



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ- ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΑΜΕΘΟΔΙΚΕΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΡΙΣΕΙΣ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**« Ατομικοί και κοινωνικοί προσδιοριστές για τις στάσεις φοιτητών  
Σχολών Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας για τα άτομα με  
ψυχιατρικές διαταραχές»**

**ΧΡΥΣΙΚΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ**

**Επιβλέπων καθηγητής: Κριτσωτάκης Γεώργιος Επίκουρος Καθηγητής  
Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας -Κοινωνικής Επιδημιολογίας Τμήμα Διοίκησης  
Επιχειρήσεων & Τουρισμού , Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**

Δεκέμβριος, 2021



© 2021

Χρυσικού Ειρήνη

ALL RIGHTS RESERVED

### *Ευχαριστίες*

Η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την άρτια επιστημονική καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράσταση, κατανόηση του κ. Κριτσωτάκη Γεώργιου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Μανώλη Λιναρδάκη για την υποστήριξη του στην στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Την γραμματέα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος κ. Περβολαράκη για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση.

Τέλος, την οικογένεια μου, τον Νίκο και την κόρη μου Ηλέκτρα.

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	6
<b>ABSTRACT</b>	7
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	8
<b>Μέρος I: Θεωρητικό πλαίσιο</b>	
Κεφάλαιο 1ο :Περιγραφή των ψυχικών διαταραχών	9
1.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας	9
1.2 Ορισμός ψυχικών διαταραχών	10
1.3 Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών στη δημόσια υγεία	13
1.4 Νομοθεσία για την ψυχική υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα	16
1.4.1 Το πλαίσιο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία	16
1.4.2 Η συνηγορία στην ψυχική υγεία	19
1.5 Ποιότητα ζωής και Ψυχική Υγεία	23
1.6 Μοντέλα της ποιότητας ζωής στη χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή	29
1.7 Θεραπευτικές παρεμβάσεις και ποιότητα ζωής στους ασθενείς στη χρόνια ψυχική διαταραχή	32
<b>Κεφάλαιο 2ο: Το στίγμα στην ψυχική ασθένεια</b>	35
2.1 Ορισμός του στίγματος	35
2.1.2 Επιπτώσεις του στίγματος	38
2.1.3 Επιπτώσεις του αυτοστιγματισμού στην ψυχική ασθένεια	45
2.2 Μοντέλα κατανόησης του στίγματος	46
2.3 Προγράμματα για την αντιμετώπιση του στίγματος	51
2.4 Στίγμα και κοινωνική ταυτότητα	58
2.5 Επικινδυνότητα ψυχικά ασθενών	60
2.5.1 Προβλήματα στον προσδιορισμό της έννοιας	63
2.5.2 Παράγοντες πρόβλεψης	66

2.5.3 Επικινδυνότητα και ψυχική ασθένεια	72
2.5.4 Μύθοι για την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών	76
2.6 Εκτίμηση της επικινδυνότητας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός ως αξιολογητής	82
2.7 Ψυχομετρικά εργαλεία εκτίμησης βίαιης συμπεριφοράς και συναφών θεμάτων σε ενήλικες	84
2.8 Θεσμικός ρατσισμός και Κοινωνική Εργασία	87
2.9 Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας και καλές πρακτικές	91
<b>Κεφάλαιο 3ο. Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές</b>	94
3.1 Το στίγμα των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς	96
3.2 Η διαγνωστική ετικέτα	99
3.3 Το στίγμα και το θεραπευτικό περιβάλλον	100
4. Η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης	103
5. Η αντιμετώπιση του στίγματος	109
<b>ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ</b>	
<b>Κεφάλαιο 1: Σκοπός της Έρευνας</b>	114
1.1 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων	115
<b>2. Μεθοδολογία Έρευνας</b>	115
2.1 Πληθυσμός μελέτης	115
2.2 Ερευνητικό Εργαλείο	115
2.3 Συλλογή Δεδομένων	116
2.4 Στατιστική ανάλυση	117

<b>3. Αποτελέσματα</b>	118
<b>4. Συζήτηση-Συμπεράσματα</b>	137
4.1 Περιορισμοί της έρευνας	144
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	145
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	148

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ: Ατομικοί και κοινωνικοί προσδιοριστές για τις στάσεις φοιτητών σχολών επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας για τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές

Της: Χρυσικού Ειρήνη

Υπό την επίβλεψη: Κριτσωτάκης Γεώργιος

Ημερομηνία: Δεκέμβριος 2021

**Εισαγωγή:** Οι ψυχικές διαταραχές και το στίγμα που τις συνοδεύει, εμποδίζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να ενταχθούν στην κοινωνία. Έτσι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειες τους, που επωμίζονται μεγάλο μέρος της φροντίδας τους έρχονται αντιμέτωποι με την περιθωριοποίηση και τις συνέπειες του στίγματος. Έτσι τα άτομα αυτά εξαναγκάζονται λόγω του φόβου του στίγματος σε ελλιπή φροντίδα υγείας. Αυτό έχει ως συνέπεια την αποσπασματική παρέμβαση και αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, την ένταση των συμπτωμάτων και τέλος την διαιώνιση των στερεοτυπικών αντιλήψεων γύρω από την ψυχική διαταραχή και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

**Μεθοδολογία:** Στη μελέτη συμμετείχαν 281 σπουδαστές οι οποίοι συμπλήρωσαν ανώνυμα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την κλίμακα BMI (Beliefs for Mental Illness)

**Αποτελέσματα:** Όσο υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνεται στα διάφορα τμήματα, τόσο πιο θετικές είναι οι στάσεις. Φαίνεται λοιπόν ότι οι σπουδαστές των τμημάτων νοσηλευτικής συγκεντρώνουν βαθμολογία 47,9 με σημαντική διαφορά σε σχέση με τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας που συγκεντρώνουν 39,1. Πιο συγκεκριμένα στην υποκλίμακα για την επικινδυνότητα το σκορ ήταν 3.2 θετικών στάσεων έναντι 1,8 αρνητικών. Για την υποκλίμακα που αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές το μεγαλύτερο σκορ το συγκεντρώνουν οι θετικές στάσεις 6,4 έναντι των αρνητικών 3.6 και τέλος η υποκλίμακα για την αποθεραπεία οι αρνητικές στάσεις υπερिशχύουν 3,3 έναντι των θετικών με 2,7.

**Συμπεράσματα-Προτάσεις:** Η ανάγκη μελέτης των στάσεων των σπουδαστών των Σχολών Υγείας και Πρόνοιας προκειμένου να διερευνηθεί το επίπεδο και το εύρος της γνώσης των σπουδαστών γύρω από την ψυχική ασθένεια. Το πιο σημαντικό όμως σημείο της έρευνας αφορά τις στάσεις, τις πεποιθήσεις των σπουδαστών για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ώστε να αναπτυχθούν κατάλληλες στρατηγικές για την αντιμετώπιση του στίγματος και συμπεριφορών που οδηγούν σε περαιτέρω στιγματισμό και περιθωριοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους

**Λέξεις κλειδιά:** ψυχική διαταραχή, στίγμα, επικινδυνότητα, κοινωνικές δεξιότητες, αποθεραπεία, δικαιώματα, ένταξη

## ABSTRACT

Title: Individual and Social determinants for the attitudes of students of Health & Welfare Schools for people with mental disorders

By: Chrysikou Eirini

Supervisor: Kritsotakis Georgios

Introduction: The stigma of mental illness and consequently the stigma of people who suffer with mental illnesses it is timeless in the perception of the society. Stigma also obstructs the social integration of people with mental illness, by attributing an amount of negative and stereotypical characteristics. At the same time forcing the individuals or groups concealing all these behaviors causing the stigmatizing attitude.

Methods: A sample of 281 students completed an anonymous questionnaire which included the BMI scale (Beliefs for Mental Illness)

Results: The higher scores in the various sections, the more positive attitudes. It seems that students of nursing department have higher scores 47.9 with significant difference for the social work department, with score 39,1. In the subscale for dangerousness the score was higher in the positive attitudes 3,2 in comparison with the negative attitudes 1,8. For the subscale concerning the social skills of people with mental disorders the positive attitudes have the higher score 6.4 and the negative attitudes have 3,6. The subscale for the recovery the negative attitudes were higher 3,3 in comparison with the positive attitudes 2,7.

Conclusion and recommendations: In this study we made an attempt to study the stigma towards people with mental disorders from the perspective of the students of the School of Health and Welfare. In order to analyze the education level of the students. It is also important to explore the beliefs of future nurses and Social Workers regarding mental illness in order to implement effective strategies to avoid possible stigmatizing attitudes that may interfere with the rehabilitation process. Therefore, we aimed to question the beliefs of students regarding mental illness using the Beliefs towards Mental Illness Scale in many different universities in Greece.

Key words: mental disorder, stigma, dangerousness, social skills, integration, human rights, recovery



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στίγμα της ψυχικής νόσου και κατ' επέκταση ανθρώπων αυτών που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είναι διαχρονικό στην αντίληψη της κοινωνίας, που μπλοκάρει την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Αποδίδοντας ένα σύνολο αρνητικών στερεοτυπικών χαρακτηριστικών σε άτομα ή ομάδες, ενώ παράλληλα το αναγκάζουν να προβαίνει συνεχώς σε συμπεριφορές απόκρυψης των αιτιών που προκαλούν αυτή την αντιμετώπιση (Οικονόμου, 2010).

Η ανάγκη να μελετηθεί το κοινωνικό στίγμα που βιώνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές οδήγησε σε αυτήν την έρευνα ,καθώς είναι διαδεδομένο ότι οι ασθενείς βιώνουν περιθωριοποίηση από το κοινωνικό σύνολο και βιώνουν ψυχικό πόνο, τόσο οι ίδιοι όσο και οι οικογένειες τους, επιδρώντας άμεσα στην κοινωνία ακόμα και στην οικονομία της.

Στην έρευνα αυτή γίνεται μια προσπάθεια μελέτης του στίγματος και των στάσεων απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές από μια άλλη οπτική, αυτήν των σπουδαστών των σχολών Υγείας & Πρόνοιας.

Κρίθηκε αναγκαία η μελέτη των στάσεων των φοιτητών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας για τους ψυχικά ασθενείς, στοχεύοντας στην εκπαίδευση για τις ψυχικές διαταραχές και τα διαγνωστικά κριτήρια, τα διαθέσιμα θεραπευτικά προγράμματα, στην επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας. Θέτοντας ως στόχο την αλλαγή στάσεων των επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αντικαθιστώντας τις στερεοτυπικές αντιλήψεις με την ευαισθητοποίηση, την ενσυναίσθηση, τον σεβασμό στην διαφορετικότητα (Douki et al., 2016).

## Κεφάλαιο 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΡΑΧΩΝ

### 1.1 Ψυχική υγεία: Ορισμός

Η ψυχική υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ορίζεται «ως η κατάσταση ευεξίας που κάθε άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει κανονικά στο κοινωνικό του περιβάλλον και όχι απλά η απουσία ενός προβλήματος ή ψυχικής διαταραχής». Έτσι η ψυχική υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση ζωής που μπορεί να την μετρήσει κανείς αλλά μια κατάσταση που ο άνθρωπος στοχεύει στην ζωή του.

Η ψυχική υγεία έχει πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς από διαφορετικούς εκπροσώπους διαφόρων πολιτισμών. Κατανοώντας την ψυχική υγεία αναφέρονται στην ευεξία όπως ο καθένας την αντιλαμβάνεται για τον εαυτό του και την λειτουργικότητα, την δυνατότητα να ζει κανείς αυτόνομα με αποτελεσματικό τρόπο την αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση των γενεών και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου στο σύνολο τους είτε είναι ψυχικές, πνευματικές ή σωματικές. Έτσι, ο ορισμός της ψυχικής υγείας είναι αδύνατον να αποτυπωθεί πλήρως και σε αυστηρό πλαίσιο για πολιτισμικούς λόγους κυρίως, αφού δεν αφορά την έλλειψη ψυχικών διαταραχών. (ΠΟΥ, 2001)

Η ψυχική υγεία κατέχει την ίδια θέση και έχει την ίδια βαρύτητα με την σωματική υγεία. Ωστόσο, ελάχιστοι από τους 450 εκατομμύρια ασθενών με ψυχικές διαταραχές ακολουθεί κάποιου είδους θεραπευτική παρέμβαση (ΠΟΥ, 2001). Σύμφωνα με Βρετανικό Κυβερνητικό ορισμό (British Health Education Authority, 3): «Η ψυχική υγεία αφορά την κατάσταση όπου τα άτομα μπορούν και χαίρονται στην καθημερινότητα και μπορούν να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τις απογοητεύσεις.

Είναι ένα θετικό συναίσθημα που μας επιτρέπει να πιστεύουμε στις δυνατότητες μας και στων άλλων».

Δεν υφίσταται υγεία χωρίς να υπάρχει η ψυχική. Η Jahoda (1958) έχει ορίσει την ψυχική υγεία ως μια κατάσταση διατήρησης της ισορροπίας που χαρακτηρίζεται από:

1. την γνώση του ατόμου για την ταυτότητα του
2. την ικανότητα του να είναι αυτόνομο
3. να διαχειρίζεται τις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής του
4. να μπορεί να διατηρεί την αυτονομία και ανεξαρτησία του παρά τις κοινωνικές επιρροές
5. την δεξιότητα να διαχειρίζεται το περιβάλλον του
6. την ανάπτυξη θετικών συναισθηματικών δεξιοτήτων
7. την δεξιότητα να λύνει τα ζητήματα και τις δυσκολίες που προκύπτουν

## **1.2 Ορισμός ψυχικών διαταραχών**

Σήμερα, οι άνθρωποι εμφανίζεται είναι πιο εύθραυστοι αναφορικά με την ψυχική τους υγεία, ενώ αυξάνονται τα ποσοστά των ατόμων που παρουσίασαν κάποια ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση για την Υγεία στις Η.Π.Α, 1:5 Αμερικανούς παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή κάθε χρόνο, ενώ το 50% του αμερικανικού πληθυσμού θα διαγνωσθεί με μια τέτοια διαταραχή κάποια στιγμή στην ζωή του. Οι ειδικοί αναφέρουν επίσης ότι 1:10 άτομα θα διαγνωσθεί με κατάθλιψη του ενώ το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού νοσεί ήδη με κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο και 550.000 στη χώρα μας.

Η ψυχική διαταραχή, ως κλινικός όρος, εμπερικλείει μια σειρά από συμπτώματα και ενέργειες που επηρεάζουν τις γνωστικές, τις συναισθηματικές και τις συμπεριφορικές λειτουργίες των ασθενών, Ως φαινόμενο όμως περιλαμβάνει ένα πλήθος αρνητικών συναισθημάτων που ξεπερνούν τα όρια της ιατρικής και της ψυχιατρικής. Αν και η επιστήμη έχει κάνει προόδους αναφορικά με την θεραπεία και την αντιμετώπιση των διαταραχών, η ψυχική νόσος ταυτίζεται με την τρέλα, τις στερεοτυπικές αντιλήψεις οδηγώντας στον κοινωνικό αποκλεισμό(Λαλιώτη-Οικονόμου, 2011)

*«Η ψυχική ασθένεια αποτελεί πρόσφορο έδαφος για τη γενεσιουργία μιας ιδιαίτερα πλούσιας μυθολογίας, μιας μυθολογίας που αλλοιώνει δραματικά το φαινόμενο της τρέλας, περιβάλλοντάς το με πέπλα μυστηρίου ή με απολυτότητες που παγιδεύουν τις πραγματικές του διαστάσεις. Μέσα στους κόλπους της μυθολογίας αυτής, ο ψυχικά ασθενής ανάγεται σ' ένα δυνάμει εγκληματικό, επικίνδυνο και επίφοβο άτομο, που η συμπεριφορά του προσδιορίζεται από πρωτόγονες και απροσπέλαστες στην κατανόηση ενορμήσεις» (Τσαλίκογλου Φ., 1987).*

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές συχνά λόγω των στερεοτυπικών αντιλήψεων που τους συνοδεύουν, θεωρούνται ικανά να διαπράξουν ένα οποιοδήποτε έγκλημα ξαφνικά, χωρίς κανένα λόγο, καθοδηγούμενο από τα συμπτώματα και μόνο της ψυχικής τους διαταραχής, που ασκεί πλήρη εξουσία πάνω τους. Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις, όπως αυτή του επικίνδυνου ψυχασθενή, έχει θεμελιωθεί στην κοινή γνώμη, αφού επιβεβαιώνεται μέσα από τον καθημερινό λόγο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η αντίληψη αυτή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ως επικίνδυνων και η ταύτιση των ψυχικών διαταραχών με την εγκληματικότητα και τη βία, ανήκουν στο παρελθόν, σε εποχές που τις χαρακτήριζε ο σκοταδισμός, τότε που η τρέλα ταυτιζόταν με το έγκλημα και την επικινδυνότητα. Η στερεοτυπική αντίληψη αυτή

δεν συναντάται μόνο στο ευρύ κοινό αλλά και στον επιστημονικό κόσμο και βασίζεται σε κάποιες βασικές υποθέσεις:

- στα μεγάλα ποσοστά εγκλημάτων από άτομα με ψυχικές διαταραχές,
- στην επιβολή σχέσης μεταξύ εγκλημάτων και ψυχικών διαταραχών
- στην άποψη ότι οι εγκληματικές πράξεις συνδέονται με την ψυχική ασθένεια ως μια πράξη ανεξήγητη (Τσαλίκολου Φ., 1987)

Παράλληλα, η επικινδυνότητα της ψυχικής διαταραχής και η πρόβλεψη επικίνδυνων συμπεριφορών θεωρούνται δεδομένες και αντικειμενικές, βασίζοντας τις σε επιστημονικές θεωρήσεις. Οι υποθέσεις αυτές, που προβάλλονται ως έγκυρες και αξιόπιστες, επιδιώκουν να προσδώσουν μια επιστημονική χροιά στην αντίληψη της επικινδυνότητας του ψυχικά ασθενή.

*«Δεν θα πρέπει να αγνοήσουμε ότι η ψυχική διαταραχή, η οποία αντανακλά μια κοινωνική παθολογία και είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων του ψυχοβιολογικού υποστρώματος και του φυσικού περιβάλλοντος, αυξάνει σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και κοινωνικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε τώρα. Στο πλαίσιο αυτό, η βία στις αναρίθμητες εκφάνσεις της απεικονίζει την ένταση των ψυχο-κοινωνικών συγκρούσεων και έχει γίνει στοιχείο της καθημερινότητάς μας, σφραγίζοντας τη ζωή ιδιαίτερα των νέων που αποτελούν τους πιο ευαίσθητους κοινωνικούς αποδέκτες.»*  
(Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 2011)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, οι ψυχικές και οι συμπεριφορικές διαταραχές είναι κλινικά σημαντικές καταστάσεις και αφορούν αλλαγές στην ικανότητα της σκέψης, των συναισθημάτων και προκαλούν προσωπική δυσφορία στο άτομο ακόμα και κοινωνικά ελλείμματα και δυσκολίες στην καθημερινή διαβίωση. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς και οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι απλά μια φάση μη φυσιολογικών

συμπτωμάτων στην ζωή του ατόμου, αλλά παθολογικά ευρήματα στην συμπεριφορά. Ωστόσο ένα επεισόδιο καταθλιπτικής συμπεριφοράς ή μη φυσιολογικής διάθεσης δεν μεταφράζεται πάντα στην ύπαρξη ψυχικής διαταραχής. Για να χαρακτηριστούν ως διαταραχή θα πρέπει τα συμπτώματα να έχουν διάρκεια, υποτροπές, και να παρουσιάζει το άτομο κοινωνικά ελλείμματα σε διάφορους τομείς της ζωής του. Οι ψυχικές διαταραχές εκφράζονται μέσα από μια σειρά συγκεκριμένων συμπτωμάτων, χαρακτηριστικών και σημείων ενώ αν δεν υπάρξει θεραπευτική παρέμβαση, η πορεία της διαταραχής είναι σχετικά προδιαγεγραμμένη. Όμως κάθε άτομο που βιώνει δυσφορία δεν συνεπάγεται ψυχική διαταραχή.

### **1.3 Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών στη δημόσια υγεία**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου 200 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως επηρεάζονται από σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (Mollica, 2000). Τα διαθέσιμα στοιχεία, ωστόσο, υποδηλώνουν ότι μόνο το ένα τρίτο όσων αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ψυχική υγεία έρχονται σε επαφή με υπηρεσίες για την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών (Kessler et al., 2009). Αυτό προκαλεί ανησυχίες όχι μόνο εξαιτίας των επιβλαβών επιπτώσεων στη ζωή των ατόμων, αλλά και λόγω του συναφούς οικονομικού και κοινωνικού κόστους των ανεπεξέργαστων προβλημάτων ψυχικής υγείας (Kessler et al., 2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία το 2001 αναφέρει, ότι οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για το 12% περίπου της παγκόσμιας επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας από νοσήματα. Η επιβάρυνση που προκαλούν είναι αντιστρόφως ανάλογη των ηλικιών, αυξάνει δηλαδή μεταξύ των νεαρών ατόμων, που αποτελούν και το πιο παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού. Επίσης φαίνεται ότι μία στις τέσσερις οικογένειες μπορεί ένα μέλος της

να εμφανίσει μια ψυχική διαταραχή κάποια στιγμή στην ζωή του, αυτές οι οικογένειες δεν στηρίζουν τον ασθενή μόνο οικονομικά, υλικά και συναισθηματικά αλλά υφίστανται τις συνέπειες του στίγματος και των διακρίσεων. Το 2020 υπολογίζεται ότι η επιβάρυνση που θα προκαλέσουν αυτές οι ψυχικές διαταραχές στην Δημόσια υγεία θα ξεπεράσουν το 15%.

Η ψυχική υγεία επιβαρύνει σημαντικά την κοινωνία οικονομικά, με βάση την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν απώλεια 3%-4% του ΑΕΠ στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Άλλες μελέτες για την οικονομική επιβάρυνση των ασθενειών που πραγματοποιήθηκαν σε επτά χώρες του ΟΟΣΑ κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δέκα χρόνων φανερώνουν ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές αποτέλεσε το 9% της συνολικής δαπάνης για την υγεία κατά μέσον όρο. (National Institute of Mental Health, 2011)

Στις ΗΠΑ, η εθνική δαπάνη για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και για τα θεραπευτικά προγράμματα για τα εξαρτημένα άτομα ανερχόταν συνολικά στα 121 δισεκατομμύρια δολάρια το 2003, ή σε 7,5% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Το κυριότερο μέρος των συγκεκριμένων δαπανών αφορούν την ιατρική περίθαλψη των ασθενών εντός και εκτός νοσοκομειακών μονάδων (27%), έπειτα ακολουθούν οι γιατροί, νοσηλευτές και υπόλοιπο προσωπικό (22%), η φαρμακοθεραπεία (19%) και οι διάφοροι φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (12%).

Το έμμεσο κόστος αφορά την στήριξη των ανθρώπων που επωμίζονται την φροντίδα των ασθενών και είναι συνήθως οι οικογένειες τους. Οι οικονομικές συνέπειες αντισταθμίζουν το άμεσο κόστος της θεραπείας, και αποτελεί το 60% -80% του κόστους για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Η απώλεια της παραγωγικότητας εξαιτίας των ψυχικών διαταραχών έχει κόστος 2,5 φορές μεγαλύτερο από το κόστος της απώλειας της παραγωγικότητας

λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το συνολικό κόστος της συνεχής απουσίας από την παραγωγή και της γρήγορης συνταξιοδότησης λόγω των ψυχικών διαταραχών στις χώρες ΕΕ-25 (συν τη Νορβηγία, την Ισλανδία και την Ελβετία) ήταν 136.3 δισεκατομμύρια ευρώ το 2007, συμπεριλαμβανομένων των 99.3 δισεκατομμυρίων ευρώ για την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. (Sobocki, P. B. et al. 2006)

Η κατάθλιψη αποτελεί την πλέον δαπανηρή ψυχική διαταραχή αφού επηρεάζει μεγάλο αριθμό ατόμων, έτσι και το εργατικό δυναμικό στο σύνολο του. Περίπου 21 εκατομμύρια άνθρωποι σε 28 ευρωπαϊκές χώρες (4,5% του συνολικού πληθυσμού) νοσούν από καταθλιπτική διαταραχή. Το κόστος αντιμετώπισης της διαταραχής στους ασθενείς αγγίζει τα 253 ευρώ ανά κάτοικο, ισούται δηλαδή με 1% του ΑΕΠ των 22 χωρών της ΕΕ-22. Συνολικά η δαπάνη για την κατάθλιψη εκτιμάται μεγαλύτερη των 118 δισεκατομμυρίων ευρώ. (Sobocki, P. B. et al. 2006)

Η φαρμακευτική αγωγή είναι από τα πιο σημαντικά μέτρα για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους ψυχικών διαταραχών, σε αντίθεση με την εισαγωγή και παραμονή των ασθενών σε κλειστού τύπου νοσηλευτικά Ιδρύματα, ψυχιατρικές κλινικές και ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μεταξύ 18 χωρών του ΟΟΣΑ, η Ισλανδία, η Αυστραλία, η Σουηδία και η Δανία έχουν υψηλότερη χρήση αντικαταθλιπτικών χαπιών, με πάνω από 60 DDD/1000 άτομα/ημέρα το 2006. Μεταξύ 2000 και 2006, η χρήση των αντικαταθλιπτικών χαπιών σε όλες τις χώρες αυξήθηκε με μέσο όρο 32 έως 50 DDD/1 000 άτομα/ημέρα.

Οι πωλήσεις των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την συμπτωματική θεραπεία των ψυχικών διαταραχών τις συμπεριφοράς και του συναισθήματος (αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά, και υπνωτικά & ηρεμιστικά) αγγίζουν συνολικά τα 4.7 δισεκατομμύρια δολάρια σε 16 χώρες του ΟΟΣΑ το 2006. Αυτό αποτέλεσε το



5,9% των συνολικών πωλήσεων φαρμάκων που καταγράφηκαν σε αυτές τις χώρες. Οι χώρες που χρησιμοποίησαν τα περισσότερα φάρμακα ήταν η Ισπανία, η Γερμανία και η Γαλλία όπου δαπάνησαν 678, 662 και 540 εκατομμύρια ευρώ, αντίστοιχα, σε αντικαταθλιπτικά χάπια μόνο.

Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές μπορούν να χαρακτηριστούν και ως επιδημία αφού περίπου το 10% του ενήλικου πληθυσμού θα εμφανίσουν κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής και διαταραχή της συμπεριφοράς σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Η οικονομική ύφεση επηρεάζει με πολλούς τρόπους την υγεία του ατόμου, καθώς από τη μία μειώνονται οι πόροι για την υγεία συνολικά και αφετέρου οι επιπτώσεις της στην αγορά εργασίας, η ανεργία, η ανασφάλεια, αυξάνουν αυτόματα τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών.

## **1.4 Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα**

### **1.4.1 Το πλαίσιο της νομοθεσίας στην ψυχική υγεία.**

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία είναι απαραίτητη, προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους, που αποτελούν ευάλωτο πληθυσμό. Συχνά βιώνουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και τις συνέπειες τους σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους έως την περιθωριοποίηση τους. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η καταστρατήγηση των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειών τους γίνεται όλο και συχνότερη. Η νομοθεσία οφείλει να ισορροπήσει ανάμεσα στην διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και του δικαιώματος της ίδιας της κοινωνίας στην αυτοπροστασία. (Υπουργείο Υγείας, 2004)

Δεν υπάρχει εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία στο 25% των χωρών όλου του κόσμου, στις οποίες κατοικεί το 31% του παγκόσμιου πληθυσμού, αν και ορισμένες πολιτείες ομοσπονδιακών κρατών έχουν τέτοια εσωτερική νομοθεσία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ύπαρξη νομοθεσίας δεν διασφαλίζει τα δικαιώματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε μερικές χώρες μάλιστα, η νομοθεσία για την ψυχική υγεία περιέχει διατάξεις που οδηγούν στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. (ΠΟΥ ,2003)

Μερικά από τα πιο σημαντικά ζητήματα που πρέπει να περιέχει η νομοθεσία είναι τα παρακάτω:

- η αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων,
- το ιατρικό απόρρητο
- συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης
- εκούσια και ακούσια νοσηλεία
- εκούσια και ακούσια νοσηλεία
- ανεξάρτητο ελεγκτικό σώμα
- αυτοδιάθεση και κηδεμονία

Βασικές διατάξεις στην υπόλοιπη νομοθεσία με επιπτώσεις στην ψυχική υγεία: Αυτές περιλαμβάνουν διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχικές διαταραχές στου ακόλουθους τομείς:

- στέγαση
- απασχόληση
- κοινωνική ασφάλιση

Η νομοθεσία επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προαχθεί η ψυχική υγεία και να προληφθούν οι ψυχικές διαταραχές. Θα πρέπει να περιέχει συγκεκριμένες διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων ευάλωτων ομάδων, όπως γυναικών, παιδιών, ηλικιωμένων και αυτοχθόνων εθνικών μειονοτήτων. Προς αυτήν την κατεύθυνση μπορούν επίσης να ληφθούν μέτρα για την άδεια μητρότητας, ώστε να βοηθηθεί η δημιουργία δεσμού με την μητέρα και το παιδί, να υπάρχει η

δυνατότητα έγκαιρης διαπίστωσης ή και πρόληψης περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών, να περιοριστεί η πρόσβαση στο αλκοόλ και τις ουσίες και να οργανωθούν προγράμματα για την ψυχική υγεία στα σχολεία. (Υπουργείο Υγείας, 2004)

Γενική αρχή του Συντάγματος είναι ότι ο σεβασμός και η διασφάλιση της αξιοπρέπειας του ατόμου αποτελούν πρώτο μέλημα της Πολιτείας. Στο Σύνταγμα ορίζεται ότι ο καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητα του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας.

Η προσωπικότητα του ανθρώπου αποτελείται από την σωματική, ψυχική, πνευματική, ηθική, κοινωνική υπόσταση του, και το κράτος υποχρεούται να μην παρεμποδίζει την ανάπτυξη της. Προσωπική ελευθερία σημαίνει την χωρίς περιορισμούς φυσική, σωματική και ψυχική ύπαρξη και δράση του ανθρώπου. Ενώ οι περιορισμοί της προσωπικής ελευθερίας, που σχετίζονται και αφορούν στη διαφύλαξη της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αποτελούν π.χ η απομόνωση των πασχόντων από λοιμώδεις μεταδοτικές ασθένειες, η ακούσια νοσηλεία κ.λπ Ο κάθε πολίτης έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. (Υπουργείο Υγείας, 2004)

Στο πλαίσιο αυτό έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (παραγρ.1 άρθρο 2 του Ν.2716/1999) και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές η οποία λειτουργεί στα πλαίσια της συνεστημένης με τον Ν.2519/1997 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (παραγρ. 2 άρθρο 2 του Ν.2716/1999).

Η καταγραφή των δικαιωμάτων και η οριοθέτηση σε εναρμόνιση με το διεθνές νομικό περιβάλλον δεν εγγυάται από μόνη της ότι τα δικαιώματα ασκούνται.

Εναπόκειται στην ίδια την κοινωνία και τους θεσμούς που αυτή δημιουργεί, να οργανώσει το περιβάλλον ουσιαστικής άσκησης των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και μάλιστα να δημιουργήσει και να προκαλέσει κινηματικά τις πλέον κατάλληλες συνθήκες για την άσκηση τους, ενισχύοντας τις τοπικές ή άλλες πρωτοβουλίες. (Υπουργείο Υγείας, 2004)

Τέλος, η διεπιστημονική θεώρηση των πραγμάτων και η συνεχής συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων αποτελεί ουσιαστικό μέσο μετριασμού των τάσεων για αυθαιρεσίες και μονομέρειες που παρουσιάζονται στις διάφορες επιστημονικές κοινότητες.

#### **1.4.2 Η συνηγορία στην ψυχική υγεία**

Η συνηγορία στην ψυχική υγεία αφορά μια σειρά δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην άρση των δομικών εμποδίων, καθώς και στα εμπόδια που προκαλούνται από τις στερεοτυπικές αντιλήψεις, και στην καλύτερη ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού. Η συνηγορία στην ψυχική υγεία αποτελεί νέα έννοια, δημιουργήθηκε με κύριο στόχο την εξάλειψη των φαινομένων διακρίσεων και στιγματισμού των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την ανάγκη προαγωγής των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. (WHO, 2003)

Τα τελευταία τριάντα χρόνια η ανάγκη προαγωγής των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ολοένα μεγαλύτερη, όπως επίσης και η έννοια της συνηγορίας στην ψυχική υγεία, προκειμένου να συμπεριληφθούν και τα άτομα με ηπιότερες ψυχικές διαταραχές αλλά και ο γενικός πληθυσμός, προβάλλοντας την ανάγκη για καλή ψυχική υγεία. Το συνηγορητικό κίνημα αναπτύχθηκε για να αντιμετωπίσει εμπόδια στην ψυχική υγεία που υπάρχουν σε παγκόσμια κλίμακα. Στα περισσότερα μέρη του κόσμου η ψυχική υγεία θεωρείται ήσσονος σημασίας

συγκριτικά με την σωματική υγεία, ενώ τα άτομα με ψυχικές διαταραχές συχνά παραμελούνται είτε αγνοούνται. (World Health Organization, 2001a).

Ένα μικρό ποσοστό ατόμων με ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν έστω και την πιο στοιχειώδη θεραπεία. Πολλά από τα άτομα αυτά υφίστανται διακρίσεις και στιγματίζονται. Ενώ υπάρχουν κοινωνικές ομάδες όπου εκτίθενται σε κινδύνους αυξάνοντας τις πιθανότητες προσβολής από ψυχικές διαταραχές. (WHO, 2004)

Μεταξύ των εμποδίων στην ψυχική υγεία περιλαμβάνονται τα εξής:

- Έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα μόνο το 51% του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχει πρόσβαση για θεραπεία. Επιπλέον η διαθέσιμη θεραπεία δεν είναι πάντα αποτελεσματική
- Το μεγάλο κόστος για την φροντίδα τους που πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι οι ασθενείς.
- Έλλειψη ποιότητας μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας. Οι επενδύσεις των κυβερνήσεων και των ασφαλιστικών εταιρειών είναι δυσανάλογα χαμηλές
- Υποβαθμισμένη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικές κλινικές.
- Απουσία εναλλακτικών υπηρεσιών
- Υπηρεσίες που δεν σέβονται το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση και το δικαίωμα των ασθενών να συμμετέχουν από κοινού στις αποφάσεις που αφορούν τις θεραπείες τους.
- Παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ΨΔ
- Επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Στίγμα
- Απουσία προγραμμάτων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Αναφορικά με την συνηγορία στην ψυχική υγεία:

- Η συνηγορία συμπεριλαμβάνεται στις δραστηριότητες για την ψυχική υγεία αφού έχει να προσδώσει εξαιρετικά οφέλη για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.
- Υπάρχουν διάφορα είδη συνηγορίας, όπως η αύξηση της συνειδητοποίησης, διάχυση των πληροφοριών, επιμόρφωση, κατάρτιση, αλληλοβοήθεια, συμβουλευτικές παρέμβασης, διαμεσολάβηση, υπεράσπιση και καταγγελία.
- Αυτές οι δράσεις έχουν στόχο να υπερνικήσουν τα τροχοπέδια, όπως την έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το στίγμα, την παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών, την έλλειψη υποστήριξης, την έλλειψη στέγης και απασχόλησης.
- Η υπερπήδηση αυτών των εμποδίων βοηθά, αφού βελτιώνονται οι πολιτικές και οι υπηρεσίες, διασφαλίζονται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προάγεται η ψυχική υγεία και προλαμβάνονται οι διαταραχές. (WHO,2004)

Σε αρκετές χώρες, ο τρόπος που αντιμετωπίζονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχει αλλάξει σημαντικότερα λόγω του κινήματος συνηγορίας. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ως οι κύριοι ενδιαφερόμενοι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχουν αρχίσει να εκφράζουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους, αναφορικά με το είδος των υπηρεσιών που έχουν ανάγκη. Επίσης συμμετέχουν ενεργά και από κοινού στο είδος και την μορφή της θεραπείας που θα λάβουν, σεβόμενοι τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ατόμου. (WHO,2004)

Η συνηγορία έχει βοηθήσει, ώστε να ακουστεί η φωνή των χρηστών των υπηρεσιών και να αναδειχθούν τα πρόσωπα που κρύβουν οι ετικέτες και οι διαγνώσεις.

*«Όλοι όσοι χαρακτηρίζονται από μια διάγνωση ως άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν διαφέρουν από τους άλλους ανθρώπους, και διεκδικούν τα ίδια βασικά πράγματα στη ζωή: επαρκές εισόδημα, αξιοπρεπή στέγη, δυνατότητες να μορφωθούν, επαγγελματική κατάρτιση με την προοπτική μιας πραγματικής δουλειάς που να τους ικανοποιεί, συμμετοχή στην κοινοτική ζωή, φίλους και κοινωνικές σχέσεις, και στοργικές προσωπικές σχέσεις» (Chamberlin, 2001)*

Η συμμετοχή επίσης των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους σε οργανώσεις συνηγορίας μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στη μείωση του χρόνου ενδονοσοκομειακής θεραπείας και του αριθμού επισκέψεων στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα ενδυναμώνεται η αυτοεκτίμηση, η αίσθηση ευεξίας, οι δεξιότητες αντιμετώπισης, τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης και οι οικογενειακές σχέσεις. Στην έκκληση των υπουργών ο Π.Ο.Υ απάντησε προτείνοντας μια στρατηγική παγκόσμιας εμβέλειας για την ψυχική υγεία. Ένας στους τέσσερις ακρογωνιαίους λίθους είναι η συνηγορία για την ψυχική υγεία σε διεθνές επίπεδο, σε επίπεδο περιφερειών του Π.Ο.Υ και τέλος σε εθνικό επίπεδο. Σκοπός είναι να τεθεί η ψυχική υγεία ως προτεραιότητα στη συνείδηση του κοινού, να βελτιωθεί η αποδοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, να προστατευθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα και να μειωθούν τα αρνητικά επακόλουθα του στίγματος. Τα επιχειρήματα που στηρίζουν αυτήν την πολιτική είναι ο λιγότερος αποκλεισμός και οι λιγότερες διακρίσεις θα βοηθήσουν τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους να ζήσουν καλύτερα και πιο παραγωγικά και θα τους βοηθήσει να αναζητήσουν θεραπεία. (WHO,2004)

### 1.5 Η ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία

Η «ποιότητα ζωής» ως έννοια δεν έχει οριστεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο γι αυτό και στην προσπάθεια να οριστεί συναντάμε πολλές ασάφειες. Στις δεκαετίες του 1960 και του 1970, εύρος επιστημόνων από πεδία της φιλοσοφίας, της ιστορίας κ.α άρχισαν να ενδιαφέρονται επιστημονικά για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αυτό προέκυψε από την ανάγκη να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που προκάλεσαν η άνιση κατανομή των πόρων και η κοινωνική ανισότητα. (Οικονόμου Μ., 2001)

Η γνώση της έννοιας της ποιότητας ζωής, σήμερα αναφέρεται στην κάλυψη βασικών βιολογικών, περιβαλλοντικών ή κοινωνικών αναγκών και προϋποθέσεων. Μέσα από αυτόν τον προβληματισμό, αναπτύχθηκαν κοινωνικοί δείκτες που έχουν στόχο στην εξειδίκευση του ορισμού της ποιότητας ζωής ως αντικειμενικής και ποσοτικοποιημένης διάστασης. Επίσης γρήγορα ήρθε στην επιφάνεια η ανάγκη να προστεθούν στον ορισμό παράμετροι που αφορούν ψυχικές και διανοητικές διεργασίες του ατόμου –όπως η ευεξία, η συναισθηματική διάθεση, η πνευματική δραστηριότητα, η ικανοποίηση– οι οποίες έχουν υποκειμενική βάση, και των οποίων η μεταφορά σε ποσοτικά μεγέθη δεν μπορεί παρά να είναι συμβατική (Τζινιέρη & Κοκκώση, 2011)

Στους ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Ωστόσο οι Zautra και Goodhart (1979) επισημαίνουν την ανάγκη οι υποκειμενικές και αντικειμενικές παράμετροι να συνδυαστούν, αφού ορίζουν την ποιότητα ζωής *«ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Έγκυροι δείκτες για τον*



*προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις». (Οικονόμου Μ., 2001)*

Στην ιατρική ο όρος «ποιότητα ζωής» αφορά όλες αυτές τις ανάγκες του ανθρώπου που έχουν κατά καιρούς αγνοηθεί από το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Η αιτία να μελετηθεί η ποιότητα ζωής στην ιατρική, λαμβάνοντας υπ' όψιν το πώς την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής, ήταν η δυσφορία στις δεκαετίες του 1960 και 1970, που αφορούσε την θεραπεία. Ένα κομμάτι της δυσφορίας προκαλούνταν από την εστίαση των θεραπευτικών παρεμβάσεων μόνο στην παράταση του προσδόκιμου ζωής και όχι στις υπόλοιπες ανάγκες των ανθρώπων όπως η ψυχική υγεία, το αίσθημα του ανήκειν, το αίσθημα ότι είναι αυτόνομοι. (Οικονόμου Μ., 2001)

Στην Ψυχιατρική και συγκεκριμένα στην περίπτωση της θεραπείας της Σχιζοφρένειας με κλασσικά νευροληπτικά. Έτσι και εδώ υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που προτιμούν να έχουν ψευδαισθήσεις και επώδυνες παραληρητικές ιδέες, παρά να υποφέρουν από εξωπυραμιδικά συμπτώματα, που αποτελούν τις πλέον ανεπιθύμητες ενέργειες των κλασσικών αντιψυχωσικών φαρμάκων. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες, δεν είναι μόνο δυσάρεστες για τον ασθενή, αλλά συντείνουν στον στιγματισμό, αφού γίνονται εύκολα ορατές από το κοινωνικό περιβάλλον. (Οικονόμου Μ., 2001)

Σήμερα, ο όρος «ποιότητα ζωής» στην Ιατρική χρησιμοποιείται από όσους προσπαθούν να αφομοιώσουν τις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών με βάση τα δικά τους προσωπικά κριτήρια αναφορικά με την ποιότητα ζωής, στην θεραπευτική πράξη και διαδικασία. Για να διαχωρίσουμε την ποιότητα ζωής με την γενική της έννοια από την ποιότητα ζωής που αφορά τις εφαρμογές της Ιατρικής και των

κλινικών εφαρμογών χρησιμοποιείται ο όρος «ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία» (health related quality of life, HRQL).

Αλλά ακόμα και αυτός ο όρος έχει αμφισημία και αποτελεί πρόκληση να καθοριστούν όλα αυτά τα στοιχεία που τον συνθέτουν. Σε γενικές γραμμές η έννοια της ποιότητας ζωής στην υγεία περιλαμβάνει την υγεία γενικά, την σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, την γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. (Οικονόμου Μ., 2001)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ψυχική, *«υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα.»*

Η πρώτη τεκμηριωμένη αναφορά στον όρο «ποιότητα ζωής» έγινε από τον Elkinton, ο οποίος θεωρεί ότι τα 3 βασικά θεμελιώδη στοιχεία της είναι:

1. την ψυχική ευεξία
2. την ικανοποίηση (την αρμονία που βιώνει το άτομο)
3. και την σχέση που υπάρχει μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με την Οικονόμου κ.α (2011) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι βασική προϋπόθεση η συνεισφορά των κοινωνικών δεικτών που αφορούν κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες. Η αξιολόγηση αυτών των παραγόντων, όπως είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον, η αυτονομία του ατόμου, το βιοτικό επίπεδο, οι πόροι κ.α είναι προϋπόθεση, αφού συνδέονται με την ψυχοπαθολογία.

Το ερώτημα που προκύπτει είναι, πώς οι αντικειμενικές συνθήκες συσχετίζονται με τις υποκειμενικές αντιλήψεις, που παρατίθενται και από ποιους

πρόσθετους παράγοντες επηρεάζεται αυτή η συσχέτιση. Τρία θεωρητικά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί ως απάντηση στο παραπάνω ερώτημα:

- το μοντέλο της ικανοποίησης
- το μοντέλο που είναι συνδυασμός της σημασίας (που έχει για το άτομο μια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του) και της ικανοποίησης και
- το μοντέλο της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους

Το μοντέλο της ικανοποίησης αναπτύχθηκε από τους Lehman et al (1982) από τους Baker και Intagliata (1982). Το μοντέλο αυτό, βασίζεται στο ερώτημα κατά πόσο το άτομο βιώνει ικανοποίηση αναφορικά με τους διάφορους τομείς στην ζωή τους, που εξαρτώνται από παράγοντες όπως το βιοτικό επίπεδο αλλά και οι επιθυμίες του.

Όμως σύμφωνα με τους Angermeyer και Kilian με βάση αυτό το μοντέλο δεν μπορεί να εξασφαλισθεί εγκυρότητα στους δείκτες που μετρούν την ποιότητα ζωής. Έτσι αν ένα άτομο με ψυχική διαταραχή αισθάνεται ικανοποιημένο για κάποιο τομέα της ζωής του, υπάρχουν τρεις εκδοχές:

1. μπορεί να σημαίνει ότι όντως ικανοποιούνται οι επιθυμίες του αναφορικά με τον τομέα αυτό,
2. μπορεί το άτομο να μην αξιολογεί τον τομέα αυτόν ως σημαντικό και έτσι να μην τον επηρεάζει το αν τον ικανοποιεί ή όχι,
3. μπορεί το άτομο να προσαρμόζει τις ανάγκες του ανάλογα με αυτό που προσφέρεται κάθε φορά.

Το δεύτερο μοντέλο, που αφορά την ικανοποίηση είναι συνεπακόλουθο του στοχασμού που συνεπάγεται κατά την θεωρητική ανάπτυξη του μοντέλου ικανοποίησης.

Έτσι για ένα άτομο με χαμηλές προσδοκίες για την επαγγελματική του εξέλιξη, ή δυνατότητα για επαγγελματική ανέλιξη όπως μια προαγωγή δεν αποτελούν σημαντικό κριτήριο για την αξιολόγηση της ικανοποίησης στην εργασία του.

Το μοντέλο αυτό ενώ στρέφει την προσοχή στην βαρύτητα των προσωπικών αξιών και επιθυμιών, δεν εξετάζει την πιθανότητα αυτή, ότι ενδεχόμενες πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του το αναγκάζουν συχνά προκειμένου να ελαχιστοποιήσει κάποια ασυμφωνία γνωστικών στοιχείων και στάσεων, να υποβαθμίζει τους ίδιους τους στόχους που για το άτομο αυτό θεωρούνται μη ρεαλιστικοί και άρα δύσκολο να επιτευχθούν. (Οικονόμου Μ. κ.α 2011)

Το τρίτο μοντέλο της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους αναπτύχθηκε από τους Bigelow et. al (1982) και βασίζεται στην θεωρία των αναγκών του Maslow (1954) και στην θεωρία των ρόλων. Συγκεκριμένα, στην θεωρία ότι «η ευτυχία και η ικανοποίηση επηρεάζονται από τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που απαιτούνται για την κάλυψη των βασικών ανθρώπινων αναγκών.» Ο Maslow διακρίνει μια σειρά ανθρώπινων αναγκών που τις κατατάσσει ιεραρχικά σε πυραμίδα.<sup>1</sup> Οι κοινωνικοί ρόλοι είναι πρότυπα δράσης τα οποία απορρέουν από την κοινωνική θέση που έχει το άτομο σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Οι ρόλοι



αυτοί αφορούν το επάγγελμα, το νοικοκυριό, το γάμο, την συντροφικότητα, την γονεϊκότητα, τις κοινωνικές σχέσεις, την συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και η αυτοφροντίδα. (Οικονόμου Μ., 2011)

Σχετικά με την εφαρμογή του μοντέλου της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ψυχικά ασθενείς έχουν τεθεί κάποιοι προβληματισμοί. Όπως περιγράφεται από τον Parsons (1951) στην ανάλυση του για το κοινωνικό σύστημα, οι περισσότερες σύγχρονες κοινωνίες έχουν θεσμοθετήσει το «ρόλο του ασθενούς» ως σημασιολογικό πρότυπο, για τα μέλη της κοινωνίας που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των συγκεκριμένων ρόλων, λόγω της ασθένειάς τους. (Οικονόμου Μ. κ.α 2011)

Σύμφωνα με τους Angermeyer και Kilian επειδή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν συγκεκριμένες ανάγκες λόγω της νόσου τους, όπως ανάγκη για προστασία, για φάρμακα, για θεραπείες κ.α είναι υποχρεωμένα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του «ρόλου του ασθενούς», δηλαδή να ζητούν τη βοήθεια κάποιου ειδικού και να προσαρμόζονται στις οδηγίες του, να συμμορφώνονται με την θεραπεία και το πιο σημαντικό να γνωστοποιούν την ανικανότητά τους, ώστε να εξασφαλίζουν τις απαραίτητες παροχές. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές προτείνεται από τους Angermeyer και Kilian ένα δυναμικό μοντέλο προσέγγισης, που βασίζεται στην υπόθεση ότι η αντικειμενική θεώρηση της ποιότητας ζωής είναι η συνεχιζόμενη διαδικασία προσαρμογής, κατά την οποία το άτομο οφείλει να συμβαδίζει διαρκώς τις δικές του επιθυμίες αφενός μεν με τις περιβαλλοντικές συνθήκες και αφετέρου με την ικανότητα του να ανταπεξέρχεται στις κοινωνικές απαιτήσεις που συνδέονται με την εκπλήρωση των παραπάνω στόχων.

## **1.6 Μοντέλα της ποιότητας ζωής στη χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή.**

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι έρευνες γύρω από την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είχε επικεντρωθεί στις χρόνιες διαταραχές και ειδικότερα στην Σχιζοφρένεια. Στην Κλινική Ψυχιατρική, το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εκφράστηκε, με τις μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας και στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας για τους σοβαρά ψυχικά πάσχοντες, που ήταν αποτέλεσμα αφενός της εισαγωγής και της ευρέως διαδεδομένης χρήσης νέων αντιψυχωσικών (νευροληπτικών) φαρμάκων και αφετέρου ποικίλων άλλων παρεμβάσεων στην κοινότητα. Αναπτύχθηκαν έτσι έννοιες και εφαρμόστηκαν μέτρα για την ποιότητα ζωής ως αποτέλεσμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, χωρίς όμως να έχει αναπτυχθεί ένα ικανοποιητικό θεωρητικό μοντέλο για την ποιότητα ζωής στην χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή. (Οικονόμου Μ., 2011)

Όπως υποστηρίζει η Ζήση *«Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής, που βασίζονται σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, έχουν βρεθεί ανεπαρκή, καθώς τόσο οι κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές όσο και οι αντικειμενικοί δείκτες ερμηνεύουν ένα μικρό ποσοστό μεταβλητότητας της ποιότητας ζωής»*. Τα θεωρητικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί σήμερα δεν συντελούν στην αποσαφήνιση της συσχέτισης που υπάρχει μεταξύ αντικειμενικών συνθηκών και της υποκειμενικής εκτίμησης των συνθηκών αυτών. Έτσι είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί έρευνα προκειμένου να μελετηθούν οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες που λειτουργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. (Οικονόμου Μ., 2011)

### **α. Διαμεσολαβητικό μοντέλο για την ποιότητα ζωής**

Σε πρόσφατη μελέτη των Ζήση, Barry και Cochrane προτείνεται ένα «διαμεσολαβητικό μοντέλο για την ποιότητα ζωής» (meditational model of quality of life) για άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Στο μοντέλο αυτό τονίζεται η σημασία των διαμεσολαβητικών μηχανισμών που αναφέρονται σε εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου, όπως είναι το «αίσθημα ελέγχου», η «αυτοεικόνα» και η «αυτό-αποτελεσματικότητα», στην διαδικασία της υποκειμενικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, που επηρεάζεται και από γνωστικούς μηχανισμούς, όπως οι φιλοδοξίες και οι στόχοι του ατόμου καθώς και η σύγκριση με τα κοινωνικά πρότυπα.

### **β. Μοντέλο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με Σχιζοφρένεια**

Οι Skantze et. al (1990) περιέγραψαν την ποιότητα ζωής ως μια δυναμική έννοια που διαμορφώνεται ανάλογα τους προσωπικούς στόχους και προσδοκίες του ατόμου και τις ελπίδες, όσο και από την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με αυτήν και είναι απαραίτητο να μελετηθεί μέσα στο φυσικό, κοινωνικό και πολιτισμικό της πλαίσιο, που εδώ, εννοείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Η ποιότητα ζωής είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο με ψυχικές διαταραχές την αντιλαμβάνεται και γι αυτόν το λόγο μπορεί να αξιολογηθεί μόνο υποκειμενικά. Με βάση τα αποτελέσματα των μελετών τους, οι επιστήμονες συνιστούν, ότι η αξιολόγηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εξαρτάται κυρίως από το πώς οι ίδιοι αντιλαμβάνονται τον όρο ποιότητα ζωής με βάση τον δικό τους «εσωτερικό κόσμο» και όχι από άλλους εξωγενείς παράγοντες, ενώ αντίθετα το επίπεδο ζωής προϋποθέτει την παρουσία ενός «τρίτου», που θα εκτιμήσει την κατάσταση στην οποία ζει και

διαβεί ο ασθενής και άρα είναι ένας όρος που μπορεί να μετρηθεί με αντικειμενικότητα. (Οικονόμου Μ., 2011)

Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα είναι κατά πόσο οι ασθενείς με Σχιζοφρένεια εξαιτίας της έλλειψης εναισθησίας και των διαταραχών στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες είναι σε θέση να αξιολογήσουν την ψυχική τους υγεία, την συναισθηματική τους κατάσταση και να αξιολογήσουν την ποιότητα που διέπει την ζωή τους. Οι Browe et.al (1996) θεωρούν ότι η κλινική αξιολόγηση των περιγραφών των ίδιων των ατόμων με Σχιζοφρένεια είναι εφικτή, παρά το γεγονός ότι οι προσδοκίες τους επηρεάζονται άμεσα από τα συμπτώματα της ψύχωσης αλλά και από τις προσωπικές τους αρχές και αξίες για την ζωή.

#### **γ. Συνθετικό μοντέλο ποιότητας ζωής για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια που βρίσκονται σε θεραπεία.**

Είναι γεγονός ότι σήμερα η ποιότητα ζωής συνδέεται με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν στόχο στη καλυτέρευση της ψυχικής υγείας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές κατά τη διαδικασία της αποασυλοποίησης, της ένταξης τους στην κοινότητα και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τους. Οι Awad et al (1997) ανέπτυξαν ένα «συνθετικό μοντέλο ποιότητας ζωής για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια που βρίσκονται σε θεραπεία με αντιψυχωσικά» και ορίζουν την ποιότητα ζωής τους ως την υποκειμενική αντίληψη του αποτελέσματος που προκύπτει από την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε τρεις καθοριστικούς παράγοντες:

1. την σοβαρότητα των ψυχωσικών συμπτωμάτων
2. τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων και
3. το επίπεδο των ψυχοκοινωνικών επιδόσεων



Αυτή η αλληλεπίδραση μπορεί βεβαίως να επηρεαστεί και από άλλους παράγοντες όπως είναι η προσωπικότητα, οι αξίες, οι στάσεις αλλά και διάφορες πηγές υποστήριξης και το κοινωνικό δίκτυο. (Οικονόμου Μ., 2011)

### **1.7 Θεραπευτικές παρεμβάσεις και ποιότητα ζωής στους ασθενείς στη χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή.**

Σύμφωνα με τη μελέτη των Οικονόμου και συν, για την ποιότητα ζωής στην χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή αναφέρεται ότι πολλές μελέτες πραγματοποιήθηκαν για να καταδείξουν την επίδραση της φαρμακοθεραπείας με νευροληπτικά στην ποιότητα ζωής ασθενών με Σχιζοφρένεια. Φάνηκε ότι ασθενείς που είναι σε αγωγή με κλοζαπίνη ή με νέα άτυπα αντιψυχωσικά του τύπου της ρισπεριδόνης ή της ολανζαπίνης, παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες ποιότητας ζωής σε σχέση με τους ασθενείς που παίρνουν κλασσικά νευροληπτικά. Η διαφορά αυτή αποδίδεται αφενός μεν στην απευθείας δράση των νέων φαρμάκων στη βελτίωση κυρίως των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, αφετέρου δε στις σαφώς λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν και στην βελτίωση της «συμμόρφωσης» στην θεραπεία.

Αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στην ποιότητα ζωής, οι Sullivan et al (1992) βρήκαν ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχική διαταραχή ήταν αντιστρόφως ανάλογο του πλήθους των παρενεργειών από την φαρμακοθεραπεία τους.

Για του ψυχικά ασθενείς, όμως, δεν είναι μόνο η ιατρική φροντίδα που ενδιαφέρει δηλαδή η ψυχιατρική παρακολούθηση και η φαρμακευτική αγωγή αλλά και η κοινωνική στήριξη, δηλαδή η φιλοξενία σε δομές και στέγες ημιαυτόνομης διαβίωσης, που σέβονται την αξιοπρέπεια των ασθενών, η οικονομική υποστήριξη, η

κοινωνική ασφάλεια, η ενσωμάτωση στην οικογένεια και την κοινότητα, η ψυχαγωγία καθώς και η απασχόληση και η εργασία. (Οικονόμου Μ. κ.σ 2011)

Αναφορικά με τους χώρους θεραπείας, η πλειοψηφία των μελετών συμφωνεί ότι τίθεται θέμα διαφοροποίησης της ποιότητας ζωής ανάμεσα στους διαφορετικούς χώρους και έχει βρεθεί ότι όσο λιγότερο περιοριστικός είναι ο χώρος, τόσο μεγαλύτερο είναι το αίσθημα της ικανοποίησης. Σύμφωνα με μια μεγάλη έρευνα του προγράμματος TAPS στη Μεγάλη Βρετανία, σε χρόνιους ασθενείς που μέχρι πρότινος διέμεναν σε άσυλα, έχει παρατηρηθεί σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους από την στιγμή που μεταφερθήκαν σε Δομές στην κοινότητα.

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς αυτοί αξιολόγησαν θετικά την διαμονή τους σε δομές μέσα στην κοινότητα και εξέφρασαν την επιθυμία τους να παραμείνουν σε αυτές. Παρόλα αυτά, άλλες έρευνες έδειξαν ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια, όταν μετακινηθούν από ένα κλειστού τύπου κέντρο όπως ένα νοσοκομείο κοκ σε μια δομή μέσα στην κοινότητα, δεν περιγράφουν με ικανοποίηση την διαμονή τους σε αυτές. Αυτό οφείλεται σε πολλούς λόγους, αν και οι συνθήκες διαβίωσης τους έχουν βελτιωθεί σημαντικά, δεν υπάρχει υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο. Σημαντικοί ερευνητές επισημαίνουν την αναγκαιότητα της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής για την αξιολόγηση κοινοτικών υποστηρικτικών συστημάτων και δικτύων και προβάλλουν τους εξής λόγους για την αναγκαιότητα αυτή:

- Έμφαση δίνεται στην άνεση μάλλον παρά στη θεραπεία (comfort rather than cure), αφού, σε περιστατικά χρονίων πασχόντων δεν μπορεί κανείς να έχει μη ρεαλιστικούς στόχους, όπως η πλήρης αποκατάσταση και η αυτονομία στην διαβίωση.
- Προγράμματα που παρέχουν σύνθετες παρεμβάσεις προϋποθέτουν την ύπαρξη πολυδιάστατων μεταβλητών για την αξιολόγηση του αποτελέσματος

(complex programs require complex outcome measures) και μόνο η πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής επιτρέπει την αξιολόγηση του αποτελέσματος τέτοιων σύνθετων παρεμβάσεων.

- Έμφαση δίνεται στην ικανοποίηση του πάσχοντα και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση αυτή.
- Η επανεμφάνιση της άποψης περί ολιστικής προσέγγισης της υγείας.
- Η προώθηση της ποιότητας ζωής θεωρείται δείγμα άσκησης καλής πολιτικής.(Οικονόμου Μ, κ.σ. 2011)

Τέλος έχουν βρεθεί αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια ότι:

- Η ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι χειρότερη από την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού, καθώς και από αυτήν άλλων ασθενών χωρίς ψυχιατρική διαταραχή.
- Τα νέα άτομα, οι γυναίκες, οι έγγαμοι αναφέρουν καλύτερο επίπεδο στην ποιότητα της ζωής τους.
- Όσο πιο χρόνια η ασθένεια, τόσο χειρότερη η ποιότητα ζωής.
- Η ψυχοπαθολογία και μάλιστα τα αρνητικά σύνδρομα συνδέονται με την χαμηλή ποιότητα ζωής.
- Όσο πιο λίγες φαρμακευτικές ανεπιθύμητες ενέργειες και ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας, τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής.
- Οι ασθενείς που ενσωματώνονται σε θεραπευτικά προγράμματα της κοινότητας παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς που βρίσκονται σε ιδρύματα. (Οικονόμου Μ.,2011)

## Κεφάλαιο 2ο : Το στίγμα στην ψυχική ασθένεια

### 2.1 Ορισμός του στίγματος στην ψυχική ασθένεια

*«Στην ελληνική γλώσσα, στίγμα σημαίνει κηλίδα, λεκές, ανεξίτηλο σημάδι, ένα σημάδι με το οποίο η κοινωνία διαχωρίζει αυτούς που θέλει να στιγματίσει. Μεταφορικά το στίγμα αποτελεί έναν έντονα μειωτικό χαρακτηρισμό, που αποδίδεται σε κάποιον για διάφορους λόγους και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαχθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαραίνει οριστικά κάποιον. Σημαίνει οτιδήποτε προκαλεί ντροπή ή κοινωνική καταδίκη <sup>2</sup>.»*

Σήμερα «το στίγμα» χρησιμοποιείται κυρίως για να καταδείξει ότι ορισμένες καταστάσεις υγείας ιδίως οι ψυχικές διαταραχές και ό,τι συνεπάγεται σε αυτές επιφέρει στα άτομα το βάρος των προκαταλήψεων. (Κορδώση και συν., 2015)

Ο ορισμός του στίγματος αφορά κυρίως την σχέση και την θέση πια του ατόμου με ψυχική διαταραχή στην κοινωνία και κατά πόσο, την διατηρεί, εφόσον έχει επωμιστεί μια σειρά αρνητικών χαρακτηριστικών, λόγω των προκαταλήψεων και των στερεοτυπικών αντιλήψεων για την ψυχική διαταραχή. Όταν ένα άτομο στιγματίζεται, αυτό συμβαίνει ανάλογα με τις κυρίαρχες πεποιθήσεις.

Το στίγμα δεν εντοπίζεται στην αναγνώριση των όποιων λειτουργικών ελλειμάτων των ατόμων που πάσχουν από την ψυχική διαταραχή, αλλά αφορά κυρίως στην μείωση, την ταπείνωση, στην παράκαμψη κάθε θετικής έκβασης που μπορεί να προκύψει από την θεραπεία, όπως επίσης και στον κοινωνικό αποκλεισμό από την ευκαιρία να δοκιμαστούν, βάσει των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων που κυριαρχούν. (Κορδώση και συν., 2015)

Σύμφωνα με τον Goffman (1968), ο όρος στίγμα θα εφαρμόζεται για να περιγράψει ένα χαρακτηριστικό που είναι βαθιά ταπεινωτικό, αλλά επισημαίνει ότι

---

<sup>2</sup> Μπαμπινιώτης (2012)

στην πραγματικότητα χρειάζεται μια γλώσσα που να προσδιορίζει σχέσεις και όχι χαρακτηριστικά. Ένα χαρακτηριστικό που στιγματίζει ένα τύπο φορέα μπορεί να επιβεβαιώνει το συνηθισμένο χαρακτήρα ενός άλλου, και ως εκ τούτου δεν είναι μόνο του ούτε αξιοζήλευτο, ούτε αξιοκατάκριτο. Για παράδειγμα ορισμένες δουλειές αναγκάζουν τους εργαζόμενους, που δεν έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, να αποκρύπτουν ότι εργάζονται σε αυτές.

Ο όρος *στίγμα* και τα συνώνυμα του καλύπτουν ένα διπλό ενδεχόμενο: ή ότι το άτομο που φέρει το στίγμα θεωρεί ότι η διαφορετικότητά του είναι ήδη γνωστή και εύκολα ορατή, ή θεωρεί ότι ούτε αντιληπτή γίνεται ούτε την γνωρίζουν οι υπόλοιποι. Ο πρώτος έχει τον ρόλο του απαξιωμένου (*discredited*), ενώ ο δεύτερος του απαξιώσιμου (*discreditable*). Το στιγματισμένο άτομο πάντως έχει βρεθεί και στις δύο θέσεις, και του απαξιωμένου και του απαξιώσιμου (Goffman 1968).

Ο Goffman (1968) όρισε το στίγμα *«ως μια ιδιότητας του ατόμου που το εμποδίζει από την πλήρη αποδοχή του στην κοινωνία καθώς τον υποβιβάζει και τον ταπεινώνει.»* Το στίγμα αφορά μια σειρά αρνητικών σκέψεων και πράξεων εναντίον ατόμων που προκαλούν το φόβο, την περιθωριοποίηση, την αποφυγή των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων. Το στίγμα είναι ένα κοινωνικό κατασκεύασμα που δημιουργήθηκε προκειμένου να εξοστρακίσει άτομα που είναι διαφορετικά από τον γενικό πληθυσμό.

Αυτοστιγματισμός είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται την εικόνα του, την δυσκολία του, την διαφορετικότητά του αλλά και τις αντιδράσεις που προκύπτουν εξαιτίας αυτών (Καρύδη, 2007). Συνοπτικά μπορούν να αναφερθούν κυρίως τρία είδη στίγματος:

- αφορούν την εξωτερική εμφάνιση, όπως απεχθή φυσικά χαρακτηριστικά-διάφορες σωματικές δυσμορφίες, αναπηρίες, γήρας,

- σχετίζονται με τις εσωτερικές λειτουργίες (φυσικές, νοητικές) του ατόμου που αναφέρονται ως ελαττώματα του χαρακτήρα και γίνονται αντιληπτά ως ασθενής θέληση, πάθη, ανεντιμότητα, ψυχική διαταραχή, παραβατικότητα, εξάρτηση, αλκοολισμός, ομοφυλοφιλία, ανεργία, τάσεις αυτοκτονίας, ριζοσπαστική πολιτικής συμπεριφορά κτλ
- το στίγμα που φέρει μια ολόκληρη κοινότητα, μια φυλή, ένα έθνος, μιας θρησκευτικής ομάδας. (Goffman, 2001: 66-67).

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες με την κατανόηση του στίγματος. Τα στερεότυπα αφορούν αρνητικά χαρακτηριστικά που επιφορτίζουν άτομα ή ομάδες και επηρεάζουν τον τρόπο που συμπεριφερόμαστε (λ.χ. η αρνητική πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα), τονίζοντας τις επιμέρους διαφορές μεταξύ των κοινωνικών ομάδων «αυτοί και εμείς» (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

Τέλος, οι διακρίσεις είναι οι συμπεριφορές του ατόμου που ακολουθούν την προκατάληψη ( λ.χ. η πεποίθηση ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνοι, γι αυτό και δεν θέλω να εργάζομαι μαζί τους). Πρόκειται για μια διαδικασία που καταπατά το δικαίωμα των ατόμων στην νομική προστασία, την πρόσβαση σε αγαθά, τα οποία απολαμβάνουν άλλες ομάδες. Η προκατάληψη ωστόσο δεν είναι υποχρεωτικό να ταυτίζεται με την κοινωνική διάκριση, δηλαδή, δεν συνδέονται άμεσα οι στάσεις με τις διάφορες συμπεριφορές των ατόμων (Hughes & Kroehler, 2007).

**Κοινωνικό-πολιτισμικά και παρακινητικά παραδείγματα για το στίγμα (P. Corrigan1998)**

	<i>Ορισμός</i>	<i>Παράδειγμα</i>
Κοινωνικό-πολιτισμικά	Το στίγμα αναπτύσσεται για να δικαιολογεί την υπάρχουσα κοινωνική αδικία	Η πεποίθηση ότι η Αφροαμερικανοί είναι κατώτεροι δικαιολογεί την δουλεία.
Παρακινητικά (motivational)	-βασικές ψυχολογικές ανάγκες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις προκαταλήψεις -θεωρία της αυτοβελτίωσης	-οι φτωχοί είναι συχνά θύματα εγκληματικών πράξεων, επομένως πρέπει να είναι επιθετικοί -νιώθω καλύτερα με τον εαυτό μου, όταν τον συγκρίνω με κατώτερες κοινωνικά ομάδες

**2.1.2 Οι επιπτώσεις του στίγματος στην ψυχική ασθένεια**

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική διαταραχή, προμηνύουν την αρνητική συμπεριφορά σε βάρος του ατόμου με ψυχική διαταραχή, επιδρώντας αρνητικά τόσο στις αντιλήψεις όσο και στις συμπεριφορές και στις πρακτικές που οδηγούν σε διακρίσεις και οδηγούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές σε κοινωνικό αποκλεισμό. Σε κάθε περίπτωση, η επίδραση του στίγματος επηρεάζει άμεσα τη ζωή του ατόμου και της οικογένειας του που βιώνει τον πόνο του μαζί του βιώνοντας πολύ συχνά την περιθωριοποίηση και την απόρριψη από την κοινωνία. (Οικονόμου-Λαλιώτη Μ., 2011)

Οι συνεχείς δυσχέρειες που επηρεάζουν την καθημερινότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, παραποιούν την αυτοεικόνα τους δημιουργώντας τους αμφιβολίες και ενοχές, οι οποίες οδηγούν, τελικά, στον αυτοστιγματισμό τους. Όμως

οι επιπτώσεις του στίγματος δεν διαφαίνονται μόνο στον ασθενή και στην οικογένεια του και στους φίλους του. Ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας επίσης αφορά και σε όλους όσους σχετίζονται με τον ασθενή: ο στιγματισμός υπάρχει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα, τους θεσμούς παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών και τις μεθόδους θεραπείας.

Έτσι το στίγμα καταλήγει υπεύθυνο ακόμα και για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, αφού αποτρέπουν τον ασθενή από την αναζήτηση βοήθειας ακόμα και αν αναγνωρίζει το πρόβλημα, προκειμένου να μην στιγματιστεί με την «ταμπέλα» του ψυχικά διαταραγμένου. (Οικονόμου-Λαλιώτη Μ., 2011)

Η φαρμακευτική αγωγή, ειδικά, συνδέεται με το μεγαλύτερο μέρος των προκαταλήψεων και των στερεοτυπικών αντιλήψεων απέναντι στις διαταραχές με αποτέλεσμα, οι ασθενείς να μην επιλέγουν να ακολουθήσουν την αγωγή τους υπό τον φόβο του στιγματισμού. Αυτό με την σειρά του έχει ως αποτέλεσμα την διαιώνιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, τα οποία χρονίζουν, και κατ' επέκταση επηρεάζουν όλους όσους ανήκουν στο περιβάλλον του ασθενούς.

Παράλληλα, η έλλειψη θεραπευτικής αντιμετώπισης έχει ως αποτέλεσμα τα συμπτώματα της διαταραχής να εντείνονται, κάνοντας τον κοινό πληθυσμό να επιβεβαιώνει τις αρνητικές πεποιθήσεις του γύρω από την ψυχική διαταραχή, διαιωνίζοντας με αυτόν τον τρόπο τον φαύλο κύκλο του στίγματος. (Οικονόμου-Λαλιώτη Μ., 2011)

Παράλληλα, η αποφυγή των ασθενών να αναζητήσουν βοήθεια και να συμμετέχουν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα οδηγούν στην ανεπαρκή αξιοποίηση των δομών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν δημιουργηθεί ακριβώς για την καταπολέμηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού.



Αν αναλογιστούμε ότι το άνοιγμα τέτοιων Δομών και υπηρεσιών προκαλούν έντονες αντιδράσεις στην τοπική κοινωνία –παρά τη βελτίωση που δείχνουν να έχουν οι ασθενείς αναφορικά με την ασθένεια–, αντιλαμβανόμαστε το εύρος του στίγματος και τις συνέπειες του και στον ίδιο τον ασθενή και στην κοινωνία γενικά (Οικονόμου-Λαλιώτη 2011)

Σύμφωνα με τον Corrigan (2007), οι επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν επίμονα πως η πλειοψηφία των ατόμων που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είτε δεν ζητούν ποτέ βοήθεια, είτε εγκαταλείπουν πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι έρευνες ισχυρίζονται πως βασικό αίτιο παραμένει, ότι κανένας δεν θέλει να στιγματιστεί ως ψυχικά ασθενής. Το παραπάνω συνδυάζεται με το τι μπορεί οι άλλοι να σκεφτούν καθώς και με την ανάγκη να αντιμετωπίσει κάποιος μόνος του το πρόβλημα του. Η επιφύλαξη των ίδιων των χρηστών απέναντι στο σύστημα που σκοπός του είναι η προφύλαξη και η φροντίδα των ψυχικά ασθενών, θεωρείται πως έχει αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξη του. Ο ασθενής αρνούμενος την ανάγκη του για υπηρεσίες ψυχικής υγείας αρνείται την ταμπέλα του ψυχικά ασθενούς. Ταυτόχρονα δυστυχώς αρνείται και το ίδιο το πρόβλημα το οποίο δεν παύει να βρίσκεται εκεί και να εξελίσσεται με επιβαρυντικές επιπτώσεις στον ίδιο.

Πέρα από τις ψυχολογικές και πρακτικές συνέπειες, το στίγμα διαμορφώνει μέχρι και θεσμικούς παράγοντες στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε επίπεδο θεσμικό, αναφορικά με τον κοινωνικό παρασιτισμό, την περιορισμένη παραγωγικότητα των ατόμων με ψυχική διαταραχή και την χρονιότητα των διαταραχών αυτών, στερεοτυπικές αντιλήψεις που ενισχύονται από κακή πρόγνωση της ασθένειας λόγω της αποσπασματικής ή και καθόλου αντιμετώπισης και παρέμβασης, που συνδέεται με τον φόβο του ασθενούς για τον επικείμενο

στιγματισμό του, καταλήγουν σε ακόμα μεγαλύτερη απαξίωση των ατόμων με ψυχική διαταραχή και των δομών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την κρατική πολιτική. (Cutcliffe & Hannigan, 2001)

Αυτή η αλυσιδωτή αντίδραση που προκαλούν σε κοινωνικό επίπεδο οι στιγματιστικές πεποιθήσεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια καταδεικνύει την σοβαρότητα του φαινομένου του στίγματος. Οι επιπτώσεις του στίγματος στην ευημερία του ατόμου, στην κοινωνική συνοχή και σε πολιτισμικό επίπεδο, δημιουργούν ακόμη μεγαλύτερη την ανάγκη να καταπολεμηθεί. (Κορδώση και συν., 2015)

Σύμφωνα με τον Patrick Corrigan, (1998), η γενική αντίληψη της ασθένειας και του στίγματος δεν φαίνεται να είναι κάτι περίεργο. Όπως μπορεί να φανεί στο παρακάτω διάγραμμα. Πρόκειται για μοντέλα, που αποτυπώνουν τον αντίκτυπο της ασθένειας και της διάκρισης παράλληλα το ένα στο άλλο. Αυτά τα απλά γραμμικά μοντέλα αναδεικνύουν πως οι διαδικασίες διάκρισης και ασθενειών οδηγούν στην απώλεια ευκαιριών, όπως συνήθως το βιώνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Σύμφωνα με το μοντέλο της ασθένειας βιολογικά γεγονότα συμπεριλαμβανομένων της γενετικής κληρονομικότητας και τις προγεννητικές βλάβες, μπορούν να δημιουργήσουν ψυχοπαθολογική ευαλωτότητα σε ορισμένα άτομα. Αυτή η ευαλωτότητα σε συνδυασμό με το άγχος των γεγονότων της ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχωσικά συμπτώματα, διαταραχές της διάθεσης, η κοινωνική απάθεια στην εφηβεία ή στην πρόιμη ενηλικίωση.

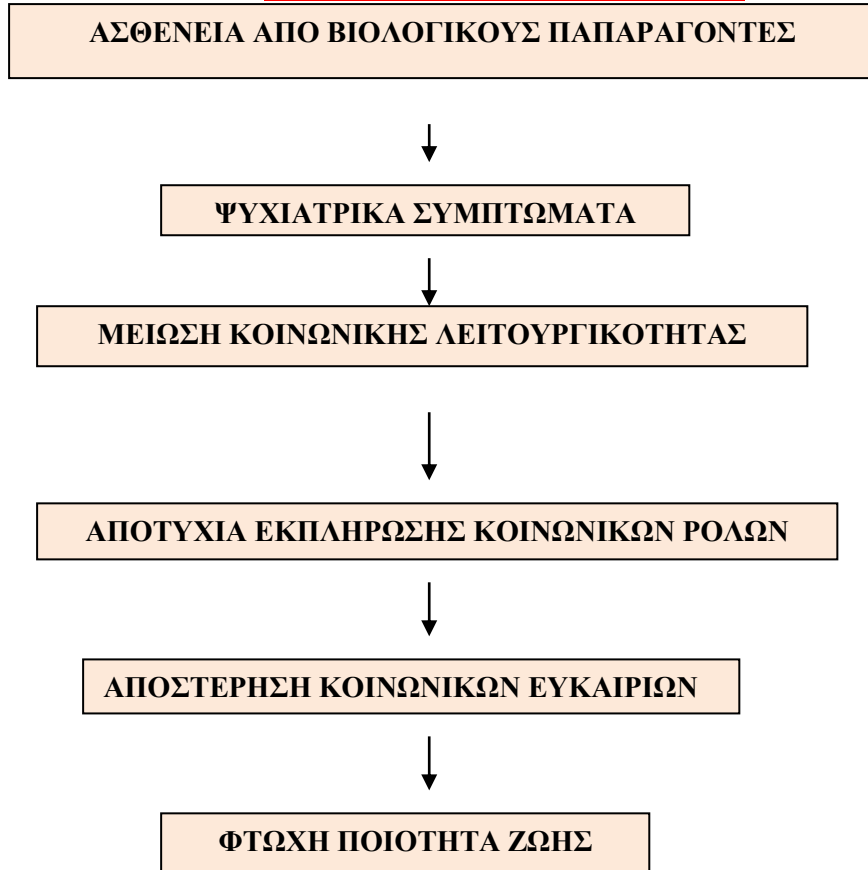
Το μοντέλο της διάκρισης και του στίγματος αποφέρει μια διαφορετική εικόνα της σχέσης μεταξύ των βιολογικών αιτιών και της αποτυχίας να ωφελείται κάποιος από τις ευκαιρίες της κοινωνίας. Οι υποστηρικτές του μοντέλου στίγματος και διακρίσεων αναγνωρίζουν ότι οι βιολογικοί παράγοντες προκαλούν ψυχιατρικά

συμπτώματα. Ο συνδυασμός των συμπτωμάτων και της ευαλωτότητας με τη σειρά τους οδηγούν στην μείωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και των υποστηρικτικών δικτύων. Αφού η κοινωνία δεν κατανοεί τις επιπτώσεις των σοβαρών ψυχικών διαταραχών , και συχνά φοβούνται άτομα με αυτές τις διαταραχές, τα μέλη της κοινωνίας τους αποστερούν ευκαιρίες που σχετίζονται με τη στέγαση, την εργασία και το εισόδημα.

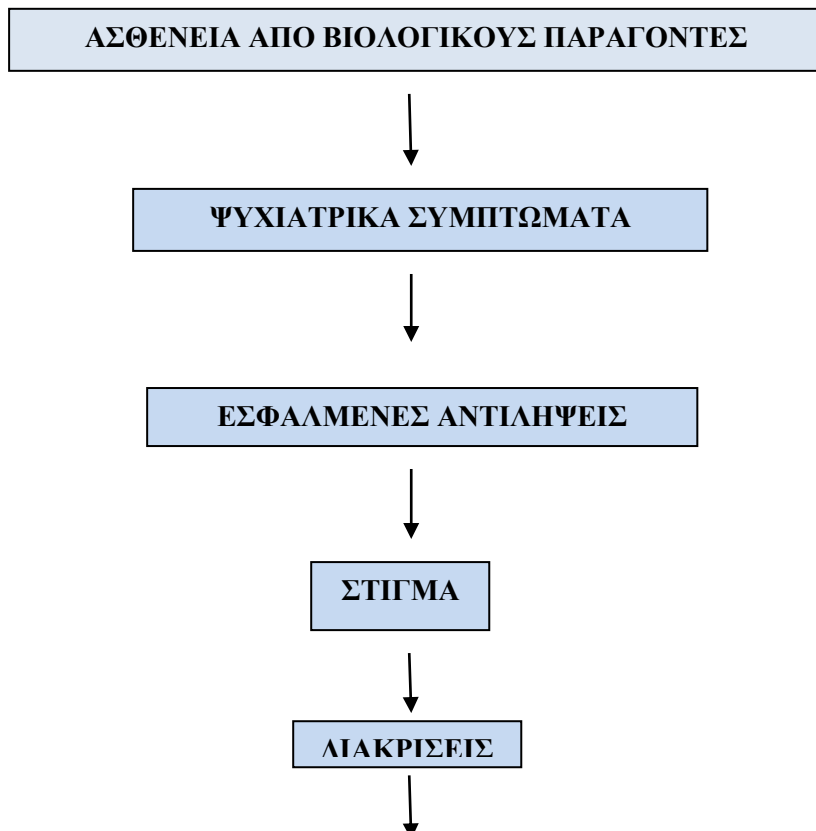
Επισημαίνεται ότι η διάγνωση έχει αποδειχτεί πολύτιμη για τον ίδιο τον ασθενή. Μαρτυρίες ασθενών υποστηρίζουν πως την στιγμή της διάγνωσης τους, αισθάνθηκαν αρχικά κυρίως ανακούφιση αφού δεν αισθάνονται πια μόνοι, αντίθετα υπάρχουν άνθρωποι με την ίδια διαταραχή με αυτούς ίσως ίδια συμπτώματα αλλά και συναισθήματα. Άρα στην προκειμένη περίπτωση δεν προτείνεται να καταργηθεί η επιστημονική ορολογία αλλά να χρησιμοποιείται με τρόπο δυναμικό και όχι σαν χαρακτηριστικό που επωμίζεται ο ασθενής και «φέρει» για το υπόλοιπο της ζωής τους. (Τριανταφύλλου Α.,2010)

Η εκκλησία ωστόσο αναπαράγει το κοινωνικό στίγμα για την ψυχική ασθένεια ξεκινώντας από τις πεποιθήσεις που κυριαρχούν στους κόλπους της, αναφορικά με τις αιτίες της ψυχικής διαταραχής. Θεωρώντας τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ως δαιμονισμένα αποκλείοντας το θεραπευτικές διαδικασίες, αφού για να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της διαταραχής(που δεν θεωρείται ασθένεια από τους ιερείς κλπ. αλλά δαιμονοληψία) κατάλληλη κρίνεται μόνο η οδός της εκκλησίας και ότι αυτή συνεπάγεται (εξορκισμούς, αγιασμούς παραμονή σε μοναστήρια κλπ.). (Τριανταφύλλου Α.,2010)

### ΕΠΗΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ



### ΕΠΗΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ





Απλά γραμμικά μοντέλα ασθένειας και διακρίσεων, παραδείγματα που περιγράφουν τον αντίκτυπό τους στη σοβαρή ψυχική ασθένεια

Τέλος τα άτομα με ψυχικές διαταραχές φαίνεται να είναι λιγότερο πιθανό να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας στην Αμερική, συγκριτικά με τα άτομα που δεν νοσούν από κάποια ψυχική διαταραχή. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν λαμβάνουν το ίδιο φάσμα ασφαλιστικών παροχών, συγκριτικά με τον υπόλοιπο υγιή πληθυσμό. Προηγούμενες έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει ποσοστά από διαδικασίες για διάφορες καρδιαγγειακές διαταραχές, ως δείκτη μεροληψίας κατά διάφορων φυλών. (Ayanian, et al., 1993; Wenneker & Epstein, 1989) (Ayanian & Epstein, 1991; Krumholz, Douglas, Lauer, & Pasternak, 1992).

Ο Druss et.al (2000) εξέτασαν δηλαδή την πιθανότητα μιας σειράς ιατρικών διαδικασιών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε δείγμα 113.653. Σε σύγκριση με το υπόλοιπο δείγμα βρέθηκε ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε στεφανιαία αγγειοπλαστική (PTCA), γνωστή ως διαστολή με μπαλόνι στεφανιαίας αρτηρίας. Το PTCA είναι μια λιγότερο δαπανηρή, λιγότερο τραυματική εναλλακτική λύση σε σχέση με την μέθοδο ByPass.

### 2.1.3 Επιπτώσεις του αυτοστιγματισμού στην ψυχική ασθένεια

Πριν από την έναρξη της ψυχικής ασθένειας, οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν τα στερεότυπα σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Μετά τη διάγνωση, η επίγνωση του στίγματος μπορεί να επηρεάσει το άτομο, την αίσθηση του εαυτού του τουλάχιστον με δύο τρόπους. Πρώτον, οι άνθρωποι μπορούν να περιορίσουν τα κοινωνικά τους δίκτυα εν αναμονή της απόρριψης, γεγονός που οδηγεί σε απομόνωση, ανεργία και μειωμένο εισόδημα. Αυτές οι «αποτυχίες» έχουν ως αποτέλεσμα την σημαντική μείωση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης του κάθε ατόμου. Δεύτερον, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να θεωρούν ότι τέτοιες στιγματιστικές ιδέες είναι δικαίως τους φορούν και πιστεύουν ότι οι ίδιοι είναι λιγότερο «πολύτιμοι» ή με μικρότερη αξία εξαιτίας της διαταραχής τους, όπως αυτοί περιγράφονται από άλλους. (Corrigan & Watson, 2002)

Έρευνες δείχνουν τόσο ο τρόπος με τον οποίο εκλαμβάνεται το στίγμα όσο και ο αυτοστιγματισμός έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού και ως εκ τούτου περιορισμένες προοπτικές ανάκαμψης και ανάρρωσης. Η Link et. al (1980) αξιολόγησαν την αυτοεκτίμηση και τον τρόπο με τον οποίο εκλαμβάνεται το στίγμα σε 70 άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές σε 3 χρονικά σημεία: σημείο αναφοράς, 6 και 24 μήνες. Έπειτα από τον έλεγχο της αυτοεκτίμησης κατά την έναρξη των συμπτωμάτων κατάθλιψης, της διάγνωσης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι έχουν υψηλή ικανότητα αντίληψης για το στίγμα (90ο εκατοστημόριο) είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση από εκείνους με χαμηλή την ικανότητα αντίληψης για το στίγμα (10ο εκατοστημόριο). (Patrick W. Corrigan, Amy Kerr, Lissa Knudsen, 2005)

Αυτά τα ευρήματα μαζί με άλλες έρευνες στο πεδίο υποδηλώνουν ότι το στίγμα που αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμησή τους. Φυσικά δεν υποφέρουν όλα τα άτομα με ψυχική ασθένεια από απώλεια της αυτοεκτίμησής τους λόγω στίγματος (Crocker & Major, 1989). Η έρευνα έχει διαπιστώσει ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, έχοντας επίγνωση των αρνητικών στερεοτύπων που υποστηρίζει ο γενικός πληθυσμός, δεν παρουσιάζουν πάντα απότομη πτώση της αυτοεκτίμησής τους (Hayward & Bright, 1997).

Αλλού, αναλύουν ένα μοντέλο προσωπικών αντιδράσεων απέναντι στο στιγματισμό στο οποίο οι άνθρωποι μπορεί:

- (1) να αυτοστιγματιστούν και να υποστούν απώλεια της αυτοεκτίμησής τους,
- (2) να παραμείνουν σχετικά αδιάφοροι με το στιγματισμό, ή
- (3) να ενδυναμωθούν εξαιτίας του στίγματος και των διαδικασιών του και να αποτελέσουν συνήγορο για λογαριασμό των ίδιων και των άλλων ατόμων με ψυχικές ασθένειες (Corrigan & Watson, 2002)

## **2.2 Μοντέλα κατανόησης του στίγματος**

Τα πιο πρόσφατα μοντέλα που προσπαθούν να εξηγήσουν το φαινόμενο του στίγματος προκύπτουν κυρίως από τον συμπεριφορισμό. Τα επεξηγηματικά αυτά μοντέλα χωρίζονται σε τρεις ομάδες:

- 1) Αυτά που εξηγούν το στίγμα από την οπτική των φυσικών γνωστικών δομών
- 2) Μοντέλα κινήτρων, που εξηγούν γιατί τα άτομα στιγματίζονται

3) Κοινωνιολογικά μοντέλα, που βασίζονται σε εμπειρίες στιγματισμού και διακρίσεων σε κοινωνικές δομές. (Corrigan & Watson, 2002)

**Ατομικά γνωστικά μοντέλα:** Οι ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι έρχονται να μάθουν τον κόσμο δεσμεύεται από τα όρια των γνωστικών δομών τους και τις διαδικασίες. Για παράδειγμα τα κοινωνικό-γνωστικά μοντέλα περιγράφουν, πως σχηματίζονται και συντηρούνται οι σχετικές με τον στιγματισμό διαδικασίες σε ψυχολογικό επίπεδο. Τα τρία στοιχεία που αποτελούν αυτό το μοντέλο περιγράφονται στο παρακάτω σχήμα: στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις. Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι βλέπουν τα στερεότυπα ως δομική γνώση που μαθαίνουν τα περισσότερα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας.

Τα στερεότυπα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά μέσα κατηγοριοποίησης των πληροφοριών για τις κοινωνικές ομάδες. Τα στερεότυπα θεωρούνται "κοινωνικά" επειδή αντιπροσωπεύουν συλλογικά συμφωνημένες απόψεις για ομάδες ανθρώπων. Είναι "αποτελεσματικά" επειδή οι άνθρωποι μπορούν να δημιουργήσουν γρήγορα εντυπώσεις και προσδοκίες από ανθρώπους που ανήκουν σε μια ομάδα που χαρακτηρίζεται από στερεότυπα. Η κατηγοριοποίηση λειτουργεί ως μέθοδος για την οργάνωση του μεγάλου αριθμού ερεθισμάτων που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή ζωή. Τα κοινά στερεότυπα για τις ψυχικές ασθένειες περιλαμβάνουν την επικινδυνότητα, την ανικανότητα και την αδυναμία του χαρακτήρα. Οι άνθρωποι που έχουν προκαταλήψεις υποστηρίζουν αυτά τα αρνητικά στερεότυπα («όλοι οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες είναι βίαιοι!») Και δημιουργούν αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα ("όλοι με τρομάζουν!").

Η προκατάληψη, η οποία είναι βασικά μια γνωστική και συναισθηματική κατάσταση, μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις, ή συμπεριφορική αντίδραση. Η



προκατάληψη που προκαλεί θυμό μπορεί να οδηγήσει σε εχθρικές διακρίσεις και συμπεριφορές. Η προκατάληψη μπορεί να οδηγήσει στην αποστέρηση της φροντίδας της ψυχικής υγείας ή στην αντικατάσταση της φροντίδας ψυχικής υγείας από υπηρεσίες που παρέχονται από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης.

**Παρακινητικά Μοντέλα ή Μοντέλα κινήτρων:** Οι κινητήριες θεωρίες επιδιώκουν να εξηγήσουν γιατί οι άνθρωποι στιγματίζουν, ή τη λειτουργία που εξυπηρετεί το στίγμα για αυτόν που στιγματίζεται. Στη βιβλιογραφία προέκυψαν τρία τέτοια κίνητρα:

1. Αιτιολόγηση του Εγώ
2. Αιτιολόγηση της ομάδας
3. Αιτιολόγηση του συστήματος

Σύμφωνα με τους Bettelheim & Janowitz, (1964) και τον Freud, (1946) οι ψυχαναλυτές ήταν από τους πρώτους που έγραψαν για την αιτιολόγηση του εγώ, υποδηλώνοντας ότι ο εαυτός προστατεύεται όταν οι εσωτερικές συγκρούσεις προβάλλονται σε στιγματισμένες ομάδες. Με αυτόν τον τρόπο, το στίγμα χρησιμοποιείται για να προστατεύσει την αυτοεκτίμηση από τις επιπτώσεις των προσωπικών αποτυχιών. Ενώ σύμφωνα με τους Katz & Braly, (1935) οι κοινωνικοί ψυχολόγοι επέκτειναν την ιδέα της αιτιολόγησης του εγώ πέρα από τους μηχανισμούς προσωπικής άμυνας για να συμπεριλάβουν οποιαδήποτε λειτουργία που προστατεύει ιδέες, εικόνες ή συμπεριφορές που αντανακλούν τον εαυτό προβάλλοντας αυτές τις αρνητικές αντιλήψεις και ενέργειες σε άλλους.

Λίγες εμπειρικές ενδείξεις έχουν βρεθεί ότι υποστηρίζουν την Αιτιολόγηση του Εγώ ως εξήγηση του στίγματος. Η έρευνα, ωστόσο, υποστήριξε για στίγμα και τα στερεότυπα που εξυπηρετούν μια αυτοπροστατευτική λειτουργία που δεν έχει

ψυχοδυναμική προέλευση. Σύμφωνα με τους Biernat, Dovidio, Strangor & Grandal (2000), αυτή η έρευνα δείχνει ότι η λειτουργία του στίγματος μπορεί να είναι η αποφυγή πιθανής απειλής για τον οργανισμό ή τον ψυχισμό του, πιθανώς μέσω του κινήτρου για την αποφυγή κινδύνου μιας κοινωνικά αντιληπτής απειλής ή με τον εξορθολογισμό αρνητικών συμπεριφορών και διακρίσεων που βασίζονται σε ομάδες. (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005)

Το μοντέλο αιτιολόγησης της ομάδας υποστηρίζει, ότι ο στιγματισμός μιας έξω-ομάδας, όπως τα άτομα με ψυχική ασθένεια, αναδύεται για να υποστηρίξει τους στόχους της έσω-ομάδας. Από εξελικτική σκοπιά, ο στιγματισμός των εξωτερικών ομάδων που ενδέχεται να απειλήσουν την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας είναι εξαιρετικά προσαρμοστικός για την επιβίωση της ομάδας και την μετάδοση των γονιδίων. Σύμφωνα με τους Kurzban & Leary (2000) Ο στιγματισμός των έξω-ομάδων βελτιώνει την ομαδική συνοχή, προστατεύει από τη «μόλυνση» και βοηθά τα μέλη να αποφεύγουν τους κακούς κοινωνικούς εταίρους ανταλλαγής. Ωστόσο, η χρήση της αιτιολόγησης της ομάδας ως εξήγηση για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι λίγο προβληματική. Τι ακριβώς είναι η ομάδα στην οποία αντιτίθενται τα άτομα με ψυχική ασθένεια; Η «φυσιολογική» ομάδα είναι μια προεπιλεγμένη κατηγορία που αποκτά ορισμό μόνο εάν δεν υπάρχει ψυχική ασθένεια. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει άμεσα προφανής πηγή κινήτρων της έσω-ομάδας για να οδηγήσει στην αιτιολόγηση της ομάδας. (Corrigan et. al 2005)

Οι Stangor και Jost (1997) εντόπισαν έναν ακόμη ευρύτερο (πέραν του εαυτού ή της ομάδας) στόχο για αιτιολόγηση, υποστηρίζοντας ότι τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις αναπτύσσονται για την «επιβεβαίωση του συστήματος». Μόλις ένα σύνολο γεγονότων παράγει συγκεκριμένες κοινωνικές σχέσεις, είτε κατά ιστορικό ατύχημα, βιολογική παραγωγή, κοινωνική πολιτική ή ατομική πρόθεση, οι

προκύπτουσες ρυθμίσεις εξηγούνται και αιτιολογούνται απλώς και μόνο επειδή υπάρχουν. Για παράδειγμα, το στερεότυπο ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι βίαια και πρέπει να ελεγχθούν μπορεί να προήλθε από, και για να δικαιολογήσει, την ίδρυση και συντήρηση ιδρυμάτων που υποδηλώνουν ότι τα άτομα που φέρουν ψυχική ασθένεια πρέπει να ελέγχονται μέσω κρατικών νοσοκομείων και καταστημάτων κράτησης. Αν και η αιτιολόγηση του συστήματος βοηθά τους ανθρώπους να κατανοήσουν τις τρέχουσες διαφορές μεταξύ των ομάδων, δεν παρέχει καμία εξήγηση για την προέλευση του συστήματος. (Corrigan et al., 2005)

**Κοινωνιολογικά μοντέλα, που βασίζονται σε εμπειρίες στιγματισμού και διακρίσεων σε κοινωνικές δομές:** Η εστίαση στο ατομικό ψυχολογικό επίπεδο της εξήγησης όσον αφορά τη γνώση και το κίνητρο δίνει μια ελλιπή εικόνα του προβλήματος του στίγματος. Το στίγμα και οι διακρίσεις μπορούν επίσης να γίνουν κατανοητά σε κοινωνικό επίπεδο όσον αφορά τις ιστορικές, πολιτικές και οικονομικές δυνάμεις που επηρεάζουν τους θεσμούς και τις κοινωνικές ομάδες. Για παράδειγμα, για την καλύτερη κατανόηση του ρατσισμού στην Αμερική, οι ακτιβιστές για την προάσπιση των δικαιωμάτων και οι κοινωνιολόγοι συνειδητοποίησαν ότι οι διακρίσεις επηρεάζουν τους έγχρωμους ανθρώπους με τρόπους που δεν εξηγούνται από τις άμεσες επιπτώσεις της φανατισμένης συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων. (Corrigan et al., 2005)

Οι ακτιβιστές και οι κοινωνιολόγοι έκαναν τη διάκριση μεταξύ αυτών των επιμέρους επιπτώσεων και των θεσμικών και δομικών αιτιών προκατάληψης και διάκρισης. Οι θεσμικές διακρίσεις εκδηλώνονται ως κανόνες, πολιτικές και διαδικασίες ιδιωτικών και δημόσιων φορέων σε θέσεις εξουσίας που περιορίζουν σκόπιμα τα δικαιώματα και τις ευκαιρίες των έγχρωμων. Το Μισισιπή, για παράδειγμα, ψήφισε νομοθεσία που απαιτούσε χωριστά σχολεία για λευκούς και

έγχρωμους ανθρώπους. Από τα τέλη του 19ου έως τα μέσα του εικοστού αιώνα, αυτοί οι νόμοι που θεσπίστηκαν σε μεγάλο βαθμό από νότια κράτη υπονόμευαν ρητά τα δικαιώματα των Αφροαμερικανών σε τόσο ζωτικής σημασίας τομείς όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση και η στέγαση. (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005)

Σύμφωνα με τους Hill et. al (1999), τα αποτελέσματα των θεσμικών διακρίσεων είναι εξ ορισμού σκόπιμα, ίσως όχι από το άτομο σε επίπεδο γραμμής που ασκεί την πολιτική, αλλά από μια μικρή ομάδα ισχυρών ανθρώπων στην κορυφή ενός συστήματος που επιδίωξε ρητά να μειώσει τις ευκαιρίες φυλετικών ή εθνοτικών ομάδων μέσα από την έγκριση νόμων ή κανονισμών.

Ως εκ τούτου, μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι η θεσμική διάκριση είναι το άμεσο αποτέλεσμα των στιγματιστικών συμπεριφορών και στάσεων μερικών ισχυρών ανθρώπων. Υπάρχει ένα ξεχωριστό σύνολο δημόσιων και ιδιωτικών τομεακών πολιτικών τομεακές πολιτικές - αυτό που ονομάζεται διαρθρωτική διάκριση - των οποίων οι ακούσιες συνέπειες περιορίζουν τις ευκαιρίες των μελών μειονοτικών ομάδων. (Corrigan et al., 2005)

## **2.3 Προγράμματα για την αντιμετώπιση του στίγματος**

### **α. Αντι-στίγμα**

Το 1999 ξεκίνησε η λειτουργία του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας στο ΕΠΨΥ, ως μέρος του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΠΨΕ) για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ασθενών με σχιζοφρένεια. Μέχρι και το 2013 όπου και διακόπηκε η χρηματοδότηση του το πρόγραμμα μετονομάστηκε ώστε να «αγκαλιάσει» όλο το εύρος των ψυχικών διαταραχών, με την σκέψη ότι όλες οι ψυχικές διαταραχές φέρουν το κοινωνικό στίγμα. Το πρόγραμμα για όσο λειτούργησε

είχε πολυεπίπεδη δράση σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η έρευνα και η συνηγορία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

## **β. Open the doors**

Το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) ξεκίνησε ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια με βασικούς στόχους:

- την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση της κοινωνίας για την σχιζοφρένεια
- την θετικοποίηση των στάσεων απέναντι στην σχιζοφρένεια
- την ανάπτυξη δράσεων για την καταπολέμηση των στερεοτυπικών αντιλήψεων απέναντι στην σχιζοφρένεια.

Το κεντρικό μήνυμα της εκστρατείας που έχει οργανώσει η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία είναι “Schizophrenia: Open the doors και για την Ελλάδα επελέγη το «Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες», φορτίζοντας με θετικό συναίσθημα προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη και να ενημερωθεί για την φύση της διαταραχής και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και εν τέλει του ρατσισμού.

Σε αυτό το πλαίσιο, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο (ΕΠΨΥ) ανέπτυξε ένα σύνθετο πλέγμα δράσεων στον επικοινωνιακό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό τομέα:

### ***i. Επικοινωνιακός Τομέας***

Παρεμβάσεις στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης έως και πολιτιστικά δρώμενα για την ενημέρωση στο ευρύ κοινό.

### ***ii. Εκπαιδευτικός Τομέας***

Παρεμβάσεις που αφορούν εκτός της οικογένεια και επαγγελματίες ψυχικής υγείας αλλά και ειδικές κατηγορίες επαγγελματιών όπως η αστυνομία, εργοδότες και εργαζόμενοι.

### **iii. Ερευνητικός Τομέας**

Διενέργεια ερευνών σε περιφέρειες της χώρας, συνέδρια κ.α. ([www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr))

## **γ. Νεολαία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία**

Η θεμελίωση της δια βίου ψυχικής υγείας γίνεται σε νεαρή ηλικία. Αφού το 50% των ψυχικών διαταραχών εντοπίζονται στην εφηβεία ενώ το 10%-20% των ψυχικών διαταραχών εντοπίζονται σε νεαρά άτομα με το ποσοστό να ανεβαίνει στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Παρόλα αυτά μόλις ένα μικρό ποσοστό 10-15% καταλήγει σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μειώνεται η ανάγκη για θεραπεία. Στο πλαίσιο αυτού του άξονα υλοποιούνται οι ακόλουθες δράσεις:

**«Διερεύνηση Αναγκών και Ευαισθητοποίηση για το Φαινόμενο του Εκφοβισμού-**

**Θυματοποίησης (Bullying) στα Σχολεία – Φορέας Υλοποίησης: ΕΨΥΠΕ**

Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- **ΠΡΟΛΗΨΗ:** η έγκαιρη παρέμβαση σε περιστατικά εκφοβισμού, ρατσισμού.
- **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:** η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο την μείωση περιστατικών βίας μεταξύ μαθητών.

- **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ:** εκπαίδευση της κοινότητας για τον εκφοβισμό. (Ψυχαργός Γ, 2011-2020)

Προτεινόμενες ενδεικτικές δράσεις:

## Πρόληψη Ψυχοκοινωνικών Δυσλειτουργιών Σε Παιδιά & Οικογένειες

### Υψηλού

#### Κινδύνου

Το πρόγραμμα εστιάζει στην πρόωμη παρέμβαση σε παιδιά οικογενειών που ανήκουν σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες και αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η πρόωμη παρέμβαση είναι σημαντική γιατί, οι ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες στην ζωή των παιδιών δημιουργούν πρόσφορο έδαφος στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Επίσης η θεραπευτική παρέμβαση των διαταραχών είναι δύσκολη, χρονοβόρα και δαπανηρή.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία, ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις:

- Παρεμβάσεις για πρόωμη παρέμβαση σε ολόκληρο το εκπαιδευτικό σύστημα.
- Εκπαίδευση και εξειδίκευση στους ειδικούς ψυχική υγείας, τους εκπαιδευτικούς.
- Προαγωγή δραστηριοτήτων ανάπτυξης ψυχοσυναισθηματικής εκπαίδευσης σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.
- Ενίσχυση των παιδιών και νεαρών ατόμων στην συμμετοχή στο σχολείο, σε πολιτιστικές δραστηριότητες και τον αθλητισμό.

## **δ. Προαγωγή της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων**

Οι άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αποτελούν το κομμάτι εκείνο των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και των ΑμεΑ που βιώνουν υψηλά ποσοστά ανεργίας. Ενώ έχει αποδειχθεί η θετική επίδραση της εργασίας με την θετική πρόγνωση της ψυχικής διαταραχής, σε αντίθεση με την ανεργία που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα στην πρόγνωση της πορείας της διαταραχής. (Dooley et al, 1994:745-76524).

Το 1/3 των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μαρτυρούν ότι έχουν απολυθεί ή αναγκαστεί να παραιτηθούν και σχεδόν οι 4 στους 10 θεωρούν ότι δεν έχουν προσληφθεί λόγω της διαταραχής τους. (Sayce and Curran, 2007). Επίσης λιγότεροι από 4/10 εργοδότες θα προσλάμβαναν άτομο με κάποια ψυχική διαταραχή(Social Exclusion Unit, 2004).

Αναφορικά με τις δράσεις για την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές κυριαρχούν δύο οπτικές. Σύμφωνα με την παραδοσιακή οπτική της προεπαγγελματικής κατάρτισης (prevocational training) την οποία ενστερνίζονται κυρίως οι ειδικοί ψυχικής υγείας, η εργασιακή αποκατάσταση αναφέρεται ως μια δράση με κλιμάκωση σε δυσκολία . Τα καταρτιζόμενα άτομα περνούν αυτά τα στάδια και ενσωματώνονται είτε σε μορφές προστατευόμενης εργασίας και απασχόλησης είτε στην ελεύθερη αγορά εργασίας ανάλογα με τις δεξιότητες τους και την σοβαρότητα της διαταραχής τους.

Τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα (Jacobs, 1988:249):

- Αξιολόγηση των επαγγελματικών δεξιοτήτων
- Αξιολόγηση και μαθητεία προεπαγγελματικών δεξιοτήτων
- Παρεμβάσεις επαγγελματικής εξειδίκευσης



- Κατάρτιση στον επαγγελματικό χώρο
- Προστατευμένη εργασία
- Διατήρηση της θέσης

Η παρέμβαση αυτή συντελεί σημαντικά στην ολοκληρωμένη παρέμβαση και στην πρόληψη και φροντίδα των υποτροπών της διαταραχής. Το αρνητικό της παρέμβασης αυτής είναι τα χαμηλά ποσοστά απορρόφησης στην εργασία.

Στον αντίποδα αυτής της προσέγγισης, το μοντέλο της υποστηριζόμενης απασχόλησης (supported employment) προωθεί την γρήγορη τοποθέτηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε θέσεις εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του ασθενή. Ενώ η εκπαίδευση και κατάρτιση πραγματοποιείται σε πραγματικό χρόνο στον χώρο δουλειάς του ασθενή (Becker and Drake, 2004:6-9).

Η μέθοδος αυτή φαίνεται να έχει υψηλότερα ποσοστά απορρόφησης στην αγορά εργασίας, ενίσχυση της αυτονομίας, της ενδυνάμωσης και της αυτοπεποίθησης των ασθενών. Ενώ μακροπρόθεσμα έχει θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με την μέθοδο προεπαγγελματικής κατάρτισης. Επίσης τα άτομα φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση της διαταραχής με λιγότερες υποτροπές, επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης, απόπειρες αυτοκτονίας κ.οκ (Becker and Drake, 2004) .(Ψυχαργός Γ, 2011-2020)

#### **ε. Δράσεις ενημέρωσης του κοινού και καταπολέμησης του στίγματος**

Μία από τις βασικές δυσκολίες στην εύρυθμη λειτουργία των συστημάτων ψυχικής υγείας είναι η έλλειψη παρεμβάσεων μέσα στην κοινότητα. Αυτό σε συνάρτηση με την απουσία συνεργασίας με φορείς της κοινότητας είχε ως αποτέλεσμα:

- δυσκολίες στην πρόσβαση των ασθενών και των οικογενειών τους στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

- Υποχρηματοδότηση, περιθωριοποίηση, χαμηλή προτεραιότητα στις δομές ψυχικής υγείας σε σχέση με το υπόλοιπο σύστημα υγείας.
- Διαιώνιση των μύθων και των στερεοτυπικών αντιλήψεων γύρω από την ψυχική διαταραχή.
- Έντονες αντιδράσεις των περιοίκων της κοινότητας όταν πρόκειται να λειτουργήσει κάποια μονάδα ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παρεμποδίζεται η λειτουργία της.

Η εκπαίδευση της κοινότητας πρέπει να αποτελεί βασικό στοιχείο των παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία. Οι παρεμβάσεις τέτοιου είδους δεν πρέπει να σταματούν σε ολιγόμηνες καμπάνιες αλλά να αποτελεί ολιστική εκπαίδευση σε όλους τους τομείς της κοινότητας και σε όλα τα επίπεδα. όπως το σχολείο, οι τοπικοί φορείς και η αυτοδιοίκηση, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και η Εκκλησία. Η αγωγή της κοινότητας δηλαδή θα πρέπει να θεωρείται ισάξια με όλες τις άλλες μορφές παρεμβάσεων και το ίδιο αναγκαία.

## 2.4 Στίγμα και Κοινωνική Ταυτότητα

Σύμφωνα με το έργο του Goffman (1963), όπου αναφέρεται στο στίγμα και την κοινωνική ταυτότητα εκτενώς. Προσπαθώντας να ερμηνεύσει κοινωνιολογικά το στίγμα και την ταυτότητα των ατόμων που το φέρουν μέσα στην κοινωνία καταλήγει, ότι η κοινωνία δημιουργεί τις κατηγορίες των ανθρώπων και των γνωρισμάτων τους, που αντιλαμβάνονται ως φυσιολογικά για τον κάθε ένα που ανήκει σε κάποια κατηγορία. *«Όταν λοιπόν ένας ξένος εμφανιστεί μπροστά μας, οι πρώτες εντυπώσεις θα μας επιτρέψουν κατά πάσα πιθανότητα να προεξοφλήσουμε την κατηγορία και τα γνωρίσματα του, την «κοινωνική του ταυτότητα» - για να χρησιμοποιήσουμε έναν όρο που είναι καλύτερος από το «κοινωνικό στάτους», διότι υπεισέρχονται σ' αυτόν προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η «εντιμότητα», καθώς και δομικά, όπως «η απασχόληση».*

Έτσι βασιζόμαστε σε αυτές τις εντυπώσεις που έχουμε, και τις μετατρέπουμε σε κανονιστικές προσδοκίες. Ωστόσο τα άτομα που υφίστανται το στίγμα, έχουν τις ίδιες πεποιθήσεις αναφορικά με την ταυτότητα τους με τους υπόλοιπους. Το συναίσθημα που αισθάνεται για τον εαυτό του λοιπόν, μπορεί να περιλαμβάνουν την αίσθηση αυτή του «φυσιολογικού ατόμου», ότι είναι ένα άτομο όπως όλα τα άλλα και άρα έχει τα ίδια δικαιώματα και ευκαιρίες. Ωστόσο είναι ικανό να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο τον βλέπουν οι άλλοι, την μη αποδοχή του δηλαδή και ότι δεν είναι σε θέση να συναναστραφούν και να αλληλεπιδράσουν μαζί του «επί ίσοις όροις». (Goffman E., 1963)

Ακόμη τα κριτήρια που έχει αφομοιώσει από την κοινωνία τον οδηγούν να αντιληφθεί εκείνο που οι άλλοι αντιλαμβάνονται ως μειονέκτημα και ατέλεια και πως υπάρχουν πράγματι στιγμές πως συμφωνεί ότι υπολείπεται αυτού που θα έπρεπε να

είναι. Τότε κυριαρχεί το αίσθημα της ντροπής, καθώς το άτομο αντιμετωπίζει το χαρακτηριστικό του ως κάτι που τον σπλώνει και που φαντασιώνεται τον εαυτό του χωρίς αυτό.

Ποιες είναι οι αντιδράσεις όμως του ατόμου που βιώνει στιγματισμό; Πολύ συχνά το άτομο προσπαθεί να διορθώσει ή να εξαφανίσει το χαρακτηριστικό αυτό που τον στιγματίζει, όπως συμβαίνει όταν ένα σωματικά παραμορφωμένος άνθρωπος υποβάλλεται σε πλαστική εγχείρηση. Εδώ πρέπει να σημειωθεί μια ροπή προς τη «θυματοποίηση», αποτέλεσμα της έκθεσης του στιγματισμένου ατόμου σε δόλιους ειδικούς, οι οποίοι πουλάνε θεραπείες μέσω της πίστης και αυτοκυριαρχία στη συζήτηση. Το στιγματισμένο άτομο επίσης προσπαθεί να διορθώσει την κατάσταση του καταβάλλοντας προσωπική προσπάθεια προκειμένου να ενταχθεί σε δραστηριότητες που συνήθως δεν έχουν πρόσβαση άτομα με τα ίδια χαρακτηριστικά με εκείνο.

Αντί να καμουφλαριστεί ή να κρυφτεί το άτομο προσπαθεί να προσεγγίσει τις μικτές επαφές με αμυντική στάση και ηρωισμούς, όμως αυτό μπορεί να προκαλέσει τους άλλους να ανταποδώσουν με δυσάρεστες συνέπειες. (Goffman E.,1963)

Σε κοινωνικές συγκεντρώσεις όπου αντιλαμβανόμαστε, ότι ένα άτομο φέρει κάποιο στίγμα έχουμε την τάση να χαρακτηρίζουμε με αταίριαστες λέξεις, με αποτέλεσμα να προκαλούμε την αμηχανία και στις δύο πλευρές. Ωστόσο ακριβώς επειδή το στιγματισμένο άτομο συχνά αντιμετωπίζει τέτοιες καταστάσεις, είναι πιο έμπειρο στον χειρισμό τους.

Υπάρχει απόσταση ανάμεσα στην δυνητική ταυτότητα και την πραγματική ταυτότητα ενός ατόμου. Αυτή η απόσταση όταν είναι γνωστή ή προφανής, φθείρει την κοινωνική του ταυτότητα: έχει ως αποτέλεσμα την αποστασιοποίηση του από την

κοινωνία και από τον εαυτό του και άρα την μετάβαση του σε απαξιωμένο άτομο που έχει να αντιμετωπίσει έναν κόσμο που τον απορρίπτει. (Goffman E.,1963)

Στην κοινωνιολογική μελέτη των ατόμων που φέρουν κάποιο στίγμα, υπάρχει ενδιαφέρον στην κοινωνική ζωή των ατόμων αυτών, αν υπάρχει, ποια μορφή έχει. Σίγουρα υπάρχουν ομάδες που περικλείουν κατηγορίες, όμως για παράδειγμα υπάρχουν δυσκολίες στην ομιλία που καθιστά δυσκολότερο την δημιουργία ομάδας. Ενώ δυσκολία στην δημιουργία ομάδας και επικοινωνίας αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, μόνο ένας μικρός αριθμός ασθενών έχουν θετική διάθεση να στηρίξουν συλλόγους ασθενών, ακόμα και αν το όνομα τους είναι «ακίνδυνο» (Goffman E.,1963)

## **2.5 Επικινδυνότητα Ψυχικά Ασθενών**

Ο παράγοντας της επικινδυνότητας αποτελούσε ανέκαθεν μια απειλή κοινωνικής φύσεως, κάτι που κάθε κοινωνικά προηγμένη πολιτεία έχει επενδύσει πόρους για την πρόβλεψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων της απειλής αυτής. Την διαδικασία αυτή έχουν αναλάβει οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς ιδιαίτερα για τις επιστήμες ψυχικής υγείας, η εκτίμηση της επικινδυνότητας αποτέλεσε μια σημαντική πρόκληση. Αυτό, διότι ο υψηλός βαθμός υποκειμενικότητας στην αντίληψη του κοινού ως προς την έννοια του κινδύνου, οδήγησε στο να επικρατήσει η άποψη πως ο παράγοντας της επικινδυνότητας στην οποία βασίζονται πολύ σημαντικές αποφάσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας, ήταν ιδιαίτερα δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια (Τσόπελας Χ., Μαρτινάκη Σ., 2014).

Ο πρωταρχικός στόχος των ειδικών στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι η μείωση του πληθυσμού των ασθενών, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως επικίνδυνοι,

πράγμα που δεν ορίζει ορθή τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για όσους πραγματικά είναι. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι ως κίνδυνος ορίζεται η «πιθανή δυσάρεστη έκβαση, ιδίως συνεπαγόμενη την απώλεια της ζωής». Η οδοποιός διαφορά μεταξύ κινδύνου και επικίνδυνης κατάστασης, που στην ελληνική γλώσσα δεν είναι ευκρινής, όπως σε άλλες χώρες (π.χ. risk-danger), διακρίνεται στο ότι, στην περίπτωση του κινδύνου, η εκτίμηση του όρου έχει αντικειμενικό χαρακτήρα, ενώ η δεύτερη συμπεριλαμβάνει την υποκειμενική κρίση ενός τρίτου ή εξωτερικού παρατηρητή, ο οποίος μπορεί ενδεχομένως να επηρεάζεται από ιδεολογικές πεποιθήσεις και συναισθηματικές αντιδράσεις (όπως π.χ. φόβο, θυμό) (Λειβαδίτης,1994).

Αρκετοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι η χρήση του όρου κίνδυνος, είναι και η ορθή σε σύγκριση με τον όρο επικίνδυνος. Η λέξη επικίνδυνος είναι ένας επιθετικός προσδιορισμός ο οποίος στιγματίζει τον ψυχικά ασθενή, ενώ η λέξη κίνδυνος αναφέρεται σε κάτι εξωτερικό που αφορά στην πράξη βίας ή στην κατάσταση που οδήγησε τον ασθενή να συμπεριφερθεί βίαια. Αναφέρεται δηλαδή σε ένα ατυχές περιστατικό, ενδεχομένως μεμονωμένο στην ζωή των ατόμων (Μητροσύλη, 1999).

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η διαφορούμενη έννοια της επικινδυνότητας η οποία επιδέχεται πολλές ερμηνείες. Η νομική και η ψυχιατρική επικινδυνότητα αποτελούν δύο πολύ διαφορετικές έννοιες. Ο όρος επικινδυνότητα –όπως χρησιμοποιείται από τους νομικούς– πολλές φορές βρίσκεται σε αντίθεση με τα πρόσφατα επιστημονικά ευρήματα και τις θεωρίες για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Ειδικότερα, η νομική μορφή του όρου –όπως έχει περιγραφεί (Shah 1978)– θεωρείται ότι προέρχεται «μέσα» από τον άνθρωπο και πρόκειται για ένα κάπως πιο σταθερό

χαρακτηριστικό ενός ατόμου (εξ ου και η ευκολία με την οποία οι δικηγόροι μιλούν για την «ορμέφυτη» επιθετικότητα και επικινδυνότητα).

Από την άλλη πλευρά, η ψυχολογία και η ψυχιατρική έχουν δείξει ότι το σύνολο των ανθρώπινων συμπεριφορών είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των εξωτερικών περιβαλλοντικών παραγόντων και της προσωπικότητας καθώς και της βιολογικής κατάστασης του ασθενή τη δεδομένη χρονική στιγμή. Λόγω των πολύ μεγάλων αποκλίσεων οπτικής, καθιστούν εξαιρετικά δύσκολο, έως αδύνατο το έργο του ψυχιάτρου και του ψυχολόγου στην προσπάθεια να απαντήσουν στο νομικό ερώτημα εάν κάποιος είναι επικίνδυνος ή όχι. Όποιος αγνοήσει την παραπάνω δυσκολία των ειδικών, οδηγείται σε εννοιολογική σύγχυση και είναι μάταιη η προσπάθειά του να απαντήσει σε σχετικά ερωτήματα όπως: «Θα διαπράξει αυτός ο άνθρωπος νέο έγκλημα;», τα οποία είναι αδύνατον να απαντηθούν επιστημονικά. Συμπερασματικά, σε αυτό το σημείο θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ευθύνη των ψυχιάτρων και των παιδοψυχιάτρων να ενημερώσουν τους δικαστές και τους δικηγόρους σχετικά με την παραπάνω δυσκολία, ώστε να καταλάβουν ότι η μονολεκτική απάντηση στα ερωτήματα που θέτουν είναι αδύνατη.

### **2.5.1. Προβλήματα στον προσδιορισμό της έννοιας επικινδυνότητας**

Η έννοια της επικινδυνότητας καθίσταται δύσκολη στον ακριβή προσδιορισμό, καθώς πρόκειται για μια αξιολογική έννοια, ελαστική και ιδιαίτερα πλούσια σε περιεχόμενο. Συνεπώς θα πρέπει να προσδιοριστεί ο χώρος μέσα στον οποίο η έννοια της επικινδυνότητας διαμορφώνεται, ποιοι είναι παραγωγοί και οι αποδέκτες και τέλος να εντοπιστούν οι μηχανισμοί δημιουργίας προτύπων.

Ο κύριος παράγοντας για την έλλειψη της αξιοπιστίας όσον αφορά τον προσδιορισμό του όρου της επικινδυνότητας οφείλεται σε ασάφειες, σε απουσία επαρκών κριτηρίων αξιολόγησης και σε υποκειμενικούς παράγοντες. Οι ασάφειες σχετίζονται με τον προσδιορισμό του είδους του κινδύνου που μελετάται (κάθε παραβατική πράξη, ή μόνο τα σοβαρά εγκλήματα, ή μόνο βίαιες πράξεις). Επίσης ποιοι παράγοντες είναι αυτοί που υπολογίζονται για τον καθορισμό του βαθμού επικινδυνότητας (η βαρύτητα του πιθανολογούμενου εγκλήματος, η αμεσότητα του κινδύνου, η προοπτική διάπραξης επανειλημμένων παραβάσεων, η πιθανότητα μελλοντικής εμφάνισης καταστάσεων που μειώνουν ή αυξάνουν τον κίνδυνο). (Τσοπέλας & Μαρτνάκης 2014)

Σε έρευνα του ΠΟΥ στις νομοθεσίες 47 κρατών, διαφαίνεται με σαφήνεια η πολυμορφία των ορισμών και των χρήσεων που επιδέχεται η έννοια της επικινδυνότητας. Προσπάθειες για την κατοχύρωση μιας εννοιολογικής ομοφωνίας έχουν, όπως φαίνεται, αποτύχει (Harding & Montadon 1982)

Στο Ποινικό Δίκαιο επικινδυνότητα θεωρείται η πιθανότητα επανάληψης στο μέλλον σοβαρών εγκλημάτων που διαταράσσουν την έννομη τάξη από όποιον δράστη, τον οποίο καθιστούν επικίνδυνο στην δημόσια ασφάλεια (ΠΚ38,69,90,92)

Στην Ψυχιατρική και ιδιαίτερα την Ψυχιατροδικαστική η επικινδυνότητα αφορά στην πιθανότητα διάπραξης σοβαρής ποινικής παράβασης, αυτοκτονικό



εγχείρημα, πρόκληση ατυχήματος εξαιτίας των ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζουν τα άτομα, στα πλαίσια είτε μιας δικαστικής πραγματογνωμοσύνης, είτε μιας διαδικασίας για λήψη απόφασης ακούσιος εγκλεισμού, ή άλλου διοικητικού μέτρου. (Τσοπέλας & Μαρτνάκης 2014)

Επίσης, λόγω της πολυμορφίας που την χαρακτηρίζει, προσεγγίζεται με διαφορετικούς τρόπους, 3 από τους οποίους χαρακτηρίζουν τις βασικές μεθόδους προσέγγισης της σύγχρονης Ψυχιατρικής: Το βιοιατρικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο τα αίτια της ψυχοπαθολογίας οφείλονται σε οργανικούς παράγοντες, το ψυχογενετικό μοντέλο, κατά το οποίο η ψυχοπαθολογία οφείλεται σε ενδοψυχικά αίτια και το κοινωνιογενετικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παρά τις βασικές διαφορές τους υπάρχουν, σύμφωνα με την Τσαλίκου Φ, 1987, ορισμένα σημεία σύγκλισης τα οποία φανερώνουν το πλασματικό και αντι-επιστημονικό πρίσμα θεώρησης της ψυχικής ασθένειας από τη σύγχρονη Ψυχιατρική:

1) ο ψυχικά πάσχων παρουσιάζεται σαν έρμαιο εξωγενών δυνάμεων που τον κατακλύζουν όντας ανίκανος να αντιδράσει και

2) η ψυχοπαθολογία τείνει να εντοπίζεται στο πρόσωπο του ψυχικά ασθενούς αγνοώντας την καθοριστική επίδραση που μπορεί να έχει το περιβάλλον του.

Η συγκεκριμένη άποψη της Φ.Τσαλίκου, ότι η κατηγοριοποίηση μπορεί μεν να συντελέσει στην απλοποίηση και στον ευκολότερο χειρισμό αντικειμένων στο περιβάλλον μας αλλά οι συγκεκριμένες κατηγορίες του DSM δεν μπορούν να αποτελέσουν κλινικές οντότητες. Σύμφωνα με τον Φουκώ (1988) πρόκειται για κοινωνικά κατασκευασμένες έννοιες καθώς θεωρούσε ότι οι κατηγοριοποιήσεις των νοσολογικών συστημάτων βασίζονται στο αξίωμα ότι η ψυχική ασθένεια αποτελεί «μία συγκεκριμένη οντότητα η οποία μπορεί να χαρτογραφηθεί από τα συμπτώματα

που τη δηλώνουν, αλλά και προηγείται από αυτά και, μέχρι ενός σημείου, είναι ανεξάρτητη από αυτά» (σ.12), και ότι ο εννοιολογικός ορισμός της ψυχικής ασθένειας που προσιδιάζει τον ορισμό της οργανικής αρρώστιας βασίζεται στην παραδοχή ότι και οι δύο θεωρούνται φυσικές οντότητες. Στην ουσία όμως δεν υπάρχει ομοιότητα, παρά μόνο παραλληλισμός που βασίζεται στις προαναφερθείσες παραδοχές.

Η πεποίθηση ότι οι ψυχικές διαταραχές έχουν πραγματική υπόσταση και διακριτά όρια συνιστά το φαινόμενο του *ψυχολογικού ουσιοκρατισμού* το οποίο περιέγραψε ο Medelin (1989): πρόκειται για τη διαδεδομένη πεποίθηση ότι πολλές κατηγορίες διαθέτουν μια υποκειμενική οντολογική ύπαρξη. Το ότι κάποιες καταστάσεις (σχιζοφρένεια) βρίσκονται πολύ κοντά στο πρωτότυπο της ψυχικής διαταραχής ευνοεί την ύπαρξη μιας πλειοψηφούσας γνώμης των «ειδικών», μιας ομοφωνίας, που με τη σειρά της οδηγεί στην εσφαλμένη εντύπωση ότι η ψυχική διαταραχή υφίσταται ωσάν να διαθέτει την υπόσταση και τις ιδιότητες μιας πραγματικής οντότητας (Lilienfield & Marino, 1995).

Συνεπώς, οι διαγνωστικές κατηγορίες για τις ψυχολογικές διαταραχές δεν συνιστούν ξεχωριστές φυσικές και καθολικές υπαρκτές ψυχοπαθολογικές οντότητες, αλλά αποτελούν κοινωνικοπολιτισμικές κατασκευές που κατευθύνουν τον τρόπο με τον οποίο τις αντιλαμβανόμαστε και τις αντιμετωπίζουμε.

Εκτός, όμως, από την ψυχική ασθένεια και η έννοια της επικινδυνότητας αντιμετωπίζει σαφή εννοιολογικά προβλήματα: Πρόκειται για μία έννοια, η οποία έχει σημαντικό κοινωνικό αντίκτυπο, καθώς αποτελεί καθοριστικό κριτήριο για αναγκαστικό ψυχιατρικό εγκλεισμό ή εγκλεισμό για απροσδιόριστο χρονικό διάστημα σε άτομο που έχει προβεί ήδη σε αξιόποινη πράξη. Θα ήταν εύλογο και επιβεβλημένο, συνεπώς, λόγω αυτής της σημαντικότητας της, μία τέτοια έννοια να

είχε σαφή ορισμό και να εκλαμβάνονταν με μία σχετική ομοιογένεια, σύμφωνα με τη Τσαλίκου (1987). Κάτι τέτοιο ωστόσο δεν υφίσταται στην πραγματικότητα, καθώς όχι μόνο ορίζεται και εκλαμβάνεται διαφορετικά από ίδιες και διαφορετικές κοινωνικές ομάδες αλλά και η ίδια η δομική της βάση κρίνεται ως προβληματική: η δυνατότητα πρόβλεψης της μελλοντικής συμπεριφοράς μέσα από το πρίσμα της επικινδυνότητας κρίνεται ως ανίσχυρη και αντιεπιστημονική, σύμφωνα και με σχετικές έρευνες.

Ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως επικίνδυνου επιφέρει, σοβαρές συνέπειες για την ελευθερία του, διακυβεύοντας την κατοχύρωση στοιχειωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων. Ιδιαίτερα ευάλωτη στις επιπτώσεις αυτές είναι η κατηγορία των ψυχικά πασχόντων. Η αναζήτηση της επικινδυνότητας, κάποιες φορές οδηγεί σε αποφάσεις άσκησης δημόσιας εξουσίας (πχ ακούσια μεταφορά σε νοσοκομείο, μέτρα ασφαλείας εναντίων παραβατών) που περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό και για μια μεγάλη διάρκεια συνταγματικά δικαιώματα των πολιτών. (Τσοπέλας Χ., Μαρτνάκης Σ., 2014)

### **2.5.2 Παράγοντες Πρόβλεψης**

Όπως αναφέρθηκε και από τον Prins (1986), «η πρόβλεψη τους επικινδυνότητας είναι κάτι πολύ επικίνδυνο». Ότι αφορά την ασφάλεια και την προστασία των παιδιών, η ελαχιστοποίηση των «εσφαλμένων αρνητικών» χρήζει μέγιστης σημασίας. Αυτή η κατηγορία αφορά τα άτομα που κρίνονται ως μη επικίνδυνα αλλά στην πραγματικότητα είναι και σε βάθος χρόνου κακοποιούν παιδιά. Από την πλευρά της ατομικής ελευθερίας και των ανθρωπίνων, ωστόσο, είναι σημαντικότερη η ελαχιστοποίηση των «ψευδώς θετικών» ατόμων, τα οποία αποτελούν τα άτομα που κρίνονται ως επικίνδυνα γι αυτό και έχουν στερηθεί την

ελευθερία τους ενώ στην πραγματικότητα δεν έχουν καμία επιρρέπεια σε βίαιες συμπεριφορές.

Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας δεν γίνεται αυθαίρετα. Η πρωτοβουλία παίρνεται όταν οι πράξεις ή οι συμπεριφορές βίας, έχουν ήδη εκδηλωθεί τουλάχιστον μία φορά. Η πρόβλεψη, συνεπώς, αντικατοπτρίζει την εκτίμηση της πιθανότητας το μελετώμενο άτομο να επαναλάβει την ίδια επιθετική συμπεριφορά. Για παράδειγμα δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η επικινδυνότητα του ατόμου που έχει ήδη διαπράξει φόνο παρά μόνο για φόνο και βαρεία σωματική βλάβη. Ως εκ τούτου η εκτίμηση της επικινδυνότητας ενός κλέφτη για ανθρωποκτονία δεν διαφέρει από εκείνου που δεν έχει καταδικαστεί για κλοπές. (Δουγενής Α., ΕΙΕ,2011)

Οι παράγοντες κινδύνου για την έκφραση μιας βίαιης συμπεριφοράς αξιολογούνται ανάλογα με την βαρύτητα και έχουν μια κλιμακωτή θέση. Πρώτα παρατίθενται οι πιο σοβαροί προς τους λιγότερο σοβαρούς.

Ένας σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας είναι το αρσενικό φύλο και σε δεύτερο – αλλά σχεδόν εξίσου σημαντικό βαθμό– το νεαρό της ηλικίας του δράστη. Σχετικές εργασίες, επιδημιολογικές μελέτες όπως όμως και η κοινή γνώμη επιβεβαιώνουν ότι η νεαρή ηλικία σε συνδυασμό με το ανδρικό φύλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την επιθετικότητα, την επικινδυνότητα και την προβατική συμπεριφορά. Ένας νεαρός άνδρας σε έναν έρημο δρόμο μέσα στη νύχτα, παραδείγματος χάριν συνδυάζεται άμεσα με κίνδυνο σε σύγκριση με μία ηλικιωμένη γυναίκα (Δουγενής Α.,ΕΙΕ,2011).

Ακόμη, εξαιρετικά σημαντικό για την πρόβλεψη της επιθετικότητας είναι το προηγούμενο ιστορικό σε βίαιες συμπεριφορές. Η προηγούμενη λοιπόν στάση και συμπεριφορά που αφορά τη βία, πρέπει να μελετάται λεπτομερώς και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πληροφορίες που παρέχονται σχετικά με αυτή τη συμπεριφορά. Στην

αξιολόγηση των προηγούμενων πράξεων είναι δεδομένο ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και πληροφορίες για την ψυχοδιανοητική κατάσταση του δράστη αλλά και στοιχεία από το ευρύτερο περιβάλλον που ενδεχομένως να επηρεάζουν. Επομένως, όσο πιο λεπτομερές είναι το ιστορικό της βίαιης συμπεριφοράς που εξετάζεται, τόσο πιο άρτιο και χρήσιμο σε επόμενες εκτιμήσεις θα είναι το συμπέρασμα της επικινδυνότητας. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η βίαιη συμπεριφορά που έχει επαναληφθεί επανειλημμένως, προσφέρει στη μελέτη της επικινδυνότητας πολλά επιπλέον στοιχεία, λόγω επαναλαμβανόμενων γεγονότων (Δουγενής Α.,ΕΙΕ,2011).

Ο παράγοντας της χρήσης ουσιών που επιδρούν στο ΚΝΣ χρίζει ειδικής αξιολόγησης, καθώς και οι «εξωτερικές» συνθήκες στις οποίες διαπράχθηκε η πράξη της παιδικής κακοποίησης. Πρέπει συνεπώς, ο αναλυτής να μπορεί να απαντήσει – όσο αυτό καθίσταται εφικτό– σε ερωτήματα όπως: «Θα γίνονταν αυτή η πράξη αν ο δράστης δεν είχε καταναλώσει καθόλου αλκοόλ;» ή «τι διαφορετικό θα είχε συμβεί εάν ο δράστης είχε πιεί παραπάνω;». Όλα τα παραπάνω αποτελούν τα ασφαλέστερα και συνεπέστερα κριτήρια επικινδυνότητας και φυσικά είναι παντελώς άσχετα με το ψυχιατρικό ιστορικό ή την ψυχιατρική διάγνωση τους ατόμου. Αξίζει εδώ να τονισθεί ότι τα στοιχεία αυτά έχουν μεγαλύτερη συσχέτιση με την επικινδυνότητα παρά με την ψυχιατρική διάγνωση.

Τα χαρακτηριστικά αυτά, όταν διαθέτονται από κάποιον ο οποίος πάσχει και από μία ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να συμβάλουν περαιτέρω στην αύξηση του κινδύνου. Μία από τις ψυχικές διαταραχές που ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο είναι η εξάρτηση. Ιδιαίτερα, η εξάρτηση από τα ναρκωτικά σχετίζεται άμεσα με την παραβατικότητα. Κρίνοντας από τα παραδείγματα που αποσπώνται από τις ελληνικές φυλακές, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των δραστών κρατούνται για παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών ιδιαίτερα για κατοχή και

διακίνηση. Η παραβατικότητα αυτή στο μεγαλύτερο της ποσοστό δεν είναι απαραίτητα βίαιη, συμβάλλει όμως πάρα πολύ τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου (Δουγενής Α.,ΕΙΕ,2011).

Υπάρχουν μελέτες που καταδεικνύουν και την προσωπικότητα του ατόμου ως έναν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της βίαιης συμπεριφοράς. Με την παραβατικότητα συνδέονται διαχρονικά ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά η καταπάτηση των δικαιωμάτων των άλλων, η χωρίς φραγμό αναζήτηση νέων ερεθισμάτων, η έλλειψη ενσυναίσθησης και εναισθησίας . Δεδομένης της ύπαρξης όλων των παραπάνω, τα οποία είναι ιδιαίτερα σημαντικά καθώς ο άδικος στιγματισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει δημιουργήσει πολύ μεγαλύτερα προβλήματα από όσα θα μπορούσαν να λυθούν τελικά. Πλέον πρέπει να γίνει γνωστό ότι η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που σχετίζεται με πολύ μικρό ποσοστό βίαιων πράξεων (Δουγενής Α.,ΕΙΕ,2011).

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των σχιζοφρενών ασθενών θυμίζουν τα χαρακτηριστικά των ευάλωτων ως προς τη βία ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια: αρσενικό φύλο, νεαρή ηλικία, χρήση τοξικών ουσιών, κάθε είδους εξάρτηση, μέλος μειονότητας είναι τα χαρακτηριστικά που αυξάνουν την μεταβλητή της επικινδυνότητας στα άτομα με σχιζοφρένεια. Πέραν των παραπάνω στοιχείων, οι έρευνες που μελετούν το φαινόμενο έδειξαν ότι υπάρχουν και κάποια επιπλέον στοιχεία ψυχοπαθολογίας που επιβαρύνουν τη σοβαρότητα της κατάστασης. Αυτά είναι: παραληρητικές ιδέες που απειλούν την ατομική ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και την ατομικότητά τους, της προσωπικής τους ζωής, τη διαταραγμένη αυτοεκτίμηση ή την αξιολόγηση της ατομικής ακεραιότητας και οι παραληρητικές ιδέες ερωτικού βίου είναι δυνατό κυρίως στην οξεία φάση τους να εμπλέκονται με επικίνδυνη συμπεριφορά. Οι ψευδαισθήσεις, η ψυχοκινητική ανησυχία και η κατατονική

διέγερση αποτελούν επιπρόσθετα ερεθίσματα που ενισχύουν την επικινδυνότητα (Δουγενής Α.,ΕΙΕ,2011). Η βίαιη συμπεριφορά και η επικινδυνότητα ενισχύεται σε άτομα που δεν υποβάλλονται σε ψυχιατρική παρακολούθηση, δεν λαμβάνουν τακτικά την φαρμακευτική αγωγή που ενδείκνυται για την κατάστασή τους και είναι άστεγοι.

Συμπερασματικά, αξίζει να τονισθεί ότι η βία που εκδηλώνουν οι ψυχικά ασθενείς που σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή τους, αντιμετωπίζεται με καλύτερη θεραπεία των διαταραχών αυτών. Στην τελική θεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντικό να περιλαμβάνεται τόσο η αποκατάσταση των πασχόντων όσο και η κοινωνική τους επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Ιδιαίτερα μετά από εγκληματικές ενέργειες βίας που διαπράχθηκαν από πάσχοντες και γίνεται έντονη προβολή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, θα πρέπει οι ειδικοί να αποτελούν τους συνηγόρους της λογικής οι οποίοι αναφέρονται σε πραγματικά στοιχεία. Η αναγνώριση των πραγματικών κινδύνων και η λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων είναι πολύ σημαντική όσον αφορά τον περιορισμό των παραβατικών συμπεριφορών, καθώς έτσι αποκαλύπτονται οι διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις της κοινής γνώμης και αποθαρρύνονται πολιτικές στιγματισμού (Δουγενής Α.,ΕΙΕ,2011).

Ενδεικτικά σημαντικότεροι προγνωστικοί παράγοντες βίαιων συμπεριφορών θεωρούνται οι εξής:

- Φτωχό κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον σε οικονομικό επίπεδο και επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων
- Ιστορικό προηγούμενου βίαιου εγκλήματος
- Ηλικία (μεγαλύτερος ο κίνδυνος από νέους ενήλικες)
- Φυλετικοί παράγοντες (διακρίσεις)
- Χρήση αλκοόλ και ουσιών
- Οικογενειακή κατάσταση

- Ψυχική νόσος (Τσοπέλας Χ.,Μαρτνάκης Σ.,2014)

Ο Γκορίνης (2003), σκιαγραφώντας το προφίλ των ατόμων που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, προσθέτει στα ανωτέρω τα εξής:

- Κοινωνικά χαρακτηριστικά (Άτομα κοινωνικά απομονωμένα και άνεργα παρουσιάζουν υψηλότερο. Τους η ανυπαρξία στηρικτικού κοινωνικού-οικογενειακού περιβάλλοντος θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας)

- Ιστορικό κακοποίησης-παραμέλησης κατά την παιδική ηλικία. (Αποτελεί έναν από τους πιο αξιόπιστους δείκτες στην πρόγνωση τους βίαιης συμπεριφοράς)

- Νοσήματα ΚΝΣ: Επιληψία, νοητική στέρηση

- Ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς (Αποτελεί τον πιο αξιόπιστο δείκτη βίαιης συμπεριφοράς)

- Ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

- Διαθεσιμότητας (πχ ύπαρξη όπλου)

Βασικές αρχές για την αξιολόγηση αποτελούν οι κάτωθι:

- Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας μακροπρόθεσμα είναι αδύνατη με ποσοτικό τρόπο και ακριβή και κάθε γενίκευση σε αυτόν τον τομέα κινδυνεύει να αποτελέσει μια «ιδεολογική κατάχρηση»

- Τους ασθενείς που «αναμετράται» με τους τους συνθήκες κάτω από τους οποίες είχε εκδηλώσει κάποια εκδραμάτιση, παρουσιάζει έναν υψηλό κίνδυνο υποτροπής αν απουσιάσει μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση και ψυχιατρική φροντίδα τόσο για τον ίδιο όσο και για το περιβάλλον.



- Μια επαρκής κλινική γνώση του ασθενούς από μια θεραπευτική ομάδα αποτελεί προτέρημα, με στόχο τη μείωση του κινδύνου των υποτροπών και των επιθετικών ή βίαιων συμπεριφορών. Αυτή η κατανόηση προϋποθέτει τη σφαιρική αντίληψη του ασθενούς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και λειτουργεί, μια καταγραφή των αναγκών του, πέρα από θεωρητικές δυσκαμψίες σχολών και ιδεολογικών ρευμάτων.

- Η αναζήτηση μιας κλινικής και θεραπευτικής λύσης προϋποθέτει πριν από όλα μια λεπτή και πλήρη αξιολόγηση του ασθενούς και της ιστορίας του, του πλαισίου μέσα στο οποίο ζει και των αλληλεπιδράσεων τους.

- Μια καλύτερη και σφαιρική γνώση των παραγόντων που σχετίζονται με την επικινδυνότητα, θα μπορούσε να καταλήξει σε στρατηγικές πρωτοβάθμιας πρόληψης. (Τσοπέλας Χ.,Μαρτινάκη Σ.,2014)

### **2.5.3 Επικινδυνότητα και Ψυχική ασθένεια**

Οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες συγκλίνουν σε τρεις βασικές υποθέσεις αναφορικά με την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών:

1. Στην αυξημένη πιθανότητα εγκληματικής εκτροπής των ψυχικά ασθενών σε σχέση με τον ευρύτερο πληθυσμό

2. Στην αποδοχή μιας αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στην ψυχική ασθένεια και την εγκληματικότητα

3. Στην θεώρηση των πιθανών εγκλημάτων των χαρακτηρισμένων ψυχικά ασθενών ατόμων ως «αναιτιολόγητων» και «ακατανόητων» πράξεων. (Τσοπέλας Μαρτινάκη 2014)

Στην κοινή γνώμη οι έννοιες Σχιζοφρένεια και τρέλα είναι σχεδόν ταυτόσημες και συνδέονται με απρόβλεπτες, παράλογες και βίαιες αντιδράσεις. Κάτι τέτοιο οφείλεται:

a) στους φόβους που δημιουργεί η επικοινωνία, η γειτνίαση ή πολύ περισσότερο η συμβίωση με ένα άτομο που παρουσιάζει μια ιδιόμορφη, απρόβλεπτη, «ανεξήγητη» αποκλίνουσα συμπεριφορά,

b) στο στερεότυπο του «αποδιοπομπαίου τράγου» στο οποίο αποδίδονται όλα τα κοινωνικά δεινά,

c) στην ψυχική αναστάτωση που προκαλεί στα αυτοελεγχόμενα άτομα η ύπαρξη κάποιου που συμπεριφέρεται αντισυμβατικά, εκφράζει και ικανοποιεί χωρίς αναστολές πολλές από τις ανάγκες του (π.χ «τεμπελιάζει», αντιδρά προκλητικά ή παρορμητικά),

d) στις θεαματικές περιγραφές της συμπεριφοράς των Σχιζοφρενών, που ερεθίζουν την περιέργεια του κόσμου από τα ΜΜΕ, τη λογοτεχνία, τον κινηματογράφο (Λειβαδίτης, 1994)

Σύμφωνα με τον Αλεβιζόπουλο (2005), έχει διαπιστωθεί ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που εκδήλωσαν βίαιη συμπεριφορά δεν πάσχει από ψυχική διαταραχή. Εντούτοις υπάρχει μια μικρή υποομάδα ανθρώπων με σοβαρές επιμένουσες ψυχικές διαταραχές που αυξάνουν τον κίνδυνο για εκδήλωση βίας προς ένα άλλο πρόσωπο και χαρακτηρίζονται ως επικίνδυνοι.

Σήμερα είναι γνωστό πως κάποιοι τύποι ψυχωσικής συνδρομής, αυξάνουν τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν σταθερά ότι οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, αλλά και άτομα που παρουσιάζουν διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν τον υποπληθυσμό των ψυχιατρικών ασθενών, που εκδηλώνει συχνότερα βία (πίνακας 1).

Όλοι οι ψυχωτικοί δεν είναι βίαιοι, ούτε θα γίνουν κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις. Ένα άτομο που νοσεί από σχιζοφρένεια έχει εξάρσεις αλλά και περιόδους ύφεσης, επίσης δεν έχουν όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παραληρηματικές ιδέες, ότι διώκονται ή τους ελέγχους, ώστε αυτή η πεποίθηση να οδηγήσει σε μια βίαιη συμπεριφορά (Murvey 1994) (πίνακας 2).

Όπως υποστηρίζει η Τσαλίκου (1987), στην ψυχιατρική γίνεται αποδεκτό ότι ακόμα κι αν η μορφή ή η φύση του ψυχοπαθολογικού συμπτώματος μπορεί να αποδοθεί στη νοσολογική επεξεργασία, το περιεχόμενο του συμπτώματος αυτού (πχ, το σύμπτωμα των παραληρηματικών ψευδαισθήσεων) βασίζεται σε μια πολυμορφία κοινωνικών εμπειριών του υποκειμένου. Δεν είναι σύμπτωμα εκείνο που οδηγεί στην εκτροπή και όχι η ίδια η ύπαρξη της διαταραχής.

Ουσιαστικά η ύπαρξη της επικινδυνότητας αναφέρεται σε ορισμένες μόνο υποομάδες σχιζοφρενών, ιδίως ασθενείς με υποτροπιάζουσα μορφή σχιζοφρένειας ή με ενεργά ψυχικά συμπτώματα, που δεν υπόκεινται σε τακτική ιατρική παρακολούθηση και αγωγή. Επιπρόσθετα σημασία έχει και η αποδοχή ή μη της φαρμακοθεραπείας από τον ασθενή, όπως ακόμη σε δεύτερη φάση, ο χρόνος που έχει περάσει από τότε που ο ασθενής έχει διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή (Δουζένης, 2008).

Αν και είναι αυξημένη η σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, η επικινδυνότητα παραμένει πολύ μικρότερη από αυτή άλλων ομάδων ασθενών ή υγιών. Επιπρόσθετα ένα άτομο με ψύχωση ή άλλη ψυχική νόσο, σε ένα απρόβλεπτο, αγχωτικό περιβάλλον με μικρή υποστήριξη από την οικογένεια, την κοινότητα, αλλά και την απουσία εναισθησίας, μπορεί να διατρέξει κίνδυνο για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (Tomaras et. al 1988).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Συχνότητα βίαιης συμπεριφοράς σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, (Eronen & Schutze 1998, Αλεβιζόπουλος, 2005)

Μείζονα Ψυχική Διαταραχή 4,2-33,6%  
 Οργανικές διαταραχές 2,6-5,0%  
 Σχιζοφρένεια 3,1-7,2%  
 Συναισθηματικές Διαταραχές 1,4-8,8%  
 Αγχώδεις Διαταραχές 0,9-1,2%  
 Χρήση Ουσιών 6,5-54%  
 Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας 7,2-54,6%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Επίδραση Παραληρηματικών Ιδεών στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (Αλεβιζόπουλος 2005)

Παραληρηματικές Ιδέες	Παρούσες %	Απούσες%
Διώξεως	9,6	14,6
Ελέγχου σώματος	7,8	14,6
Εκπομπής σκέψης	12,1	13,7
Θρησκευτικές	11,3	13,7
Άλλες	6,0	14,1
Ενοχής	12,1	13,6
Σωματικές	8,0	13,7

#### **2.5.4 Μύθοι για την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών**

Σύμφωνα με τους Van Brunt et al., (2016) υπάρχει μια διαδομένη υπόθεση ότι η ψυχική διαταραχή ισοδυναμεί με την επικινδυνότητα και την βία. Οι περιγραφές και οι απεικονίσεις των ΜΜΕ για τις ψυχικές διαταραχές σπάνια αντανακλούν θετικά χαρακτηριστικά στα άτομα τα οποία παλεύουν με κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Αρκετοί στην κοινότητα της ποινικής δικαιοσύνης, το σύστημα ψυχικής υγείας και το σύστημα επιβολής του νόμου, έχουν εμπειρίες με άτομα όπου η ψυχική διαταραχή δείχνει να έχει σημαντικό ρόλο στην κακή άσκηση γονικής μέριμνας ή στην δημιουργία συνθηκών για έκφραση βίαιων συμπεριφορών και μοιράζονται ιστορίες μεμονωμένων περιστατικών όπου η ψυχική διαταραχή ενός γονέα επηρέασε την ασφάλεια και την ανάπτυξη των παιδιών του.

Η πρόκληση που αντιμετωπίζουμε είναι η αναγνώριση ότι τα παραδείγματα μεμονωμένων περιστατικών δεν επαρκούν για να οδηγηθούν στην γενίκευση ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι για παράδειγμα ακατάλληλοι για την άσκηση του γονικού ρόλου. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι οι ψυχικές διαταραχές διαφέρουν η μία από την άλλη. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία σε ψυχικές διαταραχές καθώς και στα συμπτώματα και στις επιπτώσεις στις ζωές των ασθενών.

**Μύθος 1ος: Τα περισσότερα περιστατικά βίας μπορούν να αποδοθούν στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.**

Είναι δύσκολο να παρακολουθήσει κανείς τα ΜΜΕ, χωρίς να αντιληφθεί μια ιστορία που να συνδέει ένα άτομο με ψυχική διαταραχή με κάποιο περιστατικό έκφρασης βίαιης συμπεριφοράς. Πχ «ένας βετεράνος που πάσχει από PTSD

(Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες) πήγε σε στρατιωτική βάση στο Τέξας, «ξεφαντώνοντας» με πυροβολισμούς». «Ένας μαθητής με Σύνδρομο Asperger σκότωσε δεκάδες παιδιά στο σχολείο του στο Κονέκτικατ.»

Ενώ διαμορφώνεται η κοινή γνώμη όσο τα ΜΜΕ για εβδομάδες και μήνες «καλύπτουν» ένα γεγονός, είναι εύλογο να υποθέσει κανείς ότι αυτά τα είδη βίαιων πράξεων και σχεδιασμένων επιθέσεων αυξάνονται λόγω των ψυχικών διαταραχών.

Στην πραγματικότητα υπάρχουν στατιστικά, όπου πολύ περισσότεροι άνθρωποι με τις ίδιες ψυχικές διαταραχές δεν συνδέονται με καμία απολύτως βίαιη πράξη. Αυτά τα γεγονότα εμφανίζονται σπάνια και μαζί φέρνουν το στοιχείο του απρόβλεπτου και του τρόμου, που οδηγούν τον γενικό πληθυσμό να κάνει υποθέσεις σχετικά με τη συχνότητα αυτών των επιθέσεων. Αυτά τα περιστατικά είναι σπάνια και δύσκολα προβλέψιμα. Σύμφωνα με τον Peter Langman (2005), όπου αναφέρει, όταν γίνεται συζήτηση για την τυπολογία των «School shooters» ως ατόμων με ψυχικό τραύμα, ψυχικών με βαριά ψυχοπαθολογία, οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από αντίστοιχες διαταραχές δεν διαπράττουν δολοφονίες.

Για παράδειγμα το 2013 σημειώθηκαν 41.149 αυτοκτονίες στις ΗΠΑ (Center for Disease Control, 2015). Από τους 32.713 θανάτους που σχετίζονται με τροχαία συμβάντα στις ΗΠΑ το 2013, σημειώθηκαν 682 θάνατοι μόνο στην πολιτεία της Βιρτζίνια (Insurance Institute for Highway Safety, 2015). Τα αεροπορικά δυστυχήματα κόστισαν τη ζωή σε 687 άτομα.

Ενώ η βία που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές είναι τρομακτική, η πιθανότητα αυτού του είδους επιθέσεων είναι στατιστικά πολύ μικρότερη σε σύγκριση με τα τροχαία και τις αυτοκτονίες. Στην πραγματικότητα οι βίαιες επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών εξακολουθεί να είναι στατιστικά μικρή σε σύγκριση με τα εξαιρετικά σπάνια αεροπορικά δυστυχήματα. (Van Brunt et al., 2016)

## **Μύθος 2ος: Οι ψυχικές διαταραχές οδηγούν τα άτομα στην διάπραξη μαζικών επιθέσεων.**

Οι μαζικές επιθέσεις αποτελούν μια συγκεκριμένη μορφή βίαιης πράξης, που πρόσφατα έχει αποδοθεί στις επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας. Ενώ φαίνεται ότι πολλοί από αυτούς που αναμειγνύονται σε μαζικές επιθέσεις είναι ή ήταν σε ψυχιατρική φαρμακοθεραπεία, η πεποίθηση ότι η ψυχιατρική διαταραχή ή η φαρμακοθεραπεία συνέβαλαν άμεσα στην επίθεση, δεν ισχύει απαραίτητως. Είναι εκατοντάδες χιλιάδες οι άνθρωποι που βρίσκονται σε τέτοιου είδους φαρμακοθεραπεία και δεν έχουν πραγματοποιήσει ποτέ καμία επίθεση.

Το 2012 ο James Holmes σκότωσε 12 και τραυμάτισε δεκάδες άλλους σε έναν κινηματογράφο στην Aurora. Πριν την επίθεση, έστειλε στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο το σημειωματάριο του στον ψυχίατρο του, όπου προειδοποιούσε για αυτήν την επίθεση. Η επιθυμία να γνωστοποιήσει τα κίνητρα είναι συχνά ισχυρή για όσους διαπράττουν τέτοιου είδους εγκλήματα. Ο Holmes διαγνώστηκε με Σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας, κατά την διάρκεια της έρευνας για την δίκη.

Ο Adam Lanza σκότωσε 20 παιδιά και 6 ενήλικες στο Δημοτικό σχολείο Sandy Hook τον Δεκέμβριο του 2012. Ειπώθηκε ότι είχε σύνδρομο Asperger. Μετά την επίθεση το κύριο ερώτημα ήταν αν το σύνδρομο Asperger ήταν η κύρια αιτία που οδήγησε στην δολοφονία. Ενδέχεται κάποια στοιχεία του συνδρόμου να συνέβαλαν στην ανάπτυξη του σχεδίου όπως και στο άγχος πριν την επίθεση. Η κοινωνική απομόνωση, ο αποκλεισμός του στο σπίτι και έντονος περιορισμός της επικοινωνίας του μόνο με την μητέρα του εμπόδισαν την ανίχνευση οποιασδήποτε διαρροής σχετικά με την επίθεση. Ωστόσο η πεποίθηση ότι τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του Αυτισμού έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι βίαια, δεν υποστηρίζεται βιβλιογραφικά.

Και στις δύο περιπτώσεις η ψυχική διαταραχή ήταν ένας από τους πολλούς παράγοντες κινδύνου που οδήγησαν στην επίθεση. Πολύ συχνότερα παράγοντες κινδύνου όπως το αίσθημα απελπισίας, η κοινωνική απομόνωση, η αδικία και οι στερεοτυπικές αντιλήψεις γύρω από την ψυχική διαταραχή συχνά επικαλύπτονται από την διάγνωση της διαταραχής, δημιουργώντας την πεποίθηση ότι η ίδια η ψυχική διαταραχή είναι η αιτία των επιθέσεων. Μελετώντας τους παράγοντες κινδύνου, βρίσκουμε πολλούς, εκτός της ψυχικής διαταραχής, που είναι πολύ πιο ακριβείς για να εξερευνηθεί η πρόληψη της βίας. (Van Brunt et al., 2016)

### **Μύθος 3ος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή είναι επικίνδυνοι γονείς**

Τα άτομα, που βιώνουν ενεργά συμπτώματα σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής, μπορεί να παρουσιάσουν υψηλότερο κίνδυνο έκφρασης κάποιας βίαιης εγκληματικής συμπεριφοράς. Η σχιζοφρένεια, που δεν μπορούν να ρυθμιστούν τα συμπτώματά της, περιλαμβάνει ισχυρές ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Με κατάλληλη διαχείριση των συμπτωμάτων, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρηματικές ιδέες, οι παρορμητικές ενέργειες ή οι διωκτικές σκέψεις μειώνονται και επιτρέπουν στο άτομο να λειτουργήσει, όπως τα άτομα χωρίς ψυχικές διαταραχές. Με τον ίδιο τρόπο που ο πόνος από ένα κάταγμα στο πόδι επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις καθημερινές του ασχολίες, όταν το πρόβλημα αντιμετωπιστεί το άτομο είναι ικανό ξανά να ασκεί τις δεξιότητες της καθημερινότητας και τον γονικό του ρόλο. (Van Brunt et al., 2016)

### **Μύθος 4ος: Το άγχος της άσκησης του γονικού ρόλου αυξάνει τον κίνδυνο έκφρασης βίαιης συμπεριφοράς στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.**



Το να είναι κάποιος γονέας αποτελεί από μόνο του στρεσογόνο παράγοντα για τους περισσότερους ανθρώπους. Οι άνθρωποι όμως βιώνουν ο καθένας με διαφορετικό τρόπο το άγχος. Επίσης το άγχος είναι υποκειμενικό και εξατομικευμένο και η έκταση του πρέπει να εξετάζεται ανά περίπτωση. Το άγχος επίσης είναι σωρευτικό και η υπερβολική πίεση επηρεάζει διαφορετικά τον τρόπο λειτουργίας του κάθε ατόμου. Μπορεί για παράδειγμα να επηρεάσει την ικανότητα ενός ανθρώπου να φροντίσει τον εαυτό του, το παιδί του ή τους σημαντικούς άλλους.

Η ψυχική διαταραχή θα μπορούσε να επηρεάσει τα επίπεδα στρες σε ένα άτομο, να κατακλυστεί δηλαδή από αυτό και να σταματήσει να είναι διαθέσιμο για τα άτομα που φροντίζει. Η πρόκληση όμως, για να κατανοήσει κανείς την καταλληλότητα ενός γονέα, είναι η κατανόηση της διαχείρισης του άγχους και όχι η διάγνωση του. (Van Brunt et al., 2016)

**Μύθος 5ος: Από τη στιγμή που ένας άνθρωπος νοσηλευτεί λόγω μιας ψυχικής διαταραχής, ο κίνδυνος έκφρασης βίαιης συμπεριφοράς εκτοξεύεται.**

Η νοσηλεία για ένα άτομο με ψυχική διαταραχή μπορεί να συμβεί σε διάφορα πλαίσια. όπως π.χ για την προσαρμογή σε κάποια φαρμακοθεραπεία ή την παροχή σκόπιμης ανάπαυλας για την μείωση των επιπέδων του άγχους. Άλλες φορές η νοσηλεία μπορεί να είναι αντίδραση σε ένα γεγονός κρίσης, όπως μια απόπειρα αυτοκτονίας, σοβαρή κρίση άγχους ή απώλειας επαφής με την πραγματικότητα. Έτσι η κατανόηση των παραγόντων νοσηλείας είναι ουσιαστικής σημασίας για την πρόβλεψη της έκφρασης βίαιης συμπεριφοράς. Αντί να επικεντρωθούμε στην νοσηλεία θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν άλλοι πιο σοβαροί παράγοντες, πχ οι συμπεριφορές βίας είναι συχνότερες σε νέους, ιδιαίτερα σε άνδρες, που επίσης βιώνουν κοινωνικό ή προσωπικό άγχος ή έχουν εκτεθεί σε συμπεριφορές βίας στην παιδική ηλικία. (Van Brunt et al., 2016)

Ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004) οι συνήθεις εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές:

---

**Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές συχνά θεωρείται ότι είναι:**

- τεμπέληδες
  - απρόβλεπτοι
  - αμβλύνοες
  - αναξιόπιστοι
  - άχρηστοι
  - ανεύθυνοι
  - μη θεραπεύσιμοι επικίνδυνοι
  - βίαιοι
  - ανίκανοι να παντρευτούν
  - ανίκανοι να μεγαλώσουν παιδιά
  - άτομα που χρήζουν επιτήρησης
  - άτομα που τα έχουν καταλάβει δαιμόνια
  - άτομα που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης
- σε όλη την διάρκεια της ζωής τους
- άτομα που υφίστανται την θεία τιμωρία

## 2.6 Εκτίμηση της επικινδυνότητας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός ως αξιολογητής.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, όπως και οι άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν ψυχομετρικά εργαλεία ενισχύοντας το διαγνωστικό, συμβουλευτικό και θεραπευτικό έργο τους. Ενίοτε, ως ερευνητές, η χρήση των ψυχομετρικών δοκιμασιών εξυπηρετεί τη συλλογή δεδομένων σχετικά με το αντικείμενο των μελετών τους. Τα τελευταία χρόνια καθώς ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού διευρύνεται, η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος. (Τσοπέλας & Μαρτινάκη 2014)

Σύμφωνα με τον Messick (1996), πριν τη συμπλήρωση ενός ψυχομετρικού εργαλείου ο επαγγελματίας οφείλει να δίνει απάντηση στα ακόλουθα ερωτήματα:

«Είναι η συγκεκριμένη δοκιμασία ορθό μέτρο αξιολόγησης των χαρακτηριστικών που θεωρείται ότι πραγματεύεται, διερευνά και μετρά;» και «πρέπει η συγκεκριμένη δοκιμασία να χρησιμοποιείται για τον προτεινόμενο σκοπό ή κατά τον προτεινόμενο σκοπό;» (Σταλίκας, 2009)

Ο κοινωνικός λειτουργός, που καλείται να αξιολογήσει την συμπεριφορά ενός ψυχικά ασθενούς θα πρέπει να:

- έχει ένα συγκεκριμένο και σαφώς διαμορφωμένο ερώτημα,
- γνωρίζει σε βάθος ποια ψυχομετρικά εργαλεία είναι διαθέσιμα για να απαντηθεί το ερώτημα
- αναζητήσει ποια από τα υπάρχοντα εργαλεία είναι κατάλληλα για το συγκεκριμένο άτομο, στη συγκεκριμένη περίπτωση
- κρίνει πόσο επαρκής είναι στην χορήγηση των πλέον κατάλληλων εργαλείων για το ερώτημα.

Στην Ελλάδα η εκτίμηση της επικινδυνότητας προσδιορίζεται με βάση κλινικά κριτήρια και την χρήση γενικών και μη ειδικών ερωτηματολογίων, που οδηγούν σε ψυχιατρικές εκθέσεις δύσκολα κατανοητές από μη επαγγελματίες ψυχικής υγείας εμπλεκόμενοι σε θέματα επικινδυνότητας πχ νομικοί, αστυνομικοί. Άλλοτε τα στοιχεία είναι σαφή άλλοτε είναι ελλιπή ενώ το γεγονός ότι πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας συχνά αποφεύγουν να εκφράσουν με βεβαιότητα την άποψη του για την επικινδυνότητα ενός ψυχικά ασθενούς, ακόμα και σε περιπτώσεις, όπου υπάρχει μεγάλη πιθανότητα επανάληψης ενός βίαιου περιστατικού από την πλευρά του ασθενούς. Κρίνεται επιτακτική η απόκτηση γνώσεων για την επιστημονική πρόβλεψη της βίαιης συμπεριφοράς (Τσοπέλας & Μαρτινάκη 2014)

Για την επίτευξη μιας όσο το δυνατόν πιο τεκμηριωμένης άποψης αναφορικά με την πιθανότητα εκδήλωσης μελλοντικά επικίνδυνης συμπεριφοράς ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται αξιόπιστα και αντικειμενικά ψυχομετρικά εργαλεία, τέτοια που να καθιστούν:

- Σαφή τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να επιτευχθούν οι αξιολογήσεις γύρω από την επικινδυνότητα
  - Διαφανή τη βάση για τη λήψη αποφάσεων
  - Λειτουργική την υιοθέτηση κοινής γλώσσας σχετικά με θέματα βίας
  - Εύκολο την εστίαση και την «δομημένης σκέψης» στον επαγγελματία κατά την αξιολόγηση
  - Συστηματική τη χρήση των πληροφοριών που διατίθενται
  - Εύστοχες τις εκτιμήσεις των επαγγελματιών, αποτρέποντας τις εμπειρικές και ιδιοσυγκρασιακού τύπου διαδικασίες αξιολόγησης. (Τσοπέλας & Μαρτινάκη 2014)

Σύμφωνα με τους Τσοπέλας και Μαρινάκη (2014), τα ερωτηματολόγια εκτίμησης επικινδυνότητας χρησιμοποιούνται για την κατάρτιση σχεδίων αντιμετώπισης μελλοντικής βίαιης συμπεριφοράς, ενώ συγχρόνως αποτελούν πολύτιμα στοιχεία για την υλοποίηση θεραπευτικών προγραμμάτων των ψυχικά ασθενών. Επιπρόσθετα, χρησιμεύουν ως μέσα αξιολόγησης της μείωσης επικινδυνότητας ως αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως και στην παρακολούθηση της προόδου της θεραπευτικής διαδικασίας ή της επίβλεψης και τέλος στην πρόβλεψη των αποτελεσμάτων. Ωστόσο κάθε αλλαγή στις συνθήκες ζωής ενός ασθενούς, θα πρέπει να αποτελεί αφορμή επαναξιολόγησης. Η επαναξιολόγηση της πιθανότητας εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς προτείνεται τουλάχιστον κάθε 6 έως 12 μήνες ή όποτε υπάρχει μια σημαντική αλλαγή ανά περίπτωση.

## **2.7 Ψυχομετρικά εργαλεία εκτίμησης βίαιης συμπεριφοράς και συναφών θεμάτων σε ενήλικες**

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί μια σειρά εξειδικευμένων κλιμάκων αναφορικά με θέματα επικινδυνότητας, επιθετικότητας, παρορμητικότητας, αυτοκτονικού ιδεασμού και πρόθεσης. Αποτελούν σημαντικά εργαλεία στην κλινική πράξη και στην σκιαγράφηση του προφίλ των ασθενών και την τάση αυτών να εμφανίσουν κάποια βίαιη συμπεριφορά.

### **Κλίμακα Εκτίμησης επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (Historical Clinical Risk, HCR-20:Assessing Risk for violence)<sup>3</sup>**

Σκοπός: Η αξιολόγηση της πιθανότητας ένα άτομο να εκδηλώσει μια βίαιη συμπεριφορά

---

<sup>3</sup> Περισσότερα στοιχεία στο: «HCR-20 Εκτίμηση επικινδυνότητας για την Εκδήλωση Βίαιης συμπεριφοράς» Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. Μετάφραση-Επιμέλεια: Τσοπέλας Χ., Μαρινάκη Σ., Λαμπράκη Α, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα,2009.

Σύντομη περιγραφή: Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες (H, C, R). Η πρώτη αναφέρεται σε στοιχεία του ιστορικού και περιλαμβάνει 10 λήμματα, η δεύτερη αφορά στα κλινικά στοιχεία του ασθενούς και περιλαμβάνει 5 λήμματα, ενώ η τρίτη αφορά στα στοιχεία διαχείρισης της επικινδυνότητας και περιλαμβάνει 5 λήμματα. Σύνολο 20 λημμάτων. Στην τελευταία υποκλίμακα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος που βρίσκεται ο ασθενής. Η βαθμολόγηση είναι βασισμένη σε μια κλίμακα 3 διαβαθμίσεων 0, 1, 2 και το άθροισμα των βαθμών δίνει το γενικό σύνολο και με βάση αυτό αποτυπώνεται και η τελική εκτίμηση της επικινδυνότητας.

### **Κλίμακα Εκτίμησης Ψυχοπαθητικής συμπεριφοράς (PLS:SV)**

**Hare Pshychopathy Checklist: Screening Version.** <sup>4</sup>(Hart SD, Cox D D, Hare RD.

Σκοπός: Η εκτίμηση της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς

Σύντομη περιγραφή: Η κλίμακα αποτελείται από 2 ομάδες, 6 λημμάτων. Η πρώτη ομάδα περιγράφει στοιχεία αναφορικά με την συναισθηματική ένδεια και η δεύτερη ομάδα στοιχεία που σχετίζονται με συμπεριφορικά θέματα. Η αξιολόγηση βασίζεται σε κλίμακα 3 διαβαθμίσεων 0, 1, 2. Επίσης όταν ο αξιολογητής δεν είναι σίγουρος για ένα στοιχείο του δίνεται η δυνατότητα να το παραλείψει. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των στοιχείων των δύο ομάδων.<sup>5</sup>

### **Κλίμακα έκδηλης επιθετικότητας (Overt aggression Scale, OAS)**

(Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J)<sup>6 7</sup>

---

<sup>4</sup> Δεν υπάρχει επίσημη μετάφραση της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα.

<sup>5</sup> Η τελική βαθμολογία της κλίμακας PSL:SV συμπληρώνεται στο λήμμα H7 της κλίμακας HCR-20. Εάν το άθροισμα είναι >13 αυτό αντιστοιχεί στο 0, από 14-17 είναι 1 και από 18-24 είναι 2.

<sup>6</sup> Δεν υπάρχει επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα.

<sup>7</sup> Επίσης, υπάρχει και η Overt Aggression Scale-Modified (OAS-M) που σχεδιάστηκε από τους Coccaro et al (1991) και εκτιμά την επιθετική συμπεριφορά σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Περισσότερες πληροφορίες: «Rating Scales in Mental Health». 2nd ed. Lexi-Comp, 2003:307-311

Σκοπός: Η αποτίμηση επιθετικής ή βίαιης συμπεριφοράς ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.

Σύντομη περιγραφή: Η κλίμακα περιέχει 2 μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει 4 κατηγορίες επιθετικότητας: Λεκτική, Σωματική, Σωματική αυτοκατευθυνόμενη, Σωματική προς άλλους. Για κάθε κατηγορία υπάρχουν περιγραφές που προσδιορίζουν την αντίστοιχη μορφή επιθετικότητας. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται οι παρεμβάσεις του θεραπευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση του βίαιου επεισοδίου.

#### **Κλίμακες παρορμητικότητας<sup>8</sup> (E. Barrat Impulsiveness Scale BIS-11)**

Σκοπός: Η διερεύνηση των παραμέτρων της παρορμητικής συμπεριφοράς.

Σύντομη περιγραφή: Η κλίμακα έχει 30 λήμματα που σκοπό έχουν να ελέγξουν την δραστηριότητα, την προσοχή και τον σχεδιασμό. Ο ερωτώμενος έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε 4 απαντήσεις: σπανίως/ποτέ, περιστασιακά, συχνά, πάντα/σχεδόν, πάντα.

#### **Κλίμακα Αυτοκτονικού Ιδεασμού (Scale for Suicide ideation, SSI) (Beck et. al.,1979)**

Σκοπός: Η αξιολόγηση των σκέψεων ή της επιθυμίας ενός ατόμου για αυτοκτονία.

Σύντομη περιγραφή: Η κλίμακα αποτελείται από 5 μέρη. Στο πρώτο μέρος εκτιμάται η στάση ενός ατόμου προς την ζωή και το θάνατο, στο δεύτερο μέρος αξιολογούνται τα χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού ιδεασμού ή της επιθυμίας για αυτοκτονία, στο τρίτο τα χαρακτηριστικά προσχεδιασμένης απόπειρας, στο τέταρτο

---

<sup>8</sup> Περισσότερες πληροφορίες: Κονταξάκης Β. (Επιμ) «Η συμβολή της ψυχομετρίας στην πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών». Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Αθήνα, 2006

εκτιμάται η πραγματοποίηση προσχεδιασμένης απόπειρας και στο πέμπτο και τελευταίο μέρος οι ερωτήσεις εξετάζουν τα στοιχεία του ατομικού ιστορικού.

Η βαθμολογία γίνεται με βάση μια κλίμακα από το 0 έως το 2. Στην περίπτωση που όλες οι απαντήσεις στο πρώτο μέρος είναι 0, τότε θα πρέπει να παραλείπεται η συμπλήρωση των μερών 2 έως 4, όπου ο αξιολογητής σημειώνει ως απάντηση ΔΑ (Δεν αφορά).

## **2.8 Θεσμικός ρατσισμός και Κοινωνική Εργασία**

Η κοινωνική εργασία- δεοντολογικά, καταστατικά και ιστορικά- ενσωματώνει στη φιλοσοφία της την υιοθέτηση, προαγωγή και προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Σημαντικό εμπόδιο στην ουσιαστική προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων διαδραματίζουν στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και συνολικά οι ρατσιστικές πρακτικές. Η βασική διάκριση μεταξύ διάχυτου κοινωνικού ρατσισμού αναφέρεται στο πεδίο υιοθέτησης και εφαρμογής των ιδεών και πρακτικών διακρίσεων. Στην περίπτωση του διάχυτου κοινωνικού ρατσισμού, φορέας είναι ένα μεγάλο τμήμα του γενικού πληθυσμού που ενστερνίζεται τα ρατσιστικά προτάγματα και πεδίο εφαρμογής η καθημερινές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Ο θεσμικός ρατσισμός αναφέρεται στην θεσμοθετημένη, άτυπη και τυπική, εφαρμογή των ρατσιστικών αντιλήψεων και πρακτικών. Φορέας μπορεί να είναι οποιοσδήποτε οργανισμός και πεδίο εφαρμογής η αντιμετώπιση των «άλλων» στο πεδίο δραστηριότητας του οργανισμού. (Μπουρίκος, 2014)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί και γενικότερα τα στελέχη των κοινωνικών υπηρεσιών καλούνται να υποστηρίξουν τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων τόσο στο πεδίο των αιτημάτων προς τις ίδιες τις κοινωνικές υπηρεσίες όσο και στο πεδίο



αιτημάτων προς τις ίδιες τις κοινωνικές υπηρεσίες όσο και στο πεδίο αιτημάτων προς άλλες υπηρεσίες. Η εργασία τους συναντά μια τριπλή πρόκληση:

1. Ο διάχυτος κοινωνικός ρατσισμός, όπως τεκμηριώνεται παρακάτω, επηρεάζει το συνολικό πλαίσιο αντιμετώπισης των εξυπηρετούμενων και διαμορφώνει συγκεκριμένες δυναμικές για τη σχέση επαγγελματία-εξυπηρετούμενου (π.χ εσωτερίκευση στερεοτύπων)

2. Ο θεσμικός ρατσισμός συνεπάγεται αποκλεισμό ομάδων-στόχων της κοινωνικής εργασίας από ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. (π.χ αποκλεισμός αναπήρων από θέσεις εργασίας, γκετοποίηση προσφύγων μαθητών στο σχολείο)

3. Ο θεσμικός ρατσισμός μπορεί να αφορά στις ίδιες τις υπηρεσίες και τα προγράμματα απασχόλησης των κοινωνικών λειτουργών.

Ιδιαίτερα ο θεσμικός ρατσισμός στις κοινωνικές υπηρεσίες αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας για την έρευνα στην κοινωνική εργασία. Στερεότυπα, προκαταλήψεις και μύθοι για κατηγορίες εξυπηρετούμενων και ομάδων του πληθυσμού «αλλοιώνουν» τις διαδικασίες διάγνωσης, παρέμβασης – θεραπείας και αξιολόγησης στο πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας, αναπαράγουν αυτοεκπληρούμενες προφητείες και συντελούν στην διαιώνιση κοινωνικών αποκλεισμών και αδικιών.

Σύμφωνα με την τελευταία διαθέσιμη έρευνα κοινής γνώμης του Ευρωβαρόμετρου (Eurobarometer) για τις διακρίσεις στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, φαίνεται να τεκμηριώνεται η ύπαρξη στερεοτύπων και ρατσιστικών πρακτικών σε ένα σημαντικό μεγάλο τμήμα την ελληνικής κοινωνίας, όπως άλλωστε διαπιστώνεται και για το σύνολο των κρατών μελών της ΕΕ «ο ρατσισμός δεν είναι ιδιαίτερα ελληνικό φαινόμενο».

Μεταξύ των πιο διαδεδομένων διακρίσεων, οι Έλληνες αναγνωρίζουν την εθνική καταγωγή (76% έναντι 64% στην ΕΕ25), τον σεξουαλικό προσανατολισμό (68% έναντι 50% στην ΕΕ25) και την αναπηρία (56% έναντι 53% στην ΕΕ25). Οι απορριπτικές στάσεις φαίνεται να συγκεντρώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό μεταξύ εκείνων που χαρακτηρίζονται από χαμηλότερο εισόδημα (και δυνητικά αποτελούν χρήστες του προνοιακού κράτους μαζί με άλλες ευάλωτες ομάδες, (όπως οι μετανάστες, πρόσφυγες, Ρομά ), χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, συντηρητικότερο ιδεολογικό προφίλ, εντονότερο θρησκευτικό συναίσθημα και μεγαλύτερη ηλικία. Υποστηρίζεται ότι η αρνητική αντιμετώπιση του άλλου

αντανακλά «απειλή» που ενσαρκώνει ο άλλος για ομάδες με απορριπτική στάση:

<b>Στάσεις δικαστών, εισαγγελέων και αστυνομικών έναντι αλλοδαπών</b>			
<b>Στάσεις Δικαστές Εισαγγελείς Αστυνομικοί</b>			
Οι ξένοι είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την αύξηση στην εγκληματικότητα	35.6%	33.9%	35.9%
Οι ξένοι είναι συχνότερα δράστες αδικημάτων παρά θύματα	62.0%	64.5%	56.6%
Υπερβολική η παρουσία των ξένων που ζουν στην Ελλάδα	61.0%	61.3%	75.5%
Οι ξένοι είναι επικίνδυνοι	16.8%	12.9%	-
Συμπάθεια έναντι των ξένων	45.2%	38.7%	23.8%
Επίδραση της ιδιότητας του ξένου στην κρίση του δικαστή	24.8%	33.9%	-
Υπάρχει ρατσισμός στην ελληνική κοινωνία	54.8%	41.9%	50%
Ο ρατσισμός οφείλεται στη συμπεριφορά των ξένων	52.6%	57.7%	55.8%

προσωπική απειλή για την ισχύουσα οικονομική και κοινωνική θέση, προσωπική απειλή για την ασφάλεια και την ιδιοκτησία και συνολική απειλή για τη συνοχή της υφιστάμενης κοινότητας.

Παρακάτω δίνονται στοιχεία για ειδικά πληθυσμιακά κοινά: Οι δύο διαθέσιμες έρευνες για τα ειδικά πληθυσμιακά κοινά αναφέρονται στους χώρους ποινικής δικαιοσύνης και την εκπαίδευση

Πηγή: Βαγενά – Παλαιολόγου Ε. Ρατσισμός & Ξενοφοβία. Έρευνα στην Δικαιοσύνη και στην Αστυνομία. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006

## **2.9 Ο Ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας και καλές πρακτικές**

Η βασική αποστολή της κοινωνικής εργασίας δεν υλοποιείται σε θεσμικό κενό, αντιθέτως, υλοποιείται σε συγκεκριμένο θεσμικό, ιδεολογικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Οι τάσεις πρακτικών διακρίσεων που υιοθετούνται ή τουλάχιστον γίνονται ανεκτές, τόσο από σημαντικό τμήμα του γενικού πληθυσμού όσο και από ειδικό κοινό, είναι εύλογο να υποθέσει κανείς ότι δημιουργούν ένα ανάλογο «κοινωνικό κλίμα», που επηρεάζει την αποστολή των κοινωνικών λειτουργών. (Μπουρίκος Δ.,2014)

Επιπλέον, η σημερινή λειτουργία πολλών κοινωνικών υπηρεσιών σε πλαίσια αναξιοκρατίας και αβεβαιότητας σε συνδυασμό με την έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης και κατάρτισης σε θέματα αντιρατσιστικής δράσης και δράσης ενάντια στις διακρίσεις αναδεικνύουν τη σημασία έρευνας στο πεδίο της κοινωνικής εργασίας για τα ανάλογα ζητήματα. (Μπουρίκος Δ.,2014)

Η κοινωνική εργασία συμβάλλει στην αντιμετώπιση των στερεοτύπων, των διακρίσεων και του ρατσισμού με όλες τις διαθέσιμες μεθόδους της. Η κλινική κοινωνική εργασία ενδείκνυται στην διεργασία υποστήριξης και ενδυνάμωσης εκείνου που υφίσταται διακρίσεις με σκοπό την ανακούφιση του άγχους, τη δημιουργική διαχείριση της επιθετικότητας, την υποβοήθηση των μηχανισμών άμυνας, τη στήριξη του ατόμου για το σχεδιασμό και υλοποίηση στρατηγικής

διαχείρισης του περιβάλλοντος και αναπλαισίωση του προβλήματος και τη συνηγορία υπέρ της πρόσβασης του σε άλλες πηγές προνοιακής και κοινωνικής στήριξης. (Μπουρίκος Δ.,2014)

Η κοινωνική εργασία με ομάδες συμβάλλει στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων του εξυπηρετούμενου μέσω της βίωσης εμπειριών αλληλεπίδρασης (συνεργασία, σύγκρουση, διαπραγμάτευση,) με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων διαπροσωπικής επικοινωνίας, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, την αναγνώριση της πολλαπλότητας και αντιφατικότητας των διαπροσωπικών σχέσεων, και εν τέλει την αναγνώριση και υποστήριξη σειράς αξιών, όπως η συνύπαρξη, η συνεργασία, η ευθύνη, η κοινωνική λογοδοσία, η πρωτοβουλία και η υπευθυνότητα. (Μπουρίκος Δ.,2014)

Η κοινωνική εργασία με την κοινότητα αποτελεί την προτιμότερη μεθοδολογία για μια βιώσιμη αντιμετώπιση της κουλτούρας στερεοτύπων, διακρίσεων και ρατσισμού. Ο διάχυτος κοινωνικός ρατσισμός και ο θεσμικός ρατσισμός αποτελούν κοινωνικές και θεσμικές συνθήκες που εμποδίζουν, ματαιώνουν ή και αποκλείουν την πρόσβαση ατόμων και ομάδων σε σειρά αγαθών και δραστηριοτήτων (πχ εκπαίδευση). Η αναγνώριση, διαχείριση και «αποδόμηση» των παραπάνω συνθηκών απαιτεί κινητοποίηση και οργάνωση ομάδων του πληθυσμού για την ανάκτηση των δικαιωμάτων τους, την αναγνώριση και αντιμετώπιση φαινομένων θεσμικού ρατσισμού ακόμα και στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και την ενδυνάμωση της κοινοτικής οργάνωσης για συστηματική και αποτελεσματική δράση. Επίσης, σημαντικό τμήμα της παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας είναι η ενσωμάτωση της αρχής της μη διάκρισης στην κοινωνική διοίκηση, η συμπερίληψη των επιπτώσεων διάκρισης και αποκλεισμού στα

προγράμματα κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας (κοινωνικός σχεδιασμός) καθώς και η κοινωνική έρευνα. (Μπουρίκος 2014)

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στα άτομα με Ψυχικές διαταραχές.**

Κατεξοχήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αποτελούν μία ομάδα του πληθυσμού που βιώνουν τον κοινωνικό στιγματισμό κι αυτό συμβαίνει και διατηρείται ανά τους αιώνες. Για λόγους ανιμισμού, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θεωρούνταν ότι κατέχονται από κακά πνεύματα. Ιδιαίτερα κατά το μεσαίωνα, η ιδιότητα του «τρελού» δύσκολα διέφερε σημασιολογικά από αυτή του εγκληματία ή του ηθικά διεστραμμένου. Αργότερα, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές συχνά βρίσκονταν έγκλειστα για χρόνια σε διάφορα άσυλα. Σχετικά πρόσφατα, στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, λειτουργούν Δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας που στόχο έχουν την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση της κοινότητας αναφορικά με την ψυχική διαταραχή και τα δικαιώματα των ασθενών. Παρά τις προόδους στην ιατρική και την ψυχιατρική, οι σύγχρονες μελέτες φανερώνουν ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού διατηρεί την αρνητική του στάση απέναντι σε αυτούς που αναγνωρίζονται ως ψυχικά πάσχοντες (Douki S. , Marvaki C, Toulia G, Stavropoulou A.2016).

Η διάκριση των ψυχικά ασθενών αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο απασχολεί τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, το άμεσο περιβάλλον τους, καθώς και τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους αντιμετωπίζουν την κοινωνική αποξένωση καθώς και προκαλούν συχνά φόβο, τα οποία είναι βασισμένα σε κοινωνικές προκαταλήψεις του γενικού πληθυσμού. Παγκόσμιες μελέτες δείχνουν ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού υιοθετεί στάσεις στιγματισμού όσον αφορά την ψυχική νόσο. Οι στιγματιστικές απόψεις του κοινωνικού περίγυρου για την ψυχική

ασθένεια δεν περιορίζονται μόνο στα μη ενημερωμένα ή μορφωμένα σχετικά άτομα (Douki et al., 2016).

Ακόμα και οι επαγγελματίες του είδους συνηθίζουν να έχουν στερεότυπα όσον αφορά ψυχική ασθένεια. Στην Ελλάδα μέχρι το 1977, μόνο ένας μικρός αριθμός ερευνητών ασχολήθηκε με το θέμα των πεποιθήσεων της χώρας μας για τους ψυχικά νοσούντες. Συγκεκριμένα, δύο ήταν μόνο οι μελέτες μέχρι τότε στο γενικό πληθυσμό, το 1964 και το 1977 οι οποίες κατέδειξαν κάποιες διαφορές αναφορικά με τις αιτίες εμφάνισης μιας ψυχικής διαταραχής. Η πλειοψηφία των συνεντευξιζόμενων το 1964 πίστευε πως ο κύριος παράγοντας για την εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής ήταν η φτώχεια και οι επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης. Στη μελέτη του 1977, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν πως θεωρούσαν το στρες της καθημερινότητας ως την κύρια αιτία για την εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας. Οι μεταβολές των πεποιθήσεων από το 1964 στο 1977, παρόλο που απεικονίζουν καταρχήν μια θετική εξέλιξη των απόψεων των Ελλήνων, παρατηρήθηκαν μόνο εφόσον το δείγμα καλούνταν να απαντήσει σε γενικές ερωτήσεις όσον αφορά την ψυχική ασθένεια. Όταν ζητήθηκε από το δείγμα να απαντήσει σε ειδικές και προσωπικές ερωτήσεις, όπως είναι ο γάμος με άτομο με ψυχική διαταραχή, ή επαγγελματική συνεργασία και άλλα, τότε οι απόψεις που εκφράστηκαν φανέρωσαν δυσκολία στην εμπιστοσύνη για τους ψυχικά νοσούντες και έδειξαν ότι υπάρχει η τάση για διατήρηση κοινωνικής απόστασης από αυτούς (Douki et al., 2016).

Μία αδυναμία αυτών των μελετών ήταν η έλλειψη ενός ευαίσθητου και αξιόπιστου εργαλείου που να αποκαλύπτει τους πιθανούς παράγοντες που συμβάλουν στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Το 1978 οι Koutrelakos και Gedeon χρησιμοποίησαν την κλίμακα O.M.I. (Opinion about Mental Illness) των Gohen και Struening, η οποία αποδείχθηκε ένα χρήσιμο εργαλείο για τη



μέτρηση της κοινωνικής γνώμης απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Η κλίμακα ΟΜΙ χρησιμοποιήθηκε αρκετές φορές έκτοτε, και το 1994 εφαρμόστηκε για τις απόψεις του Ελληνικού πληθυσμού. Υποστηρίζεται ότι οι διάφορες στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο όπως η προκατάληψη και η απόρριψη επηρεάζονται από έναν αριθμό παραγόντων όπως η εκπαίδευση, το πολιτισμικό υπόβαθρο, η ύπαρξη ψυχικής νόσου στην οικογένεια και οι προηγούμενες εμπειρίες από την επαφή με ψυχικά πάσχοντα (Douki S. et. al, 2016).

### **3.1 Το στίγμα των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές**

Σε έρευνα που διεξήχθη, πάρθηκε δείγμα 278 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο Τ.Ε.Π., εκ των οποίων συμμετείχαν ιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς αλλά και λοιπές ειδικότητες (κοινωνικοί λειτουργοί, τεχνολόγοι-ακτινολόγοι) ενώ αποκλείστηκαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όλων των ειδικοτήτων για να αποφευχθούν τυχόν ακραίες τιμές από συγκυτικούς παράγοντες. Από τους παραπάνω συμμετέχοντες, 89 (32%) ήταν άνδρες και 189 (68%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 37,9 ( $\pm 8,72$ ) έτη, ενώ από τους συμμετέχοντες το μεγαλύτερο ποσοστό 54% (n=150) ήταν νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς ακολουθούν οι ιατροί με ποσοστό 29,9% (n=83) και τέλος το 13,7% (n=37) ανήκε σε λοιπές ειδικότητες (Douki et al., 2016).

Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, από τα αποτελέσματα που διεξήχθησαν, οι πιο σημαντικοί παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν τη διαχείριση των ασθενών με ψυχική νόσο από τους επαγγελματίες υγείας των Τ.Ε.Π. ήταν η ηλικία του δείγματος, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ειδικότητα. Από την άλλη, οι

μεταβλητές φύλο και έτη προϋπηρεσίας φαίνεται ότι δεν έχουν στατιστική σημαντικότητα στην ανάπτυξη κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων όσον αφορά το στίγμα της ψυχικής νόσου.

Άλλες έρευνες που εξετάζουν το ίδιο ζητούμενο καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα, καθώς η ηλικία του ερωτώμενου αποδεικνύεται ως ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι Pallikkathayil και Morgan ασχολήθηκαν με τη μελέτη των στάσεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονταν σε Τ.Ε.Π. απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Για τις ανάγκες της συλλογή των δεδομένων της παραπάνω έρευνας χρησιμοποίησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις, όπου ζητήθηκε από το δείγμα να απαντήσει σε ελεύθερες ερωτήσεις. Η πλειοψηφία των ιατρών και των νοσηλευτών εξέφρασε ως κυρίαρχο συναίσθημα τον θυμό, κατά τη διάρκεια συναναστροφής τους με άτομα με ψυχική νόσο. Το συναίσθημα αυτό προέρχεται από το γεγονός ότι οι ψυχικά ασθενείς συχνά δυσκολεύονται να συνεργαστούν, ανταποκρίνονται με πιο αργούς ρυθμούς σε ό,τι τους ζητείται από το νοσηλευτικό προσωπικό και ως εκ τούτου οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να αφιερώνονται σε αυτούς τους ασθενείς περισσότερη ώρα και να σπαταλούν ενέργεια, συγκριτικά με άλλους ασθενείς με σοβαρά οργανικά προβλήματα στο Τ.Ε.Π. (Douki et al., 2016).

Μία ακόμη πολύ σημαντική παράμετρος που εξετάστηκε στην ίδια μελέτη ήταν η ειδικότητα των συνεντευξιζόμενων. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι οι ιατροί έχουν σε σχέση με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό και τις άλλες ειδικότητες, έχουν πιο αρνητικές απόψεις και στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Άλλες σχετικές έρευνες υποδεικνύουν, ότι η ευθύνη που κατέχει ένας εργαζόμενος μπορεί να έχει συνέπειες στη διαμόρφωση των στάσεων και την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Ο Ghodse (1998) διεξήγαγε έρευνα σε 62

τμήματα ΤΕΠ του Λονδίνου για να μελετήσει τις στάσεις του προσωπικού των τμημάτων αυτών καθώς και του προσωπικού των ασθενοφόρων, προς τους ψυχικά ασθενείς με οργανικά προβλήματα. Το 62% (n=771) των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 38% (n=477) άνδρες. Τα αποτελέσματα που ελήφθησαν από την έρευνα αυτή έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό. Ακόμη, οι νοσηλευτές με τη λιγότερη προϋπηρεσία εκδήλωναν γενικά πιο ευνοϊκές στάσεις προς όλες τις κατηγορίες ασθενών, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία.

Σε έρευνα του Πλεμμένος (2017), από τις απαντήσεις των εργαζομένων, αντικατοπτρίζεται μία γενική στάση, οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, θα ήταν σωστό να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό ιατρό ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας προκειμένου να τους βοηθήσει. Στο εργασιακό περιβάλλον που δραστηριοποιείται η έρευνα αναδύεται ότι ακόμη και στις μέρες μας η ψυχική νόσος εξακολουθεί να αποτελεί ένα θέμα ταμπού ακόμη και για τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού αφορά ένα στοιχείο διάκρισης και στιγματισμού.

Στη συνέχεια και με αφορμή τις απαντήσεις που δόθηκαν στο παραπάνω ερωτηματολόγιο τέθηκε το ερώτημα: εάν κάποιος συνάδελφος σας αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας θα άλλαζε κάτι στην συμπεριφορά σας απέναντι του; Κάποιες απαντήσεις ανέφεραν πως «δεν θα άλλαζε κάτι στην συμπεριφορά μου», ενώ μια άλλη άποψη ήταν «δεν το βλέπω ρατσιστικά».

### 3.2 Η διαγνωστική ετικέτα

Τίποτα δεν τονίζει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας στο πλαίσιο της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο η ίδια η διάγνωση της ασθένειάς του (Ben-Zeev et al., 2010). Η απρόσεκτη χρήση της διαγνωστικής ετικέτας αποτελεί μια προφανής πηγή στιγματισμού από τους επαγγελματίες υγείας.

Οι ιατρικές και ψυχιατρικές διαγνώσεις είναι χρήσιμα εργαλεία για τον τομέα της ιατρικής επειδή συνοψίζουν χρήσιμες πληροφορίες για τη νόσο ενός ασθενή και διευκολύνουν την επικοινωνία και συνεννόηση των επαγγελματιών υγείας. Γίνονται λιγότερο χρήσιμες στην επικοινωνία με άλλα επαγγέλματα και καθόλου χρήσιμες, ακόμη και επιβλαβείς, όπου χρησιμοποιούνται από μη επαγγελματίες που δεν εξοικειωμένοι με αυτούς τους όρους. Αυτό σημαίνει ότι όσο βοηθητικές μπορεί να αποδειχθούν για τους επαγγελματίες υγείας, τόσο καταστροφικές έχουν αποδειχθεί, είτε για τον ίδιο τον ασθενή, είτε για το περιβάλλον του.

Η διάγνωση λοιπόν είναι μία «ετικέτα», μια βινιέτα όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι επιστήμονες που μελετούν το κοινωνικό στίγμα, όπου «συντροφεύει» τον ασθενή κατά την διάρκεια της θεραπείας. ενώ αφομοιώνεται από τον ίδιο και από την κοινή γνώμη που δεν έχουν καμία σχέση με την ψυχιατρική και χωρίς να γνωρίζουν αυτή η διάγνωση τι σημαίνει, την ερμηνεύουν με αυθαίρετο τρόπο και έτσι την οδηγούν προς τις πρακτικές που στιγματίζουν (Angermeyer et al., 2004).

Μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης τα αυθαίρετα συμπεράσματα είναι αυτά που διαμορφώνουν το κοινωνικό στίγμα ανάλογα πάντα με το είδος της διάγνωσης, της διαταραχής. Επί παραδείγματι με την διάγνωση της σχιζοφρένειας εγείρεται ο φόβος λόγω επικινδυνότητας ενώ με την διάγνωση της κατάθλιψης ο οίκτος (Corrigan, 2007).

### 3.3 Το στίγμα και το θεραπευτικό περιβάλλον

Ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές από τους επαγγελματίες υγείας συχνά εμπεριέχει αρνητικές στάσεις ακόμα και στιγματιστικές συμπεριφορές. Αυτό σημαίνει ότι έχει αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και στην ποιότητα της ζωής τους.

Είναι γνωστό ότι το στίγμα έχει επιζήμιες επιπτώσεις στην ευημερία των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Μια μεγάλη έρευνα αφορά την επίδειξη της επίδρασης του στίγματος. Τέτοιες έρευνες έχουν εξετάσει τον αντίκτυπο του εσωτερικοποιημένου στιγματισμού σε άτομα που έχουν βιώσει την ψυχική ασθένεια (boyd et al.,2014;Drapalski et al.,2013) Η επίδραση του στιγματισμού στην ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την προσπάθεια μείωσης του στίγματος.

Ο λόγος για τον στιγματισμό στα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι μακροχρόνιος. Ο Corrigan διερεύνησε την επίδραση του στίγματος στους ανθρώπους που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια. Διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι που ζουν «ανοιχτά» με την ψυχική ασθένεια στερούνται την ικανότητα να ζουν ανεξάρτητα, να αγωνίζονται να γίνουν μισθωτοί και δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσουν ένα βασικό εισόδημα.

Επιπλέον, πρότεινε ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις και έχουν κακές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής καθώς και οικονομικές δυσκολίες, η κοινωνική απομόνωση και η απουσία σταθερής στέγης αποτελούν διαιωνιστικούς παράγοντες που καθιστούν δύσκολη την αναζήτηση βοήθειας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, γεγονός που δημιουργεί σπειροειδείς επιπτώσεις, αποτρέποντας τους ανθρώπους να λαμβάνουν την κατάλληλη για αυτούς περίθαλψη από τους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας. Αυτές οι συνέπειες μαζί με την αποσπασματικότητα των φορέων Υγείας και

Πρόνοιας και της ελλειμματικής φροντίδας υγείας για αυτήν την ομάδα ανθρώπων παρουσιάζει εμπόδια που τους στερούν την δυνατότητα να βελτιώσουν την ευημερία τους και την ανάρρωσή τους. Συχνά οφείλεται σε παρερμηνείες που οδηγούν τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται αρνητικά εκείνους που ζουν με ψυχικές ασθένειες

Ο τρόπος με τον οποίο, οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται και αποκρίνονται στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και στις ανάγκες τους έχει ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στην έκβαση της θεραπείας και στην ποιότητα της καθημερινής ζωής τους. (Bennetts et.al,2013, Stuber et al.,2014), συνέπειες σημαντικές για τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας.

Έρευνα των Nordt et.,al (2006), εξέτασαν τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στον πληθυσμό που ζει με διάφορες ψυχικές διαταραχές. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι, οι ψυχίατροι είχαν περισσότερο αρνητικές στερεοτυπικές αντιλήψεις για τα άτομα με Σχιζοφρένεια, σε σχέση με τον υγιή γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην επιθυμία για κοινωνική αποξένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού.

Τα κλινικά πλαίσια αποτελούν ευκαιρία ώστε να γνωρίσουν και να μάθουν για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και θεωρητικά, να καταργήσουν την ιδεολογία των διακρίσεων σχετικά με συγκεκριμένες ομάδες χρηστών υπηρεσιών υγείας, ωστόσο μπορεί να υπάρχουν διακυμάνσεις όσον αφορά την ποιότητα των κλινικών πλαισίων ως ευκαιρία για τη μείωση του στιγματισμού των ατόμων που υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Για να είναι σωστός ένας τέτοιος ισχυρισμός, είναι σημαντικό να επανεξετάζονται οι κλινικές τοποθετήσεις για να εξασφαλιστεί ότι οι φοιτητές επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας λαμβάνουν τις καλύτερες διαθέσιμες

επιλογές τοποθέτησης για βέλτιστη μάθηση και επαγγελματική ανάπτυξη. (Moxham L. et. al, 2016)

Στην έρευνα των Moxhal et. al (2016), χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SDS (Social distance scale), κλίμακα κοινωνικής απόστασης, για να μετρήσει το στίγμα προς τους ψυχικά ασθενείς και στους φοιτητές νοσηλευτικής. Η κλίμακα SDS μετράει τον βαθμό στον οποίο κάποιος επιθυμεί να αποστασιοποιηθεί από τα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Υψηλά σκορ δείχνουν μεγαλύτερο βαθμό επιθυμίας αποστασιοποίησης. Η SDS γενικά δείχνει καλή έως άριστη εσωτερική συνοχή της αξιοπιστίας και αποδεκτή εγκυρότητα.

Με βάση την έρευνα αυτή, το θεραπευτικό πλαίσιο φαίνεται να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος μείωσης του στιγματισμού της ψυχικής υγείας για τους προπτυχιακούς φοιτητές που κάνουν πρακτική άσκηση σε νοσοκομεία. Ως αποτέλεσμα αυτής της συγκλονιστικής επαφής και εξοικείωσης, οι μαθητές γνώρισαν μια μειωμένη επιθυμία για απόσταση μεταξύ τους και των ανθρώπων με ψυχικές ασθένειες.

Προφανώς, δεν υπήρχε καμία διαφοροποίηση στις βαθμολογίες κοινωνικών αποστάσεων για τους σπουδαστές που παρακολούθησαν τυπικές κλινικές τοποθετήσεις ψυχικής υγείας. Αυτά τα ευρήματα δίνουν βάρος στην ιδέα ότι πρέπει να εφαρμοστεί η αλλαγή για να εξασφαλιστεί ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή εκπαίδευση και κλινική πρακτική πριν εισέλθουν στο εργασιακό περιβάλλον για να μεγιστοποιήσουν τη στήριξη και την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς.

Αυτή η αλλαγή θα πρέπει να περιλαμβάνει την τριβή με ανθρώπους που ζουν με ψυχικές ασθένειες έξω από το παραδοσιακό νοσοκομειακό περιβάλλον όπου μπορούν να οικοδομηθούν και να συντηρηθούν θεραπευτικές σχέσεις

Η εκπαίδευση και η κλινική πρακτική που υπογραμμίζει τη βασισμένη στην ανάκτηση εξάρτηση βασισμένη στην αντοχή είναι βασική

#### **4. Η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η περίπτωση του κοινωνικού λειτουργού.**

Η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης επαγγελματία υγείας και πρόνοιας και εξυπηρετούμενου, αποτελεί θεμελιώδες αξίωμα στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ωστόσο αποκτά ιδιαίτερη διάσταση στα πλαίσια της ψυχικής υγείας. Πραγματοποιείται σε οποιονδήποτε χώρο, ανάλογα πάντα με τον εργασιακό χώρο του κοινωνικού λειτουργού και την εκδηλωμένη ανάγκη του εξυπηρετούμενου (νοσηλευτικό τμήμα, εξωτερικά ιατρεία, κέντρο ψυχικής υγείας, πρόγραμμα αποκατάστασης, οικία εξυπηρετούμενου). Η διαπροσωπική αυτή σχέση χαρακτηρίζεται από μοναδικότητα και στηρίζεται σε αρχές που τη διαφοροποιούν από την απλή κοινωνική σχέση μεταξύ δύο ατόμων. Κατά κύριο λόγο κατευθύνεται από θεραπευτικούς σκοπούς και θεραπευτικά έργα ενώ συγχρόνως αποτελεί και το πλαίσιο εφαρμογής της εξατομικευμένης φροντίδας. (Μαρτινάκη Σ., 2014)

Βασική προϋπόθεση σε πρώτη φάση αποτελεί η έκφραση της επιθυμίας, συμφωνίας ενώ ακολουθούν η δέσμευση, η διαπραγμάτευση, η ενεργός συμμετοχή και των δύο μελών που συμμετέχουν σε αυτήν τη σχέση. Αυτά οδηγούν στον καθορισμό του σκοπού της θεραπευτικής σχέσης, των στόχων, των μεθόδων προσέγγισης, των παρεμβάσεων, τη διαπίστωση των αναγκών, την εκτίμηση των στοιχείων που διαθέτει ο εξυπηρετούμενος και τέλος τη διατύπωση των προσδοκιών.

Η θεραπευτική σχέση του κοινωνικού λειτουργού-εξυπηρετούμενου πρέπει να βασίζεται:



- σε μια ισότιμη συνεργασία-σύμπραξη
- στον αμοιβαίο σεβασμό
- στην κατανόηση, την αμερόληπτη ακρόαση
- στην υπευθυνότητα και την ανάληψη ευθυνών
- στην αυθεντικότητα, τη θετική άνευ όρων εκτίμηση και τον αυθορμητισμό.

Σύμφωνα με τους Boland & Prom & Anderson (2005), μια θεραπευτική σχέση για να θεωρείται επιτυχής, θα πρέπει:

- να χτίζεται σε ένα ελεύθερο περιβάλλον
- να στηρίζεται στην ειλικρίνεια
- καθένας να έχει πρόσβαση στην πληροφορία ώστε να είναι ικανός να συνεισφέρει στην διαδικασία των αποφάσεων

Παρακάτω περιγράφονται οι φάσεις της θεραπευτικής σχέσης του κοινωνικού λειτουργού και εξυπηρετούμενου. Η οποία εξελίσσεται σε τρεις φάσεις, αυτές του προσανατολισμού ή έναρξης (orientation), της ανάπτυξης έργου (working) και της λήξης (termination).

Αναφορικά με την εναρκτήρια φάση ή φάση προσανατολισμού (orientation), αποτελεί μια περίοδο αμοιβαίας γνωριμίας, ένα πειραματικό στάδιο. Χαρακτηρίζεται από την δημιουργία της διαπροσωπικής σχέσης, μέσω της οποίας σύμφωνα με τον Yalom, για κάθε θεραπευτή- πρέπει να μεταδώσει στον εξυπηρετούμενο την αίσθηση ότι το μέγιστο έργο που έχουν και οι δύο να επιτελέσουν, είναι να χτίσουν μαζί μια σχέση που θα γίνει από μόνη της παράγοντας αλλαγής. Η πρώτη φάση της σχέσης αυτής, κρίνεται σπουδαίας σημασίας γιατί αποτελεί τη βάση επιτυχίας για αυτές που θα ακολουθήσουν. Κατά τη φάση αυτή ο εξυπηρετούμενος χρειάζεται:

1. να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια

2. να αισθανθεί πως έγινε σαφής και αποδεκτός
3. να λάβει όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες για την διευθέτηση του προβλήματος-αιτήματος του

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει αντίστοιχα, αναφορικά με τον εξυπηρετούμενο:

1. να λάβει υπόψη του το αίτημα που αυτός εκφράζει
2. να συγκεντρώσει όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες για το πρόβλημα του, ώστε να εξάγει μια αρχική εκτίμηση, που θα τον βοηθήσει στην κατάρτιση ενός πλάνου παρέμβασης. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αποφύγει τον προϊδεασμό από τα ήδη υπάρχοντα στοιχεία που αφορούν και συνοδεύουν τον ασθενή.
3. να προσφέρει πληροφορίες για τον τρόπο ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης και της οργάνωσης του σχεδίου δράσης
4. να καθορίσει τους τρόπους εκτέλεσης του σχεδίου παρέμβασης
5. να συγκεντρώσει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την εκτίμηση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του
6. να εστιάσει στις δυνατότητες που διαθέτει τόσο ο ίδιος όσο και η υπηρεσία
7. να προσέχει τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και συμπεριφορά του εξυπηρετούμενου.
8. να δηλώσει διαθεσιμότητα στην θεραπευτική διαδικασία
9. να μετατρέπει κάθε διαδικασία σε εμπειρία μάθησης για τον εξυπηρετούμενο
10. να ζητάει τη συνδρομή των άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση θεμάτων που άπτονται της ειδικότητάς τους.

(Μαρτινάκη 2014)

Επιπλέον κατά τη φάση αυτή και ο εξυπηρετούμενος με τη σειρά του μπορεί να αξιολογεί τον κοινωνικό λειτουργό κατά την άσκηση του έργου του. Έτσι παρατηρεί το πώς μιλάει, τι λέει, πως το λέει, τι εκφράσεις χρησιμοποιεί, αν τον νιώθει συναισθηματικά «κοντά» του κ.α. Βαδίζοντας προς το τέλος της φάσης αυτής ο εξυπηρετούμενος θα πρέπει:

1. να αντιληφθεί τη μοναδική εμπειρία της επαφής του
2. να κατανοήσει πως η σχέση αυτή κυριαρχείται από ισοτιμία στην έκφραση, πως γίνονται αποδεκτές ακόμη και οι διαφωνίες
3. να αναγνωρίζει την αξία της θεραπευτικής σχέσης
4. να αποδεχτεί την πραγματικότητα (Μαρτινάκη 2014)

Κατά την φάση ανάπτυξης έργου (working phase) διατηρείται με πρωταρχικό σκοπό την επίτευξη της εργασίας που συμφωνήθηκε από την προηγούμενη φάση. Στόχοι αυτής της φάσης είναι:

1. ο καθορισμός των θετικών-βοηθητικών συμπεριφορών
2. η ενίσχυση των τύπων συμπεριφοράς που έχουν θετική επίδραση
3. η εκμάθηση και η δοκιμή συμπεριφορών μέσω της βιωματικής εμπειρίας
4. η αντίχνευση σε βάθος των συναισθημάτων του εξυπηρετούμενου
5. η εκτίμηση της ετοιμότητας του εξυπηρετούμενου για ανεξάρτητη λειτουργία
6. η εκδήλωση της επιθυμίας από την πλευρά του εξυπηρετούμενου για εξερεύνηση του εαυτού του

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να δίνει διέξοδο και να λειτουργεί ως δέκτης του υπερβολικού άγχους. Η κατανόηση και η αποδοχή των υγιών και ώριμων πτυχών του εξυπηρετούμενου ως μέρη ενός συνόλου, καθιστούν ικανό τον κοινωνικό λειτουργό να αντέχει τη σύγκρουση που δημιουργεί η συνύπαρξή τους και να συνεχίζει να παρέχει φροντίδα. Οι Beck et. al, υποστηρίζουν πως το κύριο μέλημα κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας αποτελεί η σχεδίαση, η διατήρηση της συνοχής στη σχέση του με τον εξυπηρετούμενο, η επικέντρωση στα συναισθήματα, τις σχέσεις, τα συμπτώματα, τις παρελθούσες εμπειρίες, το προηγούμενο ιστορικό και τα ζητήματα που σχετίζονται με το περιβάλλον. (Μαρτινάκη 2014)

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα που προκύπτει μέσα απ' όλα αυτά, αφορά στην αλλαγή της συμπεριφοράς του εξυπηρετούμενου μέσα από την εμπλοκή του σε νέες καταστάσεις. Συνεπώς, όταν αυτός πια επιδεικνύει υπευθυνότητα καταφέροντας μέσω σταθερών αποφάσεων να επιλύει προβληματικές καταστάσεις για τον εαυτό του, θεραπευτική σχέση περνά στην τρίτη και τελευταία φάση της. (Μαρτινάκη 2014)

Ο προσδιορισμός της τελευταίας φάσης (termination phase) έχει ήδη ξεκινήσει από την πρώτη φάση με τον καθορισμό των ευθυνών και των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων. Στόχοι αυτής της φάσης είναι:

1. η ανασκόπηση και αποτίμηση της θεραπευτικής παρέμβασης, της αποδοχής των ορίων, της διαπραγμάτευσης με τους δυσλειτουργικούς τύπους συμπεριφοράς, της διασύνδεσης με άλλα πρόσωπα και δραστηριότητες
2. ο προγραμματισμός του μέλλοντος
3. η εκτίμηση της σημασίας που έχει η απομάκρυνση για τον εξυπηρετούμενο και τον κοινωνικό λειτουργό (Beck et. al 1984)

Λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν σε λήξη της θεραπευτικής σχέσης αποτελούν:

1. η αποχώρηση της ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας
2. η βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου
3. η ενδυνάμωση του ασθενικού Εγώ
4. η μη συμμόρφωση του εξυπηρετούμενου
5. η επίταση της συμπτωματολογίας
6. η εκδήλωση προσωπικής επιθυμίας του εξυπηρετούμενου ή

του κοινωνικού λειτουργού.

Η λήξη μιας σχέσης ισοδυναμεί με το οριστικό τέλος της. Κάτι τέτοιο μπορεί να επαναφέρει μνήμες του παρελθόντων εμπειριών αποχωρισμού. Συναισθήματα απογοήτευσης, εγκατάλειψης, λύπης ακόμα και θυμού ή ακύρωσης της όλης θεραπευτικής διαδικασίας μπορεί να παρατηρηθούν. Επιπλέον η εμφάνιση νέων προβλημάτων αποτελεί μια πιθανή ύστατη προσπάθεια του εξυπηρετούμενου, να παρατείνει τη σχέση του με τον κοινωνικό λειτουργό. Σκοπός του κοινωνικού λειτουργού σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να ενισχύσει τον εξυπηρετούμενο στην τροποποίηση των αρνητικών εμπειριών αποχωρισμού σε θετικές. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επισημάνει, σε κάθε ευκαιρία, πως η λήξη μια θεραπευτικής σχέσης αποτελεί μια συνηθισμένη κατάσταση στην εξελικτική διαδικασία των ατόμων. Η αποτίμηση της συμβολής και επίδρασης του ενός στον άλλο, αποτελεί σημείο κλειδί στην αποδοχή της πραγματικότητας που υπαγορεύει πως η σχέση πρέπει να διαλυθεί. (Μαρινάκη 2014)

Η μεταβίβαση του ενδιαφέροντος σε θέματα που αφορούν στον σχεδιασμό του μέλλοντος, σηματοδοτεί με έμμεσο τρόπο το τέλος και τη μεταβίβαση σε μια επόμενη εξελικτική διαδικασία. Η εστίαση στο μέλλον επιτρέπει στον εξυπηρετούμενο την έκφραση μελλοντικών σεναρίων και προσδοκώμενων εμπειριών.

Ο κοινωνικός λειτουργός στην προσπάθεια του να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να σκεφτεί το μέλλον του, οφείλει να αναγνωρίσει τα όρια της δράσης του. Συνεπώς:

1. να γνωρίζει πότε υποχωρεί επιτρέποντας μεγαλύτερη ελευθερία δράσης στον εξυπηρετούμενο
2. να μην ενεργεί για λογαριασμό του, γιατί κάτι τέτοιο υπονομεύει την εξελικτική του πορεία
3. να γνωρίζει πότε πρέπει να αντιστέκεται σε μια δραστική παρέμβαση, ακόμη και αν δέχεται πίεση για την πραγμάτωση της
4. να χρησιμοποιεί την αυτογνωσία του, ώστε να αποφεύγει δράσεις χωρίς να λάβει υπόψη του τα συναισθήματα που είναι δυνατό να προκύψουν
5. να είναι πάντα ενήμερος πως οι πράξεις του επηρεάζουν τις φαντασιώσεις του εξυπηρετούμενου. (Saltzberg 1995)

### **5. Αντιμετώπιση του στίγματος**

Προκειμένου να τροποποιηθούν οι στρεβλές πεποιθήσεις όσον αφορά την ψυχική νόσο, έχουν επινοηθεί ποικίλες, στα πλαίσια της μεταβολής και βελτίωσης των στάσεων απέναντι στα άτομα που πάσχουν και αναγκάζονται να υποστούν το στίγμα. Ο Corrigan (2001), μέσω του εκτενούς έργου του, το οποίο προσανατολίζεται στη μελέτη, την κατανόηση, την ανάλυση και την αντιμετώπιση του στίγματος, υποστηρίζει ότι οι τρεις κύριες στρατηγικές για την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή.

### *Διαμαρτυρία*

Η διαμαρτυρία αφορά κυρίως τα ΜΜΕ, τόσο για τις μη ακριβείς και αρνητικές συνδέσεις των ψυχικών ασθενειών και των ατόμων που πάσχουν από αυτές, όσο και για την ανάληψη γλώσσα που χρησιμοποιείται, η οποία μπορεί να αποβεί στιγματιστική για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η διαμαρτυρία είναι μία ευκαιρία ο κόσμος να δει καθαρά την αλήθεια της ψυχικής ασθένειας, παρά την ομίχλη και τους μύθους των προκαταλήψεων. Τα ΜΜΕ, τα οποία πλέον αβίαστα διαμορφώνουν απόψεις και συνειδήσεις, θα μπορούσαν να συμβάλλουν τα μέγιστα προς την κατεύθυνση της ενημέρωσης και της κατανόησης, καθώς η εικόνα των ψυχικά ασθενών δεν είναι κάτι το οποίο αποσκοπεί στην ψυχαγωγία, αλλά κάτι το οποίο θα έπρεπε να κατανοείται.

Οι δύσκολες εμπειρίες και οι πραγματικές ιστορίες των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι επιθυμούν να τις μοιραστούν, θα ήταν σωστό να ακουστούν από τα ΜΜΕ, καθώς θα μπορούσαν να τα χρησιμοποιήσουν ως το κανάλι αυτής της πληροφορίας, και έτσι η κοινή γνώμη πιθανόν να είχε την ευκαιρία να αντικρίσει την αληθινή πτυχή της επικινδυνότητας, η οποία είναι η δική της.

Τα ΜΜΕ χρησιμοποιώντας τα όπλα της για υπεύθυνη και ακριβή παρουσίαση των περιπτώσεων ψυχικής υγείας και παρέχοντας σωστή ενημέρωση στο κοινό, έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση στη μείωση του στίγματος. Τον τελευταίο καιρό, τα ΜΜΕ κάνουν παρεμβάσεις που στόχο έχουν την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης όσον αφορά θέματα ψυχικής υγείας, κάτι που συμβαίνει τόσο από τους φορείς ψυχικής υγείας, όσο και από τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις οικογένειές τους. Οι παρεμβάσεις αυτές φαίνεται να έχουν σε ένα βαθμό, θετική ανταπόκριση στον τρόπο που η ψυχική ασθένεια προβάλλεται στα ΜΜΕ, παρόλο που

υπάρχουν ακόμα ποικίλα παραδείγματα μη ακριβούς πληροφόρησης αλλά και στρεβλής παρουσίας (Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας και Ενημέρωσης, 2007).

Την ίδια στιγμή, η συνεχής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη σωστή, ισορροπημένη και «αποδραματοποιημένη» παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας προς την κοινή γνώμη, καθώς και στην συνεπή ενημέρωση και αντικειμενική πληροφόρησή της.

### *Εκπαίδευση*

Η εκπαίδευση της κοινής γνώμης, εκμεταλλεύομενη την έγκυρη και επιστημονική πληροφόρηση, αποτελεί κύριο παράγοντα ώστε να καταρριφθούν οι μύθοι και τα στερεότυπα που αφορούν την ψυχική ασθένεια. Σημαντικό κομμάτι της εκπαιδευτικής διαδικασίας θα μπορούσε να έρθει και πάλι μέσα από τα ΜΜΕ, ωστόσο η εκπαίδευση θα έπρεπε να ξεκινήσει από τους ίδιους τους φορείς της. Η προσχολική εκπαιδευτική διαδικασία, θα έπρεπε πριν απ' όλα να παρέχει την κατάλληλη πληροφόρηση προκειμένου να προλαμβάνει τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που βρίσκονται διάχυτα στην κοινωνία πριν γίνουν κτήμα καινούργιων συνειδήσεων.

Η εκπαίδευση των ειδικών θα πρέπει να κινείται στον άξονα της αποφυγής και της αντιμετώπισης του στίγματος, καθώς πολλοί λίγοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας λαμβάνουν υπόψη τους τον παράγοντα στίγμα κατά τη θεραπευτική διαδικασία, αγνοώντας την σημασία του τόσο στον ψυχισμό του ασθενούς όσο και στη συνέχεια της φροντίδας του. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν θα πρέπει να περιορίζεται στους ψυχιάτρους καθώς η ελλιπής γνώση διαχείρισης τέτοιων περιστατικών από τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων δεν μπορεί να αποτελεί πλέον αποδεκτή δικαιολογία. Οι επιπτώσεις των ψυχικά ασθενών δεν περιορίζονται



απαραιτήτως μόνο σε ψυχικά ή ψυχοσωματικά αίτια και οι ανάγκες τους σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν αυτό που είναι, αυτονόητες.

### *Επαφή*

Η επαφή που κανείς αναπτύσσει με τη ψυχική ασθένεια καταφέρνει να μειώσει την τάση του να υιοθετεί στερεότυπα και να υποκύπτει σε προκαταλήψεις. Είναι λογικό, ότι όσο πιο μακριά βρισκόμαστε από τις περιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας, τόσο πιο στρεβλή είναι η εικόνα που διαμορφώνουμε για εκείνες.

Αντίθετα, η μείωση της απόστασης από τους ψυχικά ασθενείς μας φέρνει πιο κοντά στην πραγματικότητα, ενδυναμώνει την επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας και τους ανθρώπους με κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα και μας βοηθάει να δούμε πίσω από τα στίγματα.

Η δυνατότητά μας να βρεθούμε κοντά στους ψυχικά ασθενείς, μη αποφεύγοντας τους αλόγιστα, ακούγοντας τι έχουν να πουν και τι βιώνουν καθημερινά, επιτρέποντας τους να παραμείνουν και να αποθεραπευτούν μέσα στην κοινότητα, μπορεί να σημαίνει ένα δυνατό χτύπημα στην πεμπουσία του στίγματος που είναι ο διαχωρισμός τους «εμείς» από το «εσείς».

Τα τελευταία χρόνια, ένα θέμα που απασχολεί σοβαρά τους φορείς ψυχικής υγείας σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο, είναι ο περιορισμός του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής νόσου (Ritsher et al., 2003; Thompson et al., 2002). Σήμερα, υποστηρίζεται ότι η χρήση παρεμβάσεων θεραπευτικής φύσεως που θα στοχεύουν, πέρα από την ανακούφιση από τα ψυχιατρικά συμπτώματα, στην πολυπώθητη αντιμετώπιση του στίγματος, θα καθίστανται αποτελεσματικότερες και διαρκέστερες (Christensen et al., 1999), σε συνδυασμό, βέβαια, με την αδιαμφισβήτητη σημαντική

βοήθεια που μπορεί να προσφέρουν οι απαραίτητες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Tomaras et al., 2000).

## **ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>:**

### **ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ:**

#### **ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

##### **1.1 Σκοπός μελέτης**

Οι βαθιά ριζωμένες κοινωνικές και πολιτιστικές νόρμες, το στίγμα που περιβάλλουν τις ψυχικές διαταραχές συνεπάγεται από τις προκαταλήψεις και τις απορριπτικές συμπεριφορές απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, όπου με τη σειρά τους οδηγούν σε αντίστοιχες πράξεις πολλαπλών διακρίσεων σε διάφορους τομείς της ζωής (εργασία, στέγαση, διαπροσωπικές σχέσεις). Έτσι φαίνεται πως το στίγμα επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα ψυχικής υγείας. (Madianos et al., 2012)

Σκοπός λοιπόν της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων-αντιλήψεων των φοιτητών επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αλλά και οι ατομικοί και κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τις στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο.

Η μελέτη θα συνεισφέρει σημαντικά στην καλύτερη προετοιμασία των σπουδαστών των Σχολών Υγείας & Πρόνοιας, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές διασφαλίζοντας τα δικαιώματά τους. Επίσης θα αποφέρει μια καταγραφή του προβλήματος, των στιγματιστικών αντιλήψεων σε επίπεδο εκπαίδευσης, συνεισφέροντας στην διαμόρφωση πρακτικών για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

## **1.2 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων**

- Ποιες είναι οι αντιλήψεις των φοιτητών επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας για τους ψυχικά ασθενείς;
- Σε ποιο βαθμό συνδέεται η ειδικότητα των φοιτητών με τις αντιλήψεις αυτές;
- Σε ποιο βαθμό συνδέεται το φύλο με τις στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια;
- Σε ποιο βαθμό συνδέεται το έτος φοίτησης με τις στερεοτυπικές σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς;

## **2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **2.1 Πληθυσμός μελέτης**

Το συνολικό δείγμα αφορούσε σπουδαστές και φοιτητές Σχολών Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας. Το δείγμα είναι ανομοιογενές, το 10% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 90% γυναίκες. Το σύνολο των ατόμων ήταν 281 συμμετέχοντες. Αναφορικά με τα τμήματα το 22.4% ήταν σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης, και το 77.6% σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής. Το 40.2% ήταν σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης, το 20.7% του τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης, το 22.6% του τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας και το 16.5% του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης.

### **2.2 Ερευνητικό Εργαλείο**

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε δομημένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 3 μέρη. Στις ερωτήσεις 1-6 οι συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά,

από την 7<sup>η</sup> έως την 13<sup>η</sup> ερώτηση, έπρεπε να αυτοαξιολογήσουν τις γνώσεις τους γύρω από την ψυχική ασθένεια και τέλος στις ερωτήσεις 14 και 15 έπρεπε να καταγράψουν τις στάσεις τους γύρω από την ψυχική ασθένεια και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Η κλίμακα BMI Beliefs for Mental Illness, που χρησιμοποιούμε στην παρούσα έρευνα, αναπτύχθηκε από τους Hirari and Clum (2000) και πρόκειται για ένα εργαλείο που αξιολογεί την στάση των συμμετεχόντων γύρω από την ψυχική ασθένεια. Πρόκειται για 21 ερωτήσεις στο σύνολο τους αποσκοπώντας στην διατύπωση κρίσεων σε κλίμακα Likert, αναφορικά με προτάσεις/πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια. Η βαθμολογία της κλίμακας αφορούν 4=Συμφωνώ απόλυτα, 3=Συμφωνώ, 2=Διαφωνώ, 1=Διαφωνώ απόλυτα και 0=Δεν απαντώ.

Επίσης η κλίμακα Beliefs for Mental Illness διακρίνεται σε 3 υποκλίμακες. Η 1<sup>η</sup> υποκλίμακα αφορά την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική διαταραχή και περιλαμβάνει 5 προτάσεις (dangerousness). Η 2<sup>η</sup> υποκλίμακα είναι οι απόψεις για τις φτωχές κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Poor social and interpersonal skills) με 10 προτάσεις και η 3<sup>η</sup> υποκλίμακα αφορά πεποιθήσεις για την αποθεραπεία των ατόμων με ψυχική διαταραχή (incurability) και περιλαμβάνει 6 προτάσεις.

### **2.3. Συλλογή δεδομένων**

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω διαδικτύου με εύκολη προσβασιμότητα σε όλους τους σπουδαστές την περίοδο Απρίλιος – Ιούνιος 2020 και Οκτώβριος 2020.

## 2.4 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS 26.0. Έγιναν εκτιμήσεις κατανομών συχνοτήτων των περιγραφικών χαρακτηριστικών των φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης και ακολουθήθηκαν έλεγχοι συγκρίσεων μέσω των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης όπου υπολογίστηκαν με τεχνικές bootstrap. Ακολούθησαν έλεγχοι διαφοράς  $\chi^2$  (με συνεκτίμηση γραμμικής τάσης) σε κατανομές αποκρίσεων και χαρακτηριστικών. Στην εκτίμηση της συνέπειας της κλίμακας BMI και των υποκλιμάκων της, έγινε εκτίμηση των συντελεστών αξιοπιστίας κατά Cronbach ενώ αποδόθηκαν τα περιγραφικά τους χαρακτηριστικά. Ο έλεγχος της μορφής της κατανομής τους έγινε με τη μέθοδο κατά Blom (Q-Q plot) όπου διαπιστώθηκε ικανοποιητική συμμετρία. Μέσω των μεθόδων της διωνυμικής κατανομής, της Student t & ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα, έγινε η σύγκριση των αποκρίσεων της BMI και των βαθμολογιών που καθορίζει. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

### 3.Αποτελέσματα

**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά 281 συμμετεχόντων φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρες</i>	28	10,0
	<i>γυναίκες</i>	253	90,0
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>19</i>	73	26,0
	<i>20</i>	40	14,2
	<i>21</i>	37	13,2
	<i>22</i>	29	10,3
	<i>23</i>	40	14,2
	<i>24+</i>	62	22,1
	<i>μέση τιμή ± τυπ. αποκλ.</i>		21,8±2,7
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	218	77,6
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	63	22,4
<b>Τμήματα σπουδών – Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	105	40,2
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	54	20,7
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	59	22,6
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	43	16,5
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	70	24,9
	<i>3-4</i>	67	23,8
	<i>5-6</i>	27	9,7
	<i>7-8</i>	54	19,2
	<i>πτυχίο</i>	63	22,4

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της παρούσας έρευνας. Η μέση τιμή της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 21,8 χρόνια ενώ η τυπική απόκλιση είναι ίση με 2,7. Το 77,6% του δείγματος αποτελούν φοιτητές νοσηλευτικής, ενώ το 22,4% των συμμετεχόντων είναι φοιτητές κοινωνικής εργασίας. Η πλειοψηφία του δείγματος 24,9% βρίσκεται στο πρώτο έτος σπουδών, ενώ το 22,4% έχει φέρει σε πέρας τις σπουδές του.

**Πίνακας 2.** Αυτοαξιολόγηση γνώσεων γενικά για τα “ψυχολογικά προβλήματα ή την ψυχική ασθένεια και για τη ζωή των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια” από τους 281 συμμετέχοντες φοιτητές και φοιτήτριες της μελέτης.

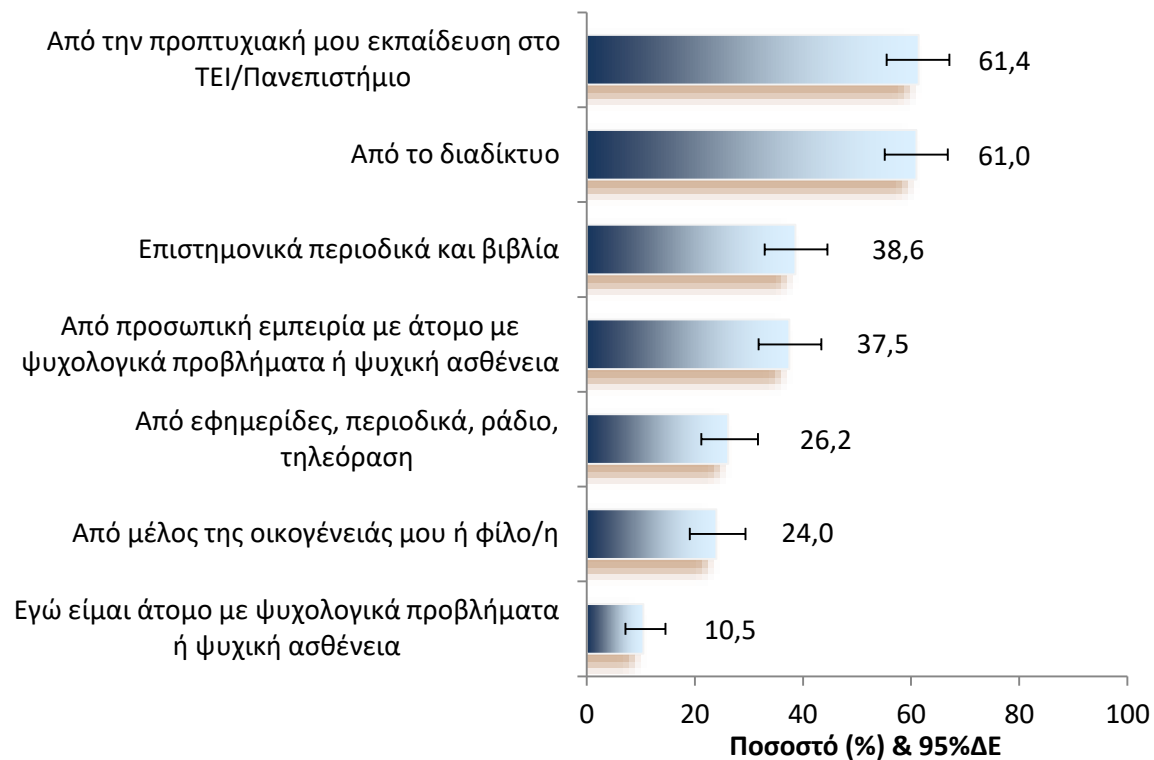
		<b>Κλίμακα αυτοαξιολόγησης γνώσεων (1: καθόλου γνώσεις έως 10: πάρα πολλές)</b>		
		<b>μέση τιμή</b>	<b>τυπ. απόκλιση</b>	<b>p-value</b>
<b>Σύνολο</b>		5,71	2,07	--
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	5,61	2,09	0,019
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	6,30	1,92	
<b>Τμήματα σπουδών – Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	5,32	2,12	0,052
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	5,72	2,16	
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	6,02	1,94	
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	6,23	1,89	
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	5,47	2,14	0,001 <sup>a</sup>
	<i>3-4</i>	5,07	2,08	
	<i>5-6</i>	6,11	1,81	
	<i>7-8</i>	6,20	1,74	
	<i>πτυχίο</i>	6,30	2,16	

<sup>a</sup>Έλεγχοι Student t & ανάλυσης διακύμανσης (<sup>a</sup> γραμμικής τάσης).  
Με «1:καθόλου γνώσεις» βρέθηκαν 14 (5,0%) φοιτητές/φοιτήτριες.

Παραπάνω, στον πίνακα που παρατίθεται φαίνονται οι απαντήσεις των φοιτητών σχετικά με την αυτοαξιολόγησή τους όσον αφορά την ψυχική ασθένεια. Οι απαντήσεις κυμαίνονται από το 1: καθόλου γνώσεις, έως το 10: πάρα πολλές. Ο μεγαλύτερος μέσος όρος αυτοαξιολόγησης παρατηρείται στο τμήμα Κοινωνικής εργασίας με 6,3 έναντι 5,61 της Νοσηλευτικής. Ακόμη μπορούμε να συμπεράνουμε κοιτώντας τον παραπάνω πίνακα, ότι η μέση τιμή αξιολόγησης αυξάνεται όσο αυξάνουν και τα έτη φοίτησης.



**Σχήμα 1.** Κατανομή πολλαπλών αποκρίσεων 267 συμμετεχόντων στην ερώτηση «Εάν σημειώσατε ότι έχετε κάποιες γνώσεις, από που τις αποκτήσατε;».



Στο παραπάνω διάγραμμα παρατίθενται τα ποσοστά των απαντήσεων σε σχέση με την πηγή προέλευσης των πληροφοριών όσον αφορά την ψυχική ασθένεια. Την πλειοψηφία των απαντήσεων συγκεντρώνει η επιλογή: από την προπτυχιακή μου εκπαίδευση το ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο με συχνότητα 61,4%. Ακολουθεί με 61% η έρευνα στο διαδίκτυο, τα επιστημονικά περιοδικά και βιβλία με 38,6%, οι προσωπικές εμπειρίες με 37,5%, τα ΜΜΕ με 26,2%, τα μέλη οικογένειας με 24%, ενώ 10,5% του δείγματος απάντησε ότι πάσχει από ψυχική ασθένεια.

**Πίνακας 3.** Κατανομή αποκρίσεων των 281 συμμετεχόντων στην ερώτηση «Είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια;» ως προς τα Τμήματα και τα εξάμηνα σπουδών τους.

		<i>Επαφή με άτομα που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια</i>		<b>p-value</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Σύνολο</b>		194	69,0	--
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	140	64,2	0,005
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	54	85,7	
<b>Τμήματα σπουδών – Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	59	56,2	0,037
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	41	75,9	
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	40	67,8	
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	36	83,7	
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	39	55,7	<0,001 <sup>a</sup>
	<i>3-4</i>	43	64,2	
	<i>5-6</i>	21	77,8	
	<i>7-8</i>	38	70,4	
	<i>πτυχίο</i>	53	84,1	

Τα υπόλοιπα 87 άτομα απάντησαν «όχι» ή «δεν θυμάμαι».  
Έλεγχος  $\chi^2$  (<sup>a</sup> γραμμικής τάσης).

Στον παραπάνω πίνακα το 85,7% των φοιτητών Κοινωνικής εργασίας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα έχουν επαφή με άτομα που είχαν κάποια ψυχική ασθένεια, ενώ το ίδιο ισχύει και για το 64,2% των φοιτητών Νοσηλευτικής. Ο έλεγχος δείχνει ότι τα αποτελέσματα έχουν στατιστική σημαντικότητα ( $p\text{-value} \leq 0.05$ ).

Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (53.7%) έχουν στο στενό οικογενειακό περιβάλλον τους κάποιο άτομο με ψυχική διαταραχή. Εδώ υπάρχει μάλιστα και στατιστικά σημαντική διαφορά με τους φοιτητές Νοσηλευτικής όπου το 37,9% έχει στο οικογενειακό του περιβάλλον άτομο με ψυχιατρική διαταραχή. Παρατηρώντας επίσης και το μεγάλο ποσοστό (61.1%) των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας που έχουν στο φιλικό τους περιβάλλον άτομα με

ψυχικές διαταραχές, μπορούμε να υποθέσουμε και τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου τμήματος για τις σπουδές τους. Η ανάγκη που προέκυψε δηλαδή από την επαφή τους στην προσωπική τους ζωή με άτομα με ψυχικές διαταραχές.

**Πίνακας 4.** Κατανομή αποκρίσεων των 194 συμμετεχόντων στην ερώτηση «*Η επαφή σας με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχει γίνει ή γίνεται:*» ως προς το Τμήμα Σπουδών.

<i>Επαφή με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχει γίνει ή γίνεται:</i>		Τμήματα σπουδών		p-value
		Νοσηλευτικής	Κοινωνικής εργασίας	
		%		
<b>Στο στενό οικογενειακό περιβάλλον</b>	<i>ναι</i>	37,9	53,7	0,045
<b>Στο φιλικό περιβάλλον</b>	<i>ναι</i>	47,9	61,1	0,098
<b>Στην εργασία, στο ΤΕΙ / Πανεπιστήμιο</b>	<i>ναι</i>	25,7	20,4	0,436
<b>Δεν θυμάμαι / Προτιμώ να μην απαντήσω</b>	<i>ναι</i>	6,4	3,7	0,462

Έλεγχος  $\chi^2$ .

**Πίνακας 5.** Κατανομή αποκρίσεων 176 συμμετεχόντων στην ερώτηση «*Η επαφή σας με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχει γίνει ή γίνεται:*» ως προς τα Τμήματα Σπουδών – Περιοχές.

<i>Επαφή με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχει γίνει ή γίνεται:</i>		Τμήματα σπουδών – Περιοχές				p-value
		Νοσηλευτική - Ηράκλειο	Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη	Νοσηλευτική - Πάτρα	Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο	
		%				
<b>Στο στενό οικογενειακό περιβάλλον</b>	<i>ναι</i>	39,0	39,0	35,0	50,0	0,584
<b>Στο φιλικό περιβάλλον</b>	<i>ναι</i>	54,2	48,8	37,5	61,1	0,195
<b>Στην εργασία, στο ΤΕΙ / Πανεπιστήμιο</b>	<i>ναι</i>	13,6	22,0	47,5	25,0	0,002
<b>Δεν θυμάμαι / Προτιμώ να μην απαντήσω</b>	<i>ναι</i>	1,7	12,2	7,5	2,8	0,121

Έλεγχος  $\chi^2$ .

Στην ίδια ερώτηση, κατηγοριοποιώντας τα αποτελέσματα ανά περιοχή φοίτησης, το 50% των απαντήσεων των επαφών με άτομα με ψυχικές διαταραχές στο οικογενειακό

περιβάλλον ανήκουν σε φοιτητές Κοινωνικής εργασίας. Την πλειοψηφία επίσης έχουν οι φοιτητές Κοινωνικής εργασίας όσον αφορά την επαφή τους με ασθενείς στο φιλικό τους περιβάλλον με 61,1%. Οι φοιτητές Νοσηλευτικής της Πάτρας κατέχουν την πλειοψηφία των επαφών με ψυχικά ασθενείς στην εργασία τους ή στο Πανεπιστήμιο.

**Πίνακας 6.** Κατανομή αποκρίσεων 194 συμμετεχόντων στην ερώτηση «*Η επαφή σας με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχει γίνει ή γίνεται:*» ως προς τα εξάμηνα σπουδών.

<i>Επαφή με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχει γίνει ή γίνεται:</i>		<b>Εξάμηνα σπουδών</b>					<b>p-value</b>
		<b>1-2</b>	<b>3-4</b>	<b>5-6</b>	<b>7-8</b>	<b>Πτυχίο</b>	
				<b>%</b>			
<b>Στο στενό οικογενειακό περιβάλλον</b>	<i>ναι</i>	30,8	44,2	42,4	47,4	41,5	0,375
<b>Στο φιλικό περιβάλλον</b>	<i>ναι</i>	64,1	53,5	57,1	39,5	47,2	0,061
<b>Στην εργασία, στο ΤΕΙ / Πανεπιστήμιο</b>	<i>ναι</i>	15,4	18,6	23,8	21,1	37,7	0,013
<b>Δεν θυμάμαι / Προτιμώ να μην απαντήσω</b>	<i>ναι</i>	10,3	4,7	4,8	7,9	1,9	0,198

<sup>1</sup>Έλεγχοι  $\chi^2$  (γραμμικής τάσης).

Στον παραπάνω πίνακα συχνότητων παρατηρούμε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στα ποσοστά με τα άτομα που ήρθαν σε επαφή με άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή σε σχέση με το εξάμηνο σπουδών. Παρατηρείται, όσο αυξάνει το εξάμηνο σπουδών τόσο αυξάνει και η επαφή με άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια. Στατιστικά σημαντική διαφορά φαίνεται να έχει και η σχέση ανάμεσα στο εξάμηνο σπουδών και η επαφή με άτομα με ψυχικές διαταραχές στον χώρο δουλειάς, στο ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο. Όσο αυξάνει το εξάμηνο σπουδών τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά επαφής με άτομα με ψυχική διαταραχή. Στο 1-2 εξάμηνο σπουδών το

ποσοστό που έρχεται σε επαφή με ΑΨΔ είναι 15,4 και στους τελειόφοιτους φτάνει το 37.7%.

**Πίνακας 7.** Κατανομή αποκρίσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια;».

		Συχνότητα επαφής				p-value
		Πάρα πολύ σπάνια	Σπάνια	Συχνά	Πάρα πολύ συχνά	
		%				
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	17,9	28,6	31,4	22,1	0,088
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	25,9	35,2	22,2	16,7	
<b>Τμήματα σπουδών – Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	15,3	33,9	33,9	16,9	0,933
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	24,4	29,3	24,4	22,0	
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	15,0	20,0	35,0	30,0	
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	25,0	33,3	22,2	19,4	
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	12,8	23,1	23,1	41,0	0,018
	<i>3-4</i>	20,9	30,2	30,2	18,6	
	<i>5-6</i>	14,3	42,9	23,8	19,0	
	<i>7-8</i>	26,3	31,6	31,6	10,5	
	<i>πτυχίο</i>	22,6	30,2	32,1	15,1	

Έλεγχοι  $\chi^2$  (γραμμικής τάσης).

Στον παραπάνω πίνακα ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι περίπου το 1/3 των φοιτητών Νοσηλευτικής έρχεται σε επαφή με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια συχνά, ενώ η πλειοψηφία των φοιτητών Κοινωνικής εργασίας απάντησε ότι έρχεται σε επαφή με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια σπάνια. Αναφορικά με το εξάμηνο σπουδών, το 41% των φοιτητών 1ου και 2ου εξαμήνου έρχονται σε επαφή με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα πάρα πολύ συχνά. Ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας δεν δείχνει να είναι ισχυρός αφού στο τμήμα σπουδών γενικά αλλά και ανά περιοχή η τιμή p-value  $\geq 0.05$

**Πίνακας 8.** Κατανομή αποκρίσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Με πόσα διαφορετικά άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχετε επαφή;».

		Άτομα			p-value
		1	2	3+	
		%			
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	41,4	32,9	25,7	0,180
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	31,5	29,6	38,9	
<b>Τμήματα σπουδών – Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	45,8	32,2	22,0	0,033
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	41,5	34,1	24,4	
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	35,0	32,5	32,5	
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	30,6	27,8	41,7	
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	30,8	46,2	23,1	0,353 <sup>a</sup>
	<i>3-4</i>	44,2	32,6	23,3	
	<i>5-6</i>	38,1	33,3	28,6	
	<i>7-8</i>	50,0	18,4	31,6	
	<i>πτυχίο</i>	32,1	30,2	37,7	

<sup>a</sup>Έλεγχος  $\chi^2$  (<sup>a</sup> γραμμικής τάσης).

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι, η πλειοψηφία των φοιτητών Νοσηλευτικής έχει επαφή με 1 άτομο με ψυχική ασθένεια, ενώ η πλειοψηφία των φοιτητών Κοινωνικής εργασίας έχει με πάνω από 3 άτομα. Το μεγαλύτερο ποσοστό 46,2% αφορά φοιτητές 1ου και 2ου εξαμήνου που έρχονται σε επαφή με 2 άτομα. Τα ποσοστά των απαντήσεων έχουν στατιστική σημαντικότητα για τα τμήματα σπουδών ανά περιοχές.

Στον πίνακα 9 αναφορικά με την σχέση με τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται στην φιλική σχέση με 48,8% των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας και 40% των φοιτητών νοσηλευτικής. Επίσης οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας φαίνεται με στατιστικά σημαντική διαφορά να είναι οι ίδιοι άτομο με ψυχική διαταραχή. Όσο αυξάνει το εξάμηνο σπουδών, τόσο αυξάνει και η επαφή με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

**Πίνακας 9.** Κατανομή αποκρίσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποια είναι η σχέση σας με τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια που έχετε επαφή;».

		Εγώ έχω κάποιου είδους ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική ασθένεια	Αδελφός / Αδερφή	Μητέρα / Πατέρας	Σύζυγος	Άλλος Συγγενής	Φίλος	Απλός γνωστός	Εχω επαφή στο πλαίσιο των σπουδών /του επαγγέλματος
		%							
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	7,7	3,1	16,9	0,8	26,9	40,0	41,5	23,1
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	15,4	11,5	21,2	-	36,5	48,1	32,7	25,0
	<b><i>p-value</i></b>	0,116	0,024	0,503	0,526	0,200	0,319	0,269	0,783
<b>Τμήματα σπουδών – Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	8,8	5,3	14,0	1,8	28,1	45,6	36,8	10,5
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	11,4	2,9	22,9	-	25,7	40,0	42,9	28,6
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	2,6	-	15,8	-	26,3	31,6	47,4	36,8
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	8,6	14,3	20,0	-	40,0	48,6	37,1	28,6
	<b><i>p-value</i></b>	0,545	0,047	0,707	--	0,508	0,444	0,728	0,020
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	12,8	-	15,4	-	20,5	48,7	41,0	17,9
	<i>3-4</i>	13,5	5,4	16,2	2,7	35,1	43,2	48,6	8,1
	<i>5-6</i>	9,5	14,3	14,3	-	47,6	47,6	38,1	33,3
	<i>7-8</i>	11,1	11,1	25,0	-	27,8	30,6	25,0	19,4
	<i>πτυχίο</i>	4,1	2,0	18,4	-	26,5	42,9	40,8	38,8
	<b><i>p-value</i><sup>a</sup></b>	0,149	0,529	0,485	0,469	0,885	0,375	0,403	0,007

<sup>a</sup>Έλεγχοι  $\chi^2$  ("γραμμικής τάσης).

**Πίνακας 10.** Κατανομή ποσοστών θετικών και αρνητικών στάσεων σε κάθε ερώτηση της κλίμακας Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας.

	Αρνητική στάση (Negative Attitude, -)		Θετική στάση (Positive Attitude, +)		p-value
	v	%	v	%	
1. Η ψυχική διαταραχή απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο να θεραπευθεί από άλλες γενικές ασθένειες.	239	85,1	42	14,9	- <0,001
2. Ένα άτομο με ψυχική ασθένεια είναι περισσότερο πιθανό να βλάψει άλλους από ότι ένα φυσιολογικό άτομο.	121	43,1	160	56,9	+ 0,023
3. Είναι καλή ιδέα να μείνω μακριά από ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές επειδή η συμπεριφορά τους είναι επικίνδυνη.	29	10,3	252	89,7	+ <0,001
4. Ο όρος ‘Ψυχική διαταραχή’ με κάνει να αισθάνομαι αμήχανα.	73	26,0	208	74,0	+ <0,001
5. Ένα άτομο με ψυχική διαταραχή πρέπει να έχει εργασία με μικρότερες ευθύνες.	145	51,6	136	48,4	- 0,633
6. Οι ψυχικά πάσχοντες είναι περισσότερο πιθανό να είναι εγκληματίες.	74	26,3	207	73,7	+ <0,001
7. Η ψυχική διαταραχή είναι επαναλαμβανόμενη.	166	59,1	115	40,9	- 0,003
8. Φοβάμαι τι θα σκεφτούν το αφεντικό μου, οι φίλοι και άλλα άτομα εάν διαγνωστώ με ψυχική διαταραχή.	181	64,4	100	35,6	- <0,001
9. Άτομα που έχουν διαγνωστεί ως ψυχικά ασθενή υποφέρουν από τα συμπτώματα καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής τους.	133	47,3	148	52,7	+ 0,404
10. Άτομα που έχουν λάβει έστω και μία φορά θεραπεία για ψυχική ασθένεια είναι πιθανόν να χρειαστούν επιπλέον θεραπεία στο μέλλον.	212	75,4	69	24,6	- <0,001
11. Ίσως είναι δύσκολο για τους ψυχικά πάσχοντες να ακολουθήσουν τους κοινωνικούς κανόνες όπως το να είσαι συνεπής ή να κρατάς υποσχέσεις.	159	56,6	122	43,4	- 0,032
12. Θα ντρεπόμουν αν οι άνθρωποι γνώριζαν ότι είχα βγει ραντεβού με άτομο που κάποτε έλαβε ψυχική θεραπευτική αγωγή.	30	10,7	251	89,3	+ <0,001
13. Φοβάμαι τους ανθρώπους που υποφέρουν από ψυχική διαταραχή επειδή νομίζω ότι θα με βλάψουν.	45	16,0	236	84,0	+ <0,001
14. Ένα άτομο με ψυχική διαταραχή είναι λιγότερο πιθανό να συμπεριφέρεται καλά ως γονέας.	101	35,9	180	64,1	+ <0,001

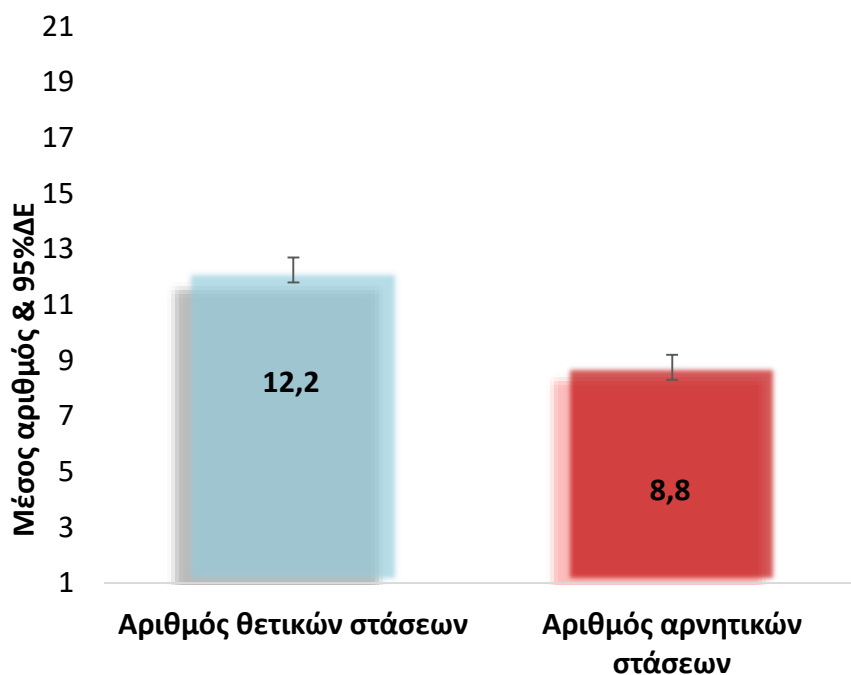


15. Θα ντρεπόμουν εάν ένα άτομο από την οικογένεια μου ήταν ψυχικά ασθενής.	21	7,5	260	92,5	+	<0,001
16. Δεν πιστεύω ότι η ψυχική διαταραχή μπορεί να θεραπευτεί πλήρως.	148	52,7	133	47,3	-	0,404
17. Ψυχικά ασθενή άτομα είναι ανίκανα να μείνουν μόνα τους επειδή δεν μπορούν να αναλάβουν ευθύνες.	53	18,9	228	81,1	+	<0,001
18. Οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητά δεν κάνουν φίλους ψυχικά ασθενή άτομα.	210	74,7	71	25,3	-	<0,001
19. Η συμπεριφορά ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι απρόβλεπτη.	208	74,0	73	26,0	-	<0,001
20. Η ψυχική διαταραχή είναι απίθανο να θεραπευτεί παρά τη θεραπευτική αγωγή.	69	24,6	212	75,4	+	<0,001
21. Δεν θα εμπιστευόμουν τη δουλειά ενός ψυχικά ασθενή της ομάδας εργασίας μου.	49	17,4	232	82,6	+	<0,001

Έλεγχος διωνυμικής κατανομής.

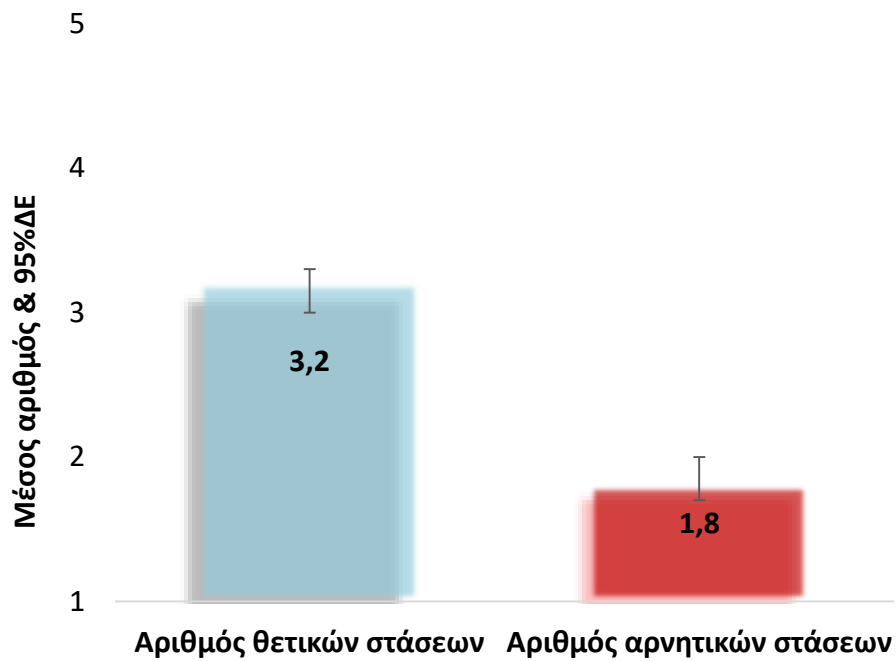
Στον πίνακα 10 φαίνεται η κατανομή και τα ποσοστά των είτε θετικών είτε αρνητικών στάσεων του δείγματος σύμφωνα με την κλίμακα BMI (Beliefs for Mental Illness). Ενδεικτικά, το 85% του δείγματος είχε αρνητική στάση στην πρόταση, ότι η ψυχική διαταραχή απαιτεί περισσότερο χρόνο για να θεραπευθεί, όπως και το 75,4% για την πρόταση για την επανάληψη της φαρμακευτικής αγωγής στο μέλλον. Επίσης στην άποψη ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν εγκληματική συμπεριφορά το 73,7% διαφωνούσε έναντι του 26,3% των ερωτηθέντων φοιτητών που συμφωνούσε με αυτή την πρόταση. Ενώ 89,7% του δείγματος είχε θετική στάση στην πρόταση, ότι θεωρείται καλή ιδέα να παραμείνει μακριά από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, το 89,3% επίσης θετική στάση στην πρόταση όπου θα ντρεπόνταν αν οι άνθρωποι γνώριζαν ότι έχει βγει ραντεβού με άτομο που λαμβάνει ψυχική θεραπευτική αγωγή και το 92,5% είχε θετική στάση στην πρόταση όπου θα αισθάνονταν ντροπή εάν κάποιο μέλος της οικογένειας του είχε κάποια ψυχική διαταραχή.

**Σχήμα 2.** Κατανομή αριθμού θετικών και αρνητικών στάσεων από τις 21 ερωτήσεις της κλίμακας Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας.



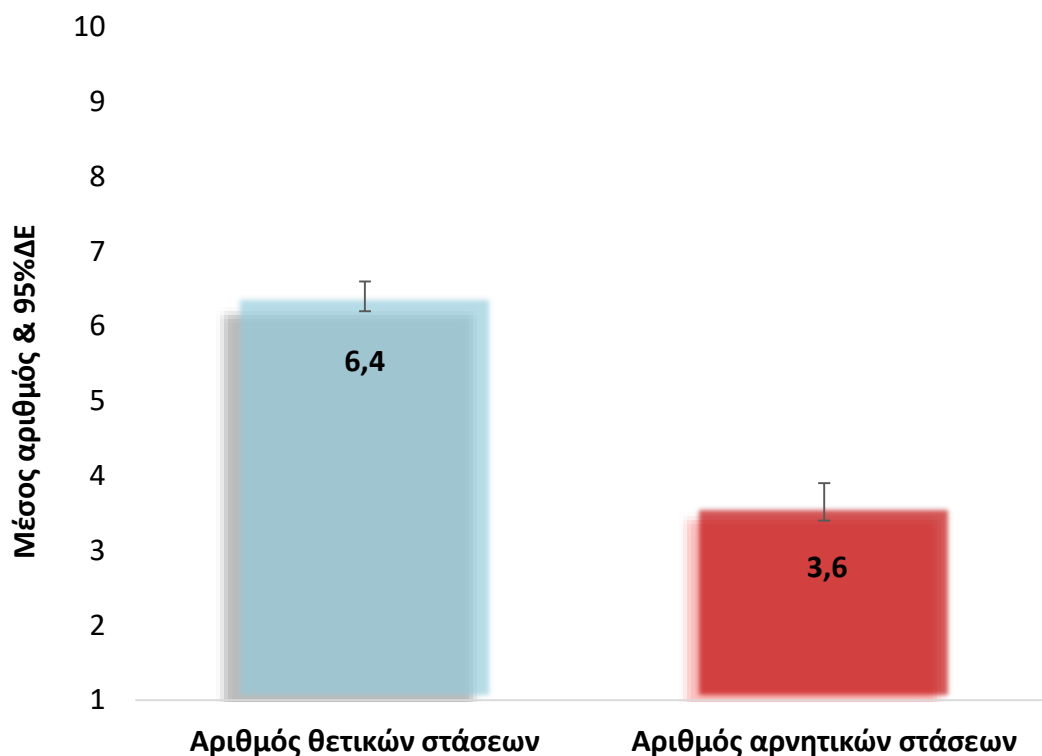
Στο σχήμα 2 φαίνεται η κατανομή των θετικών και αρνητικών στάσεων στις 21 ερωτήσεις της κλίμακας Beliefs for Mental Illness. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα το 12,2 είναι ο μέσος αριθμός που αντιστοιχεί στις θετικές στάσεις, όπου και υπερτερούν με μεγάλη στατιστική σημαντικότητα. Χωρίς όμως να σημαίνει ότι οι αρνητικές είναι αμελητέες αφού ακολουθούν με 8,8.

**Σχήμα 3.** Κατανομή αριθμού θετικών και αρνητικών στάσεων από τις 5 ερωτήσεις της υποκλίμακας που αφορά την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (**Dangerousness**) της κλίμακας Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας.



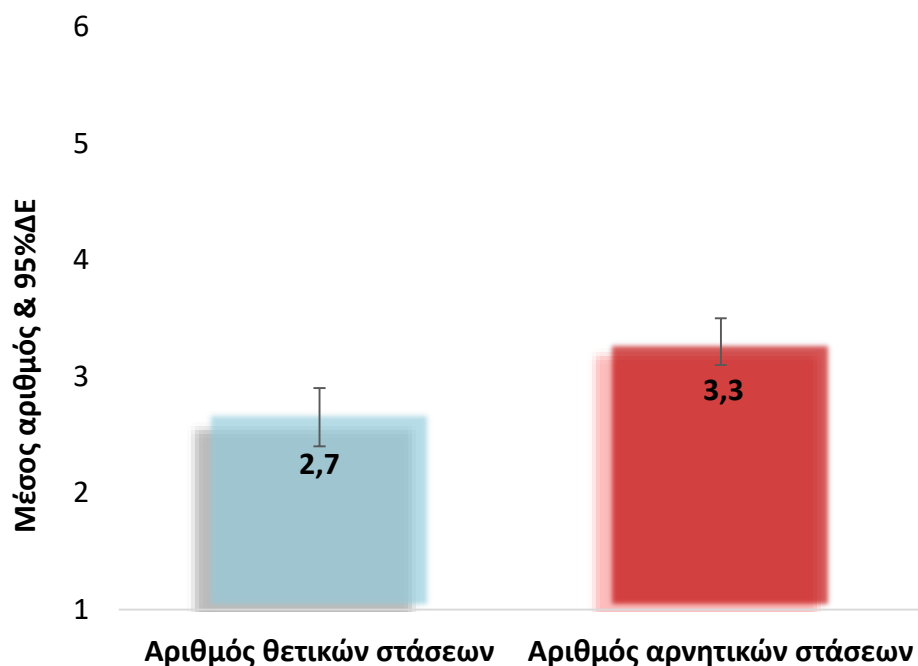
Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται η κατανομή των θετικών και αρνητικών στάσεων αναφορικά με την **επικινδυνότητα** των ασθενών με κάποια ψυχική διαταραχή. Πρόκειται για συνιστώσες της συνολικής κλίμακας. Όπως φαίνεται υπάρχει διαφορά με τις θετικές στάσεις να υπερτερούν με μέσο αριθμό 3,2 έναντι των αρνητικών στάσεων με 1,8.

**Σχήμα 4.** Κατανομή αριθμού θετικών και αρνητικών στάσεων από τις 10 ερωτήσεις της υποκλίμακας που αφορά τις κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (**Poor social and interpersonal skills**) της κλίμακας Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας.



Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται η κατανομή των στάσεων αναφορικά με την υποκλίμακα «Poor social and interpersonal skills» που εξετάζει την πεποίθηση ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν φτωχές κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, της συνολικής κλίμακας. Και σε αυτό το διάγραμμα φαίνεται ότι υπερτερούν οι θετικές στάσεις με σημαντική διαφορά. Με τις θετικές στάσεις με μέσο αριθμό 6,4 έναντι των αρνητικών 3,6.

**Σχήμα 5.** Κατανομή αριθμού θετικών και αρνητικών στάσεων από τις 6 ερωτήσεις της υποκλίμακας που αφορά την θεραπεία της ψυχικής διαταραχής (**Incurability**) της κλίμακας Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας.



Στο Σχήμα 5 φαίνονται οι στάσεις αναφορικά με την υποκλίμακα «Incurability» που εξετάζει τις πεποιθήσεις γύρω από την θεραπεία και την ίαση της ψυχικής ασθένειας. Εδώ οι αρνητικές πεποιθήσεις έχουν σημαντική διαφορά με μέσο αριθμό 3,3 έναντι των θετικών στάσεων με μέσο αριθμό 2,7.

**Πίνακας 11.** Επίπεδα κλίμακας και υποκλιμάκων Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας.

Κλίμακα & Υποκλίμακες	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Συντελεστής αξιοπιστίας <sup>1</sup>
<b>Beliefs for Mental Illness – BMI<sup>α</sup></b>	45,9	10,9	47,0	0	75	0,845
<i>Dangerousness</i>	10,7	3,3	11,0	0	20	0,620
<i>Poor social and interpersonal skills</i>	20,1	6,1	21,0	0	32	0,743
<i>Incurability</i>	15,0	3,7	15,0	0	25	0,712

<sup>1</sup> Συντελεστές Cronbach α.

<sup>a</sup> Υψηλή βαθμολογία υποδηλώνει αυξημένο βαθμό στερεοτυπικών αντιλήψεων.

Στον παραπάνω πίνακα περιγράφονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων. Όσο υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνει μία κλίμακα, τόσο αυξάνει ο βαθμός των στερεοτυπικών αντιλήψεων και αρνητικών στάσεων γύρω από την ψυχική ασθένεια και συγκεκριμένα η BMI συγκεντρώνει μέση τιμή 45,9 ενώ η πεποιθήσεις για την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια (*Dangerousness*) 10,7 όπου συγκεντρώνει και την μικρότερη βαθμολογία. Σε αντίθεση με την κλίμακα που εξετάζει τις πεποιθήσεις για τις φτωχές κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες (*Poor social and interpersonal skills*) που συγκεντρώνει 20,1 και την κλίμακα που αφορά την θεραπεία (*Incurability*) με μέση τιμή 15.

**Πίνακας 12.** Επίπεδα κλίμακας και υποκλιμάκων Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας ως προς τα Τμήματα και τα εξάμηνα σπουδών τους.

		<b>Beliefs for Mental Illness – BMI</b>	<i>Dangerousness</i>	<i>Poor social and interpersonal skills</i>	<i>Incurability</i>
		<b>Μέση τιμή±τυπ. αποκλ.</b>			
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	47,9±9,9	11,3±3,1	20,9±5,8	15,6±3,4
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	39,1±11,9	8,6±3,4	17,5±6,5	13,1±4,1
	<b><i>p-value</i></b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Τμήματα σπουδών - Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	46,0±10,8	10,7±3,4	19,7±6,1	15,6±3,3
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	49,0±9,4	11,7±2,8	22,2±5,6	15,1±3,8
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	50,1±7,9	12,2±2,4	21,9±4,9	16,0±3,1
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	39,7±11,5	8,5±3,3	18,1±6,1	13,1±3,8
	<b><i>p-value</i></b>	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	47,7±8,0	11,7±2,8	20,5±5,0	15,5±2,9
	<i>3-4</i>	45,7±11,9	10,7±3,7	19,8±6,3	15,1±4,0
	<i>5-6</i>	48,0±11,6	10,6±3,9	22,5±5,9	15,0±3,5
	<i>7-8</i>	43,9±11,3	10,1±3,1	19,4±6,2	14,5±3,9
	<i>πτυχίο</i>	44,9±12,0	10,3±3,3	19,8±6,8	14,9±4,1

<i>p-value</i>	0,094	0,006	0,444	0,209
----------------	-------	-------	-------	-------

Έλεγχοι Student t & ανάλυσης διακύμανσης.

Στον παραπάνω πίνακα ελέγχονται οι κλίμακες σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Όσο υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνεται στα διάφορα τμήματα, τόσο πιο θετικές είναι οι στάσεις. Φαίνεται λοιπόν ότι οι σπουδαστές των τμημάτων νοσηλευτικής συγκεντρώνουν βαθμολογία 47,9 με σημαντική διαφορά σε σχέση με τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας που συγκεντρώνουν 39,1. Άρα οι φοιτητές της Κοινωνικής εργασίας έχουν περισσότερο στερεοτυπικές αντιλήψεις ή αρνητικές στάσεις, ενώ οι φοιτητές Νοσηλευτικής διαμορφώνουν θετικότερες απόψεις. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με πολλούς τρόπους.

Για παράδειγμα οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας έρχονται πιο συχνά σε επαφή με άτομα με ψυχική διαταραχή στο οικογενειακό περιβάλλον (50%) και στο φιλικό (61.1%) περιβάλλον αντίστοιχα. Εδώ, η έλλειψη εξειδικευμένων Δομών, η ελλιπής στήριξη της πολιτείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και στις οικογένειες τους που είναι οι κύριοι φροντιστές μπορεί να γίνει εξουθενωτικό και κατ' επέκταση να οδηγεί σε πιο αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις.

Σε σχέση με τα τμήματα υψηλότερη βαθμολογία και άρα πιο θετικές στάσεις συγκεντρώνει το τμήμα Νοσηλευτικής Πάτρας με 50,1, ακολουθεί το τμήμα Θεσσαλονίκης με 49,0 ενώ τελευταίο και άρα με λιγότερο θετικές στάσεις το τμήμα του Ηρακλείου. Ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα εξάμηνα σπουδών.

Στον πίνακα 13 ελέγχονται οι στάσεις ανά ερώτηση σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Φαίνεται λοιπόν, ότι το τμήμα Νοσηλευτικής Ηρακλείου συγκεντρώνει θετικές στάσεις στις 14,4 από τις 21 ερωτήσεις έναντι των υπόλοιπων τμημάτων Νοσηλευτικής που συγκεντρώνουν 11,6. Ως προς τις περιοχές

των τμημάτων Νοσηλευτικής τις πιο θετικές στάσεις έχουν με βαθμολογία 12,3 το τμήμα του Ηρακλείου, έπειτα το τμήμα Θεσσαλονίκης με 11,3 και τις λιγότερο θετικές στάσεις συγκεντρώνει με βαθμολογία 10,7 το τμήμα της Πάτρας με σημαντική διαφορά. Ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα εξάμηνα σπουδών.

Σε αυτόν τον πίνακα φαίνεται ότι οι σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας έχουν υψηλότερο σκορ και άρα θετικότερη στάση στις περισσότερες ερωτήσεις της κλίμακας BMI. Αυτό ωφελείται στην διωνυμική κατανομή των απαντήσεων δηλαδή όλες οι απαντήσεις χωρίστηκαν σε δύο ομάδες είτε θετικές είτε αρνητικές. Συγκεκριμένα όλες οι απαντήσεις 3,4 διαχωρίστηκαν από τις απαντήσεις 1 και 2

**Πίνακας 13.** Κατανομή αριθμού θετικών στάσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας Beliefs for Mental Illness – BMI των 281 συμμετεχόντων της έρευνας ως προς τα Τμήματα και τα εξάμηνα σπουδών τους.

		<b>Beliefs for Mental Illness – BMI</b>	<i>Dangerousness</i>	<i>Poor social and interpersonal skills</i>	<i>Incurability</i>
		<b>Μέση τιμή (τυπ. αποκλ.)</b>			
<b>Τμήματα σπουδών</b>	<i>Νοσηλευτικής</i>	11,6 (3,7)	3,0 (1,2)	6,1 (2,1)	2,4 (1,7)
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	14,4 (3,4)	3,8 (1,0)	7,1 (1,7)	3,5 (1,7)
	<b><i>p-value</i></b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Τμήματα σπουδών - Περιοχές</b>	<i>Νοσηλευτική - Ηράκλειο</i>	12,3 (4,0)	3,2 (1,1)	6,5 (2,1)	2,6 (1,8)
	<i>Νοσηλευτική - Θεσσαλονίκη</i>	11,3 (3,7)	3,0 (1,2)	5,7 (2,1)	2,6 (1,6)
	<i>Νοσηλευτική - Πάτρα</i>	10,7 (2,9)	2,7 (1,1)	6,0 (1,8)	2,0 (1,5)
	<i>Κοινωνική Εργασία - Ηράκλειο</i>	14,8 (3,1)	3,9 (1,0)	7,3 (1,5)	3,6 (1,7)
	<b><i>p-value</i></b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Εξάμηνα σπουδών</b>	<i>1-2</i>	11,9 (3,0)	2,9 (1,2)	6,3 (1,7)	2,6 (1,6)
	<i>3-4</i>	12,5 (4,5)	3,3 (1,3)	6,5 (2,3)	2,7 (2,0)
	<i>5-6</i>	12,0 (4,2)	3,2 (1,3)	6,0 (2,3)	2,9 (1,6)
	<i>7-8</i>	12,6 (3,3)	3,3 (1,0)	6,5 (1,9)	2,7 (1,4)
	<i>πτυχίο</i>	12,1 (4,0)	3,3 (1,1)	6,3 (2,1)	2,5 (1,9)



<i>p-value</i>	0,732	0,109	0,912	0,833
----------------	-------	-------	-------	-------

---

Έλεγχοι Student t & ανάλυσης διακύμανσης.

#### 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 28 άνδρες και 253 γυναίκες, οι 218 ήταν φοιτητές Νοσηλευτικής και οι 63 Κοινωνικής Εργασίας. Οι 70 φοιτούσαν στο 1ο και 2ο εξάμηνο, οι 67 5ο και 6ο εξάμηνο, οι 27 στο 7ο και 8ο εξάμηνο σπουδών ενώ οι 63 στο Πτυχίο. Αναφορικά με την αξιολόγηση των φοιτητών για τις γνώσεις για την ψυχική ασθένεια και την ζωή των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα χρησιμοποιήθηκε κλίμακα από το 1:καθόλου γνώσεις έως το 10:πάρα πολλές γνώσεις. Οι φοιτητές των τμημάτων Νοσηλευτικής αξιολόγησαν τους εαυτούς τους με 5,61 ενώ οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας με 6,3 της κλίμακας αυτής.

Το 61,4% του δείγματος δηλώνει πως απέκτησε τις γνώσεις για την ψυχική ασθένεια από την εκπαίδευση του στο ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο, το 61% από το διαδίκτυο, το 37,5% από προσωπική εμπειρία με κάποιο άτομο με Ψυχική ασθένεια και ψυχολογικά προβλήματα, ενώ το 10,5% δηλώνει πως το ίδιο είναι άτομο με κάποια ψυχική ασθένεια. Εδώ, τα αποτελέσματα έχουν αρκετό ενδιαφέρον καθώς τα ποσοστά των φοιτητών που δηλώνουν ότι οι γνώσεις τους γύρω από τις ψυχικές διαταραχές και τα άτομα που ζουν με αυτές αποκτήθηκαν από την εκπαιδευτική διαδικασία των τμημάτων που φοιτούν αλλά και από την αναζήτηση στο διαδίκτυο είναι πολύ κοντά 61,4% και 61% αντίστοιχα. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με ποικίλους τρόπους, αρχικά με τη συμμετοχή στα μαθήματα των τμημάτων, όπου και διδάσκονται μαθήματα όπως ψυχοπαθολογία ενηλίκων, παιδιών και εφήβων, κλινική ψυχολογία, τις γνώσεις γύρω από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση αλλά και οι εφαρμογές είτε της Κοινωνικής Εργασίας είτε Νοσηλευτικής στην κοινότητα κοκ. Επίσης, το προσωπικό ενδιαφέρον των φοιτητών που έλαβαν τις γνώσεις μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία, δεν έμεινε εκεί, αντίθετα επεκτάθηκε και σε άλλες

πηγές, όπως το διαδίκτυο. Η μικρή διαφορά αυτών των ποσοστών 0,4% μπορεί να σημαίνει πως είναι οι ίδιοι φοιτητές που συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία είναι και αυτοί που από τον προσωπικό τους χρόνο αναζητούν και άλλες πηγές όπως το διαδίκτυο για την επέκταση των γνώσεων τους και άρα την προσωπική ανάπτυξη. Παρ' όλα αυτά λαμβάνοντας υπ' όψιν μας τη φύση των δύο αυτών τμημάτων και τις σύγχρονες ανάγκες μιας ολιστικής προσέγγισης για την υγεία, τα ποσοστά που σημειώθηκαν αναφορικά με τις γνώσεις γύρω από την ψυχική ασθένεια θα περίμενε κανείς να είναι υψηλότερα.

Στη συνέχεια, το 87,5% των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε πως είχε επαφή με άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια όπως και το 64,2% των φοιτητών Νοσηλευτικής. Ωστόσο η πλειοψηφία των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (61,1%) και Νοσηλευτικής (53,7%) δήλωσε πως οι επαφές τους με άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια προέρχεται από το φιλικό και στενό οικογενειακό περιβάλλον αντίστοιχα, ενώ μόλις το 25% των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας η επαφή που είχαν, έχει γίνει στο εργασιακό τους περιβάλλον είτε στο ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο. Επίσης σημαντικό είναι και το ποσοστό 53,7% των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας που έχουν στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον άτομα με ψυχική διαταραχή. Ίσως να μην είναι τυχαία η επιλογή του τμήματος, αλλά να προκύπτει από τις ανάγκες της προσωπικής ζωής και του προσωπικού αγώνα του κάθε ατόμου με την ψυχική νόσο είτε την βιώνει το ίδιο το άτομο είτε επωμίζεται την φροντίδα κάποιου στενού συγγενή. Σε αντίθεση με το τμήμα Νοσηλευτικής Πάτρας όπου το 47,5% των φοιτητών δήλωσε πως οι επαφές με άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια έγινε στο ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο ή στην εργασία.

Ως προς το εξάμηνο σπουδών η επαφή με άτομα με ψυχική ασθένεια ή ψυχολογικά προβλήματα το 47,4% των φοιτητών στο 7ο και 8ο εξάμηνο δήλωσε πως

είναι από το στενό οικογενειακό περιβάλλον ενώ το 64,1% των φοιτητών που βρίσκεται στο 1ο και 2ο δήλωσε πως οι επαφές του είναι από φιλικό περιβάλλον.

Ωστόσο για τα συγκεκριμένα αποτελέσματα, ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας δεν δείχνει να είναι ισχυρός αφού στο τμήμα σπουδών γενικά αλλά και ανά περιοχή η τιμή  $p\text{-value} \geq 0.05$ .

Εξετάζοντας τον αριθμό των ατόμων με ψυχική ασθένεια και ψυχολογικά προβλήματα με των οποίων έρχονται σε επαφή το 41,4% των φοιτητών Νοσηλευτικής δήλωσε πως έρχεται σε επαφή με ένα μόνο άτομο, το 32,9% με δύο άτομα ενώ το 25,7% με πάνω από τρία. Αντιστοίχως οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν το 31,5% πως έρχεται σε επαφή με ένα μόνο άτομο, το 29,6% με δύο και το 38,9% με πάνω από τρία άτομα. Το μεγαλύτερο ποσοστό το κατέχουν οι σπουδαστές Νοσηλευτικής Ηρακλείου (45,8%) που δήλωσε πως έρχεται σε επαφή με ένα μόνο άτομο και Κοινωνικής Εργασίας Ηρακλείου (41,7%) που έρχεται σε επαφή με πάνω από τρία άτομα.

Τα ποσοστά αυτά διαμορφώνονται με διάφορους τρόπους, αρχικά με τις προσωπικές εμπειρίες, τα βιώματα ακόμα και τις κοινωνικές καταβολές του κάθε σπουδαστή, το είδος του τμήματος στο οποίο φοιτούν Νοσηλευτικής ή Κοινωνικής Εργασίας αλλά και το εξάμηνο σπουδών όπου οι φοιτητές ξεκινάνε τα εργαστήρια τους σε Κοινωνικές Δομές, Νοσοκομεία, Ιδρύματα κλειστής ή ανοιχτής φροντίδας, Σχολεία για νευροτυπικά παιδιά ή παιδιά ΑμΕΑ κοκ. Αυτό φαίνεται πιο ξεκάθαρα από τα εξάμηνα σπουδών όπου το 50% του δείγματος έρχεται σε επαφή με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια βρίσκεται στο 7ο και 8ο εξάμηνο σπουδών, το 46,2% έρχεται σε επαφή με δύο άτομα βρίσκεται στο 1ο και 2ο εξάμηνο ενώ το 31,6% έρχεται σε επαφή με πάνω από τρία άτομα και βρίσκεται στο 7ο και 8ο εξάμηνο.

Στη συνέχεια για να μπορέσουμε να εξετάσουμε τις στάσεις των σπουδαστών για την ψυχική ασθένεια και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, προκειμένου να μελετήσουμε πόσο συχνά και σε ποιον βαθμό, οι σπουδαστές των τμημάτων που αναφέρονται παραπάνω, διατηρούν στερεοτυπικές αντιλήψεις και αρνητικές στάσεις για την ψυχική ασθένεια.

Γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα BMI-Beliefs for Mental Illness, με 3 υποκλίμακες που εξετάζουν κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις γύρω από την ψυχική διαταραχή και τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Όσο υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνεται στα διάφορα τμήματα, τόσο πιο θετικές είναι οι στάσεις. Φαίνεται λοιπόν ότι οι σπουδαστές των τμημάτων νοσηλευτικής συγκεντρώνουν βαθμολογία 47,9 με σημαντική διαφορά σε σχέση με τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας που συγκεντρώνουν 39,1. Επομένως οι φοιτητές της Κοινωνικής εργασίας έχουν περισσότερο αρνητικές στάσεις, ενώ οι φοιτητές Νοσηλευτικής διαμορφώνουν θετικότερες απόψεις. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με πολλούς τρόπους.

Για παράδειγμα οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας έρχονται πιο συχνά σε επαφή με άτομα με ψυχική διαταραχή στο οικογενειακό περιβάλλον (50%) και στο φιλικό (61.1%) περιβάλλον αντίστοιχα. Έτσι, η έλλειψη εξειδικευμένων Δομών φροντίδας και εκπαίδευσης ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης επαγγελματιών Υγείας, η ελλιπής στήριξη της πολιτείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και στις οικογένειες τους που είναι οι κύριοι φροντιστές μπορεί να γίνει εξουθενωτικό και κατ' επέκταση να οδηγεί σε πιο αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές φυσικοθεραπείας στην Τουρκία που χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα BMI το 77,3% δήλωσε πως είχε κάποια σχέση με άτομα με ψυχική διαταραχή, ωστόσο στα υψηλά ποσοστά

αρνητικών στάσεων συγκέντρωσαν οι φοιτητές που δεν είχαν προηγουμένη επαφή με άτομο με ψυχική νόσο. (Yildirim et. al, 2015). Επίσης άλλη έρευνα που εφαρμόστηκε η ίδια κλίμακα σε 174 Τούρκους νοσηλευτές είχαν ίδια αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα (Citak, et al 2010).

Πιο συγκεκριμένα, για την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών (Dangerousness), τις φτωχές κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες και την θεραπεία και ίαση των ατόμων με ψυχική ασθένεια (Incurability). Στις πεποιθήσεις για την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών οι στάσεις των σπουδαστών ήταν θετικές με σημαντική διαφορά έναντι των αρνητικών. Σε έρευνα του Zolezzi et al (2017) στο Πανεπιστήμιο του Κατάρ βρήκαν ότι το 60,2% των φοιτητών είχαν αρνητική στάση αναφερόμενοι στην επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών.

Θετικές πεποιθήσεις που αφορούν τις κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Σε αντίθεση με τις πεποιθήσεις για την θεραπεία των ψυχικών ασθενειών και ψυχολογικών προβλημάτων. Σε αυτήν την υποκλίμακα οι στάσεις που υπερτερούσαν ήταν αρνητικές. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Tanta στην Αίγυπτο οι αρνητικές πεποιθήσεις (12 προτάσεις) ήταν περισσότερες από τις θετικές (9 προτάσεις). Μάλιστα τις περισσότερες αρνητικές στάσεις τις είχαν οι γυναίκες, ενώ μεγάλα ποσοστά συγκέντρωσαν προτάσεις που αφορούν την θεραπεία της ψυχικής διαταραχής π.χ. «οι ψυχικές διαταραχές απαιτούν περισσότερο χρόνο αποθεραπείας» (76,7%).

Πιο συγκεκριμένα, προτάσεις όπως, «η ψυχική διαταραχή είναι επαναλαμβανόμενη», «άτομα που έχουν λάβει έστω και μία φορά θεραπεία για ψυχική ασθένεια είναι πιθανόν να χρειαστούν επιπλέον θεραπεία στο μέλλον», «δεν πιστεύω ότι η ψυχική διαταραχή μπορεί να θεραπευτεί πλήρως», βρέθηκαν να συγκεντρώνουν αρνητικό πρόσημο. Επίσης και στην παρούσα έρευνα οι φοιτητές

έχουν αρνητική στάση σε σχέση με την εργασία των ατόμων με ψυχική διαταραχή, καθώς το 51,6% των φοιτητών δήλωσαν ότι πρέπει να έχουν μια εργασία με μικρότερες ευθύνες. Σε αντίστοιχη έρευνα των Zolezzi et al. οι σπουδαστές στο Πανεπιστήμιο του Qatar έχουν την ίδια άποψη με ποσοστό 60,2%. Όπως επίσης δήλωσε ότι το 88,9% δεν θα παντρευόταν άτομο με κάποια διαταραχή, ενώ σε παρόμοια πρόταση στην παρούσα έρευνα αναφορικά με το αίσθημα ντροπής που θα αισθάνονταν κάποιος αν έβγαινε ραντεβού με ένα άτομο με διαταραχή η στάση που υπερτερεί κατά 89,3% είναι θετική.

Ενώ στις κλίμακες που αφορούν την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τις κοινωνικές τους δεξιότητες υπερτερούν θετικές στάσεις, στην κλίμακα που μετράει τις στάσεις αναφορικά με την θεραπεία των ψυχικά πασχόντων οι στάσεις που υπερτερούν είναι οι αρνητικές. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ακόμα και πιο επιφανειακά, αφού οι αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια φαίνεται να είναι βαθιά στερεοτυπικές, όπως έχει ήδη αναφερθεί οι εξελίξεις στον τομέα της ψυχιατρικής, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στον γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι διατηρεί αρνητικές στάσεις απέναντι σε αυτούς που αναγνωρίζει ως ψυχικά πάσχοντες. (Douki et al., 2016)

Έτσι, σύμφωνα με αυτήν την έρευνα, πιο εύκολα κάποιος μπορεί να θεωρεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ούτε επικίνδυνα είναι, ούτε με φτωχές κοινωνικές δεξιότητες και κοινωνικά ελλείμματα. Όμως, φέρονται να είναι «καταδικασμένα» να ζουν με την διαταραχή ή να πρέπει να βρίσκονται σε διαρκή θεραπεία, αφού δύσκολα θεραπεύονται. Έτσι, τα στερεότυπα γύρω από την ψυχική ασθένεια σχετικά με την θεραπεία της, δεν έχουν ανατραπεί, ακόμα και σήμερα. Είναι βαθιά ριζωμένα στις πεποιθήσεις νέων ανθρώπων και επιστημόνων που φοιτούν μάλιστα σε σχολές επιστημών υγείας. Υπερισχύουν λοιπόν, πιο επιφανειακά

συναισθήματα για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που είναι πιο εύκολο να εκφραστούν στα πλαίσια της κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, όμως εξετάζοντας βαθύτερα τις στάσεις των ατόμων για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές βλέπουμε πως συγκεκριμένα, διατηρούνται τα αρνητικά στερεότυπα και οι προκαταλήψεις σχετικά με το πόσο επαναλαμβανόμενη είναι η διαταραχή, πόσο υποφέρουν από τα συμπτώματα τα άτομα με διαταραχές, ότι δεν μπορούν να θεραπευτούν. Όλες αυτές οι πεποιθήσεις των σπουδαστών που συμμετείχαν στην έρευνα, μπορούμε να αναρωτηθούμε πως ίσως έρχονται σε αντιπαράθεση με κάποιες από τις θετικές στάσεις που εξέφρασαν απέναντι σε άλλες κλίμακες.

Είναι όμως ενθαρρυντικό ότι οι σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας είναι αυτοί που διαμορφώνουν τις πιο θετικές απόψεις για τα άτομα αυτά και ότι οι διαφορές μεταξύ των αρνητικών και θετικών στάσεων είναι μικρές. Στόχος της έρευνας ήταν να μελετηθούν οι στάσεις των νέων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, ώστε να μπορέσουν να ευαισθητοποιηθούν γύρω από την ψυχική διαταραχή, να φανούν οι στερεοτυπικές αντιλήψεις, οι απορριπτικές τάσεις για τα άτομα με διαταραχές. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να διαμορφωθούν ακόμα και το περιεχόμενο των θεωρητικών μαθημάτων και των εργαστηρίων σε μια κατεύθυνση που να σέβεται την διαφορετικότητα, τα δικαιώματα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές, να καταρρίψει μύθους γύρω από αυτές.

#### **4.1 Περιορισμοί της έρευνας**

Αναφορικά με τους περιορισμούς της έρευνας όπως πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία πρέπει να επισημάνουμε αρχικά την ανομοιογένεια του δείγματος ως προς το φύλο. Αφού μόλις το 10% ήταν άνδρες (28) και το υπόλοιπο 90% (253) γυναίκες. Αυτό βέβαια είναι σε συνάρτηση με τις σχολές Υγείας και Πρόνοιας όπου



εν γένει η πλειοψηφία των σπουδαστών είναι γυναίκες. Υπήρχε επίσης ανομοιογένεια δείγματος και ως προς τα τμήματα των σχολών αφού μόλις το 22,4% ήταν φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας και το υπόλοιπο 77,6% ήταν φοιτητές Νοσηλευτικής. Στην συνέχεια προκύπτει και το πρόβλημα του βαθμού απόκρισης του δείγματος καθώς οι σπουδαστές Νοσηλευτικής αποκρίθηκαν πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας. Επίσης ένας ακόμα περιορισμός θα μπορούσε να είναι και η κατανόηση του ερωτηματολογίου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βαγενά-Παλαιολόγου Ε. «Ρατσισμός & Ξενοφοβία. Έρευνα στην Δικαιοσύνη και στην Αστυνομία» Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα: 2006
- Δούκη Σ., Μαρβάκη Χ., Τούλια Γ., Σταυροπούλου Α., «Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών» Health and Research Journal 2, 4 (Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2016)
- Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών «Ψυχική Υγεία. Σύγχρονες Προσεγγίσεις-Προβληματισμοί» Αθήνα: Ε.Ι.Ε (2011)
- Ζήση Αναστασία «Αντιλήψεις και στάσεις της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και στην ψυχική διαταραχή: Ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων και μεθοδολογικά ζητήματα» Επιθ. Κοινωνικών Ερευνών , 103, (2000) 131-164
- Κορδώση Α., Σαρίδη Μ., Σουλιώτης Κ. «Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας» Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας: 2015 Τόμος 7. Τεύχος 1, 8-18
- Μαρτινάκη Σ., Μπουρίκος Δ. «Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία» Αθήνα: Βήτα 2014
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ., «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση» (2001) Archives for Hellenic Medicine 18(3): 239-253
- Οικονόμου-Λαλιώτη Μ. «Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας» παρουσίαση προγράμματος «αντι-στίγμα» Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας «Συνηγορία για την ψυχική υγεία» Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης ΨΥΧΑΡΓΩΣ 'Β φάση (2003)

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας «*το πλαίσιο της ψυχικής υγείας*» » Μονάδα Υποστήριξης  
& Παρακολούθησης ΨΥΧΑΡΓΩΣ ΄Γ φάση (2003)

Πλεμμένος Π «*Το στίγμα και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας: μελέτη περίπτωσης*»  
Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα:  
Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (2017)

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης «*Τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων*»  
Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης ΨΥΧΑΡΓΩΣ ΄Β φάση. Αθήνα: 2014

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «*Σχέδιο αναθεώρησης του  
προγράμματος Ψυχαργός*» Ψυχαργός Γ 2011

#### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Byrne, P., 2000. “*Stigma of mental illness and ways of diminishing it.*” *Advances in  
Psychiatric Treatment* (2000) vol.6 p. 65-72

Corngan, P.W., 1998.” *The Impact of Stigma on Severe Mental Illness*”, *COGNITIVE  
AND BEHAVIORAL PRACTICE.*

Corrigan, P.W., Kerr, A., Knudsen, L., 2005. “*The stigma of mental illness: Explanatory  
models and methods for change.*” *Applied and Preventive Psychology* 11, 179–  
190

Corrigan, P.W., Rowan, D., Qreen, A., Lundin, R., River, P., Uphoffwasowski, K.,  
White, K., Kubiak, M.A., n.d. “*Challenging Two Mental Illness Stigmas:  
Personal Responsibility and Dangerousness. fighting the stigma*”

Goffman Erving «*ΣΤΙΓΜΑ. Σημειώσεις για τη διαχείριση της διεφθαρμένης ταυτότητας*»  
εκδ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D.,  
“*Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy*”. *The Lancet.* 2011

- Kessler, E.M., Agines, S., Bowen, C.E., 2015.” *Attitudes towards seeking mental health services among older adults: Personal and contextual correlates.*” *Aging and Mental Health* 19, 182–191.
- Lorna Moxham, Elie Taylor, Christopher Patterson, Dana Perlman “*Can a clinical placement influence stigma\_ An analysis of measures of social distance*” *Nurse Education Today* 44, 2016 170-174
- Yildirim M, Balci B 2021 “*Beliefs toward mental illness in Turkish physiotherapists*” *Physiotherapy Theory and Practice. An International Journal of Physical Therapy*
- Taylor, P.J., G U N N, J., n.d. “*Homicides by people with mental illness: myth and reality Background Tragic and high-profile.*” *British Journal of psychiatry* 1999
- Van Brunt, B., Zedginidze, A.A., Light, P.A., 2016. “*The Unfit Parent: Six Myths Concerning Dangerousness and Mental Illness.*” *Family Court Review* 54, 18–28
- Walaa M. Shehata, Doaa E. Abdeldaim 2020 “*Stigma Towards Mental Illness Among Tanta University Students,Egypt*” *Community Mental Health Journal* (2020) 56:464–470

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



## ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

### Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

*Σ' ευχαριστούμε που συμμετέχεις σε αυτήν την έρευνα για τις στάσεις και τις απόψεις των φοιτητών*

*για τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια!*

**ΠΡΙΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟ, ΔΙΑΒΑΣΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:**

Αυτό το ερωτηματολόγιο για τα άτομα με **ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια** αφορά την μεταπτυχιακή εργασία της **κας Ειρήνης Χρυσικού** που πραγματοποιείται στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, με υπεύθυνο τον Επίκουρο Καθηγητή Δρ Γιώργο Κριτσωτάκη. Σου ζητάμε να συμπληρώσεις το ερωτηματολόγιο αυτό **μαυρίζοντας (●) το αντίστοιχο τετράγωνο** που ταιριάζει περισσότερο στην απάντησή σου.

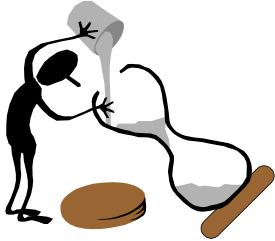


**Το ερωτηματολόγιο είναι τελείως ανώνυμο: δεν περιέχει το όνομά σου** και τις απαντήσεις σου θα δει μόνο η ερευνητική ομάδα και **κανένας άλλος**, ούτε γονιός, ούτε κάποιος καθηγητής. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν στατιστικά για το σύνολο των φοιτητών. **Μη γράψεις το όνομά σου πουθενά πάνω στο ερωτηματολόγιο.**

Διάβασε την κάθε ερώτηση προσεκτικά και απάντησε με όσο πιο μεγάλη ειλικρίνεια μπορείς. **Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν αποτελεί κάποιου είδους εξέταση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σημασία έχει η προσωπική σου γνώμη.** Αν δεν βρίσκεις πάντα κάποια απάντηση που να σου ταιριάζει απόλυτα, σημείωσε αυτή που σου ταιριάζει περισσότερο ή για το τι ισχύει τις περισσότερες φορές.

**Αν έχεις κάποια απορία, μη διστάσεις να σηκώσεις το χέρι σου και ο/η υπεύθυνος/η της έρευνας θα έρθει να σου δώσει διευκρινίσεις. Απέφυγε να μιλάς με τους διπλανούς σου έως ότου τελειώσουν όλοι.**

Θα χρειαστείς περίπου 10' για να συμπληρώσεις το ερωτηματολόγιο.



**Ελπίζουμε να το βρεις ενδιαφέρον!**

**Σ' ευχαριστούμε για τη συνεργασία.**

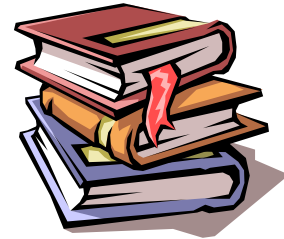
Οι πρώτες ερωτήσεις ζητούν μερικές γενικές πληροφορίες για σένα και

τις σπουδές σου

1. Είσαι αγόρι ή κορίτσι;

Αγόρι

Κορίτσι



2. Σε ποιο Τμήμα σπουδάξεις;

**ΣΕΥ – Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**

Νοσηλευτική

Κοινωνική Εργασία

Διατροφής & Διαιτολογίας

**ΣΕΥ – Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

Νοσηλευτική

Κοινωνική Εργασία

Διατροφής & Διαιτολογίας

3. Ποιο είναι το εξάμηνο σπουδών που είσαι εγγεγραμμένος/η τώρα;

(ανεξάρτητα από το εξάμηνο που παρακολουθείς)

1<sup>ο</sup> - Α

2<sup>ο</sup> - Β

3<sup>ο</sup> - Γ

4<sup>ο</sup> - Δ

5<sup>ο</sup> - Ε

6<sup>ο</sup> - ΣΤ

7<sup>ο</sup> - Ζ

8<sup>ο</sup> - ΠΤΑ

9<sup>ο</sup> - ΠΤΒ

10<sup>ο</sup> - ΠΤΓ

4. Ποιο έτος γεννήθηκες;

<1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

5. Γεννήθηκες στην Ελλάδα;

Ναι

Όχι

6. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις των γονιών σου; [Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή]

	Δεν έχει πάει ποτέ σχολείο	Έχει πάει μέχρι δημοτικό	Έχει πάει μέχρι γυμνάσιο – λύκειο	Έχει τελειώσει Τεχνική / Στρατιωτική Σχολή	Έχει τελειώσει ΤΕΙ / Πανεπιστήμιο	Έχει Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό	Δεν ξέρω ακριβώς	έδε / β
του πατέρα σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
της μητέρας σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν την εμπειρία σου με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια

Παρακάτω ακολουθούν προτάσεις σχετικές με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια. Παραδείγματα τέτοιων ασθενειών περιλαμβάνουν κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, κλπ. Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση και κυκλώστε την απάντηση που ταιριάζει στις ιδέες και στις απόψεις σου. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

7. Σημείωσε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχεις γενικά για τα ψυχολογικά προβλήματα ή την ψυχική ασθένεια και για τη ζωή των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια;

[Σημείωσε το τετραγωνάκι κάτω από τον αριθμό ο οποίος περιγράφει καλύτερα τις γνώσεις σου]

Δεν έχω καθόλου γνώσεις											→ Έχω πάρα πολλές γνώσεις
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**8. Εάν σημειώσες ότι έχεις κάποιες γνώσεις, από που τις απέκτησες;**

*[Σημείωσε όσες απαντήσεις είναι σχετικές με σένα]*

- Εγώ είμαι άτομο με διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια
- Από την προπτυχιακή μου εκπαίδευση στο ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο
- Από προσωπική εμπειρία με άτομο με ψυχική ασθένεια
- Από μέλος της οικογένειάς μου ή φίλο/η
- Επιστημονικά περιοδικά και βιβλία
- Από εθελοντικές δράσεις
- Από εφημερίδες, περιοδικά, ράδιο, τηλεόραση
- Από το διαδίκτυο
- Άλλο, παρακαλώ σημείωσε τι:

**9. Είχες, έως τώρα, στη ζωή σου επαφή με άτομα που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν θυμάμαι / Προτιμώ να μην απαντήσω

***Εάν απάντησες όχι, προχώρησε στην ερώτηση 14,  
στην επόμενη σελίδα***

**10. Η επαφή σου με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχει γίνει ή γίνεται:**

- Στο στενό οικογενειακό περιβάλλον
- Στο φιλικό περιβάλλον
- Στην εργασία, στο ΤΕΙ / Πανεπιστήμιο
- Δεν έχω επαφή / Δεν θυμάμαι / Προτιμώ να μην απαντήσω

**11. Πόσο συχνά έχεις επαφή με άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια;**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πάρα πολύ συχνά	Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Πάρα πολύ σπάνια	Δεν έχω επαφή / Προτιμώ να μην απαντήσω

**12. Με πόσα διαφορετικά άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια έχεις επαφή;**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Με 1	Με 2	Με 3	Με 4	Πάνω από 5	Δεν έχω επαφή / Προτιμώ να μην απαντήσω

**13. Ποια είναι η σχέση σου με τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια που έχεις επαφή;**

[Σημείωσε όσες απαντήσεις είναι σχετικές]

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εγώ έχω κάποιου είδους διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια	Αδελφός / αδερφή	Μητέρα Πατέρα	Σύζυγος	Άλλος Συγγενής	Φίλος	Απλός γνωστός	Έχω επαφή σε πλαίσιο του επαγγέλματος

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση και κυκλώστε την απάντηση που ταιριάζει στις ιδέες και στις απόψεις σου. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. **Εάν δεν είσαι βέβαιος/η για κάποια ερώτηση, απάντησε αυτό που νοιώθεις ότι ταιριάζει πιο πολύ σε σένα.**

**14. Σημείωσε πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με τις παρακάτω δηλώσεις σε σχέση με τα άτομα που έχουν ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια:**

		Συμφωνώ απόλυτα (4)	Συμφωνώ (3)	Διαφωνώ (2)	Διαφωνώ απόλυτα (1)	Δεν απαντώ
1	Η ψυχική διαταραχή απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο να θεραπευθεί από	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	άλλες γενικές ασθένειες.					
2	Ένα άτομο με ψυχική ασθένεια είναι περισσότερο πιθανό να βλάψει άλλους από ότι ένα 'φυσιολογικό' άτομο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Είναι καλή ιδέα να μείνω μακριά από ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές επειδή η συμπεριφορά τους είναι επικίνδυνη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ο όρος "Ψυχική διαταραχή" με κάνει να αισθάνομαι αμήχανα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ένα άτομο με ψυχική διαταραχή πρέπει να έχει εργασία με μικρότερες ευθύνες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Οι ψυχικά πάσχοντες είναι περισσότερο πιθανό να είναι εγκληματίες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Η ψυχική διαταραχή είναι επαναλαμβανόμενη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Φοβάμαι τι θα σκεφτούν το αφεντικό μου, οι φίλοι και άλλα άτομα εάν διαγνωστώ με ψυχική διαταραχή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Άτομα που έχουν διαγνωστεί ως ψυχικά ασθενή υποφέρουν από τα συμπτώματα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Άτομα που έχουν λάβει έστω και μία φορά θεραπεία για ψυχική ασθένεια είναι πιθανόν να χρειαστούν επιπλέον θεραπεία στο μέλλον.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ίσως είναι δύσκολο για τους ψυχικά πάσχοντες να ακολουθήσουν τους κοινωνικούς κανόνες όπως το να είσαι συνεπής ή να κρατάς υποσχέσεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Θα ντρεπόμουν αν οι άνθρωποι γνώριζαν ότι είχα βγει ραντεβού με	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	άτομο που κάποτε έλαβε ψυχική θεραπευτική αγωγή.					
13	Φοβάμαι τους ανθρώπους που υποφέρουν από ψυχική διαταραχή επειδή νομίζω ότι θα με βλάψουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ένα άτομο με ψυχική διαταραχή είναι λιγότερο πιθανό να συμπεριφέρεται καλά ως γονέας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Θα ντρεπόμουν εάν ένα άτομο από την οικογένεια μου ήταν ψυχικά ασθενής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Δεν πιστεύω ότι η ψυχική διαταραχή μπορεί να θεραπευτεί πλήρως.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ψυχικά ασθενή άτομα είναι ανίκανα να μείνουν μόνα τους επειδή δεν μπορούν να αναλάβουν ευθύνες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητά δεν κάνουν φίλους ψυχικά ασθενή άτομα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Η συμπεριφορά ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι απρόβλεπτη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Η ψυχική διαταραχή είναι απίθανο να θεραπευτεί παρά τη θεραπευτική αγωγή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Δεν θα εμπιστευόμουν τη δουλειά ενός ψυχικά ασθενή της ομάδας εργασίας μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Οι επόμενες ερωτήσεις έχουν σκοπό να διερευνήσουν τις απόψεις και τις αντιλήψεις σας σε σχέση με την διεπιστημονική και διεπαγγελματική μάθηση. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Θέλουμε απλά να δούμε πως σκέφτεστε για να μπορέσουμε να κάνουμε την εκπαίδευση σας περισσότερο αποτελεσματική.**

		Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Η κοινή εκπαίδευση με φοιτητές από άλλα τμήματα επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας θα με βοηθήσει να γίνω πιο αποτελεσματικό μέλος της ομάδας υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Οι ασθενείς θα ωφελούνταν εάν οι φοιτητές διαφόρων επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας εργαζόταν από κοινού για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Η από κοινού εκπαίδευση με φοιτητές από άλλα επαγγέλματα υγείας θα με βοηθήσει να καταλαβαίνω καλύτερα τα κλινικά προβλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Η από κοινού εκπαίδευση των φοιτητών διαφόρων επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών θα βελτιώσει τις σχέσεις τους μετά την αποφοίτηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Οι φοιτητές από διάφορα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας θα έπρεπε να εκπαιδεύονται από κοινού σε δεξιότητες καλής επικοινωνίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Η κοινή εκπαίδευση με άλλους φοιτητές θα με βοηθήσει να σκέφτομαι θετικά για άλλους επαγγελματίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Για να είναι αποτελεσματική η μάθηση σε ομάδες εργασίας, οι φοιτητές πρέπει να εμπιστεύονται και να σέβονται ο ένας τον άλλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Είναι σημαντικό οι φοιτητές από διάφορα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας να αποκτήσουν δεξιότητες ομαδικής εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Η κοινή εκπαίδευση με φοιτητές από διάφορα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας θα με βοηθήσει να κατανοήσω τους δικούς μου περιορισμούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Δεν θέλω να σπαταλήσω το χρόνο της εκπαίδευσής μου με φοιτητές από άλλα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Δεν είναι απαραίτητο να εκπαιδεύονται μαζί οι προπτυχιακοί φοιτητές από διαφορετικά επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Μπορώ να αποκτήσω δεξιότητες για την διαχείριση των κλινικών προβλημάτων μόνο με φοιτητές του δικού μου τμήματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Η κοινή εκπαίδευση με φοιτητές από άλλα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας θα με βοηθήσει να επικοινωνώ καλύτερα με τους ασθενείς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Θα μου άρεσε να συνεργαστώ σε μικρές ομάδες με φοιτητές από άλλα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας για την υλοποίηση ομαδικών προγραμμάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Η κοινή εκπαίδευση με φοιτητές από άλλα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας θα με βοηθήσει να κατανοώ καλύτερα τη φύση των προβλημάτων των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Η κοινή εκπαίδευση με φοιτητές από άλλα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας θα με βοηθήσει να εργάζομαι καλύτερα στο πλαίσιο μιας ομάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17	Η κυριότερη εργασία των νοσηλευτών/τριών και άλλων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας είναι να παρέχουν βοήθεια και υποστηρικτικές υπηρεσίες στους ιατρούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Δεν είμαι σίγουρος/η ποιος θα είναι ο επαγγελματικός μου ρόλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Πρέπει να αποκτήσω πολύ περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες από τους φοιτητές άλλων επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Σε ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σου!***