

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



Π.Μ.Σ. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

**Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι
στη ψυχική νόσο: ο ρόλος της ενσυναίσθησης.**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Αριάννα Τσιόλκα

A.M.: 20161183

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Οικονόμου Μαρίνα, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια της Ιατρικής σχολής του ΕΚΠΑ

Αθήνα, 2019

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1. ΣΤΙΓΜΑ	6
1.1. Ετυμολογία Στίγματος και κοινωνικοιστορικά στοιχεία	6
1.2. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας ανά τους αιώνες	8
1.3. Ορισμοί και διαστάσεις του στίγματος στη ψυχική ασθένεια	9
1.4. Μορφές του στίγματος για τη ψυχική ασθένεια.....	12
1.5. Επιπτώσεις του στίγματος για την ψυχική ασθένεια	12
1.6. Στρατηγικές αντιμετώπισης και καταπολέμησης του στίγματος απέναντι στη ψυχική ασθένεια.....	15
1.7. Οι στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και η κοινωνική απόσταση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας	18
2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ.....	21
2.1. Ιστορική αναδρομή.....	21
2.2. Ορισμοί ενσυναίσθησης	23
2.3. Διαστάσεις ενσυναίσθησης	25
2.4. Η σχέση της ενσυναίσθησης με την συμπάθεια και τη συμπόνια.....	26
2.5. Η θετική επίδραση της ενσυναίσθησης στη σχέση επαγγελματία υγείας-ασθενούς.....	28
2.6. Παρεμβάσεις ενσυναίσθησης.....	28
2.7. Η ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας	30
2.8 Η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και την κοινωνική απόσταση.	32
3. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	35
5. ΜΕΘΟΔΟΣ	36
5.1 Δείγμα	36
5.2 Εργαλείο έρευνας	37
5.3 Διαδικασία χορήγησης.....	41
5.4 Στατιστική Ανάλυση	41
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	42

6.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος	42
6.2 Περιγραφικά στοιχεία κλιμάκων	44
6.3 Έλεγχος <i>t test</i> για 2 ανεξάρτητα δείγματα	51
6.4 Έλεγχος διακύμανσης ANOVA	53
6.5 Ανάλυση συσχέτισης <i>r</i> του Pearson	58
6.6 Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης	61
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	70
7.1 Περιορισμοί έρευνας	77
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
Ερωτηματολόγιο έρευνας	86

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το στίγμα που περιβάλλει τη ψυχική νόσο επηρεάζει τις στάσεις και τις απόψεις των ίδιων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα αυτά. Τα τελευταία χρόνια η έρευνα έχει εστιάσει στη διερεύνηση χαρακτηριστικών των ατόμων (π.χ ενσυναίσθηση) που συμβάλλουν στην καταπολέμηση του στίγματος. Η παρούσα έρευνα εστιάζει ακριβώς στο ρόλο της ενσυναίσθησης στη μείωση του στίγματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας. Το δείγμα περιλαμβάνει 127 επαγγελματίες (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές), οι οποίοι απάντησαν σε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, που περιλαμβάνει δημογραφικά χαρακτηριστικά, την Κλίμακα ASMI για τη μέτρηση των στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, την Κλίμακα Social Distance για τη μέτρηση της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης και την Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης για τη μέτρηση του βαθμού της ενσυναίσθησης. Οι συμμετέχοντες φάνηκε να έχουν θετικές απόψεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και να μην επιθυμούν την κοινωνική απόσταση, με εξαίρεση τις πιο προσωπικές σχέσεις, όπως είναι ο γάμος με άτομο που πάσχει από ψυχική νόσο. Επιπλέον, τα επίπεδα ενσυναίσθησης ήταν αρκετά υψηλά. Ανάμεσα στις ειδικότητες οι ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί φάνηκε να έχουν πιο θετικές στάσεις και υψηλή ενσυναίσθηση. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι η γνωστική και θυμική ενσυναίσθηση έχουν θετική συσχέτιση με τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και αρνητική συσχέτιση με την επιθυμία για κοινωνική απόσταση, ενώ η γνωστική ενσυναίσθηση λειτουργεί και ως παράγοντας, που μεταβάλλει τις στάσεις και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Συμπερασματικά, η ενσυναίσθηση μπορεί να συμβάλλει στην καταπολέμηση του στίγματος για τη ψυχική νόσο και θα πρέπει να αποτελεί βασικό στοιχείο στις παρεμβάσεις κατά του στίγματος.

Λέξεις-κλειδιά: στίγμα, στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια, κοινωνική απόσταση, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενσυναίσθηση, μείωση στίγματος.

ABSTRACT

The stigma surrounding mental illness affects the attitudes and the opinions of mental health professionals. Over the recent years, research has focused on investigating those traits (e.g. the empathy) of mental health professionals which contribute to fighting against mental health stigma. The present study focuses on the role of empathy in reducing any stigmatizing attitudes in the mental health professionals of the two psychiatric hospitals of Athens. The sample has been drawn from 127 professionals (psychiatrists, psychologists, social workers and nurses) who responded to a self-completion questionnaire, which includes demographic characteristics, the ASMI scale for measuring the attitudes towards severe mental illness, the Social Distance scale for measuring the preferred social distance and the Interpersonal Reactivity index for measuring the degree of empathy. The participants seemed to have positive attitudes towards severe mental illness and do not desire any social distance, with the exception of more personal relationships, such as entering into marriage with a person who suffers from mental illness. In addition, the levels of empathy were high. Among the aforementioned specialists, the psychologists and the social workers seemed to have more positive attitudes and higher levels of empathy. The analyses showed that there is a positive correlation between the cognitive and emotional empathy and the attitudes towards severe mental illness, but also a negative one in terms of desired social distance, while cognitive empathy is the factor which can change both the attitudes and the desired social distance of mental health professionals. In conclusion, empathy can contribute to fighting against the stigma of mental illness and has to be one of the fundamental elements of the interventions against stigma.

Keywords; stigma, attitudes towards severe mental illness, social distance, mental health professionals, empathy, stigma reduction.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με ψυχική ασθένεια αποτελούν μια ομάδα του πληθυσμού που κατεξοχήν υφίσταται στιγματισμό και αυτό είναι φαινόμενο που διατηρήθηκε μέσα από τους αιώνες (Byrne, 2010).

Το στίγμα της ψυχικής νόσου αποτελεί ένα φαινόμενο κοινωνικής διάκρισης, το οποίο επηρεάζει και απασχολεί αυτούς που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, τους ανθρώπους του συγγενικού τους περιβάλλοντος, καθώς και τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς και οι οικείοι τους αντιμετωπίζουν την απομόνωση και εγείρουν συναισθήματα φόβου (βασισμένα σε προκαταλήψεις) στο γενικό πληθυσμό. Οι μελέτες σε όλο τον κόσμο δείχνουν ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού υιοθετεί στιγματιστικές στάσεις απέναντι στη ψυχική νόσο (Sculze, 2007). Οι στιγματιστικές απόψεις για την ψυχική ασθένεια δεν περιορίζονται στα μη ενημερωμένα άτομα. Ακόμα και καλά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας έχουν στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια (Sartorius, 2002).

Σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της νοοτροπίας του κοινού για τη ψυχική ασθένεια μπορεί να διαδραματίσει η αλλαγή στις συμπεριφορές και στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, παράμετρος η οποία ελάχιστα έχει διερευνηθεί στην Ελλάδα. Η έρευνα πάνω στο ρόλο της ενσυναίσθησης στη μείωση του στίγματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι πολύ περιορισμένη.

Η ενσυναίσθηση είναι μία έννοια πολύ σημαντική στη θεραπευτική σχέση ιατρού-ασθενούς, ωστόσο οι έρευνες μέχρι και σήμερα είναι μπερδεμένες λόγω του ότι δεν υπάρχει σαφής ορισμός. Η ενσυναίσθηση (empathy) είναι έννοια που εμπεριέχει τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η μεν γνωστική συνιστώσα αφορά τη σύλληψη μιας υποτιθέμενης κατάστασης για το πώς αισθάνεται ένα άλλο άτομο που βρίσκεται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, ενώ η συναισθηματική συνιστώσα αφορά τη διαδικασία κατά την οποία ο ιατρός αντιλαμβάνεται τι είναι αυτό που βιώνει ο ασθενής (Halpern, 2003). Αυτή η προσέγγιση διευκολύνει τη συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή από τον επαγγελματία και, ως εκ τούτου, πραγματοποιείται πιο ακριβής διάγνωση και παρέχεται καλύτερη φροντίδα. Επίσης, βοηθά τους ασθενείς να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και να συμμετέχουν στη θεραπεία

τους, ενώ οδηγεί σε θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις που επηρεάζουν άμεσα την αποκατάσταση του ασθενή (Hojat, 2007). Κατά συνέπεια, η ενσυναίσθηση είναι ένα βασικό συστατικό, που οικοδομεί μία θεραπευτική συμμαχία, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προς τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή (Gateshill et al., 2011).

Στόχος, λοιπόν, της επιστημονικής κοινότητας είναι να δημιουργήσουν προγράμματα μείωσης του στίγματος, τα οποία να ενδυναμώνουν χαρακτηριστικά του ατόμου. Η παρούσα έρευνα προσπαθεί να διερευνήσει το επίπεδο της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στον ελλαδικό χώρο και τη συσχέτισή της με τις στάσεις τους απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και την επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση και να καλύψει τα κενά της διεθνούς έρευνας πάνω στο θέμα.

1. ΣΤΙΓΜΑ

1.1. Ετυμολογία Στίγματος και κοινωνικοιστορικά στοιχεία

Ο όρος ‘stigma’, που έχει επικρατήσει στην αγγλική βιβλιογραφία, αλλά και διεθνώς, με ελάχιστες παραλλαγές, προέρχεται από την ελληνική γλώσσα, όπου ‘στίγμα’ (συγκεκριμένα, από το αρχαίο ρήμα ‘στίζειν’) σημαίνει ένα σημάδι ανεξίτηλο σε κάποιον που η κοινωνία επιθυμεί να ξεχωρίζει, υποδηλώνοντας αρνητικές και απαξιωτικές ιδιότητες σε αυτόν (Goffman, 2001). Η ετυμολογία και το νόημα της λέξης αυτής προσδίδει τη σημασιολογική φόρτιση που έχει συσσωρεύσει ανά τους αιώνες: Οι Έλληνες, κατά την αρχαιότητα, δημιούργησαν τον όρο ‘στίγμα’ για τους σκλάβους, ως σημάδι για να αναγνωρίζουν ότι η θέση τους στην κοινωνική δομή ήταν χαμηλότερης αξίας. Σε αρκετές περιοχές του αρχαίου Ελληνικού κόσμου, ο κοινωνικός στιγματισμός ακολουθείται από διαπόμπευση, με σκοπό τη μεγαλύτερη προσβολή του φέροντα και τον παραδειγματισμό του λαού. Στα τέλη του Μεσαίωνα, το στίγμα αφορούσε τη δημόσια διαπόμπευση (Οικονόμου και συν., 2006). Γενικά ανά τους αιώνες, οι «παρεκκλίνοντες» (λόγω μοιχείας, πορνείας, κλοπής και γενικά διαφόρων παραπτωμάτων) στιγματίζονταν στο σώμα αφήνοντας κάποιο εμφανές σημάδι (π.χ κάψιμο από σίδερο, κούρεμα).

Με το πέρασμα των αιώνων, η σημασία του στίγματος διαφοροποιήθηκε και κατέληξε να είναι συνώνυμη με δυσμενείς διακρίσεις σε ανθρώπους «διαφορετικούς». Ανάμεσα στις αιτίες της διαφορετικότητας, εκτός από διάφορες καταστάσεις, που μπορεί να χαρακτηρίζουν το άτομο, συγκαταλέγονται και νοσολογικές οντότητες, οι οποίες φέρουν ιδιαίτερα αρνητική φόρτιση στις συλλογικές αναπαραστάσεις. Στιγματιζόταν, δηλαδή, ασθένειες με «ορατά σημάδια», όπως η λέπρα, σύφιλη, καρκίνος και AIDS. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, το στίγμα χρησιμοποιείται για ασθένειες, που εγείρουν προκαταλήψεις σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές και των οικογενειών τους (Οικονόμου, 2008).

Το 19ο αιώνα, με την εγκαθίδρυση ψυχιατρικών ασύλων, άρχισε να αναπτύσσεται στους ιατρούς και στο ευρύ κοινό η άποψη ότι το μυαλό αποτελεί λειτουργία του εγκεφάλου και να εισάγονται πιο «ανθρώπινες» θεραπείες που διατηρούσαν, βέβαια, ακόμη μια ηθική-θρησκευτική χροιά. Η ανάπτυξη της επιστήμης και η επιρροή της εκκλησίας διαμόρφωσαν θετικότερες στάσεις. Η πρώτη με την αναγνώριση των κλινικών οντοτήτων, ενώ η δεύτερη στα πλαίσια του ανθρωπιστικού πνεύματος βοήθειας των αδυνάτων. Από το Μεσαίωνα και το «κυνήγι μαγισσών», στη Γαλλική Επανάσταση και τις ιδέες του Διαφωτισμού, στους Pinel, Krepelin, και τη σύγχρονη «ψυχιατρική πρακτική», ο ψυχικά ασθενής χάνει σταδιακά το μεταφυσικό του περίβλημα και από το δαιμονισμένο του παρελθόντος μετασχηματίζεται σε ένα «βιολογικά άρρωστο άτομο» ή σε ένα άτομο που πάσχει από βαθιές ψυχοκοινωνικές συγκρούσεις. Όμως, παρά την επιστημονική γνώση, κυριαρχεί ο φόβος και η προκατάληψη σε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων και των «ειδικών». Η λέξη «στίγμα» πλέον χρησιμοποιείται ευρύτατα λίγο πολύ με την αρχική κυριολεκτική σημασία της και αφορά περισσότερο την ηθική- κοινωνική υποβάθμιση καθεαυτή και όχι το σωματικό στιγματισμό (Goffman, 2001). Ως αποτέλεσμα, το στίγμα στις ημέρες μας επικεντρώνεται στα άτομα αυτά, που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή με πολλές συνέπειες για το άτομο και τη λειτουργία γενικά του συστήματος της ψυχικής υγείας.

1.2. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας ανά τους αιώνες

Ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας δεν αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο, καθώς τα ιστορικά στοιχεία συγκλείνουν στην άποψη πως το στίγμα συνοδεύει τη ψυχική νόσο ανά τους αιώνες, ανεξαρτήτως έθνους, κουλτούρας και θρησκευτικών πεποιθήσεων (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Στο μεσαίωνα στιγματιζόταν κατά τρόπο εμφανή το σώμα των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι τιμωρούνταν με εξορκισμούς, βασανιστήρια και θάνατο. Η τρέλα ήταν η κατάληψη του σώματος από πνεύματα και ο τρελός η ενσάρκωση του απόλυτου κακού (Οικονόμου & Αδαμόπουλος, 2014). Το 16^ο αιώνα εμφανίστηκαν οι πρώτες δομές φιλοξενίας, αλλά οι συνθήκες νοσηλείας ήταν απάνθρωπες και σκληρές. Μετά το 18^ο αιώνα, κατά τη γαλλική επανάσταση αναδύεται η ιδέα να αντιμετωπίζονται οι ψυχικά ασθενείς με περισσότερη ανθρωπιά, χωρίς αλυσόδεμα, αλλά με συνεχή ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα (Zartaloudi & Madianos, 2010). Το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα χαρακτηρίζεται από την αναζήτηση των βιολογικών αιτιών της ψυχικής νόσου, ενώ το δεύτερο στη πρόοδο της φαρμακολογίας, κατά το οποίο άρχισε να γίνεται λόγος για το στίγμα και την αντιμετώπιση του (Zartaloudi & Madianos, 2010). Τα πρώτα κύματα αποασυλοποίησης παρατηρούνται στις αρχές της δεκαετίας του 60', που το εγχείρημα ένταξης των ψυχικά ασθενών στη κοινότητα κρίνεται ανεπιτυχές λόγω των στερεοτύπων και της προκατάληψης που επικρατούσε απέναντι στη ψυχική νόσο, την έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα εκτός των ψυχιατρικών δομών και της ελλιπούς χρηματοδότησης.

Στις πρώιμες δυτικές κοινωνίες, το στίγμα της ψυχικής νόσου, που είχε σαφώς εδραιωθεί κατά το Μεσαίωνα, αφορούσε κυρίως στις καταστάσεις αυτές που ο κοινός νους ορίζει ως τρέλα και παραφροσύνη λόγω συμπεριφοράς και σκέψης (Χαρίτση & Οικονόμου, 2010).

Σήμερα τον 21^ο αιώνα η εικόνα της ψυχικής ασθένειας εξακολουθεί να είναι στρεβλή, παρόλο που οι ψυχικά ασθενείς είναι πολλοί περισσότεροι από αυτούς που η σύγχρονη κοινωνία μπορεί να αποδεχτεί. Παραμένει άρρηκτα συνδεδεμένη με το φόβο και την επικινδυνότητα και καθώς δεν είναι πλέον δυνατή η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, επιλέγεται η απομάκρυνση τους όσο το δυνατόν περισσότερο (Κορδώση και συν., 2015).

1.3. Ορισμοί και διαστάσεις του στίγματος στη ψυχική ασθένεια

Ως φαινόμενο το στίγμα καταγράφηκε θεωρητικά και εμπειρικά για πρώτη φορά από τον Goffman (1963), ο οποίος μιλά για σπύλωση της ταυτότητας του ατόμου που φέρει ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό και απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Πιο συγκεκριμένα, το στίγμα αναφέρεται στη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον, το οποίο το διαφοροποιεί από την υπόλοιπη κοινωνία και το οδηγεί στο να χάνει σχεδόν την ανθρώπινή του ιδιότητα. Ο Goffman ορίζει το στίγμα ως «ένα γνώρισμα, βαθιά δυσφημιστικό», βάσει του οποίου το άτομο χαρακτηρίζεται «από ολοκληρωμένο σε σπιλωμένο, ελλιπές». Ή ως «τη σχέση μεταξύ χαρακτηριστικού και στερεότυπου».

Μία πολύ σημαντική εξέλιξη στην έννοια του στίγματος ήταν η θεωρία του χαρακτηρισμού ή η θεωρία της απόδοσης ετικέτας (Labeling Theory), που διατύπωσε ο Thomas Scheff (1966). Σύμφωνα με αυτήν, η στάση του κοινού απέναντι σε άτομα που είναι διαφορετικά, δεν εξαρτάται τόσο από τη συμπεριφορά των τελευταίων, όσο από την «ετικέτα» που του έχει αποδοθεί από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Έτσι, λοιπόν, ένα άτομο θα αποστασιοποιηθεί από ένα άτομο με ψυχική νόσο λόγω της προκαθορισμένης αρνητικής εντύπωσης που έχει γι' αυτόν. Υποστήριξε, δηλαδή, ότι τα κοινωνικά στερεότυπα (social stereotypes), που είναι μορφώματα προκατειλημμένων αντιλήψεων για την ψυχική νόσο, εσωτερικεύονται από την παιδική ηλικία και εκδηλώνονται με έναν υπέρμετρο φόβο του κοινού απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή, οδηγώντας σε κοινωνικές στάσεις, όπως είναι η αποφυγή συναναστροφής με αυτά (Scheff, 1966).

Σύγχρονοι ορισμοί αναφέρονται στο στίγμα σαν ένα χαρακτηριστικό ή μια ταμπέλα που συνδέει το άτομο με αρνητικά στερεότυπα, όπως για παράδειγμα το στερεότυπο ότι τα άτομα με ψυχικά προβλήματα είναι εξαιρετικά αδύναμα (Thomas et al., 2015). Το στίγμα μπορεί να οριστεί ως μια πολυδιάστατη διαδικασία, με την οποία ένας άνθρωπος αντιμετωπίζεται απάνθρωπα και σαν αντικείμενο και στερείται του δικαιώματος της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να κρύψει την αιτία, που προκαλεί τη στιγματιστική συμπεριφορά, δηλαδή τη ψυχική του νόσο. Περιλαμβάνει συναισθήματα φόβου και άγχους, αντίληψη διαχωρισμού μεταξύ του «εμείς» και «εσείς», αρνητικές σκέψεις για την δυνατότητα ίασης, αλλά και για το ποιος έχει την ευθύνη της κατάστασης (Masuda & Latzman, 2011).

Υπάρχουν θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν κυριαρχήσει για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και προσπαθούν να διαμορφώσουν τις διαστάσεις του, όπως του Corrigan, Link και Phelan, του Sartorius και του Thornicroft, με στόχο την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου.

Ο Corrigan υποστηρίζει ότι το στίγμα διαμορφώνεται με βάση 3 γνωστικές-συμπεριφορικές διαδικασίες (Corrigan, 2000. Corrigan et al, 2014, Stuber et al, 2008): τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις. Τα στερεότυπα αποτελούν γνωστικές δομές, γνωστικά σχήματα που ο κοινός νους μαθαίνει για μια ομάδα ανθρώπων. Είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος κατηγοριοποίησης πληροφοριών για κοινωνικές ομάδες και αυτά που αφορούν τους ψυχικά ασθενείς έχουν να κάνουν με τη βία, την ανικανότητα, την ευθύνη για ό, τι τους συμβαίνει. Η προκατάληψη αφορά την υιοθέτηση των αρνητικών στερεοτύπων και τη γενίκευση ακολούθως αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων απέναντι στους αποδέκτες των στερεοτύπων. Έχει μια διάθεση κριτικής και είναι μια αντίδραση σε επίπεδο σκέψης και συναισθήματος. Οι προκαταλήψεις για την ψυχική νόσο εστιάζονται στην ελλειμματική παράξενη συμπεριφορά, στο ακαταλόγιστο των πράξεων και το ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας κυρίως αναγκαστικής (Goffman, 1963). Τέλος, η διάκριση είναι το επόμενο βήμα της προκατάληψης, αποτελεί τη συμπεριφορική αντίδραση στην προκατάληψη, και είναι η αρνητική συμπεριφορά σε βάρος των στιγματιζόμενων, ή και η υπερβολικά θετική συμπεριφορά υπέρ της. Η πιο συχνή συμπεριφορά διάκρισης είναι η αποφυγή των μελών που ανήκουν σε αυτή την ομάδα.

Η θεωρία των Link and Phelan (2001) στηρίζεται σε 5 διαστάσεις του στίγματος: η ετικετοποίηση, τα στερεότυπα, ο διαχωρισμός στις ομάδες, η συναισθηματική απόκριση και η διάκριση, τα οποία συνδυάζονται για να δημιουργήσουν το στίγμα. Η ετικετοποίηση αφορά μια διαδικασία κοινωνικής επιλογής των χαρακτηριστικών, που διαφέρουν σημαντικά σε ένα άτομο. Η στερεοτυπία αφορά τη διαδικασία, κατά την οποία το 'σημαδεμένο' άτομο συνδέεται με κάποια ανεπιθύμητα γι' αυτό χαρακτηριστικά. Η τρίτη συνιστώσα, αφορά την ομάδα που στιγματίζει και η οποία διαχωρίζει τους «αυτούς» (τη στιγματισμένη ομάδα) από το «εμάς». Τέλος, η διαδικασία αυτή καταλήγει στο να νιώσει το άτομο συναισθήματα ντροπής, φόβου και ενοχής, οδηγώντας το στην περιθωριοποίηση και την απομάκρυνση από το κοινωνικό σύνολο.

Το μοντέλο του Sartorius, όπως αναφέρεται και από τους Οικονόμου και τους συνεργάτες (2010), προσδιορίζει το στίγμα στα πλαίσια ενός φαύλου κύκλου. Σύμφωνα με αυτό λοιπόν, ένα σημάδι (οτιδήποτε μπορεί να διαφοροποιεί το άτομο, μια ασθένεια, μια διαμαρτία ή μια «ετικέτα»), το οποίο επιτρέπει την αναγνώριση ενός ατόμου, είναι δυνατόν να λάβει φορτίο αρνητικού περιεχομένου διαμέσου σύνδεσης με προηγούμενη γνώση, με πληροφορίες που λαμβάνονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή από προσωπικές επαφές, ή διαμέσου σύνδεσης με αναμνήσεις πραγμάτων που έχουμε δει σε ταινίες ή έχουμε ακούσει στο κοινωνικό μας περιβάλλον, μετατρέπεται σε στίγμα. Ο στιγματισμός αυτός με τη σειρά του επιφέρει διακρίσεις σε βάρος του ατόμου, οι οποίες το οδηγούν σε μειονεκτική θέση (κοινωνική, οικονομική) και συνακόλουθα τραυματίζουν την αυτοεκτίμησή του, επιδεινώνουν την όποια αναπηρία του, εξασθενούν τις αντιστάσεις του και τελικά κύκλος κλείνει και ξεκινάει εκ νέου με την μεγέθυνση του αρχικού σημαδιού (Sartorius, 2000). Ανάμεσα στα 3 αυτά θεωρητικά μοντέλα φαίνεται να δίνεται έμφαση στις συνιστώσες του στίγματος και συγκεκριμένα στα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις, αλλά και τις συνέπειές του, δηλαδή τη διάκριση και τη διαιώνιση του στίγματος. Οι Link και Phelan (2001) στο μοντέλο τους αναφέρονται στο ότι το στίγμα βασίζεται σε κοινωνική, οικονομική και πολιτική μόχλευση. Επίσης, είναι το μόνο μοντέλο που δε αφορά μόνο την ψυχική ασθένεια, αλλά και άλλες νοσολογικές οντότητες.

Τέλος, υπάρχει το μοντέλο του Thornicroft για το στίγμα, ο οποίος διαφοροποιείται αρκετά από τους υπόλοιπους. Υποστηρίζει ότι το στίγμα είναι η συνισταμένη τριών βασικών συνιστωσών: της άγνοιας, της προκατάληψης και των διακρίσεων (Thornicroft, 2007). Το μοντέλο αναφέρεται στην αδυναμία ακριβούς και σωστής γνώσης για την ψυχική ασθένεια λόγω του μεγάλου όγκου πληροφοριών, που αποκομίζει η κοινωνία καθημερινά, των συναισθημάτων φόβου και άγχους για την απόρριψη από τα άτομα με ψυχική νόσο και το άγχος της επαφής μαζί τους από τους υπολοίπους, καθώς και τις διακρίσεις, που οδηγούν το γάμο, την παιδική μέριμνα, την εργασία και μια κανονική κοινωνική ζωή για τα άτομα με ψυχική ασθένεια μια πιο δύσκολη υπόθεση.

1.4. Μορφές του στίγματος για τη ψυχική ασθένεια

Η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής συνεπάγεται την άμεση ανάκληση στιγματιστικών στερεοτύπων για το άτομο που πάσχει, στερεοτύπων που διαχρονικά έχουν καταστεί αναπόσπαστο μέρος της οντότητας στην οποία αντιστοιχεί η έννοια της ψυχικής ασθένειας (Οικονόμου & Σταλίκας, 2006).

Ο πιο διαδεδομένος διαχωρισμός του στίγματος, που έχει κυριαρχήσει και αφορά την ψυχική ασθένεια είναι αυτός του Corrigan (2004), ο οποίος αναφέρει ότι το στίγμα σαν έννοια προσφέρει δύο μορφές: τον κοινωνικό στιγματισμό του ψυχικά πάσχοντος και τον αυτοστιγματισμό του. Η υιοθέτηση των προκαταλήψεων από την κοινή γνώμη απέναντι στις ομάδες των ψυχικά ασθενών διαμορφώνουν αυτό που καλείται «δημόσιο στίγμα» (public stigma). Σε επόμενη φάση, το δημόσιο στίγμα είναι σε θέση να επηρεάσει τις ομάδες, οι οποίες το επωμίζονται αρκετά ώστε οι προκαταλήψεις να υιοθετηθούν από τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, διαμορφώνοντας αυτό που καλούμε «ατομικό στίγμα» (self stigma).

Η ταύτιση του ατόμου που νοσεί με τις στερεοτυπικές απεικονίσεις του ψυχικά ασθενή καθιστά το στίγμα μία δεύτερη νόσο που έρχεται να προστεθεί στην ιατρικά προσδιοριζόμενη ασθένεια (Οικονόμου & Σταλίκας, 2006). Στη συνέχεια αυτής της διαδικασίας, το άτομο που έχει επίγνωση των στερεοτύπων που επικρατούν στην κοινωνία για την ψυχική του ασθένεια, συμφωνεί και ενστερνίζεται τις απόψεις της κοινωνίας και εφαρμόζει τα στερεότυπα αυτά στον ίδιο του τον εαυτό, νιώθοντας ντροπή και ενοχή. Ο αυτοστιγματισμός αφορά, δηλαδή το υποκειμενικό βίωμα της περιθωριοποίησης και του αποκλεισμού του ατόμου με κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή (Corrigan, 2004. Corrigan et al, 2006).

Τόσο ο στιγματισμός που προέρχεται από το κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνικό στίγμα) όσο και ο αυτοστιγματισμός εμπεριέχουν ως αλληλένδετες συνιστώσες τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις.

1.5. Επιπτώσεις του στίγματος για την ψυχική ασθένεια

Ο άνθρωπος που φέρει την «ταμπέλα» της ψυχικής ασθένειας αντιμετωπίζεται με φόβο και δυσπιστία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Οι διακρίσεις σε βάρος του, άνιση δηλαδή και μεροληπτική μεταχείριση εξαιτίας της ψυχικής νόσου

και, ως εκ τούτου, η στέρηση των δικαιωμάτων που απολαμβάνει ο κάθε πολίτης, απαντώνται σε καίριους τομείς που σχετίζονται με την κοινωνική υπόσταση του ατόμου: στην αγορά εργασίας, την εύρεση κατοικίας, ακόμα και στην αντιμετώπιση που έχει από τις υπηρεσίες υγείας. Το στίγμα ορθώνεται ως εμπόδιο στις προσπάθειες των ατόμων με ψυχική νόσο για μια αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση στην κοινωνία, υποβαθμίζοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής του και οδηγώντας στον κοινωνικό τους αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση (Corrigan, 2005. Thornicroft, 2006).

Πάσχοντες από σχιζοφρένεια φαίνεται να δηλώνουν ότι το στίγμα και η διάκριση που υφίστανται παρεμβάλλονται στις κοινωνικές τους συναναστροφές και ότι τους απομακρύνουν από την ανάληψη αξιόλογων κοινωνικών ρόλων (Schulze & Angermeyer, 2003, Whitley & Campbell, 2014). Η δυσκολία των ατόμων με ψυχικές νόσους στην ανεύρεση εργασίας είναι μια δυσχερής συνθήκη γιατί η εργασία προσφέρει μια οικονομική σταθερότητα, μια ευκαιρία για κοινωνικοποίηση, αυξάνει την ευθύνη και ενισχύει το αίσθημα της ικανότητας επίτευξης των στόχων (Batastini et al, 2014). Η ψυχολογική πίεση και οι δυσμενείς συνθήκες, που διαμορφώνουν την καθημερινότητά τους επιδεινώνουν την ήδη επιβεβαρυμένη ψυχική τους υγεία, με σημαντικό αντίκτυπο στην ίδια την πορεία και την έκβαση της νόσου (Corrigan et al., 2003). Παράλληλα, το βίωμα του στιγματισμού από τον κοινωνικό τους περίγυρο επηρεάζει σημαντικά την αυτοεικόνα τους και οδηγεί στον αυτοστιγματισμό (Byrne, 2000).

Περαιτέρω το στίγμα έχει βρεθεί ότι καθυστερεί την κατάλληλη αναζήτηση βοήθειας και οδηγεί στη μη τήρηση του θεραπευτικού πλάνου, δημιουργώντας σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία (Link & Phelan, 2006). Μπορεί να αρνούνται την κατάστασή τους και να αποφεύγουν μέρη και συνθήκες που την επιβεβαιώνουν (π.χ. υπηρεσίες ψυχικής υγείας). Οι έρευνες καταδεικνύουν επίμονα ότι η πλειοψηφία των ατόμων, που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είτε δε ζητούν ποτέ βοήθεια, είτε εγκαταλείπουν τη θεραπεία τους (Corrigan, 2007). Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, σύμφωνα με τον οποίο ο ασθενής, προσπαθώντας να αποφύγει το στιγματισμό του δρά ενάντια στη φαρμακευτική αγωγή, αλλά αυτή η μη συμμόρφωση οδηγεί στην επιβεβαίωση του στιγματισμού μέσω συμπεριφορών, που

θέτουν το άτομο με ψυχική νόσο ως ανισόρροπο και επικίνδυνο (Οικονόμου & Σταλίκας, 2006). Τελική συνέπεια του κύκλου αυτού είναι η μη αξιοποίηση των δομών ψυχικής υγείας και η μείωση των κονδυλίων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, μειώνοντας παράλληλα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Το στίγμα επηρεάζει και τη σχέση μεταξύ ψυχικά ασθενών και δικαστικού συστήματος, αφού στις ψυχιατρικές κρίσεις αντί να παρέμβει το σύστημα υγείας παρεμβαίνει η αστυνομία με αποτέλεσμα τον εγκλεισμό στη φυλακή αρκετών πασχόντων. Επιπλέον, οι ψυχικά ασθενείς λαμβάνουν λιγότερες ιατρικές υπηρεσίες και λιγότερα ασφαλιστικά προνόμια από τους μη ψυχικά ασθενείς (Corrigan, 2004). Παράλληλα, οι πεποιθήσεις που αφορούν την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική νόσο οδηγούν σε σκεπτικισμό τις νομοθετικές αρχές, οδηγώντας τις στην υιοθέτηση νόμων με περιοριστικά μέτρα και εγκλεισμό, καταπατώντας την προσωπική τους ελευθερία (Cutcliffe & Hannigan, 2001). Η νομοθεσία αποτυγχάνει να προστατεύσει επαρκώς βασικές διαστάσεις των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και παράλληλα, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν πιο δυσμενείς επιπτώσεις στη τήρηση μιας δεοντολογίας ανθρωπίνων δικαιωμάτων στις μεθόδους θεραπείας (Οικονόμου & Χαρίτση, 2010).

Οι συνέπειες του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στον ίδιο τον ασθενή. Επεκτείνονται στην οικογένειά του, που συνήθως συμπάσχει μαζί του, βιώνοντας αισθήματα ντροπής, ενοχής και θλίψης, αντιμετωπίζοντας και αυτή μεγάλο βαθμό κοινωνικής απόρριψης. Ο στιγματισμός επηρεάζει επίσης τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ειδικά τους ψυχιάτρους, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και τις πολιτικές για την ψυχική υγεία αποτελώντας συχνά αποθαρρυντικό παράγοντα στις προσπάθειες βελτίωσης της ψυχιατρικής φροντίδας (Corrigan et al., 2003). Οι οικογένειες των ατόμων με ψυχική ασθένεια επωμίζονται όχι μόνο την φροντίδα, αλλά και την κοινωνική ζωή του ασθενούς που πάσχει, συμπεριλαμβανομένου την ενοχή και την περιθωριοποίηση (Χαρίτση & Οικονόμου, 2010).

Οι στιγματιστικές πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια και αυτά που προκαλούν σε κοινωνικό επίπεδο καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του φαινομένου του στίγματος και καθιστούν την ανάγκη καταπολέμησής του επιτακτική.

1.6. Στρατηγικές αντιμετώπισης και καταπολέμησης του στίγματος απέναντι στη ψυχική ασθένεια

Πολλές είναι οι στρατηγικές που έχουν επινοηθεί προκειμένου να συμβάλλουν στην τροποποίηση των στρεβλών πεποιθήσεων για τη ψυχική νόσο, στην αλλαγή και τη βελτίωση των στάσεων απέναντι στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και στον περιορισμό του στίγματος. Όπως συνοψίζεται και από τους Οικονόμου και συνεργάτες (2013) και τους Κορδώση και συνεργάτες (2015), ο Corrigan (2001) υποστηρίζει ότι οι τρεις κύριες στρατηγικές για την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η διαπροσωπική επαφή.

Η *διαμαρτυρία* (protest) είναι μια στρατηγική αντίδρασης, η οποία εφαρμόζεται συχνά ως απάντηση στη δημόσια έκφραση στιγματισμού, κυρίως προς τα ΜΜΕ, για ανακριβείς και στερεοτυπικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας και για την ανάλγητη και στιγματιστική γλώσσα που συχνά χρησιμοποιείται. Τα ΜΜΕ μέσα από την υπεύθυνη και ακριβή παρουσίαση των θεμάτων ψυχικής υγείας και παροχή σωστής ενημέρωσης, έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στη μείωση του στίγματος, γι' αυτό επιδιώκονται συνεχείς παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινής γνώμης, καθώς και η συνεχής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ για επίτευξη αντικειμενικής πληροφόρησης και αποδραματοποιημένης και ισορροπημένης παρουσίασης της ψυχικής ασθένειας. Έρευνες έδειξαν στην Ελλάδα ότι τα προγράμματα ευαισθητοποίησης των δημοσιογράφων για την ψυχική ασθένεια μείωσαν αισθητά το 2011 τα προβαλλόμενα στερεότυπα βίας, μέχρι το 2016, που επανεμφανίστηκαν λόγω της οικονομικής κρίσης (Οικονόμου, 2013. Οικονόμου & Χαρίτση, 2016). Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων διαμαρτυρίας, έχει υποστηριχθεί ότι συμβάλλουν στη μείωση των αρνητικών στάσεων, δεν τεκμηριώνεται όμως ότι μπορούν παράλληλα να προωθήσουν θετικές στάσεις (Couture & Penn, 2003).

Συμπληρωματικά, η *συνηγορία* είναι μία πρακτική κοινωνικής διαμεσολάβησης, που ενισχύει τον αυτοκαθορισμό του «κοινωνικά αδύναμου» και λειτουργεί ως υποστήριξη των δικαιωμάτων του. Χαρακτηριστικό της, είναι οι δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αύξηση της ευαισθητοποίησης του πληθυσμού γύρω από θέματα ψυχικής υγείας, διάχυση της πληροφόρησης, την προαγωγή της εκπαίδευσης και της

κατάρτισης. Θεωρείται σημαντική πίεση για τη νομοθεσία και αναγνωρίζεται η συμβολή της στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ίδιες οι οικογένειες των ατόμων με ψυχική νόσο και οι ίδιοι συμμετέχουν σε οργανώσεις συνηγορίας (Οικονόμου & Χαρίτση, 2010).

Η *εκπαίδευση* (education) αποσκοπεί στη μείωση του στίγματος μέσω της παροχής έγκυρης πληροφόρησης σχετικά με την ψυχική ασθένεια, έτσι ώστε το κοινό να είναι σε θέση να διαμορφώνει υπεύθυνα αντιλήψεις και συμπεριφορές, βάση της γνώσης του για το θέμα. Η έρευνα στο πεδίο αυτό υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι που κατανοούν καλύτερα τι είναι η ψυχική ασθένεια είναι λιγότερο πιθανόν να επιδοκιμάσουν στιγματιστικές συμπεριφορές και συμπεριφορές διακρίσεων. Επομένως, η κατάλληλα στοχευμένη παροχή πληροφοριών σχετικά με την ψυχική ασθένεια φαίνεται να αποτελεί ικανή τακτική μείωσης των αρνητικών στερεοτύπων. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις ενημερωτικού/εκπαιδευτικού τύπου μέσω διαδικτύου φάνηκε να είναι το ίδιο αποτελεσματικές και φαίνεται να είναι ένα σημαντικό μέσο μείωσης του στίγματος μαζικά (Thomas et al, 2015). Οι σχετικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές για ένα ευρύ φάσμα ομάδων του πληθυσμού, οι οποίες είτε έχουν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά και παίζουν ρόλο στην αναπαραγωγή του στίγματος, είτε έχουν σχέση με την αντιμετώπιση ασθενών, όπως π.χ. αστυνομικοί, μαθητές, επαγγελματίες των ΜΜΕ, καθώς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Δηλαδή, η εκπαίδευση για την αποφυγή και αντιμετώπιση του στίγματος είναι σημαντική και για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς το στίγμα επηρεάζει σημαντικά το ψυχισμό του ατόμου και τη συνέχεια της φροντίδας του.

Η *επαφή* με τη ψυχική ασθένεια μειώνει τη τάση υιοθέτησης στερεοτύπων. Μέσω της επαφής το άτομο διαπιστώνει ότι υπάρχουν χαρακτηριστικά στο στιγματισμένο πρόσωπο που δεν αντιστοιχούν στο στερεότυπο. Έτσι γενικεύει και αποκτά βελτιωμένη στάση απέναντι σε όλη τη στιγματισμένη ομάδα. Η επαφή και η συνδιαλλαγή με ψυχικά ασθενείς, καθώς και η παραμονή και αποθεραπεία μέσα στη κοινότητα μπορεί να αποτρέψει το διαχωρισμό του ‘εμείς’ από το ‘εσείς’, που αποτελεί χαρακτηριστικό του κοινωνικού στιγματισμού (Couture & Penn, 2003). Η επαφή με την ψυχική ασθένεια είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στη μείωση της αντίληψης της επικινδυνότητας που μέχρι τώρα κυριαρχεί (όπως αναφέρεται στους Μέρτικα και συν., 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με ψυχικά ασθενείς έχουν λιγότερες πιθανότητες να τους αποκλείσουν κοινωνικά, έχουν πιο θετική συναισθηματική ανταπόκριση απέναντι τους και επιλέγουν λιγότερο περιοριστικούς όρους ζωής για εκείνους (μπορούν να μένουν μαζί με άλλους ανθρώπους και όχι στο ψυχιατρείο)(Corrigan et al, 2001. Couture & Penn, 2003). Επίσης, είναι διατεθειμένοι να δώσουν σε έναν ψυχικά ασθενή εργασία, είναι λιγότερο πιθανό να τους φοβούνται και είναι λιγότερο πιθανό να τους θεωρούν επικίνδυνους και να επιθυμούν κοινωνική απόσταση από αυτούς (όπως αναφέρονται στους Μέρτικα και συν., 2006).

Τα προγράμματα με στόχο την αλλαγή του στίγματος ασχολούνται με τα στερεότυπα και τις συμπεριφορές διάκρισης. Η απουσία στερεοτύπων όμως δεν σημαίνει απαραίτητα κοινωνική αποδοχή. Η έννοια της κοινωνικής αποδοχής, της κοινωνικής ενσωμάτωσης αναφέρεται στην προώθηση της αντιληπτής, αλλά και πραγματικής πρόσβασης σε όλους, ανεξαιρέτως, σε διαπροσωπικές, οικονομικές, πολιτικές και πνευματικές ευκαιρίες που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των ατομικών στόχων (Corrigan et al, 2014). Τέλος, προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα στίγματος από τις ανεπτυγμένες. Είναι σημαντικό, επομένως, να οργανωθούν παρεμβάσεις μείωσης του στίγματος που να λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικές συνθήκες του εκάστοτε τόπου. (Seeman et al, 2016).

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων πρέπει να στοχεύει όχι μόνο στην ανακούφιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, αλλά και στο περιορισμό ή την αντιμετώπιση του στίγματος.

Ήδη από το 1996 ξεκίνησε ένα διεθνές πρόγραμμα καταπολέμησης του στίγματος από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία με το μήνυμα «Open the Doors». Μέσω αυτού, το 2000, ξεκίνησε και στην Ελλάδα το Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας από το ΕΠΨΥ και συμπεριλάμβανε παρεμβάσεις με ενημέρωση, εκπαίδευση και επικοινωνία με άτομα που πάσχουν τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε ειδικότερες ομάδες, όπως είναι μαθητές, φοιτητές, επαγγελματίες υγείας και τα ΜΜΕ. Σημαντική ήταν και η δημιουργία ιστοσελίδων, γραμμών επικοινωνίας, ενημερωτικών φυλλαδίων για τις ψυχικές ασθένειες, προγράμματα ευαισθητοποίησης, καθώς και παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης (Οικονόμου και συν.,

2006). Το πρόγραμμα αυτό μετονομάστηκε σε «αντιστίγμα» και προσπάθησε να συνεχίσει και να διευρύνει το έργο του μέσα από τους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας.

1.7. Οι στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και η κοινωνική απόσταση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Τα τελευταία χρόνια η επιστημονική κοινότητα έχει εστιάσει στην διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο των επαγγελματιών υγείας γενικά λόγω της σημασίας τους για την ανάρρωση των ασθενών. Επίσης, είναι κι εκείνοι που έχουν την γνώση και την καθημερινή επαφή με άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο, επομένως θα περίμενε κανείς να έχουν θετικές στάσεις. Συγκεκριμένα για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αυτό αποδεικνύεται πρώτον, επειδή λειτουργούν ως διαμορφωτές της κοινής γνώμης και την επηρεάζουν αναλόγως. Επίσης, είναι τα άτομα τα οποία επικοινωνούν με τον ασθενή και έχουν ως ρόλο να τον κατανοήσουν και να τον βοηθήσουν με κάθε προσπάθεια. Ο τρόπος που οι ειδικοί βλέπουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, αλλά και την ποιότητα ζωής, όπως αυτή βιώνεται από τους ψυχικά νοσούντες. Τέλος, πολλοί είναι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που λειτουργούν και ως εκπαιδευτές των απόψεων και των συμπεριφορών τους στους νέους εργαζόμενους (Sartorius, 2002). Ο Schulze (2007) υποστήριξε ότι, παρά τη σημασία που έχει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας για τη μείωση του στίγματος, γενικά, δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να εστιάζουν στις στάσεις του και τη συμπεριφορά του απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, καθώς αυτή είναι αυτονόητα θετική. Υπόθεση, η οποία δεν έχει τεκμηριωθεί μέχρι σήμερα και τα αποτελέσματα των όποιων ερευνών έχουν ασχοληθεί με το θέμα είναι αντικρουόμενα.

Οι έρευνες που έχουν εστιάσει στο κοινωνικό στίγμα της ψυχικής νόσου καταδεικνύουν ότι ο γενικός πληθυσμός έχει αρνητικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και τις δομές, που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα άτομα αυτά. Σύμφωνα με μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των Μερτίκα και των συνεργατών της (2006), πολλοί είναι οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ύπαρξη στερεοτύπων απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Ανάμεσα σε αυτά είναι το φύλο, η ηλικία, και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, που συνδέεται με μειωμένες στιγματιστικές αντιλήψεις

για τη σοβαρή ψυχική νόσο, ενώ η οικογένεια με μικρά παιδιά έχουν πολύ ακραίες αντιλήψεις για τα άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια. Το στίγμα διαφέρει και από πολιτισμό σε πολιτισμό ανάλογα με τις αντιλήψεις για τη ψυχική ασθένεια και τη συχνότητα επαφής με αυτήν, με τα στοιχεία της επικινδυνότητας και της βίαιης συμπεριφοράς να κυριαρχούν παντού. Παράλληλα, οι γνώσεις γύρω από την ψυχική ασθένεια, αλλά και η εξοικείωση με αυτήν σχετίζεται με λιγότερες στιγματιστικές αντιλήψεις.

Ειδικότερα, ο Schulze (2007) εξέτασε μέσα από πολλές έρευνες το στίγμα ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Με βάση 10 μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1997 και 2006, ο Schulze (2007) κατέληξε ότι αυτές οι μελέτες απέδωσαν μια «ασυνεπή εικόνα» επαγγελματικών συμπεριφορών. Μερικές μελέτες έδειξαν θετικές απόψεις ενώ άλλες έδειξαν λιγότερο θετικές, ακόμη και αρνητικές απόψεις. Ο Schulze (2007) σημείωσε, πως στην πραγματικότητα σχεδόν τα τρία τέταρτα των σχετικών δημοσιεύσεων αναφέρουν ότι οι πεποιθήσεις των παρόχων ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης δεν διαφέρουν από εκείνες του γενικού πληθυσμού ή είναι ακόμα πιο αρνητικές. Επιπλέον, οι αναφορές των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές και των οικογενειών τους συχνά περιλαμβάνουν περιπτώσεις ασεβούς αντιμετώπισης κατά τη θεραπεία και έκφραση αρνητικών στάσεων από τους φροντιστές ψυχικής υγείας. Ευρήματα όπως αυτά οδήγησαν τους ερευνητές στη πεποίθηση ότι η συμπεριφορά και η στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μπορεί να είναι ισχυροί συντελεστές στις διαρκείς διακρίσεις και στο στιγματισμό, από τα οποία τα άτομα με ψυχικές ασθένειες επιβαρύνονται (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Στη συνέχεια, τα συμπεράσματα της μετανάλυσης των Walh και Aroesty-Cohen (2010), έδειξαν ότι ναι μεν υπάρχουν έρευνες που τεκμηριώνουν τις θετικές στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, αλλά ακόμα και σε αυτές υπήρχε κάποιο ποσοστό των επαγγελματιών που είχαν αρνητική στάση απέναντι σε αυτούς που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας φαίνεται να υιοθετούν την άποψη του κοινωνικού συνόλου ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι. Επιπλέον, πολλοί αμφισβητούσαν την πιθανότητα ανάρρωσης των ασθενών και πίστευαν ότι δεν θα έπρεπε να παντρεύονται και να κάνουν παιδιά. Ακόμα και όταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έκαναν δηλώσεις κατανόησης και αισιοδοξίας για τον ψυχικά

πάσχοντα, έτειναν να συμφωνούν με το κοινό στην απόρριψη των ατόμων αυτών από το κοινωνικό και επαγγελματικό τους περιβάλλον. Συνολικά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αξιολόγησαν όλες τις αρνητικές περιγραφές, όπως απειλητικός, επικίνδυνος, απρόβλεπτος, ως πιο χαρακτηριστικές των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια. Οι Lauber και οι συνεργάτες του (2006), ανέφεραν ότι οι ψυχίατροι έδειξαν πιο αρνητικές αντιλήψεις από άλλους επαγγελματίες και βαθμολογούσαν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες ως πιο επικίνδυνα και περισσότερο κοινωνικά ενοχλητικά από ότι οι ψυχολόγοι, οι νοσηλευτές ή άλλοι θεραπευτές.

Όσον αφορά αποτελέσματα ερευνών που ασχολήθηκαν με τη μέτρηση της κοινωνικής απόστασης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας ισχύει ότι δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ψυχιάτρων και του γενικού πληθυσμού στην επιθυμητή κοινωνική απόστασή τους από τα άτομα με ψυχική ασθένεια (Lauber et al, 2004). Και τα δυο, οι ψυχίατροι και ο γενικός πληθυσμός έδειξαν ότι όσο μικρότερη η ψυχολογική εγγύτητα (π.χ. επιτρέποντας στο άτομο με ψυχικές ασθένειες να παντρευτούν στην οικογένειά τους ή να εργαστούν με κάποιον με ψυχική ασθένεια), τόσο περισσότερη είναι η κοινωνική απόσταση που επιθυμούν. Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν κατά τη σύγκριση και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (δηλαδή ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) και του γενικού πληθυσμού όσον αφορά την επιθυμία για κοινωνική απόσταση (Nordt et al., 2006).

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν έρευνες για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενώ αυτές που έχουν γίνει για τις αντιλήψεις και τις στάσεις γύρω από τη σοβαρή ψυχική ασθένεια αφορούν, επίσης, το γενικό πληθυσμό. Πολύ μεγάλη εμφανίζεται η επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση (π.χ στη συνεργασία με κάποιο ψυχικά πάσχοντα) σε μεγαλύτερες κυρίως ηλικίες (Economou et al., 2005), ενώ σε άλλη έρευνα οι γυναίκες φαίνεται να έχουν ακόμα πιο στιγματιστικές απόψεις για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια (Madianos et al, 2012). Σε πιο ειδικό πληθυσμό, έρευνες έχουν γίνει και σε φοιτητές με στόχο την παρέμβαση για τη μείωση του στίγματος απέναντι στη ψυχική νόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Οι φοιτητές Ιατρικής φάνηκε να έχουν στερεοτυπικές αντιλήψεις για τα άτομα με σχιζοφρένεια, αφού τους θεωρούσαν απρόβλεπτους και ήταν αδύνατο να πάρουν λογικές αποφάσεις, μπορούν όμως να δουλέψουν και δεν είναι επικίνδυνοι χωρίς οι αντιλήψεις αυτές να αλλάζουν με την

πάροδο των σπουδών και των γνώσεων τους πάνω στο θέμα (Economou et al., 2012). Σε άλλη έρευνα, φάνηκε ότι η πρακτική άσκηση των φοιτητών σε νοσοκομεία μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του στίγματος απέναντι στη Ψυχιατρική και την ψυχική ασθένεια (Economou et al., 2017). Όσον αφορά έρευνα που έγινε σε επαγγελματίες υγείας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι γενικά χαρακτηρίζονται από αισιοδοξία για το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, αλλά δεν παύουν να έχουν και στιγματιστικές στάσεις γύρω από το θέμα (Saridi et al., 2017).

Τόσο από τη διεθνή όσο και την ελληνική βιβλιογραφία υπογραμμίζεται η ανάγκη διερεύνησης του στίγματος και των διακρίσεων στον γενικό πληθυσμό, αλλά και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να ενημερώσουν τον σχεδιασμό αντιστιγματιστικών παρεμβάσεων. Ειδικά, οι έρευνες σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι ελάχιστες ως μηδαμινές -στη χώρα μας- με αποτέλεσμα να κρίνεται επιτακτική η μελέτη των στάσεων τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια.

2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

2.1. Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «εμπάθεια» (empathy) έχει απασχολήσει τον χώρο των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών από τις αρχές του 20ου αιώνα. Προέρχεται από τον όρο «Einfühlung» που διατύπωσε ένας κριτικός τέχνης Vischer , για να περιγράψει την ικανότητα σύλληψης της υποκειμενικής εμπειρίας ενός άλλου (1873). Στις μέρες μας, η ενσυναίσθηση περιγράφεται με τον όρο “empathy” και αποτελεί νεολογισμό που προέρχεται από την Ελληνική λέξη «εμπάθεια» (στα Αρχαία Ελληνικά σημαίνει εκτίμηση των συναισθημάτων του αλλού -εμπάθεια = εν + πάθος = νιώθω μέσα- και στα νεοελληνικά μίσος) τον οποίο χρησιμοποίησε ο Ψυχολόγος Edward Bradner Titchener ως μετάφραση της λέξης “Einfühlung” με στόχο να αποδώσει την ικανότητα κατανόησης άλλων ανθρώπων (Adams 2012, Hojat 2007). Η χρήση της είναι μάλλον ατυχής, αφού στην αρχαία ελληνική γλώσσα η λέξη «εμπάθεια» σήμαινε ισχυρό πάθος, έντονη συγκίνηση, ενώ μεταγενέστερα έχει τελείως

διαφορετική έννοια, αυτή του μίσους, της εχθρότητας και της μοχθηρίας (Μαλικιώση- Λοΐζου, 2003).

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η μεταφορά της έννοιας αυτής στον τομέα της Ψυχολογίας με στόχο την περιγραφή του τρόπου που ο μέσος άνθρωπος αντιλαμβάνεται και κατανοεί τη διανοητική και τη συναισθηματική ικανότητα των ανθρώπων γύρω του (Lipps, 1903). Κατά τον Lipps, ο όρος σημαίνει κυριολεκτικά «αισθάνομαι εντός» και περιγράφεται ως ένα ψυχολογικό φαινόμενο αντικατοπτρισμού που εδράζεται στη συνάντηση των ιδεών μας με ένα άλλο άτομο και τις διανοητικές δραστηριότητες ή εμπειρίες του. Επίσης, διατύπωσε ότι οι μηχανισμοί της ενσυναίσθησης βασίζονται σε μία ενστικτώδη, εσωτερική και ανεξήγητη τάση του ανθρώπου να μιμηθεί κινήσεις και εκφράσεις που παρατηρεί σε κάποιο άλλο άτομο και βασίζεται στην ίδια την ικανότητα του παρατηρητή να βιώνει τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου. Σημαντική εννοιολογική διαφοροποίηση έδωσε στη συνέχεια στον παραπάνω γερμανικό όρο ο Sigmund Freud (1905), κατά την ερμηνεία του οποίου η ενσυναίσθηση προϋποθέτει να βάλει κανείς τον εαυτό του στην θέση του άλλου νοερά, ώστε να κατανοήσει την ψυχική του κατάσταση και συμπεριφορά (ταύτιση). Έκτοτε και μέχρι και σήμερα, η ενσυναίσθηση εξακολουθεί να κατέχει απόλυτα κεντρικό ρόλο στην ψυχολογία και έχει ουσιαστική σημασία στην εγκαθίδρυση μίας ισορροπημένης και σταθερής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευομένου και θεραπευτή, ιδιαίτερα για την ερμηνεία των συναισθημάτων του δεύτερου κατά την ψυχαναλυτική διαδικασία (Freud, 1905).

Το 1918, ο Αμερικάνος ψυχολόγος Elmer E. Southard, χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο *empathy* για να περιγράψει τη σχέση ασθενούς- ιατρού. Όμως ο πρώτος ερευνητής, ο οποίος πίστευε ότι η ενσυναίσθηση είναι ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά της σχέσης ιατρού-ασθενή και επιβεβαίωσε την έννοια της ενσυναίσθησης ως ενισχυτικό παράγοντα της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, ήταν ο C. Rogers (Williams et al., 2014).

Ο όρος απασχόλησε ιδιαίτερα το πεδίο της Ψυχολογίας μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου το φαινόμενο διερευνήθηκε ιδιαίτερα από τους κλινικούς ψυχολόγους Rogers και Kohut. Σύμφωνα με τον πρώτο, η ενσυναίσθηση αντιστοιχίστηκε με «την ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει με ακρίβεια το

εσωτερικό του άλλου ατόμου και να καταλαβαίνει, με τα συναισθηματικά στοιχεία που εμπεριέχονται, ως ο ίδιος να ήταν το άλλο άτομο» (Rogers, 1959). Αργότερα, υποστήριξε ότι πρόκειται για μια διαδικασία που σήμαινε ότι τα άτομα που λάμβαναν αυτή την ενσυναισθηματική κατανόηση εμπιστεύονταν και κατανοούσαν καλύτερα τον εαυτό τους, ώστε να υιοθετούν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς (Rogers, 1975). Ο δεύτερος ψυχολόγος έδωσε δύο ορισμούς για την ενσυναίσθηση, έναν πιο αφηρημένο και έναν πιο εφαρμοσμένο. Σύμφωνα με τον αφηρημένο, η ενσυναίσθηση είναι μια «αντιπροσωπευτική ενδοσκόπηση» (Kohut, 1959), ενώ, στον εφαρμοσμένο, η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως «η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου» (Kohut, 1984).

Μέχρι σήμερα καταγράφονται ποικίλοι ορισμοί για την έννοια της ενσυναίσθησης χωρίς να υπάρχει ομοφωνία ανάμεσα στους ερευνητές. Αυτό αποτελεί ένα στοιχείο που κάνει επιτακτική την ανάγκη της έρευνας πάνω στο θέμα της ενσυναίσθησης.

2.2. Ορισμοί ενσυναίσθησης

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γύρω από την έννοια της ενσυναίσθησης καθιστά σαφές ότι υπάρχει μεγάλη διαφωνία για τον ακριβή ορισμό της. Λόγω αυτής της εννοιολογικής ασάφειας, η ενσυναίσθηση έχει περιγραφεί ως μια έννοια που είναι δύσκολο να οριστεί και δύσκολα να μετρηθεί (Hojat & La Noue, 2014).

Ο Carl Rogers (1959), ο θεμελιωτής της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία, πρότεινε τον παρακάτω ορισμό, ο οποίος έκτοτε συναντάται και συχνότερα στη βιβλιογραφία: ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να «αντιλαμβάνομαι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς ενός άλλου ανθρώπου με ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή τη «σαν να» συνθήκη». Λίγα χρόνια αργότερα επανήλθε και περιέγραψε την ενσυναίσθηση ως την κατάσταση κατά την οποία υπεισέρχομαι στον ιδιωτικό κόσμο του άλλου και τον βιώνω σαν να ήμουν εκείνος.

Οι Levasseur and Vance (1993) ορίζουν την ενσυναίσθηση ως ακολούθως: «Η ενσυναίσθηση δεν είναι μια ψυχολογική ή συναισθηματική εμπειρία, ούτε ένα ψυχικό άλμα στο μυαλό των ανθρώπων, αλλά είναι ένα άνοιγμα με σεβασμό στην

ατομικότητα του άλλου». Οι Bellet and Maloney (1991) προσδιόρισαν την ενσυναίσθηση ως την ικανότητα κατανόησης της εμπειρίας ενός ατόμου από το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του· την ικανότητα δηλαδή να «μπαίνω στα παπούτσια του άλλου» όπως χαρακτηριστικά περιγράφουν. Ο Shamasundar (1999), προσθέτει ότι η ένταση της ενσυναισθητικής ανταπόκρισης είναι πιο βαθιά σε καταστάσεις που διέπονται από δυσφορία όπως θλίψη, θυμό και εχθρικότητα. Αυτές οι περιγραφές υπογραμμίζουν τη σοβαρότητα της ενσυναίσθησης σε καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο υποφέρει ή είναι θλιμμένο. Ως εκ τούτου η ενσυναίσθηση είναι ουσιαστικής σημασίας σε πλαίσια όπου ο ανθρώπινος πόνος είναι διάχυτος.

Η Μαλικιώση – Λοϊζου (2003), ορίζει την ενσυναίσθηση ως «η ικανότητα της εμπίωσης (εμβίω=ζω εν τινι) της κατάστασης του άλλου, δηλώνει συναισθηματική συμμετοχή και είναι η ικανότητα της κατανόησης και του μοιράσματος των συγκινήσεων, των σκέψεων και της συμπεριφοράς του άλλου ατόμου».

Στον τομέα της ιατρικής, η ενσυναίσθηση ορίζεται ως η ικανότητα του ιατρού να εστιάζει την προσοχή του στον ασθενή, να ακούει προσεκτικά το ιστορικό του και να καταλαβαίνει ακριβώς πώς μπορεί να αισθάνεται ο ασθενής του (Stepien & Baernstein, 2006).

Οι Hojat και οι συνεργάτες (2011) ορίζουν την ενσυναίσθηση ως μια «γνωστική ιδιότητα που περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών, των ανησυχιών, και των αντιλήψεων των ασθενών, σε συνδυασμό με την ικανότητα να επικοινωνείς αυτή την κατανόηση και την πρόθεση για βοήθεια». Αρκετοί επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν διαισθητικά το περιεχόμενο της ενσυναίσθησης, χωρίς να μπορούν να την ορίσουν επακριβώς (Hojat 2007). Τις τελευταίες δεκαετίες, στην έννοια της ενσυναίσθησης προστέθηκε και η διάσταση της συναισθηματικής εμπλοκής, που αποτελεί δομικό στοιχείο της σχέσης του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή η οποία αξιολογείται ως ωφέλιμη στην παροχή φροντίδας με ανθρωποκεντρικό πλαίσιο (Lionis & Shea, 2015).

2.3. Διαστάσεις ενσυναίσθησης

Διαχρονικά, η ενσυναίσθηση περιγράφεται μέσα από συναισθηματικούς, γνωστικούς ορισμούς ή ως συνδυασμός των δυο, ενώ τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται και ως πολυδιάστατη έννοια. Οι δύο βασικές συνιστώσες της ενσυναίσθησης, που κυριαρχούν μέχρι και σήμερα είναι, η γνωστική και η συναισθηματική. Γενικά στη βιβλιογραφία, η ενσυναίσθηση έχει περιγραφεί ως έννοια που περιλαμβάνει γνωστική καθώς και συναισθηματική συνιστώσα (Hojat et al. , 2002. Hojat & La Noue, 2014). Ωστόσο, υπάρχει μια τρίτη ομάδα που βλέπει την ενσυναίσθηση και ως συναισθηματική και ως γνωστική (Hojat & La Noue, 2014).

Η γνωστική συνιστώσα της ενσυναίσθησης προσδιορίζεται εννοιολογικά ως νοητική λειτουργία (Hojat 2007), η οποία περιλαμβάνει την κατανόηση ενός άλλου ατόμου βλέποντας και ερμηνεύοντας τις κινήσεις, τις πράξεις και τη γλώσσα του σώματος του ή εναλλακτικά την ανάληψη της οπτικής του άλλου με στόχο την κατανόηση των σκέψεων, των συναισθημάτων και πράξεων του. Η συγκεκριμένη προσέγγιση τυγχάνει μεγάλης απήχησης στην κλινική πράξη, όπου η ενσυναίσθηση παρουσιάζεται αποκλειστικά ως γνωστική διαδικασία με τον Hojat (2002) να δηλώνει ότι «η ενσυναίσθηση αποτελεί γνωστική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης των εσωτερικών βιωμάτων των ασθενών και της οπτικής τους, καθώς και την ικανότητα της επικοινωνίας αυτής της κατανόησης».

Όσον αφορά τη συναισθηματική συνιστώσα, αυτή υποδηλώνει το να μοιράζεται ή να βιώνει κάποιος το συναίσθημα ενός άλλου ανθρώπου. Χαρακτηριστικό σε αυτή την προσέγγιση είναι η οπτική της ενσυναίσθησης ως κοινό συναίσθημα (Glandstein, 1983). Εντούτοις, στην κλινική πρακτική ο βαθμός συναισθηματικής εμπλοκής αποτελεί αμφιλεγόμενο ζήτημα. Από την μια, η επιφανειακή συμμετοχή στις εμπειρίες των ασθενών, δεν λογίζεται ως αληθινή άσκηση ενσυναίσθησης, ενώ από τη άλλη, η έντονη συναισθηματική ανάμειξη ενέχει τον κίνδυνο της μη αντικειμενικής διάγνωσης και της συναισθηματικής εξάντλησης (Larson & Yao, 2005).

Οι δύο έννοιες δεν λειτουργούν ανεξάρτητα και ισχύει ότι οι ενσυναισθηματικοί επαγγελματίες υγείας μοιράζονται την κατανόηση, ενώ οι συναισθηματικοί επαγγελματίες υγείας μοιράζονται τα συναισθήματά τους με τους ασθενείς τους (Hojat et al., 2002). Η αναγνώριση από μέρους των επαγγελματιών υγείας των δυο

παραπάνω χαρακτηριστικών της ενσυναίσθησης αναμένεται να συμβάλει ουσιαστικά στην καλή επικοινωνία με τον ασθενή. Έτσι, ο ιατρός, τοποθετώντας τον εαυτό του στη θέση του ασθενή, μπορεί να κατανοήσει την κατάστασή του, κάτι που, σταδιακά, θα τον οδηγήσει υποσυνείδητα στην υιοθέτηση κοινωνικής συμπεριφοράς που εκπέμπει αισιοδοξία (Larson & Yao, 2005).

Σύμφωνα με τους Morse και συνεργάτες (1992), υπάρχουν άλλες δύο συνιστώσες της ενσυναίσθησης στην κλινική πρακτική: η ηθική και η συμπεριφορική. Η ηθική διάσταση, είναι μια εσωτερική αλτρουιστική δύναμη η οποία παρακινεί την έκφραση της ενσυναίσθησης, ενώ η συμπεριφορική διάσταση είναι η επικοινωνιακή απάντηση για να δείξεις στον άλλον ότι τον κατανοείς. (Neumann et al., 2012).

Υπάρχουν θεωρητικοί, οι οποίοι μιλούν για έμφυτη και επίκτητη ενσυναίσθηση: έμφυτη είναι η ενσυναίσθηση, η οποία αναπτύσσεται καθώς το άτομο ωριμάζει, ενώ επίκτητη είναι η ενσυναίσθηση, που προέρχεται έπειτα από μάθηση και εξάσκηση (Alligood, 1992).

Πιο πρόσφατη βιβλιογραφία καταλήγει σε ένα πολυδιάστατο μοντέλο ενσυναίσθησης (Davis, 1994) το οποίο περιλαμβάνει γνωστικά και θυμικά στοιχεία. Το μοντέλο αυτό λειτούργησε ως θεωρητικό υπόβαθρο για τη δημιουργία μιας κλίμακας μέτρησης της ενσυναίσθησης από τον Davis (1994), η οποία περιλαμβάνει τέσσερις παράγοντες: (α) το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον ή σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση, (β) την ανάληψη της προοπτικής του άλλου ή γνωστική ενσυναίσθηση, που σημαίνει να προσπαθεί ο θεραπευτής να βλέπει την κατάσταση από την οπτική γωνία του συμβουλευομένου, (γ) τη φαντασιακή ενσυναίσθηση, που δηλώνει τάση για συναισθηματική συμμετοχή και ταύτιση με φανταστικούς χαρακτήρες, και (δ) την ενσυναίσθητη ανησυχία ή ασύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση ή προσωπική ενόχληση.

2.4. Η σχέση της ενσυναίσθησης με την συμπάθεια και τη συμπόνια.

Η έννοια της ενσυναίσθησης συχνά συγχέεται με την συμπάθεια και την συμπόνια, οι οποίες συνιστούν επίσης σημαντικά στοιχεία των διαπροσωπικών σχέσεων (Hojat 2007). Μια ανασκόπηση αναφορικά με την συμπόνια, τοποθετεί την ενσυναίσθηση

και την συμπάθεια εντός της οικογένειας των σχετιζόμενων με την συμπόνια καταστάσεων (Sinclair et al. 2016). Δεδομένης της εννοιολογικής συγγένειας των συγκεκριμένων εννοιών, συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά η μια για την άλλη προκαλώντας σύγχυση και διαρκείς συζητήσεις μεταξύ ερευνητών. Ετυμολογικά, η συμπάθεια προέρχεται από την Ελληνική λέξη συμπάσχω, που σημαίνει «πάσχω το ίδιο» και εννοιολογικά αναφέρεται σε μια συναισθηματική αντίδραση λύπης απέναντι στις κακοτυχίες των άλλων και κυρίως εκείνων που υποφέρουν αδικώς, ενώ η συμπόνια ορίζεται ως η βαθιά επίγνωση του πόνου του άλλου (Sinclair et al. 2016).

Σύμφωνα με την Hojat (2007), κοινό χαρακτηριστικό και των τριών εννοιών είναι η σχέση που έχουν με την νόηση και το συναίσθημα και διαφέρουν στον βαθμό που αυτά εκφράζονται σε κάθε μια έννοια. Πρωτεύον στοιχείο της ενσυναίσθησης, είναι η γνωστική επεξεργασία πληροφοριών και έπεται η συναισθηματική έκφραση σε μικρότερο βαθμό, ενώ στην συμπάθεια υπερτερεί η συναισθηματική εμπλοκή και ακολουθεί η γνωστική επεξεργασία. Σε ότι αφορά την συμπόνια, προσδιορίζεται από το σημείο εκείνο όπου η γνωστική επεξεργασία και το συναίσθημα συνυπάρχουν στον ίδιο, αλλά μέτριο βαθμό.

Η ενσυναίσθηση είναι γνωστική, ενώ η συμπάθεια είναι συναισθηματική (Dal Santo, Pohl, Saiani & Battistelli, 2014). Εντούτοις, οι δύο έννοιες παρά τις διαφορές τους δεν είναι εντελώς ανεξάρτητες και η συμπάθεια είναι ανάλογη με αυτό που κάποιοι περιγράφουν ως συναισθηματική ενσυναίσθηση (Hojat & La Noue, 2014), ενώ η συμπόνια, βρίσκεται μεταξύ της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας (Dal Santo et al., 2014). Η διάκριση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη συμπάθεια, έχει σημαντικές συνέπειες σε ότι αφορά τη σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενούς, καθώς η συμμετοχή στα συναισθήματα του ασθενούς, βασικό στοιχείο της συμπάθειας, μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην έκβαση της κατάστασης του. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αισθάνονται τα συναισθήματα των ασθενών σε περιορισμένο βαθμό, που είναι ωστόσο απαραίτητος για την κατανόηση των όσων αυτός βιώνει, χωρίς να παρεμποδίζεται η κλινική λήψη αποφάσεων (Hojat, 2007).

2.5. Η θετική επίδραση της ενσυναίσθησης στη σχέση επαγγελματία υγείας-ασθενούς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, όπως συγκεντρωτικά αναφέρει οι Neumann et al (2012) η ενσυναίσθηση έχει συνδεθεί με πολλές θετικές επιδράσεις για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι η ενσυναίσθητική επικοινωνία του επαγγελματία υγείας μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερες πληροφορίες για τις ανησυχίες των ασθενών, μεγαλύτερη σιγουριά και ασφάλεια στη διάγνωση της διαταραχής, περισσότερες πληροφορίες στους ασθενείς γύρω από τη διαταραχή, αυξημένη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία και εκπαίδευση, καλύτερη ικανοποίηση του ασθενούς από τη φροντίδα και συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, σε μειωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι η κλινική ενσυναίσθηση είναι συνδεδεμένη με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Πιο γενικά, όταν αναπτύσσεται η σχέση ενσυναίσθησης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς, τα όποια εμπόδια για την αποκάλυψη πληροφοριών αίρονται, η αλήθεια υπερισχύει και το αποτέλεσμα είναι ένα περισσότερο ακριβές ιστορικό και συνεπώς περισσότερο ακριβής διαγνωστική πληροφορία. Επίσης, κατά την ενσυναίσθητική σχέση, ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον επαγγελματία υγείας ως αξιόπιστο άτομο. Ο επαγγελματίας υγείας μετατρέπεται σε μια ασφαλής βάση, όπου ο ασθενής μπορεί να ξεδιπλώσει άγνωστες πτυχές μιας ασθένειας και να αποκαλύψει ανησυχίες χωρίς φόβους βιώνοντας μια γνήσια και ανθρώπινη επαφή (Hojat 2007). Τέλος, η σχέση ενσυναίσθησης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς, ενέχει το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία επιδρά στην μείωση του στρες και σχετίζεται με την υγεία και την ευεξία.

2.6. Παρεμβάσεις ενσυναίσθησης

Η ανάπτυξη ανθρωπιστικών αξιών, συμπεριλαμβανόμενης της ενσυναίσθησης, είναι μεταξύ των σημαντικότερων στόχων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η ενσυναίσθηση είναι μία από τις δεξιότητες τις οποίες οφείλει να έχει αποκτήσει ο φοιτητής ιατρικής ολοκληρώνοντας τις σπουδές του, και υπογραμμίζεται ως μια απαραίτητη συνθήκη της επαγγελματικής συνείδησης του γιατρού (Cumming & Ross, 2007). Μέχρι σήμερα οι παρεμβάσεις που υπάρχουν για την ανάπτυξη της

ενσυναίσθησης εστιάζουν ακριβώς στον φοιτητικό πληθυσμό. Από εκεί και πέρα, η έρευνα στις παρεμβάσεις που αφορούν ήδη εργαζόμενους στον τομέα της υγείας είναι περιορισμένη και ασαφής.

Η ασάφεια που υπάρχει αναφορικά με την έννοια της ενσυναίσθησης εμποδίζει τους ερευνητές να προσδιορίσουν τί είναι ακριβώς αυτό που θέλουν να μετρήσουν και δυσχεραίνει τον τρόπο με τον οποίο θα το μετρήσουν στο πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενή (Mercer et al., 2004). Μελέτες γύρω από την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενσυναίσθηση δίνουν μια ουσιαστική προσέγγιση και πληροφορία για το θέμα, ωστόσο βασικά ζητήματα παραμένουν άλυτα, όπως το ποια είδη εκπαιδεύσεων είναι αποτελεσματικά και τί είδους αποτελέσματα έχουν. Υπάρχουν κάποιες συστηματικές ανασκοπήσεις που έχουν προσπαθήσει να διαλευκάνουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις για την ενσυναίσθηση και έχουν καταγράψει συγκεντρωτικά τα μειονεκτήματά τους. Σύμφωνα με αυτές, αρκετές μελέτες εξέτασαν την αλλαγή στην ενσυναίσθηση, παρουσιάζοντας στατιστικώς σημαντικά ευρήματα, ωστόσο ελάχιστες ήταν αυτές που ήταν καλά σχεδιασμένες και είχαν ως πρωταρχική έκβαση την ενσυναίσθηση. Περιορισμένος ήταν και ο αριθμός των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών που αξιολόγησαν παρεμβάσεις αποκλειστικά για την ενίσχυση της ενσυναίσθησης. Οι παρεμβάσεις αυτές διαφέρουν ως προς το δείγμα, το είδος των παρεμβάσεων, αλλά και τη διάρκειά τους. Οι περισσότερες παρεμβάσεις αφορούσαν την ενσυναίσθηση μόνο ως μέρος των επικοινωνιακών δεξιοτήτων για τη σχέση γιατρού-ασθενούς και όχι αποκλειστικά σε αυτήν, ενώ δεν υπήρχε παρά μόνο σε ελάχιστες, η αξιολόγησή τους με ομάδα ελέγχου. Η διάρκεια, τέλος, της αξιολόγησης της αλλαγής της ενσυναίσθησης κυμαινόταν από μία ημέρα έως και έξι μήνες.

Το πιο ενδιαφέρον ίσως τμήμα σε μία από τις ανασκοπήσεις (Kelm et al., 2014) ήταν το είδος των παρεμβάσεων που χρησιμοποιήθηκε, επισημαίνοντας, όπως ειπώθηκε προηγουμένως ότι η ενσυναίσθηση αρκετές φορές συγχέεται με τις επικοινωνιακές δεξιότητες, ή διδάσκεται ως τέτοια. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις περιλάμβαναν διδασκαλία γύρω από την επικοινωνία γιατρού-ασθενή αλλά και γύρω από την ενσυναίσθηση, τις βιωματικές ασκήσεις και τις δεξιότητες συμπεριφοράς. Ανάμεσα στις μεθόδους των μελετών ήταν τα παιχνίδια ρόλων, εναλλακτικές μεθόδους εκπαίδευσης (δημιουργική γραφή, μαθήματα λογοτεχνίας και θέατρο),

εκπαίδευση στη συνέντευξη κινητοποίησης και ομάδες συνάντησης για την επίλυση προβλημάτων των γιατρών ως προς την επικοινωνία τους με τους ασθενείς. Αντίστοιχα ευρήματα αναδεικνύει και η συστηματική ανασκόπηση των Kiosses, Karathanos και Tatsioni (2016).

Εν κατακλείδι, οι συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της ενσυναίσθησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς τους.

2.7. Η ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η ενσυναίσθηση έχει αποδειχθεί ότι έχει μεγάλη σημασία για τη θεραπευτική συμμαχία στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Μία θεραπευτική σχέση έχει ως στόχους να υπάρξει διαπροσωπική και υποστηρικτική επικοινωνία, ώστε να γίνουν αντιληπτές οι αντιλήψεις και οι ανάγκες του ατόμου, να ενδυναμώσει τον ασθενή για να αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά το περιβάλλον του και να μειώσει ή να λύσει τα προβλήματα του ασθενούς. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι μέσω της ενσυναίσθησης μπορούν να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, εφόσον η ενσυναίσθηση προκαλεί ένα διαπροσωπικό κλίμα χωρίς άμυνες, αλλά με ελευθερία έκφρασης των αναγκών του ασθενούς και των κατάλληλων πληροφοριών για τη σωστή θεραπεία (Mercer & Reynolds, 2002).

Ο Barret-Lennard (1981) δημιούργησε ένα πολυδιάστατο μοντέλο για την κλινική πρακτική, το οποίο ονομάζεται 'ο κύκλος της ενσυναίσθησης' και αποτελείται από 3 φάσεις. Η πρώτη φάση αφορά την εσωτερική διαδικασία της ενσυναισθητικής ακρόασης του ατόμου που εκφράζεται με κατανόηση. Η δεύτερη φάση αποτελείται από την προσπάθεια να μεταδοθεί η εμπειρία στον ειδικό και η κατανόησή της από αυτόν, ενώ η τρίτη φάση είναι η αντίληψη του ασθενούς και η συνειδητοποίηση της επικοινωνίας μεταξύ τους. Ο Coulehan (2001) προσπάθησε να ορίσει την κλινική ενσυναίσθηση ως την ικανότητα να καταλαβαίνει ο ειδικός την κατάσταση του ασθενούς, τις αντιλήψεις και τα συναισθήματά του, να συζητήσει την κατανόηση αυτή και να δράσει πάνω σε αυτή την κατανόηση με τον ασθενή με έναν θεραπευτικό τρόπο.

Σύμφωνα με τον Hojat (2007) ο θεωρητικός σύνδεσμος μεταξύ της ενσυναίσθησης και των εκβάσεων που αυτή έχει στους ασθενείς βασίζεται σε τρεις υποθέσεις. Όταν προκύπτει μια ενσυναισθητική σχέση: α) οι περιορισμοί της σχέσης θα εξαφανιστούν, οδηγώντας σε μια πιο ακριβή διάγνωση, β) ο ειδικός θα μετατραπεί σε ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης, δημιουργώντας μια ασφαλή βάση εξερεύνησης της ασθένειας αλλά και της αβεβαιότητας του μέλλοντος, γ) ο ασθενής θα αντιλαμβάνεται τον ειδικό ως ένα βασικό μέρος του κοινωνικού υποστηρικτικού του δικτύου και θα επωφελείται από όλες τις ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία που ασκεί η αίσθηση του ασφαλούς δεσμού μεταξύ τους. Εξετάζοντας αυτή τη σύνδεση από την ιατρική σκοπιά, αποδεικνύεται ότι όταν εδραιώνεται μια ενσυναισθητική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή, τα εμπόδια που δυσχεραίνουν τον ασθενή ώστε να αποκαλυφθεί στο γιατρό του φθίνουν, με αποτέλεσμα να προκύπτει μια γνήσια αλληλεπίδραση μέσα από ένα ακριβές ιατρικό ιστορικό και με πιο ορθές διαγνωστικές πληροφορίες. Η συνέπεια στη θεραπευτική αγωγή και η συμμόρφωση του ασθενή σε αυτή, η μεγαλύτερη ικανοποίηση από το σύστημα υγείας, η κατανόηση των θεραπευτικών οδηγιών, η ικανότητα διαχείρισης της νόσου, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, και η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία είναι μόνο κάποια από τα επιμέρους στοιχεία που επηρεάζονται από μια ενσυναισθητική αλληλεπίδραση.

Η σημαντική επίδραση της ενσυναίσθησης στην κλινική πρακτική τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας γενικά, έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια στην ανάγκη να ερευνηθεί περισσότερο και ως έννοια, αλλά και στη διαπροσωπική σχέση ασθενούς-γιατρού. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι η ομάδα των ειδικών που έχει ερευνηθεί λιγότερο ως προς την ενσυναίσθηση και την επικοινωνία τους με τους ψυχικά πάσχοντες.

Η ενσυναίσθηση ποικίλλει όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ανάμεσα σε αυτά περιλαμβάνονται το φύλο, η εμπειρία, η ειδικότητα και ο χώρος εργασίας (Sharma et al, 2009). Για παράδειγμα, οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης από τους άνδρες. Όσον αφορά τα χρόνια εμπειρίας, η ενσυναίσθηση φαίνεται μειωμένη τα τελευταία χρόνια της εκπαίδευσης. Παρόλο που οι έμπειροι γιατροί μπορούν στη συνέχεια να ανακτήσουν την ενσυναίσθητη συμπεριφορά τους, γεγονός που οφείλεται στη μείωση της

προσωπικής τους δυσφορίας όταν έρχονται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας με πάνω από 10 χρόνια εμπειρίας, το οποίο αποτελεί κριτήριο για να θεωρηθούν έμπειροι στην εργασία τους μπορούν να παρουσιάσουν αλλαγές στα επίπεδα ενσυναίσθησης. Όσο, δηλαδή, αυξάνεται η ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας τόσο αυξάνεται και η ενσυναίσθητη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τέλος, προηγούμενες έρευνες έχουν μελετήσει την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας με βάση τη θέση εργασίας. Σε δομές νοσηλείας έχει φανεί ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν χαμηλότερη ενσυναίσθηση, σε αντίθεση με αυτούς που εργάζονται σε εξωτερικές δομές και ιατρεία. Αυτό εξηγείται αφού οι πρώτοι αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα στρες και εξουθένωσης, στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν την ενσυναίσθητική συμπεριφορά, ενώ οι δεύτεροι έχουν περισσότερο ιδιωτικό χώρο, που ευνοεί την εμπιστοσύνη και την ευημερία των ασθενών.

Τέλος, οι έρευνες δείχνουν ότι οι ψυχολόγοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης από τις υπόλοιπες ειδικότητες χωρίς όμως τα αποτελέσματα να είναι ομόφωνα (Santamaría-García et al., 2017).

2.8 Η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και την κοινωνική απόσταση.

Η θεωρία έχει δείξει ότι υπάρχει μία πολύ ισχυρή σχέση ανάμεσα στις στιγματιζόμενες απόψεις για την ψυχική ασθένεια και το ρόλο της ενσυναίσθησης. Γενικά, ισχύει ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί μία από τις διαστάσεις στη γνώση για την ψυχική υγεία (Goldney, Dunn, Dal Grande, Crabb, & Taylor, 2009), ενώ πιο συγκεκριμένα, η ενσυναίσθηση έχει ηθικές, γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαστάσεις, οι οποίες ίσως δημιουργούν πιο θετικές στάσεις απέναντι στις ψυχικές διαταραχές (Mercer & Reynolds, 2002). Αξιοσημείωτο αποτελεί το ότι η ενσυναίσθηση είναι πολύ σημαντική στην φροντίδα της ψυχικής υγείας και έχει φανεί ότι βελτιώνει τις στάσεις απέναντι στα μέλη των στιγματιζόμενων ομάδων (Batson, Chang, Orr, & Rowland, 2002). Επιπρόσθετα, η προσωπική επαφή με την κατάθλιψη

μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη εκτίμηση για την εμπειρία της κατάθλιψης, αλλά και καλύτερη ικανότητα για ενσυναίσθηση (Goldney, Dunn, Dal Grande, Crabb & Taylor, 2009). Τέλος, η ενσυναίσθηση και τα παράγωγά της οδηγούν σε θετικές στάσεις απέναντι στη ψυχική νόσο, αλλά και επηρεάζουν τις γνώσεις που θέλουν να αποκτήσουν οι άνθρωποι για την ψυχική υγεία (Furnham & Sjökvist, 2017).

Οι Link and Phelan (2001), που αφιέρωσαν το έργο τους στο στίγμα απέναντι στην ψυχική ασθένεια δεν συμπεριέλαβαν στις θεωρίες τους τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη μείωση του στιγματισμού. Σε τέτοιου είδους έρευνες που συμπεριέλαβαν φοιτητές και γενικό πληθυσμό τεκμηριώνεται ότι η ενσυναίσθηση συνδεόταν με μικρότερη πιθανότητα για ετικετοποίηση και με μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση, που αποτελεί προβλεπτικό δείκτη για το στίγμα. Η μειωμένη ενσυναίσθηση έχει συσχετισθεί με αυξημένες δράσεις απομόνωσης, όπως την κοινωνική απόσταση από άτομα με ψυχική νόσο και αποτελεί παράγοντα της κοινωνικής απόστασης (Phelan & Basow, 2007). Όσον αφορά την γενικευμένη προκατάληψη, έχει φανεί ότι οι δύο κεντρικές πτυχές της ενσυναίσθησης, η ενσυναισθητική ανησυχία (συναισθήματα συμπάθειας και συμπόνοιας) και η προοπτική του άλλου μειώνουν την πιθανότητα το άτομο να απομακρύνει από την ομάδα του τον στιγματιζόμενο άνθρωπο (McFarland, 2010). Το αποτέλεσμα αυτό μετέπειτα γενικεύεται για όλα τα άτομα αυτής της υποτιθέμενης ομάδας που διαφέρει (Shih et al, 2009).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα που έχουν προκύψει από τις παραπάνω έρευνες τεκμηριώνεται ότι η συσχέτιση αυτή ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τις στάσεις για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν έχει διερευνηθεί σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρά μόνο σε φοιτητές και ελάχιστες έρευνες, που εστιάζουν στο νοσηλευτικό προσωπικό με διαφορετικά αποτελέσματα (Hsiao et al., 2015).

3. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ένα πρώτο βήμα στην διερεύνηση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Στόχος της είναι η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στις διαστάσεις της ενσυναίσθησης και το στίγμα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, έτσι ώστε η ενσυναίσθηση να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο μετέπειτα στη μείωση του στίγματος για τη ψυχική ασθένεια.

Οι ερευνητικοί σκοποί της παρούσας έρευνας είναι :

- ✓ Να προσδιοριστούν τα επίπεδα ενσυναίσθησης τόσο συνολικά, όσο και ως προς τις συγκεκριμένες πτυχές της (γνωστική ενσυναίσθηση, θυμική ενσυναίσθηση, προσωπική δυσφορία και φαντασία) στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αφού ελεγχθεί η συγχιτική επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών παραγόντων.
- ✓ Να περιγραφούν οι στάσεις και η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και να ελεγχθεί η συγχιτική επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών παραγόντων.
- ✓ Να διερευνηθεί η συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα ενσυναίσθησης (συνολικά και των διαστάσεών της) και τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καθώς και της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια τόσο μονοπαραγοντικά όσο και αφού ελεγχθεί η συγχιτική επίδραση άλλων σημαντικών παραγόντων.

4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

- Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας θα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης, ενώ παρουσιάζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση.
- Οι γυναίκες και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θα σχετίζεται με υψηλά ποσοστά ενσυναίσθησης, πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση.
- Ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ψυχολόγοι θα έχουν υψηλά ποσοστά ενσυναίσθησης και θα παρουσιάζουν θετικές στάσεις για τη σοβαρή ψυχική νόσο και δεν θα επιθυμούν την κοινωνική απόσταση από άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή.
- Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που γνωρίζουν κάποιον ψυχικά ασθενή σε προσωπικό επίπεδο εμφανίζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μικρότερη επιθυμητή κοινωνική απόσταση.
- Όσο μεγαλύτερη ενσυναίσθηση εμφανίζει ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας, τόσο πιο θετικές στάσεις θα έχει απέναντι στη χρόνια ψυχική νόσο και μικρότερη κοινωνική απόσταση. Ως προς τις διαστάσεις της:

- α) Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εμφανίζουν υψηλή γνωστική ενσυναίσθηση θα παρουσιάζουν μειωμένες αρνητικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μικρότερη επιθυμητή κοινωνική απόσταση.
- β) Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εμφανίζουν υψηλή συναισθηματική ενσυναίσθηση θα παρουσιάζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση.
- γ) Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εμφανίζουν υψηλή προσωπική δυσφορία θα παρουσιάζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση.
- δ) Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά φαντασίας θα παρουσιάζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση.

5. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί συγχρονική μελέτη και ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο.

5.1 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας περιλαμβάνει διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών ψυχικής υγείας, δηλαδή ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, των οποίων η επιλογή έγινε μέσα από τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας, το Δαφνί και το Δρομοκαΐτειο. Η συμμετοχή των επαγγελματιών ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Ως κριτήρια εισαγωγής στη διαδικασία

συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν να ανήκουν σε κάποια από τις τέσσερις προαναφερόμενες ειδικότητες (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλεύτες) και να εργάζονται στα δύο αυτά νοσοκομεία, ενώ ως κριτήριο αποκλεισμού αποτελούσε η εθελοντική άσκηση και το να εργάζονται ως διοικητικό προσωπικό.

5.2 Εργαλείο έρευνας

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από τρεις κλίμακες και τις ερωτήσεις για τα δημογραφικά, τα οποία συμπληρώθηκαν στο τέλος.

1) Κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Οι επαγγελματίες συμπλήρωσαν το δελτίο με τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα οποία αναφέρονται στο φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ειδικότητα, την υπηρεσία εργασίας, τα χρόνια υπηρεσίας γενικά στη ψυχική υγεία, το μηνιαίο εισόδημα και περιλαμβάνουν και μία ερώτηση για το αν γνωρίζουν κάποιον με ψυχική ασθένεια σε προσωπικό επίπεδο (συγγενής, φίλος, γνωστός κ.τ.λ.).

Πιο αναλυτικά για τις κλίμακες:

2) Κλίμακα Στάσεων απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο ή ASMI- Attitudes toward Severe Mental Illness

Η κλίμακα ASMI αποτυπώνει τις στερεοτυπικές αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Αποτελείται από 30 λήμματα, των οποίων οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βαθμια κλίμακα τύπου Likert από 1=Συμφωνώ, 2= Μάλλον συμφωνώ, 3=Μάλλον διαφωνώ, 4=Διαφωνώ, 5= Δεν ξέρω/Δεν απαντώ. Σχεδιάστηκε και εγκυροποιήθηκε από τους: Madianos και συνεργάτες (2012). Κάποια λήμματα έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση προς αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος.

Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας ASMI (Madianos et al., 2012) ανέδειξε 4 παράγοντες : τα Στερεότυπα (11 λήμματα), την Αισιοδοξία (6

λήμματα, την Εξωτερίκευση (7 λήμματα) και την Κατανόηση (6 λήμματα). Ολοένα και μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδηλώνουν αρνητικότερες/θετικότερες στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Το εργαλείο έχει βρεθεί να έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (με συνολικό Cronbach $\alpha=0,88$, ενώ οι παράγοντες ξεχωριστά κυμαίνονται από $\alpha=0,79$ έως $\alpha=0,86$), ενώ στην παρούσα μελέτη βρέθηκε συνολικό Cronbach $\alpha=0,85$ και των παραγόντων της $\alpha=0,85$ (Στερεότυπα), $\alpha=0,73$ (Αισιοδοξία), $\alpha=0,60$ (Εξωτερίκευση) και $\alpha=0,69$ (Κατανόηση).

3) Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης ή Social Distance Scale

Η κλίμακα SDS προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους: Οικονόμου, Πέππου, Λούκη, Χαρίτση, Στεφανής (2010). Η κοινωνική απόσταση στο πλαίσιο της έρευνας για το στίγμα αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη καταγραφής των κοινωνικών στάσεων και για τον λόγο αυτό έχει ενσωματωθεί στις έρευνες στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που έχουν διενεργηθεί υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας. Αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας. Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 λήμματα, τα οποία περιγράφουν κοινωνικές συναναστροφές διαβαθμιζόμενης εγγύτητας με ασθενείς με σχιζοφρένεια και κάποια από αυτά έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση για την αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος. Η τελική τιμή κοινωνικής απόστασης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στα 14 λήμματα, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και κατ' επέκταση μεγαλύτερο βαθμό στίγματος. Οι απαντήσεις ακολουθούν σε μία 5-βάθμια κλίμακα Likert και κυμαίνονται από 1 {= σίγουρα όχι} έως 5 {=σίγουρα ναι}. Αποτελείται από τρεις παράγοντες: τον παράγοντα «Σταθερές Σχέσεις», που περιλαμβάνει 5 λήμματα τα οποία αφορούν σε σταθερές κοινωνικές σχέσεις μέτριας εγγύτητας με διάρκεια στο χρόνο και συνέχεια στην επαφή, όπως είναι η γειτνίαση με κάποιον/α που πάσχει από σχιζοφρένεια είτε στην ίδια περιοχή είτε στην ίδια πολυκατοικία. Τον παράγοντα «Σχέσεις Εμπιστοσύνης», που περιλαμβάνει 5 λήμματα που αναφέρονται σε κοινωνικές σχέσεις υψηλής εγγύτητας και χαρακτηρίζονται από αισθήματα εμπιστοσύνης

απέναντι στον ασθενή. Για παράδειγμα το να παντρευτεί κανείς ένα άτομο με σχιζοφρένεια. Τέλος, τον παράγοντα «Προσωρινές Σχέσεις», περιλαμβάνει 4 λήμματα και αναφέρεται σε κοινωνικές σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας, όπως το να έχει κάποιος συνάδελφο ένα άτομο με σχιζοφρένεια.

Από τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας προέκυψε πως παρουσιάζει καλή εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία ($\alpha=0,83$), όπως συνέβη και στην παρούσα έρευνα με συνολικό Cronbach $\alpha=0,90$ και Cronbach των παραγόντων $\alpha=0,84$ για τις σταθερές σχέσεις, $\alpha=0,80$ για τις σχέσεις εμπιστοσύνης και $\alpha=0,77$ για τις προσωρινές σχέσεις.

4) Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης -Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Η Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index) δομήθηκε με σκοπό να εξετάσει την ενσυναίσθηση στο γενικό πληθυσμό. Το σκεπτικό πάνω στο οποίο στηρίχθηκε η κατασκευή της κλίμακας υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση πρέπει να θεωρείται ως ένα σύνολο εννοιολογικών κατασκευών, που όλες μαζί στοχεύουν και αντικατοπτρίζουν το επίπεδο ανταπόκρισης του ατόμου προς τους άλλους, παράλληλα όμως κρατούν, η καθεμιά, τα διακριτά τους στοιχεία (Davis, 1983).

Αποτελείται από 28 ερωτήσεις με 7 λήμματα σε κάθε παράγοντά της και κάποια με ανεστραμμένη διατύπωση με στόχο την αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος. Τα υψηλότερα αποτελέσματα σε κάθε υποκλίμακα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερα επίπεδα ενσυναίσθησης. Κάθε μια από τις απαντήσεις αξιολογείται βάσει μιας κλίμακας Likert 5 διαβαθμίσεων που κυμαίνονται από 0 (δεν με περιγράφει καλά) ως 4 (με περιγράφει πολύ καλά). Οι διαστάσεις της ενσυναίσθησης που μετράει η Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης είναι: 1) *Φαντασιακή ενσυναίσθηση ή Φαντασία* (Fantasy), είναι η ικανότητα των ατόμων να ταυτιστούν με τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές πλασματικών χαρακτήρων από τον κινηματογράφο, τα βιβλία, και τα παιχνίδια, 2) *Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον ή σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση ή συναισθηματική ενσυναίσθηση* (Empathic Concern), είναι τα συναισθήματα ενδιαφέροντος, ζεστασιάς και συμπάθειας του ατόμου προς άλλα άτομα. 3) *Ανάληψη*

της οπτικής του άλλου, ή γνωστική ενσυναίσθηση (Perspective Taking), αποτελεί η γνωστική ικανότητα που έχει το άτομο να δει τα πράγματα από την άποψη των άλλων χωρίς απαραίτητως να δοκιμάσει οποιαδήποτε συναισθηματική συμμετοχή. 4) *Ενσυναίσθητη ανησυχία ή ασύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση ή προσωπική ενόχληση* (Personal Distress), που είναι τα συναισθήματα ανησυχίας και άγχους που βιώνει το άτομο ως αντίδραση σε ακραίο άγχος που βιώνεται από άλλα άτομα σε διάφορα διαπροσωπικά πλαίσια. Το άτομο βιώνει το άγχος του άλλου ως δικό του επειδή δεν μπορεί να αντιληφθεί τη διαφορά.

Στην Ελλάδα, η Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης έχει σταθμιστεί σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών από τους Τσίτσα και Μαλικιώση-Λοΐζου έχοντας αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Συγκεκριμένα, για την αξιοπιστία της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος εξέτασης-επανεξέτασης (test retest), η οποία ανέδειξε τιμές που κυμαίνονται από 0,62 έως 0,71 και ο έλεγχος εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) με τιμές Cronbah's alpha από 0,71 μέχρι 0,77 (Τσίτσας & Μαλικιώση-Λοΐζου, 2004). Στην παρούσα έρευνα το συνολικό Cronbach a ήταν 0,77, και για τους παράγοντες: για τη γνωστική ενσυναίσθηση $a=0,55$, για τη θυμική ενσυναίσθηση $a=0,62$, για τη φαντασία $a=0,77$ και για το προσωπικό άγχος $a=0,75$.

Αν και η εν λόγω κλίμακα δεν έχει κατασκευαστεί για να μετρήσει την ενσυναίσθηση ειδικά σε επαγγελματίες υγείας, η επιλογή της στην παρούσα μελέτη βασίζεται στο γεγονός ότι έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς και σε επαγγελματίες υγείας, ενώ παράλληλα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση σε Ελληνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων, δεν βρέθηκε άλλη κλίμακα που να μετρά την ενσυναίσθηση ως πολυδιάστατο μοντέλο και να έχει δημοσιευμένες ψυχομετρικές ιδιότητες σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού. Τέλος, στην παρούσα έρευνα οι αναλύσεις του ερωτηματολογίου συμπεριελάμβαναν και το συνολικό σκορ της κλίμακας, ενώ προηγουμένως έγινε αντικατάσταση της λέξης «αποδιοργανώνομαι» με τη λέξη «απορρυθμίζομαι» για να μην υπάρξει παρερμηνεία λόγω του δείγματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στο οποίο θα απευθυνόταν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

5.3 Διαδικασία χορήγησης

Πριν ξεκινήσει η χορήγηση των ερωτηματολογίων, λήφθηκε η σχετική άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του εκάστοτε νοσοκομείου προκειμένου να εγκριθεί η έρευνα και να αρχίσει η διαδικασία. Τα απαραίτητα έγγραφα ήταν αίτηση χορήγησης άδειας, η βεβαίωση διεξαγωγής έρευνας από τη σχολή, το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο της έρευνας, τα οποία εξετάστηκαν κατά τη συνεδρίαση των συμβουλίων και εγκρίθηκαν ένα μήνα μετά την προσκόμιση των εγγράφων. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα χωρίστηκαν βάσει των ειδικοτήτων τους και προσεγγίστηκαν στο χώρο εργασίας τους. Ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους είναι ανώνυμη και εθελοντική και δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία χορήγησης και τους σκοπούς της έρευνας. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων γινόταν με την παρουσία του ερευνητή για τυχόν απορίες και διευκρινίσεις. Ζητήθηκε από τα άτομα να τηρούν την προκαθορισμένη σειρά των ερωτήσεων και να διαβάζουν με σοβαρότητα και προσοχή τα ζητούμενα. Πρώτα, απαντούσαν με τη σειρά στη κλίμακα ASMI, στη κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης και την Κλίμακα της Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI) και έπειτα συμπλήρωναν τα δημογραφικά τους στοιχεία. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 15 λεπτά, ενώ η χορήγηση του συνόλου των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες διήρκησε περίπου δύο μήνες.

5.4 Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25. Αναφορικά με την περιγραφική στατιστική, χρησιμοποιήθηκαν οι συχνότητες για τις κατηγορικές μεταβλητές, καθώς και για εκείνες της διάταξης. Ως προς τις αριθμητικές συνεχείς μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις. Αναφορικά με την επαγωγική στατιστική, διενεργήθηκε σειρά μονοπαραγοντικών αναλύσεων με τους δείκτες student t test για ανεξάρτητα δείγματα, την ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (one-way ANOVA) και τον δείκτη γραμμικής συσχέτισης Pearson, ανάλογα με το είδος της ανεξάρτητης και της εξαρτημένης μεταβλητής της μονοπαραγοντικής ανάλυσης. Όσες μεταβλητές βρέθηκαν κατά τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στις εξαρτημένες μεταβλητές, εισήχθησαν ταυτόχρονα (μέθοδος ENTER)

ως προβλεπτικοί παράγοντες σε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, προκειμένου να ανιχνευθεί ποιοι από αυτούς έχουν ανεξάρτητη επίδραση. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματά που αναλύθηκαν, ελέγχθηκαν και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά για την έρευνα.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 127 άτομα, κάτοικοι Αθηνών, εκ των οποίων οι 79 είναι γυναίκες και οι 48 άντρες. Συνολικά συμμετείχαν στην έρευνα 46 νοσηλευτές, 23 κοινωνικοί λειτουργοί, 30 ψυχίατροι και 28 ψυχολόγοι. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων είναι τα 44 έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (63%) δήλωσε έγγαμοι, αρραβωνιασμένοι ή σε συμβίωση. Σχετικά με την εκπαίδευση το μεγαλύτερο δείγμα ανήκουν στους απόφοιτους Τ.Ε.Ι και Α.Ε.Ι (34% και 30% αντίστοιχα). Ο μέσος όρος των χρόνων υπηρεσίας γενικά σε δομές ψυχικής υγείας είναι 16 έτη. Επιπλέον, στις ερωτήσεις, που αφορούν την προσωπική επαφή με ψυχική νόσο το 68,5% απάντησε θετικά, πως έχει κάποιον φίλο και συγγενή, που νοσεί ή πάσχει ο ίδιος από κάποια σοβαρή ψυχική νόσο.

Πίνακας 1α: Χαρακτηριστικά δείγματος

<i>ΔΕΙΓΜΑ</i>	<i>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ</i>	<i>N (%)</i>
ΦΥΛΟ	Άνδρας	48 (37,8%)
	Γυναίκα	79 (62,2%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμος	35 (27,6%)
	Έγγαμος, Αρραβωνιασμένος, Συμβίωση	81 (63,8%)
	Διαζευγμένος	11 (8,7%)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Διετής	20 (15,7%)
	ΤΕΙ	43 (33,9%)
	ΑΕΙ	38 (29,9%)
	Μεταπτυχιακή/Διδακτορική	26 (20,5%)
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Ψυχίατρος	30 (23,6%)
	Ψυχολόγος	28 (22%)
	Κοινωνικός Λειτουργός	23 (18,1%)
	Νοσηλεύτης	46 (36,2%)
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Χαμηλό	37 (29,1%)
	Μεσαίο προς χαμηλό	45 (35,4%)
	Μεσαίο/Μεσαίο προς υψηλό	45 (35,4%)
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Δρομοκαΐτειο	62 (48,8%)
	Δαφνί	65 (51,2%)
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΑΦΗ (φίλος, συγγενής, ο ίδιος)	Ναι	87 (68,5%)
	Όχι	40 (31,5%)
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΑΦΗ (συνεργάτης)	Ναι	41 (32,3%)
	Όχι	86 (67,7%)
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΑΦΗ (γνωστός)	Ναι	65 (51,2%)
	Όχι	62 (48,8%)

Πίνακας 1β: Χαρακτηριστικά δείγματος

Δημογραφικά	Minimum	Maximum	Mean	Std.
Ηλικία	26	67	44,43	8,52
Χρόνια υπηρεσίας	1	37	16,40	7,63

6.2 Περιγραφικά στοιχεία κλιμάκων

Πίνακας 2. Συχνότητες απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας των Στάσεων απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο

Λήμμα	Διαφωνώ/ μάλλον διαφωνώ	Συμφωνώ/ μάλλον συμφωνώ
Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.	84%	16%
Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους.	73,2%	26,8%
Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο.	95,3%	4,7%
Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο.	65,4%	34,6%
Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι.	70,1%	29,9%
Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος.	81%	19%
Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο.	52,4%	47,6%
Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα.	81,9%	18,1%
Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει όλη τη ζωή του.	41,3%	58,7%
Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.	78%	22%
Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις.	89%	11%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του.	14,2%	85,8%
Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το	31%	69%

κάνει να διαφέρει από τους άλλους.		
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δε διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους.	35,7%	64,3%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία.	7,1%	92,9%
Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα.	6,3%	93,7%
Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται.	37,8%	62,2%
Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους.	94,5%	5,5%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή τους φίλους του.	12,7%	87,3%
Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα	93,7%	6,3%
Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια	2,4%	97,6%
Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημά του για να μη δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους	78,7%	21,3%
Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο	0%	100%
Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω	0,8%	99,2%
Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι υπεύθυνο για ό,τι συνέβη	43,8%	56,2%
Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νοιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένειά του	19,4%	80,6%
Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σ' ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά	3,1%	96,9%

Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό,τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του	18,5%	81,5%
Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια	7,1%	92,9%
Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους	14,9%	85,1%

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν φαίνεται να υιοθετούν στιγματιστικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (**πίνακας 2**). Οι απαντήσεις τους στην κλίμακα ASMI δείχνουν, πως κατά κύριο λόγο είναι θετικοί απέναντι στον ψυχικά ασθενή, στηρίζουν την δυνατότητα των ασθενών για νέες γνώσεις (89%) και ότι ένας ψυχικά πάσχων δεν διαφέρει από τους υπόλοιπους (70%) και σίγουρα δεν είναι αποτυχημένος γι' αυτό (95%). Από τις συχνότητες των λημμάτων της κλίμακας φαίνεται πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών δεν θεωρούν τον ψυχικά ασθενή επικίνδυνο (81,9%) και πως όλοι συμφωνούν, ότι ο ασθενής επιβάλλεται να ζητά βοήθεια από ειδικό. Οι επαγγελματίες διγνωμούν ότι ο ψυχικά ασθενής νιώθει υπεύθυνος για αυτό που του συμβαίνει και πως θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστος και θα παίρνει ψυχοφάρμακα, γεγονός που έρχεται σε αντίφαση με την συμφωνία της πλειοψηφίας πως η ψυχική νόσος μπορεί πλέον και θεραπεύεται (62,2%). Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιστεύουν πως ο ασθενής νιώθει κατώτερος (85,1%) και βάρος στην οικογένεια του (80,6%) και πως είναι δύσκολο ο κόσμος να νιώσει έναν ψυχικά πάσχοντα (92,9%), συμπεριφέροντας του διαφορετικά (96,9%) ή κατηγορώντας τον για ότι κακό συμβαίνει στην οικογένεια του (81,5%).

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στο στίγμα και τη ψυχική νόσο συμφωνούν και στην κλίμακα της Κοινωνικής απόστασης (**πίνακας 3**), δηλαδή φαίνεται να μην επιθυμούν να απομακρύνονται από τα άτομα, που πάσχουν από ψυχική νόσο σε διάφορες διαπροσωπικές καταστάσεις. Το μόνο που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι στο λήμμα, που ρωτά αν θα παντρευόσασταν κάποιον με ψυχική νόσο η πλειοψηφία απάντησε πως σίγουρα/μάλλον όχι (70,1%) , ενώ οι απαντήσεις τους στο αν θα νοίκιαζαν το σπίτι τους σε κάποιον ψυχικά ασθενή και πως θα τους

αναστάτωνα να έμεναν με κάποιον με ψυχική νόσο, δείχνουν πως ένα ποσοστό ακόμα δεν θα προτιμούσε να έχει πιο στενές σχέσεις μαζί με κάποιον ψυχικά πάσχων.

Πίνακας 3. Συχνότητες απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας της Κοινωνικής Απόστασης

Λήμμα	Σίγουρα / μάλλον ναι N (%)	Δεν είμαι σίγουρος N (%)	Σίγουρα / μάλλον όχι N (%)
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	4 (3,1%)	3 (2,4%)	120 (94,5%)
Θα σας αναστάτωνα ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	25 (19,7%)	14 (11%)	88 (69,3%)
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	96 (75,6%)	22 (17,3%)	9 (7,1%)
Θα σας αναστάτωνα ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	54 (42,5%)	32 (25,2%)	41 (32,3%)
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	9 (7,1%)	13 (10,2%)	105 (82,7%)
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	10 (7,9%)	28 (22%)	89 (70,1%)
Θα σας ενοχλούσε αν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	10 (7,9%)	3 (2,4%)	114 (89,8%)
Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	95 (74,8%)	15 (11,8%)	17 (13,4%)
Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιον/α που γνωρίζατε ότι έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	76 (59,8%)	25 (19,7%)	26 (20,5%)
Εάν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο εργαζόταν σε κομμωτήριο/κουρείο, θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;	80 (63%)	22 (17,3%)	25 (19,7%)

Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	55 (43,3%)	36 (28,3%)	36 (28,3%)
Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	83 (65,4%)	31 (24,4%)	13 (10,2%)
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	114 (89,8%)	6 (4,7%)	7 (5,5%)
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο;	100 (78,7%)	17 (13,4%)	10 (7,9%)

Τέλος, όσον αφορά τα λήμματα της ενσυναίσθησης (πίνακας 4) στην πλειοψηφία τους φαίνεται ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης σε όλες τις πτυχές της. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά θετικών απαντήσεων ήταν πολύ υψηλά (ποσοστό από 70-80%) σε προτάσεις που αφορούσαν την επεξεργασία και των δύο πλευρών σε μία διαφωνία, τη συμπόνια απέναντι σε άτομα που έχουν αδικηθεί ή αντιμετωπίζουν προβλήματα ή είναι κακότυχοι, ενώ θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά συμπονετικό γενικά στη ζωή τους (81,1%). Επίσης, φαίνεται ότι ο θυμός διχάζει τις απαντήσεις τους, αφού κάποιοι θα μπορούσαν σε μία τέτοια στιγμή να μουν στη θέση του άλλου και κάποιοι όχι. Το παράδοξο είναι ότι σε προτάσεις που αφορούν το άγχος των ανθρώπων όταν ένας άλλος πάσχει, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας απαντούν αρνητικά έχοντας χαμηλότερο ποσοστό ενσυναίσθησης, όταν για παράδειγμα ρωτώνται αν είναι αποτελεσματικοί και ψύχραιμοι σε δύσκολες καταστάσεις με τραυματίες ή όταν κάποιος χρειάζεται άμεσα βοήθεια (70-77%). Επομένως, ‘χάνουν’ στο προσωπικό άγχος, που αφορά την ενσυναίσθηση στο βίωμα του άγχους του ψυχικά πάσχοντος από τον ίδιο τον επαγγελματία.

Πίνακας 4. Συχνότητες απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας της Ενσυναίσθησης
(Διαπροσωπικής ανταπόκρισης)

Λήμμα	Δε με εκπροσωπεί N (%)	Ουδέτερη στάση N (%)	Με εκπροσωπεί N (%)
Μερικές φορές δυσκολεύομαι να δώ τα πράγματα από την πλευρά του άλλου	88 (69,3%)	11 (8,7%)	28 (22%)
Σε μια διαφωνία προσπαθώ να εξετάσω όλες τις πλευρές πριν πάρω κάποια απόφαση	11 (8,7%)	12 (9,4%)	104 (81,9%)
Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα με το να φαντάζομαι πως βλέπουν τα πράγματα από τη δική τους σκοπιά	15 (11,8%)	19 (15%)	93 (73,2%)
Εάν είμαι βέβαιος/η ότι έχω δίκιο σε κάτι, δεν χάνω το χρόνο μου ακούγοντας τα επιχειρήματα των άλλων	58 (45,7%)	18 (14,2%)	51 (40,2%)
Πιστεύω ότι σε κάθε κατάσταση υπάρχουν δύο πλευρές και προσπαθώ να εξετάσω και τις δύο	9 (7,1%)	11 (8,7)	107 (84,3%)
Όταν είμαι θυμωμένος/η με κάποιον προσπαθώ να ‘δω μέσα από τα μάτια του’ για λίγο	46 (36,2%)	35 (27,6%)	46 (36,2%)
Πριν κριτικάρω κάποιον προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν εγώ στη θέση του	26 (20,5%)	25 (19,7%)	76 (59,8%)
Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν	49 (38,6%)	30 (23,6%)	48 (37,8%)
Εντρυφώ πραγματικά στα συναισθήματα των προσώπων ενός μυθιστορήματος	35 (27,6%)	43 (33,9%)	49 (38,6%)
Συνήθως προσπαθώ να είμαι αντικειμενικός/η όταν παρακολουθώ	44 (34,6%)	27 (21,3%)	56 (44,1%)

ένα κινηματογραφικό ή ένα θεατρικό έργο και δεν παρασύρομαι από αυτό			
Είναι σπάνιες οι φορές που με απορροφά ένα καλό βιβλίο ή έργο	78 (61,4%)	20 (15,7%)	29 (22,8%)
Μετά από ένα θεατρικό έργο ή μια ταινία αισθάνομαι σαν να ήμουν ένας από τους πρωταγωνιστές	67 (52,8%)	29 (22,8%)	31 (24,4%)
Όταν βλέπω ένα καλό έργο ταυτίζομαι εύκολα με τον πρωταγωνιστή	53 (41,7%)	47 (37%)	27 (21,3%)
Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν αν τα γεγονότα της ιστορίας συνέβαιναν σε μένα	39 (30,7%)	33 (26%)	55 (43,3%)
Συχνά νιώθω τρυφερότητα και νοιάζομαι για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από μένα	25 (19,7%)	23 (18,1%)	79 (62,2%)
Μερικές φορές δεν αισθάνομαι πολύ συμπονετικά για τους άλλους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα	90 (70,9%)	13 (10,2%)	24 (18,9%)
Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω κάπως προστατευτικά απέναντί του	11 (8,7%)	25 (19,7%)	91 (71,7%)
Οι κακοτυχίες των άλλων δεν με προβληματίζουν ιδιαίτερα	85 (66,9%)	19 (15%)	23 (18,1%)
Όταν βλέπω να φέρονται σε κάποιον άδικα, δεν... συμπάσχω συχνά μαζί του	95 (74,8%)	13 (10,2%)	19 (15%)
Συχνά επηρεάζομαι από πράγματα που βλέπω να συμβαίνουν	35 (27,6%)	35 (27,6%)	57 (44,9%)
Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως αρκετά συμπονετικό πρόσωπο	7 (5,5%)	17 (13,4%)	103 (81,1%)
Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αισθάνομαι αμηχανία και ανησυχία	72 (56,7%)	26 (20,5%)	29 (22,8%)
Μερικές φορές αισθάνομαι	44 (34,6%)	49 (38,6%)	34 (26,8%)

ανήμπορος/η όταν είμαι στο μέσο
μιας κατάστασης με έντονη
συναισθηματική φόρτιση

Όταν βλέπω κάποιον τραυματισμένο,
προσπαθώ να παραμείνω ψύχραιμος 7 (5,5%) 22 (17,3%) 98 (77,2%)

Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια
κατάσταση με έντονη
συναισθηματική φόρτιση 64 (50,4%) 35 (27,6%) 28 (22%)

Συνήθως είμαι αρκετά
αποτελεσματικός στο να
ανταπεξέρχομαι τις δύσκολες
καταστάσεις 14 (11%) 24 (18,9%) 89 (70,1%)

Έχω την τάση να χάνω τον έλεγχό
μου σε έκτακτες καταστάσεις 80 (63%) 28 (22%) 19 (15%)

Όταν βλέπω κάποιον που χρειάζεται
άμεσα βοήθεια σε μια κρίσιμη
κατάσταση, απορρυθμίζομαι 97 (76,4%) 17 (13,4%) 13 (10,2%)

6.3 Έλεγχος *t test* για 2 ανεξάρτητα δείγματα

Πίνακας 5: Έλεγχος *t test* ως προς το φύλο

Μεταβλητές	ΦΥΛΟ	M	SD	t	Df
Total social distance	Αντρας	34,50	10,37	2,43*	85,39
	Γυναίκα	30,18	8,58		
Σταθερές σχέσεις	Αντρας	11,10	4,03	2,45*	125
	Γυναίκα	9,43	3,53		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	Αντρας	15,96	4,46	2,17*	125
	Γυναίκα	14,29	4,04		
Αισιοδοξία	Αντρας	17,37	3,30	-2,51*	125
	Γυναίκα	19,09	3,96		
Θυμική ενσυναίσθηση	Αντρας	17,27	4,52	-3,73*	81,05
	Γυναίκα	20,11	3,50		
Φαντασία	Αντρας	12,06	5,10	-2,87*	125
	Γυναίκα	14,84	5,40		
Total empathy	Αντρας	55,44	11,44	-4,13*	125
	Γυναίκα	63,68	10,56		

* $p < 0,05$

Σύμφωνα με τον **πίνακα 5**, τα αποτελέσματα που αφορούν το φύλο είναι στατιστικώς σημαντικά ($p<0,05$) σχετικά με το συνολικό σκορ της Κοινωνικής Απόστασης, τους παράγοντές της (σταθερές σχέσεις, σχέσεις εμπιστοσύνης), την αισιοδοξία από την ASMI και το συνολικό της ενσυναίσθησης μαζί με την θυμική ενσυναίσθηση και τη φαντασία ξεχωριστά. Αυτό σημαίνει ότι απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και ισχύει ότι οι μέσες τιμές γυναικών και ανδρών διαφέρουν. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση από τις γυναίκες και αυτό φαίνεται και στις σταθερές σχέσεις και σχέσεις εμπιστοσύνης. Επίσης, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη αισιοδοξία απέναντι στη ψυχική νόσο, θυμική ενσυναίσθηση και φαντασία, αλλά και συνολική ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τους άνδρες.

Πίνακας 6: Έλεγχος t test ως προς την προσωπική εμπειρία με τη ψυχική ασθένεια

Μεταβλητές	Προσωπική εμπειρία (ο ίδιος, φίλος, συγγενής)	M	SD	t	Df
Στερεότυπα	Όχι	32,08	6,37	-2,909*	125
	Ναι	35,48	6,02		
Total ASMI	Όχι	85,70	11,49	-2,415*	125
	Ναι	90,91	11,20		
Total social distance	Όχι	35,33	9,01	2,911*	125
	ναι	30,20	9,32		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	Όχι	16,40	3,81	2,716*	125
	Ναι	14,24	4,31		
Σταθερές σχέσεις	Όχι	11,45	4,07	2,866*	125
	Ναι	9,43	3,52		

* $p<0,05$

Ο **πίνακας 6** αναφέρεται σε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα, στα οποία απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ($p<0,05$) και αφορούν διαφορές των

επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με την προσωπική εμπειρία με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες, που έχουν προσωπική εμπειρία με την ψυχική νόσο είχαν πιο θετικές απαντήσεις στην Κλίμακα ASMI και στον παράγοντα ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ, ενώ εμφάνιζαν μικρότερη κοινωνική απόσταση, τόσο στις σχέσεις εμπιστοσύνης όσο και στις σταθερές τους σχέσεις.

Πίνακας 7: Έλεγχος t test ως προς τη συνεργασία με άτομο με ψυχική ασθένεια

Μεταβλητές	Συνεργάτης	M	SD	t	Df
Στερεότυπα	Ναι	36,41	5,70	2,524*	125
	Όχι	33,45	6,39		
Θυμική Ενσυναίσθηση	Ναι	17,95	4,30	-2,071*	125
	Όχι	19,56	3,98		
Προσωπικό Άγχος	Ναι	8,32	4,67	-2,113*	125
	Όχι	10,15	4,53		

*p<0,05

Ο **πίνακας 7** αναφέρεται στην περίπτωση που υπάρχει ή υπήρξε κάποιο άτομο που πάσχει από ψυχική ασθένεια ως συνεργάτης στους συμμετέχοντες. Από τις μέσες τιμές φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες, που είχαν κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια για συνεργάτη εμφάνιζαν λιγότερα στερεότυπα συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν. Παράλληλα, είχαν χαμηλότερα επίπεδα θυμικής ενσυναίσθησης και προσωπικού άγχους.

6.4 Έλεγχος διακύμανσης ANOVA

Ο **πίνακας 8** παρακάτω δείχνει πως η εκπαίδευση παρουσιάζει στατιστικά σημαντική επίδραση στην κλίμακα ASMI, τον παράγοντα στερεότυπα, την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης, τους παράγοντες σχέσεις εμπιστοσύνης και σταθερές σχέσεις. Αναλυτικότερα, όσοι έχουν λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση έχουν θετικότερες στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και εκφράζουν λιγότερα στερεότυπα από όσους έχουν λάβει διετή εκπαίδευση. Λιγότερα στερεότυπα

εκφράζουν και όσοι έχουν λάβει πανεπιστημιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση, από αυτούς που έχουν λάβει τεχνική και διετή εκπαίδευση αντίστοιχα. Οι απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης δήλωσαν και μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση στη κλίμακα και στους παράγοντες σχέσεις εμπιστοσύνης και σταθερές σχέσεις συγκριτικά με τους απόφοιτους μεταπτυχιακού ή διδακτορικού, καθώς και συγκριτικά με τους απόφοιτους ΤΕΙ και ΑΕΙ στις σχέσεις εμπιστοσύνης. Όσον αφορά την ενσυναίσθηση και τους παράγοντές της δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σύμφωνα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 8: Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων ως προς την εκπαιδευτικό επίπεδο

	Εκπαίδευση	M	SD	Διετής	ΤΕΙ	ΑΕΙ
ASMI	Διετής	83,65	10,58			-17,46 έως -1,09
	ΑΕΙ	92,92	9,25			
Στερεότυπα	Διετής	30,40	5,85			-11,49 έως -2,91
	ΤΕΙ	32,60	6,91			-8,46 έως -1,55
	ΑΕΙ	37,61	4,69			
	Μεταπτυχιακό/διδακτορικ ό	35,80	5,08	0,79 έως 10,02		
Social distance	Διετής	37,50	9,78			
	Μεταπτυχιακό/διδακτορικ ό	28,42	7,14	-16,41 έως -1,75		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	Διετής	18,20	4,15		0,70 έως 6,58	0,65 έως 6,65
	ΤΕΙ	14,56	4,67			
	ΑΕΙ	14,55	3,41			
	Μεταπτυχιακό/διδακτορικ ό	13,54	3,69	-7,89 έως -1,43		

Σταθερές σχέσεις	Διετής	12,55	5,03	
	Μεταπτυχιακό/διδακτορικ ό	8,96	2,57	-7,09 έως -0,09

*p<0,05

Ο **πίνακας 9** αφορά τις στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ειδικότητες με βάση τις απαντήσεις τους στις τρεις κλίμακες. Πιο συγκεκριμένα στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στην κλίμακα ASMI με τους ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς να έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο συγκριτικά με τους νοσηλευτές, αλλά και τους ψυχολόγους να διαφέρουν από τους ψυχιάτρους έχοντας ακόμα πιο θετικές στάσεις από τους δεύτερους. Τις ίδιες διαφορές έδειξαν τα αποτελέσματα των νοσηλευτών ως προς τις άλλες ειδικότητες και στους παράγοντες της ASMI ξεχωριστά (στερεότυπα, αισιοδοξία, εξωτερίκευση). Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφάνιζαν περισσότερα στερεότυπα σε σχέση με τους ψυχολόγους, ενώ φαίνεται πως οι ψυχολόγοι είναι περισσότερο αισιόδοξοι και ενθάρρυναν περισσότερο την εξωτερίκευση της νόσου συγκριτικά με τους ψυχιάτρους. Μεγαλύτερη ενθάρρυνση από τους ψυχιάτρους έδιναν και οι κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ οι νοσηλευτές λιγότερη συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Όσον αφορά την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης και τους παράγοντές της φαίνεται, πως οι νοσηλευτές εξέφραζαν μεγαλύτερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης γενικά αλλά και ειδικότερα στις σταθερές και τις προσωρινές σχέσεις και τις σχέσεις εμπιστοσύνης συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι δήλωναν μικρότερη επιθυμία στους παράγοντες των σταθερών και προσωρινών σχέσεων, καθώς και στην κλίμακα σε σχέση με τους ψυχιάτρους. Τέλος, για τους ψυχολόγους φαίνεται και μια στατιστικά σημαντική διαφορά στον παράγοντα των σχέσεων εμπιστοσύνης συγκριτικά με τους ψυχιάτρους, διότι οι πρώτοι επιθυμούν λιγότερη απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς.

Πίνακας 9: Έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων ως προς την ειδικότητα

Επάγγελμα	M	SD	Ψυχίατρος	Ψυχολόγος	Νοσηλευτής
ASMI	Ψυχίατρος	89,43	9,64		1,31 έως 14,77
	Ψυχολόγος	98,39	5,22	3,41 έως	11,54 έως

				14,51		22,46 5,93 έως 18,68
	κοινωνικός λειτουργός	93,70	7,46			
	νοσηλεύτης	81,39	11,91			
Στερεότυπα	Ψυχίατρος	36,50	5,18			3,50 έως 10,72
	Ψυχολόγος	39,00	2,71			6,71 έως 12,51
	κοινωνικός λειτουργός	36,13	3,47		-5,32 έως -0,42	3,52 έως 9,96
	νοσηλεύτης	29,39	6,38			
Αισιοδοξία	Ψυχίατρος	17,87	3,60		-5,52 έως -0,75	
	Ψυχολόγος	21,00	1,83			2,30 έως 6,66
	κοινωνικός λειτουργός	19,91	3,27			1,07 έως 5,71
	νοσηλεύτης	16,52	3,976			
Εξωτερίκευση	Ψυχίατρος	25,10	1,71		-3,22 έως -1,00	
	Ψυχολόγος	27,21	1,37			0,76 έως 3,58
	κοινωνικός λειτουργός	27,00	1,24	0,79 έως 3,01		0,55 έως 3,37
	νοσηλεύτης	25,04	3,05			
Social Distance	Ψυχίατρος	33,73	8,57		3,43 έως 13,68	
	Ψυχολόγος	25,18	5,42			-16,53 έως -7,20
	κοινωνικός λειτουργός	26,91	7,64	-12,94 έως -0,70		-15,91 έως -4,35
	νοσηλεύτης	37,04	9,43			
Σταθερές σχέσεις	Ψυχίατρος	10,97	3,00		1,65 έως 5,35	
	Ψυχολόγος	7,46	2,10			-6,56 έως

	κοινωνικός λειτουργός	8,17	2,50	-4,86 έως - 0,72	-2,51 -6,06 έως -1,60
	Νοσηλεύτης	12,00	4,31		
Σχέσεις εμπιστοσύνης	Ψυχίατρος	15,07	3,77		0,17 έως 4,96
	Ψυχολόγος	12,50	2,89		-6,90 έως -2,49
	Κοινωνικός λειτουργός	13,13	4,38		-7,09 έως -1,04
	Νοσηλεύτης	17,20	4,10		
Προσωρινές σχέσεις	Ψυχίατρος	7,70	2,71		0,96 έως 4,01
	Ψυχολόγος	5,21	1,32		-4,20 έως -1,07
	Κοινωνικός λειτουργός	5,61	1,56	-3,71 έως -0,47	-3,90 έως -0,58
	Νοσηλεύτης	7,85	3,52		
Γνωστική ενσυναίσθηση	Ψυχίατρος	16,13	4,42		
	Ψυχολόγος	20,50	2,50	1,80 έως 6,94	
	κοινωνικός λειτουργός	19,52	3,33	0,47 έως 6,30	
	Νοσηλεύτης	17,43	4,19		-5,17 έως -,96
Θυμική ενσυναίσθηση	Ψυχίατρος	16,10	4,87		
	Ψυχολόγος	20,93	3,10	2,19 έως 7,47	
	Κοινωνικός Λειτουργός	20,87	2,93	1,99 έως 7,55	
	Νοσηλεύτης	18,89	3,61	0,44 έως 5,15	

Total Empathy	Ψυχίατρος	55,63	12,10	
	Ψυχολόγος	63,50	8,66	0,35 έως 15,38
	Κοινωνικός Λειτουργός	66,39	11,26	1,92 έως 19,60
	Νοσηλεύτης	59,09	11,52	

*p<0,05

Συνεχίζοντας με τον **πίνακα 9**, στατιστικά σημαντικές διαφορές έδειξαν και τα αποτελέσματα για την ενσυναίσθηση. Πιο συγκεκριμένα, γενικά στην ενσυναίσθηση φαίνεται ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφάνιζαν υψηλότερη ενσυναίσθηση από τους ψυχολόγους. Ειδικότερα ως προς τους παράγοντές της, τα αποτελέσματα διέφεραν με τους ψυχιάτρους να εμφανίζουν χαμηλότερη θυμική ενσυναίσθηση συγκριτικά με τις άλλες 3 ειδικότητες και χαμηλότερη γνωστική ενσυναίσθηση συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Τέλος, οι νοσηλεύτες εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά από τους ψυχολόγους με πιο χαμηλή τη γνωστική τους ενσυναίσθηση.

6.5 Ανάλυση συσχέτισης r του Pearson

Πίνακας 10: Ανάλυση Συσχετίσεων r του Pearson

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Social Distance	1	0,93*	0,89*	0,76**	- 0,41**	- 0,23**	0,13	0,19*	-0,09	- 0,61**	- 0,75**	- 0,48**	-0,16	- 0,72**
2.Σταθερές Σχέσεις	0,93**	1	0,76**	0,63**	- 0,37**	- 0,24**	0,16	0,19*	-0,06	- 0,59**	- 0,63**	- 0,39**	-0,15	- 0,65**

3.Σχέσεις Εμπιστοσύνη ς	0,89**	0,76**	1	0,44**	- 0,27**	-0,10	0,07	0,16	-0,04	- 0,47**	- 0,70**	- 0,28**	-0,08	- 0,57**
4.Προσωρινέ ς Σχέσεις	0,75**	0,63**	0,44**	1	- 0,48**	- 0,29**	0,12	0,15	-0,16	- 0,53**	- 0,60**	- 0,65**	-0,19*	- 0,67**
5.Γνωστική Ενσυναίσθησ η	-0,41**	- 0,37**	- 0,27**	- 0,48**	1	0,61**	0,17	-0,20*	0,57**	0,30**	0,40**	0,45**	-0,07	0,37**
6.Θυμική ενσυναίσθησ η	-0,23**	- 0,24**	-0,10	- 0,29**	0,61**	1	0,38**	-0,09	0,72**	0,12	0,29**	0,19*	0,053	0,22*
7.Φαντασία	0,13	0,16	0,07	0,12	0,17	0,38**	1	0,30**	0,78**	0,01	0,01	-0,11	-0,11	-0,05
8.Προσωπικό Άγχος	0,19*	0,19*	0,16	0,15	-0,20*	-0,09	0,30**	1	0,44**	-0,14	-0,13	-0,14	-0,01	-0,15
9.Total empathy	-0,09	-0,06	-0,04	-0,16	0,57**	0,72**	0,78**	0,44**	1	0,10	0,20*	0,12	-0,06	0,13
10. Στερεότυπα	-0,61**	- 0,59**	- 0,47**	- 0,53**	0,30**	0,12	0,01	-0,14	0,10	1	0,64**	0,48**	0,18*	0,91**
11. Αισιοδοξία	-0,75**	- 0,63**	- 0,70**	- 0,60**	0,40**	0,29**	0,01	-0,13	0,20*	0,64**	1	0,44**	0,12	0,81**
12. Εξωτερίκευσ η	-0,48**	- 0,39**	- 0,28**	- 0,65**	0,45**	0,19*	-0,11	-0,14	0,12	0,49**	0,44*	1	-0,05	0,61**
13. Κατανόηση	-0,15	-0,15	-0,08	-0,19*	-0,07	0,05	-0,11	-0,01	-0,06	0,18**	0,12	-0,05	1	0,40**

14. ASMI	-0,72**	- 0,65**	- 0,57**	- 0,67**	0,37**	0,22*	-0,05	-0,15	0,13	0,91**	0,81**	0,61**	0,40**	1
15.Χρόνια υπηρεσίας συνολικά	0,01	0,04	0,01	-0,04	0,04	-0,03	-0,18*	-0,18*	-0,15	0,12	0,02	0,01	0,08	0,10

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον **πίνακα 10** καταγράφονται οι συσχετίσεις r του Pearson ανάμεσα στη κλίμακα της Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, της κλίμακας ASMI και της κλίμακας της Κοινωνικής Απόστασης, καθώς και των παραγόντων τους με τον δείκτη γραμμικής συσχέτισης Pearson. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά την κλίμακα ASMI και την κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση $\{r(127)=-0,72\}$. Δηλαδή όσο πιο θετικές στάσεις παρουσιάζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, τόσο μικρότερη και η επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση και το αντίστροφο. Ειδικότερα, το ίδιο παρατηρείται και από τους παράγοντες τους που έχουν αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους (σταθερές σχέσεις, σχέσεις εμπιστοσύνης, προσωρινές σχέσεις έναντι στερεοτύπων, αισιοδοξίας και εξωτερίκευσης). Εξαιρουμένου του παράγοντα τη κατανόησης που γενικά δεν βρέθηκε κάποια γραμμική συσχέτιση με καμία μεταβλητή.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της ενσυναίσθησης με την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης φαίνεται να υπάρχει μία αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική απόσταση με την γνωστική ενσυναίσθηση $\{r(127)=-0,41\}$ και με την θυμική ενσυναίσθηση $\{r(127)=-0,23\}$, το οποίο ισχύει και για τους παράγοντες της κοινωνικής απόστασης. Επομένως, ισχύει ότι όσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα της γνωστικής και θυμικής ενσυναίσθησης τόσο πιο χαμηλή είναι η επιθυμία για κοινωνική απόσταση σε ποικίλης εγγύτητας σχέσεις και καταστάσεις στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και το αντίστροφο.

Επιπλέον, όσον αφορά την κλίμακα ASMI υπάρχει θετική συσχέτιση με τη γνωστική $\{r(127)=0,37\}$ και θυμική $\{r(127)=0,22\}$ ενσυναίσθηση. Δηλαδή όσο πιο υψηλή είναι η γνωστική και θυμική ενσυναίσθηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας τόσο πιο θετικές είναι και οι στάσεις τους απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο,

και το αντίστροφο. Ειδικότερα, θετικές είναι και οι συσχετίσεις των δύο παραγόντων της ενσυναίσθησης με τους παράγοντες της ASMI (πλην της κατανόησης, και εκτός των στερεοτύπων στην θυμική ενσυναίσθηση).

Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της κοινωνικής απόστασης με τον παράγοντα του προσωπικού άγχους $\{r(127)=0,19\}$, το οποίο σημαίνει ότι όσο πιο πολύ άγχος έχουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε καταστάσεις κρίσιμες για τους ανθρώπους δίπλα τους τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση ή και το αντίστροφο, όσο πιο μεγάλη η επιθυμητή κοινωνική απόσταση τόσο μεγαλύτερο και το προσωπικό άγχος.

Τέλος, όσον αφορά τα χρόνια υπηρεσίας γενικά σε δομές ψυχικής υγείας, υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση τόσο με τη φαντασία $\{r(127)=-0,18\}$ όσο και με το προσωπικό άγχος $\{r(127)=-0,18\}$. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερα χρόνια υπηρεσίας έχουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τόσο μειωμένη είναι η φαντασία τους και το άγχος που τους δημιουργείται σε διάφορες καταστάσεις αλληλεπίδρασης, και το αντίστροφο.

6.6 Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης

Οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις λήφθηκαν υπόψιν τόσο για να εξετασθούν επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης όσο και να καθοδηγήσουν ποιες μεταβλητές θα συμπεριληφθούν σε μοντέλα πολυπαραγοντικών αναλύσεων. Ειδικότερα, όσες μεταβλητές βρέθηκαν να διατηρούν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εξαρτημένες μεταβλητές, εισήχθησαν ταυτόχρονα ως προγνωστικοί παράγοντες σε μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Στον **πίνακα 11** παρακάτω, αναφέρεται ο συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού ($R^2=0,18$), ο οποίος ορίζει το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής Συνολική ενσυναίσθηση, που εξηγείται από τις ανεξάρτητες

φύλο, υπηρεσία εργασίας και ειδικότητα. Το ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγεί το μοντέλο είναι 18%. Η μόνη μεταβλητή που ανεξάρτητα προβλέπει τη Συνολική Ενσυναίσθηση είναι το φύλο με $\beta=0,27$. Αυτό σημαίνει ότι το φύλο επηρεάζει ως ένα βαθμό την συνολική ενσυναίσθηση με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ενσυναίσθησης από τους άντρες.

Πίνακας 11: Ανάλυση παλινδρόμησης για την συνολική ενσυναίσθηση

Variable	B	SE	Beta
Φύλο	6,45	2,28	0,27*
Υπηρεσία εργασίας	3,38	2,00	0,15
Ψυχολόγος	4,40	3,03	0,16
Κοινωνικός λειτουργός	4,74	3,54	0,16
Νοσηλεύτης	1,21	2,63	0,05

Note: $R^2 = 0,18$ ($N=127$, $p < ,05$).

* $p < ,05$.

Όπως διαφαίνεται στον **πίνακα 12**, οι ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο, υπηρεσία εργασίας και ειδικότητα εξηγούν το 26% της μεταβλητότητας της θυμικής ενσυναίσθησης. Ανάμεσα τους, την ισχυρότερη συσχέτιση εμφανίζουν οι ψυχολόγοι ($\beta=0,38$) (σε σχέση με τους ψυχιάτρους), ενώ ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλεύτές (σε σύγκριση με τους ψυχιάτρους). Επίσης, οι γυναίκες ($\beta=0,19$) φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης από τους άνδρες, καθώς και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο Δαφνί ($\beta=0,18$). Τέλος, η προσωπική εμπειρία με συνεργάτη με ψυχική νόσο βρέθηκε να χάνει τη στατιστικά σημαντικότητα στο πολυπαραγοντικό μοντέλο. Επομένως, το στατιστικά σημαντικό

αποτέλεσμα, που εμφανίσθηκε μονοπαραγοντικά, πιθανώς να εξηγείται από άλλες μεταβλητές του παρόντος μοντέλου.

Πίνακας 12: Ανάλυση παλινδρόμησης για τη θυμική ενσυναίσθηση

Variable	B	SE	Beta
Φύλο	1,62	0,78	0,19*
Υπηρεσία εργασίας	1,48	0,69	0,18*
Συνεργάτης	-0,55	0,74	-0,06
Ψυχολόγος	3,79	1,03	0,38*
Κοινωνικός λειτουργός	2,79	1,22	0,26*
Νοσηλεύτης	2,10	0,91	0,25*

Note: $R^2 = 0,26$ ($N=127$, $p < ,05$).

** $p < ,05$.*

Συνεχίζοντας, ο **πίνακας 13** παρακάτω παρουσιάζει τις ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή φαντασία, ως παράγοντα της ενσυναίσθησης. Το φύλο και τα χρόνια εργασίας φαίνεται να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα φαντασίας και να εξηγούν το 9% της διακύμανσής της μεταβλητής ($R^2 = 0,09$). Επομένως, εξαιτίας του αρνητικού πρόσημου ($\beta = - 0,17$) όσο αυξάνονται τα χρόνια υπηρεσίας τόσο μειώνεται η τιμή της φαντασίας. Επίσης, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα φαντασίας από τους άνδρες.

Πίνακας 13: Ανάλυση παλινδρόμησης για τη φαντασία

Variable	B	SE	Beta
Φύλο	2,72	0,96	0,24*
Χρόνιαεργασίας συνολικά	-0,12	0,06	-0,17*

Note: $R^2 = 0,09$ ($N=127$, $p < ,05$).

** $p < ,05$.*

Πίνακας 14: Ανάλυση παλινδρόμησης για την κοινωνική απόσταση

Variable	B	SE	Beta
Φύλο	-2,09	1,38	-0,11
Προσωπική εμπειρία με ψυχική νόσο	-1,96	1,27	-0,10
Εκπαίδευση	-1,03	0,89	-0,11
Ψυχολόγος	-2,99	1,98	-0,13
Κοινωνικός λειτουργός	-5,06	2,35	-0,21*
Νοσηλεύτης	-3,13	2,19	-0,16
Εισόδημα	-1,31	0,79	-0,11
Θυμική ενσυναίσθηση	0,23	0,18	0,10
Γνωστική Ενσυναίσθηση	-0,39	0,18	-0,17*
Προσωπικό άγχος	0,15	0,13	0,07
ASMI	-0,48	0,06	-0,58*

*Note: $R^2 = 0,61$ ($N=127$, $p < ,05$). * $p < ,05$.*

Συνεχίζοντας τις αναλύσεις παλινδρόμησης για το στίγμα, φαίνεται ότι το ποσοστό της μεταβλητότητας της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση (**Πίνακας 14** παραπάνω) είναι 61% ($R^2=0,61$). Οι μεταβλητές που περιλαμβάνονται στο μοντέλο αυτό είναι: οι κοινωνικοί λειτουργοί, η γνωστική ενσυναίσθηση και κυρίως η Κλίμακα ASMI, δηλαδή τις στάσεις τους απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο ($\beta=-0,58$). Ειδικότερα, οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν χαμηλότερα επίπεδα επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από τους ψυχιάτρους ($\beta=-0,21$), ενώ με την αύξηση της γνωστικής ενσυναίσθησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προκαλείται μείωση στην επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση ($\beta=-0,17$). Τέλος, όσο πιο θετικές είναι οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, τόσο μικρότερη η επιθυμία για κοινωνική απόσταση. Οι υπόλοιπες μεταβλητές που εισήχθησαν ως ανεξάρτητες (φύλο, προσωπική εμπειρία με τη ψυχική νόσο, εκπαίδευση, ψυχολόγος, νοσηλευτής, εισόδημα, θυμική ενσυναίσθηση και άγχος) φαίνεται να χάνουν τη στατιστική σημαντικότητά τους, σε αντίθεση με μονοπαραγοντικά αποτελέσματα των αναλύσεων, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί από την επίδραση άλλων μεταβλητών του μοντέλου.

Πίνακας 15: Ανάλυση παλινδρόμησης για την ASMI

Variable	B	SE	beta
Προσωπική εμπειρία με ψυχική νόσο	2,13	1,86	0,09
Εκπαίδευση	-0,69	1,25	-0,06
Ψυχολόγος	6,55	2,71	0,24*
Κοινωνικός λειτουργός	1,36	3,12	0,05
Νοσηλευτής	-9,12	2,96	-0,38*
Γνωστική ενσυναίσθηση	0,69	0,26	0,25*

Θυμική Ενσυναίσθηση	-0,05	0,26	-0,02
---------------------	-------	------	-------

Note: $R^2 = 0,40$ ($N=127$, $p < ,05$).

** $p < ,05$.*

Ο **πίνακας 15** παραπάνω καταδεικνύει πως το 40% της μεταβλητότητα της κλίμακας ASMI ($R^2=0,40$), που ερμηνεύεται από τις στατιστικά σημαντικά ανεξάρτητες μεταβλητές της ειδικότητας του ψυχολόγου και του νοσηλευτή, αλλά και τη γνωστική ενσυναίσθηση. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ψυχολόγοι ($\beta=0,24$) έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο από τους ψυχιάτρους, ενώ οι νοσηλευτές λιγότερο θετικές ($\beta=-0,38$). Επιπλέον, η αύξηση της γνωστικής ενσυναίσθησης ($\beta=0,25$) οδηγεί σε πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Τα αποτελέσματα των μεταβλητών προσωπική εμπειρία με ψυχική νόσο, εκπαίδευση, κοινωνικός λειτουργός και θυμική ενσυναίσθηση δε βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά στο πολυπαραγοντικό μοντέλο και αυτό σημαίνει ότι η στατιστική σημαντικότητά τους μονοπαραγοντικά μπορεί να εξηγείται από άλλους παράγοντες.

Οι υπόλοιποι πίνακες παρακάτω παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για τους παράγοντες της ASMI, δηλαδή των στερεοτύπων, της αισιοδοξίας, της εξωτερίκευσης και της κατανόησης. Συγκεκριμένα, το 44% της μεταβλητότητας ($R^2=0,44$) του παράγοντα των Στερεοτύπων (**πίνακας 16**) οφείλεται στην ειδικότητα του νοσηλευτή και τη γνωστική ενσυναίσθηση, το 32% της μεταβλητότητας της Αισιοδοξίας ($R^2=0,32$) οφείλεται στην ανεξάρτητη μεταβλητή της γνωστικής ενσυναίσθησης (**πίνακας 17**), το 30% της μεταβλητότητας ($R^2=0,30$) του παράγοντα της Εξωτερίκευσης οφείλεται στις ειδικότητες του ψυχολόγου και του νοσηλευτή, και στη γνωστική ενσυναίσθηση (**πίνακας 18**), ενώ το 12% της μεταβλητότητας του παράγοντα της Κατανόησης ($R^2=0,12$) οφείλεται στην υπηρεσία εργασίας και στους παντρεμένους/αρραβωνιασμένους (**πίνακας 19**).

Πιο συγκεκριμένα, για τον παράγοντα Στερεότυπα (**πίνακας 16**), οι νοσηλευτές ($\beta=-0,62$) φαίνεται να έχουν περισσότερα στερεότυπα από τους ψυχιάτρους για τη σοβαρή ψυχική νόσο και, επίσης, η αύξηση της γνωστικής ενσυναίσθησης ($\beta=0,21$) προκαλεί

πιο θετικές στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας γενικά για τη σοβαρή ψυχική νόσο.

Πίνακας 16: Ανάλυση παλινδρόμησης για Στερεότυπα

Variable	B	SE	beta
Προσωπική εμπειρία με ψυχική νόσο	1,29	0,98	0,10
Εκπαίδευση	-0,71	0,66	-0,11
Γνωστική ενσυναίσθηση	0,32	0,12	0,21*
Ψυχολόγος	1,36	1,38	0,09
Κοινωνικός λειτουργός	-2,29	1,59	-0,14
Νοσηλεύτης	-8,15	1,53	-0,62*

*Note: $R^2 = 0,44$ ($N=127$, $p < ,05$). * $p < ,05$.*

Για τον παράγοντα Αισιοδοξία (πίνακας 17), το θετικό πρόσημο της γνωστικής ενσυναίσθησης ($\beta=0,25$) υποδεικνύει ότι όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδά της, τόσο μεγαλύτερη και η αισιοδοξία απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Πίνακας 17: Ανάλυση παλινδρόμησης για την Αισιοδοξία

Variable	B	SE	beta
Ψυχολόγος	1,65	1,00	0,18
Κοινωνικός λειτουργός	0,69	1,12	0,07

Νοσηλευτής	-1,66	0,89	-0,21
Φύλο	1,01	0,70	0,13
Εισόδημα	0,52	0,40	0,11
Γνωστική ενσυναίσθηση	0,24	0,09	0,25*
Θυμική ενσυναίσθηση	0,03	0,09	0,03

Note: $R^2 = 0,32$ ($N=127$, $p < ,05$).

** $p < ,05$.*

Επιπλέον, όσον αφορά τον παράγοντα της Εξωτερίκευσης (πίνακας 18), οι ψυχολόγοι ($\beta=0,27$) και οι κοινωνικοί λειτουργοί ($\beta=0,26$) είχαν υψηλότερα επίπεδα στον παράγοντα Εξωτερίκευση της ψυχικής νόσου συγκριτικά με τους ψυχιάτρους, ενώ οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με μεγαλύτερη γνωστική ενσυναίσθηση ($\beta=0,45$) παροτρύνουν περισσότερο τα άτομα για εξωτερίκευση της νόσου τους.

Πίνακας 18: Ανάλυση παλινδρόμησης για την Εξωτερίκευση

Variable	B	SE	beta
Ψυχολόγος	1,54	0,59	0,27*
Κοινωνικός λειτουργός	1,57	0,61	0,26*
Νοσηλευτής	-0,07	0,50	-0,01
Γνωστική ενσυναίσθηση	0,26	0,06	0,45*
Θυμική ενσυναίσθηση	-0,12	0,06	-0,20

Note: $R^2 = 0,30$ ($N=127$, $p < ,05$).

** $p < ,05$.*

Τέλος, αναφορικά με τον παράγοντα Κατανόηση (πίνακας 19), οι έγγαμοι/αρραβωνιασμένοι/σε συμβίωση ($\beta=-0,22$) βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα κατανόησης συγκριτικά με τους άγαμους. Επίσης, περισσότερη κατανόηση βρέθηκαν να έχουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο Δαφνί ($\beta=0,23$) συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται στο Δρομοκαΐτειο.

Πίνακας 19: Ανάλυση Παλινδρόμησης για την Κατανόηση

Variable	B	SE	beta
Εγγαμος/αρραβωνιασμένος/συμβίωση	-1,45	0,61	-0,22*
Διαζευγμένος	1,25	1,04	0,11
Υπηρεσία εργασίας	1,41	0,54	0,23*

Note: $R^2 = 0,12$ ($N=127$, $p < ,05$).

* $p < ,05$.

Συμπερασματικά, αξίζει να σημειωθεί ότι ο παράγοντας της διαπροσωπικής ανταπόκρισης, η Γνωστική ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να κατανοεί της κατάσταση του άλλου είναι σημαντική ανεξάρτητη μεταβλητή που επηρεάζει και προκαλεί ως ένα βαθμό την επιθυμητή κοινωνική απόσταση και τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και του κάθε παράγοντα τους ξεχωριστά.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ελάχιστες είναι οι έρευνες, που έχουν εστιάσει στη σχέση της ενσυναίσθησης με το στίγμα και συγκεκριμένα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εφόσον θεωρείται στον κοινό νου ότι ο ειδικός αυτός πληθυσμός θα έχει θετική στάση απέναντι σε ό,τι έχει να κάνει με τη ψυχική νόσο λόγω της εκπαίδευσης και το χώρο εργασίας (Schulze, 2007). Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει προηγούμενη έρευνα πάνω στο ρόλο της ενσυναίσθησης στη μείωση του στίγματος, ενώ στην παρούσα έρευνα γίνεται μία προσπάθεια για την κάλυψη των κενών του θέματος, το οποίο φέρει αντικρουόμενα αποτελέσματα σε διεθνείς έρευνες.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα για το στίγμα, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές) εμφανίζουν θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, το οποίο επιβεβαιώνεται και από προηγούμενες έρευνες (Schulze, 2007. Wahl & Aroesty-Cohen, 2010. Del Olmo-Romero et al, 2018), αν και τα αποτελέσματα οδηγούν σε διγνώμια όσον αφορά τις στάσεις των επαγγελματιών απέναντι στην ψυχική νόσο. Στην παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν πιστεύουν ότι η ψυχική νόσος είναι υπεύθυνη για την αποτυχία του ατόμου, ούτε ότι γι' αυτό το λόγο διαφέρει από τους υπόλοιπους, αλλά ούτε και ότι το άτομο με ψυχικά προβλήματα είναι επικίνδυνος. Οι επαγγελματίες διγνώμουν ότι ο ψυχικά ασθενής νιώθει υπεύθυνος για αυτό που του συμβαίνει και πως θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστος και θα παίρνει ψυχοφάρμακα, το οποίο δείχνει ότι υπάρχουν ακόμα κάποιες πεποιθήσεις που λανθασμένα συνυπάρχουν σε τέτοιου είδους επαγγέλματα και διακρίνουν το στίγμα απέναντι στη ψυχική νόσο. Επίσης, όπως φαίνεται από τον παράγον «Κατανόηση», οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιστεύουν πως ο ασθενής νιώθει κατώτερος και βάρος στην οικογένεια του και πως είναι δύσκολο ο κόσμος να νιώσει το άτομο με ψυχική νόσο, συμπεριφέροντας του διαφορετικά ή κατηγορώντας τον για ότι κακό συμβαίνει στην οικογένεια του. Επομένως, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες λόγω των γνώσεων που τους προσφέρει το επάγγελμά τους κατανοούν αυτό που πραγματικά βιώνουν οι ασθενείς και άρα μπορούν να λειτουργήσουν ως πρότυπα συμπεριφοράς απέναντι στο άτομο με ψυχικά προβλήματα για την εξάλειψη της 'ταμπέλας' που φέρει από το κοινωνικό σύνολο (Schulze, 2007).

Παράλληλα με τις θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζουν και μικρή επιθυμητή κοινωνική απόσταση. Φαίνεται οι θετικές στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να επηρεάζουν την επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση, εφόσον οι στάσεις μπορούν να αποκτήσουν μια προγνωστική αξία της συμπεριφοράς (Corrigan, 2001). Η μικρή επιθυμία για κοινωνική απόσταση συνδέεται με την πεποίθηση ότι το άτομο με ψυχική νόσο έχει την ίδια ταυτότητα και το 'ανήκειν' στην ίδια ομάδα, έχοντας μία σχέση κατανόησης και κοινών εμπειριών (Baumann, 2007). Πιο συγκεκριμένα όμως, οι επαγγελματίες δεν θα επιθυμούσαν να παντρευτούν, να νοικιάσουν το σπίτι τους ή να μείνουν με κάποιον, που πάσχει από ψυχική νόσο. Δεν νιώθουν, δηλαδή, σίγουροι στις σχέσεις υψηλής εγγύτητας, σε σχέσεις εμπιστοσύνης με έναν ψυχικά πάσχοντα, όπως συμβαίνει και με το γενικό πληθυσμό. Αυτό επιβεβαιώνεται και από προηγούμενες έρευνες, που συγκρίνουν τις στάσεις του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Schulze, 2007. Wahl & Aroesty-Cohen, 2010. Stuber et al., 2014).

Επιπλέον, για τα αποτελέσματα της ενσυναίσθησης, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εμφανίζουν υψηλή συνολική ενσυναίσθηση, και ειδικότερα, υψηλή γνωστική και θυμική ενσυναίσθηση, δηλαδή την ικανότητά τους να κατανοούν τις σκέψεις του άλλου και να συναισθάνονται την κατάστασή του, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από προηγούμενες έρευνες (Santamaría-García et al., 2017). Οι συμμετέχοντες φαίνεται να έχουν την ικανότητα να νιώθουν τα συναισθήματα των άλλων, όταν αυτοί αδικούνται ή έχουν κάποιο πρόβλημα και να επεξεργάζονται και τις δύο πλευρές όταν βρίσκονται στη μέση μιας διαφωνίας. Τα αποτελέσματα μετριάζονται για το προσωπικό άγχος, δηλαδή το να αισθάνονται άγχος για κάποιον που πάσχει ή βρίσκεται σε δύσκολη κατάσταση, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί αφού το πλαίσιο εργασίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας τους μαθαίνει με το πέρασ των χρόνων να διαχειρίζονται τέτοιες δύσκολες καταστάσεις χωρίς να σημαίνει ότι δεν έχουν ενσυναίσθηση. Το αποτέλεσμα αυτό στηρίζεται και στη στατιστική ανάλυση που έδειξε ότι τα χρόνια υπηρεσίας σε μία δομή ψυχικής υγείας σχετίζονται με τη φαντασία και το προσωπικό άγχος, που σημαίνει ότι όσα περισσότερα χρόνια έχουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τόσο λιγότερο το άγχος και μειωμένη η φαντασία τους. Λόγω αυτού, είναι αναμενόμενη και η συσχέτιση που βρέθηκε ανάμεσα στο

προσωπικό άγχος και την κοινωνική απόσταση, δείχνοντας ότι το λιγότερο άγχος οδηγεί μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση.

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα, που αφορούν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα οποία επηρεάζουν τις στάσεις των επαγγελματιών απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, την επιθυμητή κοινωνική τους απόσταση, και την ενσυναίσθηση, επιβεβαιώνοντας κάποιες από τις υποθέσεις, που έχουν διατυπωθεί.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι το φύλο αποτελεί παράγοντα και επηρεάζει τις τιμές της γενικής ενσυναίσθησης, αλλά και της θυμικής ενσυναίσθησης και της φαντασίας γενικότερα με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερη ενσυναίσθηση από τους άνδρες, όμως το φύλο βρέθηκε ότι χάνει τη στατιστικά σημαντικότητά του στο πολυπαραγοντικό μοντέλο για την κοινωνική απόσταση και τον παράγοντα της Αισιοδοξίας. Επομένως, το στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα που βρέθηκε παραγοντικά μπορεί να εξηγείται από άλλες μεταβλητές. Αυτό σημαίνει ότι η γνωστική ενσυναίσθηση, που είναι υψηλότερη στις γυναίκες μπορεί να εξηγεί ότι οι γυναίκες έχουν μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και είναι πιο αισιόδοξες όσον αφορά τη σοβαρή ψυχική νόσο. Οι γυναίκες, γενικότερα, φαίνεται ότι κοινωνικά παρουσιάζονται πιο ευαίσθητες και συμπονετικές από τους άνδρες, που παρουσιάζονται πιο δυνατοί και χρησιμοποιούν λιγότερο τα συναισθήματά τους. Συμπερασματικά, το φύλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ενσυναίσθησης, όπως επιβεβαιώνεται και από προηγούμενες έρευνες (Gleichgericht & Decety, 2013. Santamaría-García et al., 2017). Παράλληλα, τα χρόνια υπηρεσίας συνολικά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά πολυπαραγοντικά μόνο στη φαντασία, οπότε όσο μεγαλώνουν τα χρόνια υπηρεσίας, τόσο μικρότερη φαντασία φαίνεται να έχουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται επίσης από προηγούμενες έρευνες (Santamaría-García et al., 2017).

Συνεχίζοντας με το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα πολυπαραγοντικά αποτελέσματα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς την κοινωνική απόσταση, την κλίμακα ASMI και τα στερεότυπα. Πιθανώς, η γνωστική ενσυναίσθηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να επηρεάζει τη διάθεση για εκπαίδευση πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, επηρεάζοντας έτσι τις θετικές στάσεις απέναντι στη ψυχική νόσο και την μη

επιθυμία για κοινωνική απόσταση. Όσον αφορά το εισόδημα, από τη στιγμή που εξαφανίστηκε η σημαντικότητά του στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι νοσηλευτές, που συνήθως έχουν χαμηλότερο εισόδημα, εμφανίζουν πιο μεγάλη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και μικρότερη αισιοδοξία για τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο. Τέλος, βρέθηκε ότι οι έγγαμοι /αρραβωνιασμένοι/σε συμβίωση επηρεάζουν τα επίπεδα της κατανόησης με το να κατανοούν λιγότερο από τους άγαμους το ψυχικά ασθενή λόγω της οικογενειακής κατάστασης και των ευθυνών που προσφέρει ο θεσμός της οικογένειας, για παράδειγμα στην περίπτωση ύπαρξης παιδιών (παράγοντας Κατανόησης). Ο Wolff και οι συνεργάτες του (1996) εξηγούν ακριβώς τη σημασία της οικογενειακής κατάστασης στην υιοθέτηση στιγματιστικών αντιλήψεων (Μέρτικα και συν., 2006).

Στατιστικά σημαντικά βρέθηκαν τα αποτελέσματα που αφορούν την ειδικότητα στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχολόγοι εμφανίζουν πιο υψηλά επίπεδα θυμικής ενσυναίσθησης, πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και συγκεκριμένα στον παράγοντα της «Εξωτερίκευσης» συγκριτικά με τους ψυχιάτρους. Παρά τη σημαντικότητα στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις για τους ψυχολόγους, αυτοί 'χάνουν' τη σημαντικότητά τους ως προς τη συνολική ενσυναίσθηση, την επιθυμία για κοινωνική απόσταση, τα Στερεότυπα και την Αισιοδοξία. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει κάποια άλλη μεταβλητή, που εξηγεί τη μονοπαραγοντική σημαντικότητα των αναλύσεων αυτών στους ψυχολόγους. Υποθέτουμε ότι η γνωστική ενσυναίσθηση μπορεί να επηρεάζει το ότι οι ψυχολόγοι εμφανίζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και μικρότερη κοινωνική απόσταση, ενώ το φύλο και συγκεκριμένα οι γυναίκες ψυχολόγοι μπορεί να εμφανίζουν πιο υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα θυμικής ενσυναίσθησης από τους ψυχιάτρους, μικρότερη κοινωνική απόσταση και πιο θετικές στάσεις όσον αφορά την εξωτερίκευση της νόσου από τον ασθενή. Αντιθέτως, τα πολυπαραγοντικά αποτελέσματα βρέθηκαν μη στατιστικά σημαντικά ως προς τη συνολική ενσυναίσθηση και τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (και συγκεκριμένα, Στερεότυπα και Αισιοδοξία), τα οποία πιθανώς να επηρεάζονται από κάποια άλλη μεταβλητή. Το φύλο επηρεάζει την ενσυναίσθηση των κοινωνικών λειτουργών με τις γυναίκες να εμφανίζουν πιο υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης από τους άνδρες, ενώ οι

κοινωνικοί λειτουργοί με υψηλότερη γνωστική ενσυναίσθηση εμφανίζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Τέλος, οι νοσηλευτές εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές πολυπαραγοντικές αναλύσεις ως προς τη θυμική ενσυναίσθηση, την κλίμακα ASMI και τα Στερεότυπα. Περιγραφικά, σημαίνει ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα θυμικής ενσυναίσθησης από τους ψυχιάτρους και έχουν πιο αρνητικές στάσεις και στερεότυπα απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις, έχασαν τη σημαντικότητά τους πολυπαραγοντικά η ενσυναίσθηση γενικά, η κοινωνική απόσταση, η αισιοδοξία και η εξωτερίκευση, το οποίο πιθανώς να επηρεάζεται από κάποια άλλη μεταβλητή. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες, που εργάζονται ως νοσηλεύτριες μπορεί να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης από τους άνδρες, ενώ η γνωστική ενσυναίσθηση να επηρεάζει τη μειωμένη αισιοδοξία και εξωτερίκευση των νοσηλευτριών για τη σοβαρή ψυχική νόσο. Προηγούμενες έρευνες που εξετάζουν τις ειδικότητες και την επίδρασή τους στο στίγμα φαίνεται να παρουσιάζουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα (Schulze, 2007. Nordt, 2006. Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Παρόλα αυτά, έρευνες που συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν την άποψη ότι άλλοι παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στο ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν λιγότερο θετικές στάσεις απέναντι στη ψυχική νόσο, αναφέροντας την εργασιακή εξουθένωση ως πολύ σημαντικό παράγοντα (Del Olmo-Romero et al, 2018). Τέλος, η εκπαίδευση και η 'ιδεολογία' της κάθε ειδικότητας μπορεί να εξηγήσει γιατί οι ψυχίατροι εμφανίζουν πιο χαμηλή ενσυναίσθηση, καθώς και οι νοσηλευτές (Hsiao et al, 2015). Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ως ρόλο την κατανόηση του ασθενούς ως ανθρώπου, τη λύση και άλλων προσωπικών και συναισθηματικών προβλημάτων των ασθενών και όχι απλά η διάγνωση και η λειτουργικότητα του ατόμου, γι' αυτό και μαθαίνουν να εργάζονται ενσυναισθητικά συνεχώς, με στόχο την καλύτερη συνεργασία τους με τον ασθενή και το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Ο ρόλος τους είναι περισσότερο κοινωνικός, γι' αυτό και θα πρέπει να ενδιαφέρονται περισσότερο για τα προβλήματα του ασθενούς, που ξεφεύγουν από τα σωματικά συμπτώματα λόγω της διαταραχής, εστιάζοντας έτσι στην προσωπική ζωή και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις μέσα από τα συναισθήματα των ασθενών και τα λεγόμενά τους. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει και η ενσυναίσθηση. Διαφορές ανάμεσα στις ειδικότητες ως προς το βαθμό ενσυναίσθησης έχουν βρεθεί σε προηγούμενες έρευνες με αντικρουόμενα αποτελέσματα (Hojat, 2007).

Όσον αφορά τη προσωπική εμπειρία, αυτή φάνηκε να χάνει τη στατιστικά σημαντικότητά της στην πολυπαραγοντική ανάλυση, επομένως ίσως η γνωστική ενσυναίσθηση να επηρεάζει τα επίπεδα της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης και των στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο όταν ο επαγγελματίας έχει προσωπική εμπειρία με τη ψυχική νόσο (είτε είναι φίλος, είτε είναι συγγενής, είτε ο ίδιος ο επαγγελματίας). Επίσης, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντικότητα ανάμεσα στη θυμική ενσυναίσθηση και την προσωπική εμπειρία ως συνεργάτης στο μοντέλο παλινδρόμησης. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει τη σημασία της εμπειρίας προσωπικής επαφής με άτομο που πάσχει με ψυχική ασθένεια και την ευαισθητοποίηση στη συμπεριφορά που αυτή προσφέρει (Couture & Penn, 2003). Η εξοικείωση με τον ψυχικά ασθενή αποτελεί παράγοντα για την απόρριψη υιοθέτησης στιγματιστικών αντιλήψεων απέναντι στη ψυχική νόσο.

Τέλος, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, πρέπει να αναφερθεί ότι η υπηρεσίας εργασίας φαίνεται να επηρεάζει την κατανόηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και τη θυμική τους ενσυναίσθηση, το οποίο μπορεί να εξηγείται από άλλους παράγοντες, που δεν μετρήθηκαν στην έρευνά μας (Del Olmo-Romero et al, 2018) όπως είναι η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτριών (είναι και το μεγαλύτερο δείγμα ειδικότητας). Επίσης, δεν βρέθηκε πολυπαραγοντικά στατιστικά σημαντικότητα ως προς τη συνολική ενσυναίσθηση. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο Δαφνί φαίνεται να δείχνουν καλύτερη κατανόηση για τη σοβαρή ψυχική νόσο από τους εργαζόμενους στο Δρομοκαΐτειο και πιθανώς η συνολική τους ενσυναίσθηση να επηρεάζεται από την ειδικότητα με τους ψυχολόγους να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης (Hojat, 2007).

Όσον αφορά τις κύριες υποθέσεις της παρούσας έρευνας για τη σχέση της ενσυναίσθησης και των επιπέδων της με το στίγμα, κάποιες επιβεβαιώθηκαν μέσα από τις πολυπαραγοντικές αναλύσεις.

Οι στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και η επιθυμητή κοινωνική απόσταση φαίνεται να επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά από την ενσυναίσθηση και συγκεκριμένα μόνο από τον παράγοντα της γνωστικής ενσυναίσθησης. Ειδικότερα, όσον αφορά τη θυμική ενσυναίσθηση, αυτή φαίνεται να χάνει τη στατιστικά σημαντικότητα στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις ως προς την κοινωνική

απόσταση, την κλίμακα ASMI, την αισιοδοξία και την εξωτερίκευση. Επομένως, πιθανώς να υπάρχει κάποια μεταβλητή, που να το εξηγεί, όπως ότι η ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα θυμικής ενσυναίσθησης, οπότε παρουσιάζουν και μικρότερη κοινωνική απόσταση και στηρίζουν την εξωτερίκευση της ψυχικής νόσου, ενώ οι ψυχολόγοι με υψηλότερα επίπεδα θυμικής ενσυναίσθησης να παρουσιάζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο συγκριτικά με τους ψυχιάτρους. Τη σχέση αυτή γενικά έχουν τεκμηριώσει και προηγούμενες έρευνες (Phelan & Basow, 2007, McFarland, 2010). Η θεωρία υποστηρίζει ότι τα άτομα που εμφανίζουν υψηλή ενσυναίσθηση έχουν μειωμένη προκατάληψη για τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο και ότι συνδέεται με μειωμένες δράσεις απομόνωσης, δηλαδή κοινωνικής απόστασης. Η ενσυναίσθηση θεωρείται η σπονδυλική στήλη των θεραπευτικών σχέσεων και βοηθούν τους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης να προσδιορίζουν και κατανοούν τις προτιμήσεις και τις αξίες των ασθενών τους και προφανώς να βελτιώνουν την υγεία τους (Gateshill, 2011. Hojat, 2007). Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη διαθέσιμη έρευνα σχετικά με το ρόλο της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις στάσεις τους απέναντι στη ψυχική νόσο στην κλινική πρακτική. Δεδομένου της σημασίας της ενσυναίσθησης θα πρέπει οι αντιστιγματιστικές παρεμβάσεις να συμπεριλαμβάνουν τη ενσυναισθητική εμπλοκή στην κλινική πρακτική. Επομένως, η ικανότητα οπτικής των σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, καθώς και η συναισθηματική εμπλοκή-ταύτιση με τον άλλο λειτουργούν ως παράγοντες στην απόκτηση πιο θετικών στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο, αλλά και λιγότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Συμπερασματικά, η έρευνα επισημαίνει τη σημασία της ενσυναίσθησης για τη μείωση των στιγματιστικών στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και την επιθυμητή κοινωνική τους απόσταση στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Φαίνεται ότι πολλοί είναι οι παράγοντες, που επηρεάζουν την ενσυναισθητική ικανότητα, όπως είναι η ειδικότητα, γεγονός που διεγείρει το προβληματισμό για την εκπαίδευση όλων των ειδικοτήτων ψυχικής υγείας με τέτοιο τρόπο που να προάγει την ενσυναίσθηση. Ίσως η μελλοντική έρευνα θα έπρεπε να εστιάζει μόνο σε ειδικότητες όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι για να μπορέσουν να ερευνηθούν και να προσδιοριστούν όλοι οι πιθανοί παράγοντες που προάγουν την ενσυναίσθηση στους

ήδη εργαζόμενους ψυχικής υγείας σε διάφορα πλαίσια εργασίας (για δυνατότητα σύγκρισης των χαρακτηριστικών). Επιπλέον, η έρευνα θα πρέπει να επεκταθεί και στην διερεύνηση και άλλων χαρακτηριστικών των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, όπως είναι η ψυχολογική ευελιξία, όρος που χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια στη ψυχολογία και έχει ήδη επισημανθεί η σημαντικότητά του σε πολλές πτυχές της κλινικής πρακτικής (Masuda et al, 2009).

7.1 Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στο ρόλο της ενσυναίσθησης για τη μείωση του στίγματος στην Ελλάδα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Υπάρχουν, όμως κάποιοι περιορισμοί, οι οποίοι θα πρέπει να διευκρινισθούν λόγω του ότι επηρεάζουν και εμποδίζουν τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας και στον υπόλοιπο ειδικό πληθυσμό.

Αρχικά, το δείγμα της έρευνας είναι μικρό τόσο συνολικά όσο και ως προς τις συγκεκριμένες ειδικότητες ξεχωριστά. Κατέστη δυσχερής η συλλογή των στοιχείων λόγω δυσκολίας προσέγγισης του δείγματος και της άρνησης συμμετοχής από το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού των δύο ψυχιατρικών νοσοκομείων. Επίσης, επειδή η συμμετοχή ήταν εθελοντική, πιθανώς δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με θετικότερες στάσεις.

Επιπρόσθετα, το δείγμα περιορίζεται στα δύο ψυχιατρικά μόνον νοσοκομεία της Αθήνας, το Δαφνί και το Δρομοκαΐτειο. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν συγκρίσεις ψυχιατρικών, γενικών νοσοκομείων και δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για καλύτερη κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το στίγμα.

Τέλος, περιορισμός είναι και τα ερωτηματολόγια, που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, που ενώ είχαν καλά Cronbach α (εκτός του παράγοντα της γνωστικής ενσυναίσθησης, που ήταν μέτρια), είναι σχεδιασμένα για το γενικό πληθυσμό. Όσον αφορά την ενσυναίσθηση δεν έχουν σταθμιστεί ερωτηματολόγια, τα οποία να μετρούν την ενσυναίσθηση ως ολοκληρωμένο πολυπαραγοντικό μοντέλο στα πλαίσια της κλινικής πρακτικής και της σχέσης ειδικού-ασθενούς.

Συνοψίζοντας, μπορεί να γίνει αντιληπτό ότι η έννοια της ενσυναίσθησης και του στίγματος πρέπει να ερευνηθεί στην Ελλάδα με τη δημιουργία των σωστών εργαλείων πρώτα, και την εστίαση στο δείγμα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη δημιουργία παρεμβάσεων που θα δώσουν πολλά σε κάθε είδους πληθυσμό και κυρίως στο γενικό πληθυσμό, που έχει αποδειχθεί ότι χαρακτηρίζεται από άγνοια, στιγματιστικές στάσεις και περιθωριοποίηση των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, δείχνουν ότι πρέπει αυτή να ληφθεί υπόψη για περαιτέρω μελέτη.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εμφανίζουν θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, μικρή επιθυμία για κοινωνική απόσταση και υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και κυρίως σε δύο επίπεδά της, τη γνωστική και τη θυμική ενσυναίσθηση.

Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη αισιοδοξία απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, θυμική ενσυναίσθηση και φαντασία, αλλά και συνολική ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ παρουσιάζουν μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση. Το φύλο λειτουργεί ως παράγοντας της ενσυναίσθησης.

Οι εργαζόμενοι στο Δαφνί παρουσιάζουν μεγαλύτερη κατανόηση ως προς τη σοβαρή ψυχική νόσο, καλύτερη ενσυναίσθηση και συγκεκριμένα θυμική ενσυναίσθηση από τους εργαζόμενους του Δρομοκαϊτείου.

Η ύπαρξη προσωπικής εμπειρίας με άτομο που πάσχει με ψυχική διαταραχή και το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν επηρεάζουν τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, την επιθυμία για κοινωνική απόσταση και την ενσυναίσθηση.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας παρουσιάζουν λιγότερη φαντασία και ενσυναίσθητη ανησυχία (παράγοντες της ενσυναίσθησης).

Η ειδικότητα λειτουργεί ως παράγοντας στις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, την επιθυμητή κοινωνική απόσταση και την ενσυναίσθηση. Οι ψυχίατροι έχουν χαμηλότερα επίπεδα γνωστικής ενσυναίσθησης από τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς και οι νοσηλευτές χαμηλότερη γνωστική ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τις άλλες ειδικότητες. Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί παρουσιάζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, είναι πιο αισιόδοξοι και υποστηρίζουν την εξωτερίκευση της νόσου, ενώ επιθυμούν λιγότερο την κοινωνική απόσταση.

Η γνωστική και θυμική ενσυναίσθηση συσχετίζεται θετικά με τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και τους παράγοντές της και αρνητικά με την επιθυμία για κοινωνική απόσταση. Η γνωστική ενσυναίσθηση, συγκεκριμένα, λειτουργεί ως παράγοντας της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης και των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams R. (2012): *Clinical empathy: A discussion on its benefits for practitioners, students of medicine and patients.* Journal of Herbal Medicine 2, 52-57.

Alligood, M. R. (1992). *Empathy: The importance of recognizing two types.* Journal of psychosocial nursing and mental health services, 30(3), 14-17.

Barret-Lennard GT.(1981) *The empathy cycle; refinement of a nuclear concept.* J Counsel Psychol 1981; **28**: 91-100.

Batastini A.B., Bolanos A.D., Morgan R.D. (2014). *Attitudes toward hiring applicants with mental illness and criminal justice involvement: The impact of education and experience.* International Journal of Law and Psychiatry, 37:524–533.

Batson, D., Chang, J., Orr, R., & Rowland, J. (2002). *Empathy, attitudes, and action: Can feeling for a member of a stigmatized group motivate one to help the group?* Personality and Social Psychology Bulletin, 28(12), 1656-1666.

Baumann, A. E. (2007). *Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger.'* International Review of Psychiatry, 19, 131–135.

- Bellet PS, Maloney MJ.** (1991). *The importance of empathy as an interviewing skill in medicine.* Journal of the American Medical Association 1991; 266: 1831– 1832.
- Byrne P,** (2010). *Psychiatric Stigma.* The British Journal of Psychiatry. 178(3): 281-284.
- Byrne P.** (2000). *Stigma of mental illness and ways of diminishing it.* Advances in Psychiatric Treatment. 6:65-72.
- Corrigan, P. W., Edwards, A., Green, A., Diwan SL, Penn D.**(2001). *Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness.* Schizophrenia Bulletin, 27, 219-225.
- Corrigan P.** 2004. *How stigma interferes with mental health care.* American Psychologist, 59(7), 614.
- Corrigan P. W., Powell K. J., Michaels P. J.,** (2014). *Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness.* Psychiatry Research, 215:466–470.
- Corrigan P. W., Powell K. J., Michaels P. J.,** (2014). *Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness.* Psychiatry Research, 215:466–470.
- Corrigan P. W., Thompson V., Lambert D., Sangster Y., Noel J. G., Campbell G.** (2003). *Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness.* Psychiatric Services, 54:1105-1110.
- Corrigan P. W., Watson A. C., Barr L.** (2006). *The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy.* Journal of Social and Clinical Psychology, 25(8), 875-884.
- Corrigan P.W.** (2007). *How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness.* Soc Work 52(1): 31-9.
- Corrigan, PW.** (2005). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change.* Washington, American Psychological Association.
- Couture S., Penn D.,** (2003). *Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature.* Journal of Mental Health, 12(3), 291-305.
- Cumming AD, Ross MT.** *The Tuning Project for medicine – learning outcomes for undergraduate medical education in Europe.* Medical Teacher 2007; 29(7): 636-641.
- Cutcliffe, J., Hannigan, B.** (2001). *Mass media, ‘monsters’ and mental health clients: the need for increased lobbying.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8: 315-32.
- Dal Santo, L. Pohl, S. Saiani, L., & Battistelli, A.** (2014). *Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too?.*Journal of Nursing Education and Practice, Vol. 4, No. 2.
- Davis M. H. ,** (1983) "*Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach.*" Journal of Personality and Social Psychology. v.44:1 p.113-126

- Davis, M. H.** (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Madison, WI: Brown & Benchmark.
- Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabezón, A. C., ... & Rebolleda-Gil, C.** (2018). *Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-15.
- Economou M., Gramandani C., Richardson C., stefanis C.** (2005)*Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece*. *World Psychiatry*, suppl. 1: 40-44.
- Economou M., Peppou L. E., Louki E., Stefanis C.** (2012). *Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece*. *Psychiatry and clinical neurosciences*, (1)66, 17-25.
- Economou, M., Kontoangelos, K., Peppou, L. E., Arvaniti, A., Samakouri, M., Douzenis, A., & Papadimitriou, G. N.** (2017). *Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: Training in a specialty and a general hospital*. *Psychiatry research*, 258, 108-115.
- Freud, S.** (1905). *Three Essays on Sexuality and Other Works*. Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 7, 125-245.
- Furnham, A., & Sjøkvist, P.** (2017). *Empathy and Mental Health Literacy*. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 1(2), e31-e40.
- Gateshill, G., Kucharska-Pietura, K., & Wattis, J.** (2011). *Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals*. *The Psychiatrist*, 35(3), 101-105.
- Gladstein, G.A.** (1983) Understanding empathy: Integrating counselling, developmental and social psychology perspectives. *Journal of Counselling Psychology* 30(no. 4): 467-482.
- Gleichgerrecht, E. & Decety, J.** (2013) *Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians*. *PloS one* 8, e61526.
- Goffman, E.** (1963). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Goffman, E.** (2001). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Goldney, R., Dunn, K., Dal Grande, E., Crabb, S., & Taylor, A.** (2009). *Tracking depression-related mental health literacy across South Australia: A decade of change*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 476-483.
- Hojat, M. & LaNoue M.** (2014). *Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy*. *International Journal of Medical Education*, 5:73-81 ISSN: 2042-6372

- Hojat, M.** (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement and outcomes*. New York: Springer
- Hojat, M. Gonnella, J. Nasca, T. Mangione, S. Vergare, M. & Magee M.** (2002). *Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty*. *Am J Psychiatry*, 159:1563–1569.
- Hojat, M. Louis, DZ. Markham, FW. Wender, R. Rabinowitz, C. & Gonnella, JS.** (2011) Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011; 86 (3):359–364.
- Hojat, M., Mangione, S., Kane, G. C., & Gonnella, J. S.** (2005). *Relationships between scores of the Jefferson scale of physician empathy (JSPE) and the interpersonal reactivity index (IRI)*. *Medical Teacher*, 27(7), 625-628.
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F.** (2015). *Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 272-280.
- Kelm Z, Worme J, Walter JK, et al.** (2014) *Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review*. *BMC Medical Education*, 14: 219.
- Kiosses V, Karathanos V, Tatsioni A.** (2016) *Empathy promoting interventions for health professionals: a systematic review of RCTs*. *Journal of Compassionate Health Care*; 3: 7.
- Kohut, H.** (1959). *Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory*. In P. H. Ornstein (Ed.), *The search for the self* 1, 205-232,. New York: International University Press.
- Kohut, H.** (1984). *How does analysis cure?* Chicago, The University of Chicago Press.
- Larson EB. and Yao X.** (2005): *Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship*. *JAMA* 293, 1100-1106.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunscheig, C., & Rossler, W.** (2006). *Do mental health professionals stigmatize their patients?* *Acta Psychiatrica Scandania*, 113, 51–59.
- Levasseur J, Vance AR.**(1993). *Doctors, nurses, and empathy*. In H. M. Spiro, M. G. Mccrea Curnen, E. Peschel, & D. St. James (Eds.), *Empathy and practice of medicine* (pp. 76–84). New Haven: Yale University Press.
- Link G. & J. Phelan J.C.** (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27 (2001), pp. 363-385.
- Link G., Phelan J.** (2006). *Stigma and its public health implications*. *Lancet*, 367, pp. 528-529
- Lionis, C., & Shea, S.** (2015). *Compassion in medicine or medicine with compassion?*. *Eurodigest: the journal of the European Society for Primary Care Gastroenterology*, 2(1), 9-11.ISO 690.

- Lipps T.** (1903). *Empathy, Inner Imitation and Sense-Feelings*. In Rader, Aesthetics (pp. 291-304).
- Marie, D., & Miles, B.** (2008). *Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42, 126–133.
- 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*. The European Journal of Psychiatry, 26(1), 55-67.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., Schmertz, S. K., & Calamaras, M. R.** (2009). *The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer*. Journal of Social and Clinical Psychology, 28(10), 1244-1262.
- Masuda A., Latzman R. D.,** (2011). *Examining associations among factor-analytically derived components of mental health stigma, distress, and psychological flexibility*. Personality and Individual Differences, 51(4), 435-438.
- McFarland, S.** (2010). *Authoritarianism, social dominance, and other roots of generalized prejudice*. Political Psychology, 31, 453–477.
- Mercer S, Maxwell M, Heaney D, et al.** (2004). *The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure*. Family Practice. 21(6): 699-705.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J.** (2002). *Empathy and quality of care*. Br J Gen Pract, 52(Suppl), S9-12.
- Morse JM., Anderson G., Bottorff JL., Yonge O., O'Brien B., Solberg SM. and McIlveen KH.** (1992). *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?* Image J Nurs Sch 24, 273-280.
- Neumann, M. Scheffer, C. Tauschel, D. Lutz, G. Wirtz, M. & Edelhäuser F.** (2012). *Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education*. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Vol. 29(1), ISSN 1860-3572.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C.** (2006). *Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression*. Schizophrenia Bulletin, 32, 709–714.
- Phelan, J. E., & Basow, S. A.** (2007). *College students' attitudes toward mental illness: An examination of the stigma process*. Journal of Applied Psychology, 37, 2877–2902.
- Rogers CR.** (1975). *An unappreciated way of being*. Counseling Psychologist, 5: 2–11.
- Rogers CR.** (1959) *A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context (pp. 184– 256). New York: McGraw Hill.

- Santamaría-García H, Baez S, García A, García F. M., Flichtentre D., Prats M., Mastandueno R., Sigman R., Matallana D., Cetkovich M. & Ibáñez A.** (2017): *Empathy for others' suffering and its mediators in mental health professionals*. Sci Rep 2017; 7(1):6391.
- 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, 63(2), 115-125.
- Sartorius N.** (2000). *Breaking the vicious circle*. Ment Health Learn Disabil Care; 4: 80.
- Sartorius, N.** (2002). *Iatrogenic stigma of mental illness*. British Medical Journal, 324, 1470–1471.
- Scheff, T.J.** (1966). *Being Mentally Ill - A Sociological Theory*. Chicago, Aldine.
- Schulze, B.** (2007). *Stigma and mental health professionals: A review of the literature*. International Review of Psychiatry, 19, 137–155.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C.** (2003). *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. Social science & medicine, 56(2), 299-312.
- Seeman N., Tang S., Brown A.D., Ing A.,** (2016). *World survey of mental illness stigma*. Journal of Affective Disorders. 190: 115–121.
- Shamasundar MRC.** (1999) *Reflections: Understanding empathy and related phenomena*. American Journal of Psychotherapy 1999; 53: 232–245.
- Sharma, G. et al.** (2009) *Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults*. Jama **301**, 1671–1680, doi:10.1001/jama.2009.517
- Shih, M., Wang, E., Bucher, A. T., & Stotzer, R.** (2009). *Perspective taking: Reducing prejudice towards general outgroups and specific individuals*. Group Processes & Intergroup Relations, **12**, 565–577.
- Sinclair S., Norris JM., McConnell SJ., Chochinov HM., Hack TF, Hagen NA., McClement S. and Bouchal SR.** (2016): *Compassion: a scoping review of the healthcare literature*. BMC Palliative Care 15, 1-16.
- Smith, A. L., & Cashwell, C. S.** (2011). *Social distance and mental illness: Attitudes among mental health and non-mental health professionals and trainees*. The Professional Counselor: Research and Practice, 1, 13-20.
- Stepien KA., Baernstein A.** (2006). *Educating for empathy. A review*. J Gen Intern Med. May 21(5):524-30.
- Stuber J., Meyer I., & Link B.** (2008). *Stigma, prejudice, discrimination and health*. Social Science & Medicine (1982), 67(3), 351.

Thomas N., McLeod B., Jones N., Abbott J. A., (2015). *Developing Internet interventions to target the individual impact of stigma in health conditions*. Internet Interventions, 2(3), 351-358.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford, Oxford University Press.

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). *Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?*. The British Journal of Psychiatry, 190(3), 192-193.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & the INDIGO Study Group. (2009). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. Lancet, 373, 408–415.

Wahl, O., Aroesty-Cohen, E (2010). *Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature*. Journal of Community Psychology 38, 49–62.

Whitley R., Campbell R.D. (2014). *Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness*. Social Science & Medicine, 107, pp.1-8.

Williams, B. Brown, T. Boyle, M. McKenna, L. Palermo, C. & Etherington, J. (2014). *Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing, and midwifery students: a longitudinal study*. Advances in Medical Education and Practice, 5: 299– 306.

Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). *Community attitudes to mental illness*. The British Journal of Psychiatry, 168(2), 183-190.

Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). *Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional*, Health Science Journal. 4(2):77-83.

Κορδώση Α., Σαρίδη Μ., Σουλιώτης Κ. (2015). *Το κοινωνικό στίγμα της Ψυχικής Ασθένειας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. Τόμος 7, Τεύχος 1, 8-18.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). *Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση*. Ψυχολογία. 10, 2 & 3, 295-309.

Μερτίκα Α., Οικονόμου Μ., Σταλίκας Α., Γραμανδάνη Χ. (2006). *Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και της σχιζοφρένειας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων*. Ψυχολογία, 13 (3): 1-27.

Οικονόμου Μ., Σταλίκας Α. (2006) *Στίγμα, ψυχική ασθένεια και κοινωνία: Πρόκληση για αλλαγή*. Ψυχολογία, 2006, 13 (3): εισαγωγικό αφιέρωμα.

Οικονόμου Μ., Γραμανδάνη χ., Λουκη Ε., Γιώτης Α., Στεφανής Κ. *Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό (Πρόγραμμα κατά του στίγματος της σχιζοφρένειας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής)*. Ψυχολογία, 13 (3): 28-43.

Οικονόμου Μ. (2008). *Ψυχική Ασθένεια και Κοινωνικό Στίγμα: Διαχρονικές και Σύγχρονες Προκλήσεις*. Τετράδια Ψυχιατρικής No 102, 19-26.

- Οικονόμου Μ., Πέππου Ε., Λουκή Ε., Χαρίτση Μ., Στεφανής Κ.Ν.** (2010) *Κλίμακα κοινωνικής απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες*. Ψυχιατρική, 21:217–225.
- Οικονόμου Μ., Χαρίτση Μ.** (2010). *Από το στίγμα στη συνηγορία: Τα ανθρώπινα δικαιώματα ως πρόκληση για το χώρο της ψυχικής υγείας*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 111: 62-67.
- Οικονόμου Μ.,** (2013). *Το στίγμα της ψυχικής νόσου στα ΜΜΕ.: διαχρονική αποτύπωση και παράπλευρες όψεις της κρίσης*. Σύναψις (28)9 σελ 5.
- Οικονόμου, Μ., & Τριανταφύλλου, Ε., & Πλουμπίδης, Ε.** (2013). *Το στίγμα της ψυχικής νόσου, Ψυχοεκπαίδευση, Επαγγελματική Εξουθένωση*. Στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου & Ι.Α. Λιάπας, & Ε. Λύκουρας (επιμ..έκδοσης), Σύγχρονη Ψυχιατρική (648-661). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Οικονόμου Μ., Αδαμόπουλος Α.,** (2014). *Η κοινωνική αναγκαιότητα του στίγματος: μια ιστορική κοινωνιολογική αναδρομή στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας*. Σύναψις (34)10.
- Οικονόμου Μ., Χαρίτση Μ.,** (2016). *Η ψυχική ασθένεια στα ελληνικά ΜΜΕ: νέες εκφάνσεις του στίγματος*. Σύναψις, (41)12.
- Χαρίτση Μ., Οικονόμου Μ.** (2010). *Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας: μια πολιτισμική προοπτική*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (Ερωτηματολόγιο έρευνας)

Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ.

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω απόψεις και να σημειώσετε τον βαθμό διαφωνίας ή συμφωνίας σας. Η σοβαρή ψυχική αρρώστια αναφέρεται στις ασθένειες που πληρούν τα παρακάτω κριτήρια:

α) Διάγνωση μη οργανικής ψύχωσης ή διαταραχής της προσωπικότητας

β) Με παρατεταμένη διάρκεια και μακροπρόθεσμη θεραπεία (τουλάχιστον διετή)

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε 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 δε 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 πρόβλημά					

	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 ψυχική 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 οικογένειά 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 έτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια					
30	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική					

	αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους					
--	----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με το πώς θα ανταποκριθείτε απέναντι σε άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε διάφορες καταστάσεις;(σημειώστε X ή √ στο κουτάκι που σας αντιπροσωπεύει)

	Σίγουρα Ναι	Μάλλον Ναι	Δεν είμαι σίγουρος/η	Μάλλον Όχι	Σίγουρα Όχι
1. Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;					
2. Θα σας αναστάτωνα ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;					
3. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;					
4. Θα σας αναστάτωνα ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
5. Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;					

6. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;					
7. Θα σας ενοχλούσε αν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
8. Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
9. Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιον/α που γνωρίζατε ότι έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
10. Εάν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο εργαζόταν σε κομμωτήριο/κουρείο, θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;					
11. Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
12. Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
13. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;					
14. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής;					

Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

Οι ακόλουθες δηλώσεις διερευνούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας σε ποικίλες καταστάσεις. Για κάθε δήλωση, προσδιορίστε πόσο καλά σας περιγράφει με την επιλογή του κατάλληλου γράμματος Α, Β, Γ, Δ, Ε στην κλίμακα που ακολουθεί. Όταν αποφασίσετε για την απάντησή σας συμπληρώστε το γράμμα δίπλα στην δήλωση. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΚΑΘΕ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΠΡΙΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ. Απαντήστε όσο πιο ειλικρινά μπορείτε (Οι απαντήσεις να είναι όσο το δυνατόν πιο σύντομες.)

Ευχαριστούμε.

ΚΩΔΙΚΑΣ:

Α	Β	Γ	Δ	Ε
ΔΕΝ ΜΕ				ΜΕ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ				ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ

ΔΗΛΩΣΕΙΣ					
1. Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν.	Α	Β	Γ	Δ	Ε
2. Συχνά νιώθω τρυφερότητα και νοιάζομαι για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από μένα	Α	Β	Γ	Δ	Ε
3. Μερικές φορές δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την πλευρά του άλλου	Α	Β	Γ	Δ	Ε
4. Μερικές φορές δεν αισθάνομαι πολύ συμπονετικά για τους άλλους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα.	Α	Β	Γ	Δ	Ε
5. Εντυφώ πραγματικά στα συναισθήματα των προσώπων ενός μυθιστορήματος	Α	Β	Γ	Δ	Ε
6. Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αισθάνομαι αμηχανία και ανησυχία	Α	Β	Γ	Δ	Ε
7. Συνήθως προσπαθώ να είμαι αντικειμενικός/η όταν παρακολουθώ ένα κινηματογραφικό ή ένα θεατρικό έργο και δεν παρασύρομαι από αυτό.	Α	Β	Γ	Δ	Ε
8. Σε μια διαφωνία προσπαθώ να εξετάσω όλες τις πλευρές πριν πάρω κάποια απόφαση	Α	Β	Γ	Δ	Ε
9. Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω κάπως προστατευτικά απέναντί του.	Α	Β	Γ	Δ	Ε
10. Μερικές φορές αισθάνομαι ανήμπορος/η όταν είμαι στο μέσο μιας κατάστασης με έντονη συναισθηματική φόρτιση	Α	Β	Γ	Δ	Ε
11. Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα με το να φαντάζομαι πως βλέπουν τα πράγματα	Α	Β	Γ	Δ	Ε

από τη δική τους σκοπιά					
12. Είναι σπάνιες οι φορές που με απορροφά ένα καλό βιβλίο ή έργο ...	A	B	Γ	Δ	E
13. Όταν βλέπω κάποιο τραυματισμένο, προσπαθώ να παραμείνω ψύχραιμος.	A	B	Γ	Δ	E
14. Οι κακοτυχίες των άλλων δεν με προβληματίζουν ιδιαίτερα	A	B	Γ	Δ	E
15. Εάν είμαι βέβαιος/η ότι έχω δίκιο σε κάτι, δεν χάνω το χρόνο μου ακούγοντας τα επιχειρήματα των άλλων.	A	B	Γ	Δ	E
16. Μετά από ένα θεατρικό έργο ή μια ταινία αισθάνομαι σαν να ήμουν ένας από τους πρωταγωνιστές	A	B	Γ	Δ	E
17. Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια κατάσταση με έντονη συναισθηματική φόρτιση	A	B	Γ	Δ	E
18. Όταν βλέπω να φέρονται σε κάποιον άδικα, δεν... συμπάσχω συχνά μαζί του.	A	B	Γ	Δ	E
19. Συνήθως είμαι αρκετά αποτελεσματικός στο να ανταπεξέρχομαι τις δύσκολες καταστάσεις .	A	B	Γ	Δ	E
20. Συχνά επηρεάζομαι από πράγματα που βλέπω να συμβαίνουν	A	B	Γ	Δ	E
21. Πιστεύω ότι σε κάθε κατάσταση υπάρχουν δύο πλευρές και προσπαθώ να εξετάσω και τις δύο	A	B	Γ	Δ	E
22. Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως αρκετά συμπονετικό πρόσωπο.	A	B	Γ	Δ	E
23. Όταν βλέπω ένα καλό έργο ταυτίζομαι εύκολα με τον πρωταγωνιστή	A	B	Γ	Δ	E
24. Έχω την τάση να χάνω τον έλεγχό μου σε έκτακτες καταστάσεις	A	B	Γ	Δ	E
25. Όταν είμαι θυμωμένος/η με κάποιον προσπαθώ να ‘δω μέσα από τα μάτια του’ για λίγο.	A	B	Γ	Δ	E
26. Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν αν τα γεγονότα της ιστορίας συνέβαιναν σε μένα	A	B	Γ	Δ	E
27. Όταν βλέπω κάποιον που χρειάζεται άμεσα βοήθεια σε μια κρίσιμη κατάσταση, απορρυθμίζομαι	A	B	Γ	Δ	E
28. Πριν κριτικάρω κάποιον προσπαθώ να φανταστώ πως θα	A	B	Γ	Δ	E

αισθανόμουν εγώ στη θέση του					
------------------------------	--	--	--	--	--

Παρακαλώ δώστε μας μερικά προσωπικά σας στοιχεία βάζοντας \checkmark ή \times σε ένα από τα κουτάκια κάθε ερώτησης. Συμπληρώστε τα κενά διαστήματα όπου χρειάζεται.

1) Ηλικία

2) Φύλο

Άνδρας	
Γυναίκα	

3) Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η	
Έγγαμος/η	
Διαζευγμένος/η	
Αρραβωνιασμένος/η	
Συμβίωση	

4) Τόπος τωρινής κατοικίας:

5) Ποια είναι η εκπαίδευση σας;

Διετής Εκπαίδευση	
Τεχνική Εκπαίδευση (ΤΕΙ)	

Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ)	
Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση	
Διδακτορική Εκπαίδευση	

6) Ποια ειδικότητα ακολουθείτε;

7) Ποια είναι η υπηρεσία εργασίας σας;

8) Πόσα χρόνια υπηρεσίας γενικά έχετε σε δομές ψυχικής υγείας;

9) Γνωρίζετε κάποιον με ψυχική ασθένεια;

Ναι, ο ίδιος είχα/ έχω κάποια ψυχική ασθένεια	
Ναι, κάποιον/α συγγενή	
Ναι, κάποιον/α φίλο/η	
Ναι, κάποια/α γνωστό/η	
Ναι, κάποιον/α συνεργάτη	
Δεν είμαι βέβαιος	
Όχι	

10) Πως χαρακτηρίζεται το μηνιαίο εισόδημα σας;

Χαμηλό	
Μεσαίο προ; χαμηλό	
Μεσαίο	
Μεσαίο προς υψηλό	
Υψηλό	
Πολύ υψηλό	

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας