



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«Αυτοστιγματισμός και έτερο-στιγματισμός μεταξύ ατόμων με ψυχική νόσο και η σχέση τους με την αυτοφροντίδα»

ΤΟΠΗ ΜΑΡΙΑ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2024

«Αυτοστιγματισμός και έτερο-στιγματισμός μεταξύ ατόμων με ψυχική νόσο και η σχέση τους με την αυτοφροντίδα.»



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«Αυτοστιγματισμός και έτερο-στιγματισμός μεταξύ ατόμων με ψυχική νόσο και η σχέση τους με την αυτοφροντίδα»

ΤΟΠΗ ΜΑΡΙΑ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2024

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Ευμορφία Κούκια, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ (Επιβλέπουσα)
2. Μαρίνα Οικονόμου, Καθηγήτρια Ιατρικής ΕΚΠΑ
3. Χρυσούλα Νταφογιάννη, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΚΑΘΗΓΗΤΤΡΙΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΝΤΑΦΟΓΙΑΝΝΗ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΙΧΑΗΛ ΧΑΤΖΟΥΛΗΣ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΒΕΝΕΤΙΑ ΒΕΛΟΝΑΚΗ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΝΤΟΑΓΓΕΛΟΣ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ

Copy right 2012 για την Ελληνική γλώσσα σε όλο τον κόσμο.
Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι κατά ο Ν. 2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί από το Ν 100/1975 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (όπως έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση σε οποιοδήποτε σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, με οποιοδήποτε τρόπο ή μορφή τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς γραπτή άδεια του συγγραφέα.

«Η έγκριση Διδακτορικής Διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών δεν σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα»

(Σχετικές διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Πανεπιστημίου Αθηνών, Άρθρο 202 παρ 2 του Νόμου 5343/32).

*Σε όλες και όλους εκείνους που ήταν «εκεί»
σε όλη τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ σελ. 14

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ. 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΤΙΓΜΑ

1.1 Ιστορική ανασκόπηση και ορισμός Στίγματος σελ. 18

1.2 Στάσεις, προκαταλήψεις, στερεότυπα σελ.21

1.2.1 Συσχέτιση προκαταλήψεων και στερεοτύπων σελ. 24

1.3 Θεωρητικά μοντέλα και είδη στίγματος σελ. 24

1.3.1 Κοινωνικό στίγμα, ορισμός και αιτιολογικοί παράγοντες σελ. 24

1.3.2 Δημόσιο στίγμα, ορισμός και αιτιολογικοί παράγοντες σελ. 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

2.1 Στίγμα της ψυχικής νόσου, ορισμός και αιτιολογικοί παράγοντες σελ. 28

2.2 Η διαδικασία έτερο - στιγματισμού της ψυχικής νόσου σελ. 32

2.3 Οι επιπτώσεις του στίγματος της ψυχικής νόσου στη σωματική και ψυχική υγεία σελ. 37

2.4 Διαχείριση και αντιμετώπιση του στίγματος σελ. 39

2.4.1 Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο σελ. 39

2.4.2 Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχιατρική αποκατάσταση και στην αντιμετώπιση του στιγματισμού σελ. 42

2.4.3 Στρατηγικές μείωσης του στίγματος από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σελ. 44

- 2.4.4 Ο ρόλος της ψυχοεκπαίδευσης στην αντιμετώπιση του στιγματισμού σελ. 54
- 2.5 Το αντιψυχιατρικό κίνημα και ο ρόλος του στην αντιμετώπιση του στίγματος σελ. 55
- 2.6 Δράσεις και πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του στίγματος σελ. 57
 - 2.6.1 Σε εθνικό επίπεδο σελ. 57
 - 2.6.2 Σε διεθνές επίπεδο σελ. 58
 - 2.6.3 Η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σελ. 60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

- 3.1 Θεωρητικό πλαίσιο: Ψυχική Υγεία & Ψυχική Νόσος σελ. 62
 - 3.1.1 Το δίπολο υγείας – ασθένειας εννοιολογικές προσεγγίσεις σελ. 62
- 3.2 Διάγνωση και ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών σελ. 66
 - 3.2.1 Παγκόσμια διαγνωστικά εγχειρίδια ψυχικών νοσημάτων σελ.66
 - 3.2.2 Διαγνωστικές κατηγορίες κατά ICD σελ. 67
- 3.3 Επιδημιολογικά δεδομένα ψυχικών διαταραχών σελ. 69
- 3.4 Αιτιοπαθογένεια ψυχικών διαταραχών σελ. 73
- 3.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις σελ. 75
 - 3.5.1 Βιολογικές προσεγγίσεις σελ.75
 - 3.5.1.1 Φαρμακολογικές θεραπείες σελ. 76
 - 3.5.1.2 Χρήση διεγερτικών για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ σελ. 77
 - 3.5.1.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα σελ. 78
 - 3.5.1.4 Σταθεροποιητές της διάθεσης σελ. 79
 - 3.5.1.5 Αγχολυτικά Φάρμακα σελ. 80
 - 3.5.1.6 Αντιψυχωσικά φάρμακα σελ. 80

- 3.5.2 Ψυχοδυναμική – Ψυχαναλυτική προσέγγιση σελ. 81
- 3.5.3 Ανθρωπιστικές προσεγγίσεις σελ. 82
- 3.5.4 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις βασισμένες στην τέχνη σελ. 84
- 3.5.5 Γνωσιακή- Συμπεριφορική Θεραπεία σελ. 84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΥΤΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

- 4.1 Ιστορική αναδρομή της έννοιας του αυτοστιγματισμού σελ. 86
- 4.2 Ορισμός του αυτοστιγματισμού σελ. 87
- 4.3 Δείκτες αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος σελ. 90
 - 4.3.1 Επισκόπηση εργαλείων αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος σελ. 90
 - 4.3.2 Περιορισμοί Εργαλείων Αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος σελ. 94
- 4.4 Αυτοστιγματισμός και διαμόρφωση ταυτότητας σε ψυχικά ασθενείς σελ. 95
 - 4.4.1 Ο ρόλος του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση της ταυτότητας σελ. 95
 - 4.4.2 Ο αντίκτυπος του αυτοστιγματισμού στους ψυχικά ασθενείς σελ. 98
 - 4.4.3 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση ταυτότητας σελ. 100
- 4.5 Αυτοστιγματισμός και ποιότητα ζωής (αυτοφροντίδα, αυτοεκτίμηση) σελ. 102
 - 4.5.1 Η σχέση μεταξύ αυτοστιγματισμού και αυτοφροντίδας σελ. 102
 - 4.5.2 Η σχέση μεταξύ αυτοστιγματισμού και αυτοεκτίμησης σελ. 104
 - 4.5.3 Προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης παρουσία αυτοστιγματισμού σελ. 106
- 4.6 Αντιμετώπιση και θεραπευτικές προσεγγίσεις του εσωτερικευμένου στίγματος σελ. 108
 - 4.6.1 Επισκόπηση Θεραπευτικών Προσεγγίσεων στο Εσωτερικευμένο Στίγμα σελ. 108

4.6. 2 Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία και Αυτοστιγματισμός σελ. 109

4.6.3 Άλλες Θεραπευτικές Προσεγγίσεις για τον Αυτοστιγματισμό σελ. 112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

5.1 Ορισμός αυτοφροντίδας σελ. 115

5.2 Ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, αυτοφροντίδα σελ. 116

5.2.1 Ποιότητα ζωής και αυτοφροντίδα σελ. 116

5.2.2 Λειτουργικότητα και αυτοφροντίδα σελ. 117

5.3 Η αυτοφροντίδα στην ψυχική νόσο- δεδομένα (συσχέτιση των δύο παραμέτρων/ συσχέτιση βαρύτητας νόσου και φροντίδας εαυτού) σελ. 119

5.3.1 Συσχέτιση ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας σελ. 119

5.3.2 Συσχέτιση βαρύτητας της νόσου και αυτοφροντίδας σελ. 121

5.4 Προσέγγιση εκτίμησης και βελτίωσης της αυτοφροντίδας σε ψυχικά ασθενείς σελ. 122

5.4.1 Εργαλεία για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς σελ. 122

5.4.2 Στρατηγικές για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς σελ. 124

5.5 Δείκτες αυτοφροντίδας σελ. 126

5.5.1 Δείκτες σωματικής αυτοφροντίδας σελ. 126

5.5.2 Δείκτες συναισθηματικής αυτοφροντίδας σελ. 128

5.5.3 Γνωστικοί δείκτες αυτοφροντίδας σελ. 130

5.5.4 Δείκτες κοινωνικής αυτοφροντίδας σελ. 132

5.6 Ψυχική νόσος και φροντίδα σωματικής υγείας σελ. 134

5.6.1 Προκλήσεις στην παροχή σωματικής υγειονομικής περίθαλψης στους ψυχικά ασθενείς σελ. 134

5.6.2 Στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας της σωματικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς σελ. 135

5.7 Ψυχική νόσος και φροντίδα ψυχικής υγείας σελ. 137

5.7.1 Σημασία της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς σελ. 137

5.7.2 Στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς σελ. 139

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ σελ. 142

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1. Σκοπός της μελέτης σελ. 151

2.2. Ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα σελ. 152

2.3. Δειγματοληψία σελ. 153

2.3.1. Δείγμα της μελέτης σελ. 153

2.3.2. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων σελ. 153

2.3.3. Κριτήρια εισόδου στην μελέτη σελ. 153

2.4. Μέσα συλλογής των δεδομένων σελ. 156

2.4.1. Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων σελ. 156

2.5. Η Κλίμακα Αυτοφροντίδας – Αναθεωρημένη (ASAS –R) σελ. 156

2.5.1 Εισαγωγή σελ. 156

2.5.2 Μετάφραση και στάθμιση στην Ελλάδα σε πληθυσμό ψυχικά ασθενών σελ. 158

2.6 Κλίμακα αυτοστιγματισμού της ψυχικής νόσου (Internalizing stigma of mental illness scale - ISMI) σελ. 159

2.6.1 Εισαγωγή σελ. 159

2.6.2 Περιγραφή του Ερωτηματολογίου σελ. 160

2.6.3 Υπολογισμός των σκορ σελ. 161

2.6.4 Δομή και αξιοπιστία της κλίμακας ISMI και των σύντομων εκδοχών της (ISMI-10, ISMI-9) σελ. 161

2.6.5 Ανάπτυξη και πολυπαραγοντική ανάλυση της κλίμακας ISMI 29 σελ. 162

2.6.6 Η σύντομη εκδοχή ISMI 10 σελ. 162

2.7 WHODAS 2.0 σελ. 163

2.7.1 Εισαγωγή σελ. 163

2.7.2 Η ανάπτυξη του WHODAS 2.0 σελ. 164

2.7.3 Μελέτη διαπολιτισμικής εφαρμοσιμότητας σελ. 165

2.7.4 Η τελική δομή της κλίμακας WHODAS 2.0 σελ. 166

2.8 Κλίμακα κοινωνικής απόστασης σελ. 168

2.8.1 Εισαγωγή σελ. 168

2.9 Κλίμακα στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο σελ. 170

2.9.1 Εισαγωγή σελ. 170

2.9.2 Δημιουργία της κλίμακας Στάσεων απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) σελ. 171

3. Η μελέτη πιλότος σελ. 173

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Περιγραφή χαρακτηριστικών του συνολικού δείγματος σελ. 174

3.1.1. Τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος σελ. 174

3.1.2 Στατιστική ανάλυση σελ. 174

3.2 Συσχετίσεις κλίμακων σελ. 185

3.2.1 Συσχέτιση της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας WHO-DAS με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI) σελ. 191

3.2.2 Συσχέτιση της κλίμακας στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο (ASMI) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI) σελ. 201

3.2.3 Συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής απόστασης (SDS) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI) σελ. 209

3.2.4 Συσχέτιση της κλίμακας αυτοφροντίδας (ASAS-R) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI) και την κλίμακα συνολικής αξιολόγησης αναπηρίας (WHO-DAS) σελ. 214

III. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ σελ. 222

2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ σελ. 240

3. ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ σελ. 242

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ σελ. 243

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ σελ. 245

ΠΕΡΙΛΗΨΗ σελ. 247

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (SUMMARY) σελ. 250

IV. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ σελ. 251

V. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ σελ. 308

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έρχονται συχνά αντιμέτωποι πέραν της ψυχοπαθολογίας και της θεραπείας των ατόμων με ψυχική νόσο και με τις συνέπειες της δεύτερης φύσης της νόσου, που είναι ο στιγματισμός.

Η έννοια του στιγματισμού δεν είναι κάτι καινούριο για οτιδήποτε προάγει ή εκπροσωπεί μια διαφορετικότητα. Εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες ανά τον κόσμο, κρίνονται και απομονώνονται καθημερινά από την κοινωνική και επαγγελματική ζωή εξαιτίας ενός μόνο χαρακτηριστικού, το οποίο μάλιστα δεν επέλεξαν, αυτό της διάγνωσης κάποιας ψυχικής νόσου. Το χαρακτηριστικό αυτό, ή αλλιώς η ετικέτα, μέχρι και στις μέρες μας καθορίζει για τα άτομα μια πορεία ζωής η οποία τους στερεί την επιλογή της επιθυμίας.

Για τα άτομα με ψυχικές παθήσεις, ο στιγματισμός και ο αυτοστιγματισμός, έχουν σοβαρές συνέπειες στην ψυχική υγεία, τη μείωση της παραγωγικότητας, της λειτουργικότητας και στις κοινωνικές και επαγγελματικές ικανότητες των ατόμων αυτών. Όλα τα παραπάνω να οδηγούν σε συνολική επιδείνωση της γενικής κατάστασης υγείας του ατόμου. Σημαντικό μερίδιο ευθύνης πέρα από τις πολιτικές του εκάστοτε κράτους, έχουν οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς οφείλουν να έχουν τη γνώση και τα εργαλεία για την κατανόηση, την αποδόμηση των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων, αλλά και για την ευαισθητοποίηση των ίδιων ή του κοινωνικού συνόλου σε στρατηγικές καταπολέμησης των αποκλεισμών και της μη αποδοχής της διαφορετικότητας.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες:

Στην Καθηγήτρια κα Ευμορφία Κούκια, ως την κύρια επιβλέπουσα γιατί πέρα από την επιστημονική καθοδήγηση και το αδιάκοπο ενδιαφέρον και συμπαράσταση σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της διατριβής, με τη δύναμη και την εμπιστοσύνη της αποτέλεσε για εμένα πηγή έμπνευσης στο δρόμο για την εκπλήρωση των σχεδίων και των ονείρων μου.

Στην Καθηγήτρια κα Μαρίνα Οικονόμου, μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής, χάρις στο πλούσιο επιστημονικό υλικό και τις γνώσεις, έδωσε τις κατευθύνσεις γύρω από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα μελέτη, αλλά και για τη συγγραφή της.

Στην Καθηγήτρια κα Χρυσούλα Νταφογιάννη, μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, για την αδιάκοπη παρουσία και συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας διατριβής.

Στην Επίκουρη Καθηγήτρια κα Πολυξένη Μαγγούλια, χωρίς τη συμβολή, τις συμβουλές και το διαρκές ενδιαφέρον και υποστήριξη σε κάθε επίπεδο και κάθε στάδιο, δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η παρούσα διατριβή.

Δε θα μπορούσα να μην εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού των τριών νοσοκομείων, αλλά και των δομών στα οποία διεξήχθη η μελέτη. Παρά το βαρύ φόρτο εργασίας στον οποίο καλούνταν να ανταπεξέλθουν καθημερινά, ήταν πάντα πρόθυμες και πρόθυμοι για κάθε συμβολή και καθοδήγηση για τη διεξαγωγή της μελέτης. Αλλά και στις Διευθύνσεις των νοσοκομείων και τους προϊστάμενους, οι οποίοι με υποδέχτηκαν, με διευκόλυναν και με καθοδήγησαν σε κάθε βήμα.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που περιθωριοποιούνται, απομονώνονται, διαχωρίζονται και έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τους τοίχους που υψώνει η κανονικότητα έναντι της διαφορετικότητας στην Ελληνική κοινωνία. Παρόλες τις διακρίσεις και τις δυσκολίες σε κάθε επίπεδο, ήταν παρούσες και παρόντες και συνέβαλαν με τη συμμετοχή τους στη διεξαγωγή της διατριβής, με την ελπίδα να αποτελέσει ένα μικρό παράθυρο σε ένα πιο συμπεριληπτικό παρόν και μέλλον.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά σε όλους εκείνους τους επαγγελματίες υγείας, καθηγητές, ερευνητές και συγγραφείς, οι οποίοι χωρίς δεύτερη σκέψη ανταποκρίθηκαν άμεσα και έδωσαν την έγκρισή τους για τη χρήση των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στη διατριβή.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στίγμα συχνά χρησιμοποιείται προκειμένου να αναδείξει ότι στην περίπτωση ορισμένων ασθενειών, όπως το AIDS, ο καρκίνος και η ψυχική νόσος, μαζί με τις συμπεριφορές που τις συνοδεύουν, εγείρονται προκαταλήψεις για τα άτομα που πάσχουν από αυτές. (1) Παρόλη την πρόοδο της επιστήμης και την εξέλιξη της κοινωνίας, το στίγμα, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός εξακολουθούν να υφίστανται σαν φαινόμενα μέχρι τις μέρες μας.

Ο όρος στίγμα έχει δεχτεί πολλούς διαφορετικούς ορισμούς ανά τα χρόνια. Για παράδειγμα, ένας από τους αρχικούς ορισμούς ήταν αυτός του Goffman, κατά τον οποίο το στίγμα ορίζεται ως η δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το αίσθημα της πλήρους αποδοχής και αλλού η ανάγκη να κρύβει κανείς, όταν αυτό είναι δυνατόν, την αιτία που το προκαλεί. Γλωσσολογικά, ο όρος στίγμα, αναφέρεται σε έναν έντονο μειωτικό χαρακτηρισμό που αποδίδεται σε κάποιον ή κάποια και από τον οποίο αυτός/ή δεν μπορεί να απαλλαγθεί. Μεταξύ των σύγχρονων ορισμών, είναι αυτός του στίγματος ως του αρνητικού αποτελέσματος μιας ετικέτας που θέτει το άτομο στο περιθώριο. Επιπλέον, έχει οριστεί και ως ο συνδυασμός της αντιληπτής επικινδυνότητας και της κοινωνικής απόστασης. (2)

Υπάρχουν τρεις διακριτές δομές που συνθέτουν την έννοια του στίγματος. Αυτές είναι τα στερεότυπα, οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις. Τα στερεότυπα αποτελούν υπεραπλουστευμένες, παρερμηνευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για άτομα και ομάδες. Οι προκαταλήψεις είναι συναισθηματικές αντιδράσεις που αποκαλύπτουν την ετοιμότητα του ατόμου να ενεργήσει θετικά ή αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης. Τέλος, οι διακρίσεις είναι προκατειλημμένες συμπεριφορές που προβάλλουν ως μια αρνητική συνέπεια του στίγματος και των προκαταλήψεων. (3)

Η ψυχική νόσος, ως έννοια, είναι συνυφασμένη με κάτι άγνωστο, επιθετικό και επικίνδυνο, γεγονός το οποίο δημιουργεί αυθαίρετες εκτιμήσεις καλλιεργώντας στερεότυπα και προκαταλήψεις με βασικό περιεχόμενο τον φόβο και κατά συνέπεια την περιθωριοποίηση. Η έλλειψη γνώσεων και η αδυναμία κατανόησης της ψυχικής νόσου είναι μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στη διαίωνιση στιγματιστικών συμπεριφορών και κοινωνικής περιθωριοποίησης των ανθρώπων με ψυχική νόσο.

Το στίγμα αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή, η οποία υφίσταται εξαιτίας των πολλών διαφορετικών ταυτοτήτων και της σημασίας που τους αποδίδεται. Κάποιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ατόμων, εμφανές ή μη, αλλά σίγουρα γνωστό, τα κάνει να ξεχωρίζουν και υποδηλώνει μια απαξιωμένη κοινωνική ταυτότητα. Ο αποκλεισμός αυτών των ανθρώπων, έρχεται ως αποτέλεσμα της δημιουργίας ενός κοινωνικού μέσου όρου, που αυτόματα καθορίζει τα όρια του φυσιολογικού και του παθολογικού, άρα και του ανεκτού και επιθυμητού στα πλαίσια της κοινωνίας. Μετά τη διάγνωση της ψυχικής νόσου λοιπόν, αναδύεται και μια δεύτερη νόσος η οποία είναι το στίγμα που τη συνοδεύει, με αποτέλεσμα να αποτυπώνεται ανεξίτηλα στην ταυτότητα του ατόμου που πάσχει. Έτσι, κάθε χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, κάθε ποιότητα ή ιδιαιτερότητα του ανθρώπου παύει να υφίσταται, και ακόμη κι αν τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας υποχωρήσουν και το άτομο έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί στον κοινωνικό του ρόλο, ο φόβος, η αποφυγή και η απόρριψη εξακολουθούν να υπάρχουν. (3,4)

Πέρα από τις στάσεις και τις απόψεις που μπορεί μέρος ή το σύνολο της κοινωνίας να επιβάλλει μέσω της ετικετοποίησης στους ψυχικά πάσχοντες, οι ψυχικά ασθενείς έχει φανεί να εσωτερικεύουν το στίγμα το οποίο δέχονται. Ακόμη, οι άνθρωποι με ψυχική νόσο αυτοστιγματίζονται, γεγονός το οποίο δυσχεραίνει την κατάσταση που βιώνουν, την πρόγνωση και την έκβαση της κατάστασης της υγείας τους. (5) Εξαιτίας του αυτοστιγματισμού, τίθεται υπό αμφισβήτηση η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση των ανθρώπων αυτών. Η εσωτερική του στίγματος σίγουρα δε συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι που βιώνουν το στίγμα δεν το εξωτερικεύουν ή το καθρεφτίζουν σε άλλους ανθρώπους της ίδιας ή άλλης νοσολογικής κατηγορίας και αυτό καλούμαστε να μελετήσουμε. (6,7,8)

Κεφάλαιο 1: ΣΤΙΓΜΑ

1.1 Ιστορική ανασκόπηση και ορισμός στίγματος

Στην Ελληνική γλώσσα ο όρος στίγμα σημαίνει σημάδι, κηλίδα ή/ και λεκές και χρησιμοποιείται προκειμένου η εκάστοτε κοινωνία να μπορέσει να διαχωρίσει όλους όσους θέλει να στιγματίσει. Μεταφορικά είναι η κακή φήμη και η απαξία που μπορεί να συνοδεύει κάποιον /α και να τον επιβαρύνει οριστικά. Γλωσσολογικά – σύμφωνα με το Μπαμπινιώτη 2002 – τα στίγμα σημαίνει οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει ντροπή ή κοινωνική καταδίκη. (9)

Τα τελευταία χρόνια, η λέξη στίγμα χρησιμοποιείται κυρίως για να καταδείξει ότι ορισμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοπάθειες, οι ψυχικές ασθένειες, καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν, εγείρουν προκαταλήψεις εναντίον των ανθρώπων που πάσχουν από αυτές. (10)

Ο όρος στίγμα, προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «στίζω», το οποίο σημαίνει «χαράσσω δια νύγματος», δηλαδή προκαλώ ένα σημάδι με πυρακτωμένη σφραγίδα. Το σημάδι αυτό το χάρασαν στους εγκληματίες, τους δούλους και στους προδότες ως ένδειξη ατίμωσης και κοινωνικής κατωτερότητας. Πρώτες αναφορές στην έννοια του στίγματος ως «σημάδι», εμφανίζονται στη Βίβλο, χαρακτηριστικά στο σημείο όπου αναφέρει πως ο Θεός σημάδεψε τον Κάιν, καταδεικνύοντας τον ως τον πρώτο δολοφόνο της ανθρωπότητας. (11) Αναφορές από την εποχή του Μεσαίωνα, όπως στο έργο του Burton, «*Ανατομία της Μελαγχολίας*», περιγράφεται ο στιγματισμός των εγκληματιών με πυρωμένο σίδηρο με σκοπό τον κοινωνικό ευτελισμό του. (12)

Στις σύγχρονες κοινωνίες, ο όρος «στίγμα», εξακολουθεί να διατηρεί την έννοια ενός απαξιωτικού χαρακτηριστικού, το οποίο καθιστά το άτομο που το φέρει να ξεχωρίζει από το κοινωνικό σύνολο. (12) Ενυπάρχει σε ιδιότητες που μπορεί να φέρει εμφανώς το άτομο. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν κάποιες παθολογικές και ιατρικές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα η λέπρα και η φυματίωση στο παρελθόν ή το AIDS στο πιο πρόσφατο παρελθόν- και δυστυχώς σε αρκετές περιπτώσεις μέχρι και στις μέρες μας- ή βιολογικές ανωμαλίες. Εμφανίζεται όμως και σε περιπτώσεις που τα άτομα διαθέτουν μια ιδιότητα η οποία τους διαχωρίζει από τις κοινωνικές νόρμες. Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται άτομα με

διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό, φυλετικά διαχωρισμένα άτομα, άτομα με κάποια ψυχική νόσο. (13,14)

Αναφορικά με το εννοιολογικό πλαίσιο του όρου «στίγμα», σπουδαία είναι η συμβολή των έργων του Erving Goffman. Στη Θεωρία του για το στίγμα, υποστηρίζει πως αυτό που συμβαίνει είναι ο συσχετισμός μιας ιδιότητας που διακρίνει το άτομο (φυλή, φύλο, σεξουαλική ταυτότητα, θρησκεία κ.ο.κ.) με αρνητικό πρόσημο. Με το συσχετισμό αυτό, αυτόματα το άτομο ή η ομάδα αποκλείεται από το κοινωνικό σύνολο. Ο αποκλεισμός αυτός δημιουργεί μια επισφαλής συνθήκη για την ταυτότητα του ατόμου, καθώς στερούμενο την πλήρη κοινωνική αποδοχή προσπαθεί να αποσιωπήσει διαρκώς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. (15)

Μια ακόμη σημαντική θεωρία, είναι αυτή της «ετικετοποίησης», την οποία διατύπωσε ο Thomas Scheff. Σύμφωνα με αυτή, φαίνεται πως η συμπεριφορά των ατόμων με κάποια ιδιαιτερότητα δεν παίζει κανένα ρόλο στην στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντί του, εφόσον αυτή είναι αρνητική προκαταβολικά. (16)

Ο Goffman, διέκρινε τρία βασικά είδη στίγματος: Αυτό που αφορά στις σωματικές αναπηρίες, στη συμπεριφορά και την ψυχική υγεία του ατόμου και στην φυλετική και θρησκευτική ταυτότητα του ατόμου. (15)

Η ισχύς του στίγματος σύμφωνα με τον Jones σχετίζεται με τα εξής 6 χαρακτηριστικά: 1. Πόσο ορατό είναι το στιγματιστικό χαρακτηριστικό στην κοινωνία, 2. Εάν η στιγματιστική ιδιαιτερότητα φέρει ή όχι μακροπρόθεσμες συνέπειες στο άτομο, 3. Εάν οι καθημερινές διεργασίες του ατόμου παρεμποδίζονται ή όχι εξαιτίας της συγκεκριμένης ιδιαιτερότητας, 4. Η εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, 5. Ο τρόπος με τον οποίο έχει «αποκτηθεί» η ιδιαιτερότητα αυτή, η οποία μπορεί να καθιστά το άτομο υπαίτιο για τη δημιουργία της ή όχι αντίστοιχα και τέλος, 6. Ο βαθμός επικινδυνότητας του στιγματιστικού χαρακτηριστικού ή της συμπεριφοράς. (17)

Οι Corrigan και Watson, (18-20) διέκριναν το στίγμα που οφείλεται σε κάποιο εξωτερικό χαρακτηριστικό του ατόμου (βλέπε χρώμα δέρματος) και σε αυτό που οφείλεται σε κάποιο μη εμφανές χαρακτηριστικό (βλέπε ψυχική νόσος). Η έννοια του στίγματος συνίσταται από τα στερεότυπα, τις διακρίσεις και τις προκαταλήψεις. Τα στερεότυπα αποτελούν πεποιθήσεις

οι οποίες υιοθετούνται από το άτομο δίχως πρότερη εμπειρία και χρησιμοποιούνται για να προβλέψουν κοινωνικές συμπεριφορές. Αντίστοιχα οι προκαταλήψεις, είναι οι συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στα στερεότυπα. Τέλος, οι διακρίσεις είναι οι αρνητικές συμπεριφορές στις στιγματισμένες ομάδες ατόμων.

Σύμφωνα με τους Corrigan και Watson, το στίγμα επιδέχεται και άλλης μιας κατηγοριοποίησης: Το κοινωνικό/δημόσιο στίγμα που αφορά στις αντιδράσεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στις στιγματισμένες κατηγορίες ανθρώπων και ο αυτοστιγματισμός που αποτελεί την ενδοβολή των στάσεων και των απόψεων αυτών από τα ίδια τα άτομα της στιγματισμένης ομάδας. (18-20)

1.2 Στάσεις, προκαταλήψεις, στερεότυπα

Σύμφωνα με την κοινωνική ψυχολογία, οι στάσεις ορίζονται ως *«ο τρόπος με τον οποίο αξιολογούμε οτιδήποτε μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο σκέψης: πρόσωπο, συμπεριφορά, φυσικό αντικείμενο, ιδέα, θεσμό, καταναλωτικό προϊόν, κτλ.»*. Αφορά επίσης την πρόθεση για δράση απέναντι κάποιες καταστάσεις ή πρόσωπα. (21-23) Οι Pratkanis και Greenwald, όρισαν τις στάσεις ως αναπαραστάσεις οι οποίες αποτελούνται από ένα αντικείμενο, μια αξιολόγηση για αυτό και μια γνωστική δομή που στηρίζει την αξιολόγηση. (24) Αντίστοιχα οι Eagly & Chaiken έδωσαν τον εξής ορισμό για τις στάσεις: *«οι στάσεις αφορούν μια ψυχολογική τάση που εκφράζεται με την αξιολόγηση ενός συγκεκριμένου αντικειμένου με κάποιον βαθμό έννοιας ή δυσμένειας»*. (25)

Οι στάσεις διαμορφώνονται όταν απέναντι στο αντικείμενο που υπάρχει δημιουργούνται συναισθήματα, πεποιθήσεις και ιδέες και υπάρχουν και κάποιες πληροφορίες σχετικά με αυτό. Τέλος, σύμφωνα με την ύπαρξη των παραπάνω, εμφανίζεται και μια συμπεριφορά ως αντίδραση σε όλες αυτές τις διεργασίες απέναντι στο αντικείμενο. Οι αντιδράσεις μπορεί να είναι συναισθηματικές, γνωστικές ή συμπεριφορικές. (23)

Οι στάσεις βοηθούν το άτομο στην προσαρμοστικότητα του και στο γνωστικό διαχωρισμό καλών και κακών αντικειμένων, έτσι ώστε να οικοδομηθούν οι αξίες, τα ενδιαφέροντα και οι θέσεις του ατόμου εντός του κοινωνικού συνόλου. Οι στάσεις καταλήγουν να επηρεάζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου όταν έχουν διαμορφωθεί με βάση την προσωπική εμπειρία του

ατόμου, τη βεβαιότητα που έχει το άτομο για αυτή τη στάση όπως επίσης και τον τρόπο με τον οποίο την έχει στηρίξει και οικοδομήσει ανάλογα με τον τρόπο και τη διάρκεια στο χρόνο όπου αυτή η διαδικασία έχει εξελιχθεί. Επίσης το άτομο φαίνεται να επηρεάζεται τόσο συνειδητά όσο και ασυνείδητα από τις στάσεις τις οποίες έχει ενσωματώσει και υποστηρίζει. (26)

Οι στάσεις των ανθρώπων, καθώς είναι στενά συνδεδεμένες με τα βιώματα και το πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου, μπορούν να αλλάξουν μόνο σε περιπτώσεις γνωστικής ασυμφωνίας. Σύμφωνα με τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις, οι στάσεις μπορούν να αλλάξουν μόνο μέσω της κλασικής εξαρτημένης και της συντελεστικής μάθησης, δηλαδή μέσω της συστηματικής σύνδεσης με το εκάστοτε ερέθισμα και μέσω της ενίσχυσης με επιβράβευση ή ποινή αντίστοιχα σε καθεμία από τις δύο περιπτώσεις. Υπάρχουν αρκετές θεωρίες σχετικά με τις αλλαγές των στάσεων που ενδεχομένως να μπορούσαν να ειπωθούν σε κάποιο άλλο πλαίσιο. Το παραπάνω αναφέρεται ως ένα παράδειγμα προσέγγισης. (27)

Οι προκαταλήψεις αφορούν συνήθως αρνητικές στάσεις απέναντι σε άτομα ή κοινωνικές ομάδες αποκλειστικά και μόνο για την ύπαρξη ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού. Οι προκαταλήψεις, οδηγούν σε μια επιφυλακτική και εχθρική συμπεριφορά απέναντι στα άτομα ή τις ομάδες στις οποίες απευθύνονται. Η έννοια της προκατάληψης δίνει πολύ μικρή σημασία στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά και την προσωπικότητα του ατόμου ή της ομάδας και χρησιμοποιείται συνήθως με αρνητικό πρόσημο και έχει αρνητικό αντίκτυπο στις κοινωνικές σχέσεις. (23)

Αναφορικά με το πώς προκύπτουν και δημιουργούνται οι προκαταλήψεις, υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις. Οι εξελικτικοί ψυχολόγοι, υποστηρίζουν ότι όπως τα ζώα έτσι και οι άνθρωποι τείνουν να έχουν θετική ή αρνητική στάση απέναντι σε γενετικά όμοιους ή διαφορετικούς με εκείνους οργανισμούς. Η εξήγηση αυτή δε μπορεί να εξηγήσει όμως περισσότερο κοινωνικά δομημένες προκαταλήψεις όπως για παράδειγμα προκαταλήψεις που βασίζονται σε θρησκευτική ή πολιτική διαφορετικότητα. (28)

Για την κοινωνική ψυχολογία, η έννοια της προκατάληψης θεωρείται ως το αποτέλεσμα της μάθησης. Δηλαδή οι αρνητικές στάσεις και απόψεις απέναντι σε άτομα και ομάδες όπως είναι οι ψυχικά ασθενείς μαθαίνονται πολύ νωρίς στη ζωή, πριν ακόμη το άτομο είναι σε

θέση να έχει γνώση σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ομάδας ή των ατόμων για τα οποία έχει προκατάληψη. (29)

Υπάρχουν αρκετές ακόμη θεωρίες όπως αυτή του «αποδιοπομπαίου τράγου» η οποία εξηγεί πως οι ματαιώσεις των επιθυμιών και των επιδιώξεων του ατόμου, εξαιτίας άγνωστων ή αόριστων αιτιών, μετατοπίζονται από την πραγματική πηγή ματαίωσης σε κάποια άλλα άτομα ή ομάδες. (30) Αντίστοιχα, και ο Adorno, εξήγησε πως η σκληρή διαπαιδαγώγηση κατά την παιδική ηλικία, δημιουργεί αμφιθυμικά συναισθήματα απέναντι στους γονείς, τα οποία αντί να στραφούν σε αυτούς, μετατίθενται σε «αδύναμους» άτομα – στόχους, για τα οποία τα συναισθήματα αυτά μπορούν να είναι αποδεκτά για τη συνείδηση. (31)

Οι προκαταλήψεις μπορούν να εμφανιστούν και να υπάρξουν σε διάφορες μορφές. Υπάρχουν προκαταλήψεις με περισσότερο εμφανή μορφή όπου εκφράζεται ξεκάθαρα και άμεσα στα πλαίσια μιας γενετικής υπεροχής, ή σε περισσότερο συγκεκαλυμμένη μορφή η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία θετικών συναισθημάτων για άτομα ή ομάδες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Η δεύτερη μορφή ύπαρξης των προκαταλήψεων φαίνεται να εμφανίζεται πιο έντονα τα τελευταία χρόνια καθώς στο πλαίσιο ύπαρξης νομοθεσιών σχετικά με την έκφραση ρατσισμού και προκαταλήψεων. Μερικά παραδείγματα προκαταλήψεων αφορούν στο ρατσισμό απέναντι στους έγχρωμους ανθρώπους, τον αντισημιτισμό δηλαδή τις προκαταλήψεις απέναντι στους εβραίους, στο σεξισμό που διακρίνει τα άτομα σε σχέση με το φύλο και συγκεκριμένα την προκατάληψη και τις διακρίσεις σε βάρος των γυναικών. (26)

Τα στερεότυπα, αφορούν σε πεποιθήσεις σχετικά με τα γνωρίσματα, τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές μιας ομάδας ανθρώπων, οι οποίες είναι διαδεδомένες και χωρίζουν τα άτομα σε κατηγορίες. Η εθνικότητα, το φύλο, η θρησκεία είναι μερικές κατηγορίες – ομάδες για τις οποίες μπορούν να δημιουργηθούν στερεότυπα. (26) Τα στερεότυπα δημιουργούνται γνωστικά στα άτομα αλλά και σε ολόκληρες κοινωνικές ομάδες σύμφωνα με μια σιωπηρή συλλογική συμφωνία μιας κοινωνικής ή πολιτισμικής συνθήκης ή ομάδας, επίσης μπορούν να δημιουργηθούν πολύ γρήγορα και εύκολα. (32) Τα στερεότυπα εξυπηρετούν στην οχύρωση και τη διατήρηση της ατομικής και κοινωνικής συνοχής, καθώς δημιουργούν «φίλτρα» μέσα από τα οποία περνούν οι εισερχόμενες πληροφορίες οι οποίες ανάλογα με το αν συμφωνούν ή όχι με τα υπάρχοντα στερεότυπα γίνονται αποδεκτές ή απορρίπτονται

προκειμένου να διατηρείται ένα αίσθημα σιγουριάς και αυτοεκτίμησης στο άτομο ή την κοινωνική ομάδα. (23)

1.2.1 Συσχέτιση προκαταλήψεων και στερεοτύπων

Παρόλο που οι δύο έννοιες χρησιμοποιούνται συχνά συγκεχυμένα, στην πραγματικότητα αφορούν διαφορετικές έννοιες. Τα στερεότυπα αποτελούν πεποιθήσεις, ενώ οι προκαταλήψεις αποτελούν στάσεις συνήθως αρνητικές απέναντι σε κάποιες ομάδες ή άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά – συνήθως αποκλίνοντα. (33) Σύμφωνα με τους Rosenberg & Hovland, (23) οι αρνητικές στάσεις διαμορφώνονται από τις προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και τις διακρίσεις. Οι διακρίσεις, είναι το αποτέλεσμα των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων, καθώς αποτελούν τις συμπεριφορές απέναντι σε ομάδες ή άτομα που βασίζονται σε αρνητικές και στρεβλές αντιλήψεις εις βάρος τους. Οι συμπεριφορές αυτές προκύπτουν συνειδητά ή ασυνείδητα. (34)

Για την αλλαγή και τη μείωση των στερεοτυπικών αντιλήψεων και των προκαταλήψεων έχουν προταθεί ορισμένες θεωρίες αλλαγής. Οι αλλαγές αυτές λοιπόν μπορούν να συμβούν όταν παρέχονται πληροφορίες που δεν επιβεβαιώνουν τα στερεότυπα ή που τα απορρίπτουν. Επίσης όταν οι πληροφορίες που καταρρίπτουν τα στερεότυπα διασπούν την ομάδα στην οποία απευθύνεται το στερεότυπο σε υποομάδες δημιουργώντας εξαιρέσεις. Τέλος, υπάρχει και ένας πιο άμεσος και ραγδαίος τρόπος, όταν η πληροφορία που το διαψεύδει είναι πολύ σημαντική. Ακόμη, η επαφή με τα άτομα στα οποία απευθύνεται η προκατάληψη μπορεί να μειώσει τη στρεβλή αυτή αντίληψη. (35 – 38)

1.3 Θεωρητικά μοντέλα και είδη στίγματος

1.3.1 Κοινωνικό στίγμα, ορισμός, αιτιολογικοί παράγοντες

Ένα πρώτο θεωρητικό μοντέλο για το κοινωνικό στίγμα, διατυπώθηκε από τους Pryor και Reeder, (39) το οποίο περιγράφει τον κοινωνικό στιγματισμό μέσα από 4 αλληλοσυνδεόμενες έννοιες και διαδικασίες. Η πρώτη αφορά στο δημόσιο στιγματισμό, δηλαδή τις αντιδράσεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι σε ένα άτομο ή μια ομάδα που

φέρει μια ταυτότητα ή ανεπιθύμητη απαξιοτική για το κοινωνικό σύνολο. Τον αυτοστιγματισμό, ο οποίος αφορά στην επίγνωση και την ενδοβολή του στιγματισμού από το ίδιο το άτομο που φέρει κοινωνικά μη αποδεκτά χαρακτηριστικά. Το θεσμοθετημένο στιγματισμό, ο οποίος προκύπτει από τους εκάστοτε μηχανισμούς εξουσίας και τις δομές της προωθώντας αρνητικά όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες των ατόμων που θεωρούνται ανεπιθύμητες, έτσι νομιμοποιεί στο σύνολο τις κοινωνικές ανισότητες προς όφελος της κυρίαρχης ομάδας (18) και το στίγμα λόγω της οικειότητας, το οποίο αφορά σε συμπεριφορές που βιώνει ο άμεσος κοινωνικός περίγυρος και το οικογενειακό περιβάλλον ατόμων που έχουν στιγματισμένα άτομα. (39,40)

Οι Pescolido και Martin, όρισαν τον κοινωνικό στιγματισμό ως μια διεργασία η οποία εξελίσσεται διαλεκτικά μεταξύ των σχέσεων κυριαρχίας εντός ενός ορισμένου χρονικού ιστορικού πλαισίου, η οποία ενεργοποιείται μέσα από τις κοινωνικές σχέσεις. (41)

Τα είδη στίγματος που συναντώνται αφορούν σε φυσικά – σωματικά χαρακτηριστικά, σε ψεγάδια του χαρακτήρα πχ ψυχική διαταραχή και σε συλλογικό στίγμα που αφορά μια φυλή ή τα μέλη μιας θρησκευτικής ομάδας. Ορισμένες περιπτώσεις μπορούν και περιλαμβάνουν και τις τρεις κατηγορίες όπως για παράδειγμα οι φορείς του HIV. (42)

Τα στιγματισμένα από το κοινωνικό σύνολο άτομα, μπαίνουν στη διαδικασία να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως φορέα των στερεοτυπικών αντιλήψεων που έχουν επιβληθεί από το κοινωνικό σύνολο. Μέσα από αυτή τη διαδικασία ταύτισης με το στερεότυπο που τους έχει επιβληθεί το άτομο προσπαθεί να διορθώσει το χαρακτηριστικό το οποίο έχει ταυτίσει ως αιτία της μειονεξίας του. Καταβάλλει σημαντική προσπάθεια να αντισταθμίσει το χαρακτηριστικό εκείνο για το οποίο βιώνει στιγματισμό και αποκλεισμό. Άλλες φορές χρησιμοποιεί το μειονεκτικό χαρακτηριστικό ώστε να αποκομίσει δευτερογενή οφέλη, να θεωρήσει ότι αποτελεί μια τιμωρία για τον ίδιο ή ακόμη και να κατασκευάσει μια θεωρία για να ερμηνεύσει και να εκλογικεύσει την κατωτερότητά του/της.

«Ο κοινωνικός στιγματισμός αποτελεί την συλλογική κοινωνική αντίδραση προς αυτόν που αποκλίνει ή εναντιώνεται προς τα καθιερωμένα-κανονικά πρότυπα. Κι έτσι αποκτά την αρνητική επιρροή μιας ετικέτας». Ως επί το πλείστον, κανονικό ή φυσιολογικό θεωρείται ότι συμμορφώνεται με τους κοινωνικά αποδεκτούς και καθιερωμένους κανόνες συμπεριφοράς στο εκάστοτε κοινωνικό σύνολο. Έτσι, το αντίθετό του, το αντικανονικό, είναι αυτό που

αντιπαρατίθεται σε ότι έχει οριστεί ως φυσιολογικό χωρικά και χρονικά εκείνη τη στιγμή. Αντίστοιχα και ο όρος στίγμα, ο οποίος καθορίζει χαρακτηριστικά μη αποδεκτά ή απαξιωτικά κοινωνικά, λειτουργεί μόνο όταν το χαρακτηριστικό το οποίο φέρει το εν λόγω στιγματισμένο άτομο ή ομάδα εκτεθεί στο κοινωνικό σύνολο. (43)

Ο στιγματισμός λοιπόν ενός ατόμου, ή μιας ομάδας ατόμων, δεν είναι τίποτα άλλο παρά η δημιουργία μιας συγκεκριμένης ταυτότητας σε αυτούς που παρεκκλίνουν από τα ισχύοντα κοινωνικά πρότυπα όπως για παράδειγμα στη σωματική ή ψυχική υγεία, τη θρησκεία, τη φυλή ή το σεξουαλικό προσανατολισμό. Η έννοια της ταυτότητας είναι διττή. Από τη μια αφορά σε όλα εκείνα τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, ενώ η κοινωνική στα γνωρίσματα εκείνα της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει. (44)

1.3.2 Δημόσιο στίγμα, ορισμός, αιτιολογικοί παράγοντες

Από μελέτες, έχει φανεί πως η κοινωνική απόσταση και οι αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις των ατόμων διαφόρων ηλικιών και διαφορετικών μορφωτικών και εκπαιδευτικών βαθμίδων απέναντι σε άτομα με κάποια ψυχική νόσο επιμένουν και επεκτείνονται ακόμη και στην εποχή μας. (45)

Υπάρχουν όμως και διεθνείς μελέτες και ευρήματα που αναδεικνύουν ότι υπάρχουν και ορισμένες θετικές μεταβολές απέναντι στις προκαταλήψεις και τις στερεοτυπικές αντιλήψεις για την ψυχική νόσο. Ορισμένες από αυτές αφορούν στην ανοιχτότητα και την αποδοχή ψυχικών δυσκολιών και θεμάτων ψυχικής υγείας και στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, φάνηκε πως οι συμμετέχοντες ήταν περισσότερο ενημερωμένοι και σε θέση να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν ψυχικές δυσκολίες και ανάλογα με τη βαρύτητά τους να αναζητήσουν και την αντίστοιχη θεραπεία. (45-47) Επίσης, από μελέτες φάνηκε να υπάρχει μια θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση ψυχοθεραπευτικής βοήθειας σε σύγκριση με τη χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων και ψυχιατρικής νοσηλείας, υπό το φόβου των παρενεργειών και του κοινωνικού αντίκτυπου αντίστοιχα. (48)

Παρά τη βελτίωση των στάσεων απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας, φαίνεται ότι μόνο ένας στους τέσσερις που χρήζει ειδικής αντιμετώπισης αναζητά τη λήψη βοήθειας από την

κατάλληλη υπηρεσία, γεγονός το οποίο μπορεί να οφείλεται τόσο στη δυνατότητα αναγνώρισης της ανάγκης για παραπομπή σε κάποια υπηρεσία για το ίδιο το άτομο, όσο και στη δύσκολη προσβασιμότητα εκ μέρους των υπηρεσιών. (45)

Ποσοτικές μελέτες στην Ελληνική επικράτεια, έρχονται να συμφωνήσουν με τα διεθνή δεδομένα σχετικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου για τις ψυχικές νόσους και το αρνητικό τους πρόσημο. (11) Αντίθετα ποιοτικές έρευνες στον Ελλαδικό χώρο με τη χρήση βινιέτας, φάνηκαν να αναδεικνύουν μια στάση συμπάθειας και προσπάθειας υιοθέτησης περισσότερο ψυχοκοινωνικών εξηγήσεων, γεγονός το οποίο καταδεικνύει πως η μεθοδολογία διεξαγωγής της μελέτης είχε συνέπειες στα αποτελέσματά της. (49,50)

Υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες δίνουν κυρίως έμφαση στον τρόπο που παράγονται και αναπαράγονται οι κοινωνικές ανισότητες. Συγκεκριμένα, οι Link και Phelan, εξηγούν ότι η διαδικασία του κοινωνικού στιγματισμού εντοπίζει την αφετηρία της στην επιβολή εξουσίας από κυρίαρχες κοινωνικές ομάδες προκειμένου να διατηρήσουν την εξουσία τους, τη χρήση του στιγματισμού ως ένα μέσο απειλής προς τους αποκλίνοντες να συμμορφωθούν με τους κοινωνικούς κανόνες και νόρμες. Τέλος, με τη διαδικασία του στιγματισμού επέρχεται μια διαδικασία κοινωνικής αποβολής, καθώς υπό το πρίσμα του «μιαρού», του «μεταδοτικού» και του «μολυσματικού» ορισμένες κοινωνικές ομάδες μη χρήσιμες για την εξουσία απομακρύνονται. Επομένως, το κοινωνικό στίγμα, αποτελεί μια μορφή συμβολικής βίας από τους θεσμούς της εξουσίας απέναντι σε οποιαδήποτε παρέκκλιση από τις κοινωνικές νόρμες. (51)

Κεφάλαιο 2: ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

2.1 Στίγμα της ψυχικής νόσου, ορισμός και αιτιολογικοί παράγοντες

Ο στιγματισμός της ψυχικής νόσου δεν αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο, αντίθετα την ακολουθεί ανά τους αιώνες σε διαφορετικές κουλτούρες, έθνη και θρησκείες.

Στην αρχαία Ελλάδα, ο όρος στίγμα χρησιμοποιούνταν για να καταδείξει σημάδια στο σώμα τα οποία γίνονταν για να αποδώσουν κάποιο αρνητικό χαρακτηριστικό στο άτομο που θα αφορούσε την κοινωνική του θέση ή την ηθική του. Τα σημάδια αυτά ήταν ουλές ή καψίματα και με αυτό τον τρόπο έκαναν γνωστό ότι αυτό το άτομο που τα φέρει είναι δούλος, εγκληματίας ή προδότης. Κατά τη διάρκεια των Ρωμαϊκών χρόνων πρακτικές διαπόμπευσης χρησιμοποιήθηκαν ενάντια στους χριστιανούς. Η διαδικασία της διαπόμπευσης, επικρατούσε και στην εποχή του Βυζαντίου, καθώς πριν την τέλεση της εκάστοτε ποινής τα άτομα προέβαιναν σε πομπή ως παράδειγμα προς αποφυγή. Προκειμένου μάλιστα η προσβολή και η επερχόμενη περιφρόνηση να είναι κατά το δυνατόν μεγαλύτερη, πριν την πομπή μαστίγωναν και κούρευαν τα άτομα αυτά, τους κρεμούσαν κουδούνια ή τους καυτηρίαζαν με πυρακτωμένη σφραγίδα στο πρόσωπο και άλλα πολλά. (44)

Ανά τους αιώνες οι ψυχικά ασθενείς στιγματίζονταν σωματικά (φανερά) αλλά και ψυχικά λόγω της ασθένειάς τους, όπως και ήταν αναγκασμένοι να ζουν κάτω από σκληρές και απάνθρωπες συνθήκες από το Μεσαίωνα μέχρι και τη Γαλλική επανάσταση, εκεί όπου τέθηκε το ζήτημα ότι οφείλουν να αλλάξουν οι συνθήκες νοσηλείας και αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών. Στη συνέχεια, ο 20^{ος} αιώνας χωρίστηκε σε δύο βασικές περιόδους. Από τη μία το πρώτο μισό του αιώνα όπου η επιστήμη προσπάθησε να αποδώσει βιολογικές αιτίες στην ψυχική νόσο και το δεύτερο μισό, όπου η επιστήμη προσπάθησε να επενδύσει στην ανάπτυξη της φαρμακολογίας. (1)

Από τη δεκαετία του '60 και μετά ξεκίνησε μια διαδικασία αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών, καθώς τα μεγάλα ψυχιατρεία άρχισαν να κλείνουν και οι ψυχικά ασθενείς να επιστρέφουν στην κοινότητα. Μέχρι και τη δεκαετία του '80 όλες αυτές οι δομές ήρθαν αντιμέτωπες με ζητήματα υποχρηματοδότησης, υποστελέχωσης και υπολειτουργίας, με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν να επιτελέσουν το έργο τους. Μέχρι και στις μέρες μας τον 21^ο αιώνα, η εικόνα κι η γνώση μας για την ψυχική ασθένεια εξακολουθεί να είναι στρεβλή.

Παρόλα αυτά η ψυχική ασθένεια εξακολουθεί να υπάρχει όπου υφίσταται κοινωνία και εξακολουθεί να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το φόβο και την επικινδυνότητα, αισθήματα τα οποία οδηγούν στον εγκλεισμό και την απομάκρυνση όλων αυτών των ανθρώπων προκειμένου οι «κανονικοί» να νιώθουν ασφαλείς. (2) Στις μέρες μας, ο όρος στίγμα χρησιμοποιείται πολύ περισσότερο για να καταδείξει ηθικά υποβαθμισμένα άτομα.

Στις πιο σύγχρονες εποχές, υπάρχει πληθώρα παραδειγμάτων που δείχνει ότι η παράδοση της διαπόμπευσης αντί να υποχωρεί συνεχίζει να υπάρχει. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα των κομμένων κεφαλιών ανταρτών στον Ελληνικό εμφύλιο ή το παράδειγμα των «τεντιμπόις» και της διαπόμπευσης όλων εκείνων των νεαρών ανδρών που θεωρούνταν παραχοποιοί. (44)

Τη δεκαετία του 1950, καταγράφηκαν στις ΗΠΑ, οι πρώτες δομημένες μελέτες που προσπάθησαν να μετρήσουν με επιστημονικά εργαλεία τις στάσεις και τις απόψεις του πληθυσμού για την ψυχική νόσο. (52,53) Τις επόμενες δύο δεκαετίες στον Ελλαδικό χώρο οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με αυτό το θέμα ήταν ελάχιστοι. Συγκεκριμένα, είχαν γίνει μόνο δύο μελέτες το 1964 και το 1977, οι οποίες έδειξαν πως ενώ στην πρώτη μελέτη οι αντιλήψεις σχετικά με τις ψυχικές νόσους ήταν σημαντικά αρνητικές και απορριπτικές, θεωρώντας πως μια από τις βασικές αιτίες εμφάνισης της ψυχικής νόσου ήταν το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, στη δεύτερη μελέτη ως βασική αιτία τοποθέτησαν τα αγχογόνα περιστατικά της καθημερινότητας και η προθυμία για αναζήτηση βοήθειας ήταν μεγαλύτερη ειδικά στους πληθυσμούς των νεότερων. (54,55) Παρά τη βελτίωση των στάσεων σχετικά με την ψυχική νόσο με το πέρασμα των χρόνων και την εξέλιξη της Ελληνικής κοινωνίας, φαίνεται ότι οι άνθρωποι παρά την γενική αποδοχή, εξακολουθούσαν να επιθυμούν μια κοινωνική απόσταση σε διαπροσωπικό επίπεδο με άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια. (56)

Από μια σειρά μελετών, φάνηκε πως η εκπαίδευση, το πολιτισμικό υπόβαθρο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι προηγούμενες εμπειρίες από την επαφή με ψυχικά ασθενείς ή και η παρουσία ή απουσία κάποιας ψυχικής νόσου στην οικογένεια, παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ύπαρξη απορριπτικών και επιθετικών στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο. (57,58)

Τα στερεότυπα δημιουργούνται και θεμελιώνονται στη συνείδηση των ανθρώπων από πολύ μικρή ηλικία μέσω της διαδικασίας της μάθησης. Στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών, μια άποψη η οποία ενδεχομένως να είναι και αυθαίρετη για τη συγκεκριμένη ομάδα διατυπώνεται ανοιχτά κι έτσι η άποψη αυτή δημιουργεί ένα στερεότυπο για ολόκληρη την ομάδα βασισμένη σε μια προκατειλημμένη στάση και μόνο. (59)

Ορισμένα από τα πιο συνηθισμένα κοινωνικά στερεότυπα που αναπαράγουν και συντηρούν το στιγματισμό των ψυχικά ασθενών είναι τα εξής: ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι. Στοιχεία επιδημιολογικά, αλλά και στοιχεία από έρευνες αναδεικνύουν πως ο επιπολασμός της βίας είναι 2% στον γενικό πληθυσμό, 8% ανάμεσα στους σχιζοφρενείς, 24% ανάμεσα στους αλκοολικούς και 34% ανάμεσα στους χρήστες άλλων ουσιών. Τα επεισόδια σοβαρής βίας μεταξύ των οποίων και οι ανθρωποκτονίες, αποδίδονται στις ψυχώσεις σε ποσοστό κάτω από 10%. (60-63)

Αποτελέσματα μελέτης στον Ελλαδικό χώρο το 2000, έδειξαν πως οι Έλληνες κατέγραψαν ότι φοβόταν περισσότερο από κάθε άλλη ομάδα στιγματισμένων ανθρώπων τους ψυχικά ασθενείς. (64) Επίσης, συγκριτική έρευνα μεταξύ Ελλάδας, Γερμανίας και Καναδά ανέδειξε ότι οι Έλληνες σε ποσοστό 74,6%, οι Γερμανοί 18,2% και οι Καναδοί 17,5% πιστεύουν πως άτομα με σχιζοφρένεια αποτελούν δημόσιο κίνδυνο, εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους. (65) Οι απόψεις αυτές φυσικά δεν αφορούν σε αντικειμενικά κριτήρια επικινδυνότητας, αλλά στις προκαταλήψεις που είναι διάχυτες στην κοινωνία για αυτούς τους πληθυσμούς.

Μερικά ακόμη στερεότυπα φαίνεται να είναι οι απόψεις περί μολυσματικής φύσης της τρέλας, η οποία καταλήγει να απομονώνει τόσο τα ίδια τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο όσο και τις οικογένειες αλλά και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τα άτομα αυτά δε θεωρούνται αξιόπιστα για εργασία ή δε θεωρούνται ικανά. (66) Ακόμη, δε θεωρούνται αξιόπιστοι ως προς την παροχή πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας τους. Το γεγονός αυτό δεν άπτεται της πραγματικότητας, καθώς έχει φανεί ότι άνθρωποι οι οποίοι λαμβάνουν με συνέπεια τη φαρμακευτική τους αγωγή και παρακολουθούνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι σε θέση να έχουν μια καλή πορεία υγείας και να μπορούν να αναγνωρίσουν σημάδια υποτροπής. Ένα ποσοστό περίπου 20-30% ατόμων με σχιζοφρένεια υπό τις συνθήκες πλαισίωσης φαρμακευτικά και ψυχοθεραπευτικά πρόκειται να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Περίπου το 30% θα συνεχίσει να βιώνει μέτριας βαρύτητας συμπτώματα

ενώ σε ένα ποσοστό 40- 60% θα παραμείνουν σοβαρά διαταραγμένοι. Ένα ακόμη σημαντικό στερεότυπο είναι αυτό της απόδοσης προσωπικής ευθύνης στα άτομα για τη νόσο ή απόδοσης ευθύνης στην οικογένεια. Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια πολυπαραγοντική νόσο η οποία περιλαμβάνει βιολογικούς, γενετικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. (67) Τέλος, θεωρείται ότι δε μπορείς να επικοινωνήσεις μαζί τους ή να τους εμπιστευτείς. Τα στερεότυπα αυτά είναι ορμώμενα από τις φάσεις στις οποίες μπορεί να υπάρχει ενεργή ψυχοπαθολογία και τα άτομα να έχουν ψευδαισθητικά βιώματα ή παραληρητικές ιδέες γεγονός το οποίο μπορεί να μην ισχύει αν είναι συνεπή με την παρακολούθησή τους από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. (68)

Αναφορικά με τις αντιλήψεις και τις απόψεις για την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών έχουν φανεί να επηρεάζονται από την εξοικείωση που υπάρχει με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο. Εξοικείωση, ορίζεται η γνώση και η εμπειρία που υπάρχει σχετικά με την ψυχική νόσο. Η εξοικείωση κυμαίνεται από την εικόνα ενός ψυχικά ασθενή σε μια ταινία που είναι ένας ρόλος ηθοποιού, μέχρι την επαφή με κάποιον ψυχικά πάσχοντα στο άμεσο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. (69) Πολλαπλές μελέτες κατέδειξαν πως η έλλειψη εξοικείωσης σχετίζεται με τις προκαταλήψεις που υπάρχουν απέναντι στην ψυχική νόσο και την αποστασιοποιημένη στάση που αυτές δημιουργούν. (69-72) Σημαντικό φαίνεται να είναι η επαφή που έχει κανείς με έναν ψυχικά ασθενή όχι μόνο στην οξεία φάση – η οποία πιθανόν να του δημιουργήσει αρνητικές και αποφευκτικές αντιδράσεις – αλλά όταν αυτός ο άνθρωπος θα είναι υπό θεραπεία και παρακολούθηση από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και τα συμπτώματά του θα έχουν υφεθεί, έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις λειτουργικές ανάγκες της καθημερινότητας. (72)

Τα ΜΜΕ αποτελούν μια βασική πηγή ενημέρωσης και δημιουργίας εικόνας και εντυπώσεων για τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο. Η ευθύνη για τη δημιουργία αντιλήψεων και στάσεων στο γενικό πληθυσμό αναφορικά με την ψυχική νόσο είναι σημαντική. Ο τύπος, η τηλεόραση, οι εκπομπές, οι ταινίες, μέσα από τις αφηγήσεις και τις εικόνες, καλλιεργούν την εικόνα της ψυχικής νόσου συχνά επιφορτισμένη με ανακρίβειες, παρανοήσεις και προκαταλήψεις. Σημαντικό εργαλείο τη δημιουργία αυτής της εικόνας είναι και η χρήση της γλώσσας και των εκφράσεων για το χαρακτηρισμό της ψυχικής νόσου με έννοιες όπως «τρελός», «ανισόρροπος» κ.ο.κ. Τις τελευταίες δεκαετίες, μάλιστα, σημαντική είναι η χρήση εκφράσεων με κλινικές έννοιες, όπως «ψυχωτικός», «σχιζοφρενής» ή «παρανοϊκός». (73)

Οι Wilson και συνεργάτες σε μελέτη τους σχετικά με την παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων σε παιδιά έως 10 ετών και τη χρήση εννοιών και εικόνων που επηρεάζουν τα αντιλήψεις τους για την ψυχική ασθένεια, φάνηκε πως στο 46% αυτών των εκπομπών και προγραμμάτων, οι αναφορές στην ψυχική νόσο, χρησιμοποιήθηκαν οι όροι «crazy», “mad”, “losing your mind”, δηλαδή αναφέρονταν σε πληθυσμούς ψυχικά πασχόντων ως οι «τρελοί» και «αυτοί που το έχουν χάσει». Μέσω αυτής της προβολής, φάνηκε ότι προκαλούνται απορριπτικές και αποφευκτικές στάσεις και αντιλήψεις των παιδιών απέναντι στην ψυχική νόσο, όπως επίσης και η καλλιέργεια του φόβου και της επικινδυνότητας για τους ψυχικά ασθενείς. (73,74)

Ο ρόλος των MME είναι αξιολογώτα σημαντικός στην επιρροή της κοινωνικής γνώμης για το εκάστοτε ζήτημα, πόσο μάλλον και τη δημιουργία μιας εικόνας και μιας στάσης για την ψυχική νόσο. Στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών, φαίνεται ότι τα μέσα αναπαράγουν και συντηρούν την εικόνα του «παράξενου», του «απρόβλεπτου», του «επικίνδυνου» και του «βίαιου». Αυτές οι στερεοτυπικές αντιλήψεις αναπαράγονται και επαναλαμβάνονται διαρκώς για αυτή την κατηγορία ανθρώπων. Δεν αρκεί επομένως η προβολή στα MME. Σημασία έχει η ποιότητα της προβολής και η χροιά της καθώς η αρνητική προβολή έχει ως αποτέλεσμα τη συντήρηση και τη διαιώνιση των στιγματιστικών αντιλήψεων και στον περαιτέρω στιγματισμό και περιθωριοποίηση των ατόμων αυτών. Αντί αυτού, θα μπορούσαν να υιοθετήσουν μια περισσότερο επιστημονικά τεκμηριωμένη προσέγγιση και λόγο στην αναφορά τους σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες, όπως επίσης και στη συμμετοχή ή τη διοργάνωση καμπάνιας για την καταπολέμηση του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών. (73)

2.2 Η διαδικασία έτερο στιγματισμού της ψυχικής νόσου

Η διαδικασία του στιγματισμού βρίσκει την αφετηρία της στην άγνοια των ατόμων αναφορικά με τη φύση και την προέλευση της ψυχικής νόσου. Η άγνοια με τη σειρά της προκαλεί φόβο για το άγνωστο και κατά συνέπεια την αναπαραγωγή αυθαίρετων προκαταλήψεων και στερεοτύπων.

Το στίγμα αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή, η οποία έχει τις ρίζες της στην ύπαρξη κοινωνικών ταυτοτήτων με θετική ή αρνητική αξία που τους αποδίδεται αντίστοιχα. (75) Η

διαδικασία του στιγματισμού ξεκινά από την αναγνώριση ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού το οποίο συνδέεται με μια απαξιωτική ταυτότητα. Η δημιουργία μιας απαξιωτικής ταυτότητας με ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, προέρχεται από την ύπαρξη ενός κοινωνικού μέσου όρου ο οποίος προκειμένου να διαφυλάξει την κοινωνική συνοχή δημιουργεί τους όρους του φυσιολογικού και του κοινωνικά αποδεκτού. (2)

Η παραπάνω διαδικασία συναντάται και με τη διάγνωση της ψυχικής νόσου. Μετά την ψυχική ασθένεια το στίγμα έρχεται να προστεθεί σε μια δεύτερη νόσος η οποία επιβαρύνει το άτομο. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η ύπαρξη και μόνο αυτού του ιδιαίτερο – μη κοινωνικά αποδεκτού-χαρακτηριστικού, αυτού της ψυχικής νόσου, είναι αρκετό για να υποβαθμίσει οποιαδήποτε άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου και της προσωπικότητάς του και να κατακλύσει την ολότητα και την ύπαρξη του. Ακόμη κι αν τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου υφεθούν, το «σημάδι» της ψυχικής ασθένειας συνοδεύει και υπερκαλύπτει το άτομο, στερώντας του κάθε δικαίωμα κοινωνικής αποδοχής. Οι στιγματιστικές αυτές αντιλήψεις ενδοβάλλονται από το άτομο, σε βαθμό που αλλοιώνουν και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο προσδιορίζει και αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. (2)

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, εντοπίζονται τρεις κατηγορίες συμπεριφορών απέναντι σε άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια. 1) Η «αυταρχική» συμπεριφορά, όπου τα άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή εμφανίζονται ως άχρηστα και ανίκανα, γεγονός το οποίο απορρέει από τα αρνητικά στερεότυπα που υπάρχουν εις βάρος των ατόμων αυτών. 2) Η «φιλόανθρωπη» συμπεριφορά, η οποία αντιμετωπίζει τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο ανισότιμα, ως «παιδιά» ή «αβοήθητα» και «ανίκανα» άτομα. 3) Και τέλος, η συμπεριφορά του «φόβου». Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζονται ως επικίνδυνα για το κοινωνικό σύνολο. (76,77)

Υπάρχουν πολλαπλές θεωρίες στη σύγχρονη εποχή για την ερμηνεία και την εξήγηση της διαδικασίας του στιγματισμού. Μια από αυτές αφορά στην επεξήγηση της δημιουργίας στιγματιστικών αντιλήψεων για ιδιοσυστασιακούς, ψυχολογικούς, οικονομικούς και εξελικτικούς λόγους. (78) Πιο αναλυτικά, οι άνθρωποι λόγω προσωπικών, πεποιθήσεων, εμπειριών και βιωμάτων, κατηγοριοποιούν τους ανθρώπους με βάση κάποια χαρακτηριστικά τους και χωρίς να σημαίνει ότι ο διαχωρισμός αυτός είναι απαραίτητα δίκαιος και δικαιολογημένος. Επιπλέον, συχνά οι άνθρωποι προκειμένου να υπερυψώσουν το δικό τους

εγώ και την αυτοεκτίμηση, προβαίνουν σε διαχωρισμούς προβάλλοντας σε άλλα άτομα ιδέες σκέψεις και ενορμήσεις δικές τους, που το δικό τους συνειδητό θα τις θεωρούσε απαράδεκτες. (79) Ακόμη, ο στιγματισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κοινωνικοοικονομικούς λόγους απέναντι σε οικονομικούς ή κοινωνικούς αντιπάλους. Τέλος, υπάρχει και η εξελικτική θεωρία η οποία εξηγεί ότι υπάρχει ροπή προς τη διάκριση έτσι ώστε να αποφεύγονται οι φυσικοί και ψυχολογικοί κίνδυνοι στη διαδικασία εξέλιξης του ανθρώπινου είδους. (80)

Για να διερευνηθεί το εύρος των στερεοτυπικών αντιλήψεων και των προκαταλήψεων σύμφωνα με τους Madianos et al. διαπιστώθηκε ότι η χρήση της κλίμακας ASMI (Attitudes to Severe Mental Disease) έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Όσον αφορά την εγκυρότητά της, η παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε 4 διαστάσεις της κλίμακας δηλαδή, στερεότυπα, αισιοδοξία, αντιμετώπιση και κατανόηση. Ο πρώτος παράγοντας περιλάμβανε στοιχεία που περιέγραφαν στερεότυπες πεποιθήσεις και στάσεις για σοβαρές ψυχικές ασθένειες και τους ανθρώπους που υποφέρουν από αυτήν. Στοιχεία όπως «τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι επικίνδυνα» ή «δεν είναι σαν τους άλλους ανθρώπους» συνιστούν παρατεταμένες αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια και έχουν εμφανιστεί συχνά σε κλίμακες που μελετούν τις διαστάσεις του στίγματος όλα αυτά τα χρόνια. Αντίθετα, ο δεύτερος παράγοντας φαίνεται να περιλαμβάνει στοιχεία που αποπνέουν μια αίσθηση αισιοδοξίας για άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Το δυναμικό των ασθενών για ανάκαμψη και η ικανότητά τους να αποκτήσουν νέες δεξιότητες είναι στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτόν τον παράγοντα και ταιριάζουν καλά με την επιστημονική πρόοδο στη θεραπεία σοβαρών ψυχικών ασθενειών. Ο τρίτος παράγοντας της ανάλυσης βρέθηκε να αντιμετωπίζει τις πεποιθήσεις και τις στάσεις των ερωτηθέντων στις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετεί ένα άτομο με ψυχική ασθένεια προκειμένου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την ασθένειά του/της και το στίγμα που σχετίζεται με αυτήν. Ο τέταρτος παράγοντας αντιμετωπίζει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έμμεσα, καθώς διερευνά την ικανότητα του ερωτώμενου να κατανοήσει πώς σκέφτεται και αισθάνεται το άτομο με ψυχική ασθένεια. Η ενσυναίσθηση απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί ως ένας τρόπος γεφύρωσης του χάσματος μεταξύ των δύο ομάδων που εμπλέκονται στη διαδικασία διαχωρισμού του στίγματος. (81)

Οι Cutler et al., (82) συμφωνούν με την παραπάνω άποψη ότι η ενσυναίσθηση βρίσκεται στο αντίθετο άκρο των στερεοτύπων και με στοιχεία που προκύπτουν από έρευνα για το στίγμα του HIV, η οποία έχει συνδέσει την ενίσχυση της ενσυναίσθησης με τη μείωση του στίγματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία που λήφθηκαν σε αυτόν τον παράγοντα ήταν κυρίως τα στοιχεία που προέκυψαν από την ομάδα εστίασης με τους χρήστες υπηρεσιών και τους συγγενείς τους κατά τη φάση ανάπτυξης της κλίμακας. Είναι ενδιαφέρον ότι η δομή των παραγόντων της κλίμακας καλύπτει ένα κενό στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για τη μέτρηση του στίγματος. Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις που διατυπώθηκαν με θετικό τρόπο βρέθηκε να επιβαρύνουν έναν παρόμοιο παράγοντα, διαφορετικό από αυτόν όπου ομαδοποιήθηκαν οι πεποιθήσεις και οι στάσεις που διατυπώθηκαν με αρνητικό τρόπο. Αυτό το εύρημα υποστηρίζει τον ισχυρισμό ότι οι μη αποδεκτές αρνητικές στάσεις δεν είναι συνώνυμες με την έγκριση θετικών στάσεων. Ως εκ τούτου, η διαπίστωση ότι η αρνητική και η θετική στάση αποτελούν δύο ξεχωριστές υποθέσεις υπογραμμίζει τη σημασία της ξεχωριστής αξιολόγησης τους. Αυτό προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία στο πλαίσιο των παρεμβάσεων κατά του στίγματος, όπου η προώθηση θετικών στάσεων σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες δεν μπορεί απαραίτητα να δικαιολογηθεί με βάση τη μείωση των στερεοτυπικών στάσεων. (83)

Κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών των δύο παραγόντων, οι άνθρωποι θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη φύση του στίγματος και τον τρόπο με τον οποίο οι άλλοι βλέπουν τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Αυτή η αξιολόγηση θα πρέπει επίσης να ωθήσει τους ανθρώπους να αναλογιστούν τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες σημείωσαν ταυτόχρονα τους δύο παράγοντες - έναν θετικό και έναν αρνητικό - ταυτόχρονα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αναποφασιστικότητα ή αμφιθυμία απέναντι σε άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Είναι σύνηθες για την ελληνική κουλτούρα να υπάρχουν άνθρωποι που νιώθουν άβολα με άτομα με ψυχικές ασθένειες. Κάποιοι αναφέρουν ακόμη και ότι αισθάνονται άβολα ακόμη και στην παρουσία τους. Το στίγμα που περιβάλλει την ψυχική ασθένεια περιέχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές προοπτικές για τους ασθενείς. Μερικές από αυτές τις απόψεις είναι στερεοτυπικές και σχετίζονται με συγκεκριμένες πεποιθήσεις. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι έχουν μια γενικά θετική ή αποδεκτή στάση απέναντι σε άτομα με ψυχική ασθένεια και τις δυνατότητές τους να αναρρώσουν. Αυτό δείχνει ότι το στίγμα δεν είναι απλώς μαύρο ή άσπρο. Επιπλέον, η ικανότητα της κλίμακας να ενσωματώνει στοιχεία από διαφορετικά εννοιολογικά πλαίσια είναι ένα άλλο από τα δυνατά της σημεία. (81)

Επί του παρόντος, οι προβλέψεις των απλών μοντέλων στιγματισμού απαιτούν τρία στοιχεία για να αποδειχθούν. Αυτά τα στοιχεία είναι τα αρνητικά στερεότυπα, στοιχεία ή ενδείξεις ότι κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος και διακρίσεις σε βάρος του στιγματισμένου ατόμου. Δεύτερον, αυτά τα μοντέλα βασίζονται κυρίως σε κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις για την κακή συμπεριφορά των στιγματισμένων ανθρώπων. Τέλος, αυτά τα μοντέλα βασίζονται επίσης στο άτομο που υφίσταται κακομεταχείριση ή διακρίσεις ως απάντηση στην κατάσταση. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες θεωρούνται συχνά επικίνδυνα λόγω της κοινής αντίληψης ότι είναι ευμετάβλητα. (84-87)

Μια αντιληπτή απειλή είναι αυτό που οδηγεί τους ανθρώπους να αντιδρούν με φόβο όταν πιστεύουν ότι ο ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος. Αυτό τους οδηγεί να αποφεύγουν αυτούς τους ανθρώπους και να τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορούν να παρατηρήσουν αυτό το στίγμα λόγω ανεπαίσθητων αλλαγών στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται. Αυτό το γεγονός ωστόσο δεν αποτελεί στιγματισμό, αλλά μια αντίδραση του ανθρώπου για να προστατεύσει τον εαυτό του από μια αντιληπτή απειλή. (87) Οποιοσδήποτε άνθρωπος μπορεί να δεχθεί αρνητική αντιμετώπιση και σχετίζεται με την προσωπικότητα του ατόμου που συμπεριφέρεται δυσάρεστα, όχι με το ίδιο το άτομο που έχει δεχθεί αρνητική αντιμετώπιση. Ένα στιγματισμένο άτομο όμως μπορεί να αναρωτηθεί εάν η αρνητική αντιμετώπιση σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, τα ρούχα, το χρώμα του δέρματος ή τη συμπεριφορά του ή με τη διάγνωση ψυχικής ασθένειας. Ωστόσο, είναι πιθανό οι παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων και η ομιλία με τον εαυτό είναι ασυνήθιστες συμπεριφορές και μπορεί να αναγνωριστούν ως δείκτες ψυχικής ασθένειας. (88)

Οι Jorm και Griffiths, (89) συζήτησαν εάν ο στιγματισμός προκύπτει από την ασυνήθιστη συμπεριφορά των ατόμων, ή στην ιδέα της ψυχικής ασθένειας. Αν ισχύει η πρώτη υπόθεση τότε οι μη ψυχικά ασθενείς μπορούν να στιγματιστούν χωρίς να το γνωρίζουν— εξαιτίας αυτών των πεποιθήσεων — σε περισσότερες περιπτώσεις από τους ψυχικά ασθενείς. Οι καταστάσεις στις οποίες ομάδες ή άτομα έχουν μεγαλύτερη εξουσία έναντι άλλων είναι πιο πιθανό να ανήκουν σε εκπροσώπους κοινωνικών ιδρυμάτων όπως ο νόμος, οι κοινωνικές υπηρεσίες, οι εργοδότες, οι πάροχοι καταλυμάτων ή οι υπηρεσίες υγείας. Έτσι, οι διακρίσεις στην εκπαίδευση, στη στέγαση, στην ιατρική περίθαλψη και την απασχόληση βασίζονται σε άνισες σχέσεις εξουσίας. Παρόλα αυτά ο στιγματισμός μπορεί να συμβεί μεταξύ ανθρώπων ίσης εξουσίας. Επιπλέον, η ικανότητα διάκρισης σε βάρος ατόμων ή ομάδων μπορεί να

λειτουργήσει με ή χωρίς στιγματισμό, τουλάχιστον πριν το άτομο υποστεί διάκριση. Με άλλα λόγια, η διάκριση μπορεί να προκαλέσει το στίγμα. (88)

Για παράδειγμα, η άρνηση στέγασης μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη στέγης που προκαλεί στίγμα. Στη μελέτη των Thornicroft et al., που περιλάμβανε 732 άτομα με σχιζοφρένεια σε 27 χώρες, διαπιστώθηκε ότι πάνω από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων ανέμεναν διακρίσεις για την αναζήτηση εργασίας και για στενές προσωπικές σχέσεις όταν στην πραγματικότητα δεν υπήρχαν διακρίσεις. Έτσι, η έννοια του αυτοστιγματισμού έχει σκοπό να υπενθυμίσει ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι μέλη της κοινωνίας μας και είναι πιθανό να έχουν κοινές στερεοτυπικές συμπεριφορές όπως όλοι οι άλλοι. (89,90)

2.3 Οι επιπτώσεις του στιγματισμού της ψυχικής νόσου στη σωματική και ψυχική υγεία

Οι συνέπειες του στιγματισμού, είναι έκδηλες σε όλες τις εκφάνσεις των ατομικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων. Όλες εκείνες οι στάσεις και οι απόψεις που υιοθετούνται για τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο, οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίησή τους. Η κοινωνική απομόνωση, σε συνδυασμό με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και την ευθραυστότητα του ψυχισμού των ατόμων αυτών, έρχεται να επιβαρύνει ολοένα και περισσότερο οποιοδήποτε ψήγμα κανονικότητας στην διαβίωση αυτών των ατόμων, με σημαντικό αντίκτυπο στην έκβαση της κατάστασης της υγείας τους.

Μάλιστα, το στίγμα έχει φανεί ότι είναι ίσως από τα σημαντικότερα εμπόδια στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, καθώς οι στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με τη νόσο καθυστερούν την έγκαιρη και σωστή αναζήτηση και λήψη θεραπείας και ειδικά της φαρμακευτικής αγωγής για τα άτομα. (38) Η πλημμελής ή η ελλιπής λήψη θεραπείας στα άτομα με κάποια ψυχική νόσο έρχεται ως απότοκος της άρνησης του ατόμου να χαρακτηριστεί ως ψυχικά ασθενής. (91)

Πέρα από τις συνέπειες για το άτομο, ο στιγματισμός έχει και συνέπειες για το κοινωνικό άμεσο και έμμεσο περιβάλλον του ατόμου. Το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός, έρχεται να επηρεάσει και να κατακλύσει και τη ζωή των οικείων ανθρώπων με κάποια ψυχική νόσο και να προκαλέσει αισθήματα ντροπής, ενοχής και κοινωνικής περιθωριοποίησης. Ακόμη, το

στίγμα επηρεάζει τους θεσμούς, τους φορείς και τους ανθρώπους που φροντίζουν και θεραπεύουν άτομα με κάποια ψυχική νόσο. (32,92)

Τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο, λόγω του στίγματος αντιμετωπίζουν δυσκολίες και εμπόδια στην επαγγελματική τους ζωή. Συγκεκριμένα, λόγω της ελλιπούς κοινωνικής στήριξης, των τυχόν γνωστικών ελλειμμάτων αλλά και της ενδοβολής του στιγματισμού φαίνεται να αδυνατούν να εργαστούν ή να μη χάνουν την εργασία τους. Μάλιστα, σε αυτούς τους πληθυσμούς, τα ποσοστά ανεργίας είναι μεγάλα ακόμη και σε περιπτώσεις ατόμων με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. (93) Εξαιτίας του στιγματισμού, το άτομο δυσκολεύεται να ενταχθεί σε κάποιο τομέα επαγγελματικής απασχόλησης για δύο λόγους. Πρώτον, το ίδιο το εργασιακό περιβάλλον αδυνατεί να συμπεριφερθεί δίχως προκαταλήψεις απέναντι στο άτομο που νοσεί. Δεύτερον, το άτομο δυσκολεύεται να βρει ένα επαγγελματικό περιβάλλον εξαιτίας των διακρίσεων που υφίσταται. (94)

Ο στιγματισμός, οδηγεί σε κοινωνικές διακρίσεις που φαίνεται να έχουν πολλαπλές επιπτώσεις τόσο για το άτομο που τις υφίσταται όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Μια από αυτές είναι η κοινωνική απομόνωση. Ο στιγματισμός που συμβαίνει εις βάρος του ψυχικά ασθενή, βιώνεται και συμμερίζεται και από τον ίδιο σε βαθμό που αυτοστιγματίζεται. Δηλαδή όλες εκείνες οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις που του επιμερίζονται τις βιώνει και τις ενσωματώνει με αποτέλεσμα να συμπεριφέρεται και να νιώθει σύμφωνα με αυτές. Έτσι οι ασθενείς που αποδέχονται τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας τείνουν να λειτουργούν με βάση το στερεότυπο που ισχύει δηλαδή τείνουν να νιώθουν και να συμπεριφέρονται ως ανήμποροι, ανάπηροι, άχρηστοι και να αποσύρονται από τις εκάστοτε κοινωνικές εκδηλώσεις και σχέσεις λόγω των αισθημάτων ντροπής και ενοχής με αποτέλεσμα την περαιτέρω απομόνωση και περιθωριοποίηση. Επιπλέον, στην κυρίαρχη γλώσσα, τα άτομα αυτά υφίστανται υποτιμητικούς χαρακτηρισμούς και προσδιορισμούς. Το λόγο αυτό τον αναπαράγουν και τον δημιουργούν μέχρι και τις μέρες μας τα ΜΜΕ. (95)

Λόγω της ψυχικής νόσου, πολλά άτομα μέχρι και στις σύγχρονες κοινωνίες έρχονται αντιμέτωπα με συμπεριφορές κατάχρησης εξουσίας εις βάρος τους, επιθέσεων σωματικών, λεκτικών και ψυχολογικών καθώς και θύματα εκμετάλλευσης. Μια ακόμη σοβαρή επίπτωση με την οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο είναι η εύρεση εργασίας. Λόγω της νόσου που μπορεί να βρίσκεται σε οξεία ή ελεγχόμενη φάση το άτομο

δυσκολεύεται να βρει ή να διατηρήσει την εργασία του καθώς υφίσταται υποβιβασμό των ικανοτήτων του, φόβο και απόρριψη από τους εργοδότες λόγω των επικρατούμενων στερεοτυπικών αντιλήψεων, όπως επίσης και δυσκολία αποδοχής τυχόν γνωστικών ελλειμμάτων ή σωματικών δυνατοτήτων τα οποία αποτελούν απότοκο της νόσου τους. (96) Σημαντικό εξίσου έλλειμμα και δυσκολία που προκύπτει για τα άτομα αυτά είναι η εύρεση κατοικίας και η συμβίωση εντός του κοινωνικού ιστού, καθώς η πλειοψηφία δυσκολεύεται ή αρνείται να εμπιστευθεί τη μίσθωση ενός σπιτιού σε άτομα με ψυχικές δυσκολίες. Έτσι, πολλά άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες βρίσκονται χωρίς στέγη ή ζουν σε άθλιες συνθήκες. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2001 στην Ελλάδα, κατέδειξε ότι ένας στους τρεις ερωτώμενους δεν είναι σε θέση να ανεχθεί άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένια στην ίδια πολυκατοικία, ούτε στην ίδια γειτονιά και δηλώνει ότι δεν θα ήθελε καμία κοινωνική επαφή μαζί του. Από κατά προσέγγιση εκτιμήσεις φάνηκε πως η αναλογία ατόμων με σχιζοφρένια μεταξύ του άστεγου πληθυσμού φτάνει περίπου το 30%. (97)

Ακόμη και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με αυτούς τους πληθυσμούς, φάνηκε να επικρατούν στερεοτυπικές αντιλήψεις. Συχνή χαρακτηριστική διάκριση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς είναι η υποτίμηση των συμπτωμάτων τους πάνω στη βάση ότι είναι σχιζοφρενής για παράδειγμα και μόνο. (96)

Τέλος, η κρατική υποτίμηση από πλευράς της εξουσίας ακόμη και των αναπτυγμένων χωρών σε ζητήματα χρηματοδότησης και δημιουργίας των κατάλληλων υποδομών για τη φροντίδα και τη θεραπεία ψυχικά ασθενών με αποτέλεσμα την υπολειτουργία ή την απουσία τους αφήνοντας με αυτό τον τρόπο εκτεθειμένους στις συνέπειες της νόσου χιλιάδες ανθρώπους με αποτέλεσμα τον περαιτέρω στιγματισμό τους.

2.4 Διαχείριση και αντιμετώπιση του στίγματος

2.4.1 Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο

Η αντιμετώπιση του στιγματισμού εντός της κοινότητας είναι ίσως από τα κομβικά ζητήματα τα οποία πρέπει να λυθούν για μια περισσότερο ομαλή ένταξη και διαβίωση των ατόμων με κάποια ψυχική νόσο εντός της. (98) Ορισμένες στρατηγικές σε επίπεδο κοινότητας

αποτελούν οι εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης επιστημονικά τεκμηριωμένα σχετικά με τη φύση και τις συνέπειες των ψυχικών διαταραχών. (99) Σε αυτού του τύπου την παρέμβαση, σημαντική είναι και η συμβολή και η χρήση των ΜΜΕ για την πληροφόρηση του κοινού και την προσπάθεια για αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων τους σχετικά με την ψυχική νόσο. Έχει φανεί ότι η σωστά σχεδιασμένη παρέμβαση και εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού με τη χρήση των ΜΜΕ έχει θετικά αποτελέσματα στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων μειώνοντας το χάσμα των ψυχικά ασθενών με το κοινωνικό σύνολο. (100,101)

Εξίσου σημαντική είναι και η ύπαρξη και η λειτουργία ΠΦΥ στον τομέα της ψυχικής υγείας, καθώς δίνεται με αυτό τον τρόπο η δυνατότητα έγκαιρης πρόληψης και παρέμβασης με αποτέλεσμα τη μείωση του στιγματισμού των ατόμων αυτών. (102) Πρώτος στόχος αποτελεί η εξοικείωση με τις έννοιες της ψυχικής υγείας και στη συνέχεια η ενημέρωση σχετικά με τη φύση και τις ανάγκες ένταξης, προσαρμογής και αποδοχής των ατόμων με κάποια ψυχική νόσο. (103)

Πέρα από τη θεραπευτική ομάδα, η οποία εκπαιδεύεται και οργανώνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να συμβάλλει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου, σημαντική είναι και η στήριξη μέσα από τη θεραπευτική κοινότητα των ίδιων των ασθενών και τις θεραπευτικές ομάδες που λαμβάνουν χώρα. Η κοινότητα αυτή που δημιουργείται μεταξύ ασθενών και συντονιστών – επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αποσκοπεί στην αυτοοργάνωση των ασθενών για την καταπολέμηση του στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού, ενώ παράλληλα προετοιμάζει τους ασθενείς να αναλαμβάνουν επιπλέον κοινωνικούς ρόλους, όπως αυτός της εύρεσης έμμισθης εργασίας. (104) Η επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ψυχική νόσο αποτελεί μια σημαντική ανάγκη όπως έχουν αναδείξει και μελέτες, καθώς βελτιώνει τη λειτουργικότητα των ατόμων και συμβάλλει στην ύφεση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας τους, όπως επίσης αυξάνει την ικανοποίηση και την αυτοεκτίμηση των ατόμων και την ενίσχυση του αισθήματος ταυτότητας. (105,106) Η εργασιακή απασχόληση, συμβάλει επίσης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, με τον όρο ποιότητα ζωής εννοούμε «την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του». (107) Επιπλέον, συμβάλλει στην οικονομική ανεξαρτησία, την ανάπτυξη

κοινωνικών δεξιοτήτων όπως επίσης και γνωστικών δεξιοτήτων, την εξασφάλιση ενεργού κοινωνικού ρόλου και αποφυγή του στιγματισμού.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Εταιρία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ορίζουν την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ως τη «διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα με έκπτωση της λειτουργικότητας, ανίκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα». Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, «έχει εξελιχθεί σε μια έννοια, ένα όγκο γνώσεων γύρω από τρόπους οργάνωσης των υπηρεσιών και μεθόδων που υπόκεινται σε εμπειρική επικύρωση, και ασχολείται με την πρόληψη και/ή τη μείωση της ανικανότητας που είναι συνδεδεμένη με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς». Μετά τη δεκαετία του 1950, η ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας που βοήθησε αρκετούς ανθρώπους να ρυθμίσουν την ψυχιατρική τους συμπτωματολογία, το 1959, ξεκίνησε ο προσανατολισμός προς την ανάπτυξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. (108)

«Η Κοινωνική Ψυχιατρική δεν ξεφεύγει από τις παραδοσιακές αρχές της κλινικής ψυχοπαθολογίας αλλά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικοπολιτικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το άτομο σε ένα συγκεκριμένο χώρο. Δεν διαφωνεί, όπως ίσως πολλές φορές συγχέεται, με τη βιολογική υπόσταση της ψυχικής αρρώστιας, διευρύνει όμως τις μεθόδους και τους τρόπους αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστιας πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρείο έχοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων της εκδήλωσής της με την βοήθεια άλλων επιστημών της συμπεριφοράς του ανθρώπου»

Η Συναινετική Διακήρυξη του ΠΟΥ και της Παγκόσμιας Εταιρίας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση το 1996 στοχεύει μέσα από την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση να επιτύχει: μείωση των συμπτωμάτων μέσω της κατάλληλης χρήσης και συνδυασμούς φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, μείωση και εξάλειψη των συμπεριφορικών προβλημάτων που προκαλούνται από την ιδρυματοποίηση των ατόμων αυτών, ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων αυτών, μείωση του στίγματος, ενίσχυση χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και των οικογενειών τους. Συνοπτικά, σε ατομικό επίπεδο, στόχος είναι η καλλιέργεια και η ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτόνομης διαβίωσης και κοινωνικών

δεξιοτήτων όπως επίσης και δυνατότητας διαχείρισης της νόσου. Σε κοινωνικό επίπεδο, στόχος είναι η αποφυγή της κοινωνικής περιθωριοποίησης και αποκλεισμού μέσω της ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου και της διασφάλισης μια ισότιμης νομοθεσίας. (108)

2.4.2 Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχιατρική αποκατάσταση και στην αντιμετώπιση του στιγματισμού

Οι απόψεις αναφορικά με το ρόλο και τη στάση της οικογένειας στην αντιμετώπιση του στίγματος περιλαμβάνει πολλές αντικρουόμενες απόψεις. Η οικογένεια έχει από πολλαπλές θεωρίες (βιολογικές και ψυχοκοινωνικές) θεωρηθεί θύτης στην πρόκληση μιας ψυχικής νόσου. Στις μέρες μας, η οικογένεια θεωρείται για το άτομο ως ένα σύστημα κοινωνικών, συμπεριφορικών και συναισθηματικών αξιών. Τα ψυχοπαιδαγωγικά μοντέλα υποστήριξης της οικογένειας ατόμων με κάποια ψυχική νόσο έκαναν την εμφάνισή τους τη δεκαετία του 1980 και βοήθησαν τόσο το άτομο όσο και την ίδια την οικογένεια να αντιμετωπίσουν πολύπλευρα τις συνέπειες της νόσου και του στιγματισμού του οικογενειακού συστήματος και του ατόμου. (109) Μάλιστα φάνηκε ότι πέρα από τη μείωση του άγχους και την αύξηση της αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση των ευρύτερων δυσκολιών της οικογένειας που σχετίζονταν με την ασθένεια, βοήθησαν και τα ίδια τα άτομα με ψυχική νόσο ώστε να μειωθούν οι υποτροπές και κατά συνέπεια και οι νοσηλείες τους. (110)

Μερικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του στιγματισμού σε επίπεδο οικογένειας φάνηκαν να είναι η θεραπεία οικογένειας, η ψυχοεκπαίδευση, η συστημική θεραπεία και η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

Η ψυχική νόσος πέρα από τις συνέπειες που έχει για το άτομο, έχει σημαντικές συνέπειες και για την οικογένεια του ατόμου, καθώς υπάρχουν δυσκολίες αρχικά σε επίπεδο αποδοχής της ύπαρξης της νόσου. Αρχικά εξελίσσεται η διαδικασία του θρήνου και αναπτύσσονται συναισθήματα ματαιώσης, απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής, άγχους και φόβου, δυσαρέσκειας και οργής, πικρίας, θλίψης και απελπισίας. Η οικογένεια όμως αποτελεί το βασικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή και συχνά η μοναδική πηγή φροντίδας για εκείνο. Το γεγονός αυτό δημιουργεί και την ανάγκη να δοθεί βαρύτητα στην ενημέρωση, την

εκπαίδευση και την υποστήριξη της οικογένειας σε ότι σχετίζεται με τη φροντίδα του ψυχικά ασθενούς μέλους της.

Από μετααναλύσεις έχει φανεί η θετική επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης στη βελτίωση της πορείας του ασθενή, αλλά και της συνολικότερης ποιότητας ζωής της οικογένειας. Ορισμένα από τα ζητήματα τα οποία ψηλαφεί και δουλεύει η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας αφορά στην φύση της νόσου, τις δυσκολίες στην επικοινωνία, τη μη ανταπόκριση του ψυχικά ασθενούς μέλους στους κοινωνικούς ρόλους της οικογένειας, το άγχος, φόβο του στίγματος κ.ο.κ. Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις εστιάζουν στην ενημέρωση για τη φύση της νόσου, αλλά και για τις ενδεικτικές θεραπείες. Καλλιέργεια δεξιοτήτων επίλυσης του άγχους και δυσλειτουργικής επικοινωνίας. Παροχή υποστήριξης για την αντιμετώπιση του φόβου και του άγχους από τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις διακρίσεις που βιώνουν. Επιπλέον, τη δημιουργία δικτύου αλληλοβοήθειας με ένα δίκτυο οικογενειών πασχόντων για την αποφυγή την κοινωνικής απομόνωσης του ατόμου. Η ψυχοεκπαίδευση έχει κλινικό χαρακτήρα και παρέχεται ως επι το πλείστον από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. (110) Οι δείκτες αποτελεσματικότητας της ψυχοεκπαίδευσης αναφορικά με τους ασθενείς αφορούν τον αριθμό νοσηλείων και τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία, ενώ αναφορικά με τους συγγενείς, αφορούν τις γνώσεις που αποκομίζουν για τη φύση της νόσου, τις στάσεις τους απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια, την οικογενειακή συνοχή, την επιβάρυνση που βιώνουν και την ψυχική τους υγεία. (111-113)

Αντίστοιχα η θεραπεία της οικογένειας βασίζεται στο γεγονός ότι κάθε άτομο δε συμπεριφέρεται ως μεμονωμένη οντότητα αλλά αποτελεί μέλος ενός συστήματος. Έτσι οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την παρέμβαση σε οποιοδήποτε σημείο του συστήματος. (113)

Αντίστοιχα η συστημική θεραπεία στοχεύει είτε μέσω της δομικής θεραπείας της οικογένειας, δηλαδή της ανάγκης ύπαρξης μιας ορισμένης δομής στην οικογένεια με σκοπό την αντιμετώπιση των εκάστοτε προβλημάτων που προκύπτουν. (114,115) Η στρατηγική θεραπεία οικογένειας, λειτουργεί με γνώμονα τη δουλειά πάνω στο κομμάτι των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. (116)

Η Συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, ασχολείται με την εκπαίδευση των μελών της σε δεξιότητες επικοινωνίας, αλλά και στην ενδυνάμωση δυνατοτήτων τους, μέσω της

διαδικασίας της συντελεστικής μάθησης. Επιπλέον, εφαρμόζει τεχνικές ώστε να ενισχύσει συμπεριφορές και δεξιότητες δυσλειτουργικές και να ενθαρρύνει τις λειτουργικές. Παραδείγματα τέτοιων τεχνικών, αποτελούν ασκήσεις στο σπίτι, βιντεοσκόπηση ασθενούς και το παιχνίδι ρόλων κοκ. Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, όπως αποδεικνύεται και από μια μερίδα μελετών, αποδεικνύεται ιδιαίτερα αποτελεσματική για ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών. Ο θεραπευτής, αξιοποιεί την οικογένεια προκειμένου να επωφεληθούν αμφότεροι ασθενείς και οικογενειακό δίκτυο. (117)

2.4.3 Στρατηγικές μείωσης του στίγματος από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συχνά ξεκινούν την καριέρα τους έχοντας τις ίδιες στερεοτυπικές πεποιθήσεις με το ευρύ κοινό. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σπάνια λαμβάνουν εκπαίδευση σχετικά με το στιγματισμό - και την πιθανή ζημιά του - κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών, μεταπτυχιακών ή συνεχιζόμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Ωστόσο, ορισμένοι πιστεύουν ότι αυτό πρέπει να αλλάξει. Υποστηρίζουν ότι η βασική προσέγγιση στη διδασκαλία, την έρευνα και την κλινική εργασία θα πρέπει να μετατοπιστεί από προσεγγίσεις που εστιάζονται στην ψυχοπαθολογία σε προσωποκεντρικό προσανατολισμό που ενθαρρύνουν την εμπιστοσύνη, την ελπίδα και την ανάκαμψη. Ένας λόγος για αυτό είναι επειδή η στιγματιστική γλώσσα που χρησιμοποιείται συχνά εναντίον ψυχικά ασθενών έχει παρατηρηθεί στο κοινό και ακόμη και μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αυτοί οι όροι περιλαμβάνουν «τρελοί», «σατανικοί», «ψυχοπαθείς», «περίεργοι» κ.ά.. (118,119)

Η στιγματιστική γλώσσα εμπίπτει στα όρια της ηθικής, είναι αντιεπαγγελματική και σαφώς μη αποδεκτή για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς και για όλα τα άτομα που εργάζονται με άτομα με ψυχικές ασθένειες συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, εργαζομένων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, ανταποκριτών στη γραμμή βοήθειας και νοσηλευτών που παρέχουν βοήθεια στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτοί οι εργαζόμενοι θα πρέπει επίσης να συμμετέχουν σε προγράμματα κατά του στίγματος. Αυτή η γλώσσα περιλαμβάνει ευφημισμούς, ακρωνύμια ή αρνητικές διαγνωστικές ετικέτες. (121- 123)

Ο Putman, (120) επισημαίνει ότι η αναγνώριση ότι το άτομο με το οποίο μιλάμε πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά έχει συναισθηματικά προβλήματα ή ψυχική ασθένεια δημιουργεί άγχος στο ευρύ κοινό. Αυτό τονίστηκε και από τον Goffman, (88) ο οποίος δήλωσε ότι το στιγματισμένο άτομο ήταν ίσως πιο επιδέξιο στην προσπάθεια διαχείρισης αυτής της αμοιβαίας δυσφορίας λόγω του ότι το βιώνει συχνά. Σε άτομα που δεν γνωρίζουν και δεν έχουν εκπαιδευτεί, η ανταπόκριση στο δικό τους άγχος ή φόβο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αρνητικές συμπεριφορές, αμυντικές αλληλεπιδράσεις ή συμπεριφορές αποφυγής σχετικά με το άτομο με την πιθανή ψυχική ασθένεια. Αυτή η ανταπόκριση δεν είναι χρήσιμη και είναι δυνητικά στιγματιστική με τρόπους που μπορούν να αποτρέψουν το άτομο με ψυχική ασθένεια από το να αναζητήσει περαιτέρω υποστήριξη. (123,124)

Μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι στερεοτυπικές πεποιθήσεις για άτομα που έχουν διαγνωστεί με μια σοβαρή μακροχρόνια ψυχική ασθένεια μπορεί να προκαλέσουν αισθήματα αχρηστίας, αδυναμίας ή απελπισίας, τα οποία δεν βοηθούν ούτε τους ίδιους αλλά ούτε και τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. (118) Συνεπώς, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρειάζονται όχι μόνο έγκυρες πληροφορίες και εκπαίδευση, αλλά και να συμμετέχουν σε διαδικασίες που αμφισβητούν ενεργά τις δικές τους προσωπικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές και να λάβουν υποστήριξη για να αποκτήσουν διορατικότητα και να διευκολύνουν τις ανθρωπιστικές συνδιαλλαγές με άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές ασθένειες. (120, 125, 126)

Ο Lysaker και οι συνεργάτες του, (127) υιοθετώντας ένα μοντέλο ανάκαμψης φροντίδας για άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, έχουν θέσει την προκλητικότητα του στιγματισμού στο επίκεντρο των διαδικασιών κλινικής επίβλεψης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Υπενθυμίζουν επίσης ότι το να αναγνωριστούν οι προκατειλημμένες στάσεις και συμπεριφορές των άλλων είναι ευκολότερο από το να αναγνωριστούν οι προσωπικές συγκαλυμμένες στάσεις στιγματισμού. Ίσως τα μελλοντικά μοντέλα φροντίδας θα πρέπει να τοποθετούν τον πελάτη στο επίκεντρο της φροντίδας, αντί να καθοδηγούνται από τη διάγνωση, τα συμπτώματα και τα φάρμακα. (128)

Ο αυτοστιγματισμός θεωρείται ότι σχετίζεται με εμπειρίες από άτομα με ψυχική ασθένεια, όπου χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους και βρίσκονται στο έλεος των συνηθισμένων επεμβάσεων έκτακτης ανάγκης και των διαδικασιών εισαγωγής. (123,128) Αυτές οι εμπειρίες

συμβάλλουν στην αίσθηση των ασθενών ότι μειώνεται ο εσωτερικός τόπος ελέγχου τους, που διαιώνίζεται από εξαναγκαστικές ακούσιες εισαγωγές στο νοσοκομείο. (129,130) Ανθρωπιστικές αρχές, όπως αυτές του σεβασμού, της ακρόασης, της αναγνώρισης των ανησυχιών του ατόμου, της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη, της παροχής συναισθηματικής υποστήριξης, της κατανόησης της κατάστασης του ατόμου, της εργασίας με τα υπάρχοντα δυνατά σημεία και της μετάδοσης ελπίδας μακροπρόθεσμα, αποτελούν όλα μέρος ενός προσανατολισμού που ελαχιστοποιεί ή αποτρέπει το στίγμα. (123, 124, 128)

Αυτή η προσωποκεντρική προσέγγιση υποστηρίζει το άτομο να παραμείνει ολοκληρωμένο και σε επαφή με την αίσθηση του εσωτερικού του τόπου ελέγχου. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να απαιτούν περισσότερο χρόνο αρχικά, αλλά αυτό είναι καλύτερο για τους κλινικούς ιατρούς και τους πελάτες μακροπρόθεσμα, καθώς αποφεύγεται η ενεργητική ή παθητική συμβολή των ασθενών να εσωτερικεύσουν το στίγμα και να δημιουργήσουν έναν κύκλο απώλειας, ντροπής, ήττας, φόβου και αποστροφής για τη θεραπεία. Οι εποικοδομητικές διαπροσωπικές προσεγγίσεις σε συνδυασμό με προσωποκεντρικά μοντέλα υπηρεσιών είναι χρήσιμες, ωστόσο θα απαιτηθούν πιο συγκεκριμένες προσεγγίσεις για ασθενείς που έχουν εσωτερικεύσει το στίγμα που προκύπτει από σοβαρή ψυχική ασθένεια. Αυτό θα μπορούσε να είναι δύσκολο για τους παραδοσιακούς παρόχους υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς οι Vuokila-Oikkonen και συνεργάτες αναφέρουν ότι όταν οι ασθενείς και οι συγγενείς προσπαθούν να μιλήσουν για την ντροπή τους σε σχέση με ψυχικές ασθένειες, οι επαγγελματίες υγείας απέφυγαν τη συζήτηση για το θέμα ή απάντησαν με μη βοηθητικούς τρόπους. (131)

Η αποφυγή συζητήσεων για την ντροπή ή το στίγμα θα μπορούσε να σχετίζεται με τις απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες, την αναγνώριση της αμοιβαίας δυσφορίας ή επειδή τέτοια συναισθήματα δεν έχουν αντιμετωπιστεί σε θεωρητικό ή πρακτικό επίπεδο ή σε περιστασιακές κλινικές συζητήσεις. Ίσως ο βασικός παράγοντας που διαφοροποιεί τις ανθρωπιστικές προοπτικές ή τις προοπτικές ανάκαμψης από την κύρια παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η συνεργασία με τους πελάτες ως συνεργάτες: δηλαδή η διαπραγμάτευση από άτομο σε άτομο σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των παρεμβάσεων. (88)

Ένας προσανατολισμός με επίκεντρο τον ασθενή δεν μπορεί να προκαλέσει βλάβη και χρειάζεται δυναμικούς αλλά και φροντιστικούς επαγγελματίες στο μικροεπίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε επίπεδο πολιτικής, αυτά είναι τα βασικά συστατικά των βέλτιστων πρακτικών των υπηρεσιών που είναι προσανατολισμένες στον πελάτη και των σύγχρονων μοντέλων ανάκαμψης. Ωστόσο, για τους επαγγελματίες και τους διαχειριστές που ασχολούνται με τις επείγουσες παρεμβάσεις ή εισαγωγές, ο FrESE και οι συνεργάτες του, (132) υποστηρίζουν μια κλιμακωτή προσέγγιση σε ασθενείς που εισάγονται σε πολύ διαταραγμένη κατάσταση, με στόχο να αυξηθεί η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Έτσι, οι ακραίες περιστάσεις εισαγωγής - όταν δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν από ευέλικτες υπηρεσίες κατ' οίκον. θεραπείας και ομάδες πρόληψης ή εξουδετέρωσης κρίσεων - γίνονται μέρος της συνέχειας που προσανατολίζεται στην ανάκαμψη. (127,129, 133)

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να διαπιστώσουν τις ενδείξεις στιγματισμού, ντροπής ή αυτοστιγματισμού κατά τη συνομιλία ή σε ομάδες ψυχοεκπαίδευσης με εσωτερικούς ή εξωτερικούς ασθενείς. (127) Οι MacInnes και Lewis, διαπίστωσαν ότι μετά από έξι κλειστές ομαδικές συνεδρίες μιας ώρας στις οποίες συμμετείχαν 20 εσωτερικοί ασθενείς με μακροχρόνιες ψυχικές ασθένειες, ο αυτοστιγματισμός μειώθηκε σημαντικά. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι σαφές ποιοι παράγοντες παρήγαγαν τόσο εντυπωσιακά αποτελέσματα. Ωστόσο, το γεγονός ότι οι ομάδες ήταν μικρές (έξι έως οκτώ μέλη), πιθανότατα συνέβαλε στην επικύρωση, στην εκτίμηση και στην αναγνώριση των απόψεων και των εμπειριών των ατόμων με μακροχρόνιες ψυχικές ασθένειες σε ένα περιβάλλον που υποστηρίζεται από άτομα που βιώνουν παρόμοιες συνθήκες μαζί με δύο ερευνητές-κλινικούς γιατρούς. Το ειδικά αναπτυγμένο πρόγραμμα περιλάμβανε εκπαιδευτικό περιεχόμενο σχετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας και το στίγμα και ενθάρρυνε τη συμμετοχή των ασθενών στη δική τους φροντίδα. Στην ουσία το πρόγραμμα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια προσέγγιση αποκατάστασης για άτομα με ψυχική ασθένεια. (133)

Ο κινηματογράφος και το βίντεο έχουν μακρά παράδοση στην ιατρική και ψυχιατρική εκπαίδευση ειδικά για την εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής και των νοσηλευτών. Μπορεί να είναι αποτελεσματικές στη δημιουργία συναισθηματικής αντίδρασης και να ενισχύουν την ενσυναίσθηση παράλληλα με την παροχή πληροφοριών. Η σημασία τους αυξάνεται στο πλαίσιο της ανάπτυξης των μέσων ενημέρωσης και της τεχνολογίας κατά τις τελευταίες

δεκαετίες. Το βίντεο θεωρείται ένα αποτελεσματικό, εύχρηστο εργαλείο χαμηλού κόστους, το οποίο μπορεί να προσφέρει εκπαιδευτικά οφέλη. Είναι επίσης ένα εργαλείο που μπορεί εύκολα να κλιμακωθεί και να προσεγγίσει ένα ευρύ κοινό, ειδικά μέσω των κοινωνικών μέσων. (134)

Ο ρόλος του βίντεο στην αλλαγή στιγματιστικών στάσεων μεταξύ των εφήβων έχει τεκμηριωθεί σε ορισμένες προηγούμενες κριτικές. Ωστόσο, αυτές οι προηγούμενες αναθεωρήσεις περιλάμβαναν παρεμβάσεις μέσω βίντεο μόνο ως μέρος μιας ευρύτερης ομάδας μέσων μαζικής ενημέρωσης, παρεμβάσεις που στόχευαν γενικά στο δημόσιο στίγμα, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, παρεμβάσεις στο σχολείο, μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη παρακολούθηση παρεμβάσεων κατά του στίγματος γενικότερα, βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις για φοιτητές πανεπιστημίων και κολεγίων και παρεμβάσεις σε φοιτητές και επαγγελματίες υγείας. (134)

Αρκετές μελέτες ερευνητών έχουν επεκταθεί για να συγκρίνουν την παρέμβαση βίντεο με άλλους τύπους παρεμβάσεων. Έγιναν πέντε συγκρίσεις μεταξύ παρέμβασης βίντεο και άμεσης επαφής και τρεις έγιναν μεταξύ βίντεο και άλλων παρεμβάσεων. Δύο μελέτες βρήκαν το ίδιο μέγεθος θετικής επίδρασης και στις δύο μορφές παρέμβασης σε σύγκριση μεταξύ τους. Μια σύγκριση έγινε με μια συνεδρία όπου οι συμμετέχοντες βίωσαν και προσομοίωσαν εμπειρίες ψευδαισθήσεων. (135-141) Οι Reinke et al. βρήκαν το ίδιο αποτέλεσμα στη μέτρηση μετά τη δοκιμή χρησιμοποιώντας μια κλίμακα κοινωνικής απόστασης. (138) Οι Faigin και Stein διαπίστωσαν ότι η ζωντανή θεατρική παράσταση συσχετίστηκε με σημαντικά μεγαλύτερη αρχική μείωση των στιγματιστικών στάσεων και αύξηση των ευνοϊκών συμπεριφορικών προθέσεων από μια θεατρική παράσταση που βασίζεται σε βίντεο. (139) Η μεγαλύτερη συναισθηματική ανταπόκριση ήταν επίσης παρούσα σε παρακολούθηση διαστήματος ενός μήνα. (136,137)

Οι Clement et al., συνέκριναν μια παρέμβαση βίντεο με μια εκπαιδευτική συνεδρία, η οποία περιλάμβανε μια σύντομη συζήτηση που παρουσιάστηκε από μια νοσοκόμα ψυχικής υγείας και μια παραδοσιακή διάλεξη που κάλυπτε θέματα στιγματισμού και διακρίσεων. (135) Δεν υπήρχαν στοιχεία άμεσης κοινωνικής επαφής σε αυτήν την εκπαιδευτική συνεδρία. Δύο από τα τέσσερα μέτρα (που επικεντρώθηκαν σε γενικές στάσεις και κοινωνική απόσταση) έδειξαν συγκριτικά ανώτερη επίδραση της παρέμβασης βίντεο, ενώ τα υπόλοιπα μέτρα δεν

έδειξαν διαφορά. Στη μελέτη του Owen, τόσο το βίντεο όσο και η διάλεξη στόχευαν σε μυθοπλασία και γεγονότα που σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες. Το βίντεο περιείχε αποσπάσματα από δημοφιλείς ταινίες που απεικονίζουν μυθοπλασίες που αντιπαρατίθενται με αποσπάσματα από βίντεο ντοκιμαντέρ που παρουσιάζουν γεγονότα. Η παρέμβαση με βίντεο είχε πιο θετική επίδραση στη γνώση σχετικά με την ψυχική ασθένεια σε ένα τεστ δύο εβδομάδων μετά τη δοκιμή σε σύγκριση με τη διάλεξη. (141)

Οι Walachovska et al., (136) συνέκριναν τις αλλαγές στη γνώση σχετικά με την ψυχική ασθένεια μετά από ένα ολοκληρωμένο ντοκιμαντέρ για τη σχιζοφρένεια και μια κύρια διάλεξη ερευνητή για τον χαρακτήρα, τις αιτίες και τις συνέπειες της σχιζοφρένειας. Η διάλεξη είχε πιο θετική επίδραση στην απόκτηση γνώσεων και το αποτέλεσμα διήρκεσε επίσης σε παρακολούθηση ενός μηνός. Η προσομοίωση ψευδαισθήσεων δεν βρέθηκε να είναι αποτελεσματική στη μείωση της κοινωνικής απόστασης και στην ενίσχυση των θετικών συναισθηματικών αντιδράσεων σε κάποιον με ψυχική ασθένεια σε σύγκριση με την παρέμβαση βίντεο. (140,142)

Οι Esters et al., (143) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα του βίντεο που απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους που έχουν ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική ασθένεια. Το βίντεο συμπληρώθηκε από μια εκπαιδευτική συνεδρία που επικεντρώθηκε στις δυνατότητες θεραπείας και αναζήτησης βοήθειας, μαζί με πληροφορίες για το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια. Η επίδραση όσον αφορά την αύξηση των γνώσεων και τη θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας ήταν παρούσα σε 3 μήνες παρακολούθησης. Η μελέτη των Altindag et al., (144) βασίστηκε σε ένα συνδυασμό εκπαίδευσης, άμεσης επαφής και κινηματογράφου (Beautiful mind). Ωστόσο, τα θετικά αποτελέσματά της που αποδείχθηκαν μετά τη δοκιμή δεν ήταν παρόντα σε παρακολούθηση ενός μηνός.

Οι Saporito et al., (145) αξιολόγησαν μια παρέμβαση, η οποία συνίστατο σε εκπαιδευτική συνεδρία σε συνδυασμό με ένα βίντεο που απεικόνιζε τη ζωή ενός ατόμου με ψυχική ασθένεια. Θετικές επιδράσεις παρατηρήθηκαν στο post - test στις στάσεις απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες και στην αναζήτηση βοήθειας, αλλά όχι στις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις έμμεσες στάσεις που μετρήθηκαν από το Implicit Association Test. Οι Lincoln et al., (146) συμπλήρωσαν έναν βιντεοσκοπημένο διάλογο ενός ψυχιάτρου και ενός ασθενούς σχετικά με τη ζωή με σχιζοφρένεια με δύο τύπους φυλλαδίων. το ένα με

ψυχοκοινωνική και το δεύτερο με βιολογική εξήγηση της νόσου. Το πρώτο είχε σημαντικό αντίκτυπο στη μείωση του στερεότυπου της επικινδυνότητας και της κοινωνικής απόστασης στην ομάδα των φοιτητών ιατρικής και δεν αύξησε κανένα από τα στερεότυπα στοιχεία. Η παρέμβαση που βασίστηκε σε βιολογική εξήγηση μείωσε το στερεότυπο της απρόβλεπτης και ανικανότητας, καθώς και την κοινωνική απόσταση στην ομάδα των φοιτητών ιατρικής, μείωσε την απόδοση ευθύνης για τη διαταραχή και στις δύο ομάδες, ωστόσο, ενίσχυσε τις απόψεις σχετικά με την κακή πρόγνωση των ατόμων με ψυχική ασθένεια στην ομάδα των φοιτητών ψυχολογίας.

Οι Pinto-Foltz et al., (142) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης που αποτελείται από ένα βίντεο, μια εκπαιδευτική συνεδρία και άμεση επαφή (πρόγραμμα In Our Own Voice). Το πρόγραμμα δεν άλλαξε τις συμπεριφορές στιγματισμού, ωστόσο, παρατηρήθηκε αλλαγή γνώσης σχετικά με την ψυχική ασθένεια σε δύο παρακολούθησεις (η δεύτερη πραγματοποιήθηκε οκτώ εβδομάδες μετά την παρέμβαση), αλλά όχι μετά τη δοκιμή. Τα στοιχεία σχετικά με τους παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν την αλλαγή μεταξύ των μετρήσεων μετά τη δοκιμή και των μετρήσεων παρακολούθησης δεν ήταν πειστικά.

Έντεκα μελέτες συνέκριναν μια παρέμβαση βίντεο με την ομάδα ελέγχου που είτε δεν είχε καμία παρέμβαση, είτε παρέμβαση που δεν σχετίζεται με ψυχική ασθένεια. Συνολικά, η πλειονότητα των παρεμβάσεων βίντεο είχε θετικό αποτέλεσμα (εμφανίζεται είτε, στο σύνολο είτε μόνο σε ορισμένα από τα μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν) σε σύγκριση με μια ανενεργή ομάδα ελέγχου. Μόνο μία παρέμβαση μέσω βίντεο έδειξε θετική επίδραση στην παρακολούθηση (από τρεις μελέτες που διεξήγαγαν μετρήσεις παρακολούθησης). Ωστόσο, αυτή η παρακολούθηση πραγματοποιήθηκε μόνο μία εβδομάδα μετά την παρέμβαση. Τα τρία βίντεο δεν διέφεραν σημαντικά ως προς το περιεχόμενό τους. Όλα απεικόνιζαν προσωπική εμπειρία με ψυχικές ασθένειες, περιείχαν πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα, το σχετικό στίγμα και τη δυνατότητα να ζήσουν φυσιολογική ζωή. (140)

Πέντε παρεμβάσεις βίντεο, οι οποίες είχαν θετική επίδραση μετά τη δοκιμή είχαν πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Όλοι τους απεικόνιζαν κάποιον με ψυχική ασθένεια, ανέφεραν συμπτώματα και τη δυνατότητα να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Ωστόσο, αυτά τα βίντεο δεν

διέφεραν ουσιαστικά από εκείνα όπου το αποτέλεσμα δεν ήταν σαφώς θετικό. (138, 147,148,149)

Οι Penn et al. ανέφεραν σχεδόν καμία επίδραση (μετρούμενη από τα επίπεδα κοινωνικής απόστασης, την αναφερόμενη συναισθηματική αντίδραση σε ψυχικές ασθένειες, τις γενικές στάσεις απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες και την αντιληπτή επικινδυνότητα) ενός ντοκιμαντέρ για τη σχιζοφρένεια που περιείχε έμμεση επαφή με κάποιον με ψυχική ασθένεια και την προσωπική του εμπειρία να ζει με ασθένεια. Ωστόσο, το βίντεο περιλάμβανε πληροφορίες ότι το άτομο αυτοκτόνησε και αυτό μπορεί να ήταν πολύ σοκαριστικό για τους θεατές. (150)

Δύο μελέτες μέτρησαν την πραγματική συμπεριφορά των συμμετεχόντων σε μια αλληλεπίδραση με κάποιον με ψυχική ασθένεια. Το πρώτο βίντεο αποτελούνταν από έναν συνδυασμό ενός σύντομου βίντεο που έδειχνε κάποιον με ψυχική ασθένεια σε μια ουρά για εισιτήρια και ενός εκπαιδευτικού βίντεο βασισμένου σε προσωπικές εμπειρίες κάποιου με την ασθένεια. Στη δεύτερη μελέτη οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν ένα βίντεο θετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ δύο ξένων. Η πειραματική ομάδα οδηγήθηκε να πιστέψει ότι ένας από τους ξένους είχε σχιζοφρένεια. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα παρατηρήθηκε ότι είχαν πιο φιλική αλληλεπίδραση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια σε σχέση με εκείνους της ομάδας ελέγχου. (147, 148, 151)

Πέντε μελέτες συνέκριναν τα αποτελέσματα διαφορετικών παρεμβάσεων βίντεο: μια ταινία μεγάλου μήκους με την αντίστοιχη ταινία μεγάλου μήκους που συμπληρώθηκε από έξι διαφορετικά σύντομα επεξηγηματικά τρέιλερ, (152) ένα εκπαιδευτικό βίντεο σε βίντεο που βασίζεται σε επαφή, (153) ένα βίντεο ειδικά για την ασθένεια με ένα βίντεο σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες γενικά, (151) τρία βίντεο με διαφορετικά επίπεδα δυσφήμισης των στερεοτύπων, (138) επαναλαμβανόμενη έκθεση σε βίντεο με μία μόνο έκθεση στο βίντεο. (151-154) Η ταινία μεγάλου μήκους (με τίτλο Angel baby, 1995) συγκρίθηκε με έξι διαφορετικά σύντομα επεξηγηματικά τρέιλερ. Ο ρόλος των τρέιλερ ήταν κρίσιμος, επειδή η επίδραση της ταινίας αυτή καθαυτή ήταν μάλλον αρνητική όσον αφορά το επίπεδο των στιγματιστικών στάσεων. Τα τρέιλερ περιλάμβαναν σύντομες πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία της σχιζοφρένειας, τα συμπτώματα, τα προσωπικά συναισθήματα και τη δυνατότητα θεραπείας της νόσου, τη δυνατότητα να ζήσει μια φυσιολογική ζωή και τον

σύνδεσμο του ιστότοπου. Οι συγγραφείς διερεύνησαν επίσης την αποτελεσματικότητα των διαφορετικών σχεδίων των ρυμουλκούμενων. Το πιο αποτελεσματικό ήταν το τρέιλερ στο οποίο οι πραγματικές πληροφορίες δόθηκαν από τον γιατρό με αφαιρετικό ύφος ("*Άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια*"), αντί για το τρέιλερ με ασθενή που μιλούσε με επαγωγικό τρόπο ("*Άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια, όπως η Κέιτ στην ταινία...*"). Η ενσυναισθητική φύση της ταινίας συμπληρώθηκε επομένως με τις εξειδικευμένες πληροφορίες που παρείχε ο γιατρός. (152)

Το βίντεο που βασίστηκε στην επαφή φάνηκε να έχει ευρύτερο αντίκτυπο στην μείωση του στίγματος από το εκπαιδευτικό βίντεο και το αποτέλεσμα διήρκεσε επίσης μετά από μία εβδομάδα. Το εκπαιδευτικό βίντεο είχε περιορισμένη επίδραση, δείχνοντας βελτίωση μόνο σε στοιχεία που σχετίζονται με την ευθύνη και την ευθύνη. Το βίντεο επαφής είχε θετική επίδραση σε αντικείμενα που σχετίζονται με τον οίκτο, την ενδυνάμωση, τον εξαναγκασμό και τον διαχωρισμό. (153) Το ειδικό για τη νόσο βίντεο που στοχεύει το σύνδρομο Tourette βρέθηκε πιο κατάλληλο όσον αφορά τη μείωση του στίγματος έναντι των ατόμων με σύνδρομο Tourette από το βίντεο που αναφέρεται στην ψυχική ασθένεια γενικά. (151)

Οι Reinke et al., (138) διαπίστωσαν ότι τα βίντεο (με βάση μια μαρτυρία ενός ατόμου που έχει ψυχική ασθένεια) με μέτριο και υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας (το πρώτο περιελάμβανε ισορροπημένες πληροφορίες τόσο για τις θετικές όσο και για τις αρνητικές πτυχές της ψυχικής ασθένειας, το δεύτερο επικεντρώθηκε μόνο στους θριάμβους της ζωής του ατόμου που έχει την ασθένεια) ήταν πιο αποτελεσματικά από το βίντεο με χαμηλό επίπεδο δυσαρέσκειας (περιλάμβανε μόνο πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα και τον αρνητικό αντίκτυπο της συναισθηματικής διαταραχής στη ζωή του ατόμου). Ωστόσο, το βίντεο με υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας απέδωσε αποτελέσματα παρόμοια με αυτό με μέτρια δυσαρέσκεια. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε βίντεο που προωθούσε θετικές στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας απέδωσε καλύτερα αποτελέσματα από τη μεμονωμένη έκθεση και το αποτέλεσμα διήρκεσε επίσης σε παρακολούθηση 3 εβδομάδων. Ωστόσο, η τάση αυτή υποστηρίχθηκε μόνο από δύο (από τα τέσσερα) μέτρα αποτελέσματος. (154)

Η ανασκόπηση των Morgan et al., (155) αξιολογεί τα στοιχεία σχετικά με το ποιες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση του δημόσιου στίγματος προς άτομα με

σοβαρή ψυχική ασθένεια, που ορίζεται ως σχιζοφρένεια, ψύχωση ή διπολική διαταραχή. Συμπεριλήφθηκαν 62 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές παρεμβάσεων επαφής, εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, μικτής επαφής και εκπαίδευσης, οικογενειακών προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης και προσομοιώσεων ψευδαισθήσεων. Έχουν διεξαχθεί αρκετές αναθεωρήσεις για να προσδιοριστεί τι είδους παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση του στίγματος. Η ανασκόπηση του Corrigan και των συνεργατών του, (156) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα μετά την παρέμβαση της εκπαίδευσης και των παρεμβάσεων επαφής για το στίγμα προς την ψυχική ασθένεια γενικά (όχι μόνο για σοβαρές ψυχικές ασθένειες). Ο συνδυασμός δεδομένων από 13 παρεμβάσεις για τη μείωση του στίγματος έδειξε πολύ μικρές έως μικρές επιπτώσεις από την εκπαίδευση (d_s 0,10–0,21) και μικρές έως μεσαίες επιπτώσεις από παρεμβάσεις επαφής (d_s 0,27–0,63). Οι Griffiths et al., (157) εξέτασαν επίσης την αποτελεσματικότητα μετά την παρέμβαση εκπαίδευσης και επαφής που αξιολογήθηκαν για τη μείωση του στίγματος. Ειδικά για το στίγμα προς τα άτομα με σχιζοφρένεια/ψύχωση, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις οδήγησαν σε μικρές βελτιώσεις ($d = 0,23$, 5 συγκρίσεις) και οι παρεμβάσεις επαφής οδήγησαν σε πολύ μικρές βελτιώσεις ($d = 0,14$, 2 συγκρίσεις).

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των παρεμβάσεων κατά του στίγματος έχουν εξεταστεί σε δύο μετα-αναλύσεις, αλλά και οι δύο περιλάμβαναν μη παρεμβάσεις για τη μείωση του στίγματος και δεν ήταν ειδικές για σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Οι Mehta et al., (158) εντόπισαν 21 μελέτες που εξέτασαν τα αποτελέσματα μετά από τουλάχιστον 4 εβδομάδες και διαπίστωσαν μικρές βελτιώσεις στις συνολικά στιγμιστικές στάσεις ($d = 0,26$), με ισχυρότερα αποτελέσματα από παρεμβάσεις χωρίς επαφή με τον καταναλωτή ($d = 0,33$) από εκείνες με άμεση επαφή ($d = 0,17$) ή έμμεση επαφή ($d = 0,32$). Ομοίως, οι Corrigan et al., (159) συγκέντρωσαν δεδομένα από 19 μελέτες που εξέτασαν επιδράσεις πέρα από τη μετά την παρέμβαση και βρήκαν μικρές βελτιώσεις στο στίγμα τόσο από την εκπαίδευση ($d = 0,20$) όσο και από τις παρεμβάσεις επαφής ($d = 0,22$). Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων επαφής αξιολογήθηκαν ευρύτερα και οδήγησαν σε μικρομεσαίες μειώσεις των στιγμιστικών στάσεων και της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από τη διάρκεια της παρέμβασης, εάν οι παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν άμεση επαφή, έμμεση επαφή ή φανταστική επαφή και εάν χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές μορφές επαφής.

Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων επαφής μετά το τέλος της παρέμβασης δεν έχει αποδειχθεί σαφώς. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα έδειξαν επίσης μικρές έως μεσαίες βελτιώσεις στον στιγματισμό των στάσεων και της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση. Υπήρχαν λίγες ενδείξεις ότι οι μειώσεις στις συμπεριφορές στιγματισμού συνεχίστηκαν έως και έξι μήνες αργότερα, αλλά φαίνεται να επιμένουν μικρές βελτιώσεις στην κοινωνική απόσταση. Οι σύντομες, βασισμένες σε κείμενο εκπαιδευτικές παρεμβάσεις φάνηκε να διαφέρουν ελάχιστα ως προς την αποτελεσματικότητα από τα εκπαιδευτικά προγράμματα μεγαλύτερης διάρκειας και η παροχή πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο υποστήριξης ενός ατόμου με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν οδήγησε σε καλύτερα αποτελέσματα. Τα στοιχεία ήταν αντιφατικά σχετικά με το αν οι ψυχοκοινωνικές ή βιολογικές εξηγήσεις της σοβαρής ψυχικής ασθένειας ήταν λιγότερο στιγματιστικές, με τις βιολογικές εξηγήσεις να οδηγούν σε λιγότερο στιγματιστικές συμπεριφορές αλλά μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση. (155)

Οι παρεμβάσεις που συνδύαζαν τόσο την επαφή όσο και τα εκπαιδευτικά στοιχεία έδειξαν παρόμοια μεγέθη αποτελέσματος με εκείνες που παρουσίαζαν οποιαδήποτε παρέμβαση μόνη της. Σύμφωνα με αυτό, οι αναλύσεις μας δεν βρήκαν σημαντική διαφορά μεταξύ των παρεμβάσεων επαφής και εκπαίδευσης για τη μείωση των στάσεων ή της κοινωνικής απόστασης, όταν αυτές αξιολογήθηκαν σε συγκρίσεις σώμα με σώμα. Τρεις μελέτες βρήκαν στοιχεία ότι οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές όταν διεξάγονται με μέλη της οικογένειας ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες διεξήχθησαν σε μη δυτικές χώρες και δεν είναι σαφές πόσο γενικευμένα είναι τα ευρήματα σε άλλα πλαίσια. Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προσομοιώσεων ψευδαισθήσεων είναι ανάμεικτα, με ορισμένες μελέτες να υποδεικνύουν τη δυνατότητα επιδείνωσης των στάσεων και της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση, αντί να τη βελτιώσουν. Η πιθανότητα βλάβης από προσομοιώσεις ψευδαισθήσεων υποδεικνύει ότι απαιτείται προσεκτική προσέγγιση. (155)

2.4.4 Ο ρόλος της ψυχοεκπαίδευσης στην αντιμετώπιση του στιγματισμού

Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί στα πλαίσια της αντιμετώπισης του στιγματισμού. Μεταξύ αυτών, ο Corrigan και συνεργάτες πρότειναν τρεις συγκεκριμένες στρατηγικές για τη μείωση του στιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών: διαμαρτυρία,

εκπαίδευση, επαφή. Η διαμαρτυρία έχει να κάνει περισσότερο με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κοινής δικτύωσης, και τον τρόπο με τον οποίο προβάλλουν το ζήτημα της ψυχικής νόσου. Ο λόγος και ο τρόπος με τον οποίο προβάλλονται αβίαστα γεγονότα και συμπεριφορές που σχετίζονται με την ψυχική νόσο προς την κυρίαρχη γνώμη, παίζουν σπουδαίο ρόλο για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας από το σύνολο της κοινωνίας. Η εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου, μέσα από τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση αναφορικά με ζητήματα που σχετίζονται με την ψυχική νόσο. Τέλος, η άμεση επαφή με άτομα με κάποια ψυχική νόσο, συμβάλλει στην κατανόηση, στην άμεση γνώση και στην αποφυγή στερεοτυπικών αντιλήψεων για τα άτομα αυτά. Η ακρόαση και η γνώση του υποκειμενικού βιώματος ενός ψυχικά ασθενή, βοηθά να λειανθούν ή και να εξαλειφθούν αντιλήψεις που εντείνουν το στιγματισμό. (69)

Στην πλειοψηφία των μελετών, φαίνεται πως η κοινωνική επαφή και η μείωση της απόστασης με στιγματισμένες κοινωνικές ομάδες, έχει καθοριστικό ρόλο στην άμβλυνση των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων. Η επαφή με τις βιογραφικές ιστορίες και το υποκειμενικό βίωμα αυτών των ανθρώπων αναφορικά με τη διαδικασία του στιγματισμού προτείνεται ως μια αποτελεσματική παρέμβαση στα πλαίσια της μείωσης και της εξάλειψης του στιγματισμού. Επιπλέον, η απόκτηση γνώσεων και η ενδεδειγμένη πληροφόρηση με επιστημονική τεκμηρίωση σχετικά με τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των ζητημάτων ψυχικής υγείας και την αναζήτηση βοήθειας έχει θετικά αποτελέσματα. (160,161)

2.5 Το αντιψυχιατρικό κίνημα και ο ρόλος του στην αντιμετώπιση του στίγματος

Σημαντική ήταν η ύπαρξη και η αναφορά στο αντιψυχιατρικό κίνημα. Ιδρυτής του ήταν ο Γάλλος φιλόσοφος M.Foucault, με την μελέτη του «Η ιστορία της τρέλας». Η θεωρία του κινήματος αυτού αποκαλύπτει μια άλλη διάσταση στο στιγματισμό του ψυχικά ασθενούς και στην εμφάνιση της ψυχιατρικής επιστήμης. Στην Ευρώπη μετά το 17^ο – 18^ο αιώνα, τα χρησιμοποιούμενα έως τότε λεπροκομεία, άρχισαν να λειτουργούν ως δομές που χρησιμοποιούνταν για εγκληματίες, ψυχικά ασθενείς και άλλα άτομα από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Στα άσυλα αυτά, οι έγκλειστα υποχρεώνονταν να εργάζονται σε μια προσπάθεια ηθικής αναμόρφωσης, υπακοής και πειθαρχίας. Επειδή όμως οι έγκλειστοι πληθυσμοί ψυχικά ασθενών δεν κατάφεραν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις

του κυρίαρχου τρόπου ζωής, αναφορικά με την εργατικότητα, την παραγωγικότητα και την ευπρέπεια περιθωριοποιήθηκαν περαιτέρω και παρέμειναν κλεισμένοι στα άσυλα, γεγονός το οποίο τους συνέδεσε συνειρμικά με τις αντιλήψεις που υπήρχαν έως τότε για τη λέπρα, τη μόλυνση και τη μεταδοτικότητα της. Έτσι κλήθηκαν οι γιατροί προκειμένου να διαφυλάξουν από τον κίνδυνο μόλυνσης από την τρέλα. (162)

Επομένως, ο Φουκώ, θέτει έναν προβληματισμό σχετικά με την ιατροποίηση της ψυχικής νόσου. Θεωρεί λοιπόν, πως η κατεύθυνση προς ένα ιατροκεντρικό μοντέλο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας μοιάζει με μια προσπάθεια εξευγενισμού και άσκησης εξουσίας σε μια κατηγορία ανθρώπων που η κυρίαρχη εξουσία δε μπορούσε να ελέγξει. Επομένως, δε θα μπορούσε κανείς να το δει ως ιατρική ή ανθρωπιστική πρόοδο, καθώς οι άνθρωποι που καλούνταν ως γιατροί δεν κρίνονταν από τις επιστημονικές τους γνώσεις, αλλά από τις ηθικές αξίες και αρχές και κατά πόσο αυτές συμβάδιζαν με την αστική εξουσία. (163)

Οι βασικές θέσεις και αρχές του αντιψυχιατρικού κινήματος συνοψίζονται ως εξής: 1. Η σχιζοφρένεια θεωρείται όχι αμιγώς ιατρικό αλλά κυρίως κοινωνικό φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται μέσα σε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες. 2. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθρεφτίζουν την παθολογία των κοινωνικών δομών. 3. Συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, αποτυπώνουν και αποκαλύπτουν τη διαταραγμένη επικοινωνία του ασθενούς με το άμεσο και έμμεσο κοινωνικό περιβάλλον τους. 4. Η κυρίαρχη ψυχιατρική επιλέγει να συντάσσεται με την κυρίαρχη εξουσία τοποθετώντας τον σχιζοφρενή στο περιθώριο της κοινωνίας, στερώντας του το δικαίωμα για προσωπική ελευθερία και διατήρηση της κοινωνικής του ταυτότητας. (164)

Συμπερασματικά, οι υποστηρικτές και οι εκπρόσωποι του αντιψυχιατρικού κινήματος υποτιμούν τη βιολογική και ιατρική διάσταση της σχιζοφρένειας και θεωρούν τις διαγνώσεις και τα κριτήρια που τις στηρίζουν δημιουργήματα των εκάστοτε κοινωνικών θεσμών και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ως την άσκηση βίας. Τα άτομα με σχιζοφρένεια προβάλλονται ως ήρωες που αντισταθούν με τη διαφορετικότητά τους στην αλλοτριωμένη κοινωνική πραγματικότητα που τους περιβάλλει. Επίσης, τους παρουσιάζει ως «επαναστάτες» που προσπαθούν να διατηρήσουν την ατομικότητά του και την αγνότητά τους αφού διακηρύσσει ότι ο καπιταλισμός είναι η μόνη ασθένεια. Η θεωρία του αντιψυχιατρικού κινήματος ήταν στην ακμή της τις δεκαετίες 1960-1970, ενώ άρχισε να

είναι σε ύφεση τη δεκαετία του 1980 και τμήματα αυτού να ενσωματώνονται στις θέσεις της κυρίαρχης ψυχιατρικής. (165)

2.6 Δράσεις και πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του στίγματος

2.6.1 Σε εθνικό επίπεδο

Η Ελλάδα, μαζί με αρκετές χώρες παγκόσμια, οδηγήθηκε στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα σε ριζοσπαστικές κινήσεις μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με βασικό γνώμονα την αποασυλοποίηση. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέθηκε με την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής, την αποασυλοποίηση και μια νέα στόχευση της ψυχιατρικής φροντίδας με στόχο την ανοχή στη διαφορετικότητα και την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων. (166,167)

Οι πρώτες αξιοσημείωτες εξελίξεις στην Ελλάδα, ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1970, με την ανάπτυξη ρευμάτων αμφισβήτησης ενάντια στην παραδοσιακή ασυλική κουλτούρα της ψυχιατρικής. Μετά την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε. υιοθετήθηκε, το 1984 ο Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84, για την έκτακτη οικονομική στήριξη, που αφορούσε στη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Τα αποτελέσματα του προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ήταν σημαντικά, καθώς ο αριθμός των ψυχικά πασχόντων στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία μειώθηκε αρκετά. (168)

Προκειμένου να συνεχιστεί η προσπάθεια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μετά το τέλος της χρηματοδότησης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας εκπόνησε ένα σχέδιο με κωδική ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Το πρόγραμμα αυτό έδωσε έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας με στόχο τη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων. ([http:// www.moh.gov.gr/articles/health/ domes- kai- draseis- gia- thn- ygeia/ programma- quot-psyxargws-quot/ 83- hpsyxiatrikh-metarrythmish-sthn-ellada](http://www.moh.gov.gr/articles/health/ domes- kai- draseis- gia- thn- ygeia/ programma- quot-psyxargws-quot/ 83- hpsyxiatrikh-metarrythmish-sthn-ellada)) Βασικός στόχος είναι η ανάπτυξη κοινοτικών δικτύων από τα οποία το άτομο να μπορεί να αντλεί βοήθεια για κάθε πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζει με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού και περιθωριοποίησης. Βασική προϋπόθεση για κάθε νέο σχεδιασμό και αλλαγή στο χώρο της ψυχικής υγείας, οφείλει να παραμένει το αυθεντικό ενδιαφέρον των επαγγελματιών για τη «συνάντηση» με

το πάσχον υποκείμενο για μια ψυχιατρική φροντίδα του υποκειμένου, για το υποκείμενο, με το υποκείμενο. (168)

2.6.2 Σε διεθνές επίπεδο

Κομβικής σημασίας στην αντιμετώπιση του στιγματισμού, μέσα σε μια περίοδο κυριαρχίας του βιοϊατρικού μοντέλου, ήταν το έργο του Pinel. Τη δεκαετία του 1960, εμφανίζεται ένα κύμα αμφισβήτησης του ασυλικού τρόπου περίθαλψης των ψυχικά ασθενών και προτάσεων εναλλακτικών προσεγγίσεων, τα κινήματα αυτά συνδέθηκαν με πολιτικά και κοινωνικά κινήματα όπως το κίνημα της αντιψυχιατρικής στην Αγγλία. (167) Την ίδια δεκαετία έγιναν διεθνής προσπάθειες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και δημιουργίας εξωασυλικών μορφών περίθαλψης των ατόμων με ψυχικά νοσήματα, όπως επίσης και την ανάπτυξη ενός συστήματος κοινοτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (168) Στις μέρες μας, η παροχή φροντίδας στην κοινότητα έχει παγιωθεί ως πρακτική περίθαλψης ψυχικών νοσημάτων, σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα στοχεύει στην επανασύνδεση και τη σταδιακή επανένταξη του ατόμου στην οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον, στην κοινότητα, την εργασία, τις σπουδές και την ενδυνάμωσή του. (169)

Κομβικής σημασίας ήταν το Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχιατρικής του 1977 όπου και προέκυψε η Διακήρυξη της Χαβάης. Η διακήρυξη αυτή καθόρισε το σκοπό της ψυχιατρικής, αλλά και τα καθήκοντα των ψυχιάτρων, στο κέντρο των οποίων βρίσκεται η συμβολή στην υγεία, την αυτονομία και την ανάπτυξη του ατόμου, με γνώμονα το σεβασμό και την αξιοπρέπειά του. (170) Εξίσου συνέβαλε και η Σύσταση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ (17/12/1991) για τις αρχές σχετικά με την προστασία των ατόμων με ψυχικές δυσκολίες. (171) Αξιοσημείωτη είναι επίσης η United Nations Declaration of the Right of the Mentally ill (1991) και ορισμένα άλλα κείμενα διεθνή ή Ευρωπαϊκά. Το 1977, ψηφίστηκε στο Οβιέδο της Ισπανίας η σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Η σύμβαση αυτή κυρώθηκε στην Ελλάδα με τον 2619/1998 Νόμο. (172) Το σπουδαιότερο διεθνές κείμενο σχετικά με την προστασία των ψυχικά ασθενών, αποτελεί η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου από κοινού με τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του

Ανθρώπου (εφεξής ΕΔΔΑ) ενώ ιδιαίτερης σημασίας είναι άλλα μη δεσμευτικά κείμενα του συμβουλίου της Ευρώπης. (173)

Η Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε το 1983 με τη «νομική προστασία των προσώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικά ιδρύματα» και παράλληλα αναφέρθηκε στους Ευρωπαϊκούς σωφρονιστικούς κανόνες και στις ηθικές οργανωτικές όψεις της φροντίδας στα περιβάλλοντα αυτά. Οι γενικές αρχές αφορούν στην απαγόρευση των διακρίσεων λόγω της ψυχικής νόσου και στην ενημέρωση των ψυχικά πασχόντων για τα δικαιώματά τους, την επαρκή φροντίδα τους, την επάρκεια δομών και προσωπικού για να καλύπτουν όλα τα παραπάνω.

Οι θεμέλιοι λίθοι της διαδικασίας άρθρωσης μιας δημόσιας στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ψυχική υγεία αποτελούν οι διατάξεις του άρθρου 152 της Συνθήκης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΕΚ)126, οι αποφάσεις και τα συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου από το 1999 για ζητήματα ψυχικής υγείας και η ανάδειξη της ψυχικής υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως προτεραιότητα για ανάληψη δράσης, ιδιαίτερα μετά τον εορτασμό του 2001 ως έτους ψυχικής υγείας. (174)

Καταλυτικό ρόλο στην ανάδυση της στρατηγικής για την ψυχική υγεία αποτέλεσε η Υπουργική Διάσκεψη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού, η οποία διεξήχθη το 2005 στο Ελσίνκι. Στη Διάσκεψη αυτή υιοθετήθηκαν η Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία και το Σχέδιο Δράσης για την Ευρώπη.

Επίσης, έθεσε το πλαίσιο μιας στρατηγικής και ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία. Σε αυτό το πλαίσιο έλαβαν χώρα οι ακόλουθες θεματικές συναντήσεις:

□ Προαγωγή ψυχικής υγείας και πρόληψη ψυχικής ασθένειας (16 – 17 Ιανουαρίου 2006, Λουξεμβούργο).

□ Κοινωνική ένταξη και Θεμελιώδη Δικαιώματα²¹ (16 – 17 Μαρτίου 2006, Βιέννη).

□ Ενημέρωση, έρευνα και επιμόρφωση (18 – 19 Μαΐου 2006, Λουξεμβούργο).

Τέλος, το 2008, διοργανώθηκε συνδιάσκεψη για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία, όπου συμμετείχαν εκπρόσωποι από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και συμφωνήθηκαν πέντε τομείς προτεραιότητας για δράση. Πρόληψη κατάθλιψης και αυτοκτονιών, Ψυχική Υγεία στους νέους και στην εκπαίδευση, Ψυχική Υγεία σε εργασιακούς χώρους, Καταπολέμηση στίγματος και κοινωνικού αποκλεισμού και Ψυχική Υγεία των ηλικιωμένων.

2.6.3 Η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελείται από δύο άξονες. Ο ένας αφορά τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου και ο δεύτερος την ανάπτυξη και εξέλιξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του μέσα στα πλαίσια ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, υποχωρεί πλέον το βιοϊατρικό μοντέλο και με τη χρήση βιοψυχοκοινωνικών εργαλείων, δημιουργείται πλέον μια κατεύθυνση τόσο για την άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου και των συνεπειών τους, της αντιμετώπισης της αναπηρίας και των ελλειμμάτων αλλά και της ελάττωσης του στίγματος. (175)

Οι βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αφορούν 1) η ύπαρξη ενός συστήματος υγείας το οποίο προσεγγίζει ολιστικά τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες αναγνωρίζοντας τις μειονεξίες αλλά και τα θετικά χαρακτηριστικά ώστε να βοηθήσει το άτομο να τα αξιοποιήσει αντίστοιχα, 2) δέσμευση για τη βελτίωση του στεγαστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα, 3) ο ενεργός ρόλος των ψυχικά πασχόντων στο σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, 4) την εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών για την επίτευξη των στόχων της και τέλος, 5) ένα σύστημα το οποίο θα πιστεύει και θα επενδύει στην ανάρρωση του ψυχικά πάσχοντα. (175)

Βασικοί στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν η ελάττωση της συμπτωματολογίας, η βελτίωση της λειτουργικότητας, των διακρίσεων και του στιγματισμού και τέλος, η υποστήριξη του άμεσου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του

ψυχικά πάσχοντα με απώτερο σκοπό την ενίσχυση του ίδιου του ατόμου (WHO1996). Για την επίτευξή τους, δημιουργήθηκε μια σειρά μονάδων αποκατάστασης στην κοινότητα όπως τα κέντρα ημέρας, εργαστήρια εκπαίδευσης ή επαγγελματικά εργαστήρια και στεγαστικές μονάδες (ξενώνες, οικοτροφεία)

Οι παρεμβάσεις στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αφορούν το άτομο και την οικογένεια. Όσον αφορά στον ψυχικά πάσχοντα οι παρεμβάσεις στοχεύουν α) στη μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, τη φαρμακευτική συμμόρφωση, τη μείωση των υποτροπών και την αντιμετώπιση των κρίσεων, με αποτέλεσμα και τη μείωση των νοσηλειών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και β) στη βελτίωση της λειτουργικότητας γ) στην ανασυγκρότηση της ταυτότητας του ατόμου και τη βελτίωση της αυτοεικόνας του, και δ) στη διασφάλιση ασφαλούς και σταθερής στέγης και επαγγελματικής αποκατάστασης σύμφωνα με τις ικανότητες, τις δεξιότητες και τις επιθυμίες του ατόμου. Με λίγα λόγια οι στόχοι και οι παρεμβάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποβλέπουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων όχι μόνο με όρους λειτουργικότητας και ανταπόκρισης σε κοινωνικούς ρόλους, αλλά και ανταπόκρισης στις ανάγκες και επιθυμίες του ατόμου. (176)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

3.1 Θεωρητικό πλαίσιο: Ψυχική Υγεία & Ψυχική Νόσος

3.1.1 Το δίπολο υγείας – ασθένειας εννοιολογικές προσεγγίσεις

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ψυχική υγεία ως «τη κατάσταση ευεξίας όπου κάθε άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον και όχι απλά η απουσία ενός προβλήματος ή μιας διαταραχής». Όταν προσδιορίζει τα θετικά συναισθήματα και τη θετική λειτουργικότητα ως ουσιώδη συστατικά της ψυχικής υγείας, ο ορισμός αυτός εγείρει αρκετά ερωτήματα και προσφέρεται για πιθανές παρεξηγήσεις, παρόλο που αποτελεί σημαντική πρόοδο στην απομάκρυνση από την εννοιολογική προσέγγιση της ψυχικής υγείας ως κατάστασης απουσίας ψυχικής νόσου. (177)

Στην πραγματικότητα, η θεώρηση της ευημερίας ως κρίσιμης συνιστώσας της ψυχικής υγείας είναι δύσκολο να συμβιβαστεί με τις πολυάριθμες δύσκολες συνθήκες ζωής στις οποίες η ευημερία μπορεί να είναι ακόμη και μη υγιής. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι άνθρωποι θα θεωρούσαν ως ψυχικά μη υγιές ένα άτομο που βιώνει μια κατάσταση ευεξίας ενώ έχει παράλληλα πραγματοποιεί πληθώρα εγκληματικών ενεργειών και θα θεωρούσαν υγιές ένα άτομο που αισθάνεται απελπισμένο μετά την απόλυσή του από τη δουλειά του σε ένα περιβάλλον με λίγες ευκαιρίες απασχόλησης. Έτσι, οι άνθρωποι που είναι ψυχικά υγιείς είναι συχνά καταθλιπτικοί, θυμωμένοι ή δυστυχισμένοι, συναισθήματα τα οποία θεωρείται ότι όλοι οι άνθρωποι φυσιολογικά παρουσιάζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους. Παρόλα αυτά, η ψυχική υγεία θεωρείται συχνά ως μια απόλυτα θετική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα χαράς και ελέγχου του περιβάλλοντος. (178)

Τα θετικά συναισθήματα και οι θετικές επιδόσεις, που αποτελούν και τα δύο βασικά συστατικά του ορισμού του ΠΟΥ, είναι έννοιες που χρησιμοποιούνται σε πολλά άρθρα για την ψυχική υγεία. Τρεις πτυχές της ψυχικής υγείας απαριθμούνται από τον Keyes (2013): η συναισθηματική ευημερία, η ψυχολογική ευημερία και η κοινωνική ευημερία. Η ευτυχία, το ενδιαφέρον για τη ζωή και η ικανοποίηση είναι παραδείγματα συναισθηματικής ευημερίας. Επίσης, το να είναι κάποιος ικανοποιημένος με το μεγαλύτερο μέρος της προσωπικότητάς του, η ικανότητα να χειρίζεται τις καθημερινές υποχρεώσεις του, να έχει θετικές σχέσεις με

τους άλλους και να είναι ικανοποιημένος με τη ζωή του είναι παραδείγματα ψυχολογικής ευημερίας. Τέλος, η θετική λειτουργία αναφέρεται ως κοινωνική ευημερία, η οποία περιλαμβάνει την ύπαρξη κοινωνικής συνεισφοράς, της αίσθησης ότι είναι μέρος μιας κοινότητας (κοινωνική ενσωμάτωση), της πεποίθησης ότι υπάρχει κοινωνική πραγμάτωση και κοινωνική συνοχή. (179)

Η πλειονότητα των εφήβων, πολλοί από τους οποίους είναι εσωστρεφείς, όσοι αγωνίζονται κατά της αντιλαμβανόμενης αδικίας και των ανισοτήτων ή αποθαρρύνονται να το κάνουν μετά από χρόνια άκαρπων προσπαθειών, καθώς και οι μετανάστες και οι μειονότητες που βιώνουν απόρριψη και διακρίσεις, κινδυνεύουν να αποκλειστούν από μια τέτοια προοπτική ψυχικής υγείας που επηρεάζεται από τις ηδονικές και ευδαιμονικές παραδόσεις, οι οποίες υπερασπίζονται τα θετικά συναισθήματα και την άριστη λειτουργικότητα. (180)

Πολλοί ορισμοί και θεωρίες για την ψυχική υγεία μεταφράζουν την ιδέα της θετικής λειτουργικότητας στην ικανότητα παραγωγικής εργασίας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι κάποιος που είναι μεγάλος σε ηλικία ή σωματικά μη ικανός να εργαστεί παραγωγικά δεν έχει απαραίτητα καλή ψυχική υγεία. Για διάφορους περιβαλλοντικούς λόγους (όπως για παράδειγμα για τους πρόσφυγες ή για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προκαταλήψεις), είναι συχνά αδύνατο να εργαστούν αποτελεσματικά και γόνιμα, γεγονός που μπορεί να εμποδίσει τους ανθρώπους να προσφέρουν στην κοινότητά τους. (181)

Ο Jahoda, διαίρεσε την ψυχική υγεία σε τρεις κατηγορίες, δηλαδή την αυτοπραγμάτωση, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα των ανθρώπων να μπορούν να συνειδητοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους, την αίσθηση κυριαρχίας στο περιβάλλον και την αίσθηση αυτονομίας, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα των ανθρώπων να αναγνωρίζουν, να αντιμετωπίζουν και να επιλύουν ζητήματα. (182)

Η κοινωνία που ορίζει την ψυχική υγεία έχει προφανή αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο αυτή ορίζεται. Ο Vaillant, ωστόσο, υποστηρίζει επίσης ότι πρέπει να κυριαρχεί η κοινή λογική και ότι υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που είναι καθολικά σημαντικά για την ψυχική υγεία. (183)

Η ευεξία και η ασθένεια προτάθηκαν ως δύο ξεχωριστές έννοιες και όχι ως τα δύο άκρα της ίδιας έννοιας, πριν από σχεδόν 30 χρόνια. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το επίπεδο ευτυχίας και ενθουσιασμού για τη ζωή ενός ατόμου αναφέρεται ως το επίπεδο της υγείας του. Περιλαμβάνει την ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων και των συναφών συμπεριφορών του, καθώς και την ειλικρινή αξιολόγηση των περιορισμών του, την ανάπτυξη της αυτονομίας και την ικανότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης του στρες. Τόσο η υγεία όσο και η ασθένεια θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από ένα σχέδιο φροντίδας που λαμβάνει υπόψη ολόκληρο το άτομο. (184)

Τα τελευταία 50 χρόνια έχουν υπάρξει αλλαγές στον τρόπο ορισμού των ψυχιατρικών διαταραχών. Οι καταστάσεις που επηρεάζουν τη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά αναφέρονται ως ψυχικές ασθένειες. Περισσότερες λεπτομέρειες περιλαμβάνονται πλέον στις επίσημες κλινικές περιγραφές, δηλαδή στην ουσία υπάρχει μετατόπιση από μια μερική σε μια πιο ολιστική προοπτική, δηλαδή υπάρχει μετάβαση από την εστίαση στην ασθένεια στην εστίαση στην υγεία. Η ανεπίσημη αντίδραση ενθάρρυνε μια παρόμοια μετατόπιση από το στίγμα που συνδέεται με τις ψυχικές διαταραχές και προς την κατανόηση ότι η ψυχική υγεία είναι ζωτικής σημασίας για τη σωματική υγεία. (185)

Στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 υπήρχαν λίγες γενικές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών και ένα άτομο θεωρούνταν ότι είχε ψυχική πάθηση μόνο αν η διάγνωσή του επιβεβαιωνόταν. Οι διαγνώσεις υπέβαλαν στατιστικές πληροφορίες σε εθνικό επίπεδο. Οι ψυχικά ασθενείς συχνά στιγματίζονταν και περιορίζονταν. Η αποϊδρυματοποίηση είχε αρχίσει και ταυτόχρονα αυξανόταν. Στις δεκαετίες του 1980 και του 1990, οι νοσηλευτικές μέθοδοι υπέστησαν σημαντική αλλαγή. Οι απαιτήσεις των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες δεν καλύπτονταν από το σύστημα θεραπείας της χώρας. Υπήρχαν πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες που είχαν πάρει εξιτήριο από τα κρατικά ψυχιατρικά ιδρύματα, αλλά δεν υπήρχαν πολλοί κοινοτικοί οργανισμοί ψυχικής υγείας για τη φροντίδα τους. Ο αριθμός των ψυχικά ασθενών αστέγων αυξανόταν γρήγορα. Για να αναγνωριστούν τα άτομα με τις πιο σοβαρές ψυχικές ασθένειες και για να αναπτυχθεί μια βάση για ολοκαίνουργιες κρατικές πρωτοβουλίες, απαιτούνταν νέοι ορισμοί. Η επίσημη έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας έδειξε ότι η διάγνωση από μόνη της δεν ήταν επαρκής και εισήγαγε τις έννοιες της διαταραχής και της διάρκειας. Αυτές οι ιδέες επηρέασαν την έννοια

«σοβαρές και επίμονες ψυχικές ασθένειες», η οποία εξακολουθεί να χρησιμοποιείται στον τομέα της ψυχικής υγείας. (186)

Αργότερα, οι πρωτοβουλίες αυτές επεκτάθηκαν ώστε να συμπεριλάβουν μια διαφορετική ομάδα με ψυχικές ασθένειες που συνδέονται με λιγότερο σοβαρές αναπηρίες, και η συμπερίληψη της διάρκειας στον ορισμό εγκαταλείφθηκε. Επί του παρόντος, δίνεται προτεραιότητα στο άτομο. Οι στόχοι είναι η ανάρρωση και η πλήρης συμμετοχή στην κοινότητα. Σε αυτή την περίπτωση, η ανάρρωση είναι μια συνεχής διαδικασία κατά την οποία το άτομο με ψυχική ασθένεια εργάζεται για την πλήρη ενσωμάτωση στην κοινωνία παρά τα συνεχιζόμενα συμπτώματα και τους περιορισμούς. Σε αυτές τις πιο σύγχρονες ταξινομήσεις χρησιμοποιείται το παράδειγμα της ευεξίας, το οποίο θεωρεί την υγεία και την ασθένεια ως δύο διαφορετικές διαστάσεις. Η αποκατάσταση χρησιμεύει ως συνδετικός κρίκος μεταξύ των δύο, αξιοποιώντας τα πλεονεκτήματα της υγείας και αντιμετωπίζοντας τα μειονεκτήματα της ασθένειας. Η διπλή εστίαση στην ψυχική και σωματική υγεία είναι απαραίτητη επειδή πολλά άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν επίσης σωματικά προβλήματα. Αυτά τα σημεία εστίασης θα είναι ζωτικής σημασίας για την βελτίωση της υγείας. (186)

Η κατανόηση του ορισμού της ψυχικής ασθένειας είναι ζωτικής σημασίας, διότι είναι μια διαδεδομένη έννοια στους τομείς της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας και του δικαίου, μεταξύ άλλων. Όμως, δεν την βιώνει με τον ίδιο τρόπο κάθε επιστήμη, κάθε έθνος, κάθε εποχή, κάθε κοινωνία και ούτε καν κάθε άτομο. Ωστόσο, επειδή η ψυχική ασθένεια είναι μια σχετική έννοια, δεν πρέπει να διατυπώνεται η υπόθεση ότι δεν νοσηματοδοτείται ψυχικά ή, ακόμη, ότι δεν υπάρχει αντικειμενικά. Με απλά λόγια, θα πρέπει να αυξηθεί το επίπεδο προσοχής μεταξύ όσων εργάζονται σε τομείς που ασχολούνται με τα ζητήματα που δημιουργεί η ψυχική ασθένεια για τον ασθενή και το κοινωνικό του περιβάλλον.

Το πρόβλημα στην περιγραφή και τον ορισμό των πραγμάτων πηγάζει περισσότερο από το γεγονός ότι οι λέξεις δεν μπορούν να αποτυπώσουν επαρκώς όλο το φάσμα της ανθρώπινης ζωής. Ο άνθρωπος ορίζεται από τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τη γενική προσωπικότητά του, εκτός από τα φυσικά χαρακτηριστικά του. Αυτές οι τρεις πτυχές της ανθρώπινης φύσης παρουσιάζουν τεράστια ποικιλία και περιλαμβάνουν όλα τα μεταβατικά στάδια. Μια διαταραχή των συναισθημάτων, των σκέψεων ή της προσωπικότητας που επηρεάζει

αρνητικά την ψυχική ευημερία, την υγεία ή την ασφάλεια ενός ατόμου αναφέρεται συνήθως ως ψυχική ασθένεια. Φυσικά, υπάρχει και αυτό η κατάσταση που αντιπροσωπεύει τον μέσο όρο, δηλαδή την ενδιάμεση κατάσταση. Το πρόβλημα στην επίσημη της έκφραση της ιδέας της ψυχικής ασθένειας, ωστόσο, προκύπτει στις οριακές καταστάσεις.

3.2 Διάγνωση και ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών

3.2.1 Παγκόσμια διαγνωστικά εγχειρίδια ψυχικών νοσημάτων

Στην ιατρική, η αιτία και η παθοφυσιολογία των συμπτωμάτων του ασθενούς λαμβάνονται υπόψη κατά τη διάγνωση μιας ασθένειας και, κατά συνέπεια, κατά την ταξινόμησή της. Η διάγνωση και η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών βασίζονται στα κλινικά σημεία και συμπτώματα που αποκαλύπτονται από την κλινική εξέταση, δηλαδή στους διάφορους τύπους ψυχοπαθολογικών βιωμάτων των ασθενών και στις μορφές με τις οποίες εκφράζονται στην εμφάνιση και τη συμπεριφορά τους. Αντίθετα, αυτό δεν είναι δυνατό στην ψυχιατρική, διότι τόσο η αιτιολογία όσο και πολύ περισσότερο η παθοφυσιολογία των ψυχικών διαταραχών είναι ασαφείς. Η εξαιρετική πολυπλοκότητα του ανθρώπινου εγκεφάλου ως οργάνου ψυχικών λειτουργιών και δυσλειτουργιών, καθώς και το εξίσου πολύπλοκο και περίπλοκο δίκτυο αλληλεπιδράσεων του εγκεφάλου με το υπόλοιπο ανθρώπινο σώμα και, το σημαντικότερο, με το διαπροσωπικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της ανατροφής και του περιβάλλοντος διαβίωσης του ατόμου, ευθύνονται τουλάχιστον εν μέρει για αυτό το επιστημονικό χάσμα μεταξύ της ψυχιατρικής και της υπόλοιπης ιατρικής. (187)

Πριν από τις δύο τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα, η διάγνωση και η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών βασίζονταν σχεδόν εξ ολοκλήρου σε διαισθητικά διαγνωστικά μοντέλα που διαμορφώνονταν από ευρείες, συχνά νεφελώδεις και διαφορούμενες θεωρητικές υποθέσεις σχετικά με την υποτιθέμενη αιτιολογία ή παθοφυσιολογία των ψυχικών διαταραχών. Ανάλογα με την επίδραση των διαφορετικών οργανωμένων θεωρητικών ρευμάτων εντός της ψυχιατρικής κοινότητας κάθε χώρας, τα διαγνωστικά αυτά μοντέλα διέφεραν. Ως αποτέλεσμα, υπήρχε ένα συγκλονιστικά χαμηλό επίπεδο διαγνωστικής συναίνεσης μεταξύ των διαφόρων κλινικών ιατρών που συμβουλευόνταν για την αναγνώριση των ίδιων ασθενών. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε σε μια ευρεία κοινωνική συζήτηση σχετικά

με τον σκοπό και την αξία της ψυχιατρικής, καθώς και στην απαξίωση του έργου των ψυχιάτρων, η οποία έγινε γνωστή ως το ζήτημα της χαμηλής αξιοπιστίας της ψυχιατρικής διάγνωσης. (188)

Για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία καθιέρωσε συγκεκριμένα διαγνωστικά πρότυπα για κάθε κατηγορία ψυχικών ασθενειών στην τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSMIII) το 1980. Έκτοτε, το σύστημα σαφών κριτηρίων που βασίζεται στην περιγραφική ψυχιατρική για τον προσδιορισμό και την κατηγοριοποίηση των ψυχικών ασθενειών έχει λάβει μεγαλύτερη αναγνώριση σε παγκόσμια κλίμακα. Η αξιοπιστία των ψυχικών διαγνώσεων έχει αναμφισβήτητα αυξηθεί παγκοσμίως ως αποτέλεσμα της κατάλληλης διδασκαλίας στην εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων. Επιπλέον, έχει αυξηθεί σημαντικά η ομοιότητα των αποτελεσμάτων συγκρίσιμων ψυχιατρικών ερευνητικών μελετών που διεξάγονται σε διάφορα έθνη. Ωστόσο, δεν έχουν κατορθωθεί πολλά όσον αφορά την αντιμετώπιση της εγκυρότητας των διαφόρων διαγνωστικών ταξινομήσεων των ψυχικών ασθενειών και, ως εκ τούτου, του συστήματος κατηγοριοποίησής τους, το οποίο είναι ένα ακόμη πιο δύσκολο ζήτημα. Για να επιλυθεί ικανοποιητικά αυτό το ζήτημα, πρέπει να αποδειχθεί ότι οι ασθενείς σε κάθε διαγνωστική κατηγορία μοιράζονται σημαντικό αριθμό άλλων δεικτών, όπως ορισμένα γενετικά χαρακτηριστικά, πρώιμους περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες, προϊούσα ιδιοσυγκρασία και χαρακτηριστικά προσωπικότητας, νευροανατομικό, νευροδιαβιβαστικό και νευροψυχολογικό υπόβαθρο της διαταραχής, καθώς και την ιδιαιτερότητα της συμπτωματολογίας και της κλινικής πορείας. (189)

3.2.2 Διαγνωστικές κατηγορίες κατά ICD

Η κατηγοριοποίηση των ψυχικών ασθενειών που δημιουργήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως σε όλο τον κόσμο. Το 2013 κυκλοφόρησε το περιεχόμενο της πέμπτης αναθεώρησης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5). Αυτός ο οδηγός περιλαμβάνει σαφή και αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση κάθε ενός από τους επιμέρους τύπους ψυχικών ασθενειών. Τα κριτήρια αυτά επιτρέπουν τη διαφορική διάγνωση μεταξύ κάθε επιμέρους

κατηγορίας ψυχικών διαταραχών και άλλων κατηγοριών ψυχικών διαταραχών με εν μέρει παρόμοια συμπτώματα. Αφενός, αντικατοπτρίζουν τα πρωταρχικά συμπτώματα του κλινικού συνδρόμου κάθε επιμέρους κατηγορίας ψυχικής διαταραχής. Επιπλέον, εάν πληρούνται οι αντίστοιχες διαγνωστικές απαιτήσεις τους, απαιτούν την αναγνώριση περισσότερων του ενός τύπων ψυχικών διαταραχών. (190) Οι κύριες διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-5 είναι οι ακόλουθες:

□ Οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό τον φόβο, το άγχος και τις συνέπειες της συμπεριφοράς που τα άτομα παρουσιάζουν. Η λέξη «φόβος» περιγράφει με μεγαλύτερη ακρίβεια τη συναισθηματική και φυσιολογική αντίδραση του σώματος σε έναν πραγματικό ή φανταστικό κίνδυνο, ενώ ο όρος «άγχος» περιγράφει με μεγαλύτερη ακρίβεια την προσδοκία μιας πιθανής απειλής.

□ Οι διαταραχές της προσωπικότητας έχουν ως βασικό τους γνώρισμα το άκαμπτο, διάχυτο μοτίβο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς που αποκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες του πολιτισμικού πλαισίου του ατόμου, το οποίο είναι παρόν σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων και προκαλεί σημαντική υποκειμενική δυσφορία ή λειτουργική βλάβη.

□ Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από επίμονα διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά που παρεμποδίζει σημαντικά είτε τη σωματική είτε την ψυχολογική υγεία και λειτουργικότητα.

□ Οι καταστάσεις στις οποίες ένα τραυματικό ή ψυχολογικά στρεσογόνο περιστατικό πυροδοτεί σημεία ψυχοπαθολογίας μπορούν ως όρος να περιγράψουν με ακρίβεια τις διαταραχές που σχετίζονται με τραυματικές ή ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Αποτελούν τελικά μια ξεχωριστή διαγνωστική ομάδα, επειδή διαφέρουν κλινικά από τις αγχώδεις διαταραχές λόγω της ύπαρξης ανηδονίας, επιθετικότητας και αποσύνδεσης.

□ Οι διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων και της διαγωγής χαρακτηρίζονται από την αδυναμία ρύθμισης των συναισθημάτων (θυμός, ανυπομονησία), της συμπεριφοράς και του σεβασμού των δικαιωμάτων του ίδιου και των άλλων.

□ Στις διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων, η ύπαρξη διαφόρων συμπτωμάτων στο σώμα που επιδεινώνουν σημαντικά τον πόνο, τη βλάβη ή τη δυσλειτουργία αποτελεί

καθοριστικό χαρακτηριστικό. Αν και τα συμπτώματα αυτών των ασθενειών, είτε έχουν είτε όχι ιατρική αιτία, προκαλούν δυσφορία και δυσλειτουργία σε επίπεδο σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφοράς, τα άτομα με αυτές αναζητούν συχνά ιατρική φροντίδα από διάφορους ειδικούς.

□ Οι διπολικές και συναφείς διαταραχές αποτελούν μια ξεχωριστή διαγνωστική ομάδα που, από άποψη κατηγοριοποίησης, λειτουργεί ως «γέφυρα» μεταξύ των άλλων δύο κατηγοριών. Μοιράζονται συμπτώματα και κλινικά χαρακτηριστικά τόσο με τις καταθλιπτικές όσο και με τις ψυχωτικές διαταραχές. Οι περιόδους μανίας ή υπομανίας που εναλλάσσονται με περιόδους κατάθλιψης αποτελούν το κύριο κλινικό χαρακτηριστικό των διαταραχών.

□ Στο φάσμα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής περιλαμβάνονται καταστάσεις που μοιράζονται την παρουσία ιδεοληψιών και καταναγκασμών.

□ Τα άτομα με καταθλιπτικές διαταραχές συχνά βιώνουν αισθήματα μελαγχολίας, «κενού» ή πόνου μαζί με σωματικές και γνωστικές αλλαγές που μειώνουν την ικανότητά τους να εκτελούν κανονικά τα καθημερινά τους καθήκοντα.

□ Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές ορίζονται από αναπτυξιακά ελλείμματα που εμποδίζουν την ικανότητα ενός ατόμου να αποδώσει στον προσωπικό, κοινωνικό, σχολικό ή επαγγελματικό τομέα. Συνήθως, οι διαταραχές αυτές ξεκινούν νωρίς στην ανάπτυξη ενός ατόμου, συχνά πριν από την έναρξη του σχολείου.

□ Το φάσμα της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών χαρακτηρίζεται από ανωμαλίες σε μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες πέντε κατηγορίες: παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραχή της σκέψης και του λόγου, διαταραχή της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς και αρνητικά συμπτώματα όπως συναισθηματική αμβλύτητα, ανηδονία και κοινωνική απόσυρση.

3.3 Επιδημιολογικά δεδομένα ψυχικών διαταραχών

Η μακροχρόνια εξάρτηση και η εξασθένιση προκαλούνται συνήθως από ψυχικές ασθένειες. Σύμφωνα με μια μελέτη του ΠΟΥ του 2005, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές ευθύνονται για

το 31,7% των ετών διαβίωσης με αναπηρία, με τις πέντε κύριες αιτίες αυτού του ποσοστού να είναι η άνοια (1,6%), η διαταραχή της χρήσης αλκοόλ (3,3%), η σχιζοφρένεια (2,8%), η κατάθλιψη (11%) και η διπολική διαταραχή (2,4%). (191) Η έναρξη και η εξέλιξη της σωματικής και κοινωνικής αναπηρίας προβλέπεται από τα καταθλιπτικά συμπτώματα. (192) Αντίθετα, η αναπηρία διαμεσολαβεί στην πλειονότητα των επιπτώσεων συγκεκριμένων προβλημάτων σωματικής υγείας στον πληθυσμό αυτό και αποτελεί σημαντικό μελλοντικό παράγοντα κινδύνου για τη μελαγχολία στους ηλικιωμένους. Ένας ρυθμιστής των επιπτώσεων αυτών είναι η κοινωνική υποστήριξη. (193,194) Επίσης, σύμφωνα με δύο μελέτες, η αναπηρία είναι ένας συγκρίσιμος, αν και λιγότερο συχνός, δυνητικός παράγοντας κινδύνου για μελαγχολία σε νεαρούς ενήλικες. (195)

Η θνησιμότητα επηρεάζεται επίσης από θέματα ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ από το 2005, τα νευροψυχιατρικά νοσήματα ευθύνονται για μισό εκατομμύριο θανάτους ετησίως και για το 14% όλων των ετών που χάνονται λόγω πρόωρης θνησιμότητας, με τη πλειονότητα αυτών των θανάτων να προκαλείται από την άνοια, τη νόσο του Πάρκινσον και την επιληψία. Μόνο 40000 θάνατοι συνδέονται με ψυχικές ασθένειες, κυρίως με μονοπολική και διπολική κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και διαταραχή μετατραυματικού στρες, και 182000 με κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ. Δεδομένου ότι η μελέτη συνδέει την εσκεμμένη βλάβη με τους θανάτους από αυτοκτονία, οι αριθμοί αυτοί είναι πιθανότατα υποεκτιμημένοι. (191) Κάθε χρόνο, 800000 άτομα αυτοκτονούν, το 86% των οποίων ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα και περισσότερα από τα μισά από αυτά είναι ηλικίας 15 έως 44 ετών. Δεδομένου ότι οι κυβερνητικές στατιστικές στα έθνη χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος είναι αναξιόπιστες, ακόμη και αυτοί οι αριθμοί ενδέχεται να είναι υποεκτιμημένοι. Για παράδειγμα, μελέτες στη νότια Ινδία που συνδύασαν την επιτήρηση με επικυρωμένη προφορική αυτοψία αποκάλυψαν ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών ήταν δέκα φορές υψηλότερα από τις επίσημες εθνικές εκτιμήσεις, ότι ήταν η κύρια αιτία θανάτου για τους νέους ηλικίας 10 έως 19 ετών και ότι ευθύνονταν έως και για τα τρία τέταρτα όλων των θανάτων μεταξύ των νεαρών γυναικών και αγοριών. (196) Διαπιστώθηκε ότι οι ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις, καθώς και διαταραχές χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών) αποτελούν σημαντικούς εγγύς παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία, με μέσο επιπολασμό ψυχικής διαταραχής 91% στους αυτόχειρες και ποσοστό που μπορεί να αποδοθεί στον πληθυσμό 47-74%. (197) Τα αποτελέσματα των ψυχιατρικών

αυτοψιών που διεξήχθησαν στην Κίνα και την Ινδία ήταν συγκρίσιμα. Έτσι, βασικό συστατικό της πρόληψης των αυτοκτονιών είναι η αναγνώριση και η κατάλληλη αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. (198)

Η κλινικά σημαντική έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων, του συναισθηματικού ελέγχου ή της κοινωνικής συμπεριφοράς αποτελεί σύμπτωμα ψυχικής νόσου. Συχνά συνοδεύεται από άγχος ή προβλήματα σε κρίσιμους λειτουργικούς τομείς. Οι ψυχικές ασθένειες έχουν πολλές και διαφορετικές μορφές. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι μια άλλη ονομασία για τις ψυχικές ασθένειες. Η τελευταία είναι μια ευρύτερη λέξη που περιλαμβάνει τις ψυχικές ασθένειες, τις ψυχοκοινωνικές διαταραχές και (άλλες) ψυχικές καταστάσεις που συνδέονται με σημαντικό άγχος, λειτουργική έκπτωση ή κίνδυνο αυτοτραυματισμού. 970 εκατομμύρια άτομα αντιμετώπισαν ψυχική ασθένεια το 2019, με τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές να είναι οι πιο διαδεδομένες. (199) Λόγω της πανδημίας COVID-19, ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές έχει αυξηθεί σημαντικά το 2020. Οι αρχικές προβλέψεις αναφέρουν αύξηση κατά 26% και 28%, αντίστοιχα, των αγχωδών και σοβαρών καταθλιπτικών ασθενειών μέσα σε μόλις ένα έτος. Η πλειονότητα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές δεν έχουν πρόσβαση σε ποιοτική ιατρική περίθαλψη, παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών επιλογών πρόληψης και θεραπείας. Επιπλέον, ο στιγματισμός, οι διακρίσεις και οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων πλήττουν πολλά άτομα. (200)

58 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι ήταν μεταξύ των 301 εκατομμυρίων ατόμων παγκοσμίως που αντιμετώπισαν αγχώδεις διαταραχές το 2019. Ο υπερβολικός φόβος, το άγχος και οι συναφείς διαταραχές συμπεριφοράς είναι χαρακτηριστικά των αγχωδών διαταραχών. Τα συμπτώματα είναι αρκετά σοβαρά ώστε να προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία ή άγχος. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος, η διαταραχή πανικού, η οποία χαρακτηρίζεται από κρίσεις πανικού, η διαταραχή κοινωνικού άγχους, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολικό φόβο και άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις, η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολικό φόβο ή άγχος για τον αποχωρισμό από εκείνους με τους οποίους το άτομο έχει βαθιά συναισθηματική σχέση, είναι μερικά μόνο παραδείγματα των διαφόρων τύπων αγχωδών διαταραχών. (199)

Το 2019 καταγράφηκαν 280 εκατομμύρια άτομα με κατάθλιψη παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων 23 εκατομμυρίων παιδιών και εφήβων. Οι τυπικές εναλλαγές της διάθεσης και οι βραχυπρόθεσμες συναισθηματικές αντιδράσεις σε προβλήματα της καθημερινής ζωής διαφέρουν από την κατάθλιψη. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες και χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (θλίψη, ευερεθιστότητα και αίσθημα κενού), καθώς και ανηδονία ή απώλεια ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Άλλα σημεία και συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν δυσκολία συγκέντρωσης, συναισθήματα ακραίων τύψεων ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, συναισθήματα απόγνωσης σχετικά με το μέλλον, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, διαταραγμένο ύπνο, αλλαγές στην όρεξη ή το βάρος, καθώς και αίσθημα ασυνήθιστης εξάντλησης ή έλλειψης ενέργειας. (199)

Η διπολική διαταραχή επηρέασε 40 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως το 2019. Οι καταθλιπτικές περιόδους και οι περιόδους μανιακών συμπτωμάτων εναλλάσσονται για τα άτομα με διπολική διαταραχή. Στο μανιακό επεισόδιο, εκτός από άλλα συμπτώματα, όπως η αυξημένη ομιλητικότητα, οι ιδεόρροια, η αυξημένη αυτοεκτίμηση, η μειωμένη ανάγκη για ύπνο, η διαταραχή της συγκέντρωσης και η παρορμητική επικίνδυνη συμπεριφορά, τα μανιακά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ευφορία ή ευερεθιστότητα, αυξημένη δραστηριότητα ή ενέργεια. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλότερος για τα άτομα με διπολική διαταραχή. (199)

Σε περιόδους πολέμου, το η διαταραχή μετα-τραυματικού στρες και άλλες ψυχικές ασθένειες είναι πολύ συχνές. Η συγκεκριμένη διαταραχή διαθέτει κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται παρακάτω: Αναβίωση ενός τραυματικού περιστατικού ή γεγονότων στο παρόν (εμμονικές αναμνήσεις, αναδρομές ή εφιάλτες, αποφυγή σκέψεων και αναμνήσεων του γεγονότος (ή των γεγονότων) και επίμονη αποφυγή ενεργειών, περιστάσεων ή ανθρώπων που θυμίζουν το γεγονός). Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν για τουλάχιστον μερικές εβδομάδες και μειώνουν σοβαρά την παραγωγικότητα του ατόμου. (201)

Περίπου 24 εκατομμύρια άτομα, ή 1 στα 300 άτομα παγκοσμίως, πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν κατά 10-20 χρόνια μικρότερο προσδόκιμο ζωής από το σύνολο της κοινότητας. Σημαντικά προβλήματα αντίληψης και αλλαγές στη συμπεριφορά είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της σχιζοφρένειας. Οι επίμονες ψευδαισθήσεις, οι

παραισθήσεις, οι διαταραγμένες σκέψεις, η απίστευτα διαταραγμένη συμπεριφορά ή η υπερβολική διέγερση είναι παραδείγματα συμπτωμάτων της διαταραχής. (199)

Σχεδόν 3 εκατομμύρια νήπια και έφηβοι ήταν μεταξύ των 14 εκατομμυρίων ατόμων που αντιμετώπισαν διατροφικές διαταραχές το 2019. Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι δύο διατροφικές διαταραχές που συνδέονται με την ανεπαρκή σίτιση, την ακραία εμμονή με το φαγητό, καθώς και με εμφανή προβλήματα με την εικόνα και το βάρος του σώματος. Σημαντικός κίνδυνος ή βλάβη στην υγεία του ατόμου, αυξημένα επίπεδα άγχους ή μείωση της λειτουργικότητας προκαλούνται από τα συμπτώματα ή τις συμπεριφορές που προκαλούνται από τις διαταραχές αυτές. Η νευρική ανορεξία αναπτύσσεται συχνά κατά την εφηβεία ή τα πρώτα στάδια της ενήλικης ζωής και συνδέεται με πρόωμη θνησιμότητα από ιατρικές επιπλοκές ή αυτοκτονία. Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία έχουν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες κατάχρησης ουσιών, αυτοκτονικών σκέψεων και άλλων προβλημάτων υγείας. (199)

3.4 Αιτιοπαθογένεια ψυχικών διαταραχών

Πολυάριθμες ατομικές, οικογενειακές, κοινωνικές και διαρθρωτικές μεταβλητές μπορούν να υπεισέλθουν ανά πάσα στιγμή και να υποστηρίξουν ή να θέσουν σε κίνδυνο την ψυχική υγεία. Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των ανθρώπων είναι εύρωστοι, εκείνοι που υπόκεινται σε δυσμενείς συνθήκες, όπως η φτώχεια, η βία, η αναπηρία και οι διακρίσεις, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κάποια ψυχική διαταραχή. Ατομικές ψυχολογικές και βιολογικές μεταβλητές, όπως οι συναισθηματικές ικανότητες, καθώς και η κληρονομικότητα αποτελούν παράγοντες κινδύνου και προστασίας. Επίσης, Οι αλλαγές στη μορφολογία και/ή στις διεργασίες του εγκεφάλου έχουν αντίκτυπο σε έναν αριθμό παραγόντων που είτε ενισχύουν είτε αποτρέπουν την ανάπτυξη της ψυχικής διαταραχής.

Οι επιστήμονες δεν κατανοούν σήμερα πλήρως τις αντικειμενικές αιτίες πρόκλησης των ψυχικών διαταραχών. Η εξεύρεση των αιτιών των ψυχικών νόσων είναι ένα δύσκολο έργο, γεγονός που δεν αποτελεί έκπληξη δεδομένης της δομικής και οργανωτικής πολυπλοκότητας του εγκεφάλου και της πολυπλοκότητας των επιπτώσεων που έχουν οι ψυχικές ασθένειες στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Οι κλάδοι της νευροεπιστήμης, της

ψυχιατρικής και της ψυχολογίας εστιάζουν σε διάφορες πτυχές της σύνδεσης μεταξύ της βιολογίας του εγκεφάλου και των συμπεριφορών, των σκέψεων και των συναισθημάτων των ανθρώπων, καθώς και στο πώς μερικές φορές αυτές οι ενέργειες ξεφεύγουν από τον έλεγχο. Ερευνητές από διάφορους τομείς συνεργάζονται για να εντοπίσουν την προέλευση των ψυχικών διαταραχών. Μόλις εντοπιστούν τα αίτια μιας ψυχικής ασθένειας, οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για να δημιουργήσουν νέες θεραπείες ή να επιδιώξουν τη θεραπεία. (202)

Η πλειονότητα των επιστημόνων θεωρεί ότι τα προβλήματα με τη νευροδιαβίβαση στον εγκέφαλο είναι αυτά που προκαλούν τις ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, τα άτομα με κατάθλιψη έχουν μειωμένα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη. Αυτή η ανακάλυψη πυροδότησε τη δημιουργία ειδικών θεραπειών για την πάθηση. Η μειωμένη απορρόφηση της σεροτονίνης στο μετασυναπτικό κύτταρο είναι ο τρόπος λειτουργίας των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI). Ως αποτέλεσμα, υπάρχει περισσότερη προσβάσιμη σεροτονίνη για να προσκολληθεί στον υποδοχέα του μετασυναπτικού κυττάρου στη συναπτική σχισμή. Η κατάθλιψη μπορεί να συνοδεύεται από αλλαγές σε άλλους νευροδιαβιβαστές (εκτός από τη σεροτονίνη), γεγονός που περιπλέκει τα θεμελιώδη αίτια της ασθένειας. (202)

Άλλο κλασσικό παράδειγμα που αποδεικνύει ότι η νευροδιαβίβαση στον εγκέφαλο εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία των ψυχικών διαταραχών είναι οι υποδοχείς της ντοπαμίνης, του γλουταμινικού και της νορεπινεφρίνης οι οποίοι μπορεί να παρουσιάζουν μεταβολές στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, σύμφωνα με τους επιστήμονες. Η παρατήρηση ότι οι εθισμένοι στην κοκαΐνη εμφανίζουν περιστασιακά συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα της σχιζοφρένειας είναι μια ένδειξη ότι η ντοπαμίνη μπορεί να είναι ένας κρίσιμος νευροδιαβιβαστής στη σχιζοφρένεια. Η κοκαΐνη αυξάνει την ποσότητα της ντοπαμίνης στη σύναψη δρώντας στους νευρώνες του εγκεφάλου που περιέχουν ντοπαμίνη. (202)

Οι επιστήμονες έχουν βρει διάφορους παράγοντες κινδύνου των ψυχικών ασθενειών, παρά το γεγονός ότι επί του παρόντος δεν κατανοούν τα αίτια των ψυχιατρικών ασθενειών. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι περιβαλλοντικοί, γενετικοί ή κοινωνικοί. Στην πραγματικότητα, είναι πιθανό ότι όλα αυτά τα στοιχεία συνεργάζονται για να επηρεάσουν το κατά πόσον κάποιος αναπτύσσει κάποια ψυχική διαταραχή. (202)

Η πιθανότητα εμφάνισης μιας ψυχικής διαταραχής μπορεί να αυξηθεί από περιβαλλοντικές μεταβλητές όπως η έκθεση σε μόλυβδο και ο καπνός του τσιγάρου, καθώς και από εγκεφαλικά τραύματα, κακή διατροφή και έκθεση σε ρύπους. Η πιθανότητα να εμφανίσει κάποιος μια ψυχική διαταραχή επηρεάζεται επίσης από τα γονίδια. Ο αυτισμός, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και η ΔΕΠΥ είναι οι παθήσεις που είναι πιο πιθανό να έχουν γενετική συνιστώσα. Ο ρόλος της γενετικής στην απόφαση για το αν κάποιος κινδυνεύει από ΔΕΠΥ υποστηρίζεται, για παράδειγμα, από τη διαπίστωση ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν αδελφό ή γονέα με ΔΕΠΥ. Η ΔΕΠΥ είναι σημαντικά πιο πιθανό να υπάρχει σε μονοζυγωτικό δίδυμο από ό,τι σε διζυγωτικό δίδυμο σε έρευνες για δίδυμους. Η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια εμπίπτουν και οι δύο σε αυτή την κατηγορία. Επιπλέον, το αν μια ψυχική ασθένεια είναι ήπια ή σοβαρή μπορεί να εξαρτάται από ένα μείγμα γενετικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών μεταβλητών. Στις κοινωνικές μεταβλητές περιλαμβάνονται οι ακραίες γονικές συγκρούσεις, ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή στενού συγγενούς, η εγκληματικότητα ή η ψυχική ασθένεια των γονέων, ο υπερπληθυσμός, οι δύσκολες οικονομικές συγκυρίες, η κακοποίηση, η αμέλεια και η έκθεση στη βία. (202)

3.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

3.5.1 Βιολογικές προσεγγίσεις

Ψυχοτρόπα φάρμακα ή θεραπείες βιολογικής βάσης μπορούν να χορηγηθούν στους ασθενείς για την αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών. Αν και αυτά χρησιμοποιούνται συχνά σε συνδυασμό με συμβουλευτική, τα λαμβάνουν και άτομα που δεν λαμβάνουν κάποια άλλη θεραπεία. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα χορηγούνται από επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιάτρων, για την αντιμετώπιση ψυχολογικών διαταραχών . (203)

Για κάθε διαταραχή χορηγείται στους ασθενείς φάρμακο που υπάγεται σε διαφορετική θεραπευτική κατηγορία. Έτσι, ένας σταθεροποιητής της διάθεσης μπορεί να συνταγογραφηθεί για κάποιον με διπολική διαταραχή, τα αντιψυχωσικά μπορούν να χορηγηθούν σε κάποιον με σχιζοφρένεια και ένα αντικαταθλιπτικό μπορεί να

συνταγογραφηθεί για κάποιον με κατάθλιψη. Αυτά τα φάρμακα λειτουργούν τροποποιώντας τα επίπεδα ή τις δράσεις των νευροδιαβιβαστών με σκοπό την ανακούφιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Τα αντικαταθλιπτικά SSRI (εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης) αυξάνουν το επίπεδο του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνης, ενώ τα αντικαταθλιπτικά SNRI (αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης) αυξάνουν τα επίπεδα τόσο της σεροτονίνης όσο και της νορεπινεφρίνης. Ενδεικτικά, κάθε τύπος αντικαταθλιπτικού επηρεάζει έναν διαφορετικό νευροδιαβιβαστή. Δεν θεραπεύουν την πάθηση, ωστόσο, μπορούν να κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται καλύτερα, ώστε να μπορούν να συνεχίσουν την καθημερινή τους ζωή. Ορισμένα άτομα μπορεί να χρειάζονται μόνο μια σύντομη πορεία ψυχοτρόπων φαρμάκων. Άλλα άτομα μπορεί να χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία με ψυχοτρόπα φάρμακα εάν έχουν σοβαρές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια ή η διπολική διαταραχή. (204)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι μια άλλη βιολογικά βασισμένη διαδικασία που εξακολουθεί να χρησιμοποιείται, αν και σπάνια. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις της σοβαρής κατάθλιψης, προκαλούνται επιληπτικές κρίσεις με τη χρήση ηλεκτρικού ρεύματος. Αν και η ακριβής διαδικασία δεν είναι σαφής, βοηθά τα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη που δεν έχουν ανταποκριθεί στη συμβατική φαρμακευτική θεραπεία, μειώνοντας τα συμπτώματά τους. (205) Ωστόσο, λόγω της απώλειας μνήμης που προκαλείται από τις επαναλαμβανόμενες χορηγήσεις, χρησιμοποιείται πλέον μόνο ως τελευταία θεραπευτική επιλογή. (206)

Η διακρανιακή μαγνητική διέγερση, μια τεχνική που εγκρίθηκε από το FDA το 2008 και χρησιμοποιεί μαγνητικά πεδία για τη διέγερση των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου με σκοπό την ανακούφιση από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, είναι μια πιο σύγχρονη επιλογή που χρησιμοποιείται όταν άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει. (207)

3.5.1.1 Φαρμακολογικές θεραπείες

Οι ψυχολόγοι γνωρίζουν ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από την ισορροπημένη λειτουργία του νευροδιαβιβαστικού τμήματος του εγκεφάλου. Οι πιο δημοφιλείς βιολογικές θεραπείες έχουν ως βάση τη χορήγηση φαρμάκων που επηρεάζουν την απελευθέρωση και την απορρόφηση

χημικών ουσιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα και η φαρμακευτική θεραπεία είναι πλέον η πιο δημοφιλής μέθοδος θεραπείας της πλειονότητας των ψυχικών διαταραχών.

Οι τρέχουσες ψυχολογικές φαρμακευτικές θεραπείες είναι λιγότερο ακριβείς από ορισμένες ιατρικές θεραπείες που μπορούν να προσαρμοστούν σε συγκεκριμένα συμπτώματα, δεν μεταβάλλουν συγκεκριμένες συμπεριφορές ή ψυχικές διεργασίες και δεν θεραπεύουν πραγματικά τις ψυχολογικές διαταραχές. Οι φαρμακευτικές θεραπείες είναι ωστόσο χρήσιμες θεραπευτικές μέθοδοι, ιδίως όταν συνδυάζονται με ψυχοθεραπεία, στη θεραπεία μιας ποικιλίας ψυχιατρικών διαταραχών, παρόλο που δεν μπορούν να «θεραπεύσουν» τις διαταραχές. Συνήθως, ο καλύτερος συνδυασμός φαρμάκων ενός ασθενούς ανακαλύπτεται μέσω «δοκιμής και λάθους». (208)

3.5.1.2 Χρήση διεγερτικών για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ

Η βιοϊατρική θεραπεία χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), συνήθως σε συνδυασμό με γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. (CBT). Τα πιο συχνά συνιστώμενα φάρμακα για τη ΔΕΠΥ είναι τα ψυχοδιεγερτικά, συμπεριλαμβανομένων των Ritalin, Adderall και Dexedrine. Ορισμένα φάρμακα διατίθενται επίσης σε μορφές μακράς δράσης (δερματικά επιθέματα) που μπορούν να φορεθούν στο ισχίο και διαρκούν έως και 12 ώρες. Οι βραχείας δράσης εκδοχές των φαρμάκων λαμβάνονται ως χάπια και διαρκούν μεταξύ τεσσάρων και 12 ωρών. Το παιδί εφαρμόζει το επίθεμα νωρίς το πρωί και το φοράει όλη την ημέρα. Σε περίπου 75% των παιδιών που λαμβάνουν διεγερτικά, τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠΥ, όπως η παρορμητικότητα, η υπερκινητικότητα και η απροσεξία, βελτιώνονται δραστηρικά. Ωστόσο, τα οφέλη των φαρμάκων εξαφανίζονται γρήγορα. Η εύρεση του ιδανικού μείγματος μπορεί να πάρει κάποιο χρόνο, καθώς τα καλύτερα φάρμακα και η δοσολογία διαφέρουν από παιδί σε παιδί. Ας σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι ενώ τα διεγερτικά αυξάνουν τη δραστηριότητα όταν λαμβάνονται σε μεγάλες ποσότητες, ενισχύουν την εστίαση και μειώνουν την κινητική δραστηριότητα όταν λαμβάνονται σε χαμηλότερες δόσεις. (209)

Τα παιδιά που χρησιμοποιούν ψυχοδιεγερτικά συχνά παρουσιάζουν ανησυχία καθώς η επίδραση του φαρμάκου εξασθενεί, μειωμένη πείνα, απώλεια βάρους και προβλήματα ύπνου. Τα παιδιά που λαμβάνουν διεγερτικά φάρμακα μπορεί επίσης να εμφανίσουν ελαφρώς βραδύτερους ρυθμούς ανάπτυξης, αν και η επίδραση αυτή είναι συνήθως προσωρινή. (210)

3.5.1.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Στα φάρμακα που προορίζονται για την επαναφορά των θετικών συναισθημάτων περιλαμβάνονται τα αντικαταθλιπτικά. Είναι χρήσιμα για ασθενείς που έχουν άγχος, φοβίες και ψυχαναγκαστικές διαταραχές, παρόλο που χρησιμοποιούνται κυρίως για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά ήταν οι αναστολείς της οξειδάσης της μονοαμίνης και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία φέρουν τις εμπορικές ονομασίες Tofranil και Elavil (MAOIs). Τα φάρμακα αυτά ενισχύουν τα επίπεδα της σεροτονίνης, της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης στις συνάψεις, αλλά έχουν επίσης σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. (211)

Τα αντικαταθλιπτικά που χορηγούνται συχνότερα σήμερα είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), στους οποίους περιλαμβάνονται τα Prozac, Paxil και Zoloft. Αυτά τα φάρμακα κατασκευάζονται για να εμποδίζουν ειδικά την επαναπρόσληψη σεροτονίνης στη σύναψη, αυξάνοντας έτσι την ποσότητα σεροτονίνης που είναι προσβάσιμη στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Τα SSRI είναι λιγότερο επιβλαβή και έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα MAOI ή τα τρικυκλικά. Παρόλο που οι SSRI είναι επιτυχημένοι, οι ασθενείς που τους χρησιμοποιούν εμφανίζουν συχνά μια σειρά από ενίοτε δυσάρεστες παρενέργειες, όπως ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θολή όραση, πονοκέφαλο, διέγερση, υπνηλία και σεξουαλική δυσλειτουργία. (211)

Οι SSRI έχουν προκαλέσει ανησυχίες ότι μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Αυτό είναι πιθανό επειδή ενισχύουν τα επίπεδα ενέργειας των ασθενών καθώς αρχίζουν να εργάζονται, γεγονός που μπορεί να τους ενθαρρύνει να πραγματοποιήσουν την αυτοκτονία που σχεδίαζαν αλλά δεν είχαν την ενέργεια να την πραγματοποιήσουν. Οι γιατροί είναι πλέον πιο επιλεκτικοί όταν χορηγούν αντικαταθλιπτικά σε ασθενείς αυτής της ηλικιακής κατηγορίας ως αποτέλεσμα αυτής της ανησυχίας. (211)

Οι γιατροί συνήθως εργάζονται με κάθε ασθενή για να καθορίσουν ποια φάρμακα είναι πιο επιτυχημένα και μπορεί να αλλάζουν συχνά τα φάρμακα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, επειδή τα αποτελέσματα των αντικαταθλιπτικών μπορεί να χρειαστούν εβδομάδες ή και μήνες για να εμφανιστούν. Οι SSRI μπορεί περιστασιακά να χρησιμοποιούνται αντί ή επιπλέον άλλων φαρμάκων. (211)

3.5.1.4 Σταθεροποιητές της διάθεσης

Λίθιο

Τα SSRI και άλλα αντικαταθλιπτικά δεν βοηθούν τους ασθενείς με διπολική διαταραχή επειδή η κατάστασή τους τους προκαλεί επίσης υπερβολικά αισιόδοξα συναισθήματα. Αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται πιο εμπειριστατωμένη θεραπεία που συχνά συνδυάζει αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά και σταθεροποιητές της διάθεσης. Η μανία που συνδέεται με τη διπολική διαταραχή αντιμετωπίζεται συνήθως με ανθρακικό λίθιο (γνωστό και ως λίθιο), τον πιο γνωστό σταθεροποιητή της διάθεσης. Το φάρμακο, το οποίο είναι διαθέσιμο στον Καναδά για περισσότερα από 60 χρόνια, χρησιμοποιείται ως μακροχρόνια θεραπεία για τη μείωση της συχνότητας και της έντασης των οξέων μανιακών επεισοδίων. Σταθεροποιητές της διάθεσης μπορούν επίσης να βρεθούν σε σπασμολυτικά φάρμακα. Το Depakote, ένα διαφορετικό φάρμακο που έχει αποδειχθεί πολύ επιτυχημένο, μπορεί να είναι πιο ευεργετικό για ορισμένα διπολικά άτομα από το λίθιο. (212)

Οι χρήστες λιθίου πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικές εξετάσεις αίματος για να διασφαλίζουν ότι τα επίπεδα του φαρμάκου τους βρίσκονται εντός του συνιστώμενου εύρους. Το λίθιο μπορεί να έχει δυσμενείς παρενέργειες, όπως συγκεχυμένη ομίλια, συχνή ούρηση, αυξημένη δίψα και έλλειψη ισορροπίας. Παρά το γεγονός ότι οι παρενέργειες οδηγούν συχνά τους ασθενείς στη διακοπή του φαρμάκου τους, είναι ζωτικής σημασίας η θεραπεία να είναι συνεχής και όχι διακοπτόμενη. Πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι η λήψη λιθίου ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης υπερασβεστιαμίας και περιστασιακά συνδέεται με υπερπαραθυρεοειδισμό. (212)

3.5.1.5 Αγχολυτικά φάρμακα

Τα συγκεκριμένα φάρμακα δρουν ενισχύοντας τη δραστηριότητα του νευροδιαβιβαστή GABA. Τα αυξημένα επίπεδα GABA συμβάλλουν σε ένα καταπραϋντικό αποτέλεσμα μειώνοντας τη δραστηριότητα του συμπαθητικού τμήματος του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Τα ηρεμιστικά, γνωστά και ως βενζοδιαζεπίνες, είναι η πιο δημοφιλής κατηγορία αγχολυτικών φαρμάκων. Το Ativan, το Valium και το Xanax είναι μερικά από αυτά τα φάρμακα, τα οποία χορηγούνται εκατομμύρια φορές ετησίως. Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν σημαντικές παρενέργειες εκτός του ότι δρουν γρήγορα για την αντιμετώπιση ήπιων καταστάσεων άγχους. Μπορεί να οδηγήσουν σε υπνηλία, ζάλη, δυσάρεστα συμπτώματα στέρησης, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών σε αυξημένο άγχος, και είναι εθιστικά, με αποτέλεσμα συχνά να προκαλούν αντίσταση. Επιπλέον, οι βενζοδιαζεπίνες είναι εξαιρετικά επικίνδυνες όταν αναμειγνύονται με αλκοόλ. (213)

3.5.1.6 Αντιψυχωσικά φάρμακα

Μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα, τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως η παρανοϊκή, διαταραγμένη και ενδεχομένως επικίνδυνη συμπεριφορά, ήταν πάντα παρόντα. Κατά συνέπεια, οι σχιζοφρενείς είχαν ιδρυματοποιηθεί προκειμένου να κρατηθούν τόσο οι ίδιοι όσο και η κοινωνία ασφαλείς από αυτούς. Η χλωροπρομαζίνη (θοραζίνη), ένα φάρμακο, βρέθηκε ότι ήταν σε θέση να μειώσει πολλά από τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας τη δεκαετία του 1950. Το πρώτο από τα πολλά αντιψυχωσικά φάρμακα ήταν η χλωροπρομαζίνη. (214)

Τα νευροληπτικά, επίσης γνωστά ως αντιψυχωσικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των σημείων και των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωσικών διαταραχών. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι ευρέως διαθέσιμα σήμερα και περιλαμβάνουν τα Zyprexa, Risperdal, Haldol, Thorazine και Haldol. Αυτά τα φάρμακα αντιμετωπίζουν τα θετικά, αρνητικά και γνωστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, καθώς και ορισμένα από τα θετικά συμπτώματα. (215)

Επειδή βελτίωσε σημαντικά την πρόγνωση των ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο, η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης και η χρήση της σε κλινικές έχουν

χαρακτηριστεί ως η μεγαλύτερη πρόοδος στην ψυχιατρική θεραπεία. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα κατέστησαν δυνατό για εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους να εγκαταλείψουν τα άσυλα και να ζήσουν σε ιδιωτικά σπίτια ή σε κοινοτικές εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας, ζώντας συχνά μια ζωή που είναι σχεδόν τυπική. (215)

Αναστέλλοντας τη μετάδοση της ντοπαμίνης στις συνάψεις του μεταιχμιακού συστήματος, τα αντιψυχωσικά μειώνουν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και βελτιώνουν τα αρνητικά συμπτώματα μεταβάλλοντας τα επίπεδα σεροτονίνης. Τα αντιψυχωσικά έχουν ορισμένες δυσμενείς παρενέργειες, όπως διέγερση, μυϊκές συσπάσεις, ζάλη και θολή όραση, παρά το γεγονός ότι είναι επιτυχημένα. Επιπλέον, η παρατεταμένη χρήση αυτών των φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε νευρολογικές βλάβες που είναι μη αναστρέψιμες, οδηγώντας σε μια κατάσταση που ονομάζεται όψιμη δυσκινησία και προκαλεί ανεξέλεγκτες μυϊκές κινήσεις, συνήθως στην περιοχή του στόματος. Σε σύγκριση με παλαιότερα φάρμακα, τα νεότερα αντιψυχωσικά αντιμετωπίζουν περισσότερα συμπτώματα με λιγότερες παρενέργειες. (215)

3.5.2 Ψυχοδυναμική – Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Βασισμένη στις φροϋδικές και νεοφροϋδικές θεωρίες προσωπικότητας, η ψυχοδυναμική θεραπεία (γνωστή και ως ψυχανάλυση) είναι μια ψυχολογική διαδικασία κατά την οποία ο θεραπευτής εργάζεται με τον ασθενή για να εξετάσει τα λανθάνοντα μοτίβα της προσωπικότητάς του. Ο ασθενής και ο αναλυτής αλληλεπιδρούν, συνήθως σε συναντήσεις ένας προς έναν, με τον ασθενή συχνά να ξαπλώνει σε έναν καναπέ και να κοιτάζει αλλού. Προκειμένου να προσπαθήσει να κατανοήσει τα υποκείμενα ασυνείδητα ζητήματα που προκαλούν τα συμπτώματα, στόχος της ψυχοθεραπείας είναι ο ασθενής να συζητήσει τις προσωπικές του ανησυχίες και προβληματισμούς. Μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να εκφράσει τις σκέψεις του μέσω του ελεύθερου συνειρμού, οπότε ο θεραπευτής απλώς παρατηρεί καθώς ο ασθενής μιλάει ελεύθερα για όποιες ιδέες του έρχονται στο μυαλό. Μπορεί επίσης να ζητηθεί από τον ασθενή να συζητήσει τα όνειρά του. Ο θεραπευτής θα χρησιμοποιήσει στη συνέχεια την ανάλυση ονείρων για να κατανοήσει το νόημα των ονείρων σε μια προσπάθεια να εκμαιεύσει τις εσωτερικές σκέψεις του ασθενούς. Ο αναλυτής

προσδιορίζει τις ασυνείδητες συγκρούσεις που προκαλούν τα συμπτώματα του ασθενούς με βάση τις ιδέες του ασθενούς και τις εξηγεί στον ασθενή. (216)

Στόχος της ψυχοθεραπείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει ενόραση ή να κατανοήσει τα ασυνείδητα αίτια της διαταραχής. Ωστόσο, ο ασθενής συχνά επιδεικνύει αντίσταση σε αυτές τις νέες γνώσεις και χρησιμοποιεί μηχανισμούς αντιμετώπισης για να αποφύγει τα δυσάρεστα συναισθήματα στο ασυνείδητό του. Ο ασθενής μπορεί να συμπεριφέρεται εχθρικά προς τον θεραπευτή ή να παραμελεί ή να παραλείπει τις συναντήσεις. Η θεραπεία καταβάλλει προσπάθεια να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει τους λόγους που κρύβονται πίσω από την απροθυμία. Η μεταβίβαση, κατά την οποία ο ασθενής διοχετεύει ακούσια τα συναισθήματα που συναντά σε μια ουσιαστική προσωπική σχέση προς τον θεραπευτή, μπορεί επίσης να προκύψει από τις συναντήσεις. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να μεταφέρει στον θεραπευτή τυχόν τύψεις που βιώνει απέναντι στους γονείς του. Η μεταβίβαση, σύμφωνα με ορισμένους θεραπευτές, θα πρέπει να προωθείται επειδή επιτρέπει στους ασθενείς να διευθετούν τις ανομολόγητες συγκρούσεις και να επεξεργάζονται τα συναισθήματα που υπάρχουν στις σχέσεις τους. (216)

Το γεγονός ότι οι συμβατικές συνεδρίες ψυχανάλυσης μπορεί να διαρκέσουν χρόνια, με το κόστος τους να είναι μεγάλο, ειδικά όταν πραγματοποιούνται πολλές φορές την εβδομάδα είναι ένα ζήτημα το οποίο τίθεται προς επίλυση. Οι σύγχρονες ψυχοδυναμικές μέθοδοι χρησιμοποιούν συχνά πιο σύντομες, εστιασμένες και στοχευμένες προσεγγίσεις για να βοηθήσουν περισσότερους ανθρώπους να επωφεληθούν. Σε αυτές τις γρήγορες ψυχοδυναμικές θεραπείες, ο θεραπευτής συνήθως συμμετέχει πιο ενεργά από ό,τι στην παραδοσιακή μέθοδο. (216)

3.5.3 Ανθρωπιστικές προσεγγίσεις

Η ανθρωπιστική συμβουλευτική είναι μια ψυχιατρική θεραπεία που βασίζεται στις θεωρίες προσωπικότητας του Carl Rogers και άλλων ανθρωπιστικών ψυχολόγων, όπως ακριβώς η ψυχανάλυση βασίζεται στις θεωρίες προσωπικότητας του Φρόιντ και των νεοφροϋδικών. Βασισμένη στην αντίληψη ότι οι άνθρωποι βιώνουν ψυχολογικά προβλήματα όταν ταλαιπωρούνται από περιορισμούς και απαιτήσεις που τους επιβάλλουν τόσο οι ίδιοι όσο και

οι άλλοι, η ανθρωπιστική θεραπεία δίνει μεγάλη έμφαση στην ικανότητα του ασθενούς για αυτοπραγμάτωση και ικανοποίηση. Βοηθώντας τους ασθενείς να προβληματιστούν σχετικά με τις δικές τους συνθήκες, τον κόσμο γύρω τους και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να εργαστούν για να επιτύχουν τους στόχους της ζωής τους, οι ανθρωπιστικές θεραπείες στοχεύουν στην προώθηση της ανάπτυξης και της υπευθυνότητας.

Η προσωποκεντρική θεραπεία, γνωστή και ως πελατοκεντρική θεραπεία, είναι ένα είδος θεραπείας που δημιούργησε ο Rogers. Στόχος της είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτυχθεί και να εξελιχθεί, ενώ ο θεραπευτής δημιουργεί μια φιλόξενη, μη επικριτική ατμόσφαιρα. Ο Rogers υποστήριξε ότι η θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική όταν ο θεραπευτής δημιουργούσε μια θετική σύνδεση με τον ασθενή. Αυτή η σχέση μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή που καθίσταται δυνατή όταν ο θεραπευτής είναι ειλικρινής (δηλ. δεν παρεμποδίζει την ικανότητα του ασθενή να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του), όταν ο ασθενής λαμβάνει άνευ όρων θετική εκτίμηση (δηλ. ο θεραπευτής εκτιμά τον ασθενή χωρίς όρους και υιοθετεί μια στάση αποδοχής απέναντι σε ό,τι βιώνει ο ασθενής εκείνη τη στιγμή) και όταν ο θεραπευτής δείχνει ενσυναίσθηση για τον ασθενή (δηλαδή, ακούει ενεργά και αντιλαμβάνεται με ακρίβεια τα προσωπικά συναισθήματα που βιώνει ο ασθενής). (217)

Έχει ανακαλυφθεί ότι η δημιουργία μιας ισχυρής «θεραπευτικής συμμαχίας» είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ο ακρογωνιαίος λίθος της σύγχρονης ψυχοθεραπείας είναι αναμφίβολα οι έννοιες της ειλικρίνειας, της ευαισθησίας και του ακλόνητο θετικού σεβασμού σε μια σχέση φροντίδας όπου ο θεραπευτής ακούει ενεργά και καθρεφτίζει τα συναισθήματα του ασθενούς. (218)

Τα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή διαταραχές της διάθεσης που θέλουν να αισθάνονται καλύτερα με τον εαυτό τους στο σύνολό τους είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν από ψυχοδυναμικές και ανθρωπιστικές θεραπείες. Άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, όπως οι φοβίες και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ωστόσο, έχουν πιο εστιασμένους στόχους. Ένα άτομο με σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να θέλει να βελτιώσει τη σεξουαλική του ζωή, ένα άτομο με κοινωνικό άγχος μπορεί να θέλει να είναι σε θέση να βγει από το σπίτι του και ένα άτομο με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να θέλει να μάθει πώς να σταματήσει να επιτρέπει στις εμμονές ή τους καταναγκασμούς του να έρχονται σε σύγκρουση με τις

καθημερινές δραστηριότητες. Σε αυτές τις καταστάσεις, δεν είναι απαραίτητο να αναστοχαστούμε τις πρώιμες εμπειρίες ή να εξετάσουμε τις δυνατότητες αυτοπραγμάτωσης, επειδή θέλουμε μόνο να αντιμετωπίσουμε την τρέχουσα κατάσταση.

3.5.4 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις βασισμένες στην τέχνη

Δεδομένου ότι τα παιδιά είναι λιγότερο πιθανό να ξαπλώσουν σε έναν καναπέ και να θυμηθούν τα όνειρά τους ή να συμμετάσχουν στη συμβατική ψυχοθεραπεία, η παιγνιοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά. Η ιδέα είναι ότι τα παιδιά χρησιμοποιούν παιχνίδια, λούτρινα ζώακια και φιγούρες για να υποδυθούν τις προσδοκίες, τα όνειρα και τις δυσκολίες τους. Ένας κλινικός μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει την παιγνιοθεραπεία για να βοηθήσει στη διαγνωστική διαδικασία. Σε μια προσπάθεια να κατανοήσει τα αίτια της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού, ο ψυχίατρος παρακολουθεί τον τρόπο με τον οποίο το παιδί ασχολείται με τα παιχνίδια (όπως κούκλες, ζώα και οικιακά περιβάλλοντα). Είναι δυνατή τόσο η μη κατευθυντική όσο και η άμεση θεραπεία με παιχνίδι. Στη μη κατευθυντική θεραπεία παιχνιδιού, τα παιδιά παροτρύνονται να παίζουν ανοιχτά, ενώ ο σύμβουλος τα παρακολουθεί να επεξεργάζονται τα προβλήματά τους. (219) Στην κατευθυντική θεραπεία παιχνιδιού, ο θεραπευτής δίνει στη συνεδρία παιγνιοθεραπείας περισσότερη τάξη και κατεύθυνση κάνοντας προτάσεις, θέτοντας ερωτήσεις, ακόμα και συμμετέχοντας στο παιχνίδι με το παιδί. (220)

3.5.5 Γνωσιακή - Συμπεριφορική Θεραπεία

Στην ψυχανάλυση, οι θεραπευτές βοηθούν τους ασθενείς τους να εξερευνήσουν το ιστορικό τους προκειμένου να ανασύρουν καταπιεσμένα συναισθήματα. Αντί να εμβαθύνει βαθιά στον ψυχισμό, ο θεραπευτής στη συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τους ασθενείς να αλλάξουν τις μη χρήσιμες συμπεριφορές εφαρμόζοντας τις αρχές της μάθησης. Αυτή η σχολή σκέψης στη θεραπεία υποστηρίζει ότι οι ασθενείς μπορούν να μάθουν νέες, υγιέστερες συμπεριφορές για να αντικαταστήσουν προβληματικές, όπως οι φόβοι. Για την αλλαγή της συμπεριφοράς, συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιεί τόσο κλασικές όσο και λειτουργικές μεθόδους εκπαίδευσης. Από την άλλη, η έμφαση της γνωστικής θεραπείας, ενός τύπου ψυχοθεραπείας,

δίνεται στο πώς οι ιδέες ενός ατόμου συμβάλλουν στα συναισθήματα δυσφορίας του. Η προϋπόθεση της γνωστικής θεραπείας είναι ότι οι σκέψεις διαμορφώνουν τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Προκειμένου να ανακουφίσουν την αγωνία, οι γνωστικοί θεραπευτές βοηθούν τους ασθενείς τους να αλλάξουν τις δυσλειτουργικές ιδέες. (221)

Με πολύ εντυπωσιακά αποτελέσματα, η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία είναι μια ψυχοθεραπευτική τεχνική που έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ποικίλων ψυχικών ασθενειών, οι πιο διαδεδομένες από τις οποίες είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. (221)

Διακρίνεται από τη σύντομη διάρκεια (ανάλογα με το θέμα), τη δομημένη διαδικασία, την επικέντρωση στο παρόν, την επικέντρωση σε συγκεκριμένα θέματα, τον θεραπευτικό δεσμό μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς, τη συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς και την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς. Η θεωρητική βάση της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας είναι ότι οι ιδέες, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζονται από το πώς «βλέπει τα πράγματα» και όχι από τα πραγματικά αντικείμενα. (221)

Σε όλες τις αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, φοβίες), την κατάθλιψη, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την ψυχογενή βουλιμία, τη σωματοδυσμορφική διαταραχή και την ινομυαλγία σε χρόνιο πόνο, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική. Επιπλέον, μπορεί να είναι ευεργετική όταν συνδυάζεται με φάρμακα για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής και σχιζοφρένειας. Πράγματι, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, παρέχει μεγαλύτερης διάρκειας ύφεση της κατάθλιψης σε σχέση με την αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή. (221)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΥΤΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

4.1 Ιστορική αναδρομή της έννοιας του αυτοστιγματισμού

Η έννοια του αυτοστιγματισμού έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, ξεκινώντας με την ιδέα των «αυτοεκπληρούμενων προφητειών» στις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Σε αυτό το πλαίσιο, τα άτομα με στιγματισμένες ταυτότητες εσωτερικεύουν αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις της κοινωνίας, οδηγώντας σε μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτο-αποτελεσματικότητα και τελικά εκπληρώνοντας τις αρνητικές προσδοκίες των άλλων. Αυτή η διαδικασία αναπτύχθηκε περαιτέρω στις δεκαετίες του 1970 και του 1980 με την εισαγωγή της θεωρίας του «εαυτού του γυαλιού», η οποία υποστηρίζει ότι τα άτομα κατασκευάζουν την ταυτότητά τους μέσω της ανατροφοδότησης που λαμβάνουν από τους άλλους. Σύμφωνα με αυτή την προοπτική, τα άτομα με στιγματισμένες ταυτότητες μπορεί να εσωτερικεύουν την αρνητική ανατροφοδότηση από άλλους και να βλέπουν τον εαυτό τους με αρνητικό πρίσμα. (222)

Στο πλαίσιο της ψυχικής ασθένειας, η έννοια του αυτοστιγματισμού απέκτησε έμφαση στη δεκαετία του 1990 με το έργο των Link και Phelan, οι οποίοι εισήγαγαν τον όρο «δημόσιο στίγμα» για να περιγράψουν τις αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις που έχει το ευρύ κοινό απέναντι άτομα με ψυχικές ασθένειες. Εισηγάγαν επίσης την έννοια του «αυτο-στίγματος», που αναφέρεται στην εσωτερίκευση του δημόσιου στίγματος από άτομα με ψυχικές ασθένειες. Σύμφωνα με αυτό το πλαίσιο, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να πιστέψουν ότι είναι υπεύθυνα για την κατάστασή τους, ότι είναι αδύναμα ή ανίκανα και ότι αποτελούν βάρος για τους άλλους. (222)

Από την εισαγωγή της έννοιας του αυτοστιγματισμού, οι ερευνητές προσπάθησαν να κατανοήσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρησή του. Ένας παράγοντας που έχει λάβει σημαντική προσοχή είναι ο ρόλος της ντροπής στον αυτοστιγματισμό. (223) Η ντροπή είναι ένα ισχυρό συναίσθημα που βιώνουν συχνά άτομα με ψυχικές ασθένειες, τα οποία μπορεί να αισθάνονται ότι η κατάστασή τους είναι αντανάκλαση των προσωπικών τους αποτυχιών. Η ντροπή μπορεί να οδηγήσει σε μια αίσθηση απομόνωσης και κοινωνικής απόσυρσης, καθιστώντας δύσκολο για τα άτομα να αναζητήσουν βοήθεια και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που προάγουν την ευημερία. (224)

Ένας άλλος παράγοντας που έχει εμπλακεί στην ανάπτυξη του αυτοστιγματισμού είναι η διαδικασία διαμόρφωσης ταυτότητας. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να δυσκολεύονται να ενσωματώσουν τη διάγνωσή τους στην αίσθηση του εαυτού τους, οδηγώντας σε μια αίσθηση αβεβαιότητας και σύγχυσης ταυτότητας. Αυτή η διαδικασία μπορεί να είναι ιδιαίτερα προκλητική για άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, που μπορεί να παρουσιάσουν σημαντικές διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού τους και στην ικανότητά τους να συμμετέχουν σε σημαντικές δραστηριότητες. (225)

Παρά τις προκλήσεις που θέτει ο αυτοστιγματισμός, η έρευνα έχει επίσης εντοπίσει παράγοντες που μπορεί να προστατεύουν από την ανάπτυξή του. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η κοινωνική υποστήριξη, η οποία έχει αποδειχθεί ότι προστατεύει από τις αρνητικές επιπτώσεις του στίγματος και προάγει την ανθεκτικότητα μεταξύ των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. (226) Άλλοι προστατευτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες, όπως η απασχόληση ή η εθελοντική εργασία και η ανάπτυξη μιας θετικής αίσθησης ταυτότητας. (227)

Συνοπτικά, ο αυτοστιγματισμός είναι μια περίπλοκη ψυχολογική διαδικασία που έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου ως απάντηση στις στάσεις και τις πεποιθήσεις της κοινωνίας σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Παράγοντες όπως η ντροπή και ο σχηματισμός ταυτότητας μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξή του, ενώ η κοινωνική υποστήριξη και η εμπλοκή σε ουσιαστικές δραστηριότητες μπορεί να προστατεύουν από τις αρνητικές επιπτώσεις της. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών που κρύβουν τον αυτοστιγματισμό και για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωση του αντίκτυπού του σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. (227)

4.2 Ορισμός του αυτοστιγματισμού

Το στίγμα είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που περιλαμβάνει την επισήμανση και την υποτίμηση ατόμων με βάση κάποια αντιληπτή διαφορά ή απόκλιση από τους κοινωνικούς κανόνες. (18) Είναι μια πολύπλευρη έννοια που μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, συμπεριλαμβανομένου του αυτοστιγματισμού, του δημόσιου στίγματος και του δομικού στιγματισμού. (16) Το στίγμα μπορεί να επηρεάσει άτομα σε διάφορους τομείς,

συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και ψυχικής υγείας, της ταυτότητας φύλου, της φυλής και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. (228)

Η έννοια του στίγματος έχει τις ρίζες της στο έργο του Erving Goffman, ο οποίος όρισε το στίγμα ως «μια ιδιότητα που είναι βαθιά απαξιωτική» και που μειώνει το άτομο από ένα ολόκληρο και συνηθισμένο άτομο σε ένα μολυσμένο, μειωμένο. (229) Ο Γκόφμαν θεώρησε το στίγμα ως μια μορφή κοινωνικής παρέκκλισης που οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες για το άτομο, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απόρριψης και των διακρίσεων. Οι Link και Phelan βασίστηκαν στο έργο του Goffman και επέκτειναν την έννοια του στίγματος για να συμπεριλάβουν τους δομικούς και θεσμικούς παράγοντες που συμβάλλουν στο στίγμα. (18)

Οι θεωρίες του στίγματος υποδηλώνουν ότι είναι ένα κοινωνικά κατασκευασμένο φαινόμενο που επηρεάζεται από πολιτισμικούς κανόνες και αξίες. (228) Το στίγμα διαιώνεται μέσω διαδικασιών κοινωνικοποίησης που ενισχύουν αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις για άτομα που αποκλίνουν από τον κανόνα. Ως εκ τούτου, το στίγμα συνδέεται συχνά με διαφορές εξουσίας, καθώς όσοι βρίσκονται στην εξουσία είναι πιο πιθανό να διαιώνίζουν αρνητικά στερεότυπα και πεποιθήσεις για εκείνους που στιγματίζονται. (18)

Το αυτοστίγμα, ειδικότερα, είναι μια μορφή εσωτερικευμένου στίγματος που εμφανίζεται όταν τα άτομα εσωτερικεύουν τα αρνητικά στερεότυπα και τις πεποιθήσεις που σχετίζονται με τη στιγματισμένη ταυτότητά τους. (230) Ο αυτοστιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη ποιότητα ζωής και κακά αποτελέσματα ψυχικής υγείας. (231) Ο αυτοστιγματισμός είναι συχνά αποτέλεσμα εξωτερικού στιγματισμού, καθώς τα άτομα εσωτερικεύουν αρνητικές πεποιθήσεις και στάσεις που έχουν βιώσει από άλλους. (16)

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη του αυτοστιγματισμού, όπως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η εσωτερικευμένη ντροπή και η ενοχή και τα συναισθήματα απελπισίας. Το αυτοστίγμα μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένης της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, της θεραπείας αποδοχής και δέσμευσης και παρεμβάσεων που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα. (16)

Συμπερασματικά, η έννοια του στίγματος είναι ένα σύνθετο και πολύπλευρο φαινόμενο που έχει σημαντικές επιπτώσεις στα άτομα και στο κοινωνικό σύνολο. Το στίγμα μπορεί να

εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, όπως αυτοστίγμα, δημόσιο στίγμα και δομικό στίγμα. Το αυτοστίγμα είναι μια μορφή εσωτερικευμένου στίγματος που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Η ανάπτυξη του αυτοστιγματισμού είναι συχνά αποτέλεσμα εξωτερικού στιγματισμού και μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Το αυτοστίγμα έχει οριστεί με διάφορους τρόπους από διαφορετικούς ερευνητές, οδηγώντας σε κάποια σύγχυση και ασυνέπεια στην εννοιολόγηση και τη μέτρησή του. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία του ορισμού του αυτοστιγματισμού με σαφή και ακριβή τρόπο, καθώς μπορεί να έχει επιπτώσεις στην κατανόηση των υποκείμενων μηχανισμών του, στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. (232)

Μια προσέγγιση για τον ορισμό του αυτοστιγματισμού είναι να το δούμε ως μια διαδικασία που συμβαίνει όταν τα άτομα με μια στιγματισμένη πάθηση εσωτερικεύουν αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις της κοινωνίας σχετικά με την κατάστασή τους, οδηγώντας στην υιοθέτηση αρνητικών αντιλήψεων και συμπεριφορών για τον εαυτό τους. (232) Αυτή η εσωτερικευση μπορεί να συμβεί μέσω διαφόρων μηχανισμών, όπως η έκθεση σε στιγματιστικά μηνύματα των μέσων ενημέρωσης, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι άμεσες εμπειρίες διάκρισης. (231) Αυτές οι αρνητικές αυτοαντιλήψεις και συμπεριφορές μπορούν στη συνέχεια να οδηγήσουν σε διάφορα αρνητικά αποτελέσματα, όπως μειωμένη αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση και μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία. (223)

Μια άλλη προσέγγιση για τον ορισμό του αυτοστιγματισμού είναι να το δούμε ως μια πολυδιάστατη κατασκευή που περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις, όπως η ντροπή, ο φόβος και η αυτοκατηγορία. Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία του αυτοστιγματισμού και την επίδρασή του στα συναισθήματα, τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των ατόμων. Υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της μέτρησης του αυτοστιγματισμού σε πολλούς τομείς για να καταγραφεί η πολυπλοκότητα και η ετερογένειά του. (233)

Παρά αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις, υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη συναίνεση σχετικά με τον ορισμό και τη μέτρηση του αυτοστιγματισμού για την προώθηση του πεδίου και τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της χρήσης τυποποιημένων οργάνων που έχουν επικυρωθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και ρυθμίσεις.

Τέτοια εργαλεία μπορούν να επιτρέψουν στους ερευνητές και τους επαγγελματίες να αξιολογήσουν το αυτοστίγμα αξιόπιστα και έγκυρα, να συγκρίνουν ευρήματα μεταξύ των μελετών και να αναπτύξουν και να αξιολογήσουν παρεμβάσεις που στοχεύουν στον αυτοστίγμα. (231)

Συμπερασματικά, ο ορισμός του αυτοστιγματισμού είναι ένα κρίσιμο βήμα για την κατανόηση της φύσης, των μηχανισμών και των αποτελεσμάτων του. Ένας σαφής και ακριβής ορισμός μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων και την αξιολόγηση του αντικτύπου τους στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων για άτομα με στιγματισμένες καταστάσεις. (231)

4.3 Δείκτες αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος

4.3.1 Επισκόπηση εργαλείων αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος

Το εσωτερικευμένο στίγμα είναι ένα κρίσιμο ζήτημα που επηρεάζει τα άτομα σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Με τα χρόνια, αρκετοί ερευνητές έχουν αναπτύξει πολυάριθμα εργαλεία και κλίμακες για την αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος. Αυτά τα εργαλεία βοηθούν τους κλινικούς γιατρούς και τους ερευνητές να κατανοήσουν τον επιπολασμό, τη σοβαρότητα και τον αντίκτυπο του εσωτερικευμένου στίγματος στην ευημερία ενός ατόμου. Σε αυτήν την υποενότητα, θα παρέχουμε μια επισκόπηση των εσωτερικευμένων εργαλείων αξιολόγησης του στίγματος που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα.

Ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία είναι η κλίμακα εσωτερικευμένου στίγματος της ψυχικής ασθένειας (ISMI), η οποία αναπτύχθηκε από τους Ritsher, Otilingam και Grajales το 2003. Η κλίμακα ISMI αποτελείται από 29 στοιχεία και αξιολογεί διαφορετικές διαστάσεις του εσωτερικευμένου στίγματος, συμπεριλαμβανομένης της αποξένωσης, αποδοχή στερεοτύπων, κοινωνική απόσυρση, αντιληπτές διακρίσεις και αντίσταση στο στίγμα. Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε διάφορους πληθυσμούς και έχει επιδείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. (233)

Μια άλλη κλίμακα που χρησιμοποιείται συνήθως είναι η κλίμακα αυτοστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας (SSMIS), που αναπτύχθηκε από τους Corrigan, Boyle και Dockery το 2012. Αυτή η κλίμακα έχει σχεδιαστεί για να μετρήσει τις εμπειρίες αυτοστιγματισμού ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Το SSMIS αποτελείται από 40 στοιχεία που αξιολογούν τις διαφορετικές πτυχές του αυτοστιγματισμού, συμπεριλαμβανομένης της στερεοτυπικής συμφωνίας, της επίγνωσης των στερεοτύπων, της υποτίμησης και της εμπειρίας διάκρισης. Το SSMIS έχει επίσης επιδείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες σε διάφορους πληθυσμούς. (234)

Η εσωτερική κλίμακα στίγματος που σχετίζεται με το AIDS (IA-RSS) είναι ένα άλλο εργαλείο που αξιολογεί το εσωτερικευμένο στίγμα σε άτομα που ζουν με HIV/AIDS. Αυτή η κλίμακα αναπτύχθηκε από τους Kalichman et al. το 2009 και αποτελείται από 12 στοιχεία που μετρούν τις διαφορετικές πτυχές του εσωτερικευμένου στίγματος που σχετίζεται με το AIDS, συμπεριλαμβανομένης της αρνητικής αυτοεικόνας, των αντιληπτών στάσεων του κοινού και των εμπειριών διάκρισης. Το IA-RSS έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πληθυσμούς HIV/AIDS και έχει επιδείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.

Η Κλίμακα Αναμενόμενου Στίγματος για Χρόνια Ασθένεια (CIASS) αναπτύχθηκε από τους Earnshaw et al. το 2012 για την αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος σε άτομα με χρόνιες ασθένειες. Αυτή η κλίμακα αποτελείται από 14 στοιχεία και μετρά τις διάφορες πτυχές του αναμενόμενου στίγματος, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών για τη γνωστοποίηση, των αρνητικών κοινωνικών προσδοκιών και της εσωτερικευμένης ντροπής. Το CIASS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορους πληθυσμούς και έχει επιδείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.

Η Κλίμακα Υποτίμησης-Διακρίσεων (DDS) είναι ένα άλλο εργαλείο που αναπτύχθηκε από τους Link et al. το 1989 για την αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Το DDS αποτελείται από 12 στοιχεία που μετρούν τις διαφορετικές πτυχές του εσωτερικευμένου στίγματος, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απόστασης, των ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών και των αντιληπτών διακρίσεων. Το DDS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορους πληθυσμούς και έχει επιδείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. (235)

Συνολικά, η ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος επέτρεψε στους ερευνητές και τους κλινικούς γιατρούς να κατανοήσουν καλύτερα τον αντίκτυπο του εσωτερικευμένου στίγματος στην ευημερία ενός ατόμου. Η χρήση αυτών των εργαλείων έχει παράσχει μια εικόνα για τον επιπολασμό, τη σοβαρότητα και τη φύση του εσωτερικευμένου στίγματος, επιτρέποντας πιο αποτελεσματικές στρατηγικές θεραπείας και παρέμβασης.

Το εσωτερικευμένο στίγμα, γνωστό και ως αυτοστίγμα, εμφανίζεται όταν τα άτομα εσωτερικεύουν τις αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις που έχει η κοινωνία απέναντι σε μια στιγματισμένη ομάδα. Μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας, καθώς και σε απροθυμία να αναζητήσουν θεραπεία ή υποστήριξη. Η αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος είναι σημαντική για την κατανόηση του αντίκτυπου του στίγματος στα άτομα και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωσή του. Σε αυτό το δοκίμιο, θα δώσω παραδείγματα εσωτερικευμένων δεικτών αξιολόγησης στίγματος.

Ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται συνήθως είναι η κλίμακα Εσωτερικοποιημένου Στίγματος Ψυχικής Ασθένειας (ISMI), που αναπτύχθηκε από τους Ritscher et al. 2003. Αυτή η κλίμακα αποτελείται από 29 στοιχεία, τα οποία μετρούν τον βαθμό στον οποίο τα άτομα με ψυχική ασθένεια υποστηρίζουν αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και την κατάστασή τους. Τα στοιχεία ομαδοποιούνται σε πέντε υποκλίμακες: Αποξένωση, Επικύρωση στερεοτύπων, Αντιληπτή Διάκριση, Κοινωνική Απόσυρση και Αντίσταση στο Στίγμα. Το ISMI έχει αποδειχθεί ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε διάφορους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων ατόμων με σχιζοφρένεια και κατάθλιψη. (233)

Ένα άλλο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο είναι η Κλίμακα Στίγματος HIV, η οποία αναπτύχθηκε από τους Berger et al. 2001. Αυτή η κλίμακα αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο τα άτομα που ζουν με HIV επιδοκιμάζουν αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και βιώνουν διακρίσεις ως αποτέλεσμα της κατάστασής τους HIV. Η κλίμακα αποτελείται από 40 στοιχεία, τα οποία ομαδοποιούνται σε τέσσερις υποκλίμακες: εξατομικευμένο στίγμα, ανησυχίες αποκάλυψης, αρνητική αυτοεικόνα και στάσεις του κοινού. Η Κλίμακα Στίγματος HIV έχει αποδειχθεί ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε διάφορους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες και ατόμων από περιβάλλον χαμηλού εισοδήματος. (236)

Η κλίμακα εσωτερικευμένης ομοφοβίας (IHP) είναι ένα άλλο εργαλείο που μετρά το εσωτερικευμένο στίγμα. Αναπτύχθηκε από τους Meyer και Dean και αποτελείται από 9 στοιχεία, τα οποία μετρούν τον βαθμό στον οποίο τα άτομα που ταυτίζονται ως λεσβίες, ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι υποστηρίζουν αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους. Το IHP έχει αποδειχθεί ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε διάφορους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες και ατόμων από διαφορετικό εθνικό υπόβαθρο. (237)

Η κλίμακα Transgender Self-Stigma (TSS) είναι ένα πιο πρόσφατο μέτρο που αναπτύχθηκε από τους Rood et al., για την αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος σε διεμφυλικά άτομα. Η κλίμακα αποτελείται από 30 στοιχεία, τα οποία μετρούν τον βαθμό στον οποίο τα άτομα υποστηρίζουν αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και την ταυτότητα φύλου τους. Τα στοιχεία ομαδοποιούνται σε τρεις υποκλίμακες: αποξένωση, αποδοχή στερεοτύπων και αντιληπτή διάκριση. Το TSS έχει αποδειχθεί ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε διεμφυλικά άτομα. (238)

Εκτός από αυτές τις κλίμακες, υπάρχουν και άλλα μέτρα που αξιολογούν το εσωτερικευμένο στίγμα σε συγκεκριμένους πληθυσμούς. Για παράδειγμα, η κλίμακα αξιολόγησης στίγματος διαβήτη (DSAS) αναπτύχθηκε από τους Browne et al. για την αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος σε άτομα με διαβήτη. Η κλίμακα αποτελείται από 24 στοιχεία, τα οποία μετρούν τον βαθμό στον οποίο τα άτομα υποστηρίζουν αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και την κατάστασή τους. Το DSAS έχει αποδειχθεί ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2. (239)

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος είναι σημαντική για την κατανόηση του αντίκτυπου του στίγματος στα άτομα και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωσή του. Υπάρχει μια ποικιλία διαθέσιμων μέτρων που αξιολογούν το εσωτερικευμένο στίγμα σε διαφορετικούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των ISMI, Κλίμακα στίγματος HIV, IHP, TSS και DSAS. Αυτά τα μέτρα έχουν αποδειχθεί ότι έχουν καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη παρεμβάσεων για τη μείωση του εσωτερικευμένου στίγματος και των αρνητικών συνεπειών του. (239)

4.3.2 Περιορισμοί Εργαλείων Αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος

Η αξιολόγηση του εσωτερικευμένου στίγματος είναι μια πολύπλοκη εργασία και υπάρχουν αρκετά εργαλεία αξιολόγησης διαθέσιμα για το σκοπό αυτό. Ωστόσο, αυτά τα εργαλεία έχουν ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους. Σε αυτό κεφάλαιο, θα συζητηθούν μερικοί από τους περιορισμούς των εσωτερικευμένων εργαλείων αξιολόγησης του στίγματος.

Ένας περιορισμός αυτών των εργαλείων είναι η έλλειψη ενός χρυσού κανόνα ή αντικειμενικών κριτηρίων για τη μέτρηση του εσωτερικευμένου στίγματος. Διαφορετικά εργαλεία μπορεί να μετρούν διαφορετικές πτυχές του εσωτερικευμένου στίγματος ή να χρησιμοποιούν διαφορετικές κλίμακες, καθιστώντας δύσκολη τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των μελετών. Επιπλέον, η φύση αυτοαναφοράς αυτών των εργαλείων σημαίνει ότι βασίζονται στις αντιλήψεις και τις ερμηνείες των συμμετεχόντων για τις εμπειρίες τους, οι οποίες μπορεί να επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες όπως η μεροληψία κοινωνικής επιθυμίας, η μεροληψία ανάκλησης ή άλλες ατομικές διαφορές. (236)

Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι αυτά τα εργαλεία ενδέχεται να μην καταγράφουν όλο το φάσμα των εμπειριών που σχετίζονται με το εσωτερικευμένο στίγμα. Για παράδειγμα, ορισμένα εργαλεία μπορεί να επικεντρωθούν στις γνωστικές ή συναισθηματικές πτυχές του εσωτερικευμένου στίγματος, ενώ παραμελούν άλλες σημαντικές πτυχές, όπως εκδηλώσεις συμπεριφοράς ή στρατηγικές αντιμετώπισης. Ομοίως, ορισμένα εργαλεία μπορεί να μην είναι αρκετά ευαίσθητα για να ανιχνεύσουν αλλαγές στο εσωτερικευμένο στίγμα με την πάροδο του χρόνου ή ως απόκριση σε διαφορετικές παρεμβάσεις. (233)

Ένας τρίτος περιορισμός είναι η πιθανότητα πολιτισμικής μεροληψίας ή αναισθησίας στα εργαλεία αξιολόγησης. Το εσωτερικευμένο στίγμα μπορεί να βιωθεί διαφορετικά σε διαφορετικούς πολιτισμούς ή κοινωνικά πλαίσια, και ως εκ τούτου, τα εργαλεία αξιολόγησης πρέπει να είναι πολιτισμικά κατάλληλα και ευαίσθητα σε αυτές τις διαφορές. Για παράδειγμα, το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι διαφορετικό σε συλλογικιστικές κουλτούρες όπου η υποστήριξη της οικογένειας και της κοινότητας εκτιμάται περισσότερο από ό,τι σε ατομικιστικές κουλτούρες. (233)

Τέλος, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των εσωτερικευμένων εργαλείων αξιολόγησης του στίγματος μπορεί να επηρεαστεί από τα χαρακτηριστικά του δείγματος ή το πλαίσιο χορήγησης. Για παράδειγμα, τα εργαλεία μπορεί να μην είναι έγκυρα ή αξιόπιστα όταν χρησιμοποιούνται με πληθυσμούς που έχουν διαφορετικές εμπειρίες ή επίπεδα έκθεσης στο στίγμα, όπως άτομα από διαφορετικές φυλετικές ή εθνοτικές ομάδες, σεξουαλικές μειονότητες και μειονότητες φύλου ή άτομα με διαφορετικούς τύπους. Επιπλέον, τα εργαλεία μπορεί να μην είναι έγκυρα ή αξιόπιστα όταν χρησιμοποιούνται σε περιβάλλοντα όπου το στίγμα είναι λιγότερο ορατό ή πιο διακριτικό, όπως σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης ή χώρους εργασίας. (239)

Συμπερασματικά, τα εργαλεία αξιολόγησης του εσωτερικευμένου στίγματος είναι ένα σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση των εμπειριών ατόμων που έχουν εσωτερικεύσει αρνητικά στερεότυπα και προκαταλήψεις για τον εαυτό τους. Ωστόσο, αυτά τα εργαλεία έχουν αρκετούς περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους. Αυτοί οι περιορισμοί περιλαμβάνουν την έλλειψη ενός χρυσού προτύπου για τη μέτρηση του εσωτερικευμένου στίγματος, το περιορισμένο εύρος των εργαλείων, την πιθανή πολιτισμική προκατάληψη ή αναισθησία και την επιρροή των χαρακτηριστικών του δείγματος και του πλαισίου χορήγησης. Οι ερευνητές και οι κλινικοί γιατροί πρέπει να γνωρίζουν αυτούς τους περιορισμούς και να χρησιμοποιούν μια σειρά μεθόδων για να συμπληρώσουν τα εργαλεία αξιολόγησης εσωτερικευμένου στίγματος για να αποκτήσουν μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του εσωτερικευμένου στίγματος και των επιπτώσεών του στη ζωή των ατόμων.

4.4 Αυτοστιγματισμός και διαμόρφωση ταυτότητας σε ψυχικά ασθενείς

4.4.1 Ο ρόλος του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση της ταυτότητας

Ο αυτοστιγματισμός είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται όταν τα άτομα εσωτερικεύουν τα αρνητικά στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που στρέφονται προς την κοινωνική τους ταυτότητα, οδηγώντας σε συναισθήματα ντροπής, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοκατηγορίας. Ενώ η έρευνα για τον αυτοστιγματισμό έχει επικεντρωθεί κυρίως στις αρνητικές συνέπειές του, πρόσφατες μελέτες έχουν επίσης τονίσει τον πιθανό ρόλο του στη

διαμόρφωση ταυτότητας. Στα πλαίσια αυτού του κεφαλαίου, θα συζητηθεί ο ρόλος του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση της ταυτότητας.

Ένας τρόπος με τον οποίο ο αυτοστιγματισμός μπορεί να επηρεάσει τη διαμόρφωση της ταυτότητας είναι διαμορφώνοντας τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και την κοινωνική τους ταυτότητα. Όταν τα άτομα εσωτερικεύουν αρνητικά στερεότυπα και προκαταλήψεις, μπορεί να αρχίσουν να βλέπουν τον εαυτό τους μέσα από το πρίσμα αυτών των αρνητικών ετικετών, οδηγώντας σε μια στρεβλή και αρνητική εικόνα του εαυτού τους. Αυτή η αρνητική αυτοεικόνα μπορεί να επηρεάσει την αυτοαντίληψη, την αυτοεκτίμηση και την αυτοεκτίμηση των ατόμων, τα οποία με τη σειρά τους μπορούν να επηρεάσουν τη διαμόρφωση της ταυτότητάς τους. (229)

Για παράδειγμα, άτομα με ψυχικές ασθένειες που εσωτερικεύουν αρνητικά στερεότυπα για την κατάστασή τους μπορεί να θεωρούν τον εαυτό τους ως ελαττωματικό ή ελαττωματικό, οδηγώντας σε μια αίσθηση ντροπής και αυτοκατηγορίας. Αυτή η αρνητική αυτοεικόνα μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους, τις φιλοδοξίες και τους στόχους τους και την αίσθηση του σκοπού και του νοήματος στη ζωή. Ομοίως, άτομα από περιθωριοποιημένες ή στιγματισμένες ομάδες που εσωτερικεύουν αρνητικά στερεότυπα για την ταυτότητά τους μπορεί να δυσκολεύονται να αναπτύξουν μια θετική αίσθηση του εαυτού τους, οδηγώντας σε συναισθήματα ντροπής, ενοχής ή απόρριψης. (240)

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο ο αυτοστιγματισμός μπορεί να επηρεάσει τη διαμόρφωση ταυτότητας είναι επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα περιηγούνται στο κοινωνικό τους περιβάλλον και αλληλεπιδρούν με άλλους. Όταν τα άτομα εσωτερικεύουν αρνητικά στερεότυπα και προκαταλήψεις, μπορεί να γίνουν πιο προσεκτικά, προστατευμένα ή αμυντικά στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, φοβούμενοι την απόρριψη ή τις διακρίσεις. Αυτή η αυτοπροστατευτική συμπεριφορά μπορεί να περιορίσει τις ευκαιρίες τους για κοινωνική σύνδεση και υποστήριξη, οδηγώντας σε μια αίσθηση απομόνωσης ή αποξένωσης. (235)

Για παράδειγμα, τα άτομα με αναπηρίες που εσωτερικεύουν αρνητικά στερεότυπα για την κατάστασή τους μπορεί να αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις ή αλληλεπιδράσεις, φοβούμενοι τον οίκτο ή τις διακρίσεις. Αυτή η συμπεριφορά αποφυγής μπορεί να περιορίσει

τις ευκαιρίες τους για κοινωνική σύνδεση και υποστήριξη, οδηγώντας σε μια αίσθηση μοναξιάς ή απομόνωσης. Ομοίως, άτομα από φυλετικές ή εθνοτικές μειονότητες που εσωτερικεύουν αρνητικά στερεότυπα για την ταυτότητά τους μπορεί να γίνουν πιο επιφυλακτικά ή καχύποπτα στις αλληλεπιδράσεις τους με άλλους, οδηγώντας σε μια αίσθηση δυσπιστίας ή αποξένωσης. (241)

Παρά αυτές τις αρνητικές συνέπειες, ο αυτοστιγματισμός μπορεί επίσης να παίζει θετικό ρόλο στη διαμόρφωση της ταυτότητας. Ορισμένες μελέτες έχουν προτείνει ότι ο αυτοστιγματισμός μπορεί να παρακινήσει τα άτομα να αμφισβητήσουν αρνητικά στερεότυπα και προκαταλήψεις και να διεκδικήσουν τη θετική κοινωνική τους ταυτότητα. Αντιμετωπίζοντας τις αρνητικές ετικέτες και τις υποθέσεις που μπορεί να έχουν οι άλλοι γι' αυτά, τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν μια ισχυρότερη αίσθηση του εαυτού τους και μια πιο θετική εικόνα για τον εαυτό τους. (240)

Για παράδειγμα, άτομα με ψυχικές ασθένειες που αντιμετωπίζουν το στίγμα που σχετίζεται με την κατάστασή τους μπορεί να αναπτύξουν μια ισχυρότερη αίσθηση υπεράσπισης και κοινωνικής ευθύνης, αμφισβητώντας αρνητικά στερεότυπα και προάγοντας μεγαλύτερη κατανόηση και αποδοχή της ψυχικής ασθένειας. Ομοίως, άτομα από περιθωριοποιημένες ή στιγματισμένες ομάδες που αμφισβητούν τα αρνητικά στερεότυπα που σχετίζονται με την ταυτότητά τους μπορεί να αναπτύξουν μια ισχυρότερη αίσθηση πολιτισμικής υπερηφάνειας και ταυτότητας, προάγοντας μεγαλύτερη συνειδητοποίηση και εκτίμηση της διαφορετικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. (242)

Συμπερασματικά, ο ρόλος του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση ταυτότητας είναι πολύπλοκος και πολύπλευρος. Ενώ μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την αυτοαντίληψη και την κοινωνική λειτουργία των ατόμων, μπορεί επίσης να παρακινήσει τα άτομα να αμφισβητήσουν τα αρνητικά στερεότυπα και να διεκδικήσουν τη θετική κοινωνική τους ταυτότητα. Είναι σημαντικό για τους ερευνητές και τους κλινικούς γιατρούς να αναπτύξουν παρεμβάσεις που προάγουν μεγαλύτερη αυτογνωσία, ανθεκτικότητα και κοινωνική υποστήριξη, ενώ ταυτόχρονα αμφισβητούν τα αρνητικά στερεότυπα και προάγουν τη μεγαλύτερη κατανόηση και αποδοχή των περιθωριοποιημένων ή στιγματισμένων ομάδων.

4.4.2 Ο αντίκτυπος του αυτοστιγματισμού στους ψυχικά ασθενείς

Ο αντίκτυπος του αυτοστιγματισμού στους ασθενείς ψυχικής υγείας μπορεί να είναι σημαντικός, καθώς μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα, να μειώσει τη συμπεριφορά αναζήτησης θεραπείας και να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση.

Ένας τρόπος με τον οποίο ο αυτοστιγματισμός μπορεί να επηρεάσει τους ασθενείς ψυχικής υγείας είναι η αύξηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εσωτερικεύουν αρνητικές κοινωνικές στάσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια εμφανίζουν πιο σοβαρά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη και άγχος, από εκείνα που δεν το κάνουν. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ο αυτοστιγματισμός οδηγεί σε συναισθήματα ντροπής και αναξιοσύνης, τα οποία μπορούν να επιδεινώσουν αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις που σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες. (232)

Ο αυτοστιγματισμός μπορεί επίσης να μειώσει τη συμπεριφορά αναζήτησης θεραπείας μεταξύ των ασθενών ψυχικής υγείας. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εσωτερικεύουν αρνητικές κοινωνικές στάσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν θεραπεία για τα συμπτώματά τους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ο αυτοστιγματισμός οδηγεί σε αισθήματα ντροπής και αμηχανίας για την κατάστασή του, καθιστώντας δύσκολη την αναζήτηση βοήθειας από άλλους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη θεραπεία και αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. (233)

Επιπλέον, ο αυτοστιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση μεταξύ των ασθενών ψυχικής υγείας. Αυτό συμβαίνει επειδή τα άτομα που εσωτερικεύουν αρνητικές κοινωνικές στάσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια μπορεί να αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις ή να αποκαλύπτουν την κατάστασή τους σε άλλους από φόβο μήπως στιγματιστούν ή απορριφθούν. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα συναισθήματα μοναξιάς, κατάθλιψης και άγχους και μπορεί να καταστήσει πιο δύσκολη την πρόσβαση στην κοινωνική υποστήριξη και πόρους. (232)

Ο αντίκτυπος του αυτοστιγματισμού στους ασθενείς ψυχικής υγείας είναι ένα σύνθετο και πολύπλευρο ζήτημα, με σημαντικές επιπτώσεις στη θεραπεία και την ανάρρωση. Η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού μπορεί να απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει παρεμβάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Μια παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο που έχει αποδειχθεί πολλά υποσχόμενη για τη μείωση του αυτοστιγματισμού και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ψυχικής υγείας είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Η CBT είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που εστιάζει στον εντοπισμό και την πρόκληση αρνητικών πεποιθήσεων και σκέψεων που συμβάλλουν σε αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η CBT μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής λειτουργίας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. (233)

Μια άλλη πιθανή παρέμβαση είναι η υποστήριξη από ομότιμους. Η υποστήριξη από ομότιμους αναφέρεται στους συναισθηματικούς, ενημερωτικούς ή απτές πόρους που παρέχονται από άτομα με παρόμοιες εμπειρίες ή υπόβαθρο. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η υποστήριξη από ομοτίμους μπορεί να μειώσει τον αυτοστιγματισμό και να βελτιώσει τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας παρέχοντας στα άτομα κοινωνική υποστήριξη, πρότυπα και αίσθηση ότι ανήκουν. (243,244)

Παρεμβάσεις σε κοινωνικό επίπεδο μπορεί επίσης να είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού μεταξύ των ασθενών ψυχικής υγείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εκστρατείες εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης που αμφισβητούν τα αρνητικά στερεότυπα και προωθούν την καλύτερη κατανόηση και αποδοχή της ψυχικής νόσου, καθώς και πολιτικές που προστατεύουν τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Συμπερασματικά, ο αυτοστιγματισμός μπορεί να έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης σοβαρότητας των συμπτωμάτων, της μειωμένης συμπεριφοράς αναζήτησης θεραπείας και της κοινωνικής απομόνωσης. Η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού μπορεί να απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει παρεμβάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Με την προώθηση της μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης, κατανόησης και αποδοχής της ψυχικής ασθένειας, μπορούμε να βοηθήσουμε στη μείωση του στίγματος που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια και να βελτιώσουμε τη ζωή όσων επηρεάζονται από αυτήν. (243,244)

4.4.3 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση ταυτότητας

Ο αυτοστιγματισμός, ή το εσωτερικευμένο στίγμα, μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη διαμόρφωση της ταυτότητας κάποιου. Μπορεί να οδηγήσει σε αρνητική αυτοεκτίμηση, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυξημένη κοινωνική απομόνωση. Η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που περιλαμβάνει στρατηγικές τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Μια αποτελεσματική στρατηγική σε ατομικό επίπεδο για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Η CBT είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που εστιάζει στον εντοπισμό και την πρόκληση αρνητικών πεποιθήσεων και σκέψεων που συμβάλλουν σε αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η CBT μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής λειτουργίας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Βοηθώντας τα άτομα να αναγνωρίσουν και να αμφισβητήσουν αρνητικές πεποιθήσεις και σκέψεις, η CBT μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν μια πιο θετική αυτο-αντίληψη και να μειώσουν τον αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση της ταυτότητάς τους. (231)

Μια άλλη στρατηγική σε ατομικό επίπεδο για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η υποστήριξη από ομοτίμους. Η υποστήριξη από ομοτίμους αναφέρεται στους συναισθηματικούς, ενημερωτικούς ή απτές πόρους που παρέχονται από άτομα με παρόμοιες εμπειρίες ή υπόβαθρο. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η υποστήριξη από ομοτίμους μπορεί να μειώσει τον αυτοστιγματισμό και να βελτιώσει τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας παρέχοντας στα άτομα κοινωνική υποστήριξη, πρότυπα και αίσθηση ότι ανήκουν. Συνδέοντας άτομα με παρόμοιες εμπειρίες, η υποστήριξη από ομοτίμους μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν την αίσθηση της κοινότητας και να μειώσουν τον αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση της ταυτότητάς τους. (243,244)

Εκτός από τις στρατηγικές σε ατομικό επίπεδο, οι στρατηγικές σε επίπεδο κοινωνίας είναι επίσης απαραίτητες για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εκστρατείες εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης που αμφισβητούν τα αρνητικά στερεότυπα και προωθούν την καλύτερη κατανόηση και αποδοχή της ψυχικής νόσου, καθώς

και πολιτικές που προστατεύουν τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Για παράδειγμα, ο νόμος για τους Αμερικανούς με Αναπηρίες (ADA) απαγορεύει τις διακρίσεις σε βάρος ατόμων με αναπηρία, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών ασθενειών, στην απασχόληση, τη στέγαση και άλλους τομείς της ζωής. Με την προώθηση της μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης και κατανόησης της ψυχικής ασθένειας και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, οι στρατηγικές σε επίπεδο κοινωνίας μπορούν να συμβάλουν στη μείωση του αντίκτυπου του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση ταυτότητας.

Μια άλλη στρατηγική σε κοινωνικό επίπεδο για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η προώθηση θετικών αναπαραστάσεων στα μέσα ενημέρωσης ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Οι αρνητικές αναπαραστάσεις των μέσων ενημέρωσης μπορούν να διαιωνίσουν τα στερεότυπα και να συμβάλουν στον αυτοστιγματισμό των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Με την προώθηση θετικών αναπαραστάσεων στα μέσα ενημέρωσης ατόμων με ψυχική ασθένεια, όπως η απεικόνιση ατόμων με ψυχική ασθένεια ως ανθεκτικά και ικανά, μπορούμε να αμφισβητήσουμε τα αρνητικά στερεότυπα και να προωθήσουμε μεγαλύτερη κατανόηση και αποδοχή της ψυχικής ασθένειας.

Τέλος, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί η διατομή του αυτοστιγματισμού. Άτομα με πολλαπλές στιγματισμένες ταυτότητες, όπως άτομα που αναγνωρίζονται ως LGBTQ+ και έχουν ψυχική ασθένεια, μπορεί να βιώσουν αυξημένα επίπεδα αυτοστιγματισμού και να αντιμετωπίσουν πρόσθετα εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα και στους πόρους. Η αντιμετώπιση της διατομεακότητας του αυτοστιγματισμού απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει στρατηγικές τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, όπως πολιτιστικά ευαίσθητες και χωρίς αποκλεισμούς υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πολιτικές που προστατεύουν τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια ατόμων με πολλαπλές στιγματισμένες ταυτότητες.

Συμπερασματικά, ο αυτοστιγματισμός μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη διαμόρφωση της ταυτότητας κάποιου, οδηγώντας σε αρνητική αυτοαντίληψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυξημένη κοινωνική απομόνωση. Η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που περιλαμβάνει στρατηγικές τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Με την προώθηση της μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης και κατανόησης

της ψυχικής ασθένειας, την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές ασθένειες και την προώθηση θετικών αναπαραστάσεων στα μέσα ενημέρωσης ατόμων με ψυχική ασθένεια, μπορούμε να συμβάλουμε στη μείωση του αντίκτυπου του αυτοστιγματισμού στη διαμόρφωση ταυτότητας και στη βελτίωση της ζωής των όσων επηρεάζονται από αυτήν.

4.5 Αυτοστιγματισμός και ποιότητα ζωής (αυτοφροντίδα, αυτοεκτίμηση)

4.5.1 Η σχέση μεταξύ αυτοστιγματισμού και αυτοφροντίδας

Το αυτοστίγμα, ή το εσωτερικευμένο στίγμα, μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο σε διάφορες πτυχές της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητάς του να ασχολείται με την αυτοφροντίδα. Η αυτοφροντίδα αναφέρεται σε σκόπιμες ενέργειες που γίνονται από τα άτομα για να διατηρήσουν τη σωματική, συναισθηματική και ψυχική τους ευεξία. Η σχέση μεταξύ αυτοστιγματισμού και αυτοφροντίδας είναι πολύπλοκη και έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών.

Ο αυτοστιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη κινήτρων ή πίστης στην ικανότητα κάποιου να συμμετέχει σε πρακτικές αυτοφροντίδας. Τα άτομα με αυτοστίγμα μπορεί να θεωρούν τον εαυτό τους ως λιγότερο άξιο αυτοφροντίδας ή να πιστεύουν ότι η αυτοφροντίδα δεν είναι αποτελεσματική για αυτά. Σε μια μελέτη ατόμων με σχιζοφρένεια, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι όσοι ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αυτοστιγματισμού ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε πρακτικές αυτοφροντίδας, όπως η άσκηση και η υγιεινή διατροφή. Ο αυτοστιγματισμός μπορεί επίσης να οδηγήσει στην αποφυγή αναζήτησης ιατρικής ή ψυχικής φροντίδας, η οποία μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τη συνολική ευημερία ενός ατόμου. (245)

Από την άλλη πλευρά, η ενασχόληση με πρακτικές αυτοφροντίδας μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ψυχικής υγείας. Μια μελέτη ατόμων με κατάθλιψη διαπίστωσε ότι η ενασχόληση με πρακτικές αυτοφροντίδας, όπως η άσκηση και ο διαλογισμός επίγνωσης, συσχετίστηκε με μειωμένο αυτοστίγμα και βελτιωμένα αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Συμμετέχοντας σε πρακτικές αυτοφροντίδας, τα άτομα με αυτοστίγμα μπορούν να αναπτύξουν μια πιο θετική αυτο-

αντίληψη και να αυξήσουν την πίστη τους στην ικανότητά τους να διαχειρίζονται την ψυχική τους υγεία. (246)

Η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι απαραίτητη για την προώθηση συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Μια αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η ψυχοεκπαίδευση. Η ψυχοεκπαίδευση αναφέρεται στην παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης σχετικά με την ψυχική ασθένεια και τη θεραπεία της. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στη βελτίωση των συμπεριφορών αυτοφροντίδας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Παρέχοντας στα άτομα ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την ψυχική ασθένεια και τη θεραπεία της, η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν μια πιο θετική αυτο-αντίληψη και να αυξήσουν την πίστη τους στην αποτελεσματικότητα των πρακτικών αυτοφροντίδας. (234)

Μια άλλη αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η υποστήριξη από ομότιμους. Η υποστήριξη από ομότιμους αναφέρεται στους συναισθηματικούς, ενημερωτικούς ή απτές πόρους που παρέχονται από άτομα με παρόμοιες εμπειρίες ή υπόβαθρο. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η υποστήριξη από ομότιμους μπορεί να μειώσει τον αυτοστίγμα και να βελτιώσει τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας παρέχοντας στα άτομα κοινωνική υποστήριξη, πρότυπα και αίσθηση ότι ανήκουν. Συνδέοντας άτομα με παρόμοιες εμπειρίες, η υποστήριξη από ομοτίμους μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν μια αίσθηση κοινότητας και να μειώσουν τον αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού στην ικανότητά τους να συμμετέχουν σε πρακτικές αυτοφροντίδας. (269, 270)

Εκτός από τις στρατηγικές σε ατομικό επίπεδο, η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού απαιτεί στρατηγικές σε κοινωνικό επίπεδο. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εκστρατείες εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης που αμφισβητούν τα αρνητικά στερεότυπα και προωθούν την καλύτερη κατανόηση και αποδοχή της ψυχικής νόσου, καθώς και πολιτικές που προστατεύουν τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Για παράδειγμα, ο νόμος για τους Αμερικανούς με Αναπηρίες (ADA) απαγορεύει τις διακρίσεις σε βάρος ατόμων με αναπηρία, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών ασθενειών, στην απασχόληση, τη στέγαση και άλλους τομείς της ζωής. Με την προώθηση της μεγαλύτερης

ευαισθητοποίησης και κατανόησης της ψυχικής ασθένειας και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, οι στρατηγικές σε επίπεδο κοινωνίας μπορούν να συμβάλουν στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στη βελτίωση των συμπεριφορών αυτοφροντίδας.

Συμπερασματικά, ο αυτοστιγματισμός μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα ενός ατόμου να συμμετέχει σε πρακτικές αυτοφροντίδας. Μειώνοντας το στίγμα του εαυτού τους μέσω στρατηγικών όπως η ψυχοεκπαίδευση και η υποστήριξη από συνομηλίκους, τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν μια πιο θετική αυτοαντίληψη και να αυξήσουν την πίστη τους στην αποτελεσματικότητα των πρακτικών αυτοφροντίδας. Η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού απαιτεί επίσης στρατηγικές σε κοινωνικό επίπεδο, όπως εκστρατείες εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης και πολιτικές που προστατεύουν τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Προάγοντας μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και κατανόηση της ψυχικής ασθένειας και προστατεύοντας τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, μπορούμε να συμβάλουμε στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στη βελτίωση των συμπεριφορών αυτοφροντίδας.

4.5.2 Η σχέση μεταξύ αυτοστιγματισμού και αυτοεκτίμησης

Ο αυτοστιγματισμός είναι ένα φαινόμενο κατά το οποίο άτομα με ψυχικές παθήσεις εσωτερικεύουν αρνητικά στερεότυπα και πεποιθήσεις σχετικά με την κατάστασή τους, οδηγώντας σε μειωμένη αυτοεκτίμηση και αισθήματα ντροπής και ενοχής. Αυτή η αρνητική επίδραση στην αυτοεκτίμηση μπορεί να διακινδυνεύσει έναν φαύλο κύκλο, με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση να οδηγεί σε περαιτέρω αυτοστιγματισμό και αποφυγή αναζήτησης βοήθειας. Σε αυτό το κεφάλαιο, θα διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του αυτοστιγματισμού και της αυτοεκτίμησης, καθώς και τον πιθανό αντίκτυπο των παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση του αυτοστιγματισμού στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης.

Η έρευνα έχει δείξει σταθερά ότι ο αυτοστιγματισμός συνδέεται αρνητικά με την αυτοεκτίμηση. Μια μελέτη από τους Kroska και Harkness, διαπίστωσε ότι ο αυτοστιγματισμός σχετίζεται αρνητικά με την αυτοεκτίμηση μεταξύ των ατόμων με παθήσεις ψυχικής υγείας, ακόμη και μετά τον έλεγχο της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και την

αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη. (247) Ομοίως, μια μελέτη των Chang et al., διαπίστωσε ότι ο αυτοστιγματισμός είχε άμεσο αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με κατάθλιψη. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι ο αυτοστιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αυτοεκτίμηση, ακόμη και όταν ληφθούν υπόψη άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας. (248)

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του αυτοστιγματισμού έχουν επίσης βρεθεί ότι βελτιώνουν την αυτοεκτίμηση σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Μια μελέτη των Yanos et al., διαπίστωσε ότι η συμμετοχή σε μια παρέμβαση κατά του στίγματος οδήγησε σε βελτιώσεις στην αυτοεκτίμηση μεταξύ των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η παρέμβαση περιλάμβανε έναν συνδυασμό εκπαίδευσης σχετικά με την ψυχική ασθένεια, προσωπικές ιστορίες ανάρρωσης και επαφή με συνομηλίκους που είχαν βιώσει ψυχική ασθένεια. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι η παρέμβαση μπορεί να βοήθησε τους συμμετέχοντες να αμφισβητήσουν τις αρνητικές αυτοπεποιθήσεις τους και να αναπτύξουν μια πιο θετική αίσθηση του εαυτού τους. (249,250)

Ομοίως, μια μελέτη των Corrigan et al., διαπίστωσε ότι η συμμετοχή σε μια παρέμβαση για τη μείωση του αυτοστιγματισμού οδήγησε σε βελτιώσεις στην αυτοεκτίμηση μεταξύ των ατόμων με παθήσεις ψυχικής υγείας. Η παρέμβαση περιλάμβανε ένα πρόγραμμα σπουδών 10 συνεδριών που επικεντρώθηκε στην οικοδόμηση της αυτογνωσίας, στην πρόκληση του αυτοστιγματισμού και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι η παρέμβαση μπορεί να βοήθησε τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν μια πιο θετική αίσθηση του εαυτού τους αμφισβητώντας τις αρνητικές πεποιθήσεις τους και προωθώντας την αποδοχή του εαυτού τους. (251)

Εκτός από αυτές τις μελέτες παρέμβασης, η έρευνα έχει επίσης διερευνήσει τους πιθανούς μηχανισμούς μέσω των οποίων ο αυτοστιγματισμός μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση. Μια μελέτη από τους Livingston και Boyd, διαπίστωσε ότι ο αυτοστιγματισμός συσχετίστηκε με αυξημένη αυτοκριτική και μειωμένη αυτοσυμπόνια, τα οποία με τη σειρά τους συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι ο αυτοστιγματισμός μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να εσωτερικεύουν αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν ως αυτοκριτική και έλλειψη αυτοσυμπόνιας. (231)

Συμπερασματικά, ο αυτοστιγματισμός συνδέεται αρνητικά με την αυτοεκτίμηση των ατόμων με παθήσεις ψυχικής υγείας. Έχει βρεθεί ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του αυτοστιγματισμού βελτιώνουν την αυτοεκτίμηση, δυνητικά αμφισβητώντας τις αρνητικές αυτοπεποιθήσεις και προάγοντας την αυτοαποδοχή. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων ο αυτοστιγματισμός μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση περιλαμβάνουν αυξημένη αυτοκριτική και μειωμένη αυτοσυμπόνια. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης του αυτοστιγματισμού στο πλαίσιο της θεραπείας ψυχικής υγείας, με στόχο τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και την προώθηση θετικών αποτελεσμάτων ψυχικής υγείας.

4.5.3 Προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης παρουσία αυτοστιγματισμού

Το αυτοστίγμα μπορεί να είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για την πρόσβαση στη φροντίδα και τη συμμετοχή σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας, καθώς τα άτομα μπορεί να πιστεύουν ότι δεν αξίζουν φροντίδα ή ότι δεν είναι σε θέση να βελτιώσουν την υγεία τους. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν στρατηγικές για την προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης παρουσία αυτοστιγματισμού. (252,253)

Μια αποτελεσματική στρατηγική για την προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης με την παρουσία αυτοστιγματισμού είναι η χρήση της αυτοσυμπόνιας. Η αυτοσυμπόνια περιλαμβάνει τη μεταχείριση του εαυτού με καλοσύνη, κατανόηση και αποδοχή, αντί για κρίση και κριτική. (254) Η αυτοσυμπόνια μπορεί να μειώσει τον αρνητικό αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού προάγοντας μια αίσθηση αυτοεκτίμησης και συμπεριφορές αυτοφροντίδας. (255) Για παράδειγμα, μια μελέτη διαπίστωσε ότι η αυτοσυμπόνια συσχετίστηκε θετικά με συμπεριφορές αυτοφροντίδας μεταξύ ατόμων με ψυχικές ασθένειες. (248)

Μια άλλη στρατηγική για την προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης παρουσία αυτοστιγματισμού είναι μέσω της χρήσης γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT). Η CBT είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που εστιάζει στην αλλαγή των αρνητικών προτύπων σκέψης και συμπεριφορών. Η CBT έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στην προώθηση της αυτοφροντίδας και της

αυτοεκτίμησης σε άτομα με διάφορες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής ασθένειας. (256) Η CBT μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αμφισβητήσουν τις αρνητικές αυτοπεποιθήσεις και να τις αντικαταστήσουν με πιο θετικές και προσαρμοστικές, οδηγώντας σε βελτιωμένη αυτοεκτίμηση και συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης. (252)

Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα μπορούν επίσης να είναι αποτελεσματικές στην προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης παρουσία αυτοστιγματισμού. Η ενσυνειδητότητα περιλαμβάνει την προσοχή στην παρούσα στιγμή χωρίς κρίση. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν το στίγμα του εαυτού και βελτιώνουν την αυτοφροντίδα και την αυτοεκτίμηση σε άτομα με ψυχική ασθένεια. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους, οδηγώντας σε βελτιωμένες συμπεριφορές αυτοσυμπόνιας και αυτοφροντίδας. (252)

Εκτός από αυτές τις παρεμβάσεις, η υποστήριξη από ομοτίμους μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματική στην προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης παρουσία αυτοστιγματισμού. Η υποστήριξη από ομοτίμους περιλαμβάνει άτομα με παρόμοιες εμπειρίες που υποστηρίζουν το ένα το άλλο. Η υποστήριξη από ομοτίμους έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στην προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης σε άτομα με ψυχική ασθένεια. Η υποστήριξη από τους συνομηλίκους μπορεί να προσφέρει μια αίσθηση κοινότητας και ανήκειν, οδηγώντας σε βελτιωμένη αυτοεκτίμηση και συμπεριφορές αυτοφροντίδας. (256)

Συμπερασματικά, ο αυτοστιγματισμός μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην αυτοφροντίδα και την αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές αποτελεσματικές στρατηγικές για την προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης με την παρουσία αυτοστιγματισμού. Η αυτοσυμπόνια, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα και η υποστήριξη από συνομηλίκους μπορούν όλα να είναι αποτελεσματικά στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στην προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοεκτίμησης. Αυτές οι στρατηγικές μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να ξεπεράσουν τον αρνητικό αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού και να βελτιώσουν τη συνολική υγεία και ευημερία τους.

4.6 Αντιμετώπιση και θεραπευτικές προσεγγίσεις του εσωτερικευμένου στίγματος

4.6.1 Επισκόπηση Θεραπευτικών Προσεγγίσεων στο Εσωτερικευμένο Στίγμα

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του εσωτερικευμένου στίγματος είναι απαραίτητες για την προώθηση θετικών αποτελεσμάτων για τα άτομα που το βιώνουν.

Μια τέτοια προσέγγιση είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT), η οποία είναι μια καθιερωμένη θεραπεία βασισμένη σε στοιχεία. Η CBT μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναγνωρίσουν και να αμφισβητήσουν αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις για τον εαυτό τους, την ταυτότητά τους ή τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Μέσω της γνωστικής αναδιάρθρωσης και των συμπεριφορικών παρεμβάσεων, τα άτομα μπορούν να μάθουν να αναπτύσσουν πιο θετικές αντιλήψεις για τον εαυτό τους και να μειώνουν τον αυτο-στίγμα. (231)

Μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση είναι η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT), η οποία δίνει έμφαση στην επίγνωση, την αποδοχή και τη δράση που βασίζεται σε αξίες. Το ACT μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να μάθουν να αποδέχονται και να ανέχονται τις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματά τους χωρίς κρίση και να επικεντρώνονται αντ' αυτού στην ευθυγράμμιση της συμπεριφοράς τους με τις αξίες και τους στόχους τους. Με αυτόν τον τρόπο, τα άτομα μπορούν να μειώσουν τον αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού στην ψυχική τους υγεία και ευημερία. (257)

Οι ομαδικές παρεμβάσεις μπορούν επίσης να είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού. Η ομαδική θεραπεία παρέχει ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον για τα άτομα να μοιράζονται τις εμπειρίες τους, να επικυρώνουν τα συναισθήματά τους και να λαμβάνουν ανατροφοδότηση και υποστήριξη από άλλους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες. Η ομαδική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν την αίσθηση του ανήκειν και να μειώσουν τα συναισθήματα απομόνωσης και ντροπής που σχετίζονται με τον αυτοστίγμα. (256)

Οι παρεμβάσεις υποστήριξης από ομοτίμους είναι μια άλλη αποτελεσματική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού. Οι παρεμβάσεις υποστήριξης από ομοτίμους περιλαμβάνουν άτομα με βιωμένη εμπειρία που παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση σε

άλλους που βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες. Η υποστήριξη από ομοτίμους μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν μια αίσθηση σύνδεσης και να μειώσουν την αίσθηση της απομόνωσης και της ντροπής που συνδέονται με τον αυτοστιγματισμό. Η υποστήριξη από ομοτίμους μπορεί επίσης να παρέχει στα άτομα πρακτικά εργαλεία και στρατηγικές για τη διαχείριση του αυτοστιγματισμού και την προώθηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας. (258)

Τέλος, η αφηγηματική θεραπεία είναι μια προσέγγιση που εστιάζει στην ιστορία της ζωής του ατόμου και στο πώς διαμορφώνει τις αντιλήψεις του για τον εαυτό του και τις εμπειρίες του. Η αφηγηματική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να επαναδιατυπώσουν τις αρνητικές αφηγήσεις του εαυτού τους και να αναπτύξουν πιο θετικές και ενδυναμωτικές αυτο-ιστορίες. Με αυτόν τον τρόπο, τα άτομα μπορούν να μειώσουν τον αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού στην ψυχική τους υγεία και ευημερία. (259)

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση του εσωτερικευμένου στίγματος είναι ένα ουσιαστικό συστατικό για την προώθηση της θετικής ψυχικής υγείας και ευημερίας για τα άτομα που το βιώνουν. Θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως CBT, ACT, ομαδικές παρεμβάσεις, παρεμβάσεις υποστήριξης από ομοτίμους και αφηγηματική θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην προώθηση της αυτοφροντίδας, της αυτοεκτίμησης και στη μείωση του αντίκτυπου του αυτοστιγματισμού. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι φροντιστές μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις προσεγγίσεις για να προωθήσουν τη θεραπεία και τη θετική αλλαγή σε άτομα με αυτοστίγμα. (259)

4.6.2 Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία και Αυτοστίγμα

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια καθιερωμένη θεραπευτική προσέγγιση που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία μιας ποικιλίας καταστάσεων ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD). Ένα από τα βασικά συστατικά της CBT είναι η εστίασή της στο να βοηθά τα άτομα να αλλάξουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους, κάτι που με τη σειρά του μπορεί να βελτιώσει τη συνολική ψυχική υγεία και ευημερία τους. Ωστόσο, για ορισμένα άτομα, το στίγμα του εαυτού μπορεί να είναι εμπόδιο για την αναζήτηση και τη συμμετοχή σε CBT. Σε αυτό το δοκίμιο, θα διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ CBT και αυτοστιγματισμού,

συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο το αυτοστίγμα μπορεί να επηρεάσει τη δέσμευση στη CBT και πώς η CBT μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να ξεπεράσουν το αυτοστίγμα.

Ο αυτοστιγματισμός είναι η διαδικασία με την οποία τα άτομα εσωτερικεύουν αρνητικές κοινωνικές στάσεις σχετικά με τη δική τους κατάσταση ψυχικής υγείας, οδηγώντας σε συναισθήματα ντροπής, ενοχής και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Ο αυτοστιγματισμός μπορεί να είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για την αναζήτηση και τη συμμετοχή σε θεραπεία ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της CBT. Τα άτομα που βιώνουν αυτοστιγματισμό μπορεί να πιστεύουν ότι είναι «αδύναμα» ή «ελαττωματικά» επειδή έχουν μια πάθηση ψυχικής υγείας και μπορεί να αισθάνονται αμήχανα ή ντροπή να αναζητήσουν βοήθεια. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απροθυμία να συμμετάσχουν στη θεραπεία ή σε πρόωρη διακοπή της θεραπείας. (232)

Η CBT μπορεί να είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για άτομα που βιώνουν αυτοστίγμα, καθώς εστιάζει στην αλλαγή των αρνητικών προτύπων σκέψης και συμπεριφορών που συμβάλλουν σε κακά αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Βοηθώντας τα άτομα να αναγνωρίσουν και να αμφισβητήσουν αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, η CBT μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των συναισθημάτων ντροπής και αυτοκατηγορίας και να αυξήσει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση. Για παράδειγμα, η CBT μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να επαναδιατυπώσουν τις σκέψεις τους σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας από μια αρνητική προοπτική αυτοκατηγορίας (π.χ. "αποτυχία που έχω κατάθλιψη") σε μια πιο αποδεκτή και συμπονετική προοπτική (π.χ. "Είναι εντάξει για να παλέψω με την κατάθλιψη και κάνω βήματα για να γίνω καλύτερα»). (232)

Εκτός από την αντιμετώπιση αρνητικών προτύπων σκέψης, η CBT μπορεί επίσης να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού και άλλων προκλήσεων που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Για παράδειγμα, ένας θεραπευτής μπορεί να συνεργαστεί με ένα άτομο για να αναπτύξει στρατηγικές για την ανταπόκριση στην αρνητική ομιλία, όπως η εξάσκηση της αυτοσυμπόνιας ή η χρήση θετικών επιβεβαιώσεων. Αναπτύσσοντας αυτές τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τα άτομα μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα το αυτοστίγμα και άλλους

στρεσογόνους παράγοντες, οι οποίοι με τη σειρά τους μπορούν να βελτιώσουν τη δέσμευση και τα αποτελέσματα στη CBT. (232)

Παρά τα πιθανά οφέλη της CBT για τα άτομα που βιώνουν αυτοστίγμα, υπάρχουν επίσης πιθανά εμπόδια στη δέσμευση στη CBT. Για παράδειγμα, τα άτομα που βιώνουν αυτοστιγματισμό μπορεί να αισθάνονται άβολα να συζητούν την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας με έναν θεραπευτή ή μπορεί να είναι απρόθυμα να εμπλακούν σε δραστηριότητες που αμφισβητούν τις αρνητικές πεποιθήσεις τους. Επιπλέον, οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με το στίγμα, όπως οι διακρίσεις ή οι προκαταλήψεις, μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη συμμετοχή στη θεραπεία. (232)

Για να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια, οι θεραπευτές μπορεί να χρειαστεί να υιοθετήσουν μια προληπτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού στους πελάτες τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αναγνώριση του αντίκτυπου του αυτοστιγματισμού και τη δημιουργία ενός ασφαλούς και μη επικριτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος όπου τα άτομα αισθάνονται άνετα να συζητούν τις εμπειρίες τους. Οι θεραπευτές μπορεί επίσης να χρειαστεί να συνεργαστούν με άτομα για να αναπτύξουν θεραπευτικούς στόχους και στρατηγικές που είναι ευαίσθητες στις μοναδικές τους εμπειρίες αυτοστιγματισμού. (232)

Συμπερασματικά, ο αυτοστιγματισμός μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο για την αναζήτηση και τη συμμετοχή σε θεραπεία ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της CBT. Ωστόσο, η CBT μπορεί να είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για άτομα που βιώνουν αυτοστίγμα, καθώς αντιμετωπίζει αρνητικά πρότυπα σκέψης και συμπεριφορές που συμβάλλουν σε κακά αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Βοηθώντας τα άτομα να αναγνωρίσουν και να αμφισβητήσουν αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, η CBT μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των συναισθημάτων ντροπής και αυτοκατηγορίας και να αυξήσει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση. Επιπλέον, η CBT μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού και άλλων προκλήσεων που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Για να διασφαλιστεί ότι τα άτομα αισθάνονται άνετα και υποστηρίζονται κατά τη διάρκεια της CBT, οι θεραπευτές μπορεί να χρειαστεί να υιοθετήσουν μια προληπτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός

ασφαλούς και μη επικριτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος όπου τα άτομα αισθάνονται άνετα να συζητούν τις εμπειρίες τους, καθώς και να συνεργάζονται με άτομα για να αναπτύξουν θεραπευτικούς στόχους και στρατηγικές που είναι ευαίσθητες στις μοναδικές τους εμπειρίες αυτοστιγματισμού.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση του αντίκτυπου του αυτοστιγματισμού στη δέσμευση και τα αποτελέσματα στη CBT, καθώς και για τον εντοπισμό αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του αυτοστιγματισμού στη θεραπεία. Ωστόσο, αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας το αυτο-στίγμα, οι θεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση της δέσμευσης και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων στη CBT για άτομα με παθήσεις ψυχικής υγείας.

4.6.3 Άλλες Θεραπευτικές Προσεγγίσεις για τον Αυτοστιγματισμό

Ενώ η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού, άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις μπορεί επίσης να είναι χρήσιμες για την προώθηση της αποδοχής του εαυτού και τη μείωση του αρνητικού αντίκτυπου του αυτοστιγματισμού στα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας.

Μια θεραπευτική προσέγγιση που έχει δείξει πολλά υποσχόμενη για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT). Το ACT είναι μια προσέγγιση που βασίζεται στην ενσυνειδητότητα που δίνει έμφαση στην αποδοχή δύσκολων συναισθημάτων και εμπειριών, αντί να προσπαθεί να τα ελέγξει ή να τα εξαλείψει. Βοηθώντας τα άτομα να αναπτύξουν μεγαλύτερη αίσθηση ψυχολογικής ευελιξίας, το ACT μπορεί να βοηθήσει άτομα με παθήσεις ψυχικής υγείας να αντιμετωπίσουν καλύτερα τον αυτοστιγματισμό και άλλους στρεσογόνους παράγοντες και να επιδιώξουν στόχους βασισμένους σε αξίες που είναι σημαντικοί για αυτά. Η έρευνα υποδηλώνει ότι η ACT μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση του αυτοστιγματισμού και στην προώθηση θετικών αποτελεσμάτων ψυχικής υγείας σε άτομα με μια σειρά από παθήσεις ψυχικής υγείας.

(260)

Μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση που μπορεί να είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η αφηγηματική θεραπεία. Η αφηγηματική θεραπεία είναι μια συλλογική προσέγγιση που εστιάζει στις ιστορίες και τις εμπειρίες που φέρνουν τα άτομα στη θεραπεία και τονίζει τη σημασία της εξερεύνησης εναλλακτικών και πιο ενδυναμωτικών αφηγήσεων. Βοηθώντας τα άτομα να επαναπροσδιορίσουν τις εμπειρίες του αυτοστιγματισμού και να αναπτύξουν πιο θετικές και αυτοεπιβεβαιωτικές αφηγήσεις, η αφηγηματική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να μειώσουν τον αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού στην ψυχική τους υγεία και να αναπτύξουν μεγαλύτερη αίσθηση πρακτόρευσης και ελέγχου. τις ζωές τους. (261)

Μια τρίτη θεραπευτική προσέγγιση που μπορεί να είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού είναι η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία (DBT). Το DBT είναι μια προσέγγιση βασισμένη σε στοιχεία που συνδυάζει τεχνικές γνωσιακής συμπεριφοράς και ενσυνειδητότητας με έμφαση στη ρύθμιση των συναισθημάτων και τη διαπροσωπική αποτελεσματικότητα. Βοηθώντας τα άτομα να αναπτύξουν δεξιότητες για τη διαχείριση δύσκολων συναισθημάτων, την αποτελεσματική επικοινωνία με τους άλλους και την οικοδόμηση θετικών σχέσεων, η DBT μπορεί να βοηθήσει άτομα με ψυχικές παθήσεις να μειώσουν τον αντίκτυπο του αυτοστιγματισμού στη ζωή τους και να χτίσουν μια μεγαλύτερη αίσθηση αυτοεκτίμησης και αυτο-αποδοχή. (262)

Για να διασφαλιστεί ότι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού, είναι σημαντικό για τους θεραπευτές να δημιουργήσουν ένα ασφαλές και υποστηρικτικό θεραπευτικό περιβάλλον όπου τα άτομα αισθάνονται άνετα να συζητούν τις εμπειρίες του αυτοστιγματισμού. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση γλώσσας που είναι ευαίσθητη στις εμπειρίες των ατόμων, την παροχή ψυχοεκπαίδευσης για τον αυτοστιγματισμό και τη συνεργασία με άτομα για τον εντοπισμό των μοναδικών δυνατοτήτων και των πόρων τους για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού.

Ενώ χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την καλύτερη κατανόηση του αντίκτυπου των θεραπευτικών προσεγγίσεων στο αυτοσίγμα και στα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας, η χρήση μιας ποικιλίας θεραπευτικών προσεγγίσεων μπορεί να βοηθήσει στην προώθηση της

αποδοχής του εαυτού και στη μείωση του αρνητικού αντίκτυπου του αυτοστιγματισμού σε άτομα με ψυχική υγεία. συνθήκες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

5.1 Ορισμός αυτοφροντίδας

Η αυτοφροντίδα αναφέρεται στις σκόπιμες και σκόπιμες ενέργειες που κάνουν τα άτομα για να διατηρήσουν τη σωματική, ψυχική και συναισθηματική τους υγεία. Αυτές οι ενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν την τακτική άσκηση, την ισορροπημένη διατροφή, τον αρκετό ύπνο, τη διαχείριση του άγχους και την αναζήτηση κατάλληλης ιατρικής φροντίδας όταν είναι απαραίτητο. Η αυτοφροντίδα είναι ένα ουσιαστικό συστατικό για τη διατήρηση της υγείας και της ευημερίας του ατόμου και είναι ιδιαίτερα σημαντική για άτομα με ψυχικές ασθένειες, τα οποία μπορεί να είναι πιο ευάλωτα σε προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. (263)

Η αυτοφροντίδα μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να διατηρήσουν μια αίσθηση ελέγχου στη ζωή τους, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για όσους πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, που μπορεί να βιώσουν αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας. Η ενασχόληση με δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης μπορεί να προωθήσει μια αίσθηση κυριαρχίας και ενδυνάμωσης, η οποία μπορεί να βελτιώσει τη συνολική ευεξία και να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας. (264)

Η αυτοφροντίδα είναι επίσης σημαντική για τη διατήρηση κοινωνικών συνδέσεων και σχέσεων. Η ενασχόληση με δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αισθανθούν καλύτερα για τον εαυτό τους και να αυξήσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή τους, γεγονός που μπορεί να βελτιώσει την ικανότητά τους να συνδέονται με άλλους και να δημιουργούν υγιείς σχέσεις. Επιπλέον, οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας μπορούν να παρέχουν στα άτομα ευκαιρίες να συνδεθούν με άλλους που μοιράζονται παρόμοια ενδιαφέροντα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων. (265)

Η αυτοφροντίδα μπορεί επίσης να βοηθήσει τα άτομα να διαχειριστούν το άγχος και να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το στρες. Η ενασχόληση με δραστηριότητες που προάγουν τη χαλάρωση και τη μείωση του στρες, όπως ο διαλογισμός ή η γιόγκα, μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να διαχειριστούν το άγχος και να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καταστάσεων όπως το άγχος ή η κατάθλιψη. (266)

Παρά τη σημασία της αυτοφροντίδας, πολλά άτομα μπορεί να δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης λόγω ποικίλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των χρονικών περιορισμών, των οικονομικών περιορισμών και των ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων. Είναι σημαντικό για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να υποστηρίζουν τα άτομα στην ανάπτυξη στρατηγικών αυτοεξυπηρέτησης που είναι ρεαλιστικές, εφικτές και προσαρμοσμένες στις ατομικές τους ανάγκες και περιστάσεις.

Συμπερασματικά, η αυτοφροντίδα είναι ένα ουσιαστικό συστατικό για τη διατήρηση της σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής υγείας και ευεξίας. Η ενασχόληση με δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης μπορεί να προωθήσει την αίσθηση ελέγχου, την κοινωνική σύνδεση και τη μείωση του άγχους και μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να υποστηρίζουν τα άτομα στην ανάπτυξη στρατηγικών αυτοεξυπηρέτησης που είναι ρεαλιστικές και προσαρμοσμένες στις ατομικές τους ανάγκες και περιστάσεις, προκειμένου να προάγουν τη συνολική υγεία και ευημερία.

5.2 Ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, αυτοφροντίδα

5.2.1 Ποιότητα ζωής και αυτοφροντίδα

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη συνολική αίσθηση ευεξίας και ικανοποίησης ενός ατόμου από τη ζωή του. Περιλαμβάνει μια ποικιλία παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, και επηρεάζεται από μια σειρά ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η ενασχόληση με δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου προάγοντας τη σωματική και ψυχική υγεία, μειώνοντας το άγχος και βελτιώνοντας τις κοινωνικές σχέσεις. (267)

Οι δραστηριότητες σωματικής αυτοεξυπηρέτησης, όπως η άσκηση και η υγιεινή διατροφή, μπορούν να έχουν θετικό αντίκτυπο στη σωματική υγεία του ατόμου, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να βελτιώσει τη συνολική ποιότητα ζωής. Η τακτική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι έχει μια σειρά από οφέλη για τη σωματική και ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του κινδύνου χρόνιων παθήσεων υγείας, της βελτίωσης της καρδιαγγειακής υγείας και της μείωσης των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. (268) Επιπλέον, η

διατήρηση μιας υγιεινής διατροφής μπορεί να βελτιώσει τη συνολική σωματική υγεία και να μειώσει τον κίνδυνο χρόνιων καταστάσεων υγείας όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις και η παχυσαρκία. (269)

Η ενασχόληση με δραστηριότητες συναισθηματικής και γνωστικής αυτοεξυπηρέτησης, όπως η ενσυνειδητότητα και το ημερολόγιο, μπορεί επίσης να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Η ενσυνειδητότητα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης και βελτιώνει τη συνολική συναισθηματική ευεξία, ενώ το ημερολόγιο μπορεί να βελτιώσει τη γνωστική λειτουργία και να μειώσει το άγχος. (270,271)

Τέλος, η ενασχόληση με δραστηριότητες κοινωνικής αυτοεξυπηρέτησης, όπως ο χρόνος με αγαπημένα πρόσωπα και η συμμετοχή σε κοινοτικές δραστηριότητες, μπορεί να βελτιώσει τις κοινωνικές συνδέσεις και να μειώσει τα συναισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς, τα οποία μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

Παρά τα οφέλη της συμμετοχής σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, πολλά άτομα μπορεί να δυσκολεύονται να δώσουν προτεραιότητα στην αυτοφροντίδα λόγω των ανταγωνιστικών απαιτήσεων για το χρόνο και τους πόρους τους. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων στην ανάπτυξη στρατηγικών αυτοεξυπηρέτησης που είναι ρεαλιστικές, εφικτές και προσαρμοσμένες στις ατομικές τους ανάγκες και περιστάσεις.

Συμπερασματικά, η ενασχόληση με δραστηριότητες αυτοφροντίδας μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου προάγοντας τη σωματική και ψυχική υγεία, τη μείωση του άγχους και τη βελτίωση των κοινωνικών συνδέσεων. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να υποστηρίζουν τα άτομα στην ανάπτυξη στρατηγικών αυτοεξυπηρέτησης που είναι προσαρμοσμένες στις ατομικές τους ανάγκες και περιστάσεις, προκειμένου να προάγουν τη συνολική υγεία και ευεξία. (272)

5.2.2 Λειτουργικότητα και αυτοφροντίδα

Η λειτουργικότητα αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες και εργασίες, συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων αυτοεξυπηρέτησης

όπως το μπάνιο, η περιποίηση και η διαχείριση φαρμάκων. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν λειτουργικούς περιορισμούς, όπως δυσκολία στην κινητικότητα ή γνωστική εξασθένηση, μπορεί να έχουν δυσκολία να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, γεγονός που μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη συνολική υγεία και ευεξία τους. Η βελτίωση της λειτουργικότητας μέσω αποκατάστασης και άλλων παρεμβάσεων μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη εμπλοκή σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης και βελτιωμένα συνολικά αποτελέσματα υγείας. (273)

Οι παρεμβάσεις αποκατάστασης, όπως η φυσικοθεραπεία και η εργοθεραπεία, μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ικανότητας ενός ατόμου να συμμετέχει σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας. Για παράδειγμα, η φυσικοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της κινητικότητας και της ισορροπίας, διευκολύνοντας τα άτομα να συμμετέχουν σε δραστηριότητες σωματικής αυτοεξυπηρέτησης όπως η άσκηση και η διατήρηση μιας υγιεινής διατροφής. (274) Η εργοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν στρατηγικές για τη διαχείριση καθημερινών εργασιών και δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας όπως το μπάνιο και το ντύσιμο. (275)

Εκτός από τις παρεμβάσεις αποκατάστασης, υπάρχουν και άλλες στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της λειτουργικότητας και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας. Αυτά περιλαμβάνουν:

- **Βοηθητικές συσκευές:** Η χρήση βοηθητικών συσκευών, όπως λαβές ή καρέκλες ντους, μπορεί να κάνει τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης ευκολότερες και ασφαλέστερες για άτομα με λειτουργικούς περιορισμούς.
- **Εκπαίδευση και κατάρτιση:** Η παροχή εκπαίδευσης και κατάρτισης σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για να πραγματοποιήσουν αυτές τις δραστηριότητες ανεξάρτητα.
- **Περιβαλλοντικές τροποποιήσεις:** Η τροποποίηση του περιβάλλοντος, όπως η τοποθέτηση κιγκλιωμάτων ή η αφαίρεση των κινδύνων από το ταξίδι, μπορεί να καταστήσει τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης ασφαλέστερες και ευκολότερες για άτομα με λειτουργικούς περιορισμούς. (302)

Η βελτίωση της λειτουργικότητας και η δέσμευση σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη συνολική υγεία και ευημερία ενός ατόμου. Για παράδειγμα, η ενασχόληση με δραστηριότητες σωματικής αυτοεξυπηρέτησης μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της σωματικής υγείας, όπως η καρδιαγγειακή υγεία και να μειώσει τον κίνδυνο χρόνιων καταστάσεων υγείας όπως ο διαβήτης και η παχυσαρκία. (268) Η ενασχόληση με δραστηριότητες συναισθηματικής και γνωστικής αυτοεξυπηρέτησης, όπως η ενσυνειδητότητα και το ημερολόγιο, μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας, όπως η μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. (270)

Συμπερασματικά, η βελτίωση της λειτουργικότητας μέσω αποκατάστασης και άλλων παρεμβάσεων μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη εμπλοκή σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας, οι οποίες μπορούν να έχουν θετικό αντίκτυπο στη συνολική υγεία και ευημερία ενός ατόμου. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εξετάσουν τον αντίκτυπο των λειτουργικών περιορισμών στη συμμετοχή σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης και να συνεργαστούν με άτομα για να αναπτύξουν στρατηγικές προσαρμοσμένες στις ατομικές τους ανάγκες και περιστάσεις.

5.3 Η αυτοφροντίδα στην ψυχική νόσο- δεδομένα (συσχέτιση των δύο παραμέτρων/ συσχέτιση βαρύτητας νόσου και φροντίδας εαυτού)

5.3.1 Συσχέτιση ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας

Η αυτοφροντίδα είναι σημαντική για τη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας, ιδιαίτερα για άτομα με ψυχικές ασθένειες. Ωστόσο, η ψυχική ασθένεια μπορεί συχνά να αποτελεί εμπόδιο στην αποτελεσματική αυτοφροντίδα, καθώς συμπτώματα όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η ψύχωση μπορεί να επηρεάσουν την καθημερινή λειτουργία και τη λήψη αποφάσεων. (277) Έτσι, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει αρνητική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Grønning et al., διαπίστωσε ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είχαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας σε σύγκριση με εκείνα χωρίς ψυχική ασθένεια. (278) Ομοίως, μια μελέτη των Martín-Carrasco et al., έδειξε ότι τα

άτομα με κατάθλιψη είχαν χαμηλότερες ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης σε σύγκριση με εκείνα χωρίς κατάθλιψη. Αυτό υποδηλώνει ότι η ψυχική ασθένεια μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένες ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης, η οποία μπορεί τελικά να επηρεάσει τη συνολική υγεία και ευημερία των ατόμων. (279)

Η σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας μπορεί επίσης να είναι αμφίδρομη. Με άλλα λόγια, οι κακές συμπεριφορές αυτοφροντίδας μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη ή έξαρση των συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας. Για παράδειγμα, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να εμπλέκονται σε ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η κατάχρηση ουσιών ή η κακή διατροφή, που μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα ψυχικής τους υγείας. (280) Επιπλέον, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να έχουν δυσκολία να αναγνωρίσουν την ανάγκη για αυτοφροντίδα και να αναζητήσουν κατάλληλους πόρους, επιδεινώνοντας περαιτέρω τα συμπτώματά τους και μειώνοντας την ικανότητά τους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας. (277)

Η συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας είναι πολύπλοκη και πολύπλευρη και μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης μπορούν να επηρεάσουν τόσο την ψυχική ασθένεια όσο και τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας. (281) Επιπλέον, η σοβαρότητα και ο τύπος της ψυχικής ασθένειας μπορεί επίσης να επηρεάσει συμπεριφορές αυτοφροντίδας, καθώς τα άτομα με πιο σοβαρά συμπτώματα μπορεί να δυσκολεύονται να εμπλακούν σε καθημερινές δραστηριότητες. (278)

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν τόσο στα συμπτώματα ψυχικής υγείας όσο και στις συμπεριφορές αυτοφροντίδας μπορεί να είναι αποτελεσματικές. Για παράδειγμα, οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τόσο τα αποτελέσματα ψυχικής υγείας όσο και τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας σε άτομα με καρκίνο και άλλες χρόνιες ασθένειες. (270) Οι επεμβάσεις εργοθεραπείας μπορούν επίσης να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση των ικανοτήτων αυτοεξυπηρέτησης σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμόζονται στις συγκεκριμένες ανάγκες και περιστάσεις του ατόμου και θα πρέπει να παρέχονται από ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. (275)

Συμπερασματικά, η συσχέτιση ψυχικής ασθένειας και αυτοφροντίδας είναι μια σύνθετη και πολύπλευρη σχέση. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις ικανότητες αυτοφροντίδας και οι κακές συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη ή επιδείνωση των συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας. Η αντιμετώπιση αυτής της συσχέτισης απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που στοχεύει τόσο στα συμπτώματα ψυχικής υγείας όσο και στις συμπεριφορές αυτοφροντίδας και οι παρεμβάσεις θα πρέπει να προσαρμόζονται στις συγκεκριμένες ανάγκες και περιστάσεις του ατόμου.

5.3.2 Συσχέτιση βαρύτητας της νόσου και αυτοφροντίδας

Η αυτοφροντίδα έχει βρεθεί ότι σχετίζεται στενά με τη σοβαρότητα ψυχικών ασθενειών όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η σχιζοφρένεια. Η σοβαρότητα της ασθένειας μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας, όπως η λήψη φαρμάκων, η παρακολούθηση ραντεβού και η ενασχόληση με υγιεινές συμπεριφορές όπως η άσκηση και η διατροφή. Επιπλέον, τα άτομα με πιο σοβαρά συμπτώματα μπορεί να χρειαστούν περισσότερη υποστήριξη και βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να ασχολούνται με την αυτοφροντίδα. Ως εκ τούτου, η συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της νόσου και της αυτοφροντίδας είναι μια σημαντική παράμετρος στην αξιολόγηση και τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας. (275)

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της νόσου και της αυτοφροντίδας σε ψυχικές ασθένειες. Για παράδειγμα, οι Grønning et al., διεξήγαγε μια μελέτη 248 ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια και διαπίστωσε ότι η μεγαλύτερη σοβαρότητα της νόσου συσχετίστηκε με χαμηλότερη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και χειρότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. (275) Ομοίως, οι Martín-Carrasco et al., διαπίστωσε ότι τα άτομα με καταθλιπτική διαταραχή και χρόνια σωματική ασθένεια είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανότητας αυτοφροντίδας σε σύγκριση με αυτά με χρόνια ασθένεια μόνο, υποδηλώνοντας ότι η σοβαρότητα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να επηρεάσει την αυτοφροντίδα ακόμη και με την παρουσία σωματικής ασθένειας. (279)

Η σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της νόσου και της αυτοφροντίδας έχει επίσης μελετηθεί σε συγκεκριμένες διαταραχές ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, σε άτομα με σχιζοφρένεια, η σοβαρότητα της νόσου έχει βρεθεί να συσχετίζεται αρνητικά με την τήρηση των

φαρμακευτικών σχημάτων και τη συμμετοχή σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας. (280) Επιπλέον, οι Wang et al., διαπίστωσε ότι μεταξύ των Κινέζων ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η σοβαρότητα της νόσου συσχετίστηκε αρνητικά με την αυτοφροντίδα, υποδηλώνοντας ότι η σοβαρότητα της σωματικής ασθένειας μπορεί επίσης να επηρεάσει συμπεριφορές αυτοφροντίδας. (281)

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της νόσου και της αυτοφροντίδας είναι πιθανώς αμφίδρομη. Δηλαδή, ενώ η μεγαλύτερη σοβαρότητα της νόσου μπορεί να επηρεάσει την αυτοφροντίδα, η κακή αυτοφροντίδα μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μεγαλύτερη σοβαρότητα της νόσου και χειρότερα αποτελέσματα υγείας. Για παράδειγμα, η κακή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, μια κοινή μορφή αυτοφροντίδας, έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά νοσηλείας και χειρότερα αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, η βελτίωση της αυτοφροντίδας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί όχι μόνο να βελτιώσει την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τα συμπτώματά τους, αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία συνολικά. (277)

Συνοπτικά, η συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της νόσου και της αυτοφροντίδας είναι μια σημαντική παράμετρος στην αξιολόγηση και τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας. Η μεγαλύτερη σοβαρότητα της νόσου έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με φτωχότερη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και χειρότερα αποτελέσματα υγείας. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη αυτή η σχέση στην ανάπτυξη σχεδίων θεραπείας και παρεμβάσεων για άτομα με ψυχικές ασθένειες.

5.4 Προσέγγιση εκτίμησης και βελτίωσης της αυτοφροντίδας σε ψυχικά ασθενείς

5.4.1 Εργαλεία για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς

Η αυτοφροντίδα είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της αποκατάστασης και της ευεξίας για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Η αξιολόγηση των πρακτικών αυτοεξυπηρέτησης είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη εξατομικευμένων σχεδίων θεραπείας και παρεμβάσεων για τη βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων υγείας. Έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία για την αξιολόγηση των πρακτικών αυτοφροντίδας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Αυτή η

ενότητα συζητά μερικά από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς.

Το πρώτο εργαλείο είναι το Self-Care Assessment (SCA), που αναπτύχθηκε από τον T. Orem, το οποίο αξιολογεί τις ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου σε τέσσερις τομείς: καθολικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας, απαιτήσεις αναπτυξιακής αυτοφροντίδας, προϋποθέσεις αυτοφροντίδας απόκλισης υγείας, και ελλείμματα αυτοφροντίδας. Το SCA είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 50 στοιχεία και χρειάζεται περίπου 15-20 λεπτά για να συμπληρωθεί. Έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας σε άτομα με χρόνιες ασθένειες και καταστάσεις ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή. (282,283)

Ένα άλλο εργαλείο είναι η κλίμακα ικανότητας αυτοφροντίδας για τους ψυχικούς ασθενείς (SASMI), που αναπτύχθηκε από τους S. Ohara et al. Το SASMI αξιολογεί την ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης σε τέσσερις τομείς: καθημερινή ζωή, εργαλειακές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, φροντίδα σωματικής υγείας και φροντίδα ψυχικής υγείας. Το SASMI είναι ένα ερωτηματολόγιο που χορηγείται από κλινικούς ιατρούς και αποτελείται από 25 στοιχεία και χρειάζεται περίπου 15-20 λεπτά για να συμπληρωθεί. Το SASMI έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την αξιολόγηση της ικανότητας αυτοφροντίδας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη. (284,285)

Το Self-Care Inventory (SCI) είναι ένα άλλο εργαλείο που αξιολογεί την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης ενός ατόμου σε διάφορους τομείς, όπως η υγιεινή, η διατροφή, η άσκηση, η ανάπαυση, η φαρμακευτική αγωγή και η διαχείριση του στρες. Το SCI είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 στοιχεία και χρειάζεται περίπου 15-20 λεπτά για να συμπληρωθεί. Έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας σε άτομα με παθήσεις ψυχικής υγείας, όπως η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη. (286)

Η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για κατάλληλη χρήση φαρμάκων (SEAMS) είναι ένα εργαλείο που αξιολογεί την αυτο-αποτελεσματικότητα ενός ατόμου στη διαχείριση φαρμάκων. Το SEAMS είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 13 στοιχεία και χρειάζεται περίπου 5-10 λεπτά για να συμπληρωθεί. Έχει χρησιμοποιηθεί σε

μελέτες για την αξιολόγηση της αυτο-αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα με παθήσεις ψυχικής υγείας, όπως η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια. (287)

Το φύλλο εργασίας αξιολόγησης αυτοφροντίδας (SCAW) είναι ένα εργαλείο που αξιολογεί τις πρακτικές αυτοεξυπηρέτησης ενός ατόμου σε διάφορους τομείς, όπως η διατροφή, η άσκηση, η ανάπαυση, η διαχείριση φαρμάκων και η διαχείριση του άγχους. Το SCAW είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 25 στοιχεία και χρειάζεται περίπου 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί. Έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την αξιολόγηση των πρακτικών αυτοφροντίδας σε άτομα με παθήσεις ψυχικής υγείας, όπως η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη. (288)

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση των πρακτικών αυτοφροντίδας είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη εξατομικευμένων σχεδίων θεραπείας και παρεμβάσεων για τη βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων υγείας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Διάφορα εργαλεία, όπως το SCA, το SASMI, το SCI, το SEAMS και το SCAW, έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση των πρακτικών αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς. Αυτά τα εργαλεία είναι γρήγορα και εύκολα στη διαχείριση και μπορούν να παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη αποτελεσματικών σχεδίων θεραπείας για άτομα με ψυχικές ασθένειες.

5.4.2 Στρατηγικές για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς

Η αξιολόγηση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα για τον εντοπισμό τομέων προς βελτίωση. Ωστόσο, είναι εξίσου σημαντικό να αναπτυχθούν στρατηγικές που μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της αυτοφροντίδας σε αυτά τα άτομα. Οι στρατηγικές αυτοεξυπηρέτησης θα πρέπει να προσαρμόζονται στις συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη την ψυχική του ασθένεια, τις προσωπικές προτιμήσεις και το επίπεδο λειτουργικότητάς του.

Μια αποτελεσματική στρατηγική για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς είναι η ψυχοεκπαίδευση. Η ψυχοεκπαίδευση αναφέρεται στη διαδικασία παροχής στα άτομα πληροφοριών σχετικά με την ψυχική τους ασθένεια, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων, των επιλογών θεραπείας και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας σε άτομα

με διάφορες ψυχικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους και της διπολικής διαταραχής. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Van den Berg et al., διαπίστωσε ότι η ψυχοεκπαίδευση βελτίωσε τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας, όπως η τήρηση των φαρμάκων και η υγιεινή του ύπνου, σε άτομα με διπολική διαταραχή. (289)

Μια άλλη στρατηγική για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Η CBT είναι ένας τύπος ψυχοθεραπείας που εστιάζει στην αλλαγή αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών που μπορεί να συμβάλλουν στα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας. Η CBT έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη βελτίωση των συμπεριφορών αυτοφροντίδας σε άτομα με διάφορες ψυχικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας, της κατάθλιψης και του άγχους. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Lenz et al., διαπίστωσε ότι η CBT βελτίωσε τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας, όπως η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και η άσκηση, σε άτομα με σχιζοφρένεια. (290,291)

Η κινητήρια συνέντευξη (MI) είναι μια άλλη στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς. Το MI είναι μια πελατοκεντρική συμβουλευτική προσέγγιση που στοχεύει να αυξήσει τα κίνητρα και τη δέσμευση για αλλαγή διερευνώντας και επιλύοντας την αμφιθυμία. (292) Ο MI έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός στη βελτίωση των συμπεριφορών αυτοφροντίδας σε άτομα με διάφορες ψυχικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών χρήσης ουσιών, της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Rüschi et al., διαπίστωσε ότι ο MI βελτίωσε τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας, όπως η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και η παρακολούθηση σε ιατρικά ραντεβού, σε άτομα με σχιζοφρένεια. (293-295)

Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην τεχνολογία μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς. Για παράδειγμα, οι εφαρμογές για κινητά και άλλες ηλεκτρονικές συσκευές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να υπενθυμίσουν στα άτομα να παίρνουν τα φάρμακά τους, να παρακολουθούν τα συμπτώματά τους και να παρακολουθούν την πρόοδό τους προς τους στόχους αυτοεξυπηρέτησης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην τεχνολογία μπορούν να βελτιώσουν τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας σε άτομα με διάφορες ψυχικές ασθένειες,

συμπεριλαμβανομένης της διπολικής διαταραχής, της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης. (296-298)

Εκτός από αυτές τις στρατηγικές, είναι σημαντικό να εμπλέκονται μέλη της οικογένειας και άλλα συστήματα υποστήριξης στο σχέδιο αυτοφροντίδας του ατόμου. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη και πρακτική βοήθεια, όπως να υπενθυμίσουν στο άτομο να πάρει τα φάρμακά του ή να το βοηθήσουν να κλείσει και να κρατήσει ιατρικά ραντεβού. Οι ομάδες υποστήριξης συνομηλίκων μπορούν επίσης να είναι χρήσιμες, καθώς παρέχουν μια αίσθηση κοινότητας και κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα με ψυχική ασθένεια. (227)

Τέλος, είναι σημαντικό να εμπλέκονται οι ασθενείς στην ανάπτυξη των δικών τους σχεδίων αυτοεξυπηρέτησης. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη συνεργασία με ασθενείς για να εντοπίσουν τα δικά τους προσωπικά εμπόδια στην αυτοφροντίδα και την ανάπτυξη στρατηγικών για να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια. Με τη συμμετοχή των ασθενών στην ανάπτυξη των δικών τους σχεδίων αυτοεξυπηρέτησης, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να βοηθήσουν να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς έχουν κίνητρα και ασχολούνται με τη δική τους φροντίδα, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, η αυτοφροντίδα είναι μια σημαντική πτυχή της διατήρησης της συνολικής υγείας και ευεξίας, ιδιαίτερα για όσους πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Ενώ η αυτοφροντίδα μπορεί να είναι προκλητική για άτομα με ψυχικές ασθένειες, υπάρχει μια σειρά από εργαλεία, στρατηγικές και παρεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Εστιάζοντας στη βελτίωση της αυτοφροντίδας στους ψυχικά ασθενείς, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας και βελτιωμένης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς τους.

5.5 Δείκτες αυτοφροντίδας

5.5.1 Δείκτες σωματικής αυτοφροντίδας

Η αυτοφροντίδα είναι μια κρίσιμη πτυχή για τη διατήρηση της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας. Περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που προάγουν την ευημερία, την πρόληψη ασθενειών και τη διαχείριση των υφιστάμενων συνθηκών υγείας. Η σωματική

αυτοφροντίδα είναι μια κρίσιμη πτυχή της αυτοφροντίδας που περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που προάγουν τη σωματική υγεία και ευεξία. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της άσκησης, της υγιεινής διατροφής και της υγιεινής του ύπνου. Σε αυτή την ενότητα, θα συζητήσουμε δείκτες σωματικής αυτοφροντίδας που μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση των πρακτικών σωματικής αυτοφροντίδας κάποιου.

Οι δείκτες σωματικής αυτοφροντίδας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ευρέως σε τέσσερις τομείς: άσκηση, διατροφή, υγιεινή ύπνου και συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης. Η άσκηση είναι ένα ζωτικό συστατικό της σωματικής αυτοφροντίδας και η τακτική σωματική δραστηριότητα σχετίζεται με πολυάριθμα οφέλη για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του κινδύνου χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις και το εγκεφαλικό. (299) Οι δείκτες σωματικής δραστηριότητας περιλαμβάνουν τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης. Για παράδειγμα, η American Heart Association συνιστά στους ενήλικες να συμμετέχουν σε τουλάχιστον 150 λεπτά αερόβιας άσκησης μέτριας έντασης ή 75 λεπτά έντονης αερόβιας άσκησης την εβδομάδα. Η μέτρηση της συχνότητας και της διάρκειας της σωματικής δραστηριότητας μπορεί να βοηθήσει να εκτιμηθεί εάν τα άτομα πληρούν αυτές τις συστάσεις. (300)

Η διατροφή είναι μια άλλη βασική πτυχή της σωματικής αυτοφροντίδας. Η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη χρόνιων ασθενειών, στη διατήρηση ενός υγιούς βάρους και στην προώθηση της συνολικής ευημερίας. Οι δείκτες καλής διατροφής περιλαμβάνουν την κατανάλωση μιας δίαιτας που είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως, άπαχες πρωτεΐνες και υγιή λίπη. Αντίθετα, οι δείκτες κακής διατροφής μπορεί να περιλαμβάνουν την κατανάλωση μιας δίαιτας με υψηλή περιεκτικότητα σε επεξεργασμένα τρόφιμα, ζάχαρη και ανθυγιεινά λίπη. Η μέτρηση της διατροφικής πρόσληψης μέσω εργαλείων όπως ερωτηματολόγια συχνότητας τροφής ή 24ωρες ανακλήσεις διατροφής μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης κάποιου.

Η υγιεινή του ύπνου είναι κρίσιμη για τη σωματική υγεία και ευεξία. Η κακή υγιεινή του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από προβλήματα υγείας, όπως η παχυσαρκία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι δείκτες καλής υγιεινής

ύπνου περιλαμβάνουν τον επαρκή ύπνο, τη διατήρηση ενός τακτικού προγράμματος ύπνου, την αποφυγή της καφεΐνης και του αλκοόλ πριν τον ύπνο και τη δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για τον ύπνο. Η ποιότητα του ύπνου μπορεί να αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας εργαλεία όπως ο δείκτης ποιότητας ύπνου του Πίτσμπουργκ (PSQI) ή η κλίμακα υπνηλίας Erworth (ESS). (301)

Τέλος, οι συμπεριφορές αυτοφροντίδας περιλαμβάνουν μια σειρά από πρακτικές που εφαρμόζουν τα άτομα για την προώθηση της σωματικής υγείας και ευεξίας. Οι δείκτες συμπεριφορών αυτοφροντίδας περιλαμβάνουν τη συμμετοχή σε τακτικές προβολές υγείας, την άσκηση ασφαλούς σεξ, τη χρήση αντηλιακού και την αποφυγή επιβλαβών ουσιών όπως ο καπνός και το αλκοόλ. Η μέτρηση αυτών των συμπεριφορών μπορεί να βοηθήσει να αξιολογηθεί εάν τα άτομα συμμετέχουν σε πρακτικές που προάγουν τη σωματική τους υγεία.

Συμπερασματικά, οι δείκτες σωματικής αυτοφροντίδας παρέχουν ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των πρακτικών σωματικής αυτοφροντίδας κάποιου. Η άσκηση, η διατροφή, η υγιεινή του ύπνου και οι συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης είναι κρίσιμα συστατικά της σωματικής αυτοφροντίδας και η μέτρηση αυτών των δεικτών μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να εντοπίσουν περιοχές όπου μπορεί να χρειαστεί να βελτιώσουν τις πρακτικές αυτοεξυπηρέτησής τους. Η τακτική σωματική δραστηριότητα, η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, η καλή υγιεινή ύπνου και η ενασχόληση με συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης μπορούν όλα να προάγουν τη σωματική υγεία και ευεξία.

5.5.2 Δείκτες συναισθηματικής αυτοφροντίδας

Εκτός από τους δείκτες σωματικής αυτοφροντίδας, οι δείκτες συναισθηματικής αυτοφροντίδας είναι επίσης σημαντικοί για τη διατήρηση της συνολικής ευημερίας του ατόμου. Η συναισθηματική αυτοφροντίδα αναφέρεται σε πρακτικές που βοηθούν τα άτομα να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους, να αντιμετωπίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες και να διατηρήσουν μια θετική προοπτική για τη ζωή. Μερικοί δείκτες συναισθηματικής αυτοφροντίδας περιλαμβάνουν:

- **Αυτογνωσία:** Αυτό περιλαμβάνει την αναγνώριση των συναισθημάτων, των σκέψεων και των συμπεριφορών κάποιου και την κατανόηση του τρόπου με τον

οποίο επηρεάζουν την ευημερία κάποιου. Η αυτογνωσία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναγνωρίσουν τα ερεθίσματα τους και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης για να διαχειριστούν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους.

- **Συναισθηματική ρύθμιση:** Αυτό περιλαμβάνει τη διαχείριση των συναισθημάτων κάποιου με υγιή τρόπο. Η συναισθηματική ρύθμιση περιλαμβάνει στρατηγικές όπως η βαθιά αναπνοή, η επίγνωση και η γνωστική επαναξιολόγηση, που βοηθούν τα άτομα να διαχειρίζονται αρνητικά συναισθήματα και να διατηρούν μια θετική προοπτική.
- **Κοινωνική υποστήριξη:** Η ύπαρξη ενός ισχυρού συστήματος υποστήριξης είναι ένας σημαντικός δείκτης συναισθηματικής αυτοφροντίδας. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παρέχει στα άτομα μια αίσθηση του ανήκειν, την επικύρωση και την ενθάρρυνση σε περιόδους προκλήσεων.
- **Διαχείριση άγχους:** Η αποτελεσματική διαχείριση του άγχους είναι ένας σημαντικός δείκτης συναισθηματικής αυτοφροντίδας. Στρατηγικές όπως η άσκηση, ο διαλογισμός και η διαχείριση του χρόνου μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να μειώσουν το άγχος και να διατηρήσουν τη συναισθηματική τους ευεξία.
- **Ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής:** Η επίτευξη μιας υγιούς ισορροπίας επαγγελματικής και προσωπικής ζωής είναι επίσης σημαντική για τη συναισθηματική αυτοφροντίδα. Περιλαμβάνει τον καθορισμό ορίων, την προτεραιότητα της αυτοφροντίδας και την εύρεση ισορροπίας μεταξύ εργασίας, οικογένειας και άλλων ευθυνών.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η συναισθηματική αυτο-φροντίδα είναι σημαντική για την πρόληψη και τη διαχείριση καταστάσεων ψυχικής υγείας όπως το άγχος και η κατάθλιψη. (328) Στην πραγματικότητα, τα άτομα που συμμετέχουν σε τακτικές πρακτικές συναισθηματικής αυτοφροντίδας αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή και χαμηλότερα επίπεδα στρες και άγχους. (303)

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για την προώθηση της συναισθηματικής αυτοφροντίδας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Για παράδειγμα, η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να κατανοήσουν τη σημασία της συναισθηματικής αυτοφροντίδας και να τους παρέχει στρατηγικές για να διαχειριστούν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια άλλη αποτελεσματική προσέγγιση που μπορεί να

βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης και στρατηγικές αντιμετώπισης. (304)

Επιπλέον, παρεμβάσεις αυτοβοήθειας όπως βιβλία αυτοβοήθειας, διαδικτυακοί πόροι και ομάδες υποστήριξης μπορούν επίσης να είναι χρήσιμες για την προώθηση της συναισθηματικής αυτοεξυπηρέτησης. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να παρέχουν στα άτομα πρακτικές στρατηγικές και κοινωνική υποστήριξη για να τα βοηθήσουν να διαχειριστούν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους. (303)

Συνολικά, η συναισθηματική αυτο-φροντίδα είναι μια σημαντική πτυχή της συνολικής ευημερίας και είναι ιδιαίτερα σημαντική για άτομα με ψυχικές ασθένειες. Με την προώθηση της συναισθηματικής αυτογνωσίας, της ρύθμισης, της κοινωνικής υποστήριξης, της διαχείρισης του άγχους και της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, τα άτομα μπορούν να βελτιώσουν τη συναισθηματική τους ευεξία και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

5.5.3 Γνωστικοί δείκτες αυτοφροντίδας

Η αυτοφροντίδα είναι μια ουσιαστική πτυχή της διατήρησης της καλής ψυχικής υγείας και περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε δραστηριότητες και συμπεριφορές που προάγουν τη σωματική, συναισθηματική και γνωστική ευεξία. Εκτός από τους δείκτες σωματικής και συναισθηματικής αυτοφροντίδας, οι δείκτες γνωστικής αυτοφροντίδας διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη διασφάλιση ότι τα άτομα διατηρούν μια υγιή ψυχική κατάσταση. Η γνωστική αυτο-φροντίδα περιλαμβάνει την ανάπτυξη και τη διατήρηση προτύπων υγιούς σκέψης, την ικανότητα αποτελεσματικής επίλυσης προβλημάτων και την ικανότητα διαχείρισης του άγχους και ρύθμισης των συναισθημάτων. Αυτή η ενότητα θα συζητήσει μερικούς από τους δείκτες γνωστικής αυτοφροντίδας που μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας.

Ένας δείκτης γνωστικής αυτοφροντίδας είναι η ικανότητα διατήρησης υγιών προτύπων σκέψης. Αυτό περιλαμβάνει την αναγνώριση και την πρόκληση αρνητικών προτύπων σκέψης και την αντικατάστασή τους με πιο θετικά και εποικοδομητικά. Τα αρνητικά μοτίβα σκέψης, όπως ο μηρυκασμός και η καταστροφολογία, μπορούν να συμβάλουν στο άγχος και την

κατάθλιψη, καθιστώντας απαραίτητο να μάθουμε πώς να τα αναγνωρίζουμε και να τα αμφισβητούμε. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για την προώθηση προτύπων υγιούς σκέψης και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία μιας ποικιλίας καταστάσεων ψυχικής υγείας. (305)

Ένας άλλος δείκτης γνωστικής αυτοφροντίδας είναι η ικανότητα αποτελεσματικής επίλυσης προβλημάτων. Η επίλυση προβλημάτων είναι μια βασική δεξιότητα για τη διαχείριση του άγχους και την επίτευξη στόχων. Τα άτομα που μπορούν να εντοπίσουν προβλήματα και να βρουν αποτελεσματικές λύσεις είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ότι ελέγχουν τη ζωή τους, κάτι που μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη ψυχική υγεία. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων μπορεί να περιλαμβάνει την κατανομή σύνθετων προβλημάτων σε διαχειρίσιμα βήματα, την εξεύρεση πιθανών λύσεων και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας διαφορετικών στρατηγικών. Οι τεχνικές γνωστικής αναδιάρθρωσης, που περιλαμβάνουν τον εντοπισμό και την πρόκληση αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με την επίλυση προβλημάτων, μπορούν επίσης να είναι χρήσιμες για την προώθηση αποτελεσματικών δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων. (306)

Η ικανότητα διαχείρισης του άγχους και ρύθμισης των συναισθημάτων είναι ένας άλλος σημαντικός δείκτης γνωστικής αυτοφροντίδας. Η διαχείριση του στρες περιλαμβάνει την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων, ενώ η συναισθηματική ρύθμιση περιλαμβάνει την αναγνώριση και τη διαχείριση των έντονων συναισθημάτων με υγιή τρόπο. Οι τεχνικές διαχείρισης του στρες μπορούν να περιλαμβάνουν διαλογισμό επίγνωσης, άσκηση και τεχνικές χαλάρωσης, όπως βαθιά αναπνοή και προοδευτική μυϊκή χαλάρωση. (305) Οι στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων μπορεί να περιλαμβάνουν τον εντοπισμό και την επισήμανση των συναισθημάτων, την αναπλαισίωση των αρνητικών σκέψεων και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που προωθούν θετικά συναισθήματα, όπως χόμπι ή συναναστροφή με φίλους. (307)

Συνοπτικά, οι δείκτες γνωστικής αυτοφροντίδας είναι μια ουσιαστική πτυχή της διατήρησης της καλής ψυχικής υγείας. Η ανάπτυξη προτύπων υγιούς σκέψης, αποτελεσματικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και στρατηγικές ρύθμισης του άγχους και των συναισθημάτων μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να διαχειριστούν καλύτερα τις προκλήσεις

της καθημερινής ζωής, συμβάλλοντας στην καλύτερη ψυχική υγεία και ευεξία. Ενώ η γνωστική αυτοεξυπηρέτηση μπορεί να περιλαμβάνει ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσω της θεραπείας, υπάρχουν επίσης πολλοί διαθέσιμοι πόροι αυτοβοήθειας, όπως βιβλία, διαδικτυακά μαθήματα και εφαρμογές, που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αναπτύξουν και να διατηρήσουν αυτές τις δεξιότητες.

5.5.4 Δείκτες κοινωνικής αυτοφροντίδας

Η αυτοφροντίδα είναι μια ουσιαστική πτυχή της διατήρησης της συνολικής ευημερίας, η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο τη σωματική και συναισθηματική υγεία αλλά και κοινωνικούς και γνωστικούς τομείς. Η κοινωνική αυτοφροντίδα αναφέρεται στις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν τα άτομα για να διατηρήσουν ή να ενισχύσουν τις κοινωνικές τους συνδέσεις και τα συστήματα υποστήριξης. Οι κοινωνικές σχέσεις διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη ζωή κάποιου, επηρεάζοντας διάφορες πτυχές της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, ψυχολογικών και γνωστικών αποτελεσμάτων. Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας να εντοπιστούν οι δείκτες κοινωνικής αυτοφροντίδας που μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας και να παρέχουν τη βάση για παρέμβαση.

Ακολουθούν ορισμένοι από τους δείκτες κοινωνικής αυτοφροντίδας που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αξιολογήσουν την κοινωνική τους ευημερία. Πρώτον, η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας κρίσιμος παράγοντας για την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στους πόρους που λαμβάνουν τα άτομα από το κοινωνικό τους δίκτυο, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής, οργανικής και πληροφοριακής υποστήριξης. Η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του μειωμένου άγχους, της κατάθλιψης και των βελτιωμένων δεξιοτήτων αντιμετώπισης. (308, 309)

Ένας άλλος δείκτης κοινωνικής αυτοφροντίδας είναι το επίπεδο κοινωνικής σύνδεσης. Η κοινωνική διασύνδεση αναφέρεται στον βαθμό ολοκλήρωσης που έχει ένα άτομο με το κοινωνικό του δίκτυο. Τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής σύνδεσης αναφέρουν καλύτερα αποτελέσματα ψυχολογικής και σωματικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του

μειωμένου άγχους και της καλύτερης συνολικής ευημερίας. Η κοινωνική διασύνδεση μπορεί να βελτιωθεί μέσω διαφόρων δραστηριοτήτων, όπως ο εθελοντισμός, η παρακολούθηση κοινωνικών εκδηλώσεων και η συμμετοχή σε δραστηριότητες που βασίζονται στην κοινότητα. (310)

Επιπλέον, η κοινωνική αυτοφροντίδα μπορεί να αξιολογηθεί με βάση την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων κάποιου. Η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων είναι ένας κρίσιμος καθοριστικός παράγοντας της ευημερίας, με θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που συμβάλλουν σε καλύτερα αποτελέσματα ψυχικής και σωματικής. Οι θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις περιλαμβάνουν συναισθήματα εμπιστοσύνης, υποστήριξης και συναισθηματικής σύνδεσης, τα οποία είναι απαραίτητα για την οικοδόμηση και τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων. (311)

Τέλος, η κοινωνική αυτοφροντίδα μπορεί να αξιολογηθεί αξιολογώντας το επίπεδο κοινωνικής δέσμευσης στην κοινότητα. Η κοινωνική δέσμευση αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα άτομα συμμετέχουν σε δραστηριότητες που βασίζονται στην κοινότητα και αλληλεπιδρούν με τα μέλη της κοινότητάς τους. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες που βασίζονται στην κοινότητα έχει συσχετιστεί με μια σειρά από θετικά αποτελέσματα για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων μειωμένων επιπέδων κατάθλιψης, αυξημένης γνωστικής λειτουργίας και βελτιωμένης συνολικής ευημερίας. (312)

Συνοπτικά, η κοινωνική αυτοφροντίδα είναι μια ουσιαστική πτυχή της συνολικής ευημερίας που περιλαμβάνει τη διατήρηση και την ενίσχυση των κοινωνικών συνδέσεων και των συστημάτων υποστήριξης. Διάφοροι δείκτες κοινωνικής αυτοφροντίδας μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αξιολογήσουν την κοινωνική τους ευημερία και να παρέχουν τη βάση για παρέμβαση. Η κοινωνική υποστήριξη, η κοινωνική σύνδεση, η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων και η κοινωνική δέσμευση είναι μεταξύ των βασικών δεικτών κοινωνικής αυτοφροντίδας που μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση της κοινωνικής ευημερίας και στη βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων υγείας.

5.6 Ψυχική νόσος και φροντίδα σωματικής υγείας

5.6.1 Προκλήσεις στην παροχή σωματικής υγειονομικής περίθαλψης στους ψυχικά ασθενείς

Η ψυχική ασθένεια είναι μια πολύπλοκη και πολύπλευρη πάθηση που μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από προβλήματα σωματικής υγείας. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν συχνά κακή σωματική υγεία, με αποτέλεσμα υψηλότερα ποσοστά χρόνιας νόσου και πρόωμη θνησιμότητα. Ωστόσο, η παροχή σωματικής υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να είναι δύσκολη λόγω μιας σειράς παραγόντων. (313)

Μία από τις κύριες προκλήσεις στην παροχή σωματικής υγειονομικής περίθαλψης στους ψυχικά ασθενείς είναι το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια. Το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις και προκαταλήψεις, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε χειρότερα αποτελέσματα σωματικής υγείας για άτομα με ψυχικές ασθένειες. (232) Το στίγμα μπορεί επίσης να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται σε άτομα με ψυχική ασθένεια, καθώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχουν αρνητικές στάσεις ή πεποιθήσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια. (314)

Μια άλλη πρόκληση είναι η έλλειψη ενοποίησης μεταξύ των συστημάτων ψυχικής υγείας και σωματικής υγείας. Αυτά τα συστήματα λειτουργούν συχνά ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, με αποτέλεσμα την κατακερματισμένη φροντίδα για άτομα με ψυχικές ασθένειες. Αυτός ο κατακερματισμός μπορεί να οδηγήσει σε κακή επικοινωνία μεταξύ των παρόχων, αλληλεπιδράσεις με φάρμακα και ανεπαρκή διαχείριση των σωματικών συνθηκών υγείας. Ως αποτέλεσμα, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να μην λαμβάνουν το ίδιο επίπεδο φροντίδας για τις σωματικές τους καταστάσεις με εκείνα που δεν πάσχουν από ψυχική ασθένεια. (315,316)

Επιπρόσθετα, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζουν συχνά εμπόδια στην πρόσβαση στη σωματική υγειονομική περίθαλψη, όπως οικονομικές δυσκολίες, έλλειψη μεταφοράς και ανεπαρκείς γνώσεις υγείας. Αυτά τα εμπόδια μπορούν να εμποδίσουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να λαμβάνουν την κατάλληλη και έγκαιρη σωματική φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία. (317)

Επιπλέον, οι παρενέργειες των ψυχιατρικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ψυχικών ασθενειών μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία. Για παράδειγμα, ορισμένα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους, η οποία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καταστάσεων όπως ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρακολουθούν και να διαχειρίζονται τη σωματική υγεία των ατόμων με ψυχικές ασθένειες που λαμβάνουν αυτά τα φάρμακα για να ελαχιστοποιήσουν τις δυσμενείς επιπτώσεις τους. (318)

Τέλος, τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε επικίνδυνες συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών και οι κακές συνήθειες διατροφής και άσκησης, που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για προβλήματα σωματικής υγείας. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτές τις συμπεριφορές ως μέρος του συνολικού σχεδίου φροντίδας για άτομα με ψυχικές ασθένειες. (319)

Συμπερασματικά, η παροχή σωματικής υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι ένα σύνθετο και απαιτητικό έργο. Το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια, η έλλειψη ολοκλήρωσης μεταξύ των συστημάτων ψυχικής υγείας και σωματικής φροντίδας υγείας, τα εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη, οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και οι επικίνδυνες συμπεριφορές είναι μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτήν την πρόκληση. Η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων θα απαιτήσει μια συλλογική προσπάθεια μεταξύ των παρόχων φροντίδας ψυχικής και σωματικής υγείας, των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και της κοινωνίας γενικότερα για να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες λαμβάνουν κατάλληλη και έγκαιρη σωματική φροντίδα.

5.6.2 Στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας της σωματικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς

Η φροντίδα της σωματικής υγείας των ατόμων με ψυχικές ασθένειες συχνά παραβλέπεται για διάφορους λόγους, όπως το στίγμα, οι περιορισμένοι πόροι και η ανεπαρκής εκπαίδευση μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες σωματικής υγείας αυτού του πληθυσμού, καθώς διατρέχουν

υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνιες παθήσεις, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη και παχυσαρκία, που μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο ζωής. Ακολουθούν ορισμένες στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας της σωματικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς:

Ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής και σωματικής υγείας: Η ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής και σωματικής φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στην περίθαλψη, να ενισχύσει τον συντονισμό μεταξύ των παρόχων και να αυξήσει την πιθανότητα εντοπισμού και αντιμετώπισης προβλημάτων σωματικής υγείας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Ένα μοντέλο συνεργατικής φροντίδας που περιλαμβάνει παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ειδικούς ψυχικής υγείας και άλλους επαγγελματίες υγείας έχει δείξει πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στη βελτίωση των αποτελεσμάτων τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας σε αυτόν τον πληθυσμό. (313)

Έλεγχος για προβλήματα σωματικής υγείας: Ο τακτικός έλεγχος για προβλήματα σωματικής υγείας, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα, είναι απαραίτητος σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διεξάγουν ολοκληρωμένες αξιολογήσεις σωματικής υγείας και να παρακολουθούν τακτικά τα ζωτικά σημεία, τα επίπεδα λιπιδίων και τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Θα πρέπει επίσης να ρωτήσουν τους παράγοντες του τρόπου ζωής που μπορεί να συμβάλλουν σε κακά αποτελέσματα σωματικής υγείας, όπως η διατροφή, η άσκηση και η χρήση ουσιών.

Αντιμετώπιση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου: Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αντιμετωπίζουν τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η καθιστική ζωή και η κακή διατροφή, σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας και τροποποίησης του τρόπου ζωής που προωθούν τη σωματική δραστηριότητα, την υγιεινή διατροφή και τη διακοπή του καπνίσματος. Επιπλέον, οι πάροχοι θα πρέπει να παρακολουθούν στενά τη χρήση φαρμάκων και τις παρενέργειες, καθώς ορισμένα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση βάρους και στις μεταβολικές ανωμαλίες. (320)

Παροχή προληπτικής φροντίδας: Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες θα πρέπει να λαμβάνουν υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας, όπως εμβολιασμούς και προσυμπτωματικούς ελέγχους καρκίνου, με τον ίδιο ρυθμό όπως ο γενικός πληθυσμός. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι

είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν αυτές τις υπηρεσίες. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι αυτός ο πληθυσμός είναι ενημερωμένος για όλες τις συνιστώμενες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας και να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα παρακολούθησης.

Συντονισμός και διαχείριση φροντίδας: Ο συντονισμός και η διαχείριση της φροντίδας είναι ουσιαστικής σημασίας για τη διασφάλιση ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες λαμβάνουν την κατάλληλη σωματική φροντίδα υγείας. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να δημιουργήσουν αποτελεσματικούς διαύλους επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των ειδικών ψυχικής υγείας και άλλων επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση πολύπλοκων ιατρικών καταστάσεων, όπως πολλαπλές χρόνιες παθήσεις, και να αποτρέψει τις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπερασματικά, η βελτίωση της φροντίδας της σωματικής υγείας των ατόμων με ψυχικές ασθένειες απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που να αντιμετωπίζει τις μοναδικές ανάγκες αυτού του πληθυσμού. Απαιτεί την ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής και σωματικής φροντίδας υγείας, τακτικό έλεγχο για προβλήματα σωματικής υγείας, αντιμετώπιση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, παροχή προληπτικής φροντίδας και αποτελεσματικό συντονισμό και διαχείριση της φροντίδας. Η αντιμετώπιση των αναγκών σωματικής υγείας αυτού του πληθυσμού είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και του προσδόκιμου ζωής. (321)

5.7 Ψυχική νόσος και φροντίδα ψυχικής υγείας

5.7.1 Σημασία της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς

Η φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι μια κρίσιμη πτυχή της θεραπείας για άτομα με ψυχικές ασθένειες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει τονίσει τη σημασία της φροντίδας ψυχικής υγείας για την προώθηση της αποκατάστασης, αποκατάστασης και επανένταξης ατόμων με ψυχικές διαταραχές. (299) Η φροντίδα ψυχικής υγείας περιλαμβάνει μια σειρά από υπηρεσίες όπως η ψυχοθεραπεία, η διαχείριση φαρμάκων και οι ομάδες υποστήριξης, οι οποίες είναι βασικές για την αντιμετώπιση των περίπλοκων αναγκών των ψυχικά ασθενών.

(322) Η πρόσβαση σε φροντίδα ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική για όσους πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια, καθώς συχνά έχουν πιο σύνθετες ανάγκες και μπορεί να απαιτούν εντατική θεραπεία. (323)

Η φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι σημαντική επειδή μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας. (244) Τα οφέλη της φροντίδας ψυχικής υγείας εκτείνονται πέρα από τη μείωση των συμπτωμάτων και περιλαμβάνουν βελτιωμένη σωματική υγεία, κοινωνική λειτουργία και ποιότητα ζωής. Η φροντίδα ψυχικής υγείας μπορεί επίσης να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν δεξιότητες αντιμετώπισης και να βελτιώσουν την ικανότητά τους να διαχειρίζονται το στρες, κάτι που μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την πρόληψη της υποτροπής. (322)

Παρά τη σημασία της φροντίδας ψυχικής υγείας, πολλά άτομα με ψυχικές ασθένειες δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία. Τα εμπόδια στη φροντίδα ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν το στίγμα, την έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες και την έλλειψη επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, ορισμένα άτομα μπορεί να μην αναζητήσουν θεραπεία λόγω ανησυχιών για το κόστος της περίθαλψης ή φόβου διάκρισης. Αυτά τα εμπόδια μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, καθώς μπορεί να μην λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται για να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους και να βελτιώσουν τη συνολική τους ευημερία. (323)

Συμπερασματικά, η φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας. Παρά τα οφέλη της φροντίδας ψυχικής υγείας, πολλά άτομα με ψυχικές ασθένειες δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία λόγω μιας σειράς φραγμών. Οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτών των εμποδίων και τη βελτίωση της πρόσβασης σε φροντίδα ψυχικής υγείας είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται για να αναρρώσουν και να ευδοκιμήσουν.

5.7.2 Στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς

Η παροχή επαρκούς φροντίδας ψυχικής υγείας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και τη μείωση του φόρτου της ψυχικής ασθένειας σε άτομα, οικογένειες και κοινωνία. Ωστόσο, πολλά εμπόδια μπορούν να εμποδίσουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να έχουν πρόσβαση και να λαμβάνουν κατάλληλη φροντίδα ψυχικής υγείας. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν το στίγμα, την έλλειψη πρόσβασης στη φροντίδα, την έλλειψη πόρων και τις ανεπαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για την αντιμετώπιση αυτών των φραγμών, έχουν προταθεί διάφορες στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς.

Μια στρατηγική για τη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς είναι να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του κοινού για θέματα ψυχικής υγείας και να μειωθεί το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια. Το στίγμα είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην αναζήτηση φροντίδας ψυχικής υγείας και μπορεί να εμποδίσει τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να λάβουν τη φροντίδα που χρειάζονται. Εκπαιδύοντας το κοινό για θέματα ψυχικής υγείας και μειώνοντας το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια, τα άτομα με ψυχική ασθένεια μπορεί να αισθάνονται πιο άνετα να αναζητούν βοήθεια και μπορεί να είναι πιο πιθανό να λάβουν την κατάλληλη φροντίδα. (324)

Μια άλλη στρατηγική για τη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς είναι η αύξηση της πρόσβασης στην περίθαλψη. Αυτό μπορεί να γίνει με την επέκταση των υπηρεσιών και των πόρων ψυχικής υγείας, την αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και τη μείωση των οικονομικών φραγμών στη φροντίδα. Η τηλε υγεία και άλλες τεχνολογικές καινοτομίες μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την αύξηση της πρόσβασης σε φροντίδα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα για άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες ή υποεξυπηρετούμενες περιοχές (325)

Η ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι μια άλλη στρατηγική για τη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του στίγματος που σχετίζεται με την αναζήτηση φροντίδας ψυχικής υγείας και στη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη για

άτομα που ενδέχεται να μην αναζητήσουν φροντίδα ψυχικής υγείας διαφορετικά. Επιπλέον, οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό ατόμων με ανάγκες ψυχικής υγείας και στην παροχή κατάλληλων παραπομπών και θεραπείας. (325)

Τα μοντέλα συνεργατικής φροντίδας, τα οποία περιλαμβάνουν τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας και παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικά στη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς. Αυτά τα μοντέλα περιλαμβάνουν μια ομαδική προσέγγιση στη φροντίδα, με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας να συνεργάζονται για να παρέχουν συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. (325)

Τέλος, η συμμετοχή ατόμων με ψυχική ασθένεια στη δική τους φροντίδα μπορεί επίσης να βοηθήσει στη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας. Αυτό μπορεί να γίνει με τη συμμετοχή ατόμων με ψυχικές ασθένειες στον σχεδιασμό θεραπείας, την ενθάρρυνση της αυτοδιαχείρισης και της αυτοφροντίδας και την παροχή εκπαίδευσης και υποστήριξης για να βοηθηθούν τα άτομα να διαχειριστούν τα συμπτώματα ψυχικής τους υγείας. (326)

Συμπερασματικά, η βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές ασθένειες και τη μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών ασθενειών στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινωνία. Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς περιλαμβάνουν την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού για θέματα ψυχικής υγείας και τη μείωση του στίγματος, την αύξηση της πρόσβασης στην περίθαλψη, την ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τη χρήση μοντέλων συλλογικής φροντίδας και τη συμμετοχή ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Φροντίδα. Εφαρμόζοντας αυτές τις στρατηγικές, μπορούμε να εργαστούμε για να παρέχουμε στα άτομα με ψυχικές ασθένειες τη φροντίδα που χρειάζονται για να ζήσουν υγιείς και ικανοποιητικές ζωές.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Οι έννοιες του στίγματος, του στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού για την ψυχική νόσο, έχουν μελετηθεί ευρέως μέσα από πολλαπλές μελέτες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Στην πλειοψηφία των μελετών οι παραπάνω έννοιες αφορούσαν στις στάσεις και τις απόψεις ψυχικά υγιών πληθυσμών απέναντι σε ψυχικά ασθενείς. Η σημασία και η σπουδαιότητα του παρόντος πονήματος, έγκειται στο γεγονός ότι δεν έχουν διερευνηθεί η διαδικασία του στιγματισμού μεταξύ των ατόμων που έχουν κάποια ψυχική νόσο και οι παράμετροι που συμβάλλουν σε αυτή.

Το στίγμα αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή η οποία δημιουργείται στις κοινωνίες ανά τους αιώνες μέχρι τις μέρες μας. Εξαιτίας του στίγματος, οι ψυχικά ασθενείς έχουν βιώσει εξορκισμούς, βασανιστήρια, τιμωρίες, άθλιες συνθήκες διαβίωσης, μέχρι και θάνατο.(1) Στον 21ο αιώνα, την εποχή της τεχνολογίας και της γνώσης, η εικόνα της ψυχικής νόσου εξακολουθεί να είναι στρεβλή σε πολλές διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες.

Μια από τις κατηγοριοποιήσεις που υπάρχουν στην έννοια του στίγματος είναι αυτή που το διακρίνει σε ορατό και αόρατο, το οποίο έχει να κάνει με εμφανή ή όχι δυσφημιστικά χαρακτηριστικά στα άτομα. Ο Goffman κατηγοριοποίησε το στίγμα σε τρεις διαφορετικές ομάδες: α) Τα αποκρουστικά φυσικά σημάδια, β) Τα ψεγάδια του προσωπικού χαρακτήρα που γίνονται αντιληπτά ως ασθενής θέληση, γ) Τα συλλογικά στίγματα της φυλής, της θρησκείας και του έθνους που μπορούν να μεταδοθούν μέσω της καταγωγής, ενώ, οι Campbell & Deacon αναφέρουν ως κατηγορίες στίγματος με βάση την κατηγοριοποίηση του Goffman τις ακόλουθες: α) Οι προφανείς ή οι εξωτερικές παραμορφώσεις, β) Οι αποκλίσεις από τα προσωπικά γνωρίσματα, γ) Το συλλογικό στίγμα. (327,328)

Ο Corrigan όρισε την υιοθέτηση των προκαταλήψεων από την κοινή γνώμη απέναντι στις ομάδες των ψυχικά ασθενών ως «δημόσιο στίγμα». Το δημόσιο στίγμα δύναται να επηρεάσει τις πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες το υφίστανται, με αποτέλεσμα οι προκαταλήψεις αυτές να υιοθετηθούν από τις ίδιες τις ομάδες προκαλώντας το «ατομικό στίγμα». Με άλλα λόγια, η μείωση της αυτοεκτίμησης, της αυταξίας και του αυτοσεβασμού του ίδιου του ατόμου καλείται ατομικό στίγμα. (328,329) Οι επιπτώσεις του αυτοστιγματισμού για το άτομο είναι σοβαρές, καθώς εσωτερικεύει τις κοινωνικές απόψεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνει. Η εσωτερικεύση αυτή με τη σειρά της αποτρέπει

το άτομο από το να αναζητήσει υπηρεσίες υγείας ή να συνεχίσει τη θεραπεία του, σε περίπτωση που βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη. Ακόμη πιο συχνά το άτομο επιχειρεί να κρατήσει την ασθένειά του στην αφάνεια, κάτι που, σε συνδυασμό με την απουσία υποστήριξης, μπορεί να επιβαρύνει δραματικά την κατάσταση της υγείας του.

Το κοινωνικό στίγμα, δηλαδή ο στιγματισμός των ατόμων μέσα σε μια κοινωνική συνύπαρξη, έχει τις ρίζες του βαθιά στους αιώνες. Σύμφωνα με τον Hogg, ο κοινωνικός στιγματισμός προσφέρει μια αίσθηση ανωτερότητας στα άτομα εκείνα που δεν ανήκουν στη στιγματισμένη ομάδα, όταν τα άτομα αυτά συγκρίνουν τους εαυτούς τους με τα μέλη της ομάδας που φέρουν το στίγμα. (330)

Σημαντικά κοινωνικά κριτήρια τέθηκαν από τους Jost και Kramer, οι οποίοι διατύπωσαν πως το στίγμα εγκαθιστά και «νομιμοποιεί» τις ανισότητες μεταξύ των ατόμων μιας κοινωνίας προς όφελος της κυρίαρχης οικονομικά ομάδας. Με αυτόν τον τρόπο η κυρίαρχη ομάδα διασφαλίζει, ότι η κατανομή των πόρων θα εξακολουθεί να γίνεται υπέρ της. Χαρακτηριστικό τεκμήριο φαίνεται να αποτελεί το γεγονός ότι το στίγμα αποτελεί στοιχείο που ενδυναμώνεται σε περιόδους κρίσης, σε ολιγαρχικά καθεστώτα, όπως επίσης και στις περιπτώσεις όπου αδυνατεί η αντίληψη συνύπαρξης της διαφορετικότητας. (331,332)

Ο στιγματισμός και οι διακρίσεις απέναντι σε άτομα με κάποια ψυχική νόσο, εκτός του ότι οδηγούν στην περιθωριοποίησή του, φτάνουν στο σημείο να επηρεάζουν και τον κοινωνικό τους περίγυρο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πολλές φορές και οι ίδιες οι οικογένειες ψυχικά ασθενών να αποφεύγουν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, προκειμένου να αποφύγουν να έρθουν αντιμέτωποι με τους δικούς τους φόβους, αναστολές και προκαταλήψεις. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι τόσο τα ίδια τα άτομα με ψυχική νόσο όσο και οι οικείοι τους να αποφεύγουν να μιλούν για την ψυχική ασθένεια, απομακρύνοντας στην ουσία τον ασθενή από τη θεραπεία. (333,334)

Η ετερότητα, με άλλα λόγια η διαφορετικότητα, φαίνεται να αποτελεί ένα από τα κυριότερα στοιχεία που συμβάλλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Κι αυτό γιατί συνοδεύεται από χαρακτηρισμούς, όπως η αδυναμία και η ευπάθεια, με άμεση συνέπεια τον στιγματισμό, επειδή και μόνον κάποιος ανήκει σε μια ομάδα με συγκεκριμένα και διαφορετικά χαρακτηριστικά, κοινωνικά, οικονομικά, επαγγελματικά, ή επειδή πάσχει από οργανική, πνευματική ή ψυχική αρρώστια. (1)

Η ετικετοποίηση που υφίσταται το άτομο μέσα από το σύστημα ψυχικής υγείας είναι ότι αρχίζει το ίδιο το άτομο να βλέπει τον εαυτό του σύμφωνα με τη διάγνωση που του δόθηκε, γεγονός που συμβάλλει καταλυτικά στον αυτοστιγματισμό του.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής, αλλά περιγράφει την κατάσταση ευημερίας κατά την οποία κάποιος αντιλαμβάνεται και αξιοποιεί τις ικανότητές του, είναι ικανός να αντιμετωπίσει το καθημερινό στρες, εργάζεται παραγωγικά και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινότητά του. (1)

Σημαντικό ερευνητικό έργο έχει διεξαχθεί για τη συσχέτιση της έντασης του στίγματος και της διαβάθμισης, ανάλογα με τη νοσολογική κατηγορία στην οποία αφορά. Ακόμη και ανάμεσα στις ψυχικές νόσους, η ένταση και οι συνέπειες του στίγματος φάνηκαν να ποικίλουν μεταξύ των διαφορετικών ψυχιατρικών διαγνώσεων. (329) Συγκεκριμένα, η κοινή γνώμη φαίνεται να στιγματίζει εντονότερα ασθενείς με γενετήσιες ψυχικές παθήσεις, καθώς τις αντιμετωπίζει και τις αντιλαμβάνεται ως μόνιμες, γεγονός το οποίο προκαλεί μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. (330)

Εξάλλου, σημαντική διαφοροποίηση φαίνεται να υπάρχει στην ένταση του στίγματος μεταξύ ψυχωτικών και μη ψυχωτικών ατόμων με κάποια ψυχική νόσο. Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ σχιζοφρένειας και κατάθλιψης η σχιζοφρένεια φαίνεται πάντοτε να επωμίζεται το μεγαλύτερο βάρος του στίγματος, ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη θεωρούνται ως υπαίτιοι της κατάστασής τους. Όσον αφορά στη σχιζοφρένεια, η σύνδεσή της με την επικινδυνότητα αποτελεί τον βασικό παράγοντα στιγματισμού και διάκρισης αυτών των ασθενών. Εξίσου σημαντικό είναι και το κριτήριο της υπαιτιότητας, όπως για παράδειγμα στις κατηγορίες ασθενών με διαταραχές ελέγχου των παρωθήσεων, όπως ο αλκοολισμός ή η χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι οποίοι βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα στην κλίμακα των διακρίσεων.

Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας υπάρχουν αρκετές διακρίσεις, προκαταλήψεις και στερεότυπα που οδηγούν στον στιγματισμό αρκετών νοσολογικών κατηγοριών ψυχικών νοσημάτων. Μερικές από αυτές τις διαγνώσεις είναι σε μεγάλο ποσοστό οι διαταραχές προσωπικότητας. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς θεωρούνται από τους ίδιους τους επαγγελματίες ως ενοχλητικοί, δύσκολα συνεργάσιμοι που απαιτούν συνεχώς προσοχή, ενώ θεωρείται ότι

δεν αξίζουν περισσότερη φροντίδα. Ο σημαντικότερος παράγοντας είναι πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν διεγείρουν την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών.

Επίσης, όσον αφορά στο Σύνδρομο της Χρόνιας Κόπωσης, επειδή δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο η συγκεκριμένη πάθηση είναι ψυχική ή σωματική, οι ασθενείς καταλήγουν να λαμβάνουν την απόρριψη των επαγγελματιών υγείας. Απόρριψη βιώνουν εξίσου και οι ασθενείς που πάσχουν από αλκοολισμό για όλους τους παραπάνω λόγους, αλλά και λόγω της προκατάληψης ότι δε θα ολοκληρώσουν τη θεραπεία ακολουθώντας τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, χωρίς να είναι σαφές το πώς, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά διατηρούν αρνητική στάση απέναντι σε άτομα με κάποια νοητική υστέρηση ή ανωμαλία. Συνεπώς, η φύση της διάγνωσης αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση του στίγματος. (330,331)

Σε μια πλειάδα περιπτώσεων, στην αντίληψη του στίγματος σημαντικό ρόλο παίζει το αν γνωρίζουμε προσωπικά ή όχι το στιγματισμένο άτομο. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι κατά τις αρχικές επαφές με κάποιο στιγματισμένο άτομο, η προσέγγιση και οι αντιδράσεις είναι περισσότερο στερεοτυπικές, ενώ όσο η επαφή γίνεται πιο συχνή και κοντινή, τα στερεότυπα υποχωρούν και τη θέση τους παίρνει η κατανόηση. Λόγω του παραπάνω, το στιγματισμένο άτομο αποκλείεται από τα διαφορετικά είδη κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. (332) Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και ο Goffman, το μη στιγματισμένο άτομο θα συνάψει ή όχι σχέσεις με το στιγματισμένο άτομο, αν και εφόσον τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις του είναι θετικά για το στιγματισμένο άτομο. Αν το φυσιολογικό άτομο έχει αρνητικά στερεότυπα για το στιγματισμένο, δε θα προσπαθήσει σχεδόν ποτέ να συνάψει σχέσεις μαζί του. Οι πιθανότητες τα μη στιγματισμένα άτομα να επιδιώξουν τις σχέσεις με ένα στιγματισμένο είναι λίγες, γεγονός το οποίο οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση του δεύτερου. (335)

Στις περισσότερες περιπτώσεις κοινωνικών συναναστροφών, τα «φυσιολογικά» άτομα – όπως ορίζονται και από τον Goffman – αντιμετωπίζουν τα στιγματισμένα άτομα είτε πολύ συμπνετικά είτε απορριπτικά ή απλώς αμήχανα. Τα στιγματισμένα άτομα από την άλλη, νιώθουν μεγάλη αβεβαιότητα για τον τρόπο με τον οποίο θα τα αντιμετωπίσουν όλοι όσοι ανταποκρίνονται στις κοινωνικές προσδοκίες. Αυτό δε σημαίνει βέβαια ότι οι αντιδράσεις

των μη στιγματισμένων ατόμων θα είναι πάντοτε αρνητικές. Σε πολλές περιπτώσεις, οι αντιδράσεις είναι περισσότερο θετικές, όπως έχει φανεί από κάποιες μελέτες.

Υπάρχουν διαφορές στον βαθμό στον οποίο οι αρχικές αντιδράσεις είναι αρνητικές. Όταν οι άνθρωποι έχουν τα αρνητικά στερεότυπα, που προκαλούνται αυθόρμητα από το στίγμα, ή όταν οι άνθρωποι είναι πιο ευαίσθητοι στις αντιδράσεις αποστροφής, οι άμεσες αντιδράσεις τους στο στίγμα τείνουν να έχουν χαρακτήρα αποφυγής. Αν και οι αυθόρμητες αντιδράσεις στο στίγμα είναι συχνά ισχυρές, δεν επικρατούν απαραίτητως. Οι άνθρωποι θεωρούν μερικές φορές τις αρνητικές αντιδράσεις στο στίγμα μια μορφή προκατάληψης. Εκείνοι που θεωρούν έτσι το στίγμα μπορούν να παρακινηθούν για να αντισταθμίσουν ή να υπερνικήσουν τις αρχικές επιβλαβείς αντιδράσεις τους. (334) Τα άτομα διαφέρουν επίσης στο κίνητρό τους να ελέγξουν τις επιβλαβείς αντιδράσεις τους απέναντι στο στιγματισμένο άτομο. Μπορεί να θελήσουν να ελέγξουν τις επιβλαβείς αντιδράσεις για εσωτερικούς λόγους, επειδή πιστεύουν ότι είναι λάθος, ή για εξωτερικούς λόγους, επειδή δεν θέλουν να φανούν ότι είναι προκατειλημμένοι. Εκείνα τα άτομα που έχουν ένα ισχυρό εσωτερικό κίνητρο για να ελέγξουν την προκατάληψη και ένα αδύνατο εξωτερικό κίνητρο καταδεικνύουν λιγότερη προκατάληψη. (336)

Για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών έχουν διατυπωθεί πολλές διαφορετικές θεωρίες βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές. Επιπλέον, η αντίληψη της ψυχικής υγείας και νόσου, διαφέρει σε κάθε πολιτισμό, κοινωνία ή έθνος. Στον στιγματισμό και την καταπίεση των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχική νόσο έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, όπως η τηλεόραση, οι εφημερίδες κ.λπ., που φροντίζουν να δημιουργούν και να διαιωνίζουν τη δημόσια εικόνα της «τρέλας» και της «αναπηρίας», αναπαράγοντας στερεότυπα και προκαταλήψεις. (337) Τα ΜΜΕ, ως ένας κοινωνικός θεσμός που ασκεί εξουσία στην κοινή γνώμη πάνω σε διάφορα ζητήματα, κατασκευάζουν μια κοινωνική πραγματικότητα προς όφελος της κυρίαρχης τάξης. (338)

Συγκεκριμένα, στα ΜΜΕ η ψυχική ασθένεια προβάλλεται μέσω βίαιων και επικίνδυνων συμπεριφορών, χαρακτηριστικά που κατά κανόνα, δεν είναι αποδεκτά στο κοινωνικό σύνολο. (νομίζω δεν προβάλλεται μέσω συμπεριφορών αλλά ως συμπεριφορές δεν ξέρω αν θα σου άρεσε μια τέτοια διατύπωση: Συγκεκριμένα, στα ΜΜΕ η ψυχική ασθένεια συνοδεύεται από βίαιες και επικίνδυνες συμπεριφορές, οι οποίες κατά κανόνα δεν είναι

αποδεκτές από το κοινωνικό σύνολο. (338) Με τον τρόπο αυτό εδραιώνεται ο φόβος και η προκατάληψη απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, ενώ στην πραγματικότητα είναι εκείνοι που βιώνουν τη βία και την καταπάτηση των δικαιωμάτων τους.

Ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλλει στον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών είναι η εκπαίδευση. Έχει φανεί ότι όσο λιγότερες είναι οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού αλλά και των ίδιων των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, σχετικά με τα συμπτώματα και τις επιδράσεις στη ζωή τους, τόσο πιθανότερο είναι να υιοθετηθεί μια στιγματιστική συμπεριφορά. (337)

Σημαντικός είναι και ο ρόλος της εκπαίδευσης, καθώς το σχολείο αποτελεί χώρο κοινωνικοποίησης από πολύ μικρή ηλικία. Επομένως, οποιαδήποτε επιτυχία ή αποτυχία, η οποία συνοδεύεται και από την ετικέτα της ψυχικής νόσου, οδηγεί το άτομο στον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση.

Το γεγονός ότι σε πολλές μελέτες καταγράφηκαν μεγαλύτερα ποσοστά βίαιων πράξεων σε ψυχικά ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό από ό,τι σε παλαιότερες έρευνες φάνηκε να επηρεάζει την κοινή γνώμη και να στιγματίζει αυτά τα άτομα. Σίγουρα πάντως, όπως τονίζουν και οι ίδιοι οι επιστήμονες, δεν είναι δυνατόν ούτε και θεμιτό τα αποτελέσματα αυτά να γενικευτούν, καθώς δεν είναι αντιπροσωπευτικά για το σύνολο του πληθυσμού των ψυχικά ασθενών. (339)

Τέλος, η χρήση της διαγνωστικής ορολογίας έχει φανεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών. Από τη μία αποτελεί πολύ βοηθητικό εργαλείο για τη θεραπευτική διαδικασία αλλά και την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας, από την άλλη όμως, έχει φανεί να έχει καταστροφικές συνέπειες για τους ίδιους τους ασθενείς. Η διάγνωση καταλήγει να αποτελεί μια ταμπέλα η οποία προσκολλάται στον ασθενή, εσωτερικεύεται από τον ίδιο και καταλήγει στον στιγματισμό του από την κοινή γνώμη, ανάλογα με τη φύση της ασθένειας και τα στερεότυπα που επικρατούν γι' αυτή. (339,340)

Το στίγμα έχει φανεί ότι επιβαρύνει την ψυχική συμπτωματολογία των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, λειτουργώντας σαν μια δεύτερη νόσος. Δεδομένου ότι μετά τη διάγνωση και τη νοσηλεία ατόμου με ψυχική νόσο καταπατώνται θεμελιώδη δικαιώματά του, το άτομο μειώνεται ως οντότητα. Μετά τη διάγνωση επέρχονται δυσκολίες πρακτικής φύσης,

όπως αυτή της καθημερινής διαβίωσης, της οικονομικής δυσπραγίας, της επαγγελματικής αποκατάστασης ή/και της εκπαίδευσης, που είναι βασικοί παράγοντες που θέτουν τα άτομα αυτά εκτός του κοινωνικού συνόλου.

Επιπλέον, η έλλειψη κοινωνικού δικτύου, και συνεπώς υποστήριξης, συνδέεται επίσης με την αυξημένη θνητότητα ατόμων που φέρουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. (341) Συνέπεια όλων των παραπάνω αποτελεί συχνά η κατάληξη σε παραβατικές συμπεριφορές, με μεγάλη πιθανότητα για επιθετικότητα και παραβατικότητα. Αρνητικές μπορεί να είναι οι επιπτώσεις του στιγματισμού στην πορεία της νόσου, καθώς το άτομο μπαίνει στη διαδικασία να πειθαρχήσει στον ρόλο και το στερεότυπο του ανάπηρου και άχρηστου, με αποτέλεσμα την περαιτέρω απόσυρση και περιθωριοποίηση. Αναπτύσσει έτσι συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής, οδηγείται στην «εσωστρέφεια» ως συνειδητή επιλογή, προκειμένου να αμυνθεί στον στιγματισμό και την απόρριψη που δέχονται καθημερινά.

Εξίσου σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον ανθρώπων με ψυχική νόσο. Τα μέλη της οικογένειας υφίστανται εξίσου τις συνέπειες του κοινωνικού στίγματος. Εκτός από την οικογένεια, με προκατάληψη επιβαρύνονται και οι θεραπευτές ή τα ιδρύματα που φροντίζουν αυτούς τους ανθρώπους, με δυσάρεστα αποτελέσματα στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Η διαδικασία του αποστιγματισμού της ψυχική νόσου κρίνεται συνεπώς ως ένα αναγκαίο και καίριο ζήτημα, το οποίο μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα για την υποχώρηση ή την ανατροπή των κοινωνικών προκαταλήψεων. Πέραν τούτου, ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας συνιστά πάνω απ' όλα ένα φαινόμενο κοινωνικής αδικίας και ταυτόχρονα μια πρόκληση στα ιδανικά μιας κοινωνίας που θέλει να ονομάζεται δίκαιη, ανθρωπιστική και ευνομούμενη, συνιστά μια πρόκληση για αλλαγή. Γι' αυτό τον λόγο, η καταπολέμηση του στίγματος αναδεικνύεται σε κομβικής σημασίας παράμετρο για τη σύγχρονη, ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και του ψυχικά ασθενή, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και παγκόσμιο ζητούμενο.

Οι έρευνες που αφορούν το στίγμα, στην πλειοψηφία τους, μελετούν τις στάσεις και τις απόψεις που έχουν οι εκάστοτε πληθυσμιακές ομάδες για τις ψυχικές νόσους και τα άτομα που πάσχουν από κάποια από αυτές. (342) Ορισμένοι από τους παράγοντες που φάνηκαν να

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις στάσεις αυτές φάνηκαν να σχετίζονται με πολλούς διαφορετικούς παράγοντες, όπως τα συμπτώματα, το ανδρικό φύλο, η βαρύτητα της νόσου, που επηρεάζουν αρνητικά τις στάσεις του γενικού πληθυσμού. (343,344) Αντίστοιχα, τα άτομα που φάνηκαν να εμφανίζουν αρνητικές και στιγματιστικές στάσεις ήταν άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας, με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ημιμάθεια και έλλειψη πληροφόρησης, όπως και απουσία διαπροσωπικής επαφής με άτομα με ψυχική νόσο. Επιπλέον, παρουσιάζεται φόβος, ο οποίος προέρχεται από την εικόνα που έχουν σχηματίσει για την ψυχική νόσο μόνο μέσα από τα ΜΜΕ. (345)

Οι στάσεις και οι αντιλήψεις της κοινής γνώμης απέναντι στην ψυχική νόσο διαφέρουν από το ένα πολιτισμικό υπόβαθρο στο άλλο. Παραδείγματος χάριν, οι Η.Π.Α. παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αρνητικών αντιλήψεων σε σύγκριση με χώρες της δυτικής Ευρώπης. (335) Στη χώρα μας, σε έρευνα για τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές το 1979 και το 1993 επαναληπτικά καταγράφηκαν βελτιωμένες στάσεις και μεγαλύτερη αποδοχή και ανεκτικότητα απέναντι στην ψυχική νόσο.

Άλλη μελέτη παρεμβάσεων για την καταπολέμηση του στίγματος στην ψυχική νόσο στη χώρα μας ανέδειξε το γεγονός ότι το στίγμα εξακολουθεί να συνοδεύει τις έννοιες της τρέλας και της ψυχικής ασθένειας, καθώς σε μεγάλο βαθμό οι ερωτώμενοι τις συνέδεσαν με την επικινδυνότητα και τη βία. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι θα φρόντιζαν στο σπίτι τους έναν ψυχικά ασθενή, ότι το ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν αποτελεί πρώτη λύση για τη φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή. Φαρμακευτική αγωγή και κοινωνική υποστήριξη είναι οι συχνότερες απαντήσεις για τον τρόπο φροντίδας. (346)

Σε μελέτη στην Αγγλία βρέθηκε ότι ένας στους τέσσερις ανθρώπους αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Επιπροσθέτως, αποδείχτηκε ότι το 42% των ανθρώπων με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζουν το στίγμα και την κοινωνική διάκριση τουλάχιστον 1 φορά τον μήνα. Το 58% των συμμετεχόντων ατόμων δηλώνει ότι το στίγμα και η κοινωνική διάκριση τους δυσκολεύει στην αντιμετώπιση περισσότερο ακόμη και από την ίδια την ψυχική διαταραχή, ενώ ποσοστό 63% των ενηλίκων δήλωσαν ότι γνωρίζουν άτομα που πάσχουν από κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής. Το 28% των ατόμων που έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή περίμεναν περισσότερο από ένα έτος για να ενημερώσουν την οικογένειά τους, ότι έχουν πρόβλημα ψυχικής υγείας, λόγω του φόβου τους για στιγματισμό. Το 8.5% των

ατόμων που υποφέρουν από ψυχική διαταραχή δεν το έχουν πει ακόμη στην οικογένεια τους. (347)

Σε έρευνα του 2009 στον δήμο της Αθήνας βρέθηκε ότι οι οκτώ στους δέκα συνδέουν αρκετές ομάδες ψυχικών διαταραχών με ακραία επικινδυνότητα και με ανικανότητα για εργασία. Με βάση την επιθυμητή κοινωνική απόσταση που αποτελεί τον δείκτη κοινωνικού στιγματισμού, οι πιο στιγματισμένες ομάδες είναι οι χρήστες ουσιών και οι ψυχικά ασθενείς, ενώ οι λιγότερο στιγματισμένες είναι οι μετανάστες και τα άτομα με σωματική αναπηρία. (348) Άλλη έρευνα, που έγινε την ίδια περίοδο σχετικά με τις γνώσεις και στάσεις του πληθυσμού απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, έδειξε αρνητικές στάσεις που κλιμακώνονταν ανάλογα με τον βαθμό της προσωπικής επαφής και σχέσης με τον ασθενή. Ποσοστό 32,9% δεν θα έπιαναν ποτέ κουβέντα με τον ασθενή, 35,2 % δεν θα έμεναν στην ίδια γειτονιά, 61% δεν θα του έδιναν δουλειά και 75% δεν θα έμεναν μαζί του. (349)

Τέλος, όσον αφορά στην ψυχική νόσο και τις δυνατότητες εργασίας για τα άτομα αυτά, στην πλειοψηφία των μελετών φάνηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό εργοδοτών αρνούνται να προσφέρουν εργασία σε κάποιον ψυχικά πάσχοντα, είτε γιατί θεωρούν ότι δεν θα είναι αποδοτικοί στη δουλειά τους είτε γιατί θα θέσουν σε κίνδυνο τη σωματική ακεραιότητα των υπολοίπων. Προκαταλήψεις και στερεότυπα ελλοχεύουν επίσης σε μεγάλη μερίδα των συνεργατών. Επικρατούν παραπλήσιες αντιλήψεις με αυτές των εργοδοτών. (350,351) Συνέπεια όλων των παραπάνω αποτελεί το συχνό φαινόμενο του να αποκρύπτεται η ύπαρξη ή διάγνωση κάποιας ψυχικής νόσου, προκειμένου να μην επιβαρυνθεί το άτομο από το στίγμα στον χώρο εργασίας του.

Τόσο στο εξωτερικό, όσο πλέον εδώ και κάποια χρόνια και στη χώρα μας, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση βρίσκεται σε εφαρμογή, με απώτερο στόχο την αποϊδρυματοποίηση και την κατά το δυνατό επανένταξη και αυτονόμηση του ασθενούς. Επιπλέον, διαφαίνεται και έντονη η τάση των ίδιων των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας να αυτοοργανώνονται δημιουργώντας ομάδες, συλλόγους, εκστρατείες, φεστιβάλ και άλλα προγράμματα, τόσο οι ίδιοι όσο και οι οικογένειές τους, στην προσπάθειά τους να αλλάξουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο, να διευρύνουν τα δικαιώματά τους με στόχο να βελτιώσουν τις συνθήκες και την ποιότητα της ζωής τους. (1,352)

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1. Σκοπός της μελέτης

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης του αυτοστιγματισμού των επιπέδων λειτουργικότητας και αυτοφροντίδας με τις στάσεις, τις αντιλήψεις και την επιθυμία ή όχι για κοινωνική απόσταση απέναντι σε άλλα άτομα με ψυχικές νόσους.

Οι επιμέρους στόχοι ήταν:

1. Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των ψυχικά ασθενών σε σχέση με άλλους ασθενείς με ίδιο ή παρόμοιο πρόβλημα ψυχικής υγείας μέσω της κοινωνικής απόστασης. Η κοινωνική απόσταση αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη καταγραφής των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές και κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας.
2. Διερεύνηση προτάσεων για την αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού και του στιγματισμού ατόμων με ψυχική νόσο, από τους ίδιους τους πληθυσμούς ατόμων με κάποια ψυχική ασθένεια.
3. Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, καθώς επίσης το μορφωτικό επίπεδο και το επίπεδο λειτουργικότητας με το εσωτερικευμένο στίγμα, τον στιγματισμό απέναντι σε άλλους ψυχικά ασθενείς και την κοινωνική απόσταση.
4. Η διερεύνηση της συσχέτισης της νοσολογικής κατηγορίας, σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία ICD & DSM, του αυτοστιγματισμού και του στιγματισμού των ανθρώπων με κάποια ψυχική νόσο.
5. Τη διερεύνηση των συνθηκών διαβίωσης και του εσωτερικευμένου στίγματος και του στιγματισμού προς άλλους ψυχικά ασθενείς.
6. Τη διερεύνηση της οικονομικής κατάστασης και του επαγγελματικού προφίλ σε σχέση με το εσωτερικευμένο στίγμα και τον στιγματισμό απέναντι σε άλλους ψυχικά ασθενείς.

7. Τη διερεύνηση του αυτοστιγματισμού, της λειτουργικότητας και της ψυχιατρικής διάγνωσης με τις ενέργειες αυτοφροντίδας των ψυχικά ασθενών.

2.2. Ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα

Με βάση τα παραπάνω θα διερευνηθεί η εξής υπόθεση:

H1: Το εσωτερικευμένο στίγμα σε άτομα με κάποια διαγνωσμένη ψυχική νόσο εξαρτάται από το φύλο και άλλα δημογραφικά στοιχεία, το περιβάλλον και τις σχέσεις που έχουν αναπτυχθεί στην οικογένεια, καθώς και το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον των συγκεκριμένων ατόμων.

H2 : Το βαθμό στον οποίο σχετίζεται το εσωτερικευμένο στίγμα, με τον στιγματισμό απέναντι σε άλλα άτομα με παρόμοια ή ίδια ψυχική νόσο

H3: Το βαθμό στον οποίο σχετίζεται ο στιγματισμός άλλων ψυχικά ασθενών, ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία στην οποία ανήκουν, με το επίπεδο λειτουργικότητας το οποίο παρουσιάζουν αμφότεροι.

H4 : Πως σχετίζεται η κοινωνική απόσταση – βασική παράμετρος καταμέτρησης του στίγματος – σε σχέση με τη νοσολογική κατηγορία και τη λειτουργικότητα του ψυχικά ασθενή.

H5: Πως σχετίζεται ο αυτοστιγματισμός, με τις ενέργειες αυτοφροντίδας του ψυχικά ασθενή.

Q1: Ποιά είναι η επίπτωση του αυτοστιγματισμού στα επίπεδα αυτοφροντίδας των ψυχικά ασθενών;

Q2: Ποια είναι η επίπτωση του αυτοστιγματισμού και του επιπέδου αναπηρίας στην αυτοφροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο;

Q3: Ποιος είναι ο κίνδυνος για την αλλαγή των στάσεων και των απόψεων ψυχικά ασθενών για άλλα άτομα με ψυχική νόσο σε σχέση με τα επίπεδα αυτοστιγματισμού;

Q4: Πως οι δείκτες της κοινωνικής απόστασης απέναντι στην ψυχική νόσο επηρεάζονται από τα ποσοστά αυτοστιγματισμού;

Q5: Πως το φύλο των ψυχικά ασθενών επηρεάζει τα επίπεδα αυτοστιγματισμού και αυτοφροντίδας;

Q6: Πως η διαγνωστική κατηγορία επηρεάζει τα επίπεδα αυτοστιγματισμού και αυτοφροντίδας;

Q7: Πως η διαγνωστική κατηγορία επηρεάζει τα επίπεδα αναπηρίας και λειτουργικότητας των ψυχικά ασθενών;

2.3. Δειγματοληψία

2.3.1. Δείγμα της μελέτης

Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης ήταν τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο, απουσία ενεργού ψυχοπαθολογίας και ηλικίας 18-65 ετών, σε τρία Ψυχιατρικά δημόσια νοσοκομεία της Αττικής και στις κοινοτικές δομές τους και στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η επιλογή δείγματος από νοσοκομεία της Αττικής ενδεχόμενα να περιορίσει την εγκυρότητα της μελέτης (συστηματικό σφάλμα επιλογής – selection bias), δεδομένου ότι η επιλογή ενός συγκεκριμένου πληθυσμού μελέτης και μιας παρατηρητικής περιόδου μπορούν από μόνα τους να επηρεάσουν τη σύγχυση (confounding) και τη δυσκολία στην ταξινόμηση (misclassification) στις επιδημιολογικές μελέτες. (353) Το τελικό δείγμα αποτελείται από 130 άτομα, τα χαρακτηριστικά των οποίων αναφέρονται στα αποτελέσματα.

2.3.2. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, ζητήθηκε και δόθηκε έγγραφη άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο και τη Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε όλα τα άτομα του πληθυσμού στόχου, ενώ συμπεριλήφθηκαν όσοι συναίνεσαν από τα συμπεριλαμβανόμενα νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε άτομα με κάποια ψυχική νόσο των ψυχιατρικών κλινικών, καθώς και των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, των μονάδων ημερήσιας φροντίδας όπως επίσης και των ξενώνων διαμονής ατόμων με ψυχική νόσο των τριών ψυχιατρικών νοσοκομείων της Αττικής, τα οποία ήταν:

1. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο
2. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί
3. Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) ήταν (διανεμήθηκαν 180 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν έγκυρα τα 130), γεγονός το οποίο ενδέχεται να έχει περιορίσει την εγκυρότητα της μελέτης. Η συλλογή των στοιχείων ολοκληρώθηκε το χρονικό διάστημα 15 μηνών (Ιούνιος 2021 – Σεπτέμβριος 2022), προκειμένου να αποφευχθεί η επιλογή μιας συγκεκριμένης παρατηρητικής περιόδου που θα μπορούσε πιθανώς να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση ή υποεκτίμηση της αξιολόγησης των ερωτηθέντων, καθώς βασικό κριτήριο για τη συμμετοχή στη μελέτη ήταν η απουσία ή αποδρομή ενεργού ψυχοπαθολογίας.

Το πακέτο συλλογής δεδομένων περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, την Κλίμακα αξιολόγησης της Αυτοφροντίδας (Αναθεωρημένη), την κλίμακα εκτίμησης του αυτοστιγματισμού, την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης, το ερωτηματολόγιο στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο και την κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας WHODAS 2.0. Μαζί με τα ερωτηματολόγια, μοιράστηκε στους συμμετέχοντες και ένα έντυπο στο οποίο αναφερόταν ο σκοπός της μελέτης, το κέντρο προέλευσης της ερευνήτριας (Εθνικό και Καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής), διαβεβαιωνόταν η εθελοντική φύση της συμμετοχής, η ασφάλεια και η ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια η οποία ενημέρωνε προσωπικά τους διευθυντές και τους προϊστάμενους του κάθε τμήματος και μονάδας για τον σκοπό της μελέτης και την διαδικασία της συλλογής των δεδομένων, ενώ η ερευνήτρια παρείχε ενημερωτικό έντυπο το

οποίο περιλάμβανε και τα στοιχεία επικοινωνίας τόσο για την ενημέρωση όσο και για τυχόν επίλυση αποριών και διευκρινίσεων.

Τα άτομα με ψυχική νόσο συμπλήρωναν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο, με βάση τις οδηγίες συμπλήρωσης που υπήρχαν σε αυτό. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε αδιαφανή φάκελο, τον οποίο και παραλάμβανε σφραγισμένο η ερευνήτρια από τους προϊστάμενους των τμημάτων. Ως ανώτατο χρονικό όριο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε κάθε νοσοκομείο, είχε οριστεί ένα τρίμηνο. Στο διάστημα αυτό η ερευνήτρια επισκεπτόταν το κάθε νοσοκομείο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, ενώ επικοινωνούσε και τηλεφωνικά τις ενδιάμεσες ημέρες. Στις ημέρες που βρισκόταν στο εκάστοτε νοσοκομείο γινόταν συμπλήρωση και λήψη των ερωτηματολογίων τη στιγμή της διαμονής.

2.3.3. Κριτήρια εισόδου στην μελέτη

Η επιλογή του δείγματος της μελέτης έγινε με βάση τα παρακάτω κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού:

Κριτήρια εισόδου στη μελέτη:

1. Άτομα που έχουν λάβει τη διάγνωση κάποιας ψυχικής νόσου κατά ICD10
2. Ηλικίας 18-65 ετών
3. Να μην εμφανίζουν ενεργό συμπτωματολογία
4. Καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας
5. Να έχουν ελληνική ιθαγένεια

Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη:

1. Άτομα που θα δηλώσουν ότι δεν επιθυμούν να συμμετέχουν τη μελέτη.
2. Άτομα που δε θα θελήσουν να ολοκληρώσουν τη διαδικασία συνέντευξης και απάντησης των ερωτηματολογίων της μελέτης.

3. Άτομα που τίθενται υπό δικαστική συμπαράσταση.

2.4. Μέσα συλλογής των δεδομένων

2.4.1. Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο καταγραφής των δημογραφικών, ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του υπό μελέτη πληθυσμού, συντάχθηκε με βάση τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία (354, 355, 356) και ελέγχθηκε από το Εργαστήριο Δημογραφίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις κλειστού τύπου, δηλαδή ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής ή ερωτήσεις ποσοτικών μεταβλητών, για παράδειγμα ηλικία.

2.5 Η Κλίμακα Αυτοφροντίδας – Αναθεωρημένη (Appraisal of Self – Care Agency – Revised/ ASAS-R)

2.5.1 Εισαγωγή

Ένα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της αυτοφροντίδας είναι η κλίμακα Appraisal of Self-care Agency Scale Revised (ASAS – R). (357) Η αρχική κλίμακα ASAS, αναπτύχθηκε αρχικά με σκοπό τη δημιουργία ενός εργαλείου που θα είχε εφαρμογή σε ενήλικο πληθυσμό και σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Η αρχική κλίμακα περιλάμβανε 24 στοιχεία που βαθμολογήθηκαν με κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνονταν από 1 (συνολικά διαφωνώ) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα). Στη συνέχεια, οι Souza et al., σε μια μελέτη βελτίωσης του ASAS, έδειξε ότι η κλίμακα 15 στοιχείων (ASAS-R) που εξήχθη από την αρχική κλίμακα φαινόταν να είναι πιο αποτελεσματική στη μέτρηση της υπηρεσίας αυτοφροντίδας μεταξύ ατόμων στο γενικό πληθυσμό. (358) Η ASAS-R αποτελεί ένα σύντομο, έγκυρο και αξιόπιστο όργανο με εύκολη εφαρμογή για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Αυτή η σύντομη έκδοση αποτελείται από 15 αντικείμενα που βαθμολογούνται όπως στην πρωτότυπη κλίμακα και με συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται μεταξύ 15 και 75. Έχει γίνει στάθμιση σε αρκετές χώρες και σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. (359 - 363)

Η κλίμακα ASAS-R χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της αυτοφροντίδας και είναι η αναθεωρημένη έκδοση της κλίμακας ASAS, στην οποία αναθεωρήθηκαν τέσσερα στοιχεία. Τα τέσσερα αναθεωρημένα στοιχεία ήταν: 1) Όποτε χρειάζεται, καταφέρνω να αφιερώω χρόνο για να φροντίσω τον εαυτό μου, 2) Με τα χρόνια, έχω αναπτύξει έναν κύκλο φίλων στους οποίους μπορώ να καλέσω όταν χρειάζομαι βοήθεια για να φροντίσω τον εαυτό μου , 3) Όταν χρειάζεται λαμβάνω πληροφορίες για την υγεία μου, σπάνια ζητώ διευκρινίσεις όρων που δεν καταλαβαίνω για να φροντίζω επαρκώς τον εαυτό μου και 4) δεν είμαι πάντα σε θέση να φροντίζω τον εαυτό μου με τρόπο που να Θα ήθελα. Η κλίμακα ASAS-R είναι μια κλίμακα 15 στοιχείων που καταγράφει ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της έννοιας της αυτοφροντίδας και χρησιμοποιεί μια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από 1 (διαφωνώ απολύτως) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα), με αθροιστικές βαθμολογίες υποδηλώνοντας υψηλότερο ποσοστό αυτοφροντίδας. Εννέα στοιχεία της κλίμακας διατυπώνονται αρνητικά και βαθμολογούνται αντίστροφα. (358)

Όταν ένα άτομο διαθέτει επαρκές επίπεδο αυτοφροντίδας, είναι πιο πιθανό να αποδώσει κατάλληλη συμπεριφορά προαγωγής της υγείας για την πρόληψη της νόσου ή/και να εμπλακεί σε αυτοδιαχείριση χρόνιας νόσου για να επιτύχει έλεγχο και πρόληψη ή μείωση των επιπλοκών μιας νόσου. Το ASAS-R είναι ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για τη μέτρηση της αυτοφροντίδας μεταξύ ατόμων από το γενικό πληθυσμό, αλλά απαιτείται περαιτέρω ψυχομετρική αξιολόγηση σε άτομα με χρόνιες παθήσεις, όπως σακχαρώδη διαβήτη ή ψυχικές ασθένειες. (364)

Στη διεθνή βιβλιογραφία μπορούν να βρεθούν αρκετά εργαλεία αξιολόγησης της αυτοφροντίδας, όπως το Exercise of Self-care Agency (ESCA)(365), το Denyes Self-care Agency Instrument (DSCAI) (366), το Self-As-Carer Inventory (SCI) (367), και η Κλίμακα Αξιολόγησης της Αυτοφροντίδας (ASAS). Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα από αυτά τα εργαλεία είναι το ASAS και η μειωμένη έκδοσή του το ASAS-R.

Το εργαλείο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και σταθμιστεί σε πολλές χώρες, όπως η Ολλανδία, η Νορβηγία , η Ελβετία , το Μεξικό και το Χονγκ Κονγκ. (368 – 373) Παρά την ευρεία χρήση του, ορισμένοι συγγραφείς έχουν δείξει ότι η αρχική έκδοση έχει μια περίπλοκη δομή παραγόντων που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την εγκυρότητα κατασκευής του εργαλείου. Το ASAS έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην έρευνα νοσηλευτικής και υγειονομικής περίθαλψης

για τη μέτρηση της υπηρεσίας αυτοεξυπηρέτησης μεταξύ ατόμων από τον γενικό πληθυσμό σχετικά με την προαγωγή της υγείας και μεταξύ ατόμων με διάφορες χρόνιες ασθένειες που απαιτούν την ανάπτυξη γενικών και ειδικών ικανοτήτων για να συμμετάσχουν σε αυτοδιαχείριση ή δραστηριότητες αυτοφροντίδας. (360) Η ASAS-R έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης.

2.5.2 Μετάφραση και στάθμιση στην Ελλάδα σε πληθυσμό ψυχικά ασθενών

Η μετάφραση του ASAS_R στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε ως εξής: Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί η Κλίμακα ASAS R στη μελέτη, ζητήθηκε και δόθηκε γραπτή άδεια από το Πανεπιστήμιο του Κάνσας καθώς ο Δρ Σούσα απεβίωσε. Η μετάφραση του ASAS R στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε ως εξής: α) Μετάφραση στα ελληνικά από δύο άτομα (μια εγγεγραμμένη νοσοκόμα, PhD© Πανεπιστήμιο Αθηνών και μια ψυχίατρο που ζούσε και εργαζόταν στις ΗΠΑ) που είχαν άριστη γνώση των Ελληνική και Αγγλική γλώσσα καθώς και των εννοιών που αναφέρονται στα ερωτηματολόγια. β) Αντίστροφη μετάφραση των ελληνικών κειμένων στα αγγλικά από ανεξάρτητο δίγλωσσο άτομο (Καθηγητής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών).

Η αξιοπιστία της εσωτερικής συνέπειας προσδιορίστηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach. Η συγκλίνουσα εγκυρότητα αξιολογήθηκε με τη συσχέτιση μεταξύ του ASAS-R και των κλιμάκων ISMI και WHO-DAS μέσω των συντελεστών συσχέτισης του Spearman. Η κλίμακα ISMI μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στα ελληνικά σε δείγμα 272 εξωτερικών ασθενών που προσλήφθηκαν από τις νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, Α' Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας Brief ISMI μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως έγκυρο εργαλείο για την αξιόπιστη μέτρηση του εσωτερικευμένου στίγματος που σχετίζεται με ψυχικές ασθένειες σε Έλληνες με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η κλίμακα WHODAS μεταφράστηκε και σταθμίστηκε από τον ΠΟΥ. σε μια διαπολιτισμική μελέτη εφαρμογής σε παγκόσμιο επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων πολλών χωρών, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του WHODAS 2.0 δοκιμάστηκαν σε δύο κύματα/φάσεις διεθνώς, χρησιμοποιώντας πολυκεντρικό σχεδιασμό με

πανομοιότυπα πρωτόκολλα. Στη μελέτη μας χρησιμοποιήθηκε η σύντομη έκδοση των 12 στοιχείων.

Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε με σημαντική αποτελεσματικότητα στη μέτρηση της αυτοφροντίδας στο γενικό πληθυσμό. Το μοντέλο των 3 παραγόντων της ASAS—R 15 στοιχείων, φάνηκε να δίνει τα ίδια αποτελέσματα και στην Ελληνική έκδοση με εξαίρεση τον παράγοντα 8 «Στο παρελθόν έχω αλλάξει κάποιες από τις παλιές μου συνήθειες για να βελτιώσω την υγεία μου», ο οποίος φάνηκε έχει συσχέτιση με τον παράγοντα (1) Having power to self-care, σε σχέση με προηγούμενες σταθμίσεις και μελέτες στις οποίες ο παράγοντας 8 σχετίστηκε με τον παράγοντα (3) Developing power for self-care . Ο παράγοντας αυτός φάνηκε να είναι διαφορετικός από τη στάθμιση στη μελέτη της Sousa et al, ενώ έχει την ίδια διαφοροποίηση με τη στάθμιση σε πληθυσμό της Βραζιλίας από τους Damasio et al. Αλλά και την μελέτη των Stacciarini et al . (358, 360, 361)

Η κλίμακα ASAS R 15 στοιχείων, φάνηκε να αποτελεί ένα όργανο με εγκυρότητα και αξιοπιστία για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας σε πληθυσμό ψυχικά ασθενών. Όσον αφορά τη συγκλίνουσα εγκυρότητα, οι συσχετίσεις μεταξύ της ASASR και των ISMI και WHODAS έδειξαν θετική συσχέτιση των τριών κλιμάκων, γεγονός το οποίο ενισχύει την εγκυρότητα.

2.6 Κλίμακα αυτοστιγματισμού της ψυχικής νόσου (Internalizing stigma of mental illness scale - ISMI)

2.6.1 Εισαγωγή

Η έννοια του εσωτερικευμένου στίγματος, όπως και οι έννοιες του εσωτερικευμένου ρατσισμού και της εσωτερικευμένης ομοφοβίας εξετάζουν την ψυχολογική επιβάρυνση που προκαλείται στα άτομα από φαινόμενα σε κοινωνικό επίπεδο. (374) Συγκεκριμένα, το εσωτερικευμένο στίγμα αφορά στην υποτίμηση και την απόσυρση που υφίσταται το άτομο από την εσωτερικευση αρνητικών στερεοτύπων. (375) Από τη στιγμή που το άτομο λαμβάνει την ταμπέλα του ψυχικά ασθενή, ηθελημένα ή όχι ενσωματώνει τις ιδιότητες της ομάδας που είναι το αντικείμενο των στερεοτύπων. (6) Τα άτομα που έχουν ενσωματώσει και ενδοβάλλει το στίγμα, εξυπηρετούν τα στερεότυπα που αφορούν την ψυχική νόσο, με συνοδά αισθήματα

ντροπής. Η ενδοβολή των στιγματιστικών στάσεων και αντιλήψεων, σε συνδυασμό με ένα ισχυρό υπερεγώ που αναμοχλεύει και ενισχύει τις απόψεις αυτές οδηγεί σε κλιμάκωση του αισθήματος ντροπής και συμβάλλει στην ψυχιατρική αναπηρία των ατόμων αυτών. Τέλος, ο αυτοστιγματισμός έχει συνδεθεί εμπειρικά με μειωμένα επίπεδα αναζήτησης βοήθειας, χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης στη θεραπεία, μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαποτελεσματικότητας. (251, 376) Επομένως ο αυτοστιγματισμός είναι μια πολύ σημαντική οπτική στην οποία οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να επενδύσουν με σκοπό να βοηθήσουν τους ανθρώπους με ψυχική νόσο.

Η ύπαρξη ενός έγκυρου εργαλείου μέτρησης του εσωτερικευμένου στίγματος μπορεί να συμβάλλει στο έργο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη μείωση του στιγματισμού, του αυτοστιγματισμού και της αναπηρίας που συνεπάγονται. Επειδή το στίγμα λειτουργεί σε πολλαπλούς σκοπούς σε σχέση με τη θεραπεία, (7) οι παρεμβάσεις που μειώνουν το εσωτερικευμένο στίγμα και μειώνουν τα συμπτώματα της ασθένειας είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματικές, αποτελεσματικές και μακροχρόνιες.

Υπάρχουν αρκετά εργαλεία στη βιβλιογραφία που μετρούν το στίγμα, αλλά αφορούν κυρίως στις στάσεις και τις απόψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην ψυχική νόσο. (378, 379) ή για την αξιολόγηση προηγούμενων εμπειριών στίγματος και διακρίσεων. (377) Ο Link και οι συνεργάτες του έχουν αναπτύξει επίσης κλίμακες στίγματος που προορίζονται για άτομα με ψυχικές ασθένειες. Η κλίμακα Stigma-Withdrawal του Link, η οποία μετρά τον βαθμό στον οποίο οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν την απόσυρση ως τρόπο αποφυγής απόρριψης, περιέχει εννέα στοιχεία όπως «Αν κάποιος σε σκεφτόταν λιγότερο επειδή είχες υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία, θα τον απέφευγες». (250) Η κλίμακα του Link's Different and Shamed αποτελείται από τέσσερα στοιχεία που στοχεύουν στη μέτρηση της οδυνηρής κοινωνικής αποξένωσης, όπως «Η εμπειρία της εισαγωγής σε ψυχιατρείο σε έκανε να νιώθεις ντροπή.»

2.6.2 Περιγραφή του Ερωτηματολογίου

Η κλίμακα μέτρησης του εσωτερικευμένου στίγματος αποτελείται από στοιχεία που είναι όσο το δυνατόν πιο σύντομα και απλά, που δεν περιέχουν υποθετικές καταστάσεις, που

αναφέρονται στο παρόν, που εστιάζουν στην ταυτότητα και την εμπειρία του ίδιου του ερωτώμενου ως άτομο με ψυχική ασθένεια και που δεν προϋποθέτουν συγκεκριμένους τύπους σχέσεων ή ιστορικά θεραπείας. Είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης του αυτοστιγματισμού σε πληθυσμό ψυχικά ασθενών.

Πρόκειται για κλίμακα 29 ερωτήσεων η οποία αναφέρεται στο στίγμα, όπως αυτό εσωτερικεύεται στους ψυχικά ασθενείς, και αποτελείται από 5 υποκλίμακες οι οποίες αφορούν την αποξένωση, τις βιωμένες διακρίσεις, τα στερεότυπα και την κοινωνική απόσυρση των ανθρώπων με ψυχική νόσο που βιώνουν στιγματιστικές συμπεριφορές. Είναι επίσης μία κλίμακα που μπορεί να εγείρει κουβέντα και προβληματισμούς σχετικά με τον αυτοστιγματισμό των ψυχικά ασθενών. Χρησιμοποιείται και χορηγείται σε ατομικό επίπεδο. (379) Είναι μια κλίμακα η οποία έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε αρκετές χώρες ανά τον κόσμο. Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και στην Ελλάδα σε πληθυσμό 272 εξωτερικών ασθενών με κάποια ψυχική νόσο στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Α Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ.

2.6.3 Υπολογισμός των σκορ

Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 4 (συμφωνώ απόλυτα). Τα πέντε στοιχεία υποκλίμακας αντίστασης στο στίγμα είναι αντιστρόφως κωδικοποιημένα και χρησιμεύουν επίσης ως έλεγχος εγκυρότητας. (380) Η βαθμολογία αντίστασης στο στίγμα υπολογίζεται αφαιρώντας την πραγματική τιμή από το πέντε. Επομένως, η αντίσταση στο στίγμα εμφανίζει την ίδια κατεύθυνση συσχέτισης με τις άλλες τέσσερις υποκλίμακες. Μια υψηλή συνολική βαθμολογία στην κλίμακα ISMI υποδηλώνει πιο σοβαρό εσωτερικευμένο στιγματισμό.

2.6.4 Δομή και αξιοπιστία της κλίμακας ISMI και των σύντομων εκδοχών της (ISMI-10, ISMI-9)

Το ISMI-29 είναι μια κλίμακα αυτοσυμπληρούμενη, 29 στοιχείων, όπου κάθε στοιχείο βαθμολογείται με κλίμακα τύπου Likert από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 4 (συμφωνώ απόλυτα). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντικατοπτρίζουν υψηλότερα επίπεδα αναφερόμενου

εσωτερικευμένου στίγματος ψυχικής ασθένειας. Τα στοιχεία υποθέτουν ότι οι ερωτηθέντες πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο (π.χ., «Επειδή έχω μια ψυχική ασθένεια, χρειάζομαι τους άλλους να παίρνουν τις περισσότερες αποφάσεις για μένα») και επομένως χρησιμοποιούνται καταλληλότερα με κλινικούς πληθυσμούς.

Η συνολική βαθμολογία ISMI-29 και οι βαθμολογίες της υποκλίμακας χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση σημαντικών ερευνητικών ερωτημάτων και τη λήψη κλινικών αποφάσεων στην ψυχιατρική (381, 382)

Οι Boyd et al., (381) πρόσφατα ανέπτυξε μια έκδοση 10 στοιχείων της κλίμακας ISMI (ISMI-10), η οποία έχει σχεδιαστεί για να βαθμολογείται ως μονοδιάστατο μέτρο.

2.6.5 Ανάπτυξη και πολυπαραγοντική ανάλυση της κλίμακας ISMI 29

Οι δημιουργοί της κλίμακας ISMI (380) δημιούργησαν μια αρχική ομάδα 55 στοιχείων, εξάλειψαν στοιχεία με συσχετίσεις συνόλου στοιχείων κάτω από 0,40 και ομαδοποίησαν τα υπόλοιπα 29 στοιχεία σε πέντε υποκλίμακες με βάση τους θεματικούς άξονες: Αλλοτριώση (π.χ. "Το να έχω μια ψυχική ασθένεια έχει χαλάσει τη ζωή μου"), Στερεότυπη έγκριση (π.χ. "οι ψυχικά ασθενείς τείνουν να είναι βίαιοι"), Εμπειρία διακρίσεων (π.χ. "Οι άνθρωποι κάνουν διακρίσεις εναντίον μου επειδή έχω ψυχική ασθένεια"), Κοινωνική Απόσυρση (π.χ. «Δεν μιλάω τόσο πολύ για τον εαυτό μου γιατί δεν θέλω να επιβαρύνω τους άλλους με την ψυχική μου ασθένεια») και αντίσταση στο στίγμα (π.χ. «μπορώ να έχω μια καλή, γεμάτη ζωή, παρά την ψυχική μου ασθένεια »). Τα στοιχεία ανθεκτικότητας στο στίγμα βαθμολογούνται αντίστροφα πριν από την ανάλυση δεδομένου του θετικού σθένους τους.

2.6.6 Η σύντομη έκδοχή ISMI 10

Οι Boyd et al. (381) ανέπτυξαν την έκδοση 10 στοιχείων του ISMI (ISMI-10) αναλύοντας εκ νέου τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη του ISMI-29 και διασταυρώνοντας τα αποτελέσματα με ένα νέο δείγμα ψυχικά ασθενών (N = 760). Το ISMI-10 περιέχει δύο στοιχεία από καθμία από τις πέντε αρχικές υποκλίμακες σε μια προσπάθεια διατήρησης του προϋπάρχοντος έγκυρου περιεχομένου. Σε μια προσπάθεια να επιλέξουν τα

δύο ισχυρότερα στοιχεία από κάθε υποκλίμακας, οι συγγραφείς επέλεξαν στοιχεία που συσχετίζονται περισσότερο με εξωτερικά κριτήρια (π.χ. δημόσιο στίγμα) και τη σχετική βαθμολογία της υποκλίμακας.

2.7 WHODAS 2.0

2.7.1 Εισαγωγή

Η ανθρώπινη λειτουργικότητα ορίζεται ως ένα συνεχές φάσμα καταστάσεων υγείας, όπου καθένας και καθεμιά εμφανίζει κάποιο βαθμό λειτουργικότητας σε κάθε τομέα, σε επίπεδο σώματος, ατόμου και κοινωνίας. Το διεθνές σύστημα ταξινόμησης της λειτουργικότητας (ICF) αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως μια εμπειρία υγείας που εμφανίζεται σε ένα πλαίσιο και όχι ως ένα πρόβλημα που υπάρχει αποκλειστικά σε ένα άτομο. Με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, η αναπηρία και η λειτουργικότητα είναι εκβάσεις των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των συνθηκών υγείας και συναφών παραγόντων. Διευρύνει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η εμπειρία και επιτρέπει την εξέταση των ιατρικών, ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών επιρροών στη λειτουργικότητα και την αναπηρία.

Το WHODAS 2.0 αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης της υγείας και της αναπηρίας, σε επίπεδο κλινικής πρακτικής και γενικού πληθυσμού. Διερευνά το επίπεδο λειτουργικότητας σε έξι τομείς της ζωής μεταξύ των οποίων η Γνωσιακή Λειτουργία (κατανόηση και επικοινωνία), η Κινητικότητα (κίνηση και ευκολία στη μετακίνηση), η Αυτοφροντίδα (φροντίδα ατομικής υγιεινής, ντύσιμο, φαγητό και ανεξάρτητη διαμονή), οι Συναναστροφές/Κοινωνικές επαφές (αλληλεπίδραση με άλλα άτομα), οι Δραστηριότητες ζωής (οικιακές ευθύνες, ελεύθερος χρόνος, εργασία και σχολείο) και τέλος, η Συμμετοχή (ένταξη στις δραστηριότητες της κοινότητας, συμμετοχή στην κοινωνία). Για κάθε ένα από τους παραπάνω τομείς παρέχεται μια συνοπτική μέτρηση της λειτουργικότητας και της αναπηρίας, η οποία εφαρμόζεται διαπολιτισμικά σε ενήλικους πληθυσμούς.

Το WHODAS 2.0 αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της κατάστασης υγείας και της λειτουργικότητας, αλλά και της αναπηρίας οφειλόμενης σε πολλές διαφορετικές ασθένειες. Σημαντικές πτυχές οι οποίες καθιστούν το WHODAS 2.0 έγκυρο

και αξιόπιστο εργαλείο είναι το θεωρητικό υπόβαθρο, οι καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, οι πολυάριθμες εφαρμογές σε διαφορετικές ομάδες και δομές, καθώς και η ευκολία στη χρήση του. Το WHODAS 2.0 δύναται να εφαρμοστεί τόσο σε σωματικές όσο και ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον είναι πολιτισμικά ευαίσθητο καθώς έχει σταθμιστεί και ερμηνευθεί σε περισσότερες από 30 γλώσσες παγκοσμίως.

2.7.2 Η ανάπτυξη του WHODAS 2.0

Το πρωτότυπο εργαλείο Disability Assessment Schedule WHO/DA, εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 1988 και αναπτύχθηκε προκειμένου να αξιολογήσει τη λειτουργικότητα σε ψυχιατρικούς νοσηλευόμενους ασθενείς.

Η πιο σύγχρονη ανάπτυξη του WHODAS 2.0 περιλάμβανε τη δημιουργία ενός εργαλείου μέσω μιας διεθνούς συνεργασίας. Ο στόχος ήταν η δημιουργία ενός εργαλείου για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας και της αναπηρίας σε διαφορετικές δομές και σε διαπολιτισμικά πλαίσια. Η διαπολιτισμική μελέτη, εφαρμόστηκε σε 19 χώρες παγκοσμίως. Τα τελικά στοιχεία του WHODAS 2.0 συμπεριλήφθηκαν μετά την διερεύνηση της κατάστασης της υγείας και της αναπηρίας ανά πολιτισμό. Ελέγχθηκαν σε σημαντικό αριθμό διαφορετικών πολιτισμικών πληθυσμών όπου εμφάνισαν ευαισθησία στην αλλαγή.

Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές εκδόσεις του WHODAS 2.0, οι οποίες διακρίνονται με την έκταση και τον τρόπο χορήγησης τους. Μια από αυτές είναι η πλήρης έκδοση (36 ερωτήσεις/ στοιχεία) και η σύντομη (12 ερωτήσεις/ στοιχεία). Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν λειτουργικές δυσκολίες με τις οποίες ήρθε αντιμέτωπος ο ερωτώμενος στους έξι τομείς της ζωής στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών.

Η διεθνής έρευνα που διενεργήθηκε για την ανάπτυξη του WHODAS 2.0 περιλάμβανε αρχικά μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την εννοιολογική ταυτοποίηση και μέτρηση της λειτουργικότητας και της αναπηρίας, καθώς και των υπάρχοντων εργαλείων. Στη συνέχεια διενεργήθηκε μια συστηματική μελέτη διαπολιτισμικής εφαρμοσιμότητας και μια σειρά από εμπειρικές μελέτες πεδίου για την ανάπτυξη και την τελειοποίηση του εργαλείου.

Στην ανασκόπηση και την αξιολόγηση των ήδη υπαρχόντων εργαλείων, συστάθηκε μια ομάδα εργασίας. Η ομάδα αυτή εξέτασε μια σειρά από εργαλεία που μετρούν την αναπηρία, την ανικανότητα, την ποιότητα ζωής και άλλες καταστάσεις υγείας. Στην ανασκόπηση αυτή, εντοπίστηκαν 300 περίπου εργαλεία, με σημαντική διαφοροποίηση στο εννοιολογικό και θεωρητικό πλαίσιο, στην ορολογία, στις μετρούμενες έννοιες, στη στρατηγική αξιολόγησης, στο επίπεδο των δεξιοτήτων που αξιολογούνται, στους στόχους αξιολόγησης και στην επικέντρωση της αξιολόγησης.

Αξιοποιώντας το υλικό από τα ήδη υπάρχοντα εργαλεία και χρησιμοποιώντας ως οδηγό το διεθνές σύστημα ταξινόμησης της λειτουργικότητας (ICF), προέκυψαν κάποιοι κεντρικοί τομείς λειτουργικότητας και αναπηρίας οι οποίοι συγκεντρώθηκαν σε μια βάση δεδομένων. Οι τομείς αυτοί είναι η Γνωσιακή Λειτουργία – Αξιολογούνται οι δραστηριότητες που αφορούν την επικοινωνία και τη σκέψη (συγκέντρωση, μνήμη, επίλυση προβλημάτων, μάθηση και επικοινωνία), η Κινητικότητα, η Αυτοφροντίδα (ατομική υγιεινή, δραστηριότητες καθημερινότητας, δραστηριότητες αυτόνομης διαβίωσης), Οι Συναναστροφές/ Κοινωνικές επαφές, οι Δραστηριότητες ζωής και τέλος, η Συμμετοχή (δραστηριοποίηση και συμμετοχή στο πλαίσιο της κοινότητας).

2.7.3 Μελέτη διαπολιτισμικής εφαρμοσιμότητας

Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι το WHODAS 2.0 αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο σε διαπολιτισμικό επίπεδο, εφαρμόστηκε μια συστηματική ερευνητική μελέτη. Η έρευνα αυτή, με τη χρήση ποιοτικών εργαλείων διερεύνησε το εννοιολογικό πλαίσιο και την πρακτική αξιολόγησης της υγείας και της αναπηρίας ανά πολιτισμό.

Από το σύνολο των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν, δημιουργήθηκε μια έκδοση της κλίμακας WHODAS 2.0 με 96 στοιχεία τα οποία ομαδοποιούνται σε 6 τομείς, με σκοπό να χρησιμοποιηθούν σε διαμορφωτικές μελέτες πεδίου. Ο σχεδιασμός των μελετών είχε ως απώτερο στόχο τη μείωση του αριθμού των στοιχείων και την αύξηση της αξιοπιστίας.

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας WHODAS 2.0, ελέγχθηκαν διεθνώς σε δύο φάσεις, χρησιμοποιώντας ένα πολυκεντρικό σχεδιασμό με πανομοιότυπα πρωτόκολλα. Οι περιοχές διεξαγωγής των μελετών, επιλέχθηκαν για τη γεωγραφική εκπροσώπηση των διαφόρων

περιοχών του Π.Ο.Υ., για την καταλληλότητά τους ως προς την προσέγγιση διαφορετικών πληθυσμών και ως προς την διεξαγωγή έρευνας.

Ο πληθυσμός που συμμετείχε στη μελέτη αντλήθηκε από τέσσερις διαφορετικές ομάδες (γενικός πληθυσμός, άτομα με σωματικά προβλήματα, άτομα με ψυχικά προβλήματα, άτομα με προβλήματα χρήσης αλκοόλ και ουσιών). Σε κάθε περιοχή περιλάμβανε άτομα άνω των 18 ετών και ομοιόμορφη κατανομή μεταξύ των φύλων. Οι περιοχές που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν 21 στο σύνολο (ΗΠΑ, Αυστρία, Ολλανδία, Καμπότζη, Ινδία, Νιγηρία, Κίνα, Περού, Κούβα, Ρουμανία, Ελλάδα, Ισπανία, Τυνησία, Τουρκία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Λίβανος, Ιαπωνία, Λουξεμβούργο.

Στο πρώτο κύμα των μελετών χρησιμοποιήθηκε η έκδοση των 96 στοιχείων του WHODAS 2.0. Η ανάλυση των δεδομένων της φάσης αυτής επικεντρώθηκε στη μείωση του αριθμού των ερωτήσεων της κλίμακας και την εξέταση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των ερωτήσεων που θα επέτρεπαν τη συντόμευση του εργαλείου και ταυτόχρονα τη διατήρηση των έξι βασικών τομέων. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή των τελικών στοιχείων της κλίμακας ήταν η πολιτισμική αποδοχή, η παραγοντική φόρτιση (factor loading), η ελάχιστη σύγχρονη φόρτιση των στοιχείων (δηλαδή φόρτιση σε περισσότερους από έναν τομείς), η υψηλή διακριτική ικανότητα σε όλα τα επίπεδα, η ελαχιστοποίηση πλεονασμών (π.χ. κατάργηση ενός από δύο σχετιζόμενα στοιχεία, όπως «ορθοστασία για μια σύντομη περίοδο» και «ορθοστασία για μεγάλο χρονικό διάστημα»). Βάσει της κλασικής θεωρίας ελέγχου και της ανάλυσης της θεωρίας απόκρισης ερωτήματος, η έκδοση των 96- στοιχείων μειώθηκε σε 34 στοιχεία. Οι μελέτες του 2ου Κύματος περιλάμβαναν τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της αναθεωρημένης έκδοσης ανάμεσα σε διαφορετικές τοποθεσίες και πληθυσμούς.

2.7.4 Η τελική δομή της κλίμακας WHODAS 2.0

Οι τελικές εκδόσεις του WHODAS 2.0 είναι τρεις, μια 36-στοιχείων, μια 12-στοιχείων και μια έκδοση 12 + 24- στοιχείων. Και οι τρεις εκδοχές της κλίμακας, διερευνούν τις λειτουργικές δυσκολίες σε κάθε έναν από τους έξι τομείς, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών που προηγούνται της συνέντευξης. Η χρήση της εκάστοτε έκδοσης της κλίμακας

εξαρτάται από τις πληροφορίες που χρειάζονται, το σχεδιασμό της μελέτης και την ύπαρξη τυχόν χρονικών περιορισμών.

Η έκδοση των 36 στοιχείων της κλίμακας WHODAS είναι η πιο λεπτομερής. Παρέχει βαθμολογίες για τους έξι τομείς της λειτουργικότητας, αξιολογώντας τη θετική ή την αρνητική απάντηση σε κάθε ερώτηση και τον αριθμό ημερών στις οποίες ο ερωτώμενος/η έχει βιώσει τη συγκεκριμένη δυσκολία. Η έκδοση των 36- στοιχείων διατίθεται σε τρεις διαφορετικές μορφές - χορηγούμενη από συνεντεύκτη, αυτοσυμπληρούμενη και χορηγούμενη σε αντιπρόσωπο. Ο μέσος χρόνος συνέντευξης για την έκδοση των 36-στοιχείων χορηγούμενη από συνεντεύκτη είναι 20 λεπτά.

Η έκδοση των 12-στοιχείων της κλίμακας WHODAS 2.0, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για σύντομη αξιολόγηση της λειτουργικότητας σε μελέτες με χρονικούς περιορισμούς. Η έκδοση αυτή, εξηγεί το 81% της διακύμανσης της έκδοσης των 36-στοιχείων και είναι επίσης χορηγούμενη σε τρεις διαφορετικές μορφές (από συνεντεύκτη, αυτοσυμπληρούμενη και χορηγούμενη σε αντιπρόσωπο). Ο μέσος χρόνος συνέντευξης για την έκδοση των 12-στοιχείων χορηγούμενη από συνεντεύκτη είναι πέντε λεπτά.

Τέλος, η έκδοση των 12+24-στοιχείων της κλίμακας WHODAS 2.0 αποτελεί μια υβριδική έκδοση των εκδόσεων των 12-στοιχείων και των 36-στοιχείων. Χρησιμοποιεί 12 στοιχεία προκειμένου να εξετάσει τους δυσλειτουργικούς τομείς στην λειτουργικότητα. Ανάλογα με τις θετικές απαντήσεις στα αρχικά 12 στοιχεία, δύναται να δοθούν στους ερωτώμενους έως και 24 επιπλέον ερωτήσεις. Με αυτό τον τρόπο, το προσαρμοσμένο αυτό ερωτηματολόγιο προσπαθεί να καλύψει πλήρως τα 36 στοιχεία, αποφεύγοντας αρνητικές απαντήσεις. Η έκδοση αυτή, χορηγείται μόνο με συνέντευξη ή μέσω υπολογιστή (computer-adaptive testing - CAT). Κάθε στοιχείο το οποίο απαντήθηκε θετικά, ακολουθείται από μια ερώτηση σχετικά με τον αριθμό των ημερών ύπαρξης αυτής της δυσκολίας. Ο μέσος χρόνος συνέντευξης για την έκδοση των 12+24-στοιχείων είναι 20 λεπτά. (383)

2.8 Κλίμακα κοινωνικής απόστασης

2.8.1 Εισαγωγή

Ένας συχνά χρησιμοποιούμενος και αξιόπιστος δείκτης για τη μέτρηση του κοινωνικού στιγματισμού είναι η κοινωνική απόσταση. Με τον όρο αυτό αποτυπώνεται η επιθυμία διατήρησης κοινωνικής απόστασης από μια συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων στις κοινωνικές συναναστροφές (156, 384)

Ο δημιουργός την πρωταρχικής εκδοχής της κλίμακας κοινωνικής απόστασης ήταν ο Bogardus το 1925, σε μια μελέτη για τις στάσεις του γενικού πληθυσμού της Αμερικής, απέναντι στις μειονότητες της χώρας. Η κλίμακα αυτή μετρά τους διαφορετικούς βαθμούς εγγύτητας μεταξύ ατόμων με διαφορετικά χαρακτηριστικά ή μέλη διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Η κλίμακα αυτή είναι αθροιστική, καθώς οποιαδήποτε συμφωνία με μια δήλωση αποτελεί υπόθεση συμφωνίας και με άλλες δηλώσεις που προηγούνται της επιλογής αυτής. Αποτελεί επίσης μια κλίμακα επτά βαθμών, με σκοπό τη διερεύνηση της ενσυναίσθησης μεταξύ δύο κοινωνικών ομάδων. Όσο μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρωθεί, τόσο μεγαλύτερη αποτυπώνεται και η κοινωνική απόσταση μεταξύ των δύο ομάδων. (385)

Οι Cumming και Cumming (1957), ήταν από τους πρώτους ερευνητές οι οποίοι μελέτησαν και εφάρμοσαν για πρώτη φορά την κλίμακα της κοινωνικής απόστασης σε ψυχικά ασθενείς (386), με τις πιο σύγχρονες εκδοχές της να διαφέρουν σημαντικά από την πρώτη δουλειά, καθώς ακολουθούν 5-βάθμια ή 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert και διερευνούν την επιθυμία απόστασης από ασθενείς που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, με έμφαση κυρίως στη σχιζοφρένεια.

Στην Ελλάδα, η στάθμιση της κλίμακας έγινε από τους Οικονόμου Μ. και συνεργάτες (2010), σε δείγμα 1199 ατόμων, 15 – 80 ετών από όλη την Ελλάδα. Η επιλογή του έγινε με την τεχνική της τρισδιάστατης δειγματοληψίας. Η προφορική συναίνεση του ατόμου για συμμετοχή στην έρευνα θεωρήθηκε ως η συγκατάθεσή του. Η Ελληνική εκδοχή της κλίμακας κοινωνικής απόστασης, περιλαμβάνει 14 λήμματα, στα οποία περιγράφονται δυνητικές καταστάσεις συναναστροφής και βαθμού εγγύτητας με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα Likert και κυμαίνονται από 1 [=σίγουρα όχι] έως 5 [=σίγουρα ναι], με τις ενδιάμεσες τιμές 2 και 4 να δηλώνουν

αντίστοιχες διαβαθμίσεις και την τιμή 3 να δηλώνει ουδέτερη στάση. Προκειμένου να αποφευχθεί μεροληπτικό σφάλμα, ορισμένα λήμματα ακολουθούν ανεστραμμένη διατύπωση (π.χ. «Θα παντρευόσασταν κάποιον με σχιζοφρένεια»). Η τελική τιμή της κοινωνικής απόστασης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στα λήμματα της κλίμακας, με μεγαλύτερες τιμές να αποτυπώνουν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση και κατά συνέπεια μεγαλύτερο στιγματισμό. (387)

Η παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση της εγκυρότητας της κλίμακας ανέδειξε τρεις συνιστώσες: σταθερές σχέσεις, σχέσεις εμπιστοσύνης και προσωρινές σχέσεις, καταδεικνύοντας με αυτόν τον τρόπο ότι η κοινωνική απόσταση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μία μονοδιάστατη έννοια. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία με ευρήματα και άλλων ερευνών, οι οποίες έχουν καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα, ότι δηλαδή η κοινωνική απόσταση αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο χρήζει αυτόνομης και συστηματικής διερεύνησης. (387-389)

Αναλυτικότερα, στην πρώτη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι κοινωνικές σχέσεις με διάρκεια στο χρόνο και την επαφή, οι οποίες προϋποθέτουν μέτριο βαθμό εγγύτητας (φιλική σχέση ή γειτνίαση στην ίδια πολυκατοικία ή γειτονιά με κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια και δανεισμός αντικειμένων σε άτομα με σχιζοφρένεια). Στη δεύτερη κατηγορία, ομαδοποιούνται οι σχέσεις με υψηλή εγγύτητα που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας (συγκατοίκηση ή γάμος με κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια, εμπιστοσύνη στην εργασία σε κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια πχ «θα δίνατε δουλειά σε κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια;»). Τέλος, η Τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τις προσωρινές κοινωνικές επαφές όπως για παράδειγμα να καθίσει κανείς δίπλα σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια σε ένα λεωφορείο.

2.9 Κλίμακα στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο

2.9.1 Εισαγωγή

Το στίγμα της ψυχικής νόσου, πέρα από τις προκαταλήψεις και τις απορριπτικές στάσεις απέναντι στα ίδια τα άτομα (αποκλεισμός από θεμελιώδεις τομείς της ζωής) επηρεάζει και το άμεσο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών. (107, 390, 391, 392)

Πολλαπλές μελέτες και έρευνες ασχολήθηκαν με την ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων για τις στάσεις και τις αντιλήψεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Χρονικά, στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα κάποια από τα εργαλεία που αναπτύχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνήσουν τις παραμέτρους αυτές ήταν η Κλίμακα Ιδεολογίας Ψυχικής Ασθένειας των Gilbert και Levinson, η Κλίμακα Καλιφόρνια. (57, 385, 393) Οι Cohen και Struening στις αρχές της δεκαετίας του 1960, ανέπτυξαν την κλίμακα Opinion about Mental Illness scale (OMI). Το εργαλείο αυτό, προέκυψε από μελέτη μεταξύ 1194 επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε δύο μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και αποτελούνταν από 51 στοιχεία. (378)

Η εξέλιξη και η βελτίωση της κοινοτικής φροντίδας για άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο, δημιούργησε την ανάγκη για τη βελτίωση των κλιμάκων που μετρούν το στίγμα για τους ανθρώπους αυτούς. Δημιουργήθηκαν και εξελίχθηκαν αρκετές κλίμακες στο διάστημα αυτό, παρόλα αυτά εξακολουθούσε να υπάρχει ένα κενό στη βιβλιογραφία, αναφορικά με την αξιολόγηση της θετικής στάσης απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Το μέτρο αυτό, έχει ιδιαίτερη σημασία για την αξιολόγηση των πρωτοβουλιών κατά του στίγματος. (107)

Η κλίμακα OMI στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε αρχικά τις δεκαετίες του 1980 και 1990, μετρώντας τις στάσεις και τις απόψεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο στην περιοχή της Αττικής. (394, 395) Στη δεκαετία του 2000 χρησιμοποιήθηκε επίσης για να μετρήσει τις στάσεις και τις απόψεις φοιτητών των σχολών επιστημών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο. (396-398)

2.9.2 Δημιουργία της κλίμακας Στάσεων απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI)

Η Κλίμακα Στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο (ASMI) είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, που μετρά τη στάση των ερωτηθέντων απέναντι στις ψυχικές ασθένειες. Χρησιμοποιεί 34 στοιχεία χωρισμένα σε έξι ευρείες εννοιολογικές υποκλίμακες.

Η κλίμακα ASMI, προέκυψε από μελέτη στον Ελληνικό πληθυσμό, μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε ενήλικες 18-70 ετών, από επαγγελματίες στο χρονικό διάστημα Μαΐου – Ιουνίου 2008.

Μετά τη διεξοδική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το στίγμα της ψυχικής νόσου, για τη δημιουργία ενός σύγχρονου εργαλείου σχετικά με τις στάσεις και τις απόψεις πάνω στο στιγματισμό δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες στόχους. Η πρώτη αφορά σε 12 άτομα από το γενικό πληθυσμό (6 άνδρες και 6 γυναίκες), η δεύτερη αποτελείται από 5 άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο (3 άνδρες και 2 γυναίκες) και πέντε μέλη της οικογένειάς (3 γυναίκες και 2 άνδρες).

Οι ομάδες αυτές συντονίστηκαν από δύο επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Από τα στοιχεία των συνεντεύξεων των ομάδων – στόχος, προέκυψαν 56 στοιχεία (πρώτη έκδοση), τα οποία εξετάστηκαν από τρεις επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι κατέληξαν στη χρήση 45 στοιχείων (δεύτερη έκδοση). Οι αξιολογήσεις για κάθε στοιχείο έγιναν σε μια κλίμακα τεσσάρων βαθμών, που κυμαίνονται από "συμφωνώ" (4) "μάλλον συμφωνώ" (3) "μάλλον διαφωνώ" (2) "διαφωνώ" (1) "δεν ξέρω" (0) . Ορισμένες αξιολογήσεις στοιχείων αντιστράφηκαν προκειμένου να αποφευχθεί η μεροληψία συναίνεσης, ενώ οι υψηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν ισχυρές μη στιγματιστικές απόψεις.

Μετά την ολοκλήρωση 185 πιλοτικών τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε δείγμα γενικού πληθυσμού (101 γυναίκες και 83 άνδρες, μέση ηλικία = 50,3, SD = 10,8), δημιουργήθηκε μια τρίτη έκδοση της κλίμακας που αποτελείται από δηλώσεις 35 στοιχείων. Δέκα στοιχεία απορρίφθηκαν λόγω χαμηλής εσωτερικής συνέπειας (συσχέτιση κλίμακας στοιχείων <0,3) και ενίσχυσης του Cronbach α κατά τη διαγραφή τους (αυξάνοντας την τιμή του σε υψηλότερη από 0,6).

Τα τέσσερα στοιχεία της κλίμακας ASMI όπως προέκυψαν είναι οι εξής:

Στοιχείο Α: «Στερεότυπα», αποτελούνται από 11 στοιχεία τα οποία υποδεικνύουν τις αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο. Στοιχεία όπως «τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι επικίνδυνα» ή «δεν είναι σαν τους άλλους ανθρώπους» συνιστούν παρατεταμένες αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια και έχουν εμφανιστεί συχνά σε κλίμακες στίγματος όλα αυτά τα χρόνια.

Στοιχείο Β: Η «Αισιοδοξία» περιλάμβανε 6 θέματα, τα οποία αφορούσαν θετικές πεποιθήσεις και στάσεις για σοβαρές ψυχικές ασθένειες και ασθενείς. Η δυνατότητα των ασθενών για ανάκαμψη και η ικανότητά τους να αποκτήσουν νέες δεξιότητες είναι στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτόν τον παράγοντα και υποστηρίζονται από τη βιβλιογραφία για τη θεραπεία και την υποστήριξη ατόμων με σοβαρές ψυχικές νόσους.

Στοιχείο Γ: Οι «Μηχανισμοί αντιμετώπισης», περιλάμβαναν 7 στοιχεία, τα οποία αφορούσαν στις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας και του στίγματος που σχετίζεται με αυτήν.

Στοιχείο Δ: Η «Κατανόηση» περιλάμβανε 6 στοιχεία και περιέγραφε τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων για το πώς νιώθει ή σκέφτεται το άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια για την ασθένειά του: αίσθημα κατωτερότητας, ευθύνη για την πρόκληση επιβάρυνσης στην οικογένειά του/της και για την ασθένειά του/της.

Η ύπαρξη τόσο θετικών όσο και αρνητικών στάσεων σχετικά με τις σοβαρές ψυχικές νόσους, υποδεικνύει ότι η έννοια του στίγματος δεν αποτελεί ένα φαινόμενο «άσπρο ή μαύρο», αντίθετα υπάρχουν αντιλήψεις και στερεότυπα που διαιώνονται και άλλες που είναι αποδεκτές. Εκτός από τα ενδιαφέροντα ευρήματα σχετικά με τη δομή των παραγόντων της κλίμακας, ένα άλλο από τα δυνατά της σημεία είναι η ικανότητά της να ενσωματώνει στοιχεία από τα διαφορετικά εννοιολογικά πλαίσια του στίγματος. Ειδικότερα, το στοιχείο «τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι αποτυχημένοι» είναι μια υποτιμητική δήλωση και επομένως είναι σύμφωνη με τη διατύπωση των Link και Phelan (17). Ομοίως, το στοιχείο "παρά τις όποιες προσπάθειες καταβάλλουν, τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν θα είναι ποτέ σαν τους άλλους ανθρώπους" περιγράφει συνοπτικά την έννοια του χωρισμού και της απώλειας θέσης που βρίσκεται στην ίδια θεωρία. Στοιχεία που τονίζουν τη σημασία των δεικτών για την ενεργοποίηση ενός φαύλου κύκλου στιγματισμού, για παράδειγμα «η σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι εύκολα αναγνωρίσιμη» ή «η λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων

δεν κάνει ένα άτομο διαφορετικό από τους άλλους» συνάδουν με την εννοιολόγηση της ψυχικής ασθένειας στίγμα από τον Sartorius. (399) "Οι φίλοι δεν πρέπει να εγκαταλείπουν ένα άτομο όταν πάσχει από σοβαρή ψυχική ασθένεια" αποτυπώνει καλά την έννοια της διάκρισης, ενώ η δήλωση "είναι καλύτερα να κρύβεις το πρόβλημα για να αποφύγεις τις δυσκολίες ζωής" υποδηλώνει τη μακροχρόνια στρατηγική της απόκρυψης της ασθένειας για την αποφυγή του στιγματισμού και των διακρίσεων.

3. Η μελέτη πιλότος

Τον Ιανουάριο του 2022, έγινε προκαταρκτική μελέτη (pilot study) σε δείγμα 24 συμμετεχόντων ανδρών και γυναικών, διαφόρων ηλικιών, 8 από κάθε μια κοινοτική δομή των τριών ψυχιατρικών νοσοκομείων με σκοπό να εκτιμηθεί κατανόηση και η σαφήνεια των ερωτήσεων και η δυνατότητα συμπλήρωσης τους από τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο.

Προσδιορίστηκε επίσης ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την ολοκλήρωση της συνέντευξης, ο οποίος ανερχόταν σε 30-40 λεπτά. Από τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης, φάνηκε η καταλληλότητα των εργαλείων μέτρησης ως κατανοητών και εύχρηστων με εξαίρεση τη Συνολική κλίμακα εκτίμησης της λειτουργικότητας (GAF) η οποία για τη συμπλήρωσή της ήταν απαραίτητη η παρουσία της ερευνήτριας και η λήψη και άλλων στοιχείων από το ιστορικό πέρα από τη συνέντευξη, οπότε και αποκλείστηκε και αντικαταστάθηκε από την κλίμακα εκτίμησης της αναπηρίας WHODAS 2.0, η οποία ήταν αυτοσυμπληρούμενη, απλουστευμένη και κατανοητή από το δείγμα συμμετεχόντων. Επομένως δεν απαιτήθηκαν περαιτέρω τροποποιήσεις, πέραν της κλίμακας εκτίμησης αναπηρίας και λειτουργικότητας.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Περιγραφή χαρακτηριστικών του συνολικού δείγματος

3.1.1. Τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος

3.1.2 Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες αξιολόγησης αναπηρίας, στάσεων απέναντι στη ψυχική νόσο, κοινωνικής απόστασης και αυτοφροντίδας, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης μεταβλητής δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην γραμμική παλινδρόμηση ο λογάριθμος αυτής. Για τον έλεγχο διαμεσολαβητικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική ανάλυσης των Baron και Kenny [1]. Σύμφωνα με αυτούς για να υπάρξει διαμεσολάβηση στη σχέση δύο μεταβλητών πρέπει να ικανοποιούνται 3 συνθήκες: (1) η ανεξάρτητη μεταβλητή να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη, (2) η ανεξάρτητη μεταβλητή να συσχετίζεται σημαντικά με τον διαμεσολαβητικό παράγοντα και (3) ο διαμεσολαβητικός παράγοντας να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή. Επιπλέον, αν μετά την εισαγωγή του διαμεσολαβητικού παράγοντα, η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη μειωθεί υπάρχει μερική διαμεσολάβηση ενώ αν γίνει μη σημαντική υπάρχει ολική διαμεσολάβηση. Με αυτές τις συνθήκες ελέγχθηκε η διαμεσολάβηση των διαστάσεων της κλίμακας αυτοστιγματισμού στη σχέση της κλίμακας αυτοφροντίδας με την κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας. Η σημαντικότητα των διαμεσολαβητικών παραγόντων ελέγχθηκε με το κριτήριο του Sobel. Τα επίπεδα

σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0

[1]BaronRM, KennyDA. The moderator mediator variable distinction in social psychological research nconceptual, strategic, and statistical considerations. *JournalofPersonalityandSocialPsychology*. 1986; 51: 1173–1182. PMID: 3806354

Το δείγμα αποτελείται από 130 άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο με μέση ηλικία 48,2 έτη (SD=13,1 έτη). Παρακάτω δίνεται ο πίνακας με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

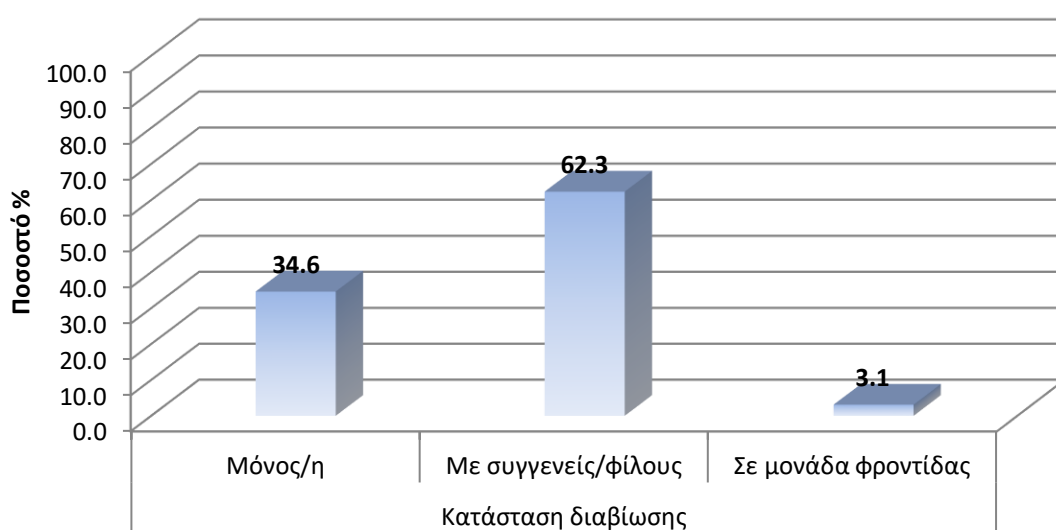
Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Άνδρας	67	51,5
	Γυναίκα	62	47,7
	Άλλο	1	0,8
Ηλικία, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		48,2 (13,1)	47,5 (39,0 -57,0)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	75	57,7
	Έγγαμος/η	24	18,5
	Διαζευγμένος/η	18	13,8
	Χήρος/α	5	3,8
	Σε συμβίωση	8	6,2
Κατάσταση διαβίωσης	Μόνος/η	45	34,6
	Με συγγενείς/φίλους	81	62,3
	Σε μονάδα φροντίδας	4	3,1
Αδέρφια	Όχι	30	23,3
	Ναι	99	76,7
Παιδιά	Όχι	91	70,0
	Ναι	39	30,0
Εκπαίδευση	Καμία	0	0,0
	Δημοτικό	10	7,7
	Γυμνάσιο	20	15,4
	Λύκειο	52	40,0
	Πανεπιστημιακές σπουδές	43	33,1
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	5	3,8
Εργασία	Όχι	90	69,2
	Ναι	40	30,8

Το 51,5% του δείγματος ήταν άντρες. Το 57,7% ήταν άγαμοι και το 62,3% ζούσε με οικογένεια ή φίλους. Επίσης, το 76,7% είχε αδέρφια, το 30,0% είχε παιδιά και η πλειοψηφία, σε ποσοστό 40,0% ήταν απόφοιτοι Λυκείου. Τέλος, το 30,8% εργαζόταν.

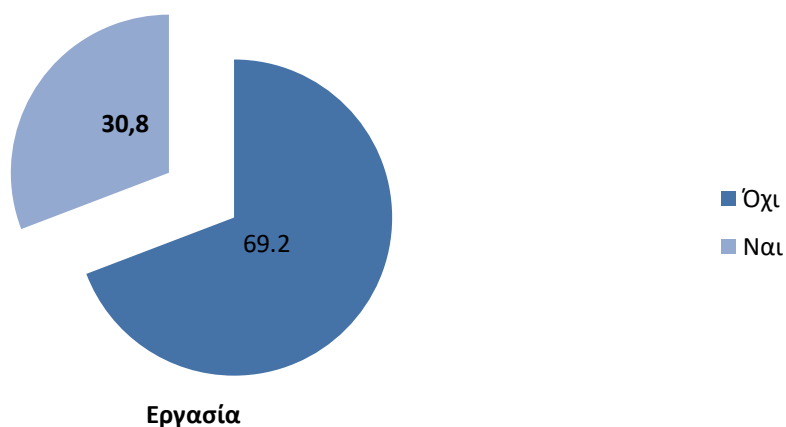
Ακολουθεί το ραβδόγραμμα των ποσοστών σχετικά με την κατάσταση διαβίωσης των συμμετεχόντων.

Σχήμα 1 Κατάσταση διαβίωσης συμμετεχόντων



Ακολουθεί το γράφημα σχετικά με την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

Σχήμα 2 Εργασιακή κατάσταση συμμετεχόντων



Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας με τις διαγνώσεις των συμμετεχόντων και τα νοσοκομεία στα οποία έγιναν.

Πίνακας 2 Συχνότητα διαγνώσεων συμμετεχόντων

		N	%
Διάγνωση	F10	3	2,3
	F10/F32	1	0,8
	F13	1	0,8
	F19	4	3,1
	F20	34	26,2
	F20.0	13	10,0
	F20.5	8	6,2
	F20.8	1	0,8
	F22	1	0,8
	F25	3	2,3
	F25.2	2	1,5
	F25.9	1	0,8
	F28	1	0,8
	F29	2	1,5
	F31	16	12,3
	F31/F19	1	0,8
	F32	12	9,2
	F32.0	1	0,8
	F32.1	3	2,3
	F32.2	2	1,5
	F32/F41.1	1	0,8
	F33.0	1	0,8
	F33.2	2	1,5
	F34.1	1	0,8
	F39	2	1,5
	F41	3	2,3
	F41.2	4	3,1
	F41.9	1	0,8
	F42	1	0,8
	F50	2	1,5
F60.4	1	0,8	
FF32.1	1	0,8	
Νοσοκομείο	ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ	66	50,8
	ΔΑΦΝΙ	49	37,7
	ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ	15	11,5

Το 26,2% είχε διαγνωσθεί με F20 και το 12,3% με F31. Επίσης, η πλειοψηφία, σε ποσοστό 50,8% είχαν διαγνωσθεί στο Αιγινήτειο νοσοκομείο.

Κλίμακα αυτοφροντίδας (ASAS-R)

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις «Υπαρξη δύναμης αυτοφροντίδας (Having power to self-care)», «Αδυναμία αυτοφροντίδας (Lacking power for self-care)», και «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα (Developing power for self-care)». Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται, αντίστοιχα, μεγαλύτερη δύναμη, μεγαλύτερη αδυναμία και μεγαλύτερη προσπάθεια αυτοφροντίδας.

Πίνακας 3 Περιγραφικά στοιχεία Κλίμακας Αυτοφροντίδας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD),	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Υπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας	12,0	52,0	26,4 (6,3)	26 (22 – 31)	0,72
Έλλειψη δύναμης της αυτοφροντίδας	4,0	20,0	11,7 (3,6)	12 (9 – 14)	0,71
Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα	6,0	20,0	15,6 (3,2)	16 (14 – 18)	0,71

Το εύρος της διάστασης «Υπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας» κυμαίνεται από 15 έως 75 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 12 μονάδες και η μέγιστη 52. Η μέση τιμή ήταν 26,4 μονάδες (SD=6,3 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Έλλειψη δύναμης της αυτοφροντίδας» κυμαίνεται από 4 έως 20 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 4 μονάδες και η μέγιστη 20. Η μέση τιμή ήταν 11,7 μονάδες (SD=3,6 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα» κυμαίνεται από 4 έως 20 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 6 μονάδες και η μέγιστη 20. Η μέση τιμή ήταν 15,6 μονάδες (SD=3,2 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α , ήταν για όλες τις διαστάσεις μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Κλίμακα στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο (ASMI)

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις «Στερεότυπα (εξάλειψη)», «Αισιοδοξία», «Αντιμετώπιση» και «Κατανόηση» της κλίμακας στάσεων απέναντι σε άτομα με ψυχική νόσο. Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται σε κάθε περίπτωση ισχυρές μη στιγματιστικές απόψεις.

Πίνακας 4 Περιγραφικά στοιχεία Κλίμακας Στάσεων Απέναντι στην Ψυχική Νόσο

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD),	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Στερεότυπα (εξάλειψη)	11,0	44,0	26,5 (8)	26 (21 – 31)	0,77
Αισιοδοξία	0,0	24,0	15,9 (5,5)	16 (12 – 20)	0,72
Αντιμετώπιση	6,0	28,0	21,9 (4,9)	23 (19 – 25)	0,71
Κατανόηση	4,0	24,0	14,2 (4,9)	14,5 (11 – 17,5)	0,76

Το εύρος της διάστασης «Στερεότυπα (εξάλειψη)» κυμαίνεται από 0 έως 44 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 11 μονάδες και η μέγιστη 44. Η μέση τιμή ήταν 26,5 μονάδες (SD=8,0 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Αισιοδοξία» κυμαίνεται από 0 έως 24 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 24. Η μέση τιμή ήταν 15,9 μονάδες (SD=5,5 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Αντιμετώπιση» κυμαίνεται από 0 έως 28 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 6 μονάδες και η μέγιστη 28. Η μέση τιμή ήταν 21,9 μονάδες (SD=4,9 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Κατανόηση» κυμαίνεται από 0 έως 24 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 4 μονάδες και η μέγιστη 24. Η μέση τιμή ήταν 14,2 μονάδες (SD=4,9 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α , ήταν για όλες τις διαστάσεις μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Κλίμακα Αυτοστιγματισμού (ISMI)

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις «Αλλοτρίωση (Alienation)», «Σtereότυπα (Stereotype Endorsement)», «Διακρίσεις (Discrimination experience)», «Κοινωνική απομάκρυνση (Social Withdrawal)» και «Στιγματισμός (Stigma Resistance (reverse))» της κλίμακας αυτοστιγματισμού. Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται σε κάθε περίπτωση ισχυρές μη στιγματιστικές απόψεις.

Πίνακας 5 Περιγραφικά στοιχεία Κλίμακας Αυτοστιγματισμού

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD),	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Αλλοτρίωση	6,0	22,0	13,3 (4,2)	13 (10 – 16)	0,83
Σtereότυπα	7,0	24,0	14,4 (4,1)	15 (12 – 17)	0,78
Διακρίσεις	5,0	19,0	11,3 (3,6)	11 (8 – 14)	0,82
Κοινωνική απομάκρυνση	6,0	24,0	13,5 (4,3)	13,5 (10 – 17)	0,83
Στιγματισμός	5,0	17,0	11,2 (2,4)	12 (10 – 13)	0,80

Το εύρος της διάστασης «Αλλοτρίωση» κυμαίνεται από 6 έως 24 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 6 μονάδες και η μέγιστη 22. Η μέση τιμή ήταν 13,3 μονάδες (SD=4,2 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Σtereότυπα» κυμαίνεται από 7 έως 28 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 7 μονάδες και η μέγιστη 24. Η μέση τιμή ήταν 14,4 μονάδες (SD=4,1 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Διακρίσεις» κυμαίνεται από 5 έως 20 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 5 μονάδες και η μέγιστη 19. Η μέση τιμή ήταν 11,3 μονάδες (SD=3,6 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Κοινωνική απομάκρυνση» κυμαίνεται από 6 έως 24 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 6 μονάδες και η μέγιστη 24. Η μέση τιμή ήταν 13,5 μονάδες (SD=4,3 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Στιγματισμός» κυμαίνεται από 5 έως 20 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 5 μονάδες και η μέγιστη 17. Η μέση τιμή ήταν 11,2 μονάδες (SD=2,4 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α , ήταν για όλες τις διαστάσεις μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης (SDS)

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις «Σταθερές σχέσεις», «Σχέσεις εμπιστοσύνης» και «Προσωρινές σχέσεις» της κλίμακας κοινωνικής απόστασης. Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται σε κάθε περίπτωση μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση.

Πίνακας 6 Περιγραφικά στοιχεία Κλίμακας Κοινωνικής Απόστασης

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD),	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Σταθερές σχέσεις	6,0	25,0	14,8 (5)	14 (11 – 18)	0,71
Σχέσεις εμπιστοσύνης	4,0	20,0	9,9 (4,4)	9 (7 – 13)	0,72
Προσωρινές σχέσεις	5,0	25,0	12,2 (4,7)	12 (9 – 15)	0,75

Το εύρος της διάστασης «Σταθερές σχέσεις» κυμαίνεται από 5 έως 25 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 6 μονάδες και η μέγιστη 25. Η μέση τιμή ήταν 14,8 μονάδες (SD=5,0 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Σχέσεις εμπιστοσύνης» κυμαίνεται από 4 έως 20 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 4 μονάδες και η μέγιστη 20. Η μέση τιμή ήταν 9,9 μονάδες (SD=4,4 μονάδες).

Το εύρος της διάστασης «Προσωρινές σχέσεις» κυμαίνεται από 5 έως 25 μονάδες. Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 5 μονάδες και η μέγιστη 25. Η μέση τιμή ήταν 12,2 μονάδες (SD=4,7 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α , ήταν για όλες τις διαστάσεις μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας (WHO- DAS)

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις «Κινητική ικανότητα», «Συμμετοχή και κατανόηση» και «Αυτοφροντίδα», καθώς και για την συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας. Οι τιμές τόσο στις διαστάσεις όσο και στη συνολική κλίμακα κυμαίνονται από 0 έως 100 μονάδες. Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται σε κάθε περίπτωση μεγαλύτερη αδυναμία εκτέλεσης ενεργειών/ αναπηρία

Πίνακας 7 Περιγραφικά στοιχεία Κλίμακας Αξιολόγησης Αναπηρίας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Κινητική ικανότητα	0,0	83,3	33,5 (21,2)	33,3 (16,7 – 50)	0,82
Συμμετοχή και κατανόηση	0,0	75,0	33,6 (22,4)	37,5 (12,5 – 50)	0,77
Αυτοφροντίδα	0,0	91,7	20,2 (23,5)	8,3 (0 – 33,3)	0,88
Συνολική κλίμακα αναπηρίας (αδυναμίας εκτέλεσης καθημερινών ενεργειών)	0,0	75,0	29,8 (19,7)	27,1 (14,6 – 45,8)	0,92

Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή, για την διάσταση της κινητικής ικανότητας, ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 83,3. Η μέση τιμή ήταν 33,5 μονάδες (SD=21,2 μονάδες).

Για την διάσταση «Συμμετοχή και κατανόηση» η ελάχιστη τιμή ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 75. Η μέση τιμή ήταν 33,6 μονάδες (SD=22,4 μονάδες).

Για την διάσταση «Αυτοφροντίδα» η ελάχιστη τιμή ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 91,7. Η μέση τιμή ήταν 20,2 μονάδες (SD=23,5 μονάδες).

Για την συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας η ελάχιστη τιμή ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 75,0. Η μέση τιμή ήταν 29,8 μονάδες (SD=19,7 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach a, ήταν για όλες τις διαστάσεις μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Ακολουθεί ο πίνακας με τις απαντήσεις στις συμπληρωματικές ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας.

Πίνακας 8 Συμπληρωματικές ερωτήσεις WHO - DAS

	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Συνολικά, κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, για πόσες ημέρες ήταν παρούσες αυτές οι δυσκολίες;	19,9 (11,4)	23,5 (10 – 30)
Κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, για πόσες ημέρες ήσασταν εντελώς ανίκανος/η να ασκήσετε τις συνήθεις δραστηριότητές σας ή να εργαστείτε λόγω οποιασδήποτε κατάστασης της υγείας;	6,6 (9,2)	3,0 (0 – 10)
Κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, χωρίς να υπολογίζετε τις ημέρες που ήσασταν εντελώς ανίκανος/η, για πόσες ημέρες σταματήσατε ή μειώσατε τις συνήθεις δραστηριότητές σας ή την εργασία σας λόγω οποιασδήποτε κατάσταση της υγείας;	8,2 (10,9)	2,0 (0 – 15)

Τον τελευταίο μήνα, ο διάμεσος αριθμός ημερών για τον οποίο αντιμετώπισαν δυσκολίες οι συμμετέχοντες ήταν 23,5 ημέρες (ενδ. εύρος: 10 – 30). Ο αντίστοιχος αριθμός ημερών κατά τον οποίο ήταν εντελώς ανίκανοι να ασκήσουν τις συνήθεις δραστηριότητές ή να εργαστούν λόγω οποιασδήποτε κατάστασης της υγείας ήταν 3 ημέρες (ενδ. εύρος: 0 – 10) και σχετικά με τη μείωση ή το σταμάτημα των συνήθων δραστηριοτήτων ή της εργασίας λόγω κατάστασης υγείας (με εξαίρεση τις ημέρες που ήταν εντελώς ανίκανοι) ήταν 2 ημέρες (ενδ. εύρος: 0 – 15).

3.2 Συσχετίσεις κλιμάκων

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοφροντίδας με την κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας, τις διαστάσεις της κλίμακας στάσεων απέναντι στη ψυχική νόσο, του αυτοστιγματισμού και της κοινωνικής απόστασης.

Πίνακας 9 Συσχετίσεις Spearman για τις διαστάσεις ASAS -R, WHO-DAS, ASMI, ISMI, SDS

		Ύπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας	Έλλειψη δύναμης της αυτοφροντίδας	Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα
Κινητική ικανότητα	rho	-0,45	0,43	-0,46
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Συμμετοχή και κατανόηση	rho	-0,31	0,36	-0,39
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Αυτοφροντίδα	rho	-0,49	0,43	-0,41
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Συνολική κλίμακα αναπηρίας (αδυναμίας εκτέλεσης καθημερινών ενεργειών)	rho	-0,46	0,45	-0,48
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Στερεότυπα (εξάλειψη)	rho	0,25	-0,20	0,17
	P	0,005	0,028	0,052
Αισιοδοξία	rho	0,29	-0,14	0,27
	P	0,001	0,121	0,002
Αντιμετώπιση	rho	0,20	0,03	0,22
	P	0,025	0,778	0,016
Κατανόηση	rho	-0,15	0,23	-0,11
	P	0,097	0,011	0,233
Αλλοτρίωση	rho	-0,33	0,28	-0,26
	P	<0,001	0,001	0,004
Στερεότυπα	rho	-0,33	0,19	-0,40
	P	<0,001	0,034	<0,001
Διακρίσεις	rho	-0,34	0,15	-0,31
	P	<0,001	0,086	<0,001
Κοινωνική απομάκρυνση	rho	-0,33	0,21	-0,40
	P	<0,001	0,015	<0,001
Στιγματισμός	rho	-0,18	0,33	-0,19

	P	0,046	<0,001	0,029
Σχέσεις εμπιστοσύνης	rho	-0,19	0,02	-0,20
	P	0,029	0,822	0,021
Προσωρινές σχέσεις	rho	-0,19	-0,03	-0,29
	P	0,028	0,701	0,001
Σταθερές σχέσεις	rho	-0,30	-0,02	-0,23
	P	0,001	0,848	0,010

Η διάσταση «Υπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας» και η «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα» σχετιζόνταν σημαντικά και θετικά με τις διαστάσεις και τη συνολική κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας. Αντίθετα, η διάσταση «Έλλειψη δύναμης της αυτοφροντίδας» σχετιζόταν σημαντικά και αρνητικά με αυτές. Άρα, μεγαλύτερη ανικανότητα κίνησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες, άρα γενικά μεγαλύτερη αναπηρία συνεπάγονταν λιγότερη αυτοφροντίδα, και λήψη μέτρων σχετικά με αυτή και μεγαλύτερη έλλειψη ικανότητας αυτοφροντίδας.

Η διάσταση «Υπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας» σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με τις διαστάσεις «Στερεότυπα (εξάλειψη)», «Αισιοδοξία» και «Αντιμετώπιση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο,. Άρα, λιγότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις, μεγαλύτερη αισιοδοξία και καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων συνεπάγονταν μεγαλύτερη δύναμη αυτοφροντίδας. Ομοίως , μεγαλύτερη αισιοδοξία και καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων συνεπάγονταν λήψη περισσότερων μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα. Αντίθετα, μεγαλύτερη κατανόηση των στερεοτυπικών αντιλήψεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχική νόσο συνεπαγόταν έλλειψη της δύναμης για αυτοφροντίδα.

Οι διαστάσεις «Υπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας» και «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα» σχετιζόνταν σημαντικά και αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστογματισμού (ISMI). Επομένως, μεγαλύτερη αλλοτρίωση, περισσότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις, βίωση περισσότερων διακρίσεων, κοινωνικής απομάκρυνσης και στιγματισμού συνεπαγόταν μειωμένη δύναμη και λήψη μέτρων αυτοφροντίδας. Αντίθετα, μεγαλύτερη αλλοτρίωση, περισσότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις, βίωση κοινωνικής απομάκρυνσης και στιγματισμού συνεπαγόταν έλλειψη δύναμης αυτοφροντίδας.

Οι διαστάσεις «Υπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας» και «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα» σχετιζόνταν σημαντικά και αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας κοινωνικής απόστασης (SDS). Άρα, μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση, δηλαδή

λιγότερες προσωρινές και μόνιμες σχέσεις ή σχέσεις εμπιστοσύνης με άλλα άτομα με ψυχική νόσο συνεπάγονταν και μικρότερη δύναμη και προσπάθεια αυτοφροντίδας.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας, τις διαστάσεις της κλίμακας στάσεων απέναντι στη ψυχική νόσο, του αυτοστιγματισμού και της κοινωνικής απόστασης.

Πίνακας 10 Συσχετίσεις Spearman για WHO-DAS, ASMI, ISMI, SDS

		Κινητική ικανότητα	Συμμετοχή και κατανόηση	Αυτοφροντίδα	Συνολική κλίμακα αναπηρίας (αδυναμίας εκτέλεσης καθημερινών ενεργειών)
Στερεότυπα (εξάλειψη)	Rho	-0,17	-0,10	-0,18	-0,14
	P	0,061	0,246	0,045	0,107
Αισιοδοξία	Rho	-0,16	-0,17	-0,19	-0,17
	P	0,061	0,055	0,030	0,055
Αντιμετώπιση	rho	-0,25	-0,16	-0,24	-0,22
	P	0,005	0,071	0,006	0,012
Κατανόηση	rho	0,32	0,29	0,11	0,30
	P	<0,001	0,001	0,224	0,001
Αλλοτρίωση	rho	0,53	0,51	0,46	0,53
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Στερεότυπα	rho	0,53	0,50	0,45	0,55
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Διακρίσεις	rho	0,54	0,50	0,44	0,55
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κοινωνική απομάκρυνση	rho	0,52	0,49	0,41	0,53
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Στιγματισμός	rho	0,19	0,24	0,17	0,20
	P	0,029	0,007	0,052	0,023
Σχέσεις εμπιστοσύνης	rho	0,11	0,03	0,15	0,07
	P	0,211	0,749	0,087	0,417
Προσωρινές σχέσεις	rho	0,18	0,01	0,19	0,14
	P	0,035	0,920	0,032	0,116
Σταθερές σχέσεις	rho	0,12	0,06	0,15	0,10

	P	0,173	0,489	0,090	0,258
--	---	-------	-------	-------	-------

Η διάσταση «Κινητική ικανότητα» σχετιζόταν σημαντικά με τις διαστάσεις «Αντιμετώπιση» και «Κατανόηση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο. Η συσχέτιση με την διάσταση της αντιμετώπισης ήταν αρνητική, άρα καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου συνεπαγόταν καλύτερη κινητική ικανότητα (μικρότερη αναπηρία σε αυτόν τον τομέα). Αντίθετα η συσχέτιση με τη διάσταση της κατανόησης ήταν θετική, άρα κατανόηση περισσότερων αρνητικών αντιλήψεων σχετικά με την ύπαρξη ψυχικής νόσου συνεπαγόταν μεγαλύτερη κινητική αναπηρία. Ομοίως, κατανόηση περισσότερων αρνητικών αντιλήψεων σχετικά με την ύπαρξη ψυχικής νόσου συνεπαγόταν μεγαλύτερη δυσκολία στη συμμετοχή σε δραστηριότητες. Η διάσταση «Αυτοφροντίδας» της κλίμακας αξιολόγησης της αναπηρίας, σχετιζόταν σημαντικά και αρνητικά με τις διαστάσεις της εξάλειψης των στερεοτύπων, της αισιοδοξίας και της αντιμετώπισης, άρα λιγότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις, μεγαλύτερη αισιοδοξία και καλύτερη αντιμετώπιση συνεπάγονταν μικρότερη δυσκολία (αναπηρία) σχετικά με τη αυτοφροντίδα. Η συνολική κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας συσχετιζόταν θετικά με την διάσπαση της αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου και της κατανόησης περισσότερων αρνητικών αντιλήψεων. Οπότε, καλύτερη αντιμετώπιση ή λιγότερες αρνητικές αντιλήψεις συνεπάγονταν μικρότερη αναπηρία.

Όλες οι διαστάσεις και η συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας σχετίζονταν σημαντικά και θετικά με τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού (με εξαίρεση τις διαστάσεις στιγματισμού και αυτοφροντίδας). Επομένως, μεγαλύτερη αλλοτρίωση, περισσότερα στερεότυπα, διακρίσεις κοινωνική απομάκρυνση και στιγματισμός συνεπάγονταν μεγαλύτερη ανικανότητα γενικά και ειδικά στις επιμέρους διαστάσεις.

Οι διαστάσεις κινητικής ικανότητας και αυτοφροντίδας σχετίζονταν σημαντικά και θετικά με τη διάσταση των προσωρινών σχέσεων. Μεγαλύτερη απροθυμία σχετικά με τη σύναψη προσωρινών σχέσεων συνεπαγόταν μεγαλύτερη δυσκολία στις παραπάνω διαστάσεις της κλίμακας αναπηρίας.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις της κλίμακας στάσεων απέναντι στη ψυχική νόσο, του αυτοστιγματισμού και της κοινωνικής απόστασης.

Πίνακας 11 Συσχετίσεις Spearman για ASMI, ISMI, SDS

		Στερεότυπα (εξάλειψη)	Αισιοδοξία	Αντιμετώπιση	Κατανόηση
Αλλοτρίωση	rho	-0,38	-0,21	-0,37	0,42
	P	<0,001	0,016	<0,001	<0,001
Στερεότυπα	rho	-0,41	-0,34	-0,47	0,37
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Διακρίσεις	rho	-0,37	-0,27	-0,50	0,44
	P	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Κοινωνική απομάκρυνση	rho	-0,31	-0,29	-0,41	0,40
	P	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
Στιγματισμός	rho	-0,33	-0,24	0,04	0,16
	P	<0,001	0,006	0,697	0,071
Σχέσεις εμπιστοσύνης	rho	-0,18	-0,31	-0,24	-0,04
	P	0,046	<0,001	0,006	0,649
Προσωρινές σχέσεις	rho	-0,21	-0,09	-0,41	-0,03
	P	0,020	0,320	<0,001	0,696
Σταθερές σχέσεις	rho	-0,23	-0,20	-0,27	-0,06
	P	0,011	0,024	0,003	0,497

Οι διαστάσεις σχετικά με τον περιορισμό των στερεοτύπων και την αισιοδοξία σχετίζονταν σημαντικά και αρνητικά με όλες τις διαστάσεις του αυτοστιγματισμού. Επομένως, μεγαλύτερη αλλοτρίωση, περισσότερα στερεότυπα, περισσότερες διακρίσεις, κοινωνική απομάκρυνση και στιγματισμός συνεπάγονταν περισσότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις και λιγότερη αισιοδοξία. Οι διαστάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση και την κατανόηση των αρνητικών αντιλήψεων σχετίζονταν σημαντικά με τις διαστάσεις του αυτοστιγματισμού σχετικά με την αλλοτρίωση, τα στερεότυπα, τις διακρίσεις και την κοινωνική απομάκρυνση. Μεγαλύτερη αλλοτρίωση, περισσότερα στερεότυπα, περισσότερες διακρίσεις και μεγαλύτερη κοινωνική απομάκρυνση συνεπάγονταν περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις και μικρότερη προσπάθεια αντιμετώπισης.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις της κλίμακας του αυτοστιγματισμού και της κοινωνικής απόστασης.

Πίνακας 12 Συσχέτιση Spearman για ISMI, SDS

			Σχέσεις εμπιστοσύνης	Προσωρινές σχέσεις	Σταθερές σχέσεις
Αλλοτρίωση		rho	0,06	0,17	0,05
		P	0,504	0,053	0,555
Στερεότυπα		rho	0,24	0,35	0,23
		P	0,005	<0,001	0,009
Διακρίσεις		rho	0,18	0,26	0,20
		P	0,046	0,002	0,020
Κοινωνική απομάκρυνση		rho	0,06	0,15	0,12
		P	0,514	0,091	0,173
Στιγματισμός		rho	0,15	-0,08	0,09
		P	0,101	0,391	0,329

Οι διαστάσεις των στερεοτύπων και των διακρίσεων σχετίζονταν σημαντικά και θετικά με τις διαστάσεις σχέσεων εμπιστοσύνης, προσωρινών και σταθερών. Περισσότερα στερεότυπα και διακρίσεις συνεπάγονταν μεγαλύτερη επιθυμία απόστασης από σχέσεις εμπιστοσύνης, προσωρινές και σταθερές.

3.2.1 Συσχέτιση της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας WHO-DAS με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI)

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις «Κινητική ικανότητα», «Συμμετοχή και κατανόηση», «Αυτοφροντίδα», καθώς και με τη συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κινητική ικανότητα»

Πίνακας 13 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Κινητική ικανότητα» - Δημογραφικά - Αυτοστιγματισμός

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,122	0,078	0,122	0,120
Ηλικία	0,001	0,004	0,027	0,772
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,075	0,112	-0,064	0,505
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,171	0,096	-0,167	0,079
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,064	0,102	-0,056	0,530
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,238	0,083	-0,226	0,005
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,024	0,096	0,022	0,807
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,269	0,093	-0,246	0,005
Αλλοτρίωση	0,034	0,015	0,279	0,032
Στερεότυπα	-0,001	0,018	-0,011	0,938
Διακρίσεις	0,030	0,020	0,214	0,134
Κοινωνική απομάκρυνση	0,007	0,017	0,062	0,670
Στιγματισμός	0,051	0,016	0,240	0,002

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

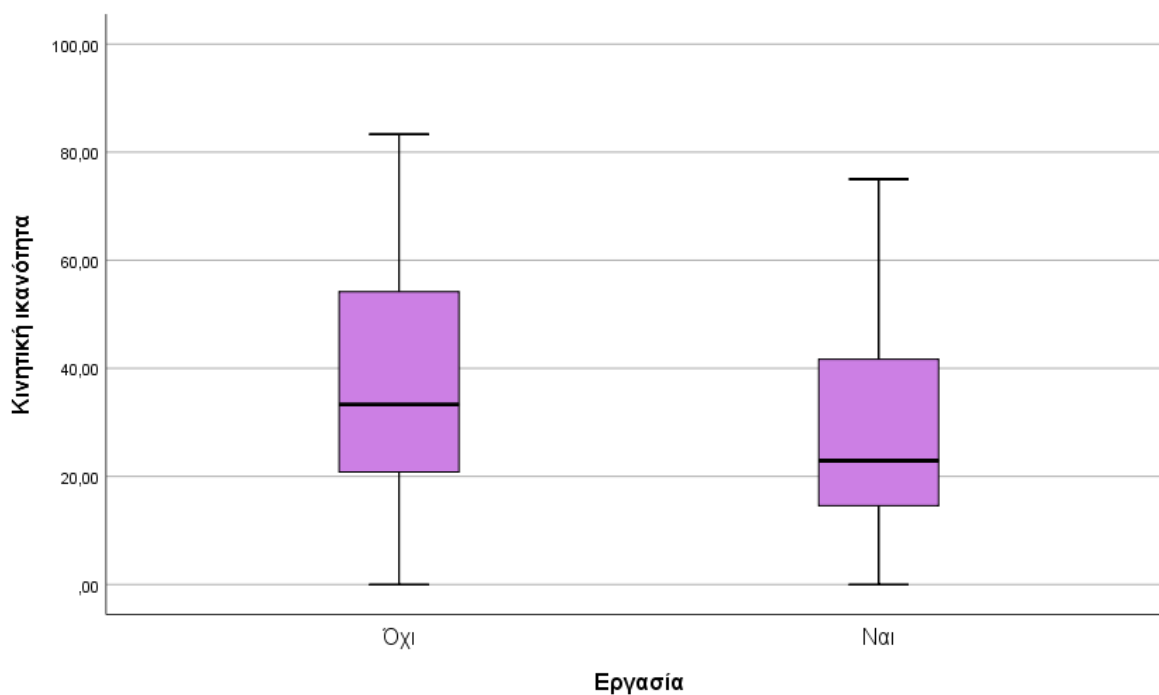
Η κατάσταση διαβίωσης, η εργασιακή κατάσταση, οι διαστάσεις της αλλοτρίωσης και του στιγματισμού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση κινητικής ικανότητας της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας. Συγκεκριμένα:

- Όσοι ζούσαν μόνοι είχαν χαμηλότερο σκορ, άρα μικρότερη δυσκολία σχετικά με την κινητική τους ικανότητα, συγκριτικά με όσους ζούσαν με οικογένεια, φίλους ή σε δομές.
- Όσοι εργάζονταν είχαν χαμηλότερο σκορ, άρα μικρότερη δυσκολία σχετικά με την κινητική τους ικανότητα, συγκριτικά με όσους δεν εργάζονταν.
- Αυξημένη αλλοτρίωση σχετιζόταν με αυξημένη δυσκολία στην διάσταση της κινητικής ικανότητας.
- Μεγαλύτερος στιγματισμός σχετιζόταν με αυξημένη δυσκολία στην διάσταση της κινητικής ικανότητας.

Μεγαλύτερη επίδραση στη διάσταση της κινητικής ικανότητας είχε η εργασιακή κατάσταση και ακολουθούσε η διάσταση του στιγματισμού.

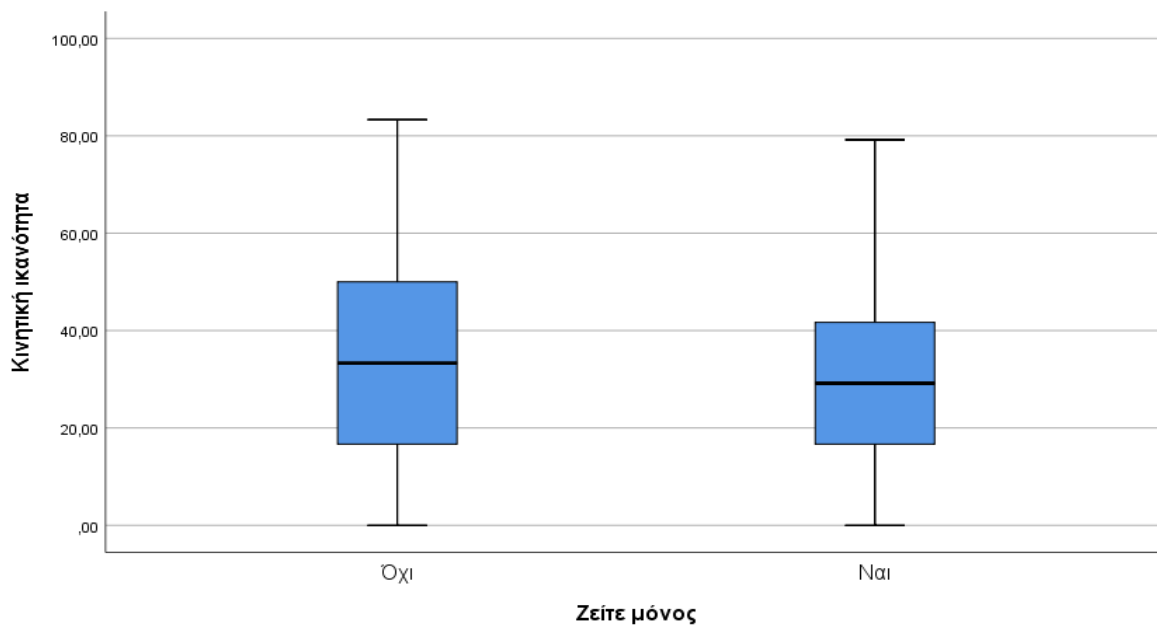
Ακολουθεί το γράφημα της βαθμολογίας στη διάσταση «Κινητική ικανότητα» ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση.

Σχήμα 3 «Κινητική ικανότητα» και Εργασιακή κατάσταση



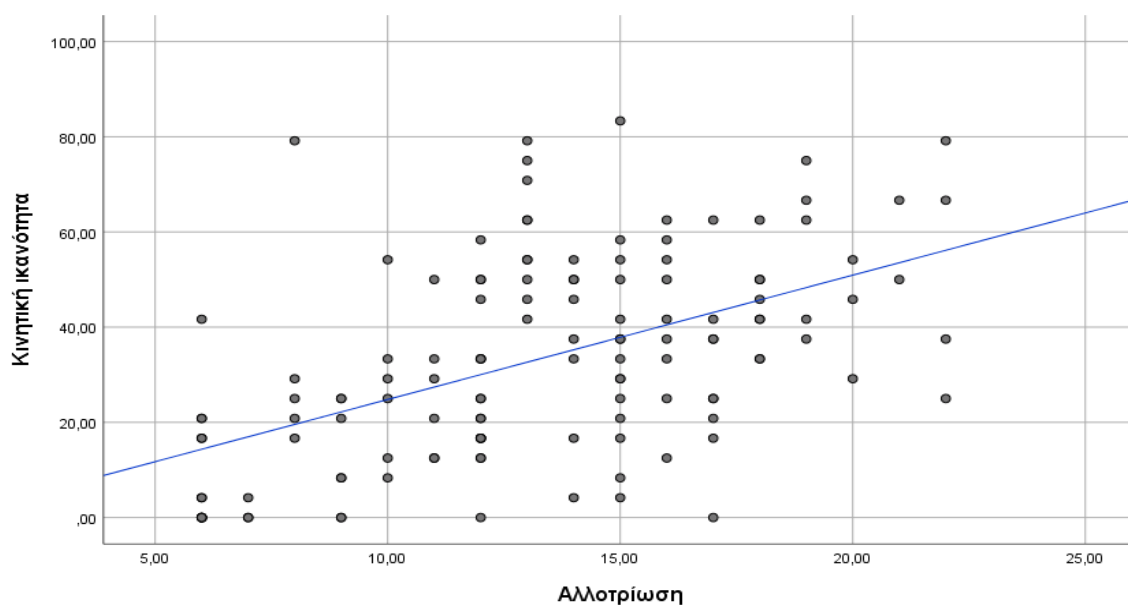
Ακολουθεί το γράφημα της βαθμολογίας στη διάσταση «Κινητική ικανότητα» ανάλογα με την κατάσταση διαβίωσης.

Σχήμα 4 «Κινητική ικανότητα και Κατάσταση διαβίωσης»



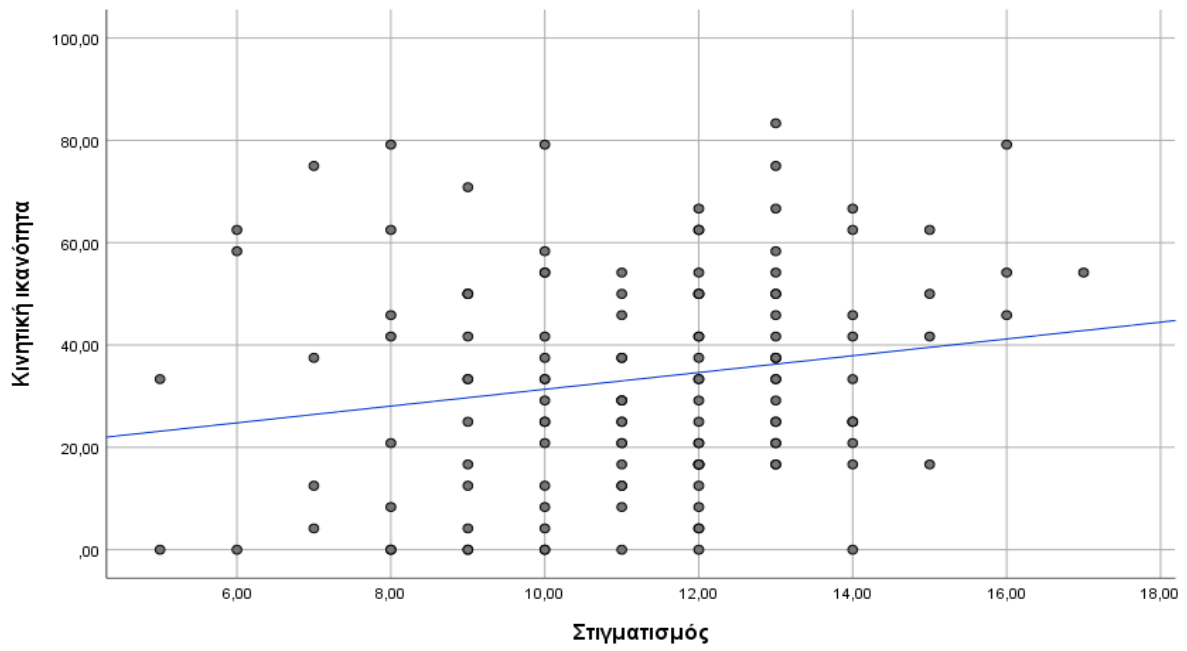
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης «Κινητική ικανότητα» με την διάσταση «Αλλοτρίωση».

Σχήμα 5 «Κινητική ικανότητα» και Αλλοτρίωση



Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης «Κινητική ικανότητα» με την διάσταση «Στιγματισμός».

Σχήμα 6 «Κινητική ικανότητα» και Στιγματισμός



➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συμμετοχή και κατανόηση»

Πίνακας 14 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Συμμετοχή και κατανόηση» - Δημογραφικά - Αυτοστιγματισμό

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,063	0,098	0,053	0,524
Ηλικία	-0,003	0,004	-0,067	0,505
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,071	0,141	-0,052	0,614
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,059	0,121	-0,049	0,628
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,077	0,129	-0,056	0,554
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,213	0,104	-0,172	0,043
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,025	0,121	0,019	0,839
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,052	0,117	-0,041	0,656
Αλλοτρίωση	0,020	0,020	0,144	0,298
Σtereότυπα	0,021	0,023	0,140	0,379
Διακρίσεις	0,047	0,025	0,289	0,059
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,004	0,022	-0,026	0,869
Στιγματισμός	0,056	0,020	0,225	0,007

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

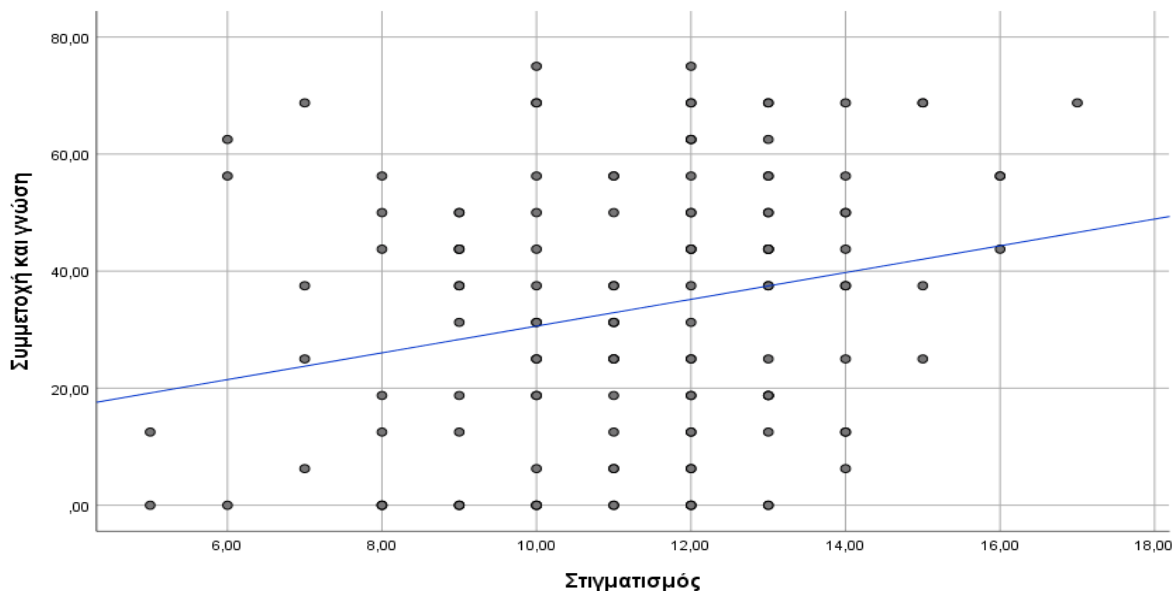
Η κατάσταση διαβίωσης και η διάσταση του στιγματισμού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση συμμετοχής και κατανόησης της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας. Συγκεκριμένα:

- Όσοι ζούσαν μόνοι είχαν χαμηλότερο σκορ, άρα μικρότερη δυσκολία σχετικά με την συμμετοχή σε δραστηριότητες και στην κατανόηση, συγκριτικά με όσους ζούσαν με οικογένεια, φίλους ή σε δομές.
- Μεγαλύτερος στιγματισμός σχετιζόταν με αυξημένη δυσκολία στην διάσταση συμμετοχής σε δραστηριότητες και στην κατανόηση.

Μεγαλύτερη επίδραση στη διάσταση της κινητικής ικανότητας είχε η διάσταση του στιγματισμού και ακολουθούσε η εργασιακή κατάσταση.

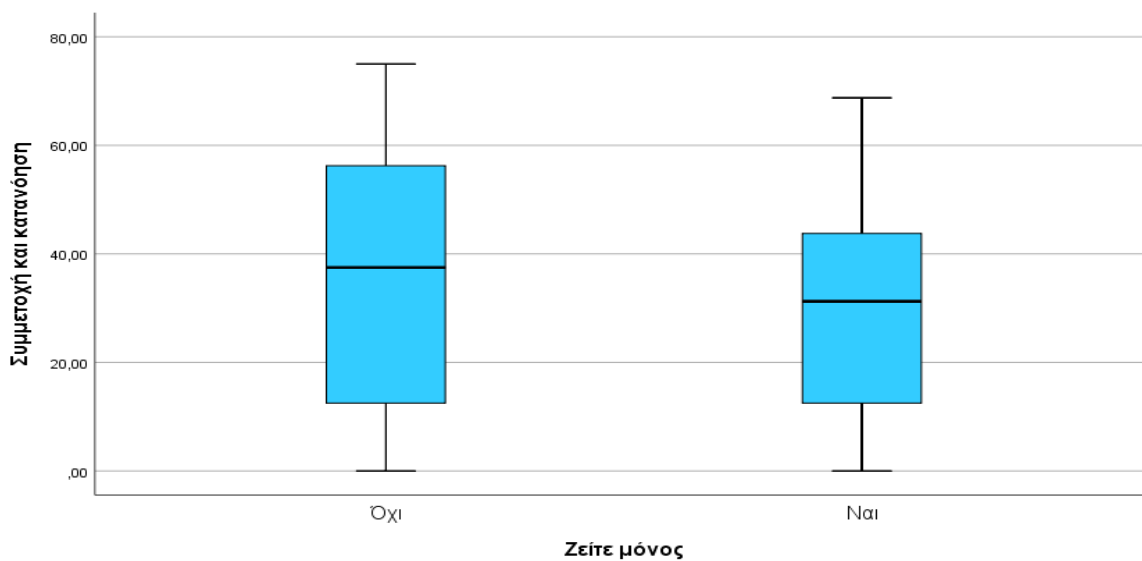
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης «Συμμετοχή και γνώση» με την διάσταση «Στιγματισμός».

Σχήμα 7 Συσχέτιση διαστάσεων «Συμμετοχή και γνώση» και «Στιγματισμός»



Ακολουθεί το γράφημα της βαθμολογίας στη διάσταση «Συμμετοχή και γνώση» ανάλογα με την κατάσταση διαβίωσης.

Σχήμα 8 Συσχέτιση διαστάσεων «Συμμετοχή και γνώση» και «Κατάσταση διαβίωσης»



➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αυτοφροντίδα»

Πίνακας 15 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Αυτοφροντίδα»

- Δημογραφικά στοιχεία - Αυτοστιγματισμός

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,049	0,123	0,034	0,690
Ηλικία	0,008	0,006	0,147	0,148
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,068	0,178	-0,039	0,704
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,028	0,152	-0,018	0,857
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	0,111	0,162	0,066	0,492
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,170	0,131	-0,110	0,196
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,086	0,152	0,054	0,570
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,266	0,147	-0,166	0,073
Αλλοτρίωση	0,039	0,025	0,218	0,119
Σtereότυπα	0,017	0,029	0,095	0,552
Διακρίσεις	0,050	0,031	0,246	0,110
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,009	0,027	-0,052	0,740
Στιγματισμός	0,054	0,026	0,174	0,037

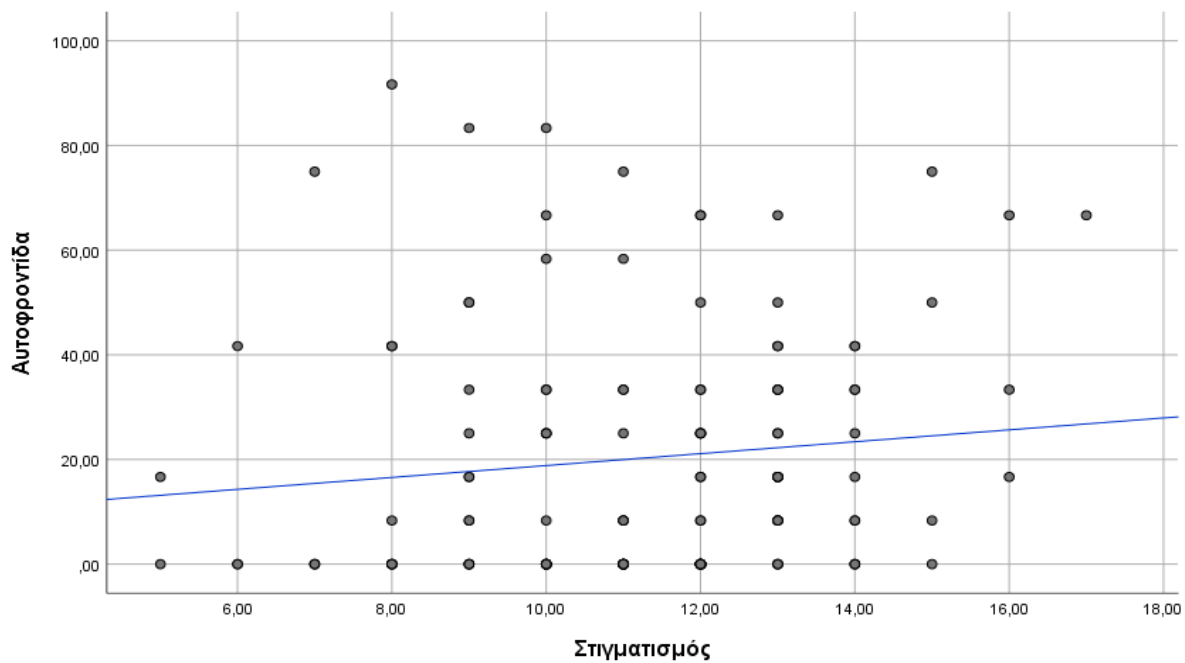
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Μόνο η διάσταση του στιγματισμού βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση αυτοφροντίδας της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερος στιγματισμός σχετιζόταν με αυξημένη δυσκολία αυτοφροντίδας.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης «Αυτοφροντίδα» με την διάσταση «Στιγματισμός».

Σχήμα 9 Συσχέτιση διάστασης «Αυτοφροντίδας» και «Στιγματισμού»



- Με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας WHO-DAS.

Πίνακας 16 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της Κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας – Δημογραφικά - Αυτοστιγματισμός

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,083	0,075	0,086	0,271
Ηλικία	0,001	0,003	0,022	0,812
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,038	0,108	-0,033	0,728
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,105	0,092	-0,106	0,260
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,056	0,098	-0,050	0,572
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,215	0,079	-0,212	0,008
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,037	0,092	0,035	0,689
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,172	0,089	-0,163	0,056
Αλλοτρίωση	0,024	0,015	0,205	0,113
Σtereότυπα	0,002	0,018	0,020	0,893
Διακρίσεις	0,044	0,019	0,332	0,021
Κοινωνική απομάκρυνση	0,003	0,016	0,030	0,834
Στιγματισμός	0,049	0,015	0,243	0,002

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

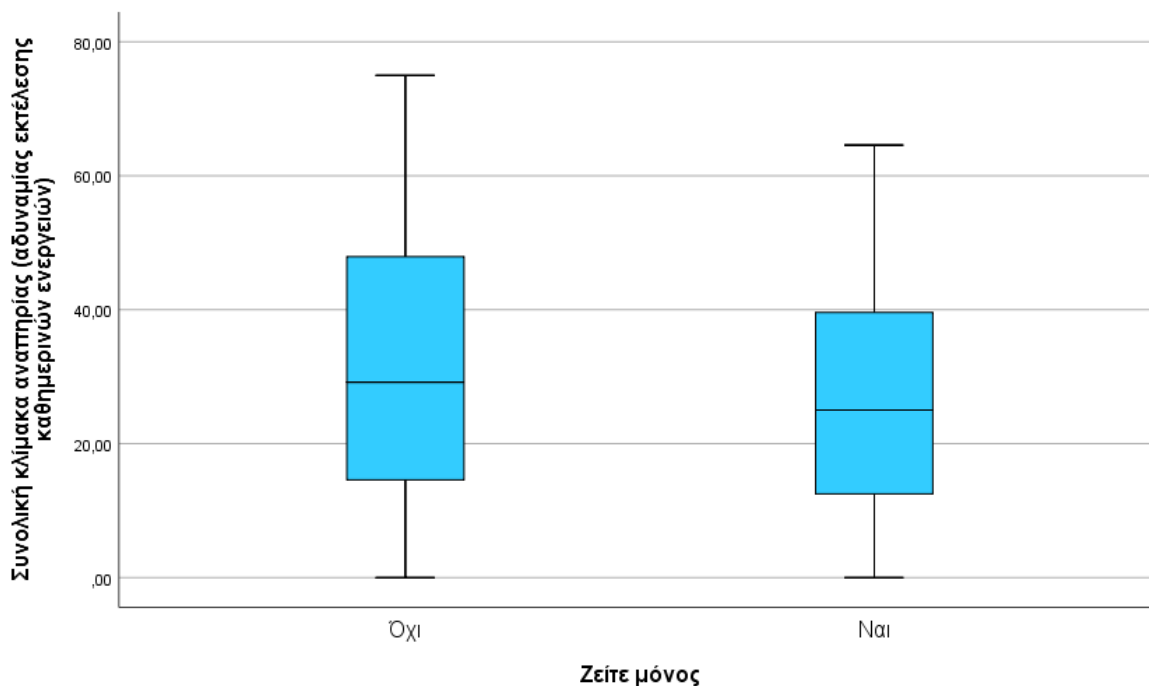
Η κατάσταση διαβίωσης, η διάσταση του στιγματισμού και αυτή των διακρίσεων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας. Συγκεκριμένα:

- Όσοι ζούσαν μόνοι είχαν χαμηλότερο σκορ, άρα μικρότερη συνολική αναπηρία, συγκριτικά με όσους ζούσαν με οικογένεια, φίλους ή σε δομές.
- Μεγαλύτερος στιγματισμός σχετιζόταν με αυξημένη συνολική αναπηρία.
- Περισσότερες διακρίσεις σχετιζόταν με αυξημένη συνολική αναπηρία.

Μεγαλύτερη επίδραση στην συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας είχε η διάσταση του στιγματισμού και ακολουθούσε η κατάσταση διαβίωσης.

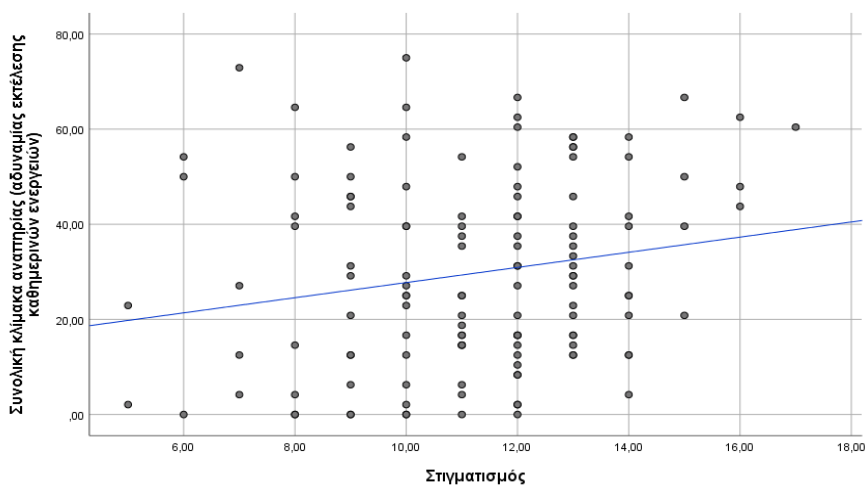
Ακολουθεί το γράφημα της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας WHO-DAS ανάλογα με την κατάσταση διαβίωσης.

Σχήμα 10 Κλίμακα Αξιολόγησης Αναπηρίας με Κατάσταση Διαβίωσης



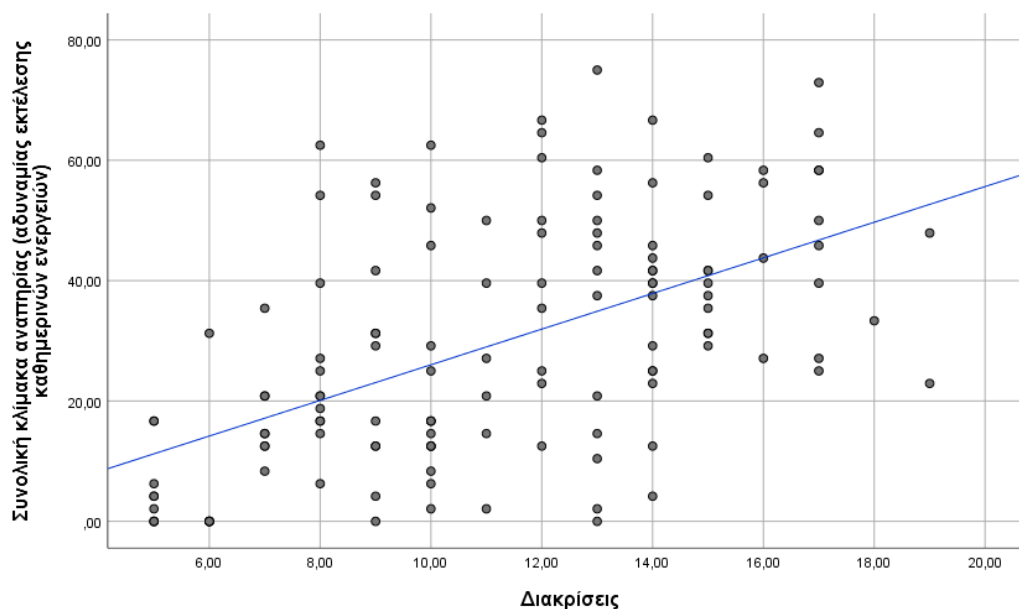
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας WHO-DAS με την διάσταση «Στιγματισμός».

Σχήμα 11 Συσχέτιση Κλίμακας Αξιολόγησης Αναπηρίας με τη διάσταση «Στιγματισμός»



Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας WHO-DAS με την διάσταση «Διακρίσεις».

Σχήμα 12 Συσχέτιση Κλίμακας Αξιολόγησης Αναπηρίας και διάστασης «Διακρίσεις»



3.2.2 Συσχέτιση της κλίμακας στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο (ASMI) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI)

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις «Στερεότυπα (εξάλειψη)», «Αισιοδοξία», «Αντιμετώπιση» και «Κατανόηση» έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Στερεότυπα (εξάλειψη)».

Πίνακας 17 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Στερεότυπα» - Δημογραφικά στοιχεία - Αυτοστιγματισμό

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,016	0,024	-0,057	0,508
Ηλικία	-0,001	0,001	-0,071	0,500
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	0,038	0,035	0,118	0,277
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	0,006	0,029	0,023	0,828
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,055	0,032	-0,170	0,092
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,052	0,025	-0,179	0,044
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	-0,017	0,030	-0,056	0,574
Εργασία (Ναι vs Όχι)	0,016	0,028	0,053	0,567
Αλλοτρίωση	-0,003	0,005	-0,087	0,544
Στερεότυπα	-0,011	0,006	-0,324	0,052
Διακρίσεις	-0,007	0,006	-0,175	0,267
Κοινωνική απομάκρυνση	0,006	0,005	0,187	0,246
Στιγματισμός	-0,014	0,005	-0,237	0,006

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

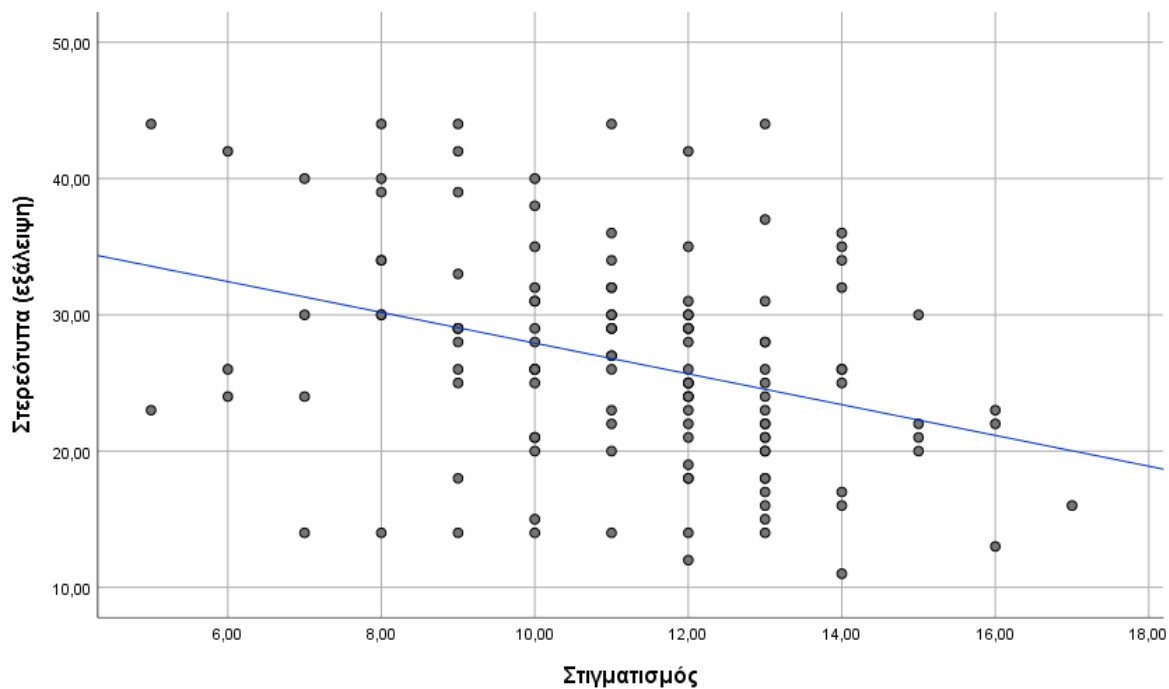
Η κατάσταση διαβίωσης και η διάσταση του στιγματισμού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση των στερεοτύπων της κλίμακας στάσεων απέναντι στη ψυχική νόσο. Συγκεκριμένα:

- Όσοι ζούσαν μόνοι είχαν χαμηλότερο σκορ, άρα πιο έντονες στερεοτυπικές αντιλήψεις, συγκριτικά με όσους ζούσαν με οικογένεια, φίλους ή σε δομές.
- Μεγαλύτερος στιγματισμός σχετιζόταν με χαμηλό σκορ εξάλειψης στερεοτύπων, άρα αυξημένη αποδοχή στερεοτυπικών αντιλήψεων.

Μεγαλύτερη επίδραση στη διάσταση της κινητικής ικανότητας είχε η διάσταση του στιγματισμού και ακολουθούσε η εργασιακή κατάσταση.

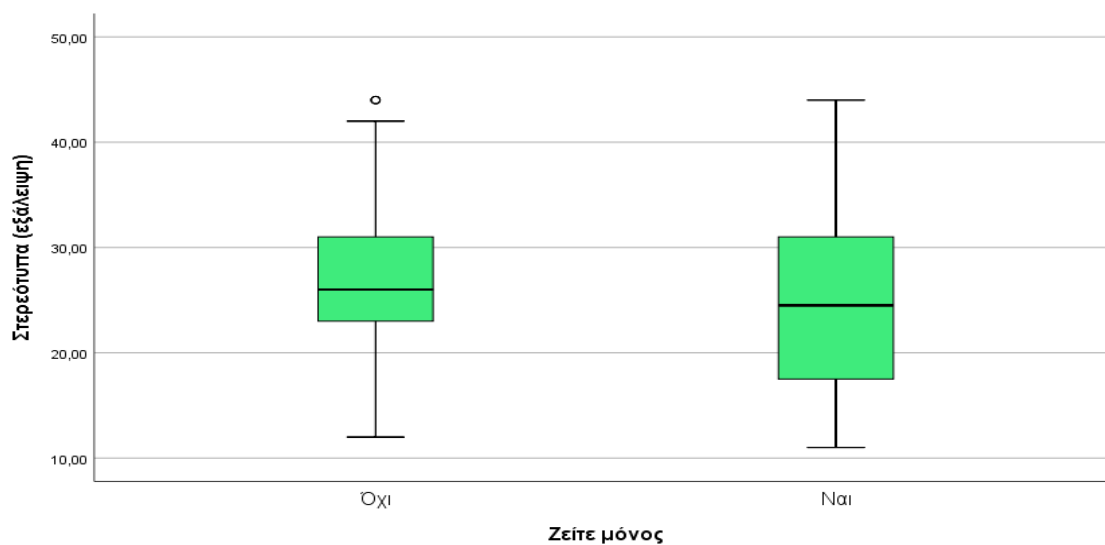
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης «Στερεότυπα (εξάλειψη)» με την διάσταση «Στιγματισμός».

Σχήμα 13 Συσχέτιση της διάστασης «Στερεότυπα» με «Στιγματισμό»



Ακολουθεί το γράφημα της βαθμολογίας στη διάσταση «Στερεότυπα (εξάλειψη)» ανάλογα με την κατάσταση διαβίωσης.

Σχήμα 14 Συσχέτιση διάστασης «Στερεότυπα» με κατάσταση διαβίωσης



➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία».

Πίνακας 18 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Αισιοδοξία» - Δημογραφικά στοιχεία - Αυτοστιγματισμός

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,075	0,037	0,189	0,044
Ηλικία	-0,001	0,002	-0,057	0,607
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	0,068	0,053	0,146	0,200
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,032	0,045	-0,079	0,479
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,059	0,048	-0,128	0,226
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,035	0,039	-0,083	0,376
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	-0,018	0,045	-0,043	0,684
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,039	0,044	-0,090	0,373
Αλλοτρίωση	0,014	0,007	0,283	0,066
Σtereότυπα	-0,016	0,009	-0,328	0,065
Διακρίσεις	-0,007	0,009	-0,132	0,437
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,002	0,008	-0,046	0,789
Στιγματισμός	-0,014	0,008	-0,167	0,069

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

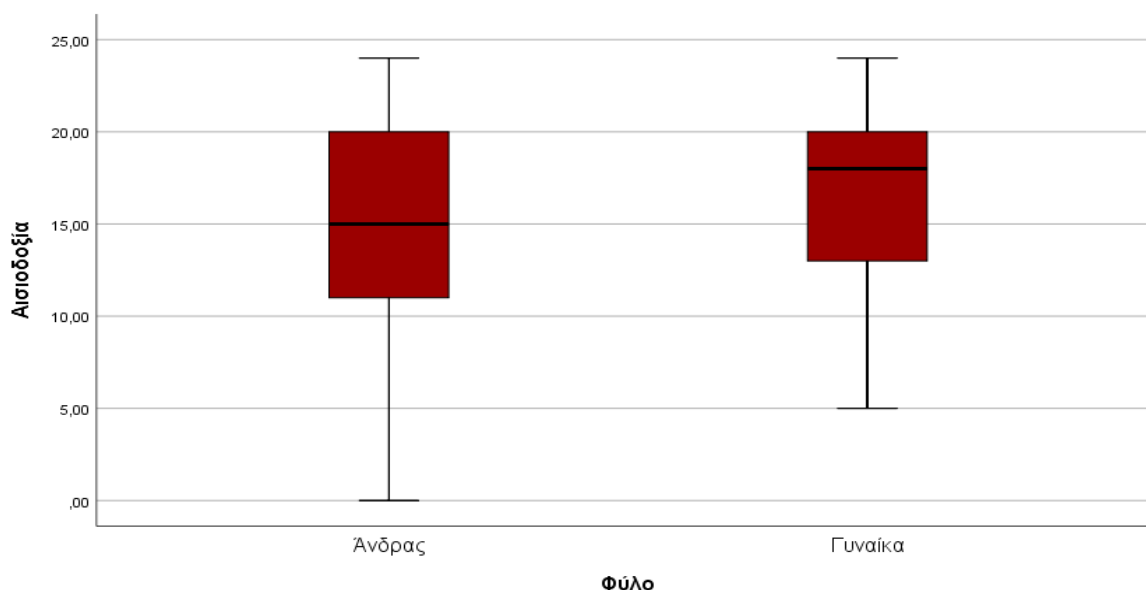
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Μόνο το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση της αισιοδοξίας.

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες ήταν πιο αισιόδοξες σε σχέση με τους άντρες.

Ακολουθεί το γράφημα της βαθμολογίας στη διάσταση σχετικά με την αισιοδοξία, ανά φύλο.

Σχήμα 15 Συσχέτιση διάστασης «Αισιοδοξία» με το φύλο



➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Αντιμετώπιση».

Πίνακας 19 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Αντιμετώπιση»

- Δημογραφικά - Αυτοστιγματισμός

	$\beta+$	SE++	b^*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,001	0,020	0,005	0,958
Ηλικία	0,001	0,001	0,000	0,999
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,035	0,029	-0,135	0,237
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,008	0,025	-0,033	0,764
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	0,027	0,027	0,105	0,315
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,051	0,021	-0,222	0,018
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	-0,016	0,025	-0,065	0,526
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,034	0,024	-0,140	0,167
Αλλοτρίωση	0,002	0,004	0,057	0,708
Στερεότυπα	-0,002	0,005	-0,069	0,690
Διακρίσεις	-0,006	0,005	-0,195	0,239
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,005	0,004	-0,210	0,218
Στιγματισμός	0,003	0,004	0,073	0,422

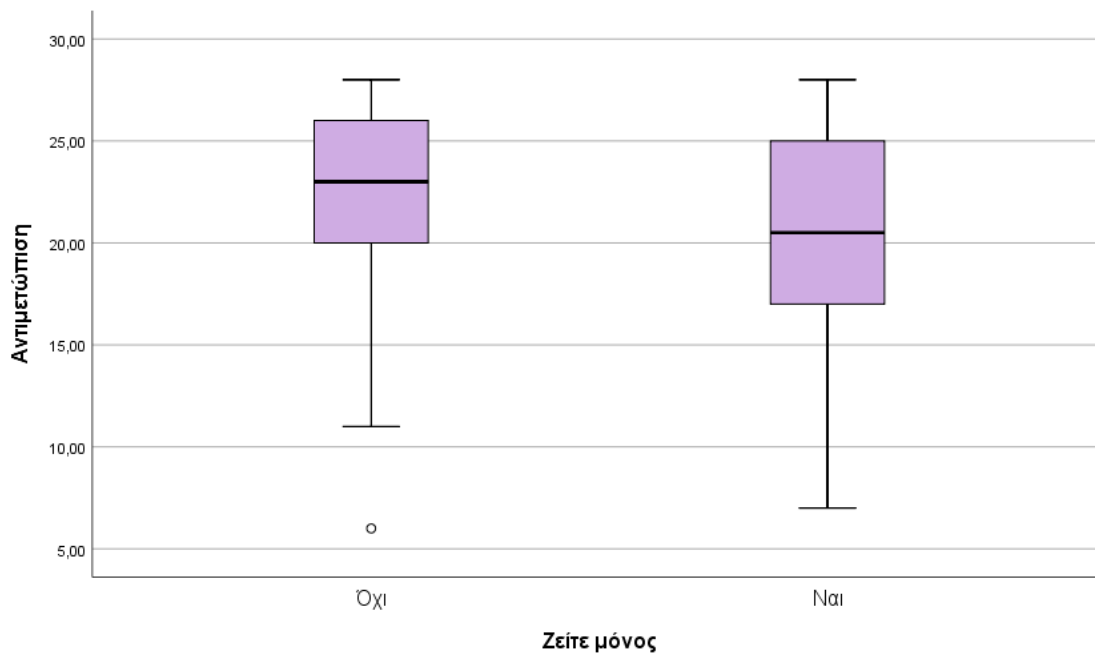
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Μόνο η κατάσταση διαβίωσης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση της αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα, όσοι ζούσαν μόνοι τους είχαν χειρότερη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, συγκριτικά με όσους ζούσαν με οικογένεια, φίλους ή σε δομές.

Ακολουθεί το γράφημα της βαθμολογίας στη διάσταση σχετικά με την αντιμετώπιση, ανάλογα με την κατάσταση διαβίωσης.

Σχήμα 16 Συσχέτιση διάστασης «Αντιμετώπιση» με κατάσταση διαβίωσης



- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Κατανόηση».

Πίνακας 20 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Κατανόηση» - Δημογραφικά Στοιχεία - Αυτοστιγματισμός

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,023	0,028	0,074	0,416
Ηλικία	0,001	0,001	0,000	0,995
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,007	0,040	-0,020	0,855
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,004	0,034	-0,014	0,899
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	0,039	0,036	0,111	0,285
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	0,014	0,029	0,044	0,627
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,010	0,034	0,030	0,773
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,028	0,033	-0,085	0,388
Αλλοτρίωση	0,008	0,005	0,214	0,149
Στερεότυπα	0,000	0,007	-0,012	0,945
Διακρίσεις	0,015	0,007	0,359	0,031
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,002	0,006	-0,064	0,699
Στιγματισμός	0,002	0,006	0,027	0,759

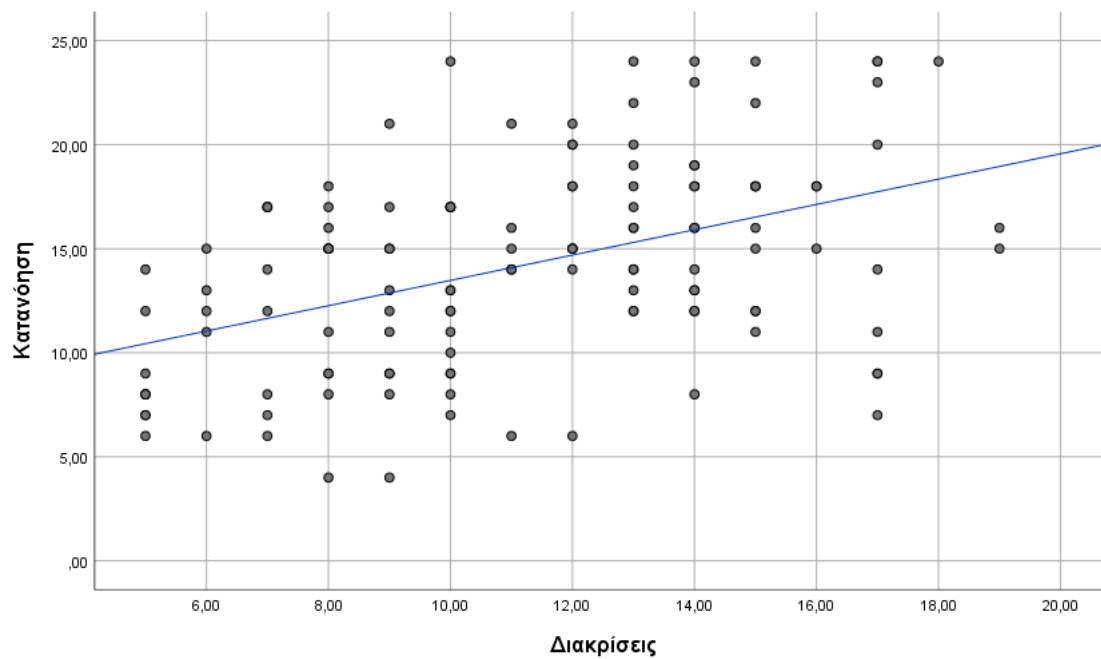
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Μόνο η διάσταση των διακρίσεων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση της κατανόησης. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερες διακρίσεις σχετίζονταν με κατανόηση περισσότερων αρνητικών αντιλήψεων σχετικά με την ψυχική νόσο.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης κατανόησης με την αντίστοιχη των διακρίσεων.

Σχήμα 17 Συσχέτιση διάστασης «Κατανόηση» με «Διακρίσεις»



3.2.3 Συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής απόστασης (SDS) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI)

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις «Προσωρινές σχέσεις», «Σχέσεις εμπιστοσύνης» και «Σταθερές σχέσεις» έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σχέσεις εμπιστοσύνης».

Πίνακας 21 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Σχέσεις εμπιστοσύνης» - Δημογραφικά - Αυτοστιγματισμό

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,023	0,027	-0,078	0,397
Ηλικία	0,001	0,001	0,044	0,694
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,025	0,040	-0,070	0,537
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,051	0,034	-0,167	0,135
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,049	0,036	-0,141	0,180
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,028	0,029	-0,089	0,341
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,055	0,034	0,170	0,105
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,011	0,033	-0,035	0,726
Αλλοτρίωση	-0,006	0,005	-0,175	0,251
Σtereότυπα	0,019	0,007	0,524	0,003
Διακρίσεις	0,004	0,007	0,100	0,552
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,009	0,006	-0,267	0,120
Στιγματισμός	0,009	0,006	0,149	0,102

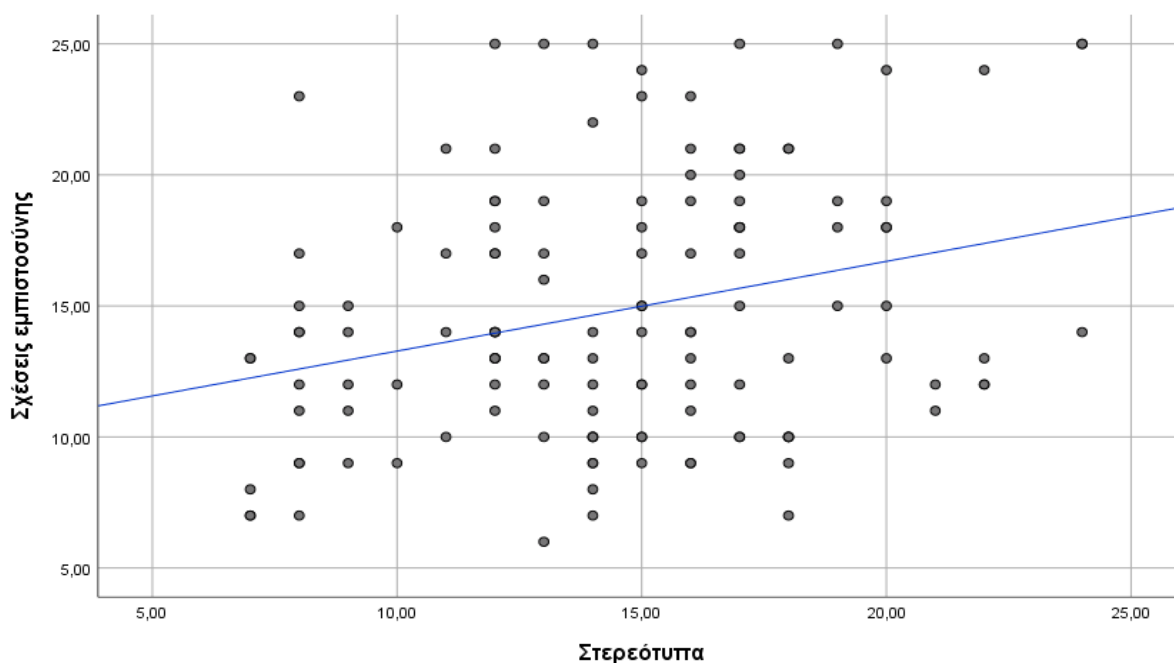
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Η διάσταση των στερεοτύπων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση των σχέσεων εμπιστοσύνης. Συγκεκριμένα, αυξημένες στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετίζονται με μεγαλύτερη επιθυμία για απόσταση από σχέσεις εμπιστοσύνης με άτομα με ψυχική νόσο.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης των βαθμολογιών στις διαστάσεις στερεοτύπων και σχέσεων εμπιστοσύνης.

Σχήμα 18 Συσχέτιση διαστάσεων «Στερεότυπα» και «Σχέσεων εμπιστοσύνης»



- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σχέσεις εμπιστοσύνης».

Πίνακας 22 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Σχέσεις εμπιστοσύνης» - Δημογραφικά στοιχεία - Αυτοστιγματισμός

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,036	0,037	-0,088	0,334
Ηλικία	-0,002	0,002	-0,144	0,188
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	0,076	0,054	0,155	0,164
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,082	0,046	-0,193	0,080
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,035	0,049	-0,073	0,480
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	0,062	0,040	0,143	0,119
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,080	0,046	0,177	0,086
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,083	0,045	-0,184	0,065
Αλλοτρίωση	-0,001	0,007	-0,015	0,921
Στερεότυπα	0,024	0,009	0,457	0,009
Διακρίσεις	-0,003	0,009	-0,052	0,753
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,007	0,008	-0,141	0,401
Στιγματισμός	-0,006	0,008	-0,065	0,463

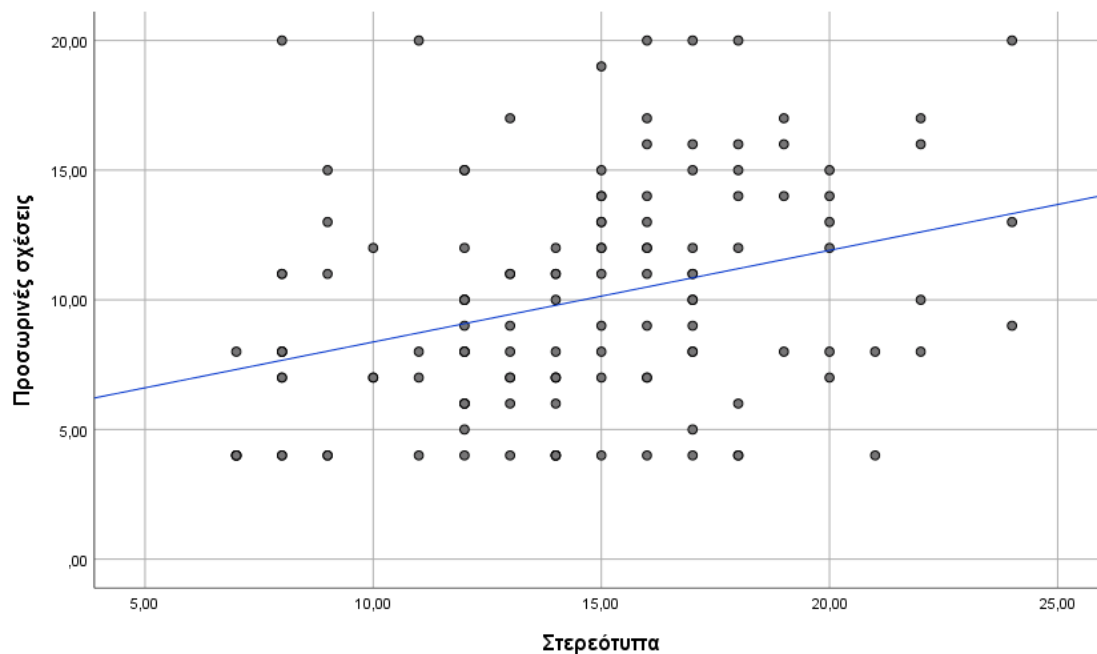
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Η διάσταση των στερεοτύπων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση των προσωρινών σχέσεων. Συγκεκριμένα, αυξημένες στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετίζονται με μεγαλύτερη επιθυμία για απόσταση από προσωρινές σχέσεις με άτομα με ψυχική νόσο.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης των βαθμολογιών στις διαστάσεις στερεοτύπων και προσωρινών σχέσεων.

Σχήμα 19 Συσχέτιση διαστάσεων «Στερεότυπα» με «Προσωρινές σχέσεις»



➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σταθερές σχέσεις».

Πίνακας 23 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Σταθερές σχέσεις» - Δημογραφικά στοιχεία - Αυτοστιγματισμός

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,003	0,034	0,007	0,939
Ηλικία	0,001	0,002	0,003	0,980
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,063	0,049	-0,152	0,194
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,032	0,042	-0,087	0,451
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,015	0,044	-0,037	0,733
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,038	0,036	-0,103	0,287
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,090	0,042	0,232	0,032
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,036	0,040	-0,092	0,372
Αλλοτρίωση	-0,014	0,007	-0,329	0,035
Σtereοτύπα	0,025	0,008	0,548	0,002
Διακρίσεις	0,002	0,009	0,040	0,816
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,003	0,007	-0,078	0,652
Στιγματισμός	0,007	0,007	0,092	0,324

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

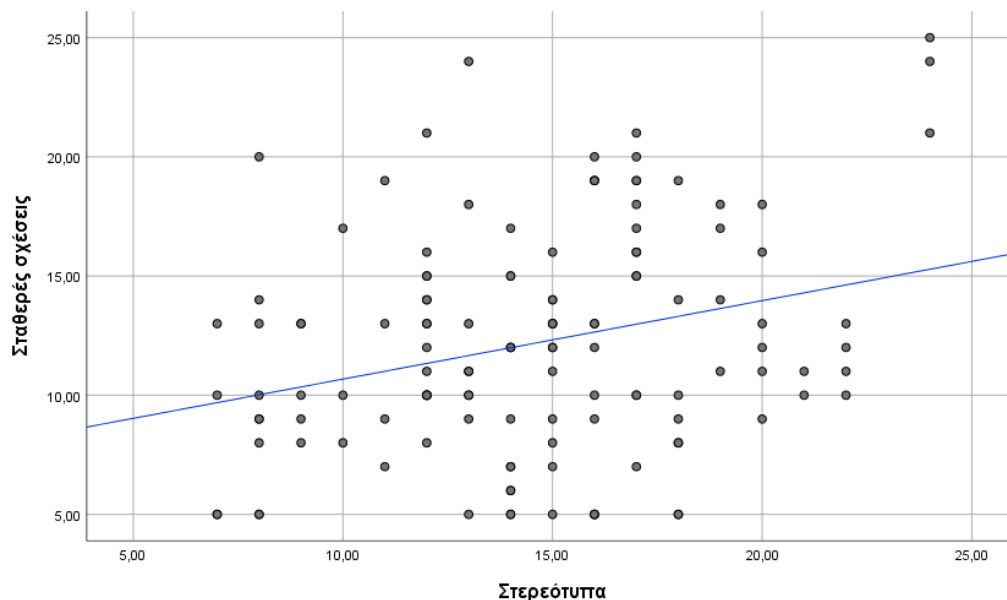
Η διάσταση των στερεοτύπων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση των προσωρινών σχέσεων. Συγκεκριμένα:

- Αυξημένες στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετίζονται με μεγαλύτερη επιθυμία για απόσταση από σταθερές σχέσεις με άτομα με ψυχική νόσο.
- Όσοι είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη επιθυμία για απόσταση από σταθερές σχέσεις με άτομα με ψυχική νόσο, συγκριτικά με όσους δεν είχαν παιδιά.

Μεγαλύτερη επίδραση είχε η διάσταση των στερεοτύπων και ακολουθούσε η ύπαρξη παιδιών.

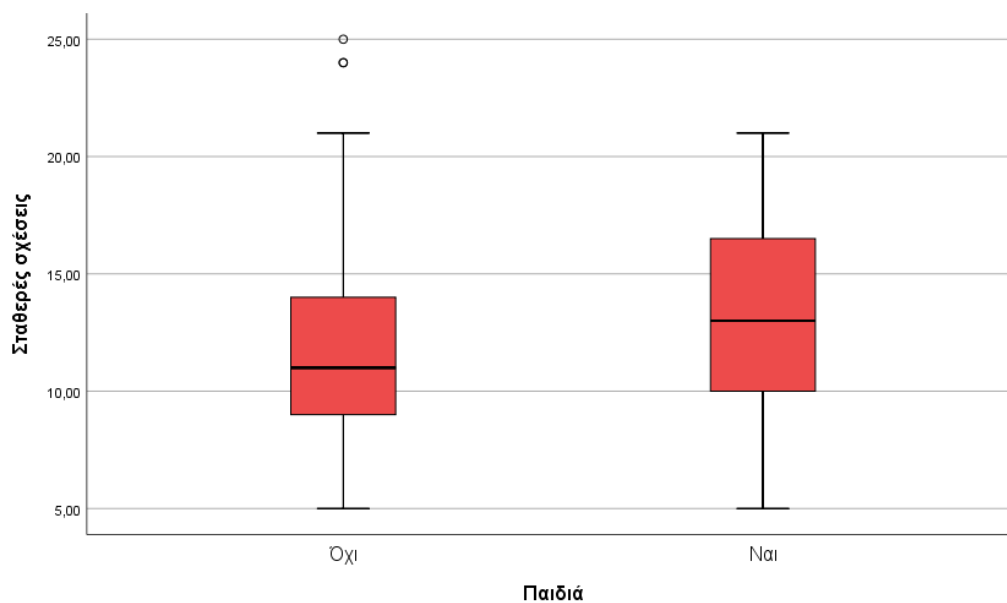
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης των βαθμολογιών στις διαστάσεις στερεοτύπων και σταθερών σχέσεων.

Σχήμα 20 Συσχέτιση διαστάσεων «Στερεότυπα» με «Σταθερές σχέσεις»



Ακολουθεί το γράφημα της βαθμολογίας στη διάσταση των σταθερών σχέσεων ανάλογα με την ύπαρξη παιδιών.

Σχήμα 21 Συσχέτιση διάστασης «Σταθερές σχέσεις» με ύπαρξη ή όχι τέκνων



3.2.4 Συσχέτιση της κλίμακας αυτοφροντίδας (ASAS-R) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, την κλίμακα αυτοστιγματισμού (ISMI) και την κλίμακα συνολικής αξιολόγησης αναπηρίας (WHO-DAS)

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις «Υπαρξη δύναμης αυτοφροντίδας», «Ελλειψη δύναμης αυτοφροντίδας» και «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα» έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού και της κλίμακας συνολικής αξιολόγησης αναπηρίας. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Υπαρξη δύναμης της αυτοφροντίδας».

Πίνακας 24 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Υπαρξη δύναμης αυτοφροντίδας» - Αυτοστιγματισμό - Αναπηρία

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,022	0,019	0,101	0,252
Ηλικία	-0,001	0,001	-0,086	0,403
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	0,025	0,027	0,097	0,350
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,023	0,023	-0,100	0,331
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,022	0,025	-0,086	0,383
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	0,004	0,021	0,019	0,828
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	-0,011	0,023	-0,047	0,627
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,030	0,023	-0,127	0,179
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,003	0,000	-0,472	<0,001
Έλεγχος διαμεσολαβητικού παράγοντα				
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,003	0,001	-0,742	<0,001

Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,003	0,001	-0,446	<0,001
Αλλοτρίωση	-0,001	0,003	-0,046	0,638
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,414	<0,001
Στερεότυπα	-0,003	0,003	-0,107	0,278
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,391	<0,001
Διακρίσεις	-0,004	0,003	-0,143	0,145
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,003	0,001	-0,446	<0,001
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,001	0,003	-0,050	0,610
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,003	0,001	-0,457	<0,001
Στιγματισμός	-0,002	0,004	-0,040	0,641

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

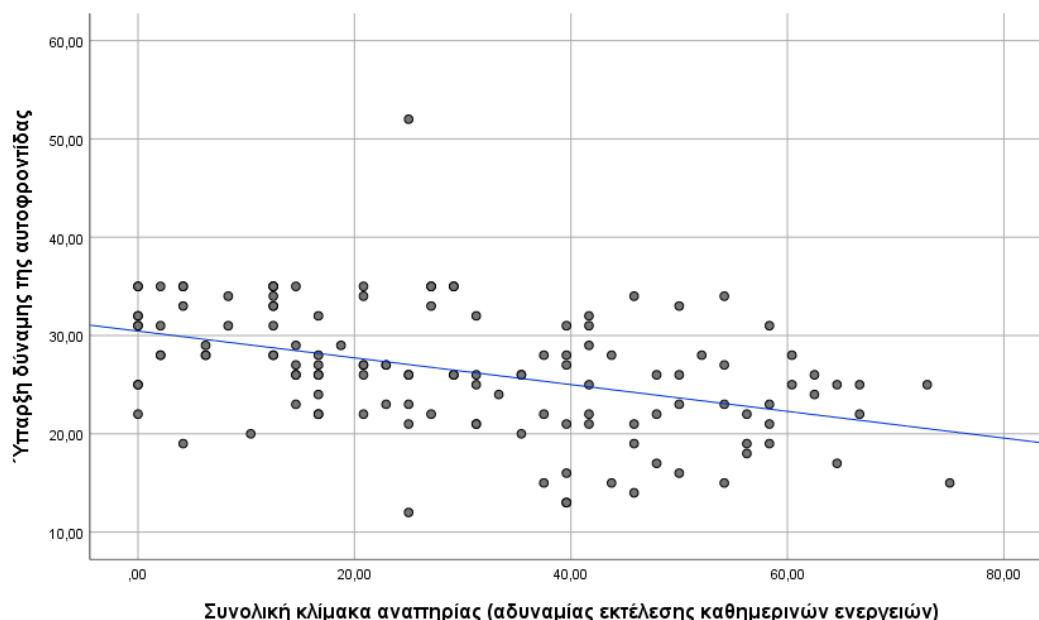
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Η συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση σχετικά με την ύπαρξη δύναμης για αυτοφροντίδα. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη συνολική αναπηρία συνεπαγόταν μικρότερη δύναμη για αυτοφροντίδα.

Λόγω των μη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης της διάστασης σχετικά με την δύναμη αυτοφροντίδας με τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού δεν υπήρχε περίπτωση διαμεσολαβητικού παράγοντα.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης ύπαρξης δύναμης για αυτοφροντίδα και της συνολικής κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας.

Σχήμα 22 Συσχέτιση διάστασης «Υπαρξη δύναμης για αυτοφροντίδα» με WHO - DAS



- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Έλλειψη δύναμης της αυτοφροντίδας».

Πίνακας 25 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης « Έλλειψη δύναμης αυτοφροντίδας» - Αυτοστιγματισμός - Αναπηρία

	$\beta+$	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,044	0,027	-0,137	0,109
Ηλικία	0,001	0,001	0,116	0,249
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,013	0,038	-0,036	0,724
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,038	0,033	-0,116	0,249
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,021	0,035	-0,058	0,546
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	0,014	0,029	0,043	0,621
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,050	0,033	0,145	0,128

Εργασία (Ναι vs Όχι)	0,051	0,032	0,147	0,112
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	0,004	0,001	0,490	<0,001
Έλεγχος διαμεσολαβητικού παράγοντα				
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	0,003	0,001	0, 490	<0,001
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	0,003	0,001	0,394	<0,001
Αλλοτρίωση	0,006	0,004	0,169	0,074
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	0,004	0,001	0,503	<0,001
Στερεότυπα	-0,001	0,004	-0,015	0,874
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	0,004	0,001	0,514	<0,001
Διακρίσεις	-0,002	0,004	-0,043	0,653
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	0,004	0,001	0,458	<0,001
Κοινωνική απομάκρυνση	0,002	0,004	0,058	0,547
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	0,004	0,001	-0,436	<0,001
Στιγματισμός	0,013	0,006	0,195	0,019

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

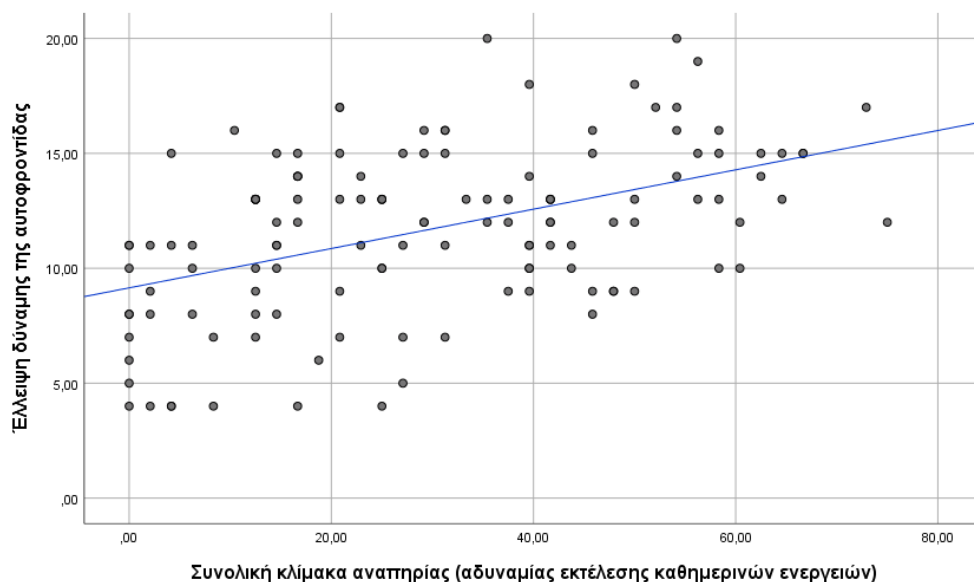
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Η συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση σχετικά με την έλλειψη δύναμης για αυτοφροντίδα. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη συνολική αναπηρία συνεπαγόταν μεγαλύτερη έλλειψη δύναμης αυτοφροντίδας.

Στην ανάλυση σχετικά με τον έλεγχο διαμεσολαβητικών παραγόντων, η διάσταση «Στιγματισμός» προέκυψε ότι είναι σημαντικός μερικός διαμεσολαβητικός παράγοντας στη σχέση της διάστασης σχετικά με την έλλειψη δύναμης για αυτοφροντίδα και την συνολική κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας (Sobel test: p-value=0,030).

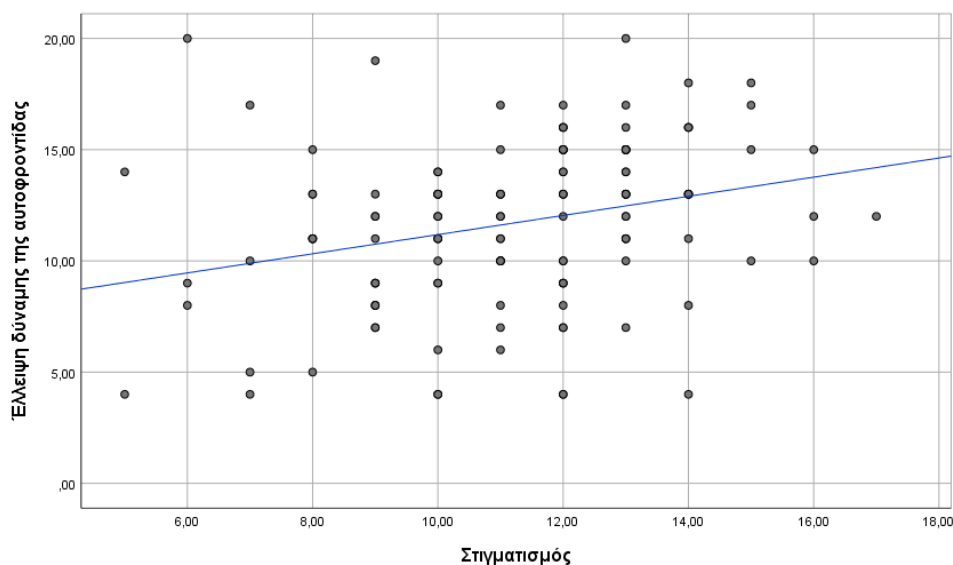
Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης έλλειψης δύναμης για αυτοφροντίδα και της συνολικής κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας.

Σχήμα 23 Συσχέτιση διαστάσεων «Έλλειψη δύναμης για αυτοφροντίδα» - WHO- DAS



Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης έλλειψης δύναμης για αυτοφροντίδα και της διάστασης του στιγματισμού.

Σχήμα 4 Συσχέτιση διάστασης «Έλλειψη δύναμης για αυτοφροντίδα» με «Στιγματισμό»



- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα».

Πίνακας 26 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της διάστασης «Λήψη μέτρων με σκοπό την αυτοφροντίδα» - Αυτοστιγματισμός – WHO-DAS

	β+	SE++	b*	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,033	0,017	0,171	0,056
Ηλικία	0,000	0,001	-0,055	0,595
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	0,000	0,024	-0,002	0,988
Λύκειο vs Πανεπιστημιακές σπουδές	-0,009	0,020	-0,047	0,648
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	0,009	0,022	0,041	0,678
Ζείτε μόνος (Ναι vs Όχι)	-0,005	0,018	-0,024	0,793
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	-0,008	0,021	-0,038	0,696
Εργασία (Ναι vs Όχι)	-0,010	0,020	-0,046	0,625
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,479	<0,001
Έλεγχος διαμεσολαβητικού παράγοντα				
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,479	<0,001
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,487	<0,001
Αλλοτρίωση	0,001	0,002	0,013	0,897
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,412	<0,001
Στερεότυπα	-0,003	0,002	-0,015	0,221
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,461	<0,001
Διακρίσεις	-0,001	0,003	-0,031	0,752
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,403	<0,001
Κοινωνική απομάκρυνση	-0,003	0,002	-0,139	0,157
Συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας	-0,002	0,001	-0,458	<0,001
Στιγματισμός	0,004	0,004	-0,095	0,269

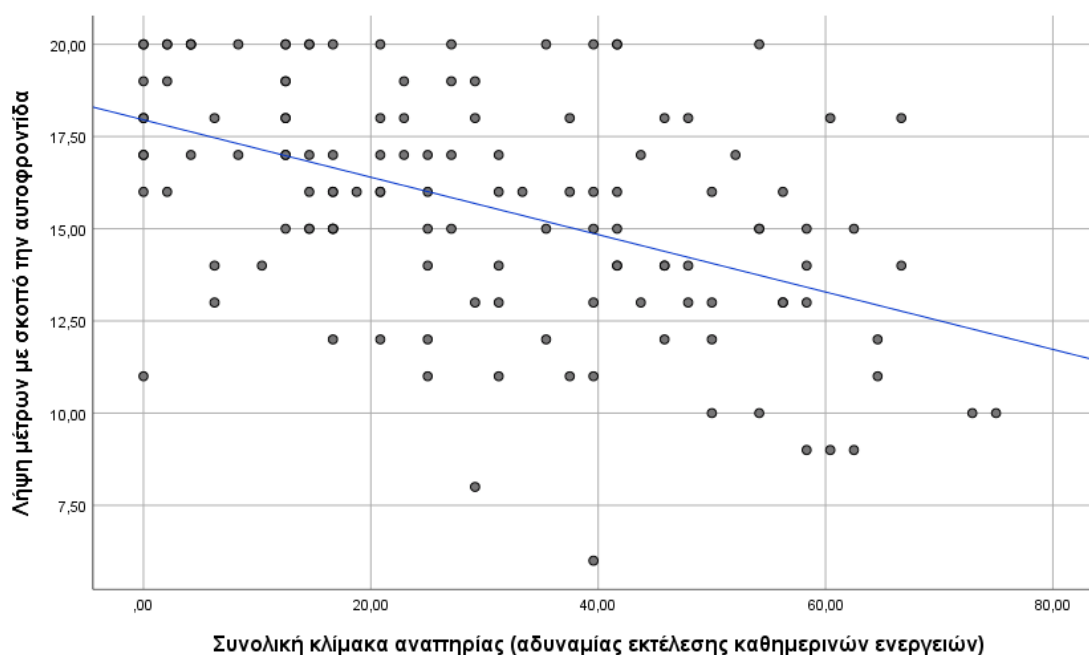
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής

Η συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση σχετικά με την λήψη μέτρων για αυτοφροντίδα. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη συνολική αναπηρία συνεπαγόταν μικρότερη προσπάθεια λήψης μέτρων για αυτοφροντίδα. Λόγω των μη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης της διάστασης σχετικά με την λήψη μέτρων αυτοφροντίδας με τις διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού δεν υπήρχε περίπτωση διαμεσολαβητικού παράγοντα.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της διάστασης λήψη μέτρων για αυτοφροντίδα και της συνολικής κλίμακας αξιολόγησης αναπηρίας.

Σχήμα 25 Συσχέτιση διαστάσεων «Λήψη μέτρων για αυτοφροντίδα» με WHO -DAS



III. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Κύριο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του εσωτερικευμένου στίγματος ατόμων με κάποια ψυχική νόσο, στο στιγματισμό άλλων ψυχικά ασθενών και της συσχέτισης των παραπάνω με τα επίπεδα της λειτουργικότητας και της αυτοφροντίδας τους. Οι επιμέρους στόχοι περιλάμβαναν τις στάσεις, τις αντιλήψεις και την κοινωνική απόσταση ατόμων ψυχικά ασθενών απέναντι στην ψυχική νόσο. Επιπλέον, τη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το επαγγελματικό προφίλ και η διάγνωση κατά ICD 10 με τα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος, τα επίπεδα λειτουργικότητας ή αναπηρίας και με την αυτοφροντίδα. Τέλος, το πως τα επίπεδα αυτοστιγματισμού επιδρούν στην αυτοφροντίδα, την αναπηρία ή τη λειτουργικότητα και πως επιδρούν στις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι σε άλλα άτομα με ψυχική νόσο.

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 130 άτομα με κάποια ψυχιατρική διάγνωση κατά ICD 10, από 3 δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής, με μέσο όρο ηλικίας 48.2 έτη. Βασικά κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν η μη ύπαρξη ενεργής ψυχοπαθολογίας, όπως επίσης και να μην βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση. Η σχιζοφρένεια, όπως και άλλες ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν σημαντικές διαταραχές σε τομείς γνωστικών λειτουργιών όπως η μνήμη, η προσοχή, η μάθηση, ο κινητικός έλεγχος κ.ο.κ.. (400-404) Η ύπαρξη ενεργού ψυχοπαθολογίας και συγκεκριμένα στην περίπτωση της σχιζοφρένειας της αρνητικής σε σύγκριση με τη θετική συμπτωματολογία, φαίνεται να οδηγεί σε σημαντική γνωστική δυσλειτουργία και σημαντικά λειτουργικά ελλείμματα. (405-411)

Το δείγμα αποτελούνταν στην πλειοψηφία του από άτομα του ανδρικού φύλου (παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες), με μικρή διαφορά σε σχέση με άτομα του γυναικείου φύλου, ενώ μόλις ένα ποσοστό κάτω του 1% ανέφερε πως δεν ανήκει σε καμία από τις δύο κατηγορίες. Μελέτες έχουν καταδείξει πως οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό σχιζοφρένειας σε σύγκριση με τις θηλυκότητες. (412) Υπάρχει ένα σημαντικό μέρος μελετών που υποστηρίζει πως το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο πέρα από την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και στις ανισότητες της διάγνωσης και των συμπεριφορών αναζήτησης και

λήψης βοήθειας όπως η θεραπεία και η αποκατάσταση στις ψυχικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί ρόλοι των φύλων, όπως για παράδειγμα η αρρενωπότητα στους άνδρες και η ανάγκη για κυριαρχία και ισχύ, οδηγούν τους άνδρες στην αποφυγή αναζήτησης βοήθειας για ζητήματα ψυχικής υγείας και κατά συνέπεια την αδυναμία πρόληψης ή έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας για μια καλύτερη έκβαση της νόσου. (413,414) Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται συχνά συνειδητά ή ασυνείδητα από πεποιθήσεις σχετικά με το φύλο και την ψυχική υγεία, όπου στερεοτυπικά οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς συναισθηματικά σε σχέση με τους άνδρες, ενώ οι δεύτεροι να εκφράζουν τυχόν ψυχική δυσφορία μέσα από συμπεριφορές όπως η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, με δυσμενές αποτέλεσμα υπερδιάγνωσης στις γυναίκες και υποδιάγνωσης στους άνδρες. (415-418)

Το 1/2 των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι/ες, διέμεναν με οικείους ή οικογένεια και τα 2/3 αυτών δεν είχαν τεκνοποιήσει. Ένας στους τρεις, είχε διαγνωσθεί με διαταραχές στο φάσμα της σχιζοφρένειας (F20) και μια στις έξι με διπολική διαταραχή F31, ενώ οι υπόλοιπες διαγνώσεις εμφανίστηκαν σε πολύ μικρότερα ποσοστά. Αντίστοιχες μελέτες στη Χιλή, στην Αγγλία αλλά και στην Ελλάδα στις οποίες διερευνήθηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές, εντόπισαν μεγαλύτερα ποσοστά ατόμων με κάποια ψυχική διάγνωση που ήταν γυναίκες, από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, άνεργους, άγαμους ή διαζευγμένους και με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. (419-421)

Από τους συμμετέχοντες, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ήτανε λίγο λιγότεροι από τους μισούς, με μικρότερα ποσοστά να είναι απόφοιτοι πανεπιστημίων σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο. Τέλος, από το σύνολο του δείγματος μόλις το 1/3 ανέφερε πως εργαζόταν κάπου, γεγονός το οποίο έρχεται να επιβεβαιώσει δεδομένα προηγούμενων μελετών τα οποία εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ανεργίας μεταξύ ατόμων με ψυχικές νόσους.

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, μέσα στους σημαντικότερους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία, συγκαταλέγονται το εισόδημα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική/ επαγγελματική τάξη και η εργασιακή απασχόληση. (422) Πολλές νοσολογικές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών φαίνεται να επικρατούν μεταξύ ατόμων με χαμηλό εισόδημα. Επίσης, το επαγγελματικό προφίλ των

ατόμων - εργαζόμενη ή άνεργος – φαίνεται να σχετίζονται με τον επιπολασμό, την επίπτωση όπως και την πρόγνωση των κοινών ψυχικών διαταραχών. (423) Μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία κατέδειξε το γεγονός ότι άτομα με χαμηλότερο εισόδημα ή άνεργα παρουσίασαν αυξημένη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κυρίως ως προς τη διάρκεια των επεισοδίων και όχι ως προς την έναρξη τους. (424, 425)

Μελέτη στη Δανία, βρήκε πολύ χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο μεταξύ ατόμων με σχιζοφρένεια, αντίστοιχα μελέτη στο Βόρειο Μαλάουι βρήκε πως το 77% των ατόμων στο φάσμα των ψυχωσικών διαταραχών ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μελέτη στην Τουρκία μεταξύ ατόμων με σχιζοφρένεια, βρήκε ότι το 64% αυτών ήταν άνεργοι και άνεργες, ενώ άλλη βρήκε την ανεργία μεταξύ αυτών των ατόμων στο 90.3%. (426 - 429)

Υπάρχουν δύο βασικές υποθέσεις βιβλιογραφικά, σχετικά με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και την εμφάνιση ψυχικών νόσων. Η πρώτη υπόθεση αφορά στην κοινωνική μετακύλιση/επιλογή και η δεύτερη στην κοινωνική αναπαραγωγή/αιτιότητα. Πιο αναλυτικά, η πρώτη εξηγεί πως τα άτομα λόγω της νόσου και της μειωμένης λειτουργικότητας μεταπίπτουν σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ η δεύτερη εξηγεί πως ένα πτωχό κοινωνικό περιβάλλον αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών νόσων. (430,431) Επιπλέον, μετα αναλύσεις στη βιβλιογραφία καταγράφουν μια αιτιώδη σχέση ανάμεσα στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και κατά συνέπεια μορφωτικό επίπεδο και στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών. (432,433) Πολλές μελέτες αναφέρουν επίσης χαμηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών διαταραχών σε άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. (434)

Στην κλίμακα Αυτοφροντίδας (ASAS – R) ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α , ήταν και για τις τρεις διαστάσεις - διαστάσεις «Υπαρξη δύναμης Αυτοφροντίδας (Having power to self-care)», «Αδυναμία Αυτοφροντίδας (Lacking power for self - care)», και «Λήψη μέτρων με σκοπό την Αυτοφροντίδα (Developing power for self - care)» - μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία. Ο μέσος για την ικανότητα αυτοφροντίδας ήταν 26.4, στην δεύτερη διάσταση «αδυναμία αυτοφροντίδας» ήταν 11.7 ενώ για την Τρίτη διάσταση καταγράφηκε 15.6.

Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται μελέτες που αφορούν κυρίως στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχική νόσο, συμπεριλαμβάνοντας τα επίπεδα αυτοφροντίδας, ενώ δεν

υπάρχουν μελέτες που εξετάζουν αμιγώς το συγκεκριμένο ζήτημα. Μελέτη στην Κίνα σε άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο νοσηλευόμενους και σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έδειξε σημαντικά επίπεδα ικανότητας αυτοφροντίδας. (435) Αντίστοιχες μελέτες στη Βραζιλία, τη Γερμανία, τις ΗΠΑ, τη Βόρεια Αφρική και την Κίνα, βρήκαν πολύ χαμηλά επίπεδα αυτοφροντίδας σε άτομα με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές νόσους, κυρίως όταν συνυπήρχε κάποια σωματική νόσος ή μεγαλύτερη ηλικία. (436-439)

Στην κλίμακα των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο (ASMI), καταγράφηκαν και για τις τέσσερις διαστάσεις της «Στερεότυπα (εξάλειψη)», «Αισιοδοξία», «Αντιμετώπιση» και «Κατανόηση» ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν μεγαλύτερος του 0,7, γεγονός το οποίο υποδηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία. Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, καταγράφηκαν υψηλές μη στιγματιστικές αντιλήψεις σε σχέση με μελέτη σε πληθυσμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα το 2022 συγκρίνοντας τους μέσους του δείγματος σε κάθε περίπτωση με τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας. (440)

Και για τις πέντε διαστάσεις της κλίμακας αυτοστιγματισμού (ISMI) «Αλλοτρίωση (Alienation)», «Στερεότυπα (Stereotype Endorsement)», «Διακρίσεις (Discrimination experience)», «Κοινωνική απομάκρυνση (Social Withdrawal)» και «Στιγματισμός (Stigma Resistance (reverse))» ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach, ήταν μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία. Στον πληθυσμό της μελέτης καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού. Το γεγονός αυτό διαφαίνεται σε σχέση με πρότερες μελέτες, καθώς η μέση τιμή για τη διάσταση «Αλλοτρίωση» ήταν 4.2 μονάδες, για τα «Στερεότυπα» 4.1 μονάδες, για τις «Διακρίσεις» 3.6 μονάδες και για την «Κοινωνική απομάκρυνση» μόλις 4.3 μονάδες. Τέλος, για τη διάσταση «Στιγματισμός» η μέση τιμή ήταν 2.4 μονάδες, τα ποσοστά αυτοστιγματισμού φαίνονται να είναι υψηλά σε σχέση με προηγούμενες μελέτες στην Ινδία όπου οι μέσες τιμές ήταν μικρότερες, συγκεκριμένα, 2.4 («Αλλοτρίωση»), 2.2 («Στερεότυπα»), 2.3 («Διακρίσεις»), 2.4 («Κοινωνική απομάκρυνση») και 1.9 («Στιγματισμός»). (441) Μικρότερα ήταν τα ποσοστά και σε μελέτη σε πληθυσμό της Ιαπωνίας, όπου μέση τιμή για κάθε διάσταση της κλίμακας ήταν μικρότερη, 2.35 («Αλλοτρίωση»), 2.10 («Στερεότυπα»), 2.25 («Διακρίσεις»), 2.27 («Κοινωνική απομάκρυνση») και 2.75 («Στιγματισμός»). (442)

Για την Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης (Social Distance Scale – SDS) και στις τρεις διαστάσεις «Σταθερές σχέσεις», «Σχέσεις εμπιστοσύνης» και «Προσωρινές σχέσεις» ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν μεγαλύτερος του 0.7, υποδηλώνοντας υψηλή αξιοπιστία. Στο δείγμα η επιθυμία για κοινωνική απόσταση από άλλα άτομα με κάποια ψυχική νόσο ήταν μικρή.

Υψηλός δείκτης αξιοπιστίας Cronbach $\alpha > 0.7$ καταγράφηκε και για τις τρεις διαστάσεις της Κλίμακας αξιολόγησης της αναπηρίας WHO -DAS, «Κινητική ικανότητα», «Συμμετοχή και κατανόηση» και «Αυτοφροντίδα», καθώς και για την συνολική κλίμακα αξιολόγησης αναπηρίας. Τα ποσοστά συνολικής αναπηρίας στο δείγμα ήταν χαμηλά.

Στην παρούσα μελέτη, μεγαλύτερη αναπηρία και μεγαλύτερη ανικανότητα κίνησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες σχετίστηκε με μεγαλύτερη έλλειψη ικανότητας αυτοφροντίδας. Άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν δυσκολίες πέραν της κοινωνικοποίησης και των διαπροσωπικών σχέσεων και στη διενέργεια καθημερινών δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας, εξαιτίας των θετικών (αντιληπτικές διαταραχές) αλλά και των αρνητικών (απόσυρση) συμπτωμάτων της νόσου. (443-445) Ακόμη και τα υπολειμματικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιορίζουν τις δεξιότητες αυτοφροντίδας προκαλώντας ανικανότητα και αναπηρία. (446,447) Σε μελέτη στην Τουρκία, το 58% των ατόμων με σχιζοφρένεια που συμμετείχαν, ανέφεραν πως χρειαζόνταν καθημερινή βοήθεια για τη διεκπεραίωση βασικών αναγκών αυτοφροντίδας καθημερινά, εξαιτίας της αναπηρίας προερχόμενης από τη νόσο. (448) Οι σοβαρές ψυχικές νόσοι, όπως στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, είναι χρόνιες και δύσκολα αναρρώνουν τα άτομα, με αποτέλεσμα μεγάλα ποσοστά μόνιμης αναπηρίας. (449) Επίσης, η ύπαρξη αρνητικής συμπτωματολογίας της σχιζοφρένειας φάνηκε να σχετίζεται με μεγαλύτερη αναπηρία σε σχέση με την ύπαρξη θετικής συμπτωματολογίας. (450,451) Η αναπηρία που οφείλεται στην ψυχική νόσο, ιδιαίτερα στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, εμποδίζει τα άτομα από τη εξάσκηση σε καθημερινές δραστηριότητες αυτοφροντίδας. (448)

Στην παρούσα μελέτη οι παράγοντες που συνέβαλαν σε μεγαλύτερα ποσοστά ικανότητας για αυτοφροντίδα, αλλά και στη δυνατότητα για τη λήψη μέτρων αυτοφροντίδας στην καθημερινότητα, φάνηκαν να είναι οι λιγότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις για τις ψυχικές νόσους, η μεγαλύτερη αισιοδοξία απέναντι στα γεγονότα της ζωής και η καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου και των συμπτωμάτων της. Σε μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας,

υψηλότερα ποσοστά σε κλίμακες γενικής ψυχοπαθολογίας (αρνητική συμπτωματολογία σχιζοφρένειας, αγχώδεις διαταραχές, αίσθημα ενοχών, ένταση, κινητικές δυσκολίες, απόσπαση προσοχής, διαταραχή της βούλησης και κοινωνική αποφυγή) , σκοράρουν μεγαλύτερα ποσοστά αναπηρίας και μειωμένα ποσοστά ικανοποιητικής αυτοφροντίδας. (452,453)

Μελέτη στην Ινδία, βρήκε υψηλά ποσοστά αναπηρίας και ελλιπούς αυτοφροντίδας σε άτομα με ψυχική νόσο που δεν είχαν συμμόρφωση στη θεραπεία. Όσο καλύτερη επίγνωση έχει το άτομο για τη νόσο του και την αντιμετώπισή της τόσο πιο χαμηλά είναι τα ποσοστά αναπηρίας και δυσλειτουργίας σε δραστηριότητες της καθημερινότητας. (454- 457) Μελέτη στην Κίνα βρήκε πως τα άτομα με σχιζοφρένεια και διπολική, κατέγραψαν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοφροντίδας σε σχέση με άλλες διαγνωστικές κατηγορίες, γεγονός το οποίο σχετίστηκε και με καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία. (458) Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να ενισχυθούν και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, καθώς βρέθηκε πως καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου, συμβάλλει καλύτερη κινητική ικανότητα και μειωμένη αναπηρία σε αυτόν τον τομέα. Τέλος, κάποια δημογραφικά στοιχεία που καταγράφηκαν σε μελέτη στην Κίνα και σχετίστηκαν με τα επίπεδα αυτοφροντίδας φάνηκαν να είναι το μορφωτικό επίπεδο, όπου ήταν υψηλότερο διατηρούνταν και ένα πιο επαρκές επίπεδο αυτοφροντίδας και σε επίπεδο αντιμετώπισης της νόσου και συμμόρφωσης στη θεραπεία, αλλά και σε επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας. (459)

Παρόλα αυτά, μελέτη στην Τουρκία, βρήκε πως παρά την υψηλή επίγνωση για την νόσο, τα άτομα μπορεί να έχουν έλλειψη κινήτρων και απροθυμία να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο αυτοφροντίδας για λόγους όπως όπως η απελπισία και η απόγνωση αναφορικά με τους κοινωνικούς ρόλους, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, και τα υψηλά ποσοστά στιγματισμού. (448) Στη μελέτη μας, η μεγαλύτερη αλλοτρίωση, η κατανόηση ή και ενσωμάτωση των στερεοτυπικών αντιλήψεων για τις ψυχικές νόσους, η κοινωνική απομόνωση (επιθυμία για κοινωνική απόσταση, λιγότερες σχέσεις εμπιστοσύνης) και το βίωμα διακρίσεων και στιγματισμού καταλήγουν σε μειωμένα επίπεδα επιθυμίας και δεξιοτήτων αυτοφροντίδας και μεγαλύτερα σκορ αναπηρίας. Η απονοματοδότηση της καθημερινότητας και της κοινωνικοποίησης, αλλά και κυρίως οι διακρίσεις και ο στιγματισμός που υφίστανται από το

κοινωνικό σύνολο, τους στερεί την κοινωνική ταυτότητα με αποτέλεσμα σοβαρές συνέπειες στην κοινωνική λειτουργικότητα και την αυτοφροντίδα ψυχικά ασθενών. (460-462)

Το εσωτερικευμένο στίγμα, φαίνεται να προβλέπει τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας, μεγαλύτερα ποσοστά αυτοστιγματισμού, αποτρέπουν το άτομο από το αναζητήσει βοήθεια ή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας του. (463-469) Μελέτη στην Ινδία, βρήκε πως τα αυξημένα ποσοστά αυτοστιγματισμού οδηγούν σε μεγαλύτερη αναπηρία και μειωμένες συμπεριφορές αυτοφροντίδας. Η ψυχοεκπαίδευση στα ίδια τα άτομα και τις οικογένειες φαίνεται να μειώνει και τη βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας αλλά και να μειώνει τα ποσοστά αναπηρίας στα άτομα με ψυχικές νόσους. (470) Στο Βιετνάμ, η κοινωνική απομόνωση των ψυχικά ασθενών, βρέθηκε να μειώνει την κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων αυτών. (471)

Και άλλες μελέτες ήρθαν να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, όπου τα υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού στα άτομα με ψυχική νόσο, οδηγούν σε χαμηλά ποσοστά φαρμακευτικής συμμόρφωσης, τα οποία συγκαταλέγονται στο πλαίσιο της αυτοφροντίδας. (472, 473) Το ίδιο φάνηκε να ισχύει και με την εσωτερικευση των αρνητικών στερεοτύπων που ισχύουν κοινωνικά για την ψυχική νόσο.

Επομένως, τόσο από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όσο και από την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία, καταγράφεται ως αδήριτη ανάγκη η επένδυση στην εκπαίδευση για καλύτερη φαρμακευτική συμμόρφωση των ατόμων με ψυχικές νόσους, όπως επίσης και η κοινωνική συμπερίληψη, αποστιγματισμός, επαγγελματική και εκπαιδευτική συμπερίληψη, αλλά και η φροντίδα και υποστήριξη της οικογένειας και του περιβάλλοντος του ατόμου συμβάλλου έτσι ώστε είτε να διατηρήσουν είτε να επανακτήσουν ικανοποιητικά επίπεδα αυτοφροντίδας. (474,475)

Συμπληρωματικά ευρήματα της μελέτης αφορούν στην συσχέτιση των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο με τον αυτοστιγματισμό και την κοινωνική απόσταση. Όσο μεγαλύτερη αποξένωση, εσωτερικευση των στερεοτύπων για την ψυχική νόσο, το βίωμα διακρίσεων και κοινωνική απομόνωση βιώσει το άτομο, φάνηκε να συνεπάγεται περισσότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις, μικρότερη προσπάθεια αντιμετώπισής τους και λιγότερη αισιοδοξία. Η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει μελέτες που αφορούν στις στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο από διάφορες κοινωνικές ομάδες. Μια από αυτές, πέραν από το γενικό πληθυσμό είναι οι

επαγγελματίες υγείας, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι φοιτητές σχολών υγείας. Μελέτη στον Καναδά και την Ουγγαρία μεταξύ ψυχιάτρων έδειξαν μικρά ποσοστά στιγματισμού και θετικές στάσεις και μικρότερη κοινωνική απόσταση απέναντι στην ψυχική νόσο. (476,477) Αντίθετά όμως, αν το ψυχικό πρόβλημα αφορά τους ίδιους τους ψυχιάτρους, καταγράφηκαν μικρότερα ποσοστά αναζήτησης βοήθειας ψυχικής υγείας, αντανακλώντας εσωτερικευμένες αντιλήψεις και στερεότυπα σχετικά με την ανικανότητα των ψυχικά ασθενών. (476) Οι επαγγελματίες που είχαν αναζητήσει βοήθεια για προσωπικά προβλήματα ψυχικής υγείας, ανέφεραν μικρότερη κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς. (478,479)

Η μελέτη αυτή ανέδειξε μια επιπλέον συσχέτιση που αφορά τον αυτοστιγματισμό και την μέτρηση της κοινωνικής απόστασης από τα άτομα με ψυχική νόσο. Φάνηκε λοιπόν, πως όσο περισσότερο τα άτομα εσωτερικευαν τα στερεότυπα και τις διακρίσεις εξαιτίας της ψυχικής νόσου, τόσο μεγαλύτερη επιθυμία είχαν από σχέσεις εμπιστοσύνης τόσο σταθερές όσο και προσωρινές. Στη βιβλιογραφία, υποστηρίζεται πως για τα άτομα με σοβαρές ψυχικές νόσους, η ύπαρξη σε συνθήκες στιγματισμού ή αυτοστιγματισμού, οδηγούν σε γνωστική, κοινωνική και επαγγελματική υπολειπτικότητα. (480,481) Ακόμη, μελέτες έχουν βρει πως το εσωτερικευμένο στίγμα, αποτελούσε πρόδρομο κοινωνικού άγχους και σχετίστηκε με συμπεριφορές αποφυγής της κοινωνικής επαφής, ως στρατηγικές αντιμετώπισης. (482-484) Οι αναμενόμενες κοινωνικές διακρίσεις και το εσωτερικευμένο στίγμα, δύναται να επηρεάσουν την απάντηση του ατόμου στην κοινωνική απόρριψη. Ο κοινωνικός αποκλεισμός, σχετίστηκε με υπερευαισθησία και δυσκολία ρύθμισης των συναισθημάτων κυρίως αυτομομφής. Τα παραπάνω αφορούν την υπερευαισθησία στην κοινωνική απόρριψη που αποτελεί ένα γνωστικό μοντέλο του αυτοστιγματισμού στην ψύχωση. (485)

Από τη συσχέτιση της κλίμακας λειτουργικότητας – αναπηρίας (WHODAS) με την κλίμακα του εσωτερικευμένου στίγματος (ISMI scale) βρέθηκε πως οι συμμετέχουσες που διέμεναν μόνες τους και ήταν σε θέση να υποστηρίξουν τις ανάγκες της ανεξάρτητης διαβίωσης και οι συμμετέχοντες που εργάζονταν κάπου, κατέγραψαν μικρότερη κινητική δυσκολία, με την εργασία να αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα μεγαλύτερης λειτουργικότητας σε αυτόν τον τομέα.

Όσοι και όσες διέμεναν μόνοι, κατέγραψαν επίσης μεγαλύτερη συμμετοχή σε δραστηριότητες της καθημερινότητας και χαμηλά σκορ στη συνολική κλίμακα αναπηρίας. Η

συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας και η διατήρηση ή επανοηματοδότηση ενός κοινωνικού ρόλου έχει φανεί να αποτελεί από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ανάκτηση της λειτουργικότητας ψυχικά ασθενών. (486) Αντίστοιχα άτομα με ψυχική νόσο που ήταν παντρεμένα ανέφεραν σε χαμηλότερα ποσοστά στιγματιστικές αντιλήψεις σε σύγκριση με χωρισμένους ή ανθρώπους που ζούσαν μόνοι τους, πιθανή εξήγηση φαίνεται να αποτελεί το γεγονός πως οι ανύπαντροι ή χωρισμένοι έρχονταν αντιμέτωποι με περισσότερες διακρίσεις από την οικογένεια ή άλλες κοινωνικές ομάδες. (487)

Η καλή φαρμακευτική συμμόρφωση, που αποτελεί σημαντικό δείκτη λειτουργικότητας και επαρκούς αυτοφροντίδας, έδειξε πως μειώνει τα σκορ του στιγματισμού. (488) Το μορφωτικό επίπεδο και το εργασιακό προφίλ φαίνεται επίσης να επηρεάζει τα ποσοστά εσωτερικευμένου στίγματος, γεγονός το οποίο ερμηνεύεται πως καλύτερη εκπαίδευση και η δυνατότητα εργασίας, δίνουν στο άτομο μια επιπλέον ώθηση για επίγνωση και εναισθησία σχετικά με τη νόσο τους, μειώνοντας έτσι τις στιγματιστικές αντιλήψεις και την εσωτερίκευση τους. (489,490)

Η ψυχική νόσος παραμένει δυσανάλογα ένας σημαντικός παράγοντας για μακροχρόνια αποχή και αναπηρία σχετικά με την εργασία. Τα ποσοστά ψυχικά ασθενών που εργάζονται παραμένουν υψηλά σε σημαντικό βαθμό, χωρίς μεταβολές όλα αυτά τα χρόνια και σχετίζονται με σημαντικό προσωπικό και κοινωνικό κόστος. (491,492) Ορισμένοι από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάσταση αυτή είναι το αίσθημα απελπισίας, ανεπάρκειας και ο αυτοστιγματισμός. (493,494) Σύγχρονες μελέτες, τοποθετούν και μια νέα έννοια αυτή της ηττοπαθούς πεποίθησης, εξηγώντας όλες εκείνες τις υπεργενικευμένες αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις ικανότητες ενός ατόμου να επιτύχει ένα έργο. (495,496)

Βιβλιογραφικά, οι σοβαρές ψυχικές νόσοι, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αναπηρίας. (497) Η λειτουργική αναπηρία, αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην αυτοφροντίδα, στη συμμετοχή στις δραστηριότητες της κοινότητας. (498)

Άλλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυγμένες χώρες συσχέτισαν την αναπηρία στα άτομα με σοβαρές ψυχικές νόσους με τα δημογραφικά στοιχεία, το ανδρικό φύλο, τη μεγαλύτερη ηλικία, τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, η βαρύτητα της νόσου και η διάρκεια της και τέλος, ο στιγματισμός. (499 – 502)

Σε μελέτη στην Αφρική, υψηλά ποσοστά μειωμένης λειτουργικότητας και αναπηρίας, συσχετίστηκαν με τη βαρύτητα της νόσου, την αυξημένη ηλικία και τα υψηλά ποσοστά

αυτοστιγματισμού. Τα άτομα με ψυχική νόσο που ήταν παντρεμένοι ή σε σχέση σημείωσαν χαμηλότερα ποσοστά αναπηρίας. Η ύπαρξη συντροφικής σχέσης φάνηκε να βοηθά το άτομο, καθώς του παρέχει την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη έτσι ώστε να είναι λειτουργικό και να εμπλέκεται σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες. (501,503)

Στην παρούσα μελέτη, τα υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού και συγκεκριμένα οι διαστάσεις της αλλοτρίωσης και της αποξένωσης, φάνηκε να αποτελούν το δεύτερο παράγοντα, μετά το εργασιακό προφίλ των συμμετεχόντων που σχετίζεται και με μεγαλύτερη κινητική δυσκολία στα άτομα.

Επίσης, τα υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού, αποτέλεσαν τον πρωταρχικό παράγοντα που επηρεάζει τη συμμετοχή στις δραστηριότητες της καθημερινότητας. Τέλος, τα άτομα που είχαν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοστιγματισμού και είχαν βιώσει περισσότερες διακρίσεις λόγω της νόσου, είχαν και μεγαλύτερη δυσκολία στις ενέργειες αυτοφροντίδας, αλλά και συνολική αυξημένη αναπηρία. Μελέτες σε Ευρώπη και Αιθιοπία, βρήκαν υψηλά ποσοστά στη διάσταση της αποξένωσης, αλλά μικρότερη συμφωνία με τις στερεοτυπικές αντιλήψεις σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης. Αντίστοιχα, η διάσταση της αυτοεκτίμησης ήταν υψηλή σε άτομα με υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού. (504-506)

Οι βιωμένες διακρίσεις σε επίπεδο καθημερινότητας τόσο σε πρακτικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο, φαίνεται πως ωθούν το άτομο να απομονώνεται και να αποσύρεται από δραστηριότητες κοινωνικοποίησης ή αυτοεξυπηρέτησης και Αυτοφροντίδας, εξαιτίας της απονοηματοδότησης. Η εσωτερίκευση αντιλήψεων που επικρατούν σχετικά με την παραγωγικότητα των ατόμων με ψυχική νόσο, τα οποία ενδεχομένως να μη μπορούν να ανταπεξέλθουν στα κριτήρια που θέτει το υπάρχον κοινωνικό σύστημα δόμησης της κοινωνίας μας, ωθεί τα άτομα αυτά σε ένα αίσθημα αποξένωσης καθώς το αίσθημα του ανήκειν φθίνει, όσο η διαφορετικότητα σε πολλαπλούς τομείς της ζωής (εκπαίδευση, εμφάνιση, φύλο, φυλή κοκ) δεν γίνεται ανεκτή και αποδεκτή.

Οι συμμετέχοντες που διαβιώνουν μόνοι τους, ανέφεραν περισσότερο έντονες στερεοτυπικές αντιλήψεις σε σύγκριση με εκείνους και εκείνες που διέμεναν με το άμεσο οικογενειακό ή συγγενικό πλαίσιο. Η κατάσταση διαβίωσης, φάνηκε να επηρεάζει την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, συγκεκριμένα όσοι διέμεναν ανεξάρτητα είχαν χειρότερη αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων. Η κατάσταση διαβίωσης, πέρα από τη λειτουργικότητα συχνά αφορά και την οικονομική κατάσταση και την κοινωνική τάξη των ανθρώπων. Αντίστοιχα άτομα από

υψηλότερες κοινωνικές τάξεις και με μεγαλύτερο οικονομικό εισόδημα είχαν μειωμένα ποσοστά αυτοστιγματισμού. (256)

Επιπλέον, τα άτομα εκείνα που είχαν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοστιγματισμού, ανέφεραν περισσότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις, γεγονός το οποίο σχετίζεται με αυξημένη αποδοχή των στερεοτυπικών αντιλήψεων. Τα άτομα με υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού, σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, ελπίδας, ενδυνάμωσης και ποιότητας ζωής. (507) Η εσωτερίκευση των διακρίσεων και των στερεοτυπικών αντιλήψεων που βιώνουν σε μεγάλο βαθμό τα άτομα με ψυχικές νόσους, φαίνεται πως τα εξωθούν να στην υιοθέτηση και την αναπαραγωγή περισσότερο στερεοτυπικών αντιλήψεων για άλλους ψυχικά ασθενείς και ειδικά σε διαγνωστικές κατηγορίες που έχουν βιώσει το στιγματισμό σε πολύ πιο μεγάλη κλίμακα όπως είναι η σχιζοφρένεια ή η διπολική διαταραχή.

Οι γυναίκες συμμετέχουσες είχαν πιο υψηλά σκορ στη διάσταση της αισιοδοξίας σχετικά με την ύπαρξη κάποιας ψυχικής νόσου σε σχέση με τους άνδρες συμμετέχοντες. Παρόλο που όπως έχει φανεί και σε άλλες μελέτες οι γυναίκες καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά αυτοστιγματισμού σε σχέση με τους άνδρες, καθώς πέραν της ψυχικής νόσου έρχονται αντιμέτωπες και με διακρίσεις λόγω του φύλου τους, (508) έχουν πιο θετικές και αισιόδοξες στάσεις απέναντι στην ύπαρξη και την έκβασή της.

Επίσης τα άτομα τα οποία είχαν ενστερνιστεί περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο, αναφέρουν και τις μεγαλύτερες διακρίσεις. Άτομα με πολλαπλές νοσηλείες και κατά πάσα πιθανότητα μεγαλύτερη βαρύτητα και χρονιότητα της ψυχικής νόσου, απέχουν σε σημαντικό βαθμό από τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και συχνά στιγματίζονται πολύ περισσότερο, και εσωτερικεύουν όλες αυτές τις στερεοτυπικές αντιλήψεις εις βάρος τους, αναπαράγοντας τις διακρίσεις και σε άλλους. (509-511)

Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα μελετών στο γενικό πληθυσμό. Η προσωπική εμπειρία και επαφή με άτομα με ψυχικά νοσήματα, έχει φανεί ότι μειώνει τις αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την επικινδυνότητα ή τη θυματοποίηση των ψυχικά ασθενών. (512) Επιπλέον, ο τύπος της επαφής και η διάρκεια της επαφής, φάνηκε να έχει ιδιαίτερη επίπτωση στη μείωση των αρνητικών στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο. (513)

Μεταξύ των νοσηλευτών, αυτοί με τις πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο ήταν οι νοσηλευτές που δεν εργάζονταν σε ψυχιατρικά τμήματα με πρώτους τους νοσηλευτές στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Επίσης, οι νοσηλευτές είχαν περισσότερο αρνητικές στάσεις σε σχέση με τους γιατρούς. (514) Το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να σχετίζεται με τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Συγκεκριμένα, όσο πιο καταρτισμένοι και εκπαιδευμένοι ήταν οι νοσηλευτές, τόσο πιο θετικές ήταν οι στάσεις τους. Αντίθετα οι νοσηλευτές που εργάζονταν 11-15 χρόνια παρουσίαζαν περισσότερο αρνητικές στάσεις. (515,516)

Φαίνεται όμως πως η αρνητική επίδραση του στιγματισμού σε ψυχικά ασθενείς, πέρα από τα υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού, έχει μεγάλη επίδραση στην ψυχική τους ευημερία. Τα άτομα που έχουν βιώσει σημαντικές διακρίσεις σε κοινωνικό, εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο εξαιτίας της νόσου, καταλήγουν σε αντιδράσεις που κυμαίνονται από θυμό, σε θλίψη, απόγνωση και λιγότερη εμπιστοσύνη στους άλλους. (377) Τα βιώματα αυτά, ενδεχομένως να μπορούν να εξηγήσουν γιατί τα άτομα αυτά αναφέρουν και τις μεγαλύτερες διακρίσεις απέναντι σε άλλους ψυχικά ασθενείς.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, δε βρέθηκαν αντίστοιχες μελέτες για την κοινωνική απόσταση μεταξύ ατόμων με ψυχική νόσο. Υπάρχει όμως μια σειρά μελετών όπου έχει εξεταστεί η επιθυμία ή απροθυμία για κοινωνική απόσταση από άτομα με ψυχική νόσο από το γενικό πληθυσμό ή ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως για παράδειγμα οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται με μεγάλη συχνότητα σε επαφή με ψυχικά ασθενείς.

Σε μελέτη στο γενικό πληθυσμό της Γερμανίας στις αρχές του 2000 όταν πλέον είχε τοποθετηθεί ξεκάθαρα και εξηγηθεί και η βιολογική αιτιότητα των ψυχικών διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια και η μείζονα κατάθλιψη, η κοινωνική απόσταση απέναντι στην ψυχική νόσο, συνέχισε να εμφανίζει υψηλά ποσοστά. Παρότι δηλαδή δόθηκε μια επιστημονικά τεκμηριωμένη εξήγηση της αιτιολογίας της νόσου, δε φάνηκε να αποτελεί ισχυρό κίνητρο για επιθυμία κοινωνικών σχέσεων ή συναναστροφών με ψυχικά ασθενείς. (74) Τα αποτελέσματα αυτά εξηγούνται από αποτελέσματα μετέπειτα μελετών, στις οποίες οι συμμετέχοντες ανέλυσαν πως η βιολογική αιτιότητα σχετίζεται με την πεποίθηση για πιο επικίνδυνες και απρόβλεπτες συμπεριφορές και την έλλειψη αυτοελέγχου των ατόμων με ψυχικές παθήσεις και κατά συνέπεια μεγαλύτερο φόβο και μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση. (517)

Από τη συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής απόστασης και του αυτοστιγματισμού προέκυψε πως η εσωτερικήυση αυξημένων στερεοτυπικών αντιλήψεων, σχετίζεται με μεγαλύτερη επιθυμία για απόσταση τόσο για τη δημιουργία και διατήρηση προσωρινών σχέσεων, όσο και σχέσεων εμπιστοσύνης με άλλα άτομα με κάποια ψυχική νόσο.

Άλλη μια παράμετρος που προκύπτει από τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αυτοστιγματισμού και κοινωνικής απόστασης, αφορά στην επιθυμία για απόσταση ή ύπαρξη σταθερών σχέσεων με άτομα με ψυχικές νόσους. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με αυξημένες εσωτερικευμένες στερεοτυπικές αντιλήψεις, είχαν μικρότερη επιθυμία για σταθερές κοινωνικές σχέσεις με άλλους ψυχικά ασθενείς.

Άτομα με ψυχική νόσο που έχουν βιώσει στιγματισμό εξαιτίας της νόσου και έχουν εσωτερικεύσει τα στερεότυπα και τις διακρίσεις, καταλήγουν να στρέφονται σε οτιδήποτε προκρίνει τη «φυσιολογικότητα» και την «κανονικότητα», προκειμένου να εμπεριέχονται στα κοινωνικά πλαίσια και να αποστρέφονται οτιδήποτε θεωρείται κοινωνικά επικίνδυνο ή απρόβλεπτο. Οι συμπεριφορές αυτές, ενδεχομένως να οφείλονται στην ελλιπή ψυχοεκπαίδευση, ψυχοκοινωνική υποστήριξη αυτών των ατόμων, αλλά και στην απουσία ευρύτερης κοινωνικής συμπερίληψης και αποδοχής της διαφορετικότητας. Μάλιστα φάνηκε πως ακόμη και άτομα με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και της ελλιπούς εναισθησίας και εκπαίδευσης σε σχέση με τη νόσο τους, ανέφεραν φόβο και απροθυμία συναναστροφής περιοδικής ή πιο μόνιμης με άλλα άτομα με σχιζοφρένεια. Αντίθετα άτομα με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, κατέγραψαν μεγαλύτερη επιθυμία για συναναστροφή και συμπερίληψη των ατόμων αυτών, γεγονός όμως το οποίο σχετίστηκε σημαντικά με τη συνολικότερη τους στάση στα κοινωνικά δρώμενα.

Σε μελέτη σε χώρες της Ευρώπης και της κεντρικής Ασίας σχετικά με τις στάσεις και την κοινωνική απόσταση απέναντι στην ψυχική νόσο, μεταξύ φοιτητών ιατρικής, φάνηκε η προθυμία των συμμετεχόντων να αντιμετωπίζουν και έρχονται σε επαφή με ψυχικά ασθενείς, όμως οι απαντήσεις αυτές αφορούσαν την απασχόληση και την πολιτική τους ένταξη. (518)

Τα βασικά στοιχεία που συμβάλλουν στην επιθυμία για κοινωνική απόσταση είναι η επικινδυνότητα, η ενόχληση, η πρόκληση άγχους, η απρόβλεπτη συμπεριφορά και η δυσμενής έκβαση της νόσου. (519) Ειδικά η έκβαση της νόσου φάνηκε και σε μελέτη φοιτητών ιατρικής να επηρεάζει την κοινωνική απόσταση, καθώς η χρονιότητα και οι υποτροπές των ψυχικών νοσημάτων δημιουργούν μια λιγότερο θετική εμπειρία φροντίδας και επαφής με αυτούς τους ασθενείς. (520)

Σημαντικό είναι και το σοβαρό έλλειμμα υποδομών και παροχών δημόσιας ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ατόμων με ψυχικά νοσήματα και του άμεσου οικογενειακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Εκτός από τα ίδια τα άτομα, ελλιπής είναι ακόμη και στις μέρες μας η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου με σκοπό την εξάλειψη του φόβου και των προκαταλήψεων για τους ψυχικά ασθενείς.

Έχει καταγραφεί από μια σειρά μελετών, πως δυστυχώς η γενική και ψυχιατρική εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής είχε μικρή επίδραση στη μείωση του στιγματισμού και της κοινωνικής απόστασης απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Φαίνεται πως χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και επαφή με δομές ενδονοσοκομειακές και κοινοτικές και επαφή με αυτούς τους ανθρώπους που νοσούν ώστε να βελτιωθεί η επιθυμία επαφής με την ψυχική νόσο και να μειωθούν οι στιγματιστικές αντιλήψεις. (521,522) Τέλος, το πιο σημαντικό στοιχείο για τη μείωση της κοινωνικής απόστασης και των στιγματιστικών αντιλήψεων σε φοιτητές ιατρικής έχει φανεί πως είναι η προσωπική εμπειρία, η οποία βοηθά στη μείωση στρεβλών αντιλήψεων όπως η επικινδυνότητα. (523-525)

Μελέτη στην Κίνα μεταξύ ψυχιατρικών και μη νοσηλευτών, έδειξε πως όλοι όσοι είχαν μεγαλύτερη επαφή με ψυχικά ασθενείς και γνώσεις σχετικά με τις ψυχικές νόσους, κατέγραψαν χαμηλότερα σκορ στιγματισμού και επιθυμίας για κοινωνική απόσταση. (526)

Μικρότερα ποσοστά κοινωνικής απόστασης, κατέγραψαν επίσης νοσηλευτές νεαρότεροι σε ηλικία, με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας, άτομα με λιγότερη εκπαίδευση και όσοι εργάζονταν σε δευτεροβάθμια νοσοκομεία. Επιπλέον, η κοινωνική απόσταση ήταν μεγαλύτερη στους προϊστάμενους νοσηλευτές, ενώ τα ποσοστά στιγματισμού υψηλότερα μεταξύ των νοσηλευτών. (515)

Μελέτη στη Ρωσία, βρήκε επίσης υψηλά ποσοστά επιθυμίας για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς, μεταξύ νοσηλευτών που δεν είχαν εκπαιδευτεί ή δεν είχαν εργασιακή εμπειρία σε ψυχιατρικά τμήματα. Στην ίδια μελέτη, τα σκορ της κοινωνικής απόστασης φάνηκαν να διαφέρουν αναλογικά με την εγγύτητα της σχέσης. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας φάνηκαν να έχουν επιθυμία για κοινωνική επαφή με ψυχικά ασθενείς ως πολίτες του κράτους ή ασθενείς στα τμήματά τους, δηλαδή ως κοινωνικές σχέσεις, αλλά όχι σταθερές σχέσεις εμπιστοσύνης όπως συγγενείς, φίλους, συναδέλφους στο χώρο εργασίας. Τα αποτελέσματα αυτά, φαίνεται να εξηγούνται από τα αποτελέσματα της κοινωνικής επιβάρυνσης των οικογενειών και του κοινωνικού περιβάλλοντος των ατόμων αυτών. (527)

Τα αποτελέσματα ορισμένων μελετών τοποθετούν την κοινωνική απόσταση να διαφέρει μεταξύ των διαγνωστικών κατηγοριών. Συγκεκριμένα, η επιθυμία για κοινωνική επαφή των επαγγελματιών υγείας ήταν μεγαλύτερη για άτομα με διάγνωση κατάθλιψης. Το γεγονός αυτό φαίνεται να αποδίδεται στην διάθεση πλειάδας πληροφοριών και εκπαίδευσης γύρω από τις συναισθηματικές διαταραχές στο σύνολο του πληθυσμού. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας που δεν εργάζονται με ψυχικά ασθενείς, συμβαίνει να συναντούν συχνότερα άτομα στο φάσμα των καταθλιπτικών διαταραχών λόγω της συ νοσηρότητας σωματικών συμπτωμάτων εξαιτίας της νόσου. (528,529 Αντίθετα τα ποσοστά κοινωνικής απόστασης για τη σχιζοφρένεια είναι ιδιαίτερα υψηλά καθώς είναι μια από τις πιο στιγματισμένες νοσολογικές κατηγορίες. (530,531) Μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση καταγράφηκε για άτομα με διαταραχές χρήσης αλκοόλ, για σχιζοφρένεια, νοητική υστέρηση και διαταραχές προσωπικότητας -διαγνωστική κατηγορία η οποία συναντάται συχνά και σε άλλες ειδικότητες νοσηλευτών και γιατρών -. (532) Στην παρούσα μελέτη δε φάνηκε να καταγράφεται κάποια επιθυμία για μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση για κάποια συγκεκριμένη νοσολογική κατηγορία.

Επίσης, από τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους φάνηκε πως όσοι συμμετέχοντες είχαν τεκνοποιήσει είχαν μικρότερη επιθυμία για σταθερές κοινωνικές σχέσεις, άρα και μεγαλύτερη ανάγκη για κοινωνική απόσταση, σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν παιδιά. Οι εσωτερικευμένες στερεοτυπικές αντιλήψεις είχαν μεγαλύτερη επίδραση στην κοινωνική απόσταση σε σχέση με την ύπαρξη ή όχι παιδιών. Πιθανή εξήγηση αποτελεί το γεγονός ότι η απόκτηση παιδιών και οικογένειας βοηθά το άτομο να εντάσσεται σε ένα κοινωνικά λειτουργικό πλαίσιο. Παράλληλα όμως το βίωμα των διακρίσεων και των στερεοτύπων εις βάρος του έχει εντυπωθεί και εσωτερικευθεί μέσα στο ίδιο κοινωνικό πλαίσιο. Ανεξάρτητα από το φόβο απέναντι στην ψυχική νόσο, υπάρχει και μια ανάγκη για τη διατήρηση μιας φυσιολογικότητας και την απόσταση από οτιδήποτε τους απομακρύνει από αυτή. Με άλλα λόγια επιθυμία για απόσταση και επαναφορά στην προ νοσηρή κοινωνική λειτουργικότητα. Σε μελέτη στην Αίγυπτο, καταγράφηκε σημαντικό ποσοστό για κοινωνική απόσταση από ψυχικά ασθενείς σε άτομα που είχαν οικογένεια, υπό το φόβο μη βλάψουν ή επηρεάσουν τα παιδιά τους. (520)

Μελέτη για την κοινωνική απόσταση επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο έδειξε, πως η μεγαλύτερη ηλικία, ο γάμος και η προϋπηρεσία σχετίστηκαν με μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση, αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις για τους ψυχικά ασθενείς. (533)

Αντίθετα η εξοικείωση με τη σχιζοφρένεια και η γνώση σχετικά με τη νόσο σχετίστηκαν με μικρότερα σκορ κοινωνικής απόστασης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας είχαν μεγαλύτερες ελλείψεις στην εκπαίδευσή τους γύρω από την ψυχική νόσο, γι αυτό και κατέγραψαν μειωμένη επιθυμία για κοινωνικές σχέσεις με ψυχικά ασθενείς. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, στηρίζουν την ανάγκη τους για κοινωνική απόσταση από άτομα με ψυχική νόσο στην ανεπαρκή εκπαίδευση και επιμόρφωσή τους. (533)

Μελέτη στο γενικό πληθυσμό της Ινδίας έδειξε πως η επιθυμία για κοινωνική απόσταση απέναντι σε άτομα με σχιζοφρένεια ήταν χαμηλότερη αν υπήρχε προοπτική για θετική έκβαση της νόσου, της κοινωνικής λειτουργικότητας και της κοινωνικής επανένταξης τους. (534-536) Το εύρημα αυτό ενδεχομένως να σχετίζεται με τους ιδιαίτερους πολιτισμικούς κανόνες και συνήθειες της Ινδίας, όπου η οικογένεια και το ευρύτερο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον εμπλέκεται στη θεραπεία και επομένως επηρεάζεται από τη θεραπευτική έκβαση. (534)

Μελέτη στην Αίγυπτο για την κοινωνική απόσταση απέναντι στην ψυχική νόσο, έδειξε ότι ένα ποσοστό 85.5% δεν επιθυμούσε έναν ψυχικά ασθενή σε μια θέση ευθύνης όπως ο δάσκαλος, και ένα ποσοστό 56.6% ως μέλος της οικογένειας, με άλλα λόγια μικρή επιθυμία για την ύπαρξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τα άτομα αυτά. Η στάση αυτή αφορά στην ανησυχία των συμμετεχόντων για το αν ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτής της θέσης.

Από τους συμμετέχοντες, όσοι κατέγραψαν χαμηλά σκορ κοινωνικής απόστασης έτειναν να κανονικοποιούν και να εμπεριέχουν την ψυχική νόσο ως μια δυσκολία η οποία μπορεί να συμβεί στον καθένα στη διάρκεια της ζωής. Άλλη μια εκδοχή χαμηλών σκορ αφορά στην ήδη υπάρχουσα επαφή με άτομα με ψυχική νόσο στην καθημερινότητα ή στο άμεσο τους περιβάλλον, γεγονός το οποίο οδηγεί σε μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική σχέση με τα άτομα αυτά. Η θρησκεία και η αλληλοβοήθεια αποτέλεσε έναν επιπλέον παράγοντα για μειωμένα σκορ κοινωνικής απόστασης και επιθυμία όχι μόνο για κοινωνικές σχέσεις αλλά και για σχέσεις εμπιστοσύνης με ψυχικά ασθενείς. Υψηλά ποσοστά στην κοινωνική απόσταση καταγράφηκαν σε περιπτώσεις που υπήρχε κίνδυνος βλάβης από ψυχικά ασθενείς. (520)

Η συνολική κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας (WHO-DAS) και της λειτουργικότητας, βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και με τις τρεις διαστάσεις της κλίμακας αυτοφροντίδας (ASAS -R).

Συγκεκριμένα, για τη διάσταση «ύπαρξη δύναμης αυτοφροντίδας», προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερα σκορ συνολικής αναπηρίας, εμφάνιζαν μικρότερη «δύναμη» για αυτοφροντίδα. Για τη διάσταση «έλλειψη δύναμης αυτοφροντίδας», προκύπτει πως μικρότερα σκορ αναπηρίας στα άτομα συνεπάγονταν καλύτερα επίπεδα Αυτοφροντίδας. Τέλος, η δυνατότητα λήψης μέτρων για την αυτοφροντίδα φάνηκε να είναι μικρότερη, όσο το σκορ συνολικής αναπηρίας ήταν μεγαλύτερο.

Από τα παραπάνω προκύπτει πως στο σύνολο των συμμετεχόντων, όσοι είχαν δύναμη και δυνατότητα των βασικών δεξιοτήτων ή λήψης μέτρων αυτοφροντίδας, είχαν μικρότερα σκορ συνολικής αναπηρίας. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με αποτελέσματα από τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς φαίνεται πως η διατήρηση βασικών δεξιοτήτων διαβίωσης και λειτουργικότητας, συνεπάγεται μια επαρκής γνώση της νόσου, φαρμακευτικής συμμόρφωσης και κατά συνέπεια λιγότερη έκπτωση και εν τέλει αναπηρία.

Υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα της ψυχοεκπαίδευσης ατόμων με ψυχικά νοσήματα ως προς την καλή φαρμακευτική συμμόρφωση, τη μείωση των υποτροπών και την καλύτερη έκβαση της νόσου, την καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα και συνολικότερη ικανοποίηση της ποιότητας ζωής. (537)

Στην παρούσα μελέτη, δε βρέθηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με τη συνολική αναπηρία, τη λειτουργικότητα και την αυτοφροντίδα. Μελέτη σχετικά με τη γνωστική έκπτωση και λειτουργικότητα αντίστοιχα βρήκε πως πέρα από την ηλικία, κανένα άλλο κοινωνικοδημογραφικό χαρακτηριστικό δε φάνηκε να επηρεάζει τη γνωστική έκπτωση και λειτουργικότητα. Η συνολική ικανότητα για λήψη αποφάσεων θεραπείας, η οποία αποτελεί διάσταση της αυτοφροντίδας, ήταν ικανοποιητική για άτομα με ψυχικές νόσους. Το πέρας της ηλικίας, οδηγεί σε γνωστική έκπτωση κυρίως σε άτομα με ψυχωτικές διαταραχές λόγω της εμμένουσας αρνητικής συμπτωματολογίας. (538) Τα ποσοστά αναπηρίας στα άτομα με ψυχική νόσο, φαίνεται να σχετίζονται με τη σοβαρότητα της νόσου, τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, την άρνηση της θεραπείας και τις ακούσιες νοσηλείες. (539) Τέλος, η κατάθλιψη υπολογίζεται ως η δεύτερη αιτία αναπηρίας από το 2020, μετά τις καρδιαγγειακές νόσους. (540)

Η εναισθησία, έχει φανεί επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τη λειτουργικότητα και την αυτοφροντίδα, κυρίως με τη γνωστική ικανότητα και τη θεραπευτική συμμόρφωση (νοσηλεία, φαρμακευτική θεραπεία). (541)

Η σχιζοφρένεια, που αποτελεί και την πιο σοβαρή κατηγορία από άποψη λειτουργικότητας και αναπηρίας μεταξύ των ψυχιατρικών διαγνώσεων, σημειώνει υψηλά ποσοστά αναπηρίας. Η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας, οδηγεί σε γνωστικές βλάβες, κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία. Η υπολειμματικότητα εξαιτίας των παραπάνω, οδηγεί σε μειωμένες ενέργειες καθημερινής αυτοφροντίδας. (542)

Τα υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού φάνηκαν να αποτελούν σημαντικό διαμεσολαβητικό παράγοντα τόσο για τα χαμηλά ποσοστά αυτοφροντίδας, την έλλειψη δυνατότητας αυτοφροντίδας αλλά και για την εκτίμηση του συνολικού σκορ αναπηρίας. Ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση και η εσωτερίκευση όλων αυτών των στερεοτυπικών αντιλήψεων για την ψυχική νόσο, αποκλείουν τα άτομα με ψυχικά νοσήματα από το πλαίσιο της κοινωνικής και επαγγελματικής συμπερίληψης, γεγονός ικανό να οδηγήσει κάποιον στην απόσυρση από τις ενέργειες αυτοφροντίδας και τη μειωμένη λειτουργικότητα.

Η αναπηρία και η χαμηλή λειτουργικότητα, βρίσκονται στον ίδιο φαύλο κύκλο με τον στιγματισμό και τον αυτοστιγματισμό στα άτομα με ψυχική νόσο. Λόγω της νόσου τους, βρίσκονται σε μια συνθήκη περιθωριοποίησης, παραμέλησης από το κοινωνικό σύνολο, τις σχέσεις και τις λειτουργικές παροχές του. Η αντίληψη της αναπηρίας και της ελλιπούς λειτουργικότητας, φαίνεται να σχετίζεται με ένα πλήθος αρνητικών αναπαραστάσεων στα άτομα, όπως η έλλειψη αποδοχής και σεβασμού, η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η κακομεταχείριση, η απομόνωση, η μισαλλοδοξία και η αδιαφορία. (543,544)

Τα ευρήματά μας φαίνονται να βρίσκονται σε συμφωνία περισσότερο με αρκετές μελέτες, όπου οι συμμετέχοντες που είχαν βιώσει στιγματισμό και διακρίσεις εξαιτίας της ψυχικής νόσου, αναφέρονταν στον εαυτό τους με την ταμπέλα της ψυχικής αναπηρίας. (58)

Τα υψηλά ποσοστά αυτοστιγματισμού, αποτελούν προβλεπτικό δείκτη για τη φαρμακευτική συμμόρφωση, την ψυχική δυσφορία και τις υποτροπές, τα οποία συνιστούν θεμελιώδεις τομείς τόσο της αυτοφροντίδας όσο και της λειτουργικότητας. (257) Εκτός από τη φαρμακευτική συμμόρφωση τα αυξημένα ποσοστά οδηγούν σε δυσμενέστερη θεραπευτική συμμόρφωση και κατά συνέπεια χειρότερη πρόγνωση της νόσου. Το γεγονός αυτό συνδέεται με τα χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης και αυτοαποτελεσματικότητας που προκύπτει από τα υψηλά ποσοστά του αυτοστιγματισμού. (545) Η προσπάθεια των ατόμων με ψυχική νόσο να αποφύγουν τις διακρίσεις και τις προκαταλήψεις, κρύβουν τη νόσο και τη διάγνωση, αποφεύγουν τη θεραπεία. Αυτό είναι ένα σχήμα το οποίο εξηγεί πως το εσωτερικευμένο

στίγμα οδηγεί σε χαμηλή αυτοφροντίδα ως προς τη θεραπεία και τη συμμόρφωση, η οποία σταδιακά ωθεί το άτομο σε χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας. (546)

2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται η αξιοπιστία απάντησης των ερωτηματολογίων αξιολόγησης που αφορούν στις απαντήσεις των συμμετεχόντων για τους εαυτούς τους. Συγκεκριμένα, ερωτηματολόγια όπως της αυτοφροντίδας (ASAS R), του αυτοστιγματισμού (ISMI) και της αξιολόγησης της αναπηρίας (WHODAS), βασίζονται αποκλειστικά στις αναφορές του ίδιου του ατόμου, με κίνδυνο να μην είναι απόλυτα ειλικρινείς στις απαντήσεις τους, δεδομένης και της επιπλέον δυσκολίας εξαιτίας της νόσου. Επιπλέον, ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η δυσκολία ανάκλησης της κατάστασης της λειτουργικότητας ή γεγονότων με κίνδυνο οι απαντήσεις να μην είναι ακριβείς. Αυτό αφορά κυρίως την κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας (WHODAS), όπου οι ερωτήσεις αναφερόταν στον προηγούμενο μήνα, επομένως οι απαντήσεις να μη δίνονταν με απόλυτη ακρίβεια.

Αναφορικά με την επιλογή του δείγματος, η διεξαγωγή της μελέτης σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής, ενδεχομένως να περιορίσει την εγκυρότητα της μελέτης (συστηματικό σφάλμα επιλογής – selection bias), δεδομένου ότι η επιλογή ενός συγκεκριμένου πληθυσμού μελέτης και μιας παρατηρητικής περιόδου μπορούν από μόνα τους να επηρεάσουν τη σύγχυση (confounding) και τη λάθος ταξινόμηση (misclassification) στις επιδημιολογικές μελέτες. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ακρίβεια της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ένας ικανοποιητικός αριθμός συμμετεχόντων.

Δεν υπήρχε όμως πρότερη μελέτη στην Ελλάδα προκειμένου να γίνει σύγκριση. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες διέμεναν στην πρωτεύουσα της χώρας, όπου υπάρχουν διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης, διαφορετικοί κοινωνικοί συσχετισμοί και διαφορετικές παροχές σε επίπεδο παρεμβάσεων πρόληψης και αντιμετώπισης των ψυχικών νόσων. Συγκεκριμένα, στην Αττικής λόγω του αυξημένου πληθυσμού οι διαπροσωπικές σχέσεις εκλείπουν σε σχέση με την επαρχία και δημιουργείται μια αποστασιοποίηση μεταξύ των ανθρώπων η οποία μπορεί και να επιδρά στα άτομα αυτά ως προς την εγγύτητα, την απομόνωση ή το

αίσθημα στιγματισμού. Στην Αττική επίσης, είναι διαθέσιμο ένα πολύ πιο σύνθετο και ενδεχομένως επαρκές δίκτυο υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης ψυχιατρικών παθήσεων σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, σε σχέση με την επαρχία, γεγονός το οποίο δύναται να καταγράψει διαφορετικά αποτελέσματα τόσο στο πλαίσιο της λειτουργικότητας των ατόμων, όσο και στο πλαίσιο του στιγματισμού.

Από τη μελέτη δεν υπάρχει επαρκές δείγμα από όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες. Συγκεκριμένα, στην πλειοψηφία του το δείγμα της μελέτης αποτελείται από σχιζοφρένεια και ψυχωτικές διαταραχές και συναισθηματικές διαταραχές. Επομένως, δεν υπάρχουν σαφή αποτελέσματα σχετικά με τις στάσεις, τις αντιλήψεις, τη λειτουργικότητα και τον αυτοστιγματισμό ατόμων με διαταραχές όπως οι αγχώδεις ή οι διαταραχές προσωπικότητας οι οποίες ενδεχομένως να καταγράφουν άλλα επίπεδα λειτουργικότητας να βιώνουν και να αντιμετωπίζουν διαφορετικά το ζήτημα του στιγματισμού και του αποκλεισμού σε σχέση με τις κυρίαρχες συμμετέχουσες διαγνωστικές κατηγορίες οι οποίες είναι οι πιο στιγματισμένες. Επίσης, δεν εξετάζεται το ζήτημα της διπλής διάγνωσης.

Οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σε ότι αφορά τη στάση και την κοινωνική απόσταση απέναντι στην ψυχική νόσο, όπως επίσης και τα επίπεδα λειτουργικότητας, αυτοφροντίδας και αυτοστιγματισμού, μπορεί να διαφέρουν με την πάροδο του χρόνου λόγω προσωπικών και κοινωνικών συνθηκών. Τυχόν, καλύτερη θεραπευτική συμμόρφωση ή παρακολούθηση προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης ενδεχομένως να τροποποίησαν και τα επίπεδα του αυτοστιγματισμού, αλλά και τις αντιλήψεις και στάσεις απέναντι σε άλλα άτομα με ψυχιατρικά νοσήματα. Τέλος, ενδεχομένως η λειτουργικότητα των ατόμων αυτών να βελτιώθηκε ή να χειροτέρευσε σε σχέση με τη χρονική στιγμή στην οποία καταγράφηκαν.

Τέλος, σημαντικός περιορισμός της μελέτης αποτελεί η απουσία διερεύνησης την έναρξης της νόσου η οποία ενδεχομένως να έχει επηρεάσει και τη γνωστική ικανότητα των συμμετεχόντων, αλλά και το χρόνο έκθεσης στον κοινωνικό αποκλεισμό, την επαγγελματική και κοινωνική αναπηρία και στον κοινωνικό στιγματισμό. Επίσης δεν εξετάστηκε η φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν και πως οι τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των συμμετεχόντων. Η φαρμακευτική συμμόρφωση, είναι ένας ακόμη παράγοντας ο οποίος επηρεάζει και επηρεάζεται από τα επίπεδα λειτουργικότητας και αυτοφροντίδας και ενδεχομένως να επηρέασε τα αποτελέσματα που λάβαμε από τις κλίμακες αυτές.

3. ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Η προσπάθεια διερεύνησης και καταγραφής των επιπτώσεων που έχει ο αυτοστιγματισμός και η λειτουργικότητα στις στάσεις και τις αντιλήψεις ψυχικά ασθενών απέναντι σε άλλα άτομα με ψυχικά νοσήματα είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Το στίγμα σε όλες του τις εκφάνσεις εξακολουθεί να είναι επιζήμιο τόσο για τα ίδια τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική νόσο με όρους κοινωνικής, νοητικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, όσο και για το ίδιο το κοινωνικό σύνολο. Περαιτέρω έρευνα σε αυτό το θέμα, θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη τόσο για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, όσο και για τις οικογένειες ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες, αλλά και το ίδιο το κράτος με όρους στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης ζητημάτων όπως το στίγμα της ψυχικής νόσου.

Η παρούσα μελέτη κάλυψε ένα σημαντικό κενό της διεθνούς βιβλιογραφίας σε αυτό το ζήτημα, καθώς πρότερες μελέτες εξέταζαν το στιγματισμό, τις στάσεις και τις αντιλήψεις διαφόρων κοινωνικών ομάδων απέναντι στην ψυχική νόσο και όχι τι συμβαίνει μεταξύ των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν τα ίδια ή παρόμοια ζητήματα. Επιβεβαιώθηκε σε ένα βαθμό το πως ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση επηρεάζει λειτουργικά το άτομο, αλλά έχει μεγάλη επίδραση και στο πως αντιμετωπίζει άλλους ψυχικά ασθενείς. Σημαντικό, είναι να γίνουν αντίστοιχες μελέτες συγκριτικές στον ίδιο πληθυσμό σε διαφορετικές περιοχές τόσο της Ελλάδας όσο και παγκόσμια. Επιπλέον, είναι σημαντική και η διεξαγωγή ποιοτικών μελετών που θα αφορούν σε στοχοθεσία και τοποθέτηση προτάσεων από τα ίδια τα άτομα που βιώνουν τη νόσο και την περιθωριοποίηση που αυτή επιφέρει, τόσο για την περαιτέρω κατανόηση και μελέτη του βιώματος, όσο και για τη διερεύνηση στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης του στιγματισμού και των ευρύτερων συνεπειών του.

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Πρωταρχικός στόχος για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών είναι η ενημέρωση και η συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση του στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού της ψυχικής νόσου. Σε πρώτο στάδιο η καλύτερη εκπαίδευση σε ζητήματα γύρω από τις ψυχιατρικές παθήσεις, όπως η γνώση της ψυχοπαθολογίας και η γνώση πρώτων βοηθειών ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών ασθενών σε οποιοδήποτε πλαίσιο στην κοινότητα ή ενδονοσοκομειακά θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την κατανόηση και τη βοήθεια αυτών των ατόμων και τη μείωση των στιγματιστικών αντιλήψεων και των διακρίσεων απέναντί τους. Η γνώση επίσης της επίδρασης που έχει η αναπαραγωγή και εφαρμογή των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων στη λειτουργικότητα και την αυτοφροντίδα τους, αλλά και στο πως επιδρά και στη δική τους στάση απέναντι στη νόσο τους, ενδεχομένως να βοηθήσει στην υιοθέτηση πιο συμπεριληπτικών στάσεων αντιμετώπισης για την κατηγορία επαγγελματιών και ανθρώπων που έρχονται συχνά σε επαφή μαζί τους. Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και η ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών από τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά τα αποτελέσματα της φροντίδας και την πορεία των ασθενών αυτών.

Η επαρκής γνώση, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, θα αποτελέσει το πρώτο βήμα για τη δημιουργία προγραμμάτων για τις οικογένειες, τα σχολεία και την κοινότητα. Συστηματικές παρεμβάσεις σε πανεπιστήμια, κολλέγια και σε σχολικά πλαίσια σχετικά με τις ψυχικές νόσους, φάνηκε να καταγράφει σημαντική βελτίωση στα ποσοστά στιγματισμού, στις στάσεις, στις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας και στις γνώσεις για τις ψυχικές νόσους συμπεριλαμβανομένων την αναγνώρισης των καταθλιπτικών διαταραχών και τέλος, στην κοινωνική απόσταση. Όλα τα παραπάνω όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι αλληλένδετα και συμβάλλουν στην διαίωνιση της περιθωριοποίησης των ψυχικών νοσημάτων.

Παρεμβάσεις για τη μείωση του κοινωνικού στίγματος και του αυτοστιγματισμού, με στόχο την αντιμετώπιση του φόβου, της περιθωριοποίησης και των διακρίσεων που βιώνουν καθημερινά τα άτομα με ψυχικές νόσους, δομούνται ώστε να εμπνέουν κατανόηση, ενσυναίσθηση και σεβασμό μεταξύ των αποδεκτών της παρέμβασης. (547) Στις στρατηγικές συμπεριλαμβάνονται η ψυχοεκπαίδευση, παρεμβάσεις που βασίζονται στη διαπροσωπική

επαφή, και παιχνίδια ρόλων που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής νόσου. Η μείωση του αυτοστιγματισμού συμπεριλαμβάνει εξειδικευμένα προγράμματα «θεραπείας αυτοεπιβεβαίωσης», με στόχο την ανάπτυξη θετικής εικόνας εαυτού. (548)

Όλες αυτές οι παρεμβάσεις, βασίζονται στις συστάσεις που έχουν προταθεί από επιστημονικές μελέτες σχετικά με τους τρεις τρόπους για την καταπολέμηση του δημόσιου στίγματος: διαμαρτυρία, εκπαίδευση και επαφή για την καταπολέμηση του υπάρχοντος στίγματος. Στο πλαίσιο της διαμαρτυρίας στο στιγματιστικό κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν οι δημόσιες δηλώσεις και αναφορές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στο δημόσιο λόγο συνολικά και η δέσμευση και υλοποίηση προγραμμάτων από τους κρατικούς φορείς για την καταπολέμηση του στίγματος. (547)

Οι στιγματιστικές αντιλήψεις και απόψεις για την ψυχική νόσο στηρίζονται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικές και θρησκευτικές αντιλήψεις των ατόμων, όπως επίσης και σε προσωπικές στάσεις και απόψεις για κοινωνικά ζητήματα και τέλος το μορφωτικό επίπεδο και το επίπεδο ενσυναίσθησης των ατόμων. Διαφορές υπάρχουν και στα εκάστοτε πολιτισμικά πλαίσια. Με βάση τους παραπάνω παράγοντες, χρειάζονται εξειδικευμένες παρεμβάσεις στο εκάστοτε πλαίσιο. (549)

Αυτό είναι ένα σημαντικό κενό που πρέπει να αντιμετωπιστεί με την ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στον μετριασμό των αρνητικών πολιτιστικών και κοινωνικών κανόνων καθώς και να εμπνεύσουν την ενσυναίσθηση προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ανάπτυξη, η δοκιμή και η εφαρμογή σχετικών παρεμβάσεων σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, προωθώντας τη βελτίωση των γνώσεων για την ψυχική νόσο και τη διασύνδεση με τις αρμόδιες υπηρεσίες.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η εφαρμογή προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης για τα άτομα με ψυχική νόσο, έτσι ώστε όχι μόνο να βελτιώσουν την εικόνα, τη γνώση και τις αντιλήψεις για τη νόσο τους, αλλά να κατανοήσουν και άλλα άτομα που βρίσκονται στην ίδια ή σε παρόμοια θέση με εκείνους και αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό νόσημα. Η κατανόηση μέσω δομημένων προγραμμάτων της φύσης και των τρόπων αντιμετώπισης της νόσου, δύναται να προσφέρει ένα αίσθημα επάρκειας και αυτοεκτίμησης, να μειώσει αυτοστιγματιστικές αντιλήψεις και οποιαδήποτε έκπτωση στη λειτουργικότητα αυτές συνεπάγονται.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Φαίνεται επομένως, από την παρούσα μελέτη αλλά και την πρότερη διεθνή βιβλιογραφία, πως πέρα από τη βιολογική βάση και τα γνωστικά ελλείμματα που προκύπτουν από τις ψυχικές νόσους, εξίσου σημαντικός παράγοντας αποτελεί το κοινωνικό πλαίσιο για τα άτομα αυτά. Ένα κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο θέτει κριτήρια κανονικότητας και φυσιολογικότητας, μέσα σε έναν κόσμο πολυμορφίας και ιδιαιτερότητας, δε μπορεί παρά να αναπαράγει ανισότητες, διαχωρισμούς, διακρίσεις και απομόνωση όλων εκείνων που δε μπορούν να συμπεριληφθούν στα κριτήρια της.

Η ψυχική και σωματική νόσος, δεν μπορούν να διαχωρίζονται, αλλά πέρα απ' όλα δεν αποτελούν επιλογή σε καμιά περίπτωση, όπως και άλλες εκφάνσεις διαφορετικότητας. Παρόλα αυτά τα άτομα βρίσκονται υπό κρίση και απομόνωση εξαιτίας των επιμέρους χαρακτηριστικών ενός όλου που αποτελεί η κάθε προσωπικότητα και οντότητα. Οι διακρίσεις αυτές και η εσωτερίκευση από τα άτομα, ακόμη και στις μέρες μας εξακολουθεί να δυσχεραίνει την καθημερινότητα αλλά και την έκβαση της νόσου και κατά συνέπεια της ζωής των ανθρώπων με ψυχικές ασθένειες. Ο στιγματισμός και ο αυτοστιγματισμός αποτελούν αδιαμφισβήτητους παράγοντες μειωμένης λειτουργικότητας και αυτοφροντίδας για τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες.

Όπως φάνηκε όμως και από την παρούσα μελέτη, ο αντίκτυπος της νόσου και του στιγματισμού, οδηγεί τα άτομα στο να αναπαράγουν αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις για άλλα άτομα με την ίδια ή διαφορετική ψυχιατρική διαγνωστική κατηγορία, διαιωνίζοντας το φαύλο κύκλο της αναπαραγωγής του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο, όπως και η επιθυμία για κοινωνική απόσταση, από τα ίδια τα άτομα με ψυχιατρική διάγνωση παρατηρήθηκε σε περιπτώσεις που υπήρξε χαμηλή λειτουργικότητα και αυξημένο εσωτερικευμένο στίγμα.

Τα παραπάνω ευρήματα παραπέμπουν στα ελλείμματα που δημιουργεί, πέρα από τη μη εμπερίεξη από το κοινωνικό πλαίσιο και η ελλιπής ψυχοεκπαίδευση των ατόμων αυτών σχετικά με την ασθένεια και την αντιμετώπισή της. Έτσι, ακόμη και για τα ίδια τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, η νόσος φαίνεται να αναπαράγει την εικόνα ενός ανίκανου, ανάξιου και μη έμπιστου ατόμου, το οποίο δεν έχει δυνατότητες ανάκαμψης και σε πολλές περιπτώσεις ενός ατόμου ιδιαίτερα επικίνδυνου για τους υπόλοιπους.

Εν κατακλείδι, η παρούσα μελέτη έρχεται με τη σειρά της να επιβεβαιώσει και να αναδείξει με έναν τρόπο τη δύναμη των κοινωνικών στερεοτύπων και αναπαραστάσεων έναντι της επιστημονικής τεκμηρίωσης και πληροφόρησης. Παρόλο που ζούμε στην εποχή της τεχνολογίας, της πληροφορίας, φαίνεται ότι ακόμη και για τα ίδια τα υποκείμενα που εργάζονται στους χώρους υγείας και ψυχικής υγείας, αλλά και τους λήπτες των υπηρεσιών αυτών εξακολουθεί να παραμένει έντονο πρόβλημα ο διαχωρισμός, η ψυχιατροποίηση, η ψυχολογιοποίηση της διαφορετικότητας και εν τέλει η δημιουργία μιας ψευδούς εικόνας για τις κατηγορίες ατόμων, που το μόνο που καταφέρνει είναι η περιθωριοποίηση και η εξώθηση στον αποκλεισμό και στην κοινωνική αναπηρία.

Στον κόσμο του 21^{ου} αιώνα, οι στάσεις και οι αντιλήψεις απέναντι στη διαφορετικότητα δε θα έπρεπε να καθορίζονται από τις κοινωνικές αντιλήψεις των ατόμων, το κοινωνικό και οικονομικό στάτους και την μόρφωσή τους, αλλά από το πανανθρώπινο δικαίωμα στην ισότητα. Ως επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, οφείλουμε να αναλάβουμε το βάρος που μας αναλογεί, μέσα από τις παρεμβάσεις και τις δράσεις μας, έτσι ώστε οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα να μη χρειάζονται το νόμο και τα εκάστοτε παρατηρητήρια δικαιωμάτων, προκειμένου να μπορούν να υπάρχουν χωρίς να καταχράται η ύπαρξή τους, η αξία τους και το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια και την ισότιμη διαβίωση στο κοινωνικό πλαίσιο.

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ «Ο ΑΥΤΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ
ΕΤΕΡΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ
ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΜΑΡΙΑ Α. ΤΟΠΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο ορισμός του στιγματισμού, χρησιμοποιείται για να αναδείξει πως τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και η ετικετοποίηση, εξαιτίας ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού, οδηγούν ορισμένες κατηγορίες ατόμων, στο περιθώριο. Παρόλη την πρόοδο της επιστήμης και την εξέλιξη της κοινωνίας, το στίγμα, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός εξακολουθούν να υφίστανται σαν φαινόμενα μέχρι τις μέρες μας. Οι ψυχικές νόσοι είναι συνυφασμένες με έννοιες όπως η αναπηρία, η επιθετικότητα και η επικινδυνότητα. Με τον τρόπο αυτό δημιουργούνται αυθαίρετες εκτιμήσεις οι οποίες καλλιεργούν προκαταλήψεις και στερεότυπα και εν τέλει στιγματίζουν τα άτομα. Το στίγμα της ψυχικής νόσου διακρίνεται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη, αναφέρεται στο δημόσιο και κοινωνικό στίγμα, από πλευράς του κοινωνικού συνόλου απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Η δεύτερη, αφορά στο αυτοστίγμα, δηλαδή στα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις που βιώνουν και εσωτερικεύουν τα ίδια τα άτομα με κάποια ψυχική νόσο. Υψηλά επίπεδα αυτοστιγματισμού σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής συνολικά. Επίσης, δυσχεραίνουν την συμμόρφωση στη θεραπεία, την επαγγελματική αποκατάσταση, την αυτόνομη διαβίωση και την κοινωνικοποίηση. Η έλλειψη γνώσεων και η αδυναμία κατανόησης της ψυχικής νόσου είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στη διαίωνιση του στιγματισμού και των συνεπειών του.

Σκοπός: Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης του αυτοστιγματισμού των επιπέδων λειτουργικότητας και αυτοφροντίδας με τις στάσεις, τις αντιλήψεις και την επιθυμία ή όχι για κοινωνική απόσταση απέναντι σε άλλα άτομα με ψυχικές νόσους. Οι επιμέρους στόχοι ήταν:1. Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων

των ψυχικά ασθενών σε σχέση με άλλους ασθενείς με ίδιο ή παρόμοιο πρόβλημα ψυχικής υγείας μέσω της κοινωνικής απόστασης. 2. Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, με το επίπεδο λειτουργικότητας με το εσωτερικευμένο στίγμα, τον στιγματισμό απέναντι σε άλλους ψυχικά ασθενείς και την κοινωνική απόσταση. 3. Τη διερεύνηση του αυτοστιγματισμού, της λειτουργικότητας και της ψυχιατρικής διάγνωσης με τις ενέργειες αυτοφροντίδας των ψυχικά ασθενών.

Μέθοδος: Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης ήταν άτομα με ψυχική νόσο, απουσία ενεργού ψυχοπαθολογίας και μέσο όρο ηλικίας 48.2 έτη, σε τρία Ψυχιατρικά δημόσια νοσοκομεία της Αττικής και στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τους. Στο Αιγινήτειο N= 66, Δαφνί N=49 και Δρομοκαΐτειο N=49. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, η Κλίμακα αξιολόγησης της Αυτοφροντίδας – Αναθεωρημένη (ASAS-R), η κλίμακα εκτίμησης του αυτοστιγματισμού (ISMI), η κλίμακα της κοινωνικής απόστασης (SDS), το ερωτηματολόγιο στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) και την κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας WHODAS 2.0.

Αποτελέσματα: Μεγαλύτερο σκορ στη συνολική κλίμακα αναπηρίας, βρέθηκε να σχετίζεται με περισσότερη έλλειψη ικανότητας αυτοφροντίδας. Λιγότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις, μεγαλύτερη αισιοδοξία και καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων συνεπάγονταν μεγαλύτερη δύναμη αυτοφροντίδας. Μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση, δηλαδή λιγότερες προσωρινές και μόνιμες σχέσεις ή σχέσεις εμπιστοσύνης με άλλα άτομα με ψυχική νόσο συνεπάγονταν και μικρότερη δύναμη και προσπάθεια αυτοφροντίδας. Το εργασιακό προφίλ, ο αυτοστιγματισμός έχει σημαντική επίδραση στην κινητική ικανότητα. Επίσης, όσοι ζούσαν μόνοι τους είχαν χειρότερη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, συγκριτικά με όσους ζούσαν με οικογένεια, φίλους ή σε δομές. Οι μεγαλύτερες διακρίσεις σχετίζονταν με κατανόηση περισσότερων αρνητικών αντιλήψεων σχετικά με την ψυχική νόσο. Οι αυξημένες στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετίζονται με μεγαλύτερη επιθυμία για απόσταση από σχέσεις εμπιστοσύνης με άτομα με ψυχική νόσο.

Συμπεράσματα: Ο στιγματισμός και ο αυτοστιγματισμός αποτελούν αδιαμφισβήτητους παράγοντες μειωμένης λειτουργικότητας και αυτοφροντίδας για τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες. Όπως φάνηκε όμως και από την παρούσα μελέτη, ο αντίκτυπος της νόσου και του στιγματισμού, οδηγεί τα άτομα στο να αναπαράγουν αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις για άλλα άτομα με την ίδια ή διαφορετική ψυχιατρική διαγνωστική

κατηγορία, διαιώνίζοντας το φαύλο κύκλο της αναπαραγωγής του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο, όπως και η επιθυμία για κοινωνική απόσταση, από τα ίδια τα άτομα με ψυχιατρική διάγνωση παρατηρήθηκε σε περιπτώσεις που υπήρξε χαμηλή λειτουργικότητα και αυξημένο εσωτερικευμένο στίγμα. Ακόμη και για τα ίδια τα άτομα που με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, φαίνεται να αναπαράγουν την εικόνα ενός ανίκανου, ανάξιου και μη έμπιστου ατόμου, το οποίο δεν έχει δυνατότητες ανάκαμψης και σε πολλές περιπτώσεις ενός ατόμου ιδιαίτερα επικίνδυνου για τους υπόλοιπους. Τα ελλείμματα αυτά έρχονται ως απότοκο της μη εμπερίεξης από το κοινωνικό πλαίσιο και της ελλιπούς ψυχοεκπαίδευσης των ατόμων αυτών σχετικά με την ασθένεια και την αντιμετώπισή της.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING DEPARTMENT
FIELD OF MENTAL HEALTH AND BEHAVIORAL SCIENCES
DOCTORAL DISSERTATION "SELF-STIGMA AND HETEROSTIGMA AMONG
PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS AND THEIR RELATIONSHIP WITH SELF-
CARE"

BY MARIA A. TOPI
SUMMARY

Introduction: The definition of stigma highlights how stereotypes, prejudices and labeling, due to a specific characteristic, lead certain categories of people to the margins. Despite the progress of science and the evolution of society, stigma, marginalization and social exclusion still exist as phenomena to this day. Mental illness is intertwined with concepts such as disability, aggression and dangerousness. In this way, arbitrary assessments are created which cultivate prejudices and stereotypes and ultimately stigmatize individuals. The stigma of mental illness falls into two categories. The first refers to the public and social stigma, from society's point of view towards people with mental illness. The second concerns self-stigma the stereotypes, prejudices and discrimination experienced and internalized by people with a mental illness. High levels of self-stigma are associated with low levels of self-esteem, functioning, and overall quality of life. They also make adherence to treatment, rehabilitation, independent living and socialization difficult. Lack of knowledge and inability to understand mental illness are some of the characteristics that contribute to the perpetuation of stigma and its consequences.

Objectives: The main purpose of the present study was to investigate the association of self-stigma levels of functioning and self-care with attitudes, perceptions and the desire or not for social distance towards other people with mental illness. The individual objectives were: 1. Exploring the views and attitudes of mentally ill patients in relation to other patients with the same or similar mental health problem through social distance. 2. Correlation of participants' demographic characteristics, level of functioning with internalized stigma, stigmatization

toward other mentally ill patients, and social distance. 3. The investigation of self-stigma, functionality and psychiatric diagnosis with the self-care actions of the mentally ill.

Methods: The target population of the study was people with mental illness, absence of active psychopathology and an average age of 48.2 years, in three Psychiatric public hospitals of Attica and their psychosocial rehabilitation units. In Aeginetio N= 66, Dafni N=49 and Dromokaitio N=49. For data collection, the demographic information questionnaire, the Self-Care Assessment Scale-Revised (ASAS-R), the self-stigma assessment scale (ISMI), the social distance scale (SDS), the questionnaire of attitudes towards severe mental illness were used (ASMI) and the WHODAS 2.0 disability rating scale.

Results: A higher score on the Total Disability Scale found to be associated with lack of self-care ability. Fewer stereotypes, greater optimism, and better coping with mental illness were associated with greater self-care power. Greater desire for social distance, fewer temporary and permanent relationships or trusting relationships with other people with mental illness, was associated with less self-care power and effort. Work profile, self-stigma has a significant effect on motor ability. Also, those who lived alone had worse coping with mental illness, compared to those who lived with family, friends or in institutions. Greater discrimination was associated with understanding more negative perceptions about mental illness. Increased stereotyping is associated with a greater desire for distance from trusting relationships with people with mental illness.

Conclusions: Stigma and self-stigma are indisputable factors of reduced functioning and self-care for people who experience mental difficulties. However, as shown by the present study, the impact of the disease and stigma leads individuals to reproduce negative attitudes and perceptions of other individuals with the same or different psychiatric diagnostic category, perpetuating the vicious cycle of reproduction of social exclusion. Negative attitudes and perceptions towards mental illness, as well as the desire for social distance, from people with a psychiatric diagnosis themselves were observed in cases where there was low functioning and increased internalized stigma. Even for the people whose diagnosis was schizophrenia, seem to reproduce the image of an incompetent, unworthy and untrustworthy person, who has no possibility of recovery or person particularly dangerous to others. These deficits come because of not being involved by the social context and the insufficient psychoeducation of these individuals regarding the disease and its treatment.

IV. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Κορδώση & συνεργάτες, Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2015), Τόμος 7, Τεύχος 1, 8 -18.
2. Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional, Health Science Journal. 4(2):77-83.
3. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. Advances in Psychiatric Treatment.2000;6(1): 65-72.
4. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures Elaine Brohan, Mike Slade, Sarah Clement, Graham Thornicroft, Brohan et al. BMC Health Services Research 2010, 10:80 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80>
5. Reducing the Stigma of Mental Illness, Norman Sartorius, Schulze, Cambridge University Press, 2005, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544255>.
6. The self – stigma of mental illness: Implications for self – esteem and self – efficacy, Patrick W. Corrigan, Amy C. Watson, and Leah Barr Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare, Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 25, No. 9, 2006, pp. 875-884.
7. Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & Molero, F. (2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. Psychiatry Research, 271, 621–627. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.060.
8. Peter Byrne, 2001, Psychiatric Stigma.
9. Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε., Αθήνα.
10. Οικονόμου -Λαλιώτη, Μ.. (2009). Κοινωνικό στίγμα και ψυχιατρικές υπηρεσίες Ο φαύλος κύκλος. Στο: Σακέλλης Ι. (Επιμ) Συνήγορος του Πολίτη, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, εκδόσεις Σάκκουλα. 135 – 142, Αθήνα - Θεσσαλονίκη.
11. Μ. Οικονόμου, Α. Μπεχράκη, Μ. Χαρίτση. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας: Ιστορική αναδρομή και θεωρητική πλαισίωση, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 31 (1), 2020

12. Burton R. *The anatomy of melancholy*. Faulkner TC, Kiessling NK, Blair RL (eds) Clarendon Press, Oxford, 1989
13. Lopez-Ibor JJ. The WPA and the fight against stigma because of mental diseases. *World Psychiatry* 2002, 1:16–20, PMID: 16946818
14. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness: A report from a global programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge University Press, New York, 2005
15. Goffman E. *Stigma*. Penguin, London, 1963
16. Scheff TJ. *Being mentally ill: A sociological theory*. Aldine, Chicago, 1966
17. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002, 1:16–20, PMID: 16946807
18. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001, 27:363–385, doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
19. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *ClinPsychol Sci Pract* 2000, 7:48–67, doi:10.1093/clipsy.7.1.48
20. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Uphoff Wasowski K, Champion J, Mathisen H et al. Stigmatizing attributions about mental illness. *J Community Psychol* 2000, 28:91–102, doi:10.1002/ (SICI)1520-6629(200001)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Mychology of Marked Relationships. Freeman, New York, 1984
21. Ajzen I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology* 52, 27-58.
22. Allport G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge: MA:AddisonWelsey.
23. Λαμπρίδης Ε. (2004). *Σtereότυπο, Προκατάληψη, Κοινωνική ταυτότητα μελετώντας τις δυναμικές της κοινωνικής αναπαράστασης για τους τσιγγάνους*. Αθήνα: Gutenberg.
24. Pratkanis A.R. & Greenwald A.G, (1989). A sociocognitive model of attitude structure and function. In..Zanna M.P. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol.22, pp.245-285). San Diego, CA:Academic Press

25. Eagly A. H. & Chaiken S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. San Diego:Harcourt Brace Jovanovich. In Κοκκινάκη Φ. (Ed.), *Κοινωνική ψυχολογία-Εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς* (σελ:92-93). Αθήνα: Τυπωθήτω, 2005.
26. Katz D. (1960). The Functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24,163-204.
27. Skinner B.F. (1963). Operant behavior. *American psychologist* 18, 503-15.
28. Bus D.M. & Kenrick D.T. (1998). Evoluntary social psychology. In Gilbert S. & Fiske T. & Lindzey G. (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (4th ed.), (pp.982-1026). Boston: McGraw-Hill.
29. Tajfel H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
30. Dollard J., Doob L., Miller N.I., Mowrer O.H. & Sears R.R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Heaven, CT: Yale University Press.
31. Adorno T.W., Frenkel Brunswik E., Levinson D.J.,& Stanford R.N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper.
32. Corrigan, P. W., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J.G., Campbell, J. (2003) Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness, *Psychiatric Services*. 54:1105-1110.
33. Smith P.B., Bond M.H. (2005). *Διαπολιτισμική Κοινωνική Ψυχολογία*.Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα
34. Κοκκινάκη Φ. (2005). *Κοινωνική ψυχολογία-Εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς*. Αθήνα :Τυπωθήτω.
35. Rothbart M. Memory processes and social beliefs. In. Κοκκινάκη Φ. *Κοινωνική ψυχολογία-Εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς*. (2005). Αθήνα: Τυπωθήτω.
36. Devine G. P. & Baker S.M. (1961). Measurement of Racial Stereotype Sybtyping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol.17 (1), 44-50.

37. Hamburger Y.(1994). The contact hypothesis reconsidered: Effects of the atypical outgroup member on the outgroup stereotype. *Basic and Applied Social Psychology*, 15,339-358.
38. Corrigan, P.W. & Penn, D.(1999) Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma, *American Psychologist*, 54 :765-776
39. Pryor, JB, Reeder, GD. HIV-related stigma. In: Hall, JC, Hall, BJ, Cockerell, JC (Eds)*HIV/AIDS in the Post-Haart era: manifestations, treatment and epidemiology*. Shelton,PMPH-USA, 2011: 790-806
40. Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv* 2001, 52: 1633-1638, doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1633
41. Pescosolido BA, Martin, JK. The stigma complex. *Ann Rev of Sociology* 2015, 41: 87-116
42. Pavlov I.P.(1927). *Conditioned Reflexes*. New York: Oxford University Press.
43. Μαργριπλής Δ. (2002). Η στάση του υποκειμένου ως απαραίτητη προϋπόθεση απαλειφής του κοινωνικού στιγματισμού. *Τετράδια Ψυχιατρικής* , No 80, σελ.67-71.
44. Goffman Er. (2001). *Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*» Αθήνα: Εκδόσεις «Αλεξάνδρεια.
45. Pescosolido BA. The public stigma of mental illness: What do we think? What do we know? What can we prove? *J Health Soc Behav* 2013, 54:1-21, doi: 10.1177/0022146512471197
46. Ζήση Α. *Κοινωνία, Κοινότητα και Ψυχική Υγεία*. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2013
47. Pescosolido BA, Brooks-Gardner C, Lubell, K-M. How people get into mental health services: Stories of choice, coercion, and “muddling through” from “first timers”. *So Sci Med* 46, 1998: 275-286, doi: 10.1016/s0277-9536(97)00160-3
48. Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry* 2005, 186: 331– 334, doi: 10.1192/bjp.186.4.331

49. Zissi, A. Lay perceptions of mental disorder in agricultural Greece: A qualitative approach. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2000, 2:33-40
50. Zissi, A. Community perceptions of mental disorders: A Greek perspective. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2006, 16: 1-11, doi.org/10.1002/casp.852
51. Link BG, Phelan, J. Stigma Power. *Soc Sci Med* 2014, 103: 24-32, doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.035
52. Star S.A. (1955). The public's ideas about mental illness. Chicago: Nat. opinion Research Center (Mimeo).
53. Nunnally J. (1961). Popular conceptions of mental health: Their development and change. New York: Holt, Rinehart and Winston.
54. Vasiliou G., Vassiliou V. (1968). Attitudes of the Athenian public towards mental illness. *Int. Ment. Hlth. Newsletter*, 71, 1-8.
55. Georgas T., Janakis M., Geratsidou O. (1978). Attitudes towards mental health in Athens and provinces. *Arch. Hygiene Supp.*, 114-119
56. Madianos M.G, Madianou D., et al. (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psych. Scand* 75, 158-165.
57. Rabkin J.G. (1972). Opinions about Mental Illness. A review of the literature. *Psych. Bull*, 77, 153-171.
58. Angermeyer M.C., Matscinger H., Corrigan P.W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr. Res.* 1(69,) 175-182
59. Scheff T. (1974). The Labeling Theory of Mental illness. *American Sociological Review*, 39,444-452.
60. Byrne P. (1997). Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol.90, 618-621.

61. Angermeyer MC., Matscinger H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bulletin*. 30(4), 1049- 1061.
62. Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία. «Ας ανοίξουμε τις πόρτες-πληροφορίες για επαγγελματίες υγείας»-Μειώνοντας το στίγμα. Διαθέσιμο στις 05/05/08 στη διεύθυνση: http://www.open the doors.com/greek/02_05.html.
63. Robins L.N., Regier D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America: American Epidemiologic Catchment Area Study*. (449pp). New York, N.Y: The Free Press.
64. Στεργίου Α. 2005/04/05. Κυνηγώντας το στίγμα. *Ελευθεροτυπία- 153 Απογευματινή Εφημερίδα*. Διαθέσιμο στις 05/05/08, στη διεύθυνση: http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,id=05.04.2005,id=64682752.
65. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής-Δελτίο Τύπου. Διαθέσιμο στις 05/05/08 στη διεύθυνση: www.epipsi.gr/openthedoors/docs/deltio_typou.doc
66. Μαδιανός Μ. (2000). Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. (σελ:93-101). Αθήνα:Εκδόσεις Καστανιώτη.
67. Kaplan and Sadock's. (2000). *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*. (τόμος Β, κεφ.13). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
68. Corrigan P.W., Watson Amy C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, V1(1)16-20.
69. Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., A., Penn, D. (2001), Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness, *Psychiatric Services*.52(7): 953-958
70. Secker J., Armstrong C., and Hill M. (1999). Young people's understanding of mental illness. *Health Educational Research*, Vol.14(6), 729-739.
71. Angermeyer M.C., Matscinger H. (2005). Labeling-sterotypediscrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 40 (5), 391-395.
72. Corrigan P.W, River L.P, Lundin R.K, et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Buletinl*.27(2), 187-95.

73. Wilson C., Nairn R., et al. (2000). How mental illness is portrayed in children's television. A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 176, 440-443.
74. Δημέλλης Δ. (2003). Ψυχιατρική και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης: 155 Εξοικείωση με την ψυχική αρρώστια ή Διαστρέβλωση-Εκμετάλλευση της πραγματικότητας; *Εγκέφαλος*, No 41
75. Dovidio, J.F., Major, B., Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview, In T.F. Heatherton, R.E. Cleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (Eds.). *The social psychology of stigma*, New York: Guilford Press
76. Brockington, I., Hall, P., Levings, J. & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162 (1), 93-99
77. Holmes, P., Corrigan, P., Williams, P., Canar, J. & Kubiak, M.A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456.
78. Rahman Haghghat. (2001). A Unitary theory of stigmatization. *The British Journal of Psychiatry*, Vol178, 207-215.
79. Gibbons F.X. & Gerard M. (1989). Effects of upward and downward social comparison on mood states. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1,14- 31
80. Buss D. (1999). *Evolutionary Psychology*. Boston MA: Allyn & Bacon. In Rahman Haghghat. (2001). A Unitary theory of stigmatization. *The British Journal of Psychiatry* Vol 178, 207-215.
81. 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.
82. Cutler, J. L., Harding, K. J., Mozian, S. A., Wright, L. L., Pica, A. G., Masters, S. R., & Graham, M. J. (2009). Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Advances in health sciences education*, 14(4), 487-502.
83. Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30(8), 907-922.

84. Emrich, K., Thompson, T. C., & Moore, G. (2003). Positive attitude: An essential element for effective care of people with mental illnesses. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 41(5), 18-25.
85. MacInnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 59-65.
86. McDaid, D. (2008). Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Luxembourg: European Commission, 1-20.
87. Kahn, R. S., & Keefe, R. S. (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1107-1112.
88. Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. E. (2010). Stigma in mental health: Clients and professionals. *Issues in mental health nursing*, 31(7), 450-455.
89. Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2008). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 315-321.
90. Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *International journal of mental health systems*, 2(1), 1-7.
91. Corrigan, P.W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Soc Work*. 52(1):31-9
92. Cutcliffe, J., Hannigan, B. (2001). Mass media, "monsters" and mental health clients: the need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8:315-321.
93. Garske, G. & Stewart, J. (1999). Stigmatic and mythical thinking: barriers to vocational rehabilitation services for persons with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*, 65 (4), 4-8.
94. Bordieri, J. & Drehmer, D. (1986). Hiring decisions for disabled workers: Looking at the cause. *Journal of Applied Social Psychology*, 16 (3), 197-208.

85. Γεωργιάδου Ε., Μαστρογιάννη Α., Συγγελάκης Μ., Καραστεργίου Α. (2000 Θεσσαλονίκη). Ακούσια νοσηλεία: το νομοθετικό πλαίσιο και η εφαρμογή του. Παρουσιάστηκε στο: XIIIth Conference of the South-East European Society for Neurology and Psychiatry
96. Thornicroft G., Rose D., Kassam A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*, 19(2), 113-22.
97. Ψυχιατρικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ψυχωτικές διαταραχές-Σχιζοφρένια III. Διαθέσιμο στις 05/05/08 στη διεύθυνση: <http://stress.gr/disorders.php>.
98. Lefley H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44(3), 556.
99. Teague G.B., Bond G.R. & Drake R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216.
100. Padilla A.M., Ruiz R.A. & Alvarez R. (1975). Community mental health services for the Spanish-speaking/surnamed population. *American Psychologist*, 30(9), 892.
101. Lamberti J.S. Weisman R. & Faden D.I. (2004). Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*
102. Insel T.R. & Wang P.S. (2010). Rethinking Mental Illness. *JAMA*, 303(19), 1970–1971.
103. Burns T., Rugkåsa J., Molodynski A., Dawson J., Yeeles K., Vazquez-Montes M., Voysey M., Sinclair J. & Priebe S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1627–1633.
104. Thota A.B., Sipe T.A., Byard G.J., Zometa C.S., Hahn R.A., McKnight-Eily L.R., Chapman D.P., Abraido- Lanza A.F., Pearson J.L., Anderson C.W., Gelenberg A.J., Hennessy K.D., Duffy F.F., Vernon- Smiley M.E., Nease D.E. Jr & Williams S.P. (2012). Community Preventive Services Task Force: Collaborative Care to Improve the Management of

Depressive Disorders: A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), 525–538.

105. Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. & Blyler C.R. (2001). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*.

106. Jorm A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–232

107. Szabo, S. (1996). the WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 355–362

108. Kawakami N., Takeshima T., Ono Y., Uda H., Hata Y., Nakane Y., Nakane H., Iwata N., Furukawa A.T. & Kikkawa T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(4), 441–452.

109. Anderson C.M., Hogarty G.E. & Reiss D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490.

110. Dixon L., Stewart B., Burland J., Delahanty J., Lucksted A. & Hoffman M. (2001). Pilot Study of the Effectiveness of the Family-to-Family Education Program. *Psychiatric Services*.

111. Οικονόμου, Μ.. “Το κόστος της σχιζοφρένειας”, *Ψυχιατρική*, (1999):10: 142- 151.

112. Τομαράς, Β, Μαυρέας, Β. “Σχιζοφρένεια και οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας”, *Ιατρική*, 1990: 57 (3):238-246.

113. Οικονόμου, Μ. “Ο ρόλος της οικογένειας στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση”, στο συλλογικό έργο: “Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή”, Επιμέλεια Κονταξάκης, Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Χριστοδούλου, Γ.Ν., ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2005: 559-564.

114. McGoldrick, M., & Carter, B. (2001). Advances in coaching: Family therapy with one person. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(3), 281–300.

115. Minuchin, P. (2002). Cross-Cultural Perspectives: Implications for Attachment Theory and Family Therapy. *Family Process*, 41(3), 546-550.
116. Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family process*, 13(2), 141-168.
117. Melito, R. (2003). Values in the role of the family therapist: Self determination and justice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 3-11.
118. Emrich, K., Thompson, T. C., & Moore, G. (2003). Positive attitude: An essential element for effective care of people with mental illnesses. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 41(5), 18-25.
119. Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(6), 337-344.
120. Putman, S. (2008). Mental illness: diagnostic title or derogatory term?(Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(8), 684-693.
121. Geller, J. L. (2001). Ain't no such thing as a schizophrenic. *Psychiatric Services*, 52(6), 715-715.
122. Lysaker, P. H., Buck, K. D., & Lintner, J. I. (2009). Addressing recovery from severe mental illness in clinical supervision of advanced students. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(4), 36-42.
123. Van Den Tillaart, S., Kurtz, D., & Cash, P. (2009). Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: Voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *International journal of mental health nursing*, 18(3), 153-163.
124. Lyons, C., Hopley, P., & Horrocks, J. (2009). A decade of stigma and discrimination in mental health: plus ça change, plus c'est la même chose (the more things change, the more they stay the same). *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(6), 501-507.

125. Horsfall, J., Stuhlmiller, C. M., & Champ, S. (2001). *Interpersonal nursing for mental health*. Springer Publishing Company.
126. Sartorius, N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it? *The Lancet*, 352(9133), 1058-1059.
127. Lysaker, P. H., Buck, K. D., & Lintner, J. I. (2009). Addressing recovery from severe mental illness in clinical supervision of advanced students. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(4), 36-42.
128. Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications.
129. Jones, A., & Crossley, D. (2008). 'In the mind of another'shame and acute psychiatric inpatient care: an exploratory study. A report on phase one: service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 749-757.
130. Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541.
131. Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 23-32.
132. Frese III, F. J., Stanley, J., Kress, K., & Vogel-Scibilia, S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric services*, 52(11), 1462-1468.
133. MacInnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 59-65.
134. Janoušková, M., Tušková, E., Weissová, A., Trančík, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., & Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European Psychiatry*, 41(1), 1-9.
135. Clement, S., Van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., De Castro, M., ... & Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 57-64.

136. Wałachowska, K., Janowski, K., & Tatala, M. (2009). The efficacy of three interventions modifying stereotypes and prejudice towards people with schizophrenia. *Polish Psychological Bulletin*, (4).
137. Nguyen, E., Chen, T. F., & O'Reilly, C. L. (2012). Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(7), 1087-1098.
138. Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Lundin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of social and clinical psychology*, 23(3), 377.
139. Faigin, D. A., & Stein, C. H. (2008). Comparing the effects of live and video-taped theatrical performance in decreasing stigmatization of people with serious mental illness. *Journal of Mental Health*, 17(6), 594-606.
140. Brown, S. A., Evans, Y., Espenschade, K., & O'Connor, M. (2010). An examination of two brief stigma reduction strategies: filmed personal contact and hallucination simulations. *Community mental health journal*, 46(5), 494-499.
141. Owen, P. (2007). Dispelling myths about schizophrenia using film. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(1), 60-75.
142. Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social science & medicine*, 72(12).
143. Esters, I. G., Cooker, P. G., & Ittenbach, R. F. (1998). EFFECTS OF A UNIT OF INSTRUCTION IN MENTAL HEALTH ON RURAL ADOLESCENTS' CONCEPTIONS OF MENTAL ILLNESS AND ATTITUDES ABOUT SEEKING HELP. *Adolescence*, 33(130), 469-469.
144. Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K., & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 283-288.

145. Saporito, J. M., Ryan, C., & Teachman, B. A. (2011). Reducing stigma toward seeking mental health treatment among adolescents. *Stigma research and action*, 1(2), 9.
146. Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 984-994.
147. Woods, D. W. (2002). The effect of video-based peer education on the social acceptability of adults with Tourette's syndrome. *Journal of developmental and physical disabilities*, 14(1), 51-62.
148. West, K., & Turner, R. (2014). Using extended contact to improve physiological responses and behavior toward people with schizophrenia. *Journal of Experimental Social Psychology*, 50, 57-64.
149. Demyan, A. L., & Anderson, T. (2012). Effects of a brief media intervention on expectations, attitudes, and intentions of mental health help seeking. *Journal of counseling psychology*, 59(2), 222.
150. Penn, D. L., Chamberlin, C., & Mueser, K. T. (2003). The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia bulletin*, 29(2), 383-391.
151. Woods, D. W., & Marcks, B. A. (2005). Controlled evaluation of an educational intervention used to modify peer attitudes and behavior toward persons with Tourette's Syndrome. *Behavior Modification*, 29(6), 900-912.
152. Ritterfeld, U., & Jin, S. A. (2006). Addressing media stigma for people experiencing mental illness using an entertainment-education strategy. *Journal of health psychology*, 11(2), 247-267.
153. Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., & Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma?. *Community mental health journal*, 43(2), 171-181.
154. Kaplan, S. A., Vogel, D. L., Gentile, D. A., & Wade, N. G. (2012). Increasing positive perceptions of counseling: The importance of repeated exposures. *The Counseling Psychologist*, 40(3), 409-442.

155. Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 103, 120-133.
156. Corrigan, P. W., Vega, E., Larson, J., Michaels, P. J., McClintock, G., Krzyzanowski, R., ... & Buchholz, B. (2013). The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 173.
157. Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry*, 13(2), 161-175.
158. Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., ... & Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377-384.
159. Corrigan, P., Michaels, P. J., & Morris, S. (2015). Do the effects of antistigma programs persist over time? Findings from a meta-analysis. *Psychiatric Services*, 66(5), 543-546.
160. Phelan JC, Link B, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two? *Soc Sci Med* 2008, 67: 358-67, doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.022
161. Anastasia Zissi, Social stigma in mental illness: A review of concepts, methods and empirical evidence, *Psychiatriki* (2021), doi: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.039>
162. Foucault M. (1975). *Η ιστορία της τρέλας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ηριδανός.
163. Μαγριπλής Δ. (2001). Το Αντιψυχιατρικό Κίνημα και οι Εκπρόσωποί του. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 74,45-54.
164. Gelder G., Lopez-Ibor J.J., Andresen N. (2007). *Oxford, Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
165. Stuart H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*, 20(2), 99-106.
166. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη. Συγγραφέας: Μιχάλης Γ. Μαδιανός. *Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα, 1994.

167. Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή. Συγγραφέας: Μιχάλης Γ. Μαδιανός. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα, 2000. ISBN: 978-960-03-2868-4.
168. Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής, Σ. Στυλιανίδης. Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ, Αθήνα 2014
169. Σ. Παρασκευαΐδου, Κ. Κατσαλιάκη. Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(4):467-474
170. G.Alfredson, K.Tomasewski (eds) A thematic guide to documents on health and human rights M. Nijhoff, 1998
171. Th. Douraki, Droit europeen et psychiatrie (convention Europeenne des droits de l' home et droit des malades psychiatriques) στο A.V Tramoni, Ethique medicale et psychiatrie. Questions et enjeux, Paris 1997
172. www.mentalhealthhellenicobservatory.files.wordpress.com, Ανάκτηση από Διαδίκτυο στις 3/2014
173. Recommendation 779 (1976) και 818 (1977) της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης, η πρώτη και για τους ψυχικά ασθενείς η δεύτερη, ιδιαίτερα δε η 1235 της ίδια συνέλευσης για την Ψυχιατρική και τα Δικαιώματα του Ανθρώπου , στο Ψυχιατρική και δίκαιο Επιμ. Σολδάτος Κ., Καρακώστας Ι., Κουτσουράδης Α., Μαλλιώρη Μ., Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2006.σελ.207 κ.ε.
174. Mental Health Policy and Service Guidance Package-The Mental Health Context, 2003, Ανάκτηση από διαδίκτυο, www.mohaw.gr/GR/healthgr/mh/mh.htm, 3/2014
175. Anthony, W. A., Cohen, M., & Farkas, M. (1999). The future of psychiatric rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28(1), 48–68. <https://doi.org/10.1080/00207411.1999.11449446>
176. Ζήση, Α. (2017). Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ατόμων με Χρόνιες Ψυχιατρικές Δυσκολίες: Ερευνητικές Εξελίξεις και Νέες Προοπτικές. *Encephalos Journal*.
177. World Health Organization. (2004). Promoting Mental Health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>

178. Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
179. Keyes, C. L. M. (2013). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*, 179–192. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11
180. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
181. Rockville, M. D. (1999). MENTAL HEALTH: CULTURE, RACE, AND ETHNICITY A SUPPLEMENT TO MENTAL HEALTH: A REPORT OF THE SURGEON GENERAL. <https://igbattmho.org/wp-content/uploads/2021/08/aamental-healthmentalhealthcultureandrace.pdf>
182. Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11258-000>
183. Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>
184. Manderscheid, R. W. (2006). Saving lives and restoring hope: we can help people with serious mental illness live longer, happier lives. *Behavioral Healthcare*, 26(9), 58–60.
185. Goldman, H. H., & Grob, G. N. (2006). Defining “Mental Illness” In Mental Health Policy. *Health Affairs*, 25(3), 737–749. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.737>
186. Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), A19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811514/#B3>
187. Krystal, John H., & State, Matthew W. (2014). Psychiatric Disorders: Diagnosis to Therapy. *Cell*, 157(1), 201–214. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.02.042>

188. Rosenberg, C. E. (2006). Contested Boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 407–424. <https://doi.org/10.1353/pbm.2006.0046>
189. Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of psychiatry*, 150, 399-399.
190. Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12(2), 92–98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
191. Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
192. Penninx, B. W. J. H. (1998). Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Dwelling Older Persons. *JAMA*, 279(21), 1720. <https://doi.org/10.1001/jama.279.21.1720>
193. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61238-0)
194. Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerlings, M. I., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 127–137. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00124-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00124-x)
195. Carroll, L. J., Cassidy, J. David., & Côté, P. (2003). Factors associated with the onset of an episode of depressive symptoms in the general population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(7), 651–658. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(03\)00118-5](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(03)00118-5)
196. Aaron, R., Joseph, A., Abraham, S., Muliyl, J., George, K., Prasad, J., Minz, S., Abraham, V. J., & Bose, A. (2004). Suicides in young people in rural southern India. *Lancet* (London, England), 363(9415), 1117–1118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15896-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15896-0)

197. CAVANAGH, J. T. O., CARSON, A. J., SHARPE, M., & LAWRIE, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
198. Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360(9347), 1728–1736. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11681-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11681-3)
199. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). GBD Results. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
200. World Health Organization. (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. [www.who.int](https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1). https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
201. Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1)
202. NCBI. (2012). Information about Mental Illness and the Brain. [Nih.gov; National Institutes of Health \(US\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20369/). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20369/>
203. Pincus, H. A., Tanielian, T. L., Marcus, S. C., Olfson, M., Zarin, D. A., Thompson, J., & Zito, J. M. (1998). Prescribing Trends in Psychotropic Medications. *JAMA*, 279(7), 526. <https://doi.org/10.1001/jama.279.7.526>
204. Caraci, F., Enna, S. J., Zohar, J., Racagni, G., Zalsman, G., van den Brink, W., Kasper, S., Koob, G. F., Pariante, C. M., Piazza, P. V., Yamada, K., Spedding, M., & Drago, F. (2017). A new nomenclature for classifying psychotropic drugs. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 83(8), 1614–1616. <https://doi.org/10.1111/bcp.13302>
205. Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2004). Efficacy of ECT in Depression: A Meta-Analytic Review. *The Journal of ECT*, 20(1), 13–20.

206. Donahue, A. B. (2000). Electroconvulsive Therapy and Memory Loss: A Personal Journey. *The Journal of ECT*, 16(2), 133.
207. Lisanby, S. H., Kinnunen, L. H., & Crupain, M. J. (2002). Applications of TMS to Therapy in Psychiatry. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 19(4), 344.
208. Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A., & Rosenbaum, J. F. (2001). Patterns of Psychopathology and Dysfunction in High-Risk Children of Parents With Panic Disorder and Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 49–57. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.49>
209. Solanto, M. V., Arnsten, A. F. T., & Castellanos, F. X. (2001). *Stimulant Drugs and ADHD: Basic and Clinical Neuroscience*. In Google Books. Oxford University Press.
210. SPENCER, M. B., DUPREE, D., & HARTMANN, T. (1997). A Phenomenological Variant of Ecological Systems Theory (PVEST): A self-organization perspective in context. *Development and Psychopathology*, 9(4), 817–833. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001454>
211. Sheffler, Z. M., & Abdijadid, S. (2020). *Antidepressants*. PubMed; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538182/>
212. Shorter, E. (2009). The history of lithium therapy. *Bipolar Disorders*, 11(2), 4–9. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00706.x>
213. Tyrer, P., & Murphy, S. (1987). The Place of Benzodiazepines in Psychiatric Practice. *British Journal of Psychiatry*, 151(6), 719–723. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.6.719>
214. Shen, W. W. (1999). A history of antipsychotic drug development. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 407–414. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(99\)90082-2](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(99)90082-2)
215. Meltzer, H. Y. (2013). Update on Typical and Atypical Antipsychotic Drugs. *Annual Review of Medicine*, 64(1), 393–406. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-050911-161504>
216. Messer, S. B. (2006). What Makes Brief Psychodynamic Therapy Time Efficient. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 5–22. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.5>
217. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory, with chapters*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

218. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. In Google Books. Oxford University Press.
219. Leblanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 149–163. <https://doi.org/10.1080/09515070110059142>
220. Harter, S. (1977). A cognitive-developmental approach to children's expression of conflicting feelings and a technique to facilitate such expression in play therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(3), 417–432. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.45.3.417>
221. Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In Google Books. John Wiley & Sons.
222. Link, B. G., & Phelan, J. C. (1999). The social construction of illness: Key insights and policy implications. In P. Conrad & R. Kern (Eds.), *The sociology of health and illness: Critical perspectives* (pp. 97-120). St. Martin's Press.
223. Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
224. Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
225. Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. S., & Evans, A. C. (2004). Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(2), 117-126.
226. Kraus, S., Stein, C., & Tyler, D. (2017). The role of social support in mental health treatment engagement among low-income, African American individuals with mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(3), 238-252.
227. Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., & Kirk, T. (2010). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 61(7), 646-648.

228. SSMITH (2007). Stigma and Discrimination. In SSMITH (Ed.), *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Sociology* (pp. 88–120). Routledge.
229. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
230. 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. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8>
231. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
232. Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700802>
233. Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
234. Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973.
235. Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423. doi: 10.2307/2095613
236. Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518–529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
237. Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518–529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>

238. Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., & Pantalone, D. W. (2017). Development and psychometric evaluation of the transgender self-stigma scale. *Journal of Sex Research*, 54(1), 78-88. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1149003>
239. Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2016). 'I'm not a druggie, I'm just a diabetic': A qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *BMJ Open*, 6(6), e009430. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009430>
240. Crawford, R., Brown, M., & Hamilton, S. (2015). The role of self-stigma in connections between receiving mental health services and recovery-oriented outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 109–116. doi: 10.1037/prj0000125
241. Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 504–553). McGraw-Hill.
242. Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135–149. doi: 10.1037/0022-3514.77.1.135
243. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R., & Inkles, M. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128.
244. Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2012). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3).
245. Tsang, H. W., Fung, K. M., Chung, R. C., & Chan, F. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 180(1), 10-15.
246. Liu, N. H., Contreras, O., Muñoz, R. F., Leykin, Y., & Baik, S. H. (2018). The association between self-care practices and mental health among individuals with depressive symptoms: multiple mediator models. *Frontiers in Psychology*, 9, 2302.

247. Kroska, A., Harkness, S. K., Thomas, L. S., & Brown, R. P. (2014). Illness Labels and Social Distance. *Society and Mental Health*, 4(3), 215–234. <https://doi.org/10.1177/2156869314521431>
248. Chang CC, Lin CY, Gronholm PC, Wu TH. Cross-Validation of Two Commonly Used Self-Stigma Measures, Taiwan Versions of the Internalized Stigma Mental Illness Scale and Self-Stigma Scale-Short, for People With Mental Illness. *Assessment*. 2018 Sep;25(6):777-792. doi: 10.1177/1073191116658547. Epub 2016 Jul 5. PMID: 27385391.
249. Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 178(2), 211-213.
250. Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker P. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatr Rehabil J*. 2015 Jun;38(2):171-178. doi: 10.1037/prj0000100. Epub 2014 Oct 13. PMID: 25313530; PMCID: PMC4395502.
251. Corrigan, P. W. (2018). *The stigma effect: Unintended consequences of mental health campaigns*. Columbia University Press.
252. Cheng, C., & Liang, J. (2014). The relationship between self-stigma and mental health outcomes among Taiwanese psychiatric outpatients. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 499-507. doi: 10.1007/s11126-014-9295-0
253. Schnyder, N., Michel, C., Panczak, R., Oetterli, M., Schwappach, D., & Salis Gross, C. (2019). The relationship between self-stigma and quality of life among people with mental illness: A prospective observational study. *Psychiatric Quarterly*, 90(1), 1-9. doi: 10.1007/s11126-018-9584-4
254. Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
255. João N. Braga, Mário B. Ferreira, Steven J. Sherman, André Mata, Sofia Jacinto, Marina Ferreira. What's next? Disentangling availability from representativeness using binary decision tasks. *Journal of Experimental Social Psychology* Volume 76, May 2018, Pages 307-319

256. Rüsçh, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
257. Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2014). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
258. Davidson MC, Amso D, Anderson LC, Diamond A. Development of cognitive control and executive functions from 4 to 13 years: evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching. *Neuropsychologia*. 2006;44(11):2037-78. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.02.006. Epub 2006 Mar 31. PMID: 16580701; PMCID: PMC1513793.
259. Britt-Marie Lindgren, Anders Ringné, Jenny Molin, Ulla H. Graneheim. Patients' experiences of isolation in psychiatric inpatient care: Insights from a meta-ethnographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2018. <https://doi.org/10.1111/inm.12519>
260. Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., ... Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1331-1346. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.09.008
261. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W. W. Norton & Company.
262. Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. Guilford Publications.
263. Hartmann, M. (2017). How to practice self-care when the world feels overwhelming. *The Washington Post*. Retrieved from <https://www.washingtonpost.com/news/inspired-life/wp/2017/09/20/how-to-practice-self-care-when-the-world-feels-overwhelming/>
264. Ebert, D. D., et al. (2019). Effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce symptoms of depression and prevent onset of mental disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(6), e12507.

265. Al-Sagarat, A. Y., et al. (2018). The relationship between self-care, depression and social support among patients with multiple sclerosis in Jordan. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(6), 345-349.
266. Keng, S. L., et al. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
267. World Health Organization. (2021). Quality of life. Retrieved from <https://www.who.int/>
268. Choi, K. W., et al. (2020). Association of combined patterns of physical activity and sedentary behavior with depression and anxiety symptoms among older adults: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 265, 82-88.
269. Mannan, M., et al. (2020). Association of adherence to healthy dietary guidelines with physical fitness and metabolic health. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 3978.
270. Khoury, B., et al. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528.
271. Stuckey, H. L., & Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American Journal of Public Health*, 100(2), 254-263.
272. Krause, N., & Hayward, R. D. (2015). Religious involvement, forgiveness, and self-rated health among older Black and white Americans. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(3), 411-416.
273. Whitson, H. E., & Duan-Porter, W. (2018). Understanding the complexity of functional impairment in older adults. *Annals of Internal Medicine*, 168(11), 803-804.
274. Liu, C., et al. (2017). The effectiveness of physical therapy for older adults with dementia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 549-558.
275. Gitlow, L., et al. (2020). Functional limitations and occupational therapy interventions. In L. Gitlow & K. T. Johnson (Eds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (8th ed., pp. 163-190). Wolters Kluwer.

276. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Feb;32(2):207-14. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1061. PMID: 23381511.
277. Fortney, J. C., et al. (2018). The future of mental health care delivery in the United States: A research agenda. *World Psychiatry*, 17(2), 165-173. <https://doi.org/10.1002/wps.20517>
278. Grønning, K., et al. (2019). Self-care and health-related quality of life among patients with severe mental illness. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(3), 157-166. <https://doi.org/10.1177/2057158520903084>
279. Martín-Carrasco, M., et al. (2016). Depressive disorder and self-care capacity in chronic physical illness: The ELENA study. *Journal of Affective Disorders*, 206, 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.025>
280. Brown, C., et al. (2016). Understanding substance use disorders and their treatment. National Academies Press.
281. Wang, J., et al. (2019). The relationship between self-care and depressive symptoms among Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1395-1402. <https://doi.org/10.2147/COPD.S200939>
282. Malm K, Bergman S, Andersson ML, Bremander A, Larsson I. Quality of life in patients with established rheumatoid arthritis: A phenomenographic study. *SAGE Open Med*. 2017 Jun 7;5:2050312117713647. doi: 10.1177/2050312117713647. PMID: 28611920; PMCID: PMC5466281.
283. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G, SozWiss. Self-care: a foundational science. *Nurs Sci Q*. 2001 Jan;14(1):48-54. doi: 10.1177/089431840101400113. PMID: 11873354.
284. O'Hara R, Rowe H, Fisher J. Self-management in condition-specific health: a systematic review of the evidence among women diagnosed with endometriosis. *BMC Womens Health*. 2019 Jun 19;19(1):80. doi: 10.1186/s12905-019-0774-6. PMID: 31216998; PMCID: PMC6585070.

285. Irena Tsui, Andrew Drexler, Annette L. Stanton, Jennie Kageyama, Elaine Ngo, Bradley R. Straatsma, Pilot Study Using Mobile Health to Coordinate the Diabetic Patient, Diabetologist, and Ophthalmologist. *The Journal of school nursing*, Volume 8, Issue 4. <https://doi.org/10.1177/1932296814529637>
286. Lewin AB, LaGreca AM, Geffken GR, Williams LB, Duke DC, Storch EA, Silverstein JH. Validity and reliability of an adolescent and parent rating scale of type 1 diabetes adherence behaviors: the Self-Care Inventory (SCI). *J Pediatr Psychol*. 2009 Oct;34(9):999-1007. doi: 10.1093/jpepsy/jsp032. Epub 2009 May 7. PMID: 19423660; PMCID: PMC2782250.
287. Sajatovic M, Levin J, Fuentes-Casiano E, Cassidy KA, Tatsuoka C, Jenkins JH. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Compr Psychiatry*. 2011 May-Jun;52(3):280-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.07.002. Epub 2010 Sep 1. PMID: 21497222; PMCID: PMC3140848.
288. Koene J, Zyto S, van der Stel J, van Lang N, Ammeraal M, Kupka RW, van Weeghel J. The relations between executive functions and occupational functioning in individuals with bipolar disorder: a scoping review. *Int J Bipolar Disord*. 2022 Mar 14;10(1):8. doi: 10.1186/s40345-022-00255-7. PMID: 35286505; PMCID: PMC8921376.
289. van den Berg KC, Hendrickson AT, Hales SA, Voncken M, Keijsers GPJ. Comparing the effectiveness of imagery focussed cognitive therapy to group psychoeducation for patients with bipolar disorder: A randomised trial. *J Affect Disord*. 2023 Jan 1;320:691-700. doi: 10.1016/j.jad.2022.09.160. Epub 2022 Oct 5. PMID: 36206888.
290. Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Better health-related quality of life (mental component summary), having a higher level of education, and being less than 75 years of age are predictors of hospital admission among cognitively intact nursing home residents: a 5-year follow-up study. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Mar 7;10:275-82. doi: 10.2147/PPA.S92135. PMID: 27022249; PMCID: PMC4788368.

291. A. Stephen Lenz, Rochelle Cade, Maggie M. Parker, Samantha Klassen, Claudia Schmidt. *Counseling Children and Adolescents in Clinical Mental Health Settings*. 1st Edition, 2017, eBook ISBN9781315466736
292. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.
293. Deady M, Choi I, Calvo RA, Glozier N, Christensen H, Harvey SB. eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017 Aug 29;17(1):310. doi: 10.1186/s12888-017-1473-1. PMID: 28851342; PMCID: PMC5576307.
294. Jacques Gaume, Molly Magill, Nadine R. Mastroleo , Richard Longabaugh, Nicolas Bertholet, Gerhard Gmel, Jean-Bernard Daepfen. Change Talk During Brief Motivational Intervention With Young Adult Males: Strength Matters. *Journal of Substance Abuse Treatment* Volume 65, June 2016, Pages 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.005>
295. Rüsç N, Heekeren K, Theodoridou A, Müller M, Corrigan PW, Mayer B, Metzler S, Dvorsky D, Walitza S, Rössler W. Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2015 Aug;166(1-3):43-8. doi: 10.1016/j.schres.2015.05.027. Epub 2015 May 31. PMID: 26036814.
296. Ben-Zeev D, Brenner CJ, Begale M, Duffecy J, Mohr DC, Mueser KT. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2014 Nov;40(6):1244-53. doi: 10.1093/schbul/sbu033. Epub 2014 Mar 8. PMID: 24609454; PMCID: PMC4193714.
297. Depp CA, Ceglowski J, Wang VC, Yaghouti F, Mausbach BT, Thompson WK, Granholm EL. Augmenting psychoeducation with a mobile intervention for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:23-30. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.053. Epub 2014 Nov 8. PMID: 25479050; PMCID: PMC4339469.
298. Faurholt-Jepsen M, Frost M, Ritz C, Christensen EM, Jacoby AS, Mikkelsen RL, Knorr U, Bardram JE, Vinberg M, Kessing LV. Daily electronic self-monitoring in bipolar disorder using smartphones - the MONARCA I trial: a randomized, placebo-controlled, single-blind,

parallel group trial. *Psychol Med.* 2015 Oct;45(13):2691-704. doi: 10.1017/S0033291715000410. Epub 2015 Jul 29. PMID: 26220802.

299. World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations

300. American Heart Association. (2018). American Heart Association recommendations for physical activity in adults and kids. <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults>

301. Grandner, M. A., Jackson, N. J., Gerstner, J. R., & Knutson, K. L. (2016). Sleep symptoms associated with intake of specific dietary nutrients. *Journal of sleep research*, 25(1), 67-74.

302. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2003). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

303. Richards, K. A., & Schat, A. C. (2011). Attachment, emotional self-efficacy, and psychological well-being among women coping with infertility. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 737-746.

304. Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.

305. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.

306. Nezu, A. M., & D'Zurilla, T. J. (2012). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer Publishing Company.

307. Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.

308. Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.

309. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
310. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull.* 1996 May;119(3):488-531. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.488. PMID: 8668748.
311. Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.
312. Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., ... & Rowe, J. W. (2004). A social model for health promotion for an aging population: Initial evidence on the Experience Corps model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64-78.
313. Druss, B. G., von Esenwein, S. A., Compton, M. T., Rask, K. J., Zhao, L., & Parker, R. M. (2011). A randomized trial of medical care management for community mental health settings: the Primary Care Access, Referral, and Evaluation (PCARE) study. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 947-955.
314. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet.* 2007 Sep 8;370(9590):810-1. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61245-8. PMID: 17804064.
315. Suetani, S., Waterreus, A., Morgan, V. A., Foley, D. L., Galletly, C. A., Badcock, J. C., ... & Jablensky, A. (2015). Correlates of physical activity in people living with psychotic illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(5), 365-374. doi: 10.1111/acps.12367
316. Cohen S, Janicki-Deverts D, Turner RB, Doyle WJ. Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychol Sci.* 2015 Feb;26(2):135-47. doi: 10.1177/0956797614559284. Epub 2014 Dec 19. PMID: 25526910; PMCID: PMC4323947.
317. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, Chisholm D, Collins PY, Docrat S, Fairall L, Lempp H, Niaz U, Ngo V, Patel V, Petersen I, Prince M, Semrau M, Unützer J, Yueqin H, Zhang S. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2019 Feb;6(2):174-186. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30298-0. Epub 2018 Nov 15. PMID: 30449711.

318. Vancampfort D, Stubbs B, Venigalla SK, Probst M. Adopting and maintaining physical activity behaviours in people with severe mental illness: The importance of autonomous motivation. *Prev Med.* 2015 Dec;81:216-20. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.09.006. Epub 2015 Sep 16. PMID: 26386141.
319. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, Bierer M, Duckworth K, Sacks FM. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry.* 2005 Feb;66(2):183-94; quiz 147, 273-4. doi: 10.4088/jcp.v66n0205. PMID: 15705003.
320. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell AJ. The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2015 Aug;132(2):144-57. doi: 10.1111/acps.12439. Epub 2015 May 5. PMID: 25943829.
321. Bartels, S. J., & Naslund, J. A. (2013). The underside of the collaborative care model. *Psychiatric services*, 64(11), 1093-1095.
322. Krupchanka D, Chrtková D, Vítková M, Munzel D, Čihařová M, Růžičková T, Winkler P, Janoušková M, Albanese E, Sartorius N. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Soc Sci Med.* 2018 Sep;212:129-135. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.015. Epub 2018 Jul 10. PMID: 30029091.
323. Burns AC, Saxena R, Vetter C, Phillips AJK, Lane JM, Cain SW. Time spent in outdoor light is associated with mood, sleep, and circadian rhythm-related outcomes: A cross-sectional and longitudinal study in over 400,000 UK Biobank participants. *J Affect Disord.* 2021 Dec 1;295:347-352. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.056. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34488088; PMCID: PMC8892387.
324. Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, Jones N, Rüsçh N. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *J Ment Health.* 2016;25(1):10-5. doi: 10.3109/09638237.2015.1021902. Epub 2015 Jul 20. PMID: 26193430.

325. Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., ... & Coventry, P. (2019). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
326. Davidson L. The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Aff (Millwood)*. 2016 Jun 1;35(6):1091-7. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0153. PMID: 27269027.
327. Campbell, C, Deacon, H. (2006), Unraveling the Contexts of Stigma: From Internalisation to Resistance to Change, *Journal of Community Applied Social Psychology*, Vol. 16 σ. σ. 411 – 417.
328. Corrigan, P. (2004), How stigma interferes with mental health care, *American Psychologist*, Vol. 59, σ.σ. 614 – 625.
329. Ben – Zeev D., Young M., Corrigan P., (2010), DSM – V and the stigma of mental illness, *Journal of Mental Health*. 19(4): 318 – 327.
330. Hogg, M. A. (2000b). Social identity and social comparison. In J. Suls & L. Wheeler (eds), *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 401 – 121). New York: Kluwer/ Plenum.
331. Jost J. T., & Kramer, R. M. (2003). The system justification motive in intergroup relations. In D. M. Mackie & E. R. Smith (eds), *From prejudice to intergroup emotions: Differentiated reactions to social groups* (pp. 227 – 246). New York: Psychology Press.
332. Dovidio, J, Biernat, M. Stigma and Stereotypes, In: Heatherton, T., Kleck, R., Hebl, M, Hull, J., (2000), *The Social Psychology of Stigma*, New York: The Guilford Press, σ. σ. 91 – 94.
333. Brown, R, Pinel, E. (2003), Stigma on my mind: Individual differences in the experience of stereotype threat, *Journal of Experimental Social Psychology*, Vol. 39, σ. σ. 626 – 633.
334. Whitehead. E, Carlisle, C., Watkins, C, Mason. T. (2001), *Stigma and the Social Exclusion in Healthcare*, London: Routledge, σ. 17.
335. Bell, S., Aaltonen, E., Bronstein, E., Desplenter, F., Foulon, V., Vitola, A., Muceniece, R., Manjiri, S., Gharat., Volmer, D., Marja S., Airaksinen., Timothy, F., Chen. (2008). Attitudes of

pharmacy students toward people with mental disorders, a six country study. *Pharmacy World & Science International Journal of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care*.

336. Μοσχονάς Δ. 2009 «Το στίγμα για την ψυχική διαταραχή και οι διαφορετικές απόψεις για αυτό», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος τεύχος No 105, σελ. 11 – 15.

337. Thornicroft G., Rose D., Kassam A., (2007), Discrimination in health care against people with mental illness, *International Review of Psychiatry*. 19(2): 113–122.

338. Stuart H., Arboleda-Flórez J., (2001), Public Health Perspective on Violent Offenses Among Persons With Mental Illness, *Psychiatric Services*. Vol. 52 No. 5.

339. Angermeyer M. C., Buyantugs L., Kenzine D. V., Matschinger H., (2004), Effects of labeling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?, *Acta Psychiatry Scand.*: 109: 420 – 425

340. Corrigan P., (2007), How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness, *redOrbit*.

341. Bauman Zygmunt (2004) *Μετάφραση Καρασαρίνης Μάρκος* (2005). *Επιστημονική Επιμέλεια Λέκκας Ε. Παντελής. Σπαταλημένες Ζωές: Οι απόβλητοι της νεωτερικότητας*. Εκδόσεις «Κατάρτι».

342. Economou M, Stefanis NC, Papadimitriou GN. Schizophrenia and stigma: Old problems, new challenges. In: Kasper S, Papadimitriou GN (eds) *Schizophrenia: Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*. Informa Healthcare, London, 2009:299– 309.

343. Kadiri N. Schizophrenia and stigma:a transcultural perspective. In: Okasha A, Stefanis CN (eds) *Perspectives on the Stigma of Mental Illness*. World Psychiatric Association, 2005.

344. Gaebel W, Zask H, Baumann AE. The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 429(Suppl 1):S41–S45.

345. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 113:163–179.

346. Economou M. Louki E. Peppou L. Gramandani C. Yotis L. Stefanis Cn. Fighting psychiatric stigma in the classroom: The impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* in press, 2005.
347. Mind Mental Health Foundation, Time to Change, England, ONS,2007.
348. Μ. Οικονόμου, Ε. Πέππου, Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, Κ.Ν. Στεφανής Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής ΕΠΙΨΥ, Αθήνα, *Ψυχιατρική*, 2010, 21:217-225.
349. Economou M. Palli A. Peppou L. Madianos M. Recovery from schizophrenia:A four year study of an inner city cohort. *Community Mental Health Journal*, 2011.
350. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163:411-417.
351. Perkins DV, Born DL, Raines JA, et al. Program evaluation from an ecological perspective: supported employment services for persons with serious psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2005; 28:217-224.
352. Παναγιωτοπούλου Παναγιώτα, «Ψυχική νόσος και στίγμα: διαδικασία αποστιγματισμού στην κοινότητα», 2015.
353. Ahlbom, Anders ; Staffan Norell. Introduction to modern epidemiology / Anders Ahlbom, Staffan Norrell ; [foreword by Kenneth Rothman]. Chestnut Hill, MA : Epidemiology Resources 1984
354. Lepore, M., 2004. Assessing the frequency and influences of secondary traumatic stress symptoms among crisis intervention workers. PhD Dissertation. Duquesne University, School of Education.
355. Chase, M., 2005. Emergency Department nurses' lived experience with compassion fatigue. MSc Thesis. Florida State University, School of Nursing.
356. Abendroth, M., 2005. Predicting the risk of compassion fatigue: An empirical study of hospice nurses. MSc Thesis. Florida State University, School of Nursing.

357. Lúcia Oliveira, Andreia Teixeira, Ivone Duarte. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity among Portuguese Medical Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 10848. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710848>
358. Sousa VD, Zauszniewski JA, Bergquist-Beringer S, Musil CM, Neese JB, Jaber AF. Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R). *J Eval Clin Pract.* 2010 Dec;16(6):1031-40. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x. PMID: 20626539.
359. Martínez, M.; Luis, E.O.; Oliveros, E.Y.; Fernández-Berrocal, P.; Sarrionandia, A.; Vidaurreta, M.; Bermejo-Martins, E. Validity and reliability of the Self-Care Activities Screening Scale (SASS-14) during COVID-19 lockdown. *Health Qual. Life Outcomes* 2021, 19, 1.[CrossRef]
360. Damásio, B.F.; Koller, S.H. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cad. Saúde Pública* 2013, 29, 2071–2082. [CrossRef]
361. Stacciarini, T.S.G.; Pace, A.E. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised. *Rev. Lat.-Am.Enferm.* 2017, 25, e2856. [CrossRef]
362. Guo, L.; Zauszniewski, J.A.; Ding, X.; Zhang, L.; Gao, H.; Guo, Q.; Liu, K. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity among Older Chinese People. *West. J. Nurs. Res.* 2017, 39, 1459–1476. [CrossRef]
- 363, Evers G. C., Isenberg M., Philipsen H., Brouns G., Halfens R., & Smeets H. (1986). The Appraisal of Self-Care Agency's ASA-Scale: Research program to test reliability and validity. In S. M. Stinson (Ed.), *New frontiers in nursing research: Proceedings of the International Nursing Research Conference* (pp. 130). Edmond, Canada: University of Alberta.
364. Sousa, V. D., Hartman, S. W., Miller, E. H. & Carroll, M. A. (2009) New measures of diabetes self-care agency, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management for insulin-treated individuals with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (9), 1305–1312.
365. Kearney B, Fleischer BL. Developments of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Res Nurs Health* 1979; 2:25-34.

366. Denyes M. Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents [Masters Thesis]. Michigan: University of Michigan; 1980.
367. Geden E, Taylor S. Construct and empirical validity of the self-as-carer inventory. *Nurs Res* 1991;40:47-50.
368. Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Brouns G, Halfens R, Smeets H. The Appraisal of Self-care Agency's ASA-scale: research program to test reliability and validity. In: *Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research"*. Edmond: University of Alberta; 1986. p. 130.
369. van Achterberg T, Lorensen M, Isenberg MA, Evers GC, Levin E, Philipsen H. The Norwegian, Danish and Dutch version of the Appraisal of Self-care Agency Scale: comparing reliability aspects. *Scand J Caring Sci* 1991; 5:101-8.
370. Lorensen M, Holter IM, Evers GC, Isenberg MA, van Achterberg T. Cross-cultural testing of the Appraisal of Self-care Agency: ASA scale' in Norway. *Int J Nurs Stud* 1993; 30:15-23.
371. Soderhamn O, Evers G, Hamrin E. A Swedish version of the appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale. *Scand J Caring Sci* 1996; 10:3-9.
372. Gallegos CE. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarro Cient Enferm* 1998; 6:260-6.
373. Fok MSM, Alexander MF, Wong TKS, McFadyen AK. Contextualising the Appraisal of Self-care Agency Scale in Hong Kong. *Contemp Nurse* 2002; 12: 124-34.
374. Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 15–21.
375. Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201–222. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0)
376. Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
377. Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467–478. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>

378. Cohen, J., & Struening, E. L. (1964). Opinions about mental illness: Hospital social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 291–298. <https://doi.org/10.1037/h0042343>
379. Paraskevoulakou A, Vrettou K, Pikouli K, Triantafillou E, Lykou A, Economou M. Mental Illness Related Internalized Stigma: Psychometric Properties of the Brief ISMI Scale in Greece. *Mater Sociomed*. 2017 Sep;29(3):211-215. doi: 10.5455/msm.2017.29.211-215. PMID: 29109669; PMCID: PMC5644194.
380. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiat Res*. 2003;121(1):31–49.
381. Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17–23. <https://doi.org/10.1037/prj0000035>
382. Jennifer Boyd Ritsher, Poorni G. Otilingam, Monica Grajales, Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure, *Psychiatry Research* 121 (2003) 31–49.
383. Yiannis Koumpouros, Effie Papageorgiou, Evanthia Sakellari, Xristos Prapas, Demetra Perifanou, Areti Lagiou. Adaptation and psychometric properties evaluation of the Greek version of WHODAS 2.0. pilot application in Greek elderly population January 2018, *Health Services and Outcomes Research Methodology*. DOI10.1007/s10742-017-0176-x
384. Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders:a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2008, 43:183–200
385. Bogardus EM. Measuring social distance. *J Appl Sociol* 1925,9:299–308
386. Cumming E, Cumming G. *Closed Ranks: an Experiment in Mental Health Education*. Cambridge University Press, Cambridge,1957

387. Μ. Οικονόμου, Ε. Πέππου, Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, Κ.Ν. Στεφανής. Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 21 (3), 2010 21:217–225
388. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001, 46:245–252
389. Gaebel W, Baumann A, Witte AM, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002, 252:278–287
390. Corrigan PW. *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington: American Psychological Association; 2005.
391. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009; 373(9661): 408-415.
392. Thornicroft G. *Shunned Discrimination against People with Mental Illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
393. Gilbert DC, Levinson DJ. Custodialism and humanism in staff ideology. In Levinson DJ, Williams RH, eds. *The Patient and the Mental Hospital*. Glencoe: Free Press; 1956.
394. Madianos M, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis CN. Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 158-165. [Links]
395. Madianos M, Economou M, Hatjiandreou M, Papageorgiou A, Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 73-78.
396. Arvaniti A, Samkouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos K, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 481-488. [Links]

397. Koutrelakos J, Gedeon S, Struening EL. Opinions about mental illness: A comparison of American and Greece professionals and laymen. *Psychol Rep* 1978; 43: 915-923. [Links]
398. Madianos M, Priami M, Aleviopoulos G, Koukia E, Rogakou E. Nursing students' attitudes towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26: 169-183.
399. Sartorius N. The World Psychiatric Association global programme against stigma and discrimination because of stigma. In: Crisp AH, ed *Every Family in the Land*. London: Royal Society of Medicine Press; 2004. p. 373-375.
400. Elvevag B, Egan MF, Goldberg TE. Paired-associate learning and memory interference in schizophrenia. *Neuropsychologia*. 2000;38:1565–75.
401. Braff DL. Psychophysiological and information processing approaches to schizophrenia. In: Charney DS, Nestler E, Bunney BS, editors. *Neurobiological foundation of mental illness*. New York: Oxford University Press; 1999. pp. 258–327.
402. Rund BR, Borg NE. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: A review. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:85–95.
403. Green MF, Kern RS, Braff DL, et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the 'right stuff'? *Schizophr Bull*. 2000;26:119–36.
404. Harvey PD, Bowie CR, Friedman JI. Cognition in schizophrenia. *Curr Psychiatr Rep*. 2001;3:423–8.
405. Fucetola R, Seidman LJ, Kremen WS, et al. Age and neuropsychologic function in schizophrenia: A decline in executive abilities beyond that observed in healthy volunteers. *Biol Psychiatry*. 2000;48:137–46.
406. Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA, et al. Education modifies the relation of AD pathology to level of cognitive function in older persons. *Neurology*. 2003;60:1909–15.
407. Kesler SR, Adams HF, Blasey CM, et al. Premorbid intellectual functioning, education, and brain size in traumatic brain injury: An investigation of the cognitive reserve hypothesis. *Appl Neuropsychol*. 2003;10:153–62.

408. Le Carret N, Lafont S, Mayo W, et al. The effect of education on cognitive performances and its implication for the constitution of the cognitive reserve. *Dev Neuropsychol.* 2003;23:317–37.
409. Velligan DI, Miller AL. Cognitive dysfunction in schizophrenia and its importance to outcome: The place of atypical antipsychotics in treatment. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:25–8. (Suppl. 23)
410. Berman I, Viegner B, Merson A, et al. Differential relationships between positive and negative symptoms and neuropsychological deficits in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1997;25:1–10.
411. Heydebrand G, Weiser M, Rabinowitz J, et al. Correlates of cognitive deficits in first episode schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;68:1–9.
412. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Schizophrenia: etiology, clinical features and treatment. *Arch Med Review J.* 2017;26(2):251. [https://doi.org/ 10.17827/aktd.303574](https://doi.org/10.17827/aktd.303574)
413. Afifi, M., 2007. Gender differences in mental health. *Singap. Med. J.* 48 (5), 385–391.
414. Smith, D.T., Mouzon, D.M., Elliott, M., 2018. Reviewing the assumptions about men’s mental health: an exploration of the gender binary. *Am. J. Mens Health* 12 (1), 78–89.
415. Ussher, J.M., 2013. Diagnosing difficult women and pathologising femininity: gender bias in psychiatric nosology. *Fem. Psychol.* 23 (1), 63–69.
416. World Health Organisation Department of Mental Health and Substance Dependence, 2013. *Gender Disparities in Mental Health.*
417. Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O’Neill, S., Florescu, S., Alonso, J., Kovess-Masfety, V., 2015. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *J. Affect. Disord.* 173, 245–254.
418. Kuehner, C., 2017. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry* 4 (2), 146–158.
419. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry.* 2001;178:228-33

420. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 2013;13:163-163.
421. Bastos JL, Barros AJ, Celeste RK, Paradies Y, Faerstein E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cad Saude Publica*. 2014;30:175-86.
422. Η σχέση των κοινωνικο – οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές. Ο.Πολάκη, Π.Σκαπινάκης, Δ.Νάκας . *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(3):224-231.
423. FERGUSSON DM, HORWOOD LG, LYNSKEY MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychol Med* 1997, 27:371–381
424. WHEICH S, LEWIS G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *Br Med J* 1998, 317:115–119
425. WEICH S, LEWIS G, JENKINS SP. Income, inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *Br J Psychiatry* 2001, 178:222–227
426. Tempelaar WM, Termorshuizen F, MacCabe JH, Boks MPM, Kahn RS. Educational achievement in psychiatric patients and their siblings: a register-based study in 30 000 individuals in the Netherlands. *Psychol Med*. 2017;47(4):776-784. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002877>
427. Kaminga AC, Dai W, Liu A, Myaba J, Banda R, Wen SW. Effects of socio-demographic characteristics, premorbid functioning, and insight on duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia or schizophreniform disorder in Northern Malawi. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;13(6):1455-1464. <https://doi.org/10.1111/eip.12794>
428. Yıldız M, Kiras F, İncedere A, et al. Development of social functioning assessment scale for people with schizophrenia: validity and reliability study. *Anatolian J Psychiatry*. 2018;19(Suppl.2):29-38. <https://doi.org/10.5455/apd.2374>.
429. Guedes de Pinho LM, Pereira AM, de S, Chaves CMCB. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with

social support. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2018;40(3):202-209. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0002>

430. MALLETT R, LEFF J, BHUGRA D, PANG D, ZHAO JH. Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002, 37:329–335

431. HARRISON G, GUNNELL D, GLAZEBROOK C, PAGE K, KWIECINSKI R. Association between schizophrenia and social inequality at birth: Case-control study. *Br J Psychiatry* 2001, 179:346– 358

432. Χριστοδούλου Γ.Ν.. Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000.

433. LORANT V, DELIEGE D, EATON W, ROBERT A, PHILIPPOTT P, ANSSEAU M. Socioeconomic inequalities in depression: A metaanalysis. *Am J Epidemiol* 2003, 157:98– 112

434. MIECH RA, SHANAHAN JM. Socioeconomic status and depression over the life course. *J Health Soc Behav* 2000, 41:162– 176

435. Li AP, Ma L, Han J, Zhang F, Wang KL. A survey of self-care ability and nursing conditions of long-term hospitalization of patients with mental disorders in different institutions of Chaoyang Region Beijing city. *Chin Nursing Res*. (2012) 26:2239. doi: 10.3969/j.1009-6493.2012.24.015

436. Berlim MT, Mattevi BS, Duarte AP, Thomé FS, Barros EJ, Fleck MP. Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and endstage renal disease: a matched-pair study. *J Psychosom Res*. (2006) 61:731– 4. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.04.011

437. Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*. (2005) 86:205– 13. doi: 10.1016/j.jad.2005.01.014

438. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Health Action*. (2013) 6:1–9. doi: 10.3402/gha.v6i0.18871

439. Skevington SM, McCrate FM. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOLBREF. *Health Expect.* (2012) 15:49–62. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x
440. Koutra K, Mavroeides G, Triliva S. Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Ment Health J.* 2022 May;58(4):701-712. doi: 10.1007/s10597-021-00874-x. Epub 2021 Jul 12. PMID: 34251575; PMCID: PMC8273846.
441. James T, Kutty VR, Boyd J, Brzoska P. Validation of the Malayalam version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale. *Asian J Psychiatr.* 2016 Apr;20:22-9. doi: 10.1016/j.ajp.2016.01.005. Epub 2016 Jan 8. PMID: 27025467.
442. Tanabe Y, Hayashi K, Ideno Y. The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC Psychiatry.* 2016 Apr 29;16:116. doi: 10.1186/s12888-016-0825-6. PMID: 27129370; PMCID: PMC4850681.
443. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Long-term effects of a rehabilitation program on the clinical outcomes, social functionality, and life quality of schizophrenic patients-a follow-up study. *Anatolian J Psychiatry.* 2015;16:238-246. <https://doi.org/10.5455/apd.161411>.
444. Villadsen DB, Sørensen MT. Oral hygiene—a challenge in everyday life for people with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs.* 2017; 38(8):643-649. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1316328>
445. Ekici A, Şahin Ş, Elboğa G, Altındağ A. Amisulpiride treatment for psychogenic polydipsia in Schizophrenia: a case report. *Duzce Med J.* 2019;21(1):61-62. <https://doi.org/10.18678/dtfd.491065>
446. Nawaz N, Jahangir SF. Physical appearance and poor hygiene patterns: evidence of schizophrenic illness. *J Postgrad Med Inst.* 2017; 31(2):147-150. <https://jpmi.org.pk/index.php/jpmi/article/view/1866/1863>.
447. Aykut DS. The influence of duration of disease on clinical characteristics in schizophrenia patients. *J Clin Psy.* 2017;20(4):301-307. <https://doi.org/10.5505/kpd.2017.50479>.

448. Korkmaz C, Durat G, Tarsuslu B. An evaluation of the disability, insight and self-care agency of schizophrenia patients. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Jul;58(3):919-927. doi: 10.1111/ppc.12877. Epub 2021 Jun 6. PMID: 34091915.
449. Harvey PD, Strassnig MT, Silberstein J. Prediction of disability in schizophrenia: symptoms, cognition, and self-assessment. *J Exp Psychopathol*. 2019;10(3):1-20. <https://doi.org/10.1177/2043808719865693>
450. Akinsulore A, Mapayi BM, Aloba OO, Oloniniyi I, Fatoye FO, Makanjuola ROA. Disability assessment as an outcome measure: a comparative study of Nigerian outpatients with schizophrenia and healthy control. *Ann Gen Psychiatry*. 2015;14(1):40. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0079-6>
451. Kumar CN, Suresha KK, Thirthalli J, Arunachala U, Gangadhar BN. Caregiver burden is associated with disability in schizophrenia: results a study from a rural setting of south India. *Int J Soc Psychiatry*. 2015; 61(2):157-163. <https://doi.org/10.1177/0020764014537637>
452. Opler MGA, Yavorsky C, Daniel DG. Positive and negative syndrome scale (PANSS) training: challenges, solutions, and future directions. *Innov Clin Neurosci*. 2017;14(11-12):77-81. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5788255/pdf/icns_14_11-12_77.pdf
453. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
454. Şahin Ş, Elboğa G. Functioning, quality of life, treatment adherence and insight among patients who received community mental health center services. *Cukurova Med J*. 2019;44(2):1. <https://doi.org/10.17826/cumj.461779>
455. Tiryaki A, Karahan A, Arslan FC. The relationship of insight with psychopathology and neuropsychological functioning in patients with schizophrenia. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29(1):22-30. <https://doi.org/10.5080/u18306>
456. García-Cabeza I, Díaz-Caneja CM, Ovejero M, de Portugal E. Adherence, insight and disability in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2018;270:274-280. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.021>

457. Ulusoy S, Delice MA. The role of individual assessment on increasing the functionality of a person with schizophrenia. *Dusunen Adam*. 2015;28(2):162-166. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2015280209>
458. 62. Lan Y. The Study for Inpatient Expense of Severe Mental Diseases Patients and Its Influencing Factors in Qufu. Shandong University (2015)
459. Chen Chen, Yun Chen, Qingzhi Huang , Shengming Yan, Junli Zhu. Self-Care Ability of Patients With Severe Mental Disorders: Based on Community Patients Investigation in Beijing, China. (2022) *Sec. Public Mental Health Volume 10 - 2022* | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.847098>
460. Verhaeghe N, De Maeseneer J, Maes L, Van Heeringen C, Annemans L. Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *J Clin Nurs*. (2013) 22:1569–78. doi: 10.1111/jocn.12076
461. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil*. (2010) 13:73– 93. doi: 10.1080/15487761003756860
462. Silva Junior JS, Fischer FM. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. *Rev Saude Publica*. (2014) 48:186– 90. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004802
463. Jennings KS, Cheung JH, Britt TW, Goguen KN, Jeffirs SM, Peasley AL, et al. How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model. *Psychiatr Rehabil J* 2015; 38: 109–16.
464. Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, Jones N, Rusch N. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the ‘why try’ effect. *J Ment Health* 2015; 25: 10–5. 465. Cooper AE, Corrigan PW, Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 339–41.
466. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G, Arensman E, Coffey C, Costa S, et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries: baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord* 2013; 150: 320–29.

467. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2006; 53: 325–37
468. Kanehara A, Umeda M, Kawakami N. Barriers to mental health care in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015; 69: 523–33.
469. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med* 2014; 44: 1303–17.
470. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* (2009) 119:472–83. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01304.x
471. Martensen LK, Hahn E, Cao TD, Schomerus G, Nguyen MH, Böge K, et al. Impact of perceived course of illness on the desire for social distance towards people with symptoms of schizophrenia in Hanoi, Vietnam. *Psychiatry Res.* (2018) 268:206–10. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.046
472. Hajda, M., Kamaradova, D., Prasko, J., 2016. Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross-sectional study. *Eur. Psychiatry* 33, S405–S406.
473. Yılmaz, E., Okanlı, A., 2015. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 29, 297–301.
474. Essau CA, de la Torre-Luque A. Comorbidity profile of mental disorders among adolescents: a latent class analysis. *Psychiatry Res.* (2019) 278:228–34. doi: 10.1016/j.psychres.2019.06.007
475. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical disorders: a key problem for medicine in the 21st century. *Acta Psychiatr Scand.* (2018) 137:369–70. doi: 10.1111/acps.12888
476. Óri D, Szocsics P, Molnár T, Ralovich FV, Huszár Z, Bene Á, Rózsa S, Györffy Z, Purebl G. Stigma towards mental illness and help-seeking behaviors among adult and child psychiatrists in Hungary: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2022 Jun 10;17(6):e0269802. doi: 10.1371/journal.pone.0269802. PMID: 35687584; PMCID: PMC9187077.

477. Stefanovics E, He H, Ofori-Atta A, Cavalcanti MT, Neto HR, Makanjuola V, et al. Cross-national analysis of beliefs and attitude toward mental illness among medical professionals from five countries. *Psychiatric Quarterly*. 2016; 87(1):63–73. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9363-5> PMID: 25939823
478. Loch AA, Guarniero FB, Lawson FL, Hengartner MP, Roessler W, Gattaz WF, et al. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC psychiatry*. 2013; 13(1):92. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-92> PMID: 23517184
479. Korszun, A., Dinos, S., Ahmed, K., Bhui, K., 2012. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Acad. Psychiatry* 36 (3), 197–204.
480. Hill, K., Startup, M., 2013. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Res*. 206 (2–3), 151–157. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.056>.
481. Yanos, P.T., Lysaker, P.H., Roe, D., 2010. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res*. 178 (1), 211–213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.01.003>.
482. Lysaker, P.H., Yanos, P.T., Outcalt, J., Roe, D., 2010. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses* 4 (1), 41–48. <https://doi.org/10.3371/CSRP.4.1.3>.
483. Quinn, D.M., Williams, M.K., Weisz, B.M., 2015. From discrimination to internalized mental illness stigma: the mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatr. Rehabil. J*. 38 (2), 103–108. <https://doi.org/10.1037/prj0000136>.
484. Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., Corrigan, P.W., 2007. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 150 (1), 71–80.
485. Wood, L., Byrne, R., Burke, E., Enache, G., Morrison, A.P., 2017. The impact of stigma on emotional distress and recovery from psychosis: the mediatory role of internalized shame and self-esteem. *Psychiatry Res*. 255, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.016>.

486. Russinova Z, Gidugu V, Rogers ES, Legere L, Bloch P. Fostering the community participation of individuals with psychiatric disabilities: Effectiveness of a new peer-led photovoice-based intervention. *Psychiatr Rehabil J*. 2023 Mar 30. doi: 10.1037/prj0000540. Epub ahead of print. PMID: 36996181.
487. Ran M, Zhang T, Wong IY, Yang X, Liu C, Liu B, et al. Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(1):9–16
488. Sarısoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O, Korkmaz IZ, Öztürk A, Akkaya D, Yılmaz S, Böke Ö, Sahin AR. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Compr Psychiatry*. 2013;54:665–72.
489. Szcześniak D, Kobyłko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J. Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:2599–608.
490. Smith ML, Yang LH, Huang D, Pike KM, Yuan C, Wang Z. Measuring internalized stigma of mental illness among Chinese outpatients with mood disorders. *Int J Cult Ment Health*. 2018;1–14. <https://doi.org/10.1080/17542863.2018.1442484>.
491. Banerjee, S., Chatterji, P., & Lahiri, K. (2017). Effects of psychiatric disorders on labor market outcomes: A latent variable approach using multiple clinical indicators. *Health Economics*, 26(2), 184-205. doi:10.1002/hec.3286
492. Millner, U. C., Rogers, E. S., Bloch, P., Costa, W., Pritchett, S., & Woods, T. (2015). Exploring the work lives of adults with serious mental illness from a vocational psychology perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 642-654. doi:10.1037/cou0000109
493. Sevak, P., & Khan, S. (2017). Psychiatric versus physical disabilities: A comparison of barriers and facilitators to employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(2), 163-171. doi:10.1037/prj0000236
494. Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 45-53. doi:10.1016/j.schres.2016.02.013

495. Campellone, T. R., Sanchez, A. H., & Kring, A. M. (2016). Defeatist performance beliefs, negative symptoms, and functional outcome in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 42(6), 1343-1352. doi:10.1093/schbul/sbw026
496. Kiwanuka, J. N., Strauss, G. P., McMahon, R. P., & Gold, J. M. (2014). Psychological predictors of functional outcome in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 299-304. doi:10.1016/j.schres.2014.04.030
497. McFarlane WR, Levin B, Travis L, Lucas FL, Lynch S, Verdi M, Williams D, Adelsheim S, Calkins R, Carter CS, Cornblatt B, Taylor SF, Auther AM, McFarland B, Melton R, Migliorati M, Niendam T, Ragland JD, Sale T, Salvador M, Spring E (2015) Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophr Bull* 41(1):30–43
498. Dickerson F, Boronow JJ, Ringel N, Parente F (1999) Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. *Schizophr Res* 37:13–20
499. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, Malhi GS, Gonzalez-Pinto A, Daban C, Alvarez-Grandi S, Fountoulakis K, Kaprinis G, Tabares-Seisdedos R, Ayuso-Mateos JL (2007) Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord* 9:103–113
500. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT (2001) A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 103:163–170
501. Harvey PD, Strassnig M (2012) Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry* 11:73–79
502. Hanlon C, Alem A, Medhin G, Shibre T, Ejigu DA, Negussie H, Dewey M, Wissow L, Prince M, Susser E, Lund C, Fekadu A (2016) Task sharing for the care of severe mental disorders in a low-income country (TaSCS): study protocol for a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Trials*. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1191-x>
503. Habtamu K, Alem A, Medhin G, Fekadu A, Hanlon C. Functional impairment among people with severe and enduring mental disorder in rural Ethiopia: a cross-sectional study.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018 Aug;53(8):803-814. doi: 10.1007/s00127-018-1546-6. Epub 2018 Jun 14. PMID: 29947862.

504. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Müller N. Facility based cross-sectional study of self-stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(21):1–8. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-21>.

505. Assefa, et al. Self-stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry.* 2012;12:239.

506. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries : the GAMIAN—Europe study. *J Affect Disord.* 2011;129(1–3):56–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.001>.

507. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010 Dec;71(12):2150-61. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030. Epub 2010 Oct 12. PMID: 21051128.

508. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Müller N. Facility based cross-sectional study of self-stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(21):1–8. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-21>.

509. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:1289.

510. Maharjan S, Panthee B. Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):1–8.

511. Shumet S, Angaw D, Ergete T, Alemnew N. Magnitude of internalized stigma and associated factors among people with bipolar disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a crosssectional study. *BMJ Open.* 2021;11(4): e044824.

512. Roth, D., Antony, M.M., Kerr, K.L. & Downie, F. (2000). Attitudes toward mental illness in medical students: Does personal and professional experience with mental illness make a difference? *Medical Education*, 34, 234.
513. Corrigan, P.W., Backs, A., Green, A., Lickey, S.E. & Penn, D.L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219 – 225.
514. Ghuloum S, Mahfoud ZR, Al-Amin H, Marji T, Kehyayan V. Healthcare Professionals' attitudes toward patients with mental illness: a cross-sectional study in Qatar. *Front Psych.* (2022) 13:884947. doi: 10.3389/fpsy.2022.884947
515. Li L, Lu S, Xie C, Li Y. Stigmatizing attitudes toward mental disorders among non-mental health nurses in general hospitals of China: a national survey. *Front Psychiatry*. 2023 Aug 1;14:1180034. doi: 10.3389/fpsy.2023.1180034. PMID: 37599894; PMCID: PMC10433212.
516. Porfyri GN, Athanasiadou M, Siokas V, Giannoglou S, Skarpari S, Kikis M, et al. Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Front Psych.* (2022) 13:1027304. doi: 10.3389/fpsy.2022.1027304
517. Dietrich, S., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. Dietrich, S., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2005) The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, in press.
518. Munir K, Oner O, Kerala C, Rustamov I, Boztas H, Juszkiewicz K, Wloszczak-Szubzda A, Kalmatayeva Z, Iskandarova A, Zeynalli S, Cibrev D, Kosherbayeva L, Miriyeva N, Jarosz MJ, Kurakbayev K, Soroka E, Mancevska S, Novruzova N, Emin M, Olajossy M, Bajraktarov S, Raleva M, Roy A, Waqar Azeem M, Bertelli M, Salvador-Carulla L, Javed A. Social distance and stigma towards persons with serious mental illness among medical students in five European Central Asia countries. *Psychiatry Res.* 2022 Mar;309:114409. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114409. Epub 2022 Jan 24. PMID: 35121341.
519. Pessar, L., Pristach, C., Leonard, K., 2008. What troubles clerks in psychiatry? A strategy to explore the question. *Acad. Psychiatry* 32 (3), 194–198. Philips, D., 1967.

Identification of mental illness: its consequences for rejection. *Commun. Men. Health J.* 3, 262–266.

520. Coker EM. Selfhood and social distance: toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. *Soc Sci Med.* 2005 Sep;61(5):920-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.01.009. Epub 2005 Mar 3. PMID: 15955396.

521. Amini, H., Shoar, S., Tabatabaee, M., 2016. Arabzadeh, S. The effect of clinical exposure to patients on medical students' attitude towards mental illness. *Iran J. Psychiatry Behav. Sci.* 10, e1887.

522. Lyons, Z., Janca, A., 2015. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med. Educ.* 15, 34. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0307-4>. Mar 7.

523. Korszun, A., Dinos, S., Ahmed, K., Bhui, K., 2012. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Acad. Psychiatry* 36 (3), 197–204.

524. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA.* 2010;304(11):1181–1190. doi:10.1001/jama.2010.1300

525. Jorm, F., Oh, E., 2009. Desire for social distance from people with mental disorders. *Aust. NZ. J. Psychiatr.* 43, 183–200.

526. Cremonini V, Pagnucci N, Giacometti F, Rubbi I. Health care professionals attitudes towards mental illness: observational study performed at a public health Facility in Northern Italy. *Arch Psychiatr Nurs.* (2018) 32:24–30. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.007

527. Yashikhina A, Romanov D, Strelnik S, Gradinar A, Markina E, Kuvshinova N, Smirnova D. Non-Psychiatrist Healthcare Professionals? Attitudes Toward Patients with Mental Disorders: Lower Scores in Social Distance as a Fragile Facet of Public Stigma Against Depression. *Psychiatr Danub.* 2022 Sep;34(Suppl 8):238-245. PMID: 36170737.

528. Herrman H, Kieling C, McGorry P, Horton R, Sargent J, Patel V: Reducing the global burden of depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet* 2019; 393:e42-e43. doi:10.1016/S0140-6736(18)32408-5

529. Herrman H, Patel V, Kieling C, Berk M, Buchweitz C, Cuijpers P, et al.: Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet* 2022; 399:957-1022. doi:10.1016/S0140-6736(21)02141-3
530. Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T: Images Study Group. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 131:21-8. doi:10.1111/acps.12368
- 531.. Smirnova D, Syunyakov T, Pavlichenko A, Bragin D, Fedotov I, Filatova V, et al.: Interactions between anxiety levels and life habits changes in general population during the pandemic lockdown: decreased physical activity, falling asleep late and internet browsing about COVID-19 are risk factors for anxiety, whereas social media use is not. *Psychiatr Danub* 2021; 33:119±29
532. Cathoor K, Feenstra DJ, Hutsebaut J, Schrijvers D, Sabbe B: Adolescents with personality disorders suffer from severe psychiatric stigma: evidence from a sample of 131 patients. *Adolesc Health Med Ther* 2015; 6:81-9. doi:10.2147/AHMT.S76916
533. Lin CH, Lai TY, Chen YJ, Lin SK. Social distance towards schizophrenia in health professionals. *Asia Pac Psychiatry*. 2022 Sep;14(3):e12506. doi: 10.1111/appy.12506. Epub 2021 Dec 16. PMID: 34915596.
534. Salunkhe G, Böge K, Wilker T, Zieger A, Jena S, Mungee A, Ta TMT, Bajbouj M, Schomerus G, Hahn E. Perceived Course of Illness on the Desire for Social Distance From People Suffering From Symptoms of Schizophrenia in India. *Front Psychiatry*. 2022 Jun 3;13:891409. doi: 10.3389/fpsy.2022.891409. PMID: 35722581; PMCID: PMC9204028.
535. Martensen LK, Hahn E, Cao TD, Schomerus G, Nguyen MH, Böge K, et al. Impact of perceived course of illness on the desire for social distance towards people with symptoms of schizophrenia in Hanoi, Vietnam. *Psychiatry Res*. (2018) 268:206–10. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.046
536. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J*. (2004) 40:265– 74. doi: 10.1023/B:COMH.0000026999.87728.2d

537. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 9;(4):CD010823. doi: 10.1002/14651858.CD010823.pub2. PMID: 25854522.
538. Raymont,V., Bingley,W., Buchanan, A., Raymont,V., Bingley,W., Buchanan, A., et al (2004) Prevalence of mental incapacity in medical in-patients Prevalence of mental incapacity in medical in-patients and associated risk factors: cross-sectional study. and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet*, 364, 1421^1427.
539. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry.* 2007 Oct;191:291-7. doi: 10.1192/bjp.bp.106.035162. PMID: 17906238.
540. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 1996.
541. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, David AS, Hayward P, Richardson G, Szumkler G, Hotopf M. Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry.* 2005 Oct;187:379-85. doi: 10.1192/bjp.187.4.379. PMID: 16199799.
542. Friedlander A, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *JADA* 2002;133(5):603–10.
543. Howarth, C., Foster, J. & Dorrer, N. (2004) Exploring the potential of the theory of social representations in community based health research – and vice versa? *Journal of Health Psychology*, 9(1), 221–235.
544. Mariana EN, Guadalupe D. Mental disability and discriminatory practices: effects of social representations of the Mexican population. *Int J Soc Psychiatry.* 2009 May;55(3):238-46. doi: 10.1177/0020764008093466. PMID: 19383667.
545. Zartaloudi, A., & Madianos, M. G. (2010). Mental health treatment fearfulness and helpseeking. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 662–669.

546. Livingston, J. D., Rossiter, K. R., & Vedun-Jones, S. N. (2011). 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatric Research*, 188, 115–122.
547. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529–39.
548. Lannin DG, Gyll M, Vogel DL, Madon S. Reducing the stigma associated with seeking psychotherapy through self-affirmation. *J Couns Psychol*. 2013;60(4):508–19.
549. Choudhry FR, Mani V, Ming LC, Khan TM. Beliefs and perception about mental health issues: a metasynthesis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:2807–18.

V. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

1. ΗΛΙΚΙΑ : _____

2. ΦΥΛΟ : ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΛΛΟ

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ ΕΓΓΑΜΟΣ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ ΧΗΡΟΣ/Α ΣΕ ΣΧΕΣΗ

3.1. Πού γεννήθηκες; _____

3.2. Πού μένεις τώρα; _____

3.3. Με ποιους μένεις; _____

3.4 Έχεις αδέρφια; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, πόσα; _____

3.5 Έχεις παιδιά; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, πόσα; _____

4. Υπηκοότητα _____

5. Μορφωτικό Επίπεδο: (Σημειώστε X)

Καμία εκπαίδευση

Απόφοιτος Δημοτικού

Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου

Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης

Μεταπτυχιακό / Διδακτορικός τίτλος σπουδών

6. Εργάζεστε; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, πού; _____

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΑΣ (ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ)

Παρακαλώ κυκλώστε τη σωστή απάντηση για κάθε δήλωση που αναφέρεται παρακάτω, χρησιμοποιώντας της ακόλουθη κλίμακα:

1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ, 5 = Συμφωνώ απόλυτα

1. Όταν αλλάζουν οι συνθήκες, κάνω τις απαραίτητες προσαρμογές που χρειάζονται για να παραμείνω υγιής.	1	2	3	4	5
2. Εάν η κινητικότητα μου μειωθεί, κάνω τις απαραίτητες προσαρμογές.	1	2	3	4	5
3. Όταν απαιτείται, θέτω νέες προτεραιότητες στα μέτρα που παίρνω για να παραμείνω υγιής.	1	2	3	4	5
4. Μου λείπει συχνά η ενέργεια να φροντίσω τον εαυτό μου με τον τρόπο που γνωρίζω ότι πρέπει.	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ καλύτερους τρόπους προκειμένου να φροντίζω τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
6. Όταν χρειάζεται, καταφέρνω να αφιερώσω χρόνο για να φροντίσω τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
7. Εάν πάρω νέα φαρμακευτική αγωγή, λαμβάνω πληροφορίες σχετικά με τις παρενέργειες, για την καλύτερη φροντίδα του εαυτού μου.	1	2	3	4	5
8. Στο παρελθόν έχω αλλάξει κάποιες από τις παλιές μου συνήθειες προκειμένου να βελτιώσω την υγεία μου.	1	2	3	4	5
9. Λαμβάνω τακτικά μέτρα για να διασφαλίσω την ασφάλεια του εαυτού μου και της οικογένειάς μου.	1	2	3	4	5
10. Αξιολογώ τακτικά την αποτελεσματικότητα των πραγμάτων που κάνω προκειμένου να παραμείνω υγιής.	1	2	3	4	5
11. Στα πλαίσια των καθημερινών μου δραστηριοτήτων, σπάνια παίρνω χρόνο για να φροντίσω τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
12. Είμαι ικανός/η να λάβω τις πληροφορίες που χρειάζομαι, όταν απειλείται η υγεία μου.	1	2	3	4	5
13. Αναζητώ βοήθεια όταν δεν είμαι σε θέση να φροντίσω τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
14. Σπάνια έχω χρόνο για τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
15. Δεν είμαι πάντα σε θέση να φροντίσω τον εαυτό μου με τον τρόπο που θα ήθελα.	1	2	3	4	5

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου χρησιμοποιείται ο όρος «ψυχική ασθένεια». Αν όμως το επιθυμείς, μπορείς να αντικαταστήσεις αυτό τον όρο με όποιον άλλο σε κάνει να αισθάνεσαι καλύτερα.

Για κάθε ερώτηση, βάλε σε κύκλο ένα από τα εξής:

Διαφωνώ απόλυτα (1), Διαφωνώ (2), Συμφωνώ (3) ή Συμφωνώ απόλυτα (4).

		Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Q18	1) Νιώθω αποκομμένος από τον υπόλοιπο κόσμο επειδή έχω μια ψυχική ασθένεια.	1	2	3	4
Q19	2) Οι ψυχικά ασθενείς είναι συνήθως βίαιοι.	1	2	3	4
Q20	3) Οι άνθρωποι κάνουν διακρίσεις εις βάρος μου επειδή έχω μια ψυχική ασθένεια.	1	2	3	4
Q21	4) Αποφεύγω τους ανθρώπους που δεν έχουν ψυχική ασθένεια για να αποφύγω την απόρριψη.	1	2	3	4
Q22	5) Ντρέπομαι που έχω ψυχική ασθένεια.	1	2	3	4
Q23	6) Οι ψυχικά ασθενείς δεν πρέπει να παντρεύονται.	1	2	3	4
Q24	7) Τα άτομα με ψυχική ασθένεια συνεισφέρουν σημαντικά στην κοινωνία.	1	2	3	4
Q25	8) Νιώθω κατώτερος από τους ανθρώπους που δεν έχουν ψυχική ασθένεια.	1	2	3	4
Q26	9) Η κοινωνική μου ζωή είναι περιορισμένη σε σχέση με το παρελθόν. Η ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας μπορεί να με κάνει να φαίνομαι «παράξενος/η» ή να συμπεριφερόμαι περίεργα.	1	2	3	4
Q27	10) Τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν μπορούν να ζήσουν μια γεμάτη-«καλή» ζωή.	1	2	3	4
Q28	11) Τα αρνητικά στερεότυπα σε βάρος των ατόμων με ψυχική ασθένεια, όπως είμαι εγώ, με κρατούν απομονωμένο από το «φυσιολογικό κόσμο».	1	2	3	4
Q29	12) Η συννααστροφή με άτομα που δεν έχουν κάποια ψυχική ασθένεια με κάνει να νιώθω αμηχανία και ανεπάρκεια.	1	2	3	4
Q30	13) Νιώθω άνετα να κυκλοφορώ με κάποιον που έχει				

	εμφανή τα «σημάδια» της ψυχικής ασθένειας	1	2	3	4
Q31	14) Οι άνθρωποι μου κάνουν συχνά υποδείξεις για τη συμπεριφορά μου, ή μου συμπεριφέρονται σαν να είμαι παιδί, μόνο και μόνο επειδή είμαι ψυχικά ασθενής.	1	2	3	4
Q32	15) Είμαι απογοητευμένος/η επειδή έχω ψυχική ασθένεια.	1	2	3	4

		Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Q33	16) Η ψυχική ασθένεια έχει καταστρέψει τη ζωή μου.	1	2	3	4
Q34	17) Οι άνθρωποι μπορούν να καταλάβουν ότι είμαι ψυχικά ασθενής από την εμφάνισή μου.	1	2	3	4
Q35	18) Εξαιτίας του γεγονότος ότι είμαι ψυχικά ασθενής, χρειάζομαι οι άλλοι να παίρνουν τις περισσότερες αποφάσεις για εμένα	1	2	3	4
Q36	19) Αποφεύγω τις κοινωνικές εκδηλώσεις προκειμένου να προστατεύσω την οικογένεια και τους φίλους μου από το να νιώσουν ντροπή.	1	2	3	4
Q37	20) Τα άτομα που δεν έχουν κάποια ψυχική ασθένεια κατά πάσα πιθανότητα δεν μπορούν να με καταλάβουν.	1	2	3	4
Q38	21) Οι άνθρωποι με αγνοούν ή δε με παίρνουν στα σοβαρά, επειδή είμαι ψυχικά ασθενής..	1	2	3	4
Q39	22) Νιώθω ότι δεν μπορώ να προσφέρω στην κοινωνία, επειδή είμαι ψυχικά ασθενής.	1	2	3	4
Q40	23) Το ότι ζω με την ψυχική ασθένεια με έχει σκληραγωγήσει.	1	2	3	4
Q41	24) Κανείς δεν ενδιαφέρεται να έρθει πιο κοντά μου, επειδή έχω ψυχική ασθένεια.	1	2	3	4
Q42	25) Γενικά, είμαι σε θέση να ζήσω τη ζωή μου όπως θέλω.	1	2	3	4
Q43	26) Μπορώ να έχω μια γεμάτη, ικανοποιητική ζωή, παρά το γεγονός ότι έχω μια ψυχική ασθένεια	1	2	3	4
Q44	27) Οι άλλοι πιστεύουν ότι δεν μπορώ να πετύχω πολλά στη ζωή μου, επειδή είμαι ψυχικά ασθενής.	1	2	3	4
Q45	28) Τα στερεότυπα για τους ψυχικά ασθενείς ισχύουν και για μένα.	1	2	3	4
Q46	29) Δε μιλάω για τον εαυτό μου πολύ, επειδή δε θέλω να επιβαρύνω τους άλλους με την ψυχική μου ασθένεια.	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Σας παρακαλώ όπως διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω απόψεις και σημειώστε αν κάθε άποψη σας αφορά.

A.A		Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σ' έναν άρρωστο					
2	Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους					
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο					
4	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο					
5	Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι					
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος					
7	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι 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					

A.A		Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
16	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα					
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους					
15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία					
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται					
18	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους					
19	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή τους φίλους του					
20	Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα					
21	Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια					
22	Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να κρύβει το πρόβλημα του για να μη δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους					
23	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο					
24	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω					
25	Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι υπεύθυνο για ό, τι συνέβη					
26	Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νοιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένεια του					
27	Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σ' ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά					
28	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό, τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του					
29	Είναι δύσκολο οι άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια					
30	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους					

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	Λεν είμαι σίγουρος/η	Μάλλον Όχι	Σίγουρα Όχι
1. Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α που έχει σχιζοφρένεια;					
2. Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α με σχιζοφρένεια;					
3. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;					
4. Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον/α που έχει σχιζοφρένεια;					
5. Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια;					
6. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σχιζοφρένεια;					
7. Θα σας ενοχλούσε αν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σχιζοφρένεια;					
8. Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε κάποιον/α που έχει σχιζοφρένεια;					
9. Θα ξεκινούσατε φίλια με κάποιον/α που γνωρίζατε ότι έχει σχιζοφρένεια;					
10. Εάν ένα άτομο με σχιζοφρένεια εργαζόταν σε κομμωτήριο/κουρείο, θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;					
11. Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σχιζοφρένεια;					

12. Θα δίνετε δουλειά σε κάποιον/α που έχει σχιζοφρένεια;					
13. Θα αποφασίζετε 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 αποφασίζετε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένα άτομο με σχιζοφρένεια;					

**Έκδοση 12-στοιχείων αυτοσυμπληρούμενη**

Το ερωτηματολόγιο αυτό θέτει ερωτήματα για τις δυσκολίες που οφείλονται σε καταστάσεις υγείας. Οι καταστάσεις υγείας περιλαμβάνουν νοσήματα ή ασθένειες, άλλα προβλήματα υγείας που μπορεί να είναι παροδικά ή χρόνια, τραυματισμούς, ψυχικά ή συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα με το αλκοόλ ή με ναρκωτικές ουσίες.

Ανακαλέστε στην μνήμη σας τις τελευταίες 30 ημέρες και απαντήστε στις ερωτήσεις σκεπτόμενοι πόση δυσκολία είχατε ενώ κάνατε τις ακόλουθες δραστηριότητες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλώ κυκλώστε μόνο μία απάντηση.

Τις τελευταίες 30 ημέρες, πόση δυσκολία είχατε στο:						
S1	Να στέκεστε όρθιος/α για <u>μεγάλα διαστήματα</u> όπως για <u>30 λεπτά</u> ;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S2	Να φροντίζετε τις <u>αικιακές</u> σας <u>υποχρεώσεις</u> (φροντίδα του <u>ναικακुरιού</u>);	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S3	Να <u>μαθαίνετε ένα/μια νέο/νέα</u> καθήκον/δεξιότητα, για παράδειγμα, να μάθετε πώς να φτάσετε σε μια νέα τοποθεσία;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S4	Πόσο μεγάλο πρόβλημα είχατε να συμμετέχετε σε δραστηριότητες της κοινότητας (για παράδειγμα, εορτές, θρησκευτικές ή άλλες δραστηριότητες) με τον ίδιο τρόπο που μπορεί ο καθένας;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S5	Πόσο έχετε <u>πηραστεί</u> εσείς <u>συναισθηματικά</u> από τα προβλήματα της υγείας σας;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης

Παρακαλώ συνεχίστε στην επόμενη σελίδα ...

Τις τελευταίες 30 ημέρες, πόση δυσκολία είχατε στο:						
S6	<u>Να συγκεντρώσετε</u> για να κάνετε κάτι για <u>10</u> λεπτά;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S7	<u>Να περπατάτε μια μεγάλη απόσταση</u> όπως ένα χιλιόμετρο [ή ισοδύναμο αυτού];	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S8	<u>Να πλένετε ολόκληρο το σώμα</u> σας;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S9	<u>Να ντύνεστε;</u>	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S10	Να συναναστρέφεστε με ανθρώπους που δεν γνωρίζετε;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S11	<u>Να διατηρείτε μια φιλία;</u>	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης
S12	Στην καθημερινή εργασία;	Καμία/ Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	Μέγιστη ή αδυναμία εκτέλεσης

H1	Συνολικά, κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, για <u>πόσες ημέρες</u> ήταν παρούσες αυτές οι δυσκολίες;	Καταγραφή αριθμού ημερών
H2	Κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, για πόσες ημέρες ήσασταν <u>εντελώς ανίκανος/η</u> να ασκήσετε τις συνήθεις δραστηριότητές σας ή να εργαστείτε λόγω οποιασδήποτε κατάστασης της υγείας;	Καταγραφή αριθμού ημερών _____
H3	Κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, χωρίς να υπολογίζετε τις ημέρες που ήσασταν εντελώς ανίκανος/η, για πόσες ημέρες <u>σταματήσατε</u> ή <u>μειώσατε</u> τις συνήθεις δραστηριότητές σας ή την εργασία σας λόγω οποιασδήποτε κατάστασης της υγείας;	Καταγραφή αριθμού ημερών _____

Εδώ ολοκληρώνεται η συνέντευξη. Ευχαριστούμε.

