



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»
*Διευθυντής Σπουδών: Καθηγητής Αθανάσιος Δουζένης***

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Έρευνα στάσεων και αντιλήψεων των δημοσιογράφων για τους ψυχικά πάσχοντες από κατάθλιψη σε σύγκριση με την αντίληψή τους για τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια

Χριστίνα Β. Σούκη

Επιβλέπων: Καθηγητής Αθανάσιος Δουζένης

ΑΘΗΝΑ

Σεπτέμβριος 2021

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Έρευνα στάσεων και αντιλήψεων των δημοσιογράφων για τους ψυχικά πάσχοντες από κατάθλιψη σε σύγκριση με την αντίληψή τους για τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια

**Χριστίνα Β. Σούκη
Α.Μ.: 20180585**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Καθηγητής Αθανάσιος Δουζένης

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αθανάσιος Δουζένης, Καθηγητής Ψυχιατρικής - Ψυχοϊατροδικαστικής, Ε.Κ.Π.Α. (Επιβλέπων)

Μαρίνα Οικονόμου, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ε.Κ.Π.Α. (Μέλος)

Ιωάννης Μιχόπουλος, Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ε.Κ.Π.Α. (Μέλος)

Σεπτέμβριος 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο : ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	12
Κεφάλαιο 1 ^ο Η Ψυχική Διαταραχή και οι Διαστάσεις της.....	13
1.1 Η Ψυχική Διαταραχή.....	13
1.2 Ιστορική Αναδρομή της Ψυχιατρικής και της Ψυχικής Διαταραχής	15
1.3 Το Αντιψυχιατρικό Κίνημα	19
1.4 Η Ελληνική Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία	22
Κεφάλαιο 2 ^ο Το Στίγμα και η Ψυχική Διαταραχή	25
2.1 Το Στίγμα, ο Αυτοστιγματισμός και η Ψυχική Διαταραχή.....	25
2.2 Το Στίγμα και οι Καταθλιπτικές Διαταραχές.....	32
2.3 Το Στίγμα και η Σχιζοφρένεια.....	35
2.4 Το Στίγμα της Ψυχικής Διαταραχής στην Ελλάδα.....	40
Κεφάλαιο 3 ^ο Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και το Στίγμα της Ψυχικής Διαταραχής.....	44
3.1 Η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στο κοινό.....	44
3.2 Οι Αναπαραστάσεις της Ψυχικής Διαταραχής μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης .	48
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	53
Κεφάλαιο 4 ^ο Ο Μεθοδολογικός Σχεδιασμός της Έρευνας	54
4.1 Οι Σκοποί και οι Στόχοι της Έρευνας.....	54
4.2 Τα Ερευνητικά Ερωτήματα.....	54
4.3 Η Μεθοδολογία της Έρευνας και τα Ερευνητικά Εργαλεία	55
4.4 Το Δείγμα της Έρευνας και η Δειγματοληψία.....	57
4.5 Τα Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας.....	58
4.6 Η Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων	58
Κεφάλαιο 5 ^ο Τα Αποτελέσματα της Έρευνας.....	60
5.1 Τα Αποτελέσματα της Στατιστικής Ανάλυσης	60
Κεφάλαιο 6 ^ο Η Συζήτηση και οι Περιορισμοί της Έρευνας.....	82
6.1 Η Συζήτηση.....	82
6.2 Οι Περιορισμοί της Έρευνας.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	110

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 - Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος.....	60
Πίνακας 2 - Αποτελέσματα εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας (Cronbach α) για την κλίμακα ASMI.....	61
Πίνακας 3 - Αποτελέσματα Ανάλυσης παραγόντων για την κλίμακα στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη.....	62
Πίνακας 4 - Αποτελέσματα Ανάλυσης παραγόντων για την κλίμακα στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια.....	62
Πίνακας 5 - Αποτελέσματα εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας (Cronbach α) για τις κλίμακες αντιλήψεων απέναντι στη κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια.....	64
Πίνακας 6 - Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και της κλίμακας ASMI.....	65
Πίνακας 7 - Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και της κλίμακας Στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη.....	66
Πίνακας 8 - Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και της κλίμακας Στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια.....	68
Πίνακας 9 - Συσχετίσεις ανάμεσα στις τρεις χρησιμοποιούμενες κλίμακες...71	
Πίνακας 10 - Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων με τις υποκλίμακες και το συνολικό score της κλίμακας ASMI.....	75
Πίνακας 11 - Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων με τις υποκλίμακες και το συνολικό score της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη.....	78
Πίνακας 12 - Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων με τις υποκλίμακες και το συνολικό score της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια.....	81

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω από καρδιάς τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους άμεσα ή έμμεσα βοήθησαν για την επίτευξη της.

Ένα θερμό ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Αθανάσιο Δουζένη για τις επιστημονικές του επισημάνσεις και καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας μου.

Τις θερμές ευχαριστίες μου θα ήθελα να εκφράσω στους καθηγητές, κ. Μαρίνα Οικόνομου για την αδειοδότηση και την πρόσβαση στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποίησα, αλλά και τις σημαντικές επισημάνσεις της, και κ. Ιωάννη Μιχόπουλο για τις διορθώσεις και τις παρατηρήσεις του προς την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ακόμη την κ. Μπαλή Παναγιώτα για τις παρατηρήσεις της ώστε να επιτευχθεί ένα άρτιο αποτέλεσμα της διπλωματικής μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους φίλους μου για την υποστήριξή τους, αλλά και στους αγαπημένους μου συναδέλφους – «δασκάλους» για όλα τα μαθήματα που μου προσέφεραν και την πίστη τους σε εμένα και τις δυνατότητές μου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνω από καρδιάς στην Χαρούλα μου και τον Κώστα για όλη τη βοήθεια.

Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να απευθύνω τη μεγάλη ευγνωμοσύνη μου στη Σοφούλ, της οποίας η επιμονή, η βοήθεια και το ενδιαφέρον αποτέλεσαν τα πιο ισχυρά κίνητρα – ακόμη και τις πιο δύσκολες στιγμές – ώστε να φέρω εις πέρας το εγχείρημα αυτό.

Αφιερωμένη στους γονείς και τα αδέρφια μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κοινωνικό στίγμα ως ένας έντονα μειωτικός και δυσφημιστικός χαρακτηρισμός επηρεάζει ακόμη και σήμερα την ψυχική διαταραχή και τον ψυχικά ασθενή. Το κοινό επιλέγει ως κύρια πηγή πληροφόρησης, ενημέρωσης και ψυχαγωγίας τον έντυπο και ηλεκτρονικό Τύπο, ενώ σε πλείστες των περιπτώσεων επικρατεί η στερεοτυπική αποτύπωση του ψυχικά ασθενή. Η διερεύνηση της επιρροής των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) στη διαμόρφωση, διάδοση ή τροφοδότηση του κοινωνικού στίγματος θα προσφέρει επιπλέον επιστημονική γνώση και τεκμηρίωση για τις στρατηγικές εξάλειψης των στιγματιστικών στερεοτύπων.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα εξετάζει την στάση και την αντίληψη των δημοσιογράφων ως εκπροσώπων των Μ.Μ.Ε. για την ψυχική διαταραχή, την κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια και τη σύνδεση των προσωπικών τους στάσεων με την καταγραφή και την αποτύπωση των στιγματιστικών αντιλήψεων στα Μ.Μ.Ε. σε βάρος των ψυχικά ασθενών.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτελούταν από 163 δημοσιογράφους όλων των κατηγοριών. Χρησιμοποιήθηκαν και διανεμήθηκαν η κλίμακα «Στάσεις για σοβαρές ψυχικές διαταραχές» ή «Attitudes in Severe Mental Illness (ASMI)» για την μελέτη των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο, ενώ κατασκευάστηκαν και ελέγχθηκαν με παραγοντική ανάλυση για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας τα ερωτηματολόγια «Αντιλήψεις και Στάσεις για την Κατάθλιψη» και «Αντιλήψεις και Στάσεις για την Σχιζοφρένεια».

Αποτελέσματα: Το δείγμα δεν παρουσιάζει στιγματιστικές αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο. Λιγότερο στιγματιστικές αντιλήψεις και στάσεις βρέθηκε να παρουσιάζουν για την κατάθλιψη, ενώ αποτυπώνονται υψηλότερες για την σχιζοφρένεια με το 94.6 % να θεωρεί την σχιζοφρένεια πιο σοβαρή νόσο και το 90,4 % τους σχιζοφρενείς πιο επικίνδυνους από τους καταθλιπτικούς. Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με θετικότερη στάση απέναντι στην σχιζοφρένεια, ενώ φαίνεται πως η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος διαμονής επηρεάζουν το προσωπικό ενδιαφέρον για την κατάθλιψη. Οι στάσεις για την κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια επηρεάζονται από τον βαθμό στιγματιστικών αντιλήψεων και στάσεων για την ψυχική διαταραχή γενικότερα και το αντίστροφο.

Περιορισμοί: Το δείγμα ευκολίας δεν επιτρέπει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων και δεν χρησιμοποιήθηκαν κλινικές βινιέτες.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική διαταραχή, ψυχικά ασθενής, κοινωνικό στίγμα, αυτοστιγματισμός, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, μέσα μαζικής ενημέρωσης, δημοσιογράφοι

ABSTRACT

Introduction: Social stigma is a derogatory and defamatory characterization that affects mental disorders and the mentally ill, even nowadays. The audience prefers the print and electronic media as the main information and entertainment source, however in most of the cases, the stereotypical mapping of the mentally ill prevails in media. Investigation of mass media influences, in shaping, dissemination or feeding of social stigma, will provide additional scientific knowledge and documentation about eradication strategies of negative stereotyping and stigma.

Aim: This research examines the attitudes and perceptions of journalists, who are the mass media handlers, towards mental disorder, depression and schizophrenia. The main purpose is to investigate, if their personal attitudes towards mental disorders, affects and links by recording and capturing stigmatizing perceptions in media.

Method: The sample consisted of 163 journalists of all categories. There, it was used the "Attitudes In Severe Mental Illness (ASMI)" scale and the "Perceptions and Attitudes about "Depression" and "Perceptions and Attitudes about Schizophrenia" questionnaires. These two questionnaires, were constructed and tested with factor analysis and then, they were distributed at this research.

Results: There were not found stigmatizing perceptions and attitudes towards mental disorder. Less stigmatizing perceptions and attitudes were found towards depression, while they were higher towards schizophrenia. About 94.6% considered schizophrenia more severe disease and 90.4% considered patients with schizophrenia more dangerous than those with depression. The higher educational level is associated with more positive attitude towards schizophrenia, and it seems that marital status and place of residence affect personal interest in depression. Attitudes towards depression and schizophrenia are affected by the degree of stigmatizing perceptions and attitudes in general, towards mental disorder and vice versa.

Limitations: The convenience sample lacks clear generalizability, and no clinical vignettes were used.

Key words: mental disorder, mentally ill, social stigma, self – stigmatization, depression, schizophrenia, mass media, journalists

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια του ψυχικά ασθενούς αποτελούσε διαχρονικά αίτιο αναστάτωσης στην κοινωνική αντίληψη. Λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που εμφάνιζαν οι ψυχικά ασθενείς, η άγνωστη για αιώνες προέλευση τους, η αντίληψή τους ως «αντικείμενα φόβου και κινδύνου» και η διστακτική έως το 1945 μεταρρύθμιση της Ψυχιατρικής, αποτέλεσαν βασικούς λόγους στη δημιουργία του οριζόμενου πλέον σήμερα «κοινωνικού στίγματος των ψυχικά ασθενών». Παρά την επιστημονική εξέλιξη και πρόοδο και την ανάπτυξη της Ψυχιατρικής, το «στίγμα» όχι μόνο δε φαίνεται να αποτελεί παρελθόν, αλλά ο ψυχιατρικά πάσχων πληθυσμός επωμίζεται ένα περαιτέρω ψυχικό και κοινωνικό βάρος, τον κοινωνικό αποκλεισμό του (Rüsch et al., 2005, σ. 529).

Έρευνες που χρονολογούνται από το 1950 μελετούν το στίγμα των ψυχικών ασθενειών αναλύοντας συστήματα όπως είναι η οικογένεια, το κοινωνικό σύνολο, οι επαγγελματίες υγείας, οι εκπαιδευτικοί, τα Μ.Μ.Ε. κ.ο.κ.. Προσπαθούν να δώσουν μεγαλύτερη βάση και να παρέχουν ακριβείς και στατιστικά σημαντικές πληροφορίες τόσο για την προέλευση του στίγματος όσο και για τις συνέπειες του στο άτομο, κοινωνικά ή προσωπικά με τον αυτό - στιγματισμό.

Ο προηγούμενος αιώνας χαρακτηρίστηκε από έρευνες που αφορούσαν τόσο την έννοια και τον ορισμό του στίγματος, αλλά και την επέκτασή του στην κοινωνία. Το 1957 με τη συνεισφορά των Cumming, πραγματοποιείται σε μία μικρή πόλη του Καναδά αντίστοιχη έρευνα. Χρησιμοποιώντας ένα εξάμηνο πρόγραμμα εκπαίδευσης μελετάται η στάση ενός δείγματος πληθυσμού πριν και μετά την εκπαίδευση, όταν και παρατηρείται η αλλαγή ή μη της συγκεκριμένης στάσης απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες (Cumming & Cumming, 1957). Το 1955 έχει προηγηθεί ήδη δημοσίευση μίας εργασίας στο Ετήσιο Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Ψυχικής Υγείας σχετικά με τις απόψεις της κοινωνίας για τις ψυχικές νόσους (Star, 1955).

Τις επόμενες δεκαετίες φαίνεται πως οι έρευνες σχετικά με το στίγμα αρχίζουν να πληθαίνουν και το ερευνητικό ενδιαφέρον αυξάνεται ώστε να υπάρξουν ακόμη περισσότερα δεδομένα επί του θέματος. Άλλωστε, το 1963 πλέον ο Goffman

οριοθετεί την έννοια του «στίγματος» προσδίδοντας έναν ορισμό (Goffman, 1963), ο οποίος γίνεται αποδεκτός ευρέως από την επιστημονική κοινότητα, ενώ την ίδια περίοδο κατασκευάζεται η κλίμακα «Opinions Towards The Mental Illness» από του Cohen και Struening (Cohen & Struening, 1963). Το 1981 σταθμίζεται και δημιουργείται από τους Dear και Taylor η κλίμακα «Community Attitudes Towards The Mentally Ill» (Taylor & Dear, 1981). Οι παραπάνω κλίμακες μεταφράζονται και σταθμίζονται αργότερα από τους Μαδιανό και συνεργάτες για τα ελληνικά δεδομένα (Madianos et al., 1987).

Το 1989 έρευνα που έγινε στις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων παρήγαγε δεδομένα σύμφωνα με τα οποία το στίγμα επηρέαζε κυρίως τη ζωή του πάσχοντα, αλλά και τη δική τους, ενώ διατηρούσαν την άποψη πως οι ψυχικές νόσοι είναι συνυφασμένες με το κοινωνικό στίγμα (Wahl & Harman, 1989). Την ίδια χρονιά δημοσιεύεται έρευνα η οποία αναλύει την παρουσίαση των ψυχικά πασχόντων στα media καταγράφοντας στα αποτελέσματά της πως οι ψυχικά πάσχοντες παρουσιάζονται κυρίως σε δράματα και μάλιστα είναι χαρακτηριστικό πως η εικόνα τους μπορεί να γίνει τόσο επικίνδυνη, η οποία οδηγεί σε πολλές των περιπτώσεων μέχρι και στη δολοφονία (Signorielli, 1989).

Τα τελευταία χρόνια αξιοποιώντας τα ήδη υπάρχοντα αποτελέσματα παλαιότερων δεκαετιών, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες τόσο για την ύπαρξη του στίγματος στο κοινωνικό πλαίσιο όσο και για τις συνέπειες του, όπως τον αυτό - στιγματισμό και την περιθωριοποίηση. Μία μετα - ανάλυση που δημοσιεύτηκε το 2012 μελέτησε την επαφή και την εκπαίδευση ως μέσα για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος των ψυχικών ασθενειών. Στα συμπεράσματα παρατηρείται πως ενώ και οι δύο μέθοδοι έχουν θετικά αποτελέσματα, στους ενήλικες είναι αποτελεσματικότερη η εκπαίδευση για τις ψυχικές διαταραχές, ενώ στους εφήβους η επαφή με τους πάσχοντες. (Corrigan et al., 2012). Την ίδια χρονιά συγκεντρώθηκαν σε ανασκόπηση δεδομένα από 14 ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με το στιγματισμό και τον αυτό - στιγματισμό, καταλήγοντας συμπερασματικά πως οι απόψεις και οι αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου συμπίπτουν εν καιρώ με την άποψη που σχηματίζει ο ίδιος ο πάσχων τελικά για τον εαυτό του (Evans – Lacko et al., 2012).

Παρατηρείται, επιπλέον, πως ήδη μετά από μακροχρόνια έρευνα η επιστημονική κοινότητα έχει πλέον καταλήξει σε μεθόδους και προγράμματα

καταπολέμησης του στίγματος και κατά συνέπεια του αυτό - στιγματισμού (Corrigan & Rao, 2012). Η προηγούμενη δεκαετία φαίνεται να αποτελεί σταθμό στη μελέτη του στίγματος με πληθώρα ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο. Μάλιστα, ιδιαίτερα μετά το 1999 και την δράση του προγράμματος «αντί – στίγμα» στην Ελλάδα, οι Έλληνες ερευνητές και επιστήμονες εισάγουν σημαντικά δεδομένα στην επιστημονική έρευνα για το στίγμα. Χαρακτηριστική σε αυτήν τη δεκαετία αποτελεί η προσπάθεια από την επιστημονική κοινότητα όχι μόνο να αντλήσει και να εξάγει στοιχεία και συμπεράσματα, αλλά ταυτόχρονα να καταπολεμήσει το στίγμα, να ενημερώσει την κοινότητα περί του θέματος και να εξοικειώσει το κοινό με την ψυχική διαταραχή. Ήδη το 2000 δημοσιεύεται άρθρο του Peter Byrne σχετικά με τις μεθόδους εξάλειψης του ψυχιατρικού στίγματος (Byrne, 2000). Ενώ πρόσφατα δημοσιευμένο άρθρο του 2016 περιγράφει αναλυτικά όρους, μεθόδους, συνέπειες και προτείνει την αντιμετώπιση του στίγματος (Corrigan & Bink, 2016).

Στην Ελλάδα έρευνα που χρονολογείται το 2009 εξάγει τα εξής συμπεράσματα για τον ελληνικό πληθυσμό σχετικά με την σχιζοφρένεια και το στίγμα: «τα Μ.Μ.Ε. επηρεάζουν και διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό την αντίληψη για τους συγκεκριμένους πάσχοντες, η ημιμάθεια και η αμάθεια σχετικά με την σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά και τέλος η εγγύτητα και η κοινωνική απόσταση φαίνεται να έχουν αρνητική σχέση» (Economou et. al., 2009). Το 2010 πλέον η κλίμακα κοινωνικής απόστασης χρησιμοποιήθηκε και εφαρμόστηκε στην Ελλάδα προς την καταγραφή του στίγματος (Economou et al., 2010). Ενώ δύο χρόνια αργότερα οι Μαδιανός, Οικονόμου και συνεργάτες κατασκευάζουν την κλίμακα «Attitudes To Severe Mental Illness» (ASMI), η οποία θα χρησιμοποιηθεί επίσης στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας παρακάτω (Madianos & Economou, 2012). Τη διετία του 2006 - 2007 παρατηρούνται δημοσιεύσεις σχετικά με τη συνάφεια του στίγματος και των Μ.Μ.Ε., επεκτείνοντας τις υποθέσεις σχετικά με το πόσο διαμορφώνουν και επηρεάζουν την κοινή γνώμη τα media, όπως επίσης με ποιον τρόπο παρουσιάζονται και χαρακτηρίζονται οι ψυχικές διαταραχές όταν δημοσιεύονται.

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) έχουν επιρροή στη διαμόρφωση της κοινωνικής αντίληψης, κάτι που τα κατατάσσει στους πρωτογενείς παράγοντες διαιώνισης των προκαταλήψεων. «Αποφεύγοντας την ανάλυση και έρευνα των

αιτιών, ο Τύπος τείνει σε ομογενοποιήσεις και ομοιορφοποιήσεις, παρουσιάζοντας συγκρουσιακές εικόνες της κοινωνίας, τρομάζοντας το κοινό» (Πανούσης, 1988, σ. 73). Ο Τύπος διαθέτει τη δύναμη να παιδεύει το κοινό σε αναρίθμητες αντιλήψεις, ανάμεσά τους και κάθε λογής στιγματιστικής προκατάληψης.

Παρατηρώντας τα έως τώρα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τη σχέση των Μ.Μ.Ε. και του στίγματος των ψυχικών ασθενειών θα μπορούσαν σίγουρα σε μία βάση να αναλυθούν και να ερευνηθούν τυχόν κενά στην ερευνητική πρακτική. Αν και η βιβλιογραφία διαθέτει επαρκείς μελέτες σχετικά με τις αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας μέσω των media, κενό αποτελεί η επί τούτου καταγραφή των προσωπικών απόψεων και αντιλήψεων του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο εκπροσωπεί τα Μ.Μ.Ε., και η διερεύνηση του ρόλου τους στην απόδοση στιγματιστικών, αντιστιγματιστικών ή ουδέτερων αντιλήψεων. Αυτή η ερευνα σκοπεύει να εμβαθύνει ακόμη περισσότερο στην έννοια του κοινωνικού στιγματισμού και των Μ.Μ.Ε.. Η έρευνα στάσεων και αντιλήψεων των δημοσιογράφων σχετικά με τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια σε σύγκριση με την αντίστοιχη άποψή τους για τους πάσχοντες από τη διαταραχή διάθεσης της κατάθλιψης θα παρέχει περισσότερα δεδομένα για την υπάρχουσα οπτική των επαγγελματιών των Μ.Μ.Ε. για την ψυχική υγεία και τον στιγματισμό. Θα προσδιοριστεί επιπλέον υλικό σχετικά με την ενημέρωση και την εκπαίδευση των επαγγελματιών όσο αφορά τον στιγματισμό ψυχιατρικών περιστατικών, αλλά και των ίδιων των ασθενών βάσει της ψυχιατρικής γνωμάτευσής τους. Επιπροσθέτως, θα προσφέρει μία επιπλέον γνώση σχετικά με την ανάγκη παρέμβασης στην εκπαίδευση και την επιμόρφωση των εκπροσώπων του Τύπου και των media, με σκοπό τη διαμόρφωση αμερόληπτων και ρεαλιστικών πεποιθήσεων για την ψυχική νόσο, την αποδοχή των ψυχικά ασθενών, την καταπολέμηση του στίγματος και εν τέλει την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ανθρώπων αυτών.

ΜΕΡΟΣ 1^ο : ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κεφάλαιο 1^ο

Η Ψυχική Διαταραχή και οι Διαστάσεις της

1.1 Η Ψυχική Διαταραχή

Το 1948 μετά από την πιο πρόσφατη αναθεώρηση, διαμορφώνεται ο ορισμός της Υγείας, όπως τον γνωρίζουμε σήμερα, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίο Υγεία αποτελεί τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και όχι απλώς την απουσία νόσου ή αναπηρίας (World Health Organization, 2006, σ. 1). Ταυτόχρονα ορίζει ως *Ψυχική Υγεία* την κατάσταση κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητες του, δύναται να αντεπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συμβάλει στην κοινότητά του (World Health Organization, 2004, σ. 11).

Η έννοια της ψυχικής διαταραχής δε διαθέτει ακόμη έναν ακριβή ορισμό παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει προσπάθειες να περιγραφεί στα ταξινομητικά διαγνωστικά συστήματα του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση προσδίδει στην *ψυχική διαταραχή* έναν ορισμό, ο οποίος περιγράφεται στο DSM – IV ως ένα σημαντικό κλινικό συμπεριφορικό και ψυχολογικό σύνδρομο το οποίο συνδέεται με την αίσθηση ανικανότητας, έλλειψης ελευθερίας, έντονου άγχους και μίας γενικής κακουχίας (Stein et al., 2010, σ. 1).

Ακόμη και σήμερα η συζήτηση σχετικά με την ψυχική νόσο εντοπίζεται σθεναρά στην παρομοίωσή της με την σωματική ασθένεια, στην ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπισή της, αλλά επίσης στην πολυπαραγοντικότητα και ιδιαιτερότητα της κλινικής της εικόνας. Η διατύπωση του Wilhelm Griesinger το 1845 ότι η «ψυχική νόσος είναι νόσος του εγκεφάλου» ή «das Gehirn ist das Organ des Psychischen Acte» (Griesinger, 1861) αποτέλεσε πυλώνα στην περαιτέρω επιστημονική ανάλυση και κατανόηση της παθοφυσιολογίας των ψυχιατρικών ασθενειών και τον παράλληλισμό τους με τις σωματικές ασθένειες. Η άποψη ότι «η ψυχική νόσος αποτελεί ασθένεια του εγκεφάλου» θα μπορούσε να εξηγήσει τη συσχέτιση που ανακάλυψαν οι επιστήμες της νευρολογίας, της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας μεταξύ της βιολογίας και της δομής του εγκεφάλου με την ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, που όλα δείχνουν να είναι αποτέλεσμα χημικής

ανισορροπίας του συγκεκριμένου οργάνου (National Institutes of Health, 2007). Μάλιστα, ήδη από το 1793 του Pinel είχαν γίνει οι πρώτες διαπιστώσεις σχετικά με την «κληρονομικότητα» και τη «λειτουργική βλάβη» των ψυχικών ασθενειών. Μάλιστα, ο Pinel αποτελεί τον «πατέρα» της «ηθικής θεραπείας», της θεραπείας με γνώμονα τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Charland, 2015).

Η διάγνωση των ψυχικών ασθενειών γίνεται με τη βοήθεια των ταξινομητικών διαγνωστικών συστημάτων της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) και International Classification of Diseases (ICD) αντίστοιχα, με πιο πρόσφατα αναθεωρημένα τα DSM – V και ICD – 10. Τα συστήματα αυτά περιλαμβάνουν συγκεκριμένα ειδικά και μη χαρακτηριστικά ανά κατηγορία προσδιορίζοντας ανάλογο χρονικό διάστημα εμφάνισής τους για την ασφαλή διάγνωση της διαταραχής. Αν και η χρηστικότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων με τα παραπάνω διαγνωστικά συστήματα φαίνεται να καλύπτεται, η εγκυρότητα τους εκλείπει λόγω της έλλειψης φυσικών ορίων μεταξύ «παθολογικής» και «φυσιολογικής» κατάστασης (zones of rarity) (Kendell & Jablensky, 2003).

Η ψυχική διαταραχή δεν είναι μία εύκολη υπόθεση και η διαπίστωση των ακριβών παραγόντων που οδηγούν σε εκείνη δεν είναι εφικτή. Η διάγνωση της νόσου με διαγνωστικές εξετάσεις δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί με βεβαιότητα (Karur et al., 2012) και χρειάζεται μελέτη και διερεύνηση παρά το γεγονός πως στη σημερινή εποχή η γνώση για την ψυχική νόσο είναι πλέον αρκετά επαρκής. Η κριτική μελέτη του συνόλου των παραγόντων εμφάνισης μίας ψυχικής νόσου διαμορφώνει τα επιδημιολογικά στοιχεία εμφάνισης της ψυχικής διαταραχής, Η πρόταση του Bio – Ψυχο – Κοινωνικού μοντέλου Υγείας, η οποία θα αναλυθεί παρακάτω, συνοψίζει την συγκεκριμένη άποψη (Engel, 1977 ; Pilgrim, 2002 ; Engel, 1978).

Επιπλέον, η προσπάθεια να γίνει κατανοητή η ψυχική διαταραχή έχει οδηγήσει στη σύνδεσή της με τη σωματική με τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα. Με την πρόοδο, μάλιστα, της επιστημονικής έρευνας, βασιζόμενοι στη διατύπωση πως «η ψυχική νόσος αποτελεί νόσο του εγκεφάλου» (Griesinger, 1861) έχουν μελετηθεί κατά καιρούς οι μηχανισμοί απόκρισης σωματικών ασθενειών κι έχουν διαπιστωθεί ομοιότητες με τη εμφάνιση και τους βιο – ψυχο – λογικούς μηχανισμούς των ψυχικών νόσων. Η διατάραξη του «Εγώ» σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

τύπου II, ακριβώς όπως σε ασθενείς με διπολική διαταραχή ή ψύχωση (Karur et al., 2012, σ. 1175) αποτελεί σίγουρα άξιο αναφοράς επιστημονικό στοιχείο. Η αλληλένδετη σχέση και ομοιότητα ψυχικών και σωματικών διαταραχών θα μπορούσαν να εκφραστούν από το γεγονός ότι συναισθηματικές διαταραχές (ψυχική διαταραχή), όπως ο φόβος, μπορούν να αποτελέσουν ψυχογενετικό παράγοντα εμφράγματος μυοκαρδίου, υπέρτασης ή άσθματος (σωματική διαταραχή). Και αντιστρόφως, η κόπωση, η απώλεια βάρους και η ανορεξία μπορούν να είναι αποτέλεσμα ψυχικών διαταραχών (Malla et al., 2015, σ. 1175). Η επιστημονική κοινότητα βρίσκει, επίσης, αρκετά συχνά μπροστά στη διάγνωση ορισμένων νόσων, αξιολογώντας σωματικά συμπτώματα, ιδιαίτερα στις δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, για τα οποία δε διαπιστώνεται εμφανής σωματική νόσος (Kroenke et al., 1994). Η ανάλυση του μηχανισμού εμφάνισης και η ύπαρξη ψυχιατρικών δυσλειτουργιών φαίνεται να οδηγεί στο συμπέρασμα πως η σωματοποίηση ψυχικών νόσων, ιδίως της διαταραχής της διάθεσης και του άγχους, πυροδοτεί την εμφάνιση τέτοιων σωματικών συμπτωμάτων σε αρκετά αξιόλογα ποσοστά (Kroenke et al., 1994). Η άποψη ότι οι ψυχιατρικές ασθένειες είναι παρόμοιες με τις σωματικές θα μπορούσε να συσχετιστεί με τα παραπάνω δεδομένα, καθώς όπως φαίνεται ενεργοποιούνται παρόμοιοι βιολογικοί μηχανισμοί κατά την ψυχική ή σωματική νόσηση του ανθρώπινου οργανισμού.

1.2 Ιστορική Αναδρομή της Ψυχιατρικής και της Ψυχικής Διαταραχής

Κατά την προϊστορική περίοδο η ψυχική ασθένεια αποδιδόταν σε αιτίες θρησκευτικής προελεύσεως, όπως η ασέβεια στη θεϊκή πίστη, η ανάμειξη μυστηριακών επιρροών (μαγεία και πνεύματα) ή η κατοχή του σώματος και της ψυχής από εξωτερικές βλαπτικές ουσίες. Η αντιμετώπισή τους γινόταν με υπερφυσικές μεθόδους, οι οποίες ξεπερνούσαν τα όρια της πραγματικότητας παρασυρόμενοι από την πλάνη των τότε εποχιακών προκαταλήψεων και δεισιδαιμονιών και χρησιμοποιώντας τελετουργίες θεϊκής δέησης προς «θεραπεία» του πάσχοντος. Ενώ η φυτική ή ζωική φαρμακευτική εκλογή αναμειγνύονταν με τις τελετουργίες «κάθαρσης» (Πλουμπίδης και συν., 2013).

Στην Αρχαία Ελλάδα η Ψυχιατρική του Ασκληπιού ασκούσαν από τους ιερείς και είχε τη μορφή της «θεικής καταδίκης». Ο Ιπποκράτης εισήγαγε για πρώτη φορά την επιστημονικότητα της ψυχικής νόσου διαχωρίζοντας την ψυχική από τη σωματική ασθένεια, προσδίδοντας στην ψυχική ασθένεια τις εικασίες του για οργανική αιτιολογία και απορρίπτοντας τις προκαταλήψεις. Μάλιστα, υποστήριξε πως η ψυχική νόσος προέρχεται από δυσλειτουργία του εγκεφάλου και χρησιμοποίησε ψυχιατρικούς όρους, οι οποίοι χρησιμοποιούνται έως και σήμερα (Πλουμπίδης και συν., 2013). «Η ιπποκρατική ιατρική απέρριψε την πεποίθηση για οποιαδήποτε “θεική” παρέμβαση στην εμφάνιση και την ανάπτυξη μιας ασθένειας - χωρίς την πρόθεση να αμφιβάλλει κανείς την παραδοσιακή θρησκεία - και αρνήθηκε οποιαδήποτε μαγική θεραπευτική εφαρμογή που πραγματοποιήθηκε με προσφορές, προσευχές και καθαρισμούς (Tzeferakos & Douzenis, 2014)».

Στο Βυζάντιο εισάγονται και χρησιμοποιούνται ολιστικά συστήματα διάγνωσης της ψυχικής νόσου, οι οποίες θεωρούνται βαρύτερες της σωματικής, επέρχεται η νομική κάλυψη των συγκεκριμένων ασθενών και η αντιμετώπισή τους γίνεται στο οικογενειακό πλαίσιο και μόνο κατ' εξαίρεση (λόγω βαρύτητας) με εισαγωγή σε μοναστήρι (Στυλιανίδης και συν., 2007 ; Θεοχαράκης, 2001).

Κατά το Μεσαίωνα η μοίρα των ψυχικά ασθενών οδήγησε σε απροκάλυπτο βασανισμό με αλυσόδεση και κακοποίηση, επέστρεψε στα χέρια των ιερέων και των μοναχών και η πεποίθηση της θεικής τιμωρίας και της ύπαρξης των δαιμόνων κατέκτησαν και πάλι την κοινωνική αντίληψη για την ψυχική νόσο (Πλουμπίδης και συν., 2013).

Ο 18^{ος} αιώνας βρίσκει τον Pinel να αδειάζει τα άσυλα και να ελευθερώνει τους ψυχικά ασθενείς. Ραγδαία ανάπτυξη της Ιατρικής στην Ευρώπη καταγράφεται κατά το 18^ο και 19^ο αιώνα με την ιδιαίτερη συνεισφορά των γιατρών στις Ευρωπαϊκές στρατιωτικές αποστολές. Η Ψυχιατρική βρίσκεται σε ανοδική πορεία κυρίως κατά τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και έπειτα, όταν και αρχίζουν να δίνονται απαντήσεις στα «προπατορικά» ερωτήματά της, να κατανοούνται οι έννοιές της και να διαμορφώνονται τα πρώτα σύγχρονα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ευρώπη απαλλαγμένα από τον έως πρότινος τιμωρητικό ιδρυματικό τους χαρακτήρα. Στη Μέση Ανατολή δημιουργούνται τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία μετά το 19^ο αιώνα,

τα οποία όμως δε φαίνεται να πληρούν τις βασικές ανάγκες ψυχιατρικής φροντίδας (Mohit, 2001).

Ο 20^{ος} αιώνας συνυπογράφεται από τη συνεισφορά του Emil Kraepelin, ο οποίος αναγνώρισε την σχιζοφρένεια ως νοσολογική οντότητα με το όνομα «πρώιμη άνοια», βασιζόμενος στη θεωρία του σχετικά με την οργανική προέλευση των ψυχικών νόσων (Géraud, 2007 ; Ebert & Bär, 2010) και του George Engel (1977) με τη βοήθεια του οποίου μπορούμε επίσης σήμερα να κάνουμε λόγο για το Βιο – Ψυχο – Κοινωνικό μοντέλο Υγείας. Δηλαδή για το νέο μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης, το οποίο εφαρμόζεται τόσο στην Ιατρική όσο και στην Ψυχιατρική, έναντι του παλιού, κατεστημένου Βιοϊατρικού μοντέλου Υγείας, το οποίο φαίνεται να αγνοεί τη ψυχολογική, συμπεριφορική και κοινωνική διάσταση της ασθένειας (σωματικής ή ψυχικής). Το Βιοϊατρικό μοντέλο εξετάζει κατά βάση μόνο τη βιολογική δυσλειτουργία ενός οργανισμού, ώστε να μελετηθεί η ύπαρξη ή η απουσία ασθένειας. Το νέο προτεινόμενο μοντέλο δίνει έμφαση στην έννοια της πολυπαραγοντικότητας της νόσου, ενώ προσεγγίζει πλέον την ασθένεια (σωματική ή ψυχική) και από μία άλλη σκοπιά, της ψυχολογικής και της κοινωνικής κι όχι μόνο της βιολογικής. Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αποτελεί επέκταση του Βιοϊατρικού και εφαρμόζεται επιτυχημένα ακόμη και στους σωματικά πάσχοντες. Αυτή η καινοτομία δημιουργεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον κοινό προσδιορισμό, στο πλαίσιο και τις συνθήκες ανάπτυξης και εμφάνισης των ψυχικών και σωματικών ασθενειών, στην εφαρμογή και την αλληλοεπικάλυψη της Ψυχιατρικής και της Ιατρικής, στην πρόληψη, τη διάγνωση και εν τέλει τη θεραπεία τόσο ψυχικών όσο και σωματικών δυσλειτουργιών. Η επιστημονική τεκμηρίωση πως η ψυχική νόσος πληροί τα κριτήρια ώστε να λαμβάνεται ως ασθένεια έπειτα από το 19^ο αιώνα αρχίζει και εδραιώνεται με ενδείξεις και αποδείξεις.

Στην Ελλάδα: Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Έπειτα από την ίδρυση του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα φαίνεται να κωλυσιεργεί. «Έλλειψη συστηματικής ψυχιατρικής παρακολούθησης, εφαρμογή απαρχαιωμένων μεθόδων αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών και απουσία θεραπευτικής μέριμνας» αποτελούν κάποια από

τα χαρακτηριστικά της φροντίδας των ψυχικά ασθενών έπειτα από την ίδρυση του ελληνικού κράτους (Ατζινά, 1996, σ. 225 ; Στυλιανίδης και συν., 2007). Τον 20^ο αιώνα πλέον τα πρώτα ψυχιατρικά ιδρύματα στην Ελλάδα είναι τα εξής: Δρομοκαΐτειο, Αιγινήτειο, Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οχτώ μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, τη Σούδα, τη Σύρο, τη Χίο, τη Λέσβο και την Κεφαλονιά (Στυλιανίδης και συν., 2007). Ο 20^{ος} αιώνας περιλαμβάνει την δοκιμή και τη δοκιμασία πολλών μεθόδων αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου. Η ηλεκτροθεραπεία, τα πρώτα ψυχοφάρμακα και η λοβοτομή χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Ιδρύονται ψυχιατρικά νοσοκομεία και κλινικές, ανάμεσά τους το Ψ.Ν.Α. «Δαφνί», το ψυχιατρικό νοσοκομείο Σταυρούπολης Θεσσαλονίκης και το ψυχιατρείο της Τρίπολης. Το 1964 η έδρα της Ψυχιατρικής και της Νευρολογίας για πρώτη φορά στην Αθήνα διαχωρίζεται (Christodoulou, 1970). Το 1970 το πρόγραμμα εκπαίδευσης της ψυχιατρικής ειδικότητας παρουσιάζει πολλές ελλείψεις, ενώ η ψυχιατρική εξειδίκευση των επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων δεν προβλέπεται (Christodoulou, 1970).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα επέρχεται μετά το 1980 με την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και δίνεται έμφαση σε τομείς όπως είναι η δημιουργία νέων πρωτοποριακών και σύγχρονων ψυχιατρικών κλινικών, η απαγκρίστρωση από τις ασυλιακές συνθήκες (αποασυλοποίηση), η ίδρυση δομών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης και η χρήση της τεχνολογίας για εύκολη πρόσβαση από το σύνολο του πληθυσμού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Christodoulou et al., 2012). Το 1958 δημιουργείται το θεραπευτήριο της Λέρου. Η διεθνής δημοσιοποίηση των συνθηκών διαβίωσης σε αυτό το 1989 και η πολιτική και οικονομική πίεση που δέχθηκε η χώρα αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα ραγδαίων τροποποιήσεων και αλλαγών στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών και τη νομοθετική θεσμοθέτηση της ψυχικής υγείας (Karastergiou et al., 2005 ; Δεπάστας, 2018, σ. 121). Η χρηματοδότηση της Ελλάδας από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας επέφερε ορισμένες αλλαγές. Οι αλλαγές που πραγματοποίησε ο Νομοθέτης το 1992 και 1999, τα οποία θα αναλυθούν και παρακάτω, σε συνδυασμό με το πρόγραμμα «Ψυχαργώς», το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την ΕΟΚ και επιβλήθηκε με το Πρόγραμμα του Κανονισμού 815/84, οδήγησε σε σημαντική αποασυλοποίηση και τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρ' όλ' αυτά δε φαίνεται να λύνουν το πρόβλημα. Ο μικρός αριθμός

κλινών και η ανάγκη των ασθενών για αποκατάσταση, αποασυλοποίηση και κοινωνική ενσωμάτωση είναι μεγέθη αντιστρόφως ανάλογα, ενώ η υποστελέχωση και η ελλειμματική οργάνωση αποτελούν ακόμη και σήμερα σοβαρό προβληματισμό (Μαδιανός, 2002).

1.3 Το Αντιψυχιατρικό Κίνημα

Στα τέλη της δεκαετίας του '60 δημιουργείται το αντιψυχιατρικό κίνημα το οποίο αγγίζει το απόγειό του στα μέσα της δεκαετίας του '70 και δύνει στις αρχές της δεκαετίας του '80. Το «μαύρο» παρελθόν στη διαχείριση των ψυχικά πασχόντων με κάθε λογής βάνουσης κλινικής πρακτικής αποτέλεσε κρίσιμο παράγοντα στην προετοιμασία του κινήματος. Η σύνδεση επίσης της ψυχιατρικής με τα πολιτικά τεκταινόμενα και των κινημάτων της αριστεράς και της αναρχίας στην Ευρώπη και την Αμερική οδήγησαν στη διαμόρφωση του κινήματος της Αντιψυχιατρικής. Η Αντιψυχιατρική απορρίπτει την άποψη της δυτικού κόσμου πως η ψυχική διαταραχή αποτελεί ασθένεια, αρνείται τον όρο της Ψυχιατρικής χαρακτηρίζοντάς την ως «ψευδοεπιστήμη» και θεωρεί πως χρησιμοποιείται ως εργαλείο καταστολής από το σύστημα του καπιταλισμού. Περί το 1960 ο Thomas Szasz στις ΗΠΑ τοποθετεί με τις δημοσιεύσεις του τις απαρχές του κινήματος όταν αντιτάσσεται στην άποψη πως η ψυχική νόσος, η ψυχολογία και η ψυχιατρική υφίστανται, ενώ θεωρεί πως «οι συγκεκριμένες αντιλήψεις κατασκευάστηκαν με σκοπό τον κοινωνικό εφησυχασμό» (Szasz, 1960, σ. 118).

Το Αντιψυχιατρικό κίνημα ανθίζει με τους γνωστότερους εκπροσώπους του στην Αγγλία, τη Γαλλία και την Αμερική σε μία περίοδο κατά την οποία οι πολιτικές και πολιτισμικές εξελίξεις απασχολούσαν το πολιτικό γίνεσθαι, το κοινωνικό ιδεώδες και τις διεκδικήσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στη Βρετανία η δεκαετία του '60, η οποία έχει μείνει στο θυμικό ως «Swinging Sixties», χαρακτηρίστηκε από μία ιδιαίτερη πολιτισμική επανάσταση η οποία επέφερε την άμεση κινητοποίηση του κοινωνικού συνόλου και ιδιαιτέρως των νέων (Donnelly, 2003). Οι ακτιβιστικές κινητοποιήσεις αντιιμπεριαλιστικού χαρακτήρα και η διεκδίκηση της σεξουαλικής απελευθέρωσης ήταν γεγονός στην Αγγλία εκείνη την εποχή. Η «σκληρή» δεκαετία διακυβέρνησης του Σαρλ Ντε Γκωλ στη Γαλλία οδηγεί στον Γαλλικό Μάη του '68

(Singer, 2002 ; Bounq, 2017) και τη διεκδίκηση των αυτονόητων ανθρωπίνων δικαιωμάτων για ισότητα και ελευθερία του πνεύματος, της σεξουαλικότητας και των φύλων. Στην Αμερική η δεκαετία του '60 σφραγίζεται από ανήσυχα κοινωνικά «ρεύματα» και τάση για μεταρρυθμίσεις (Eisinger, 1973). Το 1968, έπειτα από τη δολοφονία του Martin Luther King, οι κινητοποιήσεις των Αφροαμερικανών, οι αντιιμπεριαλιστικές πορείες με αποκορύφωμα εκείνη του Σικάγο το 1968 και η διεκδίκηση από την ΛΟΑΤΚΙ κοινότητα των δικαιωμάτων της δεν έλειπαν. Η πρωτοστασία του φεμινισμού και του ακτιβισμού ήταν δύο ακόμη μέρη του κινήματος του '60. Η επί χρόνια πολιτική και οικονομική σύρραξη του Ψυχρού Πολέμου μεταξύ Αμερικής και Σοβιετικής Ένωσης έδιναν το ρυθμό στο παγκόσμιο «καζάνι που έβραζε». Ταυτόχρονα, οι αμφισβητούμενες πρακτικές της Σοβιετικής Ένωσης για την χρήση της ψυχιατρικής και τις ενέργειες των ψυχιάτρων στους πολιτικά αντιφρονούντες, οι οποίοι κατέληγαν στα ψυχιατρικά ιδρύματα, την ίδια δεκαετία συνεισέφεραν στο κλίμα της εποχής (Wing, 1974 ; van Voren, 2010).

Σε συνθήκες τεταμένου πολιτικού και κοινωνικού σκηνικού δεν είναι τυχαίο πως οι αντιψυχίατροι Cooper και Laing (1968) σκιαγραφούν και τοποθετούνται με το βιβλίο τους «Η Διαλεκτική της Απελευθέρωσης». Ενώ ένα χρόνο πριν ο Cooper γράφει το βιβλίο «Ψυχιατρική και Αντι – Ψυχιατρική» (1967). Για τους Cooper και Laing η αντίληψη της ψυχικής νόσου ως «τρέλα» είναι συστημικά πολιτικά καπιταλιστικά κατασκευάσματα για τρομοκρατία και καταστολή των μαζών. Οι απάνθρωπες μέθοδοι της Ψυχιατρικής του παρελθόντος και του πολιτικού συστήματος, όπως πόλεμοι, ρατσισμός, πλούτος και χρήμα, οικολογική καταστροφή, ψευδαισθήσεις και μυστήριο (για την Ψυχιατρική), πατριαρχία, καταπάτηση των φυσικών ενστίκτων, σκοπεύουν στην εξαφάνιση της ανθρώπινης προσωπικότητας. Ο Laing σημειώνει πως «ένα άτομο δεν μπορεί να υπάρχει χωρίς κοινωνικό πλαίσιο» (1968, σ. 17) αναλύοντας την άποψη πως η κατασταλτική φαρμακευτική αγωγή, η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, οι τεχνικές αποκλιμάκωσης της συμπεριφοράς και των σκέψεων του ατόμου, οι παρεμβατικές μέθοδοι (π.χ. λοβοτομή και ηλεκτροσπασμοθεραπεία) οδηγούν στον μόνιμο στιγματισμό του ατόμου, του αφαιρούν την κοινωνική ταυτότητα, το απομονώνουν και καταστρέφουν την ψυχή και την ατομικότητά του (Cooper & Laing, 1968). Οι Cooper, Laing και Esterson, αν και αργότερα ήρθαν σε ρήξη, ήταν οι πρωτοπόροι του βρετανικού αντιψυχιατρικού κινήματος. Στο κείμενό του «Η ψυχική κατάρρευση», ο Aaron

Esterson σημειώνει σχετικά με την Ψυχιατρική: «Η παραδοσιακή ψυχιατρική, με την ιατρική της ιδεολογία, θεωρεί την απόγνωση τού ανθρώπου ένδειξη απαρχής ή και επιδείνωσης της αρρώστιας. Αποκαλεί τον προβληματισμό τού ανθρώπου συγκεκριμένη φιλοσοφία και "διαταραχή της σκέψης", και τον χαρακτηρίζει σαν ένδειξη μιας ψυχικής ασθένειας που συνήθως αποκαλείται "σχιζοφρένεια". Γι' αυτό και προσπαθεί χωρίς χρονοτριβή, να σταματήσει αυτό που συντελείται. Και έτσι η ψυχιατρική λειτουργεί σαν όργανο που εντείνει τις απαγορεύσεις για μια αυθεντική εμπειρία, για έναν καινούργιο τρόπο διαπροσωπικών σχέσεων (Esterson, 1976)».

Η Αμερικανική Αντιψυχιατρική υπογράφηκε από τον Thomas Szasz και τον Erving Goffman, ενώ ο βασικότερος πρωτοπόρος στη Γαλλία ήταν ο Roger Gentic και αργότερα πολύ κοντά στις απόψεις του Szasz τάχθηκε ο φιλόσοφος Φουκώ. Ο Gentic γράφει το 1970 το βιβλίο «Πίσω από τα τείχη του ασύλου» με το οποίο απορρίπτει την σχιζοφρένεια και χαρακτηρίζει τα άσυλα και του ψυχιάτρους «προϊόντα φόβου» (Gentic, 1970).

Το Αντιψυχιατρικό κίνημα δημιουργήθηκε υπό μία τεράστια πολιτική και κοινωνική μεταρρύθμιση και αναστάτωση. Αν και ο ιδεολογικός συνειρμός του «θυμωμένου» αυτού κινήματος από πολλούς θεωρήθηκε υπερβολή, αποκλίνον από την ιατρική πεποίθηση και επαναστατική ιδεολογία, συνδέθηκε άμεσα με την επαναστατική περίοδο της εποχής και έθεσε την επιστημονική κοινότητα σε μία αντιπαράθεση η οποία δεν κατέστη «στεγνή» από επιστημονικότητα και στασιμότητα, ενώ ταυτόχρονα έθετε βασικά ερωτήματα και τοποθετήσεις για την σχέση του κοινωνικού συστήματος με την άσκηση της ψυχιατρικής, τις ενέργειες της φαρμακοβιομηχανίας και τον λειτουργικό επαναπροσδιορισμό του ατόμου στην κοινωνική ένταξη. Η Αντιψυχιατρική αποτυγχάνει να εδραιώσει τις απόψεις της, αλλά παρ' όλ' αυτά έως και σήμερα δε μένει απαρατήρητη. Ο κοινωνιολόγος Bruce Cohen στο πρόσφατο βιβλίο του «Ψυχιατρική Ηγεμονία» προσδιορίζει την ψυχική νόσο μέσω της μαρξιστικής ιδεολογίας και αναφέρεται στην επίδραση του σύγχρονου καπιταλισμού (λ.χ. οι φαρμακοβιομηχανίες) στην έννοια της ψυχικής ασθένειας (Cohen, 2016 ; Cohen, 2017). Το αντιψυχιατρικό κίνημα έχει τις βάσεις ανάλυσής του στο υπάρχον σύστημα και φαίνεται πως με έναν τρόπο διατηρεί την ύπαρξή του.

1.4 Η Ελληνική Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία βασίζεται στην πολιτική ανασκόπηση των εκάστοτε κυβερνήσεων. Η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών ως «τρελών» καταγράφηκε διαχρονικά στην κοινωνική πεποίθηση, την αναπαραγωγή του φόβου, την αθλιότητα της περίθαλψης των ανθρώπων αυτών και τη διαιώνιση προτύπων και ιδεοληψιών, τα οποία ουδεμία σχέση είχαν με την πραγματικότητα της ψυχικής διαταραχής και των συνεπειών της. Η νομική καταγραφή της διαχείρισης και της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών απείχε για δεκαετίες από την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική λόγω τόσο της καθυστερημένης επέλευσής της όσο και των «σκοτεινών» αντιλήψεων σχετικά.

Ο *Νόμος ΨΜΒ/1862 «Περί συστάσεων φρενοκομείων»* θεσπίστηκε με σκοπό τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την πρόβλεψη της αναγκαιότητας για νοσηλεία, θεσμοθετώντας την καθιερωμένη λειτουργία των πάλαι ποτέ θεραπευτηρίων με τη μορφή ιδρυμάτων.

Το *Νομοθετικό Διάταγμα 104/1973 «Περί ψυχικής υγιεινής και περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων»* θεσπίζει για πρώτη φορά με λεπτομέρεια την εκούσια και την αναγκαστική (ακούσια) νοσηλεία των ασθενών στα ψυχιατρικά ιδρύματα – η οποία έχει διατηρηθεί έως σήμερα όπως ορίστηκε το 1973 - , περιλαμβάνει την ανάγκη για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη στο σύνολο της κοινωνίας, εξασφαλίζει νομοθετικά τη δυνατότητα για εργασία για τους συγκεκριμένους ασθενείς και προβλέπει την εξειδικευμένη εκπαίδευση στον τομέα της ψυχικής υγείας για τους βοηθούς νοσοκόμους. Αν και το συγκεκριμένο Νομοθετικό Διάταγμα αποτελεί νεωτερισμό για τα έως τότε ισχύοντα κοινωνικά δεδομένα, φαίνεται πως το περιθώριο τροποποίησης του θα κάλυπτε επί της ουσίας τη σύγχρονη επιστημονικότητα της Ψυχιατρικής κυρίως σε τομείς όπως η «επικινδυνότητα του ψυχοπαθούς», η λύση της σύμβασης εργασίας σε περιπτώσεις υποτροπής της νόσου κ.ο.κ..

Ο *Νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»* περιλαμβάνει μεταρρυθμίσεις για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα έπειτα από τη δημόσια έκθεση της χώρας λόγω των συνθηκών διαβίωσης στο θεραπευτήριο της Λέρου. Η δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών στα δημόσια νοσοκομεία, η ένταξη του ψυχιατρικού τομέα στο σύνολο του

Εθνικού Συστήματος Υγείας προληπτικά και θεραπευτικά και η απασχόληση εξειδικευμένου προσωπικού με τον τομέα αποτελούν βασικό εναρκτήριο βήμα για την περίοδο της «αλλαγής».

Ο Νόμος 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» συνεχίζει στο πλαίσιο του Νόμου 1397/1983, ο οποίος υπογράφει μεταξύ άλλων την εξασφάλιση του σεβασμού της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας στην ακούσια νοσηλεία θέτοντας την ανάγκη για περίθαλψη και θεραπεία προτεραιότητα. Ο συγκεκριμένος νόμος περιγράφει δύο διαδικασίες ακούσιας εισαγωγής σε μονάδες ψυχικής υγείας, την «τυπική» και την «επείγουσα». Η «τυπική» διαδικασία είναι χαρακτηριστικό πως δεν χρησιμοποιείται έως και σήμερα (Douzenis et al., 2014).

Ο Νόμος 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» θεσπίζει την ίδρυση γραφείου και επιτροπών Προστασίας των Δικαιωμάτων των ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές για πρώτη φορά στην Ελλάδα, τη σύσταση τομέων ψυχικής υγείας, κέντρων ψυχικής υγείας, υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, την ανάγκη για εκπαίδευση και εξειδικευμένη επιμόρφωση – τα οποία συνιστούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη - , κέντρα και μονάδες κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης και εργασιακής επανένταξης.

Ο Νόμος 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» με το άρθρο 28 θεσμοθετεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας του ψυχίατρου απέναντι στον ασθενή και τη διαταραχή του.

Στον Ποινικό Κώδικα (Douzenis, 2014):

Ο Νόμος 4619/2019 του Ποινικού Κώδικα ορίζει τα εξής:
Άρθρο 34: τη διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης σύμφωνα με το οποίο «η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό.
Άρθρο 36: Αν εξαιτίας κάποιας από τις καταστάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 34, δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό,

επιβάλλεται μειωμένη ποινή όπως αυτή ορίζεται με το άρθρο 83 του Ποινικού Κώδικα.

Άρθρα 69 και 69^A: Ορίζεται η θεραπευτική διαδικασία η οποία ακολουθείται στην περίπτωση που κάποιος ο οποίος επιτέλεσε αξιόποινη πράξη απαλλάσσεται της ποινής λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, όπως αυτή ορίζεται στο άρθρο 34. Σε αυτήν τη διαδικασία με εισαγγελική εντολή διατάσσονται η υποχρεωτική νοσηλεία, η ψυχιατρική παρακολούθηση και η θεραπεία του ατόμου, ενώ οι προϋποθέσεις επιβολής αυτού του μέτρου ορίζονται από τους πραγματογνώμονες.

Ο Νόμος 3459/2006 - Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά (Κ.Ν.Ν.) και ο νόμος 4139/2013 - Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων το σύνολο της νομοθέσιας η οποία αφορά την ειδική μεταχείριση και θεραπευτική προσέγγιση των εξαρτημένων ατόμων (όπως αυτή ορίζεται από πραγματογνώμονα σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM), οι οποίοι έχουν διαπράξει εγκλήματα που συνδέονται με την χρήση ουσιών (Douzenis, 2014).

Κεφάλαιο 2° Το Στίγμα και η Ψυχική Διαταραχή

2.1 Το Στίγμα, ο Αυτοστιγματισμός και η Ψυχική Διαταραχή

Σύμφωνα με τον Goffman ως *στίγμα* ορίζεται «ένας έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγεί. Δηλαδή ένας δυσφημιστικός χαρακτηρισμός που στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και τον αναγκάζει να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση (Goffman, 1997).»

Το στίγμα ως φαινόμενο αποτελεί μία κοινωνική διεργασία η οποία δεν περιορίζεται σε ατομικό επίπεδο αλλά έχει καταβάλει την κοινωνική συνείδηση και οδηγεί σε συγκεκριμένες δομημένες συμπεριφορές έναντι ανθρώπων με ορισμένες ιδιομορφίες και ιδιαιτερότητες. Το στίγμα οδηγεί σε «αντικανονική συμπεριφορά» η οποία χαρακτηρίζεται από άνισες διακρίσεις ανάμεσα στα μέλη της κοινωνίας, με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά ως αποδέκτες υποβιβάζονται κοινωνικά στερούμενα ευκαιρίες ζωής. Μέσω της διαδικασίας του στίγματος διαμορφώνεται μία κοινωνική πεποίθηση η οποία απορρίπτει κοινωνικά τα συγκεκριμένα άτομα θεωρώντας πως «δεν είναι ακριβώς άνθρωποι» (Goffman, 1963, σ. 118). Το στίγμα σύμφωνα με την κοινωνική ψυχολογία περικλείεται σε τρεις κατηγορίες: το κοινωνικό στίγμα, ο αυτό – στιγματισμός και η αποφυγή του χαρακτηρισμού. Ενώ η κοινωνιολογική προσέγγιση αναφέρεται στο δομικό – διαμορφούμενο στίγμα (Corrigan & Bink, 2016, σ. 231).

Η διαδικασία του κοινωνικού στιγματισμού, έως δηλαδή να στιγματιστεί εν τέλει το άτομο, περιλαμβάνει ορισμένα στάδια. Σε αυτά τα στάδια παίζουν σημαντικό ρόλο οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και η συνεπαγόμενη διάκριση: *Στερεότυπα* ορίζονται οι υπεραπλουστευμένες και υπεργενικευμένες πεποιθήσεις, οι οποίες επικρατούν κοινωνικά και αφορούν ορισμένες ομάδες ανθρώπων. Η *προκατάληψη* δεν στηρίζεται στη λογική, αλλά αντιπαράτίθεται σε εκείνην θετικά ή αρνητικά. Ελέγχεται από συναισθηματισμό, δε νοείται ως άποψη και έχει κατασκευαστεί με έναν μη επιστημονικό τρόπο. *Διάκριση* χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά που απαντάται εξαιτίας των προκαταλήψεων.

Το στίγμα δεν αφορά μόνο την ψυχική νόσο, αλλά επεκτείνεται σε μία ποικιλία χαρακτηριστικών όπως οι σωματικές ανομοιοότητες ή νόσοι (σωματική αναπηρία, οροθετικοί, λεπροί κ.ο.κ.), οι κοινωνικές πεποιθήσεις και ιδεολογίες και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά (ανεργία, ομοφυλοφιλία, πορνεία κ.ο.κ.). Συνδέεται άμεσα ως κοινωνική διαδικασία «με την πολυάριθμη ποσότητα των διαφορετικών κοινωνικών ταυτοτήτων, οι οποίες περιλαμβάνουν την αναγνώριση της διαφορετικότητας ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού και έπειτα, εξαιτίας αυτού, μία συνεχή υποτίμηση του ατόμου (Dovidio et al., 2000, σ. 3).»

Το στίγμα επικρατεί εις τους αιώνες χτίζοντας χαρακτηρισμούς, φυτεύοντας αισθήματα ντροπής, φυλακίζοντας την ελευθερία της έκφρασης και της αυτονομίας και μετατρέποντας ζωές και ανθρώπους σε δακτυλοδεικτούμενες υπάρξεις. Τρέφεται και διαμορφώνεται από την άγνοια και την ελλιπή ενημέρωση. Η άγνωστη πτυχή προκαλεί φόβο κι ο φόβος του αγνώστου οδηγεί στη διαμόρφωση προκαταλήψεων οι οποίες δε βασίζονται στην πραγματικότητα, αλλά σε μύθους, θρύλους και κακεντρέχεια. Η ανάγκη του ανθρώπου για «ανήκειν» περιπλέκει τη διαδικασία και αναθερμαίνει από τη μία πλευρά την άρνηση του ανθρώπου να αποδεχτεί την ιδιαιτερότητα και από την άλλη το φόβο του ότι δεν μπορεί να είναι μέρος της ομάδας. Το στίγμα «στερεί από το άτομο το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και επιφέρει διακρίσεις σε βάρος του, αναγκάζοντάς το να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση (Οικονόμου, 2011, σ. 85).»

Ο στιγματισμός οδηγεί σταδιακά στον αποκλεισμό και την «εξορία» της κοινωνικής ζωής και συμβίωσης και επηρεάζει την γενικότερη υγεία του ατόμου και το περιβάλλον του. Ο μηχανισμός αυτός λειτουργεί και επηρεάζει με τους εξής τρόπους: α) την κακή πρόγνωση θεραπείας και τις άμεσες διακρίσεις σε βάρος του ατόμου, β) την προσδοκία για επιβεβαίωση, γ) την αυτόματη ενεργοποίηση στερεοτυπικών αντιλήψεων και δ) την απειλή της προσωπικής ταυτότητας (αυτό – στιγματισμός) (Major & O' Brien, 2005, σ. 396).

Η απειλή της προσωπικής ταυτότητας έρχεται σε άμεση σύνδεση με την έννοια του *αυτό - στιγματισμού*, ο οποίος αποτελεί την υιοθέτηση εκ μέρους του στιγματιζόμενου ατόμου των αρνητικών πεποιθήσεων και συναισθημάτων του κοινωνικού συνόλου για τον ίδιο (εσωτερίκευση). Οι κοινωνιολογικές θεωρητικές προσεγγίσεις της εικόνας του εαυτού αναφέρουν την αντανάκλαση του εαυτού: α)

μέσω της άποψης την οποία διαθέτουν οι άλλοι για το άτομο (Cooley, 1922), β) μέσω μίας γενικότερης κουλτούρας η οποία διαμορφώνεται μέσω εικόνων και συμπεριφοράς (κοινωνική αλληλεπίδραση και αντιλήψεις, M.M.E., κινηματογράφος κ.ο.κ.) (Mead, 1934), γ) μέσω των προσδοκιών τις οποίες διαθέτουν οι άλλοι για το άτομο (Miller & Turnbull, 1986) και δ) μέσω μίας γενικότερης και αποτελεσματικότερης επίδρασης του περιβάλλοντος του ατόμου η οποία σχετίζεται με τις «ενέργειες», την «κυριότητα» και τον «έλεγχο» (Gecas, 1989). Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και η διάκριση αποτελούν χαρακτηριστικά επίσης του αυτό –στιγματισμού και είναι κοινά με εκείνα του στιγματισμού παρά το γεγονός ότι παρουσιάζουν διαφορές λόγω της προσωπικής εσωτερίκευσης (Corrigan & Watson, 2002, σ. 38): *Στερεότυπο* είναι η αντίληψη του κοινωνικού συνόλου και η αποδοχή της από το ίδιο το άτομο, η οποία αφορά τον ίδιο και διαμορφώνει την εικόνα του για εκείνον. *Προκατάληψη* αποτελεί την πεποίθηση του κοινωνικού συνόλου και τη συμφωνία με αυτήν του ίδιου του ατόμου με αποτέλεσμα την ανάλογη συναισθηματική μεταχείριση του εαυτού του. *Διάκριση* αποτελεί τη συμπεριφορά που απαντάται από το ίδιο το άτομο προς τον εαυτό του λόγω των προκαταλήψεων που έχει υιοθετήσει.

Η διαμόρφωση του κοινωνικού στίγματος στην ψυχική ασθένεια έχει τις απαρχές της πολύ πριν την προϊστορική περίοδο. Η ανύπαρκτη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, ο φόβος, η άγνοια και η χρόνια μεταχείρισή τους ως «μεταφυσικά» φαινόμενα οδήγησαν τους ψυχικά ασθενείς στην επί δεκαετίες αντιμετώπιση του κοινωνικού περιορισμού και του αυτό –στιγματισμού. Βέβαια, ακόμη και στη σημερινή εποχή, που όλα δείχνουν πως η ψυχική ασθένεια τελεί διαφορετικής αντιμετώπισης με τον απαιτούμενο σεβασμό, το κοινωνικό στίγμα του παρελθόντος συναντάται ακόμη με τη μορφή του πατροπαράδοτου φόβου, της «λύπησης», της «ντροπής» και της διάκρισης πλέον των ψυχικά πασχόντων θέτοντας ως κριτήριο το είδος της ψυχοπαθολογίας και της ψυχικής διαταραχής που παρουσιάζουν, όπως η σύγκριση των σχιζοφρενών και των καταθλιπτικών, η οποία ανήκει και στη θεματολογία της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Στην περίπτωση του αυτό –στιγματισμού και όσο αφορά τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών, η αρνητική αντίληψη της ψυχικής ασθένειας και των πασχόντων πηγάζει από την κοινωνία και υιοθετείται από το ίδιο άτομο, το οποίο άγει και φέρεται

απομονώνοντας τον ίδιο του τον εαυτό, υποτιμώντας την ύπαρξή του και διαθέτοντας χαμηλά συστήματα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, αποτρέποντας τον ίδιο του τον εαυτό να επιτύχει βασικούς στόχους, όπως π.χ. εύρεση εργασίας, εκπαίδευση, κοινωνικοποίηση κ.ο.κ.. Ο αυτό – στιγματισμός είναι η προσωπική «τιμωρία» του ατόμου στον ίδιο του τον εαυτό, η οποία καταστρατηγείται από τη γενική κοινωνική αντίληψη της ταμπέλας του «τρελού» και μαζί με το κοινωνικό στίγμα αποτελούν μία δεύτερη νόσο.

Ο στιγματισμός της ψυχικής διαταραχής και των ασθενών περιστρέφεται γύρω από ορισμένα στερεότυπα και προκαταλήψεις όπως η επικινδυνότητα, η ανευθυνότητα και η ανικανότητα, οδηγώντας με μαθηματική ακρίβεια σε διακρίσεις όπως η αποφυγή και η απόσυρση, ο εξαναγκασμός και ο διαχωρισμός (Corrigan & Bink, 2016). Η σοβαρότερη στιγματιστική συνθήκη για τους ψυχικά ασθενείς είναι πως θεωρείται από την κοινή γνώμη πως μπορούν εύκολα να προβούν σε σοβαρές βίαιες πράξεις (Link et al., 1999 ; Phelan et al., 2000 ; Martin et al., 2000). Η σωματοποίηση της ψυχικής διαταραχής, δηλαδή η ορατότητα των συμπτωμάτων διευκολύνει σε μεγαλύτερο βαθμό την επικράτηση του στίγματος (Lauber & Rossler, 2006).

Ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως «ψυχικά ασθενής» συνδέεται με αυτόματες αντιλήψεις όπως της επικινδυνότητας, και με αυτόματες συναισθηματικές αντιδράσεις, του φόβου, του θυμού και της λύπησης (Angermeyer & Matschinger, 2003). Σύμφωνα με τους Corrigan και συνεργάτες (2009) «η υποτίμηση περιγράφεται ως επίγνωση ότι το κοινωνικό σύνολο δεν αποδέχεται τον ψυχικά ασθενή», ενώ από την άλλη η προσωπική υποτίμηση προέρχεται μέσω τριών διαστάσεων: της επίγνωσης, της συμφωνίας και της αποδοχής (Corrigan et al., 2009 ; Watson et al., 2007). Επιπροσθέτως, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά για την άποψη του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην ψυχική διαταραχή παίζουν σημαντικό ρόλο, όπως η καταγωγή, ο τόπος διαμονής, η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η κοινωνική τάξη, η επαφή με ασθενή ή η προσωπική εμπειρία, η ενημέρωση και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά (Angermeyer et al., 1998 ; Rössler & Salize, 1995 ; Papadopoulos et al., 2002). Η κοινωνική αντίληψη και τα στερεότυπα διαμορφώνουν την κριτική ικανότητα και την προσωπική αντίληψη με αποτέλεσμα να παρατηρείται στερεοτυπική στάση ακόμη και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Lauber et

al., 2006 ; Sartorius, 2002), οι οποίοι έχουν άμεση και καθοριστική επαφή με τους ασθενείς.

Ο ψυχικά ασθενής αφού πρωτίστως γνωρίσει και αποδεχτεί τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα εναντίον του, έπειτα υιοθετώντας τα θυματοποιεί ο ίδιος τον εαυτό του. Ενστερνίζεται δηλαδή την στιγματιστική άποψη αποδεχόμενος την φυσικά, στιγματίζοντας ο ίδιος τον εαυτό του και αναμένοντας οι άλλοι να επιδείξουν την ανάλογη στιγματιστική συμπεριφορά (αυτο – στιγματισμός). Ο αυτοστιγματισμός οδηγεί σταδιακά σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (Holmes & River, 1998) με αποτέλεσμα το άτομο να αισθάνεται ανίκανο να προσπαθήσει ή να επιτύχει σε οποιαδήποτε πτυχή της ζωής του. Όσπου τελικά αυτό – απομονώνεται, δεν αναπτύσσει κοινωνικές δεξιότητες και παραμένει δέσμιος της κατακραυγής και της διαστρεβλωμένης του ταυτότητας.

Το στίγμα δεν επηρεάζει μόνο το άτομο, αλλά και το κοινωνικό του περιβάλλον, δηλαδή όσους συνδέονται στενά μαζί του. Το αίσθημα της ντροπής και η προσπάθεια απόκρυψης της ψυχικής ασθένειας δημιουργούνται από τη βαθιά επιθυμία για αποφυγή της «ταμπέλας». Η οικογένεια και οι συγγενείς στιγματίζονται εξίσου (Corrigan & Miller, 2009 ; Lefley, 1989) και ενδεχομένως περιθωριοποιούνται, ενώ η συνήθης αντιμετώπιση απέναντί τους συνδέεται με τη «λύπηση» και το «φόβο». Η γονική ανικανότητα και η γονική ψυχοπαθολογία είναι τα πιο κοινά χαρακτηριστικά που αποδίδονται στις οικογένειες των ψυχικά ασθενών (Larson & Corrigan, 2008). Τα ερευνητικά αποτελέσματα αποδεικνύουν πως πάνω από τις μισές οικογένειες των ψυχικά ασθενών γίνονται αποδέκτες του στίγματος και οδηγούνται και οι ίδιοι στον αυτο – στιγματισμό. Η αυτοεκτίμηση των οικογενειακών μελών και συγγενών φαίνεται να πλήττεται σε μεγαλύτερο βαθμό (Wahl & Harman, 1989), ενώ το είδος της συμπτωματολογίας που παρουσιάζει ο πάσχων (θετικά ή αρνητικά συμπτώματα) συμβάλλει στη διαμόρφωση των προκαταλήψεων του στίγματος της ψυχικής διαταραχής για το άτομο ή την οικογένεια του (Phelan et al., 1998). Οι Wahl και Harman (1989, σ. 135) καταγράφουν επίσης τις απόψεις τυχαίου δείγματος συγγενών ψυχικά ασθενών σχετικά με τους παράγοντες διαμόρφωσης στιγματιστικών αντιλήψεων και το ποσοστό συμμετοχής τους, οι οποίοι έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη μελέτη του στίγματος της ψυχικής διαταραχής και παρατίθενται παρακάτω:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ «ΠΟΛΥ» Ή «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ»	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ «ΛΙΓΟ» Ή «ΚΑΘΟΛΟΥ»
Διάσημες ταινίες με ψυχικά ασθενείς δολοφόνους	85.6	5.0
Ειδήσεις σχετικά με περιστατικά που προκλήθηκαν από ψυχικά ασθενείς	81.8	4.4
Βία προερχόμενη από ψυχικά ασθενείς	77.3	9.0
Καθημερινή χρήση των όρων «τρελός», «psycho» κ.τ.λ.	74.1	7.7
Αστεία σχετικά με την ψυχική ασθένεια	70.6	5.7
Υπεράσπιση λόγω ακαταλόγιστου	62.7	11.7
Αναφορές στην ψυχική ασθένεια σε διαφημιστικά προϊόντα (παιχνίδια, μπλούζες, κούπες κ.τ.λ.)	62.6	14.1
Ειδήσεις σχετικά με την	51.7	15.8

αστεγία		
Δυσάρεστη προσωπική εμπειρία με ψυχικά ασθενή	46.1	19.2
Προσπάθεια για μείωση του πληθυσμού των ψυχιατρικών νοσοκομείων	43.9	11.0
Απόψεις που προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον	33.4	33.6
Ενημέρωση από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας	22.0	40.0

Wahl, O. F., & Harman, C. R. (1989). *Family Views of Stigma*. *Schizophrenia Bulletin*: Table 4:135

Αν και τα παραπάνω δεδομένα χρονολογούνται τρεις δεκαετίες πριν, η καταγραφή της προβολής των ψυχικά ασθενών ως δολοφόνων μέσω του κινηματογράφου και η κάλυψη μέσω των Μ.Μ.Ε. περιστατικών που αφορούν την ψυχική διαταραχή στις πρώτες τοποθετήσεις του δείγματος, καταγράφει πως η έκθεση των πασχόντων ως δυνητικά επικίνδυνοι εγκληματίες ή ο τρόπος προβολής μέσω της εικόνας και των media προσδίδει στο στίγμα μία ορισμένη μορφή και υπόσταση, η οποία ενδεχομένως να μην ανταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα, ενώ όπως θα εξετάσουμε και παρακάτω φαίνεται πως η συμμετοχή των Μ.Μ.Ε. στην κατασκευή προκαταλήψεων πιθανά δεν είναι αμελητέα. Σε διαφορετική έρευνα οι Link και συνεργάτες (2004, Πίνακας 2, σ. 516) καταγράφουν επίσης ότι τα στερεότυπα, η προσδοκία και η πεποίθηση ότι το άτομο θα βρεθεί εν

τέλει αντιμέτωπο με συμπεριφορές κοινωνικών διακρίσεων, αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης του στίγματος, ενώ τα πραγματικά δεδομένα και περιστατικά που αφορούν τους ψυχικά ασθενείς βρίσκονται χαμηλότερα στον πίνακα παραγόντων. Φαίνεται λοιπόν πως το στίγμα προέρχεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από άυλες απόψεις, προσδοκίες ή νοητικές κατασκευές παρά από υπαρκτά και βάσιμα πραγματικά γεγονότα.

Η διείσδυση των στερεοτύπων και του στίγματος στην ανθρώπινη πεποίθηση και η επικράτηση της διαδικασίας του στιγματισμού επιδρά ανεξαιρέτως σε όλες τις ψυχικές διαταραχές και οδηγεί σε προσβολή της ανθρώπινης προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Αυτό που μελετάται και έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι η αστάθεια του φαινομένου, το οποίο επηρεάζεται από τις χρονικές, τοπικές, προσωπικές και πολιτισμικές συνθήκες, με αποτέλεσμα να παρατηρούμε ερευνητικά διαφορετικούς «χαρακτηρισμούς», διαφορετικά είδη προκαταλήψεων και στερεοτύπων, αλλά και βαρύτητα για καθεμία από τις κλινικές ψυχικές διαταραχές. Ταυτόχρονα, μεγάλη σημασία έχει η κατασκευαστική πηγή των στερεοτύπων και τα μέσα μετάδοσής τους. Στην παρούσα διπλωματική προσεγγίζουμε αυτήν ακριβώς την ιδιαιτερότητα του φαινομένου προσπαθώντας να εισάγουμε μία ακόμη πληροφορία στο ερευνητικό αρχείο.

2.2 Το Στίγμα και οι Καταθλιπτικές Διαταραχές

Βασικά χαρακτηριστικά συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής αποτελούν το αίσθημα λύπης, κενού, κυκλοθυμικής διάθεσης με συνοδές σωματικές και γνωσιακές αλλαγές, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα και τη λειτουργικότητα του ατόμου (DSM V, 2013, σ. 155). Οι καταθλιπτικές διαταραχές παρουσιάζονται με ένα φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία συνδέονται αρκετά συχνά με άγχος και στρες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να οδηγηθούν επιπλέον σε ψυχωσική συμπτωματολογία (DSM V, 2013, σ. 186).

Η καταθλιπτική διαταραχή όπως και κάθε άλλη ψυχική διαταραχή δέχεται ένα σύνολο στιγματιστικών αντιλήψεων, οι οποίες στην περίπτωση της, όπως φαίνεται, λαμβάνουν συνήθως τη μορφή της λύπησης και του ακίνδυνου. Αν και κατά τη

βιβλιογραφική αναζήτηση το μέγεθος της έρευνας σχετικά με το στίγμα της κατάθλιψης δεν είναι πολυπληθές, παρέχει μία εικόνα των ιδεών για το ποιόν των καταθλιπτικών διαταραχών, των ασθενών και πρωτίστως της κοινωνικής άγνοιας.

Η κοινωνική πεποίθηση για τον καταθλιπτικό παρουσιάζει έναν άνθρωπο «εξασθενημένο» και «δύσπιστο» (Ebnetter & Latner, 2013) σύμφωνα με την βιβλιογραφία. Η κατάθλιψη ως ασθένεια δεν λαμβάνει την προσοχή, τη σημασία και εν τέλει την φροντίδα που της αρμόζει. Οι Bailey και συνεργάτες (2009) καταγράφουν πως το 63 % των Αφροαμερικάνων θεωρεί την κατάθλιψη «προσωπική αδυναμία», ενώ μόνο το 1/3 του πληθυσμού λαμβάνει την κατάθλιψη ως «ιατρικό πρόβλημα». Περίπου το 50 % του δείγματος εκλαμβάνει εύκολη την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αναφέροντας πως μπορεί να πραγματοποιηθεί με προσωπική προσπάθεια ή βοήθεια από φίλους ή συγγενείς, ενώ μόνο το 1/3 βεβαιώνει ότι θα δεχόταν τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Bailey et al., 2009). Αν και η άποψη του κοινού για τους καταθλιπτικούς ασθενείς δεν σχετίζεται με την επικινδυνότητα, οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται όμως «απρόβλεπτοι» και η κατάθλιψη νοείται ως «εύκολα αντιμετωπίσιμη», όπως καταγράφουν οι Correns και συνεργάτες (2013), σύμφωνα με την άποψη του 50 % του δείγματος σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιρλανδία και Πορτογαλία. Παρά τους παραπάνω ισχυρισμούς, η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί πιο σοβαρή ασθένεια επιστημονικά, καθώς σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) έως το 1996 κατείχε την τέταρτη θέση στη λίστα των ασθενειών που επιφέρουν σοβαρού βαθμού δυσλειτουργία στη ζωή του ατόμου (Murray & Lopez, 1996).

Ο στιγματισμός των καταθλιπτικών ασθενών δε φαίνεται να λαμβάνει τη σοβαρή μορφή που λαμβάνει η σχιζοφρένεια βιβλιογραφικά. Φαίνεται ότι αποσκοπεί περισσότερο στην άποψη ότι η κατάθλιψη, αν και είναι γνωστή ψυχική νόσος, δεν είναι το ίδιο σοβαρή ή επικίνδυνη και γι' αυτό σε πολλές των περιπτώσεων δεν αντιμετωπίζεται άμεσα ή δεν αποζητείται καθόλου ιατρική υποστήριξη. Η κατάθλιψη λαμβάνει από την κοινωνική αντίληψη ένα θετικότερο πρόσημο όσο αφορά τις διακρίσεις που ενδέχεται να δεχτούν οι ασθενείς αυτοί. Επικρατεί η άποψη πως οι καταθλιπτικοί ασθενείς δε θα δεχτούν στον ίδιο βαθμό την διάκριση και την περιθωριοποίηση, ενώ ταυτόχρονα τα στερεότυπα για την κατάθλιψη θεωρείται ότι

δε θα επιδράσουν σημαντικά στην άποψη του κοινωνικού συνόλου για τους ασθενείς (Jorm et al., 1999 ; Angermeyer & Matschinger, 2003). Ωστόσο, οι απόψεις σχετικά με τα επίπεδα διακρίσεων που δέχονται αυτοί οι ασθενείς σε σχέση με άλλους (π.χ. σχιζοφρενείς) δίστανται. Ορισμένες έρευνες αποδεικνύουν την άποψη ότι οι σχιζοφρενείς έρχονται αντιμέτωποι σε μεγαλύτερο βαθμό με τέτοιου είδους συμπεριφορές (Angermeyer et al., 2004 ; Ilic et al., 2013), ενώ άλλες επισημαίνουν πως δεν υπάρχει διαφορά στις ομάδες ασθενών με διαφορετική διάγνωση (Fareilly et al., 2014).

Η κατασκευή του στίγματος και της συμπεριφοράς απέναντι στις καταθλιπτικές διαταραχές εξαρτάται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως ήδη έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενο κεφάλαιο (Griffiths et al., 2008 ; Rost et al., 1993). Οι Highet και συνεργάτες (2002) στην Αυστραλία συναντούν τις νεότερες γενιές ανθρώπων πιο ενημερωμένες σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή και τη σοβαρότητά της, δίνοντας έτσι ένα αισιόδοξο μήνυμα. Η γενική προτίμηση στην έρευνα δεν αφορούσε την ιατρική αντιμετώπιση της ασθένειας παρ' όλ' αυτά, το οποίο προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση, καθώς περισσότερο από το ½ του δείγματος ανέφερε πως στο παρελθόν έχει αντιμετωπίσει το ίδιο το άτομο ή πρόσωπο του περιβάλλοντός του κάποια διαταραχή κατάθλιψης (Highet et al., 2002).

Όπως είναι φυσικό ο στιγματισμός των ασθενών θα οδηγήσει σε εσωτερίκευση των συναισθημάτων με αποτέλεσμα τον αυτοστιγματισμό. Η πιο ισχυρή κοινωνική πεποίθηση για την κατάθλιψη είναι η «προσωπική αδυναμία» και ενδεχομένως ο αυτοστιγματισμός να περιστρέφεται γύρω από την συγκεκριμένη αντίληψη.

Οι σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα αυτοστιγματισμού (Yen et al., 2005 ; Raguram et al., 1996 ; Pyne et al., 2004), όπως είναι αναμενόμενο. Η ποιότητα ζωής των καταθλιπτικών ασθενών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό ανάλογα τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Επιπλέον, το στίγμα και η εσωτερίκευση των στερεοτύπων συνδέονται άμεσα με τομείς της ζωής του ατόμου, όπως τα συναισθήματα και η εργασία (Holubova et al., 2016), επιδρώντας σημαντικά στις συνθήκες διαβίωσης και καθημερινότητας. Οι Kanter και συνεργάτες (2008) καταγράφουν στα αποτελέσματα της έρευνάς τους πέντε παράγοντες διαμόρφωσης

του προσωπικού στίγματος: το γενικό στίγμα (οι επικρατούσες απόψεις και η εσωτερική ευαισθησία), η μυστικοπάθεια (η επιθυμία να αποκρυφτεί η ασθένεια), το κοινωνικό στίγμα (η άποψη του ίδιου του ατόμου για άλλους καταθλιπτικούς ασθενείς), το στίγμα της θεραπείας (η άποψη για την αναγκαιότητα της θεραπείας), οι στιγματιστικές εμπειρίες (εμπειρίες κατά τις οποίες το άτομο αισθάνθηκε να στιγματίζεται).

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθούμε στον 4^ο παράγοντα του «στίγματος της θεραπείας», καθώς παρατηρείται τόσο κλινικά όσο και ερευνητικά πως οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη διακατέχονται από έντονα αισθήματα «ντροπής» τόσο όσο αφορά την αποδοχή όσο και την θεραπευτική αντιμετώπιση από ειδικό (Conner et al., 2011 ; Gitlin et al., 2014 ; Latalova et al., 2014). Χαρακτηριστικό είναι επίσης πως περίπου ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών ασθενών σε 35 χώρες δηλώνουν πως έχουν αντιμετωπίσει συμπεριφορές διακρίσεων, οι οποίες τους οδήγησαν στον αυτοπεριορισμό από την κοινωνική ζωή και την αναζήτηση εργασίας και θεραπείας (Lasalvia et al., 2012).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές δεν είναι απλές. Από τα διατιθέμενα στοιχεία – τα οποία δεν είναι ιδιαιτέρως πολλά - διακρίνεται έντονα η άγνοια σχετικά με την κατάθλιψη, τις επιπτώσεις της και τη βαρύτητα της ασθένειας. Οι απόψεις γύρω από τις καταθλιπτικές διαταραχές εστιάζουν στην «προσωπική αδυναμία» και την «ντροπή» για τη νόσο. Ταυτόχρονα, η τάση των κοινωνικών αντιλήψεων τείνει προς τη διαχείριση της ασθένειας ως «γρίπη». Στην πραγματικότητα η ανάγκη που προκύπτει αφορά την παρέμβαση του επιστημονικού επιτελείου με σκοπό την ολιστική ενημέρωση σχετικά με το εύρος και τις σοβαρές επιπτώσεις των καταθλιπτικών διαταραχών, όπως η ψυχωτική κατάθλιψη και η αυτοκτονία (Gournellis et al., 2018) και την εκ νέου έρευνα του στίγματος έπειτα από τις επιμορφωτικές διαδικασίες.

2.3 Το Στίγμα και η Σχιζοφρένεια

Μία από τις ψυχικές διαταραχές η οποία έχει υποστεί αλλεπάλληλο στιγματισμό είναι η σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια είναι μία νόσος με ιδιαίτερη

συμπτωματολογία, η οποία έχει στενά συνδεθεί με την επικινδυνότητα και για την οποία το ερευνητικό υπόβαθρο είναι αρκετά πλούσιο. Το φάσμα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει την σχιζοφρένεια, λοιπές ψυχωτικές διαταραχές και την σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας, ενώ παρουσιάζουν ορισμένη συμπτωματολογία όπως: παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, διαταραχή του λόγου και του ειρμού της σκέψης, γενικότερη αποδιοργάνωση, αλλόκοτη συμπεριφορά (συμπεριλαμβανομένης της κατατονίας) και αρνητικά συναισθήματα (DSM – V, 2013, σ. 87). Η *σχιζοφρένεια*, όπως και η πλειονότητα των ψυχικών διαταραχών, δεν έχει καθορισμένο τρόπο ή ηλικία εμφάνισης (Immonen et al., 2017), είναι δύσκολα κατανοητή από την κοινωνική νοοτροπία (Read et al., 2013) – συχνά δεν είναι επαρκής η κοινωνική επίγνωση και ενημέρωση – και η επαφή με τον σχιζοφρενή αντιμετωπίζεται αμήχανα και επιφυλακτικά, ενώ θεωρείται αρκετά συχνά δυνητικά επικίνδυνη για τη σωματική ακεραιότητα (Humphreys et al., 1992 ; Schomerus et al., 2012 ; Angermeyer et al., 2020).

Η έννοια του φόβου για την σχιζοφρένεια ή, γενικότερα για την ψυχική διαταραχή, αφορά δύο διαστάσεις: α) την ρεαλιστική πιθανότητα όντως ο πάσχων στα πλαίσια της νόσου να γίνει επιθετικός και επικίνδυνος ή/και β) την πεποίθηση ότι το συγκεκριμένο άτομο είναι επιθετικό ή επικίνδυνο. Αυτή αποτελεί και τη διαφορά μεταξύ του στιγματισμού ως «αντικείμενο φόβου» και «βαριά άρρωστου» ή την αντιμετώπισή του ως οντότητα η οποία παρουσιάζει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Ανάμεσα όμως στις ψυχικές διαταραχές η σχιζοφρένεια και γενικότερα οι ψυχωτικές διαταραχές, αποτελούσαν πάντοτε την πλέον επικίνδυνη και απρόβλεπτη νόσο στην κοινωνική συνείδηση (Phelan et al., 2000 ; Thompson et al., 2002 ; Crisp et al., 2000).

Η πεποίθηση της κοινής γνώμης για τους σχιζοφρενείς αγγίζει μία ποικιλία κατευθύνσεων, σύμφωνα με τις οποίες οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να διαπράξουν σοβαρά εγκλήματα, να επιτεθούν αναίτια, είναι σοβαρά επικίνδυνοι για τα παιδιά (Levey et al., 1995, σ. 30), είναι καταδικασμένοι εσαεί έγκλειστοι σε ιδρύματα, ανίκανοι να εργαστούν, απρόβλεπτοι, αποτρόπαιοι κοινωνικά, «βρώμικοι σωματικά» και ανίατοι (Furnham & Rees, 1988, σ. 215 ; Magliano et al., 2004). Το κοινωνικό στίγμα της σχιζοφρένειας δεν αφορά μόνο την επικινδυνότητα και το φόβο, αλλά επιπλέον κοινωνικές «ταμπέλες», όπως ότι η σχιζοφρένεια είναι ασθένεια

κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων και στην παλαιολιθική θύμηση του κοινού ότι είναι θεόσταλη ασθένεια ως τιμωρία ή άφεση για να δοκιμαστεί το ίδιο το άτομο ή ολόκληρη η οικογένειά του. Επιπρόσθετα, έρευνες δείχνουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες που παρουσιάζουν σοβαρότερα συμπτώματα ή θετικά ψυχωσικά συμπτώματα στιγματίζονται ευκολότερα και συχνότερα σε σύγκριση με ασθενείς οι οποίοι δεν παρουσιάζουν συμπτώματα της ίδιας βαρύτητας ή εμφανίζουν αρνητικά συμπτώματα. Οι σχιζοφρενείς παρουσιάζοντας σοβαρά συμπτώματα, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις – συμπτώματα άγνωστα και ακατανόητα για το μέσο άνθρωπο – δακτυλοδείχνονται εντονότερα λόγω της φανερότατης ψυχοπαθολογίας και της μη δυνατότητας πολλές φορές να αποκρυφτεί η διαταραχή τους, δημιουργώντας αισθήματα φόβου (Ertugrul & Urgul, 2004). Η άποψη ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί «κληρονομική νόσο» και «νόσο του εγκεφάλου» δημιουργεί επιπλέον συνθήκες κοινωνικής απόστασης απέναντι στους συγκεκριμένους ασθενείς, άποψη η οποία υιοθετείται λιγότερο για την κατάθλιψη (Bag et al., 2006).

Λόγω της κοινωνικής εξέλιξης, της ψυχιατρικής γνώσης και αντιμετώπισης, του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας - το οποίο ακόμη υποβάλλεται σε αλλαγές - της ριζοσπαστικοποίησης των κοινωνικών δρώμενων και της διεκδίκησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι στάσεις του κοινωνικού συνόλου και η επίγνωση για το τι πραγματικά είναι η σχιζοφρένεια και τι επιφέρει, φαίνεται να ανταποκρίνονται στην επιστημονική εγκυρότητα με την πάροδο του χρόνου (Stuart & Florez, 2001). Παρ' όλ' αυτά τα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν τη συμπεριφορά του κοινωνικού συνόλου απέναντι στους πάσχοντες δεν είναι πάντα τα προβλεπόμενα αποτελέσματα της αλλαγής και της προόδου της κοινωνικής αντίληψης, αλλά αντιστρόφως ανάλογα, όπως αποδεικνύουν οι Angermeyer και Matschinger (2005). Αν και η «ψυχική ασθένεια» και ο «ψυχικά ασθενής» προκαλεί τις αυτόματες και καλά ριζωμένες ανθρώπινες αντιδράσεις της αντίληψης ως «επικίνδυνου» και του φόβου, τα ερευνητικά αποτελέσματα αποδεικνύουν πως οι αντιδράσεις αυτές, συμπεριλαμβανομένης επίσης της αντίληψης ότι οι άνθρωποι αυτοί χρειάζονται αυξημένη φροντίδα, είναι σχεδόν βέβαιες απέναντι στην σχιζοφρένεια και όχι με τον ίδιο τρόπο απέναντι στην κατάθλιψη, της οποίας οι διαστάσεις δεν είναι ρεαλιστικά κατανοητές από το κοινωνικό σύνολο (Angermeyer & Matschinger, 2003).

Η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών είναι αναμενόμενη και στην περίπτωση της σχιζοφρένειας. Ο πληθυσμός των επαρχιακών περιοχών φαίνεται να αντιμετωπίζει πιο καχύποπτα αυτούς τους ασθενείς σε σύγκριση με τον πληθυσμό των αστικών περιοχών (Stuart & Florez, 2001 ; Jadhav et al., 2007), κάτι το οποίο φαίνεται να συνδέει την αστικοποίηση και την εξοικείωση με την ψυχική ασθένεια. Τα εκάστοτε δεδομένα, ενώ μπορούν να τεθούν ερευνητικά ως υποθέσεις, δε θα μπορούσαν σε καμία περίπτωση να γενικευτούν, καθώς από κοινωνιολογικής άποψης το στίγμα διαμορφώνεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και λαμβάνει τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται.

Το στίγμα ενάντια στους σχιζοφρενείς θα οδηγήσει στην εσωτερίκευση των συναισθημάτων και εν τέλει στον αυτοστιγματισμό, ο οποίος δεν αργεί να οδηγήσει σε χαμηλά συστήματα αυτοεκτίμησης. Όσο μεγαλύτερος ο στιγματισμός που επιφέρεται στον πάσχων τόσο χαμηλότερη η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση που παρουσιάζει. Ταυτόχρονα, οι συμπεριφορές διακρίσεων και η άρρηκτη αποδοχή των στερεοτύπων οδηγούν στον αυτοστιγματισμό, την αντικοινωνικότητα, την αποστασιοποίηση και την πεποίθηση ότι δεν μπορούν να είναι λειτουργικοί (Lysaker et al., 2008), με απόρροια αυτού να παραδίδονται και να παραμελούν την ίδια τους τη ζωή υποβιβάζοντας την ποιότητά της.

Η αντιμετώπιση του στίγματος και η διαδικασία του αυτοστιγματισμού επιδρούν σημαντικά στην αρνητική πρόγνωση της θεραπείας και κατ' επέκταση της ασθένειας. Σε έρευνα των Lee και συνεργάτες (2006) το 1/3 του δείγματος αναφέρει ότι οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής πολλές φορές τους φέρνει αντιμέτωπους με προκατειλημμένες αντιλήψεις και εμπειρίες στιγματισμού εναντίον τους, με αποτέλεσμα να επιλέγουν τη μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Παράλληλα η ανταπόκριση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση φαίνεται να μειώνεται όταν οι δυσάρεστες εμπειρίες του κοινωνικού στίγματος εσωτερικευθούν (Fung et al., 2008). Άλλες έρευνες εξάγουν το συμπέρασμα πως ο αυτοστιγματισμός οδηγεί σε αρνητική πορεία της νόσου με καταθλιπτική συμπτωματολογία, αποφευκτική συμπεριφορά, κοινωνική αυτό – περιθωριοποίηση, έλλειψη προσωπικών στόχων και άρνηση προσπάθειας για την επίτευξή τους (Vauth et al., 2007 ; Yanos et al., 2008). Ο αυτοστιγματισμός αποτελεί επιπλέον μεταξύ άλλων (π.χ. αρνητικά συμπτώματα, καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλή αυτοεκτίμηση)

έναν από τους παράγοντες του κοινωνικού άγχους το οποίο παρουσιάζουν οι σχιζοφρενείς ασθενείς (Lysaker et al., 2010).

Η άποψη ότι οι σχιζοφρενείς διαπράττουν ή δεν διαπράττουν βίαιες και επιθετικές ενέργειες απασχολεί την επιστημονική κοινότητα με πολυάριθμες συζητήσεις επί του θέματος, κάτι το οποίο καταγράφεται βιβλιογραφικά. Η μονόπλευρη και άμεση ανάλυση ότι η σχιζοφρένεια και, γενικότερα η ψυχική διαταραχή, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά επικίνδυνης και βίαιης πρόβλεψης δεν καταγράφει τον ακριβή τρόπο εκτίμησης της ενδεχόμενης βίαιης συμπεριφοράς. Η Ψυχιατρική και η Ψυχιατροδικαστική, ακολουθώντας το Βιο – Ψυχο – Κοινωνικό Μοντέλο Υγείας, εξετάζουν και εκτιμούν βάσει των τριών αυτών κατευθύνσεων. Η εκτίμηση της βίαιης συμπεριφοράς των ψυχικά ασθενών γίνεται εξετάζοντας αναλόγως όλους τους παράγοντες κινδύνου (Bo et al., 2011 ; Fulwileru & Ruthazer, 1999).

Τα θετικά ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, η συννόσηση, οι διαπροσωπικοί και προσωπικοί παράγοντες επηρεάζουν την πιθανότητα βίαιης συμπεριφοράς των σχιζοφρενών (Swanson et al., 2006). Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ακόμη έναν παράγοντα εκτίμησης της βίαιης συμπεριφοράς, ενώ ταυτόχρονα η συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία (χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, διαταραχή διαγωγής στην παιδική ηλικία, η θυματοποίηση, οι συνθήκες διαβίωσης και το οικονομικό επίπεδο) θα πρέπει να συνεκτιμούνται (Swanson et al., 2008). Το ιστορικό βίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ή πριν την έναρξη της ασθένειας θα πρέπει επιπλέον να εκτιμάται καθώς έρευνες δείχνουν πως η εμφάνιση επιθετικών ενορμήσεων στους σχιζοφρενείς ασθενείς είναι σπάνια όταν δεν υπάρχει ιστορικό πρότερου βίαιου βίου (Hodgins, 2008). Μία μεγάλη κλινική δυσκολία είναι η αναγνώριση της χρονικής στιγμής έναρξης της νόσου, καθώς οι ειδικοί βασίζονται σε ενδείξεις και πληροφορίες που παρέχει ο ίδιος ο ασθενής. Φαίνεται πως η αργοπορημένη αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων συνάδουν θετικά με την επιθετικότητα (Humphreys et al., 1992 ; Silver et al., 2005). Τέλος, η διαβίωση σε συνθήκες κοινωνικής και οικονομικής αποδιοργάνωσης αυξάνει την πιθανότητα επιθετικής συμπεριφοράς του σχιζοφρενή (Silver, 2006).

Τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύουν πως η άρρηκτη εκτίμηση της σχιζοφρένειας ως «επικίνδυνη», «απρόβλεπτη» και «αλλόκοτη» διαταραχή δεν μπορεί σε πραγματικούς χρόνους να υφίσταται και δεν είναι ρεαλιστικά ανταποκριτέα. Το είδος της σχιζοφρένειας, η διάκριση της βίαιης συμπεριφοράς και της αιτιολογίας της περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες εκτίμησης, όπως «η προδιάθεση ψυχοκοινωνικών παραγόντων», «τα δημογραφικά χαρακτηριστικά», «το ιστορικό πρότερης νεανικής εγκληματικότητας», «το είδος της εγκληματικότητας» και «τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα» (Ntounas et al., 2018). Επιπλέον, «η πρόβλεψη της επικινδυνότητας για να είναι επιστημονικά βάσιμη, πρέπει να προκύπτει μετά από συλλογή ενός μεγάλου αριθμού στοιχείων», όπως «το λεπτομερέστατο ιστορικό με έμφαση σε προηγούμενο ιστορικό βίας», η «ψυχοδιανοητική κατάσταση του ατόμου», η «χρήση ψυχοδραστικών ουσιών» και οι «κοινωνιολογικοί παράγοντες» (Δουζένης, 2008, σ. 55). Η εκτίμηση της ασθένειας πραγματοποιείται αποκλειστικά από ειδικούς με την χρήση των κατάλληλων γνώσεων και πρακτικών, ενώ η πρόγνωση και η αντιμετώπιση της νόσου δεν μπορεί να αγνοείται στο βωμό των στιγματιστικών κοινωνικών διαγγελμάτων. Η τυχαία «συμπερασματολογία» δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Άλλωστε, η διαμόρφωση του κοινωνικού στίγματος αποκτά υπόσταση εκεί που επιστήμη και τα τεκμήριά της αγνοούνται.

2.4 Το Στίγμα της Ψυχικής Διαταραχής στην Ελλάδα

Το στίγμα της ψυχικής διαταραχής έχει ερευνηθεί σημαντικά και για τον ελληνικό πληθυσμό και από τα δεδομένα που προκύπτουν φαίνεται πως τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις στην Ελλάδα διατηρούνται ακόμη και σήμερα ξεπερασμένα και παλαιοιθικά. Οι Οικονόμου και συνεργάτες (2009) υπολογίζουν πως τα $\frac{3}{4}$ του πληθυσμού θεωρεί τους ασθενείς με σχιζοφρένεια επικίνδυνους, ενώ ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό τους χαρακτηρίζει «διχασμένες προσωπικότητες» και «ανίκανους για εργασία». Επιπλέον, φαίνεται ότι αγνοείται ο πολυπαραγοντικός μηχανισμός εμφάνισης της ασθένειας με μόνο το $\frac{1}{4}$ του δείγματος να συμφωνεί στην υπόθεση, ενώ αρνητικές είναι και οι απόψεις που επικρατούν στα ερωτήματα που αφορούν την επαφή μαζί τους. Πολύ σημαντικό αξιολογήσιμο δεδομένο για την

έρευνα αυτής της διπλωματικής αποτελεί επίσης το 65,9 % που αντιπροσωπεύει την τηλεόραση ως αναφερόμενη κύρια πηγή πληροφοριών.

Παρά το γεγονός ότι το ελληνικό κοινό δείχνει συμπάθεια στους ψυχικά ασθενείς, παραμένουν επιφυλακτικοί στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών πιστεύοντας πως θα πρέπει να είναι αυστηρά ελεγχόμενοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες (Tzounara et al., 2014). Επιπροσθέτως, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά ακόμα και στην ίδια χώρα, από περιοχή σε περιοχή, επηρεάζοντας τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις (Madianos et al., 1987). Όπως καταγράφουν οι Μούζας και συνεργάτες (2008) στην Ελλάδα η εκπαίδευση, η ηλικία και η περιοχή παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατασκευή απόψεων. Μία ακόμη έρευνα η οποία έχει ενδιαφέρον στα αποτελέσματά της, συγκρίνει τις απόψεις Ελλήνων, Κυπρίων και Άγγλων στο βόρειο Λονδίνο. Διαπιστώνει πως Έλληνες και Κύπριοι είχαν μικρότερη εξοικείωση με τους ψυχικά ασθενείς, υπολειπόμενες γνώσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια και ιδιαίτερες στιγματιστικές αντιλήψεις σε σχέση με το αγγλικό δείγμα (Papadopoulos et al., 2002), το οποίο φαίνεται να κάνει νύξη στην πολιτισμική διαφορά ή στην κοινωνική εκπαίδευση ως παράγοντες διαμόρφωσης του στίγματος.

Οι έρευνες σχετικά με τις κοινωνικές αντιλήψεις στην Ελλάδα είναι πολυάριθμες. Έχουν επικεντρωθεί στην σύγκριση των απόψεων διαφορετικών ομάδων συμβάλλοντας στον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών που προκαλούν ή δεν προκαλούν διαφοροποίηση της προσωπικής αντίληψης. Η γενική αντίληψη έχει μία αρνητική κατεύθυνση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, η οποία φαίνεται να επηρεάζει (πιθανά λόγω κουλτούρας) ακόμη και τους σπουδαστές της ιατρικής επιστήμης (Economidou et al., 2012). Η εκπαίδευση σχετικά με την ψυχιατρική φαίνεται παρά ταύτα να βελτιώνει την άποψη των επιστημόνων υγείας για την ψυχική ασθένεια (Madianos et al., 2005). Άλλες απόψεις προερχόμενες από εργαζόμενους της επαρχίας της Λέσβου και της Χίου καταδικάζουν την σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη σε χρόνια ανεργία, πιστεύοντας πως δεν είναι εύκολο για τους συγκεκριμένους ανθρώπους να βρουν εργασία (Zissi et al., 2007).

Η ελληνική νομοθεσία θέτει στο καθηκοντολόγιο των αστυνομικών δυνάμεων την επέμβαση τους επίσημα με εισαγγελική εντολή στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας από την διακομιδή των ασθενών στις μονάδες έως και την παρουσία τους

κατά την κλινική αξιολόγησή και μάλιστα στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων (Douzenis et al., 2010). Η σύνδεση των ψυχικά ασθενών με την επέμβαση της αστυνομίας στην κοινωνική αντίληψη πιθανά να επηρεάζει τα αισθήματα φόβου και αποστασιοποίησης του κοινού από τον ασθενή. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον πληθυσμό της ελληνικής αστυνομίας αποδεικνύει πως η αντίληψη του ψυχικά πάσχοντος είναι ιδιαίτερος μπερδεμένη για τους αστυνομικούς. Γίνεται λόγος για μόνιμο εγκλεισμό σε ψυχιατρική κλινική (67,4 %) και ταυτόχρονα για την ανάγκη νοσηλείας μόνο κατά τη διάρκεια των υποτροπών (68,4 %) με ίδια περίπου ποσοστά. Παρομοίως, καταγράφεται η άποψη ότι οι ψυχικά πάσχοντες προβάλλουν βίαιη και επιθετική συμπεριφορά συνήθως ή πάντα (64,9 %) και ταυτόχρονα αναφέρεται πως διαπράττουν εγκλήματα σπάνια ή ποτέ (69,9 %) (Psarra et al., 2007). Τα ορισμένα στοιχεία φέρνουν στην επιφάνεια την τεράστια έλλειψη των ελληνικών δρώμενων και της κριτικής συνείδησης σε σοβαρή και επιστημονική επιμόρφωση, ενώ ταυτόχρονα η συγκεκριμένη άποψη του αστυνομικού σώματος μπορεί να προέρχεται από την επαφή τους (μέσω της ακούσιας νοσηλείας) με τους ψυχικά ασθενείς και πιθανά τη συναισθηματική τους απόκριση κατά τη διαδικασία, η οποία έρχεται σε σύγκρουση με την γενική κοινωνική αντίληψη που ανατράφηκαν.

Το κοινωνικό στίγμα εσωτερικεύεται και ο ασθενής έχοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση είτε αρνείται να μετέχει κοινωνικά είτε αδυνατεί και επιλέγει να κρατήσει την ασθένεια μυστική (Karidi et al., 2010). Όσων αφορά το εύρος του αυτοστιγματισμού των ψυχικά ασθενών, εκεί η βιβλιογραφία στην Ελλάδα παρουσιάζει κενό και αποτελεί σίγουρα ένα επίπεδο ερευνών, το οποίο θα παρείχε σημαντικές πληροφορίες για τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών και της πορείας τους.

Δε θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε ότι το 1999 ξεκίνησε το Ελληνικό Πρόγραμμα κατά του στίγματος της Σχιζοφρένειας στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), ως μέρος του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας. Το πρόγραμμα αυτό λειτούργησε αρχικά για την καταπολέμηση του στίγματος της σχιζοφρένειας και τη διεκδίκηση της αλήθειας για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μετονομάστηκε σε πρόγραμμα «Αντι – Στίγμα» όταν η ανάγκη και η αποδοχή το οδήγησαν στην επέκταση και το άνοιγμα της ψαλίδας του

για την κάλυψη του στίγματος των ψυχικών διαταραχών της κατάθλιψης και της διπολικής διαταραχής. Λειτούργησε έως το 2013 όταν και λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης έπρεπε να σταματήσει.

Παρά το γεγονός ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα μετράει πλέον τρεις δεκαετίες, ο δρόμος για την ολιστική αλλαγή του θυμικού των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων είναι ακόμη μακρύς. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η θετική παρέμβαση της ηλικίας και του επιπέδου εκπαίδευσης στη διαμόρφωση του στίγματος τοποθετούν αναμφισβήτητα το υπόβαθρο στο οποίο η επιστημονική κοινότητα οφείλει να βασιστεί προς την καταπολέμηση του στίγματος. Η ολιστική προσέγγιση (εκπαίδευση, ενημέρωση, εξοικείωση, αποασυλοποίηση, κοινωνικοποίηση του πάσχοντα) και η άμεση παρεμβολή της επιστήμης στην αντεπιστημονική διαχείριση και αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας θα επιφέρει αέρα αλλαγής.

Κεφάλαιο 3^ο **Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και το Στίγμα της Ψυχικής Διαταραχής**

3.1 Η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στο κοινό

Τα *Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.)* καταλαμβάνουν το σύνολο της καθημερινότητας και της ζωής του ατόμου με έναν τρόπο ιδιαίτερος παρεμβατικό. Η εξέλιξη της τεχνολογίας, η παγκοσμιοποίηση, η ψηφιακή εποχή κυριαρχεί καθημερινά σε πολυάριθμους τομείς της ζωής και της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Το σύνολο του έντυπου και ηλεκτρονικού τύπου ως πομπός (τηλεόραση, ραδιόφωνο, εφημερίδες, περιοδικά, διαδίκτυο κ.ο.κ.) με τρόπο σύγχρονο ή ασύγχρονο μεταβιβάζει πληροφορίες, ιδέες, εικόνες ή τεκμηριωμένες απόψεις στους αποδέκτες του, δηλαδή το κοινωνικό σύνολο. Ο ρόλος τους από την άλλη πλευρά επεκτείνεται με μία εκθετική πορεία και είναι κοινωνικός, πολιτικός, διεθνιστικός, ενημερωτικός, ψυχαγωγικός και εκπαιδευτικός. Η δύναμη των Μ.Μ.Ε. αποκτά ακόμη μεγαλύτερη υπόσταση όταν επιδρούν στην ατομική συνείδηση και σκέψη με αποτέλεσμα να διαμορφώνουν αρκετά συχνά την κοινωνική αντίληψη. Φαίνεται πως η δύναμή τους είναι τόσο μεγάλη που εκτός από μέσα επικοινωνίας λειτουργούν επίσης ως μέσα πολιτισμικής διαμόρφωσης και πολιτιστικής αλλαγής (Wilson, 1993 ; Grossberg et al., 2006). Τα Μ.Μ.Ε. καθοδηγούνται οικονομικά και πολιτικά (Spitulnik, 1993, σ. 293), κάτι το οποίο θέτει αμφιβολίες σχετικά με την αντικειμενικότητά τους και την ενημερωτική τους κατεύθυνση. Η μελέτη και η έρευνα για το ρόλο και τις επιδράσεις των μέσων ενημέρωσης στη διαμόρφωση και διαίωνιση στερεοτύπων και απόψεων είναι ιδιαίτερος εκτεταμένη και αφορά τις επιστήμες της κοινωνιολογίας και της κοινωνικής ψυχολογίας.

Ο Kerplinger (2007) ταξινόμησε την επίδραση των Μ.Μ.Ε. στην ικανότητα λήψης αποφάσεων από το κοινό σε *τρεις κατηγορίες*. Αναφέρεται σε μία στοιχειοθετημένη διαδικασία η οποία αφορά τον κύκλο αλληλεπίδρασης του κοινού με τα Μ.Μ.Ε.. Ορίζει ως πρωτογενή παράγοντα το είδος του μέσου και του πλαισίου του, ως δευτερογενή την επιρροή μέσω άγνοιας και συναισθηματικής και γνωσιακής απόκρισης του ατόμου και ως τριτογενή την παρατηρούμενη συμπεριφορά του ατόμου μέσω των άμεσων και έμμεσων επιδράσεων (Kerplinger, 2007). Η

προσέγγιση του αφορά τόσο την ψυχολογική διάσταση της επίδρασης των μέσων όσο και την τεχνοτροπία που διαθέτουν.

Ο κοινωνιολόγος McQuail (1979) καταγράφει *πέντε βασικές κατευθύνσεις* ως προς το περιεχόμενο που προβάλλεται μέσω των Μ.Μ.Ε. και επιδρά στο κοινό: 1) οι καμπάνιες, 2) η αποσαφήνιση της κοινωνικής πραγματικότητας και νόρμας, 3) η άμεση αντίδραση και απάντηση, 4) οι θεσμικές αλλαγές και 5) οι αλλαγές στην κουλτούρα και στην κοινωνία. Αναφέρεται επιπλέον στη δύναμη που διαθέτουν τα media να παρεισφρέουν στην άποψη του κοινού σημειώνοντας σημαντική την χρήση της *επανάληψης* στην αναμετάδοση της πληροφορίας και των μηνυμάτων. Άλλωστε, «είναι ευκολότερο να διαμορφώνεις απόψεις και στάσεις για μη οικεία περιστατικά παρά για οικεία», (McQuail, 1979, σ. 13). Η ικανότητα των media να αξιοποιούν - εκμεταλλεύονται την άγνοια του κοινού προσδίδοντάς στα επαναλαμβανόμενα μηνύματα που μεταδίδουν ορισμένα χαρακτηριστικά πείθει έτσι το κοινό να τα αποδεχτεί ως πραγματικότητα.

Η *θεωρία της «καλλιέργειας»* αναφέρεται στην ταύτιση του κοινού με την εικονική πραγματικότητα της τηλεόρασης και την αντίληψη πως οι προβαλλόμενες εικόνες είναι μικρογραφία της ρεαλιστικής ζωής και καθημερινότητας (Gerbner et al., 2002). Αυτή η θεωρία συνδέεται άμεσα με την προβολή και εν τέλει αποδοχή ως φυσιολογικών, βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών και σκηνών μέσω της τηλεοπτικής εικόνας (Anderson, 2002 ; Bushman & Anderson, 2001 ; Sparks & Sparks, 2002 ; Huesmann, 2007).

Η *θεωρία του «παραδειγματισμού»* (Zilmann, 1999) προσδιορίζει την χρήση δημοφιλών προτύπων - παραδειγμάτων (ανθρώπινων και μη), τα οποία προβάλλονται από τα μέσα με σκοπό την αναπαράσταση και επεξήγηση περιστατικών ή ειδήσεων (Zilmann et al., 1996). Η επιλογή κοινών απλών ανθρώπων να εκφράσουν την οπτική τους γωνία κατά την παρουσίαση περιστατικών και πληροφοριών φαίνεται να κερδίζει το ενδιαφέρον του κοινού σε μεγαλύτερο βαθμό, σε βάρος άλλων δημοφιλών προσώπων (π.χ. πολιτικοί), και αυτό εξαρτάται από την οικειότητα και την αξιοπιστία που του εμπνέουν (Lefevere et al., 2012). Η προβολή τέτοιων ανθρώπων δημιουργεί στο άτομο την αντίληψη πως πρεσβεύουν την κοινή γνώμη.

Τα Μ.Μ.Ε. χρησιμοποιούν επιπροσθέτως δομημένα και ολοκληρωμένα εργαλεία λειτουργίας και επιρροής της κοινωνικής ψυχολογίας. Με τη *δημιουργία της «ατζέντας»*, δηλαδή την επιλεγμένη διαμόρφωση της ημερήσιας θεματολογίας, ασκούν ορισμένη επίδραση στην ψυχολογία του κοινού, το οποίο έχει επίσης μία κοινωνιολογική διάσταση. Έτσι, διαμορφώνουν και, κατά κύριο λόγο επιλέγουν, ποια ζητήματα θα προβληθούν κατ' επανάληψη βάζοντας το κοινό στη διαδικασία να σκεφτεί και να αναλογιστεί μόνο τα συγκεκριμένα, αγνοώντας πολλές φορές όσα δεν προβάλλονται, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζουν τον τρόπο αντίληψής τους (McCombs & Shaw, 1967 ; McCombs & Valenzuela, 2007). Ένα δεύτερο εργαλείο είναι το *«priming»*. Αναφέρεται στη δυνατότητα που διαθέτουν τα media μέσω της επιλεγμένης προβολής συγκεκριμένων – και όχι άλλων - πληροφοριών και μηνυμάτων να διαμορφώνουν ή αλλάζουν την άποψη και την στερεοτυπική αντίληψη του κοινού για το πολιτικό σκηνικό και τους εκπροσώπους του (Iyengar & Kinder, 1987). Το τρίτο εργαλείο, *«framing»*, φαίνεται να διαφοροποιείται από τα προηγούμενα δύο (Scheufele & Tewksbury, 2007, σ. 11). Η εμπειριστατωμένη απόδειξη πληροφοριών και ειδήσεων στοιχειοθετείται με ένα πλαίσιο κατασκευής, το οποίο περιλαμβάνει την εμπειρική συντακτική, θεματική, σεναριακή και ρητορική αξιολόγηση με στόχο την αποδοχή και παρακολούθηση από το κοινό, κυρίως των ειδησεογραφικών κειμένων (Pan & Kosicki, 1993 ; Kahneman & Tversky, 1984).

Η σχέση του κοινωνικού όντος με τα media χαρακτηρίζεται από τους Ball - Rokeach και DeFleur (1976) *εξαρτητική*. Η ανάγκη του ατόμου για την συνεχή λήψη πληροφοριών συνδέεται με καταναλωτικούς και ψυχαγωγικούς λόγους, αλλά και λόγους κοινωνικοποίησης και ενσωμάτωσης του στο κοινωνικό πλαίσιο. Η μετάδοση των μηνυμάτων φαίνεται να είναι συστημική, δηλαδή το προϊόν μίας κοινωνικής και πολιτισμικής συνθήκης, η οποία εξυπηρετεί το άτομο μεμονωμένα και την κοινωνία ολιστικά. Όταν τα μηνύματα που προβάλλονται δεν αφορούν τις συγκεκριμένες ανάγκες του κοινού, τότε η επίδρασή τους φαίνεται να είναι αμελητέα (Ball - Rokeach & DeFleur, 1976).

Οι άνθρωποι τείνουν επιπλέον να αντιλαμβάνονται και εν τέλει αποδέχονται την γνώμη της πλειοψηφίας. Αναζητούν την επικρατούσα κοινωνική άποψη και αξιολογούν την κοινωνική ροπή. Σε αυτήν την αναζήτηση τα Μ.Μ.Ε. παίζουν σημαντικό και αξιόλογο ρόλο, καθώς αποτελούν την κύρια πηγή πληροφόρησης και

αναμετάδοσης. Τοποθετούν τις συνθήκες, παρουσιάζουν τα γεγονότα και καταγράφουν τις βασικές κατευθύνσεις της κοινής γνώμης (Noelle - Neumann, 1977 ; Katz, 1981). «Οι άνθρωποι τείνουν να συμπεραίνουν και να προσδιορίζουν την κοινή γνώμη μέσω της δικής τους ανάγνωσης των media» (Gunther, 1998, σ. 497), δηλαδή «ό,τι τα Μ.Μ.Ε. παρουσιάζουν σήμερα, θα πρέπει να είναι αυτό που θα σκέφτεται το κοινό την επομένη» (Gunther, 1998, σ. 487).

Ο Bandura (2001) προσδιορίζει δύο τρόπους επίδρασης της μαζικής επικοινωνίας στο άτομο: 1) την άμεση επιρροή και 2) την κοινωνική επιρροή. Μέσω της άμεσης επιρροής το άτομο είτε διδάσκεται άμεσα νέες μορφές συμπεριφοράς ή κινήτρων με αποτέλεσμα την αλλαγή της συμπεριφοράς και της στάσης ζωής του (προτιμήσεις, αξίες, προσδοκίες) είτε αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται μέσω της παρατήρησης άλλων συμπεριφορών. Η κοινωνική επιρροή αφορά την επίδραση του ατόμου (ενδεχομένως να μην εκτίθεται επίσης στα μέσα μαζικής επικοινωνίας) από την συμπεριφορά άλλων ατόμων, τα οποία έχουν εκτεθεί στη μαζική επικοινωνία και έχουν υιοθετήσει προβαλλόμενες συμπεριφορές (Bandura, 2001, σ. 286).

Μία ακόμη παραδοχή για τον τρόπο άμεσης σύνδεσης των media με την κοινή γνώμη και αντίληψη είναι η *προβολή* και η *συνακόλουθη διαμόρφωση, η δαιώνιση ή η μείωση στερεοτυπικών αντιλήψεων, προκαταλήψεων και προτύπων*. Τα Μ.Μ.Ε. ενδεχομένως χειραγωγούνται από μία γενικότερη κοινωνική κουλτούρα καθώς, ασχέτως με τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία της, υπηρετούνται από ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο έχει ανατραφεί και εκπαιδευτεί με ορισμένα πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Η αναμετάδοσή τους στο κοινό πραγματοποιείται με τρόπο που ανάγεται στη συμπεριφορική και γνωσιακή σχολή, ενώ αφορά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η σεξουαλικότητα, η φυλή, η κοινωνική και οικονομική τάξη, η σωματική αναπηρία, τα προβλήματα υγείας, κ.ο.κ. (Busby, 1974 ; King, 1973 ; Haarman, 1984 ; Kellstedt, 2003 ; Οικονόμου, 2007 ; Wal, 2002 ; Hart, 2000).

Παρά το γεγονός πως τα Μ.Μ.Ε. επηρεάζουν με συγκεκριμένο και δομημένο τρόπο την αντίληψη και τη ζωή του ατόμου, το κοινό δε φαίνεται να συνειδητοποιεί ούτε το μέγεθος ούτε τον τρόπο επιρροής τους. Η *θεωρία «της επίδρασης σε τρίτο πρόσωπο»* (Davison, 2005 ; Perloff, 2002) εξηγεί τη συγκεκριμένη στάση. Η σχέση του κοινού με τα Μ.Μ.Ε. είναι αναπόφευκτη και σταθερή. Η μετάδοση μηνυμάτων, απόψεων και πληροφοριών είναι συγκεκριμένη, επαναλαμβανόμενη και

μεθοδευμένη. Ο έλεγχός τους από την «κυρίαρχη ελίτ» (Herman & Chomsky, 1988) και τους ισχυρούς εξυπηρετούν συγκεκριμένες οικονομικές και πολιτικές σκοπιμότητες. Ο ενστερνισμός των απόψεων που προβάλλονται χαρακτηρίζονται από ένα είδος αυτοματισμού, ο οποίος δεν είναι αντιληπτός στο κοινό, αλλά υπάρχει. Αυτό μας οδηγεί να υποθέσουμε πως η κριτική αντίληψη και άποψη δέχεται αλλεπάλληλες πιέσεις και ερεθίσματα σε πολυδιάστατους τομείς και τεκταινόμενα, τα οποία (αν και όχι ολοκληρωτικά) παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων.

3.2 Οι Αναπαραστάσεις της Ψυχικής Διαταραχής μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο υποκεφάλαιο μέσω των μέσων μαζικής επικοινωνίας και ενημέρωσης μεταβιβάζονται πληροφορίες, μηνύματα και ειδήσεις, όταν και σε πολλές των περιπτώσεων διευκολύνουν την αναμετάδοση στερεοτύπων από τα οποία η κοινωνία δεν έχει ακόμη απαγκιστρωθεί. Η δομημένη λειτουργία των μέσων παρεμβαίνει στην ατομική και κοινωνική συνείδηση με σαφή αλλά υποσκάπτων τρόπο. Στην περίπτωση της ψυχικής διαταραχής φαίνεται πως οι στιγματιστικές αντιλήψεις χρησιμοποιούνται, προβάλλονται και επιβάλλονται στην κοινή γνώμη μέσω της εικόνας και της δημοσιογραφικής πειθούς, ενώ ο ψυχικά ασθενής φαίνεται πως ακόμη και στη σημερινή εποχή στιγματίζεται μέσω της εικόνας που διαμορφώνεται για τον ίδιο στα Μ.Μ.Ε..

Τα ειδησεογραφικά δημοσιεύματα του έντυπου τύπου μεταδίδουν σε ποσοστά που αρκετές φορές ξεπερνούν το 50 % την εικόνα του «επικίνδυνου» και «εγκληματικού» ψυχικά ασθενή (Coverdale et al., 2002). Επιπλέον, ο δημοφιλής έντυπος τύπος, ο οποίος υπερισχύει στην προτίμηση του αναγνωστικού κοινού, φαίνεται πως σε μεγάλη πλειονότητα μεταχειρίζεται την εικόνα του ψυχικά πάσχοντα αδίκως και με τρόπο «καταδικαστικό», ο οποίος δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα (Day & Page, 1986). Οι Angermeyer και Schulze σε έρευνά τους το 1997 (2001) διαπιστώνουν επίσης πως σε ποσοστό 51,1 % των άρθρων του δείγματός τους αναφέρεται σε εγκληματική πράξη. Παρά το γεγονός ότι δεν κάνουν ευθεία αναφορά σε ψυχικό νόσημα ή ασθενή, συντάσσονται με τέτοιο τρόπο

κάνοντας παρά ταύτα σαφή αναφορά στον «εγκλεισμό» του υπόπτου σε μονάδα ψυχικής υγείας ή ψυχιατροδικαστική μονάδα, με αποτέλεσμα το κοινό να αντιλαμβάνεται την επικίνδυνη συμπεριφορά ως απόρροια μίας επικείμενης ψυχικής νόσου. Συνδέοντας έτσι – πολλές φορές και από τον τίτλο – την πράξη με την ψυχική νόσο, προκαταβάλλουν την εγκληματική συμπεριφορά προτού παρουσιάσουν μία αναλυτική περιγραφή του γεγονότος και την «χρεώνουν» με αυτόν τον τρόπο σε ψυχιατρική νοσολογική κατάσταση επηρεάζοντας την κοινή γνώμη. Η ανταπόκριση εγκλημάτων, τα οποία συνδέονται με την ψυχική ασθένεια, μέσω της εφημερίδας διαθέτει τη δύναμη να επηρεάζει την κοινωνική αποδοχή του αναγνώστη για τον ψυχικά ασθενή (Thornton & Wahl, 1996).

Ο Taylor ήδη από το 1957 ερευνά το περιεχόμενο των δημοσιευμάτων ή προγραμμάτων που αφορούν την ψυχική υγεία όταν και διαπιστώνει πως η πολυάριθμη προβολή της ψυχικής ασθένειας σε δραματικά προγράμματα είναι συνδεδεμένη με την εικόνα του «εγκλήματος», της «αλλαγής προσωπικότητας» και της «μη φυσιολογικής» συμπεριφοράς. Τα τηλεοπτικά προγράμματα, τα οποία αποτελούν τη βασική πηγή πληροφόρησης του κοινού σχετικά με την ψυχική νόσο, αποτελούν ταυτόχρονα την κύρια πηγή διαιώνισης των στερεοτύπων της «έλλειψης κοινωνικής ταυτότητας», της «αποξένωσης», της «επικινδυνότητας» και της «απρόβλεπτης συμπεριφοράς» για τον ψυχικά ασθενή (Wahl & Roth, 1982). Μάλιστα, οι Wahl και Roth (1982) διαπιστώνουν πως περίπου το 1/3 των προβαλλόμενων προγραμμάτων στην Ουάσιγκτον συνδέονται με οποιονδήποτε τρόπο με την ψυχική νόσο. Ο «επικίνδυνος» χαρακτήρας του ψυχικά ασθενή είναι κοινός και χαρακτηριστικός στην προβολή των media (Allen & Nairn, 1997 ; Corrigan et al., 2005 ; Philo et al., 1994 ; Wahl et al., 2002 ; Rose, 1998). Η στερεοτυπική αντίληψη της τηλεόρασης για τον ψυχικά πάσχοντα δεν αφορά μόνο την επικινδυνότητα, αλλά και την αρνητική εικόνα της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Signorielli, 1989). Ο χαρακτήρας του ψυχικά ασθενή παρουσιάζεται πιο επικίνδυνος σε σχέση με διάφορους άλλους χαρακτήρες λοιπών προγραμμάτων και ταυτόχρονα πιο επικίνδυνος απ' ό,τι στην πραγματικότητα είναι (Diefenbach, 1997), ενώ μάλιστα άλλη έρευνα υποδεικνύει πως τα τηλεοπτικά προγράμματα υψηλής θεαματικότητας παρουσιάζουν την δεκάπλασια πιθανότητα ένας ψυχικά ασθενής να διαπράξει κάποιο έγκλημα (Diefenbach & West, 2007). Η δύναμη των ηλεκτρονικών μέσων επικοινωνίας έχει αντίκτυπο στο κοινό, ιδιαίτερος εκείνου που επιλέγει να λαμβάνει

και υιοθετεί τις διάχυτες πληροφορίες και απόψεις οι οποίες εκπέμπονται. Φαίνεται πως η συγκεκριμένη μερίδα του κοινού παρουσιάζεται πιο αυστηρή και λιγότερο ανεκτική στους ψυχικά ασθενείς σε αντίθεση με εκείνους που εργάζονται ή μέλος της οικογένειάς τους εργάζεται με τον πληθυσμό των πασχόντων (Granello et al., 1999).

Η επιρροή των media στον στιγματισμό της ψυχικής νόσου πραγματοποιείται επίσης μέσω του ψυχαγωγικού τους ρόλου. Η Ψυχιατρική ιδιαίτερα κατά το παρελθόν προβαλλόταν στη μεγάλη οθόνη αρκετά διαστρεβλωμένη τόσο για τις μεθόδους της όσο και για την επιστημονικότητά της (Schneider, 1987). Στο πλαίσιο αυτό τα Μ.Μ.Ε. προβάλλουν επιπλέον την πληροφορία με δραματικό τρόπο (χρήση μουσικής, υποκριτικής, κινηματογράφου) καταστρατηγώντας το συναίσθημα του κοινού. Η επικινδυνότητα της ψυχικής νόσου συμπεριλαμβάνεται σε αυτού του είδους την προβολή ακόμη και μέσω των ψυχαγωγικών media (Wahl & Lefkowitz, 1989). Η απεικόνιση επιπλέον μίας αναφερόμενης ψυχικής νόσου στα παιδικά προγράμματα (Lawson & Fouts, 2004) και η αναπαραγωγή σε μεγάλα ποσοστά της βίαιης εικόνας του ασθενούς (Wahl et al., 2003 ; Wilson et al., 2000 ; Wahl et al., 2007) ομολογεί την ύπαρξη στερεοτυπικών αντιλήψεων και ερεθισμάτων ήδη από την παιδική ηλικία.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της προβολής της ψυχικής νόσου μέσω των Μ.Μ.Ε. αποτελεί η μεταφορική χρήση του όρου της «ψυχικής διαταραχής» και συναφών σε αυτήν ορολογίες (Finzen & Hoffmann – Richter, 1999), δηλαδή η χρήση που πραγματοποιείται για τον εντυπωσιασμό του κοινού κατά τη μετάδοση και την περιγραφή συγκεκριμένων περιστατικών. Οι πιο κοινές μεταφορικές διατυπώσεις είναι εκείνες της «σχιζοφρένειας» και του «σχιζοφρενή». Στην Αμερική η μεταφορική αναφορά των συγκεκριμένων όρων στα δημοσιογραφικά άρθρα αγγίζει περίπου το 30 % των δημοσιευμάτων (Duckworth et al., 2003), στην Αγγλία το 11 % (Chopra & Doody, 2007), ενώ στον Ιταλικό τύπο ξεπερνά το 70 % (Magliano et al., 2010). Στις τούρκικες εφημερίδες το 44,1 % χρησιμοποιεί μεταφορικά τους όρους (Boke et al., 2007).

Ο ελληνικός τύπος σε έρευνα των Οικονόμου και συνεργάτες (2006) φαίνεται πως κατά την χρονιά 2001 χρησιμοποιεί μεταφορικά τον όρο της «σχιζοφρένειας» σε ποσοστό 73 % έναντι 27 % της κυριολεκτικής χρήσης. Παρά το γεγονός ότι τα συγκεκριμένα ποσοστά εξισορροπούνται το έτος 2005, 51 % και 47 % αντιστοίχως, η

μεταφορική χρήση του όρου συνεχίζει να υφίσταται. Στην ίδια έρευνα ο μύθος της σύνδεσης της σχιζοφρένειας με την επιθετικότητα και τη βία διατηρεί σημαντικά ποσοστά και τις δύο χρονιές με την παρουσία του, ενώ η ολιστική προσέγγιση της ασθένειας στα άρθρα αναφοράς αγγίζει μόνο το 19 %. Αξίζει επιπλέον να σημειωθεί πως στο σύνολο των κυριολεκτικών δημοσιευμάτων που ελέγχθηκαν παρατηρείται αύξηση των ουδέτερων δημοσιευμάτων ως προς την αναπαραγωγή στερεοτύπων μεταξύ του 2001 και του 2005 (Οικονόμου και συν., 2006). Σε διαφορετική έρευνα, το 34 % των δημοσιευμάτων του δείγματος ηλεκτρονικών εφημερίδων χρησιμοποιεί μεταφορικά τον όρο της σχιζοφρένειας, αν και το συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν μπορεί να γενικευτεί (Athanasopoulou & Valimaki, 2014). Οι αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας κατά το έτος 2011 φαίνεται να παρουσιάζουν βελτίωση σε σχέση με το έτος 2001, ενώ στιγματιστικοί όροι χρησιμοποιούνται στην πλειοψηφία τους μεταφορικά, με την λέξη «τρελός» και παραγόντων της να επαναλαμβάνονται συχνότερα (Οικονόμου και συν., 2015).

Οι αναπαραστάσεις της ψυχικής διαταραχής μέσω των Μ.Μ.Ε. καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος της θεματολογίας τους και του περιεχομένου τους και επιδρούν στην κοινωνική αντίληψη μέσω των διαφόρων ρόλων τους. Η ενημέρωση και η λήψη πληροφοριών και διευκρίνισων για την ψυχική νόσο κυρίως μέσω των media (Granello, 1999) ομολογούν την κοινωνική απαίτηση για εκπαίδευση των συντελεστών των Μ.Μ.Ε. και επαναπροσδιορισμό του τρόπου διαχείρισης πληροφοριών. Τα Μ.Μ.Ε. λόγω της θέσης τους στο κοινωνικό και πολιτικό γίνεσθαι διαθέτουν τη δύναμη να μορφώνουν και να διαμορφώνουν. Κι αυτή ακριβώς η δύναμη προτείνεται να αξιοποιηθεί ορθώς από την έμπειρη επιστημονική κοινότητα για τον αποστιγματισμό και την κοινωνική αποκατάσταση της εικόνας και της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών.

ΜΕΡΟΣ 2^ο: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κεφάλαιο 4^ο **Ο Μεθοδολογικός Σχεδιασμός της Έρευνας**

4.1 Οι Σκοποί και οι Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των δημοσιογράφων για την ψυχική διαταραχή. Ειδικότερα όμως, είναι η καταγραφή των στάσεων και αντιλήψεών τους για τους πάσχοντες από τη διαταραχή της διάθεσης της κατάθλιψης σε σχέση με εκείνες που αφορούν τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια, αλλά και η μεταξύ τους σύγκριση.

Η έρευνα αυτή αποσκοπεί στη διερεύνηση της συμμετοχής μέσω της προσωπικής στάσης των εκπροσώπων των Μ.Μ.Ε., δημοσιογράφων, στη διαδικασία του στιγματισμού της ψυχικής νόσου, δηλαδή στην περαιτέρω ανάλυση και κατανόηση της διαδικασίας του στιγματισμού και της καταγραφής και απεικόνισης της ψυχικής νόσου μέσω των Μ.Μ.Ε. στην ελληνική πραγματικότητα.

4.2 Τα Ερευνητικά Ερωτήματα

Σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας τέθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα για το πληθυσμό των δημοσιογράφων:

1. Πόσο στιγματιστικές αντιλήψεις και στάσεις παρουσιάζει το δείγμα απέναντι:
α) στην ψυχική νόσο, β) την κατάθλιψη και γ) την σχιζοφρένεια;
2. Ποιοι είναι οι προγνωστικοί επιβαρυντικοί ή προστατευτικοί παραγόντες στη διαμόρφωση στιγματιστικών αντιλήψεων του δείγματος απέναντι: α) στην ψυχική νόσο, β) στην κατάθλιψη και γ) στην σχιζοφρένεια;
3. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν το προσωπικό ενδιαφέρον του δείγματος για:
α) την κατάθλιψη και β) την σχιζοφρένεια;

4.3 Η Μεθοδολογία της Έρευνας και τα Ερευνητικά Εργαλεία

Η παρούσα έρευνα είναι μία συγχρονική μελέτη. Διερευνώνται οι στάσεις και οι αντιλήψεις των δημοσιογράφων για την ψυχική ασθένεια γενικότερα και ειδικότερα οι στάσεις και οι αντιλήψεις τους σχετικά με τους πάσχοντες από κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνες που αφορούν τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια. Παρακάτω παρατίθενται οι κλίμακες και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των αποτελεσμάτων:

Κλίμακα «Στάσεις για σοβαρές ψυχικές διαταραχές» ή «Attitudes in Severe Mental Illness (ASMI)»: Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Μαδιανό, Οικονόμου και συνεργάτες (2012), ενώ έχει χρησιμοποιηθεί έως τώρα σε έρευνα διερεύνησης των στάσεων επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Κύπρο σε σύγκριση με τις στάσεις του γενικού πληθυσμού (Panayiotopoulos et al., 2012) και σε έρευνα στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την περιοχή της Αθήνας (Economou et al., 2020), ενώ αποτελείται από 30 λήμματα που αφορούν τη σοβαρή ψυχική διαταραχή. Στην κλίμακα προσδιορίζονται τέσσερις (4) παράγοντες ως εξής:

1. **Στερεότυπα:** περιέχονται 11 λήμματα (1 – 11) με ελάχιστο σκορ 11 και μέγιστο 44.
2. **Αισιοδοξία:** περιέχονται 6 λήμματα (12 – 17) με ελάχιστο σκορ 6 και μέγιστο 24
3. **Αντιμετώπιση:** περιέχονται 7 λήμματα (18 – 24) με ελάχιστο σκορ 7 και μέγιστο 28.
4. **Κατανόηση:** περιέχονται 6 λήμματα (25 – 30) με ελάχιστο σκορ 6 και μέγιστο 24.

Το συνολικό σκορ των λημμάτων της κλίμακας ανέρχεται το ελάχιστο σε 30, το οποίο υποδεικνύει την *αρνητική στάση*, ενώ το μέγιστο σε 120, το οποίο υποδεικνύει την *θετική στάση*. Σχετικά με τη βαθμολόγηση των λημμάτων (κλίμακα Likert), η απάντηση «συμφωνώ» βαθμολογείται με 4, η «μάλλον συμφωνώ» με 3, η «μάλλον διαφωνώ» με 2, η «διαφωνώ» με 1 και η απάντηση «δεν ξέρω/δεν απαντώ» βαθμολογείται με 0.

Το **ερωτηματολόγιο «Αντιλήψεις και Στάσεις για την Κατάθλιψη»** αποτελείται από 14 σαφή και ανάλογα δομημένα λήμματα (ανοιχτού και κλειστού

τύπου) με σκοπό να καταγράψει την επιμόρφωση και την προσωπική στάση απέναντι στους καταθλιπτικούς ασθενείς, αλλά και το βαθμό ευκολίας ή μη της διαχείρισης δημοσιογραφικά περιστατικών που αφορούσαν αυτούς τους ασθενείς. Έγινε ανάλυση παραγόντων, για να διερευνηθεί η παραγοντική δομή της κλίμακας στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη, διότι δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης και δεν έχει χρησιμοποιηθεί προηγουμένως στον ελληνικό πληθυσμό.

Στο ερωτηματολόγιο προσδιορίζονται οι εξής κατηγοριοποιήσεις:

1. *Aj*: Περιέχονται 7 λήμματα (1 – 7) κλειστού τύπου. Οι προτεινόμενες διαζευκτικές απαντήσεις είναι «ναι» ή «όχι». Το λήμμα 7 διαθέτει δύο υπό - λήμματα (i και μία ερώτηση ανοιχτού τύπου). Το λήμμα i απαντάται μόνο στην περίπτωση που το λήμμα 7 απαντηθεί με «ναι» και η ανοιχτού τύπου ερώτηση απαντάται στην περίπτωση που το i απαντηθεί με «ναι».
2. *Bj*: Περιέχονται 6 λήμματα (8 – 13) κλειστού τύπου (κλίμακα Likert) με προτεινόμενες απαντήσεις «διαφωνώ», «μάλλον διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «μάλλον συμφωνώ» και «συμφωνώ».
3. *Γj*: Περιέχεται 1 λήμμα (14) κλειστού τύπου με προτεινόμενη απάντηση πολλαπλής επιλογής (a – d).

Το **ερωτηματολόγιο «Αντιλήψεις και Στάσεις για την Σχιζοφρένεια»** αποτελείται από 14 σαφή και ανάλογα δομημένα λήμματα (ανοιχτού και κλειστού τύπου) με σκοπό να καταγράψει την επιμόρφωση και την προσωπική στάση απέναντι στους σχιζοφρενείς ασθενείς, αλλά και το βαθμό ευκολίας ή μη της διαχείρισης δημοσιογραφικά περιστατικών που αφορούσαν αυτούς τους ασθενείς. Έγινε ανάλυση παραγόντων, για να διερευνηθεί η παραγοντική δομή της κλίμακας στάσεων απέναντι στην σχιζοφρένεια, διότι δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της μελέτης και δεν έχει χρησιμοποιηθεί προηγουμένως στον ελληνικό πληθυσμό.

Στο ερωτηματολόγιο προσδιορίζονται οι εξής κατηγοριοποιήσεις:

1. *Aj*: Περιέχονται 7 λήμματα (1 – 7) κλειστού τύπου. Οι προτεινόμενες διαζευκτικές απαντήσεις είναι «ναι» ή «όχι». Το λήμμα 7 διαθέτει δύο υπό - λήμματα (i και μία ερώτηση ανοιχτού τύπου). Το λήμμα i απαντάται μόνο στην περίπτωση που το

λήμμα 7 απαντηθεί με «ναι» και η ανοιχτού τύπου ερώτηση απαντάται στην περίπτωση που το *i* απαντηθεί με «ναι».

2. *Bj*: Περιέχονται 6 λήμματα (8 – 13) κλειστού τύπου (κλίμακα Likert) με προτεινόμενες απαντήσεις «διαφωνώ», «μάλλον διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «μάλλον συμφωνώ» και «συμφωνώ».
3. *Γj*: Περιέχεται 1 λήμμα (15) κλειστού τύπου με προτεινόμενη απάντηση πολλαπλής επιλογής (a – d).

Προστέθηκαν επιπλέον στο πλαίσιο των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων **δύο (2) ακόμη λήμματα** για τη διερεύνηση της αντίληψης των συμμετεχόντων απέναντι στη σχιζοφρένεια και τους σχιζοφρενείς σε σύγκριση με τη αντίληψη που διατηρούν για την κατάθλιψη και τους καταθλιπτικούς. Η προσθήκη του λήμματος 14 πραγματοποιήθηκε στη Β κατηγοριοποίηση του ερωτηματολογίου για την σχιζοφρένεια (κλειστού τύπου – κλίμακα Likert). Το λήμμα 16 προστέθηκε στην Γ κατηγοριοποίηση του ίδιου ερωτηματολογίου με τις προτεινόμενες διαζευκτικές απαντήσεις «Κατάθλιψη» ή «Σχιζοφρένεια».

Τέλος, κατασκευάστηκε το **ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών**, το οποίο αποτελείται από 9 λήμματα ανοιχτού και κλειστού τύπου. Τα 6 λήμματα είναι κλειστού τύπου και αφορούν χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των τέκνων, το μορφωτικό επίπεδο και η εργασιακή ιδιότητα. Τα υπόλοιπα 3 λήμματα είναι ανοιχτού τύπου και αφορούν τον τόπο διαμονής, γεννήσεως και ανατροφής.

Τα άνωθι ερευνητικά εργαλεία συνοδεύτηκαν από **επιστολή της ερευνήτριας** για τη διευκρίνηση του σκοπού της παρούσας μελέτης και των οδηγιών συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

4.4 Το Δείγμα της Έρευνας και η Δειγματοληψία

Το δείγμα της έρευνας ήταν τυχαίο και απευθυνόταν σε επαγγελματίες - δημοσιογράφους κάθε κατηγορίας, όπως παρουσιαστές ειδήσεων, ανταποκριτές ή ρεπόρτερ, αρθρογράφους, φωτογράφους και συντάκτες, ανεξαρτήτως εργασιακής απασχόλησης και θεματολογίας, παρά το γεγονός πως έγινε προσπάθεια από την

ερευνήτρια για έναν λογικό καταμερισμό του δείγματος. Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε 300 δημοσιογράφους και συγκεντρώθηκαν 167 ερωτηματολόγια, από τα οποία ελήφθησαν υπόψιν 163 για την έρευνα. Οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικοι, άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών, οι οποίοι εργάζονται ως δημοσιογράφοι σε όλη την ελληνική επικράτεια. Αποκλείστηκαν από την ερευνητική διαδικασία όσοι δε συναίνεσαν στην εθελοντική συμμετοχή τους και όσοι συμπλήρωσαν ελλιπώς το ερωτηματολόγιο.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν (σε έγγραφη και ηλεκτρονική μορφή) σε επαγγελματίες τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών σταθμών, εφημερίδων και περιοδικών του Τύπου και ηλεκτρονικών δημοσιογραφικών εφημερίδων ή ιστοτόπων.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας δεν χρειαστήκε να αιτηθεί κάποια ειδική ή συγκεκριμένη άδεια εισόδου ή έρευνας.

4.5 Τα Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, κάτι το οποίο διευκρινίστηκε εξ' αρχής από την ίδια την ερευνήτρια.

Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα με ελεύθερη βούληση να διακόψουν τη συμμετοχή τους στην διαδικασία, όπως προβλέπεται.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια ώστε να υπάρχει η δυνατότητα για διευκρινήσεις και η άμεση επικοινωνία.

4.6 Η Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων

Το Cronbach α υπολογίστηκε για όλες τις χρησιμοποιούμενες υποκλίμακες. Έγινε ανάλυση παραγόντων για να διερευνηθεί η παραγοντική δομή τόσο της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη όσο και της κλίμακας στάσεων απέναντι

στην σχιζοφρένεια, διότι δημιουργήθηκαν για τις ανάγκες της μελέτης και δεν έχουν χρησιμοποιηθεί προηγουμένως στον ελληνικό πληθυσμό.

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Η κανονικότητα της κατανομής των μεταβλητών ελέγχθηκε με την χρήση του κριτηρίου Kolmogorov - Smirnov σε συνδυασμό με γραφικές αναπαραστάσεις των μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε t - test για ανεξάρτητα δείγματα ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann - Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ παραπάνω από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) με διόρθωση Bonferonni για τις post hoc συγκρίσεις ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal Wallis με post-hoc συγκρίσεις κατά Dunn διορθωμένες κατά Bonferroni.

Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με κάθε χρησιμοποιούμενη υποκλίμακα έγιναν αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) από όπου προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Στο μοντέλο εισήχθησαν όσες μεταβλητές βρέθηκαν να σχετίζονται με τη κάθε υποκλίμακα σε μονοπαραγοντικό επίπεδο. Δεν εισήχθησαν στο μοντέλο οι άλλοι παράγοντες της ίδιας κλίμακας προς αποφυγή πολυσυγγραμικότητας, καθώς αποτελούν μέρη της ίδιας θεωρητικής κατασκευής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0.05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 24.0.

Κεφάλαιο 5^ο Τα Αποτελέσματα της Έρευνας

5.1 Τα Αποτελέσματα της Στατιστικής Ανάλυσης

Στο Πίνακα 1 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Η πλειοψηφία φαίνεται να ήταν άνδρες (54.5%), ηλικίας 36-45 ετών (38.9%) οι οποίοι-ες διέμεναν σε αστική περιοχή (71.9%). Ακόμη το 41.3% ήταν έγγαμοι-ες και είχαν τουλάχιστον 1 παιδί (41.2%). Τέλος, η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (51.5%) και απασχολούνταν ως συντάκτες-κτριες (41.2%).

Πίνακας 1

Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

	N	%
Φύλο		
Θήλυ	76	45.5
Άρρεν	91	54.5
Ηλικιακή ομάδα		
18-25	7	4.2
26-35	45	26.9
36-45	65	38.9
46-55	40	24.0
56-65	7	4.2
66 και άνω	3	1.8
Τόπος διαμονής		
Αστική περιοχή	120	71.9
Αγροτική περιοχή	47	28.1
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος-η	77	46.1
Έγγαμος-η	69	41.3
Διαζευγμένος-η/Χήρος-α	21	12.6
Αριθμός τέκνων		
0	100	59.9
1-3	65	38.9
4 και άνω	2	1.2
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	7	4.2
Διετής φοίτηση (ΙΕΚ/ΕΠΑΛ)	29	17.4
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ-ΑΕΙ)	86	51.5
Μεταπτυχιακές-Διδακτορικές σπουδές	45	26.9
Ιδιότητα		
Παρουσιαστής-τρια ειδήσεων	12	7.3
Ανταποκριτής-τρια/Ρεπόρτερ	35	21.2
Αρθρογράφος	23	13.9
Συντάκτης-κτρια	68	41.2
Άλλο	27	16.4

Τα διάμεσα σκορ τόσο στις υποκλίμακες όσο και στο συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI είναι υψηλά, υποδεικνύοντας μη στιγματιστικές απόψεις και στάσεις (Πίνακας 2). Η κλίμακα βρέθηκε να έχει καλή εσωτερική συνοχή και άρα αξιοπιστία (Cronbach α = .773). Επιπλέον, η εσωτερική συνοχή των επιμέρους παραγόντων ήταν επίσης ικανοποιητική και βρέθηκε να κυμαίνεται από .540 (Παράγοντας Εξωτερίκευσης) έως .705 (Παράγοντας Αισιοδοξίας).

Πίνακας 2

Αποτελέσματα εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας (Cronbach α) για την κλίμακα ASMI

	Cronbach α	N λημμάτων	Διάμεσος (IQR)	Ελάχιστη-Μέγιστη Τιμή
Στερεότυπα	.677	11	35.00 (8.00)	19-44
Αισιοδοξία	.705	6	20.00 (6.00)	7-24
Εξωτερίκευση	.540	7	27.00 (3.00)	13-28
Κατανόηση	.694	6	17.00 (6.00)	1-24
Σύνολο λημμάτων	.773	20	98.00 (14.00)	67-119

Δεδομένου ότι τόσο η κλίμακα στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη όσο και η κλίμακα στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια δημιουργήθηκαν για το σκοπό της μελέτης κρίθηκε απαραίτητο να εξεταστεί η δομή της κάθε κλίμακας. Το λήμμα 1 και στις δύο κλίμακες («Πιστεύετε πως η κατάθλιψη είναι μία σοβαρή νόσος;» και «Πιστεύετε πως η σχιζοφρένεια είναι μία σοβαρή νόσος;») βρέθηκε να εμφανίζει φαινόμενο οροφής (ceiling effect) και για το λόγο αυτό εξαιρέθηκαν από την ανάλυση. Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων ανά κλίμακα.

Το κριτήριο Kaiser – Mayer Olkin για τη κλίμακα της κατάθλιψης ήταν ίσο με .724 (>με όριο το .60) και το κριτήριο σφαιρικότητας του Barlett ήταν στατιστικά σημαντικό ($\leq .001$), δικαιολογώντας με αυτό το τρόπο τη διεξαγωγή της παραγοντικής ανάλυσης. Η ανάλυση παραγόντων περιορίστηκε στην εξαγωγή των 2 παραγόντων, που εξηγούσαν το 21.61% και 32.71% της διακύμανσης, αντίστοιχα. Συνεπώς οι 2 παράγοντες βρέθηκαν να εξηγούν το 54.32% της διακύμανσης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλα τα factor loadings ήταν υψηλά (κυμαίνονταν από .382 έως .710, με εξαίρεση το λήμμα «Ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να προκαλέσει κακό στον εαυτό του» (.202). Τα ευρήματα περιγράφονται αναλυτικά στο Πίνακα 3.

Πίνακας 3

Αποτελέσματα Ανάλυσης παραγόντων για την κλίμακα στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη

	Στάσεις και Αντιλήψεις απέναντι στη κατάθλιψη	Προσωπικό ενδιαφέρον για τη κατάθλιψη
Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα ή ημερίδες ή συνέδρια κ.ο.κ. σχετικά με την κατάθλιψη;		.641
Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με οποιονδήποτε τρόπο με ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη;		.612
Θα κάνατε παρέα με κάποιον εάν είχε διαγνωστεί με κατάθλιψη;	.441	
Θα συνάπτατε ερωτική σχέση με ένα καταθλιπτικό άτομο;	.382	
Θα αφήνατε το παιδί σας μόνο του με κάποιον καταθλιπτικό;	.571	
Χρειάστηκε ποτέ να καταγράψετε δημοσιογραφικά περιστατικό το οποίο διαπράχθηκε από άτομο που πάσχει από κατάθλιψη;		.710
Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να εργάζεται αποτελεσματικά όπως όλοι οι άλλοι	.602	
Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη είναι καλύτερο να μην αποκτήσει παιδιά	.680	
Ο ασθενής με κατάθλιψη συμπεριφέρεται πάντα περίεργα	.511	
Ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να προκαλέσει κακό στον εαυτό του	.202	
Ένα καταθλιπτικό άτομο είναι δυνητικά επικίνδυνο για τους άλλους σε σχέση με το μέσο άτομο	.663	
Οι ασθενείς με κατάθλιψη θα πρέπει αποκλειστικά να νοσηλεύονται	.565	
Σε τι ποσοστό θεωρείτε πως διαπράττουν εγκλήματα οι πάσχοντες από κατάθλιψη;	.496	

Το κριτήριο Kaiser – Mayer Olkin για τη κλίμακα της σχιζοφρένειας ήταν ίσο με .803 (>με όριο το .60) και το κριτήριο σφαιρικότητας του Barlett ήταν στατιστικά σημαντικό ($\leq .001$), δικαιολογώντας με αυτό το τρόπο τη διεξαγωγή της παραγοντικής ανάλυσης. Η ανάλυση παραγόντων περιορίστηκε στην εξαγωγή των 2 παραγόντων, που εξηγούσαν το 29.25% και 44.19% της διακύμανσης, αντίστοιχα. Συνεπώς οι 2 παράγοντες βρέθηκαν να εξηγούν το 73.44% της διακύμανσης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το όλα τα factor loadings ήταν υψηλά (κυμαίνονταν από .397 έως .742. Τα ευρήματα περιγράφονται αναλυτικά στο Πίνακα 4.

Πίνακας 4

Αποτελέσματα Ανάλυσης παραγόντων για την κλίμακα στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια

	Στάσεις και Αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	Προσωπικό ενδιαφέρον για τη σχιζοφρένεια
--	--	--

Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα ή ημερίδες ή συνέδρια κ.ο.κ. σχετικά με την σχιζοφρένεια;	.621
Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με οποιονδήποτε τρόπο με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια;	.742
Θα κάνατε παρέα με κάποιον εάν είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;	.585
Θα συνάπτατε ερωτική σχέση με έναν σχιζοφρενή;	.508
Θα αφήνατε το παιδί σας μόνο του με κάποιον σχιζοφρενή;	.397
Χρειάστηκε ποτέ να καταγράψετε δημοσιογραφικά περιστατικό το οποίο διαπράχθηκε από άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια;	.657
Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια μπορεί να εργάζεται αποτελεσματικά όπως όλοι οι άλλοι	.534
Το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι καλύτερο να μην αποκτήσει παιδιά	.689
Ο ασθενής με σχιζοφρένεια συμπεριφέρεται πάντα περίεργα	.699
Ο σχιζοφρενής μπορεί να προκαλέσει κακό στον εαυτό του	.632
Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι δυνητικά επικίνδυνο για τους βυς σε σχέση με το μέσο άτομο	.735
Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια θα πρέπει αποκλειστικά να νοσηλεύονται	.696
Σε τι ποσοστό θεωρείτε πως διαπράττουν εγκλήματα οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια;	.584

Τα διάμεσα/μέσα σκορ τόσο στις υποκλίμακες όσο και στο συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη είναι χαμηλά, υποδεικνύοντας λιγότερο στιγματιστικές απόψεις και στάσεις (Πίνακας 5) ως προς αυτή τη νόσο. Οι αντίστοιχες τιμές για το συνολικό σκορ και τις υπόκλιμακες της κλίμακας στάσεων απέναντι στην σχιζοφρένεια είναι υψηλότερες. Τα ευρήματα βρίσκονται σε αντιστοιχία με τις απαντήσεις στις δυο ερωτήσεις σύγκρισης του ερωτηματολογίου, όπου 94.6% των συμμετεχόντων απάντησε ότι θεωρεί τη σχιζοφρένεια πιο σοβαρή νόσο από τη κατάθλιψη και κατ' επέκταση 31.7%, 37.1%, και 21.6% του δείγματος συμφωνούσε απόλυτα, μάλλον συμφωνούσε, ούτε συμφωνούσε ούτε διαφωνούσε, αντιστοίχως, με τη δήλωση ότι οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο

επικίνδυνοι από εκείνους που πάσχουν από κατάθλιψη. Μόλις 4.2% και 5.4% του δείγματος απάντησε ότι μάλλον διαφωνεί ή ότι διαφωνεί απόλυτα με την εν λόγω δήλωση.

Η κλίμακα των στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη βρέθηκε να έχει μέτρια εσωτερική συνοχή και άρα αξιοπιστία (Cronbach α =.588). Η εσωτερική συνοχή των επιμέρους παραγόντων βρέθηκε να κυμαίνεται από .409 έως .615. Η κλίμακα των στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια βρέθηκε να έχει καλή εσωτερική συνοχή και άρα αξιοπιστία (Cronbach α =.714). Η εσωτερική συνοχή των επιμέρους βρέθηκε να κυμαίνεται από .584 έως .717.

Πίνακας 5

Αποτελέσματα εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας (Cronbach α) για τις κλίμακες αντιλήψεων απέναντι στη κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια

	Cronbach α	N λημμάτων	Διάμεσος (IQR)	Ελάχιστη-Μέγιστη Τιμή
Στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη	.588	13	32.00 (6.00)	18-39
Αντιλήψεις απέναντι στη κατάθλιψη	.615	10	30.00 (6.00)	16-38
Προσωπικό ενδιαφέρον για τη κατάθλιψη	.409	3	1.00 (1.00)	0-3
Στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	.714	13	22.49±5.92¹	9-41
Αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	.717	10	21.79±5.66 ¹	9-38
Προσωπικό ενδιαφέρον για τη σχιζοφρένεια	.584	3	.00 (1.00)	0-3

¹Δίνεται Μέσος όρος και τυπική απόκλιση

Κανένα ατομικό χαρακτηριστικό δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το σκορ της υποκλίμακας για τα στερεότυπα. Το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τα επίπεδα αισιοδοξίας ($\chi^2(3)=13.852$, $p=.003$) εξωτερίκευσης ($\chi^2(3)=11.071$, $p=.011$) και κατανόησης ($\chi^2(3)=8.762$, $p=.033$) καθώς και με το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI ($\chi^2(3)=10.417$, $p=.015$). Ειδικότερα, όσοι-ες είχαν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση (Διάμεσος=11.00, Διάμεσος=22.00) είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας και εξωτερίκευσης, αντίστοιχα, συγκριτικά με εκείνους-ες που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (Διάμεσος=21.00, Διάμεσος=27.00, αντίστοιχα) ($p=.023$, $p=.018$) ή ΙΕΚ/ΕΠΑΛ (Διάμεσος=22.00, Διάμεσος=27.00, αντίστοιχα) ($p=.004$, $p=.010$). Αναφορικά με το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI παρατηρήθηκε ότι όσοι-ες είχαν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση (Διάμεσος=78.00) είχαν χαμηλότερο

συνολικό σκορ στη κλίμακα συγκριτικά με εκείνους-ες που είχαν Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπουδές (Διάμεσος=97.00, $p=.049$) και εκείνους-ες που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (Διάμεσος=99.00, $p=.010$). Τα αποτελέσματα περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6

Μονοπαράγοντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και της κλίμακας ASMI

	Στερεότυπα	Αισιοδοξία	Εξωτερικευση	Κατανόηση	Συνολικό Score
Φύλο					
Θήλυ	35.00 (9.25)	20.00 (7.00)	27.00 (3.00)	18.00 (5.00)	99.00 (16.25)
Άρρεν	35.00 (8.00)	20 (5.25)	27.00 (3.25)	16.00 (7.00)	98.00 (13.50)
Ηλικιακή ομάδα					
18-25	34.00 (10.00)	22.00 (5.75)	27.50 (2.25)	17.00 (4.25)	98.50 (16.75)
26-35	36.50 (7.75)	21.00 (4.00)	27.00 (2.00)	17.00 (6.50)	99.50 (13.00)
36-45	35.00 (8.00)	20.00 (6.75)	27.00 (3.00)	17.50 (7.00)	99.00 (14.50)
46-55	34.50 (11.00)	20.00 (7.00)	26.00 (3.75)	17.00 (6.75)	95.50 (17.50)
56+	34.50 (15.00)	20.50 (8.25)	24.00 (3.75)	18.00 (6.50)	94.00 (31.50)
Τόπος διαμονής					
Αστική περιοχή	35.00 (8.00)	20.00 (5.25)	27.00 (3.00)	17.00 (6.00)	98.50 (14.25)
Αγροτική περιοχή	35.00 (9.25)	19.00 (7.00)	26.50 (4.00)	17.00 (5.75)	97.00 (16.00)
Οικογενειακή κατάσταση					
Άγαμος-η	36.00 (7.25)	20.50 (5.00)	27.00 (2.25)	17.00 (8.00)	99.00 (15.00)
Έγγαμος-η	35.00 (10.00)	20.00 (6.50)	27.00 (3.00)	17.00 (6.50)	96.00 (17.50)
Διαζευγμένος-η/ Χήρος-α	38.00 (11.00)	20.00 (6.50)	26.00 (3.50)	19.00 (4.50)	101.00 (17.00)
Αριθμός τέκνων					
0	36.00 (8.00)	20.00 (6.00)	27.00 (3.00)	17.00 (7.00)	99.00 (12.00)
1+	35.00 (10.00)	20.00 (7.00)	27.00 (4.00)	19.00 (6.00)	96.00 (18.00)
Εκπαιδευτικό επίπεδο					
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	31.00 (9.00)	11.00 (5.00)	22.00 (6.00)	13.00 (3.00)	78.00 (10.00)
Διετής φοίτηση (ΙΕΚ/ΕΠΑΛ)	34.00 (8.00)	22.00 (3.50)	27.00 (2.00)	16.00 (7.00)	97.00 (17.00)
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ-ΑΕΙ)	35.00 (9.00)	21.00 (4.50)	27.00 (3.00)	18.00 (5.50)	99.00 (11.50)

Μεταπτυχιακές- Διδακτορικές σπουδές	36.00 (8.00)	19.00 (6.00)	27.00 (4.00)	16.00 (6.00)	97.00 (18.00)
Ιδιότητα					
Παρουσιαστής ειδήσεων	36.00 (7.00)	20.00 (6.25)	27.00 (2.00)	18.50 (4.75)	97.00 (10.75)
Ανταποκριτής-τρια/ Ρεπόρτερ	35.00 (11.00)	20.00 (5.00)	27.00 (4.00)	19.00 (10.00)	98.00 (19.00)
Αρθρογράφος	37.50 (5.75)	20.00 (6.25)	27.50 (2.00)	17.50 (4.00)	100.50 (13.00)
Συντάκτης-κτρια	35.00 (9.00)	20.00 (5.00)	27.00 (3.00)	16.50 (6.50)	97.50 (15.75)
Άλλο	37.00 (7.00)	22.00 (5.00)	26.00 (4.00)	17.00 (7.00)	102.0 14.00)

Κανένα ατομικό χαρακτηριστικό των συμμετεχόντων δε βρέθηκε να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη ούτε με την υποκλίμακα αντιλήψεων απέναντι στην κατάθλιψη. Η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος διαμονής βρέθηκε να σχετίζεται με τη υποκλίμακα του προσωπικού ενδιαφέροντος απέναντι στη κατάθλιψη ($\chi^2(2)=7.290$, $p=.026$ και $U=2183$, $p=.015$). Πιο συγκεκριμένα όσοι-ες ήταν άγαμοι-ες (Διάμεσος=1.00) βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερο σκορ στην εν λόγω κλίμακα συγκριτικά με εκείνους-ες που ήταν χήροι-ες/διαζευγμένοι-ες (Διάμεσος=2.00). Αντίστοιχα, όσοι ζούσαν σε αγροτική περιοχή (Διάμεσος=2.00) είχαν υψηλότερο σκορ στην εν λόγω υποκλίμακα συγκριτικά με όσους ζούσαν σε αστική περιοχή (Διάμεσος=1.00). Τα ευρήματα περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 7).

Πίνακας 7

Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και της κλίμακας Στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη

	Αντιλήψεις κατάθλιψη	απέναντι στη	Προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη κατάθλιψη	Στάσεις απέναντι στη
Φύλο				
Θήλυ	31.00 (5.50)		2.00 (1.00)	33.00 (6.00)
Άρρεν	30.00 (6.00)		1.00 (1.00)	32.00 (5.00)
Ηλικιακή ομάδα				
18-25	28.00 (8.75)		1.50 (2.25)	29.50 (9.00)
26-35	31.00 (7.00)		1.00 (1.00)	33.00 (6.00)
36-45	30.00 (6.00)		2.00 (1.00)	32.00 (6.00)
46-55	31.00 (5.75)		2.00 (1.00)	33.00 (5.75)

56+	28.50 (4.50)	1.00 (1.25)	30.50 (4.00)
Τόπος διαμονής			
Αστική περιοχή	31.00 (5.25)	1.00 (1.00)	33.00 (6.00)
Αγροτική περιοχή	30.00 (5.50)	2.00 (1.00)	32.00 (6.00)
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος-η	30.00 (7.00)	1.00 (1.00)	32.50 (6.25)
Έγγαμος-η	30.00 (5.00)	2.00 (1.00)	32.00 (5.50)
Διαζευγμένος-η/Χήρος-α	31.00 (4.50)	2.00 (2.00)	33.00 (4.00)
Αριθμός τέκνων			
0	31.00 (6.00)	1.00 (1.00)	33.00 (6.00)
1+	30.00 (5.00)	2.00 (1.00)	32.00 (5.00)
Εκπαιδευτικό επίπεδο			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	25.00 (10.00)	2.00 (1.00)	27.00 (11.00)
Διετής φοίτηση (ΙΕΚ/ΕΠΑΛ)	30.00 (6.00)	1.00 (1.00)	32.00 (5.00)
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ-ΑΕΙ)	31.00 (5.00)	1.00 (1.00)	33.00 (6.00)
Μεταπτυχιακές-Διδακτορικές σπουδές	30.00 (5.00)	2.00 (2.00)	32.00 (6.00)
Ιδιότητα			
Παρουσιάστης-ρια ειδήσεων	32.50 (3.50)	2.00 (1.00)	35.00 (3.00)
Ανταποκριτής-τρια/Ρεπόρτερ	30.00 (7.00)	2.00 (1.00)	32.00 (6.00)
Αρθρογράφος	33.00 (7.00)	2.00 (1.00)	33.00 (6.25)
Συντάκτης-κτρια	33.00 (5.75)	1.00 (1.00)	32.00 (5.00)
Άλλο	30.00 (3.00)	1.00 (1.00)	31.0 4.00)

Η ηλικιακή ομάδα και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να σχετίζεται με την υποκλίμακα προσωπικού ενδιαφέροντος απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\chi^2(4)=10.767$, $p=.029$, $\chi^2(2)=16.280$, $p\leq.001$). Ειδικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις παρατηρήθηκε ότι όσοι-ες ήταν διαζευγμένοι-ες/χήροι-ες (Διάμεσος=2.00) είχαν υψηλότερο σκορ στην εν λόγω υποκλίμακα συγκριτικά με εκείνους-ες που ήταν έγγαμοι-ες (Διάμεσος=.00, $p\leq.001$) ή άγαμοι-ες (Διάμεσος=.00, $p=.002$) (Πίνακας 8). Κανένα ατομικό χαρακτηριστικό των συμμετεχόντων δε βρέθηκε να σχετίζεται με το συνολικό σκορ της κλίμακας ή με την υποκλίμακα των αντιλήψεων απέναντι στη σχιζοφρένεια.

Πίνακας 8

Μονοπαράγοντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και της κλίμακας Στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια

	Αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	Προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη σχιζοφρένεια	Στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια
Φύλο			
Θήλυ	21.81±8.25	.00 (1.00)	22.56±6.40
Άρρεν	21.78±5.28	.00 (1.00)	22.43±5.52
Ηλικιακή ομάδα			
18-25	19.00±1.35	.00 (.75)	19.50±3.73
26-35	23.41±6.05	.00 (1.00)	23.79±6.17
36-45	21.34±5.01	.00 (1.00)	22.11±5.49
46-55	21.25±6.21	1.00 (2.00)	22.12±6.46
56+	21.40±5.91	1.00 (2.00)	22.50±6.06
Τόπος διαμονής			
Αστική περιοχή	22.22±5.65	.00 (1.00)	22.93±5.86
Αγροτική περιοχή	20.70±5.60	.00 (1.00)	21.37±5.98
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος-η	22.41±5.71	.00 (1.00)	22.95±5.98
Έγγαμος-η	21.32±5.80	.00 (1.00)	21.98±6.06
Διαζευγμένος-η/Χήρος-α	21.14±5.03	2.00 (1.00)	22.57±5.28
Αριθμός τέκνων			
0	22.36±5.51	.00 (1.00)	23.03±5.75
1+	20.97±5.82	.00 (2.00)	21.72±6.11
Εκπαιδευτικό επίπεδο			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	19.57±5.77	1.00 (2.00)	20.43±5.44
Διετής φοίτηση (ΙΕΚ/ΕΠΑΛ)	20.96±5.59	1.00 (1.00)	21.69±5.82
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ-ΑΕΙ)	21.79±6.11	.00 (1.00)	22.42±6.43
Μεταπτυχιακές-Διδακτορικές σπουδές	22.72±4.68	.00 (2.00)	23.51±4.89
Ιδιότητα			
Παρουσιαστής-τρια ειδήσεων	23.00±8.13	.50 (1.00)	23.75±8.27
Αναποκριτής-τρια/Ρεπόρτερ	21.88±6.21	.00 (2.00)	22.66±6.47
Αρθρογράφος	22.23±6.23	.00 (1.00)	22.91±6.57
Συντάκτης-κτρια	21.37±4.87	.00 (1.00)	22.06±5.14
Άλλο	21.85±5.36	.00 (1.00)	22.48±5.59

Τα επίπεδα κατανόησης βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τα επίπεδα αισιοδοξίας ($\rho(167)=.519$, $p\leq.001$), εξωτερίκευσης ($\rho(167)=.236$, $p=.002$), κατανόησης ($\rho(167)=.153$, $p=.049$), του συνολικού σκορ της κλίμακας ASMI ($\rho(167)=.789$, $p\leq.001$), αντιλήψεων απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.443$, $p\leq.001$), στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.449$, $p\leq.001$), αντιλήψεων απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.376$, $p\leq.001$) και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.354$, $p\leq.001$).

Τα επίπεδα αισιοδοξίας, επιπλέον, βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τα επίπεδα εξωτερίκευσης ($\rho(167)=.299$, $p\leq.001$), του συνολικού σκορ της κλίμακας ASMI ($\rho(167)=.702$, $p\leq.001$), αντιλήψεων απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.359$, $p\leq.001$), στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.357$, $p\leq.001$), αντιλήψεων απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.315$, $p\leq.001$) και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.309$, $p\leq.001$).

Τα επίπεδα εξωτερίκευσης, επιπλέον, βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τα επίπεδα του συνολικού σκορ της κλίμακας ASMI ($\rho(167)=.435$, $p\leq.001$), αντιλήψεων απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.267$, $p\leq.001$) και στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.261$, $p\leq.001$).

Τα επίπεδα κατανόησης, επιπλέον, βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τα επίπεδα του συνολικού σκορ της κλίμακας ASMI ($\rho(167)=.553$, $p\leq.001$).

Ακόμη το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τις αντιλήψεις απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.422$, $p\leq.001$), τις στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.434$, $p\leq.001$), τις αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.255$, $p\leq.001$) και τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.243$, $p\leq.001$).

Οι αντιλήψεις απέναντι στη κατάθλιψη βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με στατιστικά σημαντικό με τις στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(167)=.978$, $p\leq.001$), τις αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.372$, $p\leq.001$) και τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.367$, $p\leq.001$).

Το προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη κατάθλιψη βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τις στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη ($\rho(164)=.187$ $p=.016$) και το προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(167)=.435$ $p\leq.001$).

Οι στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τις αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.372$, $p\leq.001$), το προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(167)=.212$ $p=.006$) και τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.380$ $p\leq.001$).

Ακόμη, οι αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με στατιστικά σημαντικό με τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(167)=.986$, $p\leq.001$), και το προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.217$, $p=.005$).

Τέλος το προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη σχιζοφρένεια βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τις στάσεις απέναντι στην σχιζοφρένεια ($\rho(164)=.359$, $p\leq.001$).

Τα αποτελέσματα περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9

Συσχετίσεις ανάμεσα στις τρεις χρησιμοποιούμενες κλίμακες

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10	11.
1. Στερεότυπα	1.000										
2. Αισιοδοξία	.519**	1.000									
3. Εξωτερίκευση	.236**	.299**	1.000								
4. Κατανόηση	.153 [†]	.109	.047	1.000							
5. ASMI Συνολικό Score	.789**	.702**	.435**	.553**	1.000						
6. Αντιλήψεις απέναντι στη κατάθλιψη	.443**	.359**	.267**	.091	.422**	1.000					
7. Προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη κατάθλιψη	.096	.063	-.050	.050	.103	.000	1.000				
8. Στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη	.449**	.357**	.261**	.107	.434**	.978**	.187 [†]	1.000			
9. Αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	.376**	.315**	.001	-.126	.255**	.372**	.045	.372**	1.000		
10. Προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη σχιζοφρένεια	-.019	.103	-.136	.040	.009	.140	.435**	.212**	.217**	1.000	
11. Στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	.354**	.309**	-.029	-.106	.243**	.367**	.117	.380**	.986**	.359**	1.000

Το R^2 του μοντέλου με τα συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .260 ($F(5, 158) = 11.13, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 26% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.01$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Όλες οι μεταβλητές βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI με εξαίρεση το συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια. Πιο συγκεκριμένα όσοι-ες είχαν ολοκληρώσει ΙΕΚ/ΕΠΑΛ ($b=12.12, p=.004$), τριτοβάθμια εκπαίδευση ($b=13.62, p \leq .001$) ή μεταπτυχιακές/διδακτορικές σπουδές ($b=11.75, p=.004$) είχαν κατά 12.12, 13.62, και 11.75 μονάδες υψηλότερο σκορ στη κλίμακα ASMI, αντιστοίχως συγκριτικά με τη κατηγορία αναφοράς. Ακόμη για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI βρέθηκε να αυξάνεται κατά .98 ($b=.98, p \leq .001$) μονάδες, αντίστοιχα.

Το R^2 του μοντέλου με τα επίπεδα των στερεοτύπων ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με 0.231 ($F(2, 161) = 24.24, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 23% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.05$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ των κλιμάκων για τις στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια τα επίπεδα της υποκλίμακας στερεοτύπων βρέθηκαν να αυξάνονται κατά .48 ($b=.48, p \leq .001$) και .21 ($b=.21, p=.004$) μονάδες, αντίστοιχα.

Το R^2 του μοντέλου με τα επίπεδα αισιοδοξίας ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .251 ($F(5, 163) = 10.59, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 25% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 1.95$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Όλες οι μεταβλητές βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τα επίπεδα αισιοδοξίας ελέγχοντας για όλες τις μεταβλητές στο μοντέλο. Ειδικότερα, όσοι-ες είχαν ολοκληρώσει ΙΕΚ/ΕΠΑΛ ($b=6.25, p \leq .001$), τριτοβάθμια εκπαίδευση ($b=5.22, p \leq .001$) ή μεταπτυχιακές/διδακτορικές σπουδές ($b=3.88, p=.009$) είχαν κατά 6.25, 5.22 και 3.88 μονάδες υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας αντιστοίχως συγκριτικά με τη κατηγορία αναφοράς. Για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ των κλιμάκων στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια τα επίπεδα αισιοδοξίας βρέθηκαν να αυξάνονται κατά .24 ($b=.24, p=.002$) και .13 ($b=.13, p=.011$) μονάδες, αντίστοιχα.

Το R^2 του μοντέλου με τα επίπεδα εξωτερίκευσης ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .147 ($F(4, 162) = 6.98, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 15% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.05$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Όλες οι μεταβλητές βρέθηκαν να σχετίζονται με ανεξάρτητο τρόπο με τα επίπεδα εξωτερίκευσης. Πιο συγκεκριμένα όσοι-ες είχαν ολοκληρώσει ΙΕΚ/ΕΠΑΛ ($b=3.83, p \leq .001$), τριτοβάθμια εκπαίδευση ($b=3.32, p \leq .001$) ή μεταπτυχιακές/διδακτορικές σπουδές ($b=2.92, p \leq .001$) είχαν κατά 3.83, 3.32, και 2.92 μονάδες υψηλότερα επίπεδα εξωτερίκευσης, αντιστοίχως συγκριτικά με τη κατηγορία αναφοράς. Ακόμη για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη τα

επίπεδα της εξαρτημένης μεταβλητής βρέθηκαν να αυξάνονται κατά .11 μονάδες ($b=.11$, $p=.012$).

Τα αποτελέσματα περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10

Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων με τις υποκλίμακες και το συνολικό score της κλίμακας ASMI

	ASMI Συνολικό Score (n= 163)			Στερεότυπα (n =163)			Αισιοδοξία (n=163)			Εξωτερίκευση (n= 166)		
	$\beta+$	SE_{++}	p	$\beta+$	$\beta+$	$\beta+$	$\beta+$	SE_{++}	p	$\beta+$	SE_{++}	p
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Διετής φοίτηση (ΙΕΚ/ΕΠΑΛ)	12.12	4.11	.004				6.25	1.50	≤.001	3.83	.92	≤.001
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ-ΑΕΙ)	13.62	3.88	≤.001				5.22	1.41	≤.001	3.32	.87	≤.001
Μεταπτυχιακές- Διδακτορικές σπουδές	11.75	4.02	.004				3.88	1.46	.009	2.98	.90	≤.001
Στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη	.98	.21	≤.001	.48	.10	≤.001	.24	.07	.002	.11	.04	.012
Στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	.18	.14	.212	.21	.07	.004	.13	.05	.011			
R^2	.260			.231			.251			.147		
F	11.13			24.24			10.59			6.98		
p -value	≤.001			≤.001			≤.001			≤.001		

Το R^2 του μοντέλου με το συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .282 ($F(2, 161) = 31.64, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 28% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.06$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI και της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια τα επίπεδα της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη βρέθηκαν να αυξάνονται κατά .13 ($b=.13, p \leq .001$) και .21 ($b=.21, p \leq .001$) μονάδες.

Το R^2 του μοντέλου με το συνολικό σκορ της υποκλίμακας αντιλήψεων απέναντι στη κατάθλιψη ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .268 ($F(2, 161) = 29.53, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 27% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.02$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI και της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια τα επίπεδα της υποκλίμακας αντιλήψεων απέναντι στη κατάθλιψη βρέθηκαν να αυξάνονται κατά .13 ($b=.13, p \leq .001$) και .20 ($b=.20, p \leq .001$) μονάδες, αντίστοιχα.

Το R^2 του μοντέλου με το συνολικό σκορ της υποκλίμακας προσωπικού ενδιαφέροντος απέναντι στη κατάθλιψη ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .113 ($F(5, 158) = 4.031, p = .002$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 11% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.07$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων

τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Παρατηρήθηκε ότι οι διαζευγμένοι-εσχ/χρήροι-ες και όσοι διέμεναν σε αγροτικές περιοχές είχαν κατά $.65$ ($b=.65$, $p \leq .001$) και $.42$ ($b=.42$, $p = .003$) μονάδες υψηλότερο σκορ, αντιστοίχως στην εν λόγω υποκλίμακα συγκριτικά με τη κατηγορία αναφοράς, ελέγχοντας για όλες τις άλλες μεταβλητές του μοντέλου.

Τα αποτελέσματα περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11

Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων με τις υποκλίμακες και το συνολικό score της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη

	Στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη (n= 163)			Αντιλήψεις απέναντι στη κατάθλιψη (n =163)			Προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη κατάθλιψη (n=163)		
	$\beta+$	SE++	ρ	$\beta+$	$\beta+$	$\beta+$	$\beta+$	SE++	ρ
ASMI Συνολικό Score	.13	.02	≤ 0.001	.13	.02	≤ 0.001	.01	.01	.284
Στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια	.21	.05	≤ 0.001	.20	.05	≤ 0.001	.02	.01	.113
Άγαμος-η	Ref.			Ref.					
Έγγαμος-η							.18	.13	.191
Διαζευγμένος-η/Χήρος-α							.65	.20	≤ 0.001
Αστική περιοχή	Ref.			Ref.					
Αγροτική περιοχή							.42	.14	.003
R^2	.282			.268			.113		
F	31.640			29.53			4.031		
p-value	≤ 0.001			≤ 0.001			.002		

Το R^2 του μοντέλου με το συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .164 ($F(2, 161) = 15.85, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 16% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.01$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη τα επίπεδα της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια βρέθηκαν να αυξάνονται κατά .52 ($b=.52, p \leq .001$) μονάδες.

Το R^2 του μοντέλου με το συνολικό σκορ της υποκλίμακας αντιλήψεων απέναντι στη σχιζοφρένεια ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .164 ($F(2, 161) = 15.81, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 16% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 1.99$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη τα επίπεδα της υποκλίμακας αντιλήψεων απέναντι στη σχιζοφρένεια βρέθηκαν να αυξάνονται κατά .48 ($b=.48, p \leq .001$) μονάδες.

Το R^2 του μοντέλου με το συνολικό σκορ της υποκλίμακας προσωπικού ενδιαφέροντος απέναντι στη σχιζοφρένεια ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι ίσο με .148 ($F(8, 158) = 3.42, p \leq .001$). Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας εξηγεί περίπου το 15% της διακύμανσης στα δεδομένα. Το Durbin-Watson $d = 2.10$, είναι μεταξύ των δύο κρίσιμων τιμών του $1.5 < d < 2.5$, επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν υπάρχει γραμμική αυτόματη συσχέτιση πρώτης τάξης στα πολλαπλά δεδομένα γραμμικής

παλινδρόμησης. Δεν υπάρχουν σημάδια πολυγραμμικότητας στα δεδομένα καθώς η ανοχή είναι $> 0,1$ (ή $VIF < 10$) για όλες τις μεταβλητές (Field, 2017).

Για κάθε μία μονάδα αύξηση στο συνολικό σκορ της κλίμακας στάσεων απέναντι στη κατάθλιψη τα επίπεδα της υποκλίμακας αντιλήψεων απέναντι στη σχιζοφρένεια βρέθηκαν να αυξάνονται κατά $.04$ ($b=.04$, $p = .036$) μονάδες. Ακόμη, όσοι-ες ήταν διαζευγμένοι/ες/χήροι-ες βρέθηκαν να έχουν κατά $.71$ ($b=.71$, $p = .003$) μονάδες υψηλότερο σκορ στην εν λόγω κλίμακα συγκριτικά με τη κατηγορία αναφοράς.

Πίνακας 12

Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων με τις υποκλίμακες και το συνολικό score της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια

	Στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια (n=163)			Αντιλήψεις απέναντι στη σχιζοφρένεια (n=163)			Προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στη σχιζοφρένεια (n=163)		
	$\beta+$	SE++	p	$\beta+$	$\beta+$	$\beta+$	$\beta+$	SE++	p
ASMI Συνολικό Score	.05	.04	.245	.06	.04	.168	-.004	.01	.556
Στάσεις απέναντι στη κατάθλιψη	.52	.12	≤.001	.48	.11	≤.001	.04	.02	.036
Άγαμος	Ref.			Ref.			Ref.		
Έγγαμος							.01	.16	.943
Διαζευγμένος/Χήρος							.71	.24	.003
18-25	Ref.			Ref.			Ref.		
26-35							-.45	.36	.211
36-45							-.09	.36	.807
46-55							.14	.38	.720
56+							.20	.44	.657
R^2	.164			.164			.148		
F	15.85			15.81			3.42		
p-value	≤.001			≤.001			≤.001		

Κεφάλαιο 6°

Η Συζήτηση και οι Περιορισμοί της Έρευνας

6.1 Η Συζήτηση

Συνοψίζοντας, τα κύρια ευρήματα της έρευνας αποτελούν τα εξής: 1) το δείγμα παρουσιάζει μη στιγματιστικές αντιλήψεις και στάσεις για την ψυχική νόσο λιγότερο στιγματιστικές αντιλήψεις για την κατάθλιψη, αλλά περισσότερο για την σχιζοφρένεια, 2) το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει θετικότερα τις στάσεις του δείγματος απέναντι στην ψυχική νόσο, η γενικότερη αντίληψη του δείγματος για την ψυχική νόσο επηρεάζει την στάση απέναντι στην κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια και αντιστοίχως η άποψη του δείγματος μεμονωμένα για την κατάθλιψη ή την σχιζοφρένεια επηρεάζει εξίσου τη γενικότερη στάση του απέναντι στην ψυχική νόσο, 3) η οικογενειακή κατάσταση και ο τρόπος διαμονής επηρεάζουν το προσωπικό ενδιαφέρον για την κατάθλιψη και η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν το προσωπικό ενδιαφέρον για την σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το δείγμα δε φαίνεται να παρουσιάζει στιγματιστικές αντιλήψεις και στάσεις για την ψυχική νόσο, όπως προκύπτει από την ανάλυση της κλίμακας ASMI. Οι Matas και συνεργάτες σε παλαιότερη έρευνά τους εξάγουν παρόμοια αποτελέσματα. Το δείγμα των reporters δεν απορρίπτει περισσότερο από τους ψυχιάτρους τους ψυχικά ασθενείς και το εκπαιδευτικό επίπεδο παίζει σημαντικό ρόλο (Matas et al., 1984). Σε μελέτες συγκρίσεως απόψεων των δημοσιογράφων και του γενικού πληθυσμού ή των επαγγελματιών υγείας φαίνεται πως στον πληθυσμό των δημοσιογράφων οι ψυχικές νόσοι αντιμετωπίζονται αρνητικά, ενώ ταυτόχρονα επικρατεί σύγχυση περί τον ορισμό και την εμφάνισή τους (Gutiérrez – Lobos & Holzinger, 2000 ; Abasiubong et al., 2007). Λιγότερο στιγματιστικές απόψεις και στάσεις παρουσιάζει το δείγμα για την κατάθλιψη σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο «Αντιλήψεις και Στάσεις για την Κατάθλιψη». Ενώ περισσότερο στιγματιστικές απόψεις και στάσεις παρουσιάζει για την σχιζοφρένεια, όπως εξάγεται από το ερωτηματολόγιο «Αντιλήψεις και Στάσεις για την Σχιζοφρένεια». Αν και δεν συναντώνται στη βιβλιογραφία περισσότερες αντίστοιχες έρευνες, οι οποίες να μελετούν αποκλειστικά τις στάσεις και τις αντιλήψεις των δημοσιογράφων για την ψυχική νόσο, φαίνεται πως οι αυξημένες στιγματιστικές

αντιλήψεις για την σχιζοφρένεια και ταυτόχρονα οι λιγότερο στιγματιστικές για την κατάθλιψη συμβαδίζουν και αντικατοπτρίζουν την άποψη του γενικού πληθυσμού (Angermeyger & Matschinger, 2003 ; Angermeyer et al., 2004 ; Ilic et al., 2013). Μάλιστα, στην παρούσα έρευνα η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (94,6 %) θεωρεί την σχιζοφρένεια σοβαρότερη νόσο από την κατάθλιψη και τους σχιζοφρενείς πιο επικίνδυνους ασθενείς από τους καταθλιπτικούς (90,4 %), αποτέλεσμα που συμφωνεί με την παγκόσμια βιβλιογραφία και την άποψη του γενικού πληθυσμού (Angermeyer & Matschinger, 2003 ; Crisp et al., 2000).

Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει θετικότερα τόσο τις στάσεις των συμμετοχόντων απέναντι στην ψυχική νόσο, σύμφωνα με το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI, όσο και με το σκορ των υποκλιμάκων της αισιοδοξίας, της εξωτερίκευσης και της κατανόησης (Yuan et al., 2017 ; Stuber, 2014). Ακόμη, το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τις αντιλήψεις απέναντι στην κατάθλιψη, τις στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη, τις αντιλήψεις απέναντι στην σχιζοφρένεια και τις στάσεις απέναντι στην σχιζοφρένεια. Οι στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη και οι στάσεις απέναντι στην σχιζοφρένεια σχετίζονται θετικά στατιστικά σημαντικά με το σκορ που προκύπτει στις υποκλίμακες των στερεοτύπων και της αισιοδοξίας. Η υποκλίμακα της εξωτερίκευσης βρέθηκε να επηρεάζεται από την στάση απέναντι στην κατάθλιψη.

Η ηλικιακή και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να επηρεάζουν το προσωπικό ενδιαφέρον των συμμετοχόντων για την σχιζοφρένεια σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο «Αντιλήψεις και Στάσεις για την Σχιζοφρένεια». Η οικογενειακή κατάσταση – ιδιαίτερα στις κατηγορίες «διαζευγμένοι/ες και χήροι/ες - και ο τόπος διαμονής βρέθηκε να σχετίζεται με το προσωπικό ενδιαφέρον απέναντι στην κατάθλιψη με χαρακτηριστικότερο δεδομένο το υψηλότερο σκορ που σημείωσαν όσοι διαμένουν σε αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με όσους διαμένουν σε αστικές περιοχές. Ανάλογα αποτελέσματα σε παλαιότερες έρευνες αναφέρονται στη μεγαλύτερη ανοχή και αισιοδοξία του πληθυσμού των επαρχιακών περιοχών για την ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά πάσχον (Edgerton, 1969 ; Kishore et al., 2011). Οι Μαδιανός, Οικονόμου και συνεργάτες στη δική τους έρευνα εξάγουν σχετικό αποτέλεσμα για τον τόπο διαμονής, όπου στην αστική περιοχή της Αθήνας το δείγμα παρουσιάζει λιγότερο στιγματιστικές αντιλήψεις (Madianos, Economidou et al., 2012).

Αυτό προφανώς να εξηγείται λόγω του βαθμού απομόνωσης και περιορισμού στον τρόπο ζωής των επαρχιακών περιοχών και της οικειότητας της «μικρής» κοινωνίας (Kelly et al., 2019). Φαίνεται επί των αποτελεσμάτων πως η γενικότερη άποψη του δείγματος για την ψυχική νόσο ή για κάθε μία από τις μελετούμενες ψυχικές νόσους επηρεάζει θετικά και την γενικότερη στάση τους. Συγκεκριμένα, οι στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI, δηλαδή με το πόσο στιγματιστικές αντιλήψεις παρουσιάζουν απέναντι στην ψυχική νόσο, και με τις στάσεις τους απέναντι στην σχιζοφρένεια. Οι στάσεις απέναντι στην σχιζοφρένεια σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της κλίμακας ASMI, δηλαδή με το πόσο στιγματιστικές αντιλήψεις παρουσιάζουν απέναντι στην ψυχική νόσο, και με τις στάσεις τους απέναντι στην κατάθλιψη.

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πρώτη σε εθνικό επίπεδο και από τις λίγες σε παγκόσμιο η οποία προσπαθεί να εστιάσει στην προσωπική αντίληψη των επαγγελματιών των Μ.Μ.Ε., ώστε να μελετηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με τη διαμόρφωση, τη διάδοση ή την καταπολέμηση του στίγματος για την ψυχική νόσο. Η μελέτη των στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών σε διεθνές επίπεδο έως και σήμερα είναι πολυπληθής κυρίως για τους επαγγελματίες υγείας (Hugo, 2001 ; Nordt et al., 2005 ; Stuber et al., 2014 ; Del Olmo – Romero et al., 2018 ; Björkman et al., 2008 ; Arvaniti et al., 2008 ; Koutrelakos et al., 1978 ; Koutrelakos & Zarnari, 1983 ; Caldwell & Jorm, 2008 ; Hansson et al., 2011). Από την άλλη, οι έρευνες που αφορούν τα Μ.Μ.Ε. και την επιρροή τους στο κοινωνικό σύνολο εστιάζουν κυρίως στην απεικόνιση της ψυχικής νόσου (Philo et al., 1994 ; Οικονόμου και συν., 2006 ; Οικονόμου και συν., 2015 ; Angermeyer et al., 2015 ; Srivastana et al., 2018 ; Owen, 2012). Μελλοντικές έρευνες για την ομάδα των δημοσιογράφων με την χρήση κλινικής βινιέτας, την αποτύπωση της κοινωνικής απόστασης ή την εκτεταμένη και γενικεύσιμη έρευνα σχετικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες.

6.2 Οι Περιορισμοί της Έρευνας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας δεν χρησιμοποιούνται κλινικές βινιέτες για την περιγραφή της κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας ή της ψυχικής νόσου με αποτέλεσμα

να δίνεται περιθώριο για διαφορετικές ερμηνείες των όρων αυτών από τους συμμετέχοντες (Sugiura et al., 2001 ; Madianos et al., 2012). Ωστόσο, σε αντίθετη περίπτωση θα αυξανόταν ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και θα μειωνόταν πιθανά ο δείκτης απόκρισης (Madianos et al., 2012). Επιπλέον, το δείγμα ευκολίας μειώνει την γενικευσιμότητα στο σύνολο των δημοσιογράφων και στον γενικό πληθυσμό (Jager et al., 2017).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Abasiubong, F., Ekott J. U., & Bassey E.A., (2007). A comparative study of attitude to mental illness between journalists and nurses in Uyo, Nigeria. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 36(4): 345 - 351.
- Allen, R., & Nairn, R., G., (1997). Media Depictions of Mental Illness: An Analysis of the Use of Dangerousness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3): 375 – 381.
- American Psychiatric Organization, (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM – 5*: 87, 106.
- Anderson, C. A., (2002). Psychology: The Effects of Media Violence on Society. *Science*, 295(5564): 2377 – 2379.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A., (2004). The Stigma of Mental Illness: Patients' Anticipations and Experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2): 153 – 162.
- Angermeyer, M. C., Dietrich, S., Pott, D., & Matschinger, H., (2005). Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 20(3): 246 – 250.
- Angermeyer, M. C., Grausgruber, A., Hackl, E., Moosbrugger, R., & Prandner, D., (2020). Evolution of public beliefs about schizophrenia and attitudes towards those afflicted in Austria over two decades. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H., (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry*, 186: 331 – 334.

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H., (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9): 526 – 534.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H., (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4): 304 – 309.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Holzinger, A., (1998). Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *International Journal Of Social Psychiatry*: 107 – 116.
- Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5): 469 – 486.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M., (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8): 658 – 665.
- Athanasopoulou, C., & Valimaki, M., (2014). 'Schizophrenia' as a Metaphor in Greek Newspaper Websites. *Studies in Health Technology and Informatics*, 202: 275 – 278.
- Bailey, R. K., Blackmon, H. L., & Stevens, F. L., (2009). Major Depressive Disorder in the African American Population: Meeting the Challenges of Stigma, Misdiagnosis, and Treatment Disparities. *Journal of the National Medical Association*, 101(11): 1084 – 1089.
- Bag, B., Yilmaz, S., & Kirpinar, I., (2006). Factors influencing social distance from people with schizophrenia. *International Journal of Clinical Practise*: 289 – 294.
- Ball – Rokeach, S. J., & DeFleur, M. L., (1976). A Dependency Model of Mass - Media Effects. *Communication Research*, Vol. 3, No. 1.

- Bandura, A., (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communication. *Media Psychology*, 3: 265 – 299.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M., (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2): 170 – 177.
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 31(5): 711 – 726.
- Boke, O., Aker, S., Aker, A. A., Sarisoy, G., & Sahin, A. R., (2007). Schizophrenia in Turkish newspapers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(6): 457 – 461.
- Boung, J., (2017). *From Revolution To Ethics, Second Edition: May 1968 an Contemporary French Thought*.
- Bushman, J. B., & Anderson, A. C., (2001). Media Violence and the American Public: Scientific Facts Versus Media Misinformation. *American Psychologist*, Vol. 56, No. 6/7: 477 - 489.
- Busby, L. J., (1975). Sex-role research on the mass media. *Journal of Communication*, 25(4): 107 – 131.
- Byrne, P., (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*.
- Caldwell, T. M., & Jorm, A. F., (2008). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1): 42 – 54.
- Charland, L. C., (2015). Philippe Pinel (1745-1826). In Robin L. Cautin & Scott O. Lilienfeld (eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology*.

- Chopra, A. K., & Doody, G. A., (2007). Schizophrenia, an illness and a metaphor: analysis of the use of the term "schizophrenia" in the UK national newspapers. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(9): 423 – 426.
- Christodoulou, G. N., (1970). Psychiatry in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 16(4): 314 – 316.
- Christodoulou, G. N., Ploumpidis, D. N., Christodoulou, N. G., & Anagnostopoulos, D. C., (2012). The state of psychiatry in Greece. *International Review of Psychiatry*.
- Cohen, J., & Struening, E. L., (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*: 349 – 360.
- Cohen, M. Z. B., (2016). *Psychiatric Hegemony: A Marxist Theory of Mental Illness*. Palgrave Macmillan, London.
- Conner, K. O., Coperland, V. C., Grote, N. C., Koeske, C., Rosen, D., Reynolds, C. F., & Brown, C., (2010). Mental Health Treatment Seeking Among Older Adults with Depression: The Impact of Stigma and Race. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Cooley, C. H., (1922). "The Social Self -- 1. The Meaning of 'I'", Chapter 5 in *Human Nature and the Social Order (Revised Edition)*. New York: Charles Scribner's Sons: 168-210.
- Cooper, D., Carmichael, S., Laing, R. D., & Marcuse, H., (2005). *The Dialectics of Liberation*. Verso.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlieb, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., Van der Feltz – Cornelis, C., & Heger, U., (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*.

- Corrigan, P.W., & Bink, A. B., (2016). *The Stigma of Mental Illness*. Elsevier.
- Corrigan, W. P., Morris, B. S., Michaels, J. P., Rafacz, D. J., & Rüsck, N., (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta - Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*: 969.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E., (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6): 537 – 548.
- Corrigan, W. P., & Deepa, R., (2012). On the Self - Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., & Hall, L. L., (2005). Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma. *Psychiatric Services*, 56(5): 551 – 556.
- Coverdale, J., Nairn, R., & Claasen, D., (2002). Depictions of Mental Illness in Print Media: A Prospective National Sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5): 697 – 700.
- Crisp, H., A., Gelder, G., M., Rix, S., Meltzer, I., H., & Rowlands, J., O., (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*.
- Cumming, E., & Cumming, J., (1957). *Closed ranks; an experiment in mental health education*. Oxford, England: Harvard University Press.
- Davison, W. P., (1983). The Third-Person Effect in Communication. *The Public Opinion Quarterly*, Vol. 47, No. 1: 1 - 15.
- Day, D. M., & Page, S., (1986). Portrayal of Mental Illness in Canadian Newspapers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(9): 813 – 817.
- Del Olmo - Romero, F., González - Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., & González - Fraile, E., (2018). Mental health professionals'

- attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTERNOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- Diefenbach, D. L., (1997). The portrayal of mental illness on prime-time television. *Journal of Community Psychology*, 25(3): 289 – 302.
- Diefenbach, D. L., & West, M. D., (2007). Television and attitudes toward mental health issues: Cultivation analysis and the third-person effect. *Journal of Community Psychology*, 35(2): 181 – 195.
- Donnelly, M., (2003). *Swinging Britain: Culture, Society and Politics*. Routledge.
- Douzenis, A., Michopoulos, I., Economou, M., Rizos, E., Christodoulou, C., & Lykouras, L., (2010). Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2): 172 – 177.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J., (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (p. 1–28). Guilford Press: 3.
- Duckworth, K., Halpern, J. H., Schutt, R. K., Gillespie, C., (2003). Use of Schizophrenia as a Metaphor in U.S. Newspapers. *Psychiatric Services*, Vol. 54, No. 10: 1402 – 1404.
- Ebneter, D. S., & Latner, J. D., (2009). Stigmatizing Attitudes Differ Across Mental Health Disorders A Comparison of Stigma Across Eating Disorders, Obesity, and Major Depressive Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201: 281 – 285.
- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E. M., & Papageorgiou, C., (2019). Mental Health Professionals' Attitudes to Severe Mental Illness and Its Correlates in Psychiatric Hospitals of Attica: The Role of Workers' Empathy. *Community Mental Health Journal*.

- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., & Stefanis, C. N., (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(1): 17 – 25.
- Economou, M., Peppou, E., Louki, E., Charitsi, M., & Stefanis, C. N., (2010). Social Distance Scale: Greek adaptation and psychometric properties. *Psychiatriki*, Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association: 217 - 223.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C., (2009). Knowledge About Schizophrenia and Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*: 367 - 368.
- Edgerton, W., & Bentz, K., (1969). Attitudes and Opinions of rural people about mental illness and program services. *American Journal of Public Health*, 59: 470 – 477.
- Eisinger, P. K., (1973). The Conditions Of Protest Behavior In American Cities. *The American Political Science Review*, Vol. 67, No. 1.
- Engel, G. L. (1978). The Biopsychosocial model and the education of health professionals? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310: 169 – 181.
- Engel, G. L., (1977). The Need For A New Medical Model: A Challenge For Biomedicine. *Science*, Volume 196, Number 4286: 130 – 133.
- Ertugrul, A., & Ulug, B., (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1): 73 – 77.
- Esterson, A., (1976). Το Διεθνές Συνέδριο Σημειωτικής και Ψυχανάλυσης, Μιλάνο 1 – 4 Δεκεμβρίου 1976. Μεταφρασμένο στα ελληνικά το βιβλίο «*Η τρέλα*» του Armando Verdiglione, (1978). Πάλλη Ιουλιέττα. Εκδόσεις Χατζηνικολή.
- European Research Centre on Migration and Ethnic Relations (ERCOMER). An overview of research and examples of good practice in the EU Member States, 1995-2000 on behalf of the European Monitoring Centre on Racism and

- Xenophobia, Vienna (EUMC). Edited by Jessika ter Wal, (2002). *Racism And Cultural Diversity In The Mass Media*.
- Evans – Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G., (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*: 1748 - 1749..
- Farrelly, S., Clement, S., Gabbidon, J., Jeffery, D., Dockery, L., & Thornicroft, G., (2014). Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 14(1).
- Field, A., (2017), *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*, 5th ed, Sage Publications Ltd: 724-727.
- Finzen, A., & Hoffmann-Richter, U., (1999). Mental Illness as a Metaphor. *The Image of Madness*: 13 – 19.
- Fulwileru, C., & Ruthazer, R., (1999). Premorbid risk factors for violence in adult mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 40(2): 96 – 100.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P. W., (2008). Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Volume 32, No. 2: 95 – 104.
- Furnham, A., & Rees, J., (1988). Lay Theories of Schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*: 212 – 220.
- Gateshill, G., Kucharska-Pietura, K., & Wattis, J. (2011). Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals. *The Psychiatrist*, 35(03): 101 – 105.
- Gecas, V., (1989). The Social Psychology of Self-Efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15(1): 291 – 316.
- Gentis, R., (1970). *Le murs de l' asile cahiers Libre 163*. Editions François Maspero.

- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., Signorielli, N., & Shanahan, J., (2002). Growing up with television: Cultivation processes. In J. Bryant, & D. Zillman (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (2nd edition): 43 - 67.
- Géraud, M., (2007). *Emil Kraepelin: un pionnier de la psychiatrie moderne (à l'occasion du cent cinquantième anniversaire de sa naissance)*. L'Encéphale.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N., (1994). Growing up with television: The cultivation perspective. In J. Bryant & D. Zillman (Eds.), *Media effects*. Lawrence Erlbaum Associates: 17 - 40.
- Gitlin, L. N., Chernett, N. L., Dennis, M. P., & Hauck, W. W., (2012). Identification of and Beliefs about Depressive Symptoms and Preferred Treatment Approaches Among Community-living Older African Americans. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Goffman, E., (1963). Stigma and social identity. *The Body: Critical Concepts in Sociology*, Τόμος 1. Routledge: 118.
- Goffman, E., (1997). Selections from Stigma. *The disability studies reader*.
- Gournellis, R., Tournikioti, K., Touloumi, G., Thomadakis, C., Michalopoulou, P. G., Michopoulos, I., Christodouloi, C., Papadopoulou, A., Douzenis, A. (2018). Psychotic (delusional) depression and completed suicide: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 17(1).
- Granello, D. H., Pauley, P. S., & Carmichael, A., (1999). Relationship of the Media to Attitudes Toward People With Mental Illness. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 38(2): 98 – 110.
- Griesinger, W., (1861). *Die pathologie and therapie der phychischen krankheiten: für aertze und studirende*.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F., (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*.

- Gunther, A. C., (1998). The Persuasive Press Inference. *Communication Research*, 25(5): 486 – 504.
- Gutiérrez-Lobos, K., & Holzinger, A., (2000). Mentally ill and dangerous? Attitudes of female journalists and medical students. *Psychiatrische Praxis*, 27(7): 336 - 339.
- Haarmann, H., (1984). The role of ethnocultural stereotypes and foreign languages in Japanese commercials. *International Journal of the Sociology of Language*, 50: 101 – 121.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1): 48 – 54..
- Harriet, P. L., (1989). Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness. *American Psychologist*.
- Hart, K. P., (2000). Representing Gay Men on American Television. *The Journal of Men's Studies*, 9(1): 59 – 79.
- Herman, E. S., & Chomsky, N., (1988). *Manufacturing Consent A Propaganda Model excerpted from the book Manufacturing Consent*. Pantheon Books: 1 - 20.
- Highet, N. J., Hickie, I. B., & Davenport, T. A., (1993). Monitoring awareness of and attitudes to depression in Australia. *Depression And The Community*.
- Holmes, E. P., & River, L. P., (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*: 231 – 239.
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Marackova, M., Grambal, A., & Slepecky, M., (2016). Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 12: 2677 – 2687.

- Huesmann, L. R., (2007). The Impact of Electronic Media Violence: Scientific Theory and Research. *Journal of Adolescent Health*, 41(6): 6 – 13.
- Hugo, M., (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5): 419 – 425.
- Humphreys, M. S., Johnstone, E. C., MacMillan, J. F., & Taylor, P. J., (1992). Dangerous Behaviour Preceding First Admissions for Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161(04): 501 – 505.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., & Corrigan, P. W., (2013). Belittled, Avoided, Ignored, Denied: Assessing Forms and Consequences of Stigma Experiences of People With Mental Illness. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1): 31 – 40.
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., & Miettunen, J., (2017). Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6): 453 – 460.
- Iyengar, S., & Kinder, D. R., (1987). *News that matters: Television and American opinion*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jadhav, S., Littlewood, R., Ryder, G. A., Chakraborty, A., Jain, S., & Barua, M., (2007). Stigmatization of severe mental illness in India: Against the simple industrialization hypothesis. *Indian Journal of Psychiatry*.
- Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H., (2017). II. More than just convenient: The scientific merits of homogeneous convenience samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 82(2): 13 – 30.
- Jorm, F., A., Korten, E., A., Jacomb, A., P., Christensen, H., & Henderson, S., (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 33: 77 – 83.

- Kahneman, D., & Tversky, A., (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39: 341 – 350.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Brondino, M. J., (2008). Depression Self-Stigma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9): 663 – 670.
- Kapur, S., Phillips, A. G., & Insel, T. R., (2012). Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it?. *Molecular Psychiatry*: 1175.
- Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S., & Mauratziotou, K., (2005). The reform of the Greek mental health services. *Journal of Mental Health*.
- Karidi, M. V., Stefanis, C. N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A. D., & Stefanis, N. C., (2010). Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1): 19 – 30.
- Katz, E., (1983). In E. Wartella & C. Whitney (Eds.). *Mass Communication Review Yearbook*. Sage, Vol. 4: 89 - 100.
- Kellstedt, P. S., (2003). *The Mass Media and the Dynamics of American Racial Attitudes*. Cambridge University Press.
- Kelly, D., Steiner, A., Mazzei, M., & Baker, R., (2019). Filling a void? The role of social enterprise in addressing social isolation and loneliness in rural communities. *Journal of Rural Studies*.
- Kendell, R., & Jablensky, A., (2003). Distinguishing Between The Validity and Utility of Psychiatric Disorders. *American Journal Of Psychiatry*, 160: 4 – 12.
- Kepplinger, M. H., (2007). Reciprocal Effects: Toward a Theory of Mass Media Effects on Decision Makers. *Harvard International Journal of Press/Politics*, 12(2): 3 – 23.
- King, M. C., (1973). The Politics of Sexual Stereotypes. *The Black Scholar*.

- Kishore, J., Jiloha, R., Gupta, A., & Bantman, P., (2011). Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4): 324.
- Koutrelakos, J., Gedeon, S. M., & Struening, E. L., (1978). Opinions about Mental Illness: A Comparison of American and Greek Professionals and Laymen. *Psychological Reports*, 43(3), 915 – 923.
- Koutrelakos, J., & Zarnari, O., (1983). Opinions about Mental Illness: A Comparison of American and Greek Social Work Students in 1969 and 1979. *Psychological Reports*, 53(1): 71 – 80.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Linzer, M., Hahn, S. R., De Gruy, F. V. III, & Brody, D., (1994). Physical Symptoms in Primary Care: Predictors of Psychiatric Disorders and Functional Impairment. *Archives of Family Medicine/Vol. 3*: 774 – 779.
- Larson, J. E., & Corrigan, P., (2008). The Stigma of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Bacle, S. V., Van Audenhove, C., Van Weeghel, J., Reneses, B., Germanavicius, A., Economou, M., Lanfredi, M., Ando, S., Sartorius, N., Lopez-Ibor, J. J., & Thornicroft, G., Published as member of Anti Stigma Partnership European Network, Neil Quinn, (2012). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross sectional survey. *Lancet*.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J., (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 1399.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W., (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429): 51 – 59.

- Lauber, C., & Rössler, W., (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2): 157 – 178.
- Lawson, A., & Fouts, G., (2004). Mental Illness in Disney Animated Films. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(5): 310 – 314.
- Lee, S., Chiu, Y. L. M., Tsang, A., Chui, H., & Kleinman, A., (2005). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science & Medicine* 62: 1685 – 1696.
- Lefevere, J., De Swert, K., & Walgrave, S., (2011). Effects of Popular Exemplars in Television News. *Communication Research*, 39(1): 103 – 119.
- Lester, P. M., & Ross, S. D., (2003). *Images that Injure: Pictorial Stereotypes in the Media*. Praeger Publishers.
- Levey, S., & Howells, K., (1995). Dangerousness, unpredictability and the fear of people with schizophrenia. *The Journal of Forensic Psychiatry*: 19 – 39.
- Link, G., B., Phelan, C., J., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, A., B., (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public health*, Vol. 87, No. 9.
- Link, G., B., Yang, H., L., Phelan, C., J., & Collins, Y., P., (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 3: 516, Table 2..
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D., (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*.
- Lysaker, P. H., Yanos, P. T., Outcalt, J., & Roe, D., (2011). Association of Stigma, Self-Esteem, and Symptoms with Concurrent and Prospective Assessment of Social Anxiety in Schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*.

- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G., (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *The European Journal Of Psychiatry*.
- Madianos, M. G., Madianou, D., Vlachonikolis, J., & Stefanis, C. N., (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(2): 158 – 165.
- Madianos, M. G., Priami, M., Alevisopoulos, G., Koukia, E., & Rogakou, E. (2005). Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(2): 169 -183.
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Maj, M., & National Mental Health Project Working Group, (2004). Perception of patients' unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia: A community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 39(5): 410–416.
- Major, B., & O' Brien, T. L., (2005). The Social Psychology Of Stigma. *Annual Review of Psychology*: 396.
- Malla, A., Joober, R., & Garcia, A., (2015). “Mental illness is like any other medical illness”: a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience*: 148.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A., (2000). Of Fear and Loathing: The Role of “Disturbing Behavior,” Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208.
- Matas, M., El - Guebaly, N., Peterkin, A., Green, M., & Harper, D., (1984). Mental Illness and the Media: An Assessment of Attitudes and Communication. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 30(1), 12 – 17.

- McCombs, M. E., & Shaw, D. L., (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *The Public Opinion Quarterly*, Vol. 36, No. 2: 176-187
- McCombs, M. E., & Shaw, D. L., (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2): 176 – 187.
- McCombs, M. E., & Valenzuela, S., (2007). The Agenda-Setting Theory. *Cuadernos de Información*, núm. 20: 44-50.
- Mead, G. H., (1934). *Mind, Self & Society*. The University Of Chicago Press.
- Miller, D. T., & Turnbull, W., (1986). Expectancies And Interpersonal Processes. *Annual Review of Psychology*.
- Mohit, A., (2001). Mental health and psyciatry in the Middle East: historical development. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 7, No. 3: 336 – 347.
- Mouzas, O. D., Angelopoulos, N. V., & Liakos, A., (2008). Public opinions about mental illness in a Greek area: The influence of socio-demographic factors. *Psychiatriki*.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D., (1996). Evidence-Based Health Policy---Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288): 740 - 743.
- National Institutes of Health, (2007). Information about Mental Illness and the Brain. Biological Sciences Curriculum Study. *NIH Curriculum Supplement Series. The Causes Of Mental Illnesses, The Biology Of Mental Illnesses*.
- Noel – Neumann, E., (1977). Turbulence in the climate of opinion: Methological Applications of the spiral of silence. *Public Opinion Quarterly*, 44: 143 - 158.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C., (2005). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4): 709 – 714.
- Ntounas, P., Katsouli, A., Efstathiou, V., Pappas, D., Chatzimanolis, P., Touloumis, C., Papageorgiou C., Douzenis, A., (2018). Comparative study of aggression –

- Dangerousness on patients with paranoid schizophrenia: Focus on demographic data, PANSS, drug use and aggressiveness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 60: 1 – 11.
- Owen, P. R., (2012). Portrayals of Schizophrenia by Entertainment Media: A Content Analysis of Contemporary Movies. *Psychiatric Services*, 63(7): 655 – 659.
- Pan, Z., & Kosicki, G. M. (1993). Framing analysis: An approach to news discourse. *Political Communication*, 10(1): 55 – 75.
- Panayiotopoulos, C., Pavlakis, A., & Apostolou, M., (2012). Improving Mental Health Services Through the Measurement of Attitudes and Knowledge of Mental Health Professionals and the General Population in Cyprus. *International Journal of Mental Health*, 41(4): 30 – 46.
- Papadopoulos, C., Leavey, G., & Vincent, C., (2002). Factors influencing stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 37(9): 430 – 434.
- Perloff, R. M., (2002). The Third - Person Effect. *Media Effects: Advances in Theory Research* (eds.) by Jennings Bryant & Dolf Zilmann. Lawrence Erlbaum Associates: 489 - 506.
- Pilgrim, D., (2002). The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: Past, present and future? *Journal of Mental Health*, 11(6): 585 – 594.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G., (1998). Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 24, No. 1.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A., (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2): 188.

- Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G., & Burnside, J., (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*, 53(3): 271 – 281.
- Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., & Kontis, K. (2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(1): 77 – 85.
- Pyne, M. J., Eugene, J. K., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M., & Sullivan, G., (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *The Journal Of Nervous and Mental Disease*.
- Raguram, R., Weiss, M. G., Channabasavanna, S. M., & Devins, G. M., (1996). Stigma, depression, and somatization in South India. *The American Journal of Psychiatry*.
- Read, J., Magliano, L., & Beavan, V., (2013). Public beliefs about the causes of 'schizophrenia': Bad things happen and can drive you crazy. In J. Read & J. Dillon (Eds.), *The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis book series. Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis: 143 – 156*.
- Relojo, D., (2017). Interview with Bruce Cohen, author of 'Psychiatric Hegemony: A Marxist Theory of Mental Illness. *Psychreg Journal of Psychology*.
- Rose, D., (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8(3): 213 – 228.
- Rössler, W., & Salize, H. J., (1995). Factors affecting public attitudes towards mental health care. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(1): 20 – 26.
- Rost, K., Smith, G. R., & Taylor, J. L., (1993). Rural-Urban Differences in Stigma and the Use of Care for Depressive Disorders. *The Journal Of Rural Health*.

- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W., (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 529.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*, 324(7352): 1470 – 1471.
- Schneider, I., (1987). The theory and practice of movie psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 144(8): 996 – 1002.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. C., & Angermeyer, M. C., (2012) Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125:440–452
- Signorielli, N., (1989). The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*: 327 - 329.
- Silver, E., (2006). Extending social disorganization theory: A multilevel approach to the study of violence among persons with mental illness. *Criminology*.
- Singer, D., (2002). *Prelude to Revolution: France in May 1968*. Second Edition. South End Press.
- Sparks, G. G., & Sparks, W. C., (2002). Effects of Media Violence. In *Media Effects: Advances in Theory Research* eds. Jennings Bryant & Dolf Zilmann. Lawrence Erlbaum Associates: 269 - 285.
- Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P. S., & Mujawar, S., (2018). Media and mental health. *Indian Psychiatric Journal*, 27(1): 1 – 5.
- Star, A. S., (1955). The Public's Ideas about mental illness. *A Paper Presented by Shirley A. Star, Senior Study Director National Opinion Research Center, University of Chicago to the Annual Meeting of the National Association for Mental Health Sheraton - Lincoln Hotel -- Indianapolis, Indiana.*

- Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S., (2010). What is a Mental/Psychiatric Disorder? From DSM IV to DSM V. *Psycho Med*: 1.
- Stuart, H., & Arboleda – Flórez, J., (2001). Community Attitudes Toward People With Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 46.
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G., (2014). Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. *Psychiatric Services*, 65(4): 490 – 497.
- Sugiura, T., Sakamoto, S., Tanaka, E., Tomoda, A., & Kitamura, T., (2001). Labeling Effect of Seishin-Bunretsu-Byou, the Japanese Translation for Schizophrenia: an Argument for Relabeling. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(2): 43 – 51.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Volavka, J., Monahan, J., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Wagner, H. R., Elbogen, E. B., & Lieberman, J. A., (2008). Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 193: 37 – 43.
- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B., & Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: The role of childhood antisocial behavior problems. *Law and Human Behavior*, 32(3): 228 – 240.
- Szasz, T., (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*: 113 – 118.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J., (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*: 225 – 240.
- Taylor, W. L., (1957). Gauging the Mental Health Content of the Mass Media. *Journalism Quarterly*, 34(2): 191 – 201.
- Thornton, J. A., & Wahl, O. F., (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, 24(1): 17 – 25.

- Tzeferakos, G., & Douzenis, A., (2014). Sacred psychiatry in ancient Greece. *Annals of General Psychiatry*, 13(1): 11.
- Tzouvara, V., & Papadopoulos, C. (2014). Public stigma towards mental illness in the Greek culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10): 931 – 938.
- Van Voren, R., (2010). Political Abuse of Psychiatry – An Historical Overview. *Schizophrenia Bulletin*, Volume 36, Issue 1: 33 – 35.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, W. P., (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research* 150: 71 – 80.
- Wahl, O., Hanrahan, E., Karl, K., Lasher, E., & Swaye, J., (2007). The depiction of mental illness in children's television programs. *Journal of Community Psychology*, 35(1): 121 – 133.
- Wahl, O. F., & Harman, C. R., (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*: 131 – 139.
- Wahl, O. F., & Roth, R., (1982). Television images of mental illness: Results of a metropolitan Washington media watch. *Journal of Broadcasting*, 26(2): 599 – 605.
- Wahl, O. E., Wood, A., & Richards, R., (2002). Newspaper Coverage of Mental Illness: Is It Changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(1): 9 – 31.
- Wahl, O. F., & Lefkowitz, J. Y., (1989). Impact of a television film on attitudes toward mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 17(4): 521 – 528.
- Wahl, O., Wood, A., Zaveri, P., Drapalski, A., & Mann, B., (2003). Mental illness depiction in children's films. *Journal of Community Psychology*, 31(6): 553 – 560.
- Watson, A., C., Corrigan, P., Larson, E., J., & Sells, M., (2007). Self – Stigma In People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*.

- Wilson, S. L. R., (1993). *Mass media/Mass culture: An introduction*. McGraw Hill, Inc.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A., (2000). How mental illness is portrayed in children's television: A prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 176: 440 – 443.
- Wing, J. K., (1974). Psychiatry in the Soviet Union. *British Medical Journal*.
- World Health Organization, (2004). Promoting Mental Health. *A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne*: 11.
- World Health Organization, (2006). Constitution of the World Health Organization. *Basic Documents, Forty – fifth edition, Supplement*: 1.
- Yanos, T. P., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H., (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*: 1437 – 1442.
- Yen, C., Chen, C., Lee, Y., Tang, T., Yen, J., & Ko, C., (2005). Self-Stigma and Its Correlates Among Outpatients With Depressive Disorders. *Psychiatric Services*.
- Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abidin, E., Chua, B. Y., Ong, S., ... & Subramaniam, M., (2017). Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. *Plos one*, 12(11).
- Zillmann, D., (1999). Exemplification theory: Judging the whole by some of its parts. *Media Psychology*, 1(1): 69 - 94.
- Zillmann, D., Gibson, R., Sundar, S., & Perkins, J., (1996). Effects of exemplification in news reports on the perception of social issues. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 73: 427 - 444.

Zissi, A., Rontos, C., Papageorgiou, D., Pierrakou, C., & Chtouris, S.. (2007). Greek Employers' Attitudes to Employing People with Disabilities: Effects of the Type of Disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 9(1): 14 – 25.

Ατζινά, Λ., (1996). Σημειώματα. *Δοκιμές*, τεύχος 4: 225.

Δεπάστας, Χ., (2018). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 17, Τεύχος 2: 121.

Δουζένης, Α., (2008). Επικινδυνότητα. Στο βιβλίο «*Ψυχιατροδικαστική*», Δουζένης, Α., & Λύκουρας, Λ., (2008). Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη: 55

Θεοχαράκης, Ν., (2001). Ψυχολογία του Βάθους και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο. Διδακτορική Διατριβή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Μαδιανός, Μ., (2002). Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα. *Ψυχιατρική* 13: 297 – 300.

Οικονόμου, Μ., (2007). Πώς τα Μ.Μ.Ε. μορφώνουν και διαμορφώνουν: Η περίπτωση των ΑμεΑ. *Πρακτικά του 2ου Διεθνούς Συνεδρίου «Άτομα με αναπηρία και Μ.Μ.Ε.»*. Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης – Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας: 90 - 100.

Οικονόμου, Μ., (2011). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και ο φαύλος κύκλος των επιπτώσεών του. *Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προβληματισμοί*. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Επιστήμης Κοινωνία. Ειδικές Μορφωτικές Εκδηλώσεις: 85.

Οικονόμου, Μ., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Αλεξίου, Τ., Πατελάκης, Α., Χριστακάκη, Α., & Παπαδημητρίου, Γ.Ν., (2015). Αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας στον Ελληνικό Τύπο: 2001 vs 2011. *Ψυχιατρική*, 26 (2): 93 – 105.

Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., & Δημητριάδου, Ε., (2006). ΜΜΕ και ψυχική ασθένεια: Απεικονίσεις της σχιζοφρένειας στον ελληνικό Τύπο. *Ψυχολογία*, 13 (3): 59 – 85.

Πανούσης, Α. Γ., (1988). Το Εγκληματικό στερεότυπο: Κοινωνικό Δηλητήριο δια του Τύπου διοχετευόμενο; *Προδημοσίευση εισήγησης που διαβάστηκε στο διήμερο με θέμα: «Έγκλημα και Τύπος»* (Κομοτηνή 9-10 Δεκεμβρίου 1988) στο οποίο έλαβαν μέρος μέλη ΔΕΠ των Τομέων Ποινικών και Εγκληματολογικών Επιστημών του Τμήματος Νομικής Θεσσαλονίκης και του Τμήματος Νομικής Θράκης: 73.

Πλουμπίδης, Δ., Αλεβίζος, Β., & Παπδημητρίου, Γ. Ν., (2013). Η ιστορία της Ψυχιατρικής. *Σύγχρονη Ψυχιατρική*.

Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν., & Χονδρός, Π. Χ., (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *Αρχαιολογία και Τέχνες* τχ. 105.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο «ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»

A) Απαντήστε με *ΝΑΙ* ή *ΟΧΙ* στις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Πιστεύετε πως η κατάθλιψη είναι μία σοβαρή νόσος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα ή ημερίδες ή συνέδρια κ.ο.κ. σχετικά με την κατάθλιψη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με οποιονδήποτε τρόπο με ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Θα κάνατε παρέα με κάποιον εάν είχε διαγνωστεί με κατάθλιψη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Θα συνάπτατε ερωτική σχέση με ένα καταθλιπτικό άτομο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Θα αφήνατε το παιδί σας μόνο του με κάποιον καταθλιπτικό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Κατά την πορεία της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας χρειάστηκε ποτέ να καταγράψετε δημοσιογραφικά περιστατικό το οποίο διαπράχθηκε από άτομο που πάσχει από κατάθλιψη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν απαντήσατε ΝΑΙ συνεχίστε την ερώτηση 7:

i. Σας έφερε σε δύσκολη θέση η διαχείριση και καταγραφή ενός τέτοιου περιστατικού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, γιατί; Αναπτύξτε.

Β] Παρακαλώ σημειώστε την άποψή σας σχετικά:

A.A		Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ
8.	Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να εργάζεται αποτελεσματικά όπως όλοι οι άλλοι.					
9.	Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη είναι καλύτερο να μην αποκτήσει παιδιά.					
10.	Ο ασθενής με κατάθλιψη συμπεριφέρεται πάντα περίεργα.					
11.	Ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να προκαλέσει κακό στον εαυτό του.					
12.	Ένα καταθλιπτικό άτομο είναι δυνητικά επικίνδυνο για τους άλλους σε σχέση με το μέσο άτομο.					
13.	Οι ασθενείς με κατάθλιψη θα πρέπει αποκλειστικά να νοσηλεύονται.					

Γ] Επιλέξτε την απάντησή σας σύμφωνα με την προσωπική σας άποψη:

14. Σε τι ποσοστό θεωρείτε πως διαπράττουν εγκλήματα οι πάσχοντες από κατάθλιψη;

- a) 0 % - 20 %
- b) 20 % - 50 %
- c) 50 % - 80 %
- d) 80 % - 100 %

Ερωτηματολόγιο «ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

A] Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ στις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Πιστεύετε πως η σχιζοφρένεια είναι μία σοβαρή νόσος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα ή ημερίδες ή συνέδρια κ.ο.κ. σχετικά με την σχιζοφρένεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με οποιονδήποτε τρόπο με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Θα κάνατε παρέα με κάποιον εάν είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Θα συνάπτατε ερωτική σχέση με έναν σχιζοφρενή;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Θα αφήνατε το παιδί σας μόνο του με κάποιον σχιζοφρενή;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7. Κατά την πορεία της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας χρειάστηκε ποτέ να καταγράψετε δημοσιογραφικά περιστατικό το οποίο διαπράχθηκε από άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν απαντήσατε ΝΑΙ συνεχίστε την ερώτηση 7:

- ii. Σας έφερε σε δύσκολη θέση η διαχείριση και καταγραφή ενός τέτοιου περιστατικού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, γιατί; Αναπτύξτε.

Β] Παρακαλώ σημειώστε την άποψή σας σχετικά:

A.A		Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ
8.	Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια μπορεί να εργάζεται αποτελεσματικά όπως όλοι οι άλλοι.					
9.	Το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι καλύτερο να μην αποκτήσει παιδιά.					
10.	Ο ασθενής με σχιζοφρένεια συμπεριφέρεται πάντα περίεργα.					
11.	Ο σχιζοφρενής μπορεί να προκαλέσει κακό στον εαυτό του.					
12.	Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι δυνητικά επικίνδυνο για τους άλλους σε σχέση με το μέσο άτομο.					
13.	Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια θα					

	πρέπει αποκλειστικά να νοσηλεύονται.					
14.	Οι σχιζοφρενείς είναι πιο επικίνδυνοι από τους καταθλιπτικούς ασθενείς.					

Γ] Επιλέξτε την απάντησή σας σύμφωνα με την προσωπική σας άποψη:

15. Σε τι ποσοστό θεωρείτε πως διαπράττουν εγκλήματα οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια;

- a) 0 % - 20 %
- b) 20 % - 50 %
- c) 50 % - 80 %
- d) 80 % - 100 %

16. Ποια ψυχική νόσος θεωρείτε πως είναι πιο σοβαρή;

- a) Κατάθλιψη
- b) Σχιζοφρένεια

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Για στατιστικούς λόγους:

Φύλο: Άρρεν
 Θήλυ

Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε; (Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

18 - 25	
26 - 35	
36 - 45	
46 - 55	
56 - 65	

66 και άνω	
------------	--

Τόπος γέννησης:.....

Τόπος διαμονής:.....

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διεζευγμένος/η

Χήρος/α

Αριθμός τέκνων: (Σημειώστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

0	
1 - 3	
4 και άνω	

Σημειώστε το μορφωτικό σας επίπεδο: (βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	
Διετής Φοίτηση (ΙΕΚ – ΕΠΑΛ)	
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ – ΑΕΙ)	
Μεταπτυχιακές Σπουδές	
Διδακτορικές Σπουδές	

Σημειώστε την ιδιότητά σας: (βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Παρουσιαστής ειδήσεων	
Ανταποκριτής ή Ρεπόρτερ	
Αρθρογράφος	
Φωτογράφος	
Συντάκτης	
Άλλο	