

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΣΤΙΓΜΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ της Κατοστάρη Κωνσταντίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Τριλίβα Σοφία

Ρέθυμνο, 2015

*«...Η όραση και η λογική
Το σώμα κυβερνούνε
Αυτά τα δυο ευθύνονται
Και το ταλαιπωρούνε...*

*...Θεέ λένε πως έφτιαξες
Τον κόσμο αυτόν που ζούμε
Καιρός δεν είναι να φανείς
Μπας και συμμορφωθούμε;»*

(μαντινάδες ενός συμμετέχοντα της έρευνας)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Κοινωνικό, Οικονομικό και Πολιτικό συγκείμενο στην ελληνική πραγματικότητα.....	7
Στίγμα.....	9
Στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	11
Αυτοστίγμα	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΙ	
Ποσοτική Φάση	
Συμμετέχοντες	16
Εργαλεία Μέτρησης.....	18
Ερευνητικός Σχεδιασμός και Διαδικασία	20
Ποιοτική Φάση	
Συμμετέχοντες	20
Εργαλεία Μέτρησης.....	20
Ερευνητικός Σχεδιασμός και Διαδικασία	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
Ποσοτική Ανάλυση	22
Ποιοτική Ανάλυση	25
«Την ψυχική ασθένεια δεν μπορείς να την καταλάβεις»	26
Το στίγμα και το μετέωρο βήμα πέρα από τη νοσηλεία	36
Ο φαύλος κύκλος του στίγματος και του αυτοστίγματος:	
Προσπάθειες αποποίησης της «τρέλας».....	40
Με όραμα το μέλλον: Παρακάμπτονται οι φραγμοί στα οράματα;.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ 52

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι η διερεύνηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και του αυτοστίγματος ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πραγματοποιήθηκε μελέτη Μεικτών Μεθόδων, στην οποία η ποσοτική ($N=94$) και η ποιοτική ($N=14$) φάση, συναρθρώθηκαν με τη μέθοδο της Συγχρονικής και Συγκλίνουσας Τριγωνοποίησης. Οι συμμετέχοντες ήταν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ημιαστικής περιοχής της Ελλάδας. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Στάσεων Απέναντι στην Αναζήτηση Βοήθειας από Ειδικό Ψυχικής Υγείας (ATTSPH- scale) και η κλίμακα μέτρησης του Αυτοστίγματος σχετικά με την Αναζήτηση Βοήθειας (SSOSH- scale). Εξετάστηκε η συσχέτιση ανάμεσα στο αυτοστίγμα και στις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας. Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης και t test για ανεξάρτητα δείγματα, ώστε να διερευνηθούν οι στάσεις απέναντι στην αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας και το αυτοστίγμα ως προς την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το φύλο τον τόπο κατοικίας, το να ζει κάποιος με την οικογένεια ή μόνος, την ύπαρξη ενός άλλου μέλους στην οικογένεια με εμπειρίες ψυχικής ασθένειας και το είδος της θεραπείας. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο αυτοστίγμα και στη στάση απέναντι στην αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας. Οι γυναίκες είχαν θετικότερες στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματία ψυχικής υγείας. Όσοι είχαν επίπεδο ανώτατης εκπαίδευσης, είχαν χαμηλότερα επίπεδα στο αυτοστίγμα και όσοι λάμβαναν ψυχοθεραπεία, είχαν περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας. Στην ποιοτική φάση πραγματοποιήθηκαν ημι- δομημένες συνεντεύξεις. Η επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων βασίστηκε στη φαινομενολογικώς ενημερωμένη θεματική ανάλυση. Με βάση τις αναλύσεις αυτές, προέκυψαν τέσσερις θεματικές που αλληλεξαρτώνται νοηματικά και δομούν, με σημασιολογική συνέχεια, τις ιστορίες αυτοστίγματος των συμμετεχόντων: 1. *«Την ψυχική ασθένεια δεν μπορείς να την καταλάβεις»*. 2. Το στίγμα και το μετέωρο βήμα πέρα από τη νοσηλεία. 3. Ο φαύλος κύκλος του στίγματος και του αυτοστίγματος: προσπάθειες αποποίησης της “τρέλας”. 4. Με όραμα το μέλλον: παρακάμπτονται οι φραγμοί στα οράματα; Η ποιοτική ανάλυση του αφηγηματικού υλικού έδειξε ότι πράγματι, οι προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων σχετίζονται άμεσα με το πλαίσιο της ψυχικής υγείας και του στίγματος, αλλά και με τα διευρυμένα θεωρητικά μοντέλα που αφορούν τον τρόπο που επηρεάζονται από τον

κοινωνικό στιγματισμό ο αυτοκαθορισμός και ο τρόπος ύπαρξης και συνδιαλλαγής στην κοινωνία μας.

Λέξεις κλειδιά: στίγμα, αυτοστίγμα, ψυχική ασθένεια, αναζήτηση βοήθειας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στίγμα αποτελεί ένα πολύμορφο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο των κοινωνιών, που διαμορφώνεται κάθε φορά ανάλογα με τον εκάστοτε χώρο και χρόνο. Υφίσταται στιγματισμός για ποικίλα ζητήματα και ορισμένοι άνθρωποι στιγματίζουν άλλους είτε με το λόγο τους, είτε με τη συμπεριφορά τους (Girma, Tesfaye, Froeschl, Moller- Leimkuhler, Dehning, & Muller, 2013).

Η αρχική σημασία της λέξης στίγμα συνδεόταν με το σημάδι στο δέρμα που προκαλείται από αιχμή ή καυτηριασμό. Ετυμολογικά προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «στίζω», το οποίο αφορά τη χάραξη, το κέντημα ή την τοποθέτηση σημείων στίξεων στο κείμενο (Μπαμπινιώτης, 2010). Κοινωνικές ομάδες, όπως οι δούλοι ή οι φυλακισμένοι, στην αρχαία Ελλάδα, στιγματίζονταν προκειμένου να γίνεται φανερή η υποδεέστερη θέση τους και να διαχωρίζονται από τους ελεύθερους (Τσιμπουκίδης, 1999). Επίσης, στην αρχαία Ελλάδα η ψυχική ασθένεια αντιμετωπιζόταν με αποστασιοποίηση, εγκλεισμό ακόμα και θάνατο (Γιαννακόπουλος, 2011). Σταδιακά, περίπου κατά το Μεσαίωνα, το στίγμα αφορούσε ανθρώπους που σχετίζονταν με εγκλήματα και υφίστατο προκειμένου αυτοί να είναι διακριτοί στην υπόλοιπη κοινωνία και να ξεχωρίζουν (Economou, Gramandani, Louki, Giotis, & Stefanis, 2006). Η ψυχική ασθένεια, τότε, συνδεόταν με ζητήματα ηθικής και επικρατούσαν συνθήκες εξαθλίωσης στον τρόπο αντιμετώπισης, συνθήκες οι οποίες εξακολούθησαν να ισχύουν και στα άσυλα του 19^{ου} αιώνα (Γιαννακόπουλος, 2011). Έτσι, με το πέρασμα των χρόνων το στίγμα εδραιώθηκε στις κοινωνίες και αμφισβητείται αν και κατά πόσο βελτιώθηκε ο τρόπος θέασης, κατανόησης και αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας.

Κοινωνικό, Οικονομικό και Πολιτικό συγκείμενο στην ελληνική πραγματικότητα

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις εκάστοτε κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις της εποχής. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, στην Ελλάδα σημειώνονται αλλαγές σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η μετάβαση από τα άσυλα στα κοινοτικά μοντέλα θεραπευτικής

παρέμβασης, ενέχει πολλά στάδια διαφοροποίησης της έννοιας, αλλά και της ευρείας υποκειμενικότητας του ψυχικά ασθενούς (Τζανάκης, 2008).

Το πέρασμα από τα άσυλα στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας σηματοδοτεί αλλαγές για τον τρόπο θέασης της ψυχικής ασθένειας. Στην Ελλάδα, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση συνιστά μια πορεία με δυναμικές αλλαγές, ρήξεις και επαναπροσδιορισμό του αντικειμένου της ψυχιατρικής, που συνάδει με ευρύτερες κοινωνικές αλλαγές (Τζανάκης, 2008). Ιδιαίτερα μέχρι τη δεκαετία του 1980 κυριαρχούσαν χαμηλού επιπέδου συνθήκες στις δομές ψυχικής υγείας. Η δημοσιοποίηση των απάνθρωπων συνθηκών απέναντι σε ψυχικά ασθενείς, που επικρατούσαν στο νησί της Λέρου αποτέλεσε αφορμή για μια νέα πορεία στον ελλαδικό χώρο. Επίσης, η Ευρωπαϊκή Ένωση χρηματοδότησε την Ελλάδα, η οποία πρόσφατα είχε εισέλθει στην Ευρωπαϊκή Ένωση, προκειμένου να προβεί στις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις (Karastergiou, Mastrogianni, Georgiadou, Kotrotsios, & Mauratziotou, 2005).

Με το κοινοτικό μοντέλο θεραπευτικής παρέμβασης, οι δομές ψυχικής υγείας προσπαθούν να ξεπεράσουν στοιχεία που είχαν στιγματίσει την Ελλάδα, όπως τα μεγάλα ψυχιατρεία- άσυλα. Η νομοθεσία εστιάζει περισσότερο στις ανάγκες και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Τίθεται σε προτεραιότητα η δημιουργία αποκεντρωμένων κοινοτικών δομών που θα απέχουν από τα ασυλιακά πρότυπα και τις πρακτικές εγκλεισμού (Madianos, Tsiantis, & Zacharakis, 1999). Συγκεκριμένα, στο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης εντάσσονται οι ψυχιατρικές κλινικές στα νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες αποκατάστασης, οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, δομές για παιδιά και εφήβους κ.ά. (Karastergiou, et al., 2005).

Επίσης, υπάρχει ο στόχος να δίνονται περισσότερες ευκαιρίες για συμμετοχή σε δραστηριότητες, μέσω των οποίων τα άτομα μπορούν να είναι λιγότερο αποκλεισμένα. Επιδιώκεται η κοινωνική επανένταξη και ο αποστιγματισμός μέσα από μια διαδικασία κοινωνικής ενσωμάτωσης όλων όσων είχαν αποκλειστεί από τον κοινωνικό ιστό, λόγω της εμπειρίας με την ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αμφισβητείται και οι δημόσιες παροχές ψυχικής υγείας δε συνδέονται πάντα με θετικά αποτελέσματα. Παρατηρείται χαμηλό υπόβαθρο γνώσεων και υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη από επιπρόσθετες αλλαγές πολιτικής (Greacen, Jouet, Ryan,

Cserhati, Grebenc, Griffiths, et al., 2012. McCabe & Davis, 2012). Υπάρχουν σοβαρά προβλήματα αναφορικά με την οργάνωση, τη στελέχωση από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τη χρηματοδότηση, αλλά και την ευρύτερη επικοινωνία ανάμεσα στις δομές ψυχικής υγείας (Karastergiou et al., 2005). Παραμένει, έτσι, ανοιχτό ερώτημα το αν η παρούσα κατάσταση στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, δικαιώνει και αποτυπώνει τους αρχικούς στόχους της μεταρρύθμισης.

Συμπληρωματικά, να τονίσουμε πως ορισμένα χαρακτηριστικά στις δομές ψυχικής υγείας μπορεί να παίζουν καθοριστικό ρόλο για την έκβαση της ασθένειας και πιθανές παρεμβάσεις στα πλαίσια της ψυχικής υγείας ίσως να βελτιώνουν σε κάποιο βαθμό την ψυχική ασθένεια (Wiseman & Brasher, 2008). Μερικά από αυτά είναι ο ρόλος τους στην πορεία της θεραπείας, η σχέση με το προσωπικό στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Gillard, Adams, Edwards, Lucock, Miller, Simons et al., 2012). Ωστόσο, είναι πιθανό το πλαίσιο στο οποίο εκτίθενται οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο τρόπος οργάνωσης και τα χαρακτηριστικά των εκάστοτε δομών να επηρεάζουν το στίγμα (Verhaeghe & Bracke, 2008. Verhaeghe & Bracke, 2007).

Έπειτα από την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση που έγινε στην Ελλάδα, υπήρξαν αλλαγές σε δομικό και λειτουργικό επίπεδο, όμως δεν έγινε καμία σχεδόν προσπάθεια αλλαγών των προκαταλήψεων μες στην κοινότητα (Βαριδάκη, Νασιάκου, & Λίβας, 2012). Το ζήτημα του στιγματισμού, αφορά όλους όσους σχετίζονται με τις υπηρεσίες και τις δομές ψυχικής υγείας και σχετίζεται με την ευρύτερη κοινωνική πολιτική και τους θεσμούς για την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με τους Wright και Stickley (2013) η εμπειρία κάποιου σε ψυχιατρικές δομές ασυλιακού τύπου, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό σημείο στιγματισμού. Ωστόσο, και στα πλαίσια της κοινότητας που ζουν, η ψυχική ασθένεια μπορεί να αποτελέσει πηγή στιγματισμού και περιθωριοποίησης (McCabe & Davis, 2012).

Στίγμα

Το στίγμα απέναντι στους ψυχικά ασθενείς μπορεί να έχει πολλές μορφές. Σε περιπτώσεις στιγματισμού, η ταυτότητα αμαυρώνεται και η κοινωνική υπόσταση κατακερματίζεται, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που οι αποστάσεις μεταξύ του πληθυσμού αυτού και της κοινωνίας είναι μεγάλες (Goffman, 2001). Στίγμα μπορεί να θεωρηθεί η

ταύτιση κάποιου με την ετικέτα που του προσδίδεται από τον κοινωνικό περίγυρο, η οποία αφορά κάποια ιδιαιτερότητά του που τον διαφοροποιεί από τη μάζα. Το κοινωνικό στίγμα προς τους ψυχικά ασθενείς συνίσταται από αρνητικές συμπεριφορές (Corrigan & Rao, 2012), διακρίσεις που κάνει η κοινωνία σε διάφορους τομείς, που σχετίζονται με στερεότυπα και προκαταλήψεις, δυσχεραίνοντας την αποδοχή τους (Corrigan & Watson, 2002).

Η ίδια η κοινωνία αναπαράγει συχνά αρνητικά στερεότυπα και διακρίσεις αναφορικά με την ψυχική ασθένεια, προάγοντας διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις (Schulze & Angermeyer, 2003). Η διαίωσιση αυτών των στερεοτύπων δημιουργεί ένα γενικότερο αρνητικό αίσθημα απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Έτσι, υφίσταται η διάκριση και ο διαχωρισμός όσων διαγιγνώσκονται με κάποια ψυχική ασθένεια (Corrigan & Rao, 2012). Η ανεπαρκής γνώση μπορεί να σχετίζεται με προκαταλήψεις επικινδυνότητας, μη ίασης, ενοχοποιητικής συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων και γενικώς, στερεότυπα αρνητικής χροιάς απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, όπως για παράδειγμα η πεποίθηση για λιγότερη ευφυΐα, αλλά και για κοινωνική ανικανότητα (Evans- Lacko, Brohan, Mojtabai, & Thornicroft, 2012. Papadopoulos, Leavey, & Vincent, 2002. Tucker, Hammer, Vogel, Bitman, Wade, & Maier, 2013). Επίσης, η φτώχεια και το χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο μπορεί να συνδέεται με το στίγμα (Girma et al., 2013).

Επίσης, το στίγμα έχει και σημαντικές επιπτώσεις. Καταρχάς, μπορεί να επηρεάζει την ευρύτερη στάση και συμπεριφορά απέναντι στην ψυχική υγεία, καθώς μπορεί να παρεμποδίζει την αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Clement et al., 2015). Η αναζήτηση βοήθειας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η προσπάθεια για εύρεση εργασίας, η χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και η επιρροή στην πορεία της θεραπείας μπορεί να σχετίζονται με το πόσο επιρρεπής στο στίγμα είναι μια κοινωνία. Σε κάποιες περιπτώσεις συνδέεται το στίγμα με περισσότερη δυσκολία στην βελτίωση της ψυχικής υγείας (Evans- Lacko et al., 2012. Tucker et al., 2013). Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με κοινωνικοοικονομικά προβλήματα είναι πολύ πιθανό οι άνθρωποι να αποφεύγουν διάφορες δραστηριότητες και να μένουν κοινωνικά αποκλεισμένοι, βιώνοντας ακόμη περισσότερο στιγματισμό (Albee & Fryer, 2003. Rose & Thompson, 2012).

Στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Τα τελευταία χρόνια ένα ακόμη σημείο ενδιαφέροντος είναι οι στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Πρόκειται για ένα ζήτημα που συνδέεται με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και με την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο αναφοράς τους (Madianos, Madianou, Vlachonikolis, & Stefanis, 1987). Πρόκειται για μια διαδικασία που διέπεται ως επί το πλείστον από κοινωνικούς παράγοντες (Zartaloudi & Madianos, 2010- a). Στην Ελλάδα, το επίπεδο προσέλευσης στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας είναι χαμηλό (Madianos, Madianou-Gefou, & Stefanis, 1993). Επιπλέον, είναι πιθανό η χαμηλή προσέλευση στις δομές ψυχικής υγείας να συνδέεται από το ενδεχόμενο στίγμα της ψυχικής ασθένειας (Corrigan, 2004).

Οι στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας συνιστούν ένα πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό ζήτημα. Αντανακλούν τη πρόθεση κάποιου να αναζητήσει βοήθεια από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας, με απώτερο στόχο την επίλυση προβλημάτων. Ο χρόνος που μεσολάβησε από την έναρξη κάποιας ψυχικής ασθένειας ως την αναζήτηση βοήθειας από τις δομές ψυχικής υγείας μπορεί να σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά των στάσεων απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Στην Ελλάδα, φαίνεται πως υπάρχει ανάγκη σε επίπεδο πρόληψης, σχετικά με την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας από τις δομές ψυχικής υγείας (Madianos, Zartaloudi, Alevizopoulos, & Katostaras, 2011).

Το αυτοστίγμα που συνδέεται με την αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις εκάστοτε υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας έχει βρεθεί πως μπορεί να συνδέεται με τις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς (Krajewski, Burazeri & Brand, 2013. Vogel, Wade, & Haake, 2006). Η συνολική εμπειρία με τις δομές ψυχικής υγείας είναι μείζονος σημασίας. Μπορεί να μελετηθεί σε συνδυασμό με την ύπαρξη ψυχικών ασθενειών και σε συνδυασμό με την αναζήτηση βοήθειας από υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το κοινωνικό στίγμα (Girma et al., 2013). Το γεγονός, δηλαδή, να αναζητήσει κάποιος βοήθεια από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορεί να αποτελέσει πρόσθετο παράγοντα εσωτερίκευσης στίγματος συνδυαστικά με την ετικέτα που αποδίδεται του ψυχικά ασθενούς. Με την αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς είναι πιθανό να δημιουργηθούν αισθήματα κατωτερότητας και αρνητικά συναισθήματα (Vogel et al., 2006). Αυτή η διάκριση αποτελεί

για ορισμένους μελετητές σημείο τομής για δύο διαφορετικά πεδία, ενώ για άλλους θεωρείται πως τα στοιχεία του ενός συγκλίνουν με τα στοιχεία του άλλου (Tucker et al., 2013).

Ωστόσο, με το πέρασμα των χρόνων οι στάσεις, οι τρόποι κατανόησης και ερμηνείας αναφορικά με την ψυχική ασθένεια, αλλάζουν (Madianos, et al., 1987). Επίσης, είναι αναγκαία η ύπαρξη δομών που θα εστιάζουν στην πληροφόρηση και την εκπαίδευση του κόσμου, με απώτερο στόχο τον αποστιγματισμό. Με αυτό τον τρόπο μπορούν να ενισχυθούν οι πεποιθήσεις της κοινής γνώμης για τους ψυχικά ασθενείς (Karastegiou, et al. 2005). Όλα τα παραπάνω μπορεί να επηρεάζονται από υποκειμενικούς, οικογενειακούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Steel, McDonald, Silove, Bauman, Sandford, Herron, & Minas, 2006).

Αυτοστίγμα

Σύμφωνα με την Τροποποιημένη Θεωρία Ετικετοποίησης (Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989), το κοινωνικό στίγμα είναι πιθανό να εσωτερικευθεί από ανθρώπους που φέρουν την ετικέτα του ψυχικά ασθενούς. Ο κόσμος αντιδρά με έναν κοινωνικά και πολιτισμικά καθορισμένο τρόπο σε όσους χαρακτηρίζονται ως ψυχικά ασθενείς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να εσωτερικεύεται αυτός ο ρόλος και να βιώνεται η ντροπή, η απόρριψη, το αίσθημα της διαφορετικότητας και γενικά, το αυτοστίγμα. Σύμφωνα με την παραπάνω θεωρία, και μόνο η εμπειρία της ψυχικής ασθένειας ή οι αρνητικές πεποιθήσεις του κοινωνικού περιγύρου, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά κάποιον.

Το αυτοστίγμα στην ψυχική ασθένεια ορίζεται ως μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο με εμπειρίες ψυχικής ασθένειας, αφού συνειδητοποιήσει τις στερεοτυπικές αντιλήψεις του κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου για την ψυχική ασθένεια, τις εσωτερικεύει έχοντας μια αρνητική χροιά στα συναισθήματά του σχετικά με τον εαυτό του και κρατώντας μια διαφοροποιητική στάση απέναντι στην κοινωνία (Livingston & Boyd, 2010. Livingston, Rossiter, & Verdun-Jones, 2011). Βιώνοντας το αυτοστίγμα, μπορεί να νιώθει πως δεν αξίζει, να ντρέπεται και να επιλέγει την αποστασιοποίηση, προτιμώντας την απόκρυψη των εμπειριών του (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003). Όταν οι στερεοτυπικές αντιλήψεις για

την ψυχική ασθένεια αποκτούν νόημα και αντανακλώνται στον εαυτό, τότε έπονται επίπονες συνέπειες αυτοστιγματισμού (Corrigan, Rafacz, & Rüsck, 2011).

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του αυτοστίγματος είναι η μείωση των ενδιαφερόντων (Girma et al., 2013), της αυτοαποτελεσματικότητας, της αναζήτησης βοήθειας και της λειτουργικότητας των ατόμων (Evans- Lacko et al., 2012). Φαίνεται πως το αυτοστίγμα συνδέεται και με αρνητική στάση απέναντι στην αναζήτηση ψυχολογικής ή ψυχιατρικής βοήθειας (Vogel, Armstrong, Tsai, Wade, Hammer, Efstathiou et al., 2013). Επίσης, είναι πιθανή η αποξένωση και η κοινωνική απόσυρση των ψυχικά ασθενών (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003). Η έλλειψη κοινωνικής αποδοχής συνδέεται και με μείωση της αυτοεκτίμησης και του αισθήματος ελπίδας, δυσχεραίνοντας τη θεραπεία και την επίτευξη στόχων (Corrigan et al., 2011. Vogel, Wade, & Hackler, 2007. Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008). Επίσης, επηρεάζονται η αυτοπεποίθηση και το αίσθημα επάρκειας, ενώ κυριαρχούν αισθήματα ενοχών, αμηχανίας και ντροπής σχετικά με την ψυχική ασθένεια και διάθεση για απόκρυψη (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007). Αυτοστίγμα παρατηρείται σε κάποιον που αντιμετωπίζει την ασθένειά του ως αδυναμία και θεωρεί πως δεν είναι κοινωνικά αποδεκτός εξ αιτίας αυτού. Έτσι, μειώνεται και το ενδιαφέρον για εύρεση εργασίας και για άλλες προσπάθειες βελτίωσης του τρόπου ζωής (Girma et al., 2013. Tucker et al., 2013). Ωστόσο, άνθρωποι που βιώνουν την ψυχική ασθένεια και το στίγμα είναι πιθανό να αντιδρούν και να εξοργίζονται σχετικά με το στίγμα, ενώ άλλοι είναι πιθανό να δείχνουν αδιαφορία, χωρίς να εσωτερικεύουν το κοινωνικό στίγμα (Corrigan & Watson, 2002).

Σε κάποιες έρευνες φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο. Οι διαφορές αυτές μπορεί να συνδέονται με τους ρόλους που έχουν τα δύο φύλα στην εκάστοτε κοινωνία (Vogel, Shechtman, & Wade, 2010). Με τον ίδιο τρόπο φαίνεται πως επηρεάζει το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος κατοικίας (Mouzas, Angelopoulos, & Liakos, 2008), καθώς και η σοβαρότητα της ψυχικής ασθένειας (Girma et al., 2013). Επίσης, η ύπαρξη ενός μέλους στην οικογένεια, το οποίο πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάζει τις στάσεις για την ψυχική ασθένεια των υπόλοιπων μελών της οικογένειας (Madianos et al., 1987). Το στίγμα, όμως, δεν αποτελεί εξ ολοκλήρου χαρακτηριστικό ανθρώπων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Ακόμα και σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι πιθανό να παρουσιαστούν φαινόμενα στιγματισμού (Lyons & Ziviani,

1995). Εν τούτοις, το αυτοστίγμα και ο τρόπος που επηρεάζει τους ψυχικά ασθενείς δεν είναι ιδιαίτερα γνωστό στην κοινωνία (Corrigan et al., 2011). Επίσης, υπάρχουν έρευνες όπου υποστηρίζεται πως πολιτισμικά χαρακτηριστικά, όπως η εγγύτητα ή η αποστασιοποίηση, καθορίζουν τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια (Bhui & Dinos, 2008. Papadopoulos, Leavey, & Vincent, 2002. Vogel et al., 2013). Στερεότυπα που παρουσιάζονται στον εκάστοτε πολιτισμό μπορεί να επηρεάζουν το στίγμα και το αυτοστίγμα της ψυχικής ασθένειας (Corrigan & Watson, 2002).

Σε κρισιακές κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και ανθρωπιστικές καταστάσεις είναι σημαντικό να δίνεται φωνή σε πληθυσμούς που δεν έχουν συχνά την ευκαιρία να εκφραστούν για τα βιώματά τους. Η συγκεκριμένη έρευνα, δεν έχει στόχο την παραγωγή μιας γενικευμένης αλήθειας, αλλά την κατανόηση του τρόπου θέασης και βίωσης της ψυχικής ασθένειας, αλλά και συνακόλουθων ζητημάτων όπως ο στιγματισμός και το αυτοστίγμα.

Το ερευνητικό ερώτημα της ποιοτικής φάσης της παρούσας έρευνας είναι η κατανόηση της εμπειρίας του στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού καθώς και του νοήματος που σκιαγραφείται ρητά ή υπόρρητα για τις εμπειρίες με την ψυχική ασθένεια. Στόχος είναι να αποτυπωθεί το βίωμα του στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού μέσα από τα λόγια των ίδιων των ανθρώπων που έχουν κάποια εμπειρία με την ψυχική ασθένεια. Έμφαση θα δοθεί στον τρόπο που ορίζουν και νοηματοδοτούν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έννοιες όπως η ψυχική υγεία, το στίγμα και το αυτοστίγμα.

Μελετάται, επίσης, μέσα από την ποσοτική φάση, η αναζήτηση βοήθειας, ως ζήτημα που σχετίζεται με το στίγμα και το αυτοστίγμα. Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας είναι οι εξής:

- Το αυτοστίγμα σχετίζεται με τη στάση απέναντι στην αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας;
- Υπάρχει διαφορά μέσων όρων ως προς τις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας ως προς το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο κατοικίας, το να ζει κάποιος με την οικογένεια, ή μόνος, την ύπαρξη ενός άλλου μέλους στην οικογένεια με εμπειρίες ψυχικής ασθένειας;

- Υπάρχει διαφορά μέσω των όρων σχετικά με το αυτοστίγμα στην αναζήτηση βοήθειας ως προς το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο κατοικίας, το να ζει κάποιος με την οικογένεια, ή μόνος, την ύπαρξη ενός άλλου μέλους στην οικογένεια με εμπειρίες ψυχικής ασθένειας;

- Το είδος της θεραπείας επηρεάζει τις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας και το αυτοστίγμα;

ΜΕΘΟΔΟΣ

Ποσοτική Φάση

Συμμετέχοντες

Ο πληθυσμός του δείγματος συνίσταται από 94 συμμετέχοντες ($N = 94$), με ηλικία από 18 έως 77 ετών ($M.O = 46,2$ και $T.A = 12,5$). Οι συμμετέχοντες είναι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στον Πίνακα 1. παρουσιάζονται λεπτομερώς τα χαρακτηριστικά τους. Αποκλείστηκαν άτομα που οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούσαν πως η κατάστασή τους δε θα τους επέτρεπε να συνεργαστούν, λόγω οξυμένων συμπτωμάτων και αποδιοργάνωσης.

Ο πληθυσμός του δείγματος εντοπίστηκε στο Ρέθυμνο, στην Ψυχιατρική Κλινική και το Ψυχιατρικό Γμήμα των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου, στον Ξενώνα Βραχείας Παραμονής και Αποκατάστασης, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και στο Σύλλογο Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία.

Πίνακας 1.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού ($N = 94$)

		<i>Απόλυτη Συχνότητα</i>	<i>Σχετική Συχνότητα (%)</i>
Φύλο	Άνδρες	39	41,5
	Γυναίκες	55	58,5
Ηλικία	18-30	13	13,8
	31-45	29	30,9
	46-60	41	43,6
	60-77	11	11,7
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/-η	40	42,6
	Χήρος/-α	7	7,4

	Χωρισμένος/-η	14	14,9
	Ελεύθερος/-η	33	35,1
Τόπος κατοικίας	Χωριό	40	42,6
	Πόλη	54	57,4
Μόνιμη κατοικία	Με οικογένεια	70	74,5
	Μόνος/-η	24	25,5
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό ή χαμηλότερο	19	20,2
	Γυμνάσιο	16	17,0
	Λύκειο	26	27,7
	Ανώτατη εκπαίδευση	33	35,1
Ετήσιο εισόδημα (σε ευρώ)	λιγότερο από 6000	44	46,8
	6000- 11999	23	24,5
	12000-17999	15	16,0
	18000-35999	10	10,6
	περισσότερο από 36000	2	2,1
Εργασιακή απασχόληση	Ασφαλισμένη εργασία	14	14,9
	Επισφαλής εργασία	11	11,7
	Οικιακά/ Ανεργία	45	47,9
	Συνταξιοδότηση	24	25,5
Ψυχική ασθένεια στην οικογένεια	Ναι	46	48,9
	Όχι	48	51,1
Διάρκεια (σε μήνες) μέχρι την αναζήτηση βοήθειας	1-6	54	57,4
	12	7	7,4
	24	3	3,2
	περισσότερο από 24	30	31,9
Συνολική χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (σε έτη)	λιγότερο από 1	40	42,6
	6-10	18	19,1
	11-20	19	20,2
	περισσότερο από 20	16	17,0
Επίγνωση ψυχικής ασθένειας	Ναι	68	72,3
	Όχι	25	26,6
Διάγνωση	Κατάθλιψη	24	25,5

Διπολική Διαταραχή	18	19,1
Σχιζοφρένεια	9	9,6
Αγχώδης Διαταραχή	8	8,5
Διαταραχή Προσωπικότητας	1	1,1
Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή	2	2,1
Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες	1	1,1
Οικογενειακά Προβλήματα	2	2,1
Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	25	26,6
Θεραπεία		
Ψυχοθεραπεία	6	6,4
Φαρμακοθεραπεία	60	63,8
Και τα δύο	28	29,8

Εργαλεία Μέτρησης

Χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώνονταν από τη συνεντεύκτρια, έπειτα από προφορική συνδιαλλαγή. Για να μελετηθεί το αυτοστίγμα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μέτρησης του Αυτοστίγματος σχετικά με την Αναζήτηση Βοήθειας (Self- Stigma of seeking help scale- SSOSH) (Vogel, et al., 2006). Η κλίμακα αυτή μετράει το βαθμό σύμφωνα με τον οποίο η αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αποτελείται από 10 στοιχεία και οι απαντήσεις γίνονται βάσει πενταβάθμιας κλίμακας Likert όπου κυμαίνεται από 1 έως 5 (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, διαφωνώ/συμφωνώ εξίσου, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα). Πέντε από τα δέκα στοιχεία αξιολογούνται αντίστροφα. Όσο πιο υψηλά είναι τα σκορ, τόσο πιο υψηλό είναι το αυτοστίγμα. Για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει πραγματοποιηθεί επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, όπου και μεταφράστηκε και στην ελληνική γλώσσα. Επίσης, σύμφωνα με έρευνα, μπορεί να μετρήσει την ίδια εννοιολογική κατασκευή σε ποικίλες χώρες. Σε έρευνα για την οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιηθεί για τον ελληνικό πληθυσμό, βρέθηκε ότι εξασφαλίζεται εγκυρότητα και αξιοπιστία με Cronbach's $\alpha = 0.77$ (Vogel et al., 2013).

Επίσης, χρησιμοποιήθηκε και το ερωτηματολόγιο αυτό- αναφοράς των Fischer και Turner (1970) που έχει τίτλο Στάσεις Απέναντι στην Αναζήτηση Βοήθειας από Ειδικό Ψυχικής Υγείας (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help- ATSPPH), προκειμένου να εξεταστεί η στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής

υγείας για ψυχολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές (Tucker et al., 2013). Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολόγησης αποτελείται από 29 στοιχεία και κατά την εφαρμογή της διερευνώνται οι απόψεις των συμμετεχόντων. Αξιολογούνται αντίστροφα τα 18 στοιχεία. Όσο πιο υψηλές είναι οι επιδόσεις στη συγκεκριμένη κλίμακα, τόσο πιο θετική είναι η στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Η αξιολόγηση κάθε στοιχείου γίνεται βάσει τετραβάθμιας κλίμακας Likert από 0 έως 3 (Συμφωνώ απόλυτα, Συμφωνώ, Διαφωνώ, Διαφωνώ απόλυτα). Σε αυτή την κλίμακα διακρίνονται τέσσερις παράγοντες: Παράγοντας Α: Αναγνώριση της Προσωπικής Ανάγκης για Αναζήτηση Βοήθειας, Παράγοντας Β: Ανοχή στο Στίγμα που συνδέεται με την Αναζήτηση Ψυχολογικής Βοήθειας, Παράγοντας Γ: Διαπροσωπική Επικοινωνία, Παράγοντας Δ: Εμπιστοσύνη στους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τη Ζαρταλούδη (όπως αναφέρεται στο Madianos, Zartaloudi, Alevizopoulos, & Katostaras, 2011), διασφαλίστηκε η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει ήδη προσαρμοστεί και μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα. Επίσης, έχει εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία με Cronbach's $\alpha = 0.89$. Επίσης, προέκυψαν 4 παράγοντες: Ο πρώτος παράγοντας είναι: η Εμπιστοσύνη απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας και αφορά την ακριβή αναγνώριση της ανάγκης για αναζήτηση βοήθειας από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (9 στοιχεία), με ($\alpha = 0.82$). Ο δεύτερος παράγοντας είναι: η Απομόνωση και πρόκειται για την έντονη επιθυμία να μην ανοίγεται κάποιος σε άλλους και να μη συζητά ζητήματα σχετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας (7 στοιχεία), με ($\alpha = 0.62$). Ο τρίτος παράγοντας είναι: η Διστακτικότητα σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας και αφορά ζητήματα αμφιθυμίας σχετικά με την απόφαση να επισκεφθεί κανείς κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (8 στοιχεία), με ($\alpha = 0.84$). Ο τέταρτος παράγοντας είναι: το Στίγμα της ψυχικής ασθένειας και αφορά το φόβο στιγματισμού από άλλους σε περίπτωση αναζήτησης βοήθειας για ένα ψυχιατρικό πρόβλημα (5 στοιχεία), με ($\alpha = 0.78$).

Ερευνητικός Σχεδιασμός και Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις δομές παροχής ψυχικής φροντίδας του Νομού Ρεθύμνης. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για την έρευνα, καθώς και για την τήρηση απορρήτου και τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική με μόνο όφελος να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους και να ακουστούν οι απόψεις τους. Έτσι, εξασφαλίστηκε προφορικά η ενήμερη συγκατάθεση όλων των συμμετεχόντων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η διεξαγωγή των ημι- δομημένων συνεντεύξεων έγινε υπό το πλαίσιο συνέντευξης πρόσωπο- με πρόσωπο. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε περίπου 30- 40 λεπτά για τον καθένα.

Επιπλέον, το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης και από την Επιτροπή Ερευνητικής Δεοντολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ποιοτική Φάση

Συμμετέχοντες

Από το συνολικό πληθυσμό του δείγματος που συμμετείχε στην ποσοτική φάση ($N=94$), στην ποιοτική φάση συμμετείχαν 14 άτομα (9 γυναίκες και 5 άνδρες), με ηλικία με $M.O = 41$ έτη. Ο πληθυσμός του δείγματος εντοπίστηκε σε δομές παροχής ψυχικής φροντίδας του νομού Ρεθύμνης. Οι 11 από τους 14 συμμετέχοντες έχουν νοσηλευτεί μακροχρόνια ή βραχυχρόνια σε δομές ψυχικής υγείας.

Εργαλεία Μέτρησης

Οι ημι- δομημένες συνεντεύξεις βασίστηκαν σε οδηγό συνέντευξης, ο οποίος αποτελούντο από τρεις θεματικές ενότητες: 1. Εισαγωγικές ερωτήσεις σχετικά με την *αναζήτηση βοήθειας*, την *ψυχική υγεία* και την *ψυχική ασθένεια*, 2. Νοηματοδότηση αναφορικά με το *στίγμα* και το *αυτοστίγμα* και 3. *Προτάσεις για αλλαγές* στην κοινότητα.

Ερευνητικός Σχεδιασμός και Διαδικασία

Η συλλογή δεδομένων έγινε κυρίως στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά και σε ιδιωτικούς χώρους, με την προϋπόθεση να αισθάνονται οικεία και άνετα στο εκάστοτε περιβάλλον. Πραγματοποιήθηκαν 14 ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η διάρκεια των συνεντεύξεων είχε εύρος από 20 έως 75 λεπτά. Το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε ανάμεσα στη λήψη των ερωτηματολογίων και στη διεξαγωγή της συνέντευξης ήταν από μία έως δεκαπέντε ημέρες. Εξασφαλίστηκε η συναίνεση των συμμετεχόντων, εφόσον ενημερώθηκαν ξανά για το αντικείμενο, τα χαρακτηριστικά και τους στόχους της έρευνας, μέσω προφορικής παρουσίασης. Επίσης, τονίστηκε πως η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και θα τηρούντο η ανωνυμία. Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν. Μία μόνο συνέντευξη δεν ηχογραφήθηκε, για προσωπικούς λόγους της συμμετέχουσας, όμως κρατήθηκαν σημειώσεις προσπαθώντας να υπάρξει όσο το δυνατό μεγαλύτερη συνέπεια στο περιεχόμενο των λεγομένων της συμμετέχουσας. Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στη Φαινομενολογικώς Ενημερωμένη Θεματική Ανάλυση (Braun & Clarke, 2006), προκειμένου να αναδυθούν θεματικές που αντικατοπτρίζουν την εμπειρία και τα βιώματα του στίγματος, του αυτοστίγματος και της αναζήτησης βοήθειας, ενώ ταυτόχρονα επιδιώκεται να δοθεί έμφαση στο νόημα που δίνεται από τους ίδιους τους λήπτες ψυχικής υγείας αναφορικά με το στίγμα και την ανισότητα στην κοινωνία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ποσοτική Ανάλυση

Για τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό λογισμικό IBM SPSS21. Γενικά, οι συμμετέχοντες στο σύνολό τους, είχαν μέτρια στάση για την αναζήτηση βοήθειας ($M.O = 53,1$, $T.A = 6,2$) και χαμηλά επίπεδα στο αυτοστίγμα ($M.O = 23,8$, $T.A = 3,9$).

Αρχικά για τον έλεγχο της πρώτης υπόθεσης χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συσχέτισης Pearson r για να ελέγξουμε τη συσχέτιση μεταξύ του αυτοστίγματος για την αναζήτηση βοήθειας και των στάσεων απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική μέτρια συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών: [$r(90) = -0,51$, $p < 0,001$]. Προκύπτει, λοιπόν, πως όσο περισσότερο αυτοστίγμα σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας εκφράζεται, τόσο πιο αρνητική είναι η στάση απέναντι στην αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας.

Αφού πραγματοποιήσαμε έλεγχο κανονικότητας (Kolmogorov-Smirnov) προχωρήσαμε στην πραγματοποίηση των αναλύσεων, εφόσον πληρούνται τα στοιχεία κανονικότητας. Επίσης, για το χειρισμό των ελλειπουσών τιμών εφαρμόστηκε η Μέθοδος Αντικατάστασης Μέσης Τιμής Συνόλου (Raaijmakers, 1999. Schlomer, Bauman, & Card, 2010). Για να εντοπίσουμε διαφορές μέσω όρων στις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας και έπειτα στο αυτοστίγμα, πραγματοποιήσαμε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και t test για ανεξάρτητα δείγματα. Για να εξετάσουμε τη διαφορά των μέσων όρων αναφορικά με τις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και το φύλο, πραγματοποιήσαμε έλεγχο t test για ανεξάρτητα δείγματα. Σύμφωνα με τον έλεγχο Levene's test, οι διακυμάνσεις είναι ίσες διότι οι τιμές των παρατηρούμενων τιμών σημαντικότητας δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Έτσι, για ίσες διακυμάνσεις, βλέπουμε ότι ο μέσος όρος των στάσεων απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας για τους άνδρες ($M.O = 51,5$, $T.A = 5,7$) διαφέρει σημαντικά από το μέσο όρο για τις γυναίκες ($M.O = 54,1$, $T.A = 6,4$), με [$t(92) = -2,03$, $p = 0,045$]. Έτσι, προκύπτει ότι οι γυναίκες εκφράζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας. Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με τον τόπο

κατοικίας [$t(92) = -0,74, ns$], με το να ζει κάποιος με την οικογένεια ή μόνος [$t(92) = 0,95, ns$], με το αν υπάρχει κάποιο άλλο μέλος στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας [$t(92) = 1,43, ns$].

Στη συνέχεια, πραγματοποιήσαμε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Αναφορικά με τις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το μέσο όρο των ομάδων που αφορούν την ηλικία [$F(4,90) = 0,28, ns$] και το επίπεδο εκπαίδευσης [$F(3,90) = 1,97, ns$].

Αναφορικά με το αυτοστίγμα για την αναζήτηση βοήθειας, σύμφωνα με τη μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) που πραγματοποιήθηκε, βρήκαμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης [$F(3,86) = 4,18, p = 0,008$]. Χρησιμοποιώντας το κριτήριο Tukey HSD για να συγκρίνουμε τους μέσους όρους ανά ζεύγη και να εντοπίσουμε το σημείο εστίασης της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που έχουν λάβει εκπαίδευση από ανώτατα ιδρύματα και αυτών που έχουν εκπαίδευση δημοτικού ή χαμηλότερη, έχοντας μέση διαφορά = 3,79, $p = 0,005$. Οι συμμετέχοντες που έχουν λάβει εκπαίδευση δημοτικού ή χαμηλότερη είχαν ($M.O = 25,95$ και $T.A = 5,08$) ενώ οι συμμετέχοντες που είχαν λάβει ανώτατη εκπαίδευση είχαν χαμηλότερα επίπεδα στο αυτοστίγμα ($M.O = 22,12$ και $T.A = 3,5$). Ωστόσο, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο όρο των ομάδων που αφορούν την ηλικία [$F(3,86) = 0,49, ns$].

Πίνακας 2.

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του κριτηρίου Tukey HSD για το επίπεδο εκπαίδευσης

Μεταβλητές		Μέση Διαφορά	<i>p</i>
Δημοτικό ή χαμηλότερο	Γυμνάσιο	1,55	0,632
	Λύκειο	2,15	0,243
	Ανώτατη Εκπαίδευση	3,79*	0,005
Γυμνάσιο	Δημοτικό ή χαμηλότερο	-1,55	0,632
	Λύκειο	0,60	0,961
	Ανώτατη Εκπαίδευση	2,24	0,236

Λύκειο	Δημοτικό ή χαμηλότερο	-2,15	0,243
	Γυμνάσιο	-0,60	0,961
	Ανώτατη Εκπαίδευση	1,64	0,370
Ανώτατη Εκπαίδευση	Δημοτικό ή χαμηλότερο	-3,79*	0,005
	Γυμνάσιο	-2,24	0,236
	Λύκειο	-1,64	0,370

* $p < 0,05$

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος t test για ανεξάρτητα δείγματα. Βρήκαμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων σε όσους έχουν κάποιο άλλο μέλος στην οικογένεια με ψυχική ασθένεια ($M.O = 22,91$ και $T.A = 3,22$) και σε όσους δεν έχουν κάποιο άλλο μέλος με ψυχική ασθένεια ($M.O = 24,67$ και $T.A = 4,42$) με $[t (88) = -2,15, p = 0,034]$. Δηλαδή, όσοι έχουν κάποιο άλλο μέλος στην οικογένεια με ψυχική ασθένεια, εκφράζουν λιγότερο αυτοστίγμα σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας, από όσους δεν έχουν κάποιο άλλο μέλος στην οικογένεια με ψυχική ασθένεια.

Ωστόσο, βρήκαμε πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές του μέσου όρου αναφορικά με το φύλο $[t (88) = 1,03, ns]$, με τον τόπο κατοικίας $[t (88) = 0,07, ns]$ και με το να ζει κάποιος με την οικογένεια ή μόνος $[t (88) = 0,517, ns]$.

Για την τρίτη υπόθεση, πραγματοποιήσαμε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Η επίδραση της θεραπείας βρέθηκε συνολικά σημαντική $[F (2,6) = 4,16, p = 0,019]$. Στη συνέχεια, ακολουθήσαμε εκ των υστέρων (post hoc) πολλαπλές συγκρίσεις χρησιμοποιώντας το κριτήριο Tukey HSD, προκειμένου να συγκρίνουμε τους μέσους όρους ανά ζεύγη, και να εντοπίσουμε το σημείο εστίασης της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3., προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που κάνουν μόνο ψυχοθεραπεία και αυτών που λαμβάνουν μόνο φαρμακευτική αγωγή. Οι στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας ήταν σημαντικά πιο θετικές σε όσους κάνουν μόνο ψυχοθεραπεία συγκριτικά με αυτούς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή: με μέση διαφορά $= 6,4, p = 0,04$. Οι υπόλοιπες συγκρίσεις ήταν στατιστικά μη σημαντικές.

Πίνακας 3.

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του κριτηρίου Tukey HSD

<i>Μεταβλητές</i>		<i>Μέση Διαφορά</i>	<i>p</i>
ψυχοθεραπεία	φαρμακευτική αγωγή	6,4*	0,039*
	και τα δύο	3,8	0,341
φαρμακευτική αγωγή	ψυχοθεραπεία	-6,4*	0,039*
	και τα δύο	-2,6	0,153
και τα δύο	ψυχοθεραπεία	-3,8	0,341
	φαρμακευτική αγωγή	2,6	0,153

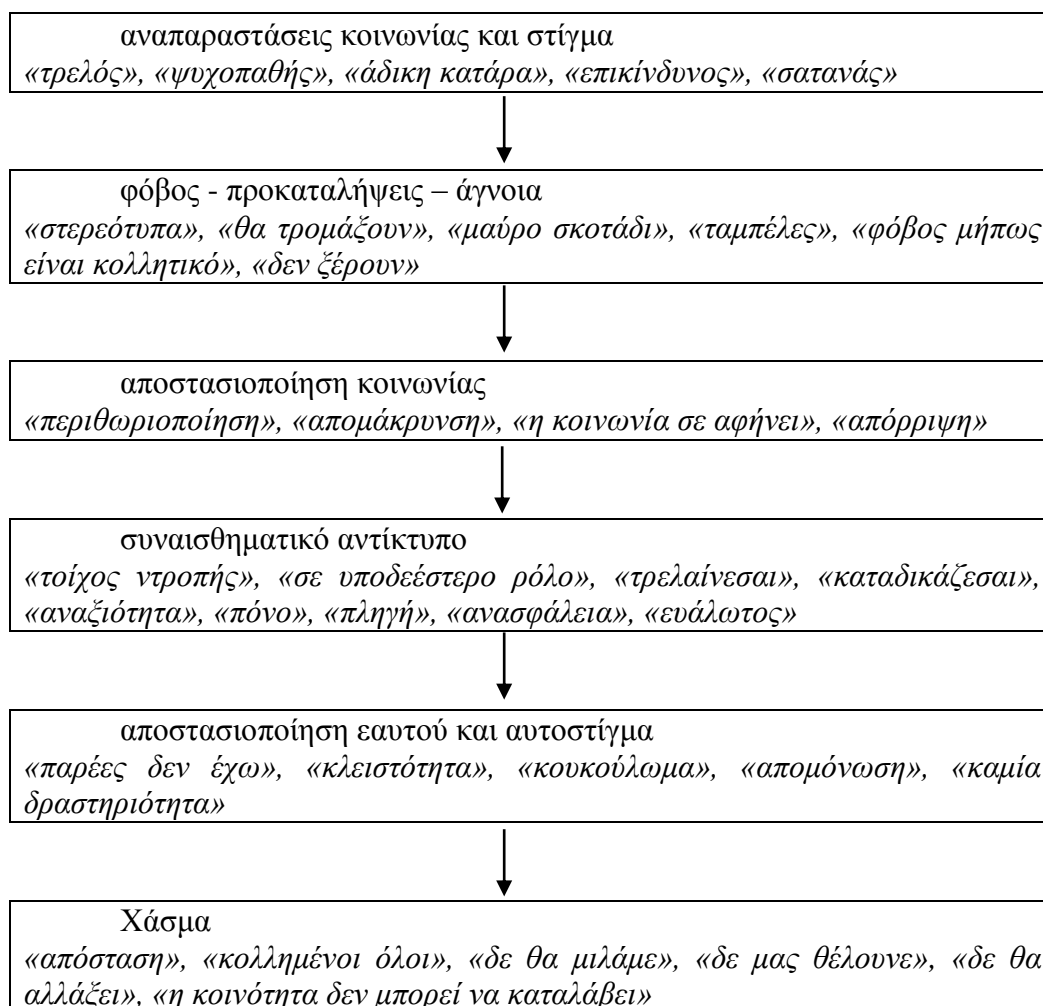
* $p < 0, 05$

Ποιοτική Ανάλυση

Με την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων προέκυψαν τέσσερις θεματικές που αλληλεξαρτώνται νοηματικά και δομούν, με σημασιολογική συνέχεια, τις ιστορίες αυτοστίγματος των συμμετεχόντων: 1. «Την ψυχική ασθένεια δεν μπορείς να την καταλάβεις». 2. Το στίγμα και το μετέωρο βήμα πέρα από τη νοσηλεία. 3. Ο φαύλος κύκλος του στίγματος και του αυτοστίγματος: προσπάθειες αποποίησης της «τρέλας». 4. Με όραμα το μέλλον: Παρακάμπτονται οι φραγμοί στα οράματα;

Η ποιοτική ανάλυση του αφηγηματικού υλικού έδειξε ότι πράγματι, οι προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων σχετίζονται άμεσα με το πλαίσιο της ψυχικής υγείας και του στίγματος, αλλά και με τα διευρυμένα θεωρητικά μοντέλα που αφορούν τον τρόπο που επηρεάζονται από τον κοινωνικό στιγματισμό ο αυτοκαθορισμός και ο τρόπος ύπαρξης και συνδιαλλαγής στην κοινωνία μας. Στον Πίνακα 4., παρουσιάζεται η πορεία προς το αγεφύρωτο χάσμα κοινωνίας και εαυτού. Με αυτό τον τρόπο φαίνεται μια πιθανή έκφραση διατήρησης των στρεβλών πεποιθήσεων για την ψυχική ασθένεια.

Πίνακας 4.

Κοινωνία, εαυτός και χάσμα**«Την ψυχική ασθένεια δεν μπορείς να την καταλάβεις»**

Η εμπειρία της ψυχικής ασθένειας διέπεται από διάφορα στάδια και φάσεις. Υπάρχει μεγάλο εύρος ως προς τον τρόπο έκφρασης, τη διάρκεια και τα χαρακτηριστικά της. Στην παρούσα έρευνα, θέμα πραγμάτευσης είναι το βίωμα του στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού ανθρώπων που χρήζουν ψυχιατρικής ή ψυχολογικής βοήθειας. Τα βιώματα των συμμετεχόντων τίθενται σε ένα συνεχές, λαμβάνοντας υπόψη θέματα του παρελθόντος, του παρόντος αλλά και του μέλλοντος.

Οι συμμετέχοντες περιγράφουν το βίωμά τους με διάφορους τρόπους. Αρχικά, κυριαρχεί το αίσθημα του ακατανόητου. Δεν είναι εύκολο να ερμηνευτεί η συμπεριφορά τους, καθώς υπάρχουν διάφοροι περίπλοκοι μηχανισμοί. Δεν μπορούν να γνωρίζουν με ακρίβεια την πάθησή τους, λόγω της συνθετότητας που τη χαρακτηρίζει. Συχνά, υπάρχει μια αμφισβήτηση σχετικά με το τι είναι αληθινό και τι όχι και μερικές φορές χρειάζεται κάτι ή κάποιος για να το επιβεβαιώσει. Χαρακτηριστικό απόσπασμα από το Λεάνδρο (48 ετών): *«Την ψυχική ασθένεια δεν μπορείς να την καταλάβεις. Την ψυχική ασθένεια την εντοπίζουν οι άλλοι. Μερικές φορές μπορείς να την αντιμετωπίσεις κι εσύ ο ίδιος, αλλά όταν αρχίσουν τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας, είναι καλύτερα να πάρεις την πρωτοβουλία να επισκεφθείς κάποιον ειδικό που θα μπορέσει να σε απεγκλωβίσει από αυτό».*

Τίθεται επίσης, το δίπολο μεταξύ «φυσιολογικού» και «μη φυσιολογικού». Οι συμμετέχοντες βρίσκονται στο μεταίχμιο προσπαθώντας να κατανοήσουν αυτό που τους συμβαίνει. Διχάζονται και ψάχνουν απαντήσεις από τους άλλους και από τον εαυτό τους. Αφενός, η ζωή τους διέπεται από μια κανονικότητα και μια συνήθεια. Αφετέρου, υπάρχουν στοιχεία που δεν μπορούν να κατανοήσουν, δεν υπόκεινται σε συνειδητό έλεγχο και χαρακτηρίζονται ως *«συμπεριφορές μη φυσιολογικές»* και *«πράγματα πολύ τρελά»*.

Η ψυχική ασθένεια ενέχει διάφορα δύσκολα βιώματα, συναισθήματα, και συνδέεται και με άλλα προβλήματα που προκύπτουν. Υπάρχει ένας φόβος για όσα τους συμβαίνουν, καθώς και για τις διαγνώσεις του γιατρού. Επίσης, η ντροπή, η ανασφάλεια, η σύγχυση, η οργή, η λύπη και ο ψυχικός πόνος γίνονται μέρος της καθημερινότητας. Είναι σαν να έχει εγκλωβιστεί ο εαυτός και χρειάζεται κάποιο έναυσμα για να συνεχίσει. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες περιγράφουν το βίωμά τους ως εξής:

«Έντονη εμπειρία... Ταλαιπωρία για τον εαυτό... Ταλαιπωρία για τους άλλους»

(Αριάδνη, 27 ετών)

«Φυσικά κι έχω πληρώσει πολλά για την ψυχική ασθένεια...»

(Βικτωρία, 48 ετών)

«Τυραννία»

(Γεράσιμος, 40 ετών)

«Εφιάλτης [...] Το παραμικρό μπορεί να είναι απειλή»

(Ιώ, 41 ετών)

Παρόλα αυτά, υπήρχαν συμμετέχοντες που εξέφρασαν πιο αισιόδοξες απόψεις και ανέφεραν πως ψάχνουν τρόπους να αντλήσουν από κάπου δύναμη. Η Ζαΐρα (38 ετών) περιγράφει τον τρόπο που βλέπει την ψυχική ασθένεια: *«Το έχω πάρει πως εντάξει, έχω μια ασθένεια. Μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη βοήθεια του ψυχιάτρου, ψυχολόγου, κοινωνικό λειτουργό... κι από τη στιγμή που μπορώ να λειτουργώ σαν άτομο νορμάλ δεν έχω πρόβλημα πάνω σε αυτό το θέμα [...] είναι μία ασθένεια όπως όλες οι άλλες»*. Επίσης, η Θέτις (39 ετών) αναφέρει: *«Για μένα είναι λίγο μαγικό. Δεν μπορώ να καταλάβω τι συμβαίνει. Έχει ένα ενδιαφέρον. Μυστήριο. Όλες οι ασθένειες εξηγούνται κάπως. Αυτό είναι μυστήριο»*.

Η αναζήτηση βοήθειας μπορεί να γίνεται εκούσια, από τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και ακούσια από το οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εισαγωγή σε κάποια ψυχιατρική δομή έγινε ακούσια και μάλιστα με την παρουσία αστυνομίας, προκειμένου να τηρηθεί το τυπικό πλαίσιο της διαδικασίας. Πρόκειται για μια βίαιη, τραυματική και υποτιμητική εμπειρία που μπορεί να σημαδέψει τα άτομα. Επίσης, συχνά ειπώθηκε από τους συμμετέχοντες ότι η ίδια η οικογένεια συνέβαλε στην επίσπευση των διαδικασιών για νοσηλεία σε κάποια ψυχιατρική δομή. Σε άλλες περιπτώσεις, εκούσια αναζήτησαν βοήθεια, έχοντας οι ίδιοι συνειδητοποιήσει ότι χρειάζονται βοήθεια. Συχνό φαινόμενο, επίσης, είναι η καθυστέρηση στη λήψη βοήθειας, γεγονός που μπορεί να συνδέεται με την άγνοια των ανθρώπων για ζητήματα ψυχικής υγείας. Ο χρόνος αναζήτησης βοήθειας, ποικίλει. Κάποιοι επισκέφθηκαν πρώτη φορά ειδικό κατά τη διάρκεια της παιδική ή εφηβικής ηλικίας, ενώ άλλοι αργότερα. Η βοήθεια ζητήθηκε είτε από ειδικούς των ψυχιατρικών δομών, είτε από άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δουλεύουν ιδιωτικά. Ωστόσο, πολλοί παράγοντες αναστέλλουν την αναζήτηση βοήθειας, όπως οι φόβοι, η έλλειψη αποφασιστικότητας που μπορεί να έχουν οι άνθρωποι, η άγνοια για τον τρόπο λειτουργίας των δομών ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και το στίγμα. Στις συνεντεύξεις οι συμμετέχοντες αναφέρουν:

«Ευτυχισμένοι αυτοί που δεν αναζητούνε, πραγματικά. Εμείς που αναζητούμε, είμαστε οι δυστυχείς. Γιατί αναζητούμε αιώνια και πάντα...»

(Νάσος, 46 ετών)

«Αν είχα πάει σε κάποιον ειδικό όταν είχε δημιουργηθεί το πρόβλημα με τη νευρικότητα, με το άγχος, με το στρες... πιστεύω ότι όλη αυτή την ταλαιπωρία που τραβάω μέχρι τώρα, θα την είχα περάσει πιο ανώδυνα [...] από το χωριό ήρθανε και με πήρανε με χειροπέδες, έκατσα στην απομόνωση του Ρεθύμνου μία μέρα, μία νύχτα, νομίζω, και την επόμενη με πήγανε στα Χανιά. Η

διαμονή μου ήταν γύρω στις είκοσι μέρες. Μου κάνανε μια ένεση, η οποία ένεση αυτή με κατέστειλε πολύ, σε σημείο να μην μπορώ να κουνήσω τον εαυτό μου στο διάδρομο του ιδρύματος»

(Λεάνδρος, 48 ετών)

Η εμπειρία σε ψυχιατρικές δομές είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό των συμμετεχόντων. Πρόκειται για μια εμπειρία- σταθμό στη ζωή τους, η οποία τους έχει στιγματίσει, είτε σε προσωπικό είτε σε κοινωνικό επίπεδο. Εκτός από τις δομές ψυχικής υγείας Ρεθύμνου, για τις οποίες εκφράζουν αρκετά θετική άποψη οι συμμετέχοντες, οι περισσότεροι, είχαν εμπειρία και από άλλες δομές ψυχικής υγείας. Κάποιοι, όπως η Ξανθή (25 ετών), μαρτυρούν εμπειρίες έντονης κακομεταχείρισης: *«Με τραβούσανε λες και ήμουν σκουπίδι και με πετούσανε στο στρώμα κάτω»*. Βίωσαν τον εγκλεισμό και τη βία. Ένωσαν την ελευθερία τους να καταπατείται και τη ζωή τους να απειλείται. Κάποιοι συμμετέχοντες βίωσαν έντονη καταστολή και απομόνωση. Εκτός αυτού, κρίνουν αρνητικά τις υποδομές και τον τρόπο διαβίωσης σε αυτές.

Από την άλλη μεριά, πολλοί βίωσαν θετικά την εμπειρία τους στις ψυχιατρικές δομές και όπως αναφέρει και ο Νάσος (46 ετών), *«βοηθήθηκαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους»*. Είδαν τις δομές αυτές ως καταφύγιο και ωραίο χώρο με ενδιαφέροντα. Το μοίρασμα και η συνύπαρξη με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολίες μπορεί να αποβεί καταλυτικός παράγοντας για τον τρόπο που αντιλαμβάνεται κάποιος το βίωμα της ψυχικής ασθένειας, γεγονός που φαίνεται από το εξής χωρίο από την Ιώ (41 ετών): *«Βλέποντας τους άλλους να βελτιώνονται, με βοηθάει. Θα ήταν αλλιώς αν ήμουν μόνη και δεν έβλεπα την εξέλιξη των άλλων. Νόμιζα ότι μόνο εγώ περνάω αυτό τον εφιάλτη. Άλλο να τους βλέπω κι άλλο να τους φαντάζομαι»*

Επίσης, η εμπειρία σε δομές ψυχικής υγείας, μπορεί να επέλθει και μέσα από τον εθελοντισμό. Μία συμμετέχουσα κατέθεσε την εμπειρία της με τις δομές και τη βοήθεια που έλαβε για την επίλυση προσωπικών προβλημάτων, αλλά και για την βελτίωση της κατανόησης ζητημάτων ψυχικής υγείας. Να σημειωθεί, ακόμα, πως υπάρχουν αξιοσημείωτα προβλήματα στη στελέχωση και την οργάνωση εθελοντικών ομάδων για την ψυχική υγεία, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη ζήτηση που υπάρχει στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής ήταν και είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, μέρος της καθημερινότητας, καθώς κρίνεται αναγκαία και εξασφαλίζει την επιβίωση, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες. Αναφέρεται, σε κάποιες περιπτώσεις, η ευκολία στη χορήγηση φαρμάκων και η απουσία συστηματικής αξιολόγησης και ουσιαστικής επικοινωνίας με τους ασθενείς. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τη σημασία της λήψης φαρμάκων,

θεωρώντας τα απαραίτητα για τη ρύθμιση του νου, τη θεραπεία, τη βελτίωση της αποδοτικότητας και του τρόπου ζωής. Ωστόσο, αποτυπώνεται ένα δίπολο. Αφενός, υπάρχουν τα φάρμακα που βοηθούν τους ψυχικά ασθενείς και αφετέρου, φάρμακα αυτά μπορεί να αποτελέσουν και απειλή για τη ζωή τους, δεδομένου ότι παρενέργειες μπορεί να είναι πολύ σοβαρές. Σε γενικές γραμμές, η λήψη φαρμάκων είναι καθοριστικός παράγοντας για τον αυτοπροσδιορισμό των ψυχικά ασθενών και συνδέεται άμεσα με το στιγματισμό τους. Παρατίθενται στη συνέχεια κάποια αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή:

«Να πιω Τανor; Μπροστά στον κόσμο; Δεν παίρνω και τα φάρμακα μαζί μου»

«Πιστεύω εγώ ότι είναι χειρότερο το ψυχιατρείο για έναν υγιή άνθρωπο, είναι χειρότερο, παρά η φυλακή»

«Η εμπειρία στο ψυχιατρείο είναι χαμένος χρόνος και θα με πάει πίσω όλο αυτό»

(Μάξιμος, 32 ετών)

«Η ψυχολογία του ανθρώπου είναι κάτι αραχνοϋφαντο. Εισχωρεί λοιπόν η χημεία. Όταν εισχωρεί η χημεία σε αυτό το αραχνοϋφαντο κομμάτι της ψυχολογίας του ανθρώπου δεν μπορεί συνέχεια να την έχεις σε μια κατάσταση καλή. Άλλες φορές την έχει καλά, άλλες φορές δεν την έχει τόσο καλά»

(Λεάνδρος, 48 ετών)

«Εκεί με διέλυσε γιατί με το γεια σας, χωρίς να εξετάσουν τα γεγονότα με αρχίσανε στις ενέσεις, στα φάρμακα και δε θέλανε και πολλά πολλά, πολλές κουβέντες για να καταλάβουνε τι συμβαίνει...»

(Ηρώ, 45 ετών)

« Η κατάσταση μου ήτανε χάλια. Και ήτανε χάλια γιατί τα φάρμακα με κάνανε έτσι»

(Ερωτόκριτος, 46 ετών)

«Ξεκίνησα με ένα χαπάκι και κατέληξα να πίνω δέκα χάπια τη μέρα».

(Αριάδνη, 27 ετών)

Εκτός από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν πως η ψυχοθεραπεία αποτέλεσε σημαντικό κομμάτι για την πορεία τους. Συνέβαλε στην πραγματοποίηση αλλαγών, στην ενδυνάμωση και στη βελτίωση οικογενειακών, συναισθηματικών και προσωπικών ζητημάτων. Συγκριτικά με τη φαρμακευτική αγωγή, κάποιοι αναφέρουν πως είναι πιο βοηθητική η ψυχοθεραπεία για το άτομο και έχουν προκατάληψη για

την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ κάποιοι άλλοι προτιμούν αποκλειστικά τη λήψη φαρμάκων ως τρόπο αντιμετώπισης. Η Βικτωρία (48 ετών) αναφέρει: *«Μετά από πέντε χρόνια ψυχοθεραπείας, αισθάνομαι ότι μπορώ να έχω ανάλαφρη ζωή χωρίς αυτά τα βάρη, αλλά παλιά είχα ανικανότητες, είχα αναπηρίες από αυτό [...] Από τότε και πέρα κατάλαβα ότι δεν πρόκειται να την αφήσω την ψυχοθεραπεία με τίποτα, μέχρι να αισθάνομαι ότι μπορώ να τα διαχειρίζομαι εγώ και δε χρειάζεται να έχω βοήθεια»*, ενώ ο Νάσος (46 ετών) αναφερόμενος στο στίγμα λέει: *«Ελέγχεται με καθαρά ψυχολογική βοήθεια. Δεν μπορείς να ξεριζώσεις το ζιζάνιο επειδή ας πούμε το φάρμακο θα σε βοηθήσει να μην αισθάνεσαι κουρασμένος»*

Επίσης, ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι πολύ σημαντικός για τους συμμετέχοντες. Αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπείας, αλλά και γενικότερα της ζωής τους. Μία καλή σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης με το γιατρό, μπορεί να αποτελέσει πηγή δύναμης, προόδου και ευημερίας. Ο Λέανδρος (48 ετών) αναφέρει: *«Με ωρίμασε πνευματικά, με ησύχασε ψυχικά, λυθήκανε πολλές απορίες τις οποίες είχα για ορισμένα θέματα, τα οποία έχω συζητήσει με το γιατρό μου»*

Υπάρχει όμως ο κίνδυνος οι ασθενείς να εσωτερικεύουν τον έλεγχο του ψυχιάτρου και να κρατούν παθητική στάση. Η Θέτις (39 ετών) τονίζει: *«Δεν μπορώ να κάτσω να αναρωτιέμαι για το υπόλοιπο της ζωής μου, τι είναι όλα αυτά που συμβαίνουν στον άνθρωπο, στον ανθρώπινο οργανισμό και στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Εντάξει. Απλά το αποδέχομαι»*

Έτσι, φαίνεται πως ο ψυχίατρος κάποιες φορές αποκτά ρόλο αυθεντίας, διαθέτει κοινωνική δύναμη και τα λόγια του έχουν περισσότερη βαρύτητα, τόσο για τους συμμετέχοντες, όσο και για την κοινωνία. Να σημειωθεί πως οι συμμετέχοντες εστίασαν κυρίως στο ρόλο του ψυχιάτρου και όχι στο ρόλο του ψυχολόγου. Αυτό ίσως σχετίζεται με τη θέση που έχουν οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι στο σύστημα υγείας, αλλά και με τον τρόπο που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες κατανοούν την ψυχική ασθένεια. Ο τρόπος κατανόησης συμβάλλει στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Επίσης, κάθε φορά που τα συμπτώματα εκδηλώνονταν και οι συμμετέχοντες υποτροπιάζαν είχαν να αντιμετωπίσουν μια δύσκολη πραγματικότητα. Άλλες φορές ξεκινούσαν από μικρή ηλικία, ενώ άλλες φορές η έναρξή τους γινόταν ξαφνικά, σε μεγαλύτερη ηλικία, συνήθως κάτω από στρεσογόνες καταστάσεις, όπως ο στρατός. Η υποτροπή οφείλεται σε διάφορα αίτια. Συχνό αίτιο είναι η ξαφνική διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, με πρωτοβουλία των ίδιων.

Οι επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας είναι πολύ δύσκολες. Εμπειρίες με ψυχωσικές διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή προσωπικότητας και άλλα ζητήματα ψυχικής υγείας, αλλάζουν άρδην τη ζωή αυτών των ανθρώπων. Παραισθήσεις, άκουσμα φωνών, θέαση εικόνων, αναστάτωση, αίσθημα παρακολούθησης από το κοινωνικό περιβάλλον και διάφορα άλλα συμπτώματα προστίθενται στην καθημερινότητα, η οποία αλλάζει ραγδαία. Μπορεί να επέλθουν σωματικά, συναισθηματικά, κοινωνικά ή νοητικά προβλήματα και να γίνει πιο δύσκολη η πραγματοποίηση στόχων, αλλά και η ζωή γενικότερα. Σε περιπτώσεις υποτροπής, είναι πιθανή, επίσης, η εκδήλωση ακραίων συμπεριφορικών αντιδράσεων. Έτσι, υπάρχουν προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και μπορεί να χρειαστεί να θέσουν την ευθύνη της ζωής τους στα χέρια άλλων.

Έχει ενδιαφέρον ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι αυτοί τον εαυτό τους κατά τη διάρκεια της υποτροπής. Σε αυτές τις περιπτώσεις εντείνονται το αυτοστίγμα και οι αρνητικές αναπαραστάσεις για τον εαυτό. Κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν πως χάνεται η λειτουργικότητα και η αντιδραστικότητά τους. Πιο συγκεκριμένα:

«Όταν υποτροπιάζω και μπαίνω στο νοσοκομείο, με παίρνει, κοπέλα μου, πέντε έξι μήνες να σταθώ στα πόδια μου. Τότε αυτό μόνο με κουράζει εμένα πάνω στην υγεία μου»

(Ζαΐρα, 38 ετών)

«Έχω ξεχάσει τώρα να μιλήσω, όπως εσύ, τόσο καιρό δεν μπορώ [...] Έλεγα ότι έχω AIDS, ότι με παρακολουθούν όλοι... αφού νόμιζα ότι ήμουν έγκυος... Νόμιζα ότι ήμουν ομοφυλόφιλος... ότι έρχονται όλοι και με φτύνουνε, ότι ασχολούνται όλοι μαζί μου [...] Για ένα χρόνο έτρεμα έτσι. Δεν μπορούσα να φάω, δεν μπορούσα να κάνω τίποτα»

(Γεράσιμος, 40 ετών)

«Όταν ξεκινά η ασθένεια δε βγαίνω, δεν έχω καμία δραστηριότητα, δεν έχω αντοχές, ύπνο, φαί. Δε θέλω να μιλώ στο τηλέφωνο. Δε θέλω καμία επαφή με τον έξω κόσμο [...] Εγώ φανταζόμουν ότι με κυνηγούν. Αυτό με ζορίζει, να νομίζω ότι θέλουν να μου κάνουν κακό»

(Ιώ, 41 ετών)

«Το κεφάλι μου το αισθάνομαι άδειο. Δεν μπορώ να βάλω τίποτα μέσα. Γνώση... τίποτα [...] Ανώριμη. Έλεγα βλακείες. Δε μπορούσα να σκεφτώ λογικά, ούτε να απαντήσω λογικά [...] Φοβόμουν ότι θα με σκοτώσουν, ότι θα σκοτώσω τους γονείς μου», «παλιά έλεγα ότι θα με σταυρώσουνε κιόλας»

(Ξανθή, 25 ετών)

«Έκατσα δυο χρόνια σε ένα κρεβάτι ζαπλωμένος. Σηκωνόμουν μόνο για να πάω στην τουαλέτα. Δεν κάπνιζα... Συνέχεια κοιμόμουν με τα φάρμακα που μου είχε δώσει ο στρατιωτικός γιατρός. Ήμουν φυτό»

(Ερωτόκριτος, 46 ετών)

«...να είσαι πρόβλημα ή να είσαι στη μαύρη δίνη μέσα. Να σε έχει ρουφήξει η δίνη... Να είσαι δίπλα στο φως κι εσύ να μην το βλέπεις. Και να βιώνεις όλη αυτή τη μαυρίλα ας πούμε και να μην μπορείς να δεις να σου πέφτουν πάνω κεραυνοί φωτός κι εσύ να μην μπορείς να τους δεις»

(Νάσος, 46 ετών)

Ο τρόπος που αποδίδεται νόημα στις εμπειρίες με την ψυχική ασθένεια διέπεται από πλουραλισμό και αλληλοσυγκρουόμενα στοιχεία. Αφενός τονίζεται το αρνητικό αίσθημα που δημιουργείται από όλες αυτές τις δυσκολίες, τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Αφετέρου, υπάρχει και μια αναστοχαστική χροιά για τους συμμετέχοντες. Νιώθουν πως μετά από όλα όσα έχουν ζήσει, έχουν γίνει πιο δυνατοί και μπορούν να αντιμετωπίζουν καλύτερα τη ζωή, συνειδητοποιώντας τις επιθυμίες και τους στόχους τους.

Σχετικά με την αρνητική χροιά του βιώματος, οι συμμετέχοντες αναφέρουν τις επώδυνες συνέπειες που έχει η ψυχική ασθένεια στη ζωή τους. Οι ισορροπίες διαταράσσονται και τα προβλήματα που βιώνουν είναι πολλά, όπως ο εξευτελισμός, η έλλειψη αξιοπρέπειας, η ανηθικότητα, η καταπάτηση των δικαιωμάτων, η απόγνωση και η έκπληξη. Η αντοχή λιγοστεύει, όσο εντείνεται η ταλαιπωρία. Μερικές φορές, όλο το ενδιαφέρον του ανθρώπου στρέφεται στην επιβίωση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που νιώθουν την απειλή του θανάτου. Οι πληγές είναι πολλές και ο «ψυχολογικός Γολγοθάς» δυσβάσταχτος, ιδιαίτερα όταν η ψυχική ασθένεια εκδηλώνεται με σοβαρά συμπτώματα. Η ψυχική ασθένεια ταυτίζεται με ψυχική και πνευματικό φτώχεια, αρρώστια-νόσο, και συχνά παρομοιάζεται με άλλες σωματικές αρρώστιες, προκειμένου να αναδειχθεί και η υπόστασή της.

Οι επώδυνες εμπειρίες δεν ερμηνεύονται από τους συμμετέχοντες σύμφωνα με ορθολογιστικά πρότυπα. Κυριαρχεί η άγνοια και η έλλειψη κατανόησης. Η ενημέρωση για θέματα ψυχικής υγείας είναι πολύ περιορισμένη. Αυτό μπορεί να συνδέεται με το φόβο που μπορεί να ενυπάρχει σε αυτό. Αποφεύγεται με αυτό τον τρόπο η επεξεργασία των προβλημάτων και η βαθύτερη κατανόηση της εκάστοτε διάγνωσης και του βιώματος ψυχικής ασθένειας. Χαρακτηριστικά, αναφέρει η Θέτις (39 ετών): *«Γιατί να παθαίνεις κρίση πανικού; Δεν ξέρω γιατί τις παθαίνουμε. Δε με ενδιαφέρει και να το ψάξω. Ούτε να κάνω ψυχανάλυση»*. Κάποιοι μάλιστα,

δε γνωρίζουν τη διάγνωση που τους έχει γίνει και τους λόγους που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Η ψυχική ασθένεια παρουσιάζεται, από μερικούς συμμετέχοντες, ως «τρέλα» και τα δυσνόητα σημεία της είναι πολλά. Συνδέουν επίσης την ψυχική ασθένεια με μεταφυσικά στοιχεία και μυστήριο, όπως η τύχη, η μαγεία και ο σατανάς. Επίσης, τονίζεται και έλλειψη μεταβλητότητας της κατάστασης. Για παράδειγμα, αναφέρουν:

«Άμα το πάθεις τελειώσε. Δεν έχει επιστροφή [...] Το θεωρώ ένα πρόβλημα, το οποίο είναι μόνιμο πρόβλημα και τελειώσε. Δεν μπορώ να το αναφέρω συνέχεια και παντού. Το έχω βάλει δηλαδή εγώ στην άκρη για να μην έχω, να μη συνεχίζω να έχω προβλήματα σε αυτό τον τομέα»

(Αριάδνη, 27 ετών)

«Όλη αυτή η ψυχολογική ταλαιπωρία, ταλαιπώρησε πολύ τον εαυτό μου. Το καταλαβαίνω και το αναγνωρίζω. Δηλαδή είναι σαν να με ανάγκασε αυτή όλη η εμπειρία, είναι σα να με γέρασε πιο γρήγορα»

(Λεάνδρος, 48 ετών)

Ίσως αυτές οι δυσκολίες, δημιουργούν την ανάγκη για ένα στήριγμα, το οποίο εκλείπει από την κοινωνία. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες αναφέρουν πως η σύνδεσή τους με τη θρησκεία και την πίστη, τους δίνει δύναμη και ελπίδα, αλλά όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά νιώθουν αβοήθητοι, όπως φαίνεται παρακάτω στα λόγια της Ιούς (41 ετών): *«Όταν βλέπω ότι δε με βοήθησε, ότι με έχει ξεχάσει, νιώθω μόνη. Δεν έχω έναν να με καταλάβει, να μιλήσω»*. Τίθεται, έτσι το ζήτημα του ελέγχου, δηλαδή του τρόπου με τον οποίο το άτομο μπορεί ή ελπίζει πως θα μπορέσει να θέσει όρια στο πρόβλημά του. Ο έλεγχος της ψυχικής ασθένειας μπορεί να εξαρτάται και από ατομικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, ο τρόπος διαχείρισης των προβλημάτων και η εσωτερική δύναμη που έχουν κάποιοι, μπορεί συμβάλει στη βελτίωση της κατάστασης.

Ωστόσο, οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται πως υπάρχουν και άλλες πτυχές στο βίωμά τους. Αναγνωρίζουν την πιθανότητα να συνδέεται με την παιδική ηλικία, δίνοντας μια περισσότερο ρεαλιστική σκοπιά. Συνειδητοποιούν πως δεν είναι μόνοι σε αυτό που περνούν, καθώς δεν είναι κάτι τόσο σπάνιο. Επίσης, αναφέρουν πως μπορεί να είναι ένα ζήτημα το οποίο έχει αρχή, μέση και τέλος. Αποδομούν κάποιοι την έννοια της τρέλας και αρνούνται την ταύτισή της με την ψυχική ασθένεια, προσπαθώντας να αποποιηθούν και το στίγμα που φέρει η ταμπέλα του «τρελού». Ακόμα, άλλοι αναγνωρίζουν πως μπορεί να είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής, εσωτερικών διεργασιών, άγχους, ενταταμένης νοητικής επεξεργασίας, κοινωνικοοικονομικών

προβλημάτων αλλά και συγκεκριμένων γεγονότων όπως είναι ο θάνατος κάποιου οικείου, ένα ατύχημα, ένα διαζύγιο, μια αλλαγή περιβάλλοντος, οι οικονομικές δυσκολίες κ.ά. Σε όλα τα παραπάνω, προστίθεται και η επιρροή του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, στο οποίο θα γίνει εκτεταμένη αναφορά στη συνέχεια.

Στην προσπάθεια κάποιων συμμετεχόντων να εκλογικεύσουν και να φυσιοποιήσουν την κατάσταση, τίθεται και το ζήτημα της καθολικότητας. Όλοι είναι εν δυνάμει ψυχικά ασθενείς και ανά πάσα στιγμή στη ζωή τους μπορεί να εκδηλώσουν κάποια διαταραχή. Βέβαια, αναφέρουν πως τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να είναι απόρροια της έλλειψης επεξεργασίας με κάποιον ειδικό, αλλά μπορεί επίσης να είναι απόρροια της χρήσης διαφόρων ουσιών. Σύμφωνα με τον Ερωτόκριτο (46 ετών): *«Είναι μια νόσος που λίγο πολύ την έχουμε όλοι μας», «Θεωρώ ότι δε γεννιέσαι εκατό τοις εκατό με αυτή τη νόσο, αλλά στην πορεία μπορείς να πάθεις ψυχολογικά προβλήματα και το ένα φέρνει το άλλο».* Επιπλέον, η ταυτότητα του ψυχικά ασθενούς μπορεί να συνοδεύεται και από άλλα νοήματα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δικαιολογία από τους ανθρώπους, ως άλλοθι, προκειμένου να αντιμετωπιστούν με ειδική μεταχείριση.

Έντονο χαρακτηριστικό στο λόγο των συμμετεχόντων είναι ο ατομοκεντρικός προσανατολισμός του τρόπου κατανόησης της ψυχικής ασθένειας και η αλλοτρίωσή τους από το κοινωνικοπολιτικό γίνεσθαι. Παρουσιάζουν και κατανοούν το πρόβλημα που βιώνουν ως μια διεργασία που πηγάζει από τον εαυτό και στρέφεται ξανά στον εαυτό. Ατομικοί παράγοντες όπως η νοοτροπία ή ο χαρακτήρας του ανθρώπου, παίζουν ρόλο στον τρόπο θέασης της ψυχικής ασθένειας. Πρόκειται για ένα «πρόβλημα» που συνδέεται κυρίως με τον εαυτό. Ο τρόπος αντιμετώπισης και η προσπάθεια που πρέπει να καταβληθεί εξαρτώνται αποκλειστικά από το άτομο, όπως σκιαγραφείται και στα εξής αποσπάσματα:

«Έχω σώας τας φρένας. Δεν είμαι τρελός. Κατάλαβες; Απλά έχω μια μανία στο κεφάλι μου»

(Γεράσιμος, 40 ετών)

«Αυτό είναι ένα πρόβλημα που δεν αφορά κανέναν. Αφορά μόνο τον εαυτό σου»

(Ηρώ, 45 ετών)

«Έχω πολλές φορές γονατίσει που λένε, κι όμως σιγά σιγά ξανασηκώνομαι. Βρίσκω την πειθαρχία μου που κάποιες φορές θα διατάζω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι»

(Ερωτόκριτος, 46 ετών)

«Ζεις στον κόσμο σου με την αρρώστια αυτή. Έχεις δικές σου σκέψεις περίεργες και νιώθεις ότι είσαι σε άλλο κόσμο»

(Ξανθή, 25 ετών)

Η κατανόηση της ψυχικής ασθένειας δεν είναι κάτι εύκολο, ιδιαίτερα όταν νιώθουν εγκλωβισμένοι και χρειάζονται κάποια μέσα για να απεγκλωβιστούν. Υπάρχουν, όμως, τρόποι που μπορούν οι άνθρωποι να βοηθηθούν προς αυτή την κατεύθυνση. Για παράδειγμα, μία συμμετέχουσα που είχε εμπειρία από νοσηλεία σε ψυχιατρική δομή της Γερμανίας, ανέφερε πολλά στοιχεία που έπαιξαν ρόλο στην εξοικείωσή της με την ψυχική ασθένεια. Η σύνδεση της τέχνης με τη θεραπεία, η παρότρυνση για διάφορες ασχολίες, όπως η κηπουρική, η κοπτική-ραπτική, οι δραστηριότητες που είχαν στο επίκεντρο τα συναισθήματα, το όμορφο περιβάλλον και η συνύπαρξη πολλών ασθενών με κοινή ψυχική ασθένεια, αποτελούν μερικά από τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας στη Γερμανία, που τη βοήθησαν στην κατανόηση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της.

Το στίγμα και το μετέωρο βήμα περά από την νοσηλεία

Το βίωμα της ψυχικής ασθένειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το πλαίσιο στο οποίο έχουν μεγαλώσει οι συμμετέχοντες. Αρχικά, η οικογένεια, είναι το κυριότερο πλαίσιο αναφοράς και συνδέεται τόσο με τον τρόπο που βιώνουν την ψυχική ασθένεια, όσο και με τον τρόπο που βιώνουν το στίγμα και το αυτοστίγμα.

Δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, παρουσία περισσότερων μελών με ψυχική ασθένεια και έντονα οικογενειακά προβλήματα μπορεί να χαρακτηρίζουν το οικογενειακό περιβάλλον. Αγνοια, προκαταλήψεις και φόβοι εντείνουν το θέμα του στιγματισμού. Μερικές φορές η ψυχική ασθένεια αποτελεί πανάκεια βαθύτερων οικογενειακών και συγκρουσιακών καταστάσεων. Βέβαια, ένας τέτοιος συσχετισμός δεν αποκλείει και την επιρροή άλλων παραγόντων. Επίσης, η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για την αναζήτηση βοήθειας. Χαρακτηριστικά η Βικτωρία (48 ετών) αναφέρει για την οικογένειά της:

«Δε θεωρούνε ότι υπάρχει Ψυχολογία. Ότι αυτό το πράγμα είναι για τα σκουπίδια ένα πράγμα. Δεν τους ενδιαφέρει ότι είναι στο Πανεπιστήμιο, δεν τους ενδιαφέρει ότι είναι μια επιστήμη. Δεν τους ενδιαφέρει ότι υπάρχουν άνθρωποι που βοηθηθήκανε από αυτό... την Ψυχολογία την ξέρουν αυτοί. Δε χρειάζεται να τη μάθουν από κάποιον άλλου»

Επιπλέον, η ίδια η οικογένεια, αποποιούμενη τις ευθύνες της, μπορεί να αποτελέσει την πρώτη πηγή στιγματισμού, γεγονός που καταδεικνύεται από πολλούς συμμετέχοντες:

«Ακούς διάφορα από διάφορους στο κοντινό περιβάλλον... Πολύ άσχημα πράγματα»

(Ζαΐρα, 38 ετών)

«Άμε κοπελιά μου γιατί έχει καιρό να σε δει ο γιατρός»

(Ηρώ, 45 ετών)

Επηρεάζεται η εικόνα με αυτό τον τρόπο και διευκολύνεται η εσωτερίκευση του στίγματος, το αυτοστίγμα. Το στίγμα αφορά ολόκληρη την οικογένεια, η οποία προσπαθεί να προστατέψει την εικόνα της, θέτοντας συχνά όρια στο πάσχον μέλος της. Άρνηση, αποσιώπηση και απόκρυψη «του προβλήματος» είναι συχνό φαινόμενο. Έτσι, μπορεί να δημιουργηθεί ένας εαυτός που αρνείται και κρύβει προβλήματα που τον απασχολούν.

Εν τούτοις, το πλαίσιο της οικογένειας μπορεί να είναι υποστηρικτικό. Το σπίτι μπορεί να είναι το καταφύγιο αυτών των ανθρώπων, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου απομονώνονται. Πολύ συχνή είναι η απομόνωση από τον κοινωνικό περίγυρο και η έλλειψη κοινωνικοποίησης. Ο κοινωνικός περίγυρος αποτελεί, επίσης, ένα σημαντικό ζήτημα που τονίζουν οι συμμετέχοντες. Αναφέρεται χαρακτηριστικά, πως η ψυχική ασθένεια είναι άμεσα συνδεδεμένη με τους ανθρώπους που βρίσκονται στο οικείο περιβάλλον, και προκύπτει από αυτούς. Συγκεκριμένα:

«Ψυχική ασθένεια είναι οι άνθρωποι που σε περιτριγυρίζουν. Αυτοί σου προκαλούν προβλήματα»

(Ηρώ, 45 ετών)

«Μπορεί να ευθύνονται οι άλλοι που αντιμετωπίζεις το πρόβλημα αυτό και να μην ευθύνεσαι μόνο εσύ. Δηλαδή οι άλλοι μπορεί να έχουνε στρεσάρει τον εαυτό σου τόσο, με αποτέλεσμα να γίνει κάποια ψυχολογική έξαρση»

(Λεάνδρος, 48 ετών)

Η αποποίηση ευθυνών και η εναπόθεσή τους σε άλλους παράγοντες, όπως ο κοινωνικός περίγυρος και οι καταστάσεις, είναι συχνό μοτίβο στις συνεντεύξεις. Οι άλλοι είναι αυτοί που προκαλούν τα προβλήματα, όχι ο ίδιος ο εαυτός. Αυτό όμως, έρχεται σε αντίθεση με την ατομοκεντρική σκοπιά, από την οποία κατανοούν τη φύση της ψυχικής ασθένειας.

Η αποστασιοποίηση από τον κοινωνικό περίγυρο, έρχεται ως λογικό επακόλουθο, στοχεύοντας στην προστασία και την ενδυνάμωση των ανθρώπων αυτών. Οι διαπροσωπικές σχέσεις μειώνονται ραγδαία και η μοναξιά εντείνεται, στρέφοντας ο καθένας το ενδιαφέρον

κυρίως στον εαυτό του. Για παράδειγμα, η Αριάδνη (27 ετών) αναφέρει: *«Απλά πιστεύω ότι πρέπει να απέχεις από τις σχέσεις με τους άλλους. Πρέπει να υπάρχει μια απόσταση για να συντηρήσεις τον εαυτό σου».*

Ένας από τους πιθανούς λόγους που συμβαίνει αυτό είναι η έλλειψη αποδοχής από την κοινωνία. Η ίδια η κοινωνία, δηλαδή, απομονώνει τα πάσχοντα υποκείμενα, σαν να έχουν κάτι κολλητικό. Ο κόσμος δυσκολεύεται να κατανοήσει την ψυχική ασθένεια και μένει «κολλημένος» σε στρεβλές στερεοτυπικές αντιλήψεις. Το ζήτημα της αποδοχής είναι κομβικό και σίγουρα μπορεί να συνδεθεί με το στίγμα και το αυτοστίγμα. Όταν είναι κανείς σε ένα πλαίσιο που κυριαρχεί ο κοινωνικός ρατσισμός, έχει εκλείψει η διυποκειμενικότητα και δεν μπορεί να είναι αποδεκτός, τότε δεν μπορεί να είναι λειτουργικός.

Ο τρόπος οργάνωσης της ψυχικής υγείας στις μέρες μας, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον τρόπο που διευθετούνται ή όχι, πολιτικά και οικονομικά ζητήματα στη χώρα μας. Αν και έχουν γίνει προσπάθειες για αλλαγή στο μοντέλο και το περιεχόμενο των παροχών ψυχικής υγείας, εδώ και σχεδόν τέσσερις δεκαετίες, ο τομέας ψυχικής υγείας αποδυναμώνεται ολοένα και περισσότερο εξ αιτίας ελλειμμάτων και προβλημάτων σε μακροοικονομικό και πολιτικό επίπεδο. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, καλείται πλήθος εξυπηρετούμενων να ανταπεξέλθει και να επιβιώσει, προσπαθώντας να αποβάλει ταυτόχρονα και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Σε ένα τέτοιο σύστημα, δημιουργείται το ερώτημα, εάν και κατά πόσο είναι εφικτό να αφομοιώσει κανείς το βίωμα της ψυχικής ασθένειας.

Οι συνέπειες των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών είναι δύσκολες για όλους. Οι δομές ψυχικής υγείας λιγοστεύουν. Ο αριθμός των κλινών είναι δυσανάλογα μικρότερος της ζήτησης και επιδιώκεται όσο το δυνατό βραχύτερη νοσηλεία, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις ανάγκες του πληθυσμού. Αυτό αντανακλά αρνητικά στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Χαρακτηριστικά, αναφέρει η Ιώ (41 ετών): *«Θέλει χρόνο η ψυχική υγεία. Δε γίνεται να τον αφήσεις τον άλλον να φύγει μόνος λόγω έλλειψης κρεβατιών [...] Στην Ελλάδα υπάρχει κρίση και η ψυχική υγεία επιβαρύνεται. Πόσοι έχουν τα χρήματα να πάνε;»*

Επίσης, η παρακολούθηση των ασθενών αποκτά κυρίως διεκπεραιωτικό ρόλο, με εστίαση στη συνταγογράφηση, και έχει συνήθως μικρή διάρκεια κάθε συνάντηση με τον ειδικό, δεδομένου ότι το προσωπικό είναι πολύ λιγότερο από τις ανάγκες που υπάρχουν. Έτσι, μένουν άλυτα θέματα και δεν αντιμετωπίζεται σε βάθος η ψυχική ασθένεια.

Επιπλέον, οι ίδιοι οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν διάφορα άλλα προβλήματα. Όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες αναφέρονται στη σημασία που έχουν τα οικονομικά προβλήματα στη ζωή τους. Κάποιοι, απευθύνθηκαν στις δομές ψυχικής υγείας, όπως ο ξενώνας βραχείας παραμονής κι αποκατάστασης, για οικονομική διευκόλυνση. Η έλλειψη εργασίας, επίσης, αποτελεί μείζον θέμα. Σε κρίσιμα περιόδους, εντείνεται και η επισφαλής εργασία και κυριαρχεί το αίσθημα της ανασφάλειας. Αναμφίβολα, όμως, η εργασία αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι στη ζωή των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Όταν εργάζονται και είναι παραγωγικοί, δίνουν ταυτόχρονα μάχη με την αποποίηση του στιγματισμού και αναδημιουργούν τη φθαρμένη τους ταυτότητα. Οι συμμετέχοντες μίλησαν για την εργασιακή τους εμπειρία (σερβιτόρος σε καφετέρια, μαραγκός, ταπετσήρης, πωλήτρια, εργασία σε επιχείρηση) και το θετικό αντίκτυπο που είχε πάνω τους. Ωστόσο, είναι σπάνια η εύρεση εργασίας, ιδιαίτερα με καλές απολαβές. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«Μια έχουμε δουλειά, μια δεν έχουμε. Και δεν πάει κι από μέσα από αυτή την ανασφάλεια που δημιουργείται πάνω στο εργασιακό κομμάτι, να αισθανόμαστε κι εμείς ανασφαλείς»

(Λέανδρος, 48 ετών)

«Κάποιος που έχει μια δουλειά, που έχει ένα μαγαζί και τα πράγματα πήγανε έτσι με την κρίση, για παράδειγμα, κι αυτός έχει χάσει τη δουλειά του, έχει χάσει το μαγαζί του, έχει χάσει τα πάντα... κάποια στιγμή λογικό θα είναι να σκέφτεται “Εγώ δεν μπορώ να ζήσω, δεν μπορώ να εξασφαλίσω στο παιδί μου το γάλα του. Είμαι άνεργος”. Κάπου χάνει βάσεις, κάπου πέφτεις σε μια κατάθλιψη και σε μια αγχωτική κατάσταση»

(Νάσος, 46 ετών)

Περιπτώσεις όπως οι παραπάνω, μπορεί να τεθούν στο στόχαστρο, να στιγματιστούν και να απομονωθούν από την κοινωνία. Επίσης, τα προβλήματα αυτά εσωτερικεύονται και δημιουργούν ένα έντονο αίσθημα υπαιτιότητας. Τα οικονομικά προβλήματα μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες για τους εξυπηρετούμενους από τις δομές. Η αγορά φαρμάκων μπορεί να καταστεί αδύνατη. Οι πιθανότητες για αυθαίρετη διακοπή των φαρμάκων αυξάνονται και η ανασφάλεια που καλλιεργείται εντείνει το αίσθημα το φόβου. Έτσι, δημιουργείται ένα κλίμα γεμάτο δυσκολίες. Επομένως, τίθεται το ερώτημα αν και κατά πόσο μπορεί να επιτευχθεί ουσιαστική θεραπεία και αντιμετώπιση των προβλημάτων που βιώνουν οι ψυχικά ασθενείς, καθώς και του στιγματισμού.

Ο φαύλος κύκλος του στίγματος και του αυτοστίγματος: Προσπάθειες αποποίησης της «τρέλας»

Το στίγμα είναι μια δυναμική διαδικασία, η οποία επιδρά στο κοινωνικό γίνεσθαι. Στην κατανόηση του στίγματος, συμβάλλει η κατανόηση του βιώματος της ψυχικής ασθένειας, που προηγήθηκε καθώς και οι περιγραφές που εστιάζουν στις αναπαραστάσεις της κοινωνίας για την ψυχική ασθένεια.

Οι λέξεις που χρησιμοποιούνται από τους συμμετέχοντες για να περιγράψουν την ψυχική ασθένεια σύμφωνα με τις αναπαραστάσεις της κοινωνίας ενέχουν έντονα το στοιχείο του στιγματισμού. Αναφέρονται στον «τρελό του χωριού», στα «ψυχοφάρμακα- τρελόχαπα», στον «τρελογιατρό» και σε άλλες ταμπέλες που τίθενται. Οι συμμετέχοντες τονίζουν την παρομοίωση του στίγματος με «ταμπέλα»:

«Προχωράς και βλέπουν την ταμπέλα. Δε σε βλέπουν. Βλέπουν την ταμπέλα»

(Δανάη, 48 ετών)

«Στίγμα είναι η ταμπέλα ότι αυτός είναι τρελός και δεν του μιλάμε»

(Νάσος, 46 ετών)

«Άδικη κατάρα»

(Αριάδνη, 27 ετών)

«Μην τον ακούτε αυτόν. Αυτός είναι τρελός. Έχει κλειστεί σε ψυχιατρείο. Μην παντρευτείς αυτήν, γιατί έχει ψυχολογικά προβλήματα»

(Ζαΐρα, 38 ετών)

«Αυτό νομίζουν, ότι ένας που πάει στο ψυχιατρείο, δεν είναι καλά στο μυαλό. Όχι ότι έχεις μια πάθηση συγκεκριμένη. Ότι είναι όλα μαζί, ότι μπορεί να σε σκοτώσει, ότι μπορεί να κλαίει ή ότι μπορεί να φωνάζει ή να λέει άλλα των άλλων»

(Μάξιμος, 32 ετών)

Η ταμπέλα συμπεριλαμβάνει χαρακτηρισμούς και στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Μερικές φορές οι άνθρωποι στιγματίζουν λόγω της εικόνας που βλέπουν και εκφράζουν έκδηλα τη λύπησή τους. Εκτός από τις λέξεις που εκφωνούνται, το στίγμα μπορεί να εκφραστεί από τη συμπεριφορά, διάφορες χειρονομίες ή από το βλέμμα των ανθρώπων. Επίσης, φαίνεται από πεποιθήσεις στις οποίες υποστηρίζεται ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν έχουν δικαίωμα για δουλειά,

πρόοδο και χρήματα, αλλά και από το γεγονός ότι συχνά πέφτουν θύματα εκμετάλλευσης, όπως λόγου χάρη αναφέρει η Ηρώ (45 ετών): *«σε θεωρούνε ζώο και σε καταπατούνε».*

Η εικόνα των άλλων παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για τις αναπαραστάσεις του εαυτού. Υπάρχει, γενικά, ένας φόβος για την εικόνα που θα σχηματίσουν οι άλλοι. Αυτό συνεπάγεται και προβληματισμό για την εικόνα που θα αποκτήσει ο καθένας για τον εαυτό του. Υπάρχει μια διαρκής αμφισβήτηση για τον εαυτό, όπως αναφέρει ο Νάσος (46 ετών): *«Το σκέφτεσαι λίγο παραπάνω, δηλαδή μήπως ας πούμε τελικά έχουν δίκιο οι άλλοι, πως αυτό που λένε είναι έτσι; Όταν το υπόβαθρό σου δεν είναι και τόσο στέρεο ας πούμε;».* Ο αυτοπροσδιορισμός έχει άμεση σχέση με την εικόνα των άλλων και τον τρόπο που επιδρούν αυτές οι εξωτερικές πεποιθήσεις στο ίδιο το άτομο. Συγκεκριμένα:

«Αν γελάνε μαζί σου είναι πολύ επώδυνο. Αν σε θεωρούν κατώτερο»

(Ιώ, 41 ετών)

«Η νοημοσύνη μου δηλαδή έχει αμφισβητηθεί άπειρες φορές»

(Δανάη, 48 ετών)

«Άμα το πεις... γίνεσαι ρεζίλι μετά. Σε κοροϊδεύουνε, δεν είναι ότι δείχνουν κατανόηση. Σε κοροϊδεύουνε, σε κάνουν πέρα επί τόπου [...] Δε μου αρέσει που φαίνομαι στους άλλους κάπως πιο περίεργη»

(Ξανθή, 25 ετών)

«Νομίζω ότι δε μας θέλουνε»

(Ερωτόκριτος, 46 ετών)

Οι αναπαραστάσεις της κοινωνίας ενισχύονται από το αίσθημα του φόβου, την άγνοια και τις προκαταλήψεις. Όταν οι άνθρωποι στην κοινωνία δεν εκτίθενται και δε γνωρίζουν από κοντά την ψυχική ασθένεια, διατηρούν διάφορες στρεβλές πεποιθήσεις και συναισθήματα φόβου. Εκτός αυτού, μπορεί να αδιαφορούν και δεν καταπιάνονται με θέματα ψυχικής υγείας. Η Θέτις (39 ετών) επισημαίνει: *«Αν καταλάβεις πως κανένας μα κανένας δεν ασχολείται μαζί σου περισσότερο από ένα λεπτό και μετά αλλάζει κανάλι. Είναι σαν να κάνεις ζάπινγκ».*

Συχνά αποστασιοποιούνται από αυτό τον πληθυσμό, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ένα ιστορικό νοσηλείας. Επίσης, σε αυτές τις περιπτώσεις το στίγμα είναι πιο ισχυρό και δύσκολα μεταβλητό. Αυτή η αποστασιοποίηση μπορεί να παρατηρηθεί και στο οικείο περιβάλλον, δηλαδή σε φίλους και συγγενείς. Έτσι, δεν προσεγγίζει αυτό τον πληθυσμό, τον

απορρίπτει, τον περιθωριοποιεί και ασχολείται επιδερμικά με αυτά τα ζητήματα, χωρίς βαθύτερη επεξεργασία και κατανόηση. Επί παραδείγματι:

«Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας, μπορεί και να τον απομακρύνουν οι άνθρωποι... να μη θέλουνε να κάνουνε μια παρέα, να μιλήσουνε... Το αντιμετώπισα κι εγώ κάποτε όταν αρρώστησα, ότι όλοι απομακρύνθηκαν»

(Κλειώ, 44 ετών)

«Ο σύζυγος της απαγόρευσε να με βλέπει λόγω της ασθένειας»

(Ξανθή, 25 ετών)

«Έχουμε δύο πλευρές μετά. Τους υγιείς υποτίθεται και τους υποτιθέμενα ασθενείς. Έτσι; Οι οποίοι στην ουσία στρέφεται ο ένας εναντίον του άλλου κατά κάποιον τρόπο. Με την απομόνωση... ότι εμένα δε με ξέρεις σαν άνθρωπο, μπορεί να ξέρεις ας πούμε ότι έχω ένα θέμα ψυχικής υγείας. Με έχεις γνωρίσει; Ξέρεις πώς σκέφτομαι; Ξέρεις τι πρεσβεύω; Έχεις μιλήσει μαζί μου; Έχεις κάτσει να κάνεις μια συζήτηση μαζί μου; Πάμε και στα αρνητικά μου, το πρόβλημα υπάρχει και γιατί συμπεριφέρομαι έτσι; Όχι βέβαια. Έχεις καταναλώσει φαιά ουσία να με γνωρίσεις; Όχι. Γιατί εγώ να θέλω να σε γνωρίσω κι εσύ δε θες;»

(Νάσος, 46 ετών)

Αυτό μπορεί να έχει επιβαρυνμένο συναισθηματικό αντίκτυπο στους ψυχικά ασθενείς («νιώθεις χάλια», «ψυχοπλάκωμα», «απογοήτευση») και στην προσπάθειά τους να αυτοπροστατευτούν, κρατούν αποστάσεις από την κοινωνία. Αναγνωρίζουν πως είναι λάθος να στιγματίζει η κοινωνία. Επίσης, συχνά, μέσα από όλη αυτή τη διαδικασία, εσωτερικεύουν στρεβλές πεποιθήσεις, αρνητικά σχόλια, κοροϊδία, προκαταλήψεις και αναπαραστάσεις των άλλων για τον εαυτό και αυτοστιγματίζονται. Προκύπτει, δηλαδή, ένας φαύλος κύκλος στίγματος- αυτοστίγματος. Όπως περιγράφουν και οι ίδιοι:

«Μακάρι να μπορούσα α την πετάζω αυτή την αρρώστια από πάνω μου [...] Θα ήθελα να μην είχα αρρωστήσει»

(Ξανθή, 25 ετών)

«Μπαίνουνε μέσα μου... Τα πιστεύω [...] Είμαι ψυχικά ασθενής»

(Γεράσιμος, 40 ετών)

«Είναι καθαρά στενοχώρια, νιώθω και κάποια άσχημα συναισθήματα, πολλές φορές τα νιώθω. Σιχαμάρα, αηδία, που δεν τα ένιωθα πριν. Ένιωθα μιαν αγάπη, ότι όλος ο κόσμος είναι σαν κι εμένα και δεν κάνουν τίποτα κακό και είναι ευχάριστοι»

(Ηρώ, 45 ετών)

«Στίγμα σημαίνει να μην κάνω παρέα με κάποιον που παίρνει φάρμακα [...] Υπάρχει ο φόβος μήπως είναι κολλητικό. Δεν κολλιέται όμως όπως το κρυολόγημα. Αυτό δεν μπορούν να το καταλάβουν»

(Ιώ, 41 ετών)

«Το στίγμα προέρχεται από τη βλακεία των ανθρώπων, επειδή δεν ξέρουν, επειδή δε σκέφτονται, επειδή δεν έχουν ευαισθησίες»

(Ερωτόκριτος, 46 ετών)

«Δεν έχει καταλάβει η κοινωνία ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν στρέφονται παρά μόνο εναντίον του ίδιου τους του εαυτού και μόνο»

(Νάσος, 46 ετών)

«Δε θα έπρεπε να υπάρχει αυτός ο στιγματισμός για αυτούς τους ανθρώπους, γιατί στο να βρεθεί ο άνθρωπος σε αυτό το σημείο στο οποίο βρίσκεται και να πάσχει από ψυχολογικά... από κάπου πέρασε»

(Λέανδρος, 48 ετών)

Ένας ακόμη τρόπος αντίδρασης απέναντι στο στίγμα είναι η αδιαφορία. Οι περισσότεροι αναφέρουν πως προσπαθούν να αδιαφορούν για το στίγμα, προκειμένου να συνεχίζουν τη ζωή τους παραγωγικά. Απομακρύνουν συνειδητά τους ανθρώπους που στιγματίζουν. Όπως τονίζει η Θέτις (39 ετών): *«Όλοι αυτοί δεν μπορεί να είναι φίλοι μου».*

Η αδιαφορία όμως έγκειται ως προς το τι λέγεται, αλλά και στο γιατί. Πολλοί αδιαφορούν, δηλαδή, και για την επίγνωση και κατανόηση της ψυχικής ασθένειας. Αποποιούνται την ταυτότητα του ασθενή. Δεν προβληματίζονται και δεν αναστοχάζονται για το βίωμά τους. Επίσης, δεν προσπαθούν να αποκρύψουν τα βιώματά τους και υποστηρίζουν ότι αποδέχονται τον εαυτό τους. Αντίθετα, κάποιοι εξωτερικεύουν τις σκέψεις τους και συνδιαλέγονται για αυτά τα ζητήματα. Μάλιστα, βρίσκονται σε μια επαναδιαπραγμάτευση με τον εαυτό και αναστοχάζονται για όσα βιώνουν (Τζανάκης, 2012).

Έχει ενδιαφέρον πως κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν την επιλογή της αποστασιοποίησης από άλλους ψυχικά ασθενείς. Είναι σαν να καθρεφτίζεται το στίγμα από την κοινωνία προς τους ψυχικά ασθενείς και από τους ίδιους προς άλλους ψυχικά ασθενείς και προς τον εαυτό τους. Για παράδειγμα, κάποιοι επικρίνουν την παθητικοεπιθετική συμπεριφορά, τη

διπλωματία και τις δικαιολογίες άλλων ψυχικά ασθενών και κρατούν απόσταση. Χαρακτηριστικά χωρία που φανερώνουν αυτή την τάση:

«Κι εγώ βλέπω κάποια άτομα που είναι πολύ βαριά και δε θέλω παρτίδες μαζί τους [...] Δε γίνεται να συζητήσω γιατί κάνουνε πραγματικά παλαβομάρες. Δε σκέφτονται λογικά. Δε σκέφτονται καθαρά... Πώς θα συζητήσεις με αυτά τα άτομα; Πέρα από ένα γεια, τέρμα»

(Ηρώ, 45 ετών)

«Ακόμα κι εγώ ο ίδιος που έχω θέμα, έχω πει για κάποιον, έχω σκεφτεί “Δεν πάει καλά. Έχει χειροτερέψει αυτό το άτομο”»

(Νάσος, 46 ετών)

Ωστόσο, πολλοί αναφέρουν πως είναι θετική εμπειρία και επιλέγουν να συναναστραφούν με άλλους ψυχικά ασθενείς. Νιώθουν πως η εγγύτητα αυτή βοηθά στην αλληλοκατανόηση και τον αποστιγματισμό. Για παράδειγμα, στον Ξενώνα Βραχείας Παραμονής και Αποκατάστασης, ενισχύεται ένα κλίμα συλλογικότητας και προάγεται η αλληλεπίδραση μέσα από τις δραστηριότητες και τη συμμετοχικότητα. Χαρακτηριστικά, ο Λέανδρος (48 ετών) λέει: *«Είναι κάτι σαν αλληλένδετο κομμάτι, ασθενής με ασθενή. Δηλαδή ένα καλαμπούρι, ένα... μια συζήτηση, εεε ... εεε ... μια εργασία που πρέπει να γίνει. Μια συμμετοχή δηλαδή όλων, είναι κάτι που βοηθάει όλους. Δε βοηθάει μόνο τον εαυτό σου, βοηθιούνται όλοι με αυτόν τον τρόπο»*

Επίσης, η απόκρυψη και η αποφυγή εξωτερίκευσης ζητημάτων ψυχικής υγείας, τίθενται στο προσκήνιο ως επακόλουθος αμυντικός μηχανισμός, προκειμένου να προστατευτούν οι άνθρωποι και οι οικογένειές τους από το κοινωνικό στίγμα. Απόκρυψη υφίσταται και για επαγγελματικούς λόγους, δεδομένου ότι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για εύρεση εργασίας και οι εργοδότες αποφεύγουν να προσλάβουν ανθρώπους από το συγκεκριμένο πληθυσμό. Συγκεκριμένα λέγεται:

«Δεν μπορείς να πεις “Κύριοι αντιμετωπίζω ψυχολογικό πρόβλημα, αλλά θέλω να εργαστώ”. Είναι πολύ δύσκολο να σου δώσουν δουλειά»

(Λέανδρος, 48 ετών)

«Σιγά μην ο άλλος πάρει έναν “τρελό” στη δουλειά του»

(Νάσος, 46 ετών)

«Το νόημα ήταν ότι δεν πάω καλά και ποιο είναι το αφεντικό που με πήρε εκεί πέρα και ότι δεν αξίζω εγώ μια τέτοια θέση, να είμαι πωλήτρια και να συναναστρέφομαι με κόσμο»

(Δανάη, 48 ετών)

Η απόκρυψη συμβάλλει και στην προστασία από την απόρριψη. Έτσι, η κοινωνία πιέζει για να κρύψουν, να αποστασιοποιηθούν και να απομονωθούν από μια ζωή αβίωτη Συγκεκριμένα:

«Αν δεν αποκρύπτεις, δε θα κάνεις καμία σχέση, δε θα σε θέλει κανένας, ούτε οι δικοί του»
(Θέτις, 39 ετών)

«Δεν αφήνω περιθώρια σε κανέναν γύρω μου, να μου ανοίξει συζήτηση για αυτό το θέμα»
(Ηρώ, 45 ετών)

«Προσπαθώ να το καλύψω όσο μπορώ πια»
(Αριάδνη, 27 ετών)

«Αποφεύγω άμα γνωριστώ με καμιά κοπελιά για τις πρώτες μέρες, αποφεύγω να της πω για αυτά τα πράγματα»

(Μάξιμος, 32 ετών)

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν την έντονη ντροπή και αμηχανία που νιώθουν αναφορικά με την εικόνα που μπορεί να σχηματίσουν οι άλλοι. Χαρακτηριστικά το περιγράφουν ως εξής:

«Τοίχος ντροπής, που καταφθάνει με νταλίκες [...] Η ντροπή ενός ανθρώπου να δείξει τις πληγές του [...] Η ντροπή. Αυτό το πράγμα ότι “Τι θα πει ο άλλος” που εγώ θα βγω και θα πω ότι πονάω, ότι έχω πρόβλημα, ότι έχω ένα θέμα ρε παιδί μου, ότι δεν μπορώ να διαχειριστώ τη ζωή μου ολόκληρη»

(Βικτωρία, 48 ετών)

Αυτή η ντροπή συχνά παίρνει τη μορφή αποσιώπησης. Οι άνθρωποι κλείνονται στον εαυτό τους, σε σημείο ακόμα και να αποφύγουν να αναζητήσουν εκούσια βοήθεια από τις δομές ψυχικής υγείας όταν το χρειαστούν. Το κοινωνικό στίγμα γίνεται συνήθεια και οι άνθρωποι μαθαίνουν να ζουν με αυτό.

Έτσι, οι κοινωνικές συναναστροφές, οι δραστηριότητες, τα ενδιαφέροντα, η εργασιακή απασχόληση, τα όνειρα και οι στόχοι σημειώνουν πτωτική πορεία. Για παράδειγμα, κάποιες από τις αλλαγές που αναφέρονται από τους συμμετέχοντες είναι η απώλεια ενδιαφέροντος για μουσική, σπουδές, βόλτες, κοινωνικοποίηση, γυμναστική, οικιακές δουλειές. Η προσωπική ζωή βάλλεται και μπαίνουν διαρκώς όρια είτε από τον εαυτό, είτε από την κοινωνία. Προτιμάται, κάποιες φορές, η χαλαρότητα και η ηρεμία.

«Δε με γεμίζει καμία δραστηριότητα. Δε με γεμίζει κάτι στη ζωή. Είναι πολλά αυτά που έχω. Τώρα πια δε με γεμίζει τίποτα. Ούτε ένας άντρας. Μια ζωή είμαι μόνη μου γιατί υπάρχει η

ταμπέλα. Τίποτα, τίποτα. Δεν μπορεί να με γεμίσει τίποτα αν δε γίνω καλά. Αν γίνω καλά, έχω να απολαύσω ένα σωρό πράγματα, γιατί τα στερήθηκα»

(Δανάη, 48 ετών)

«Η πλευρά διασκέδασης έχει σταματήσει για μένα. Ο σεξουαλικός τομέας έχει σταματήσει για μένα. Προσέγγιση προς τα γυναικείο φύλο, δε μου κάνει και τόσο αίσθηση. Σε αυτό βέβαια ίσως να παίζει σημασία και ο χρόνος ο οποίος ζω και η φαρμακευτική αγωγή, η οποία παίρνω. Και πάνω από όλα το οικονομικό κομμάτι που πιστεύω ότι οικονομία και ψυχολογία είναι κάτι που είναι συνυφασμένο με τον άνθρωπο»

(Λεάνδρος, 48 ετών)

«Ναι παλιά μου άρεσε πιο πολύ. Είχα την υγεία μου. Έκανα το τσιγαράκι μου. Είχα πιο ενέργεια. Πήγαινα το πρωί στη δουλειά, το απόγευμα γυμναστήριο, το βράδυ ξενύχτι»

(Γεράσιμος, 40 ετών)

«Εγώ ήμουν πολύ ανοιχτό άτομο, αλλά μόλις αρρώστησα κλείστηκα στον εαυτό μου πολύ. Δε μιλούσα πολύ, ενώ ήμουνά πάρα πολύ κοινωνική»

(Ξανθή, 25 ετών)

«Κι εμένα πολλές φορές υπήρξαν εμπόδια, που ήθελα να κάνω παραπάνω πράγματα ή που δεν μπόρεσα να τα κατορθώσω»

(Κλειώ, 44 ετών)

Πολύ έντονο είναι η επιδίωξη της απομόνωσης στο σπίτι και η έλλειψη παρέας και ουσιαστικής επικοινωνίας με τους ανθρώπους. Καθίσταται δύσκολη η ενσωμάτωση στην κοινωνία κάποιες φορές. Εφόσον η κοινωνικοποίηση δυσχεραίνεται, το σπίτι νοηματοδοτείται ως «καταφύγιο»:

«Νομίζεις ότι το σπίτι είναι το στρατόπεδό σου»

(Μάξιμος, 32 ετών)

«Ο κόσμος είναι πάρα πολλοί κι εσύ είσαι μόνη σου»

(Αριάδνη, 27 ετών)

«Κι εσύ πρέπει να εισχωρήσεις μέσα στην κοινωνία και να της δώσεις να καταλάβει ότι ναι μεν μπορεί να είμαι ψυχοπαθής, αλλά και το μυαλό μου και η λογική μου και οι κινήσεις μου και το καθετί λειτουργεί σωστά. Απλώς νοσεί η ψυχή μου, επειδή για διάφορους λόγους ταλαιπωρήθηκε»

(Λεάνδρος, 48 ετών)

Παρόλα αυτά υπάρχει η ανάγκη για πλησίασμα και συναναστροφή. Βέβαια, τίθεται το ζήτημα του κατά πόσο μπορεί να προσπελαστεί αυτό το χάσμα και να γεφυρωθούν οι δύο αυτοί κόσμοι. Ο Νάσος (46 ετών) εκφράζει την απογοήτευσή του σχετικά με αυτό το θέμα: *«Το πιο επιβαρυντικό από όλα είναι το να μην καταναλώσουνε φαιά ουσία για να καταλάβουνε τι νιώθεις».*

Όλα τα παραπάνω διαμορφώνουν ένα συγκεκριμένο τρόπο αναπαράστασης του εαυτού. Υπάρχουν δυσκολίες στον αυτοπροσδιορισμό των συμμετεχόντων. Η εικόνα που έχει διαμορφωθεί, διαπερνά το άτομο και επιδρά καθοριστικά στον τρόπο που αυτοπροσδιορίζεται. Οι ενοχές, η απαισιοδοξία, ο φόβος, η στενοχώρια, το αίσθημα κατωτερότητας, το αίσθημα ανημπόριας, η αποδιοργάνωση και η παθητικότητα διαμορφώνουν έναν αποδυναμωμένο, ευάλωτο εαυτό, που βρίσκεται σε υποδεέστερη θέση. Τα συναισθήματα και οι σκέψεις αποκτούν αρνητική χροιά, τόσο για τον εαυτό, όσο και για τη σχέση του εαυτού με άλλους. Αμφισβητείται ολόκληρη η υπόσταση και μπορεί να παραλληλιστεί η ψυχική ασθένεια με υπερφυσικές ιδιότητες. Έτσι, προκαλείται ένα «μούδιασμα» σωματικό και ψυχικό, όπως περιγράφει ο Λέανδρος (48 ετών): *«Βλέπεις τον εαυτό σου ως ένα πολύ μικρό κομμάτι της τεράστιας κοινωνίας, στο οποίο δε δίνεται σημασία. Μπαίνεις σε υποδεέστερο ρόλο και απογοητεύεσαι γιατί η μάζα δε θα δώσει σημασία στους λίγους».* Και η Ξανθή (25 ετών) αναφέρει: *«Εγώ νιώθω λίγο σαν διαβολικό ον [...] Δεν μπορώ να καταλάβω ότι είμαι φυσιολογικός άνθρωπος. Νομίζω ότι είμαι κάτι ξεχωριστό. Και ως προς την αρρώστια και γενικά σαν άνθρωπος, ότι είμαι κακός άνθρωπος. Δε νιώθω να είμαι φυσιολογική τελείως [...] Είμαι στον κόσμο μου [...] Η αρρώστια είναι μια ιδιαιτερότητα»*

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω φανερώνεται ο τρόπος με τον οποίο το κοινωνικό στίγμα επιδρά στο άτομο, το οποίο εσωτερικεύει και αυτοστιγματίζεται. Όπως περιγράφει ο Νάσος (46 ετών): *«Δρα σαν το ζιζάνιο που το θρέφεις ο ίδιος. Σαν το ζιζάνιο που φυτρώνει, και μαζί που φροντίζεις την τριανταφυλλιά σου ας πούμε, έχει και το ζιζάνιο δίπλα, το ποτίζεις, το βάζεις το λίπασμα... μεγαλώνει κι αυτό. Το ίδιο πράγμα είναι και ο σπόρος που σου φυτεύουν, το αρνητικό συναίσθημα. Ε πώς το μεγαλώνεις κι εσύ. Και το δύσκολο είναι πώς θα πάψεις να το μεγαλώνεις. Εκεί το ψάχνουμε όλοι όσοι έχουμε ένα τέτοιο θέμα».*

Πολλοί συμμετέχοντες εξέφρασαν πεποιθήσεις για τον εαυτό που συνδέονται άμεσα με όσα προαναφέρθηκαν κατά την περιγραφή του κοινωνικού στίγματος. Αυτοκατηγορούνται και διαφοροποιούνται από την κοινωνία. Χάνουν το ρόλο τους στη ζωή. Επίσης, είναι έντονο το αίσθημα των ενοχών για όλα όσα συμβαίνουν με την ψυχική ασθένεια, όπως αποτυπώνεται στα

λόγια της Ξανθής (25 ετών): *«Οι γονείς μου έχουν περάσει πάρα πολλά με εμένα ας πούμε και είμαι εγώ η αιτία». Αντιλαμβάνονται πως το αυτοστίγμα συνδέεται με το στίγμα ή αλλιώς, την ταμπέλα στον εαυτό. Όπως τονίζει και η Δανάη (48 ετών) το εξής: «Αλλά άλλος κόσμος που δεν είναι ενημερωμένος δεν... κι εκεί στιγματίζει τον κάθε άνθρωπο κι εκεί του δημιουργεί ένα τεράστιο πλήγμα που το υποβάλλει ο κάθε άνθρωπος στον εαυτό του μετά και τότε δεν ξεπερνιέται...»*

Προκύπτει έτσι η διάκριση σε φυσιολογικούς και μη φυσιολογικούς. Αποκόπτονται οι δεσμοί από τον εαυτό, ο οποίος κλείνεται, χωρίς να μπορεί εύκολα να βοηθηθεί και να αντιδράσει. Αναγνωρίζονται, επίσης, πιο έντονες ευαισθησίες σε θέματα ψυχικής υγείας. Ακόμα και η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας δυσχεραίνει, όπως αναφέρουν οι συμμετέχοντες, λόγω του φόβου τους για κάποια πιθανή διάγνωση ή για τον εγκλεισμό. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν το αυτοστίγμα ως εξής:

«Έχω διπολική διαταραχή, άρα ο λόγος μου δεν μετράει, σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινής μου ζωής»

(Δανάη, 48 ετών)

«Έχω πάει τον Απρίλιο γυμναστήριο τόσες μέρες και ήταν όλοι υγιείς εκεί μέσα κι εγώ ήμουνα ο άρρωστος κι ένιωθα αμήχανα κι έφυγα [...] Είμαστε στο περιθώριο, γιατί εσείς υγιέστατοι κι εμείς εδώ πέρα... δε θα μιλάμε»

(Γεράσιμος, 40 ετών)

«Φέρεσαι του ψυχισμού σου και του εαυτού σου σα να είναι ο χειρότερος ξένος [...] Και αυτή η ντροπή είναι τόσο δυνατή που σε τυφλώνει. Να μη βλέπεις ότι καταδικάζεσαι εκείνη την ώρα. Δηλαδή ότι φτάνεις σε σημείο να ξεχνάν και τον εαυτό σου. Έτσι κι αλλιώς τον ξεχνάς τον εαυτό σου όταν είσαι μέσα σε μια τέτοια κατάσταση, αλλά να μη σε ενδιαφέρει τι θα γίνεις αύριο, πώς θα είσαι [...] Η ντροπή. Το να μη μπορείς να βοηθήσεις ο ίδιος τον εαυτό σου. Δεν υπάρχει χειρότερο από αυτό [...] Η δολοφονία εναντίον του εαυτού σου»

(Βικτωρία, 48 ετών)

«Εγώ έχω πρόβλημα [...] Έχω διπολική διαταραχή»

(Ερωτόκριτος, 46 ετών)

«Έχω το ψυχολογικό»

(Ηρώ, 45 ετών)

Ωστόσο, κάποιοι είναι πιο θετικά διακείμενοι προς τον εαυτό τους. Είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους, από τις παρέες και τις βόλτες ή από απλά μικρά πράγματα στα οποία βρίσκουν οι ίδιοι νόημα. Προσπαθούν να ζήσουν «φυσιολογικά», όπως αναφέρουν, χωρίς πολλές φασαρίες.

Φαίνεται, με αυτό τον τρόπο πως το αυτοστίγμα δεν είναι μια ατομική διαδικασία. Συνδέεται άμεσα με τις στάσεις και τις αναπαραστάσεις της οικογένειας, της κοινότητας και της κοινωνίας. Τα όρια σε αυτές τις περιπτώσεις είναι διάχυτα και ο εαυτός επηρεάζεται. Παρόλα αυτά, κυριαρχεί η ατομική προσπάθεια για την υπέρβαση των προβλημάτων. Δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμα οι δεσμοί με την κοινότητα που να επιτρέπουν την σύνδεση και την υποστήριξη από το κοινοτικό και κοινωνικό πλαίσιο των ψυχικά ασθενών, αν και γίνονται προσπάθειες.

Με όραμα το μέλλον: Παρακάμπτονται οι φραγμοί στα οράματα;

Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν διάφορες προτάσεις σχετικά με την ψυχική υγεία και το στίγμα, οι οποίες θα βοηθούσαν σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Συνδέονται άμεσα με τις ανάγκες της εποχής, στον τομέα της ψυχικής υγείας και αποτυπώνουν τον κατακερματισμό του Συστήματος Υγείας. Φαίνεται πως η θεραπεία και η αποκατάσταση στην ψυχική υγεία έχουν πολλά περιθώρια ανέλιξης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η έλλειψη ενημέρωσης, σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας συνδέεται με το στιγματισμό. η Βικτωρία (48 ετών) λέει χαρακτηριστικά *«Μαύρο σκοτάδι στην κοινότητα του Ρεθύμνου για την ψυχική ασθένεια»* και η Ζαΐρα (38 ετών) *«είναι πολύ πίσω η κοινωνία»*. Για αυτό το λόγο προτείνονται ενημερωτικές ημερίδες, συνέδρια, σεμινάρια, εκδηλώσεις και παρεμβάσεις στην κοινότητα με οπτικοακουστικό υλικό και διαδραστικότητα, προκειμένου να παρουσιαστούν και να γίνουν περισσότερο κατανοητά στον κόσμο, ζητήματα ψυχικής υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, θίγεται και η ενδυνάμωση των δομών ψυχικής υγείας και των εθελοντικών ομάδων, καθώς και η εισαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ψυχική υγεία σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, εναποθέτοντας τις ελπίδες ιδιαίτερα στη νέα γενιά. Επίσης, αναφορικά με τον τρόπο παροχής υπηρεσιών για την ψυχική υγεία δίνεται έμφαση στη δημιουργικότητα, την τέχνη και την ελεύθερη έκφραση. Τονίζεται η ανάγκη για γεφύρωση της τέχνης και της θεραπείας, γεγονός που είναι αρκετά αισιόδοξο.

Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι προτείνεται η συμμετοχή και των ίδιων των ψυχικά ασθενών σε όλες αυτές τις δράσεις και δίνεται έμφαση στη γεφύρωση και την επικοινωνία τους με τον κόσμο, καθώς και στην επανένταξή τους. Ο Λεάνδρος (48 ετών) περιγράφει: *«Μου αρέσει όμως να σκέφτομαι και μου αρέσει να μιλάω με ανθρώπους, οι οποίοι έχουνε γνώση. Και μέσα από τη γνώση τη δικιά τους, αποκτάω κι εγώ γνώση [...] Η κοινωνία σε απορρίπτει. Η κοινωνία σε δέχεται. Η επικοινωνία σε γνωρίζει»* και η Ξανθή (25 ετών) επισημαίνει: *«Θέλω να τη σβήσω την αρρώστια, να πάω μπροστά»*. Επίσης, προτείνεται να υπάρξει σύνδεση με άλλες συλλογικότητες που πραγματεύονται θέματα ρατσισμού και να ιδωθεί το στίγμα υπό το πρίσμα της συλλογικής συνείδησης.

Ωστόσο, από τις προσδοκίες και τα οράματα των συμμετεχόντων δε λείπουν και ζητήματα που άπτονται των επιπτώσεων της κρίσης στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, εκφράζεται η ανάγκη για αύξηση προσωπικού στις δομές ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και η ανάπτυξη εναλλακτικών δομών, που θα αντικαταστήσουν τη νοσηλεία, ενώ θα έχουν περισσότερο προσωπικό που θα στρέφει το ενδιαφέρον στους ανθρώπους που αναζητούν βοήθεια. Επίσης, τονίζεται η ανάγκη για βελτίωση των υποδομών και του τρόπου διαβίωσης των εξυπηρετούμενων στις δομές, η παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η αύξηση των κλινών και η καλύτερη αλληλεπίδραση και αντιμετώπιση από τους ειδικούς. Η Ιώ (41 ετών), αναφέρει: *«Η ευχή μου είναι να έχουμε περισσότερους ψυχολόγους και να υπάρχουν περισσότερα μαθήματα για ασθενείς»*. Οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τις δυσκολίες, καθώς και το γεγονός ότι χρειάζεται χρόνος για αλλαγή. Παρόλα αυτά, ελπίζουν στη μείωση του στιγματισμού και στην ελάττωση των ψυχικά ασθενών. Συγκεκριμένα, ο Λεάνδρος (48 ετών) τονίζει: *«Απλά η κοινωνία πρέπει να δει ότι σε αυτούς τους ανθρώπους οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την ψυχολογία τους, πρέπει αυτούς τους ανθρώπους να τους βλέπει σα βελούδο, να τους χαϊδεύει. Και όχι να τους απορρίπτει και να τους στιγματίζει. Δηλαδή όλοι οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν κάποιο πρόβλημα, έχουν τρόπο να τους προσεγγίσεις. Δεν μπορείς να τους αποβάλεις. Δεν μπορείς να τους εξαιρέσεις. Δεν μπορείς να τους αγνοήσεις, γιατί σε αυτή την κοινωνία συμμετέχουν και αυτοί»*.

Κάποιοι είναι αισιόδοξοι, ενώ κάποιοι είναι αρκετά απαισιόδοξοι, τονίζοντας τον τρόπο που έχει εδραιωθεί το στίγμα στην κοινωνία και τις δυσκολίες που ενέχει η αλλαγή του. Φαίνεται πως κάποιες αντιλήψεις έχουν ριζώσει. Ακόμα και άνθρωποι με οράματα, διέπονται από μια έντονη απαισιοδοξία ως προς την αλλαγή. Χρειάζεται, σίγουρα, αναδόμηση στον τρόπο σκέψης, στη νοοτροπία και στον τρόπο κατανόησης μέσα από την εμπειρία των άλλων. Όλα τα παραπάνω

διαμορφώνουν ένα δυσμενές πλαίσιο για την ουσιαστική αντιμετώπιση του στιγματισμού και του αυτοστιγματισμού.

«Αυτό δε θα αλλάξει. Για να αλλάξει αυτό, κοπέλα μου, θα περάσουνε εκατό χρόνια και μπορεί και παραπάνω. Είναι πολύ πίσω η κοινωνία [...] Αν όλοι ανοίγονταν, μιλάγαμε αναμεταξύ τους το δικό τους πρόβλημα, τι αρέσει στον καθένα να κάνει, θα ήτανε πολύ πιο ευχάριστο αυτό για τα άτομα. Αλλά δυστυχώς δεν. Και θα πάρει και πολλά χρόνια για να γίνει αυτό νομίζω»

(Ζαΐρα, 38 ετών)

«Αν έχει το στερεότυπο στην κεφαλα του, να την ανοίξεις το ίδιο κάνει. Λίγο απαισιόδοξο ακούγεται, αλλά είναι πραγματικό»

(Νάσος, 46 ετών)

Επομένως, σκιαγραφείται μία έντονη αντίφαση. Αφενός, οι συμμετέχοντες εκφράζουν πως το στίγμα και το αυτοστίγμα θα ήταν επιθυμητό να άλλαζαν, όπως και άλλα πολύ σημαντικά ζητήματα στον τομέα της ψυχικής υγείας. Αφετέρου, υπάρχει μια απαισιόδοξη οπτική τόσο για την αλλαγή σε επίπεδο αντιλήψεων, όσο και για τις αλλαγές σε επίπεδο παροχών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επίσης, υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ κοινωνίας και ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο δεν έχει γεφυρωθεί ακόμα. Παρόλα αυτά, αναγνωρίζεται, από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, η διάθεση για προσπέλαση των εμποδίων που επέρχονται λόγω της ταμπέλας της «τρέλας». Έτσι, κρίνονται απαραίτητες οι αμοιβαίες και συστηματικές προσπάθειες όλων για την ουσιαστική και πραγματική επικοινωνία της ψυχικής ασθένειας και της κοινωνίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη του στίγματος και του αυτοστίγματος, αποτελεί θέμα επίκαιρο, δεδομένου ότι ο τομέας της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα διέπεται από διαφόρων ειδών προβλήματα τα τελευταία χρόνια. Γενικά, είναι γεγονός πως λίγες φορές η φωνή ανθρώπων με ψυχιατρικές εμπειρίες έχει αποτελέσει σημείο εστίασης του ενδιαφέροντος και πηγή που συνυπολογίζεται για την επίσημη ιστοριογραφία της ελληνικής ψυχιατρικής (Τζανάκης, 2012). Φαίνεται λοιπόν πως υπάρχει ανάγκη για διερεύνηση και μοίρασμα των σκέψεων, των προβληματισμών και των αντιλήψεων του συγκεκριμένου πληθυσμού, προκειμένου να υπάρξει καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση.

Στην παρούσα έρευνα συλλέξαμε ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα. Επιδιώκεται η συνάρθρωση των δεδομένων, με τη μέθοδο της Συντρέχουσας και Συγκλίνουσας Τριγωνοποίησης (Creswell, 2009. Creswell, Plano Clark, Gutmann & Hanson, 2003). Έμφαση θα δοθεί τόσο στα ποσοτικά, όσο και στα ποιοτικά, με στόχο να διερευνήσουμε τον τρόπο σύγκλισής τους. Έτσι, πραγματοποιείται ξεχωριστά η συλλογή, η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων για το ίδιο θέμα, ώστε μετά τη τελική σύγκριση των αποτελεσμάτων να αποδοθεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για το υπό εξέταση θέμα (Gelo, Braakmann & Benetka, 2008. Σαραφίδου, 2011).

Το στίγμα και το αυτοστίγμα στην ψυχική ασθένεια συνιστούν πολυδιάστατα φαινόμενα. Με την επιλογή του τριγωνισμού, ως μέθοδο συνάρθρωσης των αποτελεσμάτων της ποιοτικής και της ποσοτικής έρευνας, δεν επιχειρείται απλώς η αύξηση της εγκυρότητας, όπως είθισται να αναφέρεται για τη στοχοθεσία των μεικτών μεθόδων έρευνας. Ως επί τω πλείστον, επιχειρείται η διερεύνηση και η διεύρυνση των πτυχών των συγκεκριμένων φαινομένων, υπό το πρίσμα της πολυσχιδούς κοινωνικής πραγματικότητας (Τσιώλης, 2013). Με τον τριγωνισμό επιχειρείται μια πιο διευρυμένη θεώρηση των φαινομένων, συνδυάζοντας τα εμπειρικά δεδομένα και λαμβάνοντας υπόψη το παρόν χωροχρονικό συγκείμενο (Flick, 1992).

Από την ποσοτική έρευνα προκύπτουν ορισμένα σημαντικά ευρήματα. Σε γενικές γραμμές βρέθηκε πως οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκφράζουν μέτρια προς θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και χαμηλά επίπεδα στο αυτοστίγμα. Η πρώτη υπόθεση επιβεβαιώνεται, καθώς, πράγματι βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτοστίγματος και αναζήτησης βοήθειας. Ωστόσο, η συσχέτιση είναι μέτρια αρνητική, δηλαδή όσο λιγότερο αυτοστίγμα σημειώνεται, τόσο θετικότερες θα είναι οι στάσεις

για την αναζήτηση βοήθειας. Επιπλέον, η δεύτερη υπόθεση επιβεβαιώνεται μόνο για τον παράγοντα του φύλου. Οι γυναίκες βρέθηκε πως εκφράζουν θετικότερες στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματία ψυχικής υγείας. Ωστόσο, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων για τόπος κατοικίας, το να ζει κάποιος με την οικογένεια ή μόνος, με το αν υπάρχει κάποιο άλλο μέλος στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης.

Ακόμα, η τρίτη υπόθεση επιβεβαιώθηκε ως προς τον παράγοντα της εκπαίδευσης. Όσοι είχαν επίπεδο ανώτατης εκπαίδευσης, είχαν χαμηλότερα επίπεδα στο αυτοστίγμα. Δε βρέθηκαν, όμως, στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο όρο για το αυτοστίγμα αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, με το να ζει κάποιος με την οικογένεια ή μόνος, με το αν υπάρχει κάποιο άλλο μέλος στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Τέλος, επιβεβαιώθηκε η τέταρτη υπόθεση, καθώς βρέθηκε πως όσοι λάμβαναν ψυχοθεραπεία, είχαν περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας, από όσους λάμβαναν φαρμακοθεραπείας ή συνδυαστικά ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία.

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται σε κάποιο βαθμό από διάφορες έρευνες. Σε μελέτη τους οι Clement et al. (2015), υποστηρίζουν πως υπάρχει μικρή έως μέτρια αρνητική σχέση ανάμεσα στο στίγμα και στην αναζήτηση βοήθειας καθώς και στο αυτοστίγμα και την αναζήτηση βοήθειας, όπου φαίνεται πως η αναζήτηση βοήθειας μπορεί να αποφεύγεται εξ αιτίας του αυτοστίγματος (Vogel et al., 2006). Επίσης, σε χώρες όπου ο στιγματισμός δεν είναι έντονος, υπάρχει εξοικείωση με την ψυχική ασθένεια και τις διάφορες μορφές θεραπείας της, τα επίπεδα στο αυτοστίγμα είναι χαμηλά (Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai & Thornicroft, 2011).

Οι στάσεις για την αναζήτηση βοήθειας, παρατηρείται πως είναι θετικές από λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Elhai, Schweinle & Anderson, 2008). Επίσης, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης έχει βρεθεί και σε άλλες έρευνες πως επηρεάζει ζητήματα που σχετίζονται με το στίγμα και την ψυχική ασθένεια (Brockington, Hall, Levings & Murphy, 1993. Madianos, Economou, Hatjiandreou, Papageorgiou & Rogakou, 1999. Mouzas, Angelopoulos & Liakos, 2008). Ακόμα, η σημαντική διαφορά που υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας, μπορεί να συνδέεται με άλλους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν και συνθέτουν τα ευρύτερα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στον κοινωνικό ρόλο του εκάστοτε φύλου (Leong & Zachar, 1999. Zartaloudi & Madianos, 2010- a). Αξιοσημείωτη είναι και η αρνητική σχέση που έχει βρεθεί σε έρευνα των Livingston και Boyd (2010) μεταξύ ηλικίας και

αυτοστιγματισμού, η οποία όμως, όπως προαναφέρθηκε δεν επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα. Παρόλα αυτά το ζήτημα της σχέσης της ηλικίας και του αυτοστίγματος παραμένει ένα ζήτημα που χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση (Krajewski, Burazeri, & Brand, 2013).

Η βιωμένη εμπειρία των συμμετεχόντων, όπως αποτυπώνεται στο αφηγηματικό υλικό, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα χαρακτηριστικά και τα νοήματα που διέπουν τα ευρύτερα κοινωνικά φαινόμενα (Πουρκός, 2010). Στόχος σε αυτή την έρευνα ήταν όχι μόνο η αποτύπωση της βιωμένης εμπειρίας, αλλά και η κατανόηση της βαθύτερης ουσίας του φαινομένου του στίγματος και του αυτοστίγματος από μια κοινωνική σκοπιά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ποιοτικής ανάλυσης, η ψυχική ασθένεια, το στίγμα και το αυτοστίγμα, βρίσκονται σε ένα συνεχές και αλληλεπιδρούν με διάφορους τρόπους υπό το πρίσμα του κοινωνικού γίνεσθαι. Το βίωμα της ψυχικής ασθένειας διέπεται από άλυτα ερωτήματα και ο εαυτός τίθεται στο μεταίχμιο μεταξύ φυσιολογικού και μη φυσιολογικού, σε σημείο να συνδέεται και με υπερφυσικά και θρησκευτικά στοιχεία (Zartaloudi & Madianos, 2010- b). Οι άνθρωποι εκφράζουν το φόβο που νιώθουν, την ντροπή, την απορία, την οργή και τη λύπη τους. Ταυτόχρονα, όμως, αυτές οι εμπειρίες μπορούν να είναι πηγή δύναμης και αισιοδοξίας (Corrigan & Watson, 2002). Πολλές φορές, επίσης, οι ίδιοι άνθρωποι δεν αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα της κατάστασης ή αρνούνται την ύπαρξη προβλήματος (Zartaloudi & Madianos, 2010- a), ενώ άλλες φορές δεν έχουν πληροφόρηση σχετικά με τη διάγνωση ψυχικής ασθένειας που έχει γίνει (Hasson-Ohayon, Ehrlich-Ben Or, Vahab, Amiaz, Weiser, & Roe, 2012).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας πλαισιώνονται από την Τροποποιημένη Θεωρία Ετικετοποίησης που συνδέεται με το στίγμα στην ψυχική ασθένεια (Modified Labeling Theory) (Link, et al., 1989) και γενικότερα από το επιστημονικό πεδίο της Κοινωνιολογίας της Παρέκκλισης (Ζήση, 2013). Η συγκεκριμένη θεωρία έχει τις ρίζες της στη Θεωρία Απόδοσης Ετικέτας του Scheff (1966) και εντάσσεται στα κοινωνικά μοντέλα που πραγματεύονται την ψυχική ασθένεια και δίνουν έμφαση στις συνθήκες ζωής, σε κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που δυσχεραίνουν τον τρόπο διαβίωσης, όπως η φτώχεια και η ανεργία, καθώς και άλλα πολιτισμικά στοιχεία (Ζήση, 2013).

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Scheff (1966), η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά θεωρείται αυτή που δεν ταιριάζει στις εδραιωμένες νόρμες της κοινωνίας. Ιδιαίτερα για την ψυχική ασθένεια, υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν την «ψυχική ασθένεια». Οι αρνητικές

αντιλήψεις από τον κοινωνικό περίγυρο, οι οποίες συνοδεύουν την ετικέτα του «ψυχικά ασθενούς», ανάλογα με το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο και τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν, ακολουθούνται από έναν αρνητικό τρόπο αντιμετώπισης. Είναι καθοριστικό ζήτημα τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της εκάστοτε ετικέτας καθώς διαμορφώνουν και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των αντιδράσεων του κόσμου (Scheff, 1974). Όλα αυτά έχουν άμεση αρνητική επιρροή στον τρόπο που αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους (Kroska & Harkness, 2006), γεγονός που εντείνεται ακόμη περισσότερο σε περιπτώσεις όπου τα ίδια άτομα συγκαταλέγονται σε μειονότητες και άλλες ευπαθείς ομάδες (Scheff, 1966). Η ταυτότητα του ψυχικά ασθενούς, καθώς και τα χαρακτηριστικά που τη διέπουν, εσωτερικεύεται σε βαθμό που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί αυτή η διαδικασία ως «αυτοεκπληρούμενη προφητεία» (Ζήση, 2013). Πρόκειται για μια ταυτότητα στην οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο τα κοινωνικά στερεότυπα (Schulze & Angermeyer, 2003).

Χαρακτηριστικές αντιδράσεις της κοινωνίας είναι η απαξίωση και η διάκριση, η οποία ακολουθείται από την αποστασιοποίηση. Με αυτό τον τρόπο οι αλληλεπιδράσεις συνιστούν μια αρνητική εμπειρία στην οποία ο εαυτός βάλλεται, στιγματίζεται και απαξιώνεται. Έτσι, βιώνοντας έντονα αισθήματα ντροπής και φοβούμενος την ενδεχόμενη απόρριψη, επιλέγει να αποκρύψει τα βιώματά του και να μειώσει τις αλληλεπιδράσεις του με τον κοινωνικό περίγυρο, κρατώντας ορισμένες φορές και μια πιο παθητική στάση. Όλες αυτές οι αρνητικές εμπειρίες εντείνουν την ευαλωτότητα, και στο μέλλον, διάφορα περιστατικά υποτροπής μπορεί να είναι πολύ επίπονα. Έτσι, το στίγμα και το αυτοστίγμα φαίνεται πως αποκτούν μια διάσταση που αντέχει στο χρόνο (Link, 1987. Link et al., 1989).

Ένα ακόμη μοντέλο για το αυτοστίγμα που μπορεί να πλαισιώσει τα αποτελέσματα από το εμπειρικό υλικό είναι το Ιεραρχικό Μοντέλο Σταδίων για το Αυτοστίγμα (Corrigan & Rao, 2012). Στο συγκεκριμένο μοντέλο το αυτοστίγμα αποτελεί σημαντικό φραγμό για την επίτευξη στόχων. Η κοινωνία διατηρεί λανθασμένες και στιγματιστικές αντιλήψεις για τους ψυχικά ασθενείς. Το επόμενο στάδιο φανερώνει την αφομοίωση και τη συμφωνία των ίδιων με αυτές τις αντιλήψεις, οι οποίες γίνονται κομμάτι του τρόπου ζωής και του τρόπου σκέψης. Όσοι φέρουν την ετικέτα «ψυχικά ασθενείς», αποσύρονται κοινωνικά, εξ αιτίας της κοινωνικής απαξίωσης και απόρριψης. Μέρος του συγκεκριμένου μοντέλου αποτελεί το φαινόμενο «Γιατί να προσπαθήσω;» (The Why Try Effect), το οποίο γενικότερα αποτελεί συνέπεια του αυτοστιγματισμού. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι ψυχικά ασθενείς αποσύρονται και θέτουν

τον εαυτό τους σε υποδεέστερη θέση, εγκαταλείποντας διαφόρων ειδών προσπάθειες. Έτσι, με αυτό τον τρόπο εγκαταλείπουν, πληγώνονται και δυσχεραίνεται το βιοτικό τους επίπεδο, γεγονός που αποτυπώνεται έντονα και στο αφηγηματικό υλικό της έρευνας.

Η παρούσα έρευνα παρέχει πολλά στοιχεία που συνθέτουν τη διαδικασία κατά την οποία το στίγμα αλλάζει τον τρόπο ζωής και με αυτό τον τρόπο ίσως προσθέτει περισσότερα στοιχεία στο υπάρχον θεωρητικό υπόβαθρο. Ο κοινωνικός περίγυρος εκφράζει αρνητικές αντιλήψεις για όσους λαμβάνουν διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής. Οι αρνητικές αντιλήψεις φαίνονται και στις διακρίσεις που γίνονται σε ζητήματα εργασίας, στοιχείο που συνδέεται με το κοινωνικό στίγμα και το αυτοστίγμα (Corrigan, Powell, K. & Rüschi, 2012. Krajewski, Burazeri, & Brand, 2013). Στη θεματική «Το στίγμα και το μετέωρο βήμα πέρα από τη νοσηλεία» αποτυπώνεται ο τρόπος που η ετικέτα της ψυχικής ασθένειας δημιουργεί εμπόδια, απόσταση και απομόνωση. Σύμφωνα με τους Martin, Pescosolido και Tuch (2000) οι αντιδράσεις της κοινωνίας και η αποστασιοποίησή της είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με κυρίαρχες αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια, όπως η επικινδυνότητα, καθώς και με τον τρόπο κατανόησης της αιτιότητας και της φύσης της ψυχικής ασθένειας. Βέβαια, στη διαμόρφωση αυτών των αντιλήψεων, παίζουν ρόλο και κοινωνικοοικονομικές και ταξικές παράμετροι (Ζήση, 2013).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της έρευνας, άλλωστε, δεν είχε κάποια σταθερή δουλειά και έχει αρκετά χαμηλό εισόδημα. Οι αντιλήψεις της κοινωνίας για την ψυχική ασθένεια, διέπονται από μυστήριο, αναπάντητα ερωτήματα και ελλιπή ενημέρωση. Αυτή η ασάφεια για την ψυχική ασθένεια, εσωτερικεύεται από τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι τονίζουν πως και οι ίδιοι δεν μπορούν να κατανοήσουν το βίωμά τους. Επίσης, οι στιγματιστικές αντιλήψεις είναι έντονες ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χρόνιας νοσηλείας (Link et al., 1989).

Η αντιμετώπιση του εαυτού εγείρει έντονο προβληματισμό. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων, λαμβάνει εδώ και χρόνια κυρίως φαρμακοθεραπεία, γεγονός που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως συνήθεια, καθώς δεν υπάρχουν έντονες αντιδράσεις επ' αυτού. Αυτό ίσως ενισχύεται και από τη θέση των ειδικών ψυχικής υγείας στη ζωή τους, η οποία αναμφισβήτητα είναι μείζονα. Ο ρόλος του ψυχιάτρου στο σύστημα ψυχικής υγείας, μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι η ψυχιατρική θεμελιώθηκε, αναπτύχθηκε και απέκτησε κύρος ήδη από τις αρχές του 19ου αιώνα (Ikko & Kontaxakis, 2008), σε αντίθεση με την ψυχολογία που αναπτύχθηκε τον 20ό αιώνα και κάτω από συνθήκες δύσκολες, με διαρκείς αμφισβητήσεις στην

επιστημονικότητά της, που ακόμη εκκρεμούν (Δαφέρμος, 2011). Τα αισθήματα εμπιστοσύνης και εξάρτησης αποτελούν ακρογωνιαία λίθο για την πορεία της ψυχικής ασθένειας και αποτελεί χαρακτηριστικό στοιχείο επιτυχημένου επαγγελματισμού του ψυχιάτρου (Ikko, & Kontaxakis, 2008). Έτσι, φαίνεται πως το βιοϊατρικό μοντέλο διεισδύει στον τρόπο βίωσης και κατανόησης της ψυχικής ασθένειας και διατηρείται, όπως διατηρούνται και οι σχέσεις κυριαρχίας από τους «ειδικούς» προς τους «ασθενείς».

Επιπλέον, υπάρχει έντονη προτίμηση στην αποσιώπηση των βιωμάτων ψυχικής ασθένειας, καθώς και στην κοινωνική απόσυρση. Αναφέρονται, επίσης, τα αισθήματα ντροπής, οι μειωμένες συναλλαγές και δραστηριότητες. Η ντροπή έχει βρεθεί σε έρευνα των Hasson-Ohayon et al. (2012) πως παίζει διαμεσολαβητικό ρόλο μεταξύ της επίγνωσης της ψυχικής ασθένειας και του αυτοστιγματισμού. Η έντονη απόκρυψη για την ψυχική ασθένεια που προκύπτει από τις συνεντεύξεις, μπορεί να συνδέεται με το γενικότερο φόβο για στιγματισμό που πηγάζει από την απόδοση της ταμπέλας του ψυχικά ασθενούς (Corrigan, 2004). Μπορεί να συνιστά έναν αμυντικό μηχανισμό που συμβάλλει στην αυτοπροστασία όσων φέρουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Βέβαια, η ίδια διαδικασία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως επιβαρυντική και επίπονη για το άτομο, καθώς ο τρόπος ζωής εξακολουθεί να έχει στοιχεία που βάλλουν τον εαυτό (Link, 1987). Έτσι, αποφεύγεται το μοίρασμα του βιώματος της ψυχικής ασθένειας με τον κοινωνικό περίγυρο, προκειμένου να αποφευχθεί ο στιγματισμός (Goffman, 2001) και με αυτό τον τρόπο διατηρείται «ο φαύλος κύκλος του στίγματος και του αυτοστίγματος».

Το κοινωνικό στίγμα και η αρνητική στάση για την ψυχική ασθένεια, μπορούν να αποβούν καθοριστικά για τον τρόπο που διαμορφώνεται η ταυτότητα του συγκεκριμένου πληθυσμού. Το αυτοστίγμα, και γενικότερα ο τρόπος που βλέπουν οι ίδιοι οι άνθρωποι τον εαυτό τους επηρεάζεται αρκετά από τις κοινωνικές εδραιωμένες αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (Vogel, Bitman, Hammer, & Wade, 2013). Όταν η κοινωνική κατασκευή της ψυχικής ασθένειας εσωτερικεύεται, η ταυτότητα φθείρεται και αναπαράγονται οι στερεοτυπικές και στιγματιστικές αντιλήψεις της κοινωνίας (Goffman, 2001).

Η απόσταση μεταξύ της κοινωνίας και των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας φανερώνει πως υπάρχει έντονος στιγματισμός, που εκδηλώνεται σε διάφορα επίπεδα εντός του κοινωνικού γίγνεσθαι. Εκτός αυτού, και η ίδια η οικογένεια φαίνεται πως σχετίζεται με το στίγμα (Zartaloudi & Madianos, 2010- b). Το αυτοστίγμα συνδέεται και με το γεγονός ότι οι ευκαιρίες είναι

λιγότερες και υπάρχει γενικότερα μια τάση για αποφυγή της ψυχικής ασθένειας (Corrigan & Shapiro, 2010). Έτσι, προκύπτει μια αμφίδρομη τάση για αποστασιοποίηση, τόσο από την κοινωνία και την οικογένεια, όσο και από τους ίδιους τους ανθρώπους που έχουν εμπειρίες ψυχικής ασθένειας. Όλα τα παραπάνω, συνθέτουν μια διαδικασία κατά την οποία συντηρείται η κοινωνική κατασκευή της ψυχικής ασθένειας, όχι μόνο από το υπάρχον πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό σύστημα, αλλά και από τα ίδια τα άτομα.

Αναφορικά με το στίγμα που βιώνεται, τα αποτελέσματα από το αφηγηματικό υλικό έρχονται σε αντίθεση με άλλη έρευνα που έχει γίνει στην Ελλάδα (Madianos et al. 1999). Ενώ σημειώνονται αρνητικά βιώματα από τον τρόπο που αντιμετωπίζει η κοινωνία τους ψυχικά ασθενείς, έρευνες δείχνουν πως η κοινωνία είναι περισσότερο θετικά διακείμενη στην επανένταξη και την αποδοχή των ψυχικά ασθενών. Αυτό, βέβαια, μπορεί να εξηγείται από τις διαφορές που υπάρχουν σε τοπογραφικό επίπεδο, καθώς το Ρέθυμνο είναι πιο κλειστή κοινωνία, συγκριτικά με την Αθήνα και ίσως έχει λιγότερες ευκαιρίες για εκπαίδευση και ενημέρωση πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας

Σε μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, επιβεβαιώνεται πως η εσωτερίκευση της ετικέτας του ψυχικά ασθενούς, προκαλεί αλλαγές σε ατομικό, αλλά και σε συλλογικό επίπεδο. Επηρεάζονται οι δραστηριότητες, οι κοινωνικές συναναστροφές, ο τρόπος θέασης του εαυτού, η δυνατότητα αυτοελέγχου και γενικότερα η ποιότητα ζωής. Προκύπτει, έτσι, πως οι συνθήκες βίωσης της ψυχικής ασθένειας αποτελούν μέρος ενός φαύλου κύκλου στιγματισμού και αυτοστιγματισμού (Τερζόγλου, 2013). Επίσης, σημαντικός φαίνεται πως είναι ο ρόλος της οικογένειας. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες παρομοιάζουν την οικογενειακή θαλπωρή με καταφύγιο. Η λήψη υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον, μπορεί να συμβάλλει στον περιορισμό του αυτοστιγματισμού (Livingston & Boyd, 2010).

Σε αυτό το σημείο, «Με όραμα το μέλλον...» αξίζει να αναφερθεί πως οι δυσκολίες που έγκεινται σε επίπεδο συνθηκών νοσηλείας συνδέονται με τις ελλείψεις και τα προβλήματα που πηγάζουν από τον τρόπο που πραγματώνεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και το ιδεολογικό κλίμα που κυριαρχεί. Σε ένα κατακερματισμένο σύστημα ψυχικής υγείας, χωρίς ενιαίους φορείς και χωρίς οργανωμένα, συστηματικά, κινηματικά οράματα, οι δυσκολίες θέλουν περισσότερη και πιο οργανωμένη προσπάθεια, με σαφέστερο σχέδιο (Χονδρός & Στυλιανίδης, 2014). Υπάρχει απόσταση από τις πραγματικές ανάγκες των νοσηλευόμενων, αλλά και όσων ήταν χρόνια νοσηλευόμενοι σε δομές που έκλεισαν. Επομένως, υπάρχει ακόμη αρκετός χώρος

για εξέλιξη και βελτίωση των συνθηκών στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα (Madianos et al., 1999). Το πέρασμα από τα άσυλα στην κοινότητα, είχε αρκετές συνέπειες, οι οποίες ίσως ακόμα παραμένουν «μετέωρες».

Από την παρούσα έρευνα, προκύπτει, επίσης ότι το πλαίσιο είναι πολύ αρνητικά διακείμενο για την ψυχική ασθένεια. Η κοινωνία φαίνεται πως λειτουργεί εχθρικά και αποκρουστικά, ενώ και το ίδιο σύστημα υγείας διέπεται από πολλά προβλήματα, γεγονός που συμβάλλει στον αυτοστιγματισμό (Corrigan & Rao, 2012). Ταυτόχρονα, πολλές στερεοτυπικές αντιλήψεις διακονίζονται, για παράδειγμα, μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Zartaloudi & Madianos, 2010- b). Πράγματι, στην Ελλάδα κυριαρχούν στρεβλές πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια και υπάρχει έλλειψη ουσιαστικής ενημέρωσης, για θέματα ψυχικής υγείας και στιγματισμού (Economou et al., 2006. Economou, Richardson, Gramandani, Stalikas, & Stefanis, 2009). Ακόμη πιο σημαντικό, όμως, ίσως είναι το γεγονός ότι το υπάρχον οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό σύστημα στην Ελλάδα, συντηρεί αυτή την κατάσταση και παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που προάγεται η περιθωριοποίηση και ο στιγματισμός «μη παραγωγικών» πληθυσμών (Μπαϊρακτάρης, 2007). Σύμφωνα με τον Ασημόπουλο (όπως αναφέρεται στο Τζανάκης, 2012), άνθρωποι που έχουν βιώσει εγκλεισμό σε ψυχιατρείο χάνουν την ταυτότητά τους ως πολίτες με υποχρεώσεις και δικαιώματα. Παρόλα αυτά, οι συμμετέχοντες εκφράζουν τα όνειρα και τις ιδέες τους για αλλαγές που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν, βελτιώνοντας τις συνθήκες στις ψυχιατρικές δομές, αλλά και για αλλαγές σε επίπεδο κοινωνικών αντιλήψεων, οι οποίες θα συνέβαλλαν στην επανένταξή τους.

Σε αυτό το σημείο, θα επιχειρήσουμε να συναρθρώσουμε τα ποσοτικά και τα ποιοτικά δεδομένα. Ουσιαστικά, παρατίθενται διαφορετικές όψεις του ίδιου θέματος και αλληλοσυμπληρώνονται (Σαραφίδου, 2011), δίνοντας έμφαση όχι μόνο στα σημεία σύγκλισης, αλλά και στα σημεία διαφοροποίησης. Έτσι, δημιουργείται μια πιο σφαιρική εικόνα για το στίγμα και το αυτοστίγμα στην ψυχική ασθένεια.

Αρχικά, στο εμπειρικό υλικό παρατηρείται μια θετικά διακείμενη στάση για την αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο, παρόλο που εκφράστηκε θετική στάση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και την αναζήτηση βοήθειας στην ποιοτική φάση, έγινε επίσης λόγος και για την ακούσια νοσηλεία, η οποία αποτελεί σημείο στιγματισμού για τον εαυτό. Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί άλυτο και μελανό σημείο για το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας και το αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο (Στυλιανίδης, Πέππου, Δρακωνάκης, &

Πανάγου, 2014). Επιπλέον, επιβεβαιώνεται πως το επίπεδο ζωής είναι σχετικά χαμηλό και οι ευκαιρίες μειωμένες. Από τα ποσοτικά αποτελέσματα, φαίνεται πως το εισόδημα των συμμετεχόντων είναι κυρίως χαμηλό και επικρατεί η ανεργία και η επισφαλής εργασία. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το αφηγηματικό υλικό, στο οποίο δίνονται περισσότερα στοιχεία για τον τρόπο που πλήττεται το βιοτικό επίπεδο και οι κοινωνικές συναναστροφές, γεγονός που συνδέεται άμεσα με το αυτοστίγμα (Corrigan & Rao, 2012). Όλα τα παραπάνω αλληλεπιδρούν σε σημείο που οι συμμετέχοντες, όμως, φαίνεται πως εσωτερικεύουν την ταυτότητα του ψυχικά ασθενούς και τις επιταγές που πληρούνται από το κοινωνικό γίγνεσθαι.

Ένα ακόμη σημείο, όπου παρατηρείται σύγκλιση των δεδομένων είναι ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής στη ζωή των συμμετεχόντων. Από τα αποτελέσματα περιγραφικών αναλύσεων, προέκυψε πως οι περισσότεροι ως επί το πλείστον λαμβάνουν μόνο φαρμακοθεραπεία. Αυτό διαφαίνεται και στις συνεντεύξεις, στις οποίες παρατηρείται πως η λήψη φαρμάκων γίνεται κομμάτι της ζωής και του εαυτού. Ίσως αυτό σχετίζεται με τη γενικότερη επιρροή των εμπειριών νοσηλείας σε ψυχιατρικές δομές και τις τακτικές που συνηθίζεται να ακολουθούνται.

Επιπρόσθετα, η ποιοτική έρευνα συνέβαλε στην εμβάθυνση της εμπειρίας του αυτοστιγματισμού των ίδιων των συμμετεχόντων, η οποία από ότι φαίνεται δεν είναι ήσσονος σημασίας. Το αυτοστίγμα έχει άμεση σύνδεση και με τα ευρύτερα συστήματα που επηρεάζουν τον κάθε άνθρωπο. Δεδομένου ότι οι κλίμακες μέτρησης δεν εξετάζουν το ρόλο της οικογένειας και του κοινωνικού πλαισίου, στην ποιοτική ανάλυση διαφαίνεται ο τρόπος με τον οποίο το στίγμα διαμεσολαβείται από τις στρεβλές πεποιθήσεις της κοινωνίας για την ψυχική ασθένεια, καθώς και το δυσμενές περιβάλλον, σε οικογενειακό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο, ώσπου φθάνει να εσωτερικεύεται και να αποτελεί κομμάτι των ψυχικά ασθενών. Σε έρευνα της Zissi (2006), η οποία πραγματοποιήθηκε στον ίδιο νομό, βρέθηκε πως οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια διέπονται από πλουραλισμό. Οι άνθρωποι δεν είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι με την ψυχική ασθένεια και τείνουν να την αντιλαμβάνονται με ψυχοκοινωνικούς όρους. Επίσης, κρίνεται σημαντική η ανάγκη για ενημέρωση της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας (Zissi, 2000). Έτσι, φαίνεται πως το κοινωνικό στίγμα και το αυτοστίγμα δεν μπορούν να ιδωθούν υπό το πρίσμα του εαυτού εξ ολοκλήρου.

Στην παρούσα έρευνα υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί. Αρχικά, με τον Τριγωνισμό του εμπειρικού υλικού, δεν επιβεβαιώθηκαν τα ίδια ζητήματα από τα ποιοτικά και τα ποσοτικά

δεδομένα. Βέβαια, αυτό αποτελεί έναν από τους γενικότερους περιορισμούς που χαρακτηρίζουν τις μεικτές μεθόδους (Bryman, 2006. Bryman, 1992.). Επίσης, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις, χωρίς να επιδιώκεται ο εντοπισμός αιτιότητας ή γενίκευσης. Στις συγκεκριμένες αναλύσεις ένας σημαντικός περιορισμός είναι ο χειρισμός των ελλειπουσών τιμών, ο οποίος έγινε με τη μέθοδο αντικατάστασης του μέσου όρου. Γι' αυτό, περεταίρω έρευνα χρειάζεται, όπου το δείγμα θα είναι μεγαλύτερο και θα γίνει χειρισμός των ελλειπουσών τιμών με ευρύτερα χρησιμοποιούμενες μεθόδους, όπως ο πολλαπλός καταλογισμός (Schlomer, Bauman, & Card, 2010).

Επίσης, και σε άλλες έρευνες φαίνεται πως η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα στο αυτοστίγμα, γεγονός που ίσως σχετίζεται με το ότι η συγκεκριμένη κλίμακα έχει έντονα δυτικοκεντρικό προσανατολισμό (Vogel et al., 2013). Αυτό ίσως συνδέεται με την γενικότερη τάση που υπάρχει να ταυτίζεται η Ψυχολογία με τα κυρίαρχα στοιχεία της Δύσης, χωρίς να συνυπολογίζονται στοιχεία της ανατολίτικης κουλτούρας (Δαφέρμος, 2011).

Ένας ακόμη περιορισμός είναι το γεγονός ότι οι περισσότερες μελέτες για το στίγμα και το αυτοστίγμα έχουν γίνει με φοιτητές ή πολίτες, ενώ η παρούσα έρευνα έχει ως πληθυσμό ανθρώπους που λαμβάνουν βοήθεια από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Βέβαια, αυτό αποτελεί ευρύτερο σημείο κριτικής, καθώς συνιστά κυρίαρχη τακτική των ερευνητών να συμπεριλαμβάνουν ως επί τω πλείστον προπτυχιακούς φοιτητές στις έρευνές τους, ιδιαίτερα στον κλάδο της Ψυχολογίας (Parker, 2007). Αυτό, όμως, εγείρει προβληματισμούς για τη χρήση των εκάστοτε ερωτηματολογίων σε άλλους πληθυσμούς, όπως στην παρούσα περίπτωση.

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα που άπτεται των μεθοδολογικών περιορισμών είναι η ανεπαρκής επιστημολογική και οντολογική οριοθέτηση και πλαισιοθέτηση της παρούσας έρευνας. Οι μεικτές μέθοδοι, ως νεοσύστατο «παράδειγμα» των τελευταίων δεκαετιών, εγείρουν περισσότερο προβληματισμό και αναστοχασμό κατά την εφαρμογή τους από το σύνολο της μεθοδολογικής βιβλιογραφίας (Πουρκός, 2013).

Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της σύγκλισης και οι αντιφάσεις που υπάρχουν, έχουν ως επακόλουθο τη δημιουργία νέων ερευνητικών ερωτημάτων. Θα ήταν σημαντικό να γίνουν διαχρονικές μελέτες, προκειμένου να εξεταστεί ο τρόπος που διαφοροποιούνται οι στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια, καθώς φαίνεται πως η εμπειρία με την ψυχική ασθένεια, και ιδιαίτερα η χρόνια εμπειρία επηρεάζει. Σημαντικό σημείο εστίασης θα μπορούσε να είναι η διερεύνηση των ποιοτικών χαρακτηριστικών των στερεοτυπικών αντιλήψεων που ενυπάρχουν στην εκάστοτε πολιτισμική ταυτότητα (Krajewski, Burazeri & Brand, 2013). Έτσι, θα μπορούσε

να διερευνηθεί, εστιασμένα για την ελληνική κουλτούρα, το σύνολο των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων που διέπουν την ετικέτα της ψυχικής ασθένειας.

Επιπλέον, θα μπορούσε να γίνει κάποια παρέμβαση, η οποία θα εστιάζει στην ενίσχυση της θετικής στάσης απέναντι στην αναζήτηση ψυχολογικής ή ψυχιατρικής βοήθειας. Θα ήταν, ίσως, καλύτερο να υπάρξει εστίαση σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα δρουν συμπληρωματικά με τη φαρμακευτική αγωγή, εφόσον κάτι τέτοιο φαίνεται πως είναι βοηθητικό (Girma et al., 2013). Εκτός αυτού, είναι σημαντικό να υπάρξει συστηματική μελέτη στον τρόπο που μπορεί να εξελίσσεται το αυτοστίγμα, μετά την πραγμάτωση εστιασμένων παρεμβάσεων. Αυτό θα ήταν αρκετά χρήσιμο σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι περισσότεροι απευθύνονται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας κυρίως για τη φαρμακευτική τους αγωγή και δεν συνδυάζουν κάποιο είδος ψυχοθεραπείας. Έτσι, δεν αντιμετωπίζονται βαθύτερα θέματα όπως η εσωτερίκευση της ετικέτας του ψυχικά ασθενούς. Γι' αυτό, θα ήταν σημαντικό να παρακινηθούν με κάποιον τρόπο προς αυτή την κατεύθυνση, με την προϋπόθεση ότι κάτι τέτοιο θα δράσει προς όφελός τους. Από την ποιοτική έρευνα φάνηκε πως η ψυχική ασθένεια εγείρει προβληματισμούς και ανοιχτά ερωτήματα στους συμμετέχοντες, αφήνοντας έντονο το αίσθημα του ακατανόητου. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητο να γίνουν περεταίρω μελέτες σχετικά με τις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού σε επίπεδο εκπαίδευσης και ενημέρωσης, προκειμένου να σχεδιαστούν εστιασμένες παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας (Γιαννακόπουλος, 2011).

Μελέτες και παρεμβάσεις, μάλιστα, θα μπορούσαν να γίνουν με απώτερο στόχο τον αποστιγματισμό από την ψυχική ασθένεια, οι οποίες θα έχουν έναν περισσότερο χειραφετητικό χαρακτήρα, λαμβάνοντας υπόψη και μακροκοινωνικούς και πολυεπίπεδους μηχανισμούς που διέπουν το φαινόμενο του στιγματισμού (Campbell & Deacon, 2006). Να σημειωθεί, όμως, πως εκτός του ότι το ζήτημα της παρέμβασης στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένο, είναι αναγκαίο να μελετηθεί το συγκεκριμένο πλαίσιο και τα χαρακτηριστικά που το διέπουν για να γίνει αντίστοιχη παρέμβαση αναφορικά με το στίγμα και το αυτοστίγμα. Σημαντικό, σε κάθε περίπτωση, είναι το ζήτημα της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης. Φαίνεται πως υπάρχει ανάγκη για ενημέρωση, αλλά κυρίως για κατανόηση, τόσο από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, όσο κι από την ευρύτερη κοινωνία (Zartaloudi & Madianos, 2010- b). Προτείνεται, λοιπόν, η περεταίρω ανάπτυξη του παρόντος θέματος σε ευρύτερο κοινό.

Η επικοινωνία της κοινότητας με τον πληθυσμό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ίσως να συνέβαλλε ουσιαστικά στην αντιμετώπιση του στίγματος, του αυτοστίγματος και στη

βαθύτερη κατανόηση της ψυχικής ασθένειας (Evans-Lacko et al., 2012). Πολύ χρήσιμη θα μπορούσε να είναι η ανάπτυξη μιας διαλεκτικής σχέσης κινήσεων υπέρ των δικαιωμάτων ψυχικά ασθενών και τη διεξαγωγή λοιπών δράσεων στην κοινότητα. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί, πως τον Ιανουάριο του 2015, δημιουργήθηκε η εθελοντική ομάδα «Α-στιγματισμός», από το Σύλλογο Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία Ρεθύμνου και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου, η οποία δρα κάνοντας παρεμβάσεις στην πόλη, οι οποίες στοχεύουν στην παρακίνηση της κοινής γνώμης προς τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας.

Εν κατακλείδι, η παρούσα έρευνα αποτυπώνει μια πολύμορφη εικόνα για το στίγμα και το αυτοστίγμα. Είναι σημαντικό να εξετάζονται οι ανάγκες και τα βιώματα όλων όσων έχουν εμπειρίες με την ψυχική ασθένεια, προτού γίνουν παρεμβατικές κινήσεις και να αξιολογούνται τα χαρακτηριστικά του χωροχρονικού πλαισίου και οι δυνατότητες που προσφέρει για κοινωνική αλλαγή. Δημιουργείται, λοιπόν, το ερώτημα για το αν και κατά πόσο μπορεί αυτός ο πληθυσμός να αντιμετωπίσει το κοινωνικό στίγμα και το αυτοστίγμα σε ένα πλαίσιο όπου αμφισβητείται η λειτουργικότητα και η ταυτότητά του, διατηρώντας τις ταμπέλες και τις προκαταλήψεις που τις συνοδεύουν. Μια γεφύρωση κοινωνιοψυχολογικών προσεγγίσεων θα μπορούσε να δώσει φως προς αυτή την κατεύθυνση. Αξίζει, λοιπόν, να αναληφθούν ευθύνες και να γίνουν διευρυμένες και συστηματικές κινήσεις προς όφελος όλων με πρόταγμα την αξιοπρέπεια, την ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Albee, G. W., & Fryer, D. M. (2003). Praxis- Towards a public health psychology. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 71- 75. doi: 10.1002/casp.705
- Andreou, M. (1986). *Mental health and the Cypriot minority in Enfield. A preliminary study on perceptions of mental health services*. London: Enfield Community Relations Council.
- Βαριδάκη, Α., Νασιάκου, Γ., & Λίβας, Δ. (2012). «Χρήστες» υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή ενεργοί πολίτες;. *Αντιστήγμα*, 5 (4), 1- 48.
- Bhui, K., & Dinos, S. (2008). Health beliefs and culture: essential considerations for outcome measurement. *Disease Management & Health Outcomes*, 16(6), 411- 419. doi: 1173-8790/08/0006-0411/
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618296921?accountid=17198>
- Bryman, A. (2007). Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 8-22. doi: 10.1177/2345678906290531
- Campbell, C., & Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: From internalisation to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(6), 411-417. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/casp.901>
- Γιαννακόπουλος, Γ. (2011). *Ψυχική ασθένεια: Στιγματισμός και υπέρβαση*, Αθήνα: Εταιρεία Εκπαίδευσης και Ψυχοθεραπείας.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De*

Psychiatrie, 57(8), 464-469. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/1112144971?accountid=17198>

Corrigan, P. W., & Shapiro J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907–922. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.004

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-35, 53. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35>

Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Rüsche, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 381-384. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0094497>

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsche, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage Publications

Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. L., & Hanson, W. E. (2003). *Advanced mixed methods research designs*. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Δαφέρμος, Μ. (2010). *Το ιστορικό γίνεσθαι στην ψυχολογία*. Αθήνα: Gutenberg.

Economou, M., Gramandani, C., Louki, E., Giotis, L., & Stefanis, K. (2006). Stigma and mental illness: The way ahead. The greek programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 13(3), 28-43. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1555974314?accountid=17198>

Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 361-371. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764008093957>

Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the attitudes toward seeking professional psychological help scale-short form. *Psychiatry Research*, 159(3), 320-329. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.020>

- Evans- Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self- stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42, 1741- 1752. doi: 10.1017/S0033291711002558
- Fischer, E. H., & Turner, J. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90. doi: 10.1037/h0029636
- Flick, U. (1992). Triangulation Revisited – Strategy of Validation or Alternative. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 22(2), 175-197. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618245110?accountid=17198>
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 42(3), 266-290. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12124-008-9078-3>
- Gillard, S., Adams K., Edwards C., Lucock M., Miller S., Simons L.,...The Self Care in Mental Health research team. (2012). Informing the development of services supporting self-care for severe, long term mental health conditions: a mixed method study of community based mental health initiatives in England. *BMC Health Services Research*, 12, 189. doi: 10.1186/1472-6963-12-189
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Moller- Leimkuhler, A. M., Dehning, S., & Muller, N. (2013). Facility based cross- sectional study of self- stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach, *International Journal of Mental Health Systems*, 7, (21), 1-8. doi:10.1186/1752-4458-7-21
- Goffman, E. (2001). *Στίγμα- Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, (Δ. Μακρυνιώτη, μτφρ), Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Greacen, T., Jouet, E., Ryan, P., Cserhati, Z., Grebenc, V., Griffiths, C., Hansen, B., Leahy, E., MaravicdaSilva, K., Sabic, A., DeMarko, A., & Florez, P. (2012). Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion. *Biomedcentral Public Health*, 12, 1114. doi: 10.1186/1471-2458-12-1114
- Hasson-Ohayon, I., Ehrlich-Ben Or, S., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: The mediating role of shame

- proneness. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 802-806. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.038>
- Ikkos, G., & Kontaxakis, V. (2008). Medicine, psychiatry and professionalism. *Psychiatriki*, 19(4), 295-296. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622066185?accountid=17198>
- Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S., & Mauratziotou, K. (2005). The reform of the greek mental health services. *Journal of Mental Health*, 14(2), 197-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09638230500060516>
- Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan european stigma study. *Psychiatry Research*, 210(3), 1136-1146. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.013>
- Kroska, A., & Harkness, S. K. (2006). Stigma sentiments and self-meanings: Exploring the modified labeling theory of mental illness. *Social Psychology Quarterly*, 69(4), 325-348. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/61673737?accountid=17198>
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 123-132. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619385263?accountid=17198>
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617403028?accountid=17198>
- 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. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617629882?accountid=17198>
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

- Livingston, J. D., Rossiter, K. R., & Verdun-Jones, S. (2011). 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 188(1), 115-122. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.018>
- Lyons, M., & Ziviani, J. (1995). Stereotypes, stigma, and mental illness: Learning from fieldwork experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 1002-1008. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618932653?accountid=17198>
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Madianos, M. G., Madianou-Gefou, D., & Stefanis, C. N. (1993). Help-seeking behaviour for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(6), 285-291. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618457600?accountid=17198>
- Madianos, M. G., Tsiantis, J., & Zacharakis, C. (1999). Changing patterns of mental health care in Greece (1984-1996). *European Psychiatry*, 14(8), 462-467. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619519180?accountid=17198>
- Madianos, M. G., Madianou, D., Vlachonikolis, J., & Stefanis, C. N. (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(2), 158-165. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617430625?accountid=17198>
- Madianos, M. G., Zartaloudi, A., Alevizopoulos, G., & Katostaras, T. (2011). Attitudes toward help-seeking and duration of untreated mental disorders in a sectorized Athens area of Greece. *Community Mental Health Journal*, 47, 583- 593. doi: 10.1007/s10597-011-9404-y
- Madianos, M. G., Economou, M., Hatjiandreou, M., Papageorgiou, A., & Rogakou, E. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the athens area (1997/1980-1994). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 73-78. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619399576?accountid=17198>
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: The role of "disturbing behavior," labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward

- people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208-223.
Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619483018?accountid=17198>
- McCabe, A., & Davis, A. (2012). Community development as mental health promotion: principles, practice and outcomes. *Community Development Journal*, 47(4), 506–521. doi: 10.1093/cdj/bss026
- Morgan, D. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48- 76. doi: 10.1177/2345678906292462
- Μοσχονάς, Δ. (2012). Προτάσεις για μια νέα αντιμετώπιση της ψυχιατρικής διαταραχής στην Ελλάδα. *Αντιστίγμα*, 5(12), 1-48.
- Mouzas, O. D., Angelopoulos, N. V., & Liakos, A. (2008). Public opinions about mental illness in a greek area: The influence of socio-demographic factors. *Psychiatriki*, 19(4), 337-349.
Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622061849?accountid=17198>
- Μπαϊρακτάρης, Κ. (2007). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές εκδόσεις.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2010). *Ετυμολογικό Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας
- Papadopoulos, C., Leavey, G., & Vincent, C. (2002). Factors influencing stigma: a comparison of Greek- Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 430- 434. doi :10.1007/s00127-002-0560-9
- Parker, I. (2007). *Revolution in Psychology- Alienation to Emancipation*, London: Pluto Press.
- Πουρκός, Μ. (Επιμ.) (2013). *Δυνατότητες και Όρια της Μείξης των Μεθοδολογιών στην Κοινωνική, Ψυχολογική και Εκπαιδευτική Έρευνα: Επιστημολογικά και Μεθοδολογικά Ζητήματα των Προοπτικών Διεύρυνσης του Ερευνητικού Σχεδιασμού*. Αθήνα: Ίων
- Πουρκός, Μ. (2010). Η Φαινομενολογική Μέθοδος Έρευνας: Από τη Φιλοσοφική Προοπτική στην Επιστημονική Ποιοτική Έρευνα. Στο Μ. Πουρκός & Μ. Δαφέρμος (Επιμ.), *Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες. Επιστημολογικά, Μεθοδολογικά και Ηθικά Ζητήματα*. Αθήνα: Τόπος
- Raaijmakers, Q. A. W. (1999). Effectiveness of different missing data treatments in surveys with likert-type data: Introducing the relative mean substitution approach. *Educational and*

Psychological Measurement, 59(5), 725-748. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/619468300?accountid=17198>

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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>

Rose, V. K., & Thompson, L. M. (2012). Space, place and people: a community development approach to mental health promotion in a disadvantaged community, *Community Development Journal*, 47, 4, 604- 611. doi: 10.1093/cdj/bss024

Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G.V., & Corrigan, P. W. (2010). Do people with mental illness deserve what they get? Links between meritocratic worldviews and implicit versus explicit stigma. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 260, 617-625. doi: 10.1007/s00406-010-0111-4

Σαραφίδου, Γ. Ο. (2011). *Συνάρθρωση Ποσοτικών και Ποιοτικών Προσεγγίσεων*. Αθήνα: Gutenberg

Scheff, T. J. (1974). The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39(3), 444-452. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/615963924?accountid=17198>

Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine.

Schlomer, G. L., Bauman, S., & Card, N. A. (2010). Best practices for missing data management in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0018082>

Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: Sage

Steel, Z., McDonald, R., Silove, D., Bauman, A., Sandford, P., Herron, J., & Minas, I. H. (2006). Pathways to the first contact with specialist mental health care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 347-354. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01801.x>

- Στυλιανίδης, Σ., Πέππου, Λ. Ε., Δρακωνάκης, Ν., & Πανάγου, Α. (2014). Ακούσια νοσηλεία: Νομοθετικό πλαίσιο, Επιδημιολογία και Έκβαση. Στο Σ. Στυλιανίδης (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής* (σελ. 649-670). Αθήνα: Τόπος.
- Τερζόγλου, Β. (2013). *Το βίωμα του στίγματος ατόμων με διάγνωση ψυχικής διαταραχής: ποιοτική μελέτη*. (Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα.
- Τζανάκης, Μ. (2008). *Πέραν του ασύλου: Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου*. Αθήνα: Συνάψεις
- Τζανάκης, Μ. (2012). *Ψυχική ασθένεια και σύγχρονες πρακτικές του εαυτού*. Αθήνα: Πεδίο
- Τσιμπουκίδης, Δ. Ι. (1999). *Ανατομία της δουλοκτητικής κοινωνικής σκέψης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Τσιώλης, Γ. (2013). Η σχέση ποιοτική και ποσοτικής προσέγγισης στην κοινωνική έρευνα: Από τη θέση περί «ριζικής ασυμβατότητας» στο συνδυασμό ή τη συμπληρωματικότητα των προσεγγίσεων. Στο Μ. Πουρκός (Επιμ.), *Δυνατότητες και όρια της μείξης των μεθοδολογιών στην κοινωνική, ψυχολογική και εκπαιδευτική έρευνα: Επιστημολογικά και μεθοδολογικά ζητήματα των προοπτικών διεύρυνσης του ερμηνευτικού σχεδιασμού* (σελ. 271-292). Αθήνα: Τόπος
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self- stigma: Are mental illness and help seeking self- stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520- 532. doi:10.1037/a0033555
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2008). Ward features affecting stigma experiences in contemporary psychiatric hospitals: A multilevel study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(5), 418-428. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0314-4>
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2007). Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Mental Health Journal*, 43, 375–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-007-9083-x>
- Vogel, D. L., Shechtman, Z., & Wade, N. G. (2010). The role of public and self-stigma in predicting attitudes toward group counseling. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 904-922. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0011000010368297>

- Vogel, D., Wade, N., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 325–337. doi:10.1037/0022-0167.53.3.325
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is Stigma Internalized? The Longitudinal Impact of Public Stigma on Self-Stigma. *Journal of Counseling Psychology, 60*(2), 311- 316. doi: 10.1037/a0031889
- Vogel, D. L., Armstrong, P. I., Tsai, P., Wade, N. G., Hammer, J. H., Efstathiou, G., Holtham, E., Kouvaraki, E., Liao, H. & Shechtman, Z. (2013). Cross- Cultural validity of the self-stigma of seeking- help (SSOSH) scale: Examination across six nations. *Journal of Counseling Psychology, 60*(2), 303- 310. doi: 10.1037/a0032055
- Wiseman, J., & Brasher, K. (2008). Community Wellbeing in an Unwell World: Trends, Challenges, and Possibilities. *Journal of Public Health Policy, 29*, 353- 366. doi: 10.1057/jphp.2008.16
- Wright, N., & Stickley, T. (2013). Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: a review of the international literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*, 71- 81. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01889.x
- Χονδρός, Π., & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Στο Σ. Στυλιανίδης (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Τόπος.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P.H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services, 59*, 1437–1442. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1437>
- Zartaloudi, A., & Madianos, M. (2010- α). Help-seeking from a community mental health centre. *Psychiatriki, 21*(2), 126-135. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/867318571?accountid=17198>
- Ζαρταλούδη, Α., & Μαδιανός, Μ. (2010- β). Stigma related to help- seeking from a mental health professional. *Health Science Journal, 4*(2), 77- 83.

Ζήση, Α. (2013). *Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία*. Αθήνα: Gutenberg

Zissi, A. (2006). Community perceptions of mental disorders: A greek perspective. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(2), 136-148. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/casp.852>

Zissi, A. (2000). Lay perceptions of mental disorder in agricultural Greece: A qualitative approach. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2(1), 33-39. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1074687713?accountid=17198>