



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Ιατρικής

Π.Μ.Σ. “Ψυχιατροδικαστική”

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Προκατάληψη και στίγμα γύρω από την ψυχική νόσο: στάσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους ψυχιατρικούς ασθενείς.”

Μπαλαδήμα Χαρίκλεια – Ειρήνη

A.M.: 20180618

Αθήνα, 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α. (επιβλέπων)

Οικονόμου Μαρίνα, Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Στυλιανίδης Στυλιανός, Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Μπαλαδήμα Χαρίκλεια – Ειρήνη, 2021

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την παρούσα διπλωματική εργασία σηματοδοτείται η ολοκλήρωση ενός σημαντικού κεφαλαίου της ζωής και της επαγγελματικής μου σταδιοδρομίας, αλλά και ένα νέο ξεκίνημα.

Αποχαιρετώντας την Ιατρική Σχολή και το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστική», θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Αθανάσιο Δουζένη μου εμπιστεύτηκε την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αφήνοντας μου πλήρη ελευθερία αποφάσεων για τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της σχετικής επιστημονικής έρευνας.

Ευχαριστώ επίσης θερμά τα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής αξιολόγησης, καθ. Μαρίνα Οικονόμου και καθ. Στέλιο Στυλιανίδη, για την πρόθυμη συμμετοχή τους στη διαδικασία.

Επιπλέον, ευχαριστίες θα ήθελα να αποδώσω σε όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας, που με προθυμία ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα για συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, καθώς και στα άτομα που κοινοποίησαν το κάλεσμα για συμμετοχή στη μελέτη, υποστηρίζοντας ενεργά τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων.

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου και τους στενούς μου φίλους για την συνεχή ενδυνάμωση και τη στήριξη που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια αυτού του εγχειρήματος. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στο Νίκο και τη Χριστίνα, που κατά τη συγγραφή της διπλωματικής εργασίας μου προσέφεραν ουσιώδη υποστήριξη μέσα από τον επικοινωνιακό διάλογο και την προσφορά της δικής τους τεχνογνωσίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT.....	9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1.1 Ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια	11
1.2 Ιστορικά δεδομένα για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας	13
1.3 Θεωρητικά μοντέλα της ψυχικής ασθένειας.....	18
1.4 Το κοινωνικό στίγμα.....	20
1.5 Θεωρητικές προσεγγίσεις του κοινωνικού στίγματος	22
1.5.1 Το κοινωνικό στίγμα στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων.....	23
1.5.2 Το κοινωνικό στίγμα ως κοινωνιο-γνωστική διαδικασία.....	24
1.5.3 Το μοντέλο της απειλούμενης από το στίγμα ταυτότητας.....	25
1.5.4 Το στίγμα ως πολύμορφη έννοια.....	26
1.5.5 Το στίγμα ως μορφή συλλογικής βίας.....	28
1.5.6 Θεωρία των θεμελιωδών αιτιάσεων και κοινωνικός στιγματισμός.....	30
1.6 Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια	31
1.6.1 Η θεωρία της ετικετοποίησης της ψυχικής ασθένειας.....	32
1.6.2 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας ως κοινωνική απόδοση.....	35
1.6.3 Διεθνείς ερευνητικές παρατηρήσεις σχετικά με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας.....	39
1.6.4 Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια.....	44
1.6.5 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας στην Ελλάδα.....	49
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	57
2.1. Τρόπος συλλογής δεδομένων.....	57
2.2. Ερευνητικά εργαλεία	57
2.2.1. Ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών στοιχείων.....	57

2.2.2. Κλίμακα Απόψεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Ασθένεια (Attitudes of Severe Mental Illness scale - ASMI).....	58
2.3. Ζητήματα δεοντολογίας.....	59
2.4. Σκοπός της παρούσας μελέτης.....	60
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	62
3.1. Χαρακτηριστικά δείγματος.....	62
3.2. Επιδόσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα ASMI	66
3.3. Συγκρίσεις μεταξύ ομάδων	70
3.3.1. Φύλο.....	72
3.3.2. Ηλικία.....	74
3.3.3. Περιοχή κατοικίας.....	76
3.3.4. Επίπεδο εκπαίδευσης.....	77
3.3.5. Σχέση με την ψυχική ασθένεια πέραν της επαγγελματικής ιδιότητας.....	81
3.3.6. Ειδικότητα.....	83
3.3.7. Τομέας Απασχόλησης.....	85
3.3.8. Φορέας απασχόλησης.....	86
3.3.9. Επαγγελματική εμπειρία.....	87
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	89
4.1. Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της παρούσας μελέτης.....	92
4.2. Προτάσεις για περαιτέρω μελέτη.....	94
4.3. Συμπεράσματα	94
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	105
Παράρτημα 1. Ερωτηματολόγιο	106
Παράρτημα 2. Κείμενο ενημερωμένης συγκατάθεσης.....	113

Παράρτημα 3. Αναλυτικός πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων στα λήμματα της Κλίμακας ASMI.....	114
--	-----

Παράρτημα 4. Ελεγχοι κανονικότητας των κατανομών για τις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων.....	118
--	-----

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	63
Πίνακας 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	64
Πίνακας 3. Σχέση των συμμετεχόντων με την ψυχική ασθένεια πέραν την επαγγελματικής τους ιδιότητας.....	66

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κλίμακα ASMI.....	67
Γράφημα 2. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Στερεότυπα.....	68
Γράφημα 3. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Αισιοδοξία.....	68
Γράφημα 4. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Αντιμετώπιση.....	69
Γράφημα 5. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Κατανόηση.....	70
Γράφημα 6. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ των δύο φύλων στην κλίμακα ASMI.....	73
Γράφημα 7. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων στην κλίμακα ASMI.....	74
Γράφημα 8. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων στην κατηγορία Στερεότυπα.....	75

Γράφημα 9. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ στην κλίμακα ASMI ανά περιοχή κατοικίας.....	77
Γράφημα 10. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI ανά επίπεδο εκπαίδευσης.....	78
Γράφημα 11. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κατηγορία Στερεότυπα ανά επίπεδο εκπαίδευσης.....	80
Γράφημα 12. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κατηγορία Αισιοδοξία ανά επίπεδο εκπαίδευσης.....	81
Γράφημα 13. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI ανάλογα με την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας.....	82
Γράφημα 14. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI ανάλογα με την ύπαρξη ατόμου με ψυχική ασθένεια στην οικογένεια.....	83
Γράφημα 15. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με την ειδικότητα των επαγγελματιών.....	84
Γράφημα 16. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με τον τομέα απασχόλησης.....	85
Γράφημα 17. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με τον φορέα απασχόλησης.....	86
Γράφημα 18. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας.....	87

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας, παρά τη ραγδαία επιστημονική πρόοδο και τη μαζική ανάπτυξη κοινωνικών κινημάτων για την ψυχική υγεία, ο κοινωνικός στιγματισμός και η προκατάληψη απέναντι στα άτομα που νοσούν από κάποια ψυχική ασθένεια εξακολουθούν να αποτελούν μείζον πρόβλημα. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελούν έναν ιδιαίτερο πληθυσμό, καθώς έρχονται καθημερινά σε επαφή με άτομα με ψυχική ασθένεια και θέτουν το πρότυπο για τη διαμόρφωση των αντιλήψεων του κοινωνικού συνόλου ως προς τα άτομα αυτά. Για τον λόγο αυτό, κρίθηκε σκόπιμη η μελέτη των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Πραγματοποιήθηκε ποσοτική μελέτη με συγχρονική-διατμηματική μεθοδολογία σε πληθυσμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας (N=235) από όλη την Ελλάδα, με χρήση της Κλίμακας Απόψεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Ασθένεια (Attitudes of Severe Mental Illness scale - ASMI). Τα αποτελέσματα έδειξαν την ύπαρξη ιδιαίτερας θετικών στάσεων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως προς τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις απόψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά (ειδικότητα, φορέας απασχόλησης, κλπ.). Ο εντοπισμός γενικευμένων θετικών αντιλήψεων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας δημιουργεί ιδιαίτερη αισιοδοξία για τη βελτίωση της αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχική ασθένεια, ωστόσο κρίνεται απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας για την εμβάθυνση της επιστημονικής γνώσης ως προς το ζήτημα αυτό.

Λέξεις – Κλειδιά: στίγμα, προκατάληψη, διακρίσεις, ψυχική ασθένεια, επαγγελματίες ψυχικής υγείας

ABSTRACT

Despite the recent scientific advances and the mass formulation of advocacy movements for mental health, social stigma and prejudice against people diagnosed with psychiatric disorders remain a relevant issue. Mental health professionals are a special population, because of their close, everyday contact with people with mental illness, as well as the fact that they pose an example based on which the public's opinions are shaped. For this reason, the decision was made to study the attitudes of mental health professionals towards people with severe mental illness. A quantitative, cross-sectional study was carried out with a population of mental health professionals (N=235) from Greece, using the Attitudes of Severe Mental Illness scale (ASMI). Results showed generally positive attitudes towards people with severe mental illness. Statistically significant differences were spotted regarding specific demographic characteristics of the participants, such as age and education level, but no differences were found regarding their professional characteristics (profession, place of employment, etc.). The finding on generalized positive attitudes inspires optimistic views regarding the improvement of the public's attitudes toward people with mental illness, however further research is needed to gain more in-depth scientific knowledge on this important matter.

Key Words: stigma, prejudice, discrimination, mental illness, mental health professionals

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας δεν είναι νέο φαινόμενο. Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας η ψυχική ασθένεια έχει ερμηνευθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με την τοπική κοινωνία και κουλτούρα, με κοινό όμως παρονομαστή την γενικότερη αρνητική στάση απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν στιγματιστεί κοινωνικά και έχουν γίνει αποδέκτες μιας πληθώρας συμπεριφορών διάκρισης, εδώ και αρκετούς αιώνες (González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007; Πανάγου, 2013; Οικονόμου, Μπεχράκη, & Χαρίτση, 2020). Στις μέρες μας, παρά τη ραγδαία επιστημονική πρόοδο και τη μαζική ανάπτυξη κοινωνικών κινημάτων για την ψυχική υγεία, ο κοινωνικός στιγματισμός και η προκατάληψη απέναντι στα άτομα που νοσούν από κάποια ψυχική ασθένεια εξακολουθούν να αποτελούν μείζον πρόβλημα. Παρά την αυξητική τάση που παρατηρείται στις πρακτικές προαγωγής ψυχικής υγείας και συνηγορίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους, η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση, την οποία προκαλούν στα μέλη της κοινότητας αυτή οι πρακτικές στιγματισμού και διακρίσεων, εξακολουθεί να συντηρείται και να δυσχεραίνει σημαντικά την ομαλή και φυσιολογική λειτουργικότητα τόσο σε μικροκοινωνικό όσο και σε μακροκοινωνικό επίπεδο (Holder, Peterson, Stephens, & Crandall, 2018).

Είναι ένα ζήτημα κοινωνικό αλλά και μια σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Πρόκειται για μια κατάσταση παγιωμένη, με πολύπλευρες συνέπειες τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις είναι σημαντικές, και επεκτείνονται πέραν του ίδιου του ασθενή και στην οικογένειά του, στους θεσμούς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και στους επαγγελματίες που εργάζονται στο πλαίσιο αυτό (Οικονόμου, 2011).

Στις επιπτώσεις αυτές περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η έκπτωση της ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας της υγείας, τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής, που λαμβάνουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια (Οικονόμου, 2011; Holder, Peterson, Stephens, & Crandall, 2018). Για την φτώχη αυτή ποιότητα φροντίδας ευθύνονται πολλοί παράγοντες, που μπορούν να αποδοθούν στους θεσμούς, στην κοινωνία ή και στο ίδιο το άτομο με ψυχική ασθένεια. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ωστόσο, εμφανίζει το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί αυξανόμενος

αριθμός ευρημάτων που συνδέουν τους εργαζόμενους σε φορείς ψυχικής υγείας με στιγματιστικές στάσεις και πρακτικές διακρίσεων κατά των ίδιων των ατόμων που φροντίζουν και θεραπεύουν (Henderson, et al., 2014).

Στο πλαίσιο της παρούσας εισαγωγής, κρίνεται απαραίτητο να παρουσιαστούν ορισμένα ιστορικά δεδομένα, θεωρητικά πλαίσια και ορισμοί, σε συνδυασμό με κάποια πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα, για την πληρέστερη κατανόηση του υπό μελέτη ζητήματος.

1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) (World Health Organisation, Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to May 2019), 2020), «η **υγεία** είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας». Το να μπορεί να έχει την καλύτερη δυνατή ποιότητα υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη, αναπόσπαστα δικαιώματα του κάθε ατόμου ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και πολιτικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων.

Απαραίτητη προϋπόθεση, λοιπόν, για τη συνολική υγεία του ατόμου είναι η ψυχική υγεία. Η **ψυχική υγεία** ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. (2020) ως κάτι περισσότερο από μια ψυχική διαταραχή. Είναι «μια κατάσταση ευεξίας, στην οποία το άτομο αντιλαμβάνεται το σύνολο των δυνατοτήτων του, μπορεί να αντιμετωπίσει τις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, να εργαστεί παραγωγικά και να συνεισφέρει στην κοινότητα». Για τον λόγο αυτό, η προαγωγή, προστασία και αποκατάσταση της ψυχικής υγείας οφείλει να λαμβάνεται υπόψη σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο και να αποτελεί πρωταρχικό στόχο και αναπόσπαστο τμήμα των γενικότερων πολιτικών προαγωγής της υγείας και της κοινωνικής ευημερίας.

Αντίθετα, η **ψυχική διαταραχή** ορίζεται από το DSM-5 (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 2013) ως «ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διαταραχή στη γνωσιακή λειτουργία, τη ρύθμιση των συναισθημάτων ή της συμπεριφοράς ενός

ατόμου, που αντικατοπτρίζει μια δυσλειτουργία στις ψυχικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διαδικασίες στις οποίες βασίζεται η νοητική λειτουργικότητα». Οι ψυχικές διαταραχές έχουν τόσο ψυχολογικές όσο και συμπεριφορικές εκδηλώσεις. Συνήθως συνοδεύονται από σημαντικά επίπεδα δυσφορίας και ελλείμματα στη λειτουργικότητα. Αναφορικά με την αιτιολογία τους, συχνά αποδίδονται σε κάποια οργανική, κοινωνική, ψυχολογική ή γενετική διαταραχή. Κάθε ψυχική διαταραχή διαθέτει τα δικά της χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα, όπως αυτά έχουν ομαδοποιηθεί από τα εκάστοτε ταξινομητικά συστήματα. Ουσιαστικά, η ίδια η ψυχική διαταραχή ως οντότητα αξιολογείται με βάση την απόκλιση από μια κανονιστική έννοια – στην περίπτωση αυτή, την έννοια της ψυχικής υγείας (Sadock & Sadock, 2015). Οι ψυχικές διαταραχές συσχετίζονται με φτωχές εκβάσεις στη γενικότερη υγεία του ατόμου, πρόωρη θνησιμότητα, παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και οικονομικές απώλειες σε εθνικό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο (World Health Organisation, 2019).

Κατ' αναλογία με τους υπόλοιπους τομείς της υγείας, η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεαστεί από ένα σύνολο πολύ διαφορετικών παραγόντων, οι οποίοι συχνά αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Θεμέλιο για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών συνήθως αποτελούν κάποια χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου (όπως η ικανότητα διαχείρισης της σκέψης, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς, καθώς και της αλληλεπίδρασης με τρίτους). Ωστόσο, υψίστης σημασίας είναι η επίδραση που ασκούν παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί. Τέτοιοι παράγοντες αποτελούν, επί παραδείγματι, οι πολιτικές που υιοθετούνται από τους εκάστοτε κρατικούς μηχανισμούς, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας που επικρατούν στον τόπο διαμονής του ατόμου, οι κοινωνικές παροχές και η υποστήριξη από την κοινότητα (World Health Organisation, Comprehensive mental health action plan 2013–2020).

Οι ψυχικές διαταραχές είναι ένα φαινόμενο ιδιαίτερα σύνθετο. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη μελέτη Global Burden of Disease (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020), το 13,04% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν το πρόταγμα του Π.Ο.Υ. για την άμεση ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η επείγουσα φύση της ανάγκης για αλλαγή της τρέχουσας κατάστασης καθίσταται σαφής από το ειδικό πλάνο δράσης του Π.Ο.Υ. για την ψυχική υγεία (Special Initiative for Mental Health 2019-2023). Πάνω από το 80% των ατόμων που ζουν με κάποια ψυχική ή νευρολογική διαταραχή ή διαταραχή χρήσης ουσιών δεν λαμβάνουν καλής ποιότητας και οικονομικά προσιτή φροντίδα ψυχικής υγείας. Παράλληλα, τα άτομα αυτά έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν κάποιο οργανικό πρόβλημα υγείας, καθιστώντας την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες ακόμη σημαντικότερη.

Καθίσταται, λοιπόν, εμφανής η αυξημένη σημασία της παροχής υψηλού επιπέδου υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την προαγωγή και βελτίωση της γενικότερης υγείας των ανθρώπων παγκοσμίως.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Μια μελέτη της ιστορίας, και συγκεκριμένα των ποικίλων διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, μας προσφέρει μια καλή αντίληψη του κατά πόσο αλλάζει ανά τους καιρούς η ιδέα που υπάρχει για την ψυχική ασθένεια και τους τρόπους με τους οποίους αυτή η αλλαγή συνδέεται άμεσα με τις επικρατούσες κοινωνικές πεποιθήσεις της εκάστοτε εποχής.

Στην αρχαία ελληνική μυθολογία, οι ψυχικές διαταραχές αποδίδονταν στην οργή των θεών, οι οποίοι τις εναπέθεταν στους ανθρώπους σε μια μορφή τιμωρίας. Ο μόνος τρόπος θεραπείας ήταν η καταφυγή σε ιερούς τόπους ανάρρωσης. Από τα τέλη του 2^{ου} αιώνα μ.Χ., εδραιώθηκε στον δυτικό κόσμο η σχολή του Γαληνού, που επιχείρησε την ερμηνεία της ψυχικής διαταραχής ως μια ανισορροπία των βιολογικών υγρών του εγκεφάλου, αντλώντας από την ιπποκρατική προσέγγιση την αντίληψη πως τα αίτια της ψυχικής νόσου είναι φυσικά και την ολιστική σύλληψη του ατόμου ως ενιαίας ψυχοσωματικής οντότητας παρά ως φορέα μιας «ιερής νόσου» θεϊκής προέλευσης (Πουλάκου-Ρεμπελάκου & Λύκουρας, 2014; Porter, 2002; Hogan, 2016). Η ιπποκρατική ιατρική εξηγούσε την υγεία και την ασθένεια όχι ως φαινόμενα μεταφυσικά και πέραν της ανθρώπινης κατανόησης και ελέγχου, αλλά ως εξαρτώμενη

από την ισορροπία των βιολογικών υγρών του ατόμου ή, αλλιώς, των «χυμών» του οργανισμού. Βρισκόμαστε, λοιπόν, μπροστά σε μια απόπειρα οργανικής ερμηνείας της ψυχικής διαταραχής.

Στην πορεία, ιδιαιτέρως κατά τη Βυζαντινή εποχή και τον Μεσαίωνα, σημαντική ήταν η εδραίωση της θρησκευτικής αντίληψης περί ψυχικής ασθένειας. Σύμφωνα με αυτή, το άτομο έπασχε από κάποια ψυχική διαταραχή διότι ήταν δαιμονισμένο, δηλαδή ένας άνθρωπος κυριευμένος από κακά πνεύματα. Αν και υπήρχε μια αντίληψη περί «ιερής τρέλας», η οποία αφορούσε τις εκστατικές καταστάσεις αποκάλυψης που βίωναν οι άγιοι, προφήτες και μάρτυρες (και η οποία εφαρμοζόταν σε σπάνιες περιπτώσεις, σε αντίθεση με άλλες κουλτούρες, κυρίως ανατολικές), η κυρίαρχη οπτική στην ψυχική διαταραχή ήταν πως επρόκειτο για ένα διαβολικό φαινόμενο και πως υπεύθυνοι για τη διασπορά της ήταν οι μάγισσες και οι αιρετικοί (Porter, 2002; Hogan, 2016). Αντιμέτωπη με τα φαινόμενα αυτά, η θρησκευτική κοινότητα ανταποκρινόταν με δύο αντιφατικές μεταξύ τους προσεγγίσεις: από τη μία πλευρά η αλληλεγγύη, όπως εκφραζόταν μέσα από την προσευχή και τη διενέργεια εξορκισμών για την απελευθέρωση και ανακούφιση του πάσχοντος, καθώς και ο περιορισμός σε θρησκευτικούς οίκους φροντίδας, και από την άλλη η εκδίωξη και τα βασανιστήρια (π.χ. μαρτύριο πυράς).

Η στάση τόσο της κοινωνίας όσο και της ιατρικής κοινότητας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς άλλαξε σημαντικά με την πάροδο των ετών κατά τη διάρκεια του Δυτικού Μεσαίωνα και της Αναγέννησης. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η τρέλα αντιμετωπίζεται αρχικά ως μια μορφή δαιμονικής κυριαρχίας, σημάδι αμαρτίας και κατάρας. Για να περάσει κανείς στην κάθαρση σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων απαιτείται η καταφυγή σε πρακτικές μαρτυριών και βασανιστηρίων. Για αρκετούς αιώνες, διάφορες κατηγορίες ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικά ασθενών, λειτούργησαν ως αποδιοπομπαίοι τράγοι, ορισμένοι από την θρησκευτική ηγεσία, στους οποίους αποδίδονταν αναρίθμητες συμφορές, όπως οι επιδημίες και οι λιμοί – συχνά φαινόμενα την εποχή εκείνη – και οι οποίοι τιμωρούνταν παραδειγματικά από την κυρίαρχη τότε Ιερά Εξέταση (Ανδρούτσος, 2014). Κατά τον ύστερο Μεσαίωνα η προσέγγιση αυτή διαφοροποιείται μερικώς, και παρόλο που οι ψυχικά ασθενείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζονται ως επικίνδυνοι, ελάμβαναν όμως φροντίδα αντί τιμωρίας, στις περισσότερες περιπτώσεις εντός οικογενειακού πλαισίου και σπανιότερα εγκλείονταν σε ειδικούς χώρους (Ανδρούτσος, 2014; Στυλιανίδης, 2014).

Στη Βυζαντινή περίοδο, η διαταραγμένη συμπεριφορά των πασχόντων, οδήγησε στη λήψη μέτρων από την Πολιτεία αφενός για την προστασία του κοινωνικού συνόλου και για τη διασφάλιση της ζωής και της παρουσίας του πάσχοντος ατόμου αφετέρου. Επιβάλλονται η ασφαλής περίθαλψη καθώς και μια πιο ανθρώπινη μεταχείριση των πασχόντων. Την περίθαλψη των ασθενών αναλάμβαναν στην πλειονότητα των περιπτώσεων διάφορες μονές και ορισμένα ευαγή ιδρύματα. Οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν κατά γενική ομολογία ανεύθυνοι για τις πράξεις τους, ανίκανοι να μετέχουν στα κοινά και να έχουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (Πουλάκου-Ρεμπελάκου & Λύκουρας, 2014). Αναδεικνύονται, κατ' αυτόν τον τρόπο, νέες μέθοδοι για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο μιας πιο θετικής και ανθρωπιστικής προσέγγισης. Σε αντίθεση με τη μεσαιωνική Δύση, η βυζαντινή κουλτούρα θέτει έναν σαφή διαχωρισμό μεταξύ των αντιλήψεων και πρακτικών περί δαιμονισμού και περί ψυχικής ασθένειας (Στυλιανίδης, 2014).

Από τα τέλη του Μεσαίωνα έως την Αναγέννηση, δημιουργήθηκαν αρκετά ιδρύματα φιλοξενίας των ψυχικά ασθενών, τα περισσότερα από τα οποία υπάγονταν στην Εκκλησία και παρείχαν ασυλικού τύπου φροντίδα. Οι έγκλειστοι στα ιδρύματα αυτά δεν ήταν μόνο άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή, αλλά και άτομα που ζούσαν στο περιθώριο της κοινωνίας, όπως οι ζητιάνοι, οι ιερόδουλες, οι μικρο-εγκληματίες κ.ά. (Porter, 2002; Ανδρούτσος, 2014). Βλέπουμε, λοιπόν, σταδιακά τη μοίρα του «τρελού» να συνδέεται με αυτήν του φτωχού και του εγκληματία. Αποτελεί απειλή για το κοινωνικό σύνολο και τη δημόσια τάξη. Οι αρμόδιες αρχές, που φέρουν την ευθύνη για την επιβολή της δημόσιας τάξης, ξεκινούν να αξιοποιούν τα θεραπευτήρια αυτά όχι μόνο ως ιδρύματα προστατευτικά με σκοπό τη φροντίδα του ασθενούς αλλά και ως μέτρο αστυνόμευσης με στόχο τον εγκλεισμό και την απομόνωση των «ενοχλητικών» και των «επικίνδυνων» (Porter, 2002). Στη διάδοση της πρακτικής αυτής σημαντικό ρόλο έπαιξε η διαρκώς αυξανόμενη αστικοποίηση, που απαιτούσε αυστηρότερη οργάνωση και διατήρηση της κοινωνικής σταθερότητας, καθιστώντας απαραίτητο τον περιορισμό και τη «θεραπεία» των «αλλοτριωμένων» και των παρεκκλίνοντων (Porter, 2002; Ανδρούτσος, 2014; Στυλιανίδης, 2014).

Ξεκινά, λοιπόν, έτσι ο «Μεγάλος Εγκλεισμός». Ο «Μεγάλος Εγκλεισμός» αναφέρεται στη δημιουργία κέντρων υποδοχής αρκετά μεγάλων ώστε να μπορούν να υποστηρίξουν τον μεγάλο αριθμό των ψυχικά και σωματικά ασθενών. Τα κέντρα αυτά ονομάστηκαν «Γενικά Νοσοκομεία», με το πρώτο να ιδρύεται το 1656 στο Παρίσι

(Ανδρούτσος, 2014; Στυλιανίδης, 2014). Οι νοσηλευόμενοι στα νοσοκομεία αυτά παρέμεναν για εξαιρετικά μεγάλο διάστημα, σε πολλές περιπτώσεις μέχρι το θάνατό τους (Ανδρούτσος, 2014). Λαμβάνοντας υπόψη το κοινό δόγμα της εποχής, που υπαγόρευε ότι οι «κανονικοί» άνθρωποι πράττουν και σκέφτονται ορθολογικά, σέβονται την κοινωνική τάξη και αποδέχονται την πραγματικότητα, οι «αλλοτριωμένοι» που δεν τηρούν τα παραπάνω περιορίζονται στα μεγάλα ασυλικού τύπου ιδρύματα με σκοπό τη διαπαιδαγώγηση τους μέσα από καταναγκαστική εργασία και θρησκευτικές ασκήσεις. Η βασική πεποίθηση που επικρατεί είναι ότι τα «ανήθικα» αυτά άτομα μπορούσαν να εσωτερικεύσουν τους ηθικούς κανόνες και να αναμορφωθούν μέσω μιας «ηθικής θεραπείας», μέσα από ένα εντατικό και λεπτομερές σύστημα πειθαρχίας και την υποβολή σε ισχυρά πρότυπα ηθικών ανθρώπων (Στυλιανίδης, 2014).

Αντλώντας από τις καινούριες ιδέες που διαδόθηκαν τον 18^ο αιώνα από το κίνημα του Διαφωτισμού και δεδομένης της εδραίωσης των ανθρώπινων και πολιτικών δικαιωμάτων μετά τη Γαλλική Επανάσταση, η «τρέλα» αρχίζει να εξηγείται ξανά με όρους ασθένειας. Τα άσυλα αρχίζουν σταδιακά να μετασχηματίζονται σε θεραπευτικά ιδρύματα. Πρωτοστάτης αυτής της αντίληψης στη Γαλλία είναι ο Philippe Pinel, ο οποίος, εμπνευσμένος από τα ιδανικά της ελευθερίας, της ισότητας και της αδερφότητας, απελευθερώνει μεταφορικά και κυριολεκτικά τους ασθενείς του από τις αλυσίδες τους. Για τον Pinel, η «τρέλα» είναι μια νοητική διαταραχή και πρέπει να θεραπεύεται με πνευματικές προσεγγίσεις. Ο περιορισμός αντιμετωπίζεται ως τουλάχιστον αναποτελεσματικός αν όχι ως αιτία περαιτέρω ενοχλημάτων για τον ασθενή (Porter, 2002).

Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, ένα πολύ σημαντικό σημείο προόδου αποτελεί η ανάπτυξη του ρεύματος της ψυχανάλυσης, που αποτέλεσε κυρίαρχο προσανατολισμό για την ψυχιατρική μέχρι και τη δεκαετία του '60. Παράλληλα, τα νέα κλινικά δεδομένα που δημιουργήθηκαν από τους δύο παγκόσμιους πολέμους έστρεψαν τους ψυχιάτρους να μεταβούν από τις κλασσικές μεθόδους που χρησιμοποιούσαν μέχρι τότε (όπως ηλεκτροσόκ, απομόνωση, κρύα ντους, κλπ) στην ανάπτυξη και εφαρμογή νέων ψυχιατρικών και ψυχοθεραπευτικών μεθόδων. Ο κοινωνικός επαναπροσανατολισμός της ψυχιατρικής οδηγεί στη δημιουργία νέων δομών ψυχιατρικής φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του '50 εμφανίζονται σταδιακά τα πρώτα ψυχιατρικά φάρμακα (Στυλιανίδης, 2014).

Στις δεκαετίες που ακολουθούν, πραγματοποιούνται διεθνώς αρκετές ανακατατάξεις και αλλαγές τόσο σε κοινωνικο-πολιτικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο των ψυχιατρικών θεσμών. Κατά τις δεκαετίες του '60 και του '70, πραγματοποιούνται ριζοσπαστικές αλλαγές στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Οι δυτικές κοινωνίες εκφράζουν σταδιακά αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία και την ανάπτυξη και βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Ταυτόχρονα, η ιδρυματική-ασυλική κουλτούρα στην ψυχιατρική δέχεται έντονη κριτική για τον κοινωνικό έλεγχο, την καταστολή και τον στιγματισμό που επιβάλλει στους ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι για πολλά χρόνια ήταν τα θύματα μιας μεγάλης κοινωνικής αδικίας (Στυλιανίδης, 2014).

Το 1961, ο Erving Goffman αναλύει την κατάσταση όλων των εγκλειστών σε άσυλα: αναφέρει οικειοθελώς έγκλειστους, καθ' υποχρέωση έγκλειστους, ακόμη και άτομα καταδικασμένα σε εγκλεισμό. Ταυτόχρονα, καταγράφει όλες τις βαριές ψυχικές αλλά και κοινωνικές συνέπειες που επιφέρει ο εγκλεισμός αυτός, παρουσιάζοντας έναν πλήρη κατάλογο των αιτίων που οδηγούν τόσο στον στιγματισμό όσο και στην κοινωνική απόρριψη των εγκλειστών. Την ίδια χρονιά, ο Michel Foucault γράφει επίσης για τον Μεγάλο Εγκλεισμό και φτάνει στο συμπέρασμα πως το άσυλο και η ασυλική λογική δεν είναι αλλοτριωτική μόνο για τους ψυχικά ασθενείς, αλλά και για το σύνολο των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτά (Τζαβάρας, 2014).

Τη δεκαετία του 1950 ξεκινά να αναπτύσσεται ένα ρεύμα που αργότερα θα ονομαστεί από τον David Cooper «Αντιψυχιατρική», με στόχο την κριτική και την αναθεώρηση του υπάρχοντος δυσλειτουργικού συστήματος στην ψυχιατρική. Ο Thomas Szasz υποστηρίζει πως η ψυχική ασθένεια οφείλεται στην έκφραση των προβλημάτων, των αποκλεισμών και των αντιθέσεων της κοινωνικής ζωής. Ο Ronald Laing, αντλώντας από τις θεωρίες του υπαρξισμού και της φαινομενολογίας, δημιουργεί νέες μορφές ομαδικής και οικογενειακής θεραπείας για ασθενείς με σχιζοφρένεια (Στυλιανίδης, 2014; Τζαβάρας, 2014).

Τη δεκαετία του '70, στην Ιταλία, ο πρωτοπόρος τότε Franco Basaglia θέτει τα θεμέλια για την ανάπτυξη του κινήματος του αποϊδρυματισμού. Πρωταρχικός στόχος είναι ο μετασχηματισμός των σχέσεων εξουσίας μεταξύ ιδρύματος και ασθενών. Στον αποϊδρυματισμό γίνεται προσπάθεια εξάλειψης της αναγκαιότητας του εγκλεισμού,

μέσα από τη δημιουργία εναλλακτικών υπηρεσιών με σκοπό την πλήρη αντικατάσταση του ασύλου (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2014; Burns & Foot, 2020).

Η σταδιακή αλλαγή στη νοοτροπία και η υιοθέτηση νέων παραδειγμάτων στην ψυχιατρική στον δυτικό κόσμο προς την κατεύθυνση της κοινοτικής φροντίδας και του αποϊδρυματισμού εμφανίζεται και στην Ελλάδα, αν και αρκετά χρόνια αργότερα. Σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι απαρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα εντοπίζονται στα μέσα της δεκαετίας του '80. Ωστόσο, παρά τις σημαντικές μεταρρυθμιστικές κινήσεις που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί (στις οποίες συμπεριλαμβάνεται το κλείσιμο ορισμένων ασύλων και η ίδρυση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας), θα μπορούσε κανείς να πει πως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα παραμένει ημιτελής, τόσο λόγω δομικών ελλειμμάτων (κατακερματισμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έλλειψη πόρων, ανεπαρκής εκπαίδευση επαγγελματιών, κλπ) όσο και για λόγους που αφορούν την ελληνική κουλτούρα και στη νοοτροπία του στιγματισμού που εξακολουθεί να επικρατεί στη χώρα (Φλεβάρη, Τζανάκης, & Αλεξιάς, 2019; Χονδρός & Στυλιανίδης, 2014).

Σταδιακά, με την ανάδυση νέων μορφών ψυχολογικής θεραπείας και ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και την εδραίωση ποικίλων καλών πρακτικών στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας διεθνώς, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει προχωρήσει σημαντικά και η παρεχόμενη φροντίδα που λαμβάνουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχει βελτιωθεί αισθητά (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2014). Παρά ταύτα, φραγμό στην προσπάθεια περαιτέρω βελτίωσης θέτουν, μεταξύ άλλων, οι κοινωνικές προκαταλήψεις που επικρατούν στις διάφορες κοινωνίες διεθνώς, αλλά και μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

1.3 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες θεωρητικοποίησης του φαινομένου της ψυχικής ασθένειας. Ενδεικτικά, θα παρουσιαστούν εν συντομία οι δύο κυρίαρχες θεωρητικές προσεγγίσεις της ψυχικής ασθένειας.

Το βιοϊατρικό μοντέλο. Αρχικά, το βιοϊατρικό μοντέλο θέτει στο επίκεντρο την αναζήτηση των αιτιοπαθογενετικών παραγόντων της ψυχικής ασθένειας στην ανθρώπινη φυσιολογία, σε ανατομικό και βιοχημικό επίπεδο, και πιο συγκεκριμένα στον ανθρώπινο εγκέφαλο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Στη βάση της βιοϊατρικής θεώρησης βρίσκεται ο αρνητικός ορισμός της υγείας (επομένως γίνεται αντιληπτή ως η έλλειψη της ασθένειας) και το κεντρικό ενδιαφέρον βρίσκεται στον εντοπισμό των βιολογικών παραγόντων που προκαλούν την ψυχική ασθένεια και κατ' επέκταση οδηγούν στην αποένταξη του ασθενούς από το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Το μοντέλο αυτό χαίρει σημαντικής εκτίμησης και προτίμησης σε αρκετούς ιατρικούς κλάδους, συμπεριλαμβανομένου αυτού της ψυχιατρικής.

Κάποια σημεία για τα οποία θα μπορούσε να ασκηθεί κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο αφορούν τόσο την κλινική πρακτική όσο και τις ηθικές προεκτάσεις της προσέγγισης αυτής. Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η διάγνωση της νόσου βασίζεται στον συνδυασμό της κλινικής συνέντευξης με τον ασθενή, κατά την οποία αναφέρεται εκτενώς στα υποκειμενικά βιωμένα συμπτώματα που αντιμετωπίζει, και των αντικειμενικών κλινικών σημείων του οργανισμού, παρατηρούμενων κατά την κλινική εξέταση ή μέσω απεικονιστικών και βιοχημικών εξετάσεων. Ωστόσο, όσον αφορά την ψυχική παθολογία, οι αιτιάσεις δεν είναι πάντοτε προφανείς και συχνά οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις δεν συνοδεύονται από κάποια παρατηρήσιμη οργανική παθολογία. Επιπλέον, στο μοντέλο αυτό δίνεται έμφαση στην επιδιόρθωση της βλάβης και της ρύθμισης της φυσιολογίας με τρόπο ώστε να επανέλθει ο οργανισμός σε φυσιολογική λειτουργία, παραμελώνοντας πλήρως τις ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις της ψυχοπαθολογίας, παρεμποδίζοντας λοιπόν σε σημαντικό βαθμό την πλήρη – κατά το δυνατόν – ανάρρωση του ασθενούς. Τέλος, κυρίαρχη τάση στη βιοϊατρική θεώρηση αποτελεί η αντικειμενοποίηση του ασθενούς και η εγκαθίδρυση σχέσεων κυριαρχίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς, με την εξουσία επί των αποφάσεων να βρίσκεται κατ' αποκλειστικότητα στα χέρια του γιατρού ως ειδικού, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η υποκειμενική άποψη και το βίωμα του ασθενούς (Engel, 1977; Bradby, 2010; DiMatteo & Martin, 2011; Στυλιανίδης, 2014).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, κατά την προσέγγιση της ψυχικής υγείας πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται εξίσου υπόψη οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Μεγάλη σημασία δίνεται στη νοηματοδότηση της κατάστασης

από το ίδιο το άτομο, τις συνειδητές ή ασυνείδητες ανάγκες και επιθυμίες του ατόμου, καθώς και το προσωπικό πρότυπο κατά το οποίο διαμορφώνονται οι αντιδράσεις του στις εκάστοτε καταστάσεις. Επιπλέον, ουσιαστικό ρόλο παίζουν οι κοινωνικές προσδοκίες του ατόμου σχετικά με την ασθένεια, η ψυχολογική κατάσταση του ίδιου, αλλά και το τρέχον κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται η ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο η ύπαρξη της ασθένειας επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου (Engel, 1977; DiMatteo & Martin, 2011).

1.4 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

Η λέξη «στίγμα» έχει ελληνική ετυμολογία και σημαίνει κηλίδα ή σημάδι (Οικονόμου, Μπεχράκη, & Χαρίτση, 2020). Στις κοινωνικές επιστήμες, το **κοινωνικό στίγμα** ορίζεται ως ένας έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός, που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγεί κανείς. Αποτελεί μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από το άτομο στο οποίο αποδίδεται το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και το αναγκάζει, ουσιαστικά, να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση. Πρόκειται, φυσικά, για ένα κοινωνικό φαινόμενο, μια κοινωνική κατασκευή. Είναι η αντανάκλαση του ίδιου του πολιτισμού μιας κοινωνίας και όχι μια ιδιότητα των ατόμων (Goffman, 1963; Οικονόμου, 2011). Ως **στιγματισμό** ορίζουμε τη διαδικασία που ξεκινά με την απόδοση του μειωτικού χαρακτηρισμού. Μπορούμε να διακρίνουμε δύο μορφές στιγματισμού: τον κοινωνικό στιγματισμό, δηλαδή την αρνητική κοινωνική αντίδραση του γενικού πληθυσμού σε βάρος άλλων ατόμων ή ομάδων, και τον **αυτοστιγματισμό**, δηλαδή το υποκειμενικό βίωμα του ίδιου του στιγματισμένου ατόμου, που απορρέει από την εσωτερίκευση των αρνητικών χαρακτηριστικών που του αποδίδονται και τον αυτοπροσδιορισμό του από αυτά (Οικονόμου, 2011; Corrigan & Watson, 2012).

Τόσο ο κοινωνικός στιγματισμός όσο και ο αυτοστιγματισμός μπορούν να γίνουν αντιληπτοί μέσα από τις τρεις αλληλένδετες συνιστώσες τους: τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις (Corrigan & Watson, 2012; Οικονόμου, Μπεχράκη, & Χαρίτση, 2020).

Τα **κοινωνικά στερεότυπα** μπορούν να οριστούν ως οι πεποιθήσεις που φέρουν τα άτομα αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των μελών της εκάστοτε κοινωνικής ομάδας. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές γνωστικές δομές που μαθαίνονται από τα περισσότερα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας (Corrigan & Watson, 2012). Αποτελούν αναπαραστάσεις που αποθηκεύονται στη μνήμη του ατόμου και ανασύρονται κατά την κοινωνική διαντίδραση για να κατευθύνουν τις αποκρίσεις, γνωστικές και συμπεριφορικές, των ατόμων προς τα μέλη των στερεοτυποποιημένων ομάδων (Χαντζή, 2006). Συχνά ενεργοποιούνται αυτόματα, ενισχύοντας τη «γνωσιακή αποδοτικότητα» του ατόμου (Link & Phelan, 2001). Τα στερεότυπα έχουν κοινωνικό χαρακτήρα διότι αντιπροσωπεύουν απόψεις που έχουν υιοθετηθεί από κοινού από πολλές διαφορετικές κοινωνικές ομάδες. Ταυτόχρονα, είναι αποτελεσματικά επειδή μέσω αυτών δημιουργούνται ταχύτατα εντυπώσεις και προσδοκίες για τα άτομα που ανήκουν στη στιγματισμένη ομάδα (Corrigan & Watson, 2012). Συχνά οι πεποιθήσεις αυτές είναι παρερμηνευτικές και παραπλανητικές και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις και αυτόματα συμπεράσματα σχετικά με τα άτομα και τις ομάδες που αφορούν (Οικονόμου, 2011).

Τα κοινωνικά στερεότυπα μπορεί να είναι ευρέως αποδεκτά, ωστόσο το να έχει κανείς γνώση σχετικά με ένα στερεότυπο δεν συνεπάγεται απαραίτητα ότι συμφωνεί με αυτό. Πολλά είναι τα παραδείγματα ατόμων που τους έχει διδαχθεί μια στερεοτυπική αντίληψη και επιλέγουν να μην την υποστηρίξουν, καθώς τη θεωρούν λανθασμένη. Τα άτομα που αποδέχονται και εσωτερικεύουν τα κοινωνικά στερεότυπα υποστηρίζουν την εγκυρότητά τους και στη βάση αυτών των πεποιθήσεων παράγουν συναισθηματικές αντιδράσεις (Corrigan & Watson, 2012).

Η **προκατάληψη** ορίζεται ως η συναισθηματική αντίδραση που πηγάζει από ένα στερεότυπο και εκφράζει την προδιάθεση του ατόμου ενεργήσει θετικά ή αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης (Οικονόμου, 2011). Αναφέρεται στις στάσεις εχθρότητας και αποστροφής που διατηρεί κάποιος απέναντι στα μέλη της, μόνο και μόνο γιατί ανήκουν σε αυτήν την ομάδα, θεωρώντας πως διαθέτουν αξιωματικά τις μη αποδεκτές ιδιότητες που αποδίδονται στη συγκεκριμένη ομάδα. Κατ' αυτήν την έννοια, η προκατάληψη αποτελεί ένα υποκειμενικό φαινόμενο, μια νοοτροπία. Σύμφωνα με τις θεωρίες της κοινωνικοποίησης, η προκατάληψη αποτελεί στοιχείο του πολιτισμού, που εσωτερικεύεται από τα άτομα μέσω της κοινωνικοποίησης με το περιβάλλον τους. Τα πολιτιστικά αυτά νοήματα ενισχύονται

τόσο από τις εμπειρίες του ατόμου στο εκπαιδευτικό σύστημα όσο και από τα στερεότυπα που προβάλλονται από τα MME (Χαντζή, 2006; Hughes & Kroehler, 2014).

Το περιεχόμενο των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων οδηγεί σε αντίστοιχες συμπεριφορές στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Το συμπεριφορικό στοιχείο της προκατάληψης συνίσταται στις διακρίσεις. **Διάκριση** είναι η συμπεριφορά που υποδηλώνει άνιση μεταχείριση ατόμων ή ομάδων, βασισμένη στην φυσική ή κατηγοριακή τους υπαγωγή (Leyens, Yzerbyt, & Schadron, 1994; Χαντζή, 2006). Κατά τη διαδικασία αυτή, στερούνται από τα μέλη κάποιας κοινωνικής ομάδας ή κατηγορίας τα προνόμια, η εξουσία, το κύρος, τα νομικά δικαιώματα, η ισότιμη νομική προστασία και άλλα κοινωνικά αγαθά, τα οποία διαθέτουν άλλες κοινωνικές ομάδες (Hughes & Kroehler, 2014).

Βασική εκδήλωση του κοινωνικού στιγματισμού αποτελεί ο κοινωνικός εκτοπισμός ορισμένων ατόμων και ομάδων. Οι μηχανισμοί με τους οποίους επιτυγχάνεται αυτός ο κοινωνικός εκτοπισμός των στιγματισμένων ομάδων είναι ο κοινωνικός διαχωρισμός, η απαξίωση της κοινωνικής θέσης, οι τιμωρητικές κυρώσεις, ο περιορισμός και η παραβίαση ή/και αφαίρεση δικαιωμάτων (Ζήση, 2019).

1.5 ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Ένα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της βιβλιογραφίας σχετικά με το στίγμα είναι η ποικιλομορφία που παρουσιάζεται στον προσδιορισμό και την ανάλυση του φαινομένου αυτού (Link & Phelan, 2001). Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση και ερμηνεία του κοινωνικού στίγματος. Αφορούν:

- α. την ανάλυση του στίγματος ως κοινωνική σχέση και φθαρμένη κοινωνική ταυτότητα,
- β. την κοινωνιο-γνωστική προσέγγιση του στίγματος,
- γ. το μοντέλο της απειλούμενης από το στίγμα ταυτότητας,
- δ. την κατανόηση του στίγματος ως μια πολύμορφη έννοια,

- ε. την κατανόηση του στίγματος ως μορφή κοινωνικής βίας,
- στ. την εφαρμογή της θεωρίας των θεμελιωδών αιτιάσεων στο ζήτημα του κοινωνικού στιγματισμού.

1.5.1 Το κοινωνικό στίγμα στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων

Ο Goffman (1963) προσέγγισε την έννοια του στίγματος εντός του πλαισίου των διαπροσωπικών σχέσεων, όπως αυτές εντάσσονται στο πλαίσιο μιας ιστορικά προσδιορισμένης κοινωνικής δομής. Στην ανάλυση αυτή, το στίγμα ορίζεται ως ένα καταρχήν υποτιμητικό χαρακτηριστικό, που οδηγεί το στιγματισμένο άτομο στην κοινωνική απαξίωση, και οι πρακτικές κοινωνικής κατηγοριοποίησης και διαχωρισμού εντάσσονται στον ιστό όλων των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Ζήση, 2019; Οικονόμου, Μπεχράκη, & Χαρίτση, 2020).

Σε μια τέτοια περίπτωση, το άτομο αναζητεί τρόπους να αποκρύψει ή να συγκαλύψει το αποδιδόμενο αρνητικό χαρακτηριστικό, προκειμένου να αποφύγει την απαξίωση. Αφομοιώνει, λοιπόν, και εφαρμόζει τεχνικές διαχείρισης της κοινωνικής αμηχανίας που βιώνει, προσαρμοζόμενο στις κοινωνικές προδιαγραφές και τα αποδεκτά πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς. Το στίγμα αυτό, μάλιστα, δεν επηρεάζει μόνο το στιγματισμένο άτομο, αλλά χαρακτηρίζει και τους οικείους του.

Στην προκείμενη θεωρητική κατασκευή, προεξάρχουσα σημασία έχει η κοινωνική ταυτότητα του ατόμου, η οποία συνιστά έκφραση της ατομικής ύπαρξης στο πλαίσιο της κοινωνίας, ενώ συγχρόνως δίνει στο στιγματισμένο άτομο ένα πλαίσιο αναφοράς βάσει του οποίου θα χρειαστεί να δομήσει τον εαυτό που παρουσιάζει στην κοινωνία προκειμένου να κερδίσει την κοινωνική αποδοχή.

Ταυτόχρονα, η προσέγγιση του Goffman υποδεικνύει τον ρευστό χαρακτήρα της έννοιας του «κανονικού» και την ευθραυστότητα των κοινωνικών ταυτοτήτων και διαντιδράσεων, λαμβάνοντας υπόψη ότι ένα άτομο που εντάσσεται στην κανονικότητα μπορεί ανά πάσα στιγμή, αναλόγως των αλλαγών στις κοινωνικές περιστάσεις και τις διαρκώς μεταβαλλόμενες προδιαγραφές για την κανονικότητα, να μετατραπεί σε στιγματισμένο υποκείμενο και να βιώσει τον αποκλεισμό που ασκούσε το ίδιο στο παρελθόν έναντι κάποιας άλλης στιγματισμένης ομάδας (Ζήση, 2019).

1.5.2 Το κοινωνικό στίγμα ως κοινωνιο-γνωστική διαδικασία

Η κοινωνιο-γνωστική προσέγγιση των Link & Phelan ορίζει το κοινωνικό στίγμα ως μια αλληλεπίδραση ανάμεσα σε ένα κοινωνικά και πολιτισμικά ορισμένο ανθρώπινο χαρακτηριστικό και ένα στερεότυπο σχετικά με αυτό. Το μοντέλο αυτό συνίσταται σε ένα σύνολο συγκλίνοντων γνωστικών στοιχείων που ενεργοποιούνται στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων, οδηγώντας στον κοινωνικό στιγματισμό (Link & Phelan, 2001).

Το πρώτο στοιχείο είναι η κοινωνική και πολιτισμική κατασκευή της «διαφοράς». Κατά τη διαδικασία αυτή επιτελείται η κοινωνική παραγωγή και η εδραίωση μιας ταξινόμησης, η οποία χρησιμοποιείται για να διαχωρίσει τους ανθρώπους και τις κοινωνικές ομάδες βάσει κάποιων κοινωνικά αντιληπτών διαφορών. Η πολιτισμική αυτή παραγωγή της «διαφοράς» στηρίζεται στην απόδοση κάποιων συγκεκριμένων χαρακτηριστικών στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας με τη μορφή μιας ετικέτας. Παρά την αυθαίρετη φύση τους, οι διαφορές αυτές αφομοιώνονται από τα μέλη της κοινωνίας ως αντικειμενικές και αυτονόητες. Η αντικειμενικοποίηση αυτής της «διαφοράς» αποτελεί έναν αποτελεσματικό μηχανισμό διατήρησης μιας ορισμένης τάξης στις κοινωνικές σχέσεις.

Το δεύτερο στοιχείο αυτού του μοντέλου είναι η στερεοτυποποίηση. Επιτελείται όταν οι αποδόσεις αυτών των χαρακτηριστικών στις συγκεκριμένες «ιδιαιτέρες» ομάδες συσχετίζονται με κοινωνικά στερεότυπα και ανεπιθύμητες ιδιότητες.

Ακολουθεί η διαδικασία του κοινωνικού διαχωρισμού, που αποτελεί το τρίτο γνωστικό στοιχείο του μοντέλου. Διαμορφώνονται οι κοινωνικές προδιαγραφές σύμφωνα με τις οποίες μια κοινωνική ομάδα θεωρείται ότι βρίσκεται «εντός» κοινωνίας. Μέσα από αυτήν την σχέση ετερότητας διαμορφώνεται μια συλλογική συνείδηση, που περιλαμβάνει από τη μία πλευρά την αντίληψη για την ενδοομάδα, το «εμείς», και από την άλλη μεριά την αναπαράσταση της εξωομάδας, των «άλλων».

Το τέταρτο γνωστικό στοιχείο του μοντέλου αφορά τη δυσμενή θέση στην οποία βρίσκονται οι στιγματισμένες ομάδες λόγω της αρνητικής διάκρισης που υπόκεινται. Οι διακρίσεις συμβαίνουν σε όλα τα επίπεδα των κοινωνικών

συναναστροφών, από το θεσμικό (παραδείγματα θεσμοποιημένων διακρίσεων είναι η άνιση κατανομή κονδυλίων και η δημιουργία γκέτο) μέχρι το ενδοπεριστασιακό, και μπορεί να συντελούνται φανερά ή συγκαλυμμένα. Η ίδια η αρνητική κοινωνική θέση είναι ένας παράγοντας που συνηγορεί στη διαιώνιση του κοινωνικού αποκλεισμού, μέσα από δύο συναφείς ψυχικές διεργασίες: τη στερεοτυπική απειλή και την αυτεπίγνωση του ατόμου για το κοινωνικό του στίγμα. Κοινό στοιχείο και στις δύο διεργασίες είναι η απειλή που αισθάνεται το στιγματισμένο άτομο ότι θα αξιολογηθεί στη βάση των αρνητικών κοινωνικών στερεοτύπων, τα οποία έχουν εσωτερικεύσει και δεν επιθυμούν να επιβεβαιώσουν με τη συμπεριφορά τους.

Το κοινωνικό στίγμα είναι στενά συνδεδεμένο με τις σχέσεις ισχύος, κοινωνικής, οικονομικής ή πολιτικής. Χρειάζεται ισχύς για την κοινωνική παραγωγή του στίγματος. Σε κάποιες περιπτώσεις ο ρόλος της ισχύος είναι εμφανής κατά τη διαδικασία στιγματισμού μιας άλλης ομάδας. Ωστόσο, συχνά αγνοείται γιατί σε αρκετές περιστάσεις οι διαφορές ισχύος μεταξύ ομάδων θεωρούνται δεδομένες και δεν αντιμετωπίζονται ως προβληματικές, επιτρέποντας την παραγωγή και διαιώνιση του στίγματος.

Τέλος, για την αφομοίωση ενός στερεοτύπου, απαραίτητη είναι η επίγνωση αυτού, η συνάφειά του με την περίσταση και τις αναμενόμενες κοινωνικές συμπεριφορές στη συγκεκριμένη περίσταση. Η διαχρονική εκμάθηση των στερεοτύπων μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης οδηγεί στην αυτόματη ενεργοποίηση τους και την εκδήλωση συνακόλουθων συμπεριφορών από το άτομο (Link & Phelan, 2001; Ζήση, 2019).

1.5.3 Το μοντέλο της απειλούμενης από το στίγμα ταυτότητας

Οι Major & O'Brien (2005, αναφ. στο Ζήση, 2019, σ.106) προτείνουν ότι ο φορέας μιας στιγματισμένης κοινωνικής ταυτότητας κινδυνεύει να βρεθεί αντιμέτωπος με συνθήκες που μπορούν να του προκαλέσουν έντονη πίεση και ψυχική αγωνία. Σε μια τέτοια περίσταση, υπάρχει η δυνατότητα ανάπτυξης κάποιων στρατηγικών από το άτομο, οι οποίες θα το βοηθήσουν να διαχειριστεί τις απειλητικές αυτές καταστάσεις.

Τα κοινωνικά στερεότυπα μαθαίνονται και εσωτερικεύονται από μικρή ηλικία από το άτομο, μέσα από τη διαγενεακή τους μεταβίβαση από την οικογένεια ή τους

σημαντικούς Άλλους. Η γνώση αυτή παίζει κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσωπικών στάσεων του ατόμου. Οι κυρίαρχες αυτές συλλογικές αναπαραστάσεις επηρεάζουν τις προσλαμβάνουσες των στιγματισμένων ατόμων και την συνακόλουθη συμπεριφορά τους, με τη στερεοτυπική απειλή να βιώνεται με διαφορετικό τρόπο αναλόγως του πλαισίου και του τρόπου με τον οποίο γίνεται αντιληπτή από το άτομο.

Τα στιγματισμένα άτομα μπορούν να αναπτύξουν μια σειρά χειρισμών, προκειμένου να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν την προκατάληψη και τα αρνητικά στερεότυπα που τους αποδίδονται. Η επιλογή των χειρισμών βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την αίσθηση του ελέγχου που έχει το άτομο σε σχέση με τους παράγοντες ή τις περιστάσεις που κινητοποιούν τις εμπειρίες στιγματισμού. Στη βάση τους, ωστόσο, όλες αυτές οι στρατηγικές αποσκοπούν στην προστασία του εαυτού και της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής ομάδας και της κοινωνικής θέσης στην οποία βρίσκεται το άτομο.

Στο πλαίσιο αυτό, μπορεί να ενισχυθεί η ταύτιση που νιώθουν τα μέλη των στιγματισμένων ομάδων με την κοινωνική τους ομάδα, εξασφαλίζοντας μια αίσθηση του «ανήκειν», που λειτουργεί ως ένα είδος νομιμοποίησης που μετριάξει το πλήγμα που δέχεται η αυτοαντίληψή τους. Εναλλακτικά, τα άτομα αυτά ενδέχεται να αποδώσουν την αρνητική θέση στην οποία έχουν περιέλθει στην αρνητική μεταχείριση που δέχονται από τους άλλους, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου θίγεται κάποιο χαρακτηριστικό το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα της ταυτότητας του στιγματισμένου ατόμου. Τέλος, τα στιγματισμένα υποκείμενα ενδέχεται να επιλέξουν να αποποιηθούν την υπαγωγή τους στην ομάδα-φορέα του στίγματος, μέσα από την απόσυρση από δραστηριότητες που στερεοτυπικά χαρακτηρίζονται αρνητικά από τρίτους ή δραστηριότητες που ενδέχεται να οδηγήσουν σε αρνητική αξιολόγηση του ατόμου (Ζήση, 2019).

1.5.4 Το στίγμα ως πολύμορφη έννοια

Οι Pescolido & Martin (2015, αναφ. στο Ζήση, 2019, σ. 108) αντλούν στοιχεία από αρκετές κοινωνιολογικές θεωρίες για να συνθέσουν την θεωρητική τους «Πλατφόρμα Ενσωμάτωσης των Κανονιστικών Επιρροών στον Κοινωνικό Στιγματισμό». Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει το στίγμα ως μια έννοια πολύμορφη,

που περιλαμβάνει τόσο την κατανόηση του στίγματος ως γνωστική εμπειρία και βίωμα, όσο και την προσέγγιση του στίγματος ως προς το θιγόμενο υποκείμενο και το υποκείμενο που αποδίδει τον κοινωνικό στιγματισμό. Στην καθεμία από αυτές τις δύο οπτικές εντάσσονται αρκετές διαφορετικές μορφές με τις οποίες εκδηλώνεται ο στιγματισμός.

Στην πρώτη κατηγορία, που προσεγγίζει από γνωστική και βιωματική άποψη το στίγμα, περιλαμβάνονται οι ακόλουθες έννοιες:

- α. το αντιλαμβανόμενο στίγμα (ευρύτερες κοινωνικές πεποιθήσεις για τις επικρατούσες στην κοινωνία προκαταλήψεις και διακρίσεις),
- β. το εκ των προτέρων προσδοκώμενο στίγμα (εσωτερικευμένες αρνητικές προσδοκίες για συμπεριφορές διάκρισης, που μαθαίνονται από το άτομο μέσω της κοινωνικοποίησης),
- γ. το ενστερνιζόμενο κοινωνικό στίγμα (η διάθεση ενός ατόμου ή μιας ομάδας να στηρίζει δημόσια τα ισχύοντα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις),
- δ. το κοινωνικό στίγμα από την πλευρά του στόχου-αποδέκτη (το προσωπικό βίωμα του στιγματισμού),
- ε. το εσωτερικευμένο στίγμα (συγχώνευση αντιλαμβανόμενου στίγματος και βιωμένης εμπειρίας, που οδηγεί συχνά σε αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, όπως το αίσθημα ανημπόριας και η απελπισία), και
- στ. ο έμπρακτος στιγματισμός (οι πραγματικές συμπεριφορές που παράγουν κοινωνική διάκριση και διαχωρισμό εις βάρος άλλων ατόμων ή ομάδων).

Στη δεύτερη κατηγορία, που εστιάζει στους δημιουργούς και τους αποδέκτες του κοινωνικού στιγματισμού, υπάγονται οι εξής έννοιες:

- α. ο αυτοστιγματισμός (υποκειμενική εμπειρία του στιγματισμένου ατόμου, που αποδέχεται την αρνητική αξιολόγηση που εισπράττει από τρίτους),
- β. το στίγμα λόγω διαπροσωπικής εγγύτητας (υποκειμενικό βίωμα των κοντινών Άλλων των στιγματισμένων ατόμων, που υπόκεινται σε έμμεση απαξίωση με την υπόθεση ότι είτε υποστήριξαν τη γένεση του στίγματος είτε ότι δεν παρείχαν την απαραίτητη υποστήριξη στο στιγματισμένο άτομο προκειμένου να απαλλαγεί από το αρνητικό χαρακτηριστικό),
- γ. το στίγμα που πηγάζει από τον πάροχο φροντίδας (χρήση απαξιοτικής γλώσσας ή άρνηση παροχής φροντίδας από επαγγελματίες υγείας),

- δ. το δομικό στίγμα (θεσμοποιημένες πολιτικές που περιορίζουν τις ευκαιρίες συμμετοχής, την κοινωνική συμμετοχή και την ποιότητα ζωής των στιγματισμένων ομάδων), και
- ε. το δημόσιο στίγμα (αρνητικές αντιδράσεις της κοινής γνώμης, που εκδηλώνονται δημόσια στον καθημερινό λόγο απέναντι στις στοχοποιημένες ομάδες).

Σύμφωνα με τους Pescolido & Martin, οι κυρίαρχες κοινωνικές στάσεις και αναπαραστάσεις είναι παράγωγο της συνδιάλεξης μεταξύ κοινωνικής δομής και δράντος υποκειμένου, που πραγματοποιείται εντός συγκεκριμένου θεσμικού, πολιτικού και κοινωνικο-οικονομικού πλαισίου και εντός μιας ορισμένης ιστορικής περιόδου. Στο πλαίσιο αυτό, η κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση επηρεάζεται δυναμικά από την κοινωνική δομή, την κοινότητα, την ευρύτερη κοινωνία, καθώς και τη δράση του ίδιου του κοινωνικού υποκειμένου εντός μιας ειδικής περίπτωσης (Ζήση, 2019).

1.5.5 Το στίγμα ως μορφή συλλογικής βίας

Σε πρόσφατη εργασία τους, οι Link & Phelan προσεγγίζουν το κοινωνικό στίγμα ως εργαλείο κοινωνικού ελέγχου, που χρησιμοποιείται από τις κυρίαρχες κοινωνικές ομάδες σε συμβολικό επίπεδο. Το στίγμα αξιοποιείται ως ελεγκτικός πόρος με στόχο τη συντήρηση του καθεστώτος επικυριαρχίας της κοινωνικά ισχυρής ομάδας έναντι των στιγματισμένων ομάδων, τις οποίες επιθυμούν να θέσουν εκτός κοινωνίας ή να διατηρήσουν σε θέση υποτέλειας (Link & Phelan, 2014).

Ο Bourdieu (2002, αναφ. στο Ζήση, 2019, σ. 111) όρισε τη συμβολική βία ως μια μορφή σιωπηλού εξαναγκασμού, μέσω μιας κατασκευασμένης κοινωνικής συναίνεσης των κυρίαρχων αντιλήψεων και ιδεών, που συνίστανται από αυστηρές αξιολογικές κρίσεις για τον κοινωνικό κόσμο και τις αξίες του. Η εδραίωση και διαιώνιση αυτής της κοινής αποδοχής των κυρίαρχων αξιακών θέσεων δημιουργεί στα άτομα ανθεκτικά αντικείμενα σκέψης, νοητικές συνήθειες και γνωσιακούς αυτοματισμούς. Οι αξιακές αυτές θέσεις εσωτερικεύονται από τα κοινωνικά υποκείμενα με τρόπο μαζικό και ορθόδοξο, οδηγώντας σε παραγνωρίσεις στα αντιληπτικά πεδία των ατόμων και στη συνακόλουθη άμβλυνση της κριτικής στάσης τους απέναντι σε απροκάλυπτες κοινωνικές αδικίες, ακόμα και όταν θίγονται τα ίδια.

Στο βαθμό που το κοινωνικό στίγμα αποτελεί δημόσια δήλωση απαξίωσης απέναντι σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες και τα μέλη τους, αποτελεί σύμφωνα με τη θεωρία του Bourdieu μια μορφή συμβολικής βίας (Ζήση, 2019).

Στο μοντέλο των Phelan, Link & Dovidio (2008, αναφ. στο Link & Phelan, 2014), οι κυρίαρχοι δρώντες επιβάλλονται ιδιοτελώς, αποσπώντας οφέλη για τους ίδιους μέσω των διαδικασιών της κοινωνικής εκμετάλλευσης, του κοινωνικού ελέγχου και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι διεργασίες που παράγουν το κοινωνικό στίγμα συχνά βρίσκονται στην αφάνεια, δρουν υπόγεια και δεν είναι εξωτερικά παρατηρήσιμες, ενώ ταυτόχρονα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Ως ένας από αυτούς τους μηχανισμούς διατήρησης του κοινωνικού status quo λειτουργεί και ο αυτοστιγματισμός.

Τα παραπάνω απηχούν στα λεγόμενα του Foucault που, σε μια κριτική ανασκόπηση των γεγονότων του Μεγάλου Εγκλεισμού, εστίασε στην επίδραση της κρατικής ισχύος στην ανάπτυξη του ασύλου κατά τον 19^ο αιώνα. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει πως η διαδικασία του εγκλεισμού στην Ευρώπη ξεκίνησε ως ένα μέσο ελέγχου, όχι φροντίδας των ψυχικά πασχόντων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το άσυλο εξυπηρετούσε έναν σκοπό πολύ παρόμοιο με το σύστημα των φυλακών, στόχευε δηλαδή στον διαχωρισμό των εγκλεισμένων (που δεν απαρτίζονταν μόνο από ψυχικά ασθενείς αλλά και από όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες των κοινωνικά ανεπιθύμητων) από την υπόλοιπη κοινωνία και τον περιορισμό τους εντός της σφαίρας του ελέγχου του κράτους. Ταυτόχρονα, η διαδικασία του εγκλεισμού πέραν από ένα μέσο ελέγχου αποτέλεσε και ένα μέσο οικονομικού κέρδους για το κράτος, καθώς οι εγκλεισμένοι υποχρεώνονταν να προσφέρουν εργασία στο κράτος προκειμένου να «συνεισφέρουν στην ευημερία του κοινωνικού συνόλου» (McBride, 2019).

Φαίνεται λοιπόν πως, διαχρονικά, οι θεσμοποιημένες πρακτικές και λειτουργίες που κατασκευάζουν και συντηρούν την κοινωνική μειονεξία μέσω του φυσικού ή συμβολικού περιορισμού, της υπονόμευσης ή της μεροληπτικής κατανομής υλικών και συμβολικών πόρων, συσσωρεύονται αθροιστικά, με σημαντικές συνέπειες σε βάρος των στιγματισμένων κοινωνικών ομάδων (Ζήση, 2019).

1.5.6 Θεωρία των θεμελιωδών αιτιάσεων και κοινωνικός στιγματισμός

Βασισμένοι στην θεωρία των θεμελιωδών αιτιάσεων των Price et al., και συγκεκριμένα στην εφαρμογή της στον τομέα της υγείας, οι Hatzenbuehler et al. (2013) ορίζουν τον κοινωνικό στιγματισμό ως έναν από τους βασικούς μηχανισμούς που παράγουν και διαιωνίζουν τις κοινωνικές ανισότητες. Ως αποτέλεσμα, η υγεία των στιγματισμένων ατόμων υφίσταται επιβλαβείς συνέπειες, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τους σχετικούς δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Σύμφωνα με τη θεωρία των θεμελιωδών αιτιάσεων, υφίστανται ορισμένοι κοινωνικοί και δομικοί παράγοντες οι οποίοι είναι στενά συνδεδεμένοι με τις ανισότητες στην υγεία. Οι παράγοντες αυτοί δημιουργούν συστηματικά για συγκεκριμένες ομάδες αρνητικά αποτελέσματα μέσα από την παρουσία παραγόντων κινδύνου για τον εκάστοτε πληθυσμό. Οι Hatzenbuehler et al. εντοπίζουν τρεις ενδιάμεσες διεργασίες του κοινωνικού στίγματος:

- α. Τη χαμηλή πρόσβαση σε πόρους (παραδοσιακά, οι προνομιούχες κοινωνικές ομάδες εμφανίζουν καλύτερους δείκτες υγείας λόγω μεγαλύτερης πρόσβασης σε πόρους),
- β. Την κοινωνική απομόνωση (η απώλεια κοινωνικής θέσεις συνεπάγεται χαμηλή ή και καθόλου πρόσβαση σε πόρους, ενώ ο φόβος της κοινωνικής απόρριψης δύναται να οδηγήσει τα στιγματισμένα άτομα σε αποφυγή διαπροσωπικών συναναστροφών), και
- γ. Τις ψυχολογικές αντιδράσεις στον κοινωνικό στιγματισμό (ο στιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες αντιδράσεις, όπως η ψυχική εξουθένωση, οι συμπεριφορές αποφυγής, η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά ή ακόμη και η χειραφέτηση και κοινωνική ενδυνάμωση) (Ζήση, 2019; Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013).

Συμπερασματικά, οι διάφορες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τον ορισμό και την ερμηνεία του κοινωνικού στιγματισμού μας βοηθούν να κατανοήσουμε τη βαρύνουσα σημασία αυτού του κοινωνικού φαινομένου. Πρόκειται για μια διεργασία που παρατηρείται σε ποικίλες κοινωνικές περιστάσεις, ενεργοποιείται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους και οδηγεί σε πληθώρα αρνητικών συνεπειών για την ομάδα

που φέρει το κοινωνικό στίγμα, οι οποίες μπορεί να είναι τόσο υλικές όσο και κοινωνιο-ψυχολογικές, και οδηγούν το στιγματισμένο άτομο στην υιοθέτηση στρατηγικών για την αποφυγή των αρνητικών αποτελεσμάτων.

1.6 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όπως γίνεται αντιληπτό από την ιστορική αναδρομή που προηγήθηκε, ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας έχει τις ρίζες του πολύ νωρίτερα στην ιστορία. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι, σύμφωνα με τον Foucault, ο φόβος του να γίνει κάποιος τρελός, να εμφανίσει δηλαδή όπως θα λέγαμε σήμερα ο ίδιος κάποια ψυχική ασθένεια, μεγιστοποιήθηκε στα μέσα του 18^{ου} αιώνα, την εποχή του Μεγάλου Εγκλεισμού, όπου η τρέλα και ο εγκλεισμός κατέστησαν συνώνυμες έννοιες. Ως συνέπεια, έκανε την εμφάνιση του στην κοινωνία ένας αστικός μύθος που έλεγε πως μπορεί κανείς να «κολλήσει» το στίγμα της τρέλας μέσα από την επαφή με τους ψυχικά ασθενείς. Το πλαίσιο λοιπόν αυτό, όπου ο εγκλεισμός τεκμηριωνόταν ως ένας ηθικός τρόπος προστασίας της κοινωνίας από τους ανεπιθύμητους, παρείχε πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη παράλογων φόβων προς τους ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι φαίνεται πως δεν έχουν ξεπεραστεί εντελώς ακόμη και στη σύγχρονη κοινωνία του 21^{ου} αιώνα (McBride, 2019).

Για την καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν οι διεργασίες του κοινωνικού στιγματισμού συγκεκριμένα στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας, κρίνεται σκόπιμη η παράθεση ορισμένων θεωρητικών μοντέλων. Τα μοντέλα αυτά επιχειρούν να ερμηνεύσουν τη διαδικασία δημιουργίας αρνητικών αντιλήψεων και πρόκλησης αντίστοιχων συμπεριφορών απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια, καθώς και τις συνέπειες στις οποίες οδηγεί. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν κάποια σύγχρονα διεθνή και ελληνικά ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας τα πρόσφατα χρόνια. Η βαθύτερη κατανόηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και των συνεπειών του είναι απαραίτητη για τη δημιουργία μιας πληρέστερης αντίληψης αναφορικά με τη διαμόρφωση αλλά και τη σημασία των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια, που επιδρούν άμεσα στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και κατά συνέπεια στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών.

1.6.1 Η θεωρία της ετικετοποίησης της ψυχικής ασθένειας

Η πλειονότητα των χαρακτηριστικών που ποικίλουν από άτομο σε άτομο (π.χ. διατροφικές προτιμήσεις, κ.ά.) δεν έχουν καμία σημασία σε κοινωνικό πλαίσιο. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες διαφορές (π.χ. η φυλή, οι σεξουαλικές προτιμήσεις, κ.ά) στις οποίες αποδίδεται κοινωνική σημασία και μάλιστα υψηλή. Τόσο η επιλογή των χαρακτηριστικών που λαμβάνουν εξέχουσα σημασία σε κοινωνικό πλαίσιο όσο και οι ετικέτες που δημιουργούνται σχετικά με αυτά αποτελούν θεμελιώδη συστατικά της διαδικασίας του κοινωνικού στιγματισμού (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004).

Σύμφωνα με τον Becker (1963, αναφ. στο Μαδιανός, 2005, σ.434), υπό συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και σε ορισμένο χρονικό πλαίσιο, οι κοινωνικές ομάδες δημιουργούν κανόνες για την αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά, οι οποίοι δημιουργούν νόρμες κανονικότητας. Οι συμπεριφορές που παραβιάζουν τους κανόνες αυτούς και αντιβαίνουν στις ευρύτερες κοινωνικές πεποιθήσεις χαρακτηρίζονται από την κοινωνία ως παρεκτροπές. Η ερμηνεία συμπεριφορών ως παρεκκλίνοσες δεν σχετίζεται με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτών, αλλά αφορά καθαρά την αντίδραση του κοινωνικού συνόλου προς αυτές. Ορισμένες φορές, η παρέκκλιση δεν είναι απολύτως εμφανής και προσδιορίζεται ως υπολειμματική ή οριακή. Τέτοιες καταστάσεις περιστασιακής υπολειπόμενης παρεκτροπής συμβαίνουν συχνότερα εντός του γενικού πληθυσμού (Μαδιανός, 2005; Ζήση, 2013).

Κατά τον Scheff (1966, αναφ. στο Μαδιανός, 2005, σ. 434), η κουλτούρα κάθε υπο-ομάδας προσφέρει την ορολογία των παρεκτροπών, μεταξύ των οποίων εντάσσεται και η «τρέλα». Πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα μπορούν να γίνουν αντιληπτά ως πρόσκαιρες συμπεριφορικές αποκλίσεις από τον κοινωνικό κανόνα. Οι αποκλίσεις αυτές αρκούν υπό ορισμένες συνθήκες για να αποδοθεί στο άτομο η ετικέτα του «τρελού». Η ετικέτα αυτή βασίζεται στην πεποίθηση των υπόλοιπων μελών της κοινωνίας πως η «τρελή» συμπεριφορά παρεκκλίνει από τον κανόνα της φυσιολογικότητας (Οικονόμου, Μπεχράκη, & Χαρίτση, 2020).

Και μόνο ο χαρακτηρισμός του παρεκκλίνοντος ατόμου ως «ψυχικά αρρώστου» αρκεί για να το οδηγήσει στην αποδοχή και εσωτερίκευση των κυρίαρχων στερεοτυπικών και στιγματιστικών αντιλήψεων που περιλαμβάνουν τα εξ ορισμού

απαξιωμένα κοινωνικά χαρακτηριστικά που αποδίδονται στην κοινωνική ομάδα στην οποία κατηγοριοποιείται. Μακροπρόθεσμα, οι στερεοτυπικές προσδοκίες των άλλων μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά τη συμπεριφορά του ατόμου που φέρει την ετικέτα. Σε πολλές περιπτώσεις, οι εσωτερικευμένες στερεοτυπικές πεποιθήσεις μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση των παρεκκλίνουσων συμπεριφορών που αναμένονται από το ίδιο, σε μια μορφή αυτοεκπληρούμενης προφητείας (Μαδιανός, 2005; Ζήση, 2013). Το άτομο αντιλαμβάνεται ποιες είναι οι συμπεριφορές που αναμένονται από την κοινωνία για τους ψυχικά ασθενείς και κάνει αυτήν την προσδοκία πραγματικότητα (Pasman, 2011). Επιπλέον, οι κοινωνικά προκαθορισμένες, συμφωνημένες αντιλήψεις και αρνητικές, κατά κανόνα, εικόνες για την ψυχική ασθένεια επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις ερμηνείες και τις πρακτικές μεταχείρισης των παρεκτροπών (Ζήση, 2013).

Οι Link et al. (1989, αναφ. στο Pasman, 2011, σ. 123) ανέπτυξαν μια τροποποιημένη θεωρία ετικετοποίησης. Σύμφωνα με την προσέγγισή τους, τα βασικά στοιχεία που συναποτελούν τη διαδικασία του στιγματισμού είναι τα ακόλουθα:

- α. *Προσδοκίες απόρριψης στη βάση κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων.* Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που επικρατούν στην εκάστοτε κοινωνία για την ψυχική ασθένεια αποδίδονται συστηματικά στο άτομο που νοσεί. Το άτομο, με τη σειρά του, τα βιώνει με έντονα αρνητικό τρόπο και αντιλαμβάνεται μια έντονη απόρριψη από το κοινωνικό σύνολο, η οποία οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- β. *Εμπειρίες απόρριψης.* Το ετικετοποιημένο άτομο έρχεται αντιμέτωπο με ποικίλες περιστάσεις στις οποίες απορρίπτεται και αποκλείεται από την τοπική κοινωνία. Οι εμπειρίες αυτές ποικίλουν σε ένταση, και μπορεί να είναι από σχετικά ασήμαντες έως πολύ έντονες και τραυματικές.
- γ. *Προσπάθειες για την αντιμετώπιση του στίγματος.* Το άτομο μπορεί να επιλέξει να αποκρύψει το γεγονός ότι νοσεί από ψυχική ασθένεια ή να το αποκαλύπτει επιλεκτικά, σε συγκεκριμένες μόνο περιπτώσεις. Μια άλλη πιθανή αντίδραση είναι η κοινωνική απόσυρση. Οι δύο αυτές αντιδράσεις μπορούν να έχουν πολύ αρνητικές συνέπειες για το άτομο, επιδεινώνοντας την ήδη δυσμενή κοινωνική του θέση και οδηγώντας το σε ενδεχόμενο περαιτέρω αποκλεισμό και ετικετοποίηση, ανεργία, κοινωνική δυσπραγία. Εναλλακτικά, το ετικετοποιημένο άτομο ενδέχεται να δράσει

ενημερώνοντας και εκπαιδεύοντας τους γύρω του σχετικά με την ψυχική του ασθένεια, σε μια προσπάθεια πρόληψης της εκδήλωσης συμπεριφορών διάκρισης εις βάρος του. Επιπλέον, δεδομένου ότι το ετικετοποιημένο άτομο αναμένει την κοινωνική απόρριψη, υπάρχει πάντοτε το ενδεχόμενο να συμπεριφερθεί με τρόπους που εντείνουν την απόρριψη αυτή, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση του ατόμου και μπορεί να εντείνει μια υπάρχουσα ψυχική διαταραχή ή να οδηγήσει στην ανάπτυξη κάποιας νέας διαταραχής (Μαδιανός, 2005; Pasman, 2011; Ζήση, 2013).

Η τροποποιημένη θεωρία ετικετοποίησης των Link et al. διαφοροποιείται από την αρχική επίσης αναφορικά με το ενδεχόμενο ύπαρξης μιας σχέσης αιτιότητας μεταξύ της ετικέτας και της εκδήλωσης της ψυχικής ασθένειας. Ο Scheff, στην αρχική του θεωρία, αναφέρεται σε μια ρητή αιτιακή σχέση όπου η ετικέτα του ψυχικά ασθενούς είναι αυτή που οδηγεί το άτομο, μέσα από μια αυτοεκπληρούμενη προφητεία, στην εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας και των αντίστοιχων συμπεριφορών. Αντίθετα, το μοντέλο των Link et al. δεν περιλαμβάνει κανέναν τέτοιο ισχυρισμό και εστιάζει στις αρνητικές συνέπειες της ετικετοποίησης και των ενδεχόμενων δυσπροσαρμοστικών αντιδράσεων από μεριάς των ατόμων που φέρουν την ετικέτα της ψυχικής ασθένειας (Pasman, 2011).

Επιπλέον, οι Phelan & Link (1999, αναφ. στο Ζήση, 2013, σ. 42) διατυπώνουν κάποια σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τη διαδικασία της ετικετοποίησης. Αρχικά, η αναφορά παραδοσιακών ψυχιατρικών συμπτωμάτων, και περισσότερο των σοβαρών ψυχιατρικών συμπτωμάτων, οδηγεί στην απόδοση της ετικέτας του ψυχικά ασθενούς συχνότερα σε σύγκριση με άτομα που δεν αναφέρουν κανένα τέτοιο σύμπτωμα ή αναφέρονται σε κοινά ψυχιατρικά συμπτώματα ήσσονος σημασίας. Η παρατήρηση αυτή αποκτά περισσότερο ενδιαφέρον αν αναλογιστεί κανείς ότι τα παραδοσιακά ψυχιατρικά συμπτώματα σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι ικανά από μόνα τους να ενεργοποιήσουν διαδικασίες επίσημης ψυχιατρικής διάγνωσης. Παρατηρούν, επίσης, πως η μεγαλύτερη ταξική και πολιτισμική απόσταση μεταξύ του παρεκκλίνοντος και του εξωτερικού παρατηρητή (ή και επαγγελματία ψυχικής υγείας) συνεπάγεται ανάλογη αύξηση της πιθανότητας να ενεργοποιηθεί η διαδικασία απόδοσης της ψυχιατρικής ετικέτας. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι οι διαγνώσεις σοβαρών ψυχικών διαταραχών αποδίδονται από ψυχιάτρους συχνότερα σε μέλη

μειονοτικών κοινωνικών ομάδων, ενώ οι ανήκοντες σε ανώτερη κοινωνικο-οικονομική τάξη, ακόμα και όταν φέρουν ψυχιατρική διάγνωση, λαμβάνουν ευνοϊκότερη θεραπευτική μεταχείριση συγκριτικά με άτομα που υπάγονται σε χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Τέλος, οι Phelan & Link αναφέρουν ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ίδιοι οι παρεκκλίνοντες που βιώνουν αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες που παρεκκλίνουν από το εύρος του κοινωνικά αποδεκτού έχουν την τάση να αποδίδουν στον εαυτό τους χαρακτηρισμούς αρνητικούς και απαξιωτικούς. Αναζητούν, μάλιστα, βοήθεια προκειμένου να ρυθμίσουν αυτήν την συναισθηματική τους παρέκκλιση και να μπορέσουν να συμμορφωθούν τους κοινά αποδεκτούς κανόνες για τη συναισθηματική έκφραση (Ζήση, 2013).

1.6.2 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας ως κοινωνική απόδοση

Σύμφωνα με τον Patrick Corrigan (2000), η σοβαρή ψυχική ασθένεια έχει πολλαπλές επιπτώσεις στο άτομο που νοσεί. Αρχικά, τα συμπτώματα και η συνακόλουθη έκπτωση στη λειτουργικότητα εμποδίζουν τον ψυχικά ασθενή από το να επιτύχει τους στόχους που μπορεί να έχει αναφορικά με την επαγγελματική και κοινωνική του πορεία, περιορίζει τις ευκαιρίες για ανεξάρτητη διαβίωση και γενικότερα οδηγεί το άτομο σε μια χαμηλή ποιότητα ζωής. Ταυτόχρονα, όμως, το άτομο επιβαρύνεται από την έντονα αρνητική αντίδραση της τοπικής κοινωνίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια, που οδηγεί στον στιγματισμό του ασθενούς και σε επανειλημμένες συμπεριφορές διάκρισης εις βάρος αυτού. Οι διακρίσεις αυτές οδηγούν σε περαιτέρω αποκλεισμό του ατόμου από πληθώρα ευκαιριών για εύρεση εργασίας, σύναψη σχέσεων και ανεξάρτητη διαβίωση.

Ο Goffman (1963) αναφέρει πως τα στοιχεία που σηματοδοτούν το στίγμα δεν είναι πάντοτε εμφανή. Οι ενδείξεις αυτές ενδέχεται να μην είναι ορατές με το μάτι, γεγονός που επηρεάζει τη δυνατότητα απόκρυψης από την κοινωνία κάποιας ιδιότητας ενός ατόμου που φέρει φορτίο κοινωνικού στιγματισμού. Ένας εξωτερικός παρατηρητής συχνά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν κάποιο άτομο που βλέπει έχει ψυχική ασθένεια. Αντίθετα, πρέπει να συμπεράνει το γεγονός αυτό, αντλώντας πληροφορίες από τέσσερα είδη σχετικών ενδείξεων: κοινωνικές ετικέτες, εκδήλωση

ψυχιατρικών συμπτωμάτων, ελλείματα σε κοινωνικές δεξιότητες και ορισμένα στοιχεία που αφορούν την εξωτερική εμφάνιση του ατόμου (Corrigan, 2000).

Η ίδια η διάγνωση, τα συμπτώματα των διαταραχών και οι συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που οδηγούν σε στιγματιστική συμπεριφορά από τους άλλους (Μαδιανός, 2005; Ζήση, 2013; Corrigan, 2000). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί πως ορισμένα στοιχεία της εξωτερικής εμφάνισης μπορεί να οδηγήσουν σε στιγματιστικές στάσεις από την κοινωνία. Συγκεκριμένα, η φυσική ελκυστικότητα και η προσωπική υγιεινή του ατόμου μπορούν να λειτουργήσουν ως ενδείξεις για την ενεργοποίηση στερεοτυπικών αντιδράσεων από την τοπική κοινότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η απόδοση της ετικέτας του ψυχικά ασθενούς σε αρκετά άτομα με αφρόντιστη εξωτερική εμφάνιση. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις αυτή η απόδοση του χαρακτηρισμού του ψυχικά ασθενούς μπορεί να είναι εσφαλμένη, καθώς συχνά αποδίδεται σε άτομα που έχουν μια φτωχή εξωτερική εμφάνιση για άλλους λόγους, π.χ. άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες ή δεν έχουν στέγη και εύκολη πρόσβαση σε προϊόντα προσωπικής υγιεινής (Corrigan, 2000).

Οι ενδείξεις αυτές νοηματοδοτούνται μέσω των στερεοτύπων. Ορισμένες κοινές αλλά εσφαλμένες αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια προσδιορίζουν τους ψυχικά ασθενείς ως επικίνδυνους και βίαιους, ως αφελείς ή ως επαναστάτες. Επίσης, έχουν ταυτοποιηθεί τρεις παράγοντες που διακρίνουν τις στάσεις της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια: ο απολυταρχισμός (authoritarianism), που αναφέρεται στην άποψη ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι κατώτερης τάξης από τους «κανονικούς» ανθρώπους και τους αρμόζει καταναγκαστική μεταχείριση από τους άλλους, η καλοσύνη (benevolence), που λαμβάνει τη μορφή ευγενικής μεταχείρισης των «χτυπημένων από τη μοίρα» και οδηγεί σε μια μορφή φροντίδας παρόμοια με τη γονεϊκή φροντίδα των μικρών παιδιών, και ο κοινωνικός περιορισμός (social restrictiveness), που υπαγορεύει την απομάκρυνση των ατόμων αυτών από το κοινωνικό σύνολο διότι συνιστούν κίνδυνο για τους υπολοίπους (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2012).

Αυτές οι στιγματιστικές στάσεις έχουν τη δυνατότητα να οδηγήσουν σε συμπεριφορές διάκρισης εις βάρος των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Οι διακρίσεις αυτές αφορούν συχνά τον περιορισμό των ευκαιριών στέγασης και εργασίας για τα

άτομα με ψυχική ασθένεια. Ταυτόχρονα, αυτά τα άτομα κατηγορούνται αδίκως για βίαιες πράξεις συχνότερα από τους άλλους, λαμβάνουν χαμηλότερου επιπέδου παροχές υγείας, ενώ και η γενικότερη μεταχείριση τους από το κοινωνικό σύνολο είναι αρνητική (Corrigan, 2000; Thornicroft, 2006).

Η θεωρία των κοινωνικών αποδόσεων αποτελεί, ουσιαστικά, ένα μοντέλο μελέτης των κινήτρων και των συναισθημάτων των ανθρώπων, στη βάση της υπόθεσης πως το κάθε άτομο επιχειρεί να κατανοήσει τα αίτια των γεγονότων της καθημερινής του ζωής. Η συνάντηση με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα γεγονός που σηματοδοτεί αυτού του είδους την αντίδραση. Στη βάση των αποδόσεων, το άτομο αυτό δομεί τη δική του κατανόηση της ετικέτας της ψυχικής ασθένειας και των συμπεριφορών που αντιστοιχούν σε αυτήν και αντιδρά τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε συμπεριφορικό επίπεδο.

Αναφορικά με την κατανόηση της ίδιας της ψυχικής ασθένειας και των συμπεριφορών που συχνά εκδηλώνονται στο πλαίσιο αυτής, έχουν βρεθεί δύο κοινές βασικές διαστάσεις:

- α. Τα μέλη του κοινωνικού περιβάλλοντος τείνουν να κατανοούν την ψυχική ασθένεια σε σχέση με τη σοβαρότητα της, δηλαδή το πώς επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τη θνησιμότητα.
- β. Η ψυχικά ασθένεια συχνά γίνεται κατανοητή αναφορικά με την δυνατότητα ελέγχου της, δηλαδή αν το άτομο είναι υπεύθυνο για την εκδήλωση της και αν δύναται να την αντιμετωπίσει.

Σύμφωνα με τον Corrigan (2000), τα ηθικά μοντέλα οδηγούν σε αποδόσεις ότι η ψυχική ασθένεια είναι μια κατάσταση ελέγξιμη και πως οι ψυχικά ασθενείς είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της ασθένειας τους. Αντίθετα, τα βιολογικά μοντέλα υποστηρίζουν αποδόσεις που ορίζουν πως η εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας είναι ένα γεγονός εκτός ανθρώπινου ελέγχου. Έχει υποστηριχτεί πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια αδυνατούν να συμμετάσχουν πλήρως στη διαδικασία θεραπείας τους λόγω έλλειψης εναισθησίας, ενώ η εκδήλωση αρκετών συμπτωμάτων της σοβαρής ψυχικής ασθένειας συχνά θεωρείται πως βρίσκεται εκτός της σφαίρας του ελέγχου του ίδιου του ασθενούς.

Οι αποδόσεις σχετικά με τη δυνατότητα ελέγχου και την ευθύνη για μια κατάσταση οδηγούν σε συναισθηματικές αποκρίσεις. Τα άτομα που θεωρούνται πως έχουν τον έλεγχο για κάποιο αρνητικό γεγονός (για παράδειγμα, την εκδήλωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων) συχνά θεωρούνται υπεύθυνα για την κατάσταση και γίνονται αποδέκτες οργής από τους άλλους (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2012; Thornicroft, 2006). Τα άτομα που πιστεύουν πως ο ψυχικά ασθενής έχει τη δυνατότητα ελέγχου των εκδηλώσεων της ασθένειας του είναι πιθανότερο να αντιδράσουν με θυμό απέναντι στο άτομο αυτό και να συμπεριφερθούν τιμωρητικά εις βάρος του. Η τιμωρητική συμπεριφορά μπορεί να λάβει τη μορφή υποχρεωτικής θεραπείας για την συμμόρφωση του «ένοχου» ασθενούς, του περιορισμού του «επικίνδυνου» ασθενούς για την προστασία του κοινωνικού συνόλου ή και της στέρησης ευκαιριών και δικαιωμάτων από τον ασθενή που λογίζεται ως υπεύθυνος για τα συμπτώματά του. Ταυτόχρονα, τα μέλη της κοινότητας είναι απρόθυμα να προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη σε ένα άτομο που θεωρείται πως έχει δυνατότητα ελέγχου της εκδήλωσης των συμπτωμάτων του, ή αποφεύγουν να έχουν οποιουδήποτε είδους συναναστροφή με το άτομο που πάσχει από ψυχική ασθένεια (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2012). Αντιστοίχως, τα άτομα που αισθάνονται πως έχουν τον έλεγχο για ένα αρνητικό γεγονός είναι πιθανότερο να βιώσουν συναισθήματα ντροπής και ενοχής.

Από την άλλη μεριά, οι αποδόσεις που σχετίζονται με την ανικανότητα ελέγχου της ψυχική ασθένειας οδηγούν συχνότερα τους άλλους στην έκφραση συναισθημάτων οίκτου και σε συμπεριφορές προσφοράς βοήθειας (Thornicroft, 2006). Έχουν διακριθεί τέσσερα είδη βοηθητικής συμπεριφοράς: λειτουργική υποστήριξη (π.χ. υποστήριξη στην επίλυση κάποιου συγκεκριμένου προβλήματος), υλική υποστήριξη (π.χ. οικονομική βοήθεια ή δωρεά υλικών αγαθών), παροχή πληροφοριών (π.χ. προσφορά χρήσιμων συμβουλών) και συναισθηματική υποστήριξη (π.χ. συμπόνοια, καθησυχασμός) (Corrigan, 2000).

Ωστόσο, αρκετές μελέτες σχετικά με τις αποδόσεις δυνατότητας ελέγχου της εκδήλωσης των συμπτωμάτων δείχνουν πως οι ψυχιατρικές διαταραχές τείνουν να θεωρούνται σε έναν σημαντικό βαθμό ελέγξιμες. Μάλιστα, ο βαθμός και η ικανότητα ελέγχου της ψυχικής διαταραχής από τον ασθενή θεωρούνται σημαντικά αυξημένα σε σύγκριση με άλλες, σωματικές διαταραχές.

Τα κοινωνιο-γνωστικά μοντέλα που παρουσιάστηκαν παραπάνω δεν είναι τα μόνα που έχουν διατυπωθεί για την ερμηνεία του φαινομένου του κοινωνικού στιγματισμού της ψυχικής ασθένειας. Υπάρχει πληθώρα άλλων μοντέλων και γενικότερων παραδειγμάτων, π.χ. κοινωνικο-πολιτισμικές ερμηνείες του στίγματος ή επεξηγήσεις του στίγματος βάσει της θεωρίας κινήτρων. Η επιλογή να γίνει εκτενής αναφορά κάποιων κοινωνιο-γνωστικών θεωρητικών προσεγγίσεων οφείλεται στο γεγονός ότι αυτού του είδους οι προσεγγίσεις παρέχουν μια ευρεία θεωρητική βάση για τη μελέτη του φαινομένου, αυστηρή ερευνητική μεθοδολογία και εμπειρικά τεκμηριωμένες τεχνικές παρέμβασης για την κατανόηση και την αντιμετώπιση του στίγματος σε κοινωνικό επίπεδο (Corrigan, 2000).

1.6.3 Διεθνείς ερευνητικές παρατηρήσεις σχετικά με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας

Οι αρνητικές αντιλήψεις και οι διακρίσεις κατά των ατόμων με ψυχική ασθένεια εξακολουθούν να παρατηρούνται με υψηλή συχνότητα στον γενικό πληθυσμό, χωρίς να παρατηρείται ιδιαίτερη αλλαγή τις τελευταίες δεκαετίες (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013). Το γεγονός αυτό αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους φραγμούς στην επιτυχή αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων με ψυχική ασθένεια στην κοινωνία (Μαδιανός, 2005).

Οι στιγματιστικές αντιλήψεις και οι συνακόλουθες αρνητικές συμπεριφορές των μελών της ευρύτερης κοινωνίας προς τα άτομα αυτά επιφέρουν κάποιες πολύ σοβαρές συνέπειες, οι οποίες συντελούν στον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013; Holder, Peterson, Stephens, & Crandall, 2018; Thornicroft, 2006; Οικονόμου, Τριανταφύλλου, & Πλουμπίδης, 2013), όπως:

- α. Απώλεια ή αδυναμία εύρεσης στέγης ή φτωχές συνθήκες διαβίωσης,
- β. Ανεργία, και συνεπώς απώλεια εισοδήματος,
- γ. Αποφυγή ή καθυστέρηση αναζήτησης φροντίδας υγείας,
- δ. Χειρότερες εκβάσεις των ψυχικών διαταραχών, με καθυστέρηση στην ανάρρωση,
- ε. Προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις,

- στ. Περιορισμός του κοινωνικού δικτύου, απομόνωση και αίσθημα μοναξιάς,
- ζ. Χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης.

Οι προκαταλήψεις εναντίον της ψυχικής ασθένειας μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές συνέπειες αναφορικά με τη δυνατότητα αυτόνομης διαμονής και στέγασης του ασθενούς. Πολύ συχνά, λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας αναφέρουν σχετικά με το ζήτημα της στέγασης πως έχουν περιορισμένη δυνατότητα επιλογής και ότι η στέγη τους παρέχεται σε προσωρινή βάση, ενώ αισθάνονται πως λαμβάνουν χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες στέγασης εξαιτίας της ψυχικής τους ασθένειας. Επιπρόσθετα, όταν τα άτομα αυτά καταφέρνουν να βρουν στέγη βρίσκονται αντιμέτωπα με τη στάση των γειτόνων, οι οποίοι συχνά αντιτίθενται σθεναρά στην εγκατάσταση ατόμων με ψυχική ασθένεια κοντά στην κατοικία τους (φαινόμενο *not in my backyard* – NIMBY) ή συμπεριφέρονται προσβλητικά απέναντι στα άτομα αυτά (Thornicroft, 2006).

Το μοτίβο αυτό ακολουθείται και στην αγορά εργασίας, όπου οι επιλογές για τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι ιδιαιτέρως περιορισμένες (Μαρκοπούλου, Αντωνίου, & Αγγέλου, 2020). Η γνώση και μόνο ότι το άτομο φέρει διάγνωση ψυχικής ασθένειας είναι σε αρκετές περιπτώσεις αρκετή για να απορριφθεί αμέσως ο υποψήφιος εργαζόμενος. Τα άτομα αυτά καλούνται από την πρώτη στιγμή να κάνουν την επιλογή αν θα πρέπει να αποκαλύψουν ή όχι στον υποψήφιο εργοδότη τους το γεγονός ότι έχουν κάποια ψυχική ασθένεια, με τις δύο εναλλακτικές επιλογές να έχουν τις δικές τους αρνητικές συνέπειες. Ακόμα και όταν προσλαμβάνονται σε κάποια δουλειά, συχνά γίνονται αποδέκτες άδικης και κακής συμπεριφοράς, άνευ σεβασμού, ενώ συστηματικά απολύονται ή εξαναγκάζονται σε παραίτηση λόγω υποτροπής της συμπτωματολογίας τους. Φυσικά, οι δυσκολίες στο εργασιακό πεδίο και η συνακόλουθη οικονομική αστάθεια έχουν άμεσες συνέπειες στην ποιότητα ζωής και στην ικανότητα διαβίωσης των ατόμων αυτών (Thornicroft, 2006; González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007).

Συνεπώς, βρίσκονται σε έναν διαρκή αγώνα με στόχο να διατηρήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης και να καλύψουν όλες τις υλικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Το γεγονός αυτό καθίσταται ακόμη πιο σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν ένα αυξημένο κόστος διαβίωσης, καθώς καλούνται να πληρώσουν για ακριβά ψυχιατρικά φάρμακα και, σε αρκετές περιπτώσεις, ιδιωτική ψυχιατρική και ψυχολογική φροντίδα, ενώ παράλληλα η ίδια η κατάσταση της υγείας

τους και ενδεχόμενα συνοδά προβλήματα υγείας οδηγούν σε σημαντική αύξηση του κόστους της ασφάλισης τους (Thornicroft, 2006).

Αναφορικά με την επαφή των ατόμων με ψυχική ασθένεια με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, φαίνεται ότι σε αρκετές περιπτώσεις αυτή πραγματοποιείται αργοπορημένα. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association, 2020), περισσότερα από τα μισά άτομα με ψυχική ασθένεια δεν αναζητούν βοήθεια για την αντιμετώπιση των διαταραχών τους. Για την κατανόηση του φαινομένου αυτού πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η γενικότερη αρνητική στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια συμβαδίζει με την ελλιπή εκπαίδευση αναφορικά με το ζήτημα αυτό, με συνέπεια τα συμπτώματα να παραγνωρίζονται και να μην αναζητηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Πολλά άτομα που εκδηλώνουν συμπτώματα δεν θεωρούν πως είναι «τρελοί» και δεν αναζητούν ψυχιατρική φροντίδα. Ταυτόχρονα, ιδιαίτερα περιορισμένη είναι και η γνώση αρκετών ατόμων σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τη διαθεσιμότητά τους, επομένως δεν γνωρίζουν ότι αυτή η μορφή φροντίδας υπάρχει για εκείνους ως επιλογή ή σε αρκετές περιστάσεις η φροντίδα αυτή έχει υψηλό κόστος, το οποίο τα άτομα αυτά συχνά αδυνατούν να καλύψουν. Ως αποτέλεσμα, συχνά τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν λαμβάνουν εγκαίρως την φροντίδα που χρειάζονται, με σοβαρές επιπτώσεις σε όλους τους κλάδους της ζωής τους (Thornicroft, 2006).

Χαρακτηριστικό είναι επίσης το γεγονός ότι, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων από το σημαντικό ποσοστό παγκοσμίως που έχει κάποια ψυχική ασθένεια ζει καθημερινά με το φόβο ότι οι γύρω θα ανακαλύψουν το γεγονός και θα επηρεαστεί αρνητικά η γνώμη τους για εκείνους και θα προβούν σε συμπεριφορές διάκρισης εναντίον τους (González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007; Dingfelder, 2009). Μάλιστα, ο φόβος αυτός είναι τόσο ισχυρός ώστε αποφεύγουν ακόμη και να λάβουν τις πολύτιμες για τους ίδιους και την ανάρρωσή τους υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ανησυχώντας πως η καταγραφή τους ως λήπτες των υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει στην ανακάλυψη του γεγονότος από τον κοινωνικό τους περίγυρο, με τις αντίστοιχες συνέπειες (Dingfelder, 2009; Hack, Muralidharan, Brown, Drapalski, & Lucksted, 2020). Ανασκοπήσεις μελετών από τις Η.Π.Α. και τον Καναδά δείχνουν ότι στο 56% των ερευνών εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ του στίγματος και της αναζήτησης βοήθειας από τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Το στίγμα αναφέρθηκε ως φραγμός για τη λήψη θεραπείας από το 23% των

συμμετεχόντων στις έρευνες αυτές, λόγω αισθημάτων ντροπής, αρνητικών κοινωνικών αντιλήψεων για τους ψυχικά ασθενείς και διακρίσεων στον κλάδο της εργασίας (Holder, Peterson, Stephens, & Crandall, 2018).

Οι Holder et al. (2018) επισημαίνουν επίσης πως η απόφαση του ασθενούς να αποφύγει ή να καθυστερήσει την λήψη θεραπείας μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες. Άμεση απόρροια της ελλιπούς φροντίδας ψυχικής υγείας που λαμβάνει μεγάλος αριθμός των ατόμων με ψυχική ασθένεια είναι οι αρνητικές εκβάσεις και η καθυστέρηση της ανάρρωσης. Μάλιστα, φαίνεται πως όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα για το οποίο το άτομο δεν λαμβάνει φροντίδα, τόσο χειρότερες είναι οι εκβάσεις σε αρκετές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η ψύχωση, η διπολική διαταραχή, η μείζων κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, το κοινωνικό στίγμα μπορεί να αποτρέψει τα άτομα με ψυχική ασθένεια από το να λαμβάνουν την φαρμακευτική αγωγή που έχουν ανάγκη (Hack, Muralidharan, Brown, Drapalski, & Lucksted, 2020). Το πρόβλημα αυτό βασίζεται κυρίως στο γεγονός ότι αρκετά ψυχιατρικά φάρμακα έχουν ορατές παρενέργειες (π.χ. αντιψυχωσικά) που μπορούν να οδηγήσουν τους άλλους στο συμπέρασμα ότι το άτομο αυτό πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια (Dingfelder, 2009).

Η επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας συνδέεται επίσης στενά με τα προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις. Σε μερικές περιπτώσεις, τα ίδια τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας μπορούν να οδηγήσουν σε ρήξη στις φιλικές σχέσεις (π.χ. κοινωνική απόσυρση, παρανοϊκός ιδεασμός, κ.ά.) ή οι οικείοι μπορεί να αδυνατούν να ανεχθούν το γεγονός ότι το άτομο αυτό περνάει δύσκολα ενώ οι ίδιοι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα για να το βοηθήσουν. Και αντίστροφα, υπάρχει το ενδεχόμενο η ποιότητα των κοινωνικών δικτύων να επηρεάσει τα αίτια κάποιας ψυχικής διαταραχής (π.χ. έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση ψυχικής ασθένειας για διάστημα αρκετών μηνών, έπειτα από περιστάσεις κοινωνικής απομόνωσης). Αυτός, βέβαια, δεν είναι ο κανόνας, αλλά πρόκειται για μια κατάσταση που αντιμετωπίζει σημαντικό ποσοστό των ατόμων με ψυχική ασθένεια (Thornicroft, 2006).

Αντίστοιχα προβλήματα μπορούν να προκύψουν στην προσπάθεια σύστασης και διατήρησης των συντροφικών σχέσεων. Και σε αυτήν την περίπτωση τα συμπτώματα και οι υποτροπές μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα στη σχέση. Επιπλέον, οι προκαταλήψεις που επικρατούν στο κοινωνικό σύνολο

συνεισφέρουν στην γενικευμένη υιοθέτηση της αντίληψης πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι ικανά να παντρευτούν και να αποκτήσουν παιδιά (Thornicroft, 2006; González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007).

Σε άμεση σύνδεση με τα παραπάνω βρίσκεται το γεγονός ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια βιώνουν πολύ συχνά κοινωνική απομόνωση. Η απομόνωση αυτή σε αρκετές περιπτώσεις είναι αποτέλεσμα των ίδιων των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας. Ωστόσο, πολύ συχνή είναι επίσης η επιλογή των ασθενών (και των οικογενειών τους) να απομονώνονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο λόγω της στερεοτυπικής απειλής που βιώνουν, ότι δηλαδή θα βρεθούν αντιμέτωποι με τις κυρίαρχες προκαταλήψεις εναντίον τους ή και θα τις επιβεβαιώσουν με τη συμπεριφορά τους. Επομένως, η κοινωνική απόσυρση λειτουργεί ως προστασία από την άδικη μεταχείριση, ενώ ταυτόχρονα εξυπηρετεί το στόχο της απόκρυψης της ασθένειας. Η τάση αυτή ενισχύεται από την παρατηρούμενη επιθυμία του κοινωνικού συνόλου για την διατήρηση κοινωνικής απόστασης από τα άτομα αυτά, εντείνοντας το αίσθημα μοναξιάς που αντιμετωπίζουν (González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007; Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013).

Ταυτόχρονα, η ίδια η ετικέτα της ψυχικής ασθένειας αλλά και η κοινωνική της αντιμετώπιση προκαλούν σημαντικό πλήγμα στην αυτοεκτίμηση του ατόμου. Τα άτομα που διαγιγνώσκονται με μια ψυχική διαταραχή συχνά νιώθουν ντροπή εξαιτίας της ασθένειας τους (Pasman, 2011). Πέραν από την αυτοεκτίμηση, μια άλλη διάσταση που πλήττεται είναι η αισιοδοξία των ατόμων αυτών για το μέλλον τους (Corrigan & Watson, 2012). Στην επίδραση αυτή συντελεί και ο αυτό-στιγματισμός, καθώς η υιοθέτηση των αρνητικών στερεοτύπων «χρωματίζει» αρνητικά το σύνολο της αντίληψης του για τον εαυτό του (Pasman, 2011; Nieweglowski, Qin, Paniagua, & Corrigan, 2020). Αξίζει, βέβαια, να σημειωθεί πως η κατάσταση αυτή δεν αποτελεί απόλυτο κανόνα για τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Υπάρχουν άτομα των οποίων η αυτοεκτίμηση δεν επηρεάζεται καθόλου από το κοινωνικό στίγμα. Εναλλακτικά, μπορεί τα άτομα αυτά να βιώσουν οργή για την καταπάτηση των κοινωνικών τους δικαιωμάτων, την οποία συνεπάγονται οι κοινωνικές διακρίσεις, και να ενδυναμωθούν διεκδικώντας καλύτερη αντιμετώπιση τόσο από την κοινωνία όσο και από τις ιατρικές υπηρεσίες και τους πολιτικούς θεσμούς (Corrigan & Watson, 2012). Χαρακτηριστικό παράδειγμα της διεκδίκησης αυτής αποτελεί η ίδρυση και λειτουργία συλλόγων

ληπτών και οικογενειών ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Stylianidis, Chondros, & Boinis, 2018; Χονδρός, Μποϊνη, & Στυλιανίδης, 2018).

Συμπληρωματικά με τις προαναφερθείσες συνέπειες του κοινωνικού στιγματισμού, σύμφωνα με τους Hansson et al. (2013), οι αρνητικές προσδοκίες, ο φόβος και η απροθυμία παροχής υποστήριξης απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια εξακολουθούν να επικρατούν στον γενικό πληθυσμό. Κοινές είναι επίσης και οι αντιλήψεις πως τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα απρόβλεπτα και επικίνδυνα (González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007). Οι αντιλήψεις αυτές παρατηρούνται ακόμα και σήμερα (έχει σημειωθεί πως τείνουν να γίνονται ακόμη πιο αρνητικές), παρά το γεγονός ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι τουλάχιστον εξίσου πιθανό να αποτελέσουν θύματα μιας βίαιης πράξης από ότι να προκαλέσουν οι ίδιοι με τέτοια ενέργεια (Thornicroft, 2006). Μάλιστα, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζουν έως και 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν θύμα βίαιων συμπεριφορών (Dingfelder, 2009), ενώ όταν καταγγέλλουν πως έγιναν θύματα επίθεσης δύσκολα γίνονται πιστευτά από τις αρχές και από τα άλλα μέλη της κοινωνίας (Thornicroft, 2006). Οι αρνητικές αυτές στάσεις ενδεχομένως να πηγάζουν από τις απεικονίσεις της ψυχικής ασθένειας στα Μ.Μ.Ε., που σε μεγάλη πλειοψηφία είναι αρνητικές και στρεβλές (Philo, και συν., 1996; Thornicroft, 2006; Dingfelder, 2009)

1.6.4 Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια

Τα τελευταία χρόνια, οι στάσεις των επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν έρθει ξανά στο προσκήνιο της επιστημονικής έρευνας (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελούν πρότυπα προς μίμηση από τον γενικό πληθυσμό, όσον αφορά τα ζητήματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια. Επιπλέον, είναι εκείνοι τους οποίους τα άτομα με ψυχικές ασθένειες συναντούν στις καταστάσεις όπου είναι πιο ευάλωτα, και στους οποίους θα βασιστούν αναμένοντας κατανόηση και υποστήριξη. Επομένως, γίνεται κατανοητή η εξαιρετική σημασία των απόψεων που φέρουν αυτοί οι

επαγγελματίες, καθώς δεν επηρεάζεται μόνο το πρότυπο απόψεων που παρουσιάζεται στο κοινό, αλλά υπάρχει και άμεσος αντίκτυπος στην ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρ' όλα αυτά, από την πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία φαίνεται ότι δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο ζήτημα αυτό σε σχέση με άλλα, όπως οι στάσεις του γενικού πληθυσμού (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Με μια πρώτη σκέψη, θα μπορούσε να φανταστεί κανείς πως οι επαγγελματίες που εργάζονται στον κλάδο της ψυχικής υγείας τρέφουν αποκλειστικά θετικές αντιλήψεις για τα άτομα με ψυχική ασθένεια, ή τουλάχιστον θα έχουν καλύτερη άποψη για τα άτομα αυτά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τους Wahl & Aroesty-Cohen (2010), υπάρχει ένας ικανός αριθμός ερευνών που τεκμηριώνει την υπόθεση αυτή. Στην ανασκόπηση τους, αναφέρουν τα αποτελέσματα μελετών που υποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες αποδίδουν σε μικρότερο βαθμό την ψυχική ασθένεια στην αδύναμη θέληση του πάσχοντος σε σύγκριση με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας και πως το ποσοστό των επαγγελματιών που θεωρούν τα άτομα με ψυχική ασθένεια επικίνδυνα είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με αυτό που καταγράφεται στον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, αναφέρουν πως οι επαγγελματίες κατά κανόνα αντιτίθενται στα περιοριστικά μέτρα έναντι των ψυχικά ασθενών, με την εξαίρεση της ακούσιας νοσηλείας, ενώ τρέφουν θετική στάση απέναντι στην τοποθέτηση των ατόμων με ψυχική ασθένεια εντός της κοινότητας, σε αντίθεση με την κοινή αντίληψη ότι η ύπαρξη κάποιας στεγαστικής μονάδας για ψυχικά ασθενείς υποβαθμίζει την αξία της περιοχής και θέτει σε κίνδυνο τους ντόπιους. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης τους έδειξαν επίσης πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σέβονται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχική ασθένεια σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας, καθώς επίσης και ότι οι επαγγελματίες εκφράζουν πολύ μεγαλύτερο βαθμό αισιοδοξίας σχετικά με την ανάρρωση των ασθενών συγκριτικά με τις οικογένειες αυτών.

Με την οπτική αυτή συμφωνούν, επίσης, τα ευρήματα μελέτης των Mårtensson, Jacobsson & Engström (2014) σε πληθυσμό νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, αναφέρουν πως οι αντιλήψεις των νοσηλευτών απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι θετικότερες, με την προϋπόθεση ωστόσο ότι η γνώση που απέκτησαν κατά την εκπαίδευση τους δεν περιελάμβανε στιγματιστικές αντιλήψεις. Αντιστοίχως, οι Korpera και συν. (2014) υποστηρίζουν πως οι επαγγελματίες ψυχικής

υγείας εμφανίζουν μικρότερη τάση διάκρισης εις βάρος των ατόμων με ψυχική ασθένεια και υποστηρίζουν σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό τα περιοριστικά μέτρα σε σύγκριση με μη-επαγγελματίες, και οι Del Olmo-Romero και συν. (2019) αναφέρουν πως οι επαγγελματίες υποστηρίζουν περισσότερο θετικές αντιλήψεις, που αφορούν τη συμπάθεια προς τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και την πρόθεση για παροχή βοήθειας στα άτομα αυτά, παρά αρνητικές αντιλήψεις, με μοναδική εξαίρεση την ελαφρά αυξημένη υποστήριξη του θεσμού της αναγκαστικής νοσηλείας.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η υιοθέτηση θετικών και μη στιγματιστικών αντιλήψεων από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχει εξέχουσα σημασία, τόσο για τον αγώνα κατά της αντιμετώπισης του στίγματος στην κοινότητα όσο και για την ίδια την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν στους λήπτες. Έχει βρεθεί πως οι επαγγελματίες που υιοθετούν υποστηρικτικές στάσεις και συμπεριφορές συνεισφέρουν στην αλλαγή των κυρίαρχων στιγματιστικών αντιλήψεων. Οι υποστηρικτικές αυτές απόψεις συμπεριλαμβάνουν τις έννοιες της ανάρρωσης, της ενδυνάμωσης και της πίστης στον εαυτό. Οι επαγγελματίες, σε ρόλο συμμάχου για τα άτομα με ψυχική ασθένεια, οφείλουν να υποστηρίζουν την άποψη πως τα άτομα αυτά έχουν τη δυνατότητα να αναρρώσουν και να κατακτήσουν τους στόχους τους. Η πίστη στον εαυτό είναι αυτή που προωθεί την ενδυνάμωση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία αποτελεί μια έννοια εκ διαμέτρου αντίθετη από εκείνη του στίγματος (Nieweglowski, Qin, Paniagua, & Corrigan, 2020).

Ωστόσο, σε αντίθεση με τα προαναφερθέντα, ενθαρρυντικά ευρήματα, υπάρχουν πολυάριθμες αναφορές από λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που υποστηρίζουν πως στην πραγματικότητα υπάρχει κοινωνικός στιγματισμός εντός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Flanagan, Corrigan, & Davidson, 2010), με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών να μην διαφέρουν από εκείνες του γενικού πληθυσμού ή να είναι ακόμη πιο αρνητικές (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013; Nieweglowski, Qin, Paniagua, & Corrigan, 2020). Μάλιστα, αρκετά άτομα με ψυχική ασθένεια μαρτυρούν πως η επαφή τους με επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελείται από κάποιες από τις πιο στιγματιστικές εμπειρίες που έχουν βιώσει (Loch, και συν., 2013; Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013).

Τα παράπονα των ληπτών υπηρεσιών αφορούν ποικίλες συμπεριφορές διάκρισης που αφορούν (Del Olmo-Romero, και συν., 2019):

- Χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών,
- Διαγνωστική ετικετοποίηση,
- Απαισιοδοξία σχετικά με τις θεραπευτικές εκβάσεις,
- Έλλειψη ενημερωμένης συγκατάθεσης,
- Ορατές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής,
- Υπερβολική εστίαση στα συμπτώματα και στα φάρμακα,
- Ελλιπές ενδιαφέρον για τα προσωπικά δεδομένα και τα αναφερόμενα σωματικά συμπτώματα, και
- Πρακτικές εξανασκασμού.

Οι στιγματιστικές αντιλήψεις και πρακτικές εντός των θεραπευτικών πλαισίων οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα απογοήτευσης και μπορούν να αποθαρρύνουν τους λήπτες από την περαιτέρω εμπλοκή με την υπηρεσία (Flanagan, Corrigan, & Davidson, 2010). Άμεσες συνέπειες του γεγονότος αυτού αποτελούν η παρεμπόδιση της ανάρρωσης του ασθενούς, η χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας, η αυξανόμενη αυτοκτονικότητα και η υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Del Olmo-Romero, και συν., 2019).

Πρόσφατες ανασκοπήσεις έχουν δείξει πως αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας υποστηρίζουν κάποιες από τις προκαταλήψεις που επικρατούν στο κοινωνικό σύνολο. Μάλιστα, σε ορισμένες περιπτώσεις, και ιδιαίτερα όσον αφορά την απαισιοδοξία αναφορικά με την ανάρρωση και την επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τα άτομα με ψυχική ασθένεια, οι στάσεις των επαγγελματιών φαίνεται να είναι ακόμη και αρνητικότερες από εκείνες του γενικού πληθυσμού (Del Olmo-Romero, και συν., 2019).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Wahl & Aroesty-Cohen (2010), υπάρχει πληθώρα μελετών που υποστηρίζει την πρόταση αυτή. Ενδεικτικά, φαίνεται μια γενική τάση για την προτίμηση αρνητικών χαρακτηρισμών αναφορικά με τα άτομα με ψυχική ασθένεια από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η αντίληψη των ατόμων αυτών ως αναποτελεσματικά και ανεπιθύμητα, και μια γενικότερη δυσκολία ταύτισης με τα άτομα αυτά. Ορισμένες μελέτες που παρουσιάζονται επισημαίνουν δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση, με τους επαγγελματίες να θεωρούν πως τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια (π.χ. σχιζοφρένεια) αδυνατούν να εμπλακούν σε μια συνεργατική θεραπευτική σχέση και να αποφεύγουν συστηματικά να ενημερώνουν τους ασθενείς

με σοβαρή ψυχοπαθολογία σχετικά με τη διάγνωση τους. Ταυτόχρονα, αναφέρεται μια σχετική απαισιοδοξία αναφορικά με τη δυνατότητα ανάρρωσης των ατόμων με ψυχική ασθένεια και τη δυνατότητα αυτόνομης διαβίωσης των ασθενών, με σημαντικά ποσοστά επαγγελματιών να υποστηρίζουν απόψεις όπως «Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα έπρεπε να παντρεύονται/να αποκτούν παιδιά/να ψηφίζουν». Τέλος, οι αρνητικές αντιλήψεις των επαγγελματιών γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς στις μετρήσεις με κλίμακες κοινωνικής απόστασης. Σε τέτοιου είδους εκτιμήσεις, ακόμα και αν οι γενικότερες απόψεις τους απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι θετικές, τείνουν να αναφέρουν επιθυμία για μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση όσο αυξάνεται η εγγύτητα της προτεινόμενης κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρονται επίσης από τους Nieweglowski και συν. (2020), που προσθέτουν πως στην περίπτωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας η αυξημένη εγγύτητα με τους ασθενείς συσχετίζεται θετικά με το κοινωνικό στίγμα, σε αντίθεση με όσα προτείνει η βιβλιογραφία για την επαφή των ασθενών με τον γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η εγγύτητα φαίνεται να αυξάνονται και οι στιγματιστικές αντιλήψεις. Μια ενδεχόμενη ερμηνεία αυτού του ευρήματος είναι πως οι επαγγελματίες ενδέχεται να πραγματοποιούν διακρίσεις σε βάρος των ατόμων με ψυχική ασθένεια λόγω μιας αντιλαμβανόμενης ευθύνης για την φροντίδα τους. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες που υποστηρίζουν στερεότυπα ευγενικής μεταχείρισης (benevolence) των ασθενών ενδέχεται να αισθάνονται υπεύθυνοι για την προστασία τους και για τη λήψη σωστών αποφάσεων για λογαριασμό των ατόμων αυτών. Ως αποτέλεσμα, όμως, αυτές οι αντιλήψεις και συμπεριφορές μπορούν να υπονομεύσουν την αυτονομία του ατόμου με ψυχική ασθένεια και την ικανότητα του να ανακάμψει.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι παρόλο που οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι και οι ίδιοι θύματα στιγματιστικών στάσεων και συμπεριφορών λόγω του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, παραδόξως συνεισφέρουν και οι ίδιοι στην παραγωγή και διαιώνιση του στίγματος (Del Olmo-Romero, et al., 2019).

Έχει αναφερθεί πως οι στάσεις των επαγγελματιών επηρεάζονται από κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και από παράγοντες που αφορούν την οικειότητα και την επαφή με άτομα με ψυχική ασθένεια (Mårtensson, Jacobsson, & Engström, 2014; Kopera, και

συν., 2014). Επίσης, οι Del Olmo-Romero και συν. (2019) αναφέρουν πως ενδεχομένως οι πολιτισμικοί παράγοντες ασκούν ακόμη πιο ισχυρή επίδραση στις αντιλήψεις των επαγγελματιών.

Επιπλέον, πολύ σημαντικό είναι να λάβουμε υπόψη ότι οι επαγγελματίες διαφέρουν όσον αφορά την ειδικότητα, το θεωρητικό μοντέλο που ακολουθούν, τον φορέα εργασίας, το επίπεδο της ευθύνης που αναλαμβάνουν, αλλά και την ποσότητα και την ποιότητα της επαφής τους με τους ασθενείς, χαρακτηριστικά τα οποία δύνανται να έχουν επίδραση στη διαμόρφωση των στάσεων των επαγγελματιών. Μελέτες που πραγματοποίησαν σύγκριση μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών έχουν δώσει ανάμικτα αποτελέσματα, με μικρές ή και μεγάλες διαφορές ανάλογα με την ειδικότητα, τα έτη εργασίας στον κλάδο, τον φορέα εργασίας, κ.λπ. (Del Olmo-Romero, και συν., 2019; Mårtensson, Jacobsson, & Engström, 2014; Henderson, και συν., 2014).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε πως υπάρχουν ανάμικτα αποτελέσματα αναφορικά με τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Τα ευρήματα που σχετίζονται με αρνητικές αντιλήψεις από πλευράς των επαγγελματιών γεννούν ανησυχία για τις πιθανές συνέπειες των στάσεων αυτών στην παρεχόμενη φροντίδα. Ταυτόχρονα, οι αρνητικές αυτές απόψεις δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για τη συνεχιζόμενη έκφραση αρνητικών απόψεων αναφορικά με την ψυχική ασθένεια από το κοινωνικό σύνολο (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη πάνω στις αντιλήψεις των επαγγελματιών και για την εξέταση ενδεχόμενων τροποποιήσεων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών, έτσι ώστε να ενθαρρύνεται η ανάπτυξη θετικών απόψεων και να αντιμετωπίζονται οι προκαταλήψεις που ενδέχεται να έχουν αποκτήσει οι εκπαιδευόμενοι επαγγελματίες κατά την κοινωνικοποίησή τους σε νεαρότερη ηλικία.

1.6.5 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας στην Ελλάδα

Η έρευνα για το στίγμα της ψυχικής υγείας στην ελληνική κουλτούρα δεν είναι τόσο ευρεία όσο η αντίστοιχη διεθνής βιβλιογραφία. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία,

ωστόσο, μαζί με την πρόσφατη ανασκόπηση των Tzounara, Papadopoulos & Randhawa (2016), μας δίνουν μια σχετικά αντιπροσωπευτική εικόνα για τις αντιλήψεις των Ελλήνων για τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Λόγω του περιορισμένου αριθμού της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, και για την καλύτερη κατανόηση των ευρημάτων, κρίνεται σκόπιμη μια πιο αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων των μελετών.

Αρχικά, οι έρευνες που αφορούν τις στάσεις του γενικού πληθυσμού δείχνουν μια γενικότερη τάση έκφρασης ορισμένων στιγματιστικών αντιλήψεων και επιθυμίας για κοινωνική απόσταση από τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Αναφορικά με τις γενικότερες στάσεις, οι Melissa και συν. (2006), σε δείγμα Αθηναίων και κατοίκων επαρχιακών πόλεων στην Πελοπόννησο και την Ήπειρο, παρά το γεγονός ότι εντόπισαν γενικώς θετικές στάσεις στο 83% των συμμετεχόντων, παρατηρούν ότι το 69,5% δεν θα αποδέχονταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια στον χώρο εργασίας ή στον κοινωνικό κύκλο τους, το 74,1% δεν θα τους εμπιστευόνταν ως παρόχους υπηρεσιών, το 50,1% δεν θα τους επέλεγε ως ενοικιαστές, ενώ το 31,2% θεωρούσε πως τα άτομα αυτά δεν είναι ικανά να λάβουν επαρκή εκπαίδευση και το 62,1% δικαιολογούσε το διαζύγιο λόγω ψυχικής ασθένειας του συζύγου. Οι Mouzas, Angelopoulos & Liakos (2008) συνέκριναν τις απόψεις κατοίκων των πόλεων και της επαρχίας της βορειο-δυτικής Ελλάδας. Οι τελευταίοι εξέφρασαν αρνητικότερες στάσεις συγκριτικά με τους κατοίκους των αστικών κέντρων. Γενικά, οι συμμετέχοντες εξέφραζαν έντονες στάσεις διάκρισης και μέτρια επιθυμία για τον κοινωνικό περιορισμό των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Διατείνονταν, ωστόσο, θετικά αναφορικά με την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών και ανέφεραν επιθυμία βελτίωσης της κοινωνικής φροντίδας και των υποστηρικτικών συστημάτων. Οι Madianos και συν. (2012), σε αντιπροσωπευτικό δείγμα σε εθνικό επίπεδο, εντόπισαν μέτρια επίπεδα στίγματος. Ωστόσο, και σε αυτήν την μελέτη επαναλαμβάνεται το εύρημα ότι οι κάτοικοι της επαρχίας εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα στίγματος σε σχέση με τους κατοίκους της πρωτεύουσας.

Οι έρευνες που αξιοποιούν τη χρήση βινιετών μας βοηθούν επίσης να αποκτήσουμε μια καλύτερη εικόνα για τις απόψεις του γενικού πληθυσμού. Μελέτη της Zissi (2006) με συμμετέχοντες μέλη επαρχιακής κοινότητας, έδειξε ότι παρόλο που αναγνώριζαν τα ψυχιατρικά συμπτώματα ήταν απρόθυμοι να αποδώσουν συμπτώματα όπως άγχος και καταθλιπτική διάθεση σε κάποια ψυχική διαταραχή, επιλέγοντας να τα

προσδιορίσουν ως απλά ζητήματα της καθημερινότητας (π.χ. προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις). Αντίθετα, αντιμετώπιζαν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως η παράνοια, ως σοβαρό πρόβλημα που οφείλεται στην ύπαρξη ψυχικής διαταραχής.

Αναφορικά με τις έρευνες που χρησιμοποίησαν δείγμα ομογενών Ελλήνων, και αυτοί φαίνεται να εκφράζουν αρκετά στιγματιστικές αντιλήψεις, σε σύγκριση με άλλες εθνικότητες. Οι Papadopoulos, Leavey & Vincent (2002) εντόπισαν υψηλότερα επίπεδα απολυταρχικών αντιλήψεων και επιθυμία για κοινωνικό περιορισμό των ατόμων με ψυχική ασθένεια στους Έλληνες ομογενείς σε σύγκριση με τους Άγγλους. Επιπλέον, οι Έλληνες ήταν πολύ λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά ως άτομα ικανής ευφυΐας. Ωστόσο, εξέφρασαν θετικές αντιλήψεις αναφορικά με την προσφορά βοήθειας στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Αντίστοιχα αποτελέσματα απέδωσε και η μελέτη των Papadopoulos, Foster & Caldwell (2013), όπου το δείγμα των Ελλήνων ομογενών συγκρίθηκε με Άγγλους και Αμερικανούς συμμετέχοντες.

Ιδιαίτερα σημαντικές είναι επίσης οι απόψεις των Ελλήνων εργοδοτών και ιδιοκτητών επιχειρήσεων, καθώς αυτές καθορίζουν την πρόθεση τους για προσφορά εργασίας σε άτομα με ψυχική ασθένεια. Έρευνα των Zissi και συν. (2007) σε ημιαστικές περιοχές δύο ελληνικών νησιών έδειξε ότι οι εργοδότες τρέφουν σε σημαντικό βαθμό αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα, το 52% των ερωτώμενων ανέφεραν αρνητικές απόψεις απέναντι στα άτομα με ιστορικό νοσηλείας για σχιζοφρένεια, με το αντίστοιχο ποσοστό για την κατάθλιψη να βρίσκεται στο 48%. Το 89% θεωρούσε πως τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν πιθανότητες να βρουν μόνιμη εργασία. Αντίστοιχα, το 84% είχε παρόμοια αντίληψη για τα άτομα με κατάθλιψη. Τέλος μόνο το 27,5% των ερωτώμενων θα ήταν διατεθειμένοι να προσλάβουν ένα άτομο με σχιζοφρένεια και το 34% θα έδινε δουλειά σε ένα άτομο με κατάθλιψη.

Δύο ακόμη πληθυσμοί, των οποίων η μελέτη μπορεί να προσφέρει πολύτιμα αποτελέσματα είναι οι μαθητές, ως μελλοντικά ενεργά μέλη της κοινωνίας, και οι φοιτητές, ως εκπαιδευόμενοι επαγγελματίες υγείας. Μελέτη των Economidou και συν. (2012a) αξιολόγησε τις υφιστάμενες απόψεις μαθητών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τα άτομα με σχιζοφρένεια, πριν από την πραγματοποίηση εκπαιδευτικής παρέμβασης. Αναφορικά με τη συμπτωματολογία των ατόμων αυτών,

το 80,1% των μαθητών θεωρούσε πως είναι αναμενόμενο από ένα άτομο με σχιζοφρένεια να μιλάει μόνο του και να φωνάζει σε δημόσιους χώρους, ενώ το 70,9% πίστευε πως τα άτομα αυτά υποφέρουν από διχασμένη ή πολλαπλές προσωπικότητες. Η εκτίμηση τους για τη λειτουργικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια ήταν επίσης αρκετά αρνητική. Το 81,2% θεωρούσε πως τα άτομα αυτά αδυνατούν να εργαστούν σε μόνιμη βάση, το 51,3% αντιλαμβανόταν τα άτομα με σχιζοφρένεια ως επικίνδυνα και το 50,5% ως ενοχλητικά. Τέλος, σχετικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση, το 86,8% ανέφερε πως δεν θα επιθυμούσε κάποια ρομαντική σχέση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, το 81,9% δεν θα συγκατοικούσε προσωρινά μαζί του σε εκδρομή, το 35,6% θα έβρισκε ενοχλητική τη συμμετοχή ενός ατόμου με σχιζοφρένεια στην ίδια τάξη και το 46,8% θα φοβόταν να ξεκινήσει διάλογο μαζί του. Ωστόσο, το 41,1% των μαθητών ανέφερε πως θα καλούσε ένα άτομο με σχιζοφρένεια σε πάρτι, το 67,2% θεωρούσε πως τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να είναι δημιουργικά, το 68% πίστευε πως τα άτομα αυτά μπορούν να θεραπευθούν στην κοινότητα, ενώ το 70,5% ανέφερε πως θα ξεκινούσε μια φιλία με ένα άτομο με σχιζοφρένεια.

Υπάρχει μεγαλύτερος όγκος μελετών σχετικά με τις απόψεις των φοιτητών που σπουδάζουν σε σχολές που υπάγονται στις επιστήμες υγείας. Οι μελέτες αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές, διότι προδιαγράφουν τις μελλοντικές στάσεις τους ως επαγγελματίες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες σε σχολές ιατρικής και νοσηλευτικής, στην Αθήνα και στην επαρχία. Οι Madianos και συν. (2005), σε πληθυσμό φοιτητών νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και προ εκπαιδευτικής παρέμβασης, εντόπισαν σχετικά θετικές απόψεις σχετικά με την κοινωνική φροντίδα των ατόμων με ψυχική ασθένεια και θετικές αντιλήψεις αναφορικά με την αιτιολογία των διαταραχών. Ωστόσο, αναφέρθηκαν μετρίως στιγματιστικές στάσεις σε σχέση με τον κοινωνικό περιορισμό, την κοινωνική ένταξη και τις κοινωνικές διακρίσεις.

Αναφορικά με τους φοιτητές ιατρικής, οι Arvanity και συν (2009) αξιολόγησαν τις αντιλήψεις φοιτητών της Ιατρικής Σχολής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Το 30% των ερωτώμενων θεωρούσε πως τα άτομα που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι επικίνδυνα και το 21,3% θεωρούσε πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν πρέπει να παντρεύονται, ακόμα και αν η διαταραχή τους βρίσκεται σε ύφεση. Το 49,3% θεωρούσε πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια πρέπει να

νοσηλεύονται σε διαφορετικά νοσοκομεία από τον γενικό πληθυσμό και το 38,4% πίστευε πως άτομα που νοσηλεύονται για ψυχική ασθένεια δεν πρέπει να έχουν δικαίωμα ψήφου. Σε μια παρόμοια έρευνα, οι Economidou και συν. (2012b) διερεύνησαν τις στάσεις φοιτητών Ιατρικής πριν από την έναρξη μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια. Στην πλειοψηφία τους, οι φοιτητές εξέφρασαν αρνητικές απόψεις. Το 83,8% θεωρούσε τα άτομα με σχιζοφρένεια απρόβλεπτα, το 85,2% θεωρούσε αναμενόμενο το να μιλούν μόνα τους και να φωνάζουν σε δημόσιους χώρους, το 43,9% τους θεωρούσε ενοχλητικούς, και το 93,5% πίστευε πως είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση, το 94,6% δήλωσε πως δεν θα παντρευόταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια, το 78,6% ανέφερε ταραχή στην ιδέα μιας ενδεχόμενης συγκατοίκησης με ένα τέτοιο άτομο, το 69,9% θεωρούσε πως δεν θα μπορούσε να διατηρήσει φιλική σχέση μαζί τους, το 85% δεν θα τους εμπιστευόταν αρκετά ώστε να τους δανείσει κάποιο αντικείμενο. Από την άλλη πλευρά, το 51,6% δήλωσε πως τα άτομα αυτά μπορούν να εργαστούν σε μόνιμη βάση, το 56,5% θα τους δεχόταν ως ενοικιαστές και το 49,3% θα ξεκινούσε φιλία με ένα άτομο με σχιζοφρένεια. Επιπλέον, σε μεγάλο βαθμό οι φοιτητές διαφώνησαν με την κοινή αντίληψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι «τεμπέληδες και ανεύθυνοι» (96,1%), την άποψη ότι τα άτομα αυτά έχουν χαμηλή νοημοσύνη (93,5%) και τη στάση ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε κακή ανατροφή (93,5%).

Αναφορικά με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα με ψυχική ασθένεια, έχουν επίσης πραγματοποιηθεί ορισμένες μελέτες. Μελέτη των Arvanity και συν (2009) διερεύνησε τις απόψεις εργαζομένων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης. Η άποψη ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι επικίνδυνα υποστηρίχθηκε από το 14,4% των γιατρών, το 24% των νοσηλευτών και το 20,1% των συμμετεχόντων από άλλες ειδικότητες. Σε σημαντικό ποσοστό, οι εργαζόμενοι θεωρούσαν ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν πρέπει να παντρεύονται ακόμα και αν η διαταραχή τους βρίσκεται σε ύφεση (30% των γιατρών, 53,8% των νοσηλευτών και 32,6% των άλλων ειδικοτήτων), ότι τα άτομα αυτά δεν πρέπει να νοσηλεύονται στα ίδια νοσοκομεία με τον γενικό πληθυσμό (35,5% των γιατρών, 60,7% των νοσηλευτών και 56,7% των άλλων ειδικοτήτων), και ότι τα άτομα που νοσηλεύονται με ψυχική ασθένεια δεν πρέπει να έχουν δικαίωμα ψήφου (30,2% των γιατρών, 31,5% των νοσηλευτών και 23% των άλλων ειδικοτήτων). Εξέφρασαν

θετικότερες στάσεις αναφορικά με τους άξονες της κοινωνικής ενσωμάτωσης, του κοινωνικού περιορισμού και της κοινωνικής φροντίδας, ενώ αρνητικότερες ήταν οι στάσεις τους στους άξονες των κοινωνικών διακρίσεων και της αιτιολογίας των διαταραχών. Οι γιατροί εξέφρασαν τις πιο απολυταρχικές αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια, ενώ οι νοσηλευτές είχαν τις πιο αρνητικές απόψεις σε σχέση με την κοινωνική διάκριση και τον κοινωνικό περιορισμό. Πιο πρόσφατα, οι Saridi και συν. (2017) μελέτησαν τις στιγματιστικές απόψεις επαγγελματιών υγείας από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου απέναντι στην κατάθλιψη. Παρόλο που οι συμμετέχοντες εξέφρασαν θετικότερες απόψεις αναφορικά με τις ικανότητες των ατόμων με ψυχική ασθένεια, φάνηκε πως διατηρούν ως ένα βαθμό κάποιες στερεοτυπικές αντιλήψεις. Στον συγκεκριμένο πληθυσμό, οι θετικότερες αντιλήψεις εκφράστηκαν από τους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους νοσηλευτές.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί η μελέτη των Psarra, Sestrini & Santa (2008) που αξιολόγησε τις αντιλήψεις μιας ακόμη ομάδας επαγγελματιών: των αστυνομικών που συνοδεύουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια στα Επείγοντα των Ψυχιατρικών Κλινικών σε περιστάσεις αναγκαστικής νοσηλείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 64,9% των συμμετεχόντων θεωρούσε πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια συχνά εκδηλώνουν βίαιες και απειλητικές συμπεριφορές, ενώ το 24,8% πίστευε πως συχνά τα άτομα αυτά διαπράττουν εγκλήματα. Επιπλέον, σε πολύ μεγάλα ποσοστά οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι τα άτομα αυτά είναι ενοχλητικά (90,3%) και πως έχουν συχνά αφρόντιστη και ρυπαρή εξωτερική εμφάνιση (95,5%). Αναφορικά με την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια, το 67,4% των αστυνομικών υποστήριξε ότι πρέπει να νοσηλεύονται με διαρκή επίβλεψη, το 61% θεωρούσε πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι πολύ πιο επικίνδυνα από τα μέλη του γενικού πληθυσμού, ενώ το 26,3% αντιμετώπιζε τα άτομα που νοσηλεύονται σε ψυχιατρική κλινική ως πιο επικίνδυνα από τα άτομα που έχουν καταδικαστεί για κάποια εγκληματική πράξη. Μόνο σε πολύ μικρό ποσοστό πίστευαν οι συμμετέχοντες πως τα άτομα αυτά μπορούν να παντρευτούν και να αποκτήσουν παιδιά (20,1%) και να ζουν αυτόνομα (20%). Αντίθετα, όμως, το 53,5% πίστευε πως τα άτομα με ψυχική ασθένεια μπορούν να διατηρήσουν φιλίες και το 52,9% θεωρούσε πως τα άτομα αυτά είναι ικανά να εκφράσουν δημιουργικότητα.

Τέλος, ιδιαίτερα περιορισμένη φαίνεται να είναι και η μελέτη αναφορικά με τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τα αποτελέσματα όμως των μέχρι τώρα ερευνών είναι εξέχουσας σημασίας για την κατανόηση των αντιλήψεων του σημαντικού αυτού πληθυσμού. Σύμφωνα με την Παπακώστα-Γάκη (2015), οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας φαίνονται να επηρεάζονται από την επαγγελματική τους ικανοποίηση. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ικανοποίηση από το επάγγελμα, τόσο πιο στιγματιστικά αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια και διάκινεται θετικότερα υπέρ των περιοριστικών μέτρων στην ψυχιατρική φροντίδα. Επιπλέον, εμφανίζουν απροθυμία έκφρασης θετικών απόψεων απέναντι στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, στις προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στις πρωτοβουλίες για ενδυνάμωση των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Αντίθετα, οι Σημαντήρη (2018) και Τσιόλκα (2019) εντόπισαν γενικευμένες θετικές αντιλήψεις μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ελάχιστη επιθυμία για κοινωνική απόσταση. Σύμφωνα με την Σημαντήρη (2018), οι στάσεις και η επιθυμητή κοινωνική απόσταση εμφανίζουν σημαντική συσχέτιση με τις αντιλήψεις απέναντι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κατανόηση του μοντέλου της ανάρρωσης. Η μελέτη της Τσιόλκα (2019) αναδεικνύει επίσης το γεγονός πως η ενσυναίσθηση φαίνεται να εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με τις θετικές στάσεις προς τα άτομα με ψυχική ασθένεια, με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς να παρουσιάζουν τις θετικότερες αντιλήψεις. Τέλος, οι Economidou και συν. (2020) σε μελέτη με εργαζόμενους στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής, εντόπισαν γενικότερες θετικές αντιλήψεις, με τις αρνητικές στάσεις να περιορίζονται σε απαισιόδοξες πεποιθήσεις σχετικά με την ανάρρωση των ασθενών, τη δυσκολία αντίληψης των ασθενών ως όμοιων με τους υπόλοιπους ανθρώπους και στην επιθυμία των επαγγελματιών για κοινωνική απόσταση όσον αφορά τις στενές κοινωνικές επαφές. Το επάγγελμα και η προσωπική εμπειρία επαφής με την ψυχική ασθένεια επηρέασαν τις στάσεις των επαγγελματιών, με τους ψυχολόγους να εκφράζουν τις θετικότερες στάσεις και τους νοσηλευτές να φέρουν τις αρνητικότερες απόψεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Φαίνεται, λοιπόν, πως τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα ρίχνουν φως σε δύο αντίθετες διαστάσεις του υπό μελέτη ζητήματος.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα των μελετών για τον ελληνικό πληθυσμό δείχνουν αυξημένα επίπεδα κοινωνικού στίγματος, αν και ορισμένες θετικές στάσεις

του κοινωνικού συνόλου παρέχουν πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη μιας συγκρατημένης αισιοδοξίας για την μελλοντική βελτίωση της ευρύτερης αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα για τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και των αστυνομικών, αναφορικά με τα εκφραζόμενα ποσοστά στιγματιστικών αντιλήψεων που υιοθετούνται από αυτούς τους πληθυσμούς και παρά το γεγονός ότι εκφράζονται και θετικές απόψεις αναφορικά με ορισμένους παράγοντες, δημιουργούν ιδιαίτερη ανησυχία αν λάβει κανείς υπόψη τη συχνότητα με την οποία έρχονται σε επαφή με άτομα ψυχικής υγείας, τις επιδράσεις των στάσεων τους στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και στην αναζήτηση φροντίδας από τα άτομα με ψυχική ασθένεια, καθώς και την επιρροή των αντιλήψεων τους στην κοινή γνώμη.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη που παρουσιάζεται είναι συγχρονική – διατμηματική, και ακολουθεί τις αρχές της μεθοδολογίας ποσοτικής έρευνας.

2.1. ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τους σκοπούς της έρευνας, χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες ένα ερωτηματολόγιο σε ηλεκτρονική μορφή, με τη χρήση της διαδικτυακής πλατφόρμας Google Forms. Η φόρμα τους ερωτηματολογίου διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες μέσω μαζικών e-mail και μέσω ανάρτησης σε πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα μεταξύ Δεκεμβρίου 2019 και Ιουνίου 2020.

2.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από δύο ερευνητικά εργαλεία και παρατίθεται στο σύνολο του στο Παράρτημα 1.

2.2.1. Ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών στοιχείων

Πρόκειται για μια σύντομη φόρμα, κατασκευασμένη από την ερευνήτρια, αποτελούμενη από ερωτήσεις μικτού τύπου (κλειστής και ανοιχτής συμπλήρωσης), με την οποία συλλέγονται κάποια βασικά κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του κάθε συμμετέχοντος: φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα, κλάδος και φορέας εργασίας, έτη προϋπηρεσίας στον κλάδο. Περιλαμβάνονται επίσης ερωτήσεις σχετικά με το ενδεχόμενο ύπαρξης ψυχικής ασθένειας στον ίδιο τον συμμετέχοντα ή στο οικογενειακό του περιβάλλον (βλ. Παράρτημα 1).

2.2.2. Κλίμακα Απόψεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Ασθένεια (Attitudes of Severe Mental Illness scale - ASMI)

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει αναπτυχθεί από τους Madianos και συν. (2012) και αξιολογεί τις προσωπικές απόψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια (παρατίθεται πλήρες στο Παράρτημα 1). Αποτελείται από 30 ερωτήσεις, η καθεμία από τις οποίες συνιστά μια άποψη. Απαντάται σε 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert («Συμφωνώ» [4], «Μάλλον συμφωνώ» [3], «Μάλλον διαφωνώ» [2], «Διαφωνώ» [1], «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» [0]), ενώ ο χρόνος αξιολόγησης τοποθετείται στο παρόν (Madianos, et al., 2012; Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012). Οι απαντήσεις υπάγονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- A. Στερεότυπα (Stereotyping): κατηγορία αποτελούμενη από 11 λήμματα που αφορούν συχνά υιοθετούμενες αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την σοβαρή ψυχική ασθένεια.
- B. Αισιοδοξία (Optimism): κατηγορία αποτελούμενη από 6 λήμματα, που αφορούν θετικές πεποιθήσεις και στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική ασθένεια και τους ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια.
- Γ. Αντιμετώπιση (Coping): κατηγορία αποτελούμενη από 7 λήμματα, που αντιστοιχούν σε στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας και του στίγματος που συσχετίζεται με αυτή.
- Δ. Κατανόηση (Understanding): κατηγορία αποτελούμενη από 6 λήμματα, που περιγράφουν τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το πώς αισθάνεται ή τι σκέφτεται για την ασθένειά του το άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Τα ερωτηματολόγια βαθμολογούνται ανάλογα με τις απαντήσεις που δίνονται από τους συμμετέχοντες, και τα μεγαλύτερα σκορ υποδεικνύουν μη στιγματιστικές στάσεις και απόψεις, ενώ τα μικρότερα σκορ υποδεικνύουν στιγματιστικές αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Ορισμένα λήμματα είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε βαθμολογούνται αντίστροφα, για την αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος.

Η κλίμακα ASMI έχει αναπτυχθεί στα Ελληνικά και έχει δοκιμαστεί σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.039 ατόμων μέσω τηλεφωνικής χορήγησης. Έχει εκτιμηθεί

πως το εργαλείο αυτό εμφανίζει υψηλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, φαινομενική εγκυρότητα και προβλεπτική εγκυρότητα. Ταυτόχρονα, η κλίμακα αυτή εμφανίζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (με τον δείκτη Cronbach's α να κυμαίνεται από $\alpha=0,79$ έως $\alpha=0,86$ μεταξύ των παραγόντων) και υψηλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (με τον δείκτη Pearson's r να κυμαίνεται από $r=0,89$ έως $r=0,92$ μεταξύ των επαναλαμβανόμενων ελέγχων των διαφόρων παραγόντων) (Madianos, και συν., 2012). Το εργαλείο αυτό έχει έκτοτε χρησιμοποιηθεί σε ορισμένες μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς, ενώ πρόσφατα χορηγήθηκε σε κάποιες έρευνες με πληθυσμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Παπακώστα-Γάκη, 2015; Σημαντήρη, 2018; Τσιόλκα, 2019; Economou et al., 2020).

2.3. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Όπως και σε κάθε άλλη μελέτη στον κλάδο της ψυχικής υγείας, εγείρονται κάποια σημαντικά ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Αρχικά, τίθεται το ζήτημα της ενημέρωσης των συμμετεχόντων σχετικά με το αντικείμενο της μελέτης. Πριν από την έναρξη της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, παρουσιάστηκε στον κάθε συμμετέχοντα ένα κείμενο ενημέρωσης και συγκατάθεσης (βλ. Παράρτημα 2), όπου αναφέρονταν ο σκοπός και το αντικείμενο της μελέτης, καθώς και στοιχεία σχετικά με την εμπιστευτικότητα των συλλεγόμενων πληροφοριών και το δικαίωμα απόσυρσης της συμμετοχής τους από τη μελέτη. Επιπλέον, στο έντυπο αναγράφονταν τα στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή, προκειμένου να μπορούν οι συμμετέχοντες να επικοινωνήσουν για οποιοδήποτε λόγο σχετικό με την έρευνα. Δεδομένης της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πως καθαυτή η συμπλήρωση και υποβολή του ερωτηματολογίου στον ερευνητή αποτελεί συγκατάθεση.

Συμπληρωματικά, σχετικά με την εμπιστευτικότητα των συλλεγόμενων πληροφοριών, κατέστη ξεκάθαρο στον κάθε συμμετέχοντα ότι οποιαδήποτε πληροφορία θα συλλεγεί ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Δεν συνελέγησαν στοιχεία ταυτότητας, όπως το ονοματεπώνυμο ή στοιχεία επικοινωνίας που θα μπορούσαν να ταυτοποιήσουν τον συμμετέχοντα.

Τέλος, γνωστοποιήθηκε σε κάθε συμμετέχοντα το γεγονός ότι, σε οποιοδήποτε σημείο της ερευνητικής διαδικασίας και μέχρι και την υποβολή του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου στον ερευνητή, διατηρούνται το δικαίωμα απόσυρσης της συμμετοχής του από τη μελέτη. Στην περίπτωση αυτή, η φόρμα δεν θα διατηρούσε κανένα από τα στοιχεία που είχαν εισάγει μέχρι στιγμής.

2.4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Παρά την ύπαρξη ορισμένων μελετών αναφορικά με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας στην Ελλάδα, η υπάρχουσα βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά περιορισμένη, ιδιαίτερος όσον αφορά τις αντιλήψεις των επαγγελματιών που απασχολούνται στον κλάδο ψυχικής υγείας. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της ενδεχόμενης ύπαρξης στιγματιστικών αντιλήψεων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας απέναντι στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Η ύπαρξη καθαυτή μιας ψυχικής ασθένειας φαίνεται να είναι αρκετή για τη δημιουργία προκαταλήψεων απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα. Αν προστεθεί, ωστόσο, ο παράγοντας της εκ του πλησίον και καθημερινής συναναστροφής με άτομα που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια, μιας κατάστασης τόσο έντονα επιφορτισμένης με αντιλήψεις όχι μόνο επιθετικότητας και επικινδυνότητας αλλά και αδυναμίας λήψης αποφάσεων, πώς διαμορφώνονται οι στάσεις των επαγγελματιών απέναντι στους ανθρώπους αυτούς;

Συγκεκριμένα, θα γίνει προσπάθεια να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Πώς διαμορφώνονται οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους ψυχιατρικούς ασθενείς; Σε ποιο βαθμό φέρουν θετικές ή αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στους εξυπηρετούμενους των υπηρεσιών στις οποίες εργάζονται;
2. Παρατηρούνται διαφορές ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών;
3. Παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στις αντιλήψεις των διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών που εργάζονται στον κλάδο της ψυχικής υγείας;

Επηρεάζονται οι στάσεις των επαγγελματιών από χαρακτηριστικά όπως η επαγγελματική εμπειρία, το τομέας εργασίας ή ο φορέας απασχόλησης;

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την ανεύρεση των απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν παραπάνω, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν υπεβλήθησαν σε στατιστική ανάλυση με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS Statistics 26.

3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 235 άτομα ($N=235$), εκ των οποίων το 84,3% είναι γυναίκες και το 15,7% είναι άνδρες. Όλοι οι συμμετέχοντες είναι εργαζόμενοι στον κλάδο της ψυχικής υγείας.

Η πολυπληθέστερη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή των 26-35 ετών, που αποτελεί το 41,3% του δείγματος. Το 20% του δείγματος είναι 18-25 ετών, το 27,2% είναι 36-45 ετών, το 10,2% του δείγματος είναι 46-55 ετών, ενώ μόνο το 1,3% είναι άνω των 56 ετών. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειονότητα των συμμετεχόντων έχει λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, το 34,9% έχει ολοκληρώσει προπτυχιακό κύκλο σπουδών σε ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 52,3% των συμμετεχόντων έχει λάβει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, ενώ το 8,1% είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος. Το υπόλοιπο 4,7% έχει ολοκληρώσει την Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, χωρίς να έχει προχωρήσει στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (51,5%) διαμένει σε μεγαλούπολη, ενώ το 34,9% κατοικεί σε μικρότερη πόλη και το 13,6% ζει σε επαρχιακή περιοχή.

Τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζονται συνοπτικά στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

	N	%
Φύλο		
Ανδρας	37	15,7
Γυναίκα	198	84,3
Ηλικία		
18-25	47	20
26-35	97	41,3
36-45	64	27,2
46-55	24	10,2
56+	3	1,3
Περιοχή κατοικίας		
Επαρχία	32	13,6
Πόλη	82	34,9
Μεγαλούπολη	121	51,5
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	11	4,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ	82	34,9
Μεταπτυχιακό	123	52,3
Διδακτορικό	19	8,1

Αναφορικά με τον κλάδο εργασίας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, δηλαδή το 60%, είναι ψυχολόγοι, το 16,6% είναι νοσηλευτές, το 11,1% είναι κοινωνικοί λειτουργοί, το 8,9% είναι ψυχίατροι και το 3,4% είναι εργοθεραπευτές.

Πίνακας 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

	N	%
Ειδικότητα		
Ψυχίατρος	21	8,9
Νοσηλεύτης	39	16,6
Ψυχολόγος	141	60,0
Εργοθεραπευτής	8	3,4
Κοινωνικός Λειτουργός	26	11,1
Επαγγελματική εμπειρία		
1-5 έτη	125	53,2
5-10 έτη	50	21,3
10-20 έτη	40	17,4
20+ έτη	19	8,1
Τομέας εργασίας		
Δημόσιος τομέας	87	37,0
Ιδιωτικός τομέας	115	48,9
Και στους δύο τομείς	33	14
Φορέας εργασίας		
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο / Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	47	20,0
Κοινοτικές Δομές	65	27,7
Άλλες Δημόσιες Δομές	14	6,0
ΜΚΟ/ΑΜΚΕ	17	7,2
Μονάδες Απεξάρτησης από Ουσίες	7	3,0
Ιδιωτικοί φορείς	41	17,4
Περισσότεροι από ένας Φορείς Εργασίας	44	18,7

Από τα άτομα αυτά, αποκλειστικά στον δημόσιο τομέα έχει εργαστεί το 37%, αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα έχει εργαστεί το 48,9%, ενώ το 14% των συμμετεχόντων έχει εργασιακή εμπειρία και από τους δύο τομείς.

Αναφορικά με τους φορείς εργασίας, οι συμμετέχοντες φαίνεται να προέρχονται από πλήθος διαφορετικών επαγγελματικών πλαισίων. Το 20% εργάζεται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου. Σε άλλες δομές του δημοσίου τομέα (κυρίως στους κλάδους υγείας και πρόνοιας) απασχολείται το 6% του δείγματος της μελέτης. Σε κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας εργάζεται το 27,7% των συμμετεχόντων και το 7,2% αποτελεί προσωπικό σε ΜΚΟ/ΑΜΚΕ που δραστηριοποιούνται στον χώρο της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, το 3,0% απασχολείται σε μονάδες απεξάρτησης και πρόληψης κατά των εξαρτήσεων, ενώ το 17,4% των συμμετεχόντων απασχολείται ιδιωτικά, σε γραφείο ή ιδιωτική κλινική. Τέλος, σημειώνεται ότι αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν πως απασχολούνται σε περισσότερα από ένα πλαίσια, που σε αρκετές περιπτώσεις αντιστοιχούν σε διαφορετικές κατηγορίες από αυτές που χρησιμοποιήθηκαν για την ταξινόμηση. Συγκεκριμένα, πρόκειται για το 18,7% των συμμετεχόντων, που στις περισσότερες περιπτώσεις αφορούσε επαγγελματίες που απασχολούνται ταυτόχρονα σε κάποιον νοσοκομειακό ή κοινοτικό φορέα και σε ιδιωτικό γραφείο ή σε επαγγελματίες που εργάζονται ταυτόχρονα σε νοσοκομειακές μονάδες και σε κοινοτικούς φορείς.

Οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 53,2%, ξεκίνησαν πρόσφατα να εργάζονται στον κλάδο της ψυχικής υγείας, στα τελευταία 1 έως 5 χρόνια. Το 21,3% έχει απασχοληθεί στον τομέα για 5 έως 10 χρόνια, το 17,4% για 10 έως 20 χρόνια και το 8,1% για περισσότερα από 20 χρόνια.

Πίνακας 3. Σχέση των συμμετεχόντων με την ψυχική ασθένεια πέραν την επαγγελματικής τους ιδιότητας

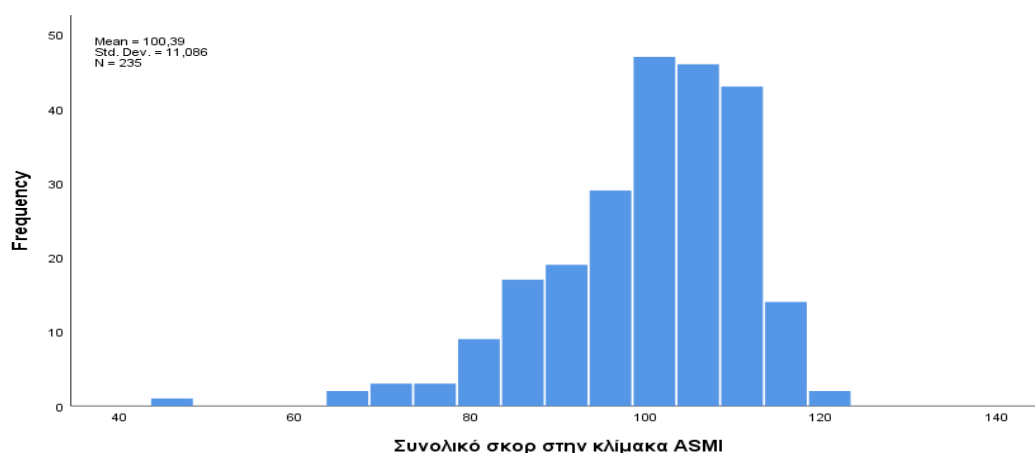
	N	%
Είμαι ο ίδιος/η ίδια άτομο με ψυχική ασθένεια		
Όχι	223	94,9
Ναι	12	5,1
Στο οικογενειακό μου περιβάλλον υπάρχει άτομο με ψυχική ασθένεια		
Όχι	156	66,4
Ναι	79	33,6

Τέλος, αναφορικά με τη σχέση των συμμετεχόντων με την ψυχική ασθένεια πέραν από την επαγγελματική τους ιδιότητα, το 33,6% ανέφερε την ύπαρξη ατόμου με ψυχική ασθένεια στο οικογενειακό του περιβάλλον και το 5,1% ανέφεραν πως πάσχουν οι ίδιοι από κάποια ψυχική ασθένεια.

3.2. ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ASMI

Αναφορικά με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 30 λήμματα της Κλίμακας Απόψεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Ασθένεια (ASMI), φαίνεται πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εξέφρασαν ιδιαίτερα θετικές αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Στην συγκεκριμένη κλίμακα, το ανώτατο σκορ που μπορεί να επιτύχει κάποιος είναι το 120, το οποίο σηματοδοτεί τις πλέον θετικές αντιλήψεις. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση μας ο μέσος όρος του συνολικού σκορ των συμμετεχόντων στην ASMI είναι Mean=100.39, με τυπική απόκλιση SD=11.086. Το υψηλότερο σκορ που παρατηρήθηκε ήταν 120 ενώ το χαμηλότερο ήταν 46. Οι συχνότητες με τις οποίες εμφανίστηκαν τα διάφορα σκορ παρουσιάζεται στο παρακάτω ιστόγραμμα:

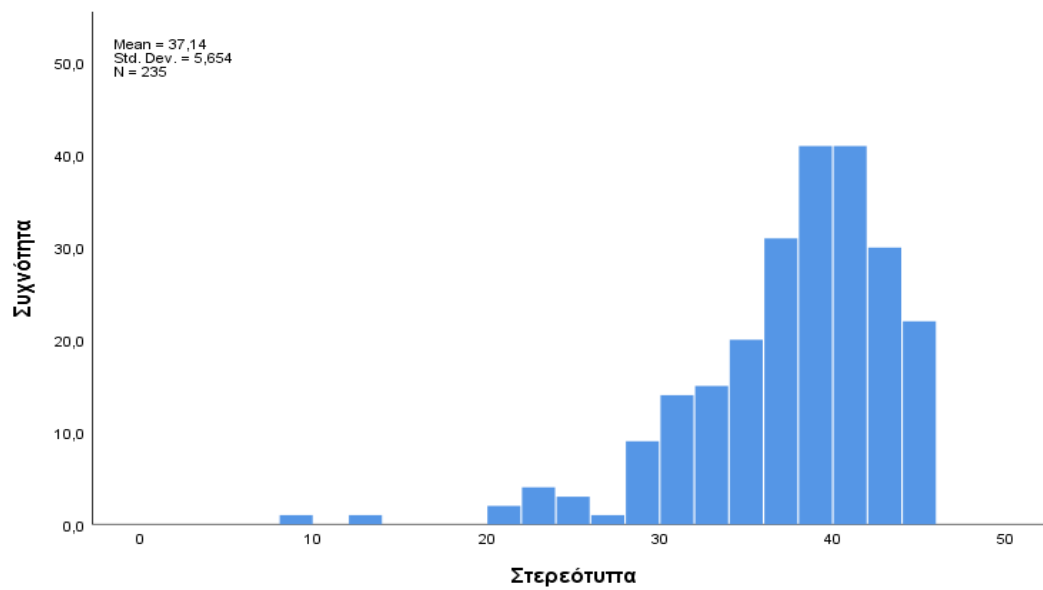
Γράφημα 1. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κλίμακα ASMI



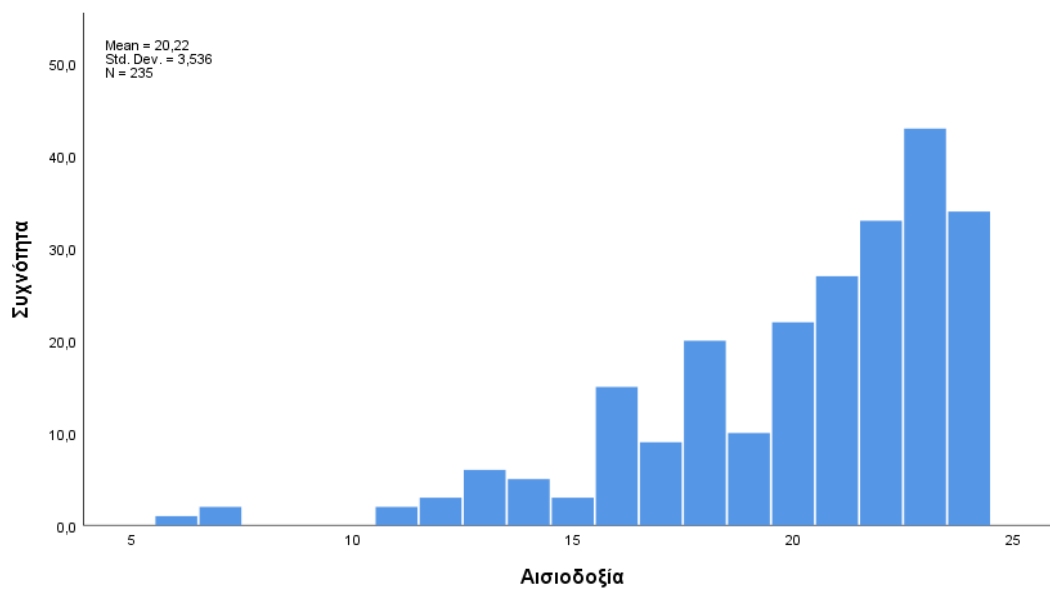
Όσον αφορά τις επιμέρους κατηγορίες του ερωτηματολογίου, και σε αυτές παρουσιάστηκαν σχετικά υψηλά σκορ. Αναλυτικότερα, στην ενότητα Στερεότυπα (όπου το μέγιστο σκορ μπορεί να είναι το 44), ο μέσος όρος του συνολικού σκορ των συμμετεχόντων είναι $Mean=37.14$, με τυπική απόκλιση $SD=5.654$. Το υψηλότερο σκορ που σημειώθηκε ήταν 44 και το ελάχιστο ήταν 9. Οι συχνότητες με τις οποίες εμφανίστηκαν τα διάφορα σκορ στον συνολικό πληθυσμό παρουσιάζεται στο σχετικό ιστόγραμμα (Γράφημα 2).

Στην ενότητα Αισιοδοξία (όπου το μεγαλύτερο δυνατό σκορ είναι το 24), ο μέσος όρος του συνολικού σκορ των συμμετεχόντων είναι $Mean=20.22$, με τυπική απόκλιση $SD=3.536$. Το υψηλότερο σκορ που παρατηρήθηκε ήταν 24 ενώ το χαμηλότερο ήταν 6. Οι συχνότητες με τις οποίες εμφανίστηκαν τα διάφορα σκορ παρουσιάζεται στο σχετικό ιστόγραμμα (Γράφημα 3).

Γράφημα 2. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Στερεότυπα



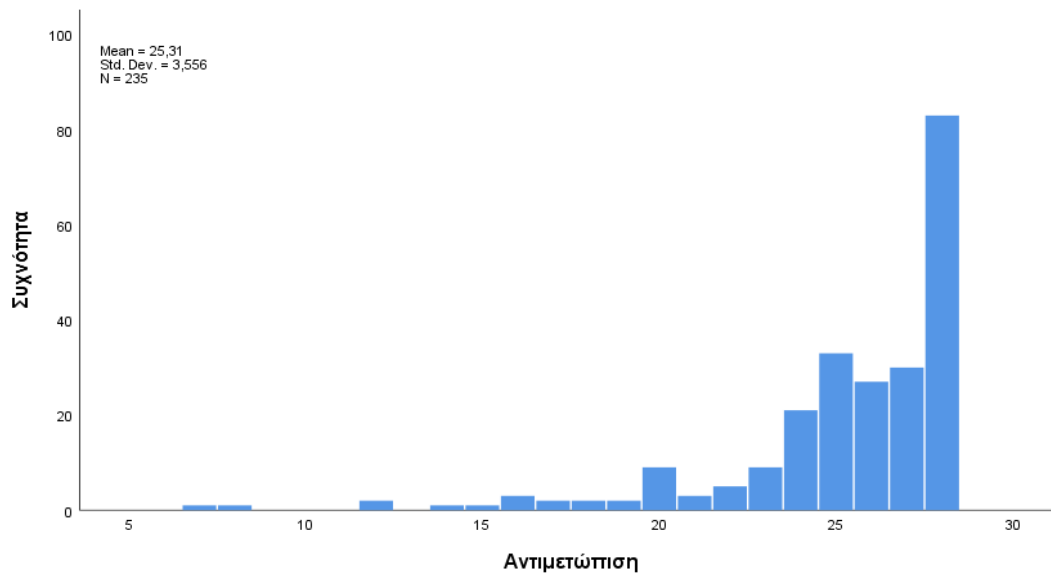
Γράφημα 3. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Αισιοδοξία



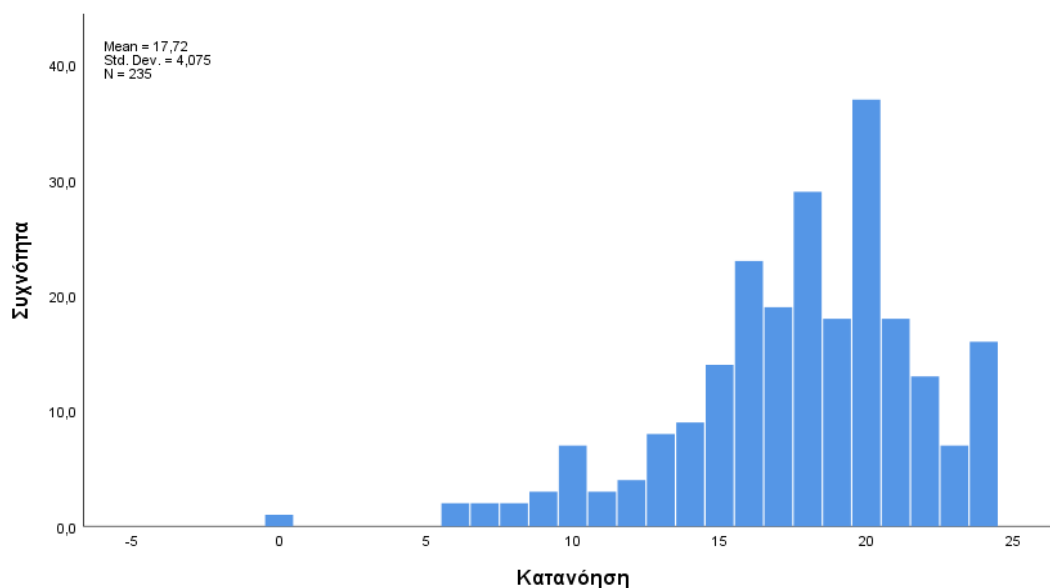
Στην ενότητα Αντιμετώπιση (με μέγιστο σκορ το 28), ο μέσος όρος του συνολικού σκορ των συμμετεχόντων είναι $Mean=25.31$, με τυπική απόκλιση $SD=3.556$. Το υψηλότερο σκορ που παρατηρήθηκε ήταν 28 ενώ το χαμηλότερο ήταν 7. Οι συχνότητες με τις οποίες εμφανίστηκαν τα διάφορα σκορ παρουσιάζεται στο σχετικό ιστόγραμμα (Γράφημα 4).

Τέλος, στην ενότητα Κατανόηση (όπου το μεγαλύτερο δυνατό σκορ είναι το 24), ο μέσος όρος του συνολικού σκορ των συμμετεχόντων είναι $Mean=17.72$, με τυπική απόκλιση $SD=4.075$. Το υψηλότερο σκορ που σημειώθηκε ήταν 24 και το ελάχιστο ήταν 0. Οι συχνότητες με τις οποίες εμφανίστηκαν τα διάφορα σκορ στον συνολικό πληθυσμό παρουσιάζεται στο σχετικό ιστόγραμμα (Γράφημα 5).

Γράφημα 4. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Αντιμετώπιση



Γράφημα 5. Κατανομή συχνότητας των σκορ του συνολικού πληθυσμού στην κατηγορία Κατανόηση



Συμπερασματικά, σε όλες τις κατηγορίες της κλίμακας ASMI σημειώθηκαν υψηλά σκορ. Αν θέλαμε, ωστόσο, να συγκρίνουμε την επίδοση των συμμετεχόντων ανάμεσα στις διάφορες ενότητες, αναφορικά με το υψηλότερο δυνατό σκορ της εκάστοτε κατηγορίας θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε πως στην ενότητα Κατανόηση οι συμμετέχοντες είχαν αισθητά χαμηλότερο σκορ από ότι στις υπόλοιπες ενότητες.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν σε κάθε ξεχωριστό λήμμα του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται αναλυτικά στον σχετικό πίνακα, ο οποίος βρίσκεται στο Παράρτημα 3.

3.3. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΟΜΑΔΩΝ

Για την πραγματοποίηση των συγκρίσεων μεταξύ των διαφορετικών ομάδων που δημιουργούνται στη βάση των διάφορων μεταβλητών που μετρήθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι έλεγχοι για δύο ή περισσότερες ομάδες, ανάλογα με την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.

Αρχικά, πριν από όλες τις επαγωγικές αναλύσεις για τη σύγκριση μεταξύ ομάδων, πραγματοποιήθηκαν οι σχετικοί έλεγχοι για τον προσδιορισμό της τήρησης ή μη του κριτηρίου της κανονικότητας των κατανομών, το οποίο αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την χρήση παραμετρικών στατιστικών ελέγχων. Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε οπτικός έλεγχος των ιστογραμμάτων κατανομής συχνοτήτων για κάθε εξαρτημένη μεταβλητή σε κάθε ξεχωριστή ομάδα από αυτές που ορίζονται από την ανεξάρτητη μεταβλητή. Επιπλέον, ελέγχθηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης (μέσος όρος, διάμεσος, τυπική απόκλιση), καθώς και η κύρτωση και ασυμμετρία της εκάστοτε κατανομής. Τέλος, για κάθε ξεχωριστή περίπτωση πραγματοποιήθηκε έλεγχος Shapiro-Wilk για τον μαθηματικό προσδιορισμό της μορφής της κάθε κατανομής. Η επιλογή του ελέγχου αυτού έναντι του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov αφορά στο γεγονός ότι ορισμένες ομάδες αποτελούνται από σχετικά μικρό αριθμό ατόμων, και ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov έχει περιορισμένη ισχύ σε μικρές ομάδες. Ο έλεγχος Shapiro-Wilk ορίζει ως μηδενική υπόθεση (H_0) την κανονικότητα της κατανομής και ως εναλλακτική υπόθεση (H_a) τη μη κανονικότητα της κατανομής. Επομένως, η κατανομή θεωρείται κανονική όταν το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p του ελέγχου Shapiro-Wilk έχει τιμή μεγαλύτερη από ή ίση με 0,05 (Field, 2009).

Στην πλειονότητα των περιστάσεων, οι έλεγχοι αυτοί ανέδειξαν το γεγονός ότι τα δεδομένα δεν τοποθετούνται στο πλαίσιο κανονικής κατανομής (τα αποτελέσματα των ελέγχων Shapiro-Wilk για την κανονικότητα κάθε ξεχωριστής κατανομής βρίσκονται στο Παράρτημα 4). Δεδομένου, λοιπόν, ότι κριτήριο για τη χρήση παραμετρικών ελέγχων αποτελεί η κανονικότητα των κατανομών των ελεγχόμενων μεταβλητών σε όλες τις συγκρινόμενες ομάδες, καθώς και ότι ορισμένες ομάδες αποτελούνταν από περιορισμένο αριθμό ατόμων ($N < 30$) επιλέχθηκε η αξιοποίηση μη παραμετρικών ελέγχων. Οι μη παραμετρικοί έλεγχοι έχουν λιγότερες προϋποθέσεις για τη μορφή και τον τύπο των δεδομένων με τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ενώ φαίνεται πως δεν διαφέρουν σημαντικά σε ισχύ από τους αντίστοιχους παραμετρικούς ελέγχους, ιδίως σε περιπτώσεις όπου δεν ισχύει η κανονικότητα της κατανομής (Field, 2009; de Winter & Dodou, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, για τις συγκρίσεις μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney, ενώ για τις συγκρίσεις μεταξύ περισσότερων ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis και, σε ορισμένες περιστάσεις, ο έλεγχος Jonckheere-Terpstra. Ο έλεγχος Mann-Whitney διερευνά την H_0 που ορίζει ότι δύο

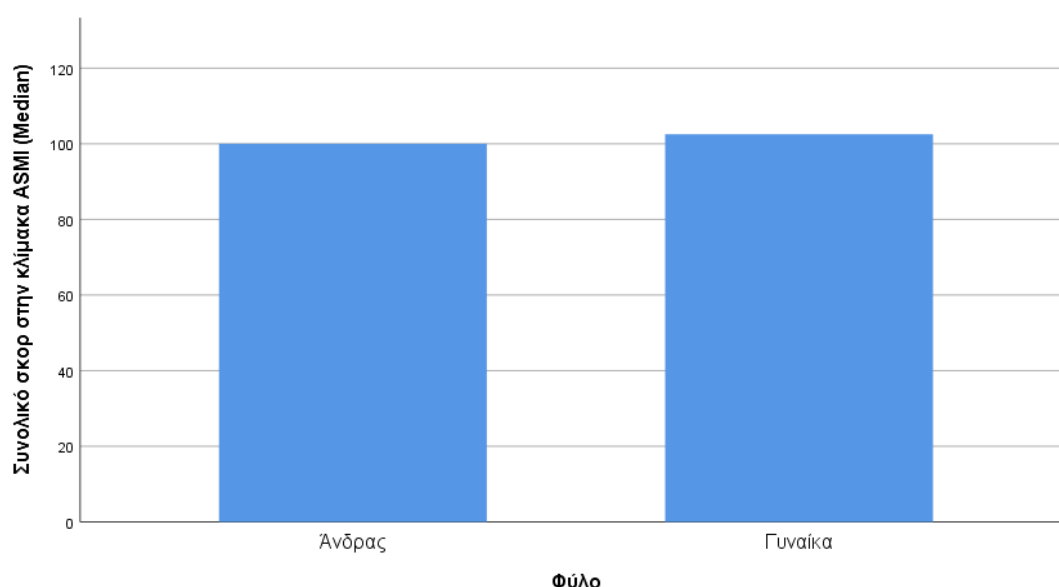
δειγματικές κατανομές μιας ποσοτικής μεταβλητής προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό. Εάν η H_0 απορριφθεί, τότε γίνεται δεκτή η H_a , θεωρείται λοιπόν πως οι κατανομές προέρχονται από διαφορετικούς πληθυσμούς. Στην περίπτωση αυτή, οι τιμές των παρατηρήσεων των δύο δειγμάτων τοποθετούνται σε ενιαίο σύνολο τιμών και κατατάσσονται από τις μικρότερες προς τις μεγαλύτερες, ενώ για κάθε τιμή προσδιορίζεται η σχετική της θέση (rank). Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων προσδιορίζονται βάσει της διαφοράς που παρατηρείται στη μέση θέση (mean rank) των τιμών τους. Ο έλεγχος Kruskal-Wallis αποτελεί μη παραμετρική μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης και χρησιμοποιείται στη σύγκριση περισσότερων από δύο ομάδων. Αποτελεί προέκταση του ελέγχου Mann-Whitney και ελέγχει την H_0 ότι ένα σύνολο από k ανεξάρτητα δείγματα προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό. Σε περίπτωση απόρριψης της H_0 και αποδοχή της H_a ότι τα δείγματα προέρχονται από διαφορετικούς πληθυσμούς, πραγματοποιούνται πολλαπλοί post hoc έλεγχοι Mann-Whitney κατά ζεύγη μεταξύ όλων των ομάδων, με διόρθωση Bonferroni λόγω των πολλαπλών ελέγχων. Αν στους post hoc ελέγχους παρατηρηθεί $p \leq 0.05$, τότε οι διαφορές μεταξύ των ομάδων προσδιορίζονται βάσει της διαφοράς που παρατηρείται στη μέση θέση των τιμών τους. Τέλος, ο έλεγχος Jonckheere-Terpstra χρησιμοποιήθηκε σε περιπτώσεις όπου μεταξύ των ομάδων υπάρχει κάποιου είδους διάταξη (π.χ. ηλικία). Ο έλεγχος αυτός ακολουθεί την ίδια διαδικασία με τον έλεγχο Kruskal-Wallis, διερευνά όμως επίσης το ενδεχόμενο ύπαρξης κάποιου είδους γραμμικής σχέσης μεταξύ της διάταξης των ομάδων και της εξαρτημένης μεταβλητής. Μάλιστα, σε αυτούς τους ελέγχους, φαίνεται πως ο έλεγχος Jonckheere-Terpstra έχει μεγαλύτερη ισχύ από τον έλεγχο Kruskal-Wallis (Field, 2009; Γναρδέλλης, 2011).

3.3.1. Φύλο

Αρχικά, διερευνήθηκε το ενδεχόμενο διαφοροποίησης των στάσεων απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια μεταξύ των δύο φύλων με χρήση του ελέγχου Mann-Whitney. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεν φάνηκε να υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναφορικά με τις εκφραζόμενες αντιλήψεις.

Πιο συγκεκριμένα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο συνολικό σκορ ανδρών και γυναικών στην κλίμακα ASMI ($U=3183.00$, $z=-1.265$, $p=0.201$, $r=-0.08$). Τόσο οι άνδρες (Mean Rank=105.03) όσο και οι γυναίκες (Mean Rank=120.42) φαίνεται πως εκφράζουν παρομοίως θετικές αντιλήψεις για τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Γράφημα 6. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ των δύο φύλων στην κλίμακα ASMI



Αναφορικά με τις επιμέρους κατηγορίες της κλίμακας, επίσης δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναλυτικότερα, στην ενότητα Στερεότυπα ($U=3374.50$, $z=-0.762$, $p=0.446$, $r=-0.04$) βλέπουμε πως τόσο οι άνδρες (Mean Rank=110.20) όσο και οι γυναίκες (Mean Rank=119.46) διαφωνούν έντονα με τις στερεοτυπικές αντιλήψεις που εκφράζονται από τα λήμματα του ερωτηματολογίου. Στην ενότητα Αισιοδοξία ($U=3156.50$, $z=-1.345$, $p=0.182$, $r=-0.08$) παρατηρούνται ξανά ιδιαιτέρως θετικές στάσεις από τους άνδρες (Mean Rank=104.31) και από τις γυναίκες (Mean Rank=120.56). Στην κατηγορία Αντιμετώπιση ($U=2979.00$, $z=-1.850$, $p=0.068$, $r=-0.12$) τόσο οι άνδρες (Mean Rank=99.51) όσο και οι γυναίκες (Mean Rank=121.45) επέδειξαν υψηλά σκορ και επομένως θετικότερες απόψεις. Τέλος, στην κατηγορία Κατανόηση ($U=3311.00$, $z=-0.932$, $p=0.352$, $r=-0.06$)

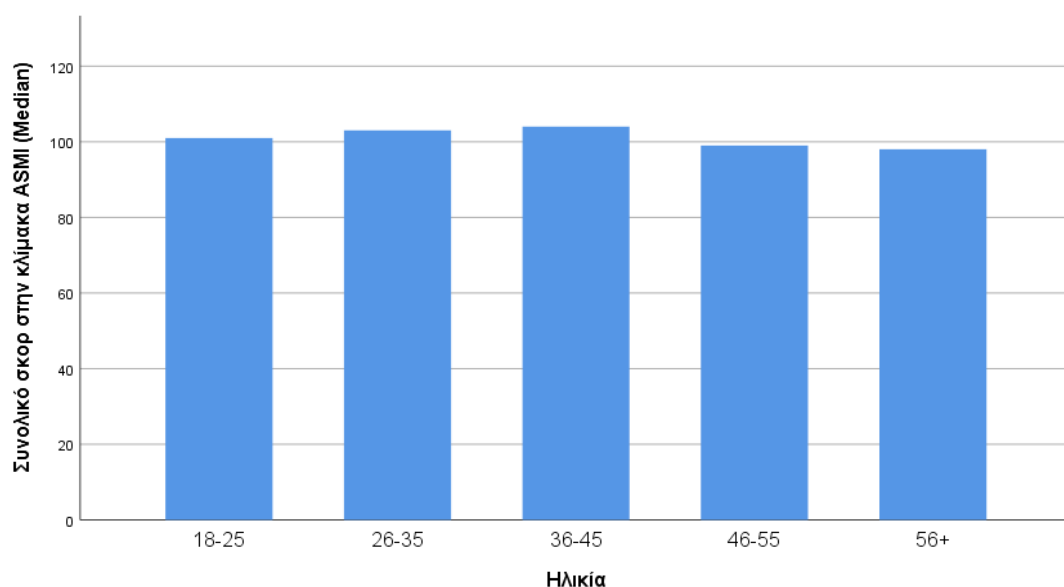
εκφράζονται επίσης παρομοίως θετικές στάσεις από τους άνδρες (Mean Rank=108.49) και τις γυναίκες (Mean Rank=119.78).

3.3.2. Ηλικία

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, αναζητήθηκαν οι πιθανές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis. Η ανάλυση δεν ανέδειξε ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών, παρά μόνο σε μία από τις κατηγορίες της κλίμακας ASMI, και συγκεκριμένα στα Στερεότυπα.

Ειδικότερα, όλες οι ηλικιακές ομάδες εξέφρασαν εξίσου θετικές απόψεις στο σύνολο των ερωτημάτων της κλίμακας ASMI [$H(4)=7.309$, $p=0.120$]. Αντίστοιχα, παρομοίως θετικά φαίνεται πως διάκινται τα άτομα όλων των ηλικιών αναφορικά με τις κατηγορίες Αισιοδοξία [$H(4)=2.638$, $p=0.620$], Αντιμετώπιση [$H(4)=4.946$, $p=0.293$] και Κατανόηση [$H(4)=2.656$, $p=0.617$].

Γράφημα 7. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων στην κλίμακα ASMI

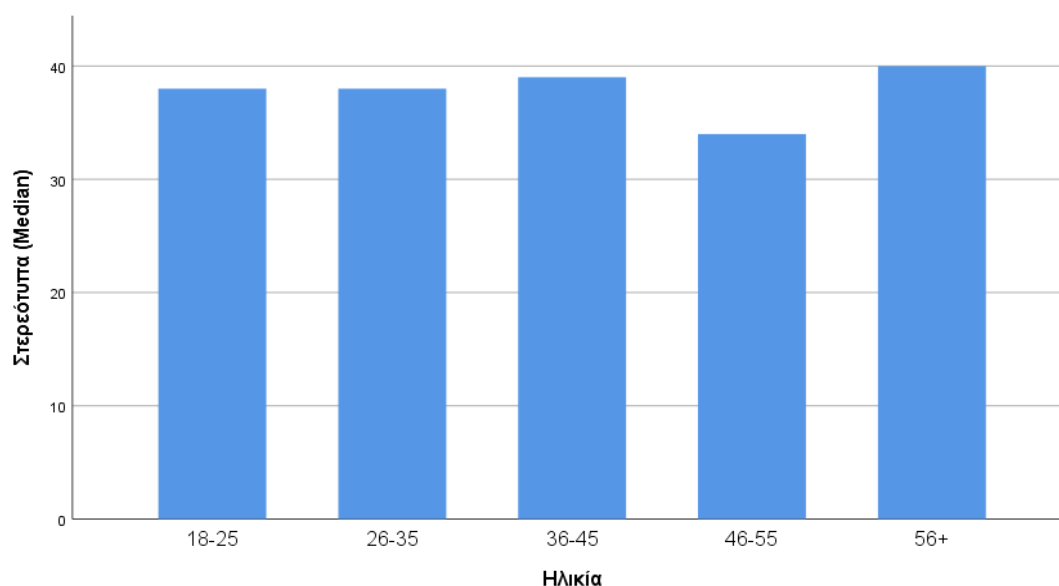


Αντίθετα, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των στάσεων ορισμένων ηλικιακών ομάδων στην κατηγορία Στερεότυπα, [$H(4)=11.556$, $p=0.021$]. Οι post hoc έλεγχοι κατά ζεύγη ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις εκφραζόμενες στερεοτυπικές αντιλήψεις μεταξύ των ακόλουθων ομάδων:

- 46-55 και 26-35 ($p=0.027$): εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων, με τους επαγγελματίες ηλικίας 46-55 (Mean Rank=75.54) να εκφράζουν αρνητικότερες αντιλήψεις από τα άτομα ηλικίας 26-35 (Mean Rank=121.96).
- 46-55 και 36-45 ($p=0.014$): εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων, με τους επαγγελματίες ηλικίας 46-55 (Mean Rank=75.54) να εκφράζουν αρνητικότερες αντιλήψεις από τα άτομα ηλικίας 36-45 (Mean Rank=127.42).

Μεταξύ των υπόλοιπων ζευγών ηλικιακών ομάδων δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές κατά τον έλεγχο Kruskal-Wallis για την ενότητα Στερεότυπα.

Γράφημα 8. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων στην κατηγορία Στερεότυπα



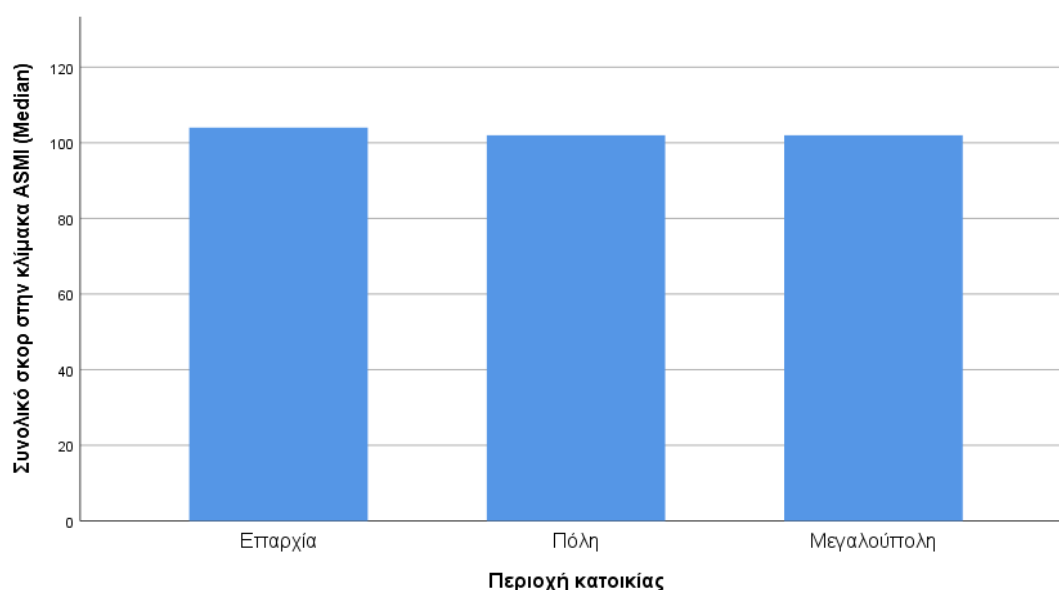
Επιπρόσθετα, δεδομένου του γεγονότος ότι οι ομάδες που αντιστοιχούν στις ηλικιακές κατηγορίες βρίσκονται σε διάταξη (από τη μικρότερη ηλικία προς τη μεγαλύτερη), πραγματοποιήθηκε έλεγχος Jonckheere-Terpstra για τη διερεύνηση του ενδεχομένου ύπαρξης γραμμικής σχέσης μεταξύ της διάταξης των ομάδων και των εκφραζόμενων στάσεων. Δεν εντοπίστηκε κάποια γραμμική τάση τόσο στο συνολικό σκορ των μελών όλων των ηλικιακών ομάδων στην κλίμακα ASMI ($J=9104.00$, $p=0.272$) όσο και στις επιμέρους απαντήσεις τους στις κατηγορίες Στερεότυπα ($J=9221.50$, $p=0.371$), Αισιοδοξία ($J=9572.50$, $p=0.779$), Αντιμετώπιση ($J=9252.00$, $p=0.389$) και Κατανόηση ($J=9247.00$, $p=0.394$).

3.3.3. Περιοχή κατοικίας

Ένας ακόμη έλεγχος που πραγματοποιήθηκε αφορά τη σύγκριση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με βάση τον τόπο διαμονής τους, με χρήση του ελέγχου Kruskal-Wallis. Οι αναλύσεις δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των επαγγελματιών για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια, με βάση τον τόπο διαμονής τους.

Αναλυτικότερα, οι επαγγελματίες εξέφρασαν παρομοίως θετικές αντιλήψεις στην κλίμακα ASMI, ανεξαρτήτως αν κατοικούσαν στην επαρχία, σε μικρή πόλη ή σε μεγαλούπολη [$H(2)=0.339$, $p=0.844$]. Αντιστοίχως θετικές είναι οι απόψεις των επαγγελματιών παρά τον διαφορετικό τόπο κατοικίας τους στις κατηγορίες των Στερεοτύπων [$H(2)=2.056$, $p=0.358$], της Αισιοδοξίας [$H(2)=1.301$, $p=0.522$], της Αντιμετώπισης [$H(2)=0.009$, $p=0.996$] και της Κατανόησης [$H(2)=3.288$, $p=0.193$].

Γράφημα 9. Κατανομή των διαμέσων του συνολικού σκορ στην κλίμακα ASMI ανά περιοχή κατοικίας



3.3.4. Επίπεδο εκπαίδευσης

Διερευνήθηκε επίσης το ενδεχόμενο ύπαρξης διαφορών μεταξύ των στάσεων των επαγγελματιών βάσει του εκπαιδευτικού τους επιπέδου, με χρήση του ελέγχου Kruskal-Wallis. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις γενικές στάσεις όπως αυτές εκφράζονται από το συνολικό σκορ των επαγγελματιών στην κλίμακα ASMI [$H(3)=12.001$, $p=0.007$]. Οι post hoc έλεγχοι κατά ζεύγη ανέδειξαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις εκφραζόμενες στερεοτυπικές αντιλήψεις μεταξύ των ακόλουθων ομάδων:

- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση – Μεταπτυχιακό ($p=0.010$): οι επαγγελματίες που έχουν ολοκληρώσει την Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και δεν έχουν προχωρήσει στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Mean Rank=59.77) εκφράζουν αρνητικότερες

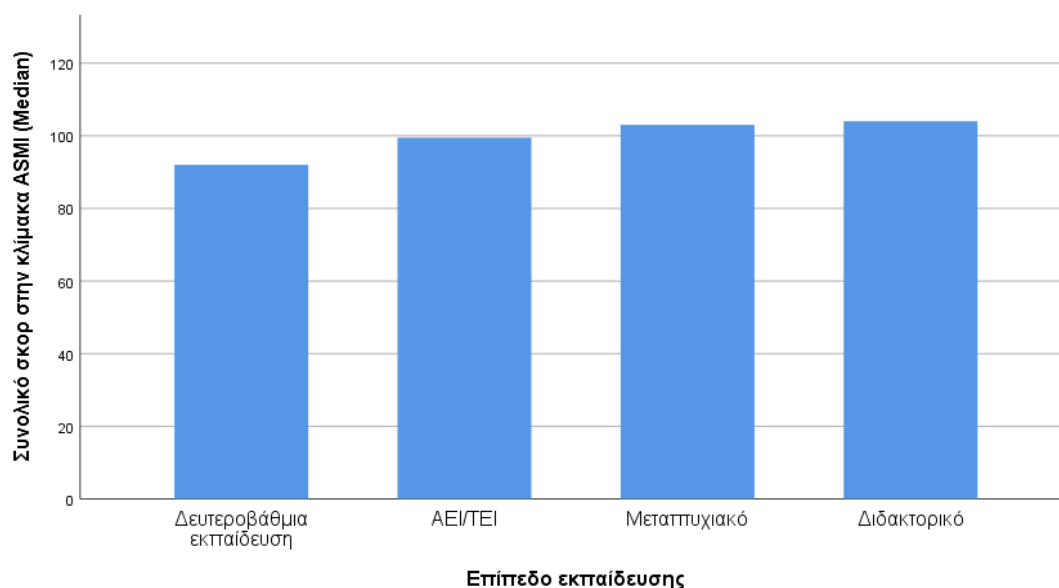
απόψεις από τους επαγγελματίες που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος (Mean Rank=127,26).

- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση – Διδακτορικό ($p=0.049$): οι επαγγελματίες που έχουν ολοκληρώσει την Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και δεν έχουν προχωρήσει στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Mean Rank=59.77) εκφράζουν αρνητικότερες απόψεις από τους επαγγελματίες που είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου (Mean Rank=127,79).

Δεν εντοπίστηκαν περαιτέρω διαφορές μεταξύ των γενικών αντιλήψεων των υπόλοιπων ομάδων επαγγελματιών αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Jonckheere-Terpstra, ο οποίος επιβεβαίωσε την ύπαρξη γενικότερης αυξητικής τάσης του συνολικού σκορ των επαγγελματιών στην κλίμακα ASMI ($J=9768,00$, $p=0.004$). Φαίνεται, λοιπόν, πως όσο ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τόσο πιο θετικές είναι οι γενικότερες αντιλήψεις που φέρουν απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Γράφημα 10. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI ανά επίπεδο εκπαίδευσης



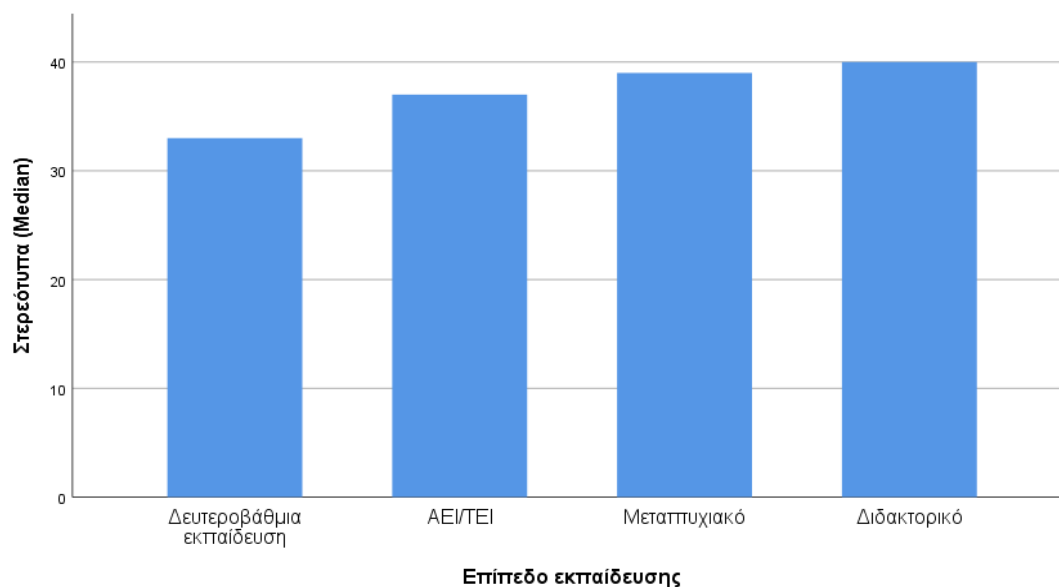
Στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε επίσης στην κατηγορία Στερεότυπα [$H(3)=19.299$, $p=0.001$]. Πιο συγκεκριμένα, οι post hoc έλεγχοι κατά ζεύγη έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ακόλουθων ομάδων:

- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση – Μεταπτυχιακό ($p=0.012$): φαίνεται πως οι επαγγελματίες με μορφωτικό επίπεδο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Mean Rank=63.68) εκφράζουν αρνητικότερες στάσεις συγκριτικά με τους επαγγελματίες μεταπτυχιακού εκπαιδευτικού επιπέδου (Mean Rank=129.80).
- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση – Διδακτορικό ($p=0.025$): φαίνεται πως οι επαγγελματίες με μορφωτικό επίπεδο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Mean Rank=63.68) εκφράζουν επίσης αρνητικότερες στάσεις συγκριτικά με τους επαγγελματίες επιπέδου διδακτορικού (Mean Rank=137,34).
- ΑΕΙ/ΤΕΙ – Μεταπτυχιακό ($p=0.034$): σε αντίθεση με το γενικό σκορ στην κλίμακα ASMI, παρατηρείται επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των επαγγελματιών προπτυχιακού και μεταπτυχιακού επιπέδου. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες που έχουν ολοκληρώσει προπτυχιακό κύκλο σπουδών (Mean Rank=103.10) εκφράζουν πιο στερεοτυπικές αντιλήψεις από τους επαγγελματίες που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών (Mean Rank=129.80).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους υπόλοιπους ελέγχους κατά ζεύγη για την ενότητα Στερεότυπα.

Πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετος έλεγχος Jonckheere-Terpstra, ο οποίος επιβεβαίωσε την ύπαρξη γενικότερης αυξητικής τάσης του συνολικού σκορ των επαγγελματιών στην κατηγορία Στερεότυπα ($J=10311,00$, $p=0.000$). Φαίνεται, λοιπόν, πως όσο ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τόσο λιγότερο στερεοτυπικές αντιλήψεις φέρουν απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Γράφημα 11. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κατηγορία Στερεότυπα ανά επίπεδο εκπαίδευσης



Αντίστοιχα, σημαντικές διαφορές μεταξύ των στάσεων των επαγγελματιών αναδείχθηκαν και στην ενότητα Αισιοδοξία [$H(3)=12.552$, $p=0.006$]. Οι post hoc έλεγχοι έδειξαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των παρακάτω ομάδων:

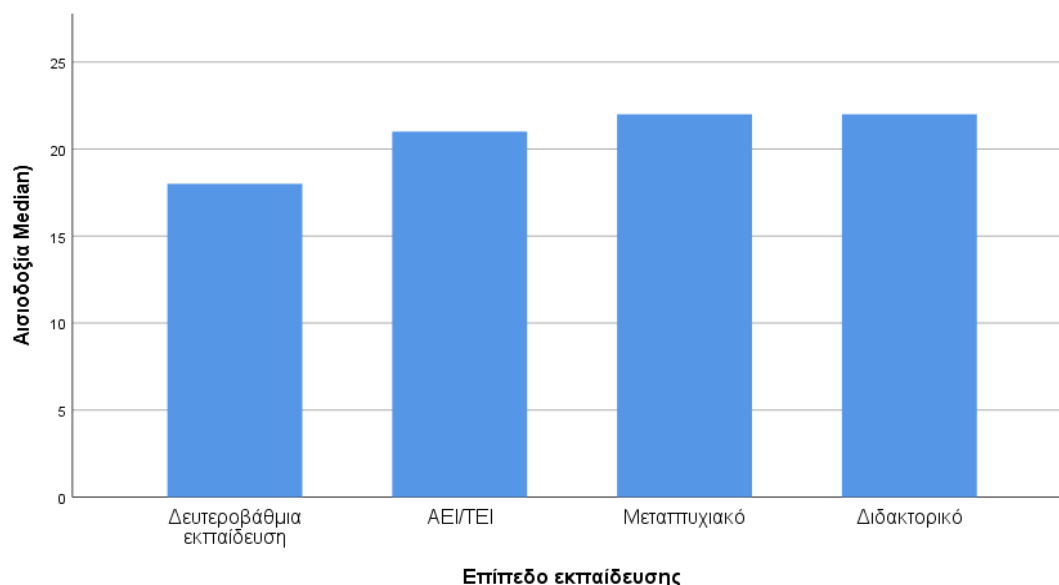
- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση – Διδακτορικό ($p=0.038$): παρατηρείται πως οι επαγγελματίες απόφοιτοι της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Mean Rank=75.05) εκφράζουν σημαντικά λιγότερες αισιόδοξες στάσεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια συγκριτικά με τους επαγγελματίες που είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου (Mean Rank=144.92).

Δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υπόλοιπων ομάδων αναφορικά με την κατηγορία Αισιοδοξία.

Πραγματοποιήθηκε επίσης έλεγχος Jonckheere-Terpstra, ο οποίος ανέδειξε την ύπαρξη γενικότερης αυξητικής τάσης του συνολικού σκορ των επαγγελματιών στην κατηγορία Αισιοδοξία ($J=10078,00$, $p=0.001$). Φαίνεται, λοιπόν, πως όσο ανεβαίνει το

μορφωτικό επίπεδο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τόσο περισσότερο αισιόδοξες είναι οι αντιλήψεις που φέρουν απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Γράφημα 12. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κατηγορία Αισιόδοξία ανά επίπεδο εκπαίδευσης



Αναφορικά με τις υπόλοιπες ενότητες, Αντιμετώπιση [$H(3)=2.512$, $p=0.473$] και Κατανόηση [$H(3)=5.112$, $p=0.164$], δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων επαγγελματιών διαφορετικού εκπαιδευτικού επιπέδου. Αντίστοιχα, ο έλεγχος Jonckheere-Terpstra έδειξε πως δεν υπάρχει κάποια τάση αύξησης ή μείωσης των σκορ των συμμετεχόντων στις ενότητες Αντιμετώπιση ($J=8247.50$, $p=0.962$) και Κατανόηση ($J=7887.00$, $p=0.535$).

3.3.5. Σχέση με την ψυχική ασθένεια πέραν της επαγγελματικής ιδιότητας

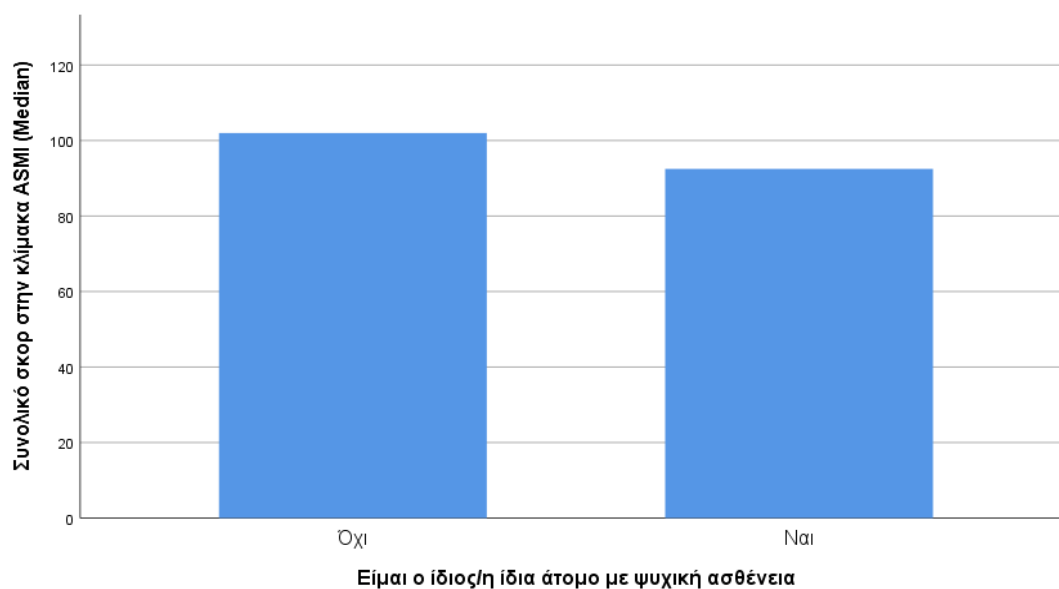
Διερευνήθηκε επίσης το ενδεχόμενο ύπαρξης διαφορών μεταξύ των επαγγελματιών που έχουν κάποια σχέση με την ψυχική ασθένεια πέραν της

επαγγελματικής τους ιδιότητας, δηλαδή εάν έχουν οι ίδιοι ψυχική ασθένεια ή αν υπάρχει κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney.

Δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επαγγελματιών που αντιμετώπιζαν οι ίδιοι κάποια ψυχική ασθένεια και των επαγγελματιών που είναι ψυχικά υγιείς, τόσο στις γενικές στάσεις που εξέφρασαν στην κλίμακα ASMI ($U=984.00$, $z=-1.544$, $r=-0.010$, $p=0.128$), όσο και στις επιμέρους κατηγορίες Στερεότυπα ($U=1261.00$, $z=-0.337$, $r=-0.02$, $p=0.729$), Αισιοδοξία ($U=1007.50$, $z=-1.452$, $r=-0.09$, $p=0.149$), Αντιμετώπιση ($U=967.50$, $z=-1.658$, $r=-0.10$, $p=0.103$) και Κατανόηση ($U=1291.00$, $z=-0.206$, $r=-0.01$, $p=0.840$).

Φαίνεται λοιπόν πως οι επαγγελματίες εκδηλώνουν παρομοίως θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είτε έχουν οι ίδιοι διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια είτε όχι.

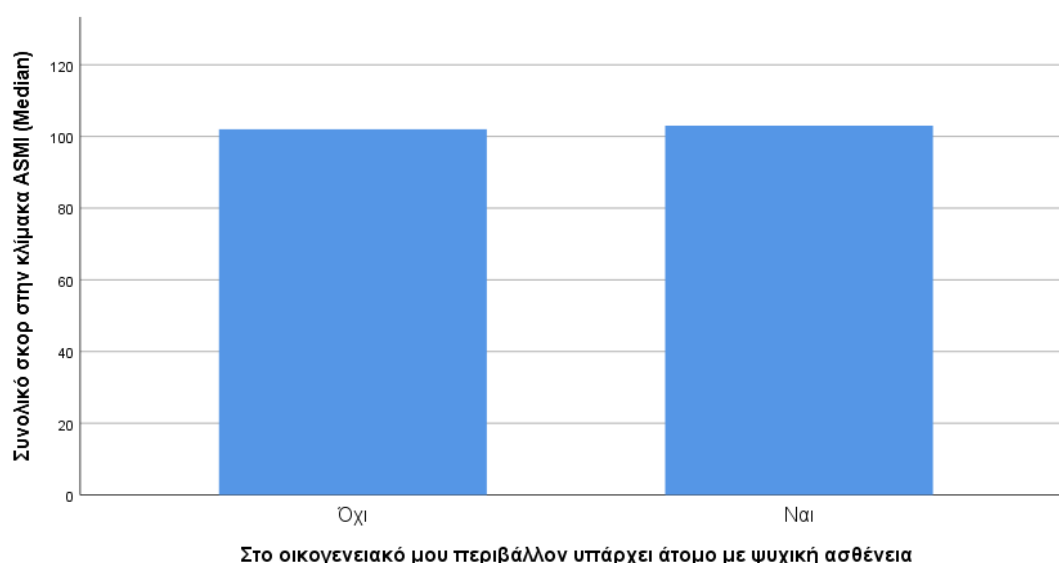
Γράφημα 13. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI ανάλογα με την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας



Αντίστοιχα, δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επαγγελματιών που είχαν στην οικογένεια τους κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια και των επαγγελματιών που δεν είχαν, τόσο στις γενικές στάσεις που εξέφρασαν στην κλίμακα ASMI ($U=6098.00$, $z=-0.130$, $r=-0.008$, $p=0.904$), όσο και στις επιμέρους κατηγορίες Στερεότυπα ($U=5899.50$, $z=-0.535$, $r=-0.03$, $p=0.599$), Αισιοδοξία ($U=5873.00$, $z=-0.592$, $r=-0.03$, $p=0.550$), Αντιμετώπιση ($U=6009.50$, $z=-0.318$, $r=-0.02$, $p=0.792$) και Κατανόηση ($U=5946.50$, $z=-0.440$, $r=-0.02$, $p=0.665$).

Φαίνεται λοιπόν πως οι επαγγελματίες εκδηλώνουν παρομοίως θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είτε έχουν οι ίδιοι διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια είτε όχι.

Γράφημα 14. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI ανάλογα με την ύπαρξη ατόμου με ψυχική ασθένεια στην οικογένεια



3.3.6. Ειδικότητα

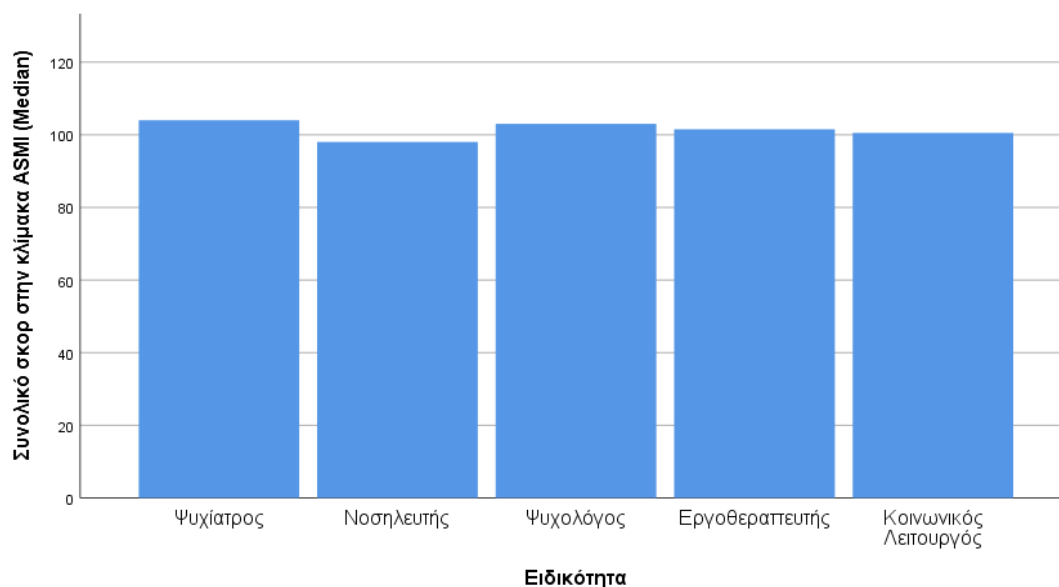
Αναφορικά με την ειδικότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Kruskal-Wallis για τη σύγκριση των ομάδων. Δεν

εντοπίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στις εκφραζόμενες απόψεις μεταξύ των διαφορετικών κλάδων.

Αναλυτικότερα, δεν εντοπίστηκαν διαφορές τόσο στις γενικότερες στάσεις που εξέφρασαν οι επαγγελματίες στην κλίμακα ASMI [$H(4)=6.326$, $p=0.176$] όσο και στις επιμέρους κατηγορίες Στερεότυπα [$H(4)=8.301$, $p=0.081$], Αντιμετώπιση [$H(4)=9.208$, $p=0.056$] και Κατανόηση [$H(4)=1.442$, $p=0.837$]. Στην κλίμακα Αισιοδοξία, ο έλεγχος Kruskal-Wallis έδειξε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα [$H(4)=13.205$, $p=0.01$], ωστόσο οι έλεγχοι κατά ζεύγη με διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους δεν ανέδειξαν την ύπαρξη κάποιας στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ συγκεκριμένων ομάδων ($p>0.05$).

Παρατηρούμε, λοιπόν, πως όλες οι κατηγορίες επαγγελματιών εκφράζουν παρομοίως θετικές απόψεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Γράφημα 15. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με την ειδικότητα των επαγγελματιών



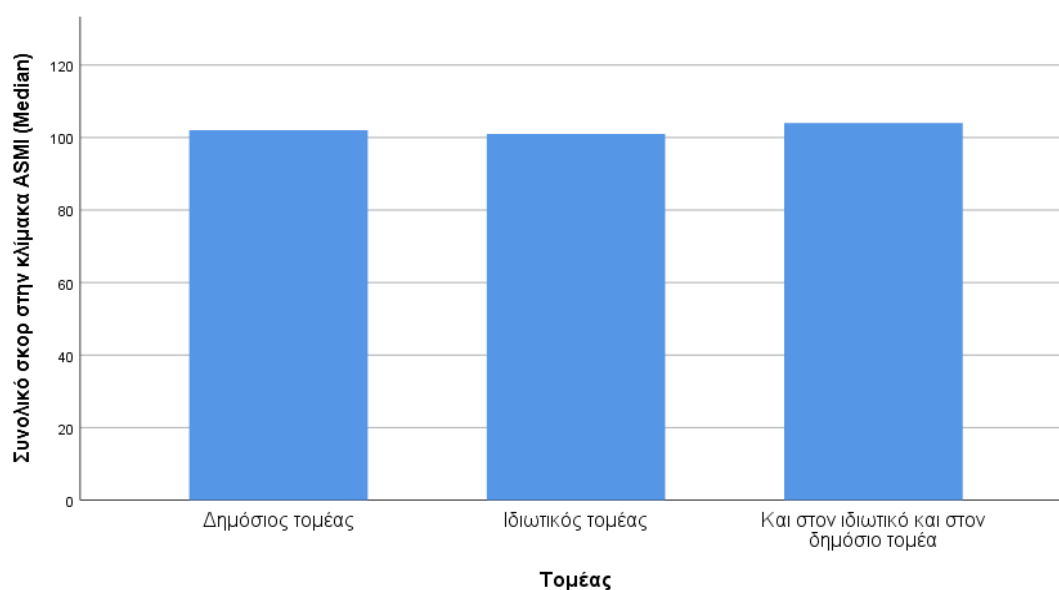
3.3.7. Τομέας Απασχόλησης

Διερευνήθηκε επιπλέον το ενδεχόμενο ύπαρξης διαφορών μεταξύ των αντιλήψεων των απασχολούμενων στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα καθώς και των απασχολούμενων και στους δύο τομείς, με χρήση του ελέγχου Kruskal-Wallis. Ο έλεγχος δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Ειδικότερα, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αντιλήψεων των επαγγελματιών που απασχολούνται σε διαφορετικούς τομείς όπως αυτές εκφράστηκαν μέσω της κλίμακας ASMI [$H(2)=2.356$, $p=0.308$]. Αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξαν οι έλεγχοι και αναφορικά με τις επιμέρους ενότητες Στερεότυπα [$H(2)=0.410$, $p=0.815$], Αισιοδοξία [$H(2)=0.017$, $p=0.992$], Αντιμετώπιση [$H(2)=4.855$, $p=0.088$] και Κατανόηση [$H(2)=3.109$, $p=0.211$].

Φαίνεται επομένως πως οι απασχολούμενοι τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα εκφράζουν αντίστοιχα θετικές απόψεις, χωρίς να διαφοροποιούνται οι στάσεις τους εάν οι επαγγελματίες αυτοί απασχολούνται και στους δύο τομείς.

Γράφημα 16. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με τον τομέα απασχόλησης

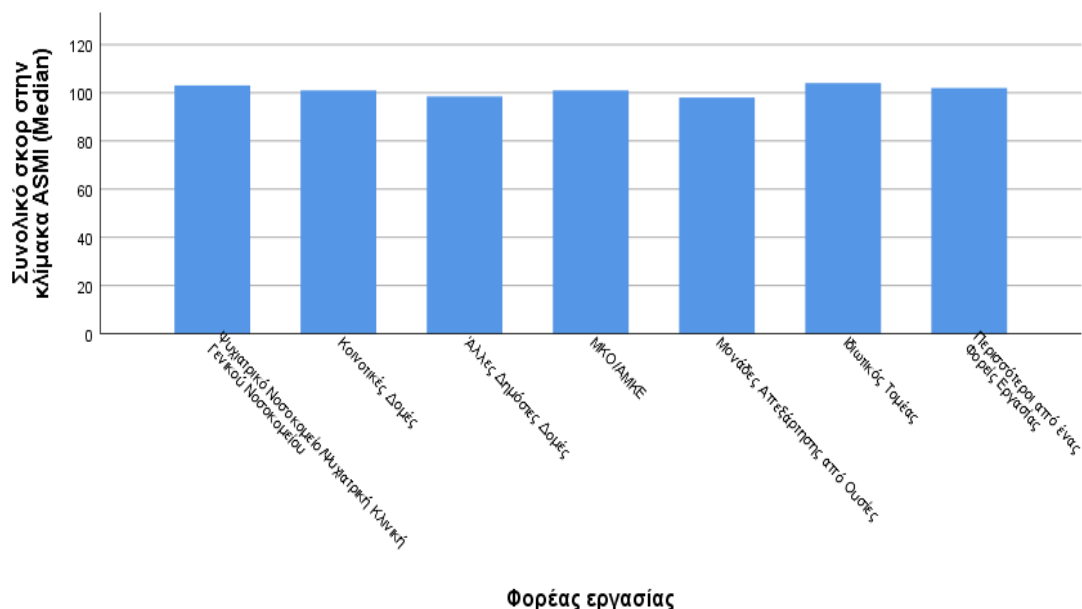


3.3.8. Φορέας απασχόλησης

Άλλο ένα ενδεχόμενο που διερευνήθηκε αφορά την ύπαρξη διαφορών μεταξύ των στάσεων επαγγελματιών ψυχικής υγείας που απασχολούνται σε διαφορετικό τύπο φορέα. Για την εξαγωγή των σχετικών αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε έλεγχος Kruskal-Wallis, ο οποίος δεν απέδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Ειδικότερα, φαίνεται πως οι επαγγελματίες των διαφορετικών φορέων εκφράζουν εξίσου θετικές απόψεις στην κλίμακα ASMI [$H(6)=4.807$, $p=0.569$]. Ως προς τις διαφορετικές κατηγορίες της κλίμακας, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των στάσεων των επαγγελματιών στις ενότητες Στερεότυπα [$H(6)=4.538$, $p=0.604$], Αισιοδοξία [$H(6)=7.037$, $p=0.317$], Αντιμετώπιση [$H(6)=5.626$, $p=0.466$] και Κατανόηση [$H(6)=5.535$, $p=0.477$].

Γράφημα 17. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με τον φορέα απασχόλησης

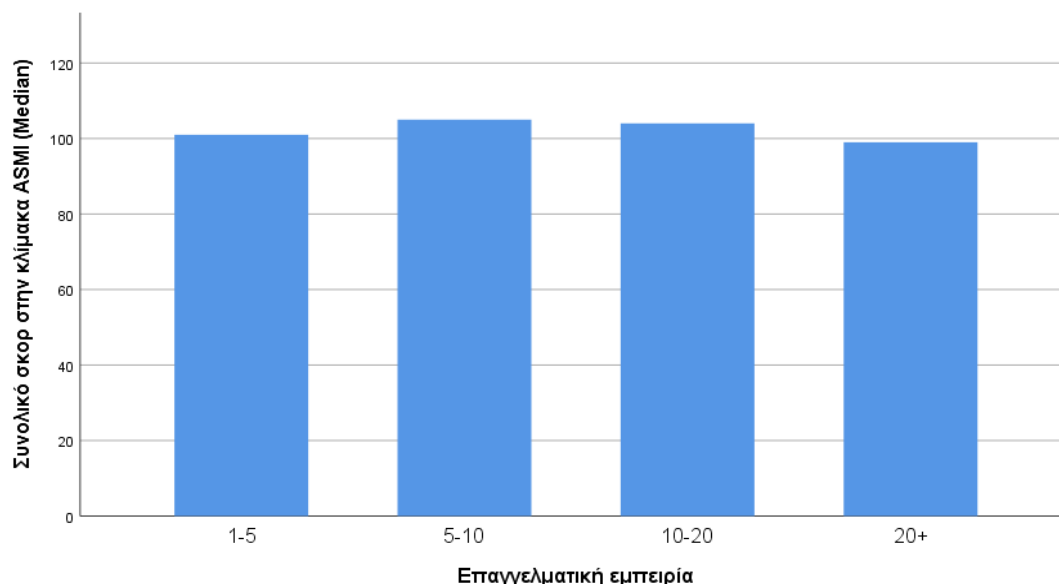


3.3.9. Επαγγελματική εμπειρία

Τέλος, αναζητήθηκαν πιθανές διαφορές μεταξύ των στάσεων των επαγγελματιών βάσει των ετών της επαγγελματικής τους εμπειρίας, με χρήση του ελέγχου Kruskal-Wallis. Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια στη βάση των ετών προϋπηρεσίας τους.

Πιο συγκεκριμένα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις γενικότερες στάσεις που εξέφρασαν οι παλαιότεροι και νεότεροι επαγγελματίες στην κλίμακα ASMI [$H(3)=5.974$, $p=0.113$]. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των επαγγελματιών, όπως αυτές εκφράστηκαν στις κατηγορίες Στερεότυπα [$H(3)=5.223$, $p=0.156$], Αισιοδοξία [$H(3)=7.613$, $p=0.055$], Αντιμετώπιση [$H(3)=4.180$, $p=0.243$] και Κατανόηση [$H(3)=2.877$, $p=0.411$].

Γράφημα 18. Κατανομή των διαμέσων του σκορ στην κλίμακα ASMI αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας



Πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετος έλεγχος Jonckheere-Terpstra για τον έλεγχο του ενδεχομένου ύπαρξης κάποιας συγκεκριμένης γραμμικής τάσης αναφορικά με τη διαφοροποίηση των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά την πάροδο των ετών απασχόλησης τους στον κλάδο. Ωστόσο, δεν εντοπίστηκε κάποια τάση αύξησης ή μείωσης ως προς το συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI ($J=9246.50$, $p=0.380$) ούτε όσον αφορά τις επιμέρους κατηγορίες της κλίμακας Στερεότυπα ($J=9506.50$, $p=0.176$), Αισιοδοξία ($J=9151.50$, $p=0.478$), Αντιμετώπιση ($J=9397.50$, $p=0.237$) και Κατανόηση ($J=8421.00$, $p=0.530$).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας αναφορικά με τους παρακάτω άξονες:

- α. Την ποιότητα των απόψεων των επαγγελματιών.
- β. Τις ενδεχόμενες επιδράσεις των διαφόρων κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων στις απόψεις των επαγγελματιών.
- γ. Τις ενδεχόμενες επιδράσεις των επαγγελματικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στις εκφραζόμενες απόψεις.

Αρχικά, αναφορικά με την ποιότητα των απόψεων των επαγγελματιών, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν ιδιαιτέρως θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Το ποσοστό υποστήριξης των στερεοτυπικών απόψεων που τους παρουσιάστηκαν ήταν ιδιαιτέρως χαμηλό. Αντίθετα, υπήρξε αυξημένη συμφωνία με τα λήμματα που εξέφραζαν αισιόδοξες και κατανοητικές στάσεις απέναντι στα άτομα αυτά.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων μελετών παρόμοιας μεθοδολογίας, τόσο από την Ελλάδα, όπως οι μελέτες των Σημαντήρη (2018), Τσιόλκα (2019) και πιο πρόσφατα των Economidou και συν. (2020), όσο και από το εξωτερικό, όπως οι μελέτες των Mårtensson, Jacobsson, & Engström (2014), Kopera και συν. (2014) και Del Olmo-Romero και συν. (2019), καθώς και η ανασκόπηση των Wahl & Aroesty-Cohen (2010). Ταυτόχρονα, έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων μελετών και του εξωτερικού όπως εκείνες των Flanagan, Corrigan & Davidson (2010), Wahl & Aroesty-Cohen (2010) Hansson και συν. (2013), Del Olmo-Romero και συν. (2019) και Nieweglowski και συν. (2020), που αναφέρουν την ύπαρξη ισχυρών αρνητικών απόψεων σε ορισμένους πληθυσμούς επαγγελματιών. Αντιτίθεται επίσης και σε διαστάσεις που εντοπίστηκαν σε αντίστοιχες ελληνικές έρευνες όπως της Παπακώστα-Γάκη (2015) και των Economidou και συν. (2020), που αφορούν την υπό προϋποθέσεις έκφραση αρνητικών στάσεων από τους επαγγελματίες που εξετάστηκαν.

Μια πιθανή εξήγηση για τις ιδιαιτέρως θετικές στάσεις που εκφράστηκαν αποτελεί το ενδεχόμενο η εκπαίδευση που έχουν λάβει οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες να είναι διαμορφωμένη έτσι, ώστε να τους προδιαθέτει θετικά απέναντι στα άτομα με

σοβαρή ψυχική ασθένεια. Ενδεχομένως, επίσης, αυτή η απεικόνιση των θετικών αντιλήψεων των επαγγελματιών να αντικατοπτρίζει μια γενικότερη διαφοροποίηση των κοινωνικών στάσεων ως ανταπόκριση σε διάφορες καμπάνιες που έχουν πραγματοποιηθεί προσφάτως στη χώρα μας με σκοπό την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας (Οικονόμου, 2011).

Στη συνέχεια, όπως ήταν αναμενόμενο, εντοπίστηκαν ορισμένες στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των επαγγελματιών στη βάση των κοινωνικο-δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, και συγκεκριμένα όσον αφορά την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με αντίστοιχες διεθνείς μελέτες (Kopera, και συν., 2014; Mårtensson, Jacobsson, & Engström, 2014; Del Olmo-Romero, και συν., 2019).

Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως σημαντική επίδραση ασκεί η ηλικία, με τους συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας να εκφράζουν αρνητικότερες αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Ειδικότερα, οι αρνητικότερες αντιλήψεις φαίνεται πως εκφράστηκαν από τους επαγγελματίες ηλικίας 46 έως 55 ετών και συγκεκριμένα ως προς τον παράγοντα Στερεότυπα. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί αν ληφθούν υπόψη οι ευρύτερες κοινωνικές αντιλήψεις που επικρατούσαν κατά την περίοδο της αρχικής κοινωνικοποίησης και της εκπαίδευσης των ατόμων που ανήκουν στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, οι οποίες έχουν εξέχουσα σημασία για την υιοθέτηση των στερεοτυπικών και στιγματιστικών αντιλήψεων από το άτομο (Link & Phelan, 2001; Ζήση, 2019). Με την πάροδο των χρόνων, και καθώς πραγματοποιούνται ολοένα και περισσότερες προσπάθειες για την ελάττωση του κοινωνικού στίγματος απέναντι στην ψυχική ασθένεια και την προαγωγή των αξιωμαίων της ανάρρωσης και της κοινωνικής επανένταξης των ατόμων με ψυχική ασθένεια, θα μπορούσε κανείς να αναμένει πως οι νεότεροι επαγγελματίες θα έχουν εκτεθεί σε θετικότερες αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια σε σύγκριση με τους επαγγελματίες μεγαλύτερης ηλικίας. Αντίθετα, είναι ιδιαίτερος ενθαρρυντικό το εύρημα πως όλες οι ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν εξίσου θετικές αντιλήψεις ως προς τους παράγοντες Αισιοδοξία, Αντιμετώπιση και Κατανόηση.

Επιπλέον, αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, επιβεβαιώθηκε η υπόθεση πως όσο αυξάνεται η βαθμίδα της εκπαίδευσης που έχουν ολοκληρώσει οι επαγγελματίες τόσο θετικότερες καθίστανται οι απόψεις τους απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική

ασθένεια. Το εύρημα αυτό αφορά τόσο τις γενικότερες εκφραζόμενες στάσεις των επαγγελματιών που συμμετείχαν στην μελέτη όσο και τις απαντήσεις τους ως προς τους παράγοντες Στερεότυπα και Αισιοδοξία. Τα αποτελέσματα αυτά ενδεχομένως αντικατοπτρίζουν ελλείμματα στην προσέγγιση της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης αλλά και της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε προπτυχιακό επίπεδο αναφορικά με την εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Παρομοίως θετικές απόψεις εκφράζονται, ωστόσο, από τους επαγγελματίες όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων ως προς τους παράγοντες Αντιμετώπιση και Κατανόηση, γεγονός που γεννά αισιοδοξία όσον αφορά την δυνατότητα ανατροπής των αρνητικών στάσεων που έχουν αναπτύξει μέχρι στιγμής οι επαγγελματίες αυτοί.

Δεν εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των απόψεων των επαγγελματιών σε σχέση με τα υπόλοιπα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Το εύρημα αυτό δεν είναι νέο, καθώς έχει παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες όπως αυτή των Lauber, Nordt, Braunschweig & Rossler (2006).

Στο πλαίσιο αυτό, εντύπωση προκαλεί το εύρημα πως οι στάσεις των επαγγελματιών δεν διαφοροποιήθηκαν με βάση την προσωπική τους εμπειρία με την ψυχική ασθένεια και την στενή επαφή με ψυχικά ασθενείς - μέλη της οικογενείας τους. Θα περίμενε κανείς πως οι επαγγελματίες που έχουν οι ίδιοι διαγνωστεί με ψυχική ασθένεια θα εξέφραζαν διαφορετικές απόψεις από εκείνους που δεν έχουν σχετική εμπειρία. Αντίστοιχα, θα περιμέναμε να παρατηρηθεί διαφοροποίηση των στάσεων βάσει της επαφής των επαγγελματιών με άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια εντός του οικογενειακού τους πλαισίου. Η μη διαφοροποίηση των στάσεων των επαγγελματιών έρχεται σε αντίθεση με τις προσμονές της κοινωνικο-ψυχολογικής θεωρίας της επαφής (Χαντζή, 2006; Pettigrew & Tropp, 2008), αλλά και των ευρημάτων αντίστοιχων ερευνών σε δείγμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Henderson et al., 2014; Nieweglowski, Qin, Paniagua, & Corrigan, 2020; Economou et al., 2020).

Επιπρόσθετα, δεν εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των απόψεων των επαγγελματιών στη βάση των επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών. Οι επαγγελματίες εξέφρασαν παρομοίως θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια ανεξαρτήτως της ειδικότητάς τους, του κλάδου και του φορέα στον οποίο απασχολούνται, καθώς και των ετών προϋπηρεσίας τους. Πρόκειται για ένα εύρημα που αντιτίθεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, ελληνική (Economou et al., 2020) και

διεθνή (Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rossler, 2006; Del Olmo-Romero, et al., 2019) και χρήζει περαιτέρω μελέτης για την ερμηνεία του.

4.1. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να συζητηθούν τα πλεονεκτήματα οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης.

Αρχικά, πρόκειται για μια καινοτόμο ερευνητική απόπειρα, όσον αφορά τη σύγκριση επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων που απασχολούνται τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, αλλά και σε διαφορετικές κατηγορίες φορέων εργασίας. Στο πλαίσιο της ανασκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας δεν εντοπίστηκε κάποια δημοσιευμένη μελέτη που να επιχειρεί τη σύγκριση μεταξύ ομάδων επαγγελματιών από διαφορετικούς φορείς απασχόλησης στην Ελλάδα. Αντίθετα, η βιβλιογραφία που αφορά τη χώρα μας φαίνεται να αποτελείται από μελέτες που επικεντρώνονται στην μελέτη και σύγκριση των απόψεων των επαγγελματιών που απασχολούνται εντός ενός συγκεκριμένου πλαισίου απασχόλησης (Παπακώστα-Γάκη, 2015; Σημαντήρη, 2018; Τσιόλκα, 2019; Economou et al., 2020).

Επιπλέον, αναφορικά με τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων, η διαδικτυακή διανομή και συγκέντρωση των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων φέρει αρκετά πλεονεκτήματα συγκριτικά με τον παραδοσιακό τρόπο συλλογής έντυπων ερωτηματολογίων. Ειδικότερα, δίνεται η ευκαιρία να ληφθούν απαντήσεις από συμμετέχοντες με τους οποίους θα ήταν αδύνατη η διαζώσης επικοινωνία. Ακόμη, με τη διαδικτυακή συλλογή των ερωτηματολογίων διασφαλίζεται πληρέστερα η ανωνυμία των συμμετεχόντων, γεγονός που επιτρέπει τον περιορισμό του ενδεχομένου εμφάνισης μεροληπτικού σφάλματος λόγω της τάσης των συμμετεχόντων να επιλέγουν τις θεωρούμενες ως κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις, από φόβο μήπως μπορέσουν να ταυτοποιηθούν οι απαντήσεις τους και να εκτεθούν κοινωνικά για τις απόψεις που εκφράζουν (Hori, Richards, Kawamoto, & Kunugi, 2011).

Δεν μπορούμε, ωστόσο, να αγνοήσουμε πλήρως το ενδεχόμενο να έχει προκύψει όντως ένα τέτοιου είδους σφάλμα λόγω μεροληπτικών απαντήσεων από πλευράς των

επαγγελματιών, προκειμένου να επιδείξουν περισσότερο κοινωνικά επιδοκιμαζόμενες απόψεις (social desirability bias). Ένας πρώτος περιορισμός, λοιπόν, αφορά την πιθανότητα οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη να εξέφρασαν ως ένα βαθμό εσκεμμένα θετικότερες στάσεις προκειμένου να παρουσιάσουν μια καλύτερη εικόνα του εαυτού τους ως επαγγελματίες και να αποφύγουν το (έστω και ελαχιστοποιημένο) ενδεχόμενο λήψης αρνητικής κριτικής από πλευράς του ερευνητή. Πρόκειται για ένα φαινόμενο ιδιαιτέρως συχνό κατά τη χορήγηση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς (Hori, Richards, Kawamoto, & Kunugi, 2011; Henderson, και συν., 2014; Kopera, και συν., 2014; Del Olmo-Romero, και συν., 2019).

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά το μέγεθος του δείγματος (N=235), το οποίο δεν είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη χώρα. Επιπλέον, πρόκειται για δείγμα ευκαιριακό, αποτελούμενο από επαγγελματίες που έχουν καθημερινή πρόσβαση στο διαδίκτυο και είναι ενεργοί στα κοινωνικά δίκτυα. Επομένως, θα ήταν δύσκολο να γενικευθούν τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής στον συνολικό πληθυσμό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Επιπρόσθετα, σε ορισμένες περιπτώσεις συγκρίσεων μεταξύ ομάδων, ο αριθμός των συμμετεχόντων που αντιστοιχούν σε κάθε ομάδα δεν είναι όμοιος. Ενδεικτικά, οι άνδρες είναι κατά πολύ λιγότεροι συγκριτικά με τις γυναίκες, οι ομάδες επαγγελματιών μεγαλύτερης ηλικίας είναι ιδιαίτερα ολιγομελείς, και ο αριθμός των επαγγελματιών ορισμένων ειδικοτήτων (π.χ. εργοθεραπευτές) είναι πολύ περιορισμένος σε σχέση με άλλες (π.χ. ψυχολόγοι). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να έχει οδηγήσει σε σφάλμα τύπου II, δηλαδή στην απόρριψη της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών εκεί που στην πραγματικότητα υπάρχουν (Field, 2009).

Τέλος, ένα σημαντικό ζήτημα που δεν μπορούμε να αγνοήσουμε αφορά το θέμα της εγκυρότητας των ερωτηματολογίων μέτρησης στίγματος όταν αυτά χορηγούνται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Henderson, και συν., 2014; Del Olmo-Romero, και συν., 2019). Η εγκυρότητα θα μπορούσε να αμφισβητηθεί ως ένα βαθμό, αν λάβει κανείς υπόψη την εξοικείωση των επαγγελματιών τόσο με αυτό το είδος κλίμακας και τον τρόπο έκφρασης των λημμάτων, όσο και με την αυξημένη γνώση των επαγγελματιών στο πεδίο αυτό, που προϋποθέτει την διατύπωση πολύ πιο συγκεκριμένων ερωτημάτων για την ακριβέστερη αποτύπωση των απόψεων τους.

4.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΜΕΛΕΤΗ

Παρόλο που η παρούσα μελέτη αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα για την πρόοδο της κατανόησης των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, και στηρίζεται σε ένα ικανό βιβλιογραφικό υπόβαθρο, η επιστημονική έρευνα χρήζει περαιτέρω διεύρυνσης για την εμβάθυνση της μέχρι τώρα γνώσης πάνω σε αυτό το ιδιαίτερης κοινωνικής σημασίας ζήτημα.

Αρχικά, θα ήταν σκόπιμη η αξιολόγηση των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. Για το σκοπό αυτό, θα ήταν απαραίτητη η διεξαγωγή μιας επαναληπτικής μελέτης με εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμη μια στοχευμένη δειγματοληψία, έτσι ώστε οι συμμετέχοντες επαγγελματίες να είναι ισοκατανεμημένοι αναφορικά με τα επαγγελματικά και κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Κατ' αυτόν τον τρόπο, θα αποφευχθεί το ενδεχόμενο σφάλματος τύπου II και θα δοθεί πιθανώς η δυνατότητα καταγραφής περαιτέρω πλευρών του ζητήματος που δεν θα μπορούσαν να γίνουν αντιληπτές με πιο περιορισμένα δείγματα.

Επιπλέον, για την εις βάθος διερεύνηση και κατανόηση των στάσεων των επαγγελματιών, ιδιαίτερη επιστημονική αξία θα είχε επίσης η πραγματοποίηση μελετών ποιοτικής μεθοδολογίας, όπως είναι οι συνεντεύξεις και τα focus groups. Έτσι, θα μπορούσαν να παρουσιαστούν και να μελετηθούν λεπτομερέστερα οι απόψεις των συμμετεχόντων, ενώ ταυτόχρονα θα δίνεται η ευκαιρία να εκφραστούν περαιτέρω σκέψεις και συμπεριφορές από τους επαγγελματίες, οι οποίες δεν αξιολογούνται από τις υπάρχουσες σταθμισμένες κλίμακες μέτρησης στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια.

4.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε την απεικόνιση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα αναφορικά με τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, και η αξιολόγηση των εκφραζόμενων απόψεων ως προς τα επαγγελματικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την έκφραση ιδιαιτέρως θετικών απόψεων από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γεγονός που γεννά ιδιαίτερη αισιοδοξία για τη βελτίωση της συνολικότερης αντιμετώπισης των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια από την ελληνική κοινωνία, αν λάβει κανείς υπόψη το γεγονός ότι οι επαγγελματίες αποτελούν πρότυπα προς μίμηση και μπορούν να ασκήσουν ισχυρή επιρροή στη διαμόρφωση των στάσεων του κοινωνικού συνόλου. Δεν εντοπίστηκαν διαφορές ως προς τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, αλλά παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στις στάσεις των επαγγελματιών ως προς ορισμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, και συγκεκριμένα την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαιτέρως σημαντικό, καθώς μπορεί να κατευθύνει ενδεχόμενες μελλοντικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις κατά του στίγματος, στοχευμένες προς τις κατηγορίες των επαγγελματιών που εκφράζουν τις αρνητικότερες απόψεις απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η διεύρυνση της υπάρχουσας επιστημονικής έρευνας, για την καλύτερη κατανόηση των στάσεων των επαγγελματιών και την αντίστοιχη τροποποίηση των στρατηγικών καταπολέμησης του στίγματος τόσο εντός του πληθυσμού των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2020, December 5). *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*. Ανάκτηση από [www.psychiatry.org](https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination): <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- Arvanity, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Blikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, 44, σσ. 658-665.
- Bradby, H. (2010). *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Burns, T., & Foot, J. (2020). *Basaglia's International Legacy: From Asylum to Community*. Oxford: Oxford University Press.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v.7, n.1, σσ. 48-67.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2012). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1:1, σσ. 16-20.
- de Winter, J. C., & Dodou, D. (2012). Five-Point Likert Items: t test versus Mann-Whitney-Wilcoxon. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, Vol. 15, σ. Art. 11.
- Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabezón, A. C., . . . González-Fraile, E. (2019). Mental Health Professional's attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, σσ. 325-339.
- DiMatteo, M., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

- Dingfelder, S. F. (2009). Stigma: Alive and Well. *Monitor on Psychology*, Vol. 40, No. 6, σ. 56.
- Economou, M., Louki, E., Peppou, L. E., Gramadani, C., Yotis, L., & Stefanis, C. N. (2012a). Fighting psychiatric stigma in the classroom: The impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 35, σσ. 544-551.
- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E. M., . . . Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Professionals' Attitudes to Severe Mental Illness and Its Correlates in Psychiatric Hospitals of Attica: The Role of Workers' Empathy. *Community Mental Health Journal*, 56, σσ. 614–625.
- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., & Stefanis, C. N. (2012b). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 66, σσ. 17-25.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, Vo. 196, No. 4286, σσ. p. 129-136.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS Third Edition*. London: SAGE.
- Flanagan, E., Corrigan, P., & Davidson, L. (2010). Mechanisms of stigma in mental health settings. *Comprehensive Psychiatry*, 51 (6), σ. 10.1016/j.comppsy.2010.06.025.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, σσ. 14-23.
- Hack, S. M., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., & Lucksted, A. A. (2020). Stigma and Discrimination as Correlates of Mental Health Treatment

- Engagement Among Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 43, No. 2, σσ. 106-110.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professional's attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), σσ. 48-54.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103(5), σσ. 813–821.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., . . . Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 2014; 1, σσ. 467-482.
- Hogan, N. (2016). “We’re All Mad Here”: Power and Identity in the Modern Era of Mental Illness. *Intersect*, Vol 10, No 1.
- Holder, S. M., Peterson, E. R., Stephens, R., & Crandall, L. A. (2018). Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals. *Community Mental Health Journal*, 55, σσ. 369–374.
- Hori, H., Richards, M., Kawamoto, Y., & Kunugi, H. (2011). Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians and psychiatrists: A web-based study in Japan. *Psychiatry Research*, 186 , σσ. 183-189.
- Hughes, M., & Kroehler, C. (2014). *Κοινωνιολογία - Οι βασικές έννοιες*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020, 10 19). *Global Health Data Exchange*. Ανάκτηση από Global Health Data Exchange GBD Results Tool: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2014). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mentalh Illness in Mental

- Health Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J*, 51 (5), σσ. 628-634.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (s429), σσ. 51–59.
- Leyens, J.-P., Yzerbyt, V., & Schadron, G. (1994). *Stereotypes and Social Cognition*. London: Sage Publications.
- Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma Power. *Social Science & Medicine*, 103, σσ. 24-32.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, σσ. 363-385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 3, σσ. 511-541.
- Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y.-P., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2013). The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Research*, 205, σσ. 185-191.
- Madianos, M. G., Priami, M., Alevisopoulos, G., Koukia, E., & Rogakou, E. (2005). Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, σσ. 169-183.
- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *Eur. J. Psychiat.* Vol. 26, N.º 1, σσ. 55-67.
- Mårtensson, G., Jacobsson, J. W., & Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, σσ. 782-788.
- McBride, K. (2019). A history of stigma. *The Psychologist*, September 2019, σσ. 76-78.

- Melissa, C., Mavraki, C., Gourni, M., Tsalkanis, A., Pilatis, N., Argyriou, G., . . . Kadda, O. (2006). People's attitudes towards patients with mental illness in Greece. *ICUs Nursing Web Journal*, 27, σσ. 1-12.
- Mouzas, O. D., Angelopoulos, N. V., & Liakos, A. (2008). Public opinions about mental illness in a Greek area: The influence of socio-demographic factors. *Psychiatriki*, 19, σσ. 337-349.
- Nieweglowski, K., Qin, S., Paniagua, D., & Corrigan, P. W. (2020). Understanding the Impact of Mental Health Stigma and the Role of Clinicians as Allies. Στο J. Badcock, & G. Paulik, *A Clinical Introduction to Psychosis: Foundations for Clinical Psychologists and Neuropsychologists* (σσ. 63-84). London: Elsevier Academic Press.
- Papadopoulos, C., Foster, J., & Caldwell, K. (2013). 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Mental Health Journal*, 49, σσ. 270-280.
- Papadopoulos, C., Leavey, G., & Vincent, C. (2002). Factors influencing stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, 37, σσ. 430-434.
- Pasman, J. (2011). The Consequences of Labelling Mental Illnesses on the Self-concept: A Review of Literature and Future Directions. *Social Cosmos*, 2, σσ. 122-126.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How Does Intergroup Contact Reduce Prejudice? Meta-Analytic Tests of Three Mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38 (6), σσ. 922-934.
- Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G., & Burnside, J. (1996). Media images of mental illness. Στο T. Heller, J. Reynolds, R. Gomm, R. Muston, & S. Pattinson, *Mental Health Matters* (σσ. 163-170). Hampshire: PALGRAVE.
- Porter, R. (2002). *Madness A Brief History*. Oxford: Oxford University Press.
- Psarra, V., Sestrini, M., & Santa, Z. (2008). Greek police officer's attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, σσ. 77-85.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). *Kaplan & Sadock's Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Saridi, M., Kordosi, A., Toska, A., Peppou, L. E., Economou, M., & Souliotis, K. (2017). Attitudes of health professionals towards the stigma surrounding depression in times of economic crisis. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 63(2), σσ. 115-125.
- Stylianidis, S., Chondros, P., & Boinis, R. (2018). Empowering dialogues: the problems of service users, family members and carers' associations in Greece. *Dialogues in Clinical Neuroscience and Mental Health*, Vol.1, No. 3, σσ. 108-114.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2016). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), σσ. 292-305.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, Vol. 38, No. 1, σσ. 49-62.
- World Health Organisation. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. *Sixty-Sixth World Health Assembly*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2019). *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2020). *Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to May 2019)*. Geneva: World Health Organisation.
- Zissi, A. (2006). Community perceptions of mental disorders: A Greek perspective. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, σσ. 136-148.
- Zissi, A., Rontos, C., Papageorgiou, D., Pierrakou, C., & Chtouris, S. (2007). Greek employers' attitudes to employing people with disabilities: Effects of the type of disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 9, σσ. 14-25.

- Ανδρούτσος, Γ. (2014). Η στάση της κοινωνίας απέναντι στον ψυχικά ασθενή στον Δυτικό Μεσαίωνα και την Αναγέννηση. Στο Α. Δουζένης, & Λ. Λύκουρας, *Ηθική & Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία* (σσ. 27-39). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Γναρδέλλης, Χ. (2011). *Ανάλυση δεδομένων με το IBM SPSS Statistics 21*. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Ζήση, Α. (2013). *ΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Ζήση, Α. (2019). Το Κοινωνικό Στίγμα: Βασικές Έννοιες, Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Νέες Κατευθύνσεις Έρευνας. Στο Α. Ζήση, & Μ. Σαββάκης, *Αναπηρία και Κοινωνία: Σύγχρονες Θεωρητικές Προκλήσεις και Ερευνητικές Πρακτικές* (σσ. 101-116). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Τζιόλα.
- Μαδιανός, Μ. Γ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μαρκοπούλου, Ε., Αντωνίου, Α. Σ., & Αγγέλου, Β. (2020). Η επαγγελματική σταδιοδρομία των ατόμων με ψυχική διαταραχή: υιοθετώντας δεξιότητες αναγνώρισης του στίγματος. Στο Κ. Αργυροπούλου, & Α. Σ. Αντωνίου, *Διαχείριση Σταδιοδρομίας και Ανάπτυξη Δεξιοτήτων στο Σύγχρονο Εκπαιδευτικό και Εργασιακό Περιβάλλον, Προ(σ)κλήσεις του 21ου αιώνα* (σσ. 163-190). Εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΗ.
- Οικονόμου, Μ. (2011). Το στίγμα της ψυχικής υγείας και ο φαύλος κύκλος των επιπτώσεών του. Στο Γραμματικοπούλου Ε. (επιμ.), *Ψυχική Υγεία Σύγχρονες Προσεγγίσεις - Προβληματισμοί* (σ. 200). Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Οικονόμου, Μ., Μπεχράκη, Α., & Χαρίτση, Μ. (2020). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας: Ιστορική αναδρομή και θεωρητική πλαισίωση. *Ψυχιατρική*, 31, σσ. 36-46.
- Οικονόμου, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Πλουμπίδης, Δ. (2013). Το στίγμα της ψυχικής νόσου, ψυχοεκπαίδευση, επαγγελματική εξουθένωση. Στο Γ. Παπαδημητρίου, Ι. Λιάππας, & Ε. Λύκουρας, *Σύγχρονη Ψυχιατρική* (σσ. 648-661). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

- Πανάγου, Α. (2013). Μύθοι για τους ψυχικά ασθενείς και στίγμα (διαδικασίες αντιμετώπισης). Στο ΕΣΑμεΑ, *Εκπαίδευση σε θέματα αυτοσυνηγορίας και σε θέματα αλλαγών που επιφέρει στο χώρο της ψυχικής αναπηρίας η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία Εγχειρίδιο Εκπαιδευόμενου* (σσ. 148-151). Αθήνα: Κοι.Σ.Π.Ε. ΑΘΗΝΩΝ "Η ΕΙΚΟΝΑ".
- Παπακόστα-Γάκη, Ε. (2015). Διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια: Ο ρόλος του τύπου δεσμού των επαγγελματιών και η επίδρασή του στην εργασιακή τους ικανοποίηση. *Διπλωματική Εργασία, Μ.Π.Σ. Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Πουλάκου-Ρεμπελάκου, Ε., & Λύκουρας, Λ. (2014). Αρχές ηθικής και δεοντολογίας στην αρχαιοελληνική και στη βυζαντινή Ψυχιατρική. Στο Α. Δουζένης, & Λ. Λύκουρας, *Ηθική & Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία* (σ. 15/25). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Σημαντήρη, Ε. (2018). Οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, το μοντέλο της ανάρρωσης και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. *Διπλωματική Εργασία, Π.Μ.Σ. Προαγωγή Ψυχικής Υγείας - Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Στυλιανίδης, Σ. (2014). Οι φιλοσοφικές και κοινωνιολογικές βάσεις της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Στο Σ. Στυλιανίδης και συνεργάτες, *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής Για κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική* (σσ. 53-84). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Στυλιανίδης, Σ. (2014). Σύντομη ιστορική διαδρομή της τρέλας και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Στο Σ. Στυλιανίδης και συνεργάτες, *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής Για μια κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική* (σσ. 35-51). Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Στυλιανίδης, Σ., & Χονδρός, Π. (2014). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ευρώπη. Στο Σ. Στυλιανίδης και συνεργάτες, *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής*

- ψυχιατρικής *Για μια κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική* (σσ. 139-161). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Τζαβάρας, Θ. (2014). Λανθασμένη χρήση της Ψυχιατρικής: Η Ψυχιατρική ως εργαλείο αλλοτρίωσης. Στο Α. Δουζένης, & Λ. Λύκουρας, *Ηθική & Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία* (σσ. 41-54). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Τσιόλκα, Α. (2019). Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη ψυχική νόσο: ο ρόλος της ενσυναίσθησης. *Διπλωματική Εργασία, Π.Μ.Σ. Προαγωγή Ψυχικής Υγείας - Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Φλεβάρη, Κ., Τζανάκης, Μ., & Αλεξιάς, Γ. (2019). Από το Όραμα της Αποϊδρυματοποίησης στη Διαχείριση της Ψυχοκοινωνικής Αναπηρίας. Στο Α. Ζήση, & Μ. Σαββάκης, *Αναπηρία και Κοινωνία: Σύγχρονες Θεωρητικές Προκλήσεις και Ερευνητικές Προοπτικές* (σσ. 143-173). Θεσσαλονίκη: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΖΙΟΛΑ.
- Χαντζή, Α. (2006). Κοινωνικά στερεότυπα και διομαδικές σχέσεις. Στο Σ. Παπαστάμου, *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία, Τόμος Β'* (σσ. 225-257). Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Χονδρός, Π., & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Στο Σ. Σ. συνεργάτες, *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής Για μια κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική* (σσ. 163-183). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Χονδρός, Π., Μποϊνη, Ρ., & Στυλιανίδης, Σ. (2018). Όραμα για αλλαγή και recovery. Πώς μελετούμε την οργάνωση και το ρόλο των συλλόγων που εκπροσωπούν ψυχικά πάσχοντες;. *Σύναμις, Τεύχος 49, Τόμος 14*, σσ. 57-62.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δημογραφικά Στοιχεία

(για στατιστικούς λόγους)

Παρακαλώ σημειώστε την απάντησή σας στο αντίστοιχο πλαίσιο. Παρακαλώ όπως απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

Φύλο:

Ανδρας ☐

Γυναίκα ☐

Ηλικία:

18-25 ☐

26-35 ☐

36-45 ☐

46-55 ☐

56-65 ☐

65+ ☐

Τόπος διαμονής:

Επαρχία ☐

Πόλη ☐

Μεγαλούπολη ☐

Μορφωτικό επίπεδο:

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ☐

ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐

Μεταπτυχιακό ☐

Διδακτορικό ☐

Ειδικότητα:

Ψυχίατρος ☐

Νοσηλεύτης ☐

Ψυχολόγος ☐

Εργοθεραπευτής ☐

Κοινωνικός Λειτουργός ☐

Εργάζομαι/Έχω εργαστεί:

Στον δημόσιο τομέα ☐

Στον ιδιωτικό τομέα ☐

Φορέας Εργασίας:

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ☐

Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου ☐

Κέντρο Ημέρας ☐

Ξενώνας ☐

Οικοτροφείο ☐

ΚΟΙΣΠΕ ☐

ΜΚΟ/ΑΜΚΕ ☐

Ιδιωτικό γραφείο ☐

Άλλο (παρακαλώ σημειώστε): ☐_____

Έτη εργασίας στον κλάδο:

1-5 ☐

5-10 ☐

10-20 ☐

20+ ☐

Είμαι ο ίδιος/η ίδια άτομο με ψυχική ασθένεια:

Ναι ☐

Όχι ☐

Στο οικογενειακό μου περιβάλλον υπάρχει άτομο με ψυχική ασθένεια:

Ναι ☐

Όχι ☐

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η **ψυχική υγεία** αποτελεί «*μια κατάσταση ευεξίας, στην οποία το άτομο αντιλαμβάνεται τις δυνατότητές του, δύναται να αντιμετωπίσει το φυσιολογικό στρες της καθημερινής ζωής, να εργαστεί παραγωγικά και αποτελεσματικά, και να προσφέρει στην κοινότητα όπου ανήκει*». Αντίθετα, η **ψυχική ασθένεια** είναι μια κατάσταση που επηρεάζει τη σκέψη, το συναίσθημα ή τη διάθεση του ατόμου. Τέτοιες συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα του ατόμου να σχετιστεί με άλλους και είναι λειτουργικό σε καθημερινή βάση.

Σας παρακαλώ όπως διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω απόψεις και σημειώστε αν κάθε άποψη σας αφορά. Παρακαλείστε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

Κλίμακα: «Στάσεις απέναντι σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες/ Attitudes of Severe Mental Illness» (Madianos, Economou et al., 2012)

A.A		Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σ' έναν άρρωστο					
2	Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους					
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο					
4	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο					

5	Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι					
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος					
7	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο					
8	Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα					
9	Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει όλη τη ζωή του					
10	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση					
11	Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις					
12	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του					
13	Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους					
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους					

15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία					
16	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα					
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται					
18	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους					
19	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή τους φίλους του					
20	Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα					
21	Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια					
22	Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μη δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους					
23	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο					

24	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω					
25	Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι υπεύθυνο για ό, τι συνέβη					
26	Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νοιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένεια του					
27	Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σ' ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά					
28	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό, τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του					
29	Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια					
30	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους					

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αξιότιμοι/ες,

Το παρόν ερωτηματολόγιο χορηγείται στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστική», με τίτλο «Προκατάληψη και στίγμα γύρω από την ψυχική νόσο: στάσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους ψυχιατρικούς ασθενείς». Η έρευνα που διεξάγεται αφορά τις αντιλήψεις και τις στάσεις των επαγγελματιών που εργάζονται στον κλάδο της ψυχικής υγείας σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς.

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο απευθύνεται **αποκλειστικά** σε επαγγελματίες που ανήκουν στον κλάδο της ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς). Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αποτελέσουν τμήμα της ελληνικής και διεθνούς επιστημονικής βιβλιογραφίας αναφορικά με το κοινωνικό στίγμα των ψυχικά ασθενών. Για τον λόγο αυτό, η συμμετοχή σας θα επιτρέψει την περαιτέρω ανάλυση και κατανόηση των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στην ελληνική πραγματικότητα.

Η συμμετοχή είναι εθελοντική, ανώνυμη και εμπιστευτική. Στο πλαίσιο αυτό, διευκρινίζεται πως διατηρείτε το δικαίωμα διακοπής της συμμετοχής σας με ελεύθερη βούληση στη διάρκεια της διαδικασίας, έως και τη χρονική στιγμή της κατάθεσης των απαντήσεων σας στην ερευνήτρια. Η ανάλυση και η επεξεργασία των στοιχείων που θα συλλεχθούν αφορά αποκλειστικά τους σκοπούς της συγκεκριμένης εργασίας.

Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε το ακόλουθο ερωτηματολόγιο σύμφωνα τις υποδείξεις που παρατίθενται. Εφόσον υπάρχει σχετικό ενδιαφέρον, τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να σας διατεθούν μετά το πέρας της ερευνητικής διαδικασίας.

Παραμένω στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο σας. Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη.

Με εκτίμηση,

Χαρίκλεια Μπαλαδήμα

Ψυχολόγος – Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επικοινωνία: ch.baladima@gmail.com

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
ΣΤΑ ΛΗΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ASMI**

	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σ' έναν άρρωστο	1,3%	5,5%	18,3%	73,6%	1,3%
Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους	1,3%	6,8%	21,7%	67,7%	2,6%
Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο	0%	2,1%%	5,5%	90,6%	1,7%
Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο	2,6%	17,4%	26,4%	50,2%	3,4%
Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι	1,7%	14,5%	20,0%	60,9%	3,0%
Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος	2,1%	14,0%	32,8%	48,5%	2,6%
Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο	1,3%	16,2%	19,1%	60,9%	2,6%

Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα	0%	8,5%	13,6%	74,5%	3,4%
Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει όλη τη ζωή του	6,4%	30,6%	16,6%	42,1%	4,3%
Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση	5,5%	8,5%	16,6%	60,0%	9,4%
Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις	3,4%	1,7%	8,9%	80,4%	5,5%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του	61,3%	28,1%	3,8%	5,1%	1,7%
Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους	57,0%	30,6%	7,2%	4,3%	0,9%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους	47,7%	29,4%	16,6%	5,5%	0,9%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία	64,7%	26,0%	4,7%	1,7%	3,0%
Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα	77,9%	17,4%	3,0%	0%	1,7%
Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται	40,0%	37,0%	14,5%	4,7%	3,8%
Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους	1,7%	3,0%	5,1%	85,5%	4,7%

Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή τους φίλους του	55,3%	24,3%	4,3%	9,4%	6,8%
Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα	0,4%	1,7%	7,2%	85,1%	5,5%
Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια	86,8%	8,5%	1,3%	2,1%	1,3%
Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μη δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους	0,9%	6,0%	17,0%	68,1%	8,1%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο	92,8%	4,7%	0,9%	1,3%	0,4%
Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω	90,2%	8,1%	0,4%	0,9%	0,4%
Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι υπεύθυνο για ό, τι συνέβη	21,3%	50,2%	11,5%	6,0%	11,1%
Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νοιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένεια του	32,3%	52,8%	8,5%	1,3%	5,1%

Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σ' ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά	55,7%	37,9%	4,3%	1,7%	0,4%
Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό, τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του	16,2%	49,8%	18,3%	6,8%	8,9%
Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια	40,9%	40,9%	11,1%	5,5%	1,7%
Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους	24,3%	54,0%	10,6%	3,0%	8,1%

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4. ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ
ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΟΜΑΔΩΝ**

		Tests of Normality: Φύλο					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Φύλο	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στερεότυπα	Ανδρας	,195	37	,001	,829	37	,000
	Γυναίκα	,132	198	,000	,900	198	,000
Αισιοδοξία	Ανδρας	,158	37	,021	,895	37	,002
	Γυναίκα	,175	198	,000	,860	198	,000
Αντιμετώπιση	Ανδρας	,222	37	,000	,732	37	,000
	Γυναίκα	,229	198	,000	,741	198	,000
Κατανόηση	Ανδρας	,157	37	,021	,926	37	,017
	Γυναίκα	,109	198	,000	,938	198	,000
Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	Ανδρας	,152	37	,031	,856	37	,000
	Γυναίκα	,098	198	,000	,952	198	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Ηλικία

	Ηλικία	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στερεότυπα	18-25	,179	47	,001	,815	47	,000
	26-35	,114	97	,004	,930	97	,000
	36-45	,165	64	,000	,889	64	,000
	46-55	,236	24	,001	,737	24	,000
	56+	,385	3	.	,750	3	,000
Αισιοδοξία	18-25	,212	47	,000	,833	47	,000
	26-35	,170	97	,000	,859	97	,000
	36-45	,160	64	,000	,889	64	,000
	46-55	,149	24	,176	,934	24	,118
	56+	,337	3	.	,855	3	,253
Αντιμετώπιση	18-25	,209	47	,000	,801	47	,000
	26-35	,230	97	,000	,737	97	,000
	36-45	,221	64	,000	,722	64	,000
	46-55	,285	24	,000	,695	24	,000
	56+	,328	3	.	,871	3	,298
Κατανόηση	18-25	,181	47	,001	,887	47	,000
	26-35	,104	97	,012	,947	97	,001
	36-45	,116	64	,031	,962	64	,047
	46-55	,208	24	,008	,918	24	,052
	56+	,204	3	.	,993	3	,843
Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	18-25	,136	47	,029	,918	47	,003
	26-35	,092	97	,041	,952	97	,001
	36-45	,129	64	,010	,935	64	,002
	46-55	,230	24	,002	,709	24	,000
	56+	,276	3	.	,942	3	,537

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Περιοχή κατοικίας

	Περιοχή κατοικίας	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στερεότυπα	Επαρχία	,091	32	,200*	,949	32	,131
	Πόλη	,146	82	,000	,849	82	,000
	Μεγαλούπολη	,157	121	,000	,886	121	,000
Αισιοδοξία	Επαρχία	,156	32	,045	,887	32	,003
	Πόλη	,181	82	,000	,901	82	,000
	Μεγαλούπολη	,169	121	,000	,834	121	,000
Αντιμετώπιση	Επαρχία	,213	32	,001	,762	32	,000
	Πόλη	,220	82	,000	,731	82	,000
	Μεγαλούπολη	,242	121	,000	,734	121	,000
Κατανόηση	Επαρχία	,194	32	,004	,939	32	,072
	Πόλη	,088	82	,172	,959	82	,010
	Μεγαλούπολη	,148	121	,000	,918	121	,000
Συνολικό σκορ στην κλίμακα	Επαρχία	,205	32	,001	,885	32	,003
	Πόλη	,096	82	,059	,898	82	,000
ASMI	Μεγαλούπολη	,132	121	,000	,946	121	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Επίπεδο εκπαίδευσης

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Επίπεδο εκπαίδευσης		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Σtereότυπα	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	,193	11	,200*	,887	11	,127
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	,112	82	,012	,941	82	,001
	Μεταπτυχιακό	,134	123	,000	,868	123	,000
	Διδακτορικό	,240	19	,005	,824	19	,003
Αισιοδοξία	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	,180	11	,200*	,911	11	,250
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	,164	82	,000	,904	82	,000
	Μεταπτυχιακό	,203	123	,000	,842	123	,000
	Διδακτορικό	,350	19	,000	,766	19	,000
Αντιμετώπιση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	,287	11	,012	,808	11	,012
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	,232	82	,000	,723	82	,000
	Μεταπτυχιακό	,235	123	,000	,710	123	,000
	Διδακτορικό	,183	19	,093	,891	19	,034
Κατανόηση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	,196	11	,200*	,950	11	,645
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	,185	82	,000	,891	82	,000
	Μεταπτυχιακό	,127	123	,000	,944	123	,000
	Διδακτορικό	,144	19	,200*	,943	19	,301
Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	,218	11	,152	,822	11	,018
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	,101	82	,039	,958	82	,009
	Μεταπτυχιακό	,115	123	,000	,934	123	,000
	Διδακτορικό	,123	19	,200*	,943	19	,293

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Ψυχική ασθένεια

Είμαι ο ίδιος/η ίδια άτομο με ψυχική ασθένεια		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στερεότυπα	Όχι	,131	223	,000	,884	223	,000
	Ναι	,317	12	,002	,806	12	,011
Αισιοδοξία	Όχι	,170	223	,000	,879	223	,000
	Ναι	,215	12	,132	,889	12	,116
Αντιμετώπιση	Όχι	,231	223	,000	,722	223	,000
	Ναι	,151	12	,200*	,863	12	,054
Κατανόηση	Όχι	,105	223	,000	,959	223	,000
	Ναι	,304	12	,003	,845	12	,032
Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	Όχι	,103	223	,000	,930	223	,000
	Ναι	,142	12	,200*	,930	12	,385

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Οικογενειακό περιβάλλον

Στο οικογενειακό μου περιβάλλον υπάρχει άτομο με ψυχική ασθένεια		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στερεότυπα	Όχι	,132	156	,000	,928	156	,000
	Ναι	,181	79	,000	,805	79	,000
Αισιοδοξία	Όχι	,181	156	,000	,882	156	,000
	Ναι	,179	79	,000	,851	79	,000
Αντιμετώπιση	Όχι	,227	156	,000	,704	156	,000
	Ναι	,219	79	,000	,779	79	,000
Κατανόηση	Όχι	,109	156	,000	,959	156	,000
	Ναι	,125	79	,004	,916	79	,000
Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	Όχι	,076	156	,029	,969	156	,001
	Ναι	,187	79	,000	,882	79	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Ειδικότητα

	Ειδικότητα	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Σtereότυπα	Ψυχίατρος	,174	21	,098	,862	21	,007
	Νοσηλευτής	,120	39	,165	,943	39	,049
	Ψυχολόγος	,133	141	,000	,868	141	,000
	Εργοθεραπευτής	,239	8	,198	,799	8	,028
	Κοιν. Λειτουργός	,138	26	,200*	,944	26	,170
Αισιοδοξία	Ψυχίατρος	,266	21	,000	,837	21	,003
	Νοσηλευτής	,141	39	,047	,929	39	,016
	Ψυχολόγος	,195	141	,000	,846	141	,000
	Εργοθεραπευτής	,263	8	,109	,765	8	,012
	Κοιν. Λειτουργός	,133	26	,200*	,919	26	,043
Αντιμετώπιση	Ψυχίατρος	,166	21	,135	,876	21	,013
	Νοσηλευτής	,160	39	,013	,868	39	,000
	Ψυχολόγος	,237	141	,000	,730	141	,000
	Εργοθεραπευτής	,386	8	,001	,659	8	,001
	Κοιν. Λειτουργός	,307	26	,000	,540	26	,000
Κατανόηση	Ψυχίατρος	,200	21	,028	,938	21	,201
	Νοσηλευτής	,128	39	,104	,959	39	,165
	Ψυχολόγος	,144	141	,000	,925	141	,000
	Εργοθεραπευτής	,241	8	,191	,926	8	,481
	Κοιν. Λειτουργός	,160	26	,084	,952	26	,261
Συνολικό σκορ στην κλίμακα	Ψυχίατρος	,152	21	,200*	,893	21	,026
	Νοσηλευτής	,088	39	,200*	,972	39	,433
ASMI	Ψυχολόγος	,110	141	,000	,927	141	,000
	Εργοθεραπευτής	,335	8	,009	,747	8	,008
	Κοιν. Λειτουργός	,145	26	,170	,958	26	,356

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Τομέας απασχόλησης

	Τομέας	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Σtereότυπα	Δημόσιος τομέας	,146	87	,000	,900	87	,000
	Ιδιωτικός τομέας	,171	115	,000	,853	115	,000
	Και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα	,130	33	,171	,933	33	,044
Αισιοδοξία	Δημόσιος τομέας	,177	87	,000	,875	87	,000
	Ιδιωτικός τομέας	,155	115	,000	,884	115	,000
	Και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα	,213	33	,001	,808	33	,000
Αντιμετώπιση	Δημόσιος τομέας	,169	87	,000	,859	87	,000
	Ιδιωτικός τομέας	,237	115	,000	,713	115	,000
	Και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα	,264	33	,000	,667	33	,000
Κατανόηση	Δημόσιος τομέας	,123	87	,002	,945	87	,001
	Ιδιωτικός τομέας	,109	115	,002	,943	115	,000
	Και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα	,142	33	,090	,959	33	,239
	Δημόσιος τομέας	,107	87	,016	,966	87	,022
	Ιδιωτικός τομέας	,123	115	,000	,913	115	,000

Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	Και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα	,090	33	,200*	,942	33	,077
---------------------------------------	---	------	----	-------	------	----	------

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Φορέας εργασίας

Φορέας εργασίας		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στερεότυπα	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο/ Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	,165	47	,002	,879	47	,000
	Κοινοτικές Δομές	,162	65	,000	,884	65	,000
	Άλλες Δημόσιες Δομές	,153	14	,200*	,922	14	,231
	ΜΚΟ/ΑΜΚΕ	,223	17	,024	,886	17	,041
	Μονάδες Απεξάρτησης από Ουσίες	,153	7	,200*	,972	7	,909
	Ιδιωτικός Τομέας	,168	41	,005	,837	41	,000
	Περισσότεροι από ένας Φορείς Εργασίας	,087	44	,200*	,956	44	,088
Αισιοδοξία	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο/ Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	,231	47	,000	,833	47	,000
	Κοινοτικές Δομές	,156	65	,000	,880	65	,000
	Άλλες Δημόσιες Δομές	,313	14	,001	,749	14	,001
	ΜΚΟ/ΑΜΚΕ	,205	17	,056	,894	17	,053
	Μονάδες Απεξάρτησης από Ουσίες	,277	7	,113	,725	7	,007
	Ιδιωτικός Τομέας	,138	41	,046	,915	41	,005
	Περισσότεροι από ένας Φορείς Εργασίας	,157	44	,008	,889	44	,001
Αντιμετώπιση	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο/ Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	,183	47	,000	,829	47	,000
	Κοινοτικές Δομές	,224	65	,000	,758	65	,000
	Άλλες Δημόσιες Δομές	,277	14	,005	,822	14	,009
	ΜΚΟ/ΑΜΚΕ	,306	17	,000	,692	17	,000

Κατανόηση	Μονάδες Απεξάρτησης από Ουσίες	,238	7	,200*	,823	7	,068
	Ιδιωτικός Τομέας	,202	41	,000	,801	41	,000
	Περισσότεροι από ένας Φορείς Εργασίας	,250	44	,000	,646	44	,000
	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο/ Ψυχιατρική Κλινική	,115	47	,153	,952	47	,050
	Γενικού Νοσοκομείου						
	Κοινοτικές Δομές	,093	65	,200*	,976	65	,230
	Άλλες Δημόσιες Δομές	,123	14	,200*	,951	14	,571
	ΜΚΟ/ΑΜΚΕ	,221	17	,027	,894	17	,053
	Μονάδες Απεξάρτησης από Ουσίες	,221	7	,200*	,880	7	,227
	Ιδιωτικός Τομέας	,186	41	,001	,885	41	,001
	Περισσότεροι από ένας Φορείς Εργασίας	,168	44	,003	,922	44	,005
	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο/ Ψυχιατρική Κλινική	,108	47	,200*	,958	47	,088
	Γενικού Νοσοκομείου						
	Κοινοτικές Δομές	,132	65	,006	,886	65	,000
Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	Άλλες Δημόσιες Δομές	,136	14	,200*	,959	14	,714
	ΜΚΟ/ΑΜΚΕ	,120	17	,200*	,946	17	,392
	Μονάδες Απεξάρτησης από Ουσίες	,206	7	,200*	,902	7	,341
	Ιδιωτικός Τομέας	,141	41	,038	,871	41	,000
	Περισσότεροι από ένας Φορείς Εργασίας	,107	44	,200*	,967	44	,241

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality: Επαγγελματική εμπειρία

Επαγγελματική εμπειρία		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	εμπειρία	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στερεότυπα	1-5	,166	125	,000	,859	125	,000
	5-10	,143	50	,013	,888	50	,000
	10-20	,154	41	,016	,925	41	,010
	20+	,173	19	,138	,917	19	,098
Αισιοδοξία	1-5	,184	125	,000	,850	125	,000
	5-10	,203	50	,000	,862	50	,000
	10-20	,191	41	,001	,878	41	,000
	20+	,133	19	,200*	,935	19	,216
Αντιμετώπιση	1-5	,202	125	,000	,793	125	,000
	5-10	,239	50	,000	,734	50	,000
	10-20	,248	41	,000	,677	41	,000
	20+	,280	19	,000	,598	19	,000
Κατανόηση	1-5	,137	125	,000	,934	125	,000
	5-10	,119	50	,075	,936	50	,009
	10-20	,118	41	,158	,960	41	,158
	20+	,133	19	,200*	,958	19	,535
Συνολικό σκορ στην κλίμακα ASMI	1-5	,133	125	,000	,917	125	,000
	5-10	,136	50	,022	,955	50	,056
	10-20	,142	41	,036	,952	41	,081
	20+	,114	19	,200*	,970	19	,779

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction