την συλλογή δεδομένων μέσω των συνεντεύξεων με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η τεχνική που ακολουθήθηκε είναι η ημιδομημένη συνέντευξη με ανοιχτές ερωτήσεις. Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με μαγνητοφώνηση και ως μέθοδο ανάλυσης στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου. Συμμετείχαν εννέα (9) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, διαφόρων ειδικοτήτων, από τις περιοχές της Κρήτης.

Τα βασικότερα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας συνοψίζονται στα εξής: Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας στηρίζεται σε προκαταλήψεις και δημιουργείται από την ελλιπή ενημέρωση και παραπληροφόρηση. Άλλοι παράγοντες είναι ο φόβος και η άγνοια. Παρόλο που τα ΜΜΕ θα μπορούσαν να επιδράσουν θετικά στην εξάλειψη του στίγματος, συμβάλλουν στην διαιώνιση και συντήρησή του. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα και δεν έχουν γνώσεις πάνω στο κομμάτι της αντιμετώπισης του στίγματος, καθώς και οι υπηρεσίες που υπάρχουν για αυτόν τον τομέα είναι μηδαμινές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο γενικός πληθυσμός αλλά και οι ειδικοί, λόγω άγνοιας και ελλιπούς ενημέρωσης δεν έχουν αρκετές γνώσεις γύρω από την ψυχική ασθένεια. Αυτό που προτείνεται μέσα από την μελέτη είναι η εκπαίδευση του γενικού

πληθυσμού, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στο κομμάτι της ψυχικής ασθένειας.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική ασθένεια, στίγμα, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ψύχωση, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή

Abstract

Despite our ever advancing society, the stigma of mental disorders continues to be a timeless phenomenon. More specifically, the stigma leads to one's social isolation and can cause various forms of discrimination in the workplace, in social interactions, in the housing search etc. These people can many times be led to the point of guilt and self-stigmatization. Furthermore, it has been proven that it can impede the healing of the person with said mental illness, as it deters the correct and direct treatment they need.

This project aims at the studying of licensed mental health workers' opinions on the roots of this stigma, its consequences not only on the person themselves but also on their family, as well as the current social politic on prevention and the treatment of that stigma.

Qualitative research that targets data collection via interviewing the licensed mental health workers has taken place. The technique that was followed is semi- structured interviewing with open questions .The collection of the information was achieved with the use of voice-recording (devices) and the content analysis was used as a method of analysis. Nine(9) mental health professionals of various specialization in the Cretan area(η area of Crete) were interviewed.

The main conclusions of this research are as followed: The stigma of mental illness is based on(or depends on) prejudice and comes from poor or misinformation. Other causes are fear and (social) ignorance. Despite the fact that social media could have a positive influence on the stigma's elimination, they even contribute to its spread and sustenance. Mental health professionals haven't especially occupied themselves or studied the stigma's handling/coping, owing to the lack of proper social services of the subject at hand.

According to the research's results the general population, as well as the more specialized people, due to ignorance or poor information, have yet to acquire the proper awareness on the subject of mental illnesses. The proposition that this study extends is the proper education of the general public as well as the mental health professionals on the subject of mental illness.

Key words: mental illness, stigma, mental health professionals, psychosis, schizophrenia, bipolar disorder

Πίνακας περιεχομένων

Μέρος Α΄: Θεωρητικό	9
Κεφάλαιο 1^ο - Σχιζοφρένεια & Διπολική Διαταραχή	10
1.1 Ψυχική Ασθένεια	10
1.1.1 Ψυχωτικές διαταραχές	11
1.2 Σχιζοφρένεια	11
1.2.1 Ορισμός και Είδη Σχιζοφρένειας	11
1.2.2 Ιστορική Αναδρομή	13
1.2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	14
1.2.4 Αιτιολογία-παράγοντες που οδηγούν στην σχιζοφρένεια	15
1.2.5 Συμπτώματα σχιζοφρένειας	15
1.2.6 Διάγνωση σχιζοφρένειας	18
1.2.7 Θεραπεία	19
1.3 Διπολική Διαταραχή	20
1.3.1 Ορισμός και Τύποι Διπολικών Διαταραχών	20
1.3.2 Ιστορική Αναδρομή	21
1.3.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	22
1.3.4 Αιτιολογία-παράγοντες	22
1.3.5 Συμπτώματα	24
1.3.6 Διάγνωση	25
1.3.7 Θεραπεία	26
Κεφάλαιο 2^ο - Το Στίγμα της Ψυχικής Ασθένειας	26
2.1 Τι είναι το Στίγμα;	26
2.1.1 Ιστορική αναδρομή	29
2.1.2 Η Θεωρία της Ετικετοποίησης (Labeling Theory)	30
2.1.3 Αυτοστιγματισμός	31
2.2 ΜΜΕ και Στίγμα Ψυχικής Ασθένειας	33
2.3 Επιπτώσεις του Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας	35
2.3.1 Επιπτώσεις στο Άτομο	36
2.3.2 Επιπτώσεις στην Οικογένεια	37
2.3.3 Επιπτώσεις στην Κοινωνία	37
2.4 Καταπολέμηση του Στίγματος	38
2.4.1 Μύθοι και πραγματικότητα	39
Κεφάλαιο 3^ο - Κοινωνική Πολιτική και Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας	41
3.1 Υπάρχουσα Κοινωνική Πολιτική για την Αντιμετώπιση του Στίγματος	41
3.1.1 Ανθρώπινα Δικαιώματα και Ψυχική Ασθένεια	43
3.1.2 Αντιμετώπιση Στίγματος	46
3.2 Επαγγελματίες Υγείας και Στίγμα Ψυχικής Ασθένειας	48

3.2.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας	50
3.3 Κοινωνικός Λειτουργός και στίγμα ψυχικής ασθένειας	52
Μέρος Β΄: Ερευνητικό	56
Κεφάλαιο 4^ο - Μεθοδολογία	56
4.1 Χαρακτηριστικά της έρευνας	56
4.2 Συμμετέχοντες	56
4.3 Συνεντεύξεις - Ερωτηματολόγια	58
4.4 Ανάλυση αποτελεσμάτων	58
Κεφάλαιο 5^ο - Αποτελέσματα	59
Κεφάλαιο 6^ο - Συζήτηση	73
Κεφάλαιο 7^ο - Γενικά Συμπεράσματα	76
Βιβλιογραφία	77
Ελληνική Βιβλιογραφία	77
Ξένη Βιβλιογραφία	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	86

Μέρος Α΄: Θεωρητικό

Κεφάλαιο 1^ο - Σχιζοφρένεια & Διπολική Διαταραχή

1.1 Ψυχική Ασθένεια

Ψυχική υγεία ορίζεται μία κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να ανταπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα. Η ψυχική υγεία αναφέρεται στην γνωστική, συμπεριφορική και συναισθηματική ευεξία και επηρεάζει την καθημερινή ζωή, τις σχέσεις, ακόμα και τη σωματική υγεία (Lawson et al. 2016). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2018), με τον όρο ψυχική υγεία θεωρείται η κατάσταση στην οποία το άτομο είναι παραγωγικό στην εργασία του, μπορεί να ανταπεξέλθει στην πίεση της καθημερινότητας, γνωρίζει τις δυνατότητές του και συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο.

Η ψυχική ασθένεια ή αλλιώς οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται απουσία ψυχικής υγείας και είναι ένας συνδυασμός αφύσικων σκέψεων, συμπεριφορών, συναισθημάτων, επικοινωνίας και αντίληψης της πραγματικότητας (Lawson et al. 2016). Προκαλεί ήπιες έως σοβαρές διαταραχές στην σκέψη ή/και την συμπεριφορά, με αποτέλεσμα την αδυναμία να αντιμετωπίσει τις συνηθισμένες απαιτήσεις και συνήθειες της ζωής. Οι ψυχικές διαταραχές είναι μια ομάδα σοβαρών ασθενειών που επηρεάζουν το άτομο. Κάνουν δύσκολο για κάποιον να σκεφτεί καθαρά, να έχει ορθή κρίση, να ανταποκριθεί συναισθηματικά, να επικοινωνήσει αποτελεσματικά, να κατανοήσει την πραγματικότητα και να συμπεριφερθεί κατάλληλα (Lawson, 2016).

Έχουν αναπτυχθεί δύο συστήματα ταξινόμησης και διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών βάσει κριτηρίων, τα οποία συνήθως χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο. Τα συστήματα αυτά είναι τα ακόλουθα (Kessler et al. 2005):

- 1) Το σύστημα που αναπτύχθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) και παρουσιάζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5η έκδοση, αναθεώρηση κειμένου (DSM-V), ταξινομεί μόνο τις ψυχικές διαταραχές (APA, 2013).
- 2) Το σύστημα που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και παρουσιάζεται στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, 10η έκδοση (International Statistical Classification of Diseases

and Related Health Problems, ICD-10), ταξινομεί όλους τους τύπους των νόσων και των διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών (WHO, 2004).

1.1.1 Ψυχωτικές διαταραχές

Σύμφωνα με το λεξικό των ψυχιατρικών όρων του American Psychiatric Publishing (2013), η ψύχωση ορίζεται ως μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από σημαντική δυσχέρεια στον έλεγχο της πραγματικότητας, που τυπικά η εκδήλωση της επιτυγχάνεται με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Όταν ένα άτομο υποφέρει από μια ψύχωση, πραγματοποιείται διάγνωση μιας συγκεκριμένης ψυχωτικής διαταραχής μέσα από τα βασικά ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής. Στην κατηγορία των ψυχώσεων υπάγονται οι ακόλουθες διαταραχές: (Black & Andreasen, 2011)

- Σχιζοφρένεια.
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή.
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (σχιζοθυμική διαταραχή).
- Παραληρητική διαταραχή (Παράνοια).
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή.
- Επινεμόμενη ψυχωσική διαταραχή.
- Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση.
- Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες.
- Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς.

1.2 Σχιζοφρένεια

1.2.1 Ορισμός και Είδη Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια αποτελεί την πιο βαριά ψυχική νόσο που μπορεί να προσβάλλει τον άνθρωπο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) την κατατάσσει μέσα στις 10 νόσους με την σοβαρότερη επιβάρυνση σε δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις αναπτυγμένες χώρες (WHO, 2004). Η μεγάλη ποικιλία των συμπτωμάτων οδήγησε στις διακρίσεις σε επιμέρους τύπους σχιζοφρένειας. Το DSM-IV-TR απαριθμεί πέντε υπότυπους σχιζοφρένειας. Η διάγνωση του υπότυπου βασίζεται στην τωρινή ή (πιο πρόσφατη) κατάσταση τους με βάση την πιο πρόσφατη ή τρέχουσα ψυχολογική ή

ψυχιατρική συνέντευξη/ψυχιατρική εξέταση. Πρακτικά, πολλοί ασθενείς φαίνεται να ανήκουν σε διαφορετικούς υπότυπους κατά τη διάρκεια της νόσου (Χριστοδούλου, 2006).

1) Παρανοειδής τύπος

Θεωρείται η πλέον τυπική, συχνή και γνήσια μορφή σχιζοφρένειας. Η έναρξη συμβαίνει αργότερα στη ζωή (συνήθως μετά τα 30), απ' ότι των άλλων τύπων, με τα χαρακτηριστικά του να γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου. Στην κλινική εικόνα επικρατούν:

- διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης, υπό την μορφή παραληρητικών ιδεών,
- διαταραχές της κατοχής, της σκέψης, όπως υφαρπαγή και εκπομπή της σκέψης, και
- διαταραχές της αντίληψης, με συνηθέστερα απαντώμενες τις ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Η παρανοειδής μορφή δεν παρουσιάζει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας που υπάρχει στις άλλες μορφές σχιζοφρένειας. Η πορεία της μπορεί να είναι επεισοδιακή, με μερική ή πλήρη αποδρομή, ή χρόνια χωρίς ευρείες διακυμάνσεις. (Kring et al.2009).

2) Αποδιοργανωμένος τύπος (ή ηβηφρενικός)

Ο χαρακτηρισμός αυτής της μορφής ως “ηβηφρένεια” υποδηλώνει την πρόωμη έναρξή της στην εφηβική ηλικία, συνήθως μεταξύ 13 και 25. Η νόσος εισβάλλει σταδιακά. Αρχικά με μειωμένη απόδοση στο σχολείο, εξωπραγματική κατεύθυνση των ενδιαφερόντων και ενασχολήσεων, υποχονδριακές και ιδεοληπτικές ενασχολήσεις και αποπροσωποποιητικά συμπτώματα. Τα βασικά χαρακτηριστικά που υπάρχουν είναι η αποδιοργανωμένη ομιλία και συμπεριφορά και το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. Η συναισθηματική έκφραση μπορεί να είναι, είτε άσχετη με το περιεχόμενο των όσων λέει, είτε περιορισμένη και επίπεδη. (Αγγελόπουλος, 2009).

3) Κατατονικός τύπος

Χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της βούλησης και από το εναλλασσόμενο επίπεδο ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Τα συμπτώματά του μπορεί να εμφανιστούν με την πλέον ήπια και ατελή μορφή τους (μερική κατατονία) ή με την πλήρη κλινική τους έκφραση (κατατονική εμβροντησία). Το κυριότερο στοιχείο είναι η κατατονική εμβροντησία, κατά την οποία περιορίζεται σταδιακά ή απότομα η δραστηριότητα του ατόμου, φθάνοντας πολλές φορές στη πλήρη άρση των εκούσιων κινήσεων του σώματος, καθώς δεν υπάρχει πλέον καμία αντίδραση σε εξωτερικό ερέθισμα. Βασικές λειτουργίες, όπως λήψη τροφής, ένδυση, πλύση και αφόδευση, μπορεί να αναστέλλονται. Η διάρκεια των συμπτωμάτων μπορεί να

διαρκέσει από μερικά λεπτά μέχρι και ημέρες. Η μορφή αυτή σπανίζει στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά περιοδικά κατατονικά φαινόμενα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε άλλη μορφή σχιζοφρένειας. (Μάνος, 2008)

4) Αδιαφοροποίητος τύπος

Η αδιαφοροποίητη μορφή σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από την παρουσία οποιουδήποτε συνδυασμού συμπτωμάτων, από εκείνα τα οποία συγκροτούν τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της νόσου, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των προαναφερθεισών μορφών. Η κατηγορία αυτή, καθόσον εμφανίζει ορισμένα στοιχεία που απαντώνται στις άλλες μορφές της νόσου, πρέπει να διαγιγνώσκεται μόνο αφού έχει γίνει επαρκής προσπάθεια για την ταξινόμηση της συμπτωματολογίας σε κάποια από τις προηγούμενες μορφές. (Σολδάτος & Λύκουρας, 2006)

5) Υπολειμματικός τύπος

Η υπολειμματική μορφή αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά. Αν υπάρχουν θετικά συμπτώματα, τότε αυτά είναι εξαιρετικά μειωμένης έντασης, διάρκειας, και έκτασης. Η μορφή αυτή μπορεί να παριστά το ενδιάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με ή και χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπεριφοράς. (Παπαδημητρίου και συν. 2013)

1.2.2 Ιστορική Αναδρομή

Ετυμολογικά, η λέξη σχιζοφρένεια σημαίνει “τον διχασμό των φρένων του μυαλού” και προέρχεται από δύο λέξεις με αρχαιοελληνική ρίζα, “σχίζειν” που σημαίνει διαχωρισμός και “φρένα” που σημαίνει μυαλό. Όπως θα αναλυθεί και στη συνέχεια, η λέξη προτάθηκε αρχικά από τον Eugen Bleuler το 1908 για να περιγράψει τον τρόπο που οι βασικές νοητικές λειτουργίες όπως η προσωπικότητα, η σκέψη, η μνήμη και η αντίληψη χάνουν την μεταξύ τους επικοινωνία (Ζερβής, 2001).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η διαταραχή αυτή ήταν γνωστή στην αρχαιότητα από τους Έλληνες γιατρούς του 2ου αιώνα μ.Χ., τον Αρεταίο τον Καππαδόκη και τον Σωράνο τον Εφέσιο. Κατά τους Μεσαιωνικούς χρόνους, λόγω των κοινωνικών συνθηκών που

επικρατούσαν, δεν υπάρχουν ανάλογες αναφορές τέτοιων παθολογικών καταστάσεων (Παρίτσης, 2000).

Ο Ελβετός ψυχίατρος, Eugen Bleuler (1857-1939), ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο σχιζοφρένεια το 1908. Ο Bleuler ήταν σύγχρονος του Kraepelin, και υιοθετούσε σχεδόν όλες τις απόψεις του. Θεωρούσε, όμως, πως η νόσος αυτή δεν καταλήγει πάντα σε νοητική έκπτωση, ενώ είχε αντιρρήσεις και ως προς την ηλικία κατά την οποία ξεκινά η ασθένεια. Ονόμασε την ψυχική αυτή διαταραχή σχιζοφρένεια που η κυριολεκτική της σημασία είναι «σχίσσιμο του μυαλού» ή «διάσπαση των νοητικών συνειρμών». Υποστήριζε πως αυτό ήταν το βασικό χαρακτηριστικό της νόσου, μια διαταραχή της σκέψης, όπου το άτομο χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα και παρουσιάζει μη συνεκτική σκέψη και συναισθήματα (Ζερβής, 2001).

1.2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η σχιζοφρένεια είναι η πιο συχνή ψυχωσική διαταραχή. Το 2011 επηρέαζε τις ζωές περίπου 24 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως (2,5% του πληθυσμού). Οι πιθανότητες που έχει κάποιο άτομο να εμφανίσει ψύχωση σε κάποια στιγμή της ζωής του έχουν υπολογιστεί 1 προς 100 και εμφανίζεται συνήθως για πρώτη φορά στο διάστημα μεταξύ της όψιμης εφηβικής και πρώιμης μέσης ηλικίας, με συχνότητα εμφάνισης ίδια και στα δύο φύλα (Χριστοδούλου, 2006). Ο επιπολασμός της είναι ελαφρώς μικρότερος από 1% και επηρεάζει και τα δύο φύλα περίπου στον ίδιο βαθμό (Kring et al. 2009). Ειδικότερα, οι άνδρες εμφανίζουν μικρή υπεροχή νόσησης σε αντίθεση με τις γυναίκες. Η έναρξη στους άνδρες αρχίζει στην ηλικία μεταξύ 15 και 35 χρονών ενώ στις γυναίκες παρουσιάζεται αργότερα (Μπαλλής, 2008).

Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Έναρξη της σχιζοφρένειας υπάρχει όμως και μετά τα 45. Οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερα ευρήματα δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο ή γνωστικής έκπτωσης και καλύτερη πρόγνωση (Μπαντρά, 2018). Παρά την προηγούμενη πεποίθηση ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε παρόμοια ποσοστά σε όλο τον κόσμο, η συχνότητά της ποικίλλει ανά χώρα, αλλά και στην κατανομή της στο εσωτερικό των χωρών (Kirkbride et al. 2007).

1.2.4 Αιτιολογία-παράγοντες που οδηγούν στην σχιζοφρένεια

Η αιτία της σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια. Οι ερευνητές έχουν προσπαθήσει πολύ για να βρουν την γενεσιουργό αιτία της διαταραχής αυτής, ψάχνοντας στις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, στις διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, στις μεταβολικές διαταραχές, στις νευροχημικές ανωμαλίες, όμως μάταια. Αργότερα, στράφηκαν στην πιθανή αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης και του περιβάλλοντος (Black & Andreasen, 2011). Γενικώς, η σχιζοφρένεια θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών (Ripke et al. 2014) και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου (Fraguas et al. 2017).

Πολλά γονίδια περιορισμένης διεισδυτικότητας εμπλέκονται στην παθογένεια της σχιζοφρένειας, η οποία αποτελεί σύνθετη νόσο (complex disease), τα οποία έχουν δράση κυρίως ως ρυθμιστές νευροαναπτυξιακών μηχανισμών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), ή ως ρυθμιστές της δράσης των κατεχολαμινών (Owen et al. 2016). Η γενετική προδιάθεση αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης σχιζοφρένειας αυξάνει κατά 8% στα αδέρφια, 12% όταν ασθενεί ένας γονέας, 12% σε ετεροζυγωτές διδύμους, 40% όταν πάσχουν και οι δύο γονείς και 48% σε μονοζυγωτές διδύμους. Η τελευταία μεγάλη μελέτη GWAS που έγινε σε 39.989 περιπτώσεις σχιζοφρένειας και 113.075 δείγμα ελέγχου, ανέδειξε 128 γονιδιακούς τύπους, 108 εκ των οποίων σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p\text{-value} < 5 \times 10^{-8}$) (Ripke et al. 2014).

Γενετικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, και έτσι εκδηλώνεται η νόσος στο άτομο. Πιο συγκεκριμένα, τέτοιοι παράγοντες είναι αρνητικά γεγονότα ζωής, γέννηση το χειμώνα-έκθεση εμβρύου σε ιογενείς λοιμώξεις, συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού, ινδική κάνναβη, αλκοόλ, άγχος κλπ. (Μαμάκου, 2018)

1.2.5 Συμπτώματα σχιζοφρένειας

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαφέρουν σε βαθμό και ένταση, ανάλογα με τον τρόπο έναρξης, τη διάρκεια και τη βαρύτητα της διαταραχής. Αλλά εξαρτώνται και από το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς. Είναι σημαντικό ότι για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση δεν αρκεί από μόνο του καθένα από τα συμπτώματα. Αλλά χρειάζεται η διερεύνηση του πλαισίου ανάπτυξής τους και η αλληλοσυνάρτησή τους μέσα στο χρόνο με βάση την

αναλυτική λήψη ενός δομημένου ορθά ιστορικού. Τα κλινικά συμπτώματα της διαταραχής μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

1) Διαταραχές της σκέψης.

Αποτελούν κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας και διακρίνονται σε:

- Διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης.
- Διαταραχές στη ροή της σκέψης.
- Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης.
- Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης. Εδώ εντάσσονται οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης, οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης και οι παραληρητικές ιδέες (Bennett, 2010).

2) Διαταραχές της αντίληψης.

Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις είναι μια προσωπική αντίληψη για κάτι που δεν υπάρχει στο εξωτερικό περιβάλλον. Μία ή περισσότερες από τις αισθήσεις συμμετέχει στις ψευδαισθήσεις. Έτσι, οι ψευδαισθήσεις διακρίνονται σε: ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, γευστικές, ή απτικές.(Black, Andreasen, 2011)

3) Διαταραχές του συναισθήματος.

Εδώ υπάγονται κυρίως η αμφιθυμία, η συναισθηματική έκπτωση, η συναισθηματική δυσαρμονία, καθώς και άλλες συναισθηματικές διαταραχές. (Bennett, 2010)

4) Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας.

Το συναίσθημα και η βούληση είναι δύο λειτουργίες που συχνά συμπορεύονται. Διαταραχές του συναισθήματος αντανακλούν σε αντίστοιχες της βούλησης. Η κυρίαρχη διαταραχή της ψυχοκινητικότητας στην σχιζοφρένεια είναι η παρουσία άλλοτε άλλου βαθμού κατατονικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά αφορούν στη στάση και θέση του ασθενούς, την ομιλία του, την έκφραση του προσώπου του, τις κινήσεις του και, τέλος, το σύνολο της ψυχοκινητικότητας του.(Bennett, 2010).

Οι διαταραχές αυτές δεν εμφανίζονται από την αρχή της νόσου με αυτόν τον τρόπο. Προηγείται μια σταδιακά αυξανόμενη μείωση των πρωτοβουλιών και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. (Black & Andreasen, 2011)

5) Διαταραχές από τις άλλες λειτουργίες.

Αρχικά, η μνήμη των σχιζοφρενών δεν παραβλάπτεται. Οι όποιες αμβληχρές διαταραχές κατά κανόνα οφείλονται σε αδυναμία συγκέντρωσης, λόγω των άλλων διαταραχών (π.χ. παραληρήματος). Στην πορεία, όμως, σημειώνονται ορισμένες μνημονικού τύπου διαταραχές. Έτσι, εκμνησίες παρατηρούνται σε χρόνιους αρρώστους που ζουν εμπειρίες του παρελθόντος ως σημερινές (αυτιστική μνήμη), καθώς και διαταραχές αναγνώρισης μνημονικού υλικού (παραμνησία) σε παρανοειδείς αρρώστους. Στην σχιζοφρένεια η προσοχή συχνά διαταράσσεται. Παρατηρείται αδυναμία συγκέντρωσης (οξύτητας) και ευμεταβλητότητα της σταθερότητας της προσοχής. (Black & Andreasen, 2011).

6) Διαταραχές ειδικής προέλευσης.

Ο αυτισμός, η ανηδονία, η αντικοινωνικότητα και τα σωματικά ενοχλήματα είναι τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζονται στην σχιζοφρένεια, γι' αυτό έχουν ιδιαίτερη σημασία. Όταν τέτοια συμπτώματα, σε συνδυασμό με αλλαγή συνηθειών, κλείσιμο στον εαυτό και παράδοξη συμπεριφορά, παρουσιάζονται στην εφηβική ηλικία, θα πρέπει να εξετάζεται σοβαρά το διαγνωστικό ενδεχόμενο μιας αρχόμενης σχιζοφρένειας. (Μάνος, 2008)

Τα παραπάνω συμπτώματα σπάνια εντοπίζονται όλα μαζί στην καθημερινή κλινική πρακτική. Από την άλλη πλευρά, μερικά συμπτώματα “θετικά” είναι καλύτερης πρόγνωσης από τα άλλα “αρνητικά” και η επισήμανσή τους ευνοεί την αρτιότερη κατανόηση της κλινικής εικόνας (Black & Andreasen, 2011).

❖ Τα θετικά συμπτώματα υποδηλώνουν διαταραχή ή υπέρβαση της φυσιολογικής λειτουργικότητας και περιλαμβάνουν τα τρία πιο εμφανή συμπτώματα της νόσου (Χριστοδούλου, 2006):

- Ψευδαισθήσεις
- Παραληρητικές ιδέες, είναι οι λανθασμένες πεποιθήσεις για τον εαυτό μας ή το περιβάλλον, οι οποίες εμφανίζονται σταθερά ακόμη και απουσία αποδείξεων. Μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές. Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και το περιεχόμενό τους εξαρτάται από την ατομική/πολιτισμική εμπειρία του ατόμου. Ανάλογα με το περιεχόμενό τους διακρίνονται σε διωκτικές, μεγαλείου, υποχονδριακές, παρανοειδείς, ζηλοτυπικές, ερωτομανιακές, παρεμβολής-ελέγχου σκέψεων και αποκαλυπτικές-κοσμογονικές (Χριστοδούλου, 2006).
- Ψύχωση

- Διαταραχές της δομής και της ροής της σκέψης
 - Αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά, είναι η εξωτερική εκδήλωση των διαταραγμένων σκέψεων και μπορεί να ποικίλει από λιγότερο σοβαρές μορφές, στις οποίες το άτομο μετακινείται γρήγορα από το ένα θέμα στο άλλο, μέχρι σοβαρές μορφές, στις οποίες ο λόγος του ατόμου δεν είναι κατανοητός.
- ❖ Τα αρνητικά συμπτώματα υποδηλώνουν απώλεια ή έλλειμμα μιας φυσιολογικής ψυχικής λειτουργίας. Αναπτύσσονται προοδευτικά και μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Αυτά περιλαμβάνουν (Hogan, 2012): αβουλία, αλογία, ανηδονία, ανεργία, εξαρτητικότητα, αμφιθυμία, διαταραχές ύπνου, διαταραχές του συναισθήματος, κοινωνική απόσυρση και απουσία των ορίων του εαυτού (Χριστοδούλου, 2006).

1.2.6 Διάγνωση σχιζοφρένειας

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν είναι εύκολη υπόθεση και απαιτεί πολλές ιατρικές συνεδρίες προκειμένου να υλοποιηθεί. Ακόμα κι αν το άτομο έχει ψυχωτικά συμπτώματα δεν σημαίνει ότι έχει σχιζοφρένεια. Για την διευκόλυνση της διαδικασίας διάγνωσης έχουν δημιουργηθεί δύο κύρια συστήματα διάγνωσης της σχιζοφρένειας: το Διαγνωστικό και το Στατιστικό των Ψυχικών διαταραχών (DSM-V) και η Διεθνής Ταξινόμηση νόσων (ICD-10).

Με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 (F20.9), στα βασικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας συγκαταλέγονται η απόσυρση και η εκπομπή της σκέψης, η παραληρητική αντίληψη, οι παραληρητικές ιδέες ελέγχου, η παθητικότητα, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, διαταραχές σκέψης και τα αρνητικά συμπτώματα. Όταν υπάρχουν εκτεταμένα μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, χρειάζεται προσοχή και δεν πρέπει να δίνεται η διάγνωση της σχιζοφρένειας, παρά μόνο αν είναι ξεκάθαρο ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν προηγηθεί (ICD-10, 2010).

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-V (2013), το βασικότερο διαγνωστικό κριτήριο της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα, που αποτελούν την συμπτωματολογία της ενεργού φάσης και περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Όμως, για να θεωρηθούν τα συμπτώματα

αυτά σημαντικά για την κατάσταση του ατόμου και να ληφθούν υπόψη για τη διάγνωση, θα πρέπει δύο ή περισσότερα εξ αυτών να εμφανίζεται το καθένα για ένα εύλογο χρονικό διάστημα στην διάρκεια ενός μήνα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Είναι συχνό φαινόμενο, μαζί με τη σχιζοφρένεια να συνυπάρχουν και διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες, ενώ αρκετές φορές εμφανίζονται πριν την σχιζοφρένεια διαταραχές προσωπικότητας, όπως η σχιζότυπη, σχιζοειδής ή παρανοειδής (Kaplan & Sadock's, 2007) Μια ακριβής διάγνωση βοηθάει το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του, αλλά και τον κλινικό να καταφύγουν σε μία περισσότερο αποτελεσματική βραχύχρονη ή μακρόχρονη θεραπεία. Έτσι, η σχιζοφρένεια είναι βασικό να προκύπτει κατόπιν διαφορικής διάγνωσης από κάποιες διαταραχές όπως: ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες, παραλήρημα ή άνοια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, υποχονδρίαση, σχιζότυπη, σχιζοειδή κλπ. (Καπρίνης, 2009).

1.2.7 Θεραπεία

Για την αποτελεσματική θεραπεία της σχιζοφρένειας απαιτείται χρόνος και μεγάλη προσπάθεια, τόσο από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, νοσηλεύτες), όσο και από την πλευρά του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου δεν εστιάζεται στην εξάλειψη της, καθώς κάτι τέτοιο τις περισσότερες φορές είναι ανέφικτο. Αντίθετα, οι παρεμβάσεις που γίνονται έχουν στόχο περισσότερο την ίαση των συμπτωμάτων του ασθενούς και την ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση (Μάνος, 2008). Η θεραπεία λειτουργεί σε δύο επίπεδα:

- Στο σωματικό: ψυχοφάρμακα, E.C.T. (ηλεκτροσόκ), χειρουργική θεραπεία (λοβεκτομή), ψυχοθεραπεία, ινσουλινοθεραπεία, ψυχολογική κινητοποίηση (Kato, 2004) και ψυχοκοινωνικές θεραπείες.
- Στο κοινωνικό: θεραπεία συμπεριφοράς, ομαδική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, διαχείριση περιστατικού και ομάδες υποστήριξης. (Φερεντίνος, 2003).

Τα θεραπευτικά εκείνα σχήματα που αφορούν συνδυασμό των δύο παραπάνω προσεγγίσεων μπορούν τελικά να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν την λειτουργικότητα τους (Μάνος, 2008).

1.3 Διπολική Διαταραχή

1.3.1 Ορισμός και Τύποι Διπολικών Διαταραχών

Η διπολική διαταραχή, κοινώς γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που συντίθεται από δύο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Η μανία και η κατάθλιψη θεωρούνται αντίθετοι πόλοι, εξού και η ονομασία “διπολικές” διαταραχές (Johnson & Kizer, 2002). Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης επαναλαμβάνονται σε ολόκληρη τη ζωή του ασθενή. Εντούτοις, το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων ανάμεσα στα επεισόδια. Περίπου το 1/3 των ασθενών “βασανίζονται” από ορισμένα υπολειμματικά συμπτώματα ανάμεσα στα επεισόδια της μανίας ή της κατάθλιψης.

Η μανία αποτελεί μία κατάσταση έντονης ευφορίας και ευερεθιστότητας που συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα που παρουσιάζονται στα διαγνωστικά κριτήρια. Η ευφορία, που είναι χαρακτηριστικό συναίσθημα στην φάση της μανίας, ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογική. Η μανία ορίζεται όταν εμφανίζονται παθολογικά συμπτώματα στους τομείς του συναισθήματος των γνωστικών λειτουργιών, των σωματικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς και ταυτόχρονα συνοδεύονται από ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση (Brown, 2010).

Οι προσπάθειες των άλλων να ηρεμήσουν το άτομο που βιώνει το επεισόδιο της μανίας και τις υπερβολές αυτού του είδους, είναι δυνατόν να προκαλέσουν γρήγορα τον εκνευρισμό του ατόμου. Η μανία κορυφώνεται μέσα σε διάστημα 1-2 ημερών και συνήθως εξαφανίζεται ξαφνικά. Τα περισσότερα μανιακά επεισόδια είναι “αμιγώς” μανιακά, αλλά μερικές φορές το άτομο βιώνει μεικτά επεισόδια, τα οποία χαρακτηρίζονται από έντονα συμπτώματα μανίας αλλά και κατάθλιψης, μέσα στην ίδια εβδομάδα. (Phillips & Kupfer, 2013).

Με βάση τα σημερινά συστήματα ταξινόμησης, η διπολική διαταραχή αναφέρεται σε μια ομάδα συναισθηματικών διαταραχών, στις οποίες οι ασθενείς εμφανίζουν επεισόδια κατάθλιψης, τα οποία χαρακτηρίζονται από χαμηλή διάθεση και συναφή συμπτώματα (π.χ. απώλεια ευχαρίστησης και μειωμένη ενέργεια) και επεισόδια μανίας και συναφή συμπτώματα όπως αυξημένη ενέργεια και μειωμένη ανάγκη για ύπνο ή υπομανία, τα συμπτώματα των οποίων είναι λιγότερο σοβαρά ή λιγότερο παρατεταμένα από αυτά της μανίας (Phillips & Kupfer, 2013).

Η 5η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V) καταγράφει τέσσερις βασικούς υποτύπους της διπολικής διαταραχής:

- Διπολική διαταραχή τύπου I (επεισόδια κατάθλιψης και τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας πλήρους εμφάνισης)
- Διπολική διαταραχή τύπου II (μερικά παρατεταμένα επεισόδια κατάθλιψης και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο αλλά όχι μανιακά επεισόδια)
- Κυκλοθυμική διαταραχή (πολλές περιόδους υπομανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, στις οποίες τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για καταθλιπτικά επεισόδια)
- Διπολική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά (καταθλιπτικά και υπομανιακά συμπτώματα και επεισόδια που μπορεί να εναλλάσσονται ταχέως, αλλά δεν πληρούν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια για οποιαδήποτε από τις προαναφερθείσες καταστάσεις (American Psychiatric Association, 2013).

1.3.2 Ιστορική Αναδρομή

Αυτά τα δύο άκρα της διάθεσης έχουν τεκμηριωθεί στην ανθρώπινη ιστορία ήδη από τους αρχαίους Έλληνες γιατρούς και φιλοσόφους, και περιγράφηκαν για πρώτη φορά συστηματικά από τον Ιπποκράτη (460-337 π.Χ.). Οι πρώτες προσπάθειες που έγιναν για την περιγραφή των καταστάσεων της προσωπικότητας, χρησιμοποίησαν τους χυμούς του σώματος (αίμα, φλέγμα, μαύρη και κίτρινη χολή), σε μια προσπάθεια να συμπεριλάβουν όλες τις εκφράσεις του ανθρώπινου συναισθήματος. (Angst & Marneros, 2001).

Ο όρος μελαγχολία (μέλας: μαύρος και χολή) περιέγραψε την παθολογική κατάσταση της σοβαρής θλίψης και η μανία ήταν αποτέλεσμα υπερβολικής κίτρινης χολής. Ωστόσο, η προέλευση του όρου “μανία” είναι πολύ λιγότερο σαφής. Ο Ρωμαίος γιατρός Caelius Aurelianus περιέγραψε τουλάχιστον επτά πιθανές ετυμολογίες και περιέγραψε δύο είδη μανίας όπως ορίζονται από τον Πλάτωνα, “το ένα περιλαμβάνει την ψυχική πίεση που προκύπτει από μια σωματική αιτία και το άλλο που αναφέρεται σε θεϊκή προέλευση” (Angst & Marneros, 2001).

Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης τονίζει τη βιολογική προέλευση της μελαγχολίας, η οποία διέφερε από την ψυχολογική αντίδραση που ονομάζεται “αντιδραστική κατάθλιψη”. Ήταν προφανές σε αυτούς τους άντρες ότι οι εκφράσεις της μανίας και της μελαγχολίας δεν ήταν έμφυτα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ούτε συγκεκριμένες αντιδράσεις σε καταστάσεις, αλλά περιέγραφαν μια βιολογικά καθοδηγούμενη αλλαγή. Στα μέσα του 19ου αιώνα, η έννοια της μανίας και της μελαγχολίας και ο δεσμός μεταξύ αυτών των δύο εννοιών επανεξετάστηκαν και σχηματίστηκε η “σύγχρονη” διπολική διαταραχή (Angst & Marneros, 2001).

1.3.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 1/5 των ανθρώπων εμφανίζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο μελαγχολίας κατά την διάρκεια της ζωής τους ως ενήλικες, και από αυτούς το 10% (ποσοστό 1-2% στο συνολικό πληθυσμό) μια μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Η συχνή εμφάνιση της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής σε ολόκληρο τον κόσμο υπολογίζεται σε 3-4% του πληθυσμού. Βάσει της κατάταξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η διπολική διαταραχή κατέχει την 6^η θέση παγκοσμίως ως αιτία αναπηρίας για την ηλικιακή ομάδα των 15-44 ετών. Οι διπολικές διαταραχές παρουσιάζονται σε πιο νεαρή ηλικία, έχουν συχνότερα αλλά βραχύτερα επεισόδια και βρίσκονται ανάμεσα σε συγγενείς πρώτου βαθμού πιο συχνά παρά σε περιπτώσεις μονοπολικής διαταραχής.

Με βάση πολλούς ερευνητές, έχει διαπιστωθεί ότι οι πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές παρατηρούνται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άντρες, με αναλογία, που είναι περίπου δύο γυναίκες προς έναν άντρα, αφορόντας όμως κυρίως την νεαρή ηλικία (Μάνος, 2008). Εδώ συμβαίνει το αντίθετο από ότι με την σχιζοφρένεια, που εμφανίζεται νωρίτερα στους άνδρες. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, συγκεκριμένα μετά τα 50, η αναλογία αντιστρέφεται και για τα 2 είδη διαταραχών.

Σε αντίθεση και πάλι με την σχιζοφρένεια, η συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών δεν είναι μεγαλύτερη στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, πράγμα πολύ ενδιαφέρον (Καπρίνης, 2009). Μια ακόμη διάσταση της ασθένειας είναι η σχέση που έχει με την αυτοκτονία, η οποία αποτελεί και αιτία θανάτου για το 19% των ασθενών με Διπολική διαταραχή.

1.3.4 Αιτιολογία-παράγοντες

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα, έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν προκύπτει ένας συγκεκριμένος ή μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας. Πιο συγκεκριμένα:

1) Εγκέφαλος

Πολλές από τις εγκεφαλικές δομές που εμπλέκονται στην διπολική διαταραχή, φαίνεται ότι εμπλέκονται και στην Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ). Σε λειτουργικές μελέτες, η διπολική I διαταραχή, συνδέεται με αυξημένη αντιδραστικότητα της αμυγδαλής σε συνδυασμό με μειωμένη δραστηριότητα του ιππόκαμπου και του προμετωπιαίου φλοιού (Kruger et al. 2003). Σε δομικές μελέτες, η διπολική διαταραχή συνδέεται με απώλεια όγκου στον προμετωπιαίο φλοιό, στα βασικά γάγγλια, στον ιππόκαμπο και στη πρόσθια αύλακα του προσαγωγίου, και κάποιες μελέτες αναφέρουν αύξηση στον όγκο της αμυγδαλής (Phillips et al. 2003).

2) Νευροδιαβιβαστές (Βιοχημικοί παράγοντες)

Ένας αριθμός νευροδιαβιβαστών έχουν συνδεθεί με αυτή τη διαταραχή, βασισμένη σε μεγάλο βαθμό στις ψυχοκινητικές αντιδράσεις των ασθενών (Ayano, 2016). Με δεδομένο τον ρόλο της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης στην κατάθλιψη, θα ήταν λογικό να υποθεθεί ότι αυτές οι χημικές ουσίες παίζουν κάποιο ρόλο και στη μανία. Εντούτοις, το βιολογικό μοντέλο που αναπτύχθηκε δεν είναι τόσο απλό όσο θα ήταν αναμενόμενο. Τα δεδομένα για τη νορεπινεφρίνη συμφωνούν με το απλό μοντέλο που ερμηνεύει τις διαταραχές της διάθεσης. (Bennett, 2010).

Τα υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης συνδέονται με ανεβασμένη διάθεση και μανία, ενώ τα χαμηλά επίπεδα οδηγούν σε καταθλιπτική διάθεση. Δεν έχει όμως βρεθεί αντίστοιχη σχέση για τα επίπεδα της σεροτονίνης. Τέτοιου είδους ευρήματα οδήγησαν μερικούς ερευνητές να προτείνουν ότι τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης επιτρέπουν με κάποιον τρόπο στη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης να καθορίζει τη διάθεση. Τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης συνδυαζόμενα με χαμηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στην κατάθλιψη, ενώ συνδυαζόμενα με υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στη μανία (Bennett, 2010).

3) Κληρονομικότητα

Η διπολική διαταραχή ανήκει στις διαταραχές όπου ο παράγοντας της κληρονομικότητα παίζει μεγάλο ρόλο. Μελέτες δείχνουν ότι οι συγγενείς α' βαθμού των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν περίπου 7 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διπολική διαταραχή, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης έχει γίνει αντιληπτό ότι γονέας με διπολική διαταραχή, έχει 50% πιθανότητα να έχει και μια άλλη σημαντική ψυχιατρική διαταραχή (Axelson et al. 2015).

1.3.5 Συμπτώματα

Η διπολική διαταραχή αφορά δύο διαφορετικές, αντίθετες μάλιστα καταστάσεις, οι οποίες και εμφανίζουν συμπτώματα των δύο άκρων. Έτσι έχουμε ως συμπτώματα της μανίας:

- Υπερβολική ευφορία, ενθουσιασμός και υπεραισιοδοξία (συχνά το άτομο που νοσεί γελά χωρίς λόγο).
- Υπερκινητικότητα (ο πάσχοντας δε μπορεί να “κάτσει” σε ένα σημείο ή να ασχοληθεί με μια συγκεκριμένη εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα).
- Εξωπραγματική υπερεκτίμηση των ικανοτήτων και της σπουδαιότητας του ατόμου (νομίζει πως μπορεί να καταφέρει τα πάντα και πως υπερέχει έναντι των πάντων).
- Αύξηση της όρεξης για εργασία, της σεξουαλικής διάθεσης και μείωση της ανάγκης για ύπνο (φυσικά επακόλουθα της υπερδραστηριότητας).
- Επιθετική συμπεριφορά και μπορεί εύκολα να εμπλακεί σε διαμάχες ή συμπλοκές.
- Ανάρμοστη συμπεριφορά λόγω μειωμένου ελέγχου και αδυναμίας εκτίμησης της ηθικής και κοινωνικά καθιερωμένης τάξης των πραγμάτων.
- Ιδεοφυγή (οι ιδέες του ατόμου εναλλάσσονται ταχύτατα και διαδέχονται η μία την άλλη χωρίς λογική σειρά και συνέχεια).
- Ακατανόητος λόγος, που δεν παρουσιάζει ούτε ειρμό αλλά ούτε και νόημα
- Ψευδαισθήσεις και παραληρήματα (Αγγελόπουλος, 2009).

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα τόσο σε συναισθηματικό νοητικό επίπεδο, όσο και σε σωματικό επίπεδο. Τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι (Σκαπινάκης, 2003):

- Αίσθημα κόπωσης (το άτομο αισθάνεται ιδιαίτερα κουρασμένο, ακόμα και χωρίς λόγο).
- Ανηδονία (ο πάσχων δεν αισθάνεται ευχάριστα με οποιαδήποτε δραστηριότητά του)
- Απελπισία (το άτομο που νοσεί παρουσιάζεται να έχει χάσει τις ελπίδες του για οποιοδήποτε ζήτημα τον απασχολεί).
- Διαταραχές του ύπνου
- Διαταραχές της όρεξης για φαγητό και σεξ.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση, στη μνήμη, στη λήψη αποφάσεων, αδυναμία συνεργασίας, αφηρημάδα και μειωμένη παραγωγικότητα.

- Ψυχοκινητική επιβράδυνση (σκέψη, λόγος και κινήσεις σώματος).
- Σωματικές ενοχλήσεις (σωματική αδυναμία, πονοκέφαλοι, ναυτία).
- Ψευδαισθήσεις και παραληρήματα.
- Αλκοολισμός και κατάχρηση φαρμάκων.

1.3.6 Διάγνωση

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών στην εντονότερη τους μορφή ακούγεται εύκολη. Στην πράξη, όμως, η μία περίπτωση διαφέρει από την άλλη σε σημαντικά σημεία, έτσι ώστε να χρειάζεται μια πολύ πιο προσεκτική ψυχιατρική εξέταση, αρκετά δύσκολη με αρρώστους που πάσχουν από κατάθλιψη ή μανία. Ένα καλό ιστορικό θα δείξει εάν υπάρχει μια παρόμοια διαταραχή στην οικογένεια, κάτι που ενισχύει την διάγνωση της συναισθηματικής διαταραχής και μπορεί να βοηθήσει στην θεραπεία, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι μανιοκαταθλιπτικοί άρρωστοι ανταποκρίνονται θετικά στα ίδια φάρμακα που βοηθούν πρόσωπα του περιβάλλοντός τους (Καπρίνης, 2009).

Η διαφορική διάγνωση της μανίας περιλαμβάνει:

- 1) Οργανικές ψυχικές διαταραχές (χρόνια σύνδρομα όπως οι εγκεφαλικοί όγκοι οι γεροντικές και οι αλκοολικές άνοιες, η σκλήρυνση κατά πλάκας και οι χρόνιες εγκεφαλικές λοιμώξεις από ιούς, μικρόβια ή παράσιτα).
- 2) Οξεία οργανικά ψυχοσύνδρομα (τοξικώσεις από ουσίες και φάρμακα, λοιμώξεις ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις).
- 3) Γενικότερες παθολογικές καταστάσεις (ενδοκρινικές διαταραχές, μεταβολικά νοσήματα, τοξικές και αλλεργικές αντιδράσεις, μπορούν να συνοδεύονται με μανιακόμορφα συμπτώματα).
- 4) Η κυκλοθυμική διαταραχή. Δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα σε δύο περιπτώσεις. Στη φάση όπου υπάρχουν μανιακόμορφα συμπτώματα αλλά ακόμα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρες μανιακό επεισόδιο και όταν το μανιακό επεισόδιο αναπτύσσεται για πρώτη φορά, σε άρρωστο με ιστορικό κυκλοθυμικής διαταραχής. Η εξέλιξη σε κανονικό μανιακό επεισόδιο θα επισφραγίσει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής (Καπρίνης, 2009).

1.3.7 Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της ασθένειας αφορά στην αντιμετώπιση των δύο “πόλων” της ταυτόχρονα, ενώ απαιτείται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και σωματικής θεραπείας, έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί με επιτυχία η νόσος. Οι τελευταίες, αφορούν κυρίως στην χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία αποκαθιστούν τα φυσιολογικά επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, ενώ για την αντιμετώπιση της μανίας χρησιμοποιείται το λίθιο, τα μείζονα ηρεμιστικά, βενζοδιαζεπίνες και άλλα αντιμανιακά φάρμακα (Getzfeld, 2009).

Όλα τα αποτελέσματα των ερευνών επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού της ατομικής ή/και οικογενειακής ή ομαδικής θεραπείας με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία, όταν αυτή ενδείκνυται, για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών. Εκείνο που πρέπει να γίνει αντιληπτό είναι ότι η θεραπεία της νόσου δεν είναι μια διαδικασία on-off, αλλά μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί χρόνο και προσεκτική διαχείριση (Χριστοδούλου et al. 2004).

Κεφάλαιο 2^ο - Το Στίγμα της Ψυχικής Ασθένειας

Η ψυχική ασθένεια, δυστυχώς, παραμένει ένα από τα μεγαλύτερα στίγματα του 21ου αιώνα, παρότι το κοινό έχει περισσότερες γνώσεις για την προέλευση των ψυχικών διαταραχών (Hinshaw, 2006). Σύμφωνα με τους Hinshaw και Stier (2008), το στίγμα αποτελεί εσωτερικό σημάδι βαθιάς υποτίμησης για το άτομο που το φέρει και συμπεριλαμβάνει την εσωτερίκευση των στερεοτύπων. Πέρα από το στιγματισμένο άτομο επεκτείνεται και στα άτομα που συνδέονται μαζί του (Hinshaw & Stier, 2008).

2.1 Τι είναι το Στίγμα:

Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη “στίγμα” σημαίνει κηλίδα, λεκές, ανεξίτηλο σημάδι, ένα σημάδι με το οποίο η κοινωνία διαχωρίζει αυτούς που θέλει να στιγματίσει (Μπαμπινιώτης, 2002). Ο στιγματισμός και ο επακόλουθος κοινωνικός αποκλεισμός οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της ψυχικής νόσου. Συχνά ο άνθρωπος οδηγείται σε αυθαίρετες εκτιμήσεις της πραγματικότητας, ιδιαίτερα υπό το καθεστώς έντονου άγχους και φόβου. Η κοινωνία διαχωρίζει προληπτικά εκείνους που θεωρεί ότι είναι ικανοί να βλάψουν

τις αξίες της. Έτσι, η περιθωριοποίηση, η απόρριψη και ο στιγματισμός είναι οι αναπόφευκτες συνέπειες (Μαρτινάκη, 2013).

Το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που αφαιρεί από κάποιον το δικαίωμα της άνευ όρων (απρουπόθετης) κοινωνικής αποδοχής και ταυτόχρονα τον βάζει σε μια διαδικασία να προσπαθεί να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση. Σημαντική δεν είναι η κάθε επιμέρους συμπεριφορά αλλά η σημασία που της αποδίδουν οι άλλοι και οι συνέπειες που έχει για το ίδιο το άτομο η παραβίαση των κοινωνικών κανόνων και των κανονιστικών προτύπων. Τα πρότυπα αυτά αφορούν τη θρησκεία, την ψυχική υγεία, την εμφάνιση, την κοινωνική συμπεριφορά. Η αδυναμία της επιβεβαίωσης αυτών των κανονιστικών προτύπων ερμηνεύεται από τους άλλους σαν καταπάτηση των κανόνων της κοινωνικής συμβίωσης. Συνεπώς, στιγματισμένο είναι ένα άτομο του οποίου η κοινωνική ταυτότητα ή η κοινωνική ομάδα, στην οποία ανήκει, τίθεται υπό πλήρη αμφισβήτηση ή απόρριψη. (Ζήση, 2002)

Μπορούν να αναφερθούν τρία είδη στίγματος (Goffman, 2001):

- αυτό που αφορά την εξωτερική εμφάνιση (π.χ. σωματικές δυσμορφίες)
- αυτό που σχετίζεται με τις εσωτερικές λειτουργίες που αναφέρονται ως ψεγάδια του χαρακτήρα (π.χ. εξάρτηση, αλκοολισμός, ψυχική διαταραχή, ανεργία κλπ.)
- τα συλλογικά στίγματα μιας φυλής, μιας θρησκευτικής ομάδας, ενός έθνους.

Το κοινωνικό στίγμα, η προκατάληψη, δηλαδή, και η διάκριση που εκδηλώνει ο γενικός πληθυσμός και που επηρεάζει ένα άτομο, είναι διαφορετικό από το αυτο-στίγμα (αυτοστιγματισμός), την βλάβη που συμβαίνει όταν το άτομο εσωτερικεύει την προκατάληψη (Corrigan et al. 2012). Στις μέρες μας, το πρώτο χρησιμοποιείται συχνά για να δηλώσει μία μορφή κοινοτικής κύρωσης που χαρακτηρίζει έναν άνθρωπο ως διαφορετικό από το σύνολο, τον γενικό πληθυσμό με τον οποίο αλληλεπιδρά (Markström et al. 2009). Το κοινωνικό στίγμα έχει συσχετιστεί σημαντικά με τρεις επιμέρους έννοιες, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις (Κορδώση και συν. 2015).

- Τα στερεότυπα είναι γενικές πεποιθήσεις ή στάσεις για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και τις συμπεριφορές των ανθρώπων που κατηγοριοποιούνται ως μέλη μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας (Major & O'Brien, 2005).

- Οι προκαταλήψεις είναι γενικευμένα συναισθήματα προς τα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας, δηλαδή το πώς κάποιος αισθάνεται για μια ομάδα ατόμων (π.χ. αισθάνεται φόβο ή θυμό κοντά σε κάποιον που πάσχει από μία σοβαρή ψυχική ασθένεια).
- Οι διακρίσεις είναι οι συμπεριφορές που στρέφονται προς μια ομάδα ατόμων και οι οποίες βασίζονται στις προκαταλήψεις (Corrigan & Shapiro, 2010).

Σύμφωνα με ερευνητές, οι πεποιθήσεις και τα στερεότυπα, για όσους αναζητούν βοήθεια για θέματα ψυχικής υγείας, συχνά οδηγούν σε ποικίλες μορφές διακρίσεων, όπως είναι η αποφυγή, η έλλειψη ευκαιριών και η απώλεια αυτοδιάθεσης (Corrigan & Shapiro, 2010). Ως αποτέλεσμα, οι ψυχικά ασθενείς που δέχονται στιγματισμό απομονώνονται από την κοινότητα εξαιτίας του φόβου της αντιμετώπισης που βιώνουν, ή υιοθετούν και θεωρούν τέτοιες συμπεριφορές ως κανονικές (Fradelos et al. 2015).

Εκτός από συγκεκριμένες συμπεριφορές, το άτομο στιγματίζεται και από διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Στο παρελθόν, αρρώστιες που άφηναν στο άτομο ανεξίτηλα σημάδια ήταν η λέπρα και η σύφιλη, οι οποίες αντικαταστάθηκαν αργότερα με τον καρκίνο και το AIDS. Έτσι, ο όρος “στίγμα” αποδίδεται σε άτομα που πάσχουν από αυτές τις νόσους, με αποτέλεσμα την δημιουργία προκαταλήψεων σε βάρος τους. Η ασθένεια που προκαλεί τον μεγαλύτερο στιγματισμό, μέχρι και τις μέρες μας, είναι χωρίς καμία αμφιβολία η ψυχική νόσος (Οικονόμου και συν. 2006). Η σχιζοφρένεια, μάλιστα, συνιστά την ασθένεια που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο βαθμό κοινωνικής απόρριψης και στιγματισμού από όλες τις ψυχικές διαταραχές.

Οι Schulze και Angermeyer (2003), κωδικοποιώντας τις εμπειρίες των ασθενών με σχιζοφρένεια, των θεραπόντων ιατρών και των συγγενών τους, μέσα από συζητήσεις σε ομάδες, εντόπισαν τέσσερις διαστάσεις του στίγματος:

1. Ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις (με περιορισμό των κοινωνικών επαφών).
2. Ως προς τις κοινωνικές αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (όπως προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον κινηματογράφο).
3. Ως προς τις κοινωνικές δομές, τις πολιτικές αποφάσεις και τις νομικές ρυθμίσεις (π.χ. την έλλειψη και κακή ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε σχέση με τις υπηρεσίες για τους σωματικά πάσχοντες).
4. Ως προς την προσβασιμότητα σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους (π.χ. επάγγελμα, γάμος κλπ). (Schulze & Angermeyer, 2003).

2.1.1 Ιστορική αναδρομή

Ο στιγματισμός από την ψυχική διαταραχή δεν συνιστά σύγχρονο φαινόμενο. Στην αρχαία Ελλάδα σημάδευαν τους δούλους για να γίνει σαφής η υποδεέστερη θέση που κατείχαν στα στρώματα της κοινωνίας. Στον Μεσαίωνα έκαιγαν και σημάδευαν με πυρακτωμένο σίδηρο τους εγκληματίες ώστε να γνωρίζουν όλοι τις παρεκκλίνουσες συμπεριφορές τους, ως σημάδι διαπόμπευσης. Με βάση λοιπόν την ιστορία, η ψυχική ασθένεια ανέκαθεν συνοδευόταν από το στίγμα, ανεξαρτήτως έθνους ή κουλτούρας. (Μαδιανός & Ζαρταλούδη, 2009)

Πιο συγκεκριμένα, στην εποχή του Μεσαίωνα οι ψυχικά πάσχοντες στιγματίζονταν και η τιμωρία τους για την ψυχική τους ασθένεια ήταν ο εξορκισμός, τα βασανιστήρια ή ακόμη και ο θάνατος. Οι πρώτες δομές νοσηλείας για τους ψυχικά ασθενείς δημιουργούνται τον 16ο αιώνα, αλλά οι άνθρωποι νοσηλεύονται κάτω από σκληρές και απάνθρωπες συνθήκες. Από τον 18ο αιώνα και μετά έκανε την εμφάνιση η άποψη ότι οι άνθρωποι που νοσούν ψυχικά θα πρέπει να νοσηλεύονται κάτω από καλύτερες συνθήκες. (Κορδώση και συν. 2015)

Στο πρώτο μισό του 20ου αιώνα κύριος στόχος ήταν η εύρεση των βιολογικών παραγόντων που προκαλούν τις ψυχικές ασθένειες, ενώ στο δεύτερο μισό ήταν η περίοδος κατά την οποία, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και η αντιμετώπιση του ήρθαν στο επίκεντρο (Μαδιανός & Ζαρταλούδη, 2009). Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του '60 άρχισαν να κλείνουν τα μεγάλα ψυχιατρεία και να δημιουργούνται μικρότερες δομές φιλοξενίας, επικεντρωμένες περισσότερο στις ανάγκες των ψυχικά ασθενών. Ωστόσο, μέχρι τις αρχές του '80 οι δομές αυτές δεν ήταν αποτελεσματικές λόγω της ανεπαρκούς χρηματοδότησης. (Kadri & Sartorius, 2005)

Τώρα, στον 21ο αιώνα, παρά την εξέλιξη της γνώσης και της πληροφορίας σε διάφορους κλάδους της ζωής, μεγάλος αριθμός του πληθυσμού εξακολουθεί να έχει διαστρεβλωμένη άποψη για τους ψυχικά ασθενείς, και αυτό γιατί φαίνεται να είναι περισσότεροι από όσους μπορεί να αποδεχτεί η σύγχρονη κοινωνία. Η ψυχική νόσος υπάρχει όπου υπάρχει άνθρωπος, και εκεί που υπάρχει άνθρωπος, υπάρχει και η κοινωνία και δυστυχώς ακόμη και στις μέρες μας οι περισσότεροι την συνδέουν με τον φόβο και την επικινδυνότητα. (Κορδώση και συν. 2015)

2.1.2 Η Θεωρία της Ετικετοποίησης (Labeling Theory)

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή προκάλεσε μεγάλο ενδιαφέρον και μελετήθηκε αρκετά κατά τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια. Το 1963, κατά τον Becker, οι κοινωνίες δημιουργούν κανόνες και η μη τήρησή τους οδηγεί στην παρέκκλιση. Τρία χρόνια αργότερα, το 1966 ο Scheff, διατύπωσε την θεωρία ότι η συμπεριφορά της κοινωνίας, προς τα άτομα που είναι διαφορετικά, εξαρτάται από την ετικέτα που τους έχει αποδοθεί από το κοινωνικό σύνολο και όχι από την συμπεριφορά τους. Η αντίδραση του κοινού απέναντι στην διαφορετικότητα συνδέονται με προκαταλήψεις και στερεότυπα από την παιδική ηλικία σχετικά με την “τρέλα” και ο αδικαιολόγητος φόβος του ατόμου απέναντι στην ψυχική νόσο το οδηγεί στην αποδοχή του ρόλου του ψυχικά αρρώστου και του θύματος. (Μαδιανός, 2005).

Όλα αυτά οδήγησαν τον Scheff (1966) στο συμπέρασμα ότι η ετικετοποίηση ενός ατόμου ως ψυχικά ασθενή είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που κάνει αυτό το άτομο να γίνει ένας χρόνιος ψυχικά ασθενής. Την ίδια χρονιά, την άποψη αυτή στήριξε και ο Phillips (1966), με την έρευνα που έκανε για τη στάση των κατοίκων μιας μικρής πόλης στην Αγγλία, που έδειξε ότι ένα άτομο που εκδήλωσε σχιζοφρένεια είναι περισσότερο κοινωνικά απομονωμένο αν νοσηλευτεί, παρά αν δεν ζητήσει βοήθεια ή απευθυνθεί σε ιερωμένο. (Μαδιανός, 2005)

Λίγο αργότερα, κάποιοι επικριτές της θεωρίας του Scheff (1966), όπως ο Gove το 1970, υποστήριξαν ότι η θεωρία αυτή υποτιμά τη σημασία που έχει η αρχική παρέκκλιση και η έμφυτη παθολογία της ψυχικής ασθένειας στην απόδοση μιας ετικέτας στο άτομο που την παρουσιάζει (Μαδιανός, 2005). Ακόμα, ισχυρίστηκαν ότι η θεωρία ελαχιστοποιεί την ικανότητα των ψυχικά ασθενών να ελευθερωθούν από τις επιβλαβείς επιπτώσεις του στίγματος. Με σκοπό να διερευνηθεί το ζήτημα, υλοποιήθηκαν και άλλες έρευνες, οι οποίες συνέκριναν την επίδραση που έχει η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια με την επίδραση της ετικέτας στις στάσεις της κοινής γνώμης. Οι περισσότερες από αυτές έδειξαν ότι η επίδραση της ετικέτας ήταν μεν σημαντική, αλλά η συμπεριφορά του ατόμου ήταν πιο καθοριστική. (Οικονόμου και συν. 2006).

Το 1987 ο Link και οι συνεργάτες του (Wright et al. 2000) υποστήριξαν ότι η ετικέτα που εγείρει αντιλήψεις για την υποτιθέμενη επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή πυροδοτεί την τάση του κόσμου για στιγματισμό. Με την ανάπτυξη της θεωρίας της ετικέτας, εισήλθε σε νέα βάση η ανάλυση του στιγματισμού και των επιπτώσεών της σε άτομα με σοβαρές

ψυχικές ασθένειες, αφού προσφέρει ένα εξελιγμένο κοινωνικό-ψυχολογικό μοντέλο “για ποιο λόγο οι ετικέτες έχουν σημασία”. Εμπειρικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το στίγμα έχει αρνητικές συνέπειες για την προοπτική απασχόλησης των ψυχικά ασθενών, την αυτοεκτίμηση και την ποιότητα ζωής τους (Wright et al. 2000).

Υπάρχουν δύο αρκετά σημαντικές διαφορές μεταξύ της θεωρίας της ετικέτας του Scheff το 1966 και της τροποποιημένης θεωρίας του Link το 1987. Ο τελευταίος αναφέρει έναν αιτιολογικό ρόλο για την ταμπέλα και το στίγμα στην υποτροπή και τη διάρκεια των ψυχικών ασθενειών, αλλά όχι στην αρχική επίπτωση. Επίσης η τροποποιημένη θεωρία, έχει μια πιο λεπτομερή εξήγηση του πώς και γιατί το στίγμα μπορεί να συνδεθεί με τον τύπο των αρνητικών αποτελεσμάτων (Wright et al. 2000).

2.1.3 Αυτοστιγματισμός

Σύμφωνα με τα παραπάνω, το κοινωνικό στίγμα δύναται να εσωτερικευθεί από το άτομο που φέρει την ετικέτα του ψυχικά αρρώστου. Συχνά, η αντίδραση της κοινωνίας στους ψυχικά πάσχοντες με μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, έχει ως αποτέλεσμα να τους οδηγεί σε εσωτερικευση και βίωση της απόρριψης, της ντροπής, του αυτό-στίγματος. Ο ψυχικά ασθενής, εκτός από τη νόσο και τα συμπτώματά της, έχει να αντιμετωπίσει μια “δεύτερη ασθένεια”, το κοινωνικό στίγμα. Πολλοί ασθενείς δηλώνουν ότι τους βασανίζει περισσότερο η ντροπή που νιώθουν όταν μαθευτεί η νόσος τους. (Αρβανίτη, 2008).

Το αυτό-στίγμα στη ψυχική ασθένεια είναι μια διαδικασία όπου ο ψυχικά πάσχων εσωτερικεύει τις στερεοτυπικές αντιλήψεις του κοινωνικό-πολιτισμικού πλαισίου για την ψυχική ασθένεια, αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα και κρατά μια διαφοροποιημένη στάση απέναντι στην κοινωνία (Livingston & Boyd, 2010). Μόλις το άτομο εσωτερικεύσει τα αρνητικά στερεότυπα, μπορεί να έχει αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση (Corrigan & Rao, 2012). Βιώνοντας το αυτοστίγμα το άτομο νιώθει πως δεν αξίζει, ντρέπεται και επιλέγει την αποστασιοποίηση, την απομόνωση και την απόκρυψη των εμπειριών του (Ritsher et al. 2013).

Το εσωτερικευμένο στίγμα αυξάνει αρκετές φορές την κοινωνική απόσυρση και μπορεί να οδηγήσει σε αντιδράσεις θυμού, επιθετικότητας ή και αυτοκαταστροφής. Υπάρχουν πολλοί ψυχικά ασθενείς που, εξαιτίας του στίγματος, δε ζητούν βοήθεια, με αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν θεραπεία και έτσι να χάνεται η ελπίδα για βελτίωση της κατάστασής τους. Η

ανάκτηση της αυτοεκτίμησης αποτελεί δύσκολο αλλά σημαντικό μέρος της θεραπευτικής προσπάθειας με τον ψυχικά ασθενή (Link et al. 2001).

Το στίγμα έχει την τάση να “μεταδίδεται” από το στιγματισμένο άτομο στον κύκλο του. Και για αυτόν τον λόγο, διακόπτονται ή αποφεύγονται οι διαπροσωπικές σχέσεις. Οι οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρένεια συχνά δυσκολεύονται να διαχειριστούν το στίγμα και αισθάνονται ντροπή με συνέπεια την αυτο-απομόνωσή τους (Αρβανίτη, 2008).

Ορισμένες από τις επιπτώσεις του αυτοστίγματος είναι η μείωση των ενδιαφερόντων της προσωπικής αποτελεσματικότητας (αυτοαποτελεσματικότητας) και της λειτουργικότητας του ατόμου. Επίσης συνδέεται και με την αρνητική στάση προς την αναζήτηση ψυχιατρικής και ψυχολογικής βοήθειας. Η έλλειψη κοινωνικής αποδοχής, έχει ως αποτέλεσμα την αποξένωση, την κοινωνική απόσυρση και την μειωμένη αυτοεκτίμηση, δυσκολεύοντας έτσι την θεραπεία αλλά και την υπονόμηση της ελπίδας για επίτευξη στόχων. Έτσι, ο αυτοστιγματισμός εκδηλώνεται μέσω μιας ενδοπροσωπικής διαδικασίας και τελικά μέσω κακών αποτελεσμάτων υγείας και ποιότητας ζωής (Link et al. 2001).

Επίσης, η αυτοπεποίθηση και η αυτεπάρκεια των ψυχικά νοσούντων επηρεάζονται, καθώς κυριαρχούν αισθήματα αμηχανίας, ντροπής και ενοχής για την ψυχική νόσο και υπάρχει διάθεση αποφυγής της (Corrigan et al. 2011). Αυτοστίγμα παρατηρείται στο άτομο που θεωρεί την πάθηση του ως αδυναμία που τον απομονώνει από τους γύρω του, με αποτέλεσμα να μειώνεται και το ενδιαφέρον για εύρεση εργασίας ή βελτίωσης του τρόπου ζωής του. Πολλοί που βιώνουν το στίγμα της ψυχικής νόσου είναι πιθανό να αντιδρούν και να εξοργίζονται με αυτό ή άλλοι να δείχνουν αδιαφορία (Girma et al. 2013).

Οι προσπάθειες των ασθενών να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις ετικέτες διατηρώντας την πάθησή τους μυστική, οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση και αυτο-στιγματισμό αφού ενισχύουν τις στιγματισμένες ιδέες των ίδιων (Link et al. 2001). Η μυστικότητα λειτουργεί ανασταλτικά στην πορεία της ψυχικής νόσου. Σε αντίθεση με τη σωματική νόσο που κινητοποιεί κοινωνικές επαφές, τα άτομα με ψυχική στερούνται πιθανής υποστήριξης (Corrigan et al. 2001).

Δεδομένου του γεγονότος ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν θετική αυτοεκτίμηση, αντιμετωπίζουν μικρή σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας τους για θετικές αξιολογήσεις και της επιθυμίας τους για αυτοκριτική (αυτοεπικρίσεις). Από την άλλη, άτομα με αρνητική αυτοεκτίμηση αμφιταλαντεύονται μεταξύ της επιθυμίας για θετικές αξιολογήσεις και της

επιθυμίας για αξιολογήσεις που στηρίζουν τις αρνητικές απόψεις για τον εαυτό τους (αυτοαπόψεις) τους. Στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών αναμένουν να απορριφθούν εξαιτίας της “αλλοιωμένης” ταυτότητάς τους (Wright et al. 2000).

Υπάρχει ένα παράδοξο στον αυτοστιγματισμό. Μερικοί ψυχικά ασθενείς εσωτερικεύουν το στίγμα από το κοινωνικό περίγυρο και παρουσιάζουν χαμηλό αυτοσεβασμό και την αυτοεκτίμηση, ενώ άλλοι φαίνεται να αγνοούν τους γύρω και να μην εκδηλώνουν κάποια αντίδραση. Τέλος, άλλοι νιώθουν αγανάκτηση στην αδικία του στιγματισμού. Σύμφωνα με τις ερμηνείες των Corrigan & Watson (2002) τα άτομα που εκδηλώνουν δίκαιη οργή ενάντια στα άδικα στερεότυπα, διατηρούν την αυτοεκτίμησή τους υψηλή και προσπαθούν να αλλάξει ο παθητικός τους ρόλος στο σύστημα ψυχικής υγείας, επιδιώκοντας τη συμμετοχή τους στο σχεδιασμό της θεραπείας τους. (Corrigan & Rao, 2012).

2.2 MME και Στίγμα Ψυχικής Ασθένειας

Τα MME αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της δυτικής κουλτούρας, καθώς μπορούν να καθορίσουν σε τεράστιο βαθμό την κοινωνική ζωή και αλληλεπίδραση. Καμία πτυχή που οι άνθρωποι την αντιλαμβάνονται ως πραγματικότητα δεν μένει ανεπηρέαστη από την λειτουργία των MME. Πολύ εύστοχα έχουν χαρακτηριστεί ως καθρέφτης της κοινωνίας. Αναπαράγουν μια σφαιρική εικόνα και προβάλλουν τις στάσεις και πεποιθήσεις της κοινής γνώμης, προσπαθώντας να ενημερώνουν με τρόπο δίκαιο και αξιόπιστο. Για την εύρυθμη λειτουργία της δημοκρατίας προάγει την κοινή γνώμη και αποτρέπει την χειραγώγηση, καθώς υπάρχει η δυνατότητα να ελέγχονται οι πολιτικές του κράτους (McQuail, 2003).

Ωστόσο, αυτός ο καθρέφτης της κοινωνίας πολύ συχνά είναι παραμορφωτικός, διότι η ανάγκη για εμπορικότητα στις ειδήσεις παρουσιάζει κάποια θέματα με ακρότητα και υπερβολή (Luhman, 2000). Η παντοδυναμία των MME δημιουργεί μηνύματα, τα οποία κατευθύνουν το κοινό στην υιοθέτηση συγκεκριμένων πεποιθήσεων, οι οποίες επηρεάζουν μελλοντικά τις συμπεριφορές του. Η διαδικασία, βέβαια, ποικίλει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του δεκτή και της εκφοράς του μηνύματος. Η πρόσληψη μιας είδησης καθορίζεται και από τις ήδη υπάρχουσες πεποιθήσεις του ατόμου (Nairn et al. 2001).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει σημειωθεί λόγω της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης εικόνας του κοινού για την ψυχική ασθένεια, με τον τρόπο που προβάλλεται από τα MME (Penn et al. 2003). Αυτά προσπαθούν να εντυπωσιάσουν το κοινό, δίνοντας έμφαση στην

παρέκκλιση και την τρομολαγνεία. Με τον τρόπο που προβάλλονται στα δελτία ειδήσεων, τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, αλλά και όπως έχουν καθιερωθεί από την κινηματογραφική περσόνα του “ψυχοπαθή δολοφόνου”, διαιωνίζουν τα αρνητικά στερεότυπα, κυρίως εκείνα που σχετίζονται με την απρόβλεπτη συμπεριφορά και το βίαιο έγκλημα (Stuart, 2006).

Ο αντίκτυπος που έχουν τα ΜΜΕ στην διαμόρφωση εικόνας είναι καθοριστικός, καθώς αποτελούν πρωταρχική πηγή από την οποία ο πολίτης λαμβάνει πληροφορίες για το θέμα (Wahl, 2003), όπως και τα έντυπα μέσα που θεωρούνται σημαντική πηγή πληροφόρησης για θέματα ψυχικής υγείας. Ιδίως ο ημερήσιος τύπος που επηρεάζει παγκοσμίως την συνείδηση του πολίτη (Hottenshot, 2000). Επίσης, η τηλεόραση έχει επίδραση ως προς το είδος και τα χαρακτηριστικά που αναπαριστούν την ψυχική ασθένεια και υιοθετούνται από το κοινό, γεγονός που παρατηρείται στην Ελλάδα με σχετική έρευνα που δείχνει ότι όχι μόνο η δημοσιογραφική κάλυψη της πραγματικότητας, αλλά και τα προγράμματα (εκπομπές, σειρές, ταινίες) διαμορφώνουν την αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας (Economou et al. 2005).

Ο τρόπος που απεικονίζεται η ψυχική ασθένεια και οι ψυχικά ασθενείς είναι αρνητικά χρωματισμένος και συνδέεται με την βία και την εγκληματικότητα, παρόλες τις εκστρατείες ευαισθητοποίησης (Sartorius & Schulze, 2005). Δηλαδή, ο ψυχικά ασθενής απεικονίζεται ως απρόβλεπτος, επικίνδυνος και εν δυνάμει εγκληματίας. Ειδικότερα, η σχιζοφρένεια θεωρείται σοβαρή διαταραχή και της αποδίδεται ένας “σκοτεινός” χαρακτήρας, γι’ αυτό και κατέχει περίοπτη θέση.

Βέβαια, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μία μείωση της συχνότητας αναφορών στην εγκληματικότητα σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς, λόγω των πιέσεων κάποιων ομάδων υπεράσπισης δικαιωμάτων στους επαγγελματίες των μέσων. Η υπερβολή, η ένταση και η σύγκρουση ενεργοποιούν την εμπλοκή του κοινού, καθώς δημιουργείται ένα θέμα που είναι δημοσιογραφικά ενδιαφέρον (Stuart, 2006). Τα τηλεοπτικά προγράμματα εμφανίζουν τον ψυχικά ασθενή, όχι μόνο ως δολοφόνο, αλλά σχεδόν δαιμονικό. Παίζουν τον ρόλο του “κακού”, ο οποίος λειτουργεί και ως “αποδιοπομπαίος τράγος” (Slade & Priebe, 2006).

Οι πράξεις βίας από ψυχικά ασθενείς συμβαίνουν λόγω ελλιπούς θεραπευτικής αντιμετώπισης ή και παράλληλης χρήσης ουσιών (Walsh et al. 2002). Πολύ συχνά αφήνεται να εννοηθεί ότι για κάποιο αποτρόπαιο έγκλημα ο αιτιακός παράγοντας είναι ο “ψυχικά διαταραγμένος”. Κάποιες διατυπώσεις που χρησιμοποιούνται στην ελληνική πραγματικότητα

είναι ο “ψυχοπαθής δολοφόνος”, ο “σχιζοφρενής με το πριόνι”, ο “μανιακός βιαστής”, ο “δράκος”, ο “κανίβαλος” (Slade & Priebe, 2006).

Οι εικόνες που αναπαράγονται για τον ψυχικά ασθενή επικεντρώνονται στην ανικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στην καθημερινότητα, στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, στην ευαλωτότητα, στις άθλιες συνθήκες εγκλεισμού (Levin, 2005). Η ανθρώπινη δυστυχία στα ΜΜΕ “πουλάει” περισσότερο, γι’ αυτό σπάνια βλέπουν το φως της δημοσιότητας διακρίσεις ή επιτυχίες των ατόμων αυτών (Wahl, 2003). Μάλιστα, ακόμα και στις περιπτώσεις όπου τα ίδια τα χαρακτηριστικά της είδησης προωθούν μια θετική εικόνα της ψυχικής ασθένειας, κατά κανόνα ο χειρισμός του θέματος είναι τέτοιος, ώστε οι θετικές πτυχές υποβαθμίζονται από τον τρόπο παρουσίασης και προβάλλονται οι συνηθισμένες δυσμενείς, στερεοτυπικές όψεις του φαινομένου (Coverdale et al. 2002).

Ωστόσο, τα ΜΜΕ δεν συμπεριλαμβάνουν την οπτική των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους. Οι ίδιοι δεν έχουν λόγο στο πως αντιμετωπίζουν την ασθένεια κι έτσι δεν δίνεται στην δημοσιότητα το προσωπικό τους βίωμα για τη νόσο, οι προσπάθειές τους, οι επιτυχίες ή ματαιώσεις τους (Nairn & Cordale, 2005). Αυτό θα μπορούσε να ανατρέψει τα στερεότυπα, το στίγμα και να γεφυρώσουν την απόσταση αυτών που πάσχουν με το γενικό πληθυσμό (Coverdale et al. 2002). Ακόμη και η ψυχιατρική κοινότητα θα μπορούσε να περιορίσει τους μύθους και να προωθήσει μία πιο θετική αντιμετώπιση του θέματος (Wahl, 2003).

Το πρόβλημα, ασφαλώς, δεν είναι η λειτουργία των ΜΜΕ, αλλά η χρήση τους που αντιτίθεται πολλές φορές στους ηθικούς κανόνες και τον σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα. Αν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης προσανατολιστούν στις αξίες αυτές, τότε ο ρόλος τους θα είναι καταλυτικός στη διαμόρφωση θετικού κλίματος. (Slade & Priebe, 2006)

2.3 Επιπτώσεις του Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας

Οι ποικίλες διαστάσεις του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο ως προς τις κοινωνικές και τις πολιτισμικές αποχρώσεις του, αλλά και ως προς το μέγεθος των συνεπειών που έχει τόσο σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Έχοντας ως δεδομένο ότι η ευημερία του συνόλου, της κοινωνίας δηλαδή, εξαρτάται άμεσα από τα άτομα που το συγκροτούν, αντιλαμβανόμαστε το τεράστιο αντίκτυπο που επιφέρει το στίγμα και στην διατήρηση της ισορροπίας της κοινωνίας (Corrigan et al. 2003)

2.3.1 Επιπτώσεις στο Άτομο

Οι επιπτώσεις του στίγματος στη ζωή του ατόμου είναι καθοριστικές γι' αυτό. Μια από αυτές είναι η επικόλληση μιας αέναης ετικέτας του “ψυχικά αρρώστου”. Τα άτομα, στα οποία έχει δοθεί η ετικέτα του “ψυχικά αρρώστου”, σημαδεύονται από μια βαθιά απαξίωση, η οποία συνοδεύεται από απόρριψη, αρνητικά στερεότυπα, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και έντονες κοινωνικές και ατομικές διακρίσεις (Μαρτινάκη, 2013). Με βάση την θεωρία απόδοσης ετικέτας του Scheff (1966), που παρουσιάστηκε παραπάνω (Μαδιανός, 2005), ο Link και οι συνεργάτες του υποστήριξαν ότι η ύπαρξη ετικέτας, η οποία εγείρει αντιλήψεις για την υποτιθέμενη επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή, ενισχύει τις τάσεις του κοινού προς στιγματισμό (Link et al. 2001).

Η ψυχολογική πίεση που αισθάνονται τα άτομα αυτά καθημερινά αποτελούν επιπλέον “βάρη” στην ήδη επιβαρυσμένη κατάστασή τους, με αποτέλεσμα να είναι αμφίβολη η πορεία και η εξέλιξη της ασθένειας (Green et al. 2003). Έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί μεγάλο εμπόδιο στην πορεία της νόσου (Corrigan et al. 2003), καθώς το αποτρέπει από την έγκαιρη και σωστή διάγνωση αλλά και μετέπειτα τη θεραπεία που θα ακολουθήσει (Schulze & Angermeyer, 2003). Επιπλέον, οι δυσχερείς συνθήκες που βιώνει το άτομο, το αποκλείουν από το δικαίωμα στην εργασία και στην κατοικία, δυσκολεύοντας τις προσπάθειες που μπορεί να κάνει το άτομο για να ανεξαρτοποιηθεί και να αποτελεί και το ίδιο ένα ισότιμο μέλος της κοινωνίας (Marwaha & Johnson, 2004). Συναισθήματα απελπισίας, αρνητικής αυτοεκτίμησης, κατάθλιψης κ.α., που ολοένα και συσσωρεύονται, οδηγούν όλο και περισσότερο σε πιο χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Το κοινωνικό δίκτυό τους περιορίζεται και οδηγούνται στην απομόνωση, στην ανεργία και στα χαμηλά εισοδήματα (Wrigley et al. 2005).

Ταυτόχρονα, είναι πολύ συχνό, το άτομο μέσα από το όλο βίωμα του στιγματισμού από όλο τον περίγυρό του, να του δημιουργούνται αμφιβολίες για τον ίδιο του τον εαυτό που φέρει ως αποτέλεσμα τον αυτοστιγματισμό του. (Byrne, 2000). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρώντας το άτομο με ψυχική διαταραχή να ενεργεί το ίδιο σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στερεότυπα, αποδέχεται την κοινωνικά κατασκευασμένη ταυτότητα του “ψυχικά ασθενή”. Πρόσφατα, ερευνητικά δεδομένα ενισχύουν την αντίληψη πως η αποδοχή και η εσωτερίκευση των

στερεοτύπων από άτομα με ψυχική διαταραχή γίνεται, εφόσον τα ίδια τα άτομα τα θεωρήσουν ως “έγκυρα” και αληθή (Corrigan & Rao, 2012).

2.3.2 Επιπτώσεις στην Οικογένεια

Το στίγμα είναι μια κατάσταση που επιδρά στις ατομικές διεργασίες και την ταυτότητα του ατόμου, ενώ επηρεάζει την ψυχολογική του κατάσταση ασκώντας αρνητικές επιδράσεις στο άτομο και το άμεσο περιβάλλον του (Quinn & Chaudoir, 2009). Συγκεκριμένα, οι διαταραχές στον ύπνο είναι μία από τις πρώτες επιπτώσεις που έρχεται αντιμέτωπη η οικογένεια των ατόμων με ψυχική ασθένεια, ενώ ο διαταραγμένος και χαμηλής ποιότητας ύπνος οδηγεί συχνά σε έντονες αντιδράσεις στο στρες, σε κατάθλιψη, σε εκνευρισμό και θυμό, μειωμένη προσοχή, με συνέπεια την κακή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος αλλά και προβλήματα στην κρίση και στη λήψη αποφάσεων (Carter & Clark, 2005). Τα χαμηλά επίπεδα ύπνου προκαλούν άγχος, ένταση και φόβους, ενώ τα συμπτώματα αυτά μπορούν να μειωθούν με την επίτευξη καλής επικοινωνίας ανάμεσα στους φροντιστές και τα μέλη της οικογένειας (Rittman et al. 2009).

Επιπλέον, το στίγμα που βιώνει η οικογένεια γίνεται αντιληπτό με συναισθήματα ντροπής και κατηγορίας ενώ παράλληλα οδηγεί στην εμφάνιση ψυχικής δυσφορίας (Corrigan & Miller, 2004). Επιπροσθέτως, το στίγμα έχει άμεση και κακή επίδραση στη σωματική υγεία και την ψυχική ευημερία των μελών της οικογένεια. Επιπλέον, η οικογένεια η οποία συμπάσχει στο άτομο, αντιμετωπίζει και αυτή με τη σειρά της συναισθήματα ενοχής, την κοινωνική απόρριψη από τους γύρω, αλλά οδηγείται όπως και το άτομο στον αυτοστιγματισμό τους (Corrigan et al. 2003).

2.3.3 Επιπτώσεις στην Κοινωνία

Το στίγμα ουσιαστικά πλήττει όλους όσους εμπλέκονται με τα άτομα που βιώνουν την ψυχική ασθένεια στη ζωή τους. Τα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τους θεσμούς που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχικών υπηρεσιών (Cuttcliffe & Hannigan, 2001). Όσον αφορά το θεσμικό επίπεδο, υπάρχουν στερεοτυπικές αντιλήψεις για την παραγωγικότητα των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, στερεότυπα τα οποία προέρχονται από την κακή ή μειωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση που έχει άμεση συσχέτιση με την αποφυγή του στίγματος, επιφέρουν ακόμα μεγαλύτερη παγίωση απέναντι στα άτομα με

ψυχικές ασθένειες και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κρατική πολιτική. Γενικότερα, οι απόψεις αυτές διαιωνίζονται, καθώς η αρνητική έκβαση της ασθένειας, αλλά και οι συνέπειες της βίας που υφίστανται τα άτομα, παγιώνουν και δημιουργούν ένα αρνητικά φορτισμένο πλαίσιο που τοποθετείται η ψυχική ασθένεια (Sartorius & Schulze, 2005).

Αυτό λοιπόν το πλαίσιο, δυσκολεύει ακόμα παραπάνω την προσπάθεια να διεκδικήσουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες τα δικαιώματά, αλλά και την ποιότητα ζωής που τους αναλογεί, ενώ αντανακλάται στην κρατική πολιτική με επιπτώσεις και στις σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις. Επομένως, αυτή η “αλυσιδωτή αντίδραση” σε κοινωνικό επίπεδο, οι στιγματιστικές πεποιθήσεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια, καταδεικνύει και τη σοβαρότητα του φαινομένου (Sartorius & Schulze, 2005). Όμως, ο στιγματισμός που συντροφεύει την ψυχική ασθένεια αποτελεί πάνω απ’ όλα ένα φαινόμενο κοινωνικής αδικίας και παράλληλα μια πρόκληση στα ιδανικά μιας κοινωνίας που αν θέλει να ονομάζεται δίκαιη και ανθρωπιστική να αποτελεί πρόκληση για αλλαγή (Cuttcliffe & Hannigan, 2001).

2.4 Καταπολέμηση του Στίγματος

Ανά διαστήματα έχουν εφαρμοστεί ποικίλες στρατηγικές, με σκοπό να εξαλειφθούν τα στερεότυπα των διακρίσεων και των προκαταλήψεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, αλλά και απέναντι στη σχιζοφρένεια. Οι σημαντικότερες στρατηγικές για την καταπολέμηση αυτού του στίγματος, όπου θα παρουσιαστούν και εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο, είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. (Οικονόμου και συν. 2006)

- Η διαμαρτυρία αντιπαρατίθεται στην λανθασμένη αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας και των ψυχικά ασθενών (π.χ. από τα ΜΜΕ και στην απαξιωτική γλώσσα που χρησιμοποιείται).
- Η εκπαίδευση στοχεύει στην σωστή ενημέρωση γύρω από τις ψυχικές ασθένειες, τους μύθους και την πραγματικότητα (τι ισχύει και τι όχι).
- Με την επαφή μέλη της κοινότητας πραγματοποιούν “συναντήσεις” με άτομα με ψυχική διαταραχή.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, έχει βαθιά τις ρίζες του στις συνειδήσεις των ανθρώπων και γι’ αυτό είναι αρκετά δύσκολο να αποβληθεί, παρότι έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες. Ακόμα και στην εποχή μας, με την εξέλιξη της τεχνολογίας, της επιστήμης και της ανθρωπιστικής προόδου, το στίγμα απέναντι στη ψυχική νόσο παραμένει πολύ ισχυρό.

Όμως, η καταπολέμηση του στίγματος είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. (Οικονόμου και συν. 2006)

Για να μειωθούν οι προκαταλήψεις, το στίγμα και οι διακρίσεις, είναι αναγκαίο:

1. να καταπολεμηθεί η άγνοια και να αλλάξουν οι απόψεις και οι στάσεις του κοινού μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης,
2. να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειες στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μέσα από προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης,
3. να βελτιωθούν οι θεραπείες,
4. να αλλάξουν οι νόμοι και οι πολιτικές ρυθμίσεις για να περιοριστούν οι διακρίσεις και να αυξηθεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς. (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Υγεία–πρόνοια 2000–2006», 2004)

2.4.1 Μύθοι και πραγματικότητα

Η κατάρριψη των μύθων και των εσφαλμένων αντιλήψεων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές, αποτελεί ένα βασικό βήμα για την προσπάθεια περιορισμού των προκαταλήψεων και των διακρίσεων που κυριαρχούν στο κοινωνικό σύνολο. Παρακάτω αναφέρονται περιεκτικά ορισμένοι από τους μύθους που κυριαρχούν στους κόλπους της κοινωνίας και συμβάλλουν στο στιγματισμό των ψυχικά πασχόντων: (Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης & Επικοινωνίας, ΕΠΨΥ, 2007).

1. Μύθος: 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.
2. Μύθος: Οι ψυχικές διαταραχές αφορούν ένα πολύ μικρό μέρος του πληθυσμού.
Πραγματικότητα: οι ψυχικές διαταραχές αφορούν ένα αρκετά σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού, που από τις επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται να είναι κοντά στο 20%. Επίσης αφορούν σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και ανεξάρτητα από φυλή, μόρφωση, οικονομική κατάσταση κ.λπ.

3. Μύθος: Ο ψυχικά ασθενής φταίει για την αρρώστια του επειδή δεν έχει αρκετή θέληση, έχει αδύναμο χαρακτήρα ή είναι τεμπέλης.
Πραγματικότητα: Πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας δεν μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά εξαιτίας της ασθένειάς τους, με αποτέλεσμα να αφήνουν την εργασία τους. Ωστόσο δεν ευθύνονται για την αρρώστια τους ούτε μπορούν από μόνοι τους να την αντιμετωπίσουν χωρίς την κατάλληλη θεραπεία και στήριξη.
4. Μύθος: Οι ψυχικές ασθένειες λ.χ. η σχιζοφρένεια είναι μεταδοτικές.
Πραγματικότητα: Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι μεταδοτικές. Στον κόσμο είναι διάχυτη η πεποίθηση ότι είναι μεταδοτική και αποτελεί τη βάση για πολλές διακρίσεις ενάντια στους ασθενείς και το στιγματισμό των μελών της οικογένειας του ασθενή, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.
5. Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.
Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα, και η αλήθεια είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Για την ακρίβεια, έρευνα που έγινε το 2014 οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα βίας, παρά να διαπράξουν ένα έγκλημα.
6. Μύθος: Οι ψυχικές ασθένειες και ειδικά η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύονται.
Πραγματικότητα: Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι οι ίδιες για όλους, κάτι που σημαίνει ότι η θεραπεία διαφέρει. Υπάρχουν ψυχικές διαταραχές με τις οποίες το άτομο ζει μία ζωή, αλλά με τη σωστή βοήθεια και θεραπεία, ζει μία λειτουργική ζωή. Η κατάθλιψη μπορεί να ξεπεραστεί εντελώς, ενώ στη σχιζοφρένεια τα δύο τρίτα σχεδόν των ασθενών με την κατάλληλη θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη μπορούν να έχουν μια φυσιολογική ζωή.
7. Μύθος: Οι ψυχικά ασθενείς έχουν νοητική υστέρηση.
Πραγματικότητα: η ψυχική ασθένεια και η νοητική υστέρηση είναι δύο διαφορετικές καταστάσεις. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότεροι ψυχικά πάσχοντες έχουν μέση ή άνω του μέσου όρου νοημοσύνη και η ψυχική ασθένεια, όπως και η σωματική ασθένεια, μπορεί να επηρεάσει τον οποιονδήποτε ανεξαρτήτως νοημοσύνης, ευφυΐας, κοινωνικής τάξης ή επιπέδου εισοδήματος.

8. Μύθος: Σχιζοφρένεια σημαίνει διχασμένη προσωπικότητα ή διπλή προσωπικότητα.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν διπλή ούτε διχασμένη προσωπικότητα. Η σύγχυση προκαλείται 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 που έχουν σχιζοφρένεια έχουν διάφορα συμπτώματα, μεταξύ των οποίων είναι η κοινωνική απόσυρση, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρηματικές ιδέες.

Κεφάλαιο 3° - Κοινωνική Πολιτική και Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας

3.1 Υπάρχουσα Κοινωνική Πολιτική για την Αντιμετώπιση του Στίγματος

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, η ΠΦΥ, είναι ουσιαστικά η πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας, παρέχοντας επιπλέον υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και συνεχούς φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα. Στην Ελλάδα, σε έρευνα στο γενικό πληθυσμό, στο πλαίσιο πολυκεντρικής μελέτης από συνεργαζόμενο κέντρο του ΠΟΥ, σε δείγμα 50.000 ατόμων, βρέθηκε ότι το 29% έπασχε από τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή (Stylianidis et al. 2008).

Το πρόγραμμα “Ψυχαργώς” είναι ένα πρόγραμμα δράσεων με 10ετή χρονικό ορίζοντα, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας. Η ονομασία του προέρχεται από τη μυθολογική “Αργώ” και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός αυτός παραπέμπει στην “επιστροφή” των ψυχικά νοσούντων στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στην Ελλάδα με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 “Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις”.

Ο νόμος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (2716/99) ορίζει ότι “οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της

αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής Αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας”.

Αναλυτικότερα, οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι οι ακόλουθες (ΠΟΥ, 2001):

- Κάθε άτομο με ψυχικές διαταραχές έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται στην κοινότητα
- Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία
- Ενδυνάμωση χρηστών των υπηρεσιών
- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία
- Συνέχεια της Φροντίδας
- Παρέμβαση σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ανικανότητας
- Εξωστρεφείς- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες
- Συνεργασία με τους φροντιστές των ασθενών

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαγωγός αναπτύχθηκε σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στη συνέχιση της αποασυλοποίησης, ο δεύτερος στη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη ΠΦΥ στην Ελλάδα, προβλέπει:

1. Κλείσιμο πέντε (5) Ψυχιατρικών Νοσοκομείων από το σύνολο των εννέα (9) που έχει η χώρα και διασπορά των υπηρεσιών τους σε Γενικά Νοσοκομεία και την κοινότητα.
2. Περιορισμός του αριθμού κλινών στα τέσσερα (4) εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία περίπου στο 50% της αρχικής τους δύναμης.

(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Δικαιοσύνης, 2011)

Ακόμα, στην Ελλάδα το 1999 ξεκίνησε από το ΕΠΨΥ η λειτουργία του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας, ως μέρος του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΠΨΕ) με τον τίτλο «Ανοιχτές πόρτες». Με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ασθενών με σχιζοφρένεια, Οι δράσεις του προγράμματος «αντί-στίγμα», που έχουν ενσωματώσει το σύνολο των ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβάνοντας τη κατάθλιψη και τη διπολική διαταραχή, επικεντρώνονται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας (Y.Y.K.Π, 2004).

3.1.1 Ανθρώπινα Δικαιώματα και Ψυχική Ασθένεια

Τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας παραβιάζονται, συνεχώς, από τους επαγγελματίες, τις υπηρεσίες, την κοινότητα και σε κάποιες περιπτώσεις και από τις ίδιες τις οικογένειες. Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια έχει αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα των ψυχικά ασθενών αποστερώντας τα θεμελιώδη δικαιώματά τους. Το στίγμα και οι διακρίσεις θέτουν εμπόδια στην θεραπεία της ασθένειας, την κατάλληλη θεραπευτική μέριμνα και στην κοινωνική ενσωμάτωση. Το νομοθετικό πλαίσιο είναι ικανό να συμβάλλει στην αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων που επικρατούν σε όλες τις κοινωνίες. Ακόμα, δημιουργεί το κατάλληλο πλαίσιο μέσα στο οποίο υπάρχει, τόσο ο ασθενής, όσο και ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας, και ταυτόχρονα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την αλλαγή των κοινωνικών στάσεων. (Καλογεροπούλου, 2005).

Η πρώτη σημαντική προσπάθεια για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά νοσούντων είναι το κείμενο της Απόφασης 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία, που υιοθετήθηκε στις 17 Δεκεμβρίου 1991. Το κείμενο αυτό αποτελείται από 25 Αρχές που αφορούν τα πολιτικά δικαιώματα και διαδικασίες και την πρόσβαση στην περίθαλψη και την ποιότητα αυτής, οι οποίες εφαρμόζονται χωρίς διακρίσεις ως προς την αναπηρία, την θρησκεία, την εθνικότητα, το φύλο, τη γλώσσα, πολιτικές ή άλλες απόψεις, εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, ηλικία ή περιουσία (ΜΥΠ, 2004). Οι αρχές αυτές ορίζουν:

- τις βασικές ελευθερίες και δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων,
- τα κριτήρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής ασθένειας,
- την προστασία του ιατρικού απορρήτου,
- την προστασία των ανηλίκων,
- τις προϋποθέσεις περίθαλψης, όπως το δικαίωμα για κατάλληλη και αναγκαία φροντίδα της υγείας, για ανάλογη θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, της απαιτούμενης κατά περίπτωση συναίνεσης του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία,
- την γνωστοποίηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στους χώρους περίθαλψης,

- τους πόρους για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας,
- τη δημιουργία σωμάτων ελέγχου,
- τις διαδικαστικές εγγυήσεις και ασφαλιστικές δικλείδες που πρέπει να λαμβάνονται για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών,
- την πρόσβαση του ασθενούς σε πληροφορίες που αφορούν την υγεία του και
- την προστασία των δικαιωμάτων των ποινικών παραβατών ψυχικά ασθενών (ΜΥΠ, 2004).

Επίσης, για ειδικότερα ζητήματα, θεσμικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων έχουν Ανεξάρτητες Αρχές, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Ενισχυτικά στα παραπάνω λειτουργεί η πρόβλεψη του Ν. 3293/2004 με την οποία επεκτείνονται οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου του Πολίτη και σε θέματα υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης. (ΜΥΠ, 2004).

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, αλλά και οι ταυτόχρονες υποχρεώσεις του Κράτους, των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αναφέρονται ως ακολούθως (ΜΥΠ, 2004):

- Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων του ψυχικά ασθενούς αποτελεί ρητή νομική επιταγή, προασπίζεται από θεσμοθετημένα όργανα και αποτελεί βασική υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
- Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια). Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα στη λήψη υπηρεσιών υγείας, οι οποίες εμπεριέχουν τον πλέον ελάχιστο κίνδυνο για τη γενική κατάσταση της υγείας του. Στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας, η όποια είναι ένα εξαιρετικά ευαίσθητο θέμα, έχουμε σύγκρουση δύο αρχών. Από την μια, η αρχή για την ανάγκη θεραπείας και από την άλλη, η αρχή της ευθύνης του κράτους.
- Το δικαίωμα στην ισότητα. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν καθήκον να προασπίσουν το δικαίωμα των ψυχικά ασθενών στην ισότητα, υιοθετώντας την αρχή της ίσης μεταχείρισης. Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων στην Ελλάδα θεωρείται ως αδικοπραξία.

- Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα. Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων για την επικινδυνότητα της εγκατάστασης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα προϋποθέτει την δημιουργία ισχυρών κοινωνικών συμμαχιών.
- Το δικαίωμα στην ενημέρωση. Η ενημέρωση του ψυχικά ασθενούς ή/και του αμέσου συγγενικού του περιβάλλοντος για την κατάσταση της υγείας του και την προτεινόμενη ψυχοφαρμακευτική αγωγή αποτελεί βασικό δικαίωμα του ίδιου και υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας.
- Το δικαίωμα στην αποκατάσταση. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να απολαμβάνουν πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά εκφράζονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας. Η υποστήριξη της άσκησης του δικαιώματος συμμετοχής στις διαδικασίες αποκατάστασης θα πρέπει να αποσκοπεί στην αυτονόμηση του ψυχικά ασθενούς.
- Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων. Θα πρέπει οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους να ενθαρρύνονται στη διεκδίκηση μέτρων πολιτικής που συμβάλλουν στην παγίωση και ενίσχυση των δικαιωμάτων τους .

Η έννοια της συνηγορίας που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια έχει σαν στόχο να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα και να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2003) η συνηγορία αποτελεί ένα μηχανισμό αύξησης της συνειδητοποίησης σε θέματα ψυχικής υγείας μέσα από την υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων στην άσκηση και την προστασία των δικαιωμάτων τους. Επιπλέον, επιφέρει βελτιώσεις στην πολιτική, στην νομοθεσία και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το κίνημα της συνηγορίας συγκροτήθηκε αρχικά από τις οικογένειες ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τους ασθενείς, ως χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην πορεία ενσωματώθηκαν, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, επιστημονικές - επαγγελματικές οργανώσεις, διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έχουμε και κρατική συμμετοχή. (Μαδιανός, 2006).

Η συνηγορία θεωρείται ως μία από τα έντεκα δράσεις που απαρτίζουν μια ολοκληρωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία λόγω του οφέλους που προσκομίζει στους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειές τους (ΠΟΥ, 2003). Περιλαμβάνει τα εξής κύρια στοιχεία:

- αύξηση της συνειδητοποίησης,

- πληροφόρηση,
- εκπαίδευση,
- επιμόρφωση,
- αλληλοβοήθεια,
- συμβουλευτικές παρεμβάσεις,
- διαμεσολάβηση,
- υπεράσπιση,
- καταγγελία (Μαδιανός, 2006).

3.1.2 Αντιμετώπιση Στίγματος

Αρκετές είναι οι στρατηγικές που συμβάλλουν στον περιορισμό και στην εξάλειψη του στίγματος. Σύμφωνα με τον Corrigan (2001), μέσα από ένα εκτενές έργο του προσανατολισμένο αποκλειστικά στο στίγμα και στην αντιμετώπισή του, αναφέρει ότι οι τρεις κύριες στρατηγικές για τη μείωση του στίγματος είναι η εκπαίδευση, η διαμαρτυρία και η επαφή.

1. Εκπαίδευση

Σε αυτό το κομμάτι συμπεριλαμβάνεται η εκπαίδευση της κοινότητας, δηλαδή του πληθυσμού στην κατανόηση της ψυχικής ασθένειας από την έγκυρη και επιστημονική πλευρά προκειμένου να απορριφθούν ήδη υπάρχουσες πεποιθήσεις γύρω από αυτήν. Μείζονος σημασίας θα ήταν αυτή η εκπαιδευτική διαδικασία να πραγματοποιούνταν και από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, αλλά παρόλα αυτά η εκπαίδευση οφείλει να ξεκινήσει από τους ίδιους τους φορείς τους όπως παραδείγματος χάριν το σχολείο. Από την προσχολική κιόλας ηλικία θα έπρεπε να υπάρχει η πληροφορία στα παιδιά προκειμένου να προλαμβάνονται τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις ώστε μελλοντικά να αποτελέσουν κτήμα των ανθρώπων. (Corrigan et al. 2001).

Αναφορικά με την εκπαίδευση των ειδικών, οφείλει να στοχεύει τόσο στην αποφυγή όσο και στην αντιμετώπιση του στίγματος, καθώς πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν υπόψη τους τον παράγοντα στίγμα, δίνοντας μηδενική σημασία στον ψυχισμό αλλά και στη φροντίδα του. Επιπλέον, η εκπαίδευση των ειδικών δε θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στους ψυχιάτρους αλλά σε όλες τις ειδικότητες ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζονται

περιστατικά οι ίδιοι αλλά και οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές ασθένειες να γίνονται αποδεκτές και να ικανοποιούνται από τις υπηρεσίες υγείας. (Corrigan et al. 2001)

2. Διαμαρτυρία

Η συγκεκριμένη στρατηγική αναφέρεται κυρίως στα ΜΜΕ λόγω των στιγματιστικών πληροφοριών που μεταδίδουν για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αλλά και της αρνητικά φορτισμένης γλώσσας που χρησιμοποιούν για αυτά και έχοντας αντίκτυπο και στις οικογένειές τους. Πρόκειται για διαμαρτυρία όσων έχουν τη δυνατότητα να δουν καθαρά την αλήθεια της ψυχικής ασθένειας μέσα από την πληθώρα των μύθων και των στερεοτύπων. (Corrigan, 2001).

Τα ΜΜΕ μπορούν εύκολα να διαμορφώσουν απόψεις και συνειδήσεις, όπου τις περισσότερες φορές κινούνται προς την κατεύθυνση της αρνητικής προβολής την ψυχικής ασθένειας. Οι ιστορίες και η καθημερινότητα ατόμων που ζουν με την ψυχική ασθένεια, θα έπρεπε να ακουστούν και να προωθηθούν μέσω των ΜΜΕ, πράγμα που θα μπορούσε να αποτελέσει ευκαιρία να γνωρίσει ο κόσμος παραπάνω πληροφορίες για την ψυχική ασθένεια και να αντιληφθεί ότι επικίνδυνη δεν είναι αυτή, αλλά η ίδια η κοινωνία. (Corrigan et al. 2001).

Επιπροσθέτως, τα ΜΜΕ μέσω της ακριβής και έγκυρης παρουσίασης των θεμάτων γύρω από την ψυχική ασθένεια, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και κατά συνέπεια και στον περιορισμό του στίγματος. Παράλληλα, η συνεχής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ μπορούν συνδυαστικά να συμβάλλουν στην “αποϊδρυματοποιημένη” παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας καθώς και στην ενημέρωση και αντικειμενική πληροφόρηση της κοινής γνώμης. (Corrigan, 2001)

3. Επαφή

Η επαφή με την ψυχική ασθένεια είναι πολύ σημαντική καθώς μειώνει την τάση να υιοθετούμε στερεότυπα γύρω από αυτήν. Όσο πιο κοντά είμαστε στην ψυχική ασθένεια, τόσο πιο κοντά βρισκόμαστε και στην πραγματικότητα, καθώς προάγεται η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας αλλά και σε ανθρώπους που ζουν με την ψυχική ασθένεια, κι αυτό συμβάλλει στο να δούμε πίσω και πέρα από το στίγμα. Η αποδοχή του να βρεθούμε με άτομα που μπορούν να μοιραστούν την εμπειρία τους και τα βιώματά τους γύρω από την ψυχική ασθένεια, χωρίς να τα αποφεύγουμε, δείχνοντάς του ότι είναι αποδεκτά από την κοινότητα

και μπορούν να θεραπευτούν μέσα σε αυτή, συμβάλλει ικανοποιητικά στο μη διαχωρισμό τους από το “εμείς” στο “εσείς” (Corrigan et al. 2001).

Εδώ και λίγα χρόνια, το θέμα γύρω από το στίγμα και τον περιορισμό του είχε αρχίσει να προβληματίζει τις οργανώσεις υγείας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο (Ritcher et al. 2003, Thompson et al. 2002). Πλέον, αναγνωρίζουμε ότι η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα στοχεύουν όχι μόνο στην ανακούφιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, αλλά και στην αντιμετώπιση του στίγματος, θα είναι αποτελεσματικές και διαρκέστερες, σε συνδυασμό με τη σημαντικότερη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν οι οργανωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις οικογένειες των ασθενών (Tomaras et al. 2000).

3.2 Επαγγελματίες Υγείας και Στίγμα Ψυχικής Ασθένειας

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αντιπροσωπεύουν τα βιώματα των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, ακολουθώντας μια συγκεκριμένη παθολογική προσέγγιση για την ερμηνεία των καταστάσεων ψυχικής υγείας (Wahl et al. 2002). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και τα ψηφίσματα του Συμβουλίου της Ευρώπης, από το 1975, κατανοούν την σημαντικότητα της προώθησης της ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και των ριψοκίνδυνων συνδέσεων των ψυχικών ασθενειών με την κοινωνική περιθωριοποίηση (WHO, 2005).

Ο ΠΟΥ (2005) εξέδωσε μια Διακήρυξη Ψυχικής Υγείας για την Ευρώπη, τονίζοντας την σπουδαιότητα της αντιμετώπισης του στίγματος και των διακρίσεων, ταυτόχρονα με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών ατόμων. Ακόμα, το ψήφισμα αυτό, τονίζει την συσχέτιση των νομοθετικών πολιτικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων από επαγγελματίες υγείας, που είναι αρκετά σημαντική για την κοινωνική λειτουργικότητα των ανθρώπων που βρίσκονται σε κίνδυνο ή επηρεάζονται από ψυχικές νόσους και αναπηρίες (WHO, 2015).

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, παρά τις συνεχείς πολιτιστικές προόδους και την αυξημένη πρόσβαση στην γνώση, παραμένει ως θέμα συζήτησης (Faulkner, 2012). Ο φόβος του στιγματισμού των ανθρώπων για τις ψυχικές διαταραχές, παρακίνησε την δημόσια πολιτική και την διανομή πόρων για μεγάλο διάστημα. Έτσι, ο φόβος μπορεί να επηρεάσει τους πολίτες για να μεταβιβάσει στα ιδρύματα ψυχικής υγείας την εξουσία και τα μέσα που χρειάζονται για να επιβιώσουν. Μερικοί άνθρωποι πιθανόν να θέλουν να χρηματοδοτήσουν

ιδρύματα ψυχικής υγείας για να δώσουν την ευθύνη σε άλλους. Παρά τις προσπάθειες οργανώσεων ψυχικής υγείας να μειώσουν το στίγμα, τα ψυχιατρικά κέντρα πιθανόν να συνεχίζουν να επωφελούνται από αυτό ως έναν βαθμό.

Αρκετοί ψυχίατροι έχουν ανθρωπιστικά επαγγελματικά ενδιαφέροντα και προσωπικά οικονομικά οφέλη, για να φέρουν την ψυχική υγειονομική περίθαλψη ένα βήμα πιο κοντά στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτό θα βοηθούσε στην δικαιολόγηση της χρηματοδότησης της ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης, πράγμα που θα ήταν θετικό για την μακροχρόνια ασφάλεια εργασίας των ψυχιάτρων (Fleming, 2015).

Τα κέντρα ψυχικής υγείας απεικονίζονται συχνά στα ΜΜΕ με θετική στάση, ενσυναίσθηση και συμπόνια προς τα άτομα με ψυχική διαταραχή. Δυστυχώς, όμως, αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Τα ιδρύματα αυτά είναι ένας από τους βασικούς τομείς, στους οποίους τα άτομα με ψυχική νόσο θα μπορούσαν να βιώσουν το στίγμα. Αρκετές μελέτες πάνω σε αυτό το θέμα, έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης έχουν κάποιο στίγμα προς τα άτομα με ψυχική ασθένεια και επηρεάζονται από τα ΜΜΕ. Το στίγμα διαφέρει ανάλογα με την ψυχική διαταραχή και τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βιώσουν στίγμα, εξαιτίας της στενής επαφής με στιγματισμένες ομάδες, γνωστό και ως “στίγμα με ευγένεια” (Saif et al. 2019).

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, έχει επισημανθεί ως σοβαρό εμπόδιο στην διάγνωση και θεραπεία, αλλά και ως μεγάλη πηγή κακής ποιότητας σωματικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς. Οι στιγματιστικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή, μπορούν να προκαλέσουν έλλειψη προσοχής στις ιατρικές ανάγκες των νοσούντων, λάθος διαχείριση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, καθώς και κοινωνική περιθωριοποίηση (Lien et al. 2019).

Η εκπαίδευση προκαλεί μείωση των προκαταλήψεων και των περιφρονητικών στάσεων των επαγγελματιών υγείας, αν και πολλές φορές η μείωση αυτή είναι μικρή (Ay et al. 2006). Έντονη είναι η ανησυχία στους επαγγελματίες υγείας, για επικίνδυνη και μη προβλέψιμη συμπεριφορά, ιδιαίτερα για τους ψυχωτικούς. Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν σε επαγγελματίες υγείας, οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι τα άτομα που πάσχουν με σχιζοφρένεια αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους, αλλά και ότι είναι απρόβλεπτοι (Lien et al. 2019).

Γενικά, η στάση των επαγγελματιών υγείας βελτιώνεται μετά την άσκηση τους στην ψυχιατρική (Fleming & Szmukler, 2002). Οι στάσεις τους δεν διαφέρουν από αυτές του γενικού πληθυσμού, ενώ με την άσκηση αλλάζουν οι στάσεις και οι αντιλήψεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (Mukherjee et al. 2002). Σε μια μελέτη ειδικευομένων ιατρών με ποικίλες ειδικότητες, ούτε η ευρύτερη μόρφωση, ούτε η επιπλέον εκπαίδευση ή η επιλογή ειδικότητας επέφεραν βελτίωση στις στάσεις τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Ενώ, η μείωση των προκαταλήψεων παρατηρήθηκε, όταν οι ειδικευόμενοι επαγγελματίες περιέγραφαν βιώματα με ψυχικά ασθενείς στις οικογένειές τους (Chin & Balon, 2006).

3.2.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Ο όρος, επαγγελματίας ψυχικής υγείας, συνοδεύει ιστορικά την κοινωνικοποίηση της ψυχιατρικής φροντίδας και την αναγκαιότητα ολιστικής προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας, πέρα από το παραδοσιακό δίπολο ψυχίατρος - ασθενής (Χριστοδούλου, 2000). Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι διεπιστημονική και υποστηρίζεται από διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συνιστούν την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα που απαρτίζεται ενδεικτικά από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή, διοικητικό υπάλληλο, βοηθητικό προσωπικό, ειδικό προσωπικό κ.α. (Ν 2716/1999, άρθρο 9).

Κάθε ένα από τα μέλη της ομάδας αυτής ασκεί το δικό του επάγγελμα με τις αρμοδιότητες και τα δικαιώματα που απορρέουν μέσα από τις αρχές του συγκεκριμένου επαγγέλματος. Οι ρόλοι είναι διακριτοί λόγω της διαφορετικής εκπαίδευσης και προσέγγισης των ψυχοκοινωνικών θεμάτων, ωστόσο, συναρθρώνονται σε ένα ενιαίο αποκαταστασιακό σχέδιο για κάθε ασθενή (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2005).

- Ο ψυχίατρος. Ασχολείται με την διαδικασία της διαγνωστικής διερεύνησης, την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας καθώς και με την φαρμακευτική αγωγή των ψυχικά νοσούντων. Παράλληλα συμμετέχει και σε προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη, καθώς και με τη λειτουργία ομάδων ψυχοεκπαίδευσης ασθενών και γονέων (Καρύδη, 2007).
- Ο κοινωνικός λειτουργός. Αναπτύσσει στην πράξη την διαμεθοδική κοινωνική εργασία που συμπεριλαμβάνει την ΚΕΑ (Κοινωνική Εργασία με Άτομο), την ΚΕΟ

(Κοινωνική Εργασία με Ομάδα) και την ΚΕΚ (Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα). Ο βασικός σκοπός του Κοινωνικού Λειτουργού είναι η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ατόμων/συστημάτων. Επίσης, επιβοηθούν, ενδυναμώνουν, προωθούν τα άτομα, τις οικογένειες, τις ομάδες, τους οργανισμούς και τις κοινότητες στη βελτίωση της κοινωνικής τους λειτουργικότητας. Προσεγγίζουν τον άνθρωπο με ολιστικό τρόπο, παρεμβαίνοντας στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, ώστε να συμβάλλει στην επίλυση των εμποδίων που τυχόν προκύπτουν. (Σταθόπουλος, 2000)

Τέλος, αναλαμβάνουν ρόλο συμβουλευτικό, υποστηρικτικό, καθοδηγητικό, διαχειριστή περιπτώσεων, μεσολαβητικό, παρακινητικό, συνηγόρου, εμπειρογνώμονα. (Σταθόπουλος, 2000)

- Ο εργοθεραπευτής. Συμβάλλει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενή με ψύχωση μέσα από τις εργοθεραπευτικές δραστηριότητες σε συνεργασία με την οικογένεια και την ίδια την κοινότητα. Αποτελεί σύνδεσμο μεταξύ ασθενή και της ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και γενικότερες θεραπευτικές πληροφορίες. Τέλος, εργάζεται αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλα μέλη στην αξιολόγηση και στην έρευνα των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων και των προγραμμάτων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 2000).
- Ο ψυχολόγος. Συνεργάζεται με όλες τις άλλες ειδικότητες, στο επίπεδο της διάγνωσης, της αξιολόγησης ικανοτήτων και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Χρησιμοποιεί τα ψυχομετρικά τεστ με τα οποία θα καθορίσει το νοητικό επίπεδο του ασθενή, το βαθμό αντίληψης, προσοχής, μνήμης του και με αυτό τον τρόπο συμβάλλει στην καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση από την πολυκλαδική ομάδα (Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2009).
- Ο νοσηλευτής. Έχει ένα πολυδιάστατο ρόλο. Συμμετέχει στην κλινική και φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Στοχεύει στην δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς- νοσηλευτική διάγνωση. Συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο αξιοποιώντας την νοσηλευτική βάρδια που είναι 24ώρη και με αυτό τον τρόπο αποτελεί το συνδετικό κρίκο του ασθενούς με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα (Μαδιανός, 2000).

- Οι τεχνίτες - εκπαιδευτές. Είναι οι αρμόδιοι για την κατάρτιση των ασθενών στο αντικείμενο εργασίας που επέλεξαν κατά το στάδιο της επαγγελματικής εκπαίδευσης. Αναλαμβάνουν στο πλαίσιο των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης, τον ρόλο του εκπαιδευτή. Διδάσκουν τα μυστικά της ειδικότητάς τους και υποστηρίζουν τους ασθενείς βοηθώντας τους να προχωρήσουν στο επάγγελμα. Βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία με τους θεραπευτές οι οποίοι τους καθοδηγούν σε θέματα που αφορούν την νόσο των εκπαιδευόμενων (Παπαγεωργίου, 2004).

3.3 Κοινωνικός Λειτουργός και στίγμα ψυχικής ασθένειας

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι βασικοί πάροχοι κοινωνικών υπηρεσιών για άτομα με ψυχική ασθένεια, έχουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση και τη μείωση του στίγματος που επιφέρει η ψυχική ασθένεια και τις επιζήμιες συνέπειες που μπορεί να έχει αυτό στα άτομα και στις οικογένειές τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν παρέχουν μόνο σε κοινωνικό επίπεδο υπηρεσίες στα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και υποστηρίζουν την δικαιοσύνη, την ισότητα και την κοινωνική επανένταξη. Έχουν σημαντικό ρόλο, διότι αναγνωρίζουν και μειώνουν το στίγμα που φέρει μια ψυχική ασθένεια, αλλά και τις συνέπειες που έχει αυτήν στα άτομα και στις ομάδες (Scheyett, 2005).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές περιθωριοποιούνται, αδικούνται και στιγματίζονται από την κοινωνία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν φωνές των ατόμων αυτών στην δικαιοσύνη. Στην πρακτική τους, ασχολούνται με τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρουν οι ψυχικές διαταραχές στα συστήματα της κοινωνίας (Gitterman & Germain, 2008).

Με όλες αυτές τις αλλαγές, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα έπρεπε να επανεξετάσουν τις πεποιθήσεις και την ιδεολογία τους και να δώσουν νόημα στην θέση των ατόμων αυτών μέσα στην κοινωνία. Πλέον, η προσέγγιση τους θα έπρεπε να είναι ολιστική, καθώς το στίγμα μπορούσε να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους και να δημιουργήσει προβλήματα στην θεραπεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων. (Green, 2007).

Για να μειωθεί το στίγμα σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, καλύτερη μέθοδο αποτελεί πλέον η πρόληψη. Προτεραιότητα για τον κοινωνικό λειτουργό αποτελεί η ενίσχυση της αλληλεγγύης και συμμαχίας μέσα στην κοινότητα, οι οποίες θα κινητοποιήσουν τα άτομα και τις ομάδες (Sawyer, 2008). Σημαντικό είναι να εστιάζουν στο κάθε άτομο ξεχωριστά, δίχως να δημιουργηθούν απροσδόκητα αποτελέσματα (Green, 2007) και να θεσπιστούν αρχές και

πρακτικές για να εκτιμηθούν οι κίνδυνοι, αλλά και οι αντιλήψεις με σκοπό την ενδυνάμωση μέσω προοπτικών αισιοδοξίας και ελπίδας (Bird, 2010). Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι τα μοντέλα που θα υιοθετηθούν θα προωθούν την εξουσία των επαγγελματιών (Ramonet et al. 2007).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να μπορούν να δημιουργήσουν ουσιαστικές σχέσεις βοήθειας, με σκοπό οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να είναι πιο δυναμικοί να αναζητούν πηγές στην κοινότητα (O'Leary et al. 2013). Αυτό σημαίνει αυθεντικότητα απέναντι σε κάτι απρόσωπο και αντικειμενικό.

Ωστόσο, οργανώνουν σχέδια κάτω από πίεση, προκειμένου να αποδείξουν την αποδοτικότητά τους, οπότε δεν είναι πάντα σίγουρο ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν (Reamer, 2003). Όταν οι σχέσεις είναι λιγότερο δομημένες και τα όρια λιγότερο σαφή, οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν έχουν μεγάλη ευελιξία και υπάρχουν άκαμπτα όρια, άρα δημιουργούνται σχέσεις αβεβαιότητας με τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται μια ανισορροπία ισχύος, με αποτέλεσμα να χάνουν οι χρήστες κοινωνικών υπηρεσιών την εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του επαγγελματία (O'Leary et al. 2013).

Για να πετύχει ο κοινωνικός λειτουργός μια σχέση συμμαχίας απαιτείται συνέπεια και από την πλευρά του επαγγελματία και από αυτήν του ωφελούμενου. Επίσης, η ευελιξία, η εμπιστευτικότητα, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός βοηθούν στο να χτιστεί αυτή η σχέση (Beresford et al. 2008).

Επιπρόσθετα, το άτομο είναι πιθανόν να αντιμετωπίζει, εκτός την ψυχική του ασθένεια, την φτώχεια, την έλλειψη στέγης κι έτσι να αισθάνεται εγκλωβισμένο κι ότι βρίσκεται εκτός της συλλογικότητας μιας ομάδας. Σε αυτήν την περίπτωση, σημαντικό είναι ο κοινωνικός λειτουργός να βοηθήσει το άτομο να συμμετέχει με ευθύνη στις αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα του, ώστε να ενισχύεται το δικαίωμα στην αυτενέργεια και στις κοινωνικές δράσεις (Lamb & Bachrach, 2001).

Οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα έχουν αντίκτυπο και στην οικογένεια του ατόμου με ψυχική διαταραχή, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να στηρίξει το μέλος της και να μην μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του. Ο γονείς βιώνουν το κοινωνικό στίγμα της αποτυχίας κι ότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα ήθη και ιδανικά της κοινωνίας (Harden, 2005). Συχνό είναι ότι η κοινωνία κατηγορεί τους ίδιους για την κατάσταση του παιδιού τους (Singh, 2005)

και τους αποδίδεται τεράστια ευθύνη, με αποτέλεσμα να υιοθετούν αυτές τις στάσεις και να αισθάνονται θλίψη και αναστάτωση (Milliken & Northcott, 2003).

Σε αυτήν την περίπτωση, οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν εκτεταμένες υπηρεσίες για την ενδυνάμωση της οικογένειας εστιάζοντας στις σχέσεις των μελών, δίνοντας ευκαιρίες στην ανάπτυξη καλύτερων δεξιοτήτων επικοινωνίας (Gehlert & Browne, 2006). Η πολιτική της “ανοιχτής πόρτας” από τον κοινωνικό λειτουργό του δίνει την δυνατότητα να προγραμματίσει παρεμβάσεις με επιτυχία μέσα από συντονισμένες δεξιότητες, ώστε να μπορέσουν οι γονείς να ελαχιστοποιήσουν το οικογενειακό στίγμα (Engqvist & Nilsson, 2013).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να αντιμετωπίσουν τις λανθασμένες αντιλήψεις, το στίγμα και τα κοινωνικά στερεότυπα για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Μπορούν να σταθούν απέναντι στην παραπληροφόρηση και να υποστηρίξουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, να σταθούν απέναντι σε κάθε τι εχθρικό το οποίο μπορεί να παρεμβάλει και να αντανακλά τη μανία και τους φόβους μιας κοινότητας απέναντι στο διαφορετικό. (Sawyer, 2008).

Η κοινωνική εργασία έχει ουσιαστικό ρόλο απέναντι στις αρνητικές αναπαραστάσεις για την ψυχική ασθένεια, προάγοντας την αλήθεια απέναντι στους μύθους που αβίαστα δημιουργούν για αυτή, άτομα και ομάδες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν και πρέπει να στηρίζουν το δικαίωμα της διαφορετικότητας και της προσπάθειας που κάνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές για ίσες ευκαιρίες, σε όλο το φάσμα της κοινωνικής προσαρμογής. Μπορούν και ενισχύουν την αυτοπεποίθηση του ατόμου μέσα από την αυτοδιαχείριση και την ενεργοποίηση, ώστε το ίδιο να αναλάβει το πλαίσιο της αυτοφροντίδας που χρειάζεται. Επιπλέον, καλλιεργούν την αίσθηση ότι το ίδιο το άτομο διαθέτει την ικανότητα να αναλάβει κοινωνικούς ρόλους μέσα από τις ομάδες αυτοβοήθειας. (Sawyer, 2008).

Η συνεργασία μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του ψυχικά πάσχοντος, όσον αφορά το κοινωνικό στίγμα που υπάρχει προς τον ψυχικά πάσχοντα, πρέπει να διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές, όπως:

- 1) η εχεμύθεια του επαγγελματία,
- 2) η ενσυναίσθηση - ένδειξη κατανόησης του κοινωνικού λειτουργού προς τον ψυχικά πάσχοντα και

- 3) η συνέπεια - υπευθυνότητα, για να αισθανθεί ασφάλεια ο ψυχικά πάσχων και να μπορέσει να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του επαγγελματία. (Κουντουράς, 2020).

3.3.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε μία μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε μία μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι πολυδιάστατος. Πιο αναλυτικά: (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2005)

- αναπτύσσει την διαμεθοδική κοινωνική εργασία (ΚΕΑ, ΚΕΟ, ΚΕΚ),
- προσεγγίζει τον άνθρωπο με ολιστικό τρόπο,
- έχει ατομικές συναντήσεις με τον ψυχικά ασθενή αλλά και την οικογένεια του επηρεάζοντας με θετικό τρόπο τις μεταξύ τους σχέσεις,
- πραγματοποιεί ομάδες ενοίκων και τέλος αποτελεί το συνδετικό κρίκο της δομής με την κοινότητα,
- εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών δυσλειτουργιών που παρεμβαίνουν τόσο στην έναρξη και πορεία της ασθένειάς του όσο και στη διαδικασία της θεραπείας του, με στόχο τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης,
- διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του στίγματος,
- συμμετέχει καταλυτικά στη διεργασία του αποστιγματισμού, συμμετέχοντας και με τους άλλους επαγγελματίες στην οργάνωση διαλέξεων και εκδηλώσεων για την ενημέρωση της κοινότητας.

Συνεπώς, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, επικεντρώνεται στα παρακάτω: (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2005)

- Αποτελεί ενεργό μέλος της πολυκλαδικής ομάδας, και συμμετέχει στην μελέτη και διαμόρφωση του εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος για κάθε ένοικο.
- Αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση των κοινωνικό-προνοιακών αναγκών των ενοίκων
- Είναι ο συνδετικός κρίκος της επαφής των ενοίκων με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.
- Αναλαμβάνει πρωτοβουλίες με στόχο την προάσπιση των δικαιωμάτων των ενοίκων (ατομικά , κοινωνικά, πολιτικά).

- Συμμετέχει σε δραστηριότητες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας σε θέματα αναφορικά με την ψυχική ασθένεια και την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος
- Μέσα από ειδική εκπαίδευση ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

Μέρος Β΄: Ερευνητικό

Κεφάλαιο 4^ο - Μεθοδολογία

4.1 Χαρακτηριστικά της έρευνας

Πρόκειται για μία ποιοτική έρευνα, που γίνεται στα πλαίσια της συλλογής απόψεων των επαγγελματιών που ασχολούνται με τον χώρο της ψυχικής υγείας στην Κρήτη, γύρω από το θέμα του στιγματισμού που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια. Η μελέτη τηρεί τις προϋποθέσεις ερευνητικής δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου και έχει πάρει την έγκριση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

4.2 Συμμετέχοντες

Στις συνεντεύξεις συμμετείχαν εννέα (9) ιδιώτες επαγγελματίες υγείας καταρτισμένοι σε θέματα ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί). Η επιλογή έγινε με κριτήρια την εξειδίκευσή τους στις ψυχικές διαταραχές (ψύχωση και διπολικές), την εργασιακή εμπειρία τους (προϋπηρεσία τουλάχιστον 2 έτη) και το να εργάζονται στην Κρήτη, έτσι ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη άποψη για το θέμα που εστιάζουμε.

Ειδικότερα, η επιλογή των συνεντευξιζόμενων έγινε με βάση την επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα που διεξήχθη και περιλάμβανε ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. (Ακολουθεί αναλυτική λίστα με όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, με την ιδιότητα, την επαγγελματική τους εμπειρία καθώς και τον τόπο εργασίας τους).

Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 4.1) διακρίνονται ως εξής: Ένας άνδρας και οκτώ γυναίκες, έξι ψυχολόγοι, δύο ψυχίατροι και ένας κοινωνικός λειτουργός, όλοι έχουν επαγγελματική εμπειρία μεγαλύτερη από πέντε χρόνια, πέντε εργάζονται στο Ηράκλειο, τρεις στο Ρέθυμνο και ένας στα Χανιά.

Πίνακας 4.1 Χαρακτηριστικά των ερευνώμενων

Συμμετέχοντες:	Φύλο:	Επαγγελματική ιδιότητα:	Εργασιακή εμπειρία:	Τόπος:
Ερωτώμενος Νο 1	Άνδρας	Ψυχίατρος	10+ χρόνια	Ηράκλειο
Ερωτώμενος Νο 2	Γυναίκα	Ψυχολόγος	25+ χρόνια	Ρέθυμνο
Ερωτώμενος Νο 3	Γυναίκα	Ψυχολόγος	7 χρόνια	Ηράκλειο
Ερωτώμενος Νο 4	Γυναίκα	Ψυχολόγος	5 χρόνια	Χανιά
Ερωτώμενος Νο 5	Γυναίκα	Ψυχίατρος	8 χρόνια	Ηράκλειο
Ερωτώμενος Νο 6	Γυναίκα	Ψυχολόγος	6 χρόνια	Ηράκλειο
Ερωτώμενος Νο 7	Γυναίκα	Ψυχολόγος	14 χρόνια	Ρέθυμνο
Ερωτώμενος Νο 8	Γυναίκα	Ψυχολόγος	10+ χρόνια	Ρέθυμνο
Ερωτώμενος Νο 9	Γυναίκα	Κοινωνικός Λειτουργός	10+ χρόνια	Ηράκλειο

Η αναζήτηση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε μέσω διαδικτύου και κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας προγραμματίστηκαν οι συνεντεύξεις οι οποίες διεξήχθησαν εξ αποστάσεως μέσω ηλεκτρονικών πλατφορμών (Skype, Messenger, Viber). Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν από την αρχή για τον σκοπό της έρευνας και την διατήρηση του απορρήτου των απαντήσεών τους μέσω ενημερωτικού εντύπου που τους είχαμε αποστείλει στο ηλεκτρονικό τους ταχυδρομείο. Επιπλέον σε συνδυασμό με αυτό είχε αποσταλεί και έντυπο συναίνεσης, όπου και υπογράφηκε επίσημα. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν (με την σύμφωνη γνώμη των ερωτώμενων) και έγιναν κατα την χρονική περίοδο από Μάιο έως Ιούνιο 2022 και είχαν διάρκεια περίπου κατά μέσο όρο σαράντα λεπτών.

4.3 Συνεντεύξεις - Ερωτηματολόγια

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι μια επαγωγική προσέγγιση (Creswell, 2012), η οποία χρησιμοποιεί ημιδομημένες ερωτήσεις για να μελετήσει τις υπάρχουσες απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Κρήτη σχετικά με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας.

Κατά την διάρκεια όλων των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε ένα ημιδομημένο πλάνο ερωτήσεων ώστε να διασφαλιστεί η συνοχή, να απαντηθούν τα απαραίτητα ερωτήματα αλλά και να υπάρχει ευελιξία (Καλλινικάκη, 2010). Τα κυριότερα θέματα που διερευνήθηκαν είναι τα εξής: τι είναι στίγμα ψυχικής ασθένειας, πως δημιουργείται, ποια η σχέση των ΜΜΕ με το στίγμα, πως επιδρά και τι συνέπειες έχει στο άτομο/ στην οικογένεια/ στην κοινωνία, ποιες είναι οι υπάρχουσες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του στίγματος, ποιες οι συνέπειες από την έλλειψη των υπηρεσιών αυτών και προτάσεις για το μέλλον.

4.4 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν, με την συγκατάθεση των συνεντευζιζόμενων, και στην συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν από τις ερευνήτριες, τηρώντας την εχεμύθεια και την εμπιστευτικότητα στα προσωπικά τους δεδομένα. Ως μέθοδο ανάλυσης στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου (content analysis), καθώς το ερευνητικό υλικό προέκυψε από συνεντεύξεις (Καλλινικάκη, 2010). Αφού μελετήθηκε αρκετά το περιεχόμενο όλων των συνεντεύξεων, χωρίστηκε στις κυριότερες θεματικές ενότητες (όπως υπήρχαν και απο το ημιδομημένο πλάνο) και κατατάχθηκαν οι αντίστοιχες πληροφορίες. Και στις εννέα συνεντεύξεις, έγινε ο διαχωρισμός των δεδομένων στις εξής ενότητες: τι είναι στίγμα ψυχικής ασθένειας, πως δημιουργείται, ποια η σχέση των ΜΜΕ με το στίγμα, πως επιδρά και τι συνέπειες έχει στο άτομο/ στην οικογένεια/ στην κοινωνία, ποιες είναι οι υπάρχουσες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του στίγματος, ποιες οι συνέπειες από την έλλειψη των υπηρεσιών αυτών και προτάσεις για το μέλλον.

Για να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, κάθε ερευνήτρια ανέλαβε την κωδικοποίηση των συνεντεύξεων ξεχωριστά, κατέληξε σε δικά της συμπεράσματα καταγράφοντάς τα και στην συνέχεια ακολούθησε η σύγκριση των

συμπερασμάτων και των τριών ερευνητριών, ώστε να εξεταστεί αν προέκυψαν διαφορές στις κωδικοποιήσεις αυτές.

Κεφάλαιο 5^ο - Αποτελέσματα

α. Τι είναι στίγμα ψυχικής ασθένειας

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας με βάση την πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων είναι μια ταμπέλα που μπαίνει στους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια και στηρίζεται σε στερεότυπα, προκαταλήψεις και διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις.

“Είναι γενικότερα η άποψη για το κομμάτι του ότι αν ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να είναι λειτουργικός, αν μπορεί τέλος πάντων να ανταποκριθεί στην καθημερινότητά του και γενικότερα είναι κάτι που χαρακτηρίζει μια ταμπέλα έναν ψυχικά ασθενή για το πώς μπορεί να λειτουργήσει.” (Ερωτώμενος Νο 5)

Γενικότερα, πρόκειται για ένα μεγάλο ταμπού της κοινωνίας εδώ και χιλιάδες χρόνια και όπως σχολίασε και ένας από τους συμμετέχοντες :

“Το στίγμα είναι μία παγιωμένη κοινωνική αντίληψη, που θεωρεί ότι οι άνθρωποι που έχουν μία ψυχική ασθένεια, ότι είναι διαφορετικοί από τους υπόλοιπους και συνοδεύεται από φόβο, αποστροφή, επιφυλακτικότητα και δημιουργεί σοβαρά προβλήματα και στους ανθρώπους που έχουν ψυχική νόσο και στην οικογένεια τους. Τα πράγματα που είναι αυτονόητα στους πιο πολλούς, για τους ανθρώπους που έχουν μια ψυχική πάθηση λόγω του στίγματος είναι πιο δύσκολο.” (Ερωτώμενος Νο 1)

β. Πως δημιουργείται το στίγμα της ψυχικής ασθένειας

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω δημιουργείται από τις κοινωνικές συνθήκες χιλιετιών. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι είναι απότοκο ελλιπούς ενημέρωσης - πληροφόρησης, καθώς και αναπαραγωγής λανθασμένων φράσεων.

“Για μένα η βασική προέλευση του στίγματος είναι η ελλιπής ενημέρωση.”
(Ερωτώμενος Νο 3)

“...γιατί οι άνθρωποι έχουν τη λανθασμένη αίσθηση του ποιός είναι ο ψυχικά ασθενής. Οι περισσότεροι δηλαδή, νομίζουν ότι όταν ακούσουν πως κάποιος είναι ψυχικά ασθενής είναι ο ‘σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι’ από τον οποίο κινδυνεύουν οπότε ο φόβος και ο κίνδυνος που πιστεύουν ότι μπορεί να σφάζει είναι κάτι το οποίο τους κάνει να περιθωριοποιούν το άτομο το οποίο έχει μία ψυχική ασθένεια.” (Ερωτώμενος Νο 9)

Με άλλα λόγια, το στίγμα δημιουργείται από πολλούς παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι η έλλειψη δομών και πληροφόρησης.

“Για μένα η βασική προέλευση του στίγματος είναι η ελλιπής ενημέρωση, η έλλειψη δομών και η έλλειψη επαρκούς φροντίδας αυτών των ανθρώπων.”
(Ερωτώμενος Νο 3)

Ένας άλλος παράγοντας είναι η απουσία θεραπείας.

“Το στίγμα είναι οι κοινωνικές συνθήκες χλιετιών ένα μέρος, ένα δεύτερο μέρος η απουσία θεραπείας, ένα τρίτο μέρος οι παρενέργειες της θεραπείας.”
(Ερωτώμενος Νο 1)

Ακόμα, το περιβάλλον του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην δημιουργία του στίγματος.

“Το περιβάλλον που θα γεννηθεί και θα μεγαλώσει το κάθε άτομο θα βοηθήσει το στίγμα να αναπτυχθεί και να φουντώσει ή αλλιώς να το κατευνάσει.”
(Ερωτώμενος Νο 2)

Όπως τονίστηκε από μερικούς, η κοινωνία βολεύεται στο να βάζει ταμπέλες γιατί με αυτόν τον τρόπο είναι εύκολο να κατηγοριοποιεί ανθρώπους.

“Γενικά, οι άνθρωποι βολευόμαστε να βάζουμε εύκολα ταμπέλες γιατί έτσι ξεμπερδεύουμε και λέμε αυτός είναι αυτό... η κοινωνία βολεύεται να χαρακτηρίζει ανθρώπους ή να μεταχειρίζεται ανθρώπους στιγματισμένους. Γιατί

η κοινωνία έχει μάθει να χωρίζει τους ανθρώπους σε κατηγορίες και της αρέσει να κάνει κατηγοριοποίηση.” (Ερωτώμενος Νο 2)

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι μόνο ένας ερωτώμενος ανέφερε ότι τα ΜΜΕ παίζουν σημαντικό ρόλο στην δημιουργία και συντήρηση του στίγματος.

“Από την έλλειψη γνώσης, ουσιαστικής γνώσης, από την παραπληροφόρηση που υπάρχει και από την δημοσιότητα και υπερπροβολή που παίρνουν συγκεκριμένα περιστατικά. Προβολή εννοώ από τα Μ.Μ.Ε. όπου δίνουν την εντύπωση στον γενικό πληθυσμό ότι ένας ψυχικά ασθενής σκοτώνει τα παιδιά του π.χ. πιάνω το πρόσφατο. Δημιουργείται λοιπόν από την έλλειψη ουσιαστικής γνώσης, από στερεότυπα και προκαταλήψεις και από τα πρότυπα που προβάλλονται μέσα από τα Μ.Μ.Ε. όπου δεν είναι αντικειμενικά, δηλαδή εστιάζουν σε κάτι και το γενικεύουν δημιουργώντας έτσι έναν φόβο.” (Ερωτώμενος Νο 9)

γ. Πως επιδρά και τι συνέπειες έχει στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινωνία

Στο άτομο:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι το στίγμα επιδρά και έχει συνέπειες σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου.

“Στην ζωή ολόκληρη του ατόμου. Στην δουλειά του, στις σχέσεις του, στην κοινωνικότητά του, στις δεξιότητές του.” (Ερωτώμενος Νο 2)

Επηρεάζεται η κοινωνική ζωή του ατόμου, οι διαπροσωπικές του σχέσεις αλλά και ο εργασιακός τομέα του.

“Το άτομο, δηλαδή, πολλές φορές επηρεάζεται και στις κοινωνικές του σχέσεις και στον εργασιακό τομέα και στον συντροφικό, γιατί με το που ακούσει ο άλλος μια γνωμάτευση, κατευθείαν μπαίνει σε σκέψεις και παίρνει μια απόσταση πολλές φορές, χωρίς να χρειάζεται.” (Ερωτώμενος Νο 4)

“Ένας άλλος τομέας της κοινωνικής ζωής που εμφανίζεται πρόβλημα λόγω του στίγματος είναι η δουλειά. Έχουν μειωμένη πρόσβαση στην αγορά εργασίας. Κάποιος δεν θα πάρει Στην δουλειά του εύκολα έναν που ξέρει βεβαιωμένα ότι έχει κάποια ψυχική ασθένεια.” (Ερωτώμενος Νο 1)

Αντίκτυπο υπάρχει και στην ψυχολογία του ατόμου.

“... πολλές φορές μπορεί να επιδεινώνει και την πορεία του. Να τον περιορίζει κοινωνικά και να επιδεινώνει έτσι γενικότερα την ψυχική του κατάσταση.” (Ερωτώμενος Νο 6)

Επίσης αναφέρθηκε από αρκετούς ότι ο στιγματισμός μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση στην κατάσταση του ατόμου, εσωστρέφεια, περιθωριοποίηση, απομόνωση, ντροπή και να το καταστήσει μη λειτουργικό.

“Νομίζω ότι αυτό πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει στην περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης του ατόμου, μπορεί να δημιουργήσει αισθήματα ντροπής στο ίδιο και στην οικογένεια και αυτό να οδηγήσει σε περαιτέρω περιθωριοποίηση του απομόνωση του και κατ’ επέκταση στην επιδείνωση της παθολογίας του.” (Ερωτώμενος Νο 3)

“Τα κάνει να φαίνονται θύματα, τα κάνει να φαίνονται “οι παράξενοι”, “οι αλλόκοτοι”, δεν ενσωματώνονται εύκολα με το στίγμα, αν υπάρχει. Δεν ενσωματώνονται δεν καταλαβαίνει, δηλαδή, ο πολύς ο κόσμος ότι είναι μέρος της πραγματικότητας.” (Ερωτώμενος Νο 7)

Στην οικογένεια:

Όσον αφορά την οικογένεια, αρχικά επικρατεί μία άρνηση (μη αποδοχή) και επιφυλακτικότητα, καθώς είναι έντονο το συναίσθημα της ντροπής και του φοβού.

“Γίνονται πολύ επιφυλακτικοί, κρυψίνους, δεν αποδέχονται το άτομο. Εάν προκύψει λέμε τώρα, αν έχουν άτομο με ψυχική ασθένεια και να μην έχουν, εάν προκύψει δεν θα πάνε άμεσα, δεν θα σκεφτούν πολύ εύκολα να πάω σε έναν

ειδικό ρε παιδί μου... Ο φόβος για το τι θα πουν οι τριγύρω. Μην τους κολλήσει η ταμπελίτσα...” (Ερωτώμενος Νο 7)

“Και όσον αφορά την οικογένεια του, πολλή ντροπή και πάλι δυσκολία να βοηθήσει γιατί εκτός από το τι θα κάνω, πώς θα βοηθήσω έχει να αντιμετωπίσει το τι θα πει η γειτονιά, ας το κρύψω καλύτερα.” (Ερωτώμενος Νο 3)

Έτσι, υπάρχει απομόνωση, συγκρούσεις, αποφυγή θεραπείας και ψυχολογική επιβάρυνση.

“...στο άτομο κυρίως οδηγεί στο να απομονώνεται, το ίδιο ισχύει και για την οικογένεια του ατόμου... Στην οικογένεια υπάρχει μια έντονη ψυχολογική επιβάρυνση, συνήθως. Δηλαδή και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας έχουν μια σοβαρή επίπτωση, πρώτον από το γεγονός ότι ο άνθρωπος αυτός δεν αναζητά βοήθεια, δεν δέχεται βοήθεια, με αποτέλεσμα να υπάρχουν συγκρούσεις, στην οικογένεια να μην υπάρχει ή να υπάρχουν πολλές φορές και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της οικογένειας που συνήθως αποτελούν και τους φροντιστές των ατόμων αυτών.” (Ερωτώμενος Νο 5)

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας επαγγελματίας μόνο αναφέρθηκε και στις θετικές επιδράσεις μέσα στην οικογένεια:

“Μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας οι οποίες είναι είτε θετικές, είτε αρνητικές. Δηλαδή, μπορεί το άτομο με οποιοδήποτε θέμα ψυχικής ασθένειας υγείας να στοχοποιηθεί και να έχει αρνητική επίδραση πάνω του, είτε μπορεί να γίνει βασιλιάς της οικογένειας και με αυτό τον τρόπο να επιβαρυνθούν οι υπόλοιποι. Είναι πολύ σύνηθες αυτό, το συναντάμε σε γονείς με παιδιά τα οποία έχουν θέμα ψυχικής υγείας, τα αντιμετωπίζουν ως τα αδύναμα, τα κακόμοιρα και όλη τους την προσοχή και το ενδιαφέρον στρέφεται σε αυτά στερώντας την από τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας...Υπάρχουν δηλαδή δύο όψεις του στίγματος μέσα στην οικογένεια.” (Ερωτώμενος Νο 9)

Σαν αποτέλεσμα όλα αυτά έχουν οι γονείς να μην χαίρονται το μεγάλωμα του παιδιού όταν αυτό νοσεί και να προκαλούνται ανησυχίες για το μέλλον.

“Όταν έχουμε ένα παιδί που πάσχει από μία ψυχική διαταραχή, εμείς αντιμετωπίζουμε τα εξής ζητήματα, το ένα είναι ότι δεν χαίρονται το μέγλωμα του παιδιού ή την εφηβική-νεανική ηλικία, όσο θα την χαιρόταν, εάν δεν υπήρχε η ψυχική πάθηση. Το δεύτερο είναι ότι μπαίνουν ανησυχίες για το μέλλον ότι τι θα γίνει αυτό το παιδί, πως θα ζήσει όταν εμείς πεθάνουμε, πως θα μπορέσει στη ζωή του να κάνει οικογένεια, που υπάρχει αυτή η διαταραχή και ποιος θα το θέλει το παιδί, πως θα βρει δουλειά. Ακόμα και ικανό να είναι το παιδί να βρει δουλειά ποιος θα το πάρεις τη δουλειά που είναι άρρωστο. Και το αποτέλεσμα είναι ότι οι οικογένειες αυτές κλείνονται μέσα στο σπίτι στο στενό οικογενειακό πλαίσιο και προσπαθούν να αποκρύψουν το πρόβλημα από την υπόλοιπη κοινωνία για να μην στιγματιστούν συνολικά σαν οικογένεια.” (Ερωτώμενος Νο 1)

Στην κοινωνία:

Λόγω της άγνοιας που επικρατεί στην κοινωνία σχετικά με την ψυχική ασθένεια, δημιουργείται ο φόβος και μια περιορισμένη αντιληπτική ικανότητα για αυτά τα άτομα, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια στασιμότητα και αδυναμία διαχείρισης που οδηγεί στον εγκλεισμό σε ιδρύματα και στην ψυχοϊατροποίηση.

“...υπάρχει μια τάση ψυχοϊατροποίησης οποιασδήποτε παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Εάν υπάρχει μια γνώμη που δεν συμβαδίζει με τα κοινωνικά αποδεκτά, από κάτω θα γράφουν ότι θέλει ψυχίατρο. Αυτό δημιουργεί μια μεγάλη δυσκινησία στη σκέψη μιας κοινωνίας. Δηλαδή, κατευθείαν με το “θεε ψυχίατρο” μπαίνουν παρωπίδες...” (Ερωτώμενος Νο 1)

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ειπώθηκε και η μεταβλητή του τόπου η οποία οδηγεί στην άμβλυνση του φαινομένου:

“Για την κοινωνία ε; για το κοινωνικό πλαίσιο παρατηρούμε ότι στο Ρέθυμνο και γενικά στην Κρήτη, έχει μεγάλο ποσοστό ψυχικής ασθένειας συγκριτικά με την υπόλοιπη Ελλάδα, δηλαδή στατιστικά λιγότερος πληθυσμός- περισσότερη αύξηση ψυχικής ασθένεια σχετικά με το υπόλοιπο της Ελλάδας. Παλιότερα μάλιστα εδώ στο Ρέθυμνο έλεγαν ότι έφταιγε το νερό. Δεν είναι τυχαίο που σε

κάποιες περιοχές μπορεί κάποιος να έχει μία διπολική διαταραχή τέλος πάντων και να ακούμε πολύ συχνά να λένε ότι αυτός είναι «ο τρελός του χωριού»...Μέσα στις κλειστές κοινωνίες, μία συγκεκριμένη νοοτροπία μεγαθύνεται, το πρόβλημα μεγαθύνεται και υπάρχει ακόμα μεγαλύτερος στιγματισμός και λόγω άγνοιας και λόγω έλλειψης ενημέρωσης και λόγω μη ευαισθητοποίησης.” (Ερωτώμενος Νο 8)

δ. Ποια η σχέση των ΜΜΕ με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας

Σε αυτό το κομμάτι, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αρνητική σχέση, καθώς ενισχύουν στερεότυπα και προκαταλήψεις και διαιωνίζουν το στίγμα και τον φόβο.

“Τα ΜΜΕ...βοηθούν στη διατήρηση και στη συντήρηση του...δεν τους αφορά να αποδομήσουν στερεότυπα και προκαταλήψεις ίσα-ίσα τα ενισχύουν...Άρα επιδρούν αρνητικά. Ως προς το στίγμα βοηθούν στη συντήρηση του.”
(Ερωτώμενος Νο 9)

Ακόμα, παρατηρείται μια μεγάλη σύνδεση, από τα ΜΜΕ, της ψυχικής ασθένειας με την επικινδυνότητα.

“...τα ΜΜΕ από την μια έχουν αυτήν την στρεβλή ερμηνεία μιας συμπεριφοράς, η οποία ερμηνεύεται καλύτερα μέσα από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εκδηλώνεται. Αφετέρου, έχουν συνδέσει την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας με την επικινδυνότητα.”(Ερωτώμενος Νο 1)

Σε όλα αυτά συμβάλλει πολλές φορές, η μη επαγγελματική στάση των ειδικών που παίρνουν θέση δημόσια, χωρίς να υπάρχουν κυρώσεις για τις αυθαίρετες γνωματεύσεις, και των λανθασμένων όρων που χρησιμοποιούν γύρω από την ψυχική υγεία.

“Πιστεύω το αναπαράγουν πάρα πολύ, από παλιά εγώ θυμάμαι όταν ήμουνα παιδί που το έλεγαν και το άκουγα. Υπάρχει ελλιπής ενημέρωση και υπάρχουν δυστυχώς κάποιοι συνάδελφοι που βγαίνουν στην τηλεόραση και κάνουν

διαγνώσεις χωρίς να έχουν γνωρίσει το άτομο για το οποίο μιλάμε. Χρησιμοποιούνται λανθασμένα όροι και έννοιες όπως η ψύχωση χωρίς να ξέρουν τι είναι και αναπαράγουν το στίγμα συνδέοντάς το με την επικινδυνότητα οπότε θεωρώ ότι δεν βοηθάει ιδιαίτερα, αν και τα τελευταία χρόνια υπάρχουν δράσεις και πράγματα που λέγονται και είναι πιο σωστά αλλά θεωρώ σε μεγάλο βαθμό ότι έχουν συμβάλει τα ΜΜΕ και στη δημιουργία και στη διαίωνιση του στίγματος.” (Ερωτώμενος Νο 3)

Επίσης, αναφέρθηκε ότι τα ΜΜΕ επιλέγουν το τί και το πώς θα προβληθεί ένα γεγονός, με βάση τα συμφέροντα και την πολιτική γραμμή που ακολουθούν:

“Στο μυαλό μου έρχεται το ότι «ήταν σχιζοφρενής, παρανοϊκός, οπότε πήρε ένα πιστόλι και καθάρισε όλους τους γύρω του», εκεί μπλέκει πάρα πολύ το θέμα στα ΜΜΕ ανάλογα με το τι θέλουν να προβάλλουν, το πώς πολλά πράγματα μπαίνουν κάτω από την ομπρέλα της ψυχικής ασθένειας και δικαιολογούνται... Ανάλογα το τι θέλουν να πετύχουν, εδώ θα παίζει πολύ μεγάλο ρόλο η δημοσιογραφία και το πως την ορίζουμε. Δεν βγάζουμε την είδηση αλλά τοποθετούμαστε σε αυτό κάτι το οποίο επίσης είναι αντιδεοντολογικό. Κατά τη δική μου άποψη, το τι συμφέροντα καλύπτουν, το τι τηλεθέαση θέλουν να κάνουν, το πώς η πολιτική παίζει το ρόλο της σε αυτό σίγουρα δεν βοηθάει το στίγμα αλλά το ενισχύει.” (Ερωτώμενος Νο 8)

Εντύπωση προκάλεσε ακόμα το ότι αναφέρθηκε και θετική επίδραση των ΜΜΕ, από δύο συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνία ενημερώνεται από τα ΜΜΕ και τις ορθές διαφημίσεις τους, για τα οφέλη της ψυχοθεραπείας. Έτσι επιτυγχάνεται η ευαισθητοποίηση και ο σταδιακός αποστιγματισμός της.

“Θα πω ότι έχει αρχίσει λίγο και βοηθάει. Με την έννοια ότι ακούμε όλο και περισσότερα... Ακούμε όλο και περισσότερους διάσημους ανθρώπους να εμπλέκονται στην ψυχοθεραπεία και να συζητούν για τα οφέλη και πιο σύγχρονες απόψεις γύρω από αυτό το κομμάτι. Υπάρχει δηλαδή μια, θεωρώ σε κάποια κομμάτια, μια ώθηση του κόσμου να στραφεί σε αυτό και μέσα από μια ταύτιση. Βλέπουμε έναν άνθρωπο με τον οποίο είμαστε εξοικειωμένοι, πολλές φορές τον θαυμάζουμε, να αναφέρει πόσο πολύ έχει ωφεληθεί από την

διαδικασία. Επομένως βάζει τον κόσμο στην λογική να το σκεφτεί και να το ψάξει. Ως προς την ατομική ψυχοθεραπεία εννοώ... Θεωρώ δηλαδή, ότι υπάρχει ένα πολύ θετικό κομμάτι της ευαισθητοποίησης, της ανάγκης και της ανάληψης...” (Ερωτώμενος Νο 4)

“Νομίζω ότι επιδρά άμεσα ο τρόπος που διαχειρίζονται τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης το στίγμα. Καμιά φορά ίσως και θετικά. Μπορούμε να πούμε ότι γίνονται και κάποιες καμπάνιες. Είναι ένας τρόπος που αν χρησιμοποιηθούν σωστά τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης μπορούν να συμβάλουν. Έχουν πολύ μεγάλη επίδραση γενικότερα στις αντιλήψεις που διαμορφώνονται στην κοινωνία, οπότε αν χρησιμοποιηθούν με σωστό τρόπο, μπορούν να συμβάλλουν θετικά και να διαμορφώσουν μια καλύτερη αντίληψη, αντιμετώπιση και στάση απέναντι σε αυτά τα άτομα...Με διαφημίσεις. Υπάρχουν καμπάνιες που έχουν γίνει ή θα μπορούσαν να γίνουν ντοκιμαντέρ ή μέσω διαφημίσεων. Μπορεί μια διαφήμιση ή μια αναφορά ενός δημοσιογράφου, που θα την δουν χιλιάδες άνθρωποι να βάλει σε σκέψη ή οι άνθρωποι να παραδειγματιστούν μέσω της τηλεόρασης ή άλλων μέσων.” (Ερωτώμενος Νο 6)

ε. Υπάρχουσες υπηρεσίες για την καταπολέμηση του στίγματος

Για το αν υπάρχουν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι συμφώνησαν ότι δεν έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με αυτό το κομμάτι και δεν γνωρίζουν συγκεκριμένες υπηρεσίες. Περίπου οι μισοί, αναφέρθηκαν αόριστα σε υπηρεσίες, προγράμματα, δομές, ΜΚΟ (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) και τηλεφωνικές γραμμές για την ψυχική υγεία.

“Για το στίγμα συγκεκριμένα, δεν γνωρίζω. Δεν έχω ακούσει κάτι, να πω την αλήθεια. Για ψυχολογία και υποστήριξη υπάρχουν άπειρα πράγματα και για διάφορες διαφορετικές συνθήκες, αλλά για το στίγμα δεν έχω ακούσει κάτι...Ξέρω ότι υπάρχουν ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα ευαισθητοποίησης, δηλαδή του κόσμου και ιδίως στα σχολεία, ως προς την ψυχική διαταραχή. Για

το στίγμα όμως, συγκεκριμένα, δεν έχω ακούσει απολύτως τίποτα.”
(Ερωτώμενος Νο 4)

στ. Οι συνέπειες από την έλλειψη υπηρεσιών

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτώμενων υποστήριξε ότι οι κύριες συνέπειες, από την έλλειψη υπηρεσιών για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, είναι η απομόνωση του ατόμου, η διαιώνιση της κατάστασης και η άγνοια του τι είναι ψυχική ασθένεια. Επιπροσθέτως, παρουσιάζεται η εύκολη λύση στην φαρμακευτική αγωγή, η οποία όμως οδηγεί στην εξάρτηση και στον εγκλωβισμό των ατόμων στο σπίτι.

“...δεν λύνεται ένα πρόβλημα, μια κατάσταση διαιωνίζεται...Το βασικό και κύριο θεωρώ, ότι είναι η απομόνωση. Αν μπορώ να πω ένα, που θεωρώ, ας πούμε το χειρότερο, είναι αυτό. Η απομόνωση και καθήλωση, γιατί πολλές φορές η εύκολη λύση είναι η φαρμακευτική αγωγή, επομένως δίνουμε μια πολύ σκληρή φαρμακευτική αγωγή, για να καταπολεμήσουμε και όλη αυτή την συνθήκη. Μιλάω πιο πολύ για τις μικρές κοινωνίες, που φαίνεται πότε πηγαίνεις στον ψυχολόγο και τι κάνεις. Δηλαδή, λίγο πολύ, θα είναι γνωστό. Επομένως, μια φαρμακευτική αγωγή είναι η εύκολη λύση να μην μαθευτεί, να μην υπάρξει αυτή η ταμπέλα που λέμε, το στίγμα. Κι όμως καταλήγουμε να έχουμε ανθρώπους εξαρτημένους, που δεν μπορούν να είναι ανεξάρτητοι, που δεν μπορούν να χαρούνε κάποια πράγματα, που ενδεχομένως να μπορούσαν να κινηθούν διαφορετικά και εγκλωβίζονται, είτε μέσα στο σπίτι για να μην δείξουν το πρόβλημα, είτε απομονωμένοι γιατί ο κόσμος φοβάται και πρέπει να διώξουν το κακό με όλους αυτούς τους τρόπους...” (Ερωτώμενος Νο 4)

Λόγω της κακής διαχείρισης που υπερισχύει, προκαλείται μια δυσφορία η οποία οδηγεί στην μοναξιά και την ενίσχυση των συμπτωμάτων. Γενικά, η κοινωνία επιρρίπτει τα κοινωνικά προβλήματα στα άτομα, δίχως να τα αντιμετωπίζει η ίδια.

“Το ότι δεν είμαστε αποτελεσματικοί ως προς την εξάλειψη του στίγματος. Το στίγμα υπήρχε, υπάρχει και μέσα από την αντιμετώπιση αυτή θα συνεχίσει να υπάρχει και θα προκαλεί μία ατομική παθογένεια και όσο συνεχίζουμε να

αγνοούμε ότι είναι μία κοινωνική παθογένεια θα είναι όλο και δυσκολότερο για να το αντιμετωπίσουμε. Θα πρέπει λοιπόν να στοχεύσουμε στην κοινωνία και όχι στο άτομο κι αν το δείτε γενικώς η κοινωνία έχει την τάση αυτή να επιρρίπτει τα κοινωνικά προβλήματα σε ατομικά προβλήματα και όχι να τα αντιμετωπίσει, για αυτό τα αντιμετωπίζει και μη αποτελεσματικά και αυτό είναι και μία πολιτική διότι το να πω ότι φταίει η κοινωνία μου για αυτό που συμβαίνει, σημαίνει ότι σαν κοινωνία κάνω αλλαγές πράγμα που δεν με συμφέρει οπότε αν πω ότι φταίει η τάδε γιατί εκείνη είχε ένα πρόβλημα είναι πολύ πιο εύκολο για την κοινωνία και να επενδύσει στην αλλαγή της παρά να προσαρμοστεί η ίδια στις ανάγκες της κοινωνίας. Είναι πολύ δύσκολο δηλαδή μία κοινωνία να δει τις παθογένειες της και να τις αλλάξει και είναι πολύ πιο εύκολο να επιρρίψει την παθογένεια σε μεμονωμένα άτομα και να ζητάει από αυτά τα άτομα να προσαρμοστούν στις δικές της ανάγκες.” (Ερωτώμενος Νο 9)

ζ. Προτάσεις για το μέλλον

Αυτό που προτείνει η πλειοψηφία για το μέλλον είναι η εκπαίδευση.

“...οι άνθρωποι χρειάζεται να εκπαιδευτούν από την αρχή. Όλοι οι άνθρωποι. Χρειάζεται μια νέα εκπαίδευση, γιατί έχουν περάσει πάρα πολλά χρόνια στην γη σε αυτό τον πλανήτη που ζούμε που έχουμε εκπαιδευτεί σε πάρα πολλά πράγματα με λάθος τρόπο. Χρειάζεται μια νέα εκπαίδευση ριζικά σε όλους τους ανθρώπους. Αυτή είναι η πρότασή μου, χρειαζόμαστε νέα εκπαίδευση.” (Ερωτώμενος Νο 2)

“...οι δημόσιες δομές έχουν και υπηρεσίες, αλλά δεν λειτουργούν με εποικοδομητικό τρόπο και το ακόμα πιο βασικό, οι επαγγελματίες να έχουν μια σωστή εκπαίδευση.” (Ερωτώμενος Νο 4)

“Μια δική μου πρόταση, καταρχήν, θα ήταν να εκπαιδεύονται τα παιδιά από το δημοτικό... Οπότε όσο πιο νωρίς καλλιεργηθεί αυτό, τόσο καλύτερα θα είναι και για την κοινωνία και για το άτομο, για όλους.” (Ερωτώμενος Νο 6)

“...να δούμε πώς να βοηθήσουμε να υπάρξει μία ξεκάθαρη ενημέρωση ακόμα και στο ίδιο το άτομο. Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι έχουν πάρει μία διάγνωση π.χ γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και δεν ξέρουν τι είναι, δεν γνωρίζουν τι είναι, δεν τους έχει πει κανείς ότι ξέρεις αυτό που νιώθεις, αυτό που σκέφτεσαι, αυτό που κάνεις είναι σύμπτωμα, δεν είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς σου, είναι ένα σύμπτωμα το οποίο μπορεί να αλλάξει αυτό, μπορείς να το δουλέψεις! Δηλαδή ψυχοεκπαίδευση δεν υπάρχει για τα ίδια τα άτομα, πόσο μάλλον για τις οικογένειες τους.” (Ερωτώμενος Νο 8)

Ακόμη, ένας άλλος ερωτώμενος προτείνει σεμινάρια και εκστρατείες για μια πιο σωστή ενημέρωση του πληθυσμού.

“Να γίνονται σεμινάρια ενδεχομένως, εκπαιδεύσεις ώστε να υποδέχονται τον κόσμο και να γίνονται εκστρατείες που να ενημερώνουν και να αγκαλιάζουν αυτούς τους ανθρώπους.” (Ερωτώμενος Νο 3)

Επιπροσθέτως προτάθηκαν η δημιουργία νέων δομών αλλά και ομιλίες από ειδικούς στα ΜΜΕ.

“...τα κέντρα ψυχικής υγείας έχουν τικάρει, επειδή είναι δωρεάν υπηρεσίες, θέλει πολύ κόσμος και τους βάζουν σε λίστες αναμονής μετά από μήνες. Φτιάξε κι αλλά! Αφού υπάρχει τόση ζήτηση. Και δόξα το θεό, υπάρχουν και συνάδελφοι πολλοί. Φτιάξε κι άλλα, να μπορεί να ικανοποιηθεί ο κόσμος ο πολύς και να ενημερώνεται και να ικανοποιούνται τα αιτήματα. Ας πούμε, δεν έχουμε μια πώς να το πω, άλλες δομές ανοιχτής παρέμβασης...Και στην τηλεόραση θα μπορούσαν να μπαίνουν πιο συχνά, ξέρω εγώ, βιντεάκια, σποτάκια, να καλούν πιο συχνά ψυχολόγους, αλλά ο τηλεοπτικός χρόνος είναι περιορισμένος και το ξέρουμε, αλλά τέλος πάντων...” (Ερωτώμενος Νο 7)

Επιπλέον, σημαντικό είναι να βελτιωθούν οι ήδη υπάρχουσες δομές και σε ατομικό επίπεδο να υπάρχει εξέλιξη και βελτίωση.

“Το στίγμα, όσο περισσότερο ενημερώνεται ο κόσμος, τόσο περισσότερο μπαίνουμε όλοι μας στην διαδικασία να παρατηρήσουμε τον εαυτό μας. Δεν χρειάζεται όλοι να πάνε σε ψυχολόγο. Θεωρώ, όμως, ότι είναι πολύ βοηθητικό

για όλους να μπου σε μια διαδικασία αυτοπαρατήρησης, να παρατηρήσω τι κάνω και τι με δυσκολεύει, για να μπορέσω να καταλάβω και την δυσκολία του άλλου. Έχουμε μια τάση πολλές φορές, να θεωρούμε ότι είμαστε τέλειοι, γιατί εμείς τα καταφέρνουμε, και ότι οι άλλοι μπορεί να είναι κατώτεροι, γιατί δεν μπορούν, μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες, ενώ λίγο ή πολύ είμαστε όλοι στο ίδιο καλάθι. Όσο περισσότερο ο κόσμος αρχίζει, λοιπόν, να εξοικειώνεται με αυτές τις συνθήκες, τόσο θα μειώνεται και το στίγμα... Προγράμματα θεωρώ ότι υπάρχουν. Πολύ βασικό να λειτουργούν σωστά, γιατί είναι ένα άλλο ζήτημα στην χώρα μας, γιατί και όλες οι δημόσιες δομές έχουν και υπηρεσίες, αλλά δεν λειτουργούν με εποικοδομητικό τρόπο και το ακόμα πιο βασικό, οι επαγγελματίες να έχουν μια σωστή εκπαίδευση.” (Ερωτώμενος Νο 4)

“Καταρχάς, καλό θα ήταν να βελτιωθούν οι ήδη υπάρχουσες δομές γιατί κάποιες από αυτές είναι υποστελεχωμένες, να είναι επαρκώς στελεχωμένο το προσωπικό και οι Ψυχολόγοι και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί.” (Ερωτώμενος Νο 3)

Τέλος, ως πιο αποτελεσματική παρέμβαση για το μέλλον, προτάθηκε γενικότερα ο μακροχρόνιος σχεδιασμός, με στόχο την πρόληψη:

“...αν θέλουμε στο μέλλον να αντιμετωπίσουμε το θέμα του στίγματος θα πρέπει να έχουμε έναν μακροχρόνιο σχεδιασμό, να κάνουμε στοχευμένες δράσεις στοχεύοντας στην πρόληψη και όχι τη θεραπεία γιατί τη δεδομένη στιγμή εστιάζουμε στο στίγμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, προσπαθούμε δηλαδή να υποστηρίξουμε και να ισχυροποιήσουμε τους ασθενείς και τις οικογένειές τους έτσι ώστε να μάθουν να επιβιώνουν με το στίγμα του να απαντούν σε αυτό και να μην περιθωριοποιούν οι ίδιοι τον εαυτό τους...” (Ερωτώμενος Νο 9)

Κλείνοντας, αυτά που θεωρήθηκαν ως πιο σημαντικά, κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, είναι η δημιουργία νέων δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων για τους ψυχικά ασθενείς, έχοντας ως βασική αρχή την διεπιστημονικότητα, αλλά και την σωστή ενημέρωση.

“Καταρχήν, περισσότερες δομές όπου θα μπορούν οι άνθρωποι να απευθύνονται μαζί με τις οικογένειές τους.” (Ερωτώμενος Νο 8)

“Νομίζω ότι χρειάζεται μία διεπιστημονικότητα δεν είναι κάτι το οποίο μπορεί να του απαντήσει μία συγκεκριμένη ειδικότητα, δεν είναι κάτι δηλαδή που θα γίνει μόνο από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Χρειάζεται συνεργασία με εκπαιδευτικούς, με δημοσιογράφους που αναφέρατε πριν.” (Ερωτώμενος Νο 9)

“...είναι μια διαδικασία που θα πρέπει να γίνεται, γενικότερα, με έναν πολύ προσεκτικό τρόπο από σωστούς επαγγελματίες, που θα έχουν την γνώση... θα πρέπει να υπάρχει μια σωστή ενημέρωση και παρέμβαση.” (Ερωτώμενος Νο 5)

Σημαντικό είναι να αντιμετωπίζεται κάθε περίπτωση διαφορετικά, και να παρέχεται εξατομικευμένη και συνδυαστική θεραπεία με άλλους παράγοντες.

“Θέλω να πω απλά, ότι κάθε περίπτωση είναι πολύ διαφορετική... Ακόμα και η γνωμάτευση, στην ψυχολογία έχουμε το DSM, που φτιάχνουμε τέλος πάντων, όλες αυτές τις γνωματεύσεις είναι κυρίως για τους ειδικούς, παρά για τους ασθενείς. Υπάρχουν πολλές διαβαθμίσεις ως προς την ένταση, την διάρκεια και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, επομένως μια ταμπέλα δεν δείχνει την κατάσταση. Ένας άνθρωπος που έχει διπολική διαταραχή μπορεί να είναι τελείως διαφορετικός από έναν άλλον που επίσης πάσχει από διπολική διαταραχή, να αντιμετωπίζει διαφορετικά τα επεισόδια, ως προς την ένταση τους. Επομένως, πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί σε αυτό το κομμάτι, γιατί επηρεάζει και το στίγμα... Στο κάθε άτομο η θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη, συνδυαστική πολλές φορές, και να εξετάζονται πολλοί παράγοντες. Τι μας ωθεί σε όλα αυτά τα πράγματα, πως μπορεί να ελεγχθεί, τι είναι το καλύτερο για τον καθένα ξεχωριστά; Δηλαδή και η ψυχολογία έχει τόσες διαφορετικές σχολές...” (Ερωτώμενος Νο 4)

Για να μπορέσει το άτομο να αποβάλει από πάνω του το κοινωνικό στίγμα, θα πρέπει πρώτα να αποβάλει το προσωπικό του (αυτο-στιγματισμός), και σε αυτό βοηθάνε αρκετά οι ομάδες αυτοβοήθειας, ώστε κανένας να μην νιώθει μόνος.

“Κάτι βασικά ξέχασα να σας πω για τις ομάδες αυτοβοήθειας. Υπήρξε στο Ηράκλειο κάποτε μία τέτοια ομάδα, που λεγόταν «Ακούγοντας φωνές». Δεν είναι μόνο αυτό είναι κι άλλα. Όποιος είχε ψυχική πάθηση πήγαινε, συζητούσαν

και προσπαθούσαν σε αυτό το θέμα της ταυτότητας σε σχέση με την ψυχική διαταραχή, να δώσουν ένα νόημα για αυτό που συμβαίνει. Τέτοιου τύπου αυτό-οργάνωση θέλει κάποια βοήθεια για να γίνει. Οι ψυχικά ασθενείς να νιώσουν ότι δεν είναι μόνοι τους, να φύγει το προσωπικό στίγμα που έχουν βάλει οι ίδιοι στον εαυτό τους. Να φύγει αυτό πρώτα και μετά μπορεί να φύγει και το άλλο. Γιατί δεν είναι τόσο εύκολο να φύγει αυτό το στίγμα που φέρω. «Hearing voices» λέγεται κι άμα το αναζητήσετε θα το βρείτε.” (Ερωτώμενος No 1)

Ο αποστιγματισμός της ψυχικής ασθένειας δεν είναι κάτι εύκολο, θα πρέπει να είναι μια συνεχής και μακροχρόνια διαδικασία. Όμως, τα γεγονότα εξελίσσονται και τα πράγματα αλλάζουν και είναι βασικό να υπάρχει αισιοδοξία.

“...θεωρώ ότι το να αποστιγματιστεί η ψυχική υγεία είναι μια διαδικασία που θα πρέπει να είναι συνεχής. Εε δεν είναι κάτι εύκολο...” (Ερωτώμενος No 5)

“Σημαντικό είναι ότι τα πράγματα αλλάζουν και πάντα μέσα από κάτι κακό θα βγει κάτι καλό!” (Ερωτώμενος No 2)

Κεφάλαιο 6^ο - Συζήτηση

Τα συμπεράσματα της έρευνάς μας αποδεικνύουν ότι το στίγμα είναι μια παγιωμένη κοινωνική αντίληψη, μία “ταμπέλα”, η οποία στηρίζεται σε στερεότυπα προκαταλήψεις και διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις. Όπως υποστηρίζουν οι Link & Phelan (2001) το στίγμα αποτελείται από τρία στοιχεία: τις διακρίσεις (ταμπέλες), τα στερεότυπα (μη επιθυμητά χαρακτηριστικά) και την δημιουργία κατηγοριών (διάκριση του “εμείς” και “αυτούς”). Το τελευταίο είναι το αποτέλεσμα των προηγούμενων και αποτελείται από το στίγμα και τις άνισες συμπεριφορές απέναντι στο στιγματισμένο άτομο και χαρακτηρίζεται από μια σειρά κοινωνικών και συμπεριφορικών στοιχείων.

Όσον αφορά την δημιουργία του στίγματος, το αποτέλεσμα της έρευνας δείχνει ότι η έλλειψη ενημέρωσης και πληροφόρησης και η άγνοια είναι οι παράγοντες που οδηγούν στο στίγμα. Έχει αποδειχθεί (Corrigan et al. 2001), ότι η εξοικείωση που σχετίζεται με την γνώση και την

εμπειρία ενός ατόμου με την ψυχική ασθένεια επηρεάζει σημαντικά την τάση του να υιοθετεί στερεότυπα που προκειται να οδηγήσουν σε προκαταλήψεις και διακρίσεις. Η γνώση του γενικού πληθυσμού γύρω από την ψυχική ασθένεια, είναι στις περισσότερες περιπτώσεις, υπομωχλευμένες με μύθους, λανθασμένες πληροφορίες και υποκειμενικές απόψεις άλλων που παρουσιάζονται και υιοθετούνται σαν γενικές αλήθειες. Όσο λιγότερο ενημερωμένος είναι κάποιος σε σχέση με την ψυχική ασθένεια, τα συμπτώματα και τις επιδράσεις στην ζωή του ασθενούς, τόσο πιθανότερο είναι να υιοθετήσει κάποια στιγμιαία στιγματιστική συμπεριφορά ενστερνιζόμενος στερεότυπα και προκαταλήψεις. Το συγκεκριμένο αποτελεί και έναν από τους κυριότερους παράγοντες για τους οποίους ο ίδιος ο ασθενής αδυνατεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα μιας ψυχικής διαταραχής, στα πρώτα στάδια της εμφάνισής της. Το αποτέλεσμα είναι οι ασθενείς που μπορεί να υποψιάζονται πως αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, να επισκέπτονται κάποιον ειδικό, κατά μέσο όρο οκτώ χρόνια μετά τις πρώτες ενδείξεις (Thornicroft et al. 2007).

Όπως διαπιστώθηκε από την συγκεκριμένη μελέτη, το στίγμα επιδρά και έχει συνέπειες και στο ίδιο το άτομο και στην οικογένειά του αλλά και στην κοινωνία. Αρχικά, το άτομο επηρεάζεται σε όλους τους τομείς της καθημερινότητάς του (κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά κλπ.) και ταυτόχρονα μπορεί να υπάρξει και επιβάρυνση στην κατάστασή του. Από την άλλη πλευρά, στην οικογένεια θα επικρατεί συνήθως μία άρνηση, δεν θα αποδέχονται την κατάσταση, και θα διακατέχεται από ένα αίσθημα ντροπής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση του ατόμου, αλλά και την αποφυγή θεραπείας, ώστε να αποφευχθεί και το στίγμα. Στο κομμάτι της κοινωνίας, επικρατεί στασιμότητα και μία περιορισμένη αντιληπτική ικανότητα, λόγω του φόβου για το άγνωστο (άγνοια ψυχικής ασθένειας). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Bruce & Phelan (2000), η διαδικασία στιγματοποίησης μπορεί να επηρεάσει πολλούς τομείς στην ζωή των ανθρώπων, και να επηρεάσει δραματικά την κατανομή των ευκαιριών της ζωής τους σε τομείς που αφορούν το εισόδημα, την στέγαση, την υγεία και την ίδια τους την ζωή.

Ακόμα, το άτομο με ψυχική ασθένεια έρχεται αντιμέτωπο και με την στάση που διατηρούν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης προς τους ψυχικά νοσούντες. Αναλυτικότερα, τα ΜΜΕ επιλέγουν να διαιωνίζουν το στίγμα, προβάλλοντας στερεότυπα και προκαταλήψεις, με σκοπό υψηλότερη τηλεθέαση και ακολουθώντας συγκεκριμένα συμφέροντα. Γενικά, παρατηρείται μία λανθασμένη σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με την εγκληματικότητα -

επικινδυνότητα. Το ερώτημα του κατά πόσο ένας ψυχικά ασθενής είναι πιθανότερο να πραγματοποιήσει μια βίαιη πράξη, από ότι είναι οποιοσδήποτε άλλος, είναι διαχρονικό (Stuart, 2001). Οι ερευνητές μέχρι και το τέλος της δεκαετίας του 1980, συνέκλιναν στην άποψη ένας ασθενής δεν είναι πιθανότερο, είναι μάλιστα λιγότερο πιθανό, να βιαιοπραγήσει, σε σχέση με οποιονδήποτε άλλο μη ασθενή. Μέχρι και σήμερα, οι επιστήμονες συμφωνούν πως η πλειοψηφία των ψυχικά ασθενών δεν έχει τάση προς την βία. Συγκεκριμένα, μόνο το 2% των οικογενειών με κάποιον ψυχικά ασθενή έχουν να δηλώσουν κάποιο βίαιο περιστατικό στον στενό οικογενειακό κύκλο (Stuart, 2001). Μάλιστα, σύμφωνα με την Εθνική Συμμαχία για την Ψυχική Ασθένεια των ΗΠΑ (NAMI, 2008), ένας ψυχικά ασθενής είναι 10 φορές πιθανότερο να θυματοποιηθεί σε σχέση με κάποιον υγιή.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας, δεν υπάρχουν αρκετές γνώσεις για την ύπαρξη υπηρεσιών που να είναι εστιασμένες αποκλειστικά στην καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, δικαιολογημένα καθώς οι υπηρεσίες αυτές είναι σε μεγάλο βαθμό ελλιπείς. Οι συνέπειες που εμφανίζονται από την έλλειψη αυτή, είναι η απομόνωση και ο εγκλεισμός του ατόμου, η διαίωνιση της κατάστασης και το κλίμα άγνοιας που επικρατεί. Σύμφωνα με τους Marwaha & Johnson (2004), η κοινωνική απομόνωση επιδεινώνει την ήδη βεβαρημένη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και οι συμπεριφορές διακρίσεων τον αποκλείουν από το δικαίωμα στην εργασία και στην κατοικία, δυσχεραίνοντας την όποια προσπάθεια για αυτόνομη διαβίωση και ισότιμη ύπαρξη την κοινωνία.

Αυτό που προτείνεται μέσα από την συγκεκριμένη μελέτη, είναι κατά κύριο λόγο η εκπαίδευση. Πιο αναλυτικά, τονίστηκε ότι χρειάζεται άμεσα μια νέα, σωστή και ολοκληρωμένη εκπαίδευση, εκ νέου, και στον γενικό πληθυσμό και στους ειδικούς υγείας και στα παιδιά. Έχοντας ως αποτέλεσμα την πρόληψη του στίγματος. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας (ΜΥΠ, 2004), η εκπαίδευση συμβάλλει στο να κατανοηθεί καλύτερα η ψυχική νόσος, έτσι ώστε να εξαλειφθεί και η άγνοια γύρω από τα θέματα της ψυχικής υγείας, που αποτελούν βασική αιτία στιγματιστικών συμπεριφορών.

Συνοψίζοντας όλα τα στοιχεία που συλλέξαμε από την έρευνα μας, διαπιστώσαμε ότι οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας αποτέλεσαν μια πολύ βοηθητική πηγή πληροφοριών, αλλά και μια πηγή εγκυρότητας λόγω της εμπειρίας τους στο πεδίο. Γενικά, οι επαγγελματίες Ψυχικής

Υγείας είναι πρόσωπα κλειδιά σε αυτή την έρευνα. Οι γνώσεις τους στο αντικείμενο, η τριβή και η εμπειρία τους πάνω σε αυτό, αλλά και η άμεση συσχέτισή τους με άτομα και οικογένειες που βιώνουν τον στιγματισμό γύρω από θέματα ψυχικής υγείας, αποτέλεσαν ακρογωνιαίο λίθο στην δόμηση των ερευνητικών μας αποτελεσμάτων.

Η παρούσα έρευνα όμως εμπίπτει και σε κάποιους περιορισμούς. Τα ευρήματά της δεν αντιπροσωπεύουν τον γενικό πληθυσμό. Είναι πιθανόν, η συμμετοχή άλλων ερευνώμενων στη μελέτη, να έδινε διαφορετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, ίσως περιορίζει τα αποτελέσματα της μελέτης, καθώς ένα μεγάλο κομμάτι του γενικού πληθυσμού αδυνατεί να επισκέπτεται ιδιώτες και απευθύνεται σε δημόσιες υπηρεσίες. Έτσι, ενδεχομένως, οι επαγγελματίες του δημοσίου να είχαν μεγαλύτερη επαφή και αλληλεπίδραση με τέτοιου είδους περιστατικά.

Κεφάλαιο 7^ο - Γενικά Συμπεράσματα

- ❖ Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι ένα διαχρονικό φαινόμενο, στηρίζεται σε προκαταλήψεις και είναι δύσκολο να εξαλειφθεί. Υπήρχε εδώ και χιλιετίες, υπάρχει μέχρι και τις μέρες μας και πιθανόν να υπάρχει και στο μέλλον.
- ❖ Βασικός παράγοντας στην δημιουργία του είναι η ελλιπής ενημέρωση και παραπληροφόρηση σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι ο φόβος για το άγνωστο και η άγνοια.
- ❖ Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Επιδρά σε όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου, επηρεάζοντας κατά συνέπεια και την οικογένειά του και την κοινωνία.
- ❖ Τα ΜΜΕ έχουν άμεση συσχέτιση με τον στιγματισμό, καθώς συντελούν στην δημιουργία, στην συντήρηση και στην διαίωσίση του. Προβάλλουν κυρίως αρνητικά την ψυχική ασθένεια και την συνδέουν πολλές φορές με την επικινδυνότητα.
- ❖ Τα ΜΜΕ θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα θετικό μέσο για την ενημέρωση του πληθυσμού, λόγω της αμεσότητας και της εύκολης πρόσβασης που έχουν όλοι σε αυτά.
- ❖ Οι υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας είναι ελλιπείς έως μηδαμινές.

- ❖ Οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με αυτό το κομμάτι και δεν έχουν γνώσεις για υπηρεσίες που έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση του στίγματος.
- ❖ Η μη αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, οδηγεί στην απομόνωση του ατόμου και της οικογένειας, στην άγνοια του πληθυσμού και στην διαίωنيση του στίγματος.
- ❖ Σημαντικές στρατηγικές για την εξάλειψη του στίγματος, είναι η πρόληψη και η εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στο κομμάτι της ψυχικής ασθένειας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγγελόπουλος, Ν. Β. (2009). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Αναγνωστοπούλου, Α. & Σουρτζή, Π. (2009). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Αρβανίτη, Α. (2008). *Στάσεις έναντι των ψυχικά ασθενών σε ομάδες γενικού πληθυσμού* (Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή). Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Ζήση, Α. (2002). *Επανένταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων: Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές*. Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός. 169-175.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση* (5η εκδ.). Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2005). *Η συμβολή των οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών υγείας ψυχικής υγείας στην καταπολέμηση του στίγματος*.
- Καρύδη, Μ.Β. (2007). *Στοιχεία ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στην επαγγελματική αποκατάσταση ψυχωσικών ασθενών*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

- Κονταξάκης, Β. Π. & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2005). *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Βήτα.
- Κορδώση, Α., Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ. (2015). Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 7(1), 8-18.
- Κουντουράς, Γ. (2020). *Κοινωνική εργασία και Κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές*. Ανακτήθηκε τον Φεβρουάριο του 2022 από www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/
- Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μαμάκου, Β. (2018). *Σχιζοφρένεια, Μεταβολικές Διαταραχές και Γενετικό Υπόβαθρο* (Διδακτορική Διατριβή).
Διαθέσιμο από: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Μάνος, Ν. (2008). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Μανωλοπούλου, Γ. (2017). *Η Σχιζοφρένεια στον Έφηβο και οι Επιπτώσεις της στον Ίδιο και στην Οικογένειά του* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία).
Ανακτήθηκε από: <https://repo.lib.duth.gr/jsrui/>
- Μπαντρά, Σ. (2018). *Σχιζοφρένεια* (Πτυχιακή εργασία).
Ανακτήθηκε από: <https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/>
- Μαρτινάκη, Σ. (2013). *Διερεύνηση της επικινδυνότητας σε Έλληνες ψυχικά ασθενείς* (Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή).
Ανακτήθηκε από: <https://www.didaktorika.gr/eadd/>
- Νόμος 2716 (1999) Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, *Εφημερίς της κυβέρνησης*, 1, 96
- Οικονόμου, Μ., Φραμανδάνη, Χ., Λούκη, Ε., Γιώτης, Λ. & Στεφανής, Κ. (2006). Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. (Πρόγραμμα κατά του στίγματος της σχιζοφρένειας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής). *Ψυχολογία*, 13(3), 28-43.
- Παπαγεωργίου, Ε. Γ. (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Παπαδημητρίου, Γ. Ν., Λιάππας, Γ. Α. & Λύκουρας, Λ. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

- Παραπάνη, Π. & Σκουρά, Α. Μ (2010). *Διπολική Διαταραχή* (Πτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από: <http://eureka.teithe.gr/jspui/>
- Σολδάτος, Κ. Ρ. & Λύκουρας, Λ. (2006). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Σταθόπουλος, Π. (2000). *Κοινωνική Εργασία. Διαδικασία, μέθοδοι και τεχνικές παρέμβασης*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004). *Μεθοδολογία Κοινωνικής Ευαισθητοποίησης & Καταπολέμησης των Προκαταλήψεων για την Ψυχική Νόσο. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης, Αθήνα: Ψυχαργός - Β' Φάση.*
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2004). *Συνηγορία για την ψυχική υγεία*. Αθήνα: Έκδοση Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003).
- Φερεντίνος, Π. & Κονταξάκης, Β. (2003). *Θεραπεία στην Σχιζοφρένεια*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2006). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Ξένη Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Angst, J., Marneros A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *J. AffectDisord.*, 67, 3-19.
- Axelson, D., Goldstein, B., Goldstein, T., Monk, K., Yu, H., Hickey, MB., et al. (2015). Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder in Offspring of Parents With Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry*, 172(7), 638-646.
- Ay, P, Save, D, Fidanoglu, O. (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 63-67.
- Ayano, G. (2016). Bipolar Disorder: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of Literatures. *Symbiosis Open Access Journal of Psychology*, 3(1), 1-8.
- Bennett, P. (2010). *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*, Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

- Bird, A. (2010). Legal parenthood and the recognition of alternative family forms in Canada. *University of New Brunswick Law Journal*, 60, 264-293.
- Black, D. W. & Andreasen, N. C. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Brown, N.G., & Eby, L. (2010). Mental health nursing care (2th ed.). Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ε. Ευαγγέλου. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Carter, P. A. & Clark, A. P. (2005). Assessing and treating sleep problems in family caregivers of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 25, 16-23.
- Chin, S. H. & Balon, R. (2006). Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties, *Acad Psychiatry*, 30, 262-263.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A. & Penn, D. (2001). Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958.
- Corrigan, P., Green. A., Lundin, R., Kubiak, M. A. & Penn, D. (2001). Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness, *Psychiatric services*, 52, 5.
- Corrigan, P. W. & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13 (6), 537-548.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsck, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63 (10), 963-973.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J. & Rusch, N. (2011). Examining a progressive model of self stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatric research*, 189 (3), 339- 343.
- Corrigan, P. W, & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W. & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922.

- Corrigan, P. W., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G. & Campbell, J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54, 1105-1110.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: science and practice*, 9, 35- 53.
- Creswell, J. W. (2012). *Εκπαιδευτική έρευνα. Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΕΒΙ.
- Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C. & Stefanis, C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry*, 4, 40-49.
- Engqvist, I.& Nilsson, K. (2013). Experiences of the First Days of Postpartum Psychosis: An Interview Study with Women and Next of Kin in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 82-89.
- Faulkner, A. (2012). Stigma is still a significant concern in mental health. *Mental Health Today*, 17, 37-38.
- Fleming, J. & Szmukler, G. I. (2002). Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 436-440.
- Fleming, K. C. (2015). *Finding a story for ending mental health stigma* [Master Thesis]. Colorado: Colorado State University.
- Fradelos, E. C., Velentza, O., Anastopoulou, K., Vasiliadi, E., Argyrou, P., Mitsi, D., Tsaras, K., Alikari, V., Papathanasiou, I. V. & Zyga, S. (2015). Assessment of Factors That Influence Nurses' Attitudes towards Mental Illness. *Open Access Library Journal*, 2(11), 1.
- Gehlert, S., & Browne, T. A. (2006). *The Handbook of Health Social Work*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Moller-Keimkuhler, A. M., Dehning, S. & Muller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self-stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 7 (21), 1-8.
- Gitterman, A. & Germain, C. B. (2008). *The life model of social work practice: Advances in knowledge and practice* (3rd ed.). NY: Columbia University Press.
- Graydanus, D. & Tsitsika, A. (2009). Childhood and Adolescent Sexuality. In: *Behavioral Pediatrics* (3rd ed.). Nova Publishers, 265-296.

- Green, D. (2007). Risk and social work practice. *Australian Social Work*, 60, 395-409.
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A. & Gilheany, B. (2003). A mental health service users' perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health*, 12, 223-234.
- Harden, J. (2005). Uncharted Waters: The Experience of Parents of Young People With Mental Health Problems. *Qualitative Health Research*, 15, 207-223.
- Harrison (2015). *Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.
- Hinshaw, S., P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol. 4, 367- 393.
- Hogan, A. M. (2012). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Johnson, S. L. & Kizer, A. (2002). *Bipolar and unipolar depression: A comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors*. Handbook of depression. NY, US: Guilford Press, 141-165.
- Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (2000). *Ψυχιατρική* (7η έκδ). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Kadri, N. & Sartorius, N. (2005). The Global Fight Against the stigma of Schizophrenia, Research Gate. Ανάκτηση February 13, 2022, from https://www.researchgate.net/publication/7712532_The_Global_Fight_against_the_Stigma_of_Schizophrenia
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M. & Johnson, S. L. (2009). *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Kruger, S., Seminowicz, D., Goldapple K., Kennedy, S. H. & Mayber, H. S. (2003). State and trait influences on mood regulation in bipolar disorder: Blood flow differences with an acute mood challenge. *Biological Psychiatry*, 54, 1274-1283.
- Lamb, H. R. & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039-1045.
- Lawson, N. (2016). Public Perception of the lifetime morbid risk of mental disorders in the United States and associations with public stigma. *SpringerPlus*, 5(1), 1342.

- Levin, A. (2005). When mental illness makes news, facts are often missing in action. *Psychiatric News*, 40(12), 18-20.
- Lien, Y. Y., Chi, H. S., Tsai, C. H. et al. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 46-55.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621–1626.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual review of sociology*, 27(1), 363-385.
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta- analysis. *Social Science in Medicine*, 71 (12), 2150- 2161.
- Luhman, N. (2000). *The reality of the mass media*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Madianos, M. & Zartaloudi, A. (2009). *Stigma related to help-seeking from a mental health professional*.
- Major, B. & O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Markström, U., Gyllensten, A. L., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Hansson, L., Leufstadius, C., Sandlund, M., Svensson, B., Ostman, M. & Eklund, M. (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities - A follow-up study after completed clinical placement. *Journal Elsevier*, 29(6), 660-665.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- McGuffin, P., Rijsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz R. & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60, 497-507.
- Milliken, P. J. & Northcott, H. C. (2003). Redefining parental identity: Caregiving and schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 13, 100-113.
- Mitchell, P. B. & Malhi, G. S. (2004). Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord*, 6, 530-539.

doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00137.x

- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K. & Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26, 178-181.
- Nairn, R. G. & Coverdale, J. H. (2005). People never see us living well: an appraisal of personal stories about mental illness in a prospective print media sample. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 281-287.
- O’Leary, P., Tsui, M. & Ruch, G. (2013). The boundaries of the social work relationship revisited: towards a connected, inclusive and dynamic conceptualisation, *British Journal of Social Work*, 43, 135-153.
- Penn, D. L., Chamberlain, C. & Mueser, C. T. (2003). Effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 383-391.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Dwight, M. M. et al.(2001). Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder.*Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 87-91.
- Quinn, D. M. & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (4), 634-651.
- Reamer, F. (2003). *Social work malpractice and liability: Strategies for prevention* (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- Ramon, S., Healy, B. & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice.*International Journal of Social Psychiatry*, 53, 108-122.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. & Grajales, M. (2013). Internalized stigma and mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatric research*, 121 (1), 31- 49.
- Saif, A. F., Shakhoori, A. H., Nooh, S. & Jahrami, H. (2019). Association between attitudes of stigma toward mental illness and attitudes toward adoption of evidence-based practice within health care providers in Bahrain. *PLoS One*, 14(12), 1-19.
- Sartorius, N. & Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness*. NY: Cambridge University Press.
- Sawyer, L. (2008). The personalization agenda: threats and opportunities for domiciliary care providers. *Journal of care services management*, 3, 41-63.

- Scheyett, A. (2005). The Mark of Madness: Stigma, Serious Mental Illnesses and Social Work. *Social Work in Mental Health*, 3, 79-97.
- Schulze, B. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Slade, M. & Priebe, S. (2006). *Choosing Methods in Mental Health Research*. Mental health research from theory to practice. London & NY: Routledge, Taylor & Francis Group, 152-157.
- Stuart, H. & Arboleda - Florez, J. (2001). Public Health Perspective On Violent Offenses Among Persons With Mental Illness, *Psychiatric Services*, 52, 5
- Stuart, H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*, 20(2), 99-106.
- Stylianidis, S. F., Pantelidou, S. M. & Chondros, P. C. (2008). Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community Residential homes: resettlement from Greek Psychiatric Hospitals. *Inter J Psychosocial Rehabilitation*, 13(1), 31-38.
- Thase, M. E., Jindal, R. & Howland, R. H. (2002). *Biological aspects of depression*. Handbook of depression. NY: Guilford, 192-218.
- The National Alliance On Mental Illness (2008). Schizophrenia: Public Attitudes, Personal Needs. Views from People Living with Schizophrenia, Caregivers and the General Public. Analyses and Recommendations.

Ανακτήθηκε από: www.nami.org

- Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V. & Stefanis, C. (2000). The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*, 35, 487-493.
- Wahl, O. (2003). News media portrayal of mental illness. *American Behavioral Scientist*, 46, 1594-1600.
- Wahl, O. F., Wood, A. & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing?. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 9-31.

- Walsh, E., Buchanan, A. & Fahy, T. (2002). Violence and Schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- W.H.O. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organization.
- W.H.O. (2005). *Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions*. First WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki, Finland, 12-15.
- Wright, E., Gronfein, W. & Owens, T. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F. & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, 514-521.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σχεδιάγραμμα ερωτήσεων ποιοτικής έρευνας επαγγελματιών υγείας

1. Τι είναι στίγμα ψυχικής ασθένειας (ψύχωση-διπολική διαταραχή)
2. Πως δημιουργείται
3. Ποια η σχέση των ΜΜΕ με το στίγμα
4. Πως επιδρά και τι συνέπειες έχει στο άτομο/ στην οικογένεια/ στην κοινωνία
5. Ποιες είναι οι υπάρχουσες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του στίγματος
6. Ποιες οι συνέπειες από την έλλειψη των υπηρεσιών αυτών
7. Προτάσεις για το μέλλον