



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Χ. Καραμανίδου, ΠΔ 407, Επιβλέπουσα

Μ. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Μ. Γείτονα, Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2013

Copyright © Χαράλαμπος Μπαμπαλής, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

I. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

- i. Η ψυχική ασθένεια
- ii. Το στίγμα

II. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

- i. Η θεωρία των τεσσάρων γνωστικών δομών
- ii. Οι έξι διαστάσεις του στίγματος
- iii. Δύο «είδη» στίγματος
- iv. Η μέτρηση του στίγματος
- v. Ασθένειες και στίγματα

III. Η ΚΟΙΝΗ ΓΝΩΜΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

- i. Επαφή
- ii. Γνώση
- iii. Επικινδυνότητα
- iv. ΜΜΕ
- v. Το στίγμα της ψυχιατρικής

IV. ΙΑΤΡΟΓΕΝΝΕΣ ΣΤΙΓΜΑ

Ο ρόλος της διαγνωστικής ταμπέλας

V. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

- i. Η εμπειρία του στίγματος
- ii. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και Αποχή

VI. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ανοίξτε τις πόρτες

VII. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΕΡΕΥΝΑ

I. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- i. Ερευνητικά Ερωτήματα
- ii. Μεθοδολογία
- iii. Δείγμα
- iv. Ερευνητικό εργαλείο
- v. Διαδικασία
- vi. Ανάλυση

II. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

A. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

B. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΝΑ ΘΕΜΑΤΙΚΟ ΑΞΟΝΑ

- i. Η Γενική Προσέγγιση Του Στίγματος
- ii. Ο Ρόλος Της Οικογένειας Και η Εμπλοκή Της Στη Διαδικασία Του Στιγματισμού Και Της Αναζήτησης Υπηρεσιών
- iii. Επαγγελματίες Υγείας
- iv. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
- v. Η Προσέγγιση της Κοινωνίας
- vi. Αντιμετώπιση

Γ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Δ. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΣΥΝΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

I. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

II. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας δεν αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο. Τα ιστορικά στοιχεία συγκλείνουν στην άποψη πως το στίγμα συνοδεύει τη ψυχική νόσο ανά τους αιώνες, ανεξαρτήτως κουλτούρας, έθνους και θρησκευτικών πεποιθήσεων. (Zartaloudi, Madianos, 2010). Η αστικοποίηση ωστόσο των δύο τελευταίων αιώνων, η συνεχής εξειδίκευση και αύξηση των απαιτήσεων σε τυπικά προσόντα κατάφεραν να σκιαγραφήσουν τα πλαίσια της «κανονικότητας», τοποθετώντας τους «μη κανονικούς» στη σφαίρα της περιθωριοποίησης. Η σύγχρονη, κυρίως αστική κοινωνία, έχει την τάση να αντιλαμβάνεται άμεσα το διαφορετικό και να συμπεριφέρεται σαν να απειλείται από αυτό. Καταφεύγει σε στερεότυπα και προκαταλήψεις που τις περισσότερες φορές υιοθετούνται ακόμη και από τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι τελικά, ντροπιασμένοι και μόνοι απομακρύνονται στο περιθώριο των λίγων, των «μη κανονικών», των στιγματισμένων. . (Kadri, Sartorius, 2005).

Το παράδοξο είναι πως οι ψυχικά ασθενείς είναι πολύ περισσότεροι απ' αυτούς που η σύγχρονη κοινωνία γνωρίζει ή -πολύ πιθανόν- περισσότεροι από αυτούς που θα ήθελε να παραδεχτεί. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ και την Παγκόσμια Τράπεζα, στις αρχές του 1990 το 9,5% όλων των παθήσεων αποτελούσαν οι ψυχικές νόσοι ενώ μέχρι το 2029 το ποσοστό αυτό αναμένεται να ανέλθει στο 13,51%. Συγκεκριμένα, την δεκαετία του 1990 περισσότερα από 200 εκατομμύρια άτομα νοσούσαν από κάποια ψυχική νόσο εκ των οποίων 4,5 εκατομμύρια άνθρωποι έπασχαν από σχιζοφρένεια ή από κάποια σχετική ψύχωση (Μαδιανός, 2002). Η περίπτωση της σχιζοφρένειας καθίσταται ιδιαίτερη, τόσο εξαιτίας της βαρύτητας τους στίγματος που φέρει, όπως θα δούμε στη συνέχεια, αλλά κυρίως λόγω της συχνότητας με την οποία εμφανίζεται μεταξύ των ψυχικών παθήσεων. Αγνοώντας πως πρόκειται για μία πάθηση δύο φορές

πιο διαδεδομένη από τον ιό HIV (The National Alliance on Mental Illness, 2008). η κοινή γνώμη εμμένει στην αντίληψη πως πρόκειται για κάτι σπάνιο, άγνωστο και επικίνδυνο.

Εφαλτήριο και σταθερό σημείο αναφοράς για τη μελέτη του στίγματος αποτέλεσε το έργο του Erving Goffman (1963), Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας. Έκτοτε, πληθώρα επιστημόνων από διαφορετικούς κλάδους των Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Επιστημών έχουν μελετήσει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, επιχειρώντας να το προσδιορίσουν εννοιολογικά, να διαπιστώσουν από πού πηγάζει αλλά και πως επιδρά στην καθημερινότητα των ψυχικά σθενών και φυσικά να προτείνουν μέτρα για την αντιμετώπιση του.

Μεταξύ των επιπτώσεων του στίγματος της ψυχικής ασθένειας εντοπίζεται και το κεντρικό ζήτημα της ανά χείρας μελέτης. Η διεθνής αρθρογραφία συγκλίνει στην άποψη πως το στίγμα αποτελεί τον νούμερο ένα αποτρεπτικό παράγοντα για την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πληθώρα ερευνών καταλήγει στο συμπέρασμα πως άνθρωποι που θα μπόρεσαν να επωφεληθούν από τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιλέγουν να μην το κάνουν, φοβούμενοι τον ενδεχόμενο στιγματισμό τους, ο οποίος είναι δυνατόν να γεννάται και από τις ίδιες τις υπηρεσίες ή τους ίδιους του επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Αυτό που θα επιχειρήσουμε στη συνέχεια είναι να προσδιορίσουμε εννοιολογικά το στίγμα της ψυχικής ασθένειας καθώς και τις συνιστώσες του, να μελετήσουμε τους παράγοντες και τη διαδικασία μέσω της οποίας αναπαράγεται καθώς και τον τρόπο που βιώνεται και γίνεται αντιληπτό από τους φορείς του. Το ζήτημα στο οποίο θα επιχειρήσουμε να εμβαθύνουμε, τόσο αξιοποιώντας το πλούσιο υπάρχον βιβλιογραφικό υλικό αλλά κυρίως μέσω του ερευνητικού μέρους της μελέτης μας,

είναι ο αποτρεπτικός ρόλος του στίγματος στην χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι παράγοντες που τον διαμορφώνουν καθώς και τα μέσα που διαθέτουμε προκειμένου να τον αντιμετωπίσουμε.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

I. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

i. Η ψυχική ασθένεια

Η εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής αποτελεί φαινόμενο που τοποθετείται χρονολογικά στις πρωτόγονες περιόδους, όποτε και το εντοπίζουμε άρρηκτα συνδεδεμένο με θρησκευτικές πεποιθήσεις και κακά πνεύματα που έμοιαζε να καταλαμβάνουν και να παγιδεύονται στο κεφάλι του ψυχικά ασθενούς. Κατά την Ελληνορωμαϊκή περίοδο παρατηρείται μία εντυπωσιακή αλλαγή για τη ψυχική ασθένεια η οποία προσεγγίζεται για πρώτη φορά με τρόπο επιστημονικό. Αποκορύφωμα της στροφής αυτής στην επιστημονική εξήγηση αποτελεί η προσέγγιση του Ιπποκράτη ο οποίος απέδιδε την ασυνήθη συμπεριφορά των ασθενών στην κακή κατανομή των τεσσάρων χυμών στο σώμα τους (αίμα, μέλανα χολή, λευκή χολή, φλέγμα). Την Μεσαιωνική περίοδο πραγματοποιείται ένα βήμα προς τα πίσω αυτή τη φορά, επαναφέροντας στο προσκήνιο τις μυστικιστικές πεποιθήσεις του παρελθόντος και ενοχοποιώντας τον ψυχικά ασθενή ο οποίος τιμωρείται με εξορκισμούς, βασανιστήρια ή ακόμη και θάνατο. Τον 16^ο αιώνα εμφανίζονται οι πρώτες δομές φιλοξενίας ψυχικά ασθενών. Οι ασθενείς εξακολουθούν να τιμωρούνται για την κατάστασή της υγείας τους καθώς οι συνθήκες νοσηλείας είναι απάνθρωπες και εξαιρετικά σκληρές. Μόνο τον 18^ο αιώνα, και συγκεκριμένα κατά την περίοδο της Γαλλικής Επανάστασης αρχίζει να εξαπλώνεται η ιδέα πως οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με περισσότερη ανθρωπιά, πως δεν θα πρέπει

να είναι παραμένουν αλυσοδεμένοι στα κρεβάτια τους και κυρίως, πως πρόκειται για ασθενείς οι οποίοι χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης. (Zartaloudi, Madianos, 2010)

Ο 20^{ος} αιώνας θα λέγαμε πως χωρίζεται σε δύο μέρη καθώς το πρώτο μισό αφιερώθηκε στην αναζήτηση των βιολογικών αιτιών που βρίσκονται πίσω από τις ψυχικές ασθένειες, ενώ το δεύτερο μισό οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν στην πρόοδο της φαρμακολογίας. Κατά της δεύτερη αυτή περίοδο του 20^{ου} αιώνα αρχίζει να γίνεται έντονα λόγος για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και την αντιμετώπισή του. (Zartaloudi, Madianos, 2010) Συγκεκριμένα κατά τη δεκαετία του 60' παρατηρούνται τα πρώτα μεγάλα κύματα αποασυλοποίησης καθώς μεγάλα ψυχιατρεία κλείνουν και επιχειρείται η επιστροφή των ψυχικά σθενών στην κοινότητα μέσω μικρότερων και πιο ανθρώπινων δομών.

Δυστυχώς η ανεπαρκής συνέχεια στην φροντίδα και τη παρακολούθηση των ασθενών εκτός των μεγάλων ψυχιατρικών δομών κατέστησε το εγχείρημα της αποασυλοποίησης αμφιλεγόμενο και την «επιστροφή στην κοινότητα» μάλλον ανεπιτυχή. Μέχρι τις αρχές του 1980 οι κοινοτικές δομές φιλοξενίας των ψυχικά ασθενών αντιμετώπιζαν ήδη αξεπέραστα προβλήματα ανεπαρκούς χρηματοδότησης με αποτέλεσμα είτε να υπολειτουργούν είτε διακόπτουν τη λειτουργεί τους εξολοκλήρου εκτινάσσοντας τα ποσοστά ανεργίας των επαγγελματιών και τα ποσοστά των άστεγων πλέον ασθενών καθώς και τα αυτά των αυτοκτονιών μεταξύ τους.

Σήμερα, μπορεί να μην ανοίγουμε τρύπες στα κεφάλια των ψυχικά ασθενών προκειμένου να ελευθερωθούν τα πνεύματα που τους έχουν καταλάβει, όπως πριν από 500.000 χιλιάδες χρόνια, οφείλουμε όμως να παραδεχτούμε πως η εικόνα της ψυχικής ασθένειας εξακολουθεί να είναι στρεβλή για τους περισσότερους από εμάς.

Η ψυχική ασθένεια παραμένει άρρηκτα συνδεδεμένη με το φόβο και την επικινδυνότητα και καθώς οι ασθενείς δεν είναι δυνατόν πλέον να εξολοθρευτούν επιλέγουμε να απομακρύνουμε όσο το δυνατόν περισσότερο. Τόσο όσο χρειάζεται, προκειμένου να νιώθουμε εμείς οι υπόλοιποι, οι «κανονικοί», ασφαλείς.

ii. Το στίγμα

Επιχειρώντας να ορίσουμε το στίγμα αναπόφευκτα επιστρέφουμε πάντοτε στο έργο του Goffman (1963) και τον τρόπο με τον οποίο μας το «σύστησε» ως «ένα χαρακτηριστικό βαθιά απαξιωτικό» που «υποβιβάζει το φορέα του, από ολοκληρωμένο και συνηθισμένο άτομο σε μολυσμένο και απαξιωμένο».

Γενικά ο στιγματισμός αποτελεί την αρνητική αξιολόγηση ενός ατόμου ως αλλοιωμένο ή ως απαξιωμένο, με βάση κάποια του χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να είναι κάποια ψυχική διαταραχή, η εθνικότητα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών ή κάποια σωματική αναπηρία. Πρόκειται για την αιτία ή την αρνητική επίπτωση μίας «ταμπέλας» ικανής να διαχωρίζει το άτομο από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Όποιος ο ίδιος ο Goffman το χαρακτήρισε πρόκειται για τη σχέση ανάμεσα «σε ένα χαρακτηριστικό και ένα στερεότυπο».

Το έργο του Goffman έχει χαρακτηριστεί μεταξύ άλλων βαθιά διορατικό καθώς αποτέλεσε και αποτελεί το σταθερό σημείο αναφοράς όλων ερευνητών που συχνά επιχειρούν να ορίσουν το στίγμα ή να το προσδιορίσουν εννοιολογικά. Το 1963 ο Goffman μίλησε για δύο έννοιες, «τους εκείνους» (the own) και «τους σοφούς» (the wise). Οι μεν είναι οι στιγματισμένοι, ενώ οι δε είναι εκείνοι που γνωρίζουν το στίγμα και το αποδέχονται. Με άλλα λόγια σήμερα θα λέγαμε πως το στίγμα υφίσταται στην «απόσταση» μεταξύ των στιγματισμένων και των «στιγματιστών».

Μεταγενέστεροι και σύγχρονοι ερευνητές του στίγματος συνηθίζουν να το προσδιορίζουν με πολλούς τρόπους, ανάλογα με τις παραμέτρους που εξετάζουν σε κάθε περίπτωση. Μεταξύ άλλων το στίγμα είναι ο ψευδής και αδικαιολόγητος συσχετισμός των ατόμων που έχουν κάποια ψυχική ασθένεια, των οικογενειών τους, των φίλων τους και των υπηρεσιών που χρησιμοποιούν με κάτι επαίσχυντο (Rosen, Walter, Casey, Hocking, 2006). Σε διαφορετική περίπτωση το στίγμα προσδιορίζεται ως ο συνδυασμός της αντιληπτής επικινδυνότητας και της κοινωνικής απόστασης (Zartaloudi, Madianos, 2010). Παρά την αφθονία των ορισμών που επιχειρούν να επεξηγήσουν την έννοια του στίγματος, το πρώτο βήμα προς την κατανόησή του αποτελεί η μελέτη των συστατικών του και κυρίως, η μελέτη της διαδικασίας μέσω της οποίας προκύπτει και υφίσταται.

II. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

i. Η θεωρία των τεσσάρων γνωστικών δομών

Ο Goffman προσδιόρισε τη διαδικασία του στίγματος ως μία «αμφίδρομη αλληλεπίδραση» ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και το «στιγματισμένο». Μεταγενέστεροι ερευνητές επιχείρησαν να εμβαθύνουν στον παραπάνω ορισμό αναζητώντας τις επιμέρους συνιστώσες αυτής της διαδικασίας. Εξέχουσα θέση μεταξύ των θεωριών που προέκυψαν αποτελεί η «κλασική» πλέον προσέγγιση του Dr. Patrick Corrigan, γνωστός για την εκτενή του ενασχόλησή με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Ο Corrigan (2000) κατασκεύασε ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο η διαδικασία του στίγματος αποτελείται από τη διαδοχική εναλλαγή τεσσάρων γνωστικών δομών. Οι γνωστικές αυτές δομές αποδίδονται στη διεθνή αρθρογραφία

και ως γνωστικές διαδικασίες η συνιστώσες και είναι οι έξης: σημάδια (cues), στερεότυπα (stereotypes), προκαταλήψεις (prejudice) και διακρίσεις (discrimination).

Σημάδια

Με τα σημάδια, δηλαδή τα ίδια τα «στίγματα» ξεκινά η διαδικασία του στιγματισμού. Ίσως πρόκειται για σημάδια στο πρόσωπο, στο σώμα και γενικότερα στη φυσική εμφάνιση του ατόμου, ίσως πρόκειται για στοιχεία της συμπεριφοράς του ή για έλλειψη συγκεκριμένων δεξιοτήτων. Σε πολλές περιπτώσεις τα σημάδια δεν είναι εμφανή –πχ. δεν είναι πάντοτε προφανές με την πρώτη ματιά το ποιος είναι ψυχικά ασθενής, ποιος είναι ομοφυλόφιλος ή αλλόθρησκος. Σε αυτή τη περίπτωση τα σημάδια μπορεί να γίνουν αντιληπτά μέσα από αυθαίρετους συσχετισμούς- πχ. βλέπουμε κάποιον να βγαίνει από μία ψυχιατρική δομή και συμπεραίνουμε πως είναι ψυχικά ασθενής (Goffman, 1963).

Στερεότυπα

Τα στερεότυπα είναι ένας τρόπος κατηγοριοποίησης πληροφοριών σχετικών με διάφορες κοινωνικές ομάδες. Τα στερεότυπα θεωρούνται «κοινωνικά» μορφώματα καθώς σχετίζονται με απόψεις που διαμορφώνονται μεταξύ των διαφορετικών δρώντων ενός κοινωνικού συνόλου. Θεωρούνται επίσης εξαιρετικά αποτελεσματικά καθώς μπορούν με εξαιρετική ταχύτητα να διαμορφώσουν εντυπώσεις για άγνωστα πρόσωπα, μόνο με την ένταξή τους σε μία νοητή κατηγορία.

Κοινά στερεότυπα σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς περιλαμβάνουν την αυξημένη επικινδυνότητα και βίαιη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών καθώς και την αδυναμία τους να εργαστούν ή να ζήσουν μόνοι τους.

Προκαταλήψεις

Εκείνοι που θα υποκύψουν στα στερεότυπα θα υιοθετήσουν και τις ανάλογες προκαταλήψεις διαμορφώνοντας και τις αντίστοιχες στάσεις και συμπεριφορές. Αυτό που διαχωρίζει τα στερεότυπα από τις προκαταλήψεις είναι ο βαθμός της δριμύτητας τους. Τα στερεότυπα αποτελούν απόψεις ενώ οι προκαταλήψεις περιλαμβάνουν αξιολογικά στοιχεία καθώς και προσωπικά συναισθήματα απέναντι στα στερεότυπα που έχουμε εγκρίνει. Ακόμη, η υιοθέτηση προκαταλήψεων ευνοεί τον ενστερνισμό περαιτέρω στερεοτύπων γύρω από το κεντρικό ζήτημα δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ένα φαύλο κύκλο.

Διακρίσεις

Οι προκαταλήψεις θα οδηγήσουν αξιωματικά σε αρνητικές συμπεριφορές που αναπόφευκτα θα επιφέρουν τις διακρίσεις. Η μεροληπτική συμπεριφορά εκδηλώνεται ως αποκοπή των στιγματισμένων από το υπόλοιπο σύνολο, αποδοκιμασία, αποφυγή, προσβλητικές και αποδοκιμαστικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς ή ακόμη και πράξεις βίας. Κλασικό παράδειγμα αδικαιολόγητης διάκρισης αποτελεί ο δισταγμός των εργοδοτών να προσλαμβάνουν άτομα με ιστορικό ψυχικών παθήσεων, όχι εξαιτίας των φυσικών ή των πνευματικών τους προσόντων αλλά εξαιτίας των στερεοτύπων που έχουν ενστερνιστεί με αποτέλεσμα να προκαταβάλλονται και υποκύπτουν στις εν λόγω αδικαιολόγητες διακρίσεις.

ii. Οι έξι διαστάσεις του στίγματος

Μία επίσης ενδιαφέρουσα και κλασική προσέγγιση αποτελεί αυτή των Jones et al. (1984) οι οποίοι αναγνώρισαν και κατέγραψαν έξι διαστάσεις για το στίγμα.

Δυνατότητα κάλυψης

Σχετίζεται με το πόσο εμφανές ή αισθητό γίνεται το επίμαχο χαρακτηριστικό/ σημάδι στους άλλους και κατά πόσο είναι δυνατό να καλυφθεί. Η δυνατότητα ποικίλει ανάλογα με τη φύση του στίγματος και ακόμη και στις ψυχικές ασθένειες μπορεί να είναι έως και ανέφικτη.

Πορεία

Σχετίζεται με το κατά πόσο η κατάσταση, στην προκειμένη περίπτωση η ασθένεια είναι αναστρέψιμη. Υπάρχουσες έρευνες συγκλείουν στο συμπέρασμα πως οι προκαταλήψεις εμφανίζονται πολύ πιο σκληρές και αμείλικτες όταν αφορούν μη αναστρέψιμες καταστάσεις.

Διασπασιμότητα

Ο βαθμός στον οποίο το σημάδι εμποδίζει τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Παραδείγματος χάριν, η αλληλεπίδραση με κάποιον ψυχασθενή πολλές φορές αποτελεί πρόκληση λόγω ενοχλητικής συμπεριφοράς ή αδυναμίας του να κατανοήσει η οποία μπορεί να κάνει τον συνομιλητή του να νιώσει άβολα ή και να φοβηθεί.

Αισθητική

Αντανακλά αυτό που είναι ελκυστικό ή έστω ευχάριστο σύμφωνα με την προσωπική ιδιοσυγκρασία κάποιου. Η διάσταση αυτή σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο το σημάδι μπορεί να προκαλέσει δυσαρέσκεια, αποτροπιασμό ή και αηδία.

Πηγή

Αναφέρεται στο πως ο στιγματισμένος βρέθηκε στην παρούσα θέση και κυρίως, κατά πόσο είναι υπεύθυνος για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και για το σημάδι

του. Η κοινή γνώμη τείνει πιο επιεικής όταν ο γνωρίζει πως εκείνος που φέρει το στίγμα δεν είναι υπαίτιος και δεν το προκάλεσε στον εαυτό του. Γι αυτό το λόγο όπως θα δούμε παρακάτω ο τρόπος παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του στίγματος των ψυχικά ασθενών που πάσχουν από κάποιου είδους ψύχωση και εκείνων που επιδίδονται σε κατάχρηση ουσιών.

Κίνδυνος

Πρόκειται για την αίσθηση φόβου ή απειλής που προκαλεί το σημάδι σε εκείνους που το βλέπουν. Η απειλή δεν αφορά απαραίτητα τον φόβο για τη σωματική ακεραιότητα κάποιου αλλά και τον βαθμό στον οποίο η εκτίθεται άθελά του σε δυσάρεστα συναισθήματα (πχ. αμηχανία).

Το στίγμα υφίσταται όταν οι παραπάνω διαστάσεις συγκλείνουν αρκετά ώστε διαχωρίσουν το «εμείς» από το «εκείνοι».

iii. Δύο «είδη» στίγματος

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας του στίγματος, ανεξαρτήτου προσέγγισης, είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί σε δύο επίπεδα, διαιρώντας την έννοια του στίγματος και σε δύο αντίστοιχες κατηγορίες. Αφενός, η υιοθέτηση των προκαταλήψεων από την κοινή γνώμη απέναντι στις ομάδες των ψυχικά ασθενών διαμορφώνουν αυτό που καλείται «δημόσιο στίγμα» (public stigma). Σε επόμενη φάση, το δημόσιο στίγμα είναι σε θέση να επηρεάσει τις ομάδες οι οποίες το επωμίζονται αρκετά ώστε οι προκαταλήψεις να υιοθετηθούν από τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, διαμορφώνοντας αυτό που καλούμε «αυτό- στίγμα» (self stigma).

Δημόσιο Στίγμα

Δημόσιο στίγμα αποτελεί το φαινόμενο κατά το οποίο μεγάλες κοινωνικές ομάδες εγκρίνουν στερεότυπα και επακόλουθες συμπεριφορές, έναντι μίας στιγματισμένης ομάδας, στην προκειμένη περίπτωση, αυτή των ψυχικά ασθενών (Ben-Zeen, Young, Corrigan, 2010). Η υιοθέτηση στερεοτύπων και προκαταλήψεων σχετικών με τους ψυχικά ασθενείς αποτελεί ευρέως διαδομένο φαινόμενο, -κυρίως- των Δυτικών Πολιτισμών, χωρίς αυτό να περιορίζεται στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες οι οποίες θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως δεν έχουν την απαραίτητη πρόσβαση στην εκπαίδευση και την πληροφορία. Οι ασθενείς που έχουν δημόσιο στιγματισμό, στερούνται το δικαίωμα να ζήσουν. Οι δημοσίως στιγματισμένοι ψυχικά ασθενείς αδυνατούν να γίνουν αποδεκτοί ως υπάλληλοι ή ακόμη και ως ενοικιαστές, είναι πιθανότερο να συλληφθούν από την αστυνομία και σε περίπτωση που συλληφθούν είναι πιθανότερο να φυλακισθούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Μεταξύ άλλων, όπως θα σχολιάσουμε εκτενώς σε επόμενο κεφάλαιο, οι ψυχικά ασθενείς λαμβάνουν χαμηλότερου επιπέδου υπηρεσίες υγείας, ψυχικής και μη, εξαιτίας του δημόσιου στίγματος που φέρουν.

Αυτό- στίγμα

Αυτό- στίγμα χαρακτηρίζεται η απώλεια της αυτοεκτίμησης που πραγματοποιείται όταν ο ασθενής εσωτερικεύσει το δημόσιο στίγμα το οποίο έχει βιώσει. Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι εξίσου δριμείς καθώς ο ασθενής πλέον εγκρίνει και ο ίδιος τις απόψεις της κοινωνίας προς το άτομό του, τις εσωτερικεύει και συμφωνεί πως πρέπει να απαξιωθεί εξαιτίας της ψυχικής του ασθένειας. Οι στιγματισμένοι άνθρωποι,, ζώντας στο ίδιο κοινωνικό σύνολο με τους υπολοίπους ανθρώπους είναι σε θέση να γνωρίζουν τις κυρίαρχες απόψεις γύρω από την πάθησή τους και είναι

σχεδόν αναπόφευκτο, έπειτα από συνεχή και μακροχρόνια πίεση να μην τις ενστερνιστούν. Το αποτέλεσμα είναι να εγκαταλείπουν και οι ίδιοι οποιαδήποτε ελπίδα, και επακόλουθα οποιαδήποτε προσπάθεια να εργαστούν, να αυτονομηθούν και να ζήσουν φυσιολογικά. Σε πολλές περιπτώσεις η εσωτερίκευση αυτή μετατρέπεται σε θυμό ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνη συμπεριφορά προς τον εαυτό του ή ακόμη και σε παραβατική συμπεριφορά προς τους άλλους. Πολύ συχνά η εσωτερίκευση του στίγματος ή φόβος του αυτό- στίγματος, αποτρέπει το άτομο από το να αναζητήσει υπηρεσίες υγείας, ή να συνεχίσει τη θεραπεία του σε περίπτωση που βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη. Ακόμη πιο συχνά το άτομο επιχειρεί να κρατήσει την ασθένειά του στην αφάνεια, κάτι το οποίο σε συνδυασμό με την απουσία υποστήριξης μπορεί να επιβαρύνει δραματικά την κατάσταση της υγείας του.

iv. Η μέτρηση του στίγματος

Τελευταίο βήμα στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε τη διαδικασία του στίγματος αποτελεί το εγχείρημα της μέτρησής του. Η μέτρηση προϋποθέτει την παρατήρηση και η παρατήρηση είναι σε θέση να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε σε βάθος τους επί μέρους μηχανισμούς που διενεργούν κατά τη διαδικασία του στιγματισμού, όπως την εξετάσαμε παραπάνω (Link et al, 2004).

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τη σημασία της μέτρησης μπορούμε να σπάσουμε τη διαδικασία σε επί μέρους φάσεις (Corrigan, 2004). Σε πρώτη φάση η κοινή γνώμη διακρίνει κάποιο χαρακτηριστικό σε κάποιον άνθρωπο το οποίο τον κάνει να ξεχωρίζει. Σε δεύτερη φάση και εφόσον το χαρακτηριστικό αυτό ανταποκρίνεται σε στερεότυπα τα οποία η κοινή γνώμη μοιράζεται το χαρακτηριστικό αυτό συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, δημιουργούνται γύρω από αυτό προκαταλήψεις

συνοδευόμενες και από τις ανάλογες αντιδράσεις και συμπεριφορές. Σε Τρίτη φάση το πρόσωπο που φέρει το σημάδι διαχωρίζεται από το «εμείς» και αποτελεί πλέον μία διακριτή κατηγορία. Σε τέταρτη φάση, το πρόσωπο που υπέστη τον στιγματισμό, βιώνει την απαξίωση και την υποβάθμιση του status του, με ποικίλες επακόλουθες συνεπείς. Εκείνο που μας ενδιαφέρει στην προκειμένη περίπτωση είναι πως σε κάθε φάση της διαδικασίας, καθοριστικός παράγοντας είναι ο «βαθμός» της έντασης, το μέτρο στο οποίο η κάθε φάση θα επηρεάσει και το μέτρο της επόμενης. Δηλαδή, το σημάδι μπορεί να είναι ένα ή πολλά, μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο εμφανές, μπορεί να συνδέεται με περισσότερα ή λιγότερα στερεότυπα και η διάκριση μπορεί να είναι απόλυτη ή σχετική. Σε κάθε φάση μας ενδιαφέρει το μέτρο στο οποίο ο επιμέρους μηχανισμός της διαδικασίας του στίγματος διενεργεί. Επακόλουθα, το στίγμα μπορεί να έχει και την ανάλογη διαβάθμιση.

ν. Ασθένειες και στίγματα

Σημαντικός όγκος ερευνητικού έργου έχει αφιερωθεί στο ζήτημα της έντασης του στίγματος και της διαβάθμισης που παρουσιάζει ανάλογα με την ασθένεια την οποία αφορά. Τα αποτελέσματα ερευνών, όπως αυτές που θα εξετάσουμε παρακάτω συγκλείουν στο συμπέρασμα η ένταση και οι συνέπειες του στίγματος ποικίλουν μεταξύ των ψυχιατρικών διαγνώσεων (Dinos et al, 2004).

Η κοινή γνώμη έχει την τάση να στιγματίζει εντονότερα ασθενείς με γενετήσιες ψυχικές παθήσεις. Θα περιμέναμε να ισχύσει το αντίστροφο καθώς ένας ασθενής που αντιμετωπίζει μία γενετήσια ψυχική ασθένεια σε καμία περίπτωση δεν μπορεί κατηγορηθεί για την κατάσταση της υγείας του. Ωστόσο, οι γενετήσιες ψυχικές παθήσεις γίνονται αντιληπτές ως μόνιμες γεγονόσ το οποίο προκαλεί μεγαλύτερη δυσaréσκεια καθώς δημιουργείται η εντύπωση πως ο ασθενής δεν πρόκειται ποτέ να

αναρρώσει (Mann, Himelein, 2004). Συμπεραίνουμε οπότε, πως το ενδεχόμενο ανάρρωσης από την ψυχικά ασθένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και την ένταση του στίγματος.

Άλλες έρευνες (Dinos, 2004) υποστηρίζουν πως παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση στην ένταση του στίγματος μεταξύ ψυχωτικών και μη ψυχωτικών ασθενειών. Μεταξύ σχιζοφρένειας και κατάθλιψης η σχιζοφρένεια φαίνεται πάντοτε να επωμίζεται το μεγαλύτερο βέρος του στίγματος, παρόλο που ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη αντιμετωπίζονται συχνά ως υπαίτιοι της κατάστασής τους. Το γεγονός πως η σχιζοφρένεια συνδέεται υποσυνείδητα με την επικινδυνότητα αρκεί προκειμένου οι συγκεκριμένοι ασθενείς να γίνονται αντικείμενο εντονότερων διακρίσεων. Ο βαθμός υπαιτιότητας ωστόσο παραμένει ένα σημαντικό κριτήριο και για το αυτό οι ψυχικά ασθενείς που πάσχουν από αλκοολισμό ή κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα της κλίμακας των διακρίσεων.

Τέλος, μία πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα των Thornicott, Rose και Mehta (2010) πραγματοποίησε μία πολύ εύστοχη καταγραφή των ψυχικών ασθενειών που θεωρούνται οι πιο «στιγματιστικές», τις οποίες μάλιστα κατονομάζουν «Cinderella diagnose». Πως η καταγραφή δεν αφορά την αξιολόγηση και τον στιγματισμό των ασθενών από την κοινή γνώμη των μη ειδικών αλλά τη διάκριση που υφίστανται οι ασθενείς από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Η πρώτη τέτοια διάγνωση είναι η Διαταραχή Προσωπικότητας. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι ενοχλητικοί, επιζητούν συνεχώς την προσοχή, δεν είναι συνεργάσιμοι, είναι σε θέση να ελέγχουν τις αυτοκτονικές τους τάσεις και δεν αξίζουν περισσότερη φροντίδα. Ο σημαντικότερος παράγοντας είναι πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν διεγείρουν την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών. Επόμενη ασθένεια, είναι το

Σύνδρομο της Χρόνιας Κόπωσης. Επειδή δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο η συγκεκριμένη πάθηση είναι ψυχική ή σωματική, η ασθενείς λαμβάνουν την απόρριψη και των δύο ομάδων επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς που πάσχουν από αλκοολισμό δέχονται την απόρριψη και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας τόσο για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω αλλά και για τον επιπλέον λόγο πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς θεωρείται σχεδόν απίθανο να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους και να ακολουθήσουν κατά γράμμα τις οδηγίες του ειδικού. Χωρίς να διευκρινίζεται επακριβώς, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διατηρούν αρνητική στάση απέναντι και στους ασθενείς που πάσχουν από κάπου είδους διανοητική ανωμαλία.

Το ιατρογενές στίγμα αποτελεί ένα θέμα που θα εξετασθεί εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο. Αυτό που επιχειρήσαμε να δείξουμε σε αυτή τη φάση είναι πως η φύση της διάγνωσης μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη μέτρηση και σε τελική ανάλυση τη διαμόρφωση του στίγματος. Αξίζει να επισημάνουμε ωστόσο πως αναφερόμαστε κυρίως στο δημόσιο στίγμα καθώς η δριμύτητα με την οποία οι προκαταλήψεις εσωτερικεύονται από τον ασθενή δεν είναι σε θέση να διαβαθμισθεί με τα ίδια κριτήρια και μπορεί να είναι το ίδιο σκληρή ακόμη και για τους ασθενείς που δεν δημιουργούν το ίδιο αρνητικά συναισθήματα στους υπόλοιπους ανθρώπους, ειδικούς και μη.

III. Η ΚΟΙΝΗ ΓΝΩΜΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

Υπάρχει η άποψη, πως τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των στιγματιστών, αντλούν ψυχολογική ανακούφιση ή ακόμη και ικανοποίηση γνωρίζοντας πως υπάρχουν ανάμεσά τους άνθρωποι που είναι λιγότερο ικανοί και λιγότεροι τυχεροί

από εκείνους (Davidson,2002). Το παραπάνω, σε περίπτωση που ισχύει είναι πιθανόν κατάλληλο προκειμένου να εξηγήσει την διαιώνιση του φαινομένου όχι όμως τους παράγοντες που πυροδοτούν τη διαδικασία. Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως οι «κανονικοί» αισθάνονται ως επί το πλείστον άβολα βρισκόμενοι κοντά σε ψυχικά ασθενείς και άτομα με αναπηρίες ενώ ο Goffman υποστήριζε πως βιώνουν αντιμαχόμενα συναισθήματα καθώς βρισκόμενοι κοντά στους φορείς του στίγματος φοβούνται το ενδεχόμενο να στιγματιστούν και οι ίδιοι.

Σε έρευνα των Zartaloudi και Madianos που δημοσιεύθηκε το 2010, αναφέρεται πως ο γενικός πληθυσμός θεωρεί πως οι ψυχικά ασθενείς είναι είτε «τρελοί» είτε «διανοητικά καθυστερημένοι». Πιστεύεται πως είναι επικίνδυνοι ενώ σε ποσοστά που ξεπερνούν το 75% σε κάθε περίπτωση, δεν θα ήθελαν να έχουν οποιαδήποτε επαφή, θα ένιωθα πολύ άβολα σε περίπτωση που θα έπρεπε να εργαστούν στο ίδιο περιβάλλον, δεν θα μοιραζόντουσαν ποτέ το δωμάτιό τους και θα ένιωθαν ντροπή σε περίπτωση που κάποιος από την δική τους οικογένεια αντιμετώπιζε κάποια ψυχική ασθένεια. Καθώς οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πυροδότηση της διαδικασίας του στίγματος έχουν απασχολήσει μεγάλη μερίδα του ερευνητικού έργου γύρω απ τη μελέτη του στίγματος, είμαστε σε θέση να διακρίνουμε κάποιες επί μέρους κατηγορίες αιτιών που μπορούν να αιτιολογήσουν τόσο την εμφάνιση όσο και τη διαιώνιση του φαινομένου.

i. Επαφή

Έχει αποδειχθεί (Corrigan et al, 2001), η εξοικείωση που σχετίζεται με τη γνώση και την εμπειρία ενός ατόμου με τη ψυχική ασθένεια επηρεάζει σημαντικά την τάση του να υιοθετεί στερεότυπα που πρόκειται να οδηγήσουν σε προκαταλήψεις και διακρίσεις. Η εξοικείωση αυτή μπορεί να κυμαίνεται από την απεικόνιση που

παίρνουμε από την τηλεόραση, στο να έχουμε έναν φίλο ή συνάδελφο ψυχικά ασθενή, στο να πάσχει κάποιο μέλος της οικογένειας μας ή να είμαστε εμείς οι ίδιοι ασθενείς. Όσο πιο μακριά βρισκόμαστε από τον φορέα του στίγματος, τόσο ευκολότερο και πιθανότερο είναι να ανήκουμε στην κατηγορία των στιγματιστών του.

ii. Γνώση

Οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού, ακόμη και των πιο ανεπτυγμένων χωρών, γύρω από τη ψυχική ασθένεια, είναι στις περισσότερες περιπτώσεις υπομοχλευμένες με μύθους, λανθασμένες πληροφορίες και υποκειμενικές απόψεις άλλων υποκειμένων που παρουσιάζονται και υιοθετούνται σαν γενικές αλήθειες. όσο λιγότερο ενημερωμένος είναι κάποιος σε σχέση με την ψυχική ασθένεια, τα συμπτώματα και τις επιδράσεις στη ζωή του ασθενούς, τόσο πιθανότερο είναι να υιοθετήσει κάποια στιγμή στιγματίστηκή συμπεριφορά ενστερνιζόμενος στερεότυπα και προκαταλήψεις. Το συγκεκριμένο αποτελεί και έναν από του κυριότερους παράγοντες για τους οποίους ο ίδιος ο ασθενής αδυνατεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα μίας ψυχικής διαταραχής, στα πρώτα στάδια της εμφάνισής της. Το αποτέλεσμα είναι οι ασθενείς που μπορεί να υποψιάζονται πως αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα να επισκέπτονται κάποιον ειδικό κατά μέσο όρο οκτώ χρόνια μετά τις πρώτες ενδείξεις (Thornikrift, Rose, Kassam, 2007).

iii. Επικινδυνότητα

Το ερώτημα του κατά πόσο ένας ψυχικά ασθενής είναι πιθανότερο να πραγματοποιήσει μία βίαιη πράξη, απ' ότι είναι οποιοσδήποτε άλλος, είναι διαχρονικό. Οι ερευνητές μέχρι και το τέλος της δεκαετίας του 1980 συνέκλιναν στην άποψη πως είναι ασθενής δεν είναι πιθανότερο, είναι μάλιστα λιγότερο πιθανό, να

βιαιοπραγήσει, σε σχέση με οποιονδήποτε άλλο μη ασθενή (Stuart,2001). Πιο πρόσφατες έρευνες ωστόσο έχουν διαπιστώσει πως οι βίαιες πράξεις μεταξύ των ψυχικά ασθενών εκδηλώνονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από το γενικό μέσο όρο. Σύμφωνα με τους επιστήμονες ωστόσο το παραπάνω δεν είναι δυνατόν να γενικευθεί καθώς δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των ψυχικά ασθενών. Μέχρι και σήμερα οι επιστήμονες συμφωνούν πως η πλειοψηφία των ψυχικά ασθενών δεν έχει τάση προς τη βία. Συγκεκριμένα μόνο 2% των οικογενειών που περιλαμβάνουν κάποιον ψυχικά ασθενή έχουν να δηλώσουν κάποιο βίαιο περιστατικό μέσα στο στενό οικογενειακό κύκλο ((Stuart,2001), ενώ μόνο το 3% όλων των βίαιων περιστατικών μπορεί να αποδοθεί σε κάποιον ψυχικά ασθενή. Εν το μεταξύ, σύμφωνα με την Εθνική Συμμαχία για την Ψυχική Ασθένεια των ΗΠΑ (NAMI, 2008), ένας ψυχικά ασθενής είναι δέκα φορές πιθανότερο να θυματοποιηθεί σε σχέση με κάποιον υγιή.

Ο μύθος της επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών συμβάλει τα μέγιστα στη διαμόρφωση στρεβλών εντυπώσεων προκαλώντας την αρνητική, επιφυλακτική ή και επιθετική στάση του γενικού πληθυσμού. Ο φόβος απομακρύνει τους ανθρώπους από τους ψυχικά και γεννά περαιτέρω προκαταλήψεις οι οποίες τους απομακρύνουν ακόμη περισσότερο, διαιωνίζοντας το φαύλο κύκλο.

iv. MME

Στα MME, το φορέα που ασκεί ίσως την ισχυρότερη επιρροή στις απόψεις και γνώμες της κοινωνίας, αντιστοιχεί μία σημαντική μερίδα ευθύνης για τη διαμόρφωση στερεοτύπων και προκαταλήψεων καθώς και δυνάμει στιγματιστικών συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, οι Corrigan και Penn (1999) κατέγραψαν τα MME δύναται να παρουσιάσουν τον ψυχικά ασθενή με μία από τρεις συγκεκριμένες μορφές:

- A) Είναι ανθρωποκτονικοί και μανιακοί και δικαιολογημένα προκαλούν μόνο φόβο
- B) Διατηρούν τις παιδική τους προσωπικότητα και τις αντίστοιχες παιδικές αντιλήψεις για τον κόσμο και συμπεριφέρονται ανάλογα. Αυτού του είδους οι ψυχικά ασθενείς συνηθίζεται να μας προκαλούν τον θαυμασμό
- Γ) Είναι επαναστάτες και «ελεύθερα πνεύματα»

Σύμφωνα με δύο διαφορετικές έρευνες τα ευρήματα των οποίων παρουσιάζονται στο άρθρο των Corrigan και Watson (2002), τα συναισθήματα που προωθούν τα MME σε σχέση με την ψυχική ασθένεια είναι τριών ειδών:

- A) Φόβος. Οι ψυχικά ασθενείς είναι άτομα που θα έπρεπε να φοβόμαστε και να μένουμε όσο το δυνατόν μακριά τους
- B) Απολυταρχισμό. Οι ψυχικά ασθενείς είναι πλάσματα ανεύθυνα και κάποιος άλλος πρέπει να αποφασίζουν πάντα στη θέση τους
- Γ) Αγαθοεργία. Οι ψυχικά ασθενείς είναι αιώνια παιδιά και χρειάζονται την ανάλογη φροντίδα και συμπεριφορά.

Οι παραπάνω απόψεις προωθούνται τόσο εντατικά από τα MME που έχουν καταφέρει να διαμορφώσουν στατικές απόψεις σκιαγραφώντας το προφίλ του κάθε ψυχικά ασθενούς ο οποίος ουσιαστικά θα περιμένουμε να ανταποκρίνεται σε ένα από τα τρία στερεότυπα που έχουν διαμορφωθεί πριν από αυτό και γι' αυτόν. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς έχουν γνωρίζουν ποια είναι η στρεβλή εικόνα που διαμορφώνεται από τα MME για την ασθένειά τους και για το λόγο αυτό επιλέγουν να απ' έχουν από τέτοιου είδους ενημέρωση και ψυχαγωγία. Κάποιοι ασθενείς ωστόσο, για παράδειγμα οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν την ανάγκη να παρακολουθούν MME κυρίως για λόγους ψυχαγωγίας. Το αποτέλεσμα είναι το

στίγμα που προωθείται από τα Μέσα να εσωτερικεύεται απ' ευθείας από τον ίδιο τον ασθενή.

ν. Το στίγμα της ψυχιατρικής

Όπως παραδόξως, τα στερεότυπα που αναπαράγει η κοινή γνώμη σε σχέση με την ψυχική υγεία, δεν αφορούν μόνο τους ασθενείς αλλά πολλές φορές και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Συχνές αντιλήψεις περιλαμβάνουν την εντύπωση πως οι επαγγελματίες και κυρίως οι ψυχίατροι είναι άνθρωποι με ιδιαίτερες προσωπικότητες, εκκεντρικοί, έχουν τη δυνατότητα να διαβάζουν τη σκέψη των άλλων, είναι υπεραναλυτικοί και όχι 100% ισορροπημένοι πνευματικά.

Τέτοιου είδους διακρίσεις έχουν σαν αποτέλεσμα οι ίδιοι οι επαγγελματίες να αισθάνονται πολύ συχνά άβολα με το επάγγελμα τους ή να επηρεάζονται αρκετά αρνητικά ώστε να δηλώνουν πως αν μπορούσαν θα αναθεωρούσαν ακόμη και την επιλογή της ειδικότητάς τους.

IV. ΙΑΤΡΟΓΕΝΝΕΣ ΣΤΙΓΜΑ

Είναι πιθανό το ειδικά εκπαιδευμένο δυναμικό των ψυχιάτρων να προωθεί και να διαιωνίζει το φαινόμενο του στίγματος; Η απάντηση είναι θετική. (Thornicrott, Rose, Metha, 2010) Οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να είναι γενικά πολύ πιο απαισιόδοξοι σε σχέση με την εξέλιξη της υγείας των ασθενών τους απ' ότι θα περιμέναμε και απ' ότι ίσως θα έπρεπε. Βασικό αίτιο είναι πως τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα και σε συνέχεια είναι τα δριμύτερα. Αντιθέτως τα πιο ελαφρά περιστατικά διακόπτουν πολύ σύντομα την παρακολούθηση με αποτέλεσμα ο γιατρός να είναι σε συνεχή επαφή περιστατικά που ο ίδιος αξιολογεί ως ανίατα. Ακόμη, εξαιτίας της λεπτότητας του ζητήματος της ψυχικής υγείας και της σοβαρότητας των

επιπτώσεων που μπορεί η ορθή ολοκλήρωση της θεραπείας οι ψυχίατροι τείνουν να είναι αποθαρρυντικοί, υπερβολικοί και υπερπροστατευτικοί με τους ασθενείς τους, με απώτερο στόχο την προφύλαξή τους. Το αποτέλεσμα είναι οι ασθενείς να συνειδητοποιούν για ακόμη μία φορά τη διαφορετικότητά τους και την αδυναμία τους να έχουν μία φυσιολογική καθημερινότητα, να επιχειρήσουν να ζήσουν μόνοι τους, να εργαστούν και γενικότερα να αυτονομηθούν.

Ο ιατρογενής στιγματισμός ωστόσο δεν αφορά μόνο το ψυχιατρικό σώμα αλλά και τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Είναι γεγονός πως οι ψυχικά ασθενείς τείνουν να απολαμβάνουν παγκοσμίως, χαμηλότερου επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως το προσωπικό που δεν διαθέτει την κατάλληλη εξειδίκευση δεν είναι σε θέση να διαχειρισθεί τους ψυχικά ασθενείς όπως έχουν ανάγκη, η επικοινωνία μεταξύ τους καθίσταται δυσλειτουργική, οι ίδιοι αδυνατούν να περιγράψουν με ακρίβεια τα συμπτώματα που βιώνουν ενώ οι γιατροί από την πλευρά τους αντιμετωπίζουν με δυσπιστία. Το αποτέλεσμα είναι οι ψυχικά ασθενείς να μη λαμβάνουν την περίθαλψη που δικαιούνται, ακόμη και αν πάσχουν από αρκετά σοβαρά προβλήματα υγείας. Το παραπάνω επιβεβαιώνεται από το γεγονός πως οι ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν παγκοσμίως ιδιαίτερα χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, με νούμερο ένα αίτιο τις καρδιαγγειακές παθήσεις. (Hocking, 2002)(Thornicroft, Rose, Metha, 2010)

Ο ρόλος της διαγνωστικής ταμπέλας

Τίποτα δεν επιτυγχάνει τον στιγματισμό του ασθενούς στο πλαίσιο της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο η ίδια η διάγνωση της ασθένειάς του.(D. Ben-Zeev et al, 2010) Αναμφισβήτητα η χρήση της διαγνωστικής ορολογίας αποτελεί εργαλείο

κατά τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία καθώς κωδικοποιεί πληροφορίες απαραίτητες για την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Όσο βοηθητική μπορεί να αποδειχθεί για τους επαγγελματίες υγείας ωστόσο, άλλο τόσο καταστροφική έχει αποδειχθεί για τον ίδιο τον ασθενή. Η διάγνωση αποτελεί μία ταμπέλα- μία βινιέτα όπως συνηθίζεται να αποκαλείται από τους επιστήμονες που μελετούν το στίγμα- η οποία προσκολλάται στον ασθενή, εσωτερικεύεται από τον ίδιο και πολύ εύκολα υιοθετείται από την κοινή γνώμη των μη ειδικών, οι οποίοι χωρίς να γνωρίζουν την πραγματική της σημασία την αναπαράγουν την διαστρεβλώνουν και τη μετατρέπουν σε εργαλείο στιγματισμού. (Angermeyer, 2004). Τα συμπεράσματα που προκύπτουν αβίαστα στο άκουσμα της μίας διάγνωσης σχετίζονται άμεσα με τη διαβάθμιση του στίγματος ανάλογα με τη φύση της ασθένειας όπως την εξετάσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Κατ' αυτό τον τρόπο οι μη ειδικοί, τείνουν να συνδέουν απερίσκεπτα πάντοτε την ταμπέλα της σχιζοφρένειας με την επικινδυνότητα και εκείνη της κατάθλιψης με τον οίκτο. (Corrigan, 2007)

Ένα άλλο μειονέκτημα της διάγνωσης είναι η ιδέα της ομοιογένειας την οποία προκαλεί, η οποία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι λανθασμένη. Η διαγνωστική ταμπέλα γίνεται μία ομπρέλα κάτω από την οποία ομαδοποιούνται περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι μπορεί ωστόσο να έχουν πολύ έντονες διαφορές μεταξύ τους, τόσο ως προς την πάθηση όσο και ως προς την διάγνωση. (Dinos, 2004) Η αίσθηση της ομοιογένειας επιπλέον, ευνοεί την αναπαραγωγή προκαταλήψεων ενισχύοντας και πάλι το στίγμα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο των Zen et al (2010) η καταστροφική διαδικασία που ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης περιλαμβάνει τρία στάδια: **ομαδοποίηση, ομοιογένεια και σταθερότητα.**

- Η **ομαδοποίηση** είναι η κατάσταση κατά την οποία ένα σύνολο ανθρώπων γίνεται αντιληπτή ως μία ανούσια ολότητα.

- Η **ομοιογένεια** δίνει την ψευδαίσθηση πως όλα τα μέλη της ομάδας που εξετάζουμε είναι πανομοιότυπα, έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά και τις ίδιες ανάγκες.
- Η **σταθερότητα** πηγάζει από την αντίληψη της κοινής γνώμης πως η ψυχική ασθένεια είναι ανίατη και η παρούσα κατάσταση είναι μόνιμη καθώς κανένας ασθενής δεν έχει την ελπίδα να απενταχθεί από την ομάδα στην οποία τον τοποθετήσαμε.

Οφείλουμε να σημειώσουμε πως σε κάποιες περιπτώσεις η διάγνωση έχει αποδειχτεί πολύτιμη για τον ίδιο τον ασθενή. Μαρτυρίες ασθενών υποστηρίζουν πως την στιγμή της διάγνωσης είναι δυνατόν να τους διακατέχει μία αίσθηση ανακούφισης καθώς για πρώτη φορά αισθάνονται πως δεν είναι μόνοι τους αλλά πως υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι που μπορεί να αισθάνονται κάτι παρόμοιο. Αυτό που προτείνεται στην προκειμένη περίπτωση δεν είναι φυσικά η κατάργηση της διαγνωστικής ορολογίας αλλά η χρήση της σαν μία διαδικασία δυναμική και όχι σαν κάτι το οποίο ο ασθενής είναι «φέρει» για το υπόλοιπο της ζωής του.

V. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

i. Η εμπειρία του στίγματος

Παρόλο που σημαντικός όγκος μελετών έχει αφιερωθεί στη μελέτη του στίγματος, στην προσπάθεια να μετρηθεί, να κατανοηθεί και να εντοπισθούν οι παράγοντες οι οποίοι υπεισέρχονται και συμβάλλουν στη διαμόρφωσή του, πολύ περιορισμένος αριθμός μελετών έχει επικεντρωθεί στους ίδιους τους ασθενείς και στην άντληση πληροφοριών κατευθείαν από την πηγή.

Από τις λίγες διαθέσιμες σχετικές έρευνες καταφέραμε να συμπεράνουμε πως η εμπειρία του στίγματος μπορεί να είναι το ίδιο εξουθενωτική με την εμπειρία της

νόσου και των συμπτωμάτων της. Οι ψυχικά ασθενείς που βιώνουν το στίγμα τείνουν να μην κάνουν σχέδια για το μέλλον, αδυνατούν να εργαστούν και να ζήσουν μόνοι τους, βιώνουν καθημερινά την προσωπική τους απαξίωση και πολύ συχνά χάνουν το νόημα της ύπαρξής τους. Το συνηθέστερο φαινόμενο για τον ασθενή είναι να ακούει προσβλητικά σχόλια για τον εαυτό του, είτε από τους γύρω του, γνωστούς και μη, είτε από τα ΜΜΕ. Υπάρχουσες έρευνες (Wahl, 1999) μας επιβεβαιώνουν πως τα αρνητικά και προσβλητικά σχόλια δεν σταματούν ακόμη και μετά την αποθεραπεία του ασθενούς, αρκεί να γνωρίζει κάποιος το ιατρικό του παρελθόν. Είναι εντυπωσιακό και εξαιρετικά λυπηρό πως περισσότεροι από τους μισούς δηλώνουν πως από την στιγμή που η ασθένειά τους μαθεύτηκε, δεν έλαβαν την απαραίτητη υποστήριξη από τον φιλικό τους περίγυρο. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι φίλοι είτε άλλαξαν συμπεριφορά και απομακρύνθηκαν είτε βγήκαν από τη ζωή τους εξολοκλήρου.

Ο φόβος της απόρριψης δεν αφορά μόνο τον φιλικό αλλά και τον οικογενειακό περίγυρο, για το λόγο αυτό η αποκάλυψη της ασθένειας, ακόμη και στην ίδια την οικογένεια αποτελεί ένα ζήτημα. Ακόμη και αν ο ασθενής δεν σκέφτεται πως η οικογένειά του θα τον εγκαταλείψει, τον προβληματίζει το ζήτημα της ντροπής και του στίγματος που θα χαρακτηρίσει όλη την οικογένεια. Το ζήτημα της αποκάλυψης ή όχι της ασθένειας ή του βεβαρυμμένου ιστορικού εγείρεται πολύ έντονο σε σχέση με την αγορά εργασίας. Οι εργοδότες, κατά δήλωση των ασθενών, είναι εξαιρετικά επιφυλακτικοί ενώ σε πολλές περιπτώσεις απορρίπτεται ακόμη και η πρόθεση των ασθενών να προσφέρουν εθελοντικά.

Αξίζει να αναλογιστούμε πως ο τρόπος που βιώνεται το στίγμα μπορεί να είναι από δυσάρεστος έως και απάνθρωπος και κυρίως καταστροφικός για την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Το γεγονός πως περιορισμένος αριθμός ερευνών έχει επικεντρωθεί

στην μελέτη του στίγματος από την πλευρά των ασθενών να μπορούσαμε να υποθέσουμε πως αντιπροσωπεύει ακόμη μία μορφή διάκρισης καθώς ίσως οφείλεται στο δισταγμό του ερευνητή να επικοινωνήσει με τον ασθενή. Το παραπάνω φυσικά αποτελεί προσωπική υπόθεση και δεν επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία.

ii. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και Αποχή

Η αλληλεπίδραση του στίγματος με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί το κεντρικό ζήτημα της μελέτης μας. Σκοπός των όσων παρατέθηκαν έως τώρα είναι, μεταξύ άλλων, η κατανόηση των πολύπλοκων διεργασιών και παραμέτρων που λαμβάνει υπόψη του ένας ψυχικά ασθενής πρώτου αναζητήσει βοήθεια από κάποια υπηρεσία ή κάποιον ειδικό. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας γίνονται αντιληπτές από τον ασθενή ως ένα συνονθύλευμα ευλογίας και κατάρας (Thornicroft, Rose, Metha, 2010). Τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική οι έρευνες συμφωνούν πως λιγότερο από το 1/3 των ασθενών που χρειάζονται βοήθεια την αναζητούν στις υπηρεσίες. Το παραπάνω δεν σχετίζεται όλως παραδόξως με οικονομικούς παράγοντες καθώς το αίτιο της αποχής δεν είναι το κόστος της περίθαλψης αλλά ο φόβος του στίγματος.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται πολύ συχνά στο περιθώριο των υπηρεσιών υγείας καθώς αποτελεί εκείνον το τον τομέα που απορροφά αναλογικά τους λιγότερους πόρους, οι υπηρεσίες του είναι τις περισσότερες φορές υποστελεχωμένες διαιωνίζοντας με αυτόν τον τρόπο μία άποψη ανεπάρκειας προς τους χρήστες (Villares, Srtorious, 2003). Είναι επίσης παράδοξο, πως μεγάλη μερίδα ψυχικά ασθενών μιλούν αποδοκιμαστικά για το προσωπικό των υπηρεσιών, το οποίο αν και ειδικά εκπαιδευμένο αντιμετωπίζει τους χρήστες πατερναλιστικά, τιμωρικά και ντροπιαστικά (Thornicroft et al, 2007).

Φυσικά η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν αποτελεί τον αποκλειστικό παράγοντα αποφυγής αναζήτησης βοήθειας, καθώς πρόκειται για μία πολύπλοκη διαδικασία στην οποία είναι δυνατόν να υπεισέρχονται ποικίλοι παράγοντες. Έναν από αυτούς τους παράγοντες αποτελεί και το πολιτισμικό στοιχείο. Για παράδειγμα, έρευνα του Al- Krenawi το 2004 στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα και το Ισραήλ έδειξε πως την πρώτη-αν όχι τη μόνη- διεξοδο των γυναικών (και μάλιστα μορφωμένων γυναικών, καθώς το δείγμα αποτελούνταν από φοιτήτριες) σε περιπτώσεις έντονης ψυχολογικής πίεσης αποτελεί ο Θεός και η προσευχή. Το στοιχείο που μοιράζονται όλες οι κουλτούρες ωστόσο, ανεξάρτητος ηπίρου και επιδρά εξαιρετικά στην αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είναι η ελλιπής και στρεβλή γνώση και ενημέρωση.

Οι επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν επίμονα πως η πλειοψηφία των ατόμων που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είτε δε ζητούν ποτέ βοήθεια, είτε εγκαταλείπουν πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας (Corrigan, 2007). Είναι μάλιστα γεγονός, πως οι ασθενείς που πάσχουν από δριμύτερες ψυχικές παθήσεις και εντονότερα συμπτώματα δεν είναι πιθανότερο να αναζητήσουν βοήθεια, σε σχέση με εκείνους που αντιμετωπίζουν πιο ελαφρά συμπτώματα. Οι έρευνες ισχυρίζονται πως βασικό αίτιο παραμένει το γεγονός πως κανένας δεν θέλει να στιγματιστεί ως «ψυχικά ασθενής». Το παραπάνω συνδυάζεται με σκέψεις σχετικά με το τι μπορεί οι άλλοι να σκεφτούν καθώς και με την ανάγκη να αντιμετωπίσει κάποιος μόνος του το πρόβλημά του (Corrigan, 2007). Η επιφύλαξη των ίδιων των χρηστών απέναντι στο σύστημα που σκοπός του είναι η φροντίδα και η περίθαλψη των ψυχικά ασθενών, θεωρείται πως έχει αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξή του. Ο ασθενής αρνούμενος την ανάγκη του για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αρνείται την ταμπέλα του ψυχικά ασθενούς. Ταυτόχρονα δυστυχώς αρνείται

και το ίδιο του το πρόβλημα το οποίο δεν παύει να βρίσκεται εκεί και να εξελίσσεται με επιβαρυντικές επιπτώσεις για τον ίδιο.

Είναι άξιο λόγου και τρομακτικό ταυτόχρονα πως το παραπάνω αφορά και την ψυχική υγεία των παιδιών, όπου η αναζήτηση για υπηρεσίες υγείας επαφίεται στην αντίληψη των γονιών τους. Έρευνες ισχυρίζονται πως οι ενήλικες παραμένουν το ίδιο διστακτικοί προκειμένου να αναζητήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τα παιδιά τους, εξαιτίας του φόβου του στίγματος, για το παιδί και για τους ίδιους καθώς επίσης και εξαιτίας του φόβου πως μπορεί να κατηγορηθούν και οι ίδιοι για την ασθένεια του παιδιού τους.

Εκείνο που οι δυνάμει χρήστες αγνοούν ή αρνούνται να παραδεχτούν και να συνειδητοποιήσουν είναι πως η αποχή τους δεν τους καθιστά περισσότερο ασφαλείς από τις επιπτώσεις του στίγματος. Οι επιστήμονες διαπιστώνουν πως εκείνοι που έχουν ανάγκη αλλά απέχουν από της υπηρεσίες μπορεί να βιώνουν έως και το διπλάσιο στίγμα από τους χρήστες (Zartaloudi, Madianos, 2010). Η υποθετική αντίληψη και ο φόβος του στίγματος μπορεί αποδειχθεί το ίδιο έως και πολύ περισσότερο επιβαρυντική για τον ασθενή από ότι το ίδιο το στίγμα.

VI. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μέσα από το εκτενές έργο του προσανατολισμένο στη μελέτη, την κατανόηση την ανάλυση και την αντιμετώπιση του στίγματος ο Patric Corriggan (1999) κατέληξε σε μία πρόταση τριών συνιστωσών για την αντιμετώπιση του στίγματος. Η επιτυχής αντιμετώπιση του φαινομένου του στίγματος μπορεί να επιτευχθεί μέσω τριών διαδικασιών φάσεων: **διαμαρτυρία, εκπαίδευση, επαφή.**

Διαμαρτυρία

Η διαμαρτυρία αναφέρεται στην λανθασμένη απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας η οποία αναπαράγεται κατ' εξοχήν από τα ΜΜΕ, διαμορφώνει στερεότυπα και επιχειρεί να χωρέσει τα πραγματικά πρόσωπα των ψυχικά ασθενών στα ψυχαγωγικά καλούπια που κατασκευάζει. Πρόκειται για τη διαμαρτυρία εκείνων οι οποίοι θίγονται περισσότερο απ' όλους εξαιτίας αυτής της εκτεταμένης «παρεξήγησης». Πρόκειται για τη διαμαρτυρία των ασθενών, των οικογενειών τους, των επαγγελματιών και όσων έχουν την δυνατότητα να δουν καθαρά την αλήθεια της ψυχικής ασθένειας μέσα από την ομίχλη των μύθων και των προκαταλήψεων. Τα ΜΜΕ, που τόσο εύκολα και αβίαστα διαμορφώνουν απόψεις και συνειδήσεις, θα μπορούσαν να συμβάλλουν τα μέγιστα προς αυτήν την κατεύθυνση. Η εικόνα της ψυχικής ασθένειας δεν είναι κάτι το οποίο θα έπρεπε να ψυχαγωγεί αλλά κάτι το οποίο θα έπρεπε να κατανοείται. Οι εμπειρίες και οι ιστορίες, οι πραγματικές ιστορίες των ψυχικά ασθενών, εκείνων που επιθυμούν να τις μοιραστούν, θα έπρεπε να ακουστούν καθώς τα ΜΜΕ θα μπορούσαν να αποτελέσουν το κανάλι αυτής της πληροφορίας και η κοινή γνώμη πιθανόν θα είχε επιτέλους την ευκαιρία να αντικρίσει το πιο επικίνδυνο πρόσωπο, το δικό της.

Εκπαίδευση

Σημαντικό κομμάτι της εκπαιδευτικής διαδικασίας θα μπορούσε να έρθει και πάλι μέσα από τα ΜΜΕ. Αναμφισβήτητα ωστόσο η εκπαίδευση θα έπρεπε να ξεκινήσει από τους ίδιους τους φορείς της. Η εκπαιδευτική διαδικασία, της προσχολικής και σχολικής ηλικίας θα έπρεπε πριν απ' όλα να παρέχει την πληροφορία και να προλαμβάνει τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που βρίσκονται διάχυτα στην κοινωνία πριν γίνουν κτήμα καινούργιων συνειδήσεων. Η εκπαίδευση των ειδικών θα πρέπει να κινείται στον άξονα της αποφυγής και της αντιμετώπισης του στίγματος. Πολλοί λίγοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας λαμβάνουν υπόψη τους τον παράγοντα

στίγμα κατά τη θεραπευτική διαδικασία, αγνοώντας την σημασία του τόσο στον ψυχισμό του ασθενούς όσο και στη συνέχεια της φροντίδας του. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν θα πρέπει να περιορίζεται στους ψυχιάτρους καθώς η ελλιπής γνώση διαχείρισης τέτοιων περιστατικών από τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων δεν μπορεί να αποτελεί πλέον αποδεκτή δικαιολογία. Τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών δεν είναι απαραίτητως μόνο ψυχικά ή ψυχοσωματικά και οι ανάγκες τους σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν αυτό που είναι, αυτονόητες!

Επαφή

Η επαφή μας με τη ψυχική ασθένεια μειώνει την τάση μας να υιοθετούμε στερεότυπα και να υποκύπτουμε σε προκαταλήψεις. Όσο πιο μακριά βρισκόμαστε από τον φορέα της ασθένειας, τόσο πιο στρεβλή είναι η εικόνα που διαμορφώνουμε για εκείνον. Αντιθέτως, η μείωση της απόστασης μας φέρνει πιο κοντά στην πραγματικότητα και μας βοηθάει να δούμε πίσω από τα στίγματα. Η δυνατότητά μας να βρεθούμε κοντά στους ψυχικά ασθενείς, μη αποφθέγοντας τους αλόγιστα, ακούγοντας τι έχουν να πουν και τι βιώνουν καθημερινά, επιτρέποντας τους να παραμείνουν και να αποθεραπευτούν μέσα στην κοινότητα μπορεί να σημαίνει ένα δυνατό χτύπημα στην πεμπτουσία του στίγματος: το διαχωρισμό του «εμείς» από το «εσείς».

«Ανοίξτε τις πόρτες»

Το πρόγραμμα Ανοίξτε τις Πόρτες (Open the doors) αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των αντιστιγματιστικών προγραμμάτων που διενεργούνται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα σε παγκόσμιο επίπεδο. (Rosen et al, 2000¹) Το συγκεκριμένο πρόγραμμα ξεκίνησε το 1996 με πρωτοβουλία της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας

με σκοπό της αντιμετώπιση του στίγματος της σχιζοφρένειας. Οι στόχοι που ήρθε να εκπληρώσει εξαρχής ήταν τρεις:

- Ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης
- Βελτίωση των στάσεων και αντιλήψεων του κοινού
- Ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε πιλοτικά στην Αυστρία, την Ισπανία και τον Καναδά ενώ στο επόμενο κύμα εντάχθηκε και η Ελλάδα. Σε κάθε περίπτωση το πρόγραμμα αναλαμβάνεται από κάποιον εθνικό φορέα και κάποιον αντίστοιχο επιστημονικό υπεύθυνο και προσαρμόζεται στα δεδομένα της κάθε χώρας. Για την Ελλάδα ο φορέας αυτός ήταν το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Το πλάνο του προγράμματος προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα και εκτελέστηκε ως μία πανελλαδική εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης με την βοήθεια όλων των ειδών ΜΜΕ και την διανομή ειδικώς επεξεργασμένου ενημερωτικού υλικού από σχολεία μέχρι και νοικοκυριά. Η έκβαση και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος αξιολογήθηκε ως επιτυχής καθώς οι στόχοι που τέθηκαν εκπληρώθηκαν σε σημαντικό μέρος τους. Δεκαπέντε χρόνια μετά ωστόσο δεν μπορούμε να γνωρίζουμε κατά πόσο τα αποτελέσματα αυτά έχουν διαρκέσει.

Η πρωτοβουλία και η οργάνωση τέτοιων προγραμμάτων αποτελεί πιθανότατα το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση του στίγματος εφόσον είναι δυνατόν να συμπυκνώσουν όλες τις στρατηγικές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Μεγαλύτερο βάρος θα έπρεπε ίσως να δοθεί στην αξιολόγηση και την ανατροφοδότηση μέσα από τα αν λόγω προγράμματα καθώς και στη συνέχεια στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού ενάντια στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας.

VII. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο με μακρά ιστορία καθώς η ψυχική ασθένεια από τους πρώτους αιώνες της εμφάνισής της αναγνωρίστηκε ως κάτι σκοτεινό και συνδέθηκε με μυστικιστικές αντιλήψεις. Τον 21^ο αιώνα, την εποχή της γνώσης και της πληροφορίας μπορούμε ε σιγουριά να πούμε πως το στίγμα της ψυχικής ασθένειας εξακολουθεί υφίσταται και να αναπαράγει μία στρεβλή εικόνα για τους ασθενείς.

Ο στιγματισμός, σαν αποτέλεσμα της διεργασίας στερεότυπων και προκαταλήψεων που αναπόφευκτα οδηγούν σε διακρίσεις και την αποκοπή του στιγματισμένου ασθενούς από το «εμείς» οφείλεται και διαιωνίζεται εξαιτίας μίας σειράς παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται κυρίως με τους και τα βεβιασμένα συμπεράσματα που αναπαράγονται μέσα στην κοινωνία καθώς και τα μη αντιπροσωπευτικά δείγματα που διασπείρουν τα ΜΜΕ με σκοπό να ψυχαγωγήσουν, με καταστροφικά αποτελέσματα όμως για τους ασθενείς. Το παράδοξο είναι πως ο στιγματισμός δεν αναπαράγεται μόνο από τους μη ειδικούς αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι λόγω της φύσης της εργασίας τους αλλά και εξαιτίας ανεπαρκούς ενημέρωσης, εκπαίδευσης και ενσυναίσθησης συμβάλλουν στην εξέλιξη και τη διαιώνιση του φαινομένου.

Μία από της σημαντικότερες επιπτώσεις του στίγματος αποτελεί η απομάκρυνση από τις υπηρεσίες υγείας, ακόμη και των ασθενών που χρίζουν άμεσης και εντατικής παρακολούθησης. Η διεθνής αρθρογραφία επιβεβαιώνει πως έως και τα 2/3 των ασθενών που χρίζουν ψυχιατρικής φροντίδας δεν την αναζητούν, φοβούμενοι τον ενδεχόμενο στιγματισμό για εκείνους και τις οικογένειές τους. Οι επιπτώσεις είναι ανυπολόγιστες κυρίως για την εξέλιξη της υγείας των ασθενών, οι οποίοι φθείρονται π τον φόβο του στίγματος πολύ περισσότερο από ότι είναι σε θέση να τους φθείρει αποκλειστικά η ασθένεια τους.

Η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή έχει χαρακτηριστεί ως το τρίπτυχο – κλειδί στην αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και πληθώρα επιστημόνων φαίνεται να στέκεται πίσω από την άποψη. Η διαμόρφωση προγραμμάτων με αυτόν τον σκοπό αποτελεί πραγματικότητα τα τελευταία 15 χρόνια, με μεμονωμένα αποτελέσματα ωστόσο. Η επιτυχής εξάλειψη του στίγματος επαφίεται στην εκπαίδευση των ειδικών και των μη ειδικών και την εγκαθίδρυση της καταπολέμησής του ως κοινού στόχου. Αρκεί να αναλογιστούμε πως η ψυχικά ασθένεια είναι πολύ πιο διαδεδομένη απ’ ότι πιστεύουμε και απ’ ότι θα θέλαμε να παραδεχτούμε και ποτέ δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πόσο μακριά μας μπορεί να βρίσκεται.

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΕΡΕΥΝΑ

I. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ως κεντρικό ζήτημα της παρούσης μελέτης είναι, ο ρόλος του στίγματος στην χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μας ενδιαφέρει να εξετάσουμε τόσο τους παράγοντες και τις επιδράσεις του φαινομένου, όσο και να καταλήξουμε σε μία σειρά από βιώσιμες προτάσεις προκειμένου το φαινόμενο να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά στο μέλλον.

i. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που μας απασχόλησαν προέκυψαν ως επί το πλείστον από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και θα μπορούσαμε να τα κατατάξουμε σε διακριτές κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές αφορούν: το στίγμα της ψυχικής ασθένειας γενικά, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων που το διαμορφώνουν και τις συνέπειες που απορρέουν από αυτό, τις οικογένειες των ασθενών ως δρώντα που επηρεάζει και επηρεάζεται από το στίγμα ενώ πολύ συχνά κινεί την διαδικασία αναζήτησης υπηρεσιών, τους επαγγελματίες υγείας, ψυχικής και μη, και φυσικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Κλείνοντας αναζητήσαμε μέσα στο δείγμα προτάσεις για την καταπολέμηση του φαινομένου στο μέλλον.

Αναλυτικά τα ερευνητικά ερωτήματα που μας απασχόλησαν είναι τα εξής:

1^{ος} Άξονας: Το Στίγμα Γενικά

1. Πως γίνεται αντιληπτό το στίγμα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και από τους ασθενείς;
2. Τι επιπτώσεις μπορεί να έχει η επίδραση του στίγματος στην αγορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τον ίδιο τον ασθενή και όχι μόνο;

2^{ος} Άξονας: Οικογένεια

1. Ποιος είναι ο ρόλος της οικογένειας στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και κατά πόσο το ενδεχόμενο στίγμα λαμβάνεται υπόψη;

3^{ος} Άξονας: Επαγγελματίες Υγείας

1. Οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους υπόλοιπους ασθενείς από τους γιατρούς των μη ψυχιατρικών ειδικοτήτων;
2. Ποιος είναι ο ρόλος της διάγνωσης στη γέννηση του στίγματος;

4^{ος} Άξονας: Υπηρεσίες

1. Τι συνεπάγεται η αναζήτηση υπηρεσιών υγείας για έναν ψυχικά ασθενή;
2. Είναι εξίσου σύνηθες το φαινόμενο της διακοπής της θεραπείας με εκείνου της εξολοκλήρου αποφυγής των υπηρεσιών, εξαιτίας του ενδεχόμενου στίγματος;

5^{ος} Άξονας: Αντιμετώπιση

1. Αντιμετωπίζεται το στίγμα στην πράξη ή είναι σύμφυτο της ψυχικής ασθένειας;
2. Υπό ποιες συνθήκες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν ήταν ταυτισμένες με τη διαδικασία του στίγματος;

ii. Μεθοδολογία

Επιλέχθηκε η μέθοδος της ποιοτικής κοινωνικής έρευνας καθώς σκοπός μας ήταν να ερευνήσουμε το φαινόμενο «από μέσα προς τα έξω» και να το εξετάσουμε από την οπτική γωνία των ίδιων των δρώντων (Flick, Kardorff, Steinke, 2004). Θελήσαμε να μελετήσουμε το στίγμα όχι σαν μία μεταβλητή αλλά ως μία κοινωνική πραγματικότητα η οποία βιώνεται καθημερινά με τρόπο τον οποίον ως επί το πλείστον αγνοούμε.

Η ποιοτική έρευνα θεωρήσαμε πως θα μας δώσει τη δυνατότητα να φωτογραφίσουμε το στίγμα μέσα στο πεδίο στο οποίο διαμορφώνεται και να το γνωρίσουμε μέσα από τις πραγματικές εμπειρίες εκείνων που το συναναστρέφονται καθημερινά. Η ποιοτική έρευνα επιλέχθηκε ως η πλέον κατάλληλη μέθοδος προκειμένου να πετύχουμε τον πρωταρχικό μας στόχο : την κατανόηση του στίγματος.

Η ποιοτική μέθοδος που επιλέξαμε είναι η απλή ημιδομημένη συνέντευξη, βασισμένη σε ερωτηματολόγιο οδηγό, το οποίο παρουσιάζεται αναλυτικότερα στη συνέχεια.

iii. Δείγμα

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 6 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, απασχολούμενοι στο Δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Σταυρούπολης Θεσσαλονίκης. Οι ειδικότητες στις οποίες κατατάσσονται είναι οι εξής:

3 Ψυχίατροι- εκ των οποίων ένας ειδικευόμενος

1 Ψυχολόγος

1 Νοσηλεύτρια

1 Κοινωνική Λειτουργός

Η επιλογή του νοσηλευτικού ιδρύματος κρίθηκε εύστοχη καθώς πρόκειται για ένα από τα μεγαλύτερα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας με μεγάλο όγκο και εύρος περιστατικών καθώς και εντάσεως εργασίας.

Σκοπός μας ήταν να κατανοήσουμε το στίγμα μέσω των επαγγελματιών υγείας εφόσον, οι επαγγελματίες υγείας ήταν σε θέση να εξετάσουν το στίγμα από δύο προσεγγίσεις. Αφενός από εκείνη των ασθενών, σφυγμομετρώντας τις καθημερινές τους εμπειρίες από την επαφή μαζί τους, αφετέρου από κείνη των υπηρεσιών, τις οποίες σε έναν μεγάλο βαθμό εκπροσωπούν.

Άλλωστε, όπως είδαμε και στη βιβλιογραφία, στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι έρευνες που πραγματεύονται το φαινόμενο του στίγματος της ψυχικής ασθένειας βασίζονται σε δείγματα μη ασθενών. Συγκεκριμένα συνηθίζεται να μετράται το στίγμα σύμφωνα με τις στάσεις προς τους ψυχικά ασθενείς ενώ πολύ σπανιότερα οι ίδιοι οι ασθενείς αποτελούν την πηγή των πληροφοριών (King et al, 2007). Το παραπάνω είναι σε μεγάλο βαθμό κατανοητό καθώς η προσέγγιση ενός μεγάλου δείγματος ψυχικά ασθενών, η μελέτη των απόψεων και των βιωμάτων τους μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά δυσχερής, κυρίως όταν η έρευνα πραγματεύεται ένα τόσο λεπτό ζήτημα όπως το στίγμα. Αναμφισβήτητα η διεξαγωγή μίας τέτοιας έρευνας προϋποθέτει μεγάλο εύρος χρόνου και κυρίως εξειδίκευσης.

Για τους παραπάνω λόγους οι ψυχικά ασθενείς δε συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα της δικής μας έρευνας. Καθώς όμως όπως είπαμε σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε και να κατανοήσουμε το στίγμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκ των έσω, οπότε και επιλέξαμε να στραφούμε στους επαγγελματίες υγείας.

iv. Ερευνητικό εργαλείο

Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, οι ημιδομημένες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν βασίσθηκαν σε οδηγό συνέντευξης, ο οποίος συντάχθηκε στη βάση των 5 αξόνων στους οποίους κατατάξαμε τα ερευνητικά ερωτήματα. Μέσω του οδηγού επιχειρήθηκε η απάντηση του συνόλου των ερευνητικών ερωτημάτων.

Ο οδηγός αποτελείται από 31 κύριες ερωτήσεις, κατανεμημένες στους παραπάνω άξονες. Συγκεκριμένα:

- ✓ 3 ερωτήσεις σχετικές με τη Κλινική, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν μόνο μία φορά, στην Διευθύντρια της Κλινικής
- ✓ 12 ερωτήσεις αφορούν το στίγμα γενικά, τους παράγοντες που το διαμορφώνουν και τις συνέπειες που επιφέρει
- ✓ 1 ερώτηση αφορούσε την οικογένεια των ασθενών και τον τρόπο που επηρεάζει και επηρεάζεται από το στίγμα καθώς και το ρόλο της στην αναζήτηση των υπηρεσιών
- ✓ 7 ερωτήσεις αφορούσαν την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- ✓ 5 ερωτήσεις αφορούν τους επαγγελματίες υγείας, ως επί το πλείστον εκείνους της ψυχικής υγείας αλλά όχι αποκλειστικά
- ✓ 3 ερωτήσεις τέλος, αφορούσαν την αναζήτηση λύσεων προς αντιμετώπιση και καταπολέμηση του φαινομένου

Καταγράφηκαν επίσης διευκρινιστικές ερωτήσεις οι οποίες περιελάμβαναν είτε κάποιο παράδειγμα είτε κάποιο στοιχείο που προέκυπτε από την βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό να στηρίζει και να κάνει όσο το δυνατόν πιο κατανοητή τη κύρια ερώτηση που συνόδευε. Συμπεριλήφθηκαν τέλος και κάποιες συμπληρωματικές ερωτήσεις σκοπός των οποίων ήταν να απαντηθεί όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένα η κύρια ερώτηση την οποία συνόδευαν. Στη πλειοψηφία τους οι

συμπληρωματικές ερωτήσεις καλύφθηκαν από τους ίδιους τους πληροφορητές στην προσπάθειά τους να απαντήσουν στις κύριες ερωτήσεις που τους τέθηκαν.

Σε σχέση με την ταυτότητα του κάθε πληροφορητή ζητήσαμε στην αρχή κάθε συνέντευξη να καταγραφεί το ονοματεπώνυμο, η ειδικότητα, η θέση μέσα στο φορέα και τα χρόνια εμπειρίας στον φορέα. Τα παραπάνω δημογραφικά στοιχεία θα μπορούσαν να μας βοηθήσουν να καταλήξουμε σε συμπεράσματα πιθανόν και σε σχέση την αντίληψη και την αντιμετώπιση του στίγματος σε περίπτωση που διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, την ειδικότητα ή τα χρόνια εμπειρίας.

Ο οδηγός συνέντευξης περιελάμβανε τέλος και μία σειρά από 3 κύριες, 1 διευκρινιστική και 3 συμπληρωματικές ερωτήσεις σε σχέση με την αναγνώριση του φορέα που μας παρείχε τις πληροφορίες. Οι ερωτήσεις αυτές υποβλήθηκαν μόνο μία φορά στη κυρία Μαστρογιάννη, η οποία είναι ψυχίατρος.

Αυτούσιος ο οδηγός συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε βρίσκεται διαθέσιμο στο παράρτημα της εργασίας.

v. Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το Νοέμβριο του 2012. Για το λόγο αυτό χρειάστηκε να επισκεφτούμε την περιοχή της Σταυρούπολης στην πόλη της Θεσσαλονίκης, όπου στεγάζεται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο το οποίο μας παρείχε τις πληροφορίες. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια δύο ημερήσιων επισκέψεων στο νοσοκομείο και είχαν διάρκεια έως και μισή ώρα η κάθε μία. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν στο σύνολό τους με τη σύμφωνη γνώμη των πληροφορητών με

σκοπό την μεγιστοποίηση της ποιότητας της συνέντευξης και την αποτελεσματικότερη επεξεργασία των αποτελεσμάτων.

Στο παράρτημα παρατίθεται η γραπτή αποτύπωση της απομαγνητοφώνησης μίας εκ των συνεντεύξεων, ως αντιπροσωπευτικό δείγμα της ερευνητικής διαδικασίας που πραγματοποιήσαμε.

vi. Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στη μεθοδολογία της ερμηνευτικής φαινομενολογικής ανάλυσης των Smith, Jarman και Osborne, που αποτελεί μια μορφή ποιοτικής ανάλυσης. Η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση έχει ως στόχο τη λεπτομερή διερεύνηση της αντίληψης των συμμετεχόντων για τον κόσμο και τον εντοπισμό της οπτικής των υποκειμένων.

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν συνολικά πέντε κύρια θέματα και βασικές θεματικές ενότητες, που αναλύονται παρακάτω (Smith, Jarman, Osborne, 1999)

II. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

A. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Για την εκπόνηση της ερευνητικής διαδικασίας της μελέτης μας, επισκεφτήκαμε τον Μάρτιο του 2012 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο Δήμο Σταυρούπολης. Το Νοσοκομείο Ιδρύθηκε με τη μορφή «Ασύλου Φρενοβλαβών» το 1917 και εγκαταστάθηκε σε μία από τις πιο κακόφημες περιοχές της Θεσσαλονίκης για την περίοδο εκείνη. Το 1919 μεταφέρθηκε στο Δήμο Σταυρούπολης ενώ το 1925 μετονομάστηκε σε «Δημόσιο Ψυχιατρείο». Μέχρι το 1956, όποτε και εν μέσω πολλών βελτιωτικών μεταρρυθμίσεων το Νοσοκομείο παίρνει τη σημερινή του ονομασία, οι ασθενείς διαβίωναν σε άθλιες συνθήκες ενώ τη δεκαετία του 1960 το δυναμικό του Νοσοκομείου Φτάνει τις 1000 κλίνες και οι εγκαταστάσεις αρχίζουν να επισκευάζονται. Μόνο το 1986 υπάγεται στον Ν. 1357/83 για την αναμόρφωση του Οργανισμού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου και οι συνθήκες περίθαλψης βελτιώνονται αισθητά.

Η Ψυχιάτρος Τασία Μαστρογιάννη μας ενημερώνει πως η Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου λειτουργεί με τη σημερινή της μορφή από το 1989 και στελεχώνεται από τέσσερεις ψυχιάτρους, δύο έως τέσσερεις ειδικευόμενους ψυχιάτρους, 16 Νοσηλευτές, μία κοινωνική λειτουργό και έναν επισκέπτη υγείας. Το δυναμικό της ανάγεται στις 20 κλίνες ενώ η αναλογία μεταξύ ακούσιων και ακούσιων εισαγωγών υπολογίζεται από την ίδια τη γιατρό σε 50-50.

B. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΝΑ ΘΕΜΑΤΙΚΟ ΑΞΟΝΑ

ι. Η Γενική Προσέγγιση Του Στίγματος

Ανοίγοντας την κάθε μία από τις συνεντεύξεις που διενεργήσαμε κρίθηκε σκόπιμο να ζητήσουμε από τους ίδιους τους πληροφορητές να μας ορίσουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, ανάλογα με το πως οι ίδιοι το αντιλαμβάνονται. Οι ορισμοί που συλλέξαμε περιστράφηκαν στο σύνολό τους γύρω από της έννοιες της διάκρισης και της διαφορετικότητας.

«Ο αρνητικός χρωματισμός της ψυχικής ασθένειας στο κοινωνικό σύνολο. Ο φόβος μήπως μαθευτεί, το αίσθημα κατωτερότητας απέναντι στους άλλους» (Μαστρογιάννη Τ., Ψυχίατρος)

«Μία κατάσταση κατά την οποία ο ψυχικά ασθενής κατηγοριοποιείται έντονα, όχι μόνο από το κοινωνικό σύνολο αλλά και από τον ίδιο τον επαγγελματία και τον βάζει να απολογείται» (Μπογιατζή Μ., Κοινωνική Λειτουργός).

«Η διαφορετικότητα. Ένα σημάδεμα εφόρου ζωής για κάτι που δεν ευθύνεται ο ίδιος» (Ζαχαριάδου Α., Νοσηλεύτρια).

«Ένα είδος αρνητικής προκατάληψης» (Ζέης Φ., Ψυχολόγος).

Παρατηρούμε πως οι επαγγελματίες υγείας, ανεξαρτήτως ειδικότητας δεν επιμένουν στην επίσημη ορολογία αλλά αποδίδουν το στίγμα από την πλευρά των ψυχικά ασθενών. Από αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε πως το στίγμα αποτελεί ζήτημα το οποίο οι ασθενείς συνηθίζουν να μοιράζονται με τους επαγγελματίες υγείας. Πράγματι, σύμφωνα με τον ειδικευόμενο ψυχίατρο κύριο **Τερζόπουλο:**

«αρκετοί ασθενείς συζητάνε το στίγμα, τους προβληματίζει και τους κάνει καχύποπτους ως προς το πώς τους βλέπουν οι άλλοι».

Ακούσαμε ακόμη πως εκείνοι που δεν το συζητούν το αντιλαμβάνονται ως «ντροπή» ή το αφήνουν να εννοηθεί εν μέσω των παραπόνων τους για το πώς του φέρονται οι άλλοι.

«Όταν υπάρχει μία ψυχοθεραπευτική σχέση, η οποία δεν εξαντλείται στη συνταγογράφηση, ο ασθενής αισθάνεται πιο άνετα και περιγράφει το στίγμα ως «τον αποκλεισμό απ' όσα οι άλλοι έχουν πρόσβαση». **(Καρπουζιά Β., Ψυχίατρος)**

Αναζητήσαμε τα κύρια χαρακτηριστικά ενός ψυχικά ασθενούς που συμβάλουν στο στιγματισμό του. Τις περισσότερες φορές τα χαρακτηριστικά σχετίζονται με τη φύση της ασθένειας.

«Αν κάποιος είναι διπολικός, χαρακτηριστικό του είναι η υπερβολή στο ντύσιμο και τις κινήσεις, ενώ αν είναι ψυχωτικός πιθανόν θα είναι απεριποίητος», μας λέει η **Νοσηλεύτρια κυρία Ζαχαριάδου.**

Πολύ συχνά τον ρόλο τους παίζουν και τα φάρμακα.

«Οι ασθενείς που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν συνήθως μία πολύ ψυχρή όψη» μας λέει η **ψυχίατρος κυρία Μαστρογιάννη.**

Τις περισσότερες φορές πάντως φαίνεται να τους προδίδουν οι απρόβλεπτες συμπεριφορές που προκαλούν φόβο και η δυσκολία στην επικοινωνία με τους άλλους. Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να είναι ακόμη εντονότερες όταν το στίγμα πηγάζει και από τις αντιλήψεις του ίδιου του ασθενούς για τον εαυτό του. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται για παράδειγμα εμφανίζουν αυτό που η κυρία Μαστρογιάννη αποκαλεί «*ναρκισσιστικό πλήγμα*».

«Τραυματίζεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση του ασθενούς. Σχηματίζει μία αρνητική εικόνα του εαυτού του που με τη σειρά της οδηγεί σε ντροπή,, απομόνωση και ένταση».

Ο ψυχίατρος κος Τερζόπουλος υποτρίζει πως :

«είναι σύνηθες οι ίδιοι οι ασθενείς να αυτοαποκαλούνται τρελοί και να συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους- δηλαδή τους μη ασθενείς».

Η κοινωνική λειτουργός κα Κυριαζή ωστόσο είναι κάθετη πως :

«το στίγμα που ξεκινάει από τους ίδιους τους ασθενείς προς τον εαυτό τους είναι ελάχιστο μπροστά στο πόσο στιγματίζονται από έξω».

ii. Ο Ρόλος Της Οικογένειας Και η Εμπλοκή Της Στη Διαδικασία Του Στιγματισμού Και Της Αναζήτησης Υπηρεσιών

Εκείνο που προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε σε σχέση με την εμπλοκή της οικογένειας είναι η πιο δύσκολη φάση με την οποία έρχεται αντιμέτωπη, κατά τη διαδικασία της αντιμετώπισης. Χωρίσαμε τη διαδικασία σε τρεις φάσεις: **διάγνωση, νοσηλεία και επιστροφή** και ζητήσαμε από τους επαγγελματίες να μας πουν σε ποια φάση η οικογένεια αντιμετωπίζει τις μεγαλύτερες προκλήσεις.

Για πρώτη και μοναδική φορά κατά τη διάρκεια της έρευνας τα αποτελέσματα που συλλέξαμε ήταν ανάμεικτα και οι απόψεις αλληλοσυγκρουόμενες. Σύμφωνα με την πλειοψηφία των πληροφορητών, το πρώτο που απασχολεί την οικογένεια, το πρώτο «σοκ» θα λέγαμε, είμαι η διάγνωση.

«Το δυσκολότερο είναι να το αποδεχτούν» (Ζαχαριάδου Α., Νοσηλεύτρια).

«Το δυσκολότερο είναι πάντοτε η αποδοχή της διάγνωσης. Έπειτα είναι η νοσηλεία. Μπορεί να μην θέλουν να νοσηλευθεί ή μπορεί να θέλουν να νοσηλευθεί για περισσότερο απ' ότι προβλέπεται Αυτό συμβαίνει γιατί τους φοβίζει η επιστροφή και ο έλεγχος των συμπτωμάτων». (Μπογιατζή Μ., Κοινωνική Λειτουργός)

Η φύση της διάγνωσης θα καθορίσει και τη φύση της θεραπείας καθώς και το ενδεχόμενο της νοσηλείας. Σε αυτήν την περίπτωση, εκείνο που θα απασχολήσει έντονα την οικογένεια είναι πάντοτε η επιστροφή.

«Την οικογένεια την απασχολεί κυρίως η νοσηλεία και η επιστροφή και λιγότερο η διάγνωση. Πολύ περισσότερο αν πρόκειται για παιδιά. Πάνω απ' όλα τους απασχολεί η κλειστή νοσηλεία γιατί είναι κάτι που δύσκολα κρύβεται και δεν μένει κρυφό» (Καρπουζά Β., Ψυχίατρος)

«Η επιστροφή σχετίζεται περισσότερο με πρακτικά προβλήματα όπως ο φόβος, ο περίγυρος και η δυνατότητα του ασθενούς να εργαστεί» (Μαστρογιάννη Τ., Ψυχίατρος).

Βλέπουμε πως οι απαντήσεις είναι ανάμεικτες, καθώς ανάμεικτα είναι και τα συναισθήματα της οικογένειας στην κάθε φάση. Βλέπουμε επίσης πως όσο κι αν προσπαθήσουμε να τις διαχωρίσουμε οι φάσεις είναι πάντα και άρρηκτα αλληλένδετες. Η διάγνωση αποτελεί πάντοτε το πρώτο σοκ αλλά οδηγεί πάντοτε στον επόμενο προβληματισμό, το εάν αυτή η διάγνωση αντιμετωπίζεται με νοσηλεία. Η νοσηλεία με τη σειρά της δημιουργεί την αγωνία της επιστροφής. Πότε θα γίνει, αν θα γίνει και πως θα είναι. Αν θα μπορεί η οικογένεια να τη διαχειριστεί.

Για να αξιολογήσουμε την εμπλοκή, την επιρροή και την επίδραση του στίγματος στην οικογένεια, θα πρέπει πρώτα να σκιαγραφήσουμε την ίδια την οικογένεια. Παρά τις συνήθεις αντιστάσεις, υπάρχει πάντοτε μεγάλος συσχετισμός με τη φύση της οικογένειας, το μορφωτικό και κυρίως οικονομικό επίπεδο και φυσικά τη διάθεση να στηρίξουν και περιθάλψουν το μέλος της οικογένειάς τους που ασθενεί.

«Η αντίδραση της οικογένειας εξαρτάται πάντοτε από το κοινωνικό και οικονομικό της επίπεδο» (Μπογιατζή Μ., Κοινωνική Λειτουργός)

iii. Επαγγελματίες Υγείας

Η σχέση των επαγγελματιών με τους ασθενείς

«Ο ψυχιατρικός ασθενής είναι ασθενής δεύτερης κατηγορίας».

Την παραπάνω χαρακτηριστική φράση χρησιμοποίησαν περισσότεροι από δύο επαγγελματίες για να περιγράψουν την σχέση των ψυχικά ασθενών με τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων.

«Αν ο γιατρός κάποιας άλλης ειδικότητας μάθει πως ο ασθενής έχει ψυχιατρικό ιστορικό θα είναι το πρώτο που θα εξετάσει και θα καταλήγουν όλα εκεί.» (Μπογιατζή Μ., Κοινωνική Λειτουργός)

Όλοι οι επαγγελματίες συμφώνησαν πως η γενική περίθαλψη των ψυχικά ασθενών αποτελεί μία μαύρη σελίδα. Οι γιατροί των άλλων ειδικοτήτων συνήθως:

«δεν διαθέτουν την απαραίτητη υπομονή» (Τερζόπουλος Γ., Ειδικευόμενος Ψυχίατρος)

«δε θέλουν να ασχολούνται» (Καρπουζά Β., Ψυχίατρος)

Αντιθέτως η αντιμετώπιση του στίγματος είναι μέρος της ψυχιατρικής εκπαίδευσης, όχι όμως σε επαρκές επίπεδο. Η ψυχιατρική ειδικότητα μοιάζει διαφορετική από τις άλλες στο ότι είναι λιγότερο ιατροκεντρική.

«Εξαρτάται και από τον άνθρωπο αλλά ο ψυχικά ασθενής είναι πάντοτε ασθενής δεύτερης κατηγορίας. Η ψυχιατρική είναι διαφορετική ειδικότητα. Δεν είναι τόσο ιατροκεντρική και το βάρος πέφτει στην ομάδα. Στις σπουδές μας, δεν είναι κεντρικό ζήτημα, αλλά υπάρχει» (Μαστρογιάννη Τ., Ψυχίατρος)

«Οι άλλες ειδικότητες στιγματίζουν. Η ψυχιατρική δίνει κάποιο βάρος στο στίγμα, η ιατρική όμως όχι. Τους απασχολούν πιο πρακτικά ζητήματα» (Ζέης Φ., Ψυχολόγος)

Σίγουρα γίνεται λόγος για το στίγμα, όμως όλοι οι ψυχίατροι με τους οποίους μιλήσαμε συμφώνησαν πως δεν αρκεί.

«Η ιατρική δεν ασχολείται καθόλου με το στίγμα. Η ψυχιατρική ναι, αλλά όχι επαρκώς»

(Καρπουζά Β., Ψυχίατρος)

Σε σχέση με τη την διάκριση απέναντι στους ίδιους τους επαγγελματίες, μόνο οι ψυχίατροι φαίνεται να αισθάνονται μία κάποιου είδους διάκριση, κυρίως από τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων.

«Από τον κόσμο όχι, δεν υπάρχει προκατάληψη. Από τους συναδέλφους όμως ναι.

Συχνά μας αποκαλούν ψυχολόγους και λένε πως το μόνο που κάνει ο ψυχίατρος είναι να συζητάει» (Μαστρογιάννη Τ., Ψυχίατρος)

Διάγνωση

«Η διάγνωση είναι ταμπέλα, έστω κι αν εξηγήσουμε στους ασθενείς πως είναι για εμάς»

(Μαστρογιάννη Τ., Ψυχίατρος)

Η διαγνωστική ταμπέλα σίγουρα στιγματίζει και τρομάζει ενώ ουσιαστικά για τον ασθενή δεν σημαίνει τίποτα εφόσον δεν γνωρίζει και δεν μπορεί να κατανοήσει τη σημασία της ορολογίας. Είναι ωστόσο απαραίτητη για την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών, και όλοι οι πληροφορητές συμφώνησαν σε αυτό.

«Η διάγνωση αφορά τους επαγγελματίες, πρέπει ωστόσο να γίνεται με προσοχή γιατί επηρεάζεται, όχι μόνο ο μη ειδικός, αλλά και ο γιατρός της άλλης ειδικότητας»

(Τερζόπουλος Γ., Ειδικευόμενος Ψυχίατρος)

«Η διάγνωση δεν κατανοείται εύκολα από τον μη ειδικό. Ακόμη και στην ίδια τη διάγνωση όμως, μπορεί να υπάρξουν πολλές διαφοροποιήσεις και αυτό θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη.» (Μπογιατζή Μ., Κοινωνική Λειτουργός)

Η διάγνωση είναι σημαντικό να χρησιμοποιείται με προσοχή και όταν δυνατόν να αποφεύγεται σε σχέση με τον ασθενή.

Η κυρία **Μαστρογιάννη** μας ανέφερε μία τέτοια τεχνική:

«για παράδειγμα στην Ελλάδα συνηθίζεται αντί για σχιζοφρένεια να χρησιμοποιείται ο όρος ψυχωτική διαταραχή».

iv. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Η ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ο βαθμός στον οποίο η ζήτηση αυτή επηρεάζεται από την απειλή του στίγματος, αποτελεί το κεντρικό ζήτημα της μελέτης μας.

Ο ψυχίατρος κύριος Τερζόπουλος υπολογίζει πως

«περίπου το 50% αυτών που έχουν ανάγκη από ψυχιατρική υποστήριξη αναζητούν υπηρεσίες».

Τροχοπέδη μπορεί να αποτελεί ο ίδιος ο ασθενής ή η οικογένειά του, κυρίως επηρεασμένοι από στερεότυπα όπως:

«ο γιατρός θα δώσει εθιστικά φάρμακα, θα σε κλείσουν μέσα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας απολαμβάνουν να βασανίζουν τους ασθενείς κ.α.» (Ζέης Φ., Ψυχολόγος).

Σε σχέση με το ρόλο του στίγματος σε αυτήν την αναζήτηση, σημαντικό ρόλο η διατήρηση της ταυτότητας. Σημαντικός παράγοντας που αποτρέπει την αναζήτηση των υπηρεσιών είναι ο φόβος της αλλοίωσης της ταυτότητας και μάλιστα με τρόπο ανεπανόρθωτο. Όπως μας λέει και ο κύριος **Τερζόπουλος**:

«η ταυτότητα αλλοιώνεται κυρίως όταν ο η εισαγωγή γίνεται ακούσια. Αντίθετα, όταν η απόφαση είναι του ίδιου του ασθενούς η ταυτότητά του, ο τρόπος που θα συνεχίσει να βλέπει τον εαυτό του είναι πιο ασφαλής. Είναι γεγονός μάλιστα, πως ακόμη και σε πολλές περιπτώσεις ακούσιας εισαγωγής, ο ασθενής είναι σύνηθες να αλλάζει στάση απέναντι στο ζήτημα ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα.»

Η εθνικότητα και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις πάντοτε σχετίζονται με την απόφαση της αναζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Είναι σύνηθες, όπως είδαμε και στο θεωρητικό μέρος της μελέτης μας, ο ασθενής να στρέφεται πρώτα στο Θεό ή να θεωρεί πως το «σωστό» είναι να αντιμετωπίσει μόνος του τα προβλήματά του.

«Η αναζήτηση επηρεάζεται από την εθνικότητα, καθώς εμπόδιο μπορεί να σταθεί η γλώσσα και η θρησκεία» (Μαστρογιάννη Τ., Ψυχίατρος)

«Η αναζήτηση επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις» (Ζέης Φ., Ψυχολόγος)

Σε περίπτωση που η ιατρική φροντίδα είναι τελικά απαραίτητη ο χρόνος που μπορεί να έχει χαθεί εν τω μεταξύ είναι πολύτιμος. Η επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας καθορίζεται και από το προχωρημένο στάδιο της νόσου και το χρονικό διάστημα που μπορεί να χαθεί μεταξύ των πρώτων συμπτωμάτων και της χρήσης των υπηρεσιών μπορεί να έχει αντίκτυπο στη θεραπεία τη φθορά της ταυτότητας ακόμη και το πόσο θα στιγματιστεί τελικά ο ασθενής.

«Έχει μεγάλη σημασία η στιγμή που θα ζητήσει βοήθεια. Αν ζητήσει όταν πλέον αναγκαστεί, ίσως και να είναι πλέον αργά». **(Καρπουζά Β., Ψυχίατρος)**

ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Κλείνοντας και αυτό το μέρος των συνεντεύξεών μας, θελήσαμε να ερευνήσουμε κατά πόσο είναι πιθανό ο ασθενής να φτάσει σε σημείο να αισθάνεται περισσότερο ασφαλής εντός του νοσοκομείου, όπως πολλές έρευνες υποστηρίζουν. Η ιδρυματοποίηση είναι πολλές αναπόφευκτη και οι επαγγελματίες στο σύνολό τους έχουν αρκετές ανάλογες εμπειρίες ασθενών που έφτασαν να αισθάνονται πιο ασφαλείς και πιο άνετοι εντός της ψυχιατρικής δομής.

«Ο ασθενής νιώθει το νοσοκομείο σπίτι του, είναι ασφαλής, η συμπεριφορά του είναι αποδεκτή» **(Καρπουζά Β., Ψυχίατρος)**

«λαμβάνει την απαραίτητη φροντίδα ενώ βιώνει ένα είδος συντροφικότητας που πιθανόν να μην καταφέρει να το βρει έξω» **(Τερζόπουλος Γ. Ψυχίατρος)**

Γι αυτό, όπως μας λέει και η κυρία **Ζαχαριάδου Α. (Νοσηλεύτρια)**

«πολλές φορές επιστρέφουν και από μόνοι τους».

v. Η Προσέγγιση της Κοινωνίας

Με αφορμή έρευνες που παρατέθηκαν στο θεωρητικό μέρος της μελέτης μας και αναζητούσαν το βαθμό της ενσυναίσθησης των μη ασθενών απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και κατά πόσο ο βαθμός ενσυναίσθησης διαφοροποιείται σε σχέση με διαφορετικούς νόσους ζητήσαμε από τους επαγγελματίες υγείας να μας σχολιάσουν τα αποτελέσματα των εν λόγω ερευνών. Πράγματι στο σύνολό τους οι πληροφορητές επιβεβαίωσαν την υπόθεση πως είναι από εξαιρετικά δύσκολο έως και ανέφικτο ο

υγιής να θέσει τον εαυτό του στη θέση του ψυχικά ασθενούς, έστω και υποθετικά. Η κοινωνία χαρακτηρίζεται ως επί το πλείστον από μία άγνοια σε ότι έχει να κάνει με τη ψυχική ασθένεια. Ο υγιής έχει μία στρεβλή αντίληψη για τη ταυτότητα του ψυχικά ασθενούς.

«Η κοινή γνώμη έχει μία αντίληψη η οποία εξαρτάται από το πόσο ενοχλητική είναι η συμπεριφορά του πάσχοντα»

Ως εκ τούτου, όπως μας υποστηρίζει και η **κυρία Μπογιατζή:**

«είναι αδύνατο να ταυτιστεί μαζί του».

Αναζητώντας πηγές στιγματισμού στη συνέχεια στραφήκαμε στη θεραπεία. Πράγματι, σύμφωνα με τη **διευθύντρια της κλινικής και ψυχίατρο κυρία Καρπουζά:**

«στο παρελθόν, ίδια η θεραπεία, με τις μεγάλες ποσότητες φαρμάκων χωρίς ψυχολογική υποστήριξη, είχαν πολύ εμφανείς παρενέργειες επάνω στον ασθενή. Όχι όμως πλέον».

Σημαντικό ρόλο ωστόσο θα παίξει το ενδεχόμενο της νοσηλείας και μάλιστα της κλειστής νοσηλείας, όχι με την έννοια του περιορισμού αλλά με την έννοια φιλοξενίας για ένα μικρό ή μεγαλύτερο διάστημα. Σύμφωνα με τον **ψυχολόγο κύριο Ζέη:**

«η θεραπεία θα στιγματίσει πρώτα μέσω της νοσηλείας και έπειτα μέσω της φαρμακευτικής αγωγής».

Δεν πρέπει να ξεχνάμε άλλωστε πως η νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα είναι κάτι που ο ασθενής θα κουβαλά ακόμη και μετά την αποϊδρυματοποίησή του,, τόσο σε σχέση με τον κοινωνικό του περίγυρο όσο και σε τυπικό επίπεδο.

Τίποτα δεν φαίνεται να επηρεάζει την ένταση του στίγματος, όσο το είδος της ίδιας της ασθένειας. Οι επαγγελματίες συμφώνησαν ομόφωνα, πως όλες οι ασθένειες δεν φέρουν στον ίδιο βαθμό το επακόλουθο του στίγματος και η πιο στιγματιστική μεταξύ αυτών είναι με διαφορά η σχιζοφρένεια.

«Αναμφισβήτητα, η κατ' εξοχήν στιγματιστική ψυχική ασθένεια είναι η σχιζοφρένεια».

(Μαστρογιάννη Γ., Ψυχίατρος)

«Υπάρχει μία μεγάλη διαφορά μεταξύ των ασθενειών που συγκαταλέγονται στις νευρώσεις και εκείνων που συγκαταλέγονται στις ψυχώσεις, με χαρακτηριστικά παραδείγματα την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια αντίστοιχα. Η κατάθλιψη προκαλεί πολλές φορές συναισθήματα οίκτου ενώ η σχιζοφρένεια φόβου. Αρκεί να σκεφτούμε την εντύπωση που σχηματίζουμε για κάποιον όταν μάθουμε πως βρίσκεται σε αγωγή ψυχοφαρμάκων. Επίσης, γνωρίζουμε πως κάποιος έχει νοσηλευθεί, θα υποθέσουμε πως έχει κάτι πολύ σοβαρό» (Τερζόπουλος Γ., Ειδικευόμενος Ψυχίατρος)

Είναι αξιοσημείωτο ωστόσο, πως ενώ το στίγμα της σχιζοφρένειας είναι εντονότερο, ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να βιώσει το δικό του στίγμα με μεγαλύτερη ένταση.

Η νοσηλεύτρια κυρία Ζαχαριάδου μας λέει:

«ο καταθλιπτικός μπορεί να νιώσει πολύ πιο έντονο το στίγμα που φαντάζεται ο ίδιος για τον εαυτό του».

Η φύση της ασθένειας μας παραπέμπει αναπόφευκτα στην έννοια της «*διαγνωστικής ταμπέλας*», με την οποία ωστόσο θα ασχοληθούμε εκτενέστερα λίγο παρακάτω.

Σε σχέση με το κατά πόσο είναι δυνατόν το στίγμα να επηρεάσει την πορεία της νόσου, οι επαγγελματίες συμφώνησαν πως η σχέση δεν είναι άμεση. Το στίγμα δεν είναι σε θέση να ανακόψει τη πρόοδο στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς ή να οδηγήσει στον υποτροπιασμό του, τουλάχιστον όχι με άμεσο τρόπο.

«Μπορεί το στίγμα να επηρεάσει αρνητικά την ασθένεια, αλλά όχι πολύ. Συμβάλουν κι άλλοι παράγοντες.» (Ζέης Φ., Ψυχολόγος)

«Το στίγμα επηρεάζει την εξέλιξη της ασθένειας αλλά κυρίως στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Σχετίζεται με το πόσο ευάλωτη είναι η κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει αλλά και πόσο ευάλωτη είναι και η προσωπικότητα.» (Τερζόπουλος Γ., ειδικευόμενος Ψυχίατρος)

Το μέσο με το οποίο το στίγμα μπορεί να μπει εμπόδιο στην πρόοδο του ασθενούς είναι η διακοπή της θεραπείας, είτε της φαρμακευτικής είτε της ιατρικής παρακολούθησης και ψυχολογικής υποστήριξης.

«Το στίγμα δημιουργεί μία στρεσογόνο καθημερινότητα, πολύ πιο έντονη στις μικρές κοινωνίες. Υπό αυτή την πίεση μπορεί να οδηγήσει στη διακοπή της θεραπείας, για να μην τον βλέπει ο κόσμος να επισκέπτεται αυτού του είδους τις υπηρεσίες ή τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, προκειμένου να μην θεωρεί πλέον ο ίδιος τον εαυτό του άρρωστο.» (Μαστρογιάννη Τ., Ψυχίατρος)

vi. Αντιμετώπιση

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Για να έχει κάποιο ουσιαστικό νόημα η δουλειά μας, εύλογο είναι να μην μένουμε μόνο στον εντοπισμό των προβλημάτων αλλά να αναζητούμε και λύσεις. Λύση θα μπορούσε να έχει αποτελέσει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης πλήττοντας το στίγμα ίσως και στην καρδιά του. Οι επαγγελματίες υγείας συγκλίνουν απόλυτα πως:

«η αποασυλοποίηση λειτούργησε θετικά αλλά όχι αποτελεσματικά» (Ζέης Φ., Ψυχολόγος).

Η κριτική είναι εκτενής:

«δεν υπάρχουν κοινοτικές δομές» (Καρπουζά Β., Ψυχίατρος)

«δεν ανταποκριθήκαμε στα ξένα πρότυπα» (Τερζόπουλος Γ., Ειδικευόμενος Ψυχίατρος)

«τα αποτελέσματα δεν υπήρξαν ανάλογα των δαπανών» (Ζέης Φ., Ψυχολόγος).

Το παράδοξο είναι πως μόνο η ολοκλήρωσή της θα μπορούσε να σταθεί δυναμικά απέναντι στην απειλή του στίγματος και αλλάξει τον τρόπο που βλέπουμε την ψυχική ασθένεια και τις υπηρεσίες της.

Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Ένα άλλο μέσο, ανυπολόγιστα ισχυρό, θα μπορούσαν να αποτελέσουν τα ΜΜΕ. Αναμφισβήτητα ωστόσο μέχρι σήμερα, ο συγκεκριμένος θεσμός λειτούργησε μόνο υπέρ της διόγκωσης του στίγματος.

Όπως μας λέει και η κυρία **Μπογιατζή**:

«χαρακτηριστικό τους υπήρξε πάντοτε η υπερβολή».

Κατά κοινή ομολογία, η ψυχική ασθένεια χρησιμοποιήθηκε από τα ΜΜΕ εκτενώς, κυρίως για λόγους ψυχαγωγίας προκαλώντας είτε γέλιο είτε φόβο και διαμορφώνοντας μία παντελώς στρεβλή εικόνα του ψυχικά ασθενούς στις αντιλήψεις όλων μας.

«Τα ΜΜΕ συνέβαλαν στην αίσθηση της επικινδυνότητας» (Ζαχαριάδου Α., Νοσηλεύτρια)

«Τα ΜΜΕ προβάλλουν τον ψυχικά ασθενή επικίνδυνο. Μπορεί κάποιες φορές να είναι , αλλά και πάλι η εικόνα που προβάλλεται είναι στρεβλή, τόσο για τον ασθενή όσο και για το ψυχιατρείο». (Τερζόπουλος Γ., Ειδικευόμενος Ψυχίατρος)

Το γεγονός αναγνωρίζεται και αποδοκιμάζεται έντονα από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας. Τα ΜΜΕ θα έπρεπε πριν απ' όλα να υπόκεινται στον απαραίτητο έλεγχο. Άλλωστε η πεποίθηση πως η ψυχική ασθένεια είναι κάτι πολύ μακρινό σ' εμάς του καθημερινούς ανθρώπους/ τηλεθεατές, είναι αν μη τι άλλο παραπλανητική.

Η συμβολή των ΜΜΕ στην αντιμετώπιση του στίγματος δεν χρειάζεται να είναι απαραίτητως αρνητική. Οι επαγγελματίες υγείας στο σύνολό τους, καταδικάζοντας

τον ρόλο που έχουν διαδραματίσει έως τώρα στην διαμόρφωση αντιλήψεων γύρω από τη ψυχική υγεία, δεν παρέλειψαν να αναφέρουν τη δυναμική με την οποία θα μπορούσαν να καταπολεμήσουν το στίγμα, απλά και μόνο μέσω της ενημέρωσης

«Τα ΜΜΕ θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποστιγματοποίηση» (Καρπουζιά, Β., Ψυχίατρος)

Η κυρία **Μαστρογιάννη** προτείνει μεταξύ άλλων :

«την εμπλοκή των ασθενών και των οικογενειών τους και την αξιοποίηση των παραδειγμάτων που έχουμε από το εξωτερικό».

Σύμφωνα με τον κύριο **Τερζόπουλο**:

«ο πληθυσμός πρέπει να ενημερωθεί, πρέπει να ξέρει πως μπορεί να συμβεί στον οποιοδήποτε, οποιαδήποτε στιγμή, πως είναι κάτι φυσιολογικό»

ενώ ο κος **Ζέης** προτείνει :

«η ενημέρωση να ξεκινάει από τη φάση του σχολείου μέσα από την ένταξη μαθημάτων αγωγής υγείας».

Το στίγμα μπορεί να αντιμετωπισθεί και να καταπολεμηθεί και αναδιαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας, η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η δημιουργία κοινοτικών δομών, ενημέρωση και πληροφόρηση των υγιών και τα προγράμματα επανένταξης των ασθενών θα είχαν να προσφέρουν πολλά σε αυτήν την κατεύθυνση. Κάθε μικρή πρόοδος είναι σημαντική καθώς όσο υπάρχει ψυχική ασθένεια το στίγμα θα βρίσκεται πάντοτε εκεί.

Όπως μας λέει και η κα **Μπογιατζή** :*«(το στίγμα) δε γίνεται να καταπολεμηθεί τελείως γιατί είναι στην ανθρώπινη φύση να φοβάται οτιδήποτε άγνωστο».*

Γ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ορισμός του Goffman (1963) για το στίγμα ως «ένα χαρακτηριστικό βαθιά απαξιωτικό» επιβεβαιώνεται μέχρι και σήμερα σε κάθε μας προσπάθεια να αποδώσουμε την έννοια του στίγματος. Οι επαγγελματίες, προσέγγισαν το στίγμα μέσα από τα μάτια των ασθενών και το περιέγραψαν ως ντροπή και αποκλεισμό.

Οι πληροφορητές μας μίλησαν επίσης για «ενδείξεις» που «προδίδουν» την ψυχική ασθένεια στο κοινό και σχετίζονται με τη φύση της ασθένειάς του. Ο ψυχικά ασθενής μπορεί να είναι ατημέλητος, απόμακρος ή, έστω και σε σπάνιες περιπτώσεις, να βιώνει τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής του. Οι ενδείξεις αυτές θα προκαλέσουν ανάλογα, φόβο ή οίκτο, ανάλογα με το αν πρόκειται για ψύχωση ή για νεύρωση, αντίστοιχα. Η αλληλουχία αυτή μας παραπέμπει στην κλασική θεωρία του Dr. Patrick Corrigan (2000) και τη διαδικασία των γνωστικών δομών μέσω των οποίων υφίσταται ο στιγματισμός: σημάδια (cues), στερεότυπα (stereotypes), προκαταλήψεις (prejudice) και διακρίσεις (discrimination), οι οποίες αναλύθηκαν λεπτομερώς στο θεωρητικό κομμάτι της μελέτης μας.

Επίσης, η διάκριση μεταξύ ψυχωτικών και μη ψυχωτικών διαταραχών, επιβεβαιώνει για ακόμη μία φορά τη θέση του Dinos, (2004) σύμφωνα με την οποία μεγαλύτερη ένταση του στίγματος βιώνουν πάντοτε οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές, με αποκορύφωμα τη σχιζοφρένεια.

Σε σχέση με την κοινή γνώμη επιβεβαιώσαμε πως είναι σχεδόν αδύνατο ο υγιής να ταυτισθεί με τον ψυχικά ασθενή (Μαδιανός, 2010) ενώ τονίσθηκε για ακόμη μία φορά η δύναμη της επιρροής των ΜΜΕ. Η τάση των ΜΜΕ να χρησιμοποιεί το

φαινόμενο της ψυχικής ασθένειας στο βωμό της ψυχαγωγίας, διδάσκοντας μία στρεβλή εικόνα του ψυχικά ασθενούς έχει συμβάλει ιδιαίτερα στη διαδικασία του στιγματισμού, κυρίως μέσω της υπερβολής. Αποτέλεσμα της υπερβολής αυτής και της τάσης και της είναι η απόλυτη κατηγοριοποίηση των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν είτε φόβο, είτε οίκτο, είτε απολυταρχισμό. (Corrigan & Watson, 2002).

Ιδιαίτερο βάρος δώσαμε στο φαινόμενο του ιατρογενούς στιγματισμού, καθώς όπως διαπιστώσαμε, ιδιαίτερο βάρος έχει δώσει και η έως τώρα διεθνής βιβλιογραφία. Οι επαγγελματίες υγείας παραδέχθηκαν απερίφραστα την ευθύνη του ιατρικού σώματος στην ενίσχυση του στίγματος και στην παρακώληση της δίκαιης διανομής υπηρεσιών υγείας. Είναι γεγονός πως οι ψυχικά ασθενείς απολαμβάνουν παγκοσμίως χαμηλότερου επιπέδου υπηρεσίες υγείας, γεγονός που έχει άμεσο αντίκτυπο στο γενικό προσδόκιμο επιβίωσης που εμφανίζουν (Hocking, 2002)(Thornicroft, Rose, Metha, 2010). Το παραπάνω επιβεβαιώθηκε εξίσου και από τη δική μας έρευνα με τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θεωρούν ότι οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται «ασθενείς δεύτερης κατηγορίας».

Η σημασία της «διαγνωστικής ταμπέλας», ως η μορφή που παίρνει η διάγνωση στην περίπτωση της ψυχικής νόσου και η επίδρασή της στη ενίσχυση του στίγματος και τη δημιουργία στρεβλών αντιλήψεων επιβεβαιώνεται από πληθώρα βιβλιογραφικών πηγών (D. Ben-Zeev et al, 2010), (Angermeyer, 2004), (Corrigan, 2007), (Dinos, 2004) . Το παραπάνω επιβεβαιώνει και η δική μας έρευνα καθώς οι επαγγελματίες υγείας τόνισαν στο σύνολό τους τόσο τη χρησιμότητα της διάγνωσης στην επικοινωνία μεταξύ των ειδικών όσο και την επικινδυνότητα της κατάχρησής της και μάλιστα όχι μόνο από τους μη ειδικούς αλλά κόμη και από τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Κλείνοντας, δεν μπορούμε να παραλείψουμε να αναφερθούμε στο κεντρικό ζήτημα αυτής της μελέτης, την αγορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το ρόλο του στίγματος σε αυτήν τη διαδικασία. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει και σύμφωνα με τους Thornicrott, Rose, και Metha (2010), «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας γίνονται αντιληπτές από τον ασθενή ως ένα συνονθύλευμα ευλογίας και κατάρας». Πράγματι, όπως διαπιστώσαμε κι εμείς στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε, η φθορά της ταυτότητας αποτελεί σημαντικό παράγοντα αποφυγής των υπηρεσιών. Πρόκειται, για να είμαστε ακριβείς, για την απειλή της φθοράς, η οποία στην πραγματικότητα δεν διενεργείται στο βαθμό που ασθενής φοβάται, σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέξαμε. Κατά τον ίδιο τρόπο, δεν είναι το ίδιο το στίγμα που κρατά τους ασθενείς μακριά από την αγορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά ο φόβος του στίγματος. Ο φόβος αυτός φυσικά μπορεί να είναι έως και δύο φορές πιο εξουθενωτικός και ψυχοφθόρος από το ίδιο το στίγμα (Zartaloudi, Madianos, 2010).

Τέλος, οι προσεγγίσεις που λάβαμε, σύμφωνα με τις οποίες μόνο το ½ των ψυχικά ασθενών αναζητά βοήθεια έρχεται να επιβεβαιώσει για ακόμη μια φορά τη βιβλιογραφία. Η πλειοψηφία των εκείνων που έχουν ανάγκη από βοήθεια και υπηρεσίες δεν τις αναζητούν ποτέ ή αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν την θεραπεία τους (Corrigan, 2007) και ο φόβος του στίγματος, είτε άμεσα είτε έμμεσα, σχετίζεται άρρηκτα με το φαινόμενο αυτό.

Αξιολογώντας τα στοιχεία που συλλέξαμε σε συνεκτίμηση με τα ήδη υπάρχοντα της διεθνούς βιβλιογραφίας, συμπεράνουμε πως το έδαφος είναι πρόσφορο για τη διενέργεια περαιτέρω ερευνών. Συγκεκριμένα, διαπιστώσαμε πως οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μία εξαιρετική πηγή πληροφοριών, τόσο από άποψη προσβασιμότητας (είναι ευκολότερο να προσεγγίσεις τον επαγγελματία ψυχικής υγείας σε σχέση με τον ασθενή) όσο και από άποψη εγκυρότητας., καθώς είδαμε

πολλά αποτελέσματα να επαναλαμβάνονται και να επιβεβαιώνονται και από τη δική μας έρευνα. Ο επαγγελματίας υγείας είναι ίσως το πρόσωπο κλειδί στη διαδικασία του στίγματος, καθώς όντας υγιής και συναναστρεφόμενος τα στερεότυπα και τις στιγματιστικές αντιλήψεις της κοινωνίας, είναι σε θέση ταυτόχρονα να γνωρίζει εκ των έσω, τον τρόπο που ασθενής βιώνει τον στιγματισμό αυτό.

Προτάσεις Για Περεταίρω Έρευνα

Η διενέργεια ερευνών, πολύ μεγαλύτερης κλίμακος από την δική μας φυσικά, θα μπορούσαν να μας εφοδιάσουν με όλες τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να αποκτήσουμε μία πιο ολοκληρωμένη, πιο αληθινή αντίληψη του στίγματος, πέρα από τη θεωρία. Οι ίδιοι οι πληροφορητές θα μπορούσαν να αποτελέσουν επίσης τους ιδανικότερους φορείς ανατροφοδότησης, συμβάλλοντας στην ενημέρωση, όχι μόνο των μη ειδικών αλλά και των συναδέλφων τους. Εάν παραδεχτούμε πως η ψυχική ασθένεια αναπόφευκτα θα συνοδεύεται παράλληλα από κάποιας μορφής και κάποιας έντασης στίγμα, τότε ίσως η ενημέρωση και η εκπαίδευση ακόμη της ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι σύμφυτη με την έννοια και την αντιμετώπιση του στίγματος. Ακόμη, η διενέργεια ποσοτικών ερευνών θα μας επέτρεπε να προβούμε και σε γενικεύσεις των αποτελεσμάτων.

Δ. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πιθανόν να αποτελεί μειονέκτημα της έρευνάς μας το γεγονός πως το δείγμα μας προέρχεται από ένα μόνο νοσοκομείο. Αξίζει να σημειώσουμε πως αρχική μας πρόθεση υπήρξε να συμπεριληφθεί στην έρευνά μας και το Νοσοκομείο Αιγινήτειο. Λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη μας, το μέγεθος του νοσοκομείου, καθώς αποτελεί το μεγαλύτερο ψυχιατρικό νοσοκομείο στη βόρεια Ελλάδα, θεωρούμε το δείγμα μας αξιόπιστο.

3^ο ΜΕΡΟΣ

ΣΥΝΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

I. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος της μελέτης μας θα επιχειρήσουμε να εκθέσουμε τα συμπεράσματα μας, συνεκτιμώντας τα αποτελέσματα που παραθέσαμε παραπάνω, με τελικό σκοπό να απαντήσουμε τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε εξαρχής.

Σε σχέση με την έννοια του στίγματος γενικά, παρατηρήσαμε πως οι επαγγελματίες έχουν την τάση να το προσεγγίζουν μέσα από τα μάτια των ίδιων των ασθενών τους. Αυτό μας δείχνει σίγουρα ένα βαθμό ενσυναίσθησης ενώ επιπλέον μας δείχνει πως το στίγμα είναι κάτι που οι ψυχικά ασθενείς μοιράζονται με τους επαγγελματίες. Από τους ορισμούς που συλλέξαμε δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την προσκόλληση στο στοιχείο της διάκρισης, της ντροπής και κυρίως του αποκλεισμού.

Οι παράγοντες που συμβάλουν στον στιγματισμό του ασθενούς, τα στοιχεία που ουσιαστικά τον «προδίδουν» σε σχέση με την υγεία του σχετίζονται άμεσα με το είδος της ασθένειάς του. Ο ψυχικά ασθενής μπορεί να είναι νευρικός, ιδιαίτερα απόμακρος, να μιλά ή να κινείται πολύ έντονα ή να είναι απεριποίητος. Τα παραπάνω στοιχεία είναι σε θέση να τραβήξουν την προσοχή των υπολοίπων σε ένα δημόσιο χώρο και να δημιουργήσουν την υπόνοια της ψυχικής ασθένειας.

Η φαρμακευτική αγωγή αντιθέτως δεν φαίνεται να αποτελεί πλέον στοιχείο στιγματισμού καθώς με την εξέλιξη της επιστήμης οι παρενέργειες των φαρμάκων δεν επηρεάζουν την εικόνα του, παρά μόνο σε πολύ σπάνιες και ιδιαίτερες περιπτώσεις. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει πως ο ασθενής δεν θα στιγματιστεί σε

περίπτωση γνωστοποιηθεί πως βρίσκεται σε ψυχοφαρμακευτική αγωγή. Το ίδιο θα συμβεί και σε περίπτωση που γνωστοποιηθεί πως είναι χρήστης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο φόβος του στίγματος φαίνεται να είναι εξίσου ισχυρός με το ίδιο το στίγμα. Αν και σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας το στίγμα σαν αίσθηση δεν αρκεί για να υποτροπιάσει ο ψυχικά ασθενής, ο φόβος του στίγματος πολύ συχνά έχει σαν αποτέλεσμα την διακοπή της θεραπείας, τόσο της φαρμακευτικής όσο και της ιατρικής παρακολούθησης και ψυχολογικής υποστήριξης.

Διαπιστώσαμε ακόμη πως η ενσυναίσθηση του μη πάσχοντα προς τον ψυχικά ασθενή αξιολογείται ως κάτι το απίθανο από τους επαγγελματίες υγείας. Ο υγιής αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή με φόβο και προκατάληψη. Αγνοεί τι πραγματικά του συμβαίνει και το μόνο που βλέπει μπροστά του είναι το άγνωστο και διαφορετικό. Και σύμφωνα με τους ειδικούς, δεν είναι στην ανθρώπινη φύση να ταυτίζεται με το άγνωστο και διαφορετικό.

Η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο του ζητήματος που εξετάζουμε καθώς επηρεάζει και επηρεάζεται άμεσα από την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας, την επανένταξή του, την αντιμετώπιση του στίγματος αλλά πριν απ' όλα, την αναζήτηση των υπηρεσιών. Η οικογένεια πολλές φορές στιγματίζεται μαζί με τον ψυχικά ασθενή και αυτό που θέλαμε να διαπιστώσουμε είναι ο βαθμός στον οποίο λαμβάνεται υπόψη.

Χωρίσαμε τη θεραπευτική διαδικασία σε τρεις φάσεις: διάγνωση, νοσηλεία και επιστροφή και ζητήσαμε από τους επαγγελματίες να αξιολογήσουν τη βαρύτητα που δίνει σε κάθε μία από τις φάσεις αυτές λαμβάνοντας φυσικά υπόψη και τον παράγοντα στίγμα. Πρόκειται ίσως για το μοναδικό κομμάτι της ερευνητικής διαδικασίας όπου οι απόψεις των πληροφορητών συγκρούστηκαν. Πιθανόν αυτό

σχετίζεται με τη διεπιστημονικότητα που χαρακτηρίζει το δείγμα μας και συνεπώς τις διαφορετικές οπτικές από τις οποίες προσέγγισαν τη συγκεκριμένη ερώτηση. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε πως η οικογένεια προβληματίζεται έντονα στο σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας καθώς το κάθε κομμάτι φέρει τις δικιές του δυσκολίες και αποτελεί μία ξεχωριστή πρόκληση. Το σημαντικό είναι πως το στίγμα δεν αποτελεί βασικό στοιχείο του προβληματισμού αυτού. Όταν η οικογένεια αποφασίζει να σταθεί στο πλευρό του πάσχοντα και να τον στηρίξει σε όλη αυτή τη διαδικασία δεν κυριαρχεί ο φόβος του στίγματος αλλά ο φόβος της αποδοχής κατά τη διάγνωση, της προσαρμογής κατά τη νοσηλεία και κυρίως της επιστροφής, με όλα πρακτικά ζητήματα που μπορεί αυτή η επιστροφή να συνεπάγεται.

Οι επαγγελματίες υγείας αποτέλεσαν έναν επίσης εξαιρετικής σημασίας άξονα καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που συλλέξαμε μεγάλη ευθύνη του στίγματος φέρεται από τους ίδιους. Πράγματι τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την παραπάνω υπόθεση καθώς ακούσαμε επανειλημμένως τους ψυχικά ασθενείς να αποκαλούνται «ασθενείς δεύτερης κατηγορίας» σε σχέση με την γενική τους περίθαλψη και την επαφή τους με τους επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων. Όπως ακούσαμε οι ασθενείς δεν απολαμβάνουν τον σεβασμό των υπόλοιπων γιατρών ούτε λαμβάνουν την πρέπουσα περίθαλψη καθώς τα οποιαδήποτε συμπτώματά τους συνηθίζεται να αποδίδονται στην ψυχική τους αστάθεια. Ο επαγγελματίας αναμφισβήτητα συμβάλει στον στιγματισμό του ασθενούς καθώς η πρόληψη και η καταπολέμηση του στίγματος δεν περιλαμβάνεται καν στην εκπαίδευσή του. Οι ψυχίατροι και ο ψυχολόγος που συμμετείχαν στην έρευνά μας παραδέχονται πως το στίγμα είναι κάτι το οποίο αναφέρεται στην εκπαίδευση τους αλλά όχι με επάρκεια ενώ σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας το στίγμα δεν φαίνεται αρκετά «πρακτικό» ζήτημα ενασχόλησης. Συνεπώς η μεταχείριση του ασθενούς πράγματι

ποικίλει ανάλογα με την ειδικότητα του επαγγελματία και κυρίως του ιατρού συμβάλλει άμεσα στον στιγματισμό του.

Η διάγνωση, ή όπως συνηθίζεται να αποκαλείται σε σχέση με το στίγμα, η «διαγνωστική ταμπέλα», αποτελεί ακόμη ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα που θελήσαμε να εξετάσουμε. Η ορολογία της διάγνωσης αποτελεί αναπόσπαστο εργαλείο της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών. Οι ίδιοι ωστόσο παραδέχονται πως όταν δεν χρησιμοποιείται με σύνεση και προσοχή μπορεί να έχει πολύ αρνητικά αποτελέσματα, κυρίως σε σχέση με τον ψυχικά ασθενή. Η διάγνωση, αν και απαραίτητη για τους επαγγελματίες, δεν έχει καμία αντικειμενική αξία για τους μη ειδικούς, δηλαδή τον ασθενή, την οικογένειά του και τον κοινωνικό περίγυρο καθώς δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν την πραγματική της σημασία. Αντιθέτως, οι διάγνωση συνηθίζεται να ταυτίζεται με διάφορες στερεότυπες αντιλήψεις του τύπου «ο σχιζοφρενείς είναι επικίνδυνος» ή ο «καταθλιπτικός είναι αξιολύπητος». Οι αντιλήψεις αυτές είναι από περιττές έως και επικίνδυνες και καταδεικνύουν και τον κίνδυνο της διαγνωστικής ταμπέλας.

Η «ταμπέλα» ωστόσο δεν είναι κάτι που απασχολεί μόνο τους ασθενείς αλλά ακόμη και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε είχε να κάνει με το κατά πόσο η διάκριση της ψυχικής υγείας αγγίζει και τους ίδιους και τους επαγγελματίες. Τα αποτελέσματα ήταν μάλλον αναπάντεχα καθώς διαπιστώσαμε πως διακρίσεις υφίσταται και οι επαγγελματίες υγείας αλλά όχι στο σύνολο τους. Συγκεκριμένα οι μοναδικοί που εξέφρασαν τέτοιου είδους αισθήματα ήταν κάποιοι από τους ψυχιάτρους οι οποίοι μάλιστα αναφερόντουσαν στους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων. Συμπεραίνουμε συνεπώς πως το ιατρικό σώμα έχει πιθανός μία στρεβλή εικόνα της ψυχικής ασθένειας και αγνοεί τη σημασία και τη σοβαρότητά της. Η αντίληψη αυτή εκφράζεται και απέναντι στους ψυχικά ασθενείς

κατά την άσκηση του λειτουργήματός του αλλά και απέναντι στους ψυχιάτρους, στις μεταξύ του σχέσεις.

Κεντρικό ζήτημα της μελέτης μας, η ζήτηση για υπηρεσίες, διαπιστώσαμε πως πράγματι επηρεάζεται από το στίγμα και κυρίως από το φόβο του στίγματος. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες με τους οποίους συνομιλήσαμε υπολογίζουν κατά προσέγγιση πως ένα 30-50% εκείνων που χρήζουν παρακολούθησης ζητούν τελικά βοήθεια. Το στίγμα αποτελεί σίγουρα έναν από τα κυριότερα αίτια, που διαμορφώνουν αυτό το ποσοστό, έμμεσα και άμεσα. Λέμε έμμεσα γιατί το στίγμα δεν εκφράζεται ως το τι θα πουν οι άλλοι αν το μάθουν, αλλά και τι γνώμη θα έχει ο ίδιος ο ασθενής για τον εαυτό του εάν το δεχτεί. Πρόκειται γι' αυτό που οι ειδικοί αποκάλεσαν «φθαρμένη ταυτότητα» και αποτρέπει τους πιθανούς ασθενείς να αναζητούν βοήθεια από τις υπηρεσίες. Στην πραγματικότητα ωστόσο η ταυτότητα δεν αλλοιώνεται τόσο όσο οι ασθενείς φοβούνται, κυρίως όταν η εισαγωγή είναι εκούσια. Ακόμη και στις περιπτώσεις της εκούσιας νοσηλείας ωστόσο, πολλές φορές ο ασθενής αλλάζει στάση μετά από λίγο χρονικό διάστημα. Διαπιστώνουμε συνεπώς πως το βασικό εμπόδιο στην αναζήτηση υπηρεσιών δεν είναι το ίδιο το στίγμα αλλά ο φόβος του στίγματος, όπως δεν είναι η φθορά της ταυτότητας αλλά η σκέψη, ο φόβος της φθοράς.

Ο φόβος του στίγματος μπορεί να αποβεί καταστροφικός, όχι αποτρέποντας την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας αλλά και καθυστερώντας την. Η επιτυχία της θεραπευτικής μεθόδου εξαρτάται και από τη φάση της ασθένειας και ο χρόνος που ο ασθενής χάνει αισθανόμενος πως απειλείται από το στίγμα της ψυχικής νόσου, είναι συνήθως πολύτιμος.

Το παράδοξο είναι πως παρ' όλα αυτά η άποψη πως πολλοί ασθενείς από ένα σημείο και μετά αισθάνονται πιο οικεία εντός της ψυχιατρικής μονάδας, ακόμη και μετά την αποθεραπεία τους, επιβεβαιώνεται και από τη δική μας έρευνα. Στο σύνολό τους οι ειδικοί θυμούνται τέτοιου είδους περιστατικά ενώ πολύ συμβαίνει ο υγιής πλέον να επιστρέφει οικειοθελώς στην ψυχιατρική μονάδα. Οι λόγοι είναι πολλοί και συνοψίζονται στο πόσο αφιλόξενο αισθάνονται οι ίδιοι το περιβάλλον εκτός του ψυχιατρείου. Στο περιβάλλον αυτό είναι ευάλωτοι, συνήθως δακτυλοδεικτούμενοι, δεν έχουν την φροντίδα που είχαν έως τώρα, πολλές φορές δεν έχουν ούτε τους πόρους ούτε την δυνατότητα να εργαστούν εξαιτίας του ιστορικού τους και τους στίγματος που συνεπάγεται και τέλος νιώθουν διαφορετικοί.

Το παραπάνω είναι εξαιρετικά σοβαρό καθώς μετατρέπει την ψυχική ασθένεια σε έναν φαύλο κύκλο. Ο ασθενής ανακτά την υγεία του αλλά επιθυμεί να συνεχίσει να ζει ως ασθενής, έστω κι αν αυτό σημαίνει πως θα θυσιάσει την ελευθερία του, προκειμένου να αισθάνεται ασφαλής και όμοιος μεταξύ όμοιων. Πρόκειται αναμφισβήτητα για ένα τεράστιο κενό στο κομμάτι της επανένταξης, το οποίο δεν έχει λάβει την απαραίτητη σημασία μέχρι σήμερα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπεράναμε συνεπώς, πως το στίγμα επηρεάζει αρνητικά την πρόθεση των ασθενών προς αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κυρίως με τη μορφή της απειλής. Οι ασθενείς δεν αναζητούν υπηρεσίες επειδή φοβούνται το στίγμα.

Οι προτάσεις που συλλέξαμε προέρχονται τόσο από τους ίδιους τους ειδικούς με τους οποίους συνομιλήσαμε, προκύπτουν όμως και απ' όλη την έκταση της μελέτης μας. Πρώτα απ' όλα βάση θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση των μη ειδικών γύρω από τη ψυχική ασθένεια. Η άγνοια τροφοδοτεί τον φόβο και την διαιώνιση στερεοτύπων που αναπόφευκτα οδηγούν σε προκαταλήψεις από τις οποίες γεννιέται το στίγμα. Εάν το κοινό δεν είναι ενημερωμένο σχετικά με τις ψυχικές νόσους είναι φυσικό να σοκάρεται στο άκουσμα της «σχιζοφρένειας»-το χρησιμοποιούμε ως το κλασικό παράδειγμα ίσως πιο παρεξηγημένη ίσως ψυχικής ασθένειας, να συμπεριφέρεται στιγματιστικά προς στους ασθενείς και να μην αναγνωρίζει τα συμπτώματα όταν η ασθένεια εμφανιστεί στον ίδιο ή σε κάποιο οικείο του πρόσωπο.

Επιπλέον, οι ψυχικά ασθενείς, δεν παύουν να είναι άνθρωποι οι οποίοι είτε τώρα είτε στο παρελθόν συναναστρέφονταν την κοινωνία και γνωρίζουν ποιες είναι οι κοινές αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια. Αντιλήψεις τις οποίες πιθανώς να ενστερνιζόταν και ο ίδιος προτού νοσήσει και να τον αποτρέπουν από το να περάσει «στην άλλη πλευρά», να παραδεχτεί πως κάτι του συμβαίνει και να αναζητήσει υπηρεσίες.

Η ενημέρωση αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει κυρίως τους βασικούς δρώντες, δηλαδή τους επαγγελματίες αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς. Μόνο οι ίδιοι μπορούν να ενημερώσουν και πείσουν το κοινό πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν απολαμβάνουν να βασανίζουν τους ασθενείς, οι ασθενείς δεν μετατρέπονται σε

«φυτά» εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής που μπορεί να λαμβάνουν και οι μονάδες ψυχικής υγείας, ακόμη και αν η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν ολοκληρώθηκε, απέχουν πλέον πολύ από τη μορφή του ασύλου και από αυτό που μπορεί να διατηρούμε στερεοτυπικά στη φαντασία μας.

Η ενημέρωση θα πρέπει να ξεκινήσει από τη βάση της κοινωνίας, δηλαδή από το σχολείο. Έχουμε την ευκαιρία να διδάξουμε τους πολίτες του αύριο να χρησιμοποιούν με σύνεση έννοιες όπως «τρελός» ή «ψυχιατρείο» και να προνοήσουμε πριν η κοινωνία τους διδάξει με στρεβλό τρόπο της έννοιες αυτές προσκολλημένες σε λανθασμένα στερεότυπα.

Ο ρόλος των ΜΜΕ μπορεί να είναι καθοριστικός σε αυτή τη διαδικασία της ενημέρωσης λειτουργώντας και ενεργητικά αλλά και παθητικά. Ενεργητικά μπορεί να λειτουργήσει δίνοντας βήμα και φωνή σε όσους έχουν κάτι ουσιαστικό να πουν, στους επαγγελματίες, στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Παθητικά αποσύροντας οτιδήποτε το προσβλητικό και παραπλανητικό και παύοντας να χρησιμοποιούν την ψυχική ασθένεια ως μέσο ψυχαγωγίας.

Η ενημέρωση δυστυχώς δεν αφορά μόνο τους μη ειδικούς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι όπως διαπιστώσαμε δεν λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση γύρω από το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας και του στίγματος. Αναφερόμενοι κυρίως στο ιατρικό σώμα και συγκεκριμένα των μη ψυχιατρικών ειδικοτήτων αξιολογείται έως και αδιανόητο στις μέρες μας ο ιατρός να μην διαθέτει τα απαραίτητα γνωστικά εργαλεία προκειμένου να διαχειριστεί, να φροντίσει και να επικοινωνήσει με τον ασθενή του, επειδή ο ασθενής του τυγχάνει να έχει ψυχιατρικό ιστορικό. Ακόμη και οι ίδιοι οι ψυχίατροι ωστόσο παραδέχονται πως η το στίγμα δεν περιλαμβάνεται στην εκπαίδευση τους όσο και όπως θα έπρεπε και είναι κάτι το

οποίο μαθαίνουν να το διαχειρίζονται κατά κύριο λόγο εμπειρικά. Είναι προφανές πως μεγάλο μέρος του στίγματος στην ψυχική νόσο τροφοδοτείται από τους ίδιους τους επαγγελματίες. Το ζήτημα είναι, πόσο αλήθεια μπορεί να αλλάξουμε τη στάση των μη ειδικών απέναντι στη ψυχική νόσο όταν οι ίδιοι οι επιστήμονες υγείας στερούνται της απαραίτητης γνώσης και ευαισθησίας;

Κλείνοντας, δεν μπορούμε να παραλείψουμε να αναφερθούμε στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στο πόσο συνεισέφερε στην ποιότητα της θεραπείας του ψυχικά ασθενούς, αν και ανολοκλήρωτη. Δεν μπορούμε παρά να οραματιστούμε πως στην πορεία της θα μπορούσε να συνεισφέρει τα μέγιστα στην αντιμετώπιση του στίγματος, επανεντάσσοντας με τον πιο ομαλό τρόπο τον ψυχικά ασθενή και βάζοντας τέρμα στον φαύλο κύκλο της θεραπείας του.

Όπως είπαμε και παραπάνω, δεν ευελπιστούμε το στίγμα να εξαλειφθεί. Το στίγμα άλλωστε δεν αφορά μόνο την ψυχική ασθένεια αλλά οτιδήποτε το διαφορετικό και ακατανόητο. Η ψυχική ασθένεια ευτυχώς ή δυστυχώς δεν είναι δυνατόν να γίνει πλήρως κατανοητή από τον μη ασθενή και μάλιστα τον μη ειδικό. Ο ασθενής όμως μπορεί να διεκδικήσει τον σεβασμό που του αρμόζει. Τον σεβασμό της προσωπικότητάς του, το σεβασμό του απορρήτου της ιδιωτικής του ζωής, το δικαίωμα στην ισότιμη ιατρική φροντίδα και περίθαλψη και φυσικά το δικαίωμα να αναζητά χωρίς ενδοιασμούς υπηρεσίες ψυχικής υγείας όταν ο ίδιος κρίνει πως το έχει ανάγκη. Το ίδιο το στίγμα ίσως να μην είναι δυνατόν να καταπολεμηθεί. Ο φόβος του στίγματος όμως, μπορεί και η εξάλειψη του φόβου αυτού μπορεί να αποτελέσει μία καινούρια σελίδα στην μακρά και πολυτάραχη ιστορία της ψυχικής υγείας, στη χώρα μας αλλά και παγκοσμίως.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Angermeyer M. C, Dietrich S., (2006), Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies, *Acta Psychiatr Scand.* 113: 163–179
- Angermeyer M. C., Buyantugs L., Kenzine D.V., Matschinger H., (2004), Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?, *Acta Psychiatr Scand.* : 109: 420–425
- Angermeyer M., Schulze B., (2001), Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*
- Ben-Zeev D., Young M., Corrigan P., (2010), DSM-V and the stigma of mental illness, *Journal of Mental Health.* 19(4): 318–327
- Byrne P., (2000), Stigma of mental illness and ways of diminishing it, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, pp. 65–72
- Byrne P., (2001), Psychiatric stigma, *BJP* . 178:281-284
- Corrigan P., ., Watson A., (2002), Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1:1
- Corrigan P., Et Al., (2005), Newspaper Stories As Measures Of Structural Stigma, *Psychiatric Services.* Vol. 56 No. 5

- Corrigan P., Green A., Lundin R., Kubiak M.A., Penn D., (2001), Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness, *Psychiatric Services*. Vol. 52 No. 7
- Corrigan P., Markvitz F., Watson A., (2004), Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination, *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 30, No.
- Corrigan,P., (2004), How Stigma Interferes With Mental Health Care, *American Psychologist*. Vol. 59, No. 7, 614–625
- Corrigan,P., (2007), How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness, *redOrbit* (<http://s.tt/16vKz>)
- Davidson M., (2002), What else can we do to combat stigma?. *World Psychiatry* 1:1
- Dinos S, Stevens S., Serfaty M., Weich S. King M., (2004), Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness : Qualitative study, *BJP*. 184:176-181
- Filipele I., et al (2003), Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label »Schizophrenic Patient« Tested by an Anti-Stigma Questionnaire, *Coll. Antropol.* 27 (2003) 1: 301–307
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

- Green G., et al ,(2003), A mental health service users perspective to stigmatisation, *Journal of Mental Health*. 12, 3, 223 – 234
- Hocking B., (2003), Reducing mental illness stigma and discrimination — everybody’s business, *Schizophrenia*. 178: S47–S48
- Kadri N., Sartorius N., (2005), The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia, *PLoS Medicine*. Volume 2 | Issue 7 | e136
- King M., S., Shaw J., Watson R., Stevens S/, Passetti F, Weich S. , (2007), The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness, *BJP*. 190:248-254
- Knight W., Wykes T., Hayward P., (2003), ‘People Don’t Understand’: An Investigation Of Stigma In Schizophrenia Using Interpretative Phenomenological Analysis, *Journal Of Mental Health* 12, 3, 209 – 222
- Lai Y., Hong C. P., Chee C. Y. I., (2000), Stigma of Mental Illness, *Singapore Med J* . Vol 42(3) : 111-114
- Link B., et al., (1999), Public Conceptions of Mental Illness, *American Journal of Public Health*. Vol. 89, No. 9
- Link B., et al., (2004), Measuring Mental Illness Stigma, *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 30, No. 3,

- Link B., Phelan J., (2006), Stigma and its public health implications, *Lancet*. 367: 528–29
- Mann C., Himelein M., (2004), Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness, *Psychiatric Services*. Vol. 55 No. 2
- Penn D., Couture S., (2002), Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness, *World Psychiatry* 1:1
- Rosen A., Walter G., Casey D., Hocking B., (2000), Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives, *Australasian Psychiatry*. Vol 8, No 1
- Sartorius N., (2002), Fighting stigma: theory and practice, *World Psychiatry* 1:1
- Sartorius N., (2002), Iatrogenic stigma of mental illness, *BMJ*. 324:1470–1
- Schulze B., M., Angermeyer M.C., (2003), Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mentalhealth professionals, *Social Science & Medicine* 56 (2003) 299-312
- Smith V., Reddy J., Foster K., Asbury E.T Brooks J., (2011), ,Public perceptions, knowledge and stigma towards people with

schizophrenia, *Journal of Public Mental Health*. Vol. 10 Iss: 1 pp. 45 – 56

- Stuard H., Arboleda-Flórez J., (2001), Public Health Perspective on Violent Offenses Among Persons With Mental Illness, *Psychiatric Services*. Vol. 52 No. 5
- The National Alliance on Mental Illness, (2008), *Schizophrenia: Public Attitudes, Personal Needs. Views from People Living with Schizophrenia, Caregivers, and the General Public. Analysis and Recommendations*. Web site: www.nami.org
- Thornicroft G., Rose D., Kassam A., (2007), Discrimination in health care against people with mental illness, *International Review of Psychiatry*. 19(2): 113–122
- Thornicroft G., Rose D., Mehta N., (2010), Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do?, *Advances in psychiatric treatment*. vol. 16, 53–59
- Villares C., Sartorius N., (2003), Challenging the Stigma of Schizophrenia, *Rev Bras Psiquiatr*. 25(1):1-2
- Wahl O., (1999), Mental Health Consumers' Experience of Stigma, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 25, No. 3

- Zartaloudi A., Madianos M., (2010), Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional, Health Science Journal. Volume 4, Issue 2
- Μαδιανός Μ., (2002), Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα, Ψυχιατρική. 13:297-300

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΕΤΕΥΞΗΣ

Στοιχεία Πληροφορητή:

Όνοματεπώνυμο:

Ειδικότητα:

Θέση μέσα στον φορέα:

Χρόνια εμπειρίας στο συγκεκριμένο φορέα:

ΚΛΙΝΙΚΗ		
ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
Πόσα χρόνια λειτουργεί η κλινική και πότε πήρε τη σημερινή της μορφή;		
Τι μέγεθος προσωπικού απασχολείται στην κλινική και σε ποιες ειδικότητες;		
Τι αριθμός ασθενών κάνει χρήση των υπηρεσιών σας σε ετήσια βάση;	Σε τι ποσοστό εισάγονται εκούσια και σε τι ποσοστό έπειτα από εισαγγελικά παρέμβαση;	

ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΓΕΝΙΚΑ	
ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
Πως ορίζετε εσείς το στίγμα της ψυχικής ασθένειας;	
Πως αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής τον στιγματισμό του; Είναι κάτι που το συζητάει με τους επαγγελματίες υγείας και αν ναι, πως το παρουσιάζει;	
Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά ενός ψυχικά ασθενούς που συμβάλουν στο στιγματισμό του; πχ. απρόβλεπτες αντιδράσεις, δυσκολία στην επικοινωνία, κτλ.	
Σε ποιο βαθμό είναι πιθανό η αίσθηση του στίγματος να προέρχεται από την αντίληψη του ίδιου του ασθενούς για τον εαυτό του; Δηλαδή, από τον τρόπο που πιστεύει πως τον βλέπουν οι άλλοι και όχι από τον τρόπο που τον βλέπουν πραγματικά.	
Πιστεύετε πως η κοινή γνώμη διατηρεί και διαιωνίζει κάποιες λανθασμένες αντιλήψεις για τις ψυχικές ασθένειες που σχετίζονται με το στίγμα; Πχ. πως η σχιζοφρένεια είναι μία ασθένεια πάντοτε εμφανής, επικίνδυνη και μόνιμη; Ποιός ο ρόλος των ΜΜΕ	
πολλές ασθένειες (πχ. καρδιοπάθειες) προκαλούν στους υγιείς συναισθήματα ενσυναίσθησης, αλληλεγγύης και υποστήριξης, θεωρείτε ότι στις ψυχικές νόσους ισχύει το ίδιο;	
Μπορεί η ίδια η θεραπεία να αποτελέσει παράγοντα στιγματισμού; Πχ. ηλεκτροθεραπεία ή φάρμακα.	
Πιστεύετε ότι κάποιες ασθένειες είναι πιθανότερο να στιγματίσουν τον ασθενή σε μεγαλύτερο βαθμό από κάποιες άλλες;	
Αναγνωρίζετε διαφορές στην ένταση του στιγματισμού μεταξύ ανοιχτής και κλειστής νοσηλείας;	
Ποιες είναι οι πρακτικές συνέπειες του στίγματος στην καθημερινότητα του ασθενούς- ή πρώην ασθενούς; Πχ. δυσκολία στην ανεύρεση εργασίας.	Οι δυσκολίες αυτές σχετίζονται με τη διάγνωση; πχ. διαφέρουν μεταξύ σχιζοφρένειας και κατάθλιψης?
Μπορεί το στίγμα επηρεάσει την εξέλιξη της ασθένειας;	Π.χ. Μπορεί να αποτελέσει παράγοντα υποτροπιασμού ή διακοπής της θεραπείας;

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι κάτι που φαίνεται να απασχολεί περισσότερο ή λιγότερο άτομα που φέρουν κι άλλα χαρακτηριστικά τα οποία τα περιθωριοποιούν;	Πχ. χρήστες, φορείς, άτομα με παραβατική συμπεριφορά ή μετανάστες;
--	--

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ		
ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
Αυτό που φαίνεται να απασχολεί περισσότερο την οικογένεια είναι η διάγνωση, η ίδια η νοσηλεία ή η μετέπειτα επιστροφή του στην κοινωνία;		Σε ποια από αυτές τις φάσεις (διάγνωση, νοσηλεία, επιστροφή) η οικογένεια φαίνεται να προβληματίζεται από το ενδεχόμενο του στίγματος;

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	
ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
Πως αντιμετωπίζονται οι ψυχικά ασθενείς από τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων;	Υπάρχουν διεθνώς στοιχεία πως οι ψυχικά ασθενείς λαμβάνουν χαμηλότερου επιπέδου υπηρεσίες «σωματικής» υγείας.
Πιστεύετε πως η ψυχιατρική εκπαίδευση, στην Ελλάδα, δίνει το απαραίτητο βάρος στο φαινόμενο του στίγματος και την αντιμετώπισή του;	Το φαινόμενο του στίγματος έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές επιστήμες. Μπορείτε να πείτε το ίδιο και την ιατρική επιστήμη;
Ποιος είναι ο ρόλος της «διαγνωστικής ταμπέλας»; Πόσο κατανοητή γίνεται η διάγνωση από τον μη ειδικό και κατά πόσο είναι δυνατό να αποφευχθεί η χρήση της;	Αναμφισβήτητα είναι απαραίτητη η χρήση της μεταξύ των ειδικών καθώς στον ορισμό της διάγνωσης περικλείονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες.
Αισθάνεστε εσείς ο ίδιος πως η επιστήμη σας ή το επάγγελμά σας αντιμετωπίζει κάποια μορφή απαξίωσης ή προκατάληψης;	Αν ναι, που την αποδίδετε;

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	
ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	
Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην αναζήτηση βοήθειας και την εθνικότητα ή τις θρησκευτικές πεποιθήσεις;	
Υπάρχουν στερεότυπα και προκαταλήψεις που λειτουργούν αποθαρρυντικά στην αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας;	
Θα μπορούσατε να υπολογίσετε ένα ποσοστό ασθενών που ζητούν βοήθεια εκ του συνόλου εκείνων που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή;	
Πόσο συχνά ο ασθενής αναγνωρίζει ο ίδιος την ανάγκη του για υπηρεσίες ψυχικής υγείας	
Πιστεύετε πως η ψυχιατρική φροντίδα, όσο απαραίτητη και να είναι, σε κάποιο βαθμό αναπόφευκτα επηρεάζει αρνητικά την ταυτότητα του ασθενούς;	
Έχετε συναντήσει ασθενείς οι οποίοι παρόλο που η κατάσταση της υγείας τους έχει βελτιωθεί, αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς εντός της κλινικής ακριβώς επειδή πιστεύουν πως για την κοινωνία έχουν στιγματιστεί;	

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ/ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΙΣΗ		
ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
Τι μέτρα θα προτείνατε εσείς για την ενίσχυση της μάχης ενάντια στο ψυχιατρικό στίγμα?	Π.χ εκπαίδευση, ενημέρωση, έλεγχος των ΜΜΕ	
Πιστεύετε πως το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της αποασυλοποίησης λειτούργησε θετικά ή αρνητικά στην καταπολέμηση του στίγματος;		

Σύμφωνα με κάποιους επιστήμονες το τρίπτυχο ενάντια στον σιγματισμό είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. Πως αξιολογείτε αυτήν την άποψη και από πού θα έπρεπε να ξεκινήσουμε;		
--	--	--

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗ

ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΤΑΣΙΑΣ ΜΑΣΤΡΟΓΙΑΝΝΗ-ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΛΟΝΙΚΗΣ .

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πόσα χρόνια λειτουργεί η κλινική αυτή και από πότε έχει πάρει την σημερινή της μορφή;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η κλινική αυτή λειτουργεί από το 1989 , με το ίδιο κτίριο , τον ίδιο αριθμό κρεβατιών και μόνον οι άνθρωποι αλλάζουν.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τι αριθμό προσωπικού απασχολεί την κλινική και τι ειδικότητες έχει;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Από ιατρικό προσωπικό υπάρχουν τέσσερις ειδικοί ψυχίατροι. Σε ειδικευόμενους ο αριθμός τους ποικίλει ανάλογα με την εποχή και είναι από δύο μέχρι τέσσερις . Υπάρχει μία Κοινωνική λειτουργός, μία ειδική ψυχολόγος και υπάρχει μία part time επισκέπτρια υγείας.

Σε Νοσηλευτικό προσωπικό η κλινική απασχολεί περίπου δέκα έξι άτομα.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τι αριθμός ατόμων κάνει χρήση των Υπηρεσιών της κλινικής σε ετήσια βάση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η κλινική διαθέτει περίπου είκοσι κρεβάτια και από τα στατιστικά στοιχεία που διαθέτουμε μπορούμε να δούμε τον αριθμό των ατόμων.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιο είναι το ποσοστό των ατόμων που εισάγονται εκούσια στην κλινική και ποιο με εισαγγελική εντολή;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Αυτό αλλάζει χρόνο με το χρόνο αλλά κατά μέσο όρο κυμαίνεται σε πενήντα-πενήντα τις εκατό. Παλαιότερα το ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών ήταν

πολύ μικρότερο. Όσο περνούν τα χρόνια αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό των ακούσιων είναι πανελλήνιο φαινόμενο.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πώς ορίζετε το στίγμα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Το στίγμα το ορίζω σαν το αρνητικό χρωματισμό που έχει η ψυχική ασθένεια και ο ψυχικά ασθενής στο κοινωνικό σύνολο.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πώς αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής τον στιγματισμό του. Το συζητάει με τους επαγγελματίες της υγείας και αν το συζητάει πώς το παρουσιάζει;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Αυτό εξαρτάται. Εξαρτάται από τον ασθενή και από τη ψυχική ασθένεια. Οι περισσότεροι ασθενείς τον αντιλαμβάνονται .Αυτό το καταλαβαίνεις κατ' αρχήν από την μεγάλη δυσκολία τους στο να μην μαθευτεί ότι έχουν νοσηλευτεί στο ψυχιατρείο , ότι έχουνε μία ψυχική πάθηση. Είναι πάρα πολύ σημαντικό για τους περισσότερους να κρατηθεί κρυφό αυτό. Επίσης τον στιγματισμό τον βιώνουνε ως να είναι κατώτεροι από τους άλλους. Αισθάνονται ότι θα υποστούν έναν αποκλεισμό από τους άλλους αν μαθευτεί ότι έχουνε μια ψυχική διαταραχή.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στον στιγματισμό ενός ασθενούς, απρόβλεπτες συμπεριφορές για παραδειγμα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι, η συμπεριφορά παίζει σημαντικό ρόλο. Οι ασθενείς που είναι περισσότερο στιγματισμένοι είναι αυτοί που έχουν κάποιες αντιδράσεις οι οποίες “ξεφεύγουν” από τις φυσιολογικές κοινωνικές νόρμες. Επίσης η απομόνωση είναι ένα χαρακτηριστικό που πολύ συχνά στιγματίζει τον ασθενή. Σε πολλούς ασθενείς έτσι όπως μας το λένε ακόμα και οι παρενέργειες των φαρμάκων συμβάλει στον στιγματισμό. Δηλ. μερικοί ασθενείς οι οποίοι παλιότερα έπαιρναν μερικά αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν μια πολύ χαρακτηριστική παγωμένη εμφάνιση.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Σε ποιο βαθμό είναι πιθανό η αίσθηση του στίγματος να προέρχεται από την αντίληψη του ίδιου του ασθενούς για τον τρόπο που πιστεύει ότι τον βλέπουν οι άλλοι και όχι από το πώς πραγματικά τον βλέπουν οι άλλοι.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Αυτό είναι ένας φαύλος κύκλος. Όλοι οι ασθενείς και κυρίως αυτοί που έχουν φτάσει στο σημείο να χρειαστεί να νοσηλευτούν βιώνουν αυτό που εμείς λέμε “ναρκισσιστικό πλήγμα” δηλαδή, βιώνουνε ένα σημαντικό τραύμα στην αυτοπεποίθησή τους και στην αυτοεκτίμησή τους, ότι δηλαδή εγώ τρελάθηκα ότι έφτασα στο σημείο να μπά στο ψυχιατρείο και ούτω καθ’ εξής . Οπότε αυτό αμέσως-αμέσως δημιουργεί μια αρνητική εικόνα εαυτού. Σαφέστατα όταν έχεις μια αρνητική εικόνα εαυτού αυτό καθορίζει και την μετέπειτα συμπεριφορά σου έτσι απομονώνεσε από τους άλλους από φίλους από γνωστούς, ντρέπεσαι . Αυτό σου δημιουργεί ένταση , η ένταση μπορεί να σου δημιουργήσει μια υπερευαίσθητοτητα απέναντι στους τρίτους και βέβαια αυτό βέβαια επηρεάζει και την στάση σου..Γενικώς είναι ένας φαύλος κύκλος.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πιστεύετε ότι η κοινωνία μπορεί να διατηρεί μια εσφαλμένη γνώμη για τους ψυχικά ασθενείς.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Σαφέστατα, ιδίως για τη σχιζοφρένεια, ο “τρελός” έτσι , ίσως με τη τωρινή κατάσταση αρχίζει να αλλάζει στάση η κοινή γνώμη απέναντι στην κατάθλιψη στο άγχος ακόμη και στις αυτοκτονίες, δηλαδή κάπου το αντιλαμβανόμαστε ότι γίνεται γύρω μας, γινόμαστε πιο “θετικοί”. Όμως για παθήσεις όπως είναι η σχιζοφρένεια εκεί το στίγμα εξακολουθεί να υπάρχει.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ο ρόλος των ΜΜΕ στον στιγματισμό ;Συντελούν στον στιγματισμό τα ΜΜΕ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ο ρόλος των ΜΜΕ είναι πολύ ζωτικός όπως και σε όλα τα πράγματα. Προφανώς. Όταν τα ΜΜΕ ανεβάζουν ή κατεβάζουν κυβερνήσεις έτσι και στον στιγματισμό έχουν έναν πολύ μεγάλο βαθμό συμμετοχής. Σε οποιοδήποτε κοινωνικό θέμα τα ΜΜΕ έχουν πολύ μεγάλο βαθμό συμμετοχής και συντελούν και στην ενίσχυση αλλά και στην αντιμετώπιση του στίγματος

.ΕΡΩΤΗΣΗ: Σε μερικές νόσους όπως η καρδιοπάθειες οι υγιείς συμπεριφέρονται με αισθήματα , συμπάθειας ή αλληλεγγύης ή κατανόησης . Αυτό μπορεί να συμβαίνει και για τις ψυχικές νόσους;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Σίγουρα δεν υπάρχει στον ίδιο βαθμό. Είναι πολύ δύσκολο να κατανοήσει ένας ψυχικά υγιής την ψυχική νόσο και να ενπεριέξει τον ασθενή. Επίσης, επειδή η ψυχική νόσος πολύ συχνά συνοδεύεται από κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς αυτό έχει σαν αποτέλεσμα για παράδειγμα την επιθετικότητα την ευαιρεθησιτότητα, η απομόνωση , μπορεί να προκαλέσουν πολύ αρνητικά συναισθήματα στους γύρω, στο περιβάλλον ακόμη και στο στενό περιβάλλον.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Η ίδια η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει παράγοντα στιγματισμού ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι, κυρίως με τα φάρμακα. Παλαιότερα τα αντιψυχωτικά φάρμακα είχαν πολλές παρενέργειες. Πραγματικά ο ασθενής ήταν εμφανές ότι κάτι έχει. Αποκτούσε μια συγκεκριμένη παρουσία μια συγκεκριμένη βάδιση κινητικότητα κλπ που έκανε εμφανές ότι κάτι έχει .Τώρα βέβαια αυτό έχει λίγο εξαλειφθεί. Βελτιώνονται τα φάρμακα και δεν έχουν παρενέργειες.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Κάποιες ψυχικές ασθένειες στιγματίζουν περισσότερο και κάποιες λιγότερο ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Βεβαίως. Η σχιζοφρένεια είναι η κατ' εξοχήν στιγματισμένη ασθένεια.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αναγνωρίζετε διαφορές στην ένταση του στιγματισμού μεταξύ ανοιχτής και κλειστής νοσηλείας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Σαφέστατα είναι μεγαλύτερη η ένταση με νοσηλεία σε κλινική. Άλλο είναι να είναι κάποιος σπίτι του να παίρνει τα φάρμακά του που του έδωσε ένας γιατρός και να πηγαίνει μία φορά τον μήνα σε ένα ιατρείο και να βλέπει έναν ψυχίατρο και άλλο να νοσηλευτεί μία βδομάδα δυό βδομάδες έναν μήνα σε μία ψυχιατρική κλινική. Σαφέστατα αυτός που νοσηλεύεται για τον κόσμο είναι ο βαριά ψυχασθενής, ο βαριά άρρωστος και άρα λοιπόν ενισχύει τον στιγματισμό.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Σε πρακτικό επίπεδο στην καθημερινότητα του ασθενούς, ποιες είναι οι συνέπειες του στίγματος όπως στην ανεύρεση εργασίας κλπ.;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Πάρα πολλές συνέπειες. Στην ανεύρεση εργασίας στις κοινωνικές του σχέσεις είτε αυτές είναι φιλικές είτε συναισθηματικές , ερωτικές. Δηλαδή υπάρχει απομόνωση από τους άλλους και νομίζω ότι κανένας τομέας δεν μένει ανεπηρέαστος από το στίγμα.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Το στίγμα μπορεί να επηρεάσει τη εξέλιξη της ασθένειας; Δηλαδή να αποτελέσει παράγοντα υποτροπιασμού ή διακοπής της θεραπείας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Βεβαίως. Είτε μπορεί να προκαλέσει παράγοντα υποτροπής με την έννοια του στρεσογόνου γεγονότος δηλαδή ένας άνθρωπος που σε ζει σε μια στρεσογόνο κατάσταση νοιώθει στιγματισμένος στο χωριό του στην πόλη του στην οικογένειά του ,αυτό το μόνιμο στρες μπορεί να προκαλέσει, να πυροδοτήσει μία υποτροπή , μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της θεραπείας είτε γιατί δεν θέλει να τον

βλέπει ο κόσμος ότι πηγαίνει στο ψυχίατρο ή στο ψυχιατρείο είτε γιατί μέσα από μια διαδικασία αν θέλεις εσωτερική που λέει ότι είμαι άρρωστος γιατί παίρνω φάρμακα , αν κόψω τα φάρμακα δεν θα είμαι άρρωστος.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Είναι πιθανόν η υιοθέτηση του στίγματος να σχετίζεται με το φύλλο ή την οικονομική και κοινωνική κατάσταση του ασθενούς;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ξέρω ότι υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν αυτά τα πράγματα. Τώρα από εκεί και πέρα νομίζω ότι όλοι ανεξαρτήτως φύλλου ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης είναι ευάλωτοι στον στιγματισμό. Όμως ξέρω ότι υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές και στο φύλλο και στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιες ομάδες είναι πιο ευάλωτες, οι μετανάστες ας πούμε;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Οι μετανάστες είναι μια πολύ μεγάλη ιστορία ,και ας μην το εξετάσουμε τώρα. Από την εμπειρία μου μπορώ να σου πώ ότι ο στιγματισμός είναι πιο έντονος στις μικρές κοινωνίες, ας πούμε σ' ένα χωριό που όλοι ξέρουν τον άλλο ενώ στη πόλη υπάρχει λίγο το άγνωστο, δεν ξέρεις ο διπλανός σου τι κάνει και τη δεν κάνει . Στο χωριό ότι και να γίνει μαθαίνεται. Από μελέτες που γνωρίζω πιθανότατα να έχει σχέση και με το πολιτισμικό επίπεδο, και με το μορφωτικό επίπεδο δηλαδή όσο πιο ενημερωμένη είναι μια κοινωνία για την ψυχική ασθένεια τόσο μειώνεται το στίγμα σε αντίθετη περίπτωση ο ψυχικά ασθενής είναι ο τρελός του χωριού ή κάπως έτσι

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τώρα, στο κομμάτι της οικογένειας. Αυτό που φαίνεται να απασχολεί περισσότερο την οικογένεια είναι η διάγνωση η νοσηλεία ή η μετέπειτα επιστροφή στην κοινωνία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Αυτό με δυσκολεύει γιατί δεν είναι ή το ένα ή το άλλο. Αυτό εξαρτάται αναλόγως με το τι έχει να αντιμετωπίσει η οικογένεια. δηλαδή πότε είναι το ένα πότε είναι το άλλο , δεν υπάρχει μια σαφής απάντηση γι' αυτό. Και ανάλογα με την φάση της νόσου, δηλαδή αν κάποιος πάθει κάτι για πρώτη φορά πχ ένας νέος άνδρας είκοσι χρονών που παθαίνει για πρώτη φορά μία ψυχική διαταραχή και τον μεταφέρουν σ' ένα νοσοκομείο αυτό που ενδιαφέρει την οικογένεια είναι να μάθει τι έχει το παιδί, η διάγνωση ας πούμε πρώτη φάση. Αν όμως έχουν περάσει δεκαπέντε χρόνια της νόσου αλλάζει τώρα τι ενδιαφέρει περισσότερο την οικογένεια

ΕΡΩΤΗΣΗ: Στις φάσεις διάγνωση, νοσηλεία , επιστροφή που φαίνεται να προβληματίζεται περισσότερο η οικογένεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Σαφώς στην επιστροφή .Γιατί η διάγνωση και η νοσηλεία είναι αν θές ευθύνη άλλων δηλ. ο γιατρός είναι υπεύθυνος. Η επιστροφή στο σπίτι και η προσαρμογή ας πούμε σε μία νέα πραγματικότητα όπου η οικογένεια έχει να ζήσει μ' ένα μέλος που έχει μια ψυχική ασθένεια πρέπει να λύσει πρακτικά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίσει και το τι θα πούνε οι υπόλοιποι συγγενείς οι γείτονες οι φίλοι. Αν θα χάσει η δεν χάσει ξαφνικά την δουλειά του. Υπάρχει ο φόβος επίσης ότι εντάξει θα το πάρω το παιδί στο σπίτι αλλά ποιος ξέρει αν αύριο δεν θα μου επιτεθεί ή δεν θα αυτοκτονήσει.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τώρα, στους επαγγελματίες της υγείας. Πώς αντιμετωπίζονται οι ψυχικά ασθενείς από τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Αυτό εξαρτάται από τον άνθρωπο που έχεις απέναντί σου . Γενικά θα σου έλεγα ότι ο ψυχικά ασθενής είναι δεύτερης κατηγορίας ασθενής για τις άλλες ειδικότητες των γιατρών.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Η ψυχιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα δίνει το απαραίτητο βάρος στο φαινόμενο του στίγματος και στην αντιμετώπισή του;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Νομίζω πως ναι.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Το φαινόμενο του στίγματος έχει απασχολήσει πάρα πολύ τις κοινωνικές επιστήμες. Συμβαίνει το ίδιο και στην ιατρική επιστήμη;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Κοιτάξτε να δείτε, η ψυχιατρική είναι λίγο διαφορετική από τις υπόλοιπες ειδικότητες, με την έννοια ότι δεν τόσο ιατροκεντρική. Δηλαδή μαθαίνουμε και από την εκπαίδευσή μας ακόμη και από τα συγκράματα ότι υπάρχει η έννοια της θεραπευτικής ομάδας. Επομένως μπορεί να μην είναι το κεντρικό κομμάτι το στίγμα για τον ψυχίατρο αλλά εξακολουθεί να είναι σημαντικό, δεν το παραβλέπει.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και ο ρόλος της διαγνωστικής ταμπέλας; Π.χ Σχιζοφρενής, καταθλιπτικός; Πόσο κατανοητή γίνεται η διάγνωση από τον μη ειδικό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η διάγνωση μπορεί να είναι ταμπέλα. Πολλές φορές εμείς λέμε στους ασθενείς ότι οι διαγνώσεις είναι για δικούς μας σκοπούς. Να σου δώσω ένα παράδειγμα. Είναι πολύ διαδεδομένο στην Ελλάδα να βάζουμε τη διάγνωση της ψυχωτικής διαταραχής. Αντί να λέμε ότι κάποιος είναι σχιζοφρενής βάζουμε την διάγνωση που είναι λίγο πιο γενική που λέγεται ψυχωτική διαταραχή. Αυτό έχει να κάνει ακριβώς με το ότι η λέξη σχιζοφρένεια αυτή καθ' εαυτή είναι αρνητικά χρωματισμένη είναι στιγματισμένη φοβίζει. Επομένως πολλές φορές εμείς οι ίδιοι ακόμη και απέναντι στους ασθενείς μας ενώ ουσιαστικά τους το εξηγούμε ως πούμε και τους λέμε περίπου τι είναι αποφεύγουμε να το χρησιμοποιήσουμε.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Το επάγγελμά σας αντιμετωπίζει κάποια μορφή απαξίωσης.;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Από τον κόσμο δεν υπάρχει. Όταν βρίσκεσαι στην ανάγκη και ζητάς βοήθεια από κάποιον δεν τον απαξιώνεις εύκολα. Όμως πολλές φορές λένε ότι θα πάμε στον ψυχολόγο και όχι ότι θα πάμε στον ψυχίατρο. Χρειάζεται να το εξηγήσουμε στους ανθρώπους ότι είμαστε γιατροί, να το καταλάβουν. Τώρα από άλλες ειδικότητες ναι. Κάποιοι γιατροί άλλων ειδικοτήτων μπορεί λίγο να λένε «καλά τώρα εντάξει ο ψυχίατρος τι κάνει , κάθεται και συζητάει όλη μέρα και δεν κάνει τίποτα» . Εντάξει συμβαίνει μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων, όπως και αν κάποιος είναι μικροβιολόγος και κάποιος είναι νευροχειρουργός , ο δεύτερος θεωρεί τον πρώτο δεύτερης κατηγορίας.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχει κάποια σχέση στην εθνικότητα ή τις θρησκευτικές πεποιθήσεις για την αναζήτηση βοήθειας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Στις εθνικότητες ναι αυτό είναι γνωστό απ' όλες τις μελέτες που έχουνε γίνει στον κόσμο σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες δηλ. σε κοινωνίες που έχουν μεγάλες μεταναστευτικές ομάδες ότι οι εθνικότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναζήτηση βοήθειας. Δηλαδή πέρα από όλα τα υπόλοιπα ένας άνθρωπος διαφορετικής εθνικότητας έχει να αντιμετωπίσει και πολύ πρακτικά προβλήματα , ένα πολύ σημαντικό είναι η γλώσσα. Είναι πάρα πολύ δύσκολο να πας στον ψυχίατρο και να μην μπορείς να μιλήσεις την γλώσσα, ή να μην καταλαβαίνεις τις διαδικασίες στην υπηρεσία στην οποία απευθύνεσαι. Η θρησκεία επίσης παίζει ρόλο. Γιατί η θρησκεία είναι ένα πολύ μεγάλο κομμάτι του πολιτισμικού background . Μπορεί σε μία θρησκεία να θεωρείται ότι η ψυχική ασθένεια είναι πχ. “μάτιασμα” ή ότι είναι αποτέλεσμα “βουντού” ή οτιδήποτε άλλο.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχουν στερεότυπα και προκαταλήψεις που λειτουργούν αποθαρρυντικά στην αναζήτηση της ψυχιατρικής βοήθειας. Παραδείγματος χάριν ο

κόσμος μπορεί να πιστεύει ότι η φαρμακευτικής μπορεί να είναι εθιστική και αναποτελεσματική και τα περισσότερα προβλήματα να καθίσαι να τα λύσεις μόνος σου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Βεβαίως. Ας πούμε είμαστε εδώ σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο σ' ένα ψυχιατρείο αυτό ακούγεται άσχημα στον κόσμο, η ύπαρξη αυτών των ασύλων ο κόσμος πιστεύει ότι δεν θα βγείς ποτέ από δω μέσα. Βεβαίως και τα φάρμακα, ο κόσμος μπερδεύει τα φάρμακα που δίνουμε εμείς με τα ναρκωτικά. Ότι τα φάρμακα που δίνουμε εμείς προκαλούν εθισμό ή εξάρτηση σε κάνουν φυτό σε "ζαβλακώνουνε".

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μπορείτε να προσδιορίσετε ένα ποσοστό ασθενών που ζητούν βοήθεια δηλ. είναι το ένα τρίτο πχ από το σύνολο των ψυχικά ασθενών;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Είναι πολύ δύσκολο. Δεν είναι σταθερό αυτό το ποσοστό. Δεν ξέρω ακριβώς να σου πώ αλλά από μελέτες αυτό αλλάζει από πόλη σε πόλη από χώρα σε χώρα. Αυτό που μπορώ να σου πώ είναι ότι οι περισσότεροι εκ των πραγμάτων αναγκάζονται αργά ή γρήγορα να ζητήσουν βοήθεια. Το θέμα είναι πότε θα την αναζητήσουν αυτή την βοήθεια. Γιατί αλλιώς αντιμετωπίζεται η ψυχική ασθένεια "εν τω γεννάστε της" και αλλιώς αντιμετωπίζεται όταν έχει χρονίσει. Γιατί όπως και στις περισσότερες ασθένειες αλλάζει πάρα πολύ η πρόγνωση. Εκ των πραγμάτων όπως και σ' όλες τις ασθένειες θα αναγκαστεί ο άλλος να αναζητήσει με τον ένα ή τον άλλο τρόπο βοήθεια.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Έχετε συναντήσει ασθενείς οι οποίοι παρ' όλο που η κατάστασή τους έχει βελτιωθεί να αισθάνονται πιο ασφαλείς εντός της κλινικής, λόγω του ότι η κοινωνία τους έχει στιγματίσει;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Βεβαίως είναι πάρα πολύ συχνό αυτό το φαινόμενο. Κατ' αρχήν οι πολλαπλές νοσηλείες δημιουργούν αυτό φαινόμενο της ιδρυματοποίησης ότι πιά για τον ασθενή σπίτι του γίνεται το νοσοκομείο και όχι το σπίτι του. Επίσης σαφέστατα το να βρίσκεται κανείς εδώ μέσα είναι σ' ένα προστατευμένο περιβάλλον , δεν χρειάζεται να προσπαθεί πάρα πολύ , προσπαθούν άλλοι γι' αυτόν. Οι συμπεριφορές του είναι περισσότερο αποδεκτές απ' ότι έξω οπότε πολλές φορές το συναντούμε αυτό το θέμα.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και τώρα στην αντιμετώπιση του στίγματος. Πιστεύετε ότι το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αποασυλοποίησης έχει λειτουργήσει θετικά ή αρνητικά στην καταπολέμηση του στίγματος;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η αποασυλοποίηση και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έχουν μείνει στη μέση. Θεωρείται αποτυχημένη και επομένως έχουμε αποτύχει και στο κομμάτι του στίγματος. Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι ότι η έλλειψη κοινοτικών δομών. Ακόμα και σήμερα μετά από τόσα χρόνια , που υποτίθεται ότι υπάρχει ψυχιατρική μεταρρύθμιση δηλαδή από την Λέρο από το 1989 μέχρι σήμερα, ακόμα και τώρα δεν υπάρχουν έξω στην κοινότητα δομές ψυχικής υγείας που να μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Οπότε αναγκαστικά ακόμα και σήμερα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν αποδέκτες όλων των περιστατικών που υπάρχουν έξω στην πόλη. Από την στιγμή λοιπόν που δεν μπορείς όπως πηγαίνεις στον παθολόγο έτσι να υπάρχουνε κέντρα ψυχικής υγείας που πηγαίνεις αντιμετωπίζεις το πρόβλημά σου εγκαίρως χωρίς να χρειάζεται να νοσηλευτείς θεωρώ ότι έχει αποτύχει και δεν το θεωρώ μόνον εγώ, είναι γνωστό ότι δεν έχει προχωρήσει η αποασυλοποίηση, και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μέχρι εκεί που θα έπρεπε. Αν τελικά προχωρήσει σαφέστατα αυτό θα βελτιώνε κατά πολύ και το κομμάτι της στιγματοποίησης της ψυχικής νόσου

ΕΡΩΤΗΣΗ: Σε σχέση με τα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη, ποιο κράτος θεωρείται ως πρότυπο;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Για το χώρο της ψυχικής υγιεινής πάντοτε η Μεγάλη Βρετανία ήταν ένα σημαντικό πρότυπο . Ήταν η πρώτη χώρα η οποία έκανε ακριβώς αυτό, έκλεισε τα ψυχιατρεία. Δεν υπάρχουν ψυχιατρεία υπάρχουν μόνον ψυχιατρικά τμήματα στα νοσοκομεία αλλά υπάρχει ένα πολύ οργανωμένο κοινοτικό δίκτυο. Συν το ότι ένα μεγάλο κομμάτι περνάει και από την πρωτοβάθμια περίθαλψη από τον οικογενειακό γιατρό ας πούμε . Πάει εκεί ο ασθενής ο γιατρός αν χρειαστεί θα τον παραπέμψει σε πιο εξειδικευμένη δομή κλπ. Η Γερμανία επίσης έχει ένα πολύ καλό σύστημα και οι Σκανδιναβικές χώρες.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και τι μέτρα θα προτείνετε εσείς στην μάχη κατά του στίγματος;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Το πρώτο πράγμα έχει να κάνει πάρα πολύ με την ενημέρωση του κόσμου. Επίσης κάθε τέτοιο πρόγραμμα θα πρέπει να περιέχει την εκδοχή των ίδιων των χρηστών της ψυχικής υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους που δεν υπάρχει στην Ελλάδα. Τώρα λίγο έχουν αρχίσει και δημιουργούνται κάποιοι τέτοιοι σύλλογοι. Στο εξωτερικό υπάρχουνε παντού, όπου οι ίδιοι οι ασθενείς και οι οικογένειες τους συμμετέχουν ακριβώς στην καταπολέμηση του στίγματος. Άρα λοιπόν η ενημέρωση του κόσμου, η πρόληψη η ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης με το κλείσιμο των ψυχιατρείων με την δημιουργία δομών στην κοινότητα νομίζω ότι είναι τα πιο ουσιαστικά.
