

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μελέτη της αποτελεσματικότητας
ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε εφήβους
για την αντιμετώπιση του
στίγματος της σχιζοφρένειας

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΣΕΡΓΙΑΝΝΗ

Αθήνα
2009

Ευχαριστίες

Νιώθοντας ιδιαίτερη ικανοποίηση για την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής, θεωρώ απαραίτητο να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που με βοήθησαν σε αυτή μου την προσπάθεια.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς μου επιτροπής για τις συμβουλές και τις υποδείξεις, οι οποίες συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Ιδιαίτερα, θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διατριβής μου κ.ο. Αναστάσιο Σταλίκια, ο οποίος με εμπιστεύτηκε και μου έδωσε την ευκαιρία να υλοποιήσω την επιθυμία μου για την εκπόνηση της διατριβής. Κατά τη διάρκεια της μακράς αυτής πορείας, ο κος Σταλίκιας στάθηκε πολύτιμος αρωγός στην προσπάθειά μου, προσφέροντας τις γνώσεις, την εμπειρία και την καθοδήγησή του. Εξίσου σημαντικό, όμως, ήταν και το ουσιαστικό ενδιαφέρον που έδειξε για τη δουλειά μου και για την προσπάθεια που κατέβαλα και θα ήθελα να του εκφράσω τη βαθιά εκτίμηση που τρέφω προς το πρόσωπό του.

Παράλληλα, ήταν τιμή και χαρά για μένα να έχω στην επταμελή εξεταστική επιτροπή μου αξιόλογους επιστήμονες, οι οποίοι αφιέρωσαν το χρόνο τους για την αξιολόγηση της διατριβής μου.

Καθώς η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, δε θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τα μέλη του προγράμματος για την αντιμετώπιση του στίγματος της σχιζοφρένειας και ιδιαίτερα την κ. Μαρίνα Οικονόμου, η οποία μου έδωσε τη δυνατότητα να εμπλακώ στις δράσεις του προγράμματος και να μοιραστώ τις γνώσεις και την εμπειρία της.

Οφείλω επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους φίλους και συνεργάτες της Ερευνητική ομάδας για τη Μελέτη των Θετικών Συναισθημάτων. Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αντιγόνη Μερτίκα και την Πασχαλιά Μυτσακίδου

για τις γόνιμες και επικοδομητικές συζητήσεις, αλλά και για την υποστήριξη που μου πρόσφεραν τις στιγμές που μοιράστηκα τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς και τις αγωνίες μου μαζί τους.

Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου, Ειρήνη και Θέμη, την αδερφή μου Δήμητρα και το σύντροφό μου Δημήτρη, στους οποίους και αφιερώνω τη διατριβή μου. Η υποστήριξη, η κατανόηση, η ενίσχυση και η πίστη στο πρόσωπό μου κατέστησαν δυνατή την ολοκλήρωση αυτής της μεγάλης προσπάθειας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σύνοψη.....	vii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	15
Το στίγμα των σοβαρών ψυχικών διαταραχών	15
Η έννοια του στίγματος.....	16
Ο ορισμός του Goffman.....	16
Μεταγενέστεροι ορισμοί.....	20
Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή.....	28
Στερεότυπα	30
Ορισμός & χαρακτηριστικά.....	30
Τα στερεότυπα των ψυχικών διαταραχών.....	31
Το στερεότυπο της επιινδυνότητας.....	31
Τα στερεότυπα των ΣΨΔ & τα ΜΜΕ.....	34
Το στερεότυπο της επιινδυνότητας & τα ΜΜΕ.....	35
Προκατάληψη.....	39
Συναίσθημα.....	39
Κίνητρα & Γνωστικές Διεργασίες.....	41
Διάκριση.....	43
Τα χαρακτηριστικά του στίγματος.....	44
Διεισδυτικότητα.....	44
Αμφιθυμία.....	46
Άγχος.....	48
Αυτό-υποτίμηση & Ντροπή.....	48
Η αιτιολογία του στιγματισμού.....	50
Δομικά αίτια.....	50
Ψυχολογικά αίτια.....	51
Εξελικτικά αίτια.....	52
Οικονομικά αίτια.....	53
Οι συνέπειες του στιγματισμού.....	53
Κοινωνικές συνέπειες.....	53
Ψυχολογικές συνέπειες.....	54
Περίληψη - Συμπεράσματα.....	55
Η μέτρηση του στίγματος των ΣΨΔ.....	58
Ερευνητική μεθοδολογία.....	58
Ερευνητικά αποτελέσματα.....	59
Αντιλήψεις αναφορικά με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές.....	60
Αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών.....	60
Γενικές αντιλήψεις αναφορικά με τη σχιζοφρένεια.....	60
Αντιλήψεις αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας.....	60
Αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ.....	63
Αντιλήψεις & δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	64
Διαφοροποίηση των αντιλήψεων στο χρόνο.....	65

Διαπολιτισμικές μελέτες.....	66
Οι αντιλήψεις των παιδιών & των εφήβων.....	66
Κοινωνική απόσταση	68
Κοινωνική απόσταση & εξοικείωση.....	70
Περίληψη & Περιορισμοί	71
Στρατηγικές καταπολέμησης του ψυχιατρικού στίγματος	73
Διαμαρτυρία	73
Επαφή	74
Εκπαίδευση	77
Εκπαίδευση στο γενικό πληθυσμό.....	79
Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.....	79
Εκπαίδευση σε παιδιά & εφήβους.....	81
Περίληψη & Περιορισμοί	85
Η παρούσα έρευνα	89
ΜΕΘΟΔΟΣ	93
Δείγμα	93
Εργαλεία	93
Διαδικασία συλλογής δεδομένων	94
Η παρέμβαση	95
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	101
Προκαταρκτικές αναλύσεις	101
Καταγραφή στίγματος	103
Μελέτη της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης	109
Διατήρηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στο χρόνο	116
Σύνοψη αποτελεσμάτων	123
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	124
Οι έφηβοι & το στίγμα της σχιζοφρένειας	124
Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης	126
Ο ρόλος του φύλου	127
Ο ρόλος της εξοικείωσης	129
Συμπεράσματα	130
Περιορισμοί & προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	131
Συνεισφορά στη γνώση	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I Ερωτηματολόγιο	169
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II Σχιζοφρένεια	173
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III Προγράμματα αντιμετώπισης του ψυχιατρικού στίγματος	176

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1

Διαφορές μεταξύ κοινών & σοβαρών ψυχικών διαταραχών.....5

Πίνακας 2

Έρευνες γύρω από τις αντιλήψεις για τα αίτια εκδήλωσης της σχιζοφρένειας62

Πίνακας 3

Εσωτερική συνάφεια των δύο υποκλιμάκων..... 102

Πίνακας 4

Χαρακτηριστικά δείγματος..... 103

Πίνακας 5

Οι αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ πριν από την παρέμβαση (τα αντίστοιχα ποσοστά εμφανίζονται στις παρενθέσεις) 105

Πίνακας 6

Η επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ πριν από την παρέμβαση (τα αντίστοιχα ποσοστά εμφανίζονται στις παρενθέσεις) 106

Πίνακας 7

Αλλαγή στις αντιλήψεις των εφήβων για ΑμΣ μετά την παρέμβαση 110

Πίνακας 8

Αλλαγή στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ μετά την παρέμβαση..... 111

Πίνακας 9

Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση του ρόλου των αρχικών αντιλήψεων, του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και την εξοικείωση των εφήβων με ΑμΣ στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αναφορικά με τις αντιλήψεις για τα ΑμΣ..... 112

Πίνακας 10

Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση του ρόλου της αρχικής επιθυμητής κοινωνικής απόστασης, των αρχικών αντιλήψεων, του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και την εξοικείωση των εφήβων με ΑμΣ στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ..... 114

Πίνακας 11

Αλλαγή στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ στη φάση της μεταπαρακολούθησης..... 119

Πίνακας 12

Αλλαγή στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ στη φάση της μεταπαρακολούθησης..... 121

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1

Αριθμός κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές στη Δ. Ευρώπη.....8

Γράφημα 2

Αριθμός κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές στις νεώτερες χώρες της ΕΕ.....8

Γράφημα 3

Σχηματική αναπαράσταση της τροποποιημένης θεωρίας ετικετοποίησης..... 22

Γράφημα 4

Η τρεις διαστάσεις μελέτης του στίγματος..... 28

Γράφημα 5

Estimated means with 95% confidence interval error bars για τις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ σε καθεμιά από τις τρεις φάσεις της μελέτης..... 118

Γράφημα 6

Estimated means with 95% confidence interval error bars για την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ σε καθεμιά από τις τρεις φάσεις της μελέτης..... 118

Γράφημα 7

Estimated means with 95% confidence interval error bars για την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ σε καθεμιά από τις τρεις φάσεις της μελέτης με κριτήριο το φύλο..... 122

Σύνοψη

Μεταξύ των σοβαρών ψυχικών διαταραχών (ΣΨΔ), η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται ως η πιο στιγματιστική διαταραχή και τα στερεότυπα που τη συνοδεύουν είναι ιδιαίτερα απαξιωτικά και δύσκολο να αμφισβητηθούν (Angermeyer & Matschinger, 1995α, 1995β, 1997· Angermeyer & Schulze, 2001· Link *et al.*, 1989, 1999· Philo, 1996· Wahl, 1995). Ως εκ τούτου, η ανάγκη διαμόρφωσης και εφαρμογής στρατηγιών περιορισμού του στίγματος που συνοδεύει τη συγκεκριμένη διάγνωση περιγράφεται ως επιτακτική.

Η έρευνα αναφορικά με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας εμφανίζεται να διαπερνάται από την αντίληψη ότι το στίγμα είναι βαθιά ριζωμένο και δύσκολο να αντιμετωπιστεί και ότι χρειάζεται συγκρατημένη αισιοδοξία σχετικά με τις δυνατότητες περιορισμού του (Porter, 1998). Μέσα από τη μελέτη της έννοιας του στίγματος, των εναλλακτικών ορισμών του φαινομένου, των χαρακτηριστικών του, της αιτιολογίας του και των συνεπειών που έχει για τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ΑμΣΨΔ) γίνεται σαφές ότι πρόκειται για ένα σύνθετο και πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο.

Όπως προκύπτει από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το στίγμα δεν έχει ένα σαφή και λειτουργικό ορισμό (Jacoby, Snape, & Baker, 2006· Jamison, 2006· Keusch, Wilentz, & Kleinman, 2006· Link & Phelan, 2006), αλλά περιγράφεται ως μία κοινωνική κατασκευή μέσα από τις έννοιες των στερεοτύπων, της προκατάληψης και της διάκρισης (Corrigan, 2005· Sartorius & Schulze, 2005· Thornicroft, 2006).

Οι περιορισμοί των ερευνών σχετικά με το στίγμα των ΣΨΔ περιγράφονται σε τρία κυρίως επίπεδα. Το πρώτο αφορά στο γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών που αφορούν στο στίγμα και τις ψυχικές διαταραχές είναι περιγραφικές και αφορούν κυρίως στις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού (ή ειδικότερων ομάδων) γύρω από την ψυχική νόσο, ενώ παράλληλα ο αριθμός των ερευνών που αφορούν παρεμβάσεις για την

αντιμετώπιση του στίγματος είναι ιδιαίτερα περιορισμός (Gaebel & Baumann, 2003· Pinfold *et al.*, 2005). Το δεύτερο αναφέρεται στο γεγονός ότι σε λίγες μόνο έρευνες συμμετέχουν τα ίδια τα ΑμΣΨΔ και γίνεται αναφορά στις προσωπικές τους εμπειρίες από τη βίωση του στιγματισμού (Crossley & Crossley, 2001· Porter, 1998· Rose, 2001), ενώ τέλος ο αριθμός των ερευνών που μελετούν το στίγμα σε ομάδες παιδιών και εφήβων είναι ιδιαίτερα περιορισμένος.

Ο γενικός πληθυσμός φαίνεται να διατηρεί στιγματιστικές αντιλήψεις αναφορικά με τις ΣΨΔ γενικά και τη σχιζοφρένεια ειδικότερα (Brockington *et al.*, 1993· Corrigan *et al.*, 2000· Link, 1987· Link *et al.*, 1999· Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000· Phelan *et al.*, 2000· Wahl, 1995). Οι πιο κοινές αντιλήψεις για τη σχιζοφρένεια αναφέρονται στο «διχασμένο νου» ή τη «διχασμένη προσωπικότητα», στην επικινδυνότητα, τη χαμηλή νοημοσύνη, την ανικανότητα, την απρόβλεπτη συμπεριφορά και την υπευθυνότητα των ΑμΣΨΔ για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Οι αντιλήψεις αυτές εμφανίζονται να διαφοροποιούνται με βάση συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αναλυτικότερα, η μεγαλύτερη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η έλλειψη προηγούμενης επαφής/εξοικείωσης με ΑμΣΨΔ έχουν συσχετιστεί στην πλειονότητα των ερευνών με την υιοθέτηση αρνητικότερων αντιλήψεων αναφορικά με τα ΑμΣΨΔ (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Όσον αφορά στους εφήβους, τα στοιχεία που προκύπτουν για τις αντιλήψεις τους για τα ΑμΣΨΔ από τις σχετικές μελέτες είναι ενθαρρυντικά. Πιο συγκεκριμένα, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι/ες δεν διατηρούν έντονα στιγματιστικές αντιλήψεις, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις εμφανίζονται να μην έχουν ξεκάθαρα διαμορφωμένες αντιλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την αντίληψη ότι η παρέμβαση για την αντιμετώπιση του ψυχιατρικού στίγματος στην εφηβική ηλικία θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Ο αριθμός των ερευνών στις οποίες έχει μελετηθεί η διαφοροποίηση του στίγματος των ΣΨΔ στο χρόνο είναι ιδιαίτερα περιορισμένος και τα αποτελέσματά τους είναι ανάμεικτα. Συγκεκριμένα, ενώ σε κάποιες έρευνες οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα ΑμΣΨΔ καταγράφονται πιο στιγματιστικές συγκριτικά με το παρελθόν, σε άλλες έρευνες δεν έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφοροποιήσεις. Μία τέτοια έρευνα έχει πραγματοποιηθεί και στην Ελλάδα και τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι οι αντιλήψεις του πληθυσμού αναφορικά με την κοινωνική διάκριση, τον περιορισμό και την κοινωνική ενσωμάτωση των ΑμΣΨΔ είναι θετικότερες συγκριτικά με το παρελθόν.

Το διαρκώς αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για το στίγμα των ΣΨΔ διασφαλίζει ότι η πρόοδος στην αντιμετώπισή του στηρίζεται σε μεγάλο αριθμό ερευνητικών αποτελεσμάτων. Ο Link (2001) προσδιορίζει δύο βασικές αρχές για την άμεσα αποτελεσματική και συνεχή αλλαγή για τη μείωση του ψυχιατρικών στίγματος και της διάκρισης: οι προσεγγίσεις πρέπει να είναι *πολύπλευρες και πολυεπίπεδες*. Χρειάζεται να στοχεύουν στις βαθειά ριζωμένες πεποιθήσεις που αποτελούν τις θεμελιώδεις αιτίες του στίγματος. Η έρευνα επίσης δείχνει ότι τα προγράμματα αντιμετώπισης τους στίγματος χρειάζεται να υιοθετούν στρατηγικές που περιλαμβάνουν την προσωπική επαφή και την εκπαίδευση (Alexander & Link, 2003· Corrigan *et al.*, 2001· Corrigan & Watson, 2002· Couture & Penn, 2003).

Η επαφή μεταξύ των ομάδων έχει φανεί να συμβάλλει σημαντικά στην τροποποίηση των στάσεων και των στερεοτύπων. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τα ΑμΣΨΔ οφείλονται στην έλλειψη διαπροσωπικής επαφής μεταξύ τους (Jackson, 1993· Stein, Ward, & Cislo, 1992). Έρευνες έχουν δείξει ότι η επαφή σχετίζεται με μείωση των αρνητικών αντιδράσεων και των συμπεριφορών διάκρισης, με θετικότερες στάσεις απέναντι στα ΑμΣΨΔ και με μείωση της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης (Corrigan, 2005· Corrigan *et al.*,

2001· Jamison, 2006· Keusch, Wilentz, & Kleinman, 2006). Επιπλέον, το στίγμα φαίνεται να περιορίζεται ακόμα περισσότερο όταν ο γενικός πληθυσμός έρχεται σε επαφή με ΑμΣΨΔ, τα οποία είναι σε θέση να διατηρούν μία καλή δουλειά ή να ζουν στην κοινότητα (Corrigan *et al.*, 2001a,b· Corrigan *et al.*, 2002· Pinfold *et al.*, 2003), ενώ η επίδραση της επαφής στις αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ φαίνεται να διατηρείται στο χρόνο και να σχετίζεται με αλλαγή συμπεριφοράς (Corrigan *et al.*, 2003). Τέλος, η επαφή σχετίζεται με τον περιορισμό του στίγματος στην περίπτωση που τα ΑμΣΨΔ δεν επιβεβαιώνουν τα στερεότυπα που συνοδεύουν τις ΣΨΔ (Reike *et al.*, 2004).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του στίγματος στοχεύουν στην αμφισβήτηση των στερεοτύπων που συνοδεύουν τις ΣΨΔ μέσω της παροχής έγκυρης πληροφόρησης. Συνολικά, οι έρευνες σχετικά με την εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές αναφέρουν ότι η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα σχετίζεται με θετικότερες αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ (Corrigan *et al.*, 2001γ· Penn *et al.*, 1994, 1999· Thornton & Wahl, 1996). Ακόμα και μεταξύ ατόμων που είχαν επαφή με ΑμΣΨΔ, η σχετική γνώση αποτελούσε το βασικό παράγοντα μέσω του οποίου μπορούσαν να τροποποιηθούν οι αρνητικές αντιλήψεις για τα άτομα (Stuart & Arboleda-Flórez, 2001).

Παράλληλα, η έρευνα έχει δείξει ότι αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του στίγματος διαφοροποιείται μεταξύ ατόμων με διαφορετικά κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Stuart, 2003) και για το λόγο αυτό προτείνονται περισσότερο εστιασμένες προσεγγίσεις, οι οποίες θα στοχεύουν σε ειδικούς πληθυσμούς. Έτσι, στο πλαίσιο των προγραμμάτων καταπολέμησης του στίγματος δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση των γνώσεων, των αντιλήψεων και των στάσεων απέναντι σε θέματα ψυχικών διαταραχών των επιμέρους κοινωνικών ομάδων, στις οποίες απευθύνεται το πρόγραμμα κάθε φορά (Milburn, 1996· WHO, 1986). Μέχρι σήμερα, ειδικά προγράμματα καταπολέμησης του ψυχιατρικού στίγματος έχουν σχεδιαστεί

και εφαρμοστεί –πέρα από το γενικό πληθυσμό- σε πληθυσμό επαγγελματιών υγείας και σε παιδιά και εφήβους με ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελεσματικότητα.

Οι έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του στίγματος έχουν κάποιους περιορισμούς. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η κοινωνική επιθυμητότητα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, η έλλειψη ομάδας ελέγχου (σε κάποιες από τις έρευνες), καθώς και το γεγονός ότι η συμμετοχή σε ορισμένες από τις παρεμβάσεις είναι εθελοντική, κάτι που μπορεί να σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν. Επιπλέον, ενώ οι αντιλήψεις αποτελούν έναν προβλεπτικό παράγοντα συμπεριφοράς, η σχέση μεταξύ τους δεν είναι γραμμική. Κατ' επένταση, οι θετικότερες αντιλήψεις των συμμετεχόντων απέναντι στα ΑμΣΨΔ δε συνεπάγονται απαραίτητα και την τροποποίηση των συμπεριφορών διάκρισης.

Στο πλαίσιο των σύγχρονων μελετών που στοχεύουν στον περιορισμό του στίγματος της σχιζοφρένειας, τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν αναδειχθεί ως κεντρική ομάδα-στόχος στην προσπάθεια «εξουδετέρωσης» των στερεοτύπων πριν αυτά διαμορφωθούν πλήρως ή ενδυναμωθούν (Meise *et al.*, 2000· Sartorius, 1998· Stuart & Arboleda-Flórez, 2001), ενώ παράλληλα τα προγράμματα αντιμετώπισης του στίγματος χρειάζεται να σχεδιαστούν σύμφωνα με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας προκειμένου να είναι αποτελεσματικά.

Πιο συγκεκριμένα, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα παιδιά και οι έφηβοι αντιλαμβάνονται τις ψυχικές διαταραχές και κατασκευάζουν τη γνώση σχετικά με αυτές αποτελεί μία σημαντική προϋπόθεση για το σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Παράλληλα, είναι εξίσου σημαντικό να διερευνηθεί πιο συγκεκριμένα η ηλικιακή ομάδα στην οποία χρειάζεται να στοχεύουν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις προκειμένου να είναι αποτελεσματικές στον περιορισμό των αρνητικών στερεοτύπων πρώτου αυτά

παγιωθούν. Οι μελέτες αναφορικά με τον τρόπο που τα παιδιά κατανοούν τις ψυχικές διαταραχές έχουν δείξει ότι κατά την παιδική ηλικία δεν έχει ακόμα διαμορφωθεί μία σαφής εικόνα για το τι είναι η ψυχική νόσος και ποια είναι τα χαρακτηριστικά της (Adler & Wahl, 1998· Spitzer & Cameron, 1995· Weiss, 1986, 1994· Wilkins & Velicer, 1980), γεγονός που υποδυνάμει ότι η παρέμβαση σε αυτή την ηλικία θα είχε πολλούς περιορισμούς.

Αντίθετα στην εφηβεία, τα στερεότυπα που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές δεν έχουν ακόμη εδραιωθεί (Meise *et al.*, 2000· Sartorius, 1998· Stuart & Arboleda-Flórez, 2001), ενώ ταυτόχρονα τα άτομα έχουν διαμορφώσει μία εικόνα για τις ψυχικές διαταραχές και είναι επίσης σε θέση να κατανοήσουν ζητήματα που ανακύπτουν από το στιγματισμό των ΑμΣΨΔ. Παράλληλα, η εφηβεία χαρακτηρίζεται ως η περίοδος κατά την οποία τα άτομα διαμορφώνουν την προσωπική τους ταυτότητα (Mussen *et al.*, 1990· Rutter & Rutter, 1993) και την ίδια στιγμή βιώνουν έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις, οι οποίες έχουν σχετιστεί με την αυτοκτονικότητα (Wunderlich *et al.*, 2001) ή την κατάχρηση ουσιών (Yang, 2001). Επιπλέον, κατά την εφηβεία εκδηλώνονται αρκετές σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Maggini *et al.*, 2001). Κατά συνέπεια, η προσέγγιση σε αυτή την ηλικία, κατά την οποία τα ζητήματα που αφορούν στην ψυχική υγεία τροφοδοτούν τον προβληματισμό και τα άτομα είναι σε θέση να τα κατανοήσουν μέσα από τις ατομικές ανάγκες και εμπειρίες, δίνει πρόσφωρο έδαφος. Τέλος, στοιχεία από σχετικές έρευνες δείχνουν ότι σημαντικός αριθμός εφήβων που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή δεν αναζητά βοήθεια γι' αυτές (Bailey, 1999· Kessler *et al.*, 2005· Sawyer *et al.*, 2001· Weiss, 1994· Zachrisson, Rodje, & Mykletun, 2006). Έτσι, ο περιορισμός του ψυχιατρικού στίγματος στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα -μέσω της εκπαίδευσης που προσφέρει- ενισχύει την ενημερότητα και κατά συνέπεια την έγκαιρη κινητοποίηση και αναζήτηση βοήθειας.

Η παρούσα έρευνα υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας (ΠΨΕ) για την αντιμετώπιση του στίγματος των ΣΨΔ (World Psychiatric Association, 2000, 2002) και είχε δύο κύριους στόχους: (α) την καταγραφή του στίγματος των εφήβων για τα ΑμΣ και (β) την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μίας ψυχοεμπαιδευτικής παρέμβασης με στόχο τον περιορισμό του στίγματος της σχιζοφρένειας.

Η εκπαιδευτική παρέμβαση ήταν διάρκειας δύο διδακτικών ωρών, πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του ωρολόγιου σχολικού προγράμματος - μέσα στη σχολική τάξη - και εξελίχθηκε σε τέσσερις φάσεις. Στην πρώτη φάση, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο στο σύνολο των συμμετεχόντων (δηλ. και στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου). Στη δεύτερη φάση, πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση στην πειραματική ομάδα, ενώ στην τρίτη φάση έγινε επαναληπτική χορήγηση του ερωτηματολογίου -αμέσως μετά την παρέμβαση - μόνο στην πειραματική ομάδα. Τέλος, στην τέταρτη φάση, η οποία πραγματοποιήθηκε οκτώ μήνες αργότερα, επαναχορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο στο σύνολο των συμμετεχόντων (δηλ. και στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου).

Καθώς η συγκεκριμένη παρέμβαση ήταν δομημένη, χρειάστηκε να γίνει μία επιλογή θεματικών και δραστηριοτήτων προκειμένου να διαμορφωθεί η δίωρη παρέμβαση που τελικά εφαρμόστηκε. Το βασικό κριτήριο επιλογής αφορούσε στον περιορισμό της παρέμβασης αποκλειστικά σε θέματα που αφορούν στη σχιζοφρένεια. Πιο αναλυτικά, η παρέμβαση χωριζόταν στις εξής ενότητες: (α) Γνωριμία – Χορήγηση ερωτηματολογίου, (β) Διερεύνηση των αντιλήψεων για τη σχιζοφρένεια & τα ΑμΣ, (γ) Αποκατάσταση των «μύθων» της σχιζοφρένειας, (δ) Χρήση στιγματιστικής γλώσσας, (ε) Συμμετοχή στην αντιμετώπιση του στίγματος και (στ) Τερματισμός.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι έφηβοι/ες που μελετήθηκαν εμφανίστηκαν να διατηρούν στιγματιστικές αντιλήψεις, οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις ήταν συγκρίσιμες με αυτές των ενηλίκων. Το

συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών σε εφήβους, στις οποίες οι έφηβοι εμφανίζονταν να παρουσιάζουν διαφορετική εικόνα από αυτή των ενηλίκων και να υιοθετούν στιγματιστικές αντιλήψεις σε σημαντικό μικρότερο βαθμό (π.χ. Schulze & Angermeyer, 2005). Παράλληλα, μεταβλητές όπως το φύλο, η εξοικείωση με τις ψυχικές διαταραχές και η ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και εμφανίστηκαν να διαφοροποιούν το στίγμα της σχιζοφρένειας στους εφήβους. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια, οι έφηβοι/ες που ανέφεραν ότι είχαν κάποιο άτομο με ψυχικό νόσο στο περιβάλλον τους και εκείνοι/ες που ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια παρατηρήθηκαν να είναι λιγότερο στιγματιστικοί απέναντι στα ΑμΣ.

Όσον αφορά στη συγκεκριμένη εκπαιδευτική παρέμβαση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είχε θετική επίδραση, τόσο στις αντιλήψεις των μαθητών απέναντι στη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ, όσο και στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από αυτά. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα έρχονται να ενισχύσουν τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, στις οποίες σύντομα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην προσπάθεια περιορισμού του ψυχιατρικού στίγματος, τόσο σε πληθυσμούς ενηλίκων (Holmes *et al.*, 1999· Wolff *et al.*, 1996) όσο και σε πληθυσμούς εφήβων (Pinfold *et al.*, 2003· Schulze *et al.*, 2003· Watson *et al.*, 2004).

Ενδιαφέρον προκαλεί η καταγραφή σημαντικής μείωσης στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των μαθητών από τα ΑμΣ, σε σχέση με προγενέστερα αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών, στις οποίες είχαν καταγραφεί μικρές μόνο διαφοροποιήσεις (Pinfold *et al.*, 2003b· Schulze *et al.*, 2003).

Παράλληλα, ιδιαίτερα ενδιαφέρον ήταν επίσης το γεγονός ότι η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης διαφοροποιήθηκε με κριτήριο το φύλο των εφήβων, ένα εύρημα το οποίο έχει αναφερθεί και σε προηγούμενες σχετικές έρευνες (Pinfold *et al.*, 2003· Stuart, 2006).

Η παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται από κάποιους περιορισμούς. Σε ένα πρώτο επίπεδο, οι περιορισμοί σχετίζονται με τη δυσκολία που παρατηρείται στο σύνολο των ερευνών που μελετούν τη σχέση μεταξύ αντιλήψεων και συμπεριφορών. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα των ερευνών γύρω από τις αντιλήψεις του πληθυσμού έχουν από τη φύση τους περιορισμένη δυνατότητα αξιοποίησης στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις συμπεριφορές που παρατηρούνται σε πραγματικές συνθήκες. Παράλληλα, η κοινωνική επιθυμητότητα που χαρακτηρίζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε σχετικές έρευνες αποτελεί έναν παράγοντα που χρειάζεται να συνυπολογίζεται κατά την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η θετική επίδραση της παρέμβασης στις αντιλήψεις και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων φάνηκε να έχει διατηρηθεί στη μέτρηση μεταπαρακολούθησης, αλλά η διαφορά από την αρχική μέτρηση είχε περιοριστεί. Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα αντίστοιχων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου, προκειμένου να δοθεί μία σαφέστερη εικόνα σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει μία παρέμβαση τέτοιου τύπου στη μόνιμη αλλαγή των στάσεων των εφήβων και κατ' επέκταση στον περιορισμό του ψυχιατρικού στίγματος.

Ένας ακόμη περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας αφορά στο γεγονός ότι οι έφηβοι/ες που συμμετείχαν στην έρευνα δεν είχαν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή, στο πλαίσιο της παρέμβασης, με ένα άτομο που θα είχε την εμπειρία μίας ΣΨΔ. Με δεδομένη τη σχετική βιβλιογραφία αναφορικά με τη γενικότερη θετική επίδραση της επαφής στον περιορισμό του στίγματος των ψυχικών διαταραχών, αλλά και την ειδικότερη ενισχυτική της δράση στην αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (Angermeyer & Matschinger, 1997a· Link & Cullen, 1986· Meise *et al.*, 2000· Schulze *et al.*, 2003· Sellick & Goodear, 1985), θα ήταν σημαντικό να έχει ενσωματωθεί στο πλαίσιο και της συγκεκριμένης παρέμβασης.

Παρά τη σπουδαιότητα της υλοποίησης παρεμβάσεων για τον περιορισμό του στίγματος των ΣΨΔ, οι οποίες να είναι ειδικά σχεδιασμένες για να απευθύνονται σε άτομα εφηβικής ηλικίας, ο αριθμός των σχετικών ερευνών είναι ιδιαίτερα περιορισμένος συγκριτικά με τον αριθμό των ερευνών που αφορούν σε ενήλικες, ενώ αρκετές από αυτές είναι περιγραφικές και περιλαμβάνουν μικρά δείγματα. Το γεγονός αυτό καθιστά τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας σημαντική συνεισφορά στην προσπάθεια διερεύνησης, τόσο της έκτασης του ψυχιατρικού στίγματος στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα όσο και της δυνατότητας περιορισμού του μέσω ειδικά σχεδιασμένων παρεμβάσεων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ ζουν περίπου το 1/3 της συνολικής διάρκειας της ζωής τους με κάποιο βαθμό αναπηρίας εξαιτίας της ψυχικής διαταραχής (Thornicroft & Maignay, 2002). Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, η ετήσια επικράτηση των καταθλιπτικών διαταραχών στην Ευρώπη ανέρχεται στο 9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις ψυχωτικές διαταραχές ανέρχεται στο 2,6% (Wittchen & Jacobi, 2005). Ωστόσο, το στίγμα και η διάκριση που συνδέονται με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ΣΨΔ) συχνά εμποδίζουν τα άτομα από το να επωφεληθούν από τις διαθέσιμες ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να υπονομεύεται η αποθεραπεία καθώς και η κοινωνική επανένταξή τους (Schulze & Angermeyer, 2003). Παράλληλα, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ΑμΣΨΔ) συχνά στερούνται ευκαιριών να συνεισφέρουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή, ενώ δεν προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματά τους. Στην αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τίτλο «New Understanding, New Hope», υπογραμμιζόταν η σημασία της καταγραφής των αντιλήψεων που σχετίζονται με την «κοινωνική αναπηρία» που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές και κάλεσε τις χώρες να πραγματοποιήσουν καμπάνιες ενημέρωσης του πληθυσμού (WHO, 2001).

Τόσο στις οικονομικά αναπτυγμένες, όσο και στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες καταγράφεται μακρά ιστορία στιγματισμού των ΑμΣΨΔ και των οικογενειών τους (Guimon, Fischer, & Sartorius, 1999). Ο στιγματισμός απέναντι σε αυτές τις κοινωνικές ομάδες εκδηλώνεται μέσω της ενεργοποίησης των στερεοτύπων, του φόβου, της ντροπής και της απόρριψης ή αποφυγής. Οι μύθοι και οι παρανοήσεις αναφορικά με θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινότητα των

ΑμΣΨΔ και οδηγούν στη διάκριση και τη στέρηση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές σχετίζονται με συγκεκριμένα στερεότυπα και προκαταλήψεις (Crisp *et al.*, 2000), ενώ παρά το γεγονός ότι το ευρύ κοινό έχει μία σχετικά ακριβή αντίληψη για διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, οι συσχετίσεις με την επικινδυνότητα και το φόβο κυριαρχούν στις αντιλήψεις τους (Angermeyer & Schulze, 2001· Thompson *et al.*, 2002). Όπως προκύπτει μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το φαινόμενο του στιγματισμού αφορά σε μεγαλύτερο βαθμό στις ΣΨΔ (π.χ. σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή), οι οποίες κατά κανόνα στιγματίζονται περισσότερο από τις κοινές ψυχικές διαταραχές (π.χ. αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη) (βλ. Πίνακα 1 για τις διαφορές ανάμεσα στις κοινές και τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές).

Πιο συγκεκριμένα, η *σχιζοφρένεια* αποτελεί μία από τις πιο στιγματιστικές ψυχικές διαταραχές και κατά συνέπεια ο μεγαλύτερος όγκος της βιβλιογραφίας του ψυχιατρικού στίγματος αναφέρεται σε αυτή. Αποτελέσματα σχετικών ερευνών αναφέρουν ότι τα στερεότυπα που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια είναι ιδιαίτερα απαξιωτικά και παγιωμένα (Angermeyer & Matchinger, 1995, 1997· Angermeyer & Schulze, 2001· Link *et al.*, 1989, 1999β· Οικονόμου, 1999· Οικονόμου *et al.*, 2006· Philo, 1996· Wahl, 1995). Σύμφωνα με τον Hall (1985), ο όρος *σχιζοφρένεια* αναφέρεται, όχι μόνο σε μια ιατρική διάγνωση, αλλά και σε μία κοινωνική συνθήκη, η οποία περιλαμβάνει τα στερεότυπα, την προκατάληψη και την αρνητική κοινωνική αντίδραση απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια (ΑμΣ). Αντιλήψεις σχετικά με την επικινδυνότητα, αλλά και την ανικανότητα να ανταποκριθούν στις κοινωνικές απαιτήσεις φαίνεται να ανακινούνται αυτόματα στο γενικό πληθυσμό όταν γίνεται αναφορά στη σχιζοφρένεια (Crisp *et al.*, 2000). Παράλληλα, ο γενικός πληθυσμός εμφανίζεται να διατηρεί μία ενιαία εικόνα για το σύνολο των ψυχικών διαταραχών (Foster, 2001), τα χαρακτηριστικά της οποίας αναφέρονται στη

σχιζοφρένεια. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι στιγματιστικές αντιλήψεις που υιοθετούνται για τις ψυχικές διαταραχές γενικά, αναφέρονται συγκεκριμένα στη σχιζοφρένεια.

Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ΣΨΔ στο σύνολό τους, όπως τα *ψυχιατρικά συμπτώματα*, οι *περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες*, η *εμφάνιση* και η *ετικέτα* της διάγνωσης (Corrigan, 2000· Penn & Martin, 1998) φαίνεται να συνδέονται με εντονότερο στιγματισμό. Αρκετοί είναι οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ΑμΣΨΔ) είναι πιθανό να στιγματίζονται εξαιτίας των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, τα ΑμΣΨΔ τα οποία έχουν έκδηλα συμπτώματα εισπράττουν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις συγκριτικά με άλλες κατηγορίες ψυχικά ασθενών (Farina, 1998), ενώ παράλληλα τα συμπτώματα που θεωρούνται «παράξενα» οδηγούν συχνότερα σε στιγματισμό (Schumacher, Corrigan, & DeJong, 2003). Επιπλέον, τα ψυχιατρικά συμπτώματα σχετίζονται με εντονότερες στιγματιστικές αντιδράσεις συγκριτικά με την ετικέτα της ψυχικής νόσου (Link *et al.*, 1987· Penn *et al.*, 1994· Socall & Holtgraves, 1992), ενώ η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως αδυναμία βλεματικής επαφής ή δυσκολία στη διατήρηση του ειρμού της σκέψης και του λόγου (Bellack *et al.*, 1990· Dickerson *et al.*, 2002· Link *et al.*, 1987· Mueser *et al.*, 1991· Socall & Holtgraves, 1992) και η εξωτερική εμφάνιση (Eagly *et al.*, 1991· Gelb, 1980· Penn, Mueser & Doonan, 1997) σχετίζονται με στιγματιστικές αντιλήψεις.

Σήμερα, τα ΑμΣΨΔ εντάσσονται στην κατηγορία των χρόνιων ασθενών και με βάση αυτό έχουν διαμορφωθεί οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον ορισμό του Liberman (1988), ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως χρόνιος ασθενής με κριτήριο τη διάγνωσή του και την οικονομική του εξάρτηση από τρίτους, ενώ σύμφωνα με τον ορισμό των Goldman *et al.* (1981), ως χρόνιος ψυχικά ασθενής ορίζεται το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχοσυναισθηματική διαταραχή για μεγάλο χρονικό διάστημα και αυτό έχει επίπτωση στη λειτουργικότητά του σε περισσότερα από τρία επίπεδα της

καθημερινής του ζωής, π.χ. κοινωνικό, εκπαιδευτικό, προσωπικό, οικονομικό (βλ. επίσης Μαδιανός, 1994). Παρά το γεγονός ότι μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί αρκετοί εναλλακτικοί ορισμοί, οι περισσότεροι συμφωνούν σε κάποια βασικά στοιχεία. Έτσι σήμερα, τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία γενικά ως ενδεικτικά μίας χρόνιας κατάστασης σχετίζονται με τη *διάγνωση*, την *έναρξη*, τη *διάρκεια*, την *αιτιολογία*, την *επανεμφάνιση/μοτίβο*, την *πρόγνωση*, τις *επιπτώσεις*, τη *σοβαρότητα* και τη *συχνότητα εμφάνισης της νόσου* στο γενικό πληθυσμό (O'Halloran, Miller, & Britt, 2004).

Πίνακας 1

Διαφορές μεταξύ κοινών & σοβαρών ψυχικών διαταραχών

	Κοινές ψυχικές διαταραχές	Σοβαρές ψυχικές διαταραχές
Επιπολασμός	15%-20%	1%
Αιτιολογία	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: σημαντική συμμετοχή	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: ασθενής συμμετοχή
Διάγνωση	Απουσία ψυχωσικών συμπτωμάτων	Παρουσία ψυχωσικών συμπτωμάτων
Πρόγνωση	Καλή πρόγνωση: Συχνή αυτοϊαση	Δυσμενέστερη πρόγνωση: Σπάνια αυτοϊαση
Θεραπεία	Συχνά καλή ανταπόκριση στην ψυχοθεραπεία	Φάρμακα απαραίτητα
Ανάγκη νοσηλείας	Σπάνια	Συχνή
Επίπεδο αντιμετώπισης	Στην πρωτοβάθμια φροντίδα	Στη δευτεροβάθμια - τριτοβάθμια φροντίδα
Αλληλοεπικάλυψη	Συχνή με άλλες διαταραχές της ίδιας κατηγορίας	Η μία αποκλείει αμοιβαία την άλλη

Σημείωση. Από το: «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες» των Σκαπινάκη, Π & Μαυρέα, Β., 2001, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(5), σελ. 444-445.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ΑμΣΨΔ αφορά στην ενίσχυση των συναισθηματικών, κοινωνικών και νοητικών ικανοτήτων προκειμένου τα άτομα αυτά να είναι σε θέση να ζουν και να εργάζονται με τη λιγότερη δυνατή υποστήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Anthony *et al.*, 2002). Συνέπεια αυτού είναι η ενασχόληση των επαγγελματιών με θέματα που δεν αφορούν αποκλειστικά στην κλινική διάσταση της νόσου, αλλά και με θέματα που σχετίζονται με τις κοινωνικές επιπτώσεις που αυτή έχει για το άτομο, όπως για παράδειγμα οι επιπτώσεις στις κοινωνικές επαφές, την εργασία, το οικογενειακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Rössler, 2006).

Έτσι σήμερα, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ΑμΣΨΔ γίνεται σε δύο επίπεδα: σε *επίπεδο ατόμου*, με στόχο την ανάπτυξη των δεξιοτήτων που θα

επιτρέπουν στο άτομο να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον με λειτουργικό τρόπο και σε επίπεδο περιβάλλοντος, με στόχο τον περιορισμό των εξωγενών στρεσογόνων παραγόντων.

Ο ρόλος της ψυχοεκπαίδευσης έχει αναδειχθεί ως ιδιαίτερα σημαντικός, τόσο αναφορικά με την εξέλιξη της νόσου όσο και με την ποιότητα ζωής, όχι μόνο του ασθενή αλλά και των ατόμων στο περιβάλλον του που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του. Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης έχει ερευνηθεί εκτενώς τα τελευταία χρόνια και τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν αναδείξει την ψυχοεκπαίδευση, σε συνδυασμό με τη φαρμοκοθεραπεία, ως θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (Dixon *et al.*, 2001· Falloon, 2003· Lehman & Steinwachs, 1998). Η ψυχοεκπαίδευση στηρίζεται στην παροχή γνώσης και την ανάπτυξη δεξιοτήτων στα μέλη των οικογενειών των ΑμΣΨΔ, με στόχο την ενεργή συμβολή των οικογενειών στην αποκατάσταση του ΑμΣΨΔ αλλά και τη μείωση της επιβάρυνσης που υφίστανται οι οικογένειες από τη φροντίδα του ασθενή (Οικονόμου, 2000α,β· Οικονόμου *et al.*, 2002). Πράγματι, τα μέλη των οικογενειών που εμπλέκονται στη ζωή και τη φροντίδα των ΑμΣΨΔ συχνά παρέχουν, εκτός από οικονομική βοήθεια και στέγη, πολύτιμη συναισθηματική στήριξη. Παρά το γεγονός ότι η παροχή φροντίδας στα αγαπημένα τους πρόσωπα προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση, συνοδεύεται παράλληλα από σημαντική επιβάρυνση για στην οικογένεια (Cochrane, Goering, Rogers, 1997· Economou, 1999· Leff, 1994· McFarlane *et al.*, 1995· Schene, van Wijngaarden, Koeter, 1998). Η έρευνα που διεξάγεται κατά την τελευταία δεκαετία έχει δείξει ότι τα ΑμΣΨΔ παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση όταν καλύπτονται οι ανάγκες των μελών των οικογενειών τους για ενημέρωση, ιατρική καθοδήγηση και συναισθηματική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων ερευνών υποστηρίζουν την ανάπτυξη τεκμηριωμένων πρακτικών για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ΑμΣΨΔ (Dixon *et al.*, 2001).

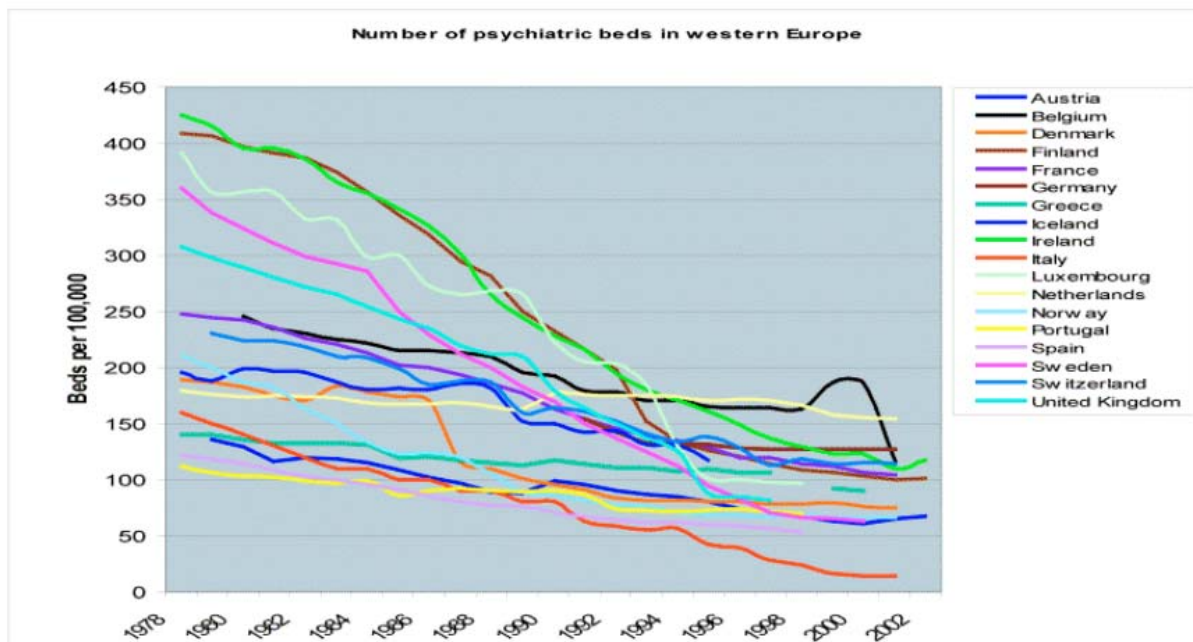
Έχει παρατηρηθεί ότι η συμμετοχή των οικογενειών των ΑμΣΨΔ σε προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης σχετίζεται με μείωση των υποτροπών και του αριθμού νοσηλειών των ασθενών συγκριτικά με ΑμΣΨΔ οι οικογένειες των οποίων έχουν λάβει υπηρεσίες θεραπείας αποκλειστικά σε ατομικό επίπεδο (Dixon & Lehman, 1995· Falloon *et al.*, 1999· Lam, Kuipers, & Leff, 1993· Penn & Mueser, 1996). Επιπλέον, η συμμετοχή σε προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης συνδέεται με τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης των μελών των οικογενειών (Falloon *et al.*, 1987· Falloon & Pederson, 1985), τη συμμετοχή των ΑμΣΨΔ σε προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης (McFarlane *et al.*, 1996), καθώς και με τη μείωση του κόστους φροντίδας των ΑμΣΨΔ (Cardin, McGill, & Falloon, 1986· Falloon *et al.*, 1999· McFarlane *et al.*, 1995· Οικονόμου, 2000α· Tarrier, Lawson, & Barrowclough, 1991).

Τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης που έχουν σχετιστεί με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα αφορούν στη μεγαλύτερη διάρκεια (τουλάχιστον εννέα μήνες), καθώς και στην ενσωμάτωση σε αυτά ενοτήτων που αφορούν: (α) στην εκπαίδευση σε θέματα ψυχικών διαταραχών, (β) στη συναισθηματική υποστήριξη, (γ) στην παρέμβαση στην κρίση και (δ) στις τεχνικές επίλυσης προβλημάτων (Lehman & Steinwachs, 1998).

Σε αυτό το πλαίσιο έχουν διαμορφωθεί και οι σύγχρονες υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, με σημαντικές όμως διαφορές στο ρυθμό με τον οποίο λαμβάνουν χώρα οι αλλαγές σε κάθε χώρα. Για παράδειγμα, η διαδικασία της αποασυλοποίησης στις χώρες της δυτικής Ευρώπης έχει σχεδόν ολοκληρωθεί, ενώ στις χώρες της κεντρικής και της ανατολικής Ευρώπης το πλάνο της αποασυλοποίησης παραμένει μακροπρόθεσμο (Βλ. Γράφημα 2 & 3). Το κλείσιμο των ψυχιατρείων και οι προσπάθειες αποϊδρυματισμού μεγάλου αριθμού χρόνιων ασθενών καθιστά επιτακτικότερη από ποτέ την ανάγκη αντιμετώπισης του ψυχιατρικού στίγματος.

Γράφημα 1

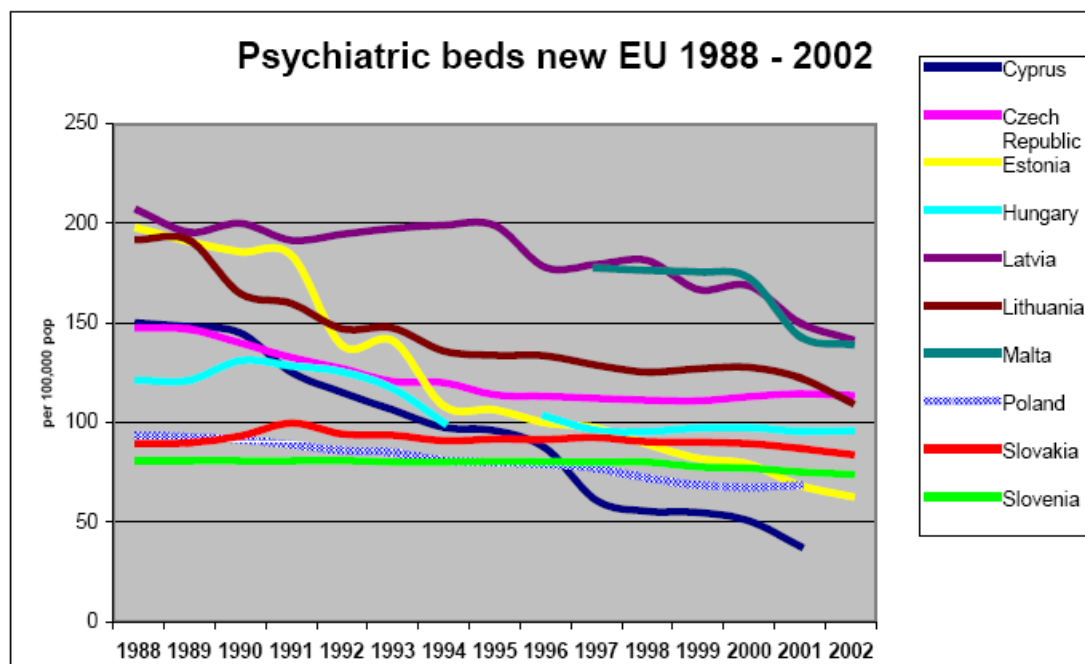
Αριθμός κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές στη Δ. Ευρώπη



[Πηγή: Knapp, M.J., McDaid, D., Mossialos, E., and Thornicroft, G. (2005). *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham: Open University Press].

Γράφημα 2

Αριθμός κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές στις νεώτερες χώρες της ΕΕ



[Πηγή: Knapp, M.J., McDaid, D., Mossialos, E., and Thornicroft, G. (2005). *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham: Open University Press].

Στη Ελλάδα, οι καιές συνθήκες που επικρατούσαν στα ιδρύματα, οι διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες στο χώρο της ψυχικής υγείας και οι αλλαγές που λάμβαναν χώρα στον υπόλοιπο κόσμο, οδήγησαν στην ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), οπότε και ξεκίνησε η ουσιαστική μεταρρύθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα, ακολούθησε η παροχή οικονομικής βοήθειας από την Ε.Ο.Κ. (μέσω του κανονισμού 815/1984) με κύριους στόχους τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων έγκλειστων ψυχικά αρρώστων από τα 9 ψυχιατρεία της χώρας (με έμφαση στο ψυχιατρείο της Λέρου), τη μεταφορά τους σε ειδικές δομές διαβίωσης στην κοινότητα και τη δημιουργία νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας με κοινοτικό προσανατολισμό. Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης δράσης (κατά την περίοδο 1984-1995) δημιουργήθηκαν 260 δομές, μεταξύ των οποίων Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία της χώρας, Νοσοκομεία Ημέρας, Εργαστήρια Αποκατάστασης, Δομές Διαμονής, κ.ά. (Μαδιανός, 2002).

Προκειμένου να είναι δυνατή η συνέχιση του έργου της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μετά το πέρας της χρηματοδότησής του από την ΕΕ, το τότε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ξεκίνησε το 1995 το πρόγραμμα «Ψυχαργός». Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα είχε σαν στόχο την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την κοινωνική ένταξη και την εισαγωγή στον εργασιακό χώρο των ΑμΣΨΔ. Η πρώτη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Η πρώτη αυτή φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Τα αποτελέσματα της ήταν τα εξής:

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης

- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών “Δρομοκαϊτείο” (Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης “Δρομοκαϊτείου”),
- Έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομ, μουσουλμάνους, πρόσφυγες) καθώς και μικρού αριθμού Κέντρων Ημέρας. Επίσης, συμπεριελήφθησαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001.

Μέχρι το τέλος του 2001, που συνέπιπτε χρονικά με το τέλος της Α' φάσης του Προγράμματος “Ψυχαργός”, οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στη χώρα μας περιελάμβαναν 92 ξενώνες αποασυλοποίησης/αποκατάστασης, 13 οικοτροφεία αποασυλοποίησης/αποκατάστασης, 94 προστατευόμενα διαμερίσματα και 3 ενδονοσοκομειακούς ξενώνες αποκατάστασης.

Η δεύτερη φάση του εθνικού προγράμματος «Ψυχαργός» (2001-2006) περιελάμβανε:

- Τον αποϊδρυματισμό, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη 3500 χρόνιων έγγλειστων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ενδεικτικά,

η συγκεκριμένη δράση περιλαμβάνει τη δημιουργία δομών διαμονής διασυνδεδεμένων με ψυχιατρικά τμήματα και κέντρων ημέρας, μονάδες επαγγελματικής επανένταξης, κλπ.

- Τη δυνατότητα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου. Ενδεικτικά η δράση αυτή περιλαμβάνει τη δημιουργία ολοκληρωμένων Ψυχιατρικών και Παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Ειδικές Μονάδες για χρήστες ναρκωτικών ουσιών, αλκοολικών, άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, κλπ.

Σήμερα, οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της χώρας περιλαμβάνουν: (α) Μονάδες Ψυχικής Υγείας, (β) Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και (γ) Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον (<http://www.mohaw.gr/gr/theministry/minservices/dipsy>).

Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνονται:

- Κέντρα ψυχικής υγείας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα με σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα, την συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, την πρόληψη, την θεραπεία και την συμβολή στην αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη του ενήλικα ατόμου ή του παιδιού και του εφήβου με προβλήματα ψυχικής υγείας

- Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ'οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας

- Ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων ή παιδιών και εφήβων γενικών νοσοκομείων με σκοπό την σύντομη νοσηλεία ενηλίκων ατόμων ή παιδιών και εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας καθώς και τη δόμηση εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων για αυτούς σε ένα συνεχές ψυχιατρικής φροντίδας

- Ψυχιατρικά ή παιδοψυχιατρικά νοσοκομεία με σκοπό, μέχρι την κατάργησή τους, την νοσηλεία ενηλίκων ατόμων ή παιδιών και εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας

- Κέντρα εξειδικευμένης περίθαλψης (δηλ. κέντρα ημέρας, νοσοκομεία ημέρας και κέντρα παρέμβασης στην κρίση για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους) με σκοπό τη διασφάλιση της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας των ενηλίκων ατόμων ή παιδιών και εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην κοινότητα, την αντιμετώπιση των παθολογικών συμπεριφορών και των προβλημάτων της λειτουργικότητάς τους και την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, της κοινωνικής προσαρμογής και ένταξής τους.

- Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (δηλαδή ξενώνες και οικοτροφεία) για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους με σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον.

- Ειδικές μονάδες αποκατάστασης & επαγγελματικής επανένταξης (δηλ. προστατευμένα εργαστήρια και εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης) με σκοπό την παροχή υπηρεσιών για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με απώτερο στόχο τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτηση τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

- Κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) με σκοπό, μέσω του οικονομικού και κοινωνικού χαρακτήρα τους, την κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά

ψυχοκοινωνικά προβλήματα με απώτερο στόχο τη θεραπεία τους και την κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρχεια.

Στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνονται:

- Προγράμματα προστατευμένων διαμερισμάτων για εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.

- Προγράμματα φιλοξενουσών οικογενειών για τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ή παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Τέλος, οι υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ'οίκον παρέχονται από τα νοσοκομεία και τα πανεπιστημιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία ή από κέντρα ψυχικής υγείας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα.

Όπως φαίνεται, λοιπόν, οι σημαντικές αλλαγές στο χάρτη των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, καθώς και ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας των σύγχρονων υπηρεσιών, καθιστά την αντιμετώπιση του στίγματος των ΣΨΔ επιτακτική ανάγκη. Το γεγονός ότι ΑμΣΨΔ ζουν στην κοινότητα, με σαφώς βελτιωμένη ποιότητα ζωής και εξειδικευμένη φροντίδα σε διάφορα επίπεδα, αναδεικνύει την ανάγκη προετοιμασίας και της ίδιας της κοινότητας για την υποδοχή αυτών των ανθρώπων. Δυστυχώς, η μέχρι σήμερα εμπειρία έχει δείξει ότι η κοινότητα δεν ήταν έτοιμη για αυτή τη μεταρρύθμιση, καθώς δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν εκφραστεί έντονες αντιδράσεις από κατοίκους περιοχών στις οποίες επρόκειτο να εγκατασταθεί κάποιος ξενώνας. Σχετικά στοιχεία αναφέρουν ότι κατά την περίοδο 2000-2001 περίπου οι μισοί από τους ξενώνες που ήταν προγραμματισμένο να λειτουργήσουν αντιμετωπίστηκαν με σοβαρές αντιδράσεις από την κοινότητα, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση ή ακόμα και την αναστολή σε κάποιες περιπτώσεις της λειτουργίας τους. Οι αντιδράσεις που εκφράζονταν αφορούσαν

κυρίως το αίσθημα απειλής για την ασφάλεια των κατοίκων και των οικογενειών τους, αλλά και την υποβάθμιση της περιοχής (Ασημόπουλος, 2006).

Με δεδομένη την έκταση του φαινομένου του στιγματισμού των ΑμΣΨΔ και την επίπτωση που έχει στις προσπάθειες αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης των διαταραχών, μία σειρά από προγράμματα για την αντιμετώπιση του στίγματος βρίσκονται σε εξέλιξη σε πολλές χώρες. Στο Παράρτημα ΙΙΙ παρατίθεται μία συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων δράσεων.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Το στίγμα των σοβαρών ψυχικών διαταραχών

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο πραγματοποιείται η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αναφορικά με την έννοια του στίγματος, τις μεθόδους έρευνας και μελέτης και τις στρατηγικές καταπολέμησης του στίγματος.

Στην πρώτη ενότητα γίνεται εκτενής παρουσίαση της έννοιας του στίγματος και των διαφόρων ορισμών που έχουν προταθεί, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική διάσταση της έννοιας. Στη συνέχεια περιγράφονται τα χαρακτηριστικά, η αιτιολογία και οι συνέπειες του στιγματισμού.

Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζεται η έκταση του φαινομένου του στιγματισμού των ΑμΣΨΔ. Αρχικά, περιγράφεται η μεθοδολογία των ερευνών αναφορικά με την καταγραφή του φαινομένου του στιγματισμού και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα κυριότερα ερευνητικά αποτελέσματα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται: στις *αντιλήψεις* αναφορικά με τις ΣΨΔ και τα ΑμΣΨΔ και την *επιθυμητή κοινωνική απόσταση* από αυτά. Παρουσιάζονται έρευνες που αφορούν σε παιδιά και εφήβους καθώς αυτές σχετίζονται άμεσα με την παρούσα μελέτη.

Τέλος, στην τρίτη ενότητα παρουσιάζονται οι τρεις τρόποι καταπολέμησης του στίγματος των ΣΨΔ: η *διαμαρτυρία*, η *επαφή* και η *εκπαίδευση*, με ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση, παρουσιάζοντας εκπαιδευτικές δράσεις και προγράμματα, και ειδικότερα εκείνα που αφορούν σε παιδιά και εφήβους προκειμένου να καταγραφούν, τόσο η μεθοδολογία, όσο και τα αποτελέσματα των ερευνών. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατή στη συνέχεια η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αυτών της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η έννοια του στίγματος

Ένα από τα ενδιαφέροντα στοιχεία στη βιβλιογραφία του στίγματος είναι η διαφοροποίηση που παρατηρείται όσον αφορά στον ορισμό της έννοιας (Stafford & Scott, 1986). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες δεν γίνεται σαφής αναφορά στον ορισμό, ενώ σε άλλες η αναφορά γίνεται στην ακριβή σημασία της λέξης ή σε κάποια σχετική έννοια όπως τα *στερεότυπα* ή η *απόρριψη*. Οι λόγοι για τους οποίους οι ορισμοί του στίγματος διαφέρουν είναι πολλοί. Συγκεκριμένα, η έννοια του στίγματος έχει μελετηθεί σε ένα ευρύ φάσμα περιστάσεων, κάθε μία από τα οποίες είναι μοναδική και πιθανά οδηγεί τους ερευνητές στην κατανόηση του στιγματισμού με ένα διαφορετικό τρόπο. Παράλληλα, η έρευνα του στίγματος είναι διεπιστημονική και πραγματοποιείται στο πλαίσιο των κοινωνικών επιστημών (ψυχολογία, κοινωνιολογία, ανθρωπολογία, πολιτικές επιστήμες, κοινωνική ανθρωπολογία) υιοθετώντας κάθε φορά διαφορετική προσέγγιση του θέματος.

Ο ορισμός του Goffman

Ο Goffman (1963) περιγράφει στο κλασσικό βιβλίο του «*Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*» τη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα που ανήκουν σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες (ομάδες που ορίζονται με κριτήριο το φύλο, την εθνότητα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, την κοινωνική τάξη, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τη σωματική ή/και ψυχική υγεία): (α) αξιολογούνται με βάση τη συμβατότητά τους με τα κανονιστικά πρότυπα και (β) αντιμετωπίζουν τις κανονιστικές προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου στο οποίο συναντώνται. Στα άτομα αυτά αποδίδεται μία *δυννητική κοινωνική ταυτότητα*, η οποία στηρίζεται στις συγκεκριμένες προσδοκίες και η οποία μπορεί να αποκλίνει από την *πραγματική τους κοινωνική ταυτότητα*. Στην περίπτωση που παρατηρηθεί ότι κάποιο άτομο διαθέτει ένα χαρακτηριστικό που το διαφοροποιεί από τα υπόλοιπα άτομα της ομάδας στην οποία θα

μπορούσε να ανήκει, τότε το άτομο είναι δυνατό να αξιολογηθεί από ανεπιθύμητο έως επικίνδυνο ή κακό. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό, οι επιπτώσεις του οποίου είναι απαξιωτικές και ειτεταμένες, περιγράφεται ως *στίγμα*. Σύμφωνα λοιπόν με τον Goffman, ο όρος στίγμα προσδιορίζει «ένα χαρακτηριστικό που είναι βαθιά απαξιωτικό» (Goffman, 1963, σελ. 65), ενώ επισημαίνει ότι η γλώσσα που το περιγράφει χρειάζεται «να προσδιορίζει σχέσεις και όχι χαρακτηριστικά» (σελ. 65), καθώς κανένα χαρακτηριστικό δεν είναι από τη φύση του απαξιωτικό, αλλά αποκτά ένα τέτοιο χαρακτήρα μέσα από κοινωνικές διεργασίες.

Ο Goffman (1963) περιέγραψε επίσης τρεις διαφορετικούς τύπους στίγματος: (α) το στίγμα που προκύπτει από σωματικές δυσμορφίες, (β) τα συλλογικά στίγματα της φυλής, του έθνους και της θρησκείας και (γ) το στίγμα που προκύπτει από ψεγάδια του χαρακτήρα, τα οποία περιλαμβάνουν την ασθενή θέληση, τα πάθη, τη ροπή προς τον αλκοολισμό και την κατάχρηση ουσιών, τις άκαμπτες πεποιθήσεις, την ανεντιμότητα, το ιστορικό φυλάμισης, την ομοφυλοφιλία, κλπ. Όσον αφορά στην τελευταία κατηγορία, ο Goffman υποστήριξε ότι τα προσωπικά αυτά χαρακτηριστικά είναι πιθανό να τα υποθέτει κανείς αποκλειστικά και μόνο βασιζόμενος/η σε στερεοτυπικές συσχετίσεις που αφορούν μία συγκεκριμένη ομάδα ατόμων. Με άλλα λόγια, μία ομάδα είναι πιθανό να στιγματίζεται με βάση μόνο τη φήμη που συνοδεύει τα άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ενώ στην πραγματικότητα να μην έχει ποτέ προσωπική εμπειρία συναστροφής με τα συγκεκριμένα άτομα. Στην πραγματικότητα, η ψυχική νόσος αποτελεί μία τέτοια περίπτωση, όπου τα άτομα στιγματίζονται πριν ακόμη υπάρξει επαφή ή κάποιου τύπου αλληλεπίδραση με κάποιο ΑμΣΨΔ.

Χρειάζεται να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι η συγκεκριμένη διαφοροποίηση των τύπων του στίγματος εγκαταλείφθηκε τα χρόνια που ακολούθησαν για διάφορους λόγους. Πρώτον, γιατί οι κατηγορίες αυτές δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες. Ένα υπέρβαρο άτομο, για παράδειγμα, μπορεί

να αντιμετωπίζεται στιγματιστικά και λόγω της σωματικής του δυσμορφίας και λόγω των προσωπικών του χαρακτηριστικών (π.χ. αδυναμία χαρακτήρα). Δεύτερον, οι συγκεκριμένοι τύποι δεν καλύπτουν όλες τις περιπτώσεις στιγματισμού. Οι γυναίκες, οι οποίες για πολλά χρόνια αντιμετωπίζονταν στιγματιστικά δεν εντάσσονται σε καμία από τις τρεις κατηγορίες. Τρίτον, οι κατηγορίες είναι αρκετά γενικές με αποτέλεσμα να «χάνονται» σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των συγκεκριμένων τύπων.

Τέλος, ο Goffman διέκρινε τα απαξιωμένα άτομα, το στίγμα των οποίων είναι γνωστό ή γίνεται άμεσα φανερό, από τα απαξιώσιμα άτομα, το στίγμα των οποίων ούτε είναι γνωστό ούτε γίνεται άμεσα φανερό. Στην περίπτωση των ΑμΣΨΔ, το στιγματιστικό χαρακτηριστικό δεν γίνεται άμεσα αντιληπτό. Τα θετικά αλλά και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, για παράδειγμα, αλλά και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων συχνά μετατρέπουν τα ΑμΣ από απαξιώσιμα σε απαξιωμένα. Για το λόγο αυτό, τα ΑμΣΨΔ περιγράφονται να έχουν περισσότερα κοινά χαρακτηριστικά με μέλη άλλων ομάδων, η σχέση των οποίων με τη στιγματισμένη κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκουν δεν είναι φανερή (Corrigan & Lundin, 2001).

Αρκετοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να αξιοποιήσουν και να μεταφέρουν τη γνώση από τη μελέτη ομάδων ομοφυλόφιλων ατόμων, προκειμένου να γίνει περισσότερο κατανοητή η αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής νόσου. Τα κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των δύο ομάδων είναι αρκετά και αποτελούν το βασικό λόγο για τον οποίο μία τέτοια προσπάθεια θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη. Ένα πρώτο στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι τα μέλη του γενικού πληθυσμού υποστηρίζουν τα μέλη και των δύο ομάδων είναι εύκολο να αναγνωριστούν. Γενικά υποστηρίζεται ότι είναι εύκολο να περιγράψουν αρκετά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τα μέλη των δύο ομάδων, στοιχεία που όμως οδηγούν συχνά σε λανθασμένα συμπεράσματα (Corrigan & Matthews, 2003). Για παράδειγμα, ο χαρακτηρισμός θηλυπρεπών ανδρών ως ομοφυλόφιλων συχνά οδηγεί σε λανθασμένη ταυτοποίηση των ατόμων αυτών (Brookey, 2000),

ενώ το ίδιο είναι πιθανό να συμβεί με τον χαρακτηρισμό εκκεντριών ατόμων ή ατόμων που βρίσκονται σε σύγχυση ως ψυχικά ασθενών (Corrigan, 2000).

Ένα άλλο στοιχείο που σχετίζεται με τις συγκεκριμένες ομάδες είναι το γεγονός ότι συνήθως περιγράφονται ως διπολικές (Cover, 2000), δηλ. ένας άνθρωπος είναι είτε ομοφυλόφιλος, είτε ετεροφυλόφιλος, ψυχικά ασθενής ή «φυσιολογικός». Η διπολική αυτή περιγραφή σχολιάζεται από αρκετούς ερευνητές ως ενισχυτική του διαχωρισμού μεταξύ του γενικού πληθυσμού και των ομάδων αυτών (Link & Phelan, 2001). Παράλληλα, τα όρια ανάμεσα στην ψυχική ασθένεια και τη «φυσιολογική» κατάσταση δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Από τη μία πλευρά, επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές αφορούν σε μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού από ότι ίσως πιστεύεται, ενώ από την άλλη, αρκετά από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών είναι κοινά με αυτά των μη-κλινικών περιπτώσεων. Έτσι, όπως και στην περίπτωση της ομοφυλοφιλίας, ο ξεκάθαρος διαχωρισμός μεταξύ ειδικού και γενικού πληθυσμού είναι πιο πολύπλοκος από ότι πιστεύεται. Κοινό χαρακτηριστικό των δύο ομάδων αποτελεί και το γεγονός ότι, σε αντίθεση με περιπτώσεις όπου τα στιγματιστικά χαρακτηριστικά υπάρχουν από τη γέννηση του ατόμου, τόσο στην περίπτωση των ψυχικών διαταραχών, όσο και στην περίπτωση της ομοφυλοφιλίας, η αφορμή του στίγματος εμφανίζεται στην πορεία της ζωής. Έτσι, αντίθετα με περιπτώσεις ατόμων τα οποία γεννιούνται σε οικογένειες που επίσης αντιμετωπίζουν το στίγμα και είναι σε θέση να τα καθοδηγήσουν σχετικά με την αντιμετώπισή του, οι ψυχικά ασθενείς συχνά στερούνται αυτής της υποστήριξης, τόσο από τις κοινωνικές δομές, όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον (Savin-Williams, 2001). Τέλος, και οι δύο ομάδες φαίνεται ότι στιγματίζονται με βάση παρόμοιες, κοινωνικά διαδεδομένες, αντιλήψεις. Αρκετά χρόνια πριν, τόσο η ομοφυλοφιλία, όσο και η ψυχική ασθένεια, αξιολογούνταν με βάση ηθικά κριτήρια.

Μεταγενέστεροι ορισμοί

Scheff & Link. Τα τελευταία χρόνια έχουν διατυπωθεί αρκετοί εναλλακτικοί ορισμοί του στίγματος, οι οποίοι είναι βασισμένοι στον αρχικό ορισμό του Goffman και παραμένουν προσανατολισμένοι στην κοινωνικής διάστασης της έννοιας. Συνολικά, ο όρος στίγμα αναφέρεται σήμερα στις κοινωνικές διαστάσεις της διαφορετικότητας, όπως αυτές προκύπτουν από ένα στιγματιστικό χαρακτηριστικό.

Ο Scheff (1966) ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ψυχική ασθένεια ορίζεται μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο και χρειάζεται να περιγραφεί σε σχέση με τις κοινωνικές διαδικασίες της απόκλισης από το κοινωνικό σύνολο και της παραβίασης κανόνων. Πιο συγκεκριμένα, ο Scheff (1966) υποστήριξε ότι η «απόκλιση» ορίζεται από την πλειοψηφία του κοινωνικού συνόλου, ενώ η παραβίαση των κανόνων αναφέρεται στη συμπεριφορά που λειτουργεί έξω από το πλαίσιό τους. Τα ΑμΣΨΔ συχνά εμφανίζονται να παραβιάζουν τέτοιους κανόνες συμπεριφοράς εξαιτίας οργανικών, περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων.

Από τη στιγμή που στο άτομο αποδίδεται η ετικέτα της ψυχικής νόσου είναι πιθανό το άτομο να την αποδεχτεί ως τη μοναδική εναλλακτική του και στη συνέχεια να αναπτύξει ένα νέο κοινωνικό ρόλο, αυτόν του ψυχικά ασθενή. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τον Scheff, η ψυχική ασθένεια αποτελεί μία κοινωνική κατασκευή και η ετικέτα είναι αυτή που ωθεί το άτομο να αναλαμβάνει έναν αποκλίνοντα ρόλο.

Η πρώτη αυτή προσέγγιση του Scheff (1966) ξεκίνησε μία μεγάλη επιστημονική συζήτηση γύρω από την επίδραση και τις επιπτώσεις της ετικέτας της ψυχικής νόσου και οδήγησε στη διατύπωση της **θεωρίας της ετικετοποίησης** (*labeling theory*) (Link, 1982· Scheff, 1974), σύμφωνα με την οποία τα άτομα που φέρουν την ετικέτα¹ της ψυχικής ασθένειας αποτελούν το αντικείμενο του στίγματος και της διάκρισης. Η αρχική κριτική γύρω από τη συγκεκριμένη θεωρία αναφερόταν στο γεγονός ότι η αποκλίνουσα

συμπεριφορά των ΑμΣΨΔ -και όχι η ετικέτα- ήταν η πηγή της αρνητικής στάσης του γενικού πληθυσμού (Gove, 1982· Huffine & Clausen, 1979· Lehman *et al.*, 1976).

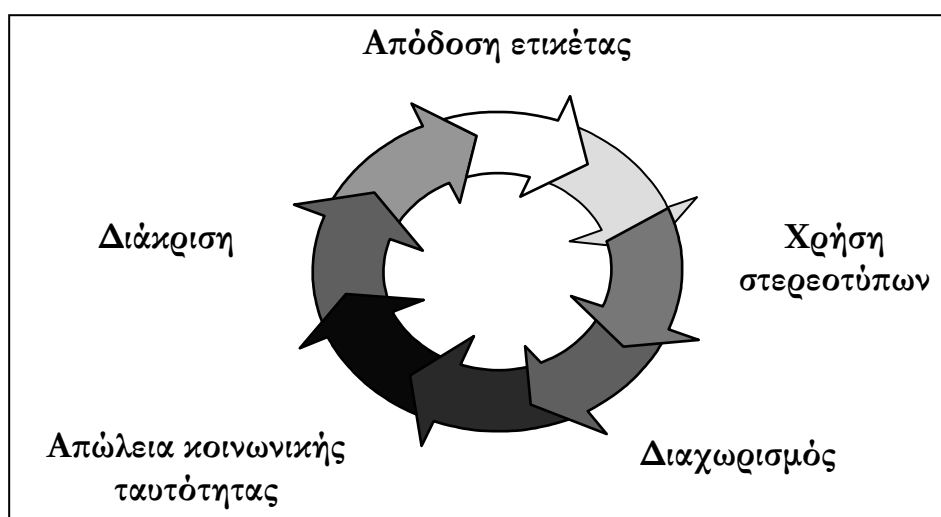
Η συγκεκριμένη κριτική οδήγησε τους Link *et al.* (1987, 1989) στη διατύπωση της **τροποποιημένης θεωρίας ετικετοποίησης** (*modified labeling theory*) (Γράφημα 4), σύμφωνα με την οποία, η ετικέτα της ψυχικής νόσου σχετίζεται με αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις οι οποίες με τη σειρά τους επιδεινώνουν την πορεία της νόσου των συγκεκριμένων ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι Link *et al.* (1987, 1989) περιγράφουν σαν πρώτο στάδιο του στιγματισμού την παρατήρηση συγκεκριμένων διαφορών μεταξύ των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο και την απόδοση μίας ετικέτας που προσδιορίζει τις συγκεκριμένες διαφορές. Στη συνέχεια, με βάση ορισμένες κυρίαρχες πολιτισμικές αντιλήψεις, τα άτομα στα οποία έχουν αποδοθεί οι ετικέτες, συνδέονται με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά, δηλ. με αρνητικά στερεότυπα. Αυτό έχει σαν επακόλουθο την τοποθέτηση των συγκεκριμένων ατόμων σε ξεχωριστές ομάδες, με στόχο την επίτευξη κάποιου βαθμού διαχωρισμού «αυτών» από «εμάς» και τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν την απώλεια κοινωνικού στάτους και τη διάκριση.

Παράλληλα, σύμφωνα με τους Link και Phelan (2002), ο στιγματισμός είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την κοινωνική, οικονομική και πολιτική ισχύ², γεγονός που επιτρέπει την επισήμανση της διαφορετικότητας, την κατασκευή των στερεοτύπων, το διαχωρισμό των ατόμων στα οποία έχουν αποδοθεί οι ετικέτες και στη συνέχεια την απόρριψη, τη μη αποδοχή και τη διάκριση απέναντί τους. Έτσι, υποστηρίζουν ότι ο όρος *στίγμα* αναφέρεται αποκλειστικά στις περιπτώσεις όπου η απόδοση ετικετών, η χρήση στερεοτύπων, ο διαχωρισμός, η απώλεια κοινωνικού στάτους και η διάκριση συνυπάρχουν μέσα σε ένα πλαίσιο επικράτησης των κοινωνικά, οικονομικά ή/και πολιτικά ισχυρών, το οποίο επιτρέπει την ανάπτυξή τους.

Σαν αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής, τα στιγματισμένα άτομα γίνονται αποδέκτες διαφόρων μορφών διάκρισης, με τις συνακόλουθες κοινωνικές συνέπειες (Link *et al.*, 1997· Link & Phelan, 2001). Ο Sartorius (2001) περιγράφει τη συγκεκριμένη διαδικασία ως τον «φαύλο κύκλο του στίγματος» και υποστηρίζει ότι δεν λειτουργεί μόνο μέσω των ΑμΣΨΔ και των οικογενειών τους, αλλά επηρεάζει, τόσο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όσο και την ψυχιατρική έρευνα.

Γράφημα 3

Σχηματική αναπαράσταση της τροποποιημένης θεωρίας ετικετοποίησης



Σημείωση. Από το «Conceptualizing stigma» των Link, B.G. & J.C. Phelan, 2001, Annual Review of Sociology, 27, 363-85.

Το σύνολο των ερευνών στις οποίες έχει μελετηθεί η επίδραση της ετικέτας της ψυχικής νόσου στις στάσεις της κοινότητας έχουν δείξει ότι η ετικέτα της ψυχικής νόσου σχετίζεται με αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τα ΑμΣΨΔ (Link *et al.*, 1982, 1983, 1986, 1987a, 1987b, 1989, 1991), μεγαλύτερη επιθυμητή κοινωνική απόστασή από αυτά (Bag, Yilmaz, & Kirpinar, 2006) και με συμπεριφορές διάκρισης (Angermeyer & Matschinger, 2003a, 2004a· Ingamells, Goodwin, & John, 1996· Magliano *et al.*, 2004· Lauber *et al.*, 2004· Martin, Pescosolido & Tuch, 2000).

Crocker, Major & Steele. Σύμφωνα με τους Crocker, Major και Steele (1998), καθώς το στίγμα αναπτύσσεται μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο σχέσεων και αλληλεπιδράσεων, χρειάζεται να περιγράφεται σε τρεις διαστάσεις: την *προοπτική*, την *ταυτότητα* και τις *αντιδράσεις* (Γράφημα 5).

Η διάσταση της *προοπτικής* αναφέρεται στο διαφορετικό τρόπο με τον οποίο το στίγμα γίνεται αντιληπτό από το άτομο που στιγματίζει και από το άτομο που στιγματίζεται. Η αναγνώριση των διαφορών στην αντίληψη και τη βίωση του στίγματος και του στιγματισμού μεταξύ των δύο αποτελεί ένα από τα βασικότερα θέματα στη μελέτη του στίγματος. Οι διαφορετικές ανάγκες, στόχοι και κίνητρα μεταξύ των δύο καθορίζουν το διαφορετικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τις πληροφορίες (Deaux & Major, 1987· Swann, 1987), αλλά και τις διαφορετικές αποδόσεις αιτιών που κάνουν για τις ίδιες συμπεριφορές (Jones & Nisbett, 1971). Οι διαφορές αυτές στην προοπτική επηρεάζουν τους κοινωνικούς ρόλους των ατόμων των δύο ομάδων, τον τρόπο με τον οποίο προσαρμόζονται και χειρίζονται αυτούς τους ρόλους, αλλά και την ανάπτυξη των προσωπικών και των ομαδικών ταυτοτήτων (Dovidio, Major, & Crocker, 2000). Η δεύτερη διάσταση αναφέρεται στην *ταυτότητα*, η οποία ορίζεται πάνω σε μία συνεχή γραμμή, με την αποκλειστικά ατομική ταυτότητα στο ένα άκρο και την ομαδική ταυτότητα και την ένταξη στην ομάδα, στο άλλο. Η τρίτη διάσταση αναφέρεται στις *αντιδράσεις*, δηλ. στον τρόπο με τον οποίο, τόσο το άτομο που στιγματίζει όσο και το άτομο που στιγματίζεται, αντιδρούν απέναντι στο στίγμα και τις συνέπειές του. Οι αντιδράσεις είναι δυνατό να αξιολογηθούν σε γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

Ένα παράδειγμα περιγραφής του στίγματος στις τρεις αυτές διαστάσεις είναι αυτό του διαφορετικού τρόπου βίωσής του από τα ΑμΣΨΔ. Σύμφωνα με μαρτυρίες των ίδιων των ΑμΣΨΔ, η διαβίωση σε μία κοινωνία που υιοθετεί στιγματιστικές αντιλήψεις προκαλεί την εσωτερικευση των αντιλήψεων αυτών στα άτομα που στιγματίζονται και οδηγεί στην παραδοχή ότι αξιολογούνται ως

κατώτερα κοινωνικά άτομα λόγω της ψυχιατρικής τους διάγνωσης (Link, 1987· Link & Phelan, 2001). Η γνωστική αντίδραση σε αυτό μπορεί να είναι σκέψεις, όπως «Έχουν δίκιο. Δεν μπορώ να φροντίσω μόνος/η μου τον εαυτό μου», η συναισθηματική αντίδραση να είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση των ΑμΣΨΔ, η οποία έχει παρατηρηθεί σε μεγάλο ποσοστό (Corrigan, 1998· Holmes & River, 1998) και η συμπεριφορική αντίδραση να είναι ο δισταγμός να αναζητήσει το ΑμΣΨΔ εργασία ή να επιδιώξει να ζήσει αυτόνομα, δραστηριότητες στις οποίες υπό άλλες συνθήκες θα μπορούσε να εμπλακεί με επιτυχία (Link, 1982· 1987). Ωστόσο, άλλες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι αντί να νιώθουν μειωτικά λόγω του στιγματισμού τους, κάποια ΑμΣΨΔ αντιδρούν με θυμό απέναντι στη προκατάληψη που βιώνουν (Corrigan, 1999· Deegan, 1990· Rogers *et al.*, 1997), γεγονός που τα καθιστά περισσότερο κινητοποιημένα και με πιο ενεργητικό ρόλο σε ό,τι αφορά στη θεραπεία τους (Corrigan & Watson, 2002). Ενδεχομένως, η βίωση του στιγματισμού να ενεργοποιεί ψυχολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι «αντιδρούν» στην απειλή της ταυτότητας του ΑμΣΨΔ ενισχύοντας τη θετική αίσθηση του εαυτού και κατ' επέκταση της ομάδας στην οποία ανήκουν. Τέλος, έχει περιγραφεί και μία τρίτη κατηγορία ΑμΣΨΔ, τα οποία παραμένουν αδιάφορα απέναντι στο στιγματισμό τους και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην επηρεάζεται η αυτοεκτίμησή τους. Η αντίδραση των συγκεκριμένων ατόμων φαίνεται να επηρεάζεται από το βαθμό στον οποίο νιώθουν ότι ανήκουν στην ομάδα των ΑμΣΨΔ. Συνήθως, τα άτομα που δεν αντιδρούν στο στιγματισμό είναι άτομα τα οποία δεν υιοθετούν την ταυτότητα της ομάδας των ΑμΣΨΔ (Corrigan, 2005).

Επιπλέον, οι Crocker, Major και Steele (1998) αναφέρουν ότι και τα στιγματιστικά χαρακτηριστικά χρειάζεται να περιγράφονται σε τρεις διαστάσεις: (α) στη διάσταση της *ορατότητας*, η οποία αναφέρεται στο πόσο εμφανές είναι το χαρακτηριστικό, (β) στη διάσταση της *ελεγχιμότητας*, η οποία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό μπορεί να

ελεγχθεί από το άτομο που το φέρει και (γ) στη διάσταση της *επίπτωσης*, η οποία αναφέρεται στις συνέπειες που μπορεί να έχει για τα άτομα που στιγματίζουν η κοινωνική αλληλεπίδραση με τα μέλη της ομάδας που στιγματίζεται. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, οι στιγματιστικές στάσεις είναι περισσότερο έντονες στις περιπτώσεις όπου τα στιγματιστικά χαρακτηριστικά είναι περισσότερο ορατά, θεωρούνται να είναι υπό τον έλεγχο των ατόμων που τα φέρουν και εμπνέουν φόβο μεταφέροντας στοιχεία κινδύνου (Arboleda-Flórez, 2003).

Ορατότητα. Η ορατότητα του στιγματιστικού χαρακτηριστικού καθορίζει το βαθμό στον οποίο τα άτομα που στιγματίζονται αποδίδουν τις αντιδράσεις των άλλων απέναντί τους στο στιγματιστικό τους χαρακτηριστικό (Kleck & Strenta, 1980). Ένα εμφανές στιγματιστικό χαρακτηριστικό είναι πιθανό να δημιουργήσει αμφιθυμία στο άτομο που στιγματίζεται αναφορικά με την απόδοση των αιτιών αρνητικών αντιδράσεων προς το πρόσωπό του, καθώς δεν γνωρίζουν αν οι αντιδράσεις αυτές σχετίζονται με την προκατάληψη προς αυτό ή όχι (Crocker *et al.*, 1991). Επιπλέον, η ορατότητα του στιγματιστικού χαρακτηριστικού επηρεάζει τον τρόπο που τα άτομα που στιγματίζονται διαχειρίζονται το στιγματισμό τους (Miller & Major, 2000), την προσπάθεια που καταβάλουν για να το κρύψουν (Smart & Wegner, 2000) καθώς και το βαθμό στον οποίο συγκρίνουν τη δική τους περίπτωση με αυτές άλλων ατόμων που στιγματίζονται (Dovidio, Major, & Crocker, 2000).

Ελεγχσιμότητα. Η θεωρία της απόδοσης αιτιών συμπεριφοράς (*attribution theory*) παρέχει το ερμηνευτικό πλαίσιο για το ρόλο της διάστασης της ελεγχσιμότητας στο στιγματισμό συγκεκριμένων ομάδων. Η θεωρία της απόδοσης αιτιών συμπεριφοράς, μία από τις κοινωνικές-γνωστικές θεωρίες οι οποίες έχουν φανεί ιδιαίτερα χρήσιμες στην κατανόηση του στίγματος και της διάκρισης απέναντι στα ΑμΣΨΔ, παρέχει ένα πλαίσιο κατανόησης και ερμηνείας των ανθρωπίνων κινήτρων και συναισθημάτων, με βάση την υπόθεση ότι τα άτομα κάνουν γνωστικές εκτιμήσεις για την κατανόηση των γεγονότων, οι οποίες

περιλαμβάνουν, τόσο τα αίτια, όσο και τις επιπτώσεις που αυτά μπορεί να έχουν για τα ίδια τα άτομα (Weiner, 1980, 1983, 1985, 1993, 1995). Κατ' επέκταση, η θεωρία της απόδοσης αιτιών συμπεριφοράς εστιάζεται στον εντοπισμό των παραμέτρων που επηρεάζουν τις γνωστικές αυτές εκτιμήσεις.

Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν σε δύο σημαντικές παραμέτρους: την *δυνατότητα ελέγχου* (σε ποιο βαθμό είναι το άτομο ή κάποιοι εξωγενείς παράγοντες, όπως το περιβάλλον ή το βιολογικό υπόβαθρο, υπεύθυνα για μία συγκεκριμένη ασθένεια) και τη *σταθερότητα* των αιτιών υπεύθυνων για την εκδήλωση της νόσου (σε ποιο βαθμό αναμένεται η συγκεκριμένη ασθένεια να αλλάξει και το άτομο να παρουσιάσει βελτίωση με την πάροδο του χρόνου) (Weiner, 1993, 1995). Σύμφωνα με τη θεωρία του Wiener (1996), τόσο η δυνατότητα, όσο και η απόδοση προσωπικής ευθύνης σχετίζονται με συγκεκριμένες συναισθηματικές αντιδράσεις. Για παράδειγμα, τα άτομα που θεωρούνται ότι έχουν τη δυνατότητα ελέγχου της κατάστασής τους είναι πιθανότερο να θεωρηθούν υπεύθυνα για αυτή και να αντιμετωπιστούν με θυμό (Corrigan *et al.*, 2005· Dooley, 1995· Graham, Weiner, & Zucker, 1997· Reizenzein, 1986· Rush, 1998· Schmidt & Wiener, 1988· Weiner, Graham, & Chandler, 1982· Weiner, Perry, & Magnusson, 1988), ενώ αντίθετα στην περίπτωση που δεν θεωρούνται υπεύθυνα για την κατάσταση τους είναι πιθανότερο να αντιμετωπιστούν με οίκτο (Corrigan *et al.*, 2005· Dooley, 1995· Reizenzein, 1986· Schmidt & Wiener, 1988· Weiner, Graham, & Chandler, 1982· Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Η σχέση αυτή φαίνεται να ισχύει και στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας (Lin, 1993· Menec & Perry, 1998· Schwarzer & Weiner, 1991· Weiner, Perry, & Magnusson, 1988).

Η απόδοση αιτιών συμπεριφοράς που σχετίζονται με την δυνατότητα ελέγχου αντικατοπτρίζουν συχνά διατυπωμένες ανησυχίες γύρω από τις ψυχώσεις, τις διαταραχές που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών και άλλες ψυχικές ασθένειες (Brockington *et al.*, 1993· Farina, 1998· Taylor & Dear,

1980). Η απόδοση αιτιών που σχετίζονται με την σταθερότητα αντικατοπτρίζουν ανησυχίες γύρω από την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών θεραπευτικά και την δυνατότητα αποθεραπείας των συγκεκριμένων ασθενών (Corrigan & Penn, 1997).

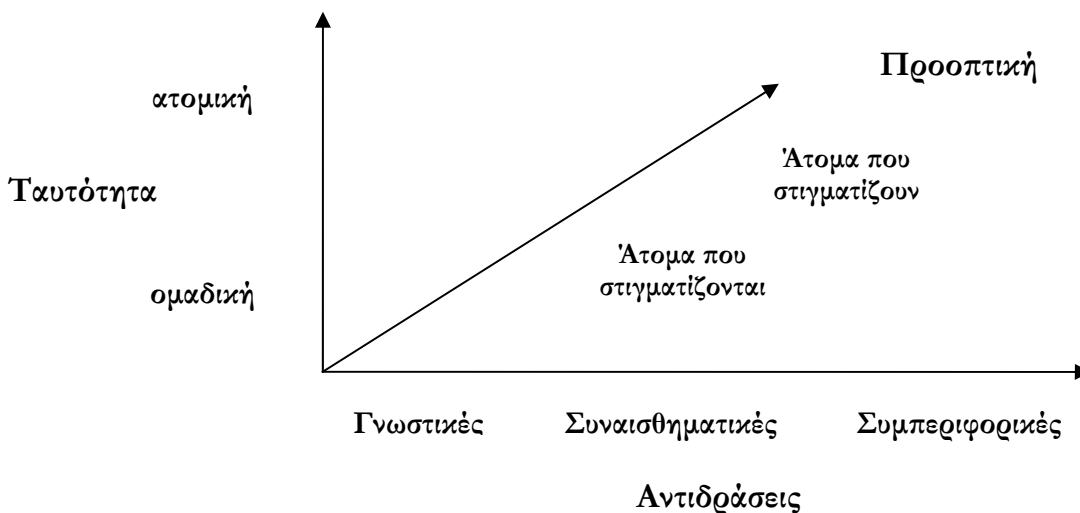
Στην έρευνα των Weiner, Perry και Magnusson (1988) παρατηρήθηκε ότι ο γενικός πληθυσμός αξιολογεί τα ΑμΣΨΔ (όπως και τους ασθενείς με AIDS και τους χρήστες ουσιών) να έχουν μεγαλύτερη προσωπική ευθύνη για την ασθένειά τους και χειρότερη πρόγνωση και αναφέρθηκε ότι δεν άξιζαν αισθήματα συμπάθειας συγκριτικά με άλλες ομάδες ασθενών, όπως ασθενείς με Αλτσχάιμερ, τύφλωση, καρκίνο, καρδιοπάθεια ή παραπληγία. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν προκύψει και από άλλες έρευνες και διαμορφώνεται η άποψη ότι γενικά τα ΑμΣΨΔ αντιμετωπίζονται από το γενικό πληθυσμό σαν να έχουν καλύτερο έλεγχο της κατάστασής τους σε σχέση με άλλες ομάδες ασθενών (π.χ. Corrigan *et al.*, 1998, 2000, 2005· Crandall & Moriarty, 1995· Link, 1993· Piner & Kahle, 1984· Socall & Holtgraves, 1992· Weiner, 1988, 1995). Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν τα ΑμΣΨΔ ικανά να ελέγξουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, κυρίως λόγω της αδυναμίας τους να κατανοήσουν πλήρως την ασθένεια τους (Amador *et al.*, 1991· Corrigan, Liberman, & Engel, 1990).

Επίπτωση. Η διάσταση της επίπτωσης αναφέρεται στις συνέπειες που μπορεί να έχει για τα άτομα που στιγματίζουν η κοινωνική αλληλεπίδραση με τα μέλη της ομάδας που στιγματίζεται. Εξελικτικοί επιστήμονες επισημαίνουν ότι υπάρχουν κοινά στοιχεία μεταξύ των πολιτισμών αναφορικά με τα χαρακτηριστικά που στιγματίζονται. Τα χαρακτηριστικά αυτά υποδηλώνουν ότι τα στιγματισμένα άτομα: (α) δεν είναι αξιόπιστα για κοινωνική συνδιαλλαγή, (β) φέρουν παρασιτικές λοιμώξεις, ή (γ) ανήκουν σε μία ομάδα η οποία μπορεί να εκμεταλλευτεί τα μέλη άλλων ομάδων για ίδιο όφελος (Kurzban & Leary 2001· Neuberg, Smith, & Asher, 2000, Park, Faulkner, & Schaller, 2003). Οι τρεις αυτές κατηγορίες χαρακτηριστικών που σχετίζονται

με το στιγματισμό είναι πολύ κοντά στην κατηγοριοποίηση του Goffman (1963) (βλ. Ενότητα *Η έννοια του στίγματος – Ο ορισμός του Goffman*). Στην περίπτωση των ΣΨΔ, η διάσταση της επίπτωσης μπορεί να ερμηνεύσει το καθοριστικό ρόλο που φαίνεται να παίζει το στερεότυπο της επικινδυνότητας των ΑμΣΨΔ στην ενίσχυση του ψυχιατρικού στίγματος (βλ. Ενότητα *Στερεότυπα- Το στερεότυπο της επικινδυνότητας*).

Γράφημα 4

Η τρεις διαστάσεις μελέτης του στίγματος



Σημείωση. Από το: «Stigma: Introduction and Overview» των Dovidio, J.F., Major, B., & Crocker, J., 2000, στο *The Social Psychology of Stigma*, των T.F. Heathertone, et al., σελ. 1-28.

Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή

Μία από τις βασικές παραδοχές στο πλαίσιο της Κοινωνικής Ψυχολογίας και της Κοινωνιολογίας του στίγματος είναι ότι οι διαδικασίες κοινωνικής σύγκρισης εμφανίζονται σε όλα τα κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια. Επιπλέον, πολλά από τα μηνύματα που τα άτομα προσλαμβάνουν από το κοινωνικό τους περιβάλλον είναι τόσο κυρίαρχα ώστε μεγάλο μέρος της

διαδικασίας αντίληψης του κοινωνικού περιβάλλοντος λαμβάνει χώρα με έναν αυτοματοποιημένο, ασυνείδητο τρόπο. Στην πραγματικότητα λοιπόν, η αντιμετώπιση του στίγματος είναι πολύ πιθανό να απαιτεί την αναίρεση διαδικασιών που συμβαίνουν αυτόματα.

Σήμερα, η οπτική μέσα από την οποία προσεγγίζεται ο στιγματισμός έχει αλλάξει ριζικά και σχετίζεται με την καθολικότητα της κοινωνικής σύγκρισης και της διαδικασίας του στιγματισμού και τη σαφή σχέση μεταξύ κοινωνικής δύναμης και στίγματος. Με άλλα λόγια, ο στιγματισμός περιγράφεται να είναι ενσωματωμένος σε καθημερινές *ψυχολογικές λειτουργίες* (π.χ. την τάση για κατηγοριοποίηση), *κοινωνικές διαδικασίες* (π.χ. την ενδο-ομαδική και τη διομαδική αναγνώριση) και *δομικές μεταβλητές* (π.χ. άνιση κοινωνική δύναμη και δικαιοσύνη) (Hinshaw, 2007).

Η έννοια του στίγματος ως κοινωνική κατασκευή έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία κυρίως σε σχέση με τα *στερεότυπα*, την *προκατάληψη* και τη *διάκριση*. Τα στερεότυπα μεταφέρουν τη γνωστική διάσταση της διαφορετικότητας μεταξύ των ομάδων, σύμφωνα με την οποία τα μέλη των άλλων ομάδων αντιμετωπίζονται με καθαρά κατηγορικό τρόπο προκειμένου να γίνει η διάκριση από τα μέλη της αρχικής ομάδας. Η προκατάληψη αντίθετα αναφέρεται στη συναισθηματική διάσταση της διαφοροποίησης αυτής, με βάση την οποία τα μέλη άλλων ομάδων απαξιώνονται. Η διάκριση αναφέρεται στις συμπεριφορικές αντιδράσεις και ιδιαίτερα σε αυτές που περιορίζουν τα δικαιώματα των μελών άλλων ομάδων. Μία πρώτη εκτίμηση θα μπορούσε να είναι ότι τα στερεότυπα, η προκατάληψη και η διάκριση έχουν μία γραμμική σχέση μεταξύ τους, δηλ. τα στερεότυπα οδηγούν σε στερεοτυπικές αντιλήψεις και αυτές σε συμπεριφορές διάκρισης. Στην πραγματικότητα, η σχέση μεταξύ των τριών εννοιών είναι αρκετά πιο σύνθετη, υποδηλώνοντας την ύπαρξη πολύπλοκων μηχανισμών (Dovidio, Major, & Crocker, 2000).

Στερεότυπα

Ορισμός & χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τον πρώτο ορισμό του Lippmann (1922), τα στερεότυπα είναι «εικόνες στο μυαλό», απλοποιημένες νοητικές εικόνες σχετικές με τα χαρακτηριστικά των ομάδων και τις αναμενόμενες ενέργειες των μελών τους. Πιο σύγχρονοι ορισμοί που προέρχονται από το χώρο της Κοινωνικής Ψυχολογίας περιγράφουν τα στερεότυπα ως γνωστικές δομές, οι οποίες κατασκευάζονται από την πλειονότητα των μελών μίας κοινωνικής ομάδας και περιλαμβάνουν γνώσεις, πεποιθήσεις και προσδοκίες για τα μέλη άλλων κοινωνικών ομάδων και αποτελούν μία μέθοδο κατηγοριοποίησης πληροφοριών που αφορούν σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες (Augoustinos, Ahrens, & Innes, 1994· Hamilton & Troler, 1986· Hilton & von Hippel, 1996· Judd & Park, 1993). Το κύριο χαρακτηριστικό των στερεοτύπων είναι η επιλεκτική αντίληψη μέσω της οποίας τα μέλη άλλων ομάδων κατηγοριοποιούνται και η οποία μεγεθύνει τις διαφορές μεταξύ των ομάδων («εμείς και αυτοί») και αμφισβητεί τις διαφορές μέσα στην ομάδα (Townsend, 1979). Ένα στερεότυπο θεωρείται πως «είναι σε ισχύ» όταν τα μέλη μίας ομάδας τονίζουν, τόσο τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα σε αυτά και τα μέλη μιας άλλης ομάδας, όσο και τις ομοιότητες που υπάρχουν μεταξύ των μελών της ομάδας στην οποία ανήκουν (Παπαστάμου, 1989). Τέλος, τα στερεότυπα θεωρούνται «κοινωνικά», καθώς αντιπροσωπεύουν επιλεγμένες απόψεις σχετικές με τις διάφορες ομάδες και «χρήσιμα» καθώς διευκολύνουν τους ανθρώπους να σχηματίζουν άποψη μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα και να έχουν συγκεκριμένες προσδοκίες από τα άτομα που ανήκουν στην κάθε ομάδα (Hamilton & Sherman, 1994).

Τα στερεότυπα συχνά συνθέτουν τα φυσικά χαρακτηριστικά των μελών των ομάδων με τα τυπικά τους ενδιαφέροντα, τους στόχους, τις δραστηριότητες που προτιμούν, κ.ά. (Andersen & Klatzky, 1987· Brewer, 1988· Deaux & Lewis, 1983, 1984). Από την άλλη πλευρά, τα στερεότυπα συνήθως προχωρούν πέρα από εκτιμήσεις σχετικά με την εμφάνιση των μελών της

ομάδας ή το πως λειτουργούν και συνήθως αφορούν σε εκτιμήσεις σχετικά με το ποια είναι τα μέλη της ομάδας, δηλ. τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τα οποία πιστεύεται ότι έχουν κοινά, καθώς και τα συναισθήματα που τα μέλη της ομάδας γεννούν στους άλλους (Smith & Mackie, 1995).

Τα στερεότυπα των ψυχικών διαταραχών. Τα ευρέως διαδομένα στερεότυπα που αφορούν στα ΑμΣΨΔ περιλαμβάνουν: (α) την επικινδυνότητα και την απρόβλεπτη συμπεριφορά των ΑμΣΨΔ, (β) την προσωπική τους ευθύνη για την κατάστασή τους και (γ) την αδυναμία τους, να συνεισφέρουν στο κοινωνικό σύνολο (Brockington, *et al.*, 1993· Corrigan *et al.*, 2000· Taylor & Dear, 1980). Τα στερεότυπα αυτά εμφανίζονται ιδιαίτερα διαδεδομένα, τόσο στις ΗΠΑ (Link, 1987· Rabkin, 1974, 1980· Roman & Floyd, 1981) όσο και στην Ευρώπη (Bhugra, 1989· Hamre, Dahl, & Malt, 1994· Madianos *et al.*, 1987). Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, ένα μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού είναι ενήμερο για την ύπαρξη των στερεοτύπων γύρω από την ψυχική ασθένεια (Bhugra, 1989· Link, 1987).

Το στερεότυπο της επικινδυνότητας. Το στερεότυπο της επικινδυνότητας των ΑμΣΨΔ φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην ενίσχυση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών (Penn & Martin, 1998). Αρκετοί ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει το στερεότυπο της επικινδυνότητας των ΑμΣΨΔ ως το βασικό στοιχείο για την κατανόηση και των άλλων στερεοτύπων (Angermeyer & Matschinger, 1996b· Brockington *et al.*, 1993· Penn & Martin, 1998), καθώς αυτό συχνά συνδέεται και με άλλα στερεότυπα των ψυχικών διαταραχών (π.χ. το στερεότυπο της απρόβλεπτης συμπεριφοράς).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, τα ΑμΣΨΔ (και ιδιαίτερα τα ΑμΣ) θεωρούνται επικίνδυνα από το γενικό πληθυσμό (Angermeyer, & Matschinger, 1996b, 2003, 2004c· Appleby & Wessely,

1988· Crisp *et al.*, 2000· Gaebel & Baumann, 2003· Gerbner, 1998· Levinson & York, 1974· Link *et al.*, 1987· 1999a,b· Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000· Pescosolido *et al.*, 1999· Stuart & Arboleda-Flórez, 2001), ενώ το συγκεκριμένο στερεότυπο φαίνεται να είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο και στα παιδιά (Wolff *et al.*, 1996c).

Οι Pescosolido *et al.* (1999) παρατήρησαν ότι το στερεότυπο της επικινδυνότητας των ΑμΣΨΔ έχει ενισχυθεί τα τελευταία 30 χρόνια, ενώ σύμφωνα με τους Phelan *et al.* (2000) διπλάσιος αριθμός Αμερικανών θεωρεί τα ΑμΣΨΔ επικίνδυνα συγκριτικά με 40 χρόνια νωρίτερα. Στη δεκαετία του 1950, οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπιζόνταν στιγματιστικά και το στίγμα σχετιζόταν με το φόβο της απρόβλεπτης και βίαιης συμπεριφοράς (Brennan, 1964· Veroff, Douvan, & Kulka, 1981). Την περίοδο εκείνη, αυτό είχε συσχετιστεί με τη μη-επιστημονική κατανόηση των ψυχικών διαταραχών. Άτομα που συμμετείχαν σε έρευνες της εποχής, εμφανίζονταν κατά κανόνα να μην μπορούν να αναγνωρίσουν τα ΑμΣΨΔ μέσα από βινιέτες, ενώ παράλληλα το ευρύ κοινό εμφανιζόταν να μην είναι σε θέση να διακρίνει την ψυχική διαταραχή από τη συνηθισμένη δυσθυμία και ανησυχία, αλλά μπορούσε να αναγνωρίσει ως συμπτώματα ψυχικών διαταραχών μόνο τις ακραίες μορφές συμπεριφοράς. Οι απαντήσεις στο γιατί σήμερα -που και η πληροφόρηση αλλά και η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών έχουν βελτιωθεί σημαντικά- η πλειονότητα του γενικού πληθυσμού υιοθετεί το στερεότυπο της επικινδυνότητας των ΑμΣ, είναι δύο: Κάποιοι υποστηρίζουν ότι σχετίζεται με πραγματικά γεγονότα, ενώ άλλοι θεωρούν ότι οφείλεται στο στίγμα των ψυχικών διαταραχών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλου μέρους των σχετικών ερευνών, τα στερεότυπα που συνοδεύουν τα ΑμΣΨΔ χαρακτηρίζονται συχνά από ανακρίβεια ή/και υπερβολή. Αυτή είναι και η περίπτωση του στερεοτύπου της επικινδυνότητας των ΑμΣΨΔ (βλ. Τσαλίκιου, 1987, 2007).

Συγκεκριμένα, ενώ ερευνητικά δεδομένα πριν από το 1990 έδειχναν ότι το ποσοστό των επικίνδυνων ατόμων ήταν περίπου το ίδιο ανάμεσα στον ψυχιατρικό και το γενικό πληθυσμό (Barnes & Toews, 1983· Baron & Piasecki, 1981· Greenley, 1984), μεταγενέστερες έρευνες, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν αρκετοί διαφορετικοί ερευνητικοί σχεδιασμοί και μετρήσεις, έχουν δείξει ότι γενικά (δηλ. χωρίς να ληφθούν υπόψη συγκεκριμένοι παρεμβαλλόμενοι παράγοντες) τα ΑμΣΨΔ είναι πιθανότερο να συμπεριφερθούν βίαια συγκριτικά με άτομα από το γενικό πληθυσμό, αλλά η πιθανότητα αυτή είναι σχετικά μικρή (Cirincione *et al.*, 1992· Eronen *et al.*, 1996· Grossman *et al.*, 1995· Hodgins *et al.*, 1996· Link, Andrews, & Cullen, 1992· Monahan, 1992· Mulvey, 1994· Swanson *et al.*, 1990· Torrey, 1994). Από την άλλη πλευρά, η Torrey (1994) παρατήρησε τρεις παράγοντες με βάση τους οποίους ήταν δυνατή η πρόβλεψη της βίαιης συμπεριφοράς των ψυχικά ασθενών: η χρήση ουσιών, η μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και το προηγούμενο ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, στην περίπτωση των ΑμΣ, τα οποία θεωρούνται ιδιαίτερα επικίνδυνα (Link *et al.*, 1987, 1999a,b), η ψυχική νόσος δε σχετίστηκε με αυξημένη βίαιη συμπεριφορά, όταν εξετάστηκε σε άτομα τα οποία δεν κάνουν χρήση ουσιών (Steadman *et al.*, 1998). Επιπλέον, η έρευνα των Bland *et al.* (1998) στον Καναδά, έδειξε ότι η ψυχική ασθένεια μεταξύ των φυλακισμένων εμφανίζεται συχνότερα συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, ενώ οι Taylor & Gunn (1999) παρατήρησαν ότι οι ψυχικά ασθενείς ήταν πολύ περισσότεροι μεταξύ των ατόμων που είχαν διαπράξει δολοφονίες στη Βρετανία και την Ουαλία, αλλά η αναλογία δολοφονιών που καταλογίζονταν σε ψυχικά ασθενείς παρουσίαζε μικρή, αλλά σταθερή, μείωση από το 1957 έως το 1995.

Στην ερώτηση αν τα συγκεκριμένα ερευνητικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τον φόβο του πληθυσμού απέναντι στα ΑμΣΨΔ, η απάντηση είναι αρνητική. Ένας από τους λόγους είναι το γεγονός ότι οι έρευνες στις οποίες έχει μελετηθεί η επικινδυνότητα των ΑμΣΨΔ χαρακτηρίζονται από

σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα (Eronen, Angermeyer, & Schulze, 1998· Hodgins, 1998· Taylor, 1998· Walsh, Buchanan, & Fahy, 1998· Wessely *et al.*, 1994). Παράλληλα, ακριτοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επικινδυνότητα που σχετίζεται με τις σοβαρές ψυχικές παθήσεις είναι περιορισμένη, συγκριτικά με την αυτή που σχετίζεται με άλλους παράγοντες, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το ιστορικό βιαιότητας, για τους οποίους ο γενικός πληθυσμός δεν είναι ενήμερος (Γσαλίκου, 2007). Επιπλέον, με δεδομένο το γεγονός ότι οι ψυχικές παθήσεις αφορούν σε ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού, η επικινδυνότητα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια φαίνεται να ερμηνεύει ένα πολύ μικρό ποσοστό της βίας που εκδηλώνεται σε χώρες όπως οι ΗΠΑ (Swanson, 1993· Swanson & Holzer, 1991). Τέλος, μεγάλος όγκος σχετικών ερευνών έχει επιβεβαιώσει ότι στην περίπτωση που τα ΑμΣΨΔ παρακολουθούν, τόσο βιολογική όσο και ψυχοκοινωνική θεραπεία, τα ποσοστά βίαιων συμπεριφορών μειώνονται σημαντικά (Economou, Palli, & Falloon, 2005).

Τα στερεότυπα των ΣΨΔ & τα ΜΜΕ. Τα τελευταία 30 χρόνια έχει διεξαχθεί μεγάλος αριθμός ερευνών γύρω από τη σχέση μεταξύ των ΜΜΕ και των στερεοτύπων που συνοδεύουν τις ΣΨΔ. Συνολικά, τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων ερευνών έχουν δείξει ότι η επιρροή που ασκούν τα ΜΜΕ στις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού σε συνδυασμό με το βαθμό έκθεσης του κοινού στα ΜΜΕ καθιστούν τα ΜΜΕ μία από τις σημαντικότερες πηγές επιρροής στις αναπτυγμένες χώρες (Edney, 2004).

Καθώς οι περισσότερες έρευνες έχουν δείξει ότι τα ΜΜΕ αποτελούν μία από τις βασικότερες πηγές πληροφόρησης γύρω από θέματα ψυχικής υγείας (Borinstein, 1992· Coverdale, Nairn, & Claasen, 2002· Granello, Pauley, & Carmichael, 1999· Kalafatelis & Dowden, 1997· Philo, 1994· Schulze & Angermeyer, 2005) είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο τα ΑμΣΨΔ παρουσιάζονται στα ΜΜΕ. Σχετικές έρευνες, το

μεγαλύτερο μέρος των οποίων έχει διεξαχθεί στις ΗΠΑ, δείχνουν ότι τα ΜΜΕ παρουσιάζουν κυρίως αρνητικές και ανακριβείς περιγραφές και εικόνες της ψυχικής ασθένειας και των ΑμΣΨΔ (π.χ. Berlin & Malin, 1991· Day & Page, 1986· Diefenbach, 1997· Gerbner, 1980· Matas *et al.*, 1986· Philo *et al.*, 1994· Stout & Villegas, 2000· Wahl, 1995· Wahl & Harman, 1989· Wahl, Wood & Richards, 2002). Επιπλέον, σε μεγάλο αριθμό ερευνών είχε καταγραφεί η σύνδεση μεταξύ αρνητικών απεικονίσεων της ψυχικής νόσου στα ΜΜΕ και αρνητικών αντιλήψεων του κοινού απέναντι στα ΑμΣΨΔ (Coverdale, Nairn, & Claasen, 2002· Cutcliffe & Hannigan, 2001· Diefenbach, 1997· Olstead, 2002· Rose, 1998· Wahl, 1995· Wahl & Roth, 1982· Wilson *et al.*, 1999).

Αυτό που επίσης παρατηρείται στον τρόπο που η ψυχική νόσος απεικονίζεται στα ΜΜΕ αφορά στο γεγονός ότι συχνά παραλείπεται η διάγνωση των ατόμων στα οποία γίνεται αναφορά, είτε πρόκειται για ψυχαγωγικό είτε για τηλεοπτικό πρόγραμμα, και οι αναφορές σε αυτά είναι αρκετά γενικές. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η έλλειψη διάγνωσης επιτρέπει στο κοινό να γενικεύει τις απεικονίσεις που παρακολουθεί σε όλα τα ΑμΣΨΔ (Coverdale, Nairn, & Claasen, 2002· Wilson *et al.*, 1999).

Το στερεότυπο της επικινδυνότητας & τα ΜΜΕ. Το στερεότυπο της επικινδυνότητας είναι αυτό που φαίνεται να συντηρείται ή/και να ενισχύεται περισσότερο μέσα από τα ΜΜΕ (Torrey, 1994), καθώς καταγράφονται συνεχείς αναφορές στη σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας, επικινδυνότητας και εγκληματικότητας (Coverdale, Nairn & Claasen, 2002· Cutcliffe & Hannigan, 2001· Day & Page, 1986· Matas *et al.*, 1986· Olstead, 2002· Wahl & Roth, 1982· Williams & Taylor, 1995· Wilson *et al.*, 1999). Ο Diefenbach (1997), σε μία ανάλυση περιεχομένου των τηλεοπτικών προγραμμάτων, παρατήρησε ότι οι απεικονίσεις των ατόμων που είτε αναφέρονταν ως ψυχικά ασθενείς είτε η ψυχική νόσος υπονοείτο, συνδέονταν με κάποιο τρόπο με

εγκληματικές ενέργειες. Οι Dubin και Fink (1992), για παράδειγμα, παρατήρησαν ότι το 77% των ΑμΣΨΔ παρουσιάζονται στην τηλεόραση ως επικίνδυνα σε ζώνες υψηλής τηλεθέασης, ενώ οι Wilson *et al.* (2000) ανέφεραν ότι οι στιγματιστικές αναφορές στην ψυχική ασθένεια εμφανίζονταν τουλάχιστον στα μισά από τα τηλεοπτικά προγράμματα που μελέτησαν, τα οποία απευθύνονταν σε παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών. Ο Signorielli (1989) παρατήρησε ότι το 72,1% των χαρακτήρων που παρουσιάζονταν ως ΑμΣΨΔ σε προγράμματα υψηλής τηλεθέασης εμπλέκονταν στον τραυματισμό ή τη δολοφονία άλλων ανθρώπων, ενώ τα ΑμΣΨΔ εμφανίζονταν περίπου 10 φορές πιο βίαια από τους υπόλοιπους τηλεοπτικούς χαρακτήρες και 10-20 φορές πιο βίαια σε διάστημα τηλεοπτικής προβολής διάρκειας δύο εβδομάδων από ότι τα ΑμΣΨΔ στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ σε διάστημα ενός έτους.

Παράλληλα, οι Angermeyer και Matchinger (1996b), αναφέρουν ότι οι βίαιες επιθέσεις σε δημόσια πρόσωπα που είχαν καταγραφεί το 1990 στην Γερμανία και οι οποίες είχαν αποδοθεί από τα ΜΜΕ σε ανθρώπους που είχαν χαρακτηριστεί ως ψυχικά ασθενείς είχε φανεί να σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά στο γενικό πληθυσμό επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από άτομα με ψυχική νόσο, ενώ τα ποσοστά δεν είχαν φανεί να μειώνονται ακόμα και δύο χρόνια αργότερα.

Οι Francis *et al.* (2001) παρουσίασαν τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών γύρω από την απεικόνιση της ψυχικής υγείας στα ΜΜΕ, την οποία διεξήγαγε η κυβέρνηση της Αυστραλίας. Οι έρευνες, οι οποίες αφορούσαν στην ανάλυση, τόσο στοιχείων ειδησεογραφίας όσο και ψυχαγωγικών προγραμμάτων, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ΜΜΕ προωθούν αρνητικά στερεότυπα και πιο συγκεκριμένα συνδέουν την ψυχική νόσο με τη βία. Όσον αφορά στις εφημερίδες, ενώ ο αριθμός των άρθρων που αναφέρονται στην επικίνδυνη ή εγκληματική συμπεριφορά των ΑμΣΨΔ δείχνει να μειώνεται, ένα 30% των άρθρων συνεχίζει να εστιάζει στην επικινδυνότητα (Wahl, 2002). Παρόμοια είναι η εικόνα όσον αφορά στον κινηματογράφο (Hyler, Gabberd,

& Schneider, 1991· Rosen & Walter, 2000· Rosen *et al.*, 1997· Wilson *et al.*, 1999), ενώ ενδεικτικές του περιεχομένου των ταινιών είναι και οι αφίσες που τις συνοδεύουν (Εικόνα 1).

Εικόνα 1

Οι αφίσες επιλεγμένων κινηματογραφικών ταινιών, οι οποίες ενισχύουν το στερεότυπο της επικινδυνότητας των ΑμΣΨΔ.



Προκατάληψη

Στην προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου του στιγματισμού και του μηχανισμού διαμόρφωσης των στιγματιστικών αντιλήψεων έχουν διατυπωθεί αρκετές διαφορετικές απόψεις. Πιο συγκεκριμένα, οι διαφορετικές προσεγγίσεις στην κατεύθυνση αυτή μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες: σε αυτές που δίνουν έμφαση στο *συναίσθημα*, τα *κίνητρα* ή τις *γνωστικές διεργασίες* (Ottati, Bodenhausen, & Newman, 2005).

Συναίσθημα. Οι προσεγγίσεις που περιγράφουν το συναίσθημα ως κεντρική διάσταση της προκατάληψης θεωρούν την προκατάληψη προϊόν αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων. Για παράδειγμα, τα αρνητικά στερεότυπα και οι συμπεριφορές διάκρισης απέναντι στα ΑμΣΨΔ απορρέουν από τα αρνητικά συναισθήματα προς τα συγκεκριμένα άτομα. Η συγκεκριμένη προσέγγιση έχει δεχτεί κριτική (Ottati, 1996, 2001), η οποία αφορά κυρίως στο βαθμό στον οποίο η γνωστική διεργασία περιγράφεται να έχει ένα μεσολαβητικό ρόλο στη διαδικασία (Isbell & Ottati, 2002), καθώς έχουν περιγραφεί μοντέλα στα οποία η συναισθηματική και η γνωστική διεργασία αποτελούν δύο ανεξάρτητα συστήματα (Murphy, Monahan, & Zajonc, 1995· Zajonc, 1980). Σύμφωνα με τα μοντέλα αυτά, η συναισθηματική αντίδραση ως απάντηση σε ένα ερέθισμα είναι δυνατό να προκύπτει χωρίς να μεσολαβεί κάποια γνωστική διεργασία. Ένα τέτοιο μοντέλο είναι αυτό της κλασικής εξάρτησης, σύμφωνα με το οποίο η προκατάληψη απέναντι στα μέλη μίας ομάδας διαμορφώνεται μέσα από εμπειρίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης με αυτά, στις οποίες απωθητικά χαρακτηριστικά συσχετίζονται με τη συγκεκριμένη ομάδα. Στην περίπτωση της προκατάληψης απέναντι στα ΑμΣΨΔ, η κλασική εξάρτηση είναι πιθανό να παίζει ένα σημαντικό ρόλο, τόσο μέσω της προσωπικής εμπειρίας (π.χ. παιδιά που παρατηρούν τους γονείς τους να δυσανασχετούν στην παρουσία ΑμΣΨΔ στο περιβάλλον τους) όσο και μέσω των ΜΜΕ (π.χ. απεικόνιση ΑμΣΨΔ ως επικίνδυνα).

Αρκετά κοντινό σε αυτό το μοντέλο, είναι το μοντέλο της λανθασμένης απόδοσης της συναισθηματικής κατάστασης των ατόμων στο ερέθισμα και όχι στο πλαίσιο στο οποίο το ερέθισμα παρουσιάζεται (Ottati & Isbell, 1996· Ottati & Wyer, 1993· Schwarz & Clore, 1996). Για παράδειγμα, ενώ ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο τα ΑμΣΨΔ παρουσιάζονται στα ΜΜΕ θα μπορούσε να σχετίζεται με τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα, η απόδοση των συναισθημάτων αυτών γίνεται στα ίδια τα ΑμΣΨΔ. Στο πλαίσιο του συγκεκριμένου μοντέλου δίνεται έμφαση στο γεγονός ότι τα άτομα συχνά δεν είναι ενήμερα για την πραγματική αιτία της συναισθηματικής τους αντίδρασης. Στο παράδειγμα της δυσανασχέτησης των γονέων στην παρουσία ενός ΑμΣΨΔ στο περιβάλλον τους, τα παιδιά αποδίδουν λανθασμένα τη δική τους αρνητική αντίδραση, όχι στην αντίδραση των γονέων, αλλά στις ενέργειες των ΑμΣΨΔ.

Και τα δύο ερμηνευτικά μοντέλα προτείνουν ότι η συναισθηματική αντίδραση, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα αρνητικών ερεθισμάτων από το περιβάλλον, μπορεί να προκαλέσει αρνητικές αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ. Υπάρχουν όμως δύο σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων. Η πρώτη αναφέρεται στο γεγονός ότι στην περίπτωση του μοντέλου της κλασικής εξάρτησης απαιτείται επαναλαμβανόμενη συσχέτιση μεταξύ των ερεθισμάτων και των αρνητικών αντιδράσεων, γεγονός που προϋποθέτει συστηματική κοινωνική αλληλεπίδραση των ατόμων με ΑμΣΨΔ. Η δεύτερη διαφορά αφορά στο μοντέλο της λανθασμένης απόδοσης της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου, σύμφωνα με το οποίο η λανθασμένη απόδοση γίνεται μέσω μίας γνωστικής διεργασίας. Κατά συνέπεια, στην περίπτωση που διευκρινιστεί στο άτομο ποια είναι η πραγματική πηγή της συναισθηματικής του αντίδρασης, τότε πιθανά θα μπορούσε να εμποδιστεί η λανθασμένη απόδοση (Schwarz & Clore, 1983). Η παρατήρηση αυτή θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά στο πλαίσιο παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του στίγματος, όπου θα γινόταν σαφές ότι η αρνητική συναισθηματική αντίδραση

απέναντι στα ΑμΣΨΔ δε σχετίζεται με τα ίδια τα άτομα, αλλά με το πλαίσιο στο οποίο παρουσιάζονται ή συναντώνται.

Κίνητρα & Γνωστικές Διεργασίες. Οι προσεγγίσεις που αναφέρουν το κίνητρο ως κεντρική διάσταση της προκατάληψης περιγράφουν την προκατάληψη να καλύπτει συναισθηματικές ανάγκες. Ένα μοντέλο στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης αφορά στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται οι κοινωνικές ανισότητες και στην ανάγκη να αντιλαμβάνονται τα άτομα τον κόσμο ως δίκαιο (και κατ' επέκταση ασφαλές). Η αντίληψη ότι «τα άσχημα πράγματα συμβαίνουν σε κακούς ανθρώπους» ενισχύει στους ανθρώπους αντιλήψεις γύρω από την ευθύνη των ατόμων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Lerner, 1980). Μέσα από το συγκεκριμένο μοντέλο είναι δυνατό να ερμηνευτούν οι αντιλήψεις που πηγάζουν από το αρκικά διαδεδομένο στερεότυπο της προσωπικής ευθύνης των ΑμΣΨΔ για την κατάσταση τους (Ottati, Bodenhausen, & Newman, 2005).

Δύο ακόμα προσεγγίσεις για την κατανόηση των προσδιοριστικών παραγόντων της προκατάληψης αναφέρονται στην *αυταρχικότητα* και την *επιθυμία κοινωνικής επικράτησης*. Και οι δύο προσεγγίσεις στηρίζονται στην υπόθεση ότι η προκατάληψη θα απευθύνεται σε μέλη ομάδων με χαμηλότερο κοινωνικό status. Καθώς τα ΑμΣΨΔ αποτελούν μία τέτοια ομάδα αναμένεται ότι η προκατάληψη προς αυτά είναι δυνατό να ερμηνευτεί στο συγκεκριμένο πλαίσιο.

Η αυταρχικότητα, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, σχετίζεται με στοιχεία όπως η αυστηρή τήρηση των κοινωνικών κανόνων, άκαμπτη σκέψη και επιθετικότητα προς τα άτομα που ξεφεύγουν από τις κοινωνικές νόρμες (Adorno *et al.*, 1950). Παρά το γεγονός ότι η ψυχολογική βάση της συσχέτισης μεταξύ αυταρχικότητας και προκατάληψης δεν είναι ακόμα ξεκάθαρη, αρκούντως είναι οι έρευνες στις οποίες η σχέση μεταξύ των δύο

έχει καταγραφεί (Ducitt, 1993· Haddock, Zanna, & Esses, 1993· Peterson, Doty, & Winter, 1993).

Η επιθυμία κοινωνικής επικράτησης αναφέρεται σε άτομα τα οποία υποστηρίζουν τη σπουδαιότητα της ιεραρχικής κοινωνικής δομής, στο πλαίσιο της οποίας υπάρχει διαφορά στην κοινωνική εξουσία και δύναμη μεταξύ μελών διαφορετικών ομάδων. Παράλληλα, τα άτομα αυτά υιοθετούν πρακτικές οι οποίες επιτρέπουν σε προνομιούχα άτομα της κοινωνικής αυτής δομής να έχουν μία δεσπόζουσα θέση στην κοινωνία. Αυτό αποτελεί και τη βάση της προκατάληψης απέναντι σε ασθενέστερες κοινωνικά ομάδες, όπως είναι τα ΑμΣΨΔ (Pratto & Cathey, 2002). Μέσα από συγκεκριμένες ενέργειες που στερούν από τα άτομα των ασθενέστερων ομάδων σημαντικές κοινωνικές δυνατότητες, η διαφορά δύναμης ενισχύεται και αυτό αποτελεί και επιχείρημα για την υιοθέτηση ακόμα περισσότερων πρακτικών που ενισχύουν τις διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Τέλος, σύμφωνα με τη *θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας*, τα μέλη κάθε ομάδας έχουν την ανάγκη να διατηρούν μία θετική αίσθηση για την κοινωνική τους ταυτότητα (Tajfel, 1981· Tajfel & Turner, 1986). Η ανάγκη αυτή επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται και εκτιμούν τα μέλη άλλων ομάδων. Στην περίπτωση των ΑμΣΨΔ, προκειμένου να διατηρήσουν αυτή τη θετική αίσθηση, τα μέλη των άλλων ομάδων έχουν την τάση να αξιολογούν με αρνητικό τρόπο τα ΑμΣΨΔ. Παρά το γεγονός ότι στην περίπτωση της συγκεκριμένης θεωρίας τονίζεται το κίνητρο των ατόμων, γνωστικές διεργασίες παίζουν σημαντικό ρόλο.

Η βασικότερη έννοια, στο πλαίσιο της κατανόησης της προκατάληψης μέσω των γνωστικών διεργασιών, είναι αυτή της *κατηγοριοποίησης* (Allport, 1954· Tajfel, 1969). Μέσω της κατηγοριοποίησης, τα άτομα καταφέρνουν να κατανοήσουν καλύτερα το περιβάλλον τους αλλά και να λειτουργούν αποτελεσματικά μέσα σε αυτό (Taylor, 1981· Wilder, 1986), καθώς τους παρέχει άμεσα χρήσιμες πληροφορίες και παράλληλα τους επιτρέπει να

αγνοούν περιττά στοιχεία (Bruner, 1957). Ωστόσο, η διαδικασία της κοινωνικής κατηγοριοποίησης δημιουργεί και σοβαρές δυσκολίες, καθώς κάνει τα μέλη συγκεκριμένων ομάδων να μοιράζονται μία σειρά χαρακτηριστικών, κάτι που δε θα συνέβαινε αν δεν είχαν κατηγοριοποιηθεί στην ίδια ομάδα (Tajfel & Wilks, 1963). Στην περίπτωση των ΑμΣΨΔ, τα οποία κατηγοριοποιούνται στις επιμέρους ομάδες με κριτήριο τη διάγνωσή τους, «μοιράζονται» στην αντίληψη του γενικού πληθυσμού, τα αρνητικά χαρακτηριστικά που στερεοτυπικά τους αποδίδονται. Σε αυτήν την περίπτωση, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ΑμΣΨΔ επισκιάζονται και εξελίσσεται η διαδικασία στιγματισμού τους.

Διάκριση

Η έννοια της διάκρισης αναφέρεται στην άνιση μεταχείριση, η οποία σχετίζεται με την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκουν τα άτομα. Η διάκριση μπορεί να προέρχεται από μεμονωμένα άτομα, την οικογένεια, την κοινότητα ή το έθνος. Όταν αυτό συμβαίνει, τα δικαιώματα των ατόμων που ανήκουν στη συγκεκριμένη ομάδα περιορίζονται σημαντικά.

Σύμφωνα με τον Corrigan (2004), το φάσμα των συμπεριφορών διάκρισης που περιλαμβάνονται στο στίγμα των ψυχικών διαταραχών μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: (α) *στέρηση βοήθειας*, γιατί για παράδειγμα τα ΑμΣΨΔ θεωρούνται υπεύθυνα για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, (β) *κοινωνική αποφυγή*, καθώς τα ΑμΣΨΔ θεωρούνται επικίνδυνα, (γ) *διαχωρισμός*, με στόχο τα ΑμΣΨΔ να βρίσκονται υπό τον έλεγχο άλλων ανθρώπων, καθώς θεωρούνται ανίκανα και επικίνδυνα και (δ) *επιβολή*, όπως για παράδειγμα δικαστικές αποφάσεις με βάση την πεποίθηση ότι τα ΑμΣΨΔ είναι ανίκανα να λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν στη ζωή τους (Corrigan *et al.*, 2002).

Ιδιαίτερη έμφαση αναφορικά με τη διερεύνηση των συμπεριφορών διάκρισης δίνεται σε ομάδες που κατέχουν θέσεις ισχύος στην κοινωνία, όπως

π.χ. εργοδότες, ή επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και της δικαιοσύνης. Οι λόγοι για τους οποίους αυτό είναι σημαντικό είναι κυρίως δύο. Ο ένας αναφέρεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι που κατέχουν αυτές τις θέσεις λαμβάνουν αποφάσεις που επηρεάζουν τις κοινωνικές δυνατότητες των ΑμΣΨΔ, ενώ ο άλλος σχετίζεται με το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι άνθρωποι είναι περισσότερο πιθανό –λόγω θέσης- να στηρίζονται σε στερεότυπα που αφορούν τη συγκεκριμένη ομάδα κατά τη λήψη αποφάσεων (Fiske, 1993).

Οι στάσεις και οι συμπεριφορές των ανθρώπων που κατέχουν θέσεις ισχύος επηρεάζονται σημαντικά από τις αρχές των οργανισμών στους οποίους εργάζονται, οι οποίοι και θέτουν τις προδιαγραφές των θέσεων που εκείνοι/ες κατέχουν (Link & Phelan, 2001· Oliver & Shapiro, 1995). Οι συγκεκριμένες αρχές συχνά οδηγούν στον περιορισμό της πρόσβασης σε αγαθά, υπηρεσίες, παροχές και ευκαιρίες σε μειονοτικές κοινωνικές ομάδες, όπως είναι τα ΑμΣΨΔ (Jones, 2000).

Τα χαρακτηριστικά του στίγματος

Σύμφωνα με τον Hinshaw (2007), κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά του στίγματος, τα οποία σχετίζονται άμεσα με το στιγματισμό των ΑμΣΨΔ είναι τα εξής:

Διεισδυτικότητα. Τα στερεότυπα που αφορούν απαξιωμένες ομάδες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στο πλαίσιο κάθε κοινωνίας. Με δεδομένη τη μεγάλη επιρροή των μέσων μαζικής επικοινωνίας στη σύγχρονη κοινωνία - αλλά ακόμα και μέσα από τη λογοτεχνία και τη μυθολογία σε λιγότερο αναπτυγμένες κοινωνίες – παρατηρείται σημαντικός βαθμός συμφωνίας αναφορικά με τις φυλετικές, τις θρησκευτικές και άλλες ομάδες, οι οποίες απαξιώνονται και απομονώνονται. Τα παιδιά μαθαίνουν τα στερεότυπα αυτά από πολύ μικρή ηλικία, κάτι που αποδεικνύει τη δύναμη της διάδοσής τους. Ακόμα και άτομα τα οποία δεν υιοθετούν στερεοτυπικές αντιλήψεις που

αφορούν μία στιγματισμένη ομάδα (συμπεριλαμβανόμενων και εκείνων που ανήκουν σε μία άλλη απαξιωμένη ομάδα) συνήθως είναι ενήμερα για την ύπαρξή τους στην κοινωνία (Crocker, Major, & Steele, 1998· Devine, 1989). Αυτό που φαίνεται να διαφοροποιεί τη στάση τους είναι το σε ποιο βαθμό πιστεύουν τις στερεοτυπικές αυτές αντιλήψεις (Major & O' Brien, 2005).

Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι τα στερεότυπα που αφορούν συγκεκριμένες απαξιωμένες ομάδες είναι τόσο διαδεδομένα μέσα στην κοινωνία ώστε ενεργοποιούνται αυτόματα όταν συναντάται ένα μέλος αυτής της ομάδας. Ακόμα και στην περίπτωση που τα άτομα δεν έχουν απόλυτη ενημερότητα της στερεοτυπικής αντίδρασής τους, η αυτόματη ενεργοποίηση των αρνητικών στερεοτύπων συνοδεύεται από συγκεκριμένες συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις (Fiske, 1998). Ενώ είναι αρχειτές οι έρευνες αναφορικά με την ασυνείδητη εφαρμογή των στερεοτύπων και της προκατάληψης στην περίπτωση του φυλετικού στιγματισμού, περιορισμένες παραμένουν οι αντίστοιχες πληροφορίες για την περίπτωση του στιγματισμού των ΑμΣΨΔ (π.χ. Teachman, Wilson, & Komarovskaya, 2006).

Από την άλλη πλευρά, αρχειτά από τα μοντέλα που αφορούν στα στερεότυπα περιγράφουν δύο διαδοχικά στάδια: το στάδιο της ενεργοποίησης (*κατηγοριοποίηση*) και το στάδιο της εφαρμογής των στερεοτύπων και προτείνουν ένα σαφή διαχωρισμό μεταξύ των δύο (Brewer, 1988· Fiske & Neuberg, 1990· Gilbert & Hixon, 1991). Πιο συγκεκριμένα, η ενεργοποίηση των στερεοτύπων θεωρείται αναγκαία, αλλά όχι ικανή συνθήκη για τη χρήση τους. Τα στερεότυπα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αν δεν έχουν προηγούμενα ενεργοποιηθεί από κάποια στοιχεία/χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το χρώμα του δέρματος, η «διαίτερη» εμφάνιση ή/και η διαφορετική συμπεριφορά, ενώ η ενεργοποίηση αυτή θεωρείται ότι συμβαίνει αυτόματα. Προκειμένου, όμως, να ολοκληρωθεί η διαδικασία, το άτομο θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τα ενεργοποιημένα στερεότυπα στην αξιολόγησή του (*εφαρμογή του στερεοτύπου*), κάτι το οποίο θεωρείται ότι υπόκειται στον

έλεγχου του ατόμου. Αρκετές είναι οι έρευνες στις οποίες έχει φανεί ότι η χρήση των στερεοτύπων είναι δυνατό να περιοριστεί υπό προϋποθέσεις (π.χ. Devine, 1989· Kruglanski & Freund, 1983· Monteith, 1993· Neuberg & Fiske, 1987). Οι συγκεκριμένες έρευνες βασίστηκαν στην εκτίμηση ότι μπορεί να ελεγχθεί η εφαρμογή των στερεοτύπων, αλλά όχι η ενεργοποίησή τους.

Παράλληλα, υπάρχουν θεωρίες, σύμφωνα με τις οποίες ακόμα και αυτόματες διαδικασίες, όπως η ενεργοποίηση των στερεοτύπων, «μπαίνουν» σε λειτουργία κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις (Anthony & Graham, 1985, Bargh, 1994), ενώ σχετικές έρευνες έχουν υποστηρίξει τη συγκεκριμένη υπόθεση (π.χ. Blair & Banaji, 1996· Gilbert & Hixon, 1991). Κατά συνέπεια, φαίνεται να υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η ύπαρξη των στερεοτύπων στο γενικό πληθυσμό δε συνεπάγεται αυτόματα και τη χρήση τους, με σκοπό την αρνητική εκτίμηση ή τη συμμετοχή σε ενέργειες που προβάλλουν την προκατάληψη και προωθούν την κοινωνική διάκριση (Jussim, Nelson, & Manis, 1995). Για παράδειγμα, το γεγονός ότι τα άτομα δεν είναι ενήμερα για την αυτόματη επιρροή στη συμπεριφορά τους, είναι πιθανό να αποδίδουν λανθασμένα τη στερεοτυπική τους αντίδραση σε προφανείς ή φαινομενικά δικαιολογημένες αιτίες, όπως είναι τα χαρακτηριστικά της ομάδας ή του ατόμου στόχου (Banaji & Greenwald, 1995· Bargh, 1992· Jacoby & Kelley, 1992· Nisbett & Wilson, 1977).

Αμφιθυμία. Η αμφιθυμία¹ που χαρακτηρίζει το στιγματισμό σχετίζεται με το γεγονός ότι οι αντιδράσεις απέναντι στη διαφορετικότητα είναι ιδιαίτερα περίπλοκες και ισορροπούν ανάμεσα στη συμπόνια από την μία πλευρά και την αυστηρή κριτική από την άλλη. Τα περισσότερα (αν όχι όλα) τα μέλη της σύγχρονης κοινωνίας έχουν δύο –συχνά αντικρουόμενες- αξίες: αυτή της *ισονομίας*, σύμφωνα με την οποία όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα και ευκαιρίες μέσα σε μία κοινωνία, και αυτή του *ατομικισμού*, σύμφωνα με την

¹ Βλ. Hebl, Tickle, & Heatherton (2000) για λεπτομερή ανάλυση της αμφιθυμίας που χαρακτηρίζει την επαφή με μέλη στιγματισμένων κοινωνικών ομάδων.

οποία οι ατομική προσπάθεια είναι αυτή που καθορίζει την εξέλιξη των ανθρώπων μέσα σε αυτή. Σαν συνέπεια αυτού, τα μέλη στιγματισμένων κοινωνικών ομάδων γίνονται αντιληπτά, τόσο ως μειονεκτούντα και χωρίς προσωπική ευθύνη για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, όσο και ως παρεκκλίνοντα με πρωταρχική ευθύνη για την προβληματική τους συμπεριφορά ή τα χαρακτηριστικά τους. Καθώς οι δύο αυτές αντιλήψεις είναι πιθανό να συνυπάρχουν, η αμφιθυμία συχνά παρατηρείται και έχει ως αποτέλεσμα και τη συμπάθεια αλλά ταυτόχρονα και την απόρριψη, γεγονός που κάνει τις αντιδράσεις απέναντι στα στιγματισμένα άτομα ασταθείς. Επιπλέον, είναι πιθανό να χρειάζεται μόνο ένα μικρό ερέθισμα για να αλλάξει μία αρχικά θετική αντίδραση απέναντι σε ένα άτομο σε αρνητική (ή και το αντίστροφο). Η πολυπλοκότητα αυτή δυσχεραίνει σημαντικά όχι μόνο τις έρευνες διερεύνησης του φαινομένου του στιγματισμού, αλλά και τις προσπάθειες αντιμετώπισής του. Παρ' όλα αυτά, το γεγονός ότι παρατηρείται σε ένα αρχικό στάδιο η συμπόνια για τα μέλη στιγματισμένων κοινωνικών ομάδων είναι ελπιδοφόρο, καθώς παρέχει ένα σημείο εκκίνησης για τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στον περιορισμό του στιγματισμού.

Τέλος, μία σχετική παρατήρηση αφορά και στην απόκλιση ανάμεσα στη στάση και τη συμπεριφορά απέναντι σε στιγματισμένα άτομα. Πιο συγκεκριμένα, λόγω της αμφιθυμίας που γεννάται κατά την επαφή με τα συγκεκριμένα άτομα, είναι πιθανό να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της στάσης (π.χ. σε σχετικές έρευνες τα άτομα μπορεί να αναφέρουν θετική στάση απέναντι στα ΑμΣΨΔ) και της συμπεριφορικής αντίδρασης (π.χ. τα ίδια άτομα δεν θα έδιναν δουλειά ή δεν θα νοίκιαζαν το διαμέρισμά τους σε ένα ΑμΣΨΔ). Το φαινόμενο της απόκλισης μεταξύ της εκφραζόμενης στάσης και της πραγματικής συμπεριφοράς έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έχει πραγματοποιηθεί αναφορικά με αυτό (π.χ. Krauss, 1995).

Άγχος. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων που στιγματίζονται και των ατόμων που στιγματίζονται συνοδεύεται συχνά από άγχος και για τις δύο πλευρές. Στην περίπτωση των ατόμων που στιγματίζονται, η εκτίμηση ότι τα άτομα μίας στιγματισμένης ομάδας μπορεί να είναι εχθρικά ή απειλητικά γεννά άγχος κατά την αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων των δύο ομάδων (Cocker *et al.*, 1998· Hebl *et al.*, 2000). Είναι επίσης πιθανό ένα άτομο που επιθυμεί να αντιμετωπίσει ένα μέλος μίας στιγματισμένης ομάδας με αποδοχή, να μη γνωρίζει τον τρόπο -ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία επαφής με άλλα μέλη της συγκεκριμένης ομάδας- και αυτό επίσης να γεννά άγχος.

Στην περίπτωση των ατόμων που στιγματίζονται -ιδιαίτερα αν το στίγμα δεν γίνεται άμεσα αντιληπτό- το άγχος είναι πιθανό να συνοδεύει την κοινωνική αλληλεπίδραση. Το άγχος αυτό μπορεί να σχετίζεται είτε με την πιθανότητα αποκάλυψης του στιγματιστικού χαρακτηριστικού είτε με την επακόλουθη απόρριψη. Στην πραγματικότητα, στην περίπτωση που ένα άτομο έχει βιώσει τη διάκριση είναι πιθανό να βρίσκεται σε εγρήγορση μπροστά στην πιθανότητα να βιώσει νέα απόρριψη κάνοντας νέες επαφές, γεγονός που σχετίζεται με έντονο άγχος (Major & O'Brien, 2005). Συνολικά, το άγχος φαίνεται να χαρακτηρίζει τόσο τα άτομα που στιγματίζονται όσο και τα άτομα που στιγματίζονται, ενώ είναι πιθανό να είναι ιδιαίτερα έντονο στην περίπτωση που το στιγματιστικό χαρακτηριστικό δεν γίνεται άμεσα αντιληπτό, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ψυχικών διαταραχών.

Αυτό-υποτίμηση & Ντροπή. Στο μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας που αφορά στα άτομα που στιγματίζονται, η αυτό-υποτίμηση και η ντροπή θεωρούνται φυσικά επακόλουθα του στιγματισμού. Ο συλλογισμός που συνοδεύει αυτήν την παραδοχή είναι ότι η χρόνια βίωση απόρριψης και διάκρισης οδηγεί αναπόφευκτα στην εσωτερίκευση των αρνητικών αποδόσεων (γνωστό ως *enacted stigma*), με αποτέλεσμα τη βίωση του συναισθήματος της ντροπής (Scrabler & Hopkins, 1990). Η περιγραφή της ντροπής ως «μία

επίπονη συναισθηματική κατάσταση η οποία προκύπτει από το αίσθημα ότι το άτομο έχει κάνει κάτι κακό ή ανήθικο ή ανάρμοστο» (Erllich *et al.*, 1980, σελ. 835) αναδεικνύει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την κοινωνική διάσταση της ζωής, η οποία οδηγεί στην αυτό-υποτίμηση στην περίπτωση που το άτομο δεν ανταποκρίνεται στα κοινωνικά ή τα ηθικά πρότυπα (Hinshaw, 2007). Αντίθετα, η περιγραφή του στίγματος με τους όρους της σύγχρονης κοινωνικής ψυχολογίας - δηλαδή ως μία έννοια η οποία συνδέεται με καθημερινές κοινωνικές γνωστικές και διαπροσωπικές διαδικασίες – συνδέει το στίγμα με ένα ευρύ φάσμα αντιδράσεων στα άτομα που στιγματίζονται. Έχουν καταγραφεί, για παράδειγμα, αρκετοί μηχανισμοί οι οποίοι βοηθούν το άτομο που στιγματίζεται να διατηρεί την αυτοεκτίμησή του (Crocker & Major, 1989· Crocker *et al.*, 1998· Dovidio *et al.*, 2000· Major, Kaiser, & McCoy, 2003· Twenge & Crocker, 2002).

Ωστόσο, στην περίπτωση των Αμ.Σ.Ψ.Δ η μειωμένη αυτοεκτίμηση και το αίσθημα της ντροπής εμφανίζονται πολύ συχνά. Ένας από τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό είναι τα ίδια τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου, τα οποία πολλές φορές περιλαμβάνουν το καταθλιπτικό συναίσθημα, την κοινωνική απομόνωση και την τάση αυτομομφής. Στη μείζωνα κατάθλιψη, για παράδειγμα, κάποια από τα κύρια συμπτώματα είναι η ενοχή και η απόδοση προσωπικής ευθύνης για τα αρνητικά γεγονότα που βιώνει το άτομο. Η ντροπή αποτελεί ένα στοιχείο της ίδιας της νόσου. Παράλληλα, η ίδια η εξέλιξη μίας σοβαρής ψυχικής διαταραχής είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική για το άτομο σε διάφορα επίπεδα (π.χ. κοινωνικό, οικονομικό, κλπ.) και η ντροπή είναι ένα συναίσθημα το οποίο τη συνοδεύει. Με άλλα λόγια, στην περίπτωση που η νοητική κατάσταση ή η προσωπικότητα ενός ατόμου σχετίζονται με το στιγματισμό του, το άτομο είναι πολύ πιθανό να βιώνει ανάλογα συναισθήματα (Hinshaw, 2007).

Η αιτιολογία του στιγματισμού

Σύμφωνα με τον Haghigat (2001), τα αίτια του στιγματισμού είναι δυνατό να διακριθούν σε *δομικά, ψυχολογικά, εξελικτικά και οικονομικά*.

Δομικά αίτια. Οι δομικές πηγές αναφέρονται στην ικανότητα των ατόμων για «ανακριβή» κοινωνική αντίληψη και επεξεργασία πληροφοριών. Όταν, για παράδειγμα, κανείς συναντά ένα άτομο με σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να παρατηρήσει την «παράξενη» συμπεριφορά και εμφάνιση ή τα θετικά εξωτερικά χαρακτηριστικά που το συγκεκριμένο άτομο μπορεί να έχει; Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι η αυθόρμητη αντίδραση στη θέα ενός τέτοιου ατόμου είναι η παρατήρηση των «παράξενων» χαρακτηριστικών του (Haghigat, 2001).

Έχει παρατηρηθεί ερευνητικά ότι ο εγκέφαλος δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα σε αρνητικές εκτιμήσεις και μικρότερη βαρύτητα σε θετικές (π.χ. Kanouse & Hanson, 1972), ενώ τείνει να συσχετίζει αρνητικά γεγονότα -τα οποία είναι σπανιότερα από τα ουδέτερα ή τα θετικά- με άτομα που συναντά σπανιότερα, όπως είναι τα μέλη των μειονοτήτων σε μία κοινότητα (Hamilton & Sherman, 1989· Stroessner & Mackie, 1993). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι όταν ο εγκέφαλος είναι υπερφορτωμένος με πληροφορίες είναι πιθανότερο να αξιολογήσει τα επαναλαμβανόμενα δείγματα μίας συμπεριφοράς ενός ατόμου ως αντιπροσωπευτικά δείγματα συμπεριφοράς της ομάδας στην οποία ανήκει (π.χ. Rothbart *et al.*, 1978).

Έτσι, για παράδειγμα, τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια βίας ενός ή περισσότερων ατόμων με κάποια ψυχική νόσο είναι πολύ πιθανό να ερμηνευτούν ως αντιπροσωπευτικές συμπεριφορές της ομάδας των ατόμων με τη συγκεκριμένη ψυχική νόσο στην οποία το άτομο ανήκει. Η συγκεκριμένη διαδικασία, ενώ κάποιες φορές λειτουργεί βοηθητικά ως προς την προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον, έχει σαν συνέπεια να διαμορφώνονται ανακριβείς αρνητικές εκτιμήσεις για κάποια μέλη της κοινότητας.

Ψυχολογικά αίτια. Η οικουμενικότητα του στίγματος έχει οδηγήσει αρκετούς ερευνητές στη διαπίστωση ότι θα πρέπει να έχει κάποια σημαντική λειτουργική αξία, όχι μόνο για το άτομο που στιγματίζει, αλλά και για την ομάδα στην οποία ανήκει και την κοινωνία στην οποία ζει (Crocker *et al.*, 1998). Η συζήτηση γύρω από τη λειτουργική διάσταση του στιγματισμού σε ψυχολογικό επίπεδο γίνεται περισσότερο από μία δεκαετία τώρα και έχουν ήδη προταθεί -και μελετηθεί ερευνητικά- αρκετά στοιχεία αναφορικά με την ψυχολογία του ατόμου που στιγματίζει.

Για παράδειγμα, οι άνθρωποι είναι πιθανό να στιγματίζουν άλλους ανθρώπους προκειμένου να περιορίσουν σε ένα βαθμό την πολυπλοκότητα της διαδικασίας κατανόησής τους (Hamilton, 1981· Fiske & Neuberg, 1990· Macrae, Milne, & Bodenhausen, 1994· Tajfel, 1969), να νιώσουν καλύτερα με τον εαυτό τους (Ehrlich, 1973· Fein & Spencer, 1997· Wills, 1981), να νιώσουν καλύτερα για την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκουν (Tajfel & Turner, 1986), να αιτιολογήσουν το status που έχουν στην κοινωνία (Jost & Banaji, 1994· Lerner, 1980· Major, 1980) ή/και για να επιβεβαιώσουν κάποιες απόψεις τους (Greenberg *et al.*, 1990).

Η διαμόρφωση της ταυτότητας των ομάδων έχει σαφή πλεονεκτήματα για τα μέλη της. Σε γνωστικό επίπεδο, τα άτομα αναγνωρίζουν άλλα άτομα με τα ίδια χαρακτηριστικά με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται αισθήματα εγγύτητας και συναισθηματικής ταύτισης, ενώ σε συμπεριφορικό επίπεδο αυξάνονται οι πιθανότητες για προσέγγιση, συνεργασία και παροχή βοήθειας μεταξύ των μελών της ίδιας ομάδας (Χρηστάκης, 1997).

Τέλος, παραμένουν αναπάντητα ερωτήματα σχετικά με το κριτήριο με το οποίο τα άτομα επιλέγουν τα στιγματιστικά χαρακτηριστικά και την ομοιότητα που παρατηρείται μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών στην πορεία της Ιστορίας (Neuberg, Smith & Asher, 2003).

Εξελικτικά αίτια. Στο πλαίσιο της βιολογικής βάσης της τάσης του ατόμου για την αποφυγή του κινδύνου, τα άτομα διακρίνουν και τείνουν να αποφεύγουν τα μέλη της κοινότητας που θεωρούνται απρόβλεπτα ή επιθετικά, καθώς αυτά συσχετίζονται με την επικινδυνότητα και το φόβο. Ενώ όμως η αποφυγή στην περίπτωση αυτή λειτουργεί καθαρά ως στρατηγική επιβίωσης, ο στιγματισμός αποτελεί τη μέθοδο για να κρατηθούν σε απόσταση τα άτομα που θεωρούνται επικίνδυνα. Επιπλέον, τα άτομα τείνουν να αποφεύγουν ή/και να απορρίπτουν τα μέλη της κοινότητας που νοσούν με κάποιο τρόπο.

Σε συνέχεια της θεωρίας του Goffman (1963) (σύμφωνα με την οποία διακρίνονται τρεις τύποι στίγματος: το στίγμα που σχετίζεται με σωματικές δυσμορφίες, με ψεγάδια του χαρακτήρα ή με τη φυλή, το έθνος ή τη θρησκεία), οι Kurzban και Leary (2001) περιγράφουν τρεις τύπους κοινωνικής απόρριψης οι οποίοι έχουν παρατηρηθεί στην πορεία της εξέλιξης των ανθρώπινων κοινωνιών: (α) την *αποστροφή* και την *αποφυγή* των ατόμων που αποτελούν κίνδυνο μόλυνσης ή μετάδοσης κάποιας νόσου, (β) το *θυμό* και την *τιμωρία* των ατόμων που δεν ανταποκρίνονται στις κοινωνικές απαιτήσεις και (γ) το *μίσος* και την *εκμετάλλευση* ατόμων που ανήκουν σε ιδιαίτερες φυλές ή εθνότητες. Η περίπτωση των ψυχικών διαταραχών θα μπορούσε να σχετίζεται με τους δύο πρώτους τύπους, είτε λόγω της έλλειψης γνώσης και των παρανοήσεων αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές, είτε λόγω των αντιλήψεων σχετικά με την ανικανότητα και την αδυναμία των ΑμΣΨΔ να συνεισφέρουν στο κοινωνικό σύνολο.

Παράλληλα, η οργάνωση των ανθρώπων σε αλληλοεξαρτώμενες και συνεργατικές ομάδες, η οποία τους επέτρεπε να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες και να αντιμετωπίζουν τις αντιξοότητες, έχει περιγραφεί ως θεμελιώδης στρατηγική για την ανθρώπινη επιβίωση (Brewer, 1997· Brewer & Caporael, 1990). Κατ' επέκταση, η επιλεκτική αποφυγή, απόρριψη ή αποκλεισμός από την κοινότητα ατόμων, η συμπεριφορά των οποίων παρεμποδίζει την κοινωνική

οργάνωση, αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα για τα μέλη της κάθε κοινότητας (Brewer, 1997).

Στο πλαίσιο αυτό, οι Neuberg, Smith και Asher (2003) περιγράφουν το στιγματισμό ως μία αντίδραση απέναντι σε ερεθίσματα που τα άτομα αντιλαμβάνονται απειλητικά αναφορικά με την κοινωνική δομή και οργάνωση.

Οικονομικά αίτια. Σύμφωνα με τον Haghghat (2001), στο πλαίσιο του ανταγωνισμού που χαρακτηρίζει τις διάφορες κοινωνίες, ο στιγματισμός αποτελεί το μέσο επίτευξης οικονομικών και κοινωνικών στόχων. Κατά συνέπεια, ο στιγματισμός αναμένεται να είναι εντονότερος σε περισσότερο ανταγωνιστικές κοινωνίες. Επιπλέον, οι Rubin και Millard (1991) υποστηρίζουν ότι, τόσο η ηθική/συναίσθηματική, όσο και η οικονομική/κοινωνική υποστήριξη εξαρτώνται από το αν τα άτομα με κάποιου τύπου αναπηρία είναι σε θέση να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο.

Τέλος, έχοντας αναπτύξει τις εννοιολογικές προσεγγίσεις και τα χαρακτηριστικά του στιγματισμού καθώς και τα αίτια που οδηγούν σε αυτόν, ακολουθεί η περιγραφή των επιπτώσεων του φαινομένου για τα ΑμΣΨΔ.

Οι συνέπειες του στιγματισμού

Οι συνέπειες του στιγματισμού για τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ΑμΣΨΔ) θα μπορούσαν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες: τις *κοινωνικές* συνέπειες και τις *ψυχολογικές* συνέπειες.

Κοινωνικές συνέπειες. Αναφορές από πολλές χώρες καταδεικνύουν την αναίτια άρνηση επαγγελματικής απασχόλησης ή/και πρόσβασης των ψυχικά ασθενών στην εκπαίδευση, αλλά και διάκριση όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και τη στέγαση. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι τα ΑμΣΨΔ συχνά δυσκολεύονται: (α) σε *πρακτικά ζητήματα*, όπως το να διεκδικήσουν και να διατηρήσουν μία θέση εργασίας (Anthony & Blanch, 1987· Anthony *et al.*,

1988· Bordiery & Drehmer, 1986· Farina, Felner, & Bourdreau, 1973· Farkas *et al.*, 1988· Link, 1982, 1987, 2000· Mangili *et al.*, 2004· Stuart, 2006· Wahl, 1999), ή να νοικιάσουν ένα σπίτι (Alisky & Iczkowski, 1990· Boydall *et al.* 1989· Hogan 1985a, 1985b· Page, 1995· Wahl, 1999), (β) σε *προσωπικά ζητήματα*, όπως για παράδειγμα το να κάνουν φίλιες και να τις διατηρήσουν (Wahl & Herman, 1989) ή/και να κατακτήσουν σημαντικούς στόχους στην πορεία της ζωής τους (Corrigan, 2004), και (γ) σε *κοινωνικά ζητήματα*, όπως είναι η ασφάλιση και τα οικονομικά ζητήματα (Read & Baker, 1996) και τα πολιτικά τους δικαιώματα (Peay, 2004· Sayce & Curran, 2006· Smith & Humphreys, 1997· WHO, 2003).

Επιπλέον, τα ΑμΣΨΔ εμφανίζονται να λαμβάνουν υπηρεσίες χαμηλότερης ποιότητας, τόσο όσον αφορά στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Beales, 2001· Chaplin, 2000· Corker, 2001α,β), όσο και στις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας (Beales, 2001· Broadhead, 1994· Chaplin, 2000· Corker, 2001α,β· Hodges, Inch, & Silver, 2000· Schlosberg, 1993). Σχετικές έρευνες έχουν δείξει, για παράδειγμα, ότι τα ΑμΣΨΔ έχουν δυσκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Levinson *et al.*, 2003) και λαμβάνουν χαμηλότερης ποιότητας φροντίδα στις περιπτώσεις διαβήτη και εμφράγματος (Desai *et al.*, 2002· Druss, 2000· Druss *et al.*, 2001). Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι τα ΑμΣΨΔ εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά οργανικών νοσημάτων συγκριτικά με τα άτομα του γενικού πληθυσμού (Jones *et al.*, 2004· McCreadie, 2003· Phelan, Stradins, & Morrison, 2001), με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη και παχυσαρκίας (Rethink, 2005). Ο συνδυασμός των υψηλών ποσοστών οργανικών νοσημάτων και της χαμηλής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας πιθανά σχετίζεται και με τον αυξημένο κίνδυνο πρόωγου θανάτου που παρατηρείται στο σύνολο των ψυχικών διαταραχών (Harris & Barraclough, 1998· Thornicroft, 2006).

Ψυχολογικές συνέπειες. Από το τέλος της δεκαετίας και '80 και μετά η έρευνα έχει στραφεί και προς την υποκειμενική βίωση του στιγματισμού από τα

ΑμΣΨΔ. Ο Link και οι συνεργάτες του (Link 1987· Link *et al.* 1989, 1991, 1997· Link *et al.*, 2001), σε μία σειρά ερευνών που πραγματοποίησαν, βρήκαν ότι η πλειοψηφία των ΑμΣΨΔ που εξετάστηκαν ένωσαν υποτίμηση και διάκριση προς το πρόσωπό τους εξαιτίας της ψυχικής νόσου. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταγραφεί και σε άλλες σχετικές έρευνες³ σύμφωνα με τις οποίες τα ΑμΣΨΔ: (α) νιώθουν ότι στιγματίζονται (Campbell & Schraiber, 1989· Herman, 1993· Mansouri & Dowell, 1989), (β) αναμένουν αρνητικές συμπεριφορές προς το πρόσωπό τους (Herman, 1993), (γ) βιώνουν εξασχίωση και μείωση της αυτοεκτίμησής τους εξαιτίας αυτού του στιγματισμού (Link *et al.*, 2001· Markowitz, 2001· Rosenfield, 1997· Sirey *et al.*, 2001· Warner *et al.*, 1989) και (δ) εμφανίζουν αυξημένο άγχος (Penn, Kohlmaier, & Corrigan, 2000). Οι συνέπειες των παραπάνω σχετίζονται με δυσκολία στην αλληλεπίδραση τους άλλους (Farina & Felner, 1973), περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο (Link *et al.*, 1989) και μειωμένη ικανοποίηση ζωής (Rosenfield, 1997).

Περίληψη - Συμπεράσματα

Μέσα από την αναλυτική παρουσίαση της έννοιας του στίγματος, των εναλλακτικών ορισμών του φαινομένου, των χαρακτηριστικών του, της αιτιολογίας του και των συνεπειών που έχει για τα ΑμΣΨΔ γίνεται σαφές ότι πρόκειται για ένα σύνθετο και πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο.

Όπως προκύπτει από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το στίγμα δεν έχει ένα σαφή και λειτουργικό ορισμό (Jacoby, Snape, & Baker, 2006· Jamison, 2006· Keusch, Wilentz, & Kleinman, 2006· Link & Phelan, 2006), αλλά περιγράφεται ως μία κοινωνική κατασκευή μέσα από τις έννοιες των *στερεοτύπων*, της *προκατάληψης* και της *διάκρισης* (Corrigan, 2005· Sartorius & Schulze, 2005· Thornicroft, 2006).

Το στίγμα χαρακτηρίζεται από: (α) *διδυμικότητα*, καθώς οι στερεοτυπικές αντιλήψεις υπάρχουν από τα παιδικά χρόνια, (β) *αμφιθυμία*, η

οποία σχετίζεται με το γεγονός ότι οι αντιδράσεις απέναντι στη διαφορετικότητα είναι ιδιαίτερα περίπλοκες και ισορροπούν ανάμεσα στη συμπόνια από την μία πλευρά και την αυστηρή κριτική από την άλλη, (γ) *άγχος*, το οποίο χαρακτηρίζει την κοινωνική αλληλεπίδραση τόσο για το άτομο που στιγματίζεται όσο και για το άτομο που στιγματίζει, και (δ) *αυτό-υποτίμηση και ντροπή*, συναισθήματα που σχετίζονται με τη χρόνια βίωση απόρριψης και διάκρισης.

Τα αίτια του στιγματισμού περιγράφονται ως *δομικά, ψυχολογικά, εξελικτικά και οικονομικά*. Πιο συγκεκριμένα: (α) τα δομικά αίτια σχετίζονται με την ικανότητα του ατόμου για «ακριβή» κοινωνική αντίληψη και επεξεργασία πληροφοριών, (β) τα ψυχολογικά αίτια περιγράφονται αναφορικά με την προσπάθεια περιορισμού της πολυπλοκότητας της διαδικασίας κατανόησης των μελών άλλων κοινωνικών ομάδων, αλλά και αναφορικά με θέματα κοινωνικής ταυτότητας, (γ) τα εξελικτικά αίτια αναφέρονται στο ένστικτο της επιβίωσης και την οργάνωση των κοινωνιών και (δ) τα οικονομικά αίτια περιγράφουν το στιγματισμό ως μέσο επίτευξης οικονομικών και κοινωνικών στόχων.

Οι συνέπειες του στίγματος είναι τόσο *κοινωνικές* όσο και *ψυχολογικές*. Οι κοινωνικές συνέπειες αναλύονται σε πρακτικές (δηλ., ζητήματα εργασίας, στέγασης, κλπ), προσωπικές (δηλ., ζητήματα σχέσεων) και κοινωνικές (δηλ., ζητήματα οικονομικά και πολιτικά), ενώ οι ψυχολογικές συνέπειες σχετίζονται με μειωμένη αυτοεκτίμηση, αύξηση του άγχους, δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση, περιορισμό του κοινωνικού δικτύου και μειωμένη ικανοποίηση ζωής.

Τέλος, μία σειρά στοιχείων περιορίζει τη χρησιμότητα των ερμηνευτικών μοντέλων του στιγματισμού (Pickenhagen & Sartorius, 2002). Το βασικότερο από αυτά είναι ίσως το γεγονός ότι, ενώ η διαδικασία του στιγματισμού είναι αναμφισβήτητα περίπλοκη, η ακαδημαϊκή προσέγγιση του θέματος έχει γίνει κατά κύριο λόγο από κοινωνικούς ψυχολόγους και κοινωνιολόγους και είναι

ιδιαίτερα περιορισμένες οι εφαρμογές τους στο χώρο της κλινικής πρακτικής (Corrigan & Penn, 1997· Penn & Wykes, 2003· Sayce, 2000).

Στην επόμενη ενότητα γίνεται αναφορά στη μέτρηση του φαινομένου του στιγματισμού των ΑμΣΨΔ. Γίνεται αναφορά στις μετρήσεις που χρησιμοποιούνται στις σχετικές έρευνες, καθώς και στη μεθοδολογία, ενώ ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται η ερευνητική δραστηριότητα αναφορικά με το στίγμα των ΣΨΔ θα επιτρέψει στη συνέχεια την ανάπτυξη της επιχειρηματολογίας για την επιλογή της μεθοδολογίας που υιοθετήθηκε στην παρούσα μελέτη.

Η μέτρηση του στίγματος των ΣΨΔ

Ένα από τα βασικότερα θέματα στην επιστημονική κατανόηση του φαινομένου του στιγματισμού είναι η δυνατότητα παρατήρησης και μέτρησής του. Οι δύο πιο κοινές μετρήσεις που συναντώνται στη βιβλιογραφία του στίγματος των ψυχικών διαταραχών αφορούν: (α) στις *στάσεις* και τις *αντιλήψεις αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές και τα ΑμΣΨΔ* και (β) στην *επιθυμητή κοινωνική απόσταση* από τα ΑμΣΨΔ (Bhugra, 1989· Byrne, 1997· Corrigan *et al.*, 2000, 2001· Link *et al.*, 1991· Ritchie *et al.*, 1994· Wolff *et al.*, 1996).

Ακολουθεί μία σύντομη αναφορά στη μεθοδολογία των ερευνών και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα σχετικά ερευνητικά αποτελέσματα.

Ερευνητική μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται στις έρευνες που μελετούν το στίγμα της ψυχικής νόσου περιλαμβάνει δημοσκοπήσεις, πειράματα και ποιοτικές μελέτες. Στις ποιοτικές μελέτες γίνεται είτε ανάλυση περιεχομένου είτε συνέντευξη, ενώ στις δημοσκοπήσεις και τα πειράματα χρησιμοποιούνται συνήθως βινιέτες. Οι βινιέτες αποτελούν σύντομες περιγραφές των συμπτωμάτων και των συμπεριφορών ΑμΣΨΔ. Χρησιμοποιούνται συνήθως για την αξιολόγηση της ικανότητας των ατόμων να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών και της ετοιμότητάς τους να αποδώσουν την ετικέτα της ψυχικής νόσου (Hall *et al.*, 1993). Επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή του επιπέδου γνώσεων σχετικά με θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές (π.χ. Phelan *et al.*, 2000) -και των αλλαγών του σε βάθος χρόνου (π.χ. D' Arcy & Brockman, 1976)- και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (π.χ. Cumming & Cumming, 1976).

Οι προσπάθειες μέτρησης του ψυχιατρικού στίγματος μέσω των ίδιων των ΑμΣΨΔ είναι αρκετά περιορισμένες. Ένα από τα ερωτηματολόγια που έχουν κατασκευαστεί για το σκοπό αυτό αφορά στο στίγμα που συνοδεύει την

αναζήτηση ψυχοθεραπείας (Judge, 1998), ενώ ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο αφορά στη ντροπή και την απόσυρση των ΑμΣΨΔ (Link *et al.*, 2001). Λίγο αργότερα κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του στίγματος μέσα από τις σκέψεις και τις απόψεις των ΑμΣΨΔ, όπως αυτές προκύπτουν από εστιασμένες συνεντεύξεις (Ritsher *et al.*, 2003), ενώ η πιο πρόσφατη προσπάθεια αφορά σε ένα ερωτηματολόγιο που βασίζεται στις δηλώσεις των ΑμΣΨΔ σχετικά με τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους από την προκατάληψη και τη διάκριση που βιώνουν. Τέλος, οι Corrigan *et al.* (2000, 2004· Corrigan & Watson, 2002) έχουν επεκτείνει την έρευνά τους – τόσο εννοιολογικά όσο και μεθοδολογικά- στην προσπάθεια αποσαφήνισης του όρου *αυτό-στιγματισμός*⁴ και στις αντιλήψεις των ΑμΣΨΔ αναφορικά με τη διάκριση (Corrigan *et al.*, 2003· Rusch *et al.*, 2005).

Ερευνητικά αποτελέσματα

Μεταξύ των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με την καταγραφή του φαινομένου του στιγματισμού των ΑμΣΨΔ, το μεγαλύτερο μέρος αναφέρεται σε ομάδες του γενικού πληθυσμού (περίπου 1 στις 2 έρευνες), σε ομάδες ΑμΣΨΔ (περίπου 1 στις 4 έρευνες), σε ομάδες επαγγελματιών υγείας και σε συγγενείς ΑμΣΨΔ. Ιδιαίτερα περιορισμένος εμφανίζεται ο αριθμός των ερευνών που μελετούν το στίγμα σε ομάδες παιδιών και εφήβων. Επιπλέον, οι περισσότερες σχετικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί στη Β. Αμερική (ΗΠΑ ή Καναδά), ενώ ακολουθούν η Ευρώπη (Η. Βασιλείο, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Αυστρία & Σουηδία), η Ασία (Χονγκ Κονγκ, Σιγκαπούρη, Ιαπωνία, Ινδία & Κίνα), η Αυστραλία και η Ν. Ζηλανδία. Μικρός αριθμός ερευνών έχει πραγματοποιηθεί στη Μ. Ανατολή (Ισραήλ & Τουρκία) και την Αφρική (Αιθιοπία) (Link *et al.*, 2004).

Αντιλήψεις αναφορικά με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές

Οι έρευνες που αφορούν στις απόψεις του γενικού πληθυσμού αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές γενικά –και τη σχιζοφρένεια ειδικότερα- εστιάζονται σε δύο σημεία: (α) στο βαθμό στον οποίο τα άτομα είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τις διάφορες ψυχικές διαταραχές μέσα από βινιέτες και (β) στις εκτιμήσεις τους σχετικά με τα αίτια, την εξέλιξη και τη θεραπεία αυτών των διαταραχών.

Αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών. Συνολικά, όπως προκύπτει από τις σχετικές έρευνες, ο γενικός πληθυσμός εμφανίζεται να μην αναγνωρίζει με ακρίβεια τις ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας γίνονται συχνότερα αντιληπτά ως εκδηλώσεις ψυχικής νόσου (σε ποσοστό μεταξύ 69-88%) συγκριτικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία (26-69%) ή τα συμπτώματα του αλκοολισμού (16-49%) (Angermeyer & Matschinger, 1999, 2003· Beck, Matschinger, & Angermeyer, 2003· Jorm *et al.*, 1997· Lauber *et al.*, 2003b· Link *et al.*, 1999).

Γενικές αντιλήψεις αναφορικά με τη σχιζοφρένεια. Μία κοινή αντίληψη στο γενικό πληθυσμό είναι ότι η σχιζοφρένεια είναι μία κατάσταση «διχασμένου νου», μία αντίληψη η οποία ερμηνεύεται στη συνέχεια και ως «διχασμένη προσωπικότητα» (Holzinger, Angermeyer, & Matschinger, 1998· Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Έρευνες σε περισσότερα από 12.000 άτομα σε διάφορες χώρες της Ευρώπης έχουν δείξει ότι οι αντιλήψεις αυτές είναι κοινές και αντιπροσωπεύουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού: π.χ. Αυστρία (29%), Γερμανία (80%), Ελλάδα (81%), Πολωνία (50%), Σλοβακία (61%) (Gaebel *et al.*, 2002 Sartorius & Schulze, 2005· Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

Αντιλήψεις αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας. Όσον αφορά τις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τα αίτια εκδήλωσης των ψυχικών διαταραχών, τα αποτελέσματα δεν δίνουν σαφή εικόνα (Levan *et al.*,

2004·Ng, Martin, & Romans, 1995·Wolff *et al.*, 1996b), ενώ εμφανίζονται να διαφοροποιούνται ανάλογα με τη μεθοδολογία που ακολουθείται στις διάφορες έρευνες. Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης, στο σύνολο των ερευνών στις οποίες είχαν χρησιμοποιηθεί βινιέτες που δεν γνωστοποιούσαν τη διάγνωση, τα ψυχοκοινωνικά αίτια εμφανίστηκαν να επικρατούν μεταξύ των απόψεων του γενικού πληθυσμού συγκριτικά με τα βιολογικά αίτια.

Αντίθετα, στις έρευνες στις οποίες η διάγνωση είχε γνωστοποιηθεί, οι βιολογικοί παράγοντες δηλώνονταν συχνότερα συγκριτικά με τους ψυχοκοινωνικούς στην περίπτωση της σχιζοφρένειας (βλ. Πίνακα 2), ενώ το αντίστροφο συνέβαινε στην περίπτωση που η διάγνωση αναφερόταν στην κατάθλιψη (Hegerl, Althaus, & Stefanek, 2003· Hugo *et al.*, 2003· Jorm *et al.*, 1997· Lauber *et al.*, 2003a· Link *et al.*, 1999· Matschinger & Angermeyer, 1996· McKeon & Carrick, 1991· Paykel, Hart, & Priest, 1998· Priest *et al.*, 1996).

Στο σύνολο των ψυχικών διαταραχών, τα ψυχοκοινωνικά αίτια αναφέρονται συχνότερα σε σχέση με τα βιολογικά (Link *et al.*, 1999· Matschinger & Angermeyer, 1996) κάτι που ίσχυε τα προηγούμενα χρόνια και για την περίπτωση της σχιζοφρένειας (Hugo *et al.*, 2003· Link *et al.*, 1999· Magliano *et al.*, 2004· Matschinger & Angermeyer, 1996). Αντίθετα, σε μία πρόσφατη έρευνα των Jorm, Christensen και Griffiths (2005), στην οποία μελετήθηκαν οι αλλαγές στις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού σχετικά με τα αίτια εκδήλωσης της σχιζοφρένειας μέσα σε διάστημα 8 ετών, παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν τα βιολογικά αίτια (περίπου τα 2/3 του δείγματος). Καθώς η αύξηση αυτή συνοδευόταν από παράλληλη αύξηση του ποσοστού των ατόμων που ανέφεραν τα ψυχοκοινωνικά αίτια, οι Jorm, Christensen και Griffiths σχολιάζουν ότι το ευρύ κοινό είναι πιθανό να εξοικειώνεται με την ιδέα της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας εκδήλωσης της σχιζοφρένειας.

Πίνακας 2

Έρευνες γύρω από τις αντιλήψεις για τα αίτια εκδήλωσης της σχιζοφρένειας

Συγγραφείς	Χώρα	Η νόσος αφορά:	Δείγμα	Βιολογικά (B)/ Ψυχοκοινωνικά (ΨΚ)
Jones <i>et al.</i> (1963)	ΗΠΑ	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Alivistasos & Lycestos (1964)	Ελλάδα	συγγενικό πρόσωπο	Συγγενείς	ΨΚ
Weinstein (1974)	ΗΠΑ	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Mcgill <i>et al.</i> (1983)	Αγγλία	συγγενικό πρόσωπο ίδιο/ίδια	Συγγενείς Ασθενείς	ΨΚ ΨΚ
Lefley (1985)	ΗΠΑ	ετικέτα	Επαγγελματίες υγείας που ήταν και συγγενείς	B
Wahl (1987)	ΗΠΑ	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Angermeyer & Klussman (1988)	Γερμανία	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Angermeyer <i>et al.</i> (1988)	Γερμανία	συγγενικό πρόσωπο	Συγγενείς	ΨΚ
Furnham & Rees (1988)	Αγγλία	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Barry & Greene (1992)	Ιρλανδία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Furnham & Bower (1992)	Αγγλία	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Molvaer <i>et al.</i> (1992)	Ελλάδα	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Pistrang & Barker (1992)	Αγγλία	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Angermeyer & Matschinger (1994)	Γερμανία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Karanci (1995)	Τουρκία	συγγενικό πρόσωπο	Συγγενείς	ΨΚ
Angermeyer & Matschinger (1996a)	Γερμανία	βινιέτα	Συγγενείς	B
Razali (1996)	Μαλαισία	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Whittle (1996)	Αγγλία	συγγενικό πρόσωπο ίδιο/ίδια ασθενείς	Συγγενείς Ασθενείς Προσωπικό	ΨΚ ΨΚ ΨΚ
Jorm <i>et al.</i> (1997)	Αυστραλία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Link <i>et al.</i> (1999β)	ΗΠΑ	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Phillips <i>et al.</i> (2000)	Κίνα	συγγενικό πρόσωπο	Συγγενείς	ΨΚ
Shibre <i>et al.</i> (2001)	Αιθιοπία	ετικέτα	Συγγενείς	ΨΚ
Srinivasan & Thara (2001)	Ινδία	συγγενικό πρόσωπο	Συγγενείς	ΨΚ
Gaebel <i>et al.</i> (2002)	Γερμανία	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	B = ΨΚ
Holzinger <i>et al.</i> (2002)	Γερμανία	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Thompson <i>et al.</i> (2002)	Καναδάς	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	B
Taskin <i>et al.</i> (2003)	Τουρκία	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Hugo <i>et al.</i> (2003)	N. Αφρική	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Dietrich <i>et al.</i> (2004)	Ρωσία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
	Μογγολία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Furnham & Chan (2004)	Κίνα	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
	Αγγλία	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	B
Magliano <i>et al.</i> (2004)	Ιταλία	ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Magliano <i>et al.</i> (2004)	Ιταλία	ετικέτα	Συγγενείς	ΨΚ
		ετικέτα	Νοσηλεύτες/τριες	B
		ετικέτα	Ψυχίατροι	B
McCabe & Priebe (2004)	Αγγλία	ίδιο/ίδια	Ασθενείς	ΨΚ
Angermeyer & Matschinger (2005)	Γερμανία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Van Dorn <i>et al.</i> (2005)	ΗΠΑ	ετικέτα	Ασθενείς	B
		ετικέτα	Συγγενείς	B
		ετικέτα	Γενικός πληθυσμός	B
		ετικέτα	Επαγγελματίες υγείας	B
Jorm, Christensen, & Griffiths (2005)	Αυστραλία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ
Tanaka <i>et al.</i> (2005)	Ιαπωνία	βινιέτα	Γενικός πληθυσμός	ΨΚ

Σημείωση. Από το: «Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach» των Read, J. *et al.*, 2006, στο *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303-318.

Αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ

Ο γενικός πληθυσμός φαίνεται να διατηρεί στιγματιστικές αντιλήψεις αναφορικά με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Bhugra, 1989· Brockington *et al.*, 1993· Corrigan *et al.*, 2000· Greenley, 1984· Hamre, Dahl, & Malt, 1994· Link, 1987· Link *et al.*, 1999· Madianos *et al.*, 1987· Martin *et al.*, 2000· Phelan *et al.*, 2000· Rabkin, 1974, 1980· Roman & Floyd, 1981· Wahl, 1995). Σε έρευνα του Ontario Division of the Canadian Mental Health Association την περίοδο 1993-1994, φάνηκε ότι οι πιο διαδεδομένες αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια αναφέρονταν στην άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι (88%), έχουν χαμηλή νοημοσύνη ή είναι νοητικά καθυστερημένοι (40%), δεν μπορούν να εργαστούν κανονικά ή δεν έχουν κάτι να προσφέρουν (32%), δεν έχουν δύναμη θέλησης ή είναι αδύναμοι και τεμπέληδες (24%), είναι απρόβλεπτοι (20%) και είναι υπεύθυνοι για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται (20%) (CMAHA, Ontario Division, 1994).

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από την πιλοτική έρευνα που διενεργήθηκε στο Calgary του Καναδά, στο πλαίσιο του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας για την καταπολέμηση του ψυχιατρικού στίγματος (WPA, 2000). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα υποστήριζαν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές (72%), έχουν διχασμένη προσωπικότητα (47%) και αποτελούν δημόσιο κίνδυνο λόγω της επικίνδυνης συμπεριφοράς τους (14%) (Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

Συνολικά, οι πιο κοινοί μύθοι για τη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ είναι οι εξής: «Σχιζοφρένεια σημαίνει διχασμένη προσωπικότητα», «Τα ΑμΣ είναι βίαιοι και επικίνδυνοι», «Τα ΑμΣ είναι τελείως ανήμπορα», «Το να έχει κάποιο άτομο σχιζοφρένεια σημαίνει ότι δεν θα μπορέσει ποτέ να κάνει κάτι στην ζωή του», «Η σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει μία μορφή δημιουργικής σκέψης ή εσωτερικού ταξιδιού», «Τα ΑμΣ τεμπελιάζουν και δεν προσπαθούν», «Για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας ευθύνονται τα γονίδια», «Τα ΑμΣ δεν μπορούν να εργαστούν», «Τα ΑμΣ είναι ανάκαινα

να πάρουν αποφάσεις για τον εαυτό τους και τη ζωή τους» και «Τα ΑμΣ δεν μπορούν να θεραπευτούν».

Έρευνες αναφορικά με τις αντιλήψεις γύρω από τα ΑμΣΨΔ έχουν πραγματοποιηθεί σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και σε πολλές χώρες. Ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων των σχετιών ερευνών με στόχο, τόσο την αποτύπωση του φαινομένου του στιγματισμού των ΣΨΔ, όσο και τη δυνατότητα σύγκρισης στη συνέχεια των ευρημάτων αυτών με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Αντιλήψεις & δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο εμφανίζονται να διαφοροποιούνται με βάση συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αναλυτικότερα, η μεγαλύτερη ηλικία⁵ (Angermeyer & Matschinger, 2004· Buizza *et al.*, 2005· Dietrich *et al.*, 2004· Economou *et al.*, 2005· Lauber *et al.*, 2000b, 2004· Magliano *et al.*, 2004· Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000· Schnittker, 2000· Song *et al.*, 2005), το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο⁶ (Angermeyer & Matschinger, 2003, 2004· Corrigan & Watson, 2007· Lauber *et al.*, 2000, 2002· Levav *et al.*, 2004· Magliano *et al.*, 2004· Song *et al.*, 2005) και η έλλειψη προηγούμενης επαφής/εξοικείωσης με ΑμΣΨΔ⁷ (Alexander & Link, 2003· Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004· Chung, Chen, & Liu, 2001· Corrigan *et al.*, 2001a· Lauber *et al.*, 2000, 2004· McSween, 2002· Phelan *et al.*, 2000· Song *et al.*, 2005) έχουν συσχετιστεί στην πλειονότητα των ερευνών με την υιοθέτηση αρνητικότερων αντιλήψεων αναφορικά με τα ΑμΣΨΔ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι έρευνες στις οποίες η ηλικία⁸ (Angermeyer & Matschinger, 2003· Gureje *et al.*, 2005· Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000) και το μορφωτικό επίπεδο⁹ (Angermeyer & Matschinger, 2003· Dietrich *et al.*, 2004· Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000) δεν παρατηρήθηκαν να διαφοροποιούν τις αντιλήψεις αναφορικά με τα ΑμΣΨΔ έχουν επίσης δημοσιευτεί, αλλά ο αριθμός τους είναι συγκριτικά σημαντικά περιορισμένος.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα των ερευνών δεν δίνουν σαφή εικόνα όσον αφορά στη συσχέτιση του φύλου και των στάσεων απέναντι στα ΑμΣΨΔ. Πιο συγκεκριμένα, ενώ σε αρκετές έρευνες το φύλο δεν φαίνεται να διαφοροποιεί τις στάσεις του γενικού πληθυσμού (Angermeyer & Matschinger, 1995, 1997, 2004b· Dietrich *et al.*, 2004· Gureje *et al.*, 2005· Lauber *et al.*, 2000, 2002· Levav *et al.*, 2004· Madianos *et al.*, 1999· Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000· Ng, Martin, & Romans, 1995· Schnittker, 2000), υπάρχουν έρευνες στις οποίες οι άνδρες έχουν φάνει να διατηρούν αρνητικότερες στάσεις συγκριτικά με τις γυναίκες (Angermeyer & Matschinger, 2003· Angermeyer, Matschinger, & Holzinger, 1998· Corrigan & Watson, 2007· Crisp *et al.*, 2005· Lauber *et al.*, 2000, 2004· Μαδιανός, 1994) ή και το αντίστροφο (Chou & Mak, 1998· Chou *et al.*, 1996, Gaebel *et al.*, 2002).

Διαφοροποίηση των αντιλήψεων στο χρόνο. Ο αριθμός των ερευνών στις οποίες έχει μελετηθεί η διαφοροποίηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας στο χρόνο είναι ιδιαίτερα περιορισμένος. Ενώ η επιστημονική έρευνα γύρω από το στίγμα των ΣΨΔ έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα για περισσότερο από μισό αιώνα τώρα (Allport, 1954· Crocker *et al.*, 1998· Cumming & Cumming, 1965· Fiske, 1998· Lindzey, 1954· Nunnally, 1961· Star, 1952), λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τη διαφοροποίηση του ψυχιατρικού στίγματος στο χρόνο.

Τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών είναι ανάμεικτα. Σύμφωνα με τους Chou και Mak (1998), Pescosolido *et al.* (1999) και Phelan *et al.* (2000), οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο καταγράφονται πιο στιγματιστικές συγκριτικά με το παρελθόν. Το αντίθετο φαίνεται να ισχύει σύμφωνα με τους Crisp *et al.* (2005), ενώ οι Angermeyer & Matschinger (2004b) δεν παρατήρησαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα ΑμΣΨΔ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μία τέτοια έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Μαδιανό *et al.* (1999) και στην Ελλάδα. Στην έρευνα αυτή μελετήθηκαν

διαφοροποιήσεις στις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τις ψυχικές διαταραχές από το 1980 μέχρι το 1994. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, οι αντιλήψεις του πληθυσμού εμφανίστηκαν θετικότερες όσον αφορά στην κοινωνική διάκριση, τον περιορισμό και την κοινωνική ενσωμάτωση των ΑμΣΨΔ.

Διαπολιτισμικές μελέτες. Αρκετές είναι οι έρευνες στις οποίες έχουν γίνει διαπολιτισμικές συγκρίσεις των αντιλήψεων για τις ψυχικές διαταραχές και τα ΑμΣΨΔ (π.χ. Angermeyer, Beck & Matschinger, 2003· Angermeyer & Matschinger, 2005· Dietrich *et al.*, 2004· Furnham & Chan, 2004· Griffiths *et al.*, 2006· Jorm *et al.*, 2005· Kumakura *et al.*, 1992· Kurihara *et al.*, 2000· Kurumatani *et al.*, 2004· Yamada *et al.*, 2001· Yamamoto *et al.*, 1996). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων ερευνών, το στίγμα των ψυχικών διαταραχών διαφοροποιείται με κριτήριο τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι περισσότερες από τις συγκεκριμένες έρευνες (με ελάχιστες εξαιρέσεις, π.χ. Dietrich *et al.*, 2004· Griffiths *et al.*, 2006· Sugiura *et al.*, 2000) έχουν χρησιμοποιήσει μικρά δείγματα, δείγματα ειδικών πληθυσμών ή δείγματα επιλεγμένα από συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές.

Οι αντιλήψεις των παιδιών & των εφήβων. Συνολικά, στο μεγαλύτερο μέρος των σχετικών ερευνών γίνεται η παραδοχή ότι οι αρνητικές αντιλήψεις που εκφράζουν οι ενήλικες έχουν τις ρίζες τους στην παιδική ηλικία. Παρά τη σημαντική διαφοροποίηση σχετικά με τη γλώσσα που έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγραφεί η ψυχική νόσος, τους τρόπους μέτρησης καθώς και τις ηλικιακές ομάδες που έχουν μελετηθεί στις έρευνες αυτές, παρατηρούνται κάποια κοινά σημεία μεταξύ των αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα έχει δείξει ότι η ακριβής γνώση για τις ψυχικές διαταραχές αποκτάται μεταξύ της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Συγκεκριμένα, ενώ τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά έχουν πιο συγκεκριμένη εικόνα για την ψυχική νόσο και τα χαρακτηριστικά που τη συνοδεύουν, οι έφηβοι έχουν μία πιο περίπλοκη κατανόηση της

ψυχικής νόσου, τόσο σε σχέση με τη διαταραχή των σκέψεων και των συναισθημάτων, όσο και σε σχέση με τα αίτια εκδήλωσης και τους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης (Spitzer & Cameron, 1995· Wahl, 2003). Παράλληλα, σύμφωνα με τους Penn *et al.* (*in press*), οι έφηβοι, όχι μόνο κατανοούν την έννοια της ψυχικής διαταραχής, αλλά θεωρούν τα ΑμΨΔ ως διαφορετικά από τα άτομα του γενικού πληθυσμού.

Επιπλέον, ενώ αρνητικές αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια καταγράφονται σε παιδιά μικρής ηλικίας, οι αντιλήψεις αυτές εμφανίζονται περισσότερο αρνητικές σε μεγαλύτερες ηλικίες. Στις περισσότερες έρευνες έχει καταγραφεί περιορισμένη γνώση στα παιδιά για θέματα που αφορούν στην ψυχική ασθένεια –κυρίως σχετικά με τη θεραπεία–(Adler & Wahl, 1998· Poster, 1992· Poster *et al.*, 1986· Spitzer & Cameron, 1995· Watson *et al.*, 2004· Weiss, 1986, 1994) και αρνητικές αντιλήψεις, κυρίως σχετικά με τη συμπεριφορά των ΑμΣΨΔ (Spitzer & Cameron, 1995). Ωστόσο, σε κάποιες έρευνες έχουν καταγραφεί θετικές αντιλήψεις, κυρίως στις περιπτώσεις που τα παιδιά μπορούσαν να συσχετίσουν τη συμπεριφορά των ΑμΣΨΔ με δικές τους συμπεριφορές (Ng & Chan, 2000· Schulze *et al.*, 2003· Secker, Armstrong, & Hill, 1999).

Ο αριθμός των ερευνών που αφορούν στις αντιλήψεις των παιδιών και των εφήβων απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και τα ΑμΣΨΔ είναι ιδιαίτερα περιορισμένος (π.χ. Adler & Wahl, 1998· Chung & Chan, 2004· Corrigan *et al.*, 2005· Esters, Cooker, & Ittenbach, 1998· Hennessy & Heary, 2008· Lopez, 1991· Ng & Chan, 2000· Penn *et al.*, *in press*· Poster, 1992· Poster *et al.*, 1986· Schulze & Angemeyer, 2005· Schulze *et al.*, 2003· Spitzer & Cameron, 1995· Watson *et al.*, 2004, 2005· Weiss, 1985, 1986, 1994), ενώ σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του Wahl (2003), στην οποία παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών από το 1980 και μετά, οι περισσότερες έρευνες είναι περιγραφικές και περιλαμβάνουν μικρά δείγματα. Εξαιρέση αποτελούν οι έρευνες των Secker, Armstrong και Hill (1999) και Ng και Chan (2000) που είχαν περιληφθεί στην ανασκόπηση του Wahl (2003),

αλλά και οι μεταγενέστερες έρευνες των Ng και Chan (2002), Schulze *et al.* (2003), Chung & Chan (2004), Watson *et al.* (2004), Corrigan *et al.*, (2005), Schulze και Angemeyer (2005), και Watson, Miller και Lyons (2005).

Τα στοιχεία που προκύπτουν από τις μελέτες αυτές είναι ενθαρρυντικά αναφορικά με τις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣΨΔ. Πιο συγκεκριμένα, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι δεν διατηρούν έντονα στιγματιστικές αντιλήψεις (Chung & Chan, 2004· Corrigan *et al.*, 2005· Schulze *et al.*, 2003· Watson *et al.*, 2004), ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι συμμετέχοντες εμφανίστηκαν να μην έχουν ξεκάθαρα διαμορφωμένες αντιλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές (Schulze & Angermeyer, 2005· Schulze *et al.*, 2003· Watson, Miller, & Lyons, 2005).

Έρευνες στις οποίες έχει μελετηθεί η επίδραση του φύλου έχουν δείξει ότι τα αγόρια διατηρούν περισσότερο στιγματιστικές αντιλήψεις συγκριτικά με τα κορίτσια (Ng & Chan, 2000, 2002· Watson, Miller, & Lyons, 2005· Watson *et al.*, 2004), ενώ υπάρχουν έρευνες στις οποίες το εύρημα αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί (Penn *et al.*, *in press*· Pinfold *et al.*, 2003· Schulze *et al.*, 2003· Secker, Armstrong, & Hill, 1999).

Αναφορικά με την προηγούμενη επαφή με ΑμΨΔ -η οποία έχει συσχετιστεί ερευνητικά με θετικότερες αντιλήψεις στην περίπτωση των ενηλίκων (Corrigan *et al.*, 2001· Penn *et al.*, 1994)- δεν υπάρχει σαφής εικόνα για τα παιδιά και τους εφήβους (Corrigan *et al.*, 2005· Ng and Chan, 2000· Watson, Miller, & Lyons, 2005).

Κοινωνική απόσταση

Η έννοια της κοινωνικής απόστασης (*social distance*) αποτελεί μία από τις πιο κοινές μετρήσεις του στίγματος. Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Park (1924) ως ο βαθμός της κατανόησης και της εγγύτητας που χαρακτηρίζουν τις κοινωνικές σχέσεις στο σύνολό τους. Η πρώτη κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής απόστασης κατασκευάστηκε από τον Bogardus (1925) και αφορούσε στο φυλετικό στιγματισμό, ενώ η πρώτη της εφαρμογή

στη μέτρηση του ψυχιατρικού στίγματος αναφέρθηκε από τους Cummings και Cummings (1957). Ο Phillips (1963) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε την έννοια της κοινωνικής απόστασης μέσα από βινιέτα. Από την περίοδο εκείνη και μετά προτάθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν ερευνητικά αρκετές παραλλαγές των αρχικών αυτών κλιμάκων μέτρησης της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης. Μία από αυτές είναι η κλιμάκια κοινωνικής απόστασης των Link *et al.* (1987), η οποία έχει χρησιμοποιηθεί και προσαρμοστεί σε μία σειρά ερευνών (π.χ. Angermeyer & Matschinger, 1997· Gaebel *et al.*, 2002· Link *et al.*, 1999).

Συνολικά, η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣΨΔ έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνεται όσο αυξάνεται και η κοινωνική εγγύτητα που απαιτούν οι συνθήκες αλληλεπίδρασης. Για παράδειγμα, οι Thompson *et al.* (2002) παρατήρησαν ότι η προθυμία των ατόμων που εξέτασαν να «τοποθετήσουν» ένα ΑμΣΨΔ στη γειτονιά τους, το χώρο εργασίας τους ή το σπίτι τους αυξανόταν όσο η απόσταση από το σπίτι τους αυξανόταν. Παράλληλα, ενώ το 83% δήλωνε ότι θα ξεινούσε μία φίλια με ένα ΑμΣ, μόλις το 25% δήλωσε ότι θα παντρευόταν ένα ΑμΣ.

Παράλληλα, η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣΨΔ διαφοροποιείται με κριτήριο τη διαταραχή. Μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση έχει παρατηρηθεί ότι σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια συγκριτικά με την κατάθλιψη. Οι Link *et al.* (1999) χρησιμοποίησαν πέντε διαφορετικές βινιέτες, στις οποίες περιγράφονταν: μία με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια, εξάρτηση από το αλκοόλ, εξάρτηση από την κοκαΐνη και ένα «διαταραγμένο» άτομο. Σε ένα δείγμα 1444 ατόμων, οι Link *et al.* (1999) βρήκαν σημαντικές διαφορές στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, η επιθυμητή κοινωνική απόσταση ήταν μεγαλύτερη για τα άτομα με εξάρτηση από την κοκαΐνη, ενώ ακολουθούσαν η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από το αλκοόλ. Σε μία παρόμοια έρευνα, οι Angermeyer και Matchinger (2003) παρατήρησαν ότι η επιθυμητή κοινωνική απόσταση ήταν μεγαλύτερη για τη σχιζοφρένεια συγκριτικά με την κατάθλιψη σε ένα δείγμα 5025 ατόμων στη Γερμανία.

Κοινωνική απόσταση & εξοικείωση. Οι Corrigan *et al.* (2001b) περιγράφουν τη σχέση ανάμεσα στην εξοικείωση και την κοινωνική απόσταση σαν τα δύο άκρα ενός συνεχούς που αναπαριστά τον αντίκτυπο του στιγματισμού: η εξοικείωση επηρεάζει το στίγμα το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει την κοινωνική απόσταση. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που είναι εξοικειωμένα με την ψυχική νόσο είναι λιγότερο πιθανό να διατηρούν αρνητικές στάσεις απέναντι στα ΑμΣΨΔ και επιθυμούν μεγαλύτερη κοινωνική εγγύτητα με τα ΑμΣΨΔ. Η σχετική βιβλιογραφία φαίνεται να επιβεβαιώνει αυτή τη σχέση (Adams & Partee, 1998· Angermeyer & Matchinger, 1996· Angermeyer, Matchinger, & Corrigan, 2004· Arikian & Uysai, 1999· Chinsky & Rappaport, 1970· Chou & Mak, 1998· Corrigan *et al.*, 2001a,b· Couture & Penn, 2003· Desforges *et al.*, 1991· Holmes *et al.*, 1999· Ingamells *et al.*, 1996· Jermain & Crismon, 1991· Jones *et al.*, 1984· Kolodziej & Johnson, 1996· Link & Cullen, 1986· Malla & Shaw, 1987· Meise *et al.*, 2000· Ogedengbe, 1993· Penn *et al.*, 1994· Penn *et al.*, 1999· Read & Law, 1999· Sellick & Goodear, 1986· Song *et al.*, 2005· Trute & Loewen, 1978).

Συνολικά, οι έρευνες έχουν δείξει ότι η μεγαλύτερη ηλικία (Lauber *et al.*, 2004· Stuart & Arboleda-Florez, 2001), το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η έλλειψη προηγούμενης επαφής με ΑμΣΨΔ σχετίζονται με την επιθυμία μεγαλύτερης κοινωνικής απόστασης από τα ΑμΣΨΔ.

Δύο είναι οι σημαντικότεροι περιορισμοί που αφορούν στη χρήση κλιμάκων για την αξιολόγηση της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης. Ο πρώτος αφορά στην επίδραση της κοινωνικής επιθυμητότητας στις απαντήσεις των ατόμων που συμμετέχουν στις έρευνες. Η πληροφόρηση του γενικού πληθυσμού γύρω από θέματα που αφορούν στο στίγμα στο πλαίσιο των προγραμμάτων αντιμετώπισης του έχουν καταστήσει σαφές ότι η απόρριψη ενός ατόμου απλώς και μόνο επειδή έχει νοσηλευτεί σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή έχει επισκεφτεί κάποιον ψυχίατρο είναι άδικη και λανθασμένη. Προκειμένου λοιπόν να διασφαλίσουν την εικόνα τους συχνά τα άτομα

επιλέγουν απαντήσεις που δεν ανταποκρίνονται απόλυτα στην πραγματική τους διάθεση απέναντι στα συγκεκριμένα άτομα και αυτό έχει σαν συνέπεια να μην γίνεται ακριβής εκτίμηση της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης. Ο δεύτερος περιορισμός αφορά στην αντιστοιχία μεταξύ της πρόθεσης για ειδήλωση συγκεκριμένης συμπεριφοράς και της πραγματικής συμπεριφοράς. Παρά το γεγονός ότι η πρόθεση στην προκειμένη περίπτωση έχει φανεί να αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό παράγοντα της συμπεριφοράς, διάφοροι παράγοντες είναι δυνατό να μεσολαβήσουν και να επηρεάσουν σημαντικά την αντιστοιχία μεταξύ των δύο.

Περίληψη & Περιορισμοί

Ο γενικός πληθυσμός φαίνεται να διατηρεί στιγματιστικές αντιλήψεις αναφορικά με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές γενικά και τη σχιζοφρένεια ειδικότερα. Οι πιο κοινές αντιλήψεις για τη περίπτωση της σχιζοφρένειας αναφέρονται στο «διχασμένο νου» ή τη «διχασμένη προσωπικότητα», στην επικινδυνότητα, τη χαμηλή νοημοσύνη, την ανικανότητα, την απρόβλεπτη συμπεριφορά και την υπευθυνότητα για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Οι αντιλήψεις αυτές εμφανίζονται να διαφοροποιούνται με βάση συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αναλυτικότερα, η μεγαλύτερη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η έλλειψη προηγούμενης επαφής/εξοικείωσης με ΑμΣΨΔ έχουν συσχετιστεί στην πλειονότητα των ερευνών με την υιοθέτηση αρνητικότερων αντιλήψεων αναφορικά με τα ΑμΣΨΔ.

Ο αριθμός των ερευνών που αφορούν στις αντιλήψεις των παιδιών και των εφήβων απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και τα ΑμΣΨΔ είναι ιδιαίτερα περιορισμένος συγκριτικά με τις αντιστοιχές έρευνες που μελετούν το αντιλήψεις των ενήλικων. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τις μελέτες σε εφήβους είναι ενθαρρυντικά αναφορικά με τις αντιλήψεις τους για τα ΑμΣΨΔ. Πιο συγκεκριμένα, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι δεν διατηρούν έντονα στιγματιστικές αντιλήψεις, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι συμμετέχοντες εμφανίστηκαν να μην έχουν ξειάθαρα διαμορφωμένες

αντιλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την αντίληψη ότι η παρέμβαση για την αντιμετώπιση του ψυχιατρικού στίγματος στην εφηβική ηλικία θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Έρευνες στις οποίες έχει μελετηθεί η επίδραση του φύλου έχουν δείξει ότι τα αγόρια διατηρούν περισσότερο στιγματιστικές αντιλήψεις συγκριτικά με τα κορίτσια, ενώ αναφορικά με την προηγούμενη επαφή με ΑμΣΨΔ -η οποία έχει συσχετιστεί ερευνητικά με θετικότερες αντιλήψεις στην περίπτωση των ενηλίκων - δεν υπάρχει σαφής εικόνα για τους εφήβους.

Ο αριθμός των ερευνών στις οποίες έχει μελετηθεί η διαφοροποίηση του στίγματος ΣΨΔ στο χρόνο είναι ιδιαίτερα περιορισμένος και τα αποτελέσματά τους είναι ανάμεικτα. Συγκεκριμένα, ενώ σε κάποιες έρευνες οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα ΑμΣΨΔ καταγράφονται πιο στιγματιστικές συγκριτικά με το παρελθόν, σε άλλες έρευνες δεν έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφοροποιήσεις. Μία τέτοια έρευνα έχει πραγματοποιηθεί και στην Ελλάδα και τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι οι αντιλήψεις του πληθυσμού αναφορικά με την κοινωνική διάκριση, τον περιορισμό και την κοινωνική ενσωμάτωση των ΑμΣΨΔ είναι θετικότερες συγκριτικά με το παρελθόν.

Οι περιορισμοί των ερευνών περιγράφονται σε τρία κυρίως επίπεδα. Το πρώτο αφορά στο γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών που αφορούν στο στίγμα και τις ψυχικές διαταραχές είναι περιγραφικές και αφορούν κυρίως στις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού (ή ειδικότερων ομάδων) γύρω από την ψυχική νόσο. Ο αριθμός των ερευνών που αφορούν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του στίγματος είναι ιδιαίτερα περιορισμός (Gaebel & Baumann, 2003· Pinfold *et al.*, 2005). Το δεύτερο αναφέρεται στο γεγονός ότι σε λίγες μόνο έρευνες συμμετέχουν τα ίδια τα ΑμΣΨΔ και γίνεται αναφορά στις προσωπικές τους εμπειρίες από τη βίωση του στιγματισμού (Crossley & Crossley, 2001· Porter, 1998· Rose, 2001). Τέλος, το τρίτο σχετίζεται με το γεγονός ότι ο αριθμός των ερευνών που μελετούν το στίγμα σε ομάδες παιδιών και εφήβων είναι ιδιαίτερα περιορισμένος.

Στρατηγικές καταπολέμησης του ψυχιατρικού στίγματος

Μέσα από τη μελέτη των ερευνών που αφορούν σε μία σειρά στιγματισμένων κοινωνικών ομάδων, οι στρατηγικές καταπολέμησης του στίγματος είναι δυνατό να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες: (α) τη *διαμαρτυρία*, (β) την *εκπαίδευση* και (γ) την *επαφή* (Corrigan & Penn, 1999· Corrigan & Watson, 2002· Corrigan & O'Shaughnessy, 2007). Ακολουθεί αναλυτική παρουσίαση των επιμέρους στρατηγικών, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση, καθώς σχετίζεται άμεσα με την παρούσα μελέτη.

Διαμαρτυρία

Στο πλαίσιο των στρατηγικών διαμαρτυρίας, τονίζονται τα στοιχεία που υποδηλώνουν την άνιση μεταχείριση των μελών κάποιας ομάδας και γίνεται προσπάθεια για την ενίσχυση της ηθικής αντίδρασης των ανθρώπων απέναντι σε αυτή τη διάκριση. Οι άνθρωποι που στιγματίζονται επισημαίνουν και αντιδρούν απέναντι στις ανακριβείς και εχθρικές γι' αυτούς αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας, σε μία προσπάθεια αντιμετώπισης του στίγματος. Οι προσπάθειες αυτές έχουν σαν στόχο, τόσο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία προβάλλουν τις ανακριβείς πληροφορίες, όσο και το ευρύ κοινό, το οποίο γίνεται αποδέκτης των πληροφοριών αυτών. Το αποτέλεσμα των ενεργειών στο πλαίσιο της διαμαρτυρίας είναι ο περιορισμός των περιπτώσεων κατά τις οποίες τα ΑμΣΨΔ αντιμετωπίζονται από τα μέσα με στιγματιστικό τρόπο. Τα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την επίδραση της διαμαρτυρίας στον περιορισμό του στίγματος των ψυχικών διαταραχών είναι περιορισμένα (Wahl, 1995). Ωστόσο, βασισμένοι σε μεγάλο όγκο ανέκδοτων ευρημάτων, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της οργανωμένης αντίδρασης απέναντι στο στίγμα (Wahl, 1995).

Από την άλλη πλευρά, κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι η διαμαρτυρία είναι πιθανό να έχει αντίθετα αποτελέσματα, δηλ. την αντίδραση του

κοινωνικού συνόλου. Είναι πιθανό οι προσπάθειες αυτές να ειλαμβάνονται αρνητικά, με αποτέλεσμα οι αρνητικές πεποιθήσεις για τη συγκεκριμένη ομάδα να πολλαπλασιάζονται (Corrigan *et al.*, 2001c, Macrae *et al.*, 1994). Επιπλέον, η διαμαρτυρία απέναντι στο στίγμα αποσκοπεί αποκλειστικά στον περιορισμό των αρνητικών στάσεων απέναντι στο στίγμα, χωρίς να συνοδεύεται από την προώθηση θετικών στάσεων που θα μπορούσαν να τις αντικαταστήσουν (Macrae *et al.*, 1994).

Επαφή

Μία άλλη στρατηγική καταπολέμησης του στίγματος των ψυχικών διαταραχών είναι η ενθάρρυνση της επαφής του γενικού πληθυσμού με Αμ.Σ.Ψ.Δ. Η επαφή μεταξύ των ομάδων έχει φανεί –τόσο μέσα από έρευνας στο χώρο της Ψυχολογίας, όσο και από έρευνες στο χώρο της Κοινωνιολογίας- να συμβάλλει σημαντικά στην τροποποίηση των στάσεων και των στερεοτύπων (π.χ. Allport, 1954· Biernat & Dovidio, 2000· Kolodziej & Johnson, 1966· Mayville & Penn, 1998· Penn & Nowlin –Drummond, 2001· Williams, 1947). Τέτοια παραδείγματα έχουν μελετηθεί στην περίπτωση των φυλετικών προκαταλήψεων (π.χ. Jones *et al.*, 2000· Johnson & Johnson, 2000), της ομοφυλοφιλίας (π.χ. Herek, 1986· Herek & Capitanio, 1996), κ.α. Σύμφωνα με την «υπόθεση της επαφής» (*contact hypothesis*) (Allport, 1953, 1954), η επαφή μεταξύ μελών διαφορετικών ομάδων είναι δυνατό να περιορίσει τη χρήση των στερεοτύπων και την προκατάληψη, ειδικότερα όταν τα άτομα έχουν: (α) παρόμοιο κοινωνικό στάτους, (β) υψηλό βαθμό συνεργασίας μεταξύ τους, (γ) κίνητρο, (δ) επαναλαμβανόμενη επαφή, (ε) προσωπική και όχι τυπική επαφή και (στ) τη δυνατότητα επαφής σε πραγματικές συνθήκες (Allport, 1954· Amir, 1969· Cook, 1985· Ellison & Powers, 1994· Gaertner *et al.*, 1990· Islam & Hewstone, 1993· Johnston & Hewstone, 1992· Riordan, 1978· Sherif *et al.*, 1961· Sigelman & Welch, 1993).

Η επίδραση της επαφής στον περιορισμό του στίγματος έχει περιγραφεί στο πλαίσιο της τροποποίησης των στιγματιστικών δομών γνώσης. Πιο συγκεκριμένα, το στιγματιστικό στερεότυπο που υιοθετείται από κάποιο άτομο για ένα μέλος της στιγματισμένης κοινωνικής ομάδας είναι πιθανό να αμφισβητηθεί όταν το άτομο έρθει σε επαφή με το μέλος της στιγματισμένης ομάδας (Horwitz & Rabbie, 1989· Rothbart & John, 1985) ή μπορεί ακόμη και να αλλάξει, αλλάζοντας παράλληλα και την κατηγοριοποίηση του στιγματισμένου ατόμου, από την κατηγορία «αυτοί» στην κατηγορία «εμείς» (Gaertner *et al.*, 1990). Για παράδειγμα, η συνεργασία ενός ατόμου με ένα ΑμΣΨΔ –το οποίο έχει αντίστοιχο κοινωνικό στάτους- στο πλαίσιο μίας κοινωνικής δραστηριότητας είναι πιθανό να οδηγήσει σε αλλαγή της αντίληψης για την επικινδυνότητα ή την ανικανότητα του ΑμΣΨΔ. Παράλληλα, όμως, είναι πιθανό οι νέες αυτές πληροφορίες να μη γενικευθούν -και κατ' επέκταση να οδηγήσουν στον περιορισμό του στίγματος- αλλά να περιοριστούν στο χαρακτηρισμό του συγκεκριμένου ΑμΣΨΔ ως «μη τυπικό μέλος» της στιγματισμένης ομάδας. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, αυτό φαίνεται να συμβαίνει στις περιπτώσεις που το μέλος της στιγματισμένης κοινωνικής ομάδας είναι τελείως διαφορετικό από τα στερεότυπα που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη ομάδα, ενώ μικρές διαφοροποιήσεις οι οποίες αμφισβητούν τα στερεότυπα σχετίζονται με περιορισμό του στίγματος (Kunda & Oleson, 1995· 1997). Για παράδειγμα, η επαφή με ένα ΑμΣΨΔ, το οποίο ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή, έχει κάποια υπολλειπόμενα συμπτώματα, αλλά παράλληλα εργάζεται και μένει στην κοινότητα θα μπορούσε να έχει θετική επίδραση στην προσπάθεια περιορισμού του ψυχιατρικού στίγματος.

Ερευνητικά δεδομένα

Στις περισσότερες έρευνες, ο βαθμός εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια αξιολογείται, είτε με τη χρήση μίας ερώτησης («Γνωρίζεις κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια;»), είτε με τη χρήση της κλίμακας των Holmes *et al.* (1999),

στην οποία περιγράφονται 12 συνθήκες οι οποίες διαφέρουν στο βαθμό οικειότητας με ΑμΣΨΔ. Οι συνθήκες που περιγράφονται έχουν προσαρμοστεί από άλλες κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί στην έρευνα του στίγματος (Link *et al.*, 1987· Penn *et al.*, 1994) και κυμαίνονται από συνθήκες που δεν έχουν κανένα βαθμό οικειότητας («Δεν έχω συναντήσει ποτέ κάποιο άτομο, το οποίο να γνώριζα ότι είχε κάποια ψυχική ασθένεια») έως συνθήκες που έχουν τον υψηλότερο βαθμό οικειότητας («Έχω ψυχική ασθένεια»).

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τα ΑμΣΨΔ οφείλονται στην έλλειψη διαπροσωπικής επαφής μεταξύ τους (Jackson, 1993· Stein, Ward, & Cislo, 1992). Έρευνες έχουν δείξει ότι η επαφή σχετίζεται με μείωση των αρνητικών αντιδράσεων και των συμπεριφορών διάκρισης, με θετικότερες στάσεις απέναντι στα ΑμΣΨΔ και με μείωση της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης (Corrigan, 2005· Corrigan *et al.*, 2001· Desforge *et al.*, 1991· Holmes *et al.*, 1999· Jamison, 2006· Keusch, Wilentz, & Kleinman, 2006· Kolodziej & Johnson, 1996· Link & Cullen, 1986· Penn *et al.*, 1994).

Επιπλέον, το στίγμα φαίνεται να περιορίζεται ακόμα περισσότερο όταν ο γενικός πληθυσμός έρχεται σε επαφή με ΑμΣΨΔ, τα οποία είναι σε θέση να διατηρούν μία καλή δουλειά ή να ζουν στην κοινότητα (Corrigan *et al.*, 2001a,b· Corrigan *et al.*, 2002· Pinfold *et al.*, 2003), ενώ η επίδραση της επαφής στις αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ φαίνεται να διατηρείται στο χρόνο και να σχετίζεται με αλλαγή συμπεριφοράς (Corrigan *et al.*, 2003). Τέλος, η επαφή σχετίζεται με τον περιορισμό του στίγματος στην περίπτωση που τα ΑμΣΨΔ δεν επιβεβαιώνουν τα στερεότυπα που συνοδεύουν τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Reike *et al.*, 2004).

Ωστόσο, σε κάποιες έρευνες η επαφή έχει παρατηρηθεί να έχει περιορισμένη ή ακόμα και αρνητική επίδραση στις αντιλήψεις απέναντι σε ΑμΣΨΔ (π.χ. Brunton, 1997· Gatherer & Reid, 1963). Σύμφωνα με τους Hewstone και Brown (1986), ο βασικός περιορισμός της υπόθεσης της

επαφής σχετίζεται με τη δυνατότητα γενίκευσης, δηλ. με τη μεταφορά της θετικής εμπειρίας και θετικής αξιολόγησης για ένα μέλος της μειονότητας σε ολόκληρη την μειονοτική ομάδα. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι η γενίκευση των θετικών εκτιμήσεων συμβαίνει πιο δύσκολα συγκριτικά με τη γενίκευση των αρνητικών εκτιμήσεων (Cook, 1978). Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η υπόθεση της επαφής δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί επαρκώς (Desforges *et al.*, 1991).

Τα αποτελέσματα των ερευνών αναφορικά με το ρόλο της επαφής στον περιορισμό του στίγματος έχουν εγείρει αρκετά ερωτήματα. Ένα από αυτά αναφέρεται στο αν η επαφή με τα ΑμΣΨΔ είναι αυτή που οδηγεί στον περιορισμό του στίγματος ή αν τα άτομα που δεν υιοθετούν στιγματιστικές αντιλήψεις και συμπεριφορές είναι πιθανότερο να επιδιώξουν την επαφή με τα μέλη της συγκεκριμένης ομάδας. Μία πρώτη απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα προέρχεται από το χώρο των φυλετικών στερεοτύπων, όπου η προκατάληψη φαίνεται να περιορίζεται και σε άτομα που τοποθετούνται τυχαία σε ομάδες που έρχονται σε επαφή με μειονοτικές ομάδες (Desforges *et al.*, 1991· *reviews*: Hamburger, 1994· Gaertner *et al.*, 1996). Αντίστοιχα δεδομένα αναφορικά με το στίγμα των ψυχικών διαταραχών δεν είναι διαθέσιμα.

Εκπαίδευση

Γενικά, η εκπαίδευση, μέσω της πληροφόρησης που παρέχει, θεωρείται ότι καθιστά το ευρύ κοινό ικανό να διαμορφώσει άποψη και στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια βασισμένο στη γνώση γύρω από αυτή (Corrigan & Lundin, 2001). Είναι κοινή αντίληψη ότι η έλλειψη γνώσης για θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές σχετίζεται με αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στα ΑμΣΨΔ (Wolff *et al.*, 1996b), ενώ η παροχή έγκυρης γνώσης συνδέεται με τη βελτίωσή τους (Brockington *et al.*, 1993· Jorm, 2000· Link & Cullen, 1986· Link *et al.*, 1987· Roman & Floyd, 1981). Η έννοια της γνώσης αναφορικά με την ψυχική υγεία έχει προταθεί από τους Jorm *et al.* (1997),

σύμφωνα με τους οποίους ο όρος «mental health literacy» αναφέρεται στη γνώση και τις αντιλήψεις γύρω από τις ψυχικές διαταραχές και περιλαμβάνει στοιχεία όπως: (α) τη δυνατότητα «αναγνώρισης» συγκεκριμένων διαταραχών ή διαφορετικών τύπων ψυχικών διαταραχών, (β) τις γνώσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με τους επιβαρυντικούς παράγοντες και τα αίτια εκδήλωσης των ψυχικών διαταραχών και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, (γ) τις αντιλήψεις που προωθούν την αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών στο ίδιο το άτομο και ενισχύουν την αναζήτηση βοήθειας και (δ) τη γνώση γύρω από τις διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης για θέματα ψυχικής υγείας.

Ακολουθεί η αναλυτική παρουσίαση των προγραμμάτων εκπαίδευσης που έχουν εφαρμοστεί, είτε στο γενικό πληθυσμό, είτε σε ειδικούς πληθυσμούς, με αναφορά, τόσο στη μεθοδολογία όσο και στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων. Η αναλυτική παρουσίαση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων θα επιτρέψει τη σύγκριση της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με τα αντίστοιχα στοιχεία άλλων ερευνών. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στις παρεμβάσεις σε παιδιά και εφήβους καθώς σχετίζονται άμεσα με την παρούσα μελέτη.

Ερευνητικά αποτελέσματα

Συνολικά, οι έρευνες σχετικά με την εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές αναφέρουν ότι η συμμετοχή σε τέτοιου είδους προγράμματα σχετίζεται με θετικότερες αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ (Corrigan *et al.*, 2001c· Holmes *et al.*, 1999· Keane, 1990, 1991· Morrison, 1976, 1977, 1980· Morrison, Becker, & Bourgeois, 1979· Morrison, Coccozza, & Vanderwyst, 1980· Morrison & Teta, 1977, 1978, 1979, 1980· Penn *et al.*, 1994, 1999· Thornton & Wahl, 1996). Οι Stuart και Arboleda-Flórez (2001) παρατήρησαν ότι, ακόμα και μεταξύ ατόμων που είχαν επαφή με ΑμΣ, η γνώση σχετικά με τη σχιζοφρένεια αποτελούσε το βασικό παράγοντα μέσω του οποίου μπορούσαν να τροποποιηθούν οι αρνητικές αντιλήψεις για τα ΑμΣ.

Σύμφωνα με ερευνητές που μελετούν τις κοινωνικές-γνωστικές βάσεις του στίγματος και των στερεοτύπων, η εκπαίδευση προκαλεί την αμφισβήτηση των δομών γνώσεις που συντηρούν τα στερεότυπα αυτά (Pruegger & Rogers, 1994) και τα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν αυτές τις δομές όταν έρχονται αντιμέτωποι με πληροφορίες που τα αμφισβητούν.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του στίγματος στοχεύουν στην αμφισβήτηση των στερεοτύπων που συνοδεύουν τις ΣΨΔ μέσω της παροχής έγκυρης πληροφόρησης. Περιλαμβάνουν τη χρήση βιβλίων, φυλλαδίων, διαλέξεων και οπτικοακουστικού υλικού με στόχο την αποκατάσταση των μύθων για τις ΣΨΔ και την αντικατάστασή τους με ακριβή δεδομένα, κυρίως αναφορικά με τη φύση των ΣΨΔ και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωσή τους. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων αυτού του τύπου είναι ότι δίνεται η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού με σχετικά εύκολο τρόπο.

Εκπαίδευση στο γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με έρευνες για την αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του ψυχιατρικού στίγματος, άτομα τα οποία έχουν καλή γνώση για θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές είναι λιγότερο πιθανό να διατηρούν στιγματιστικές αντιλήψεις και να υιοθετούν συμπεριφορές διάκρισης (Roman & Floyd, 1981· Link & Cullen 1986· Link *et al.*, 1987· Brockington *et al.*, 1993). Παράλληλα, τα εκπαιδευτικά προγράμματα επιφέρουν βραχυπρόθεσμη (τουλάχιστον) βελτίωση των αντιλήψεων για τα ΑμΣΨΔ (Corrigan *et al.*, 2001, 2002· Holmes *et al.*, 1999· Keane, 1991· Morrison & Teta, 1980· Penn *et al.*, 1994, 1999· Wolff *et al.*, 1996c).

Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας. Τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό παίζουν καθοριστικό ρόλο, όχι μόνο στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών, αλλά και στη διαμόρφωση των αντιλήψεων του

γενικού πληθυσμού απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και τα ΑμΨΔ (Mino *et al.*, 2000). Η τροποποίηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα ΑμΣΨΔ θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, με δεδομένη τη συχνότητα με την οποία η συγκεκριμένη ομάδα περιγράφεται να υιοθετεί στιγματιστικές αντιλήψεις (Mirabi *et al.*, 1985, Lyons & Ziviani, 1995), ενώ εκδηλώνεται έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους είναι δυνατή η επίτευξη αυτού του στόχου, ιδιαίτερα στις ομάδες των φοιτητών στο χώρο της ψυχικής υγείας και των νέων επαγγελματιών στο χώρο (Stein, Ward, & Cislo, 1992).

Σύμφωνα με τον Rabkin (1972), οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην τροποποίηση των αντιλήψεων απέναντι στην ψυχική νόσο, είναι δυνατόν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: (α) στις παρεμβάσεις στις οποίες η τροποποίηση των αντιλήψεων γίνεται μέσω της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης και (β) στις παρεμβάσεις στις οποίες η τροποποίηση των αντιλήψεων προκύπτει από το συνδυασμό της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης και της πρακτικής άσκησης (π.χ. τα προγράμματα πρακτικής άσκησης στην ψυχιατρική ή η κλινική εμπειρία). Ουσιαστικά, οι δύο αυτοί τύποι εκπαιδευτικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση του ψυχιατρικού στίγματος στοχεύουν, είτε αποκλειστικά στην παροχή γνώσης είτε στη συνδυαστική επίδραση της παροχής γνώσης και της επαφής με ΑμΣΨΔ, αντίστοιχα.

Έρευνες που αφορούν σε προπτυχιακούς φοιτητές Ιατρικής (κυρίως τελειόφοιτους) και στις οποίες μελετάται η επίδραση σύντομων εκπαιδευτικών προγραμμάτων στις αντιλήψεις τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τα ΑμΣΨΔ, έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο (Morrison, 1980, Morrison *et al.*, 1980, Morrison & Teta, 1980, Keane 1990, 1991). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί σε ομάδες φοιτητών ιατρικής μετά από την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε συνδυασμό με την πρακτική άσκηση στην ψυχιατρική (Altindaq *et al.*, 2006· Burra *et al.*, 1982· Chung, 2005· Chung & Prasher, 1995· Creed &

Goldberg, 1987· Ghadirian & Engelsmann, 1982· Lau & Offord, 1976· Mas & Hatim, 2002· Mino *et al.*, 2000, 2001· Nielsen & Eaton, 1981· Reddy *et al.*, 2005· Singh *et al.*, 1998· Tan *et al.*, 2005· Tharayan *et al.*, 2001· Wilkinson, Greer, & Toone, 1983). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στις συγκεκριμένες έρευνες ουσιαστικά αξιολογείται η συνδυαστική επίδραση της παροχής γνώσης για την ψυχική ασθένεια και της επαφής με ΑμΣΨΔ.

Επιπλέον, αρκετές είναι οι έρευνες που έχουν δείξει ότι, τόσο η θεωρητική εκπαίδευση όσο και η πρακτική άσκηση στην ψυχιατρική έχει θετική επίδραση στις αντιλήψεις των φοιτητών για την ψυχιατρική και στην απόφασή τους να επιλέξουν την ειδικότητά της ψυχιατρικής (Alexander & Eagles, 1990· Araya, Jadresic & Wilkinson, 1992· Augoustinos *et al.*, 1985· Das & Chandrasena, 1988· Guttman, Rosca-Rebaudengo, & Davis, 1996· Shelley & Webb, 1986· Wilkinson, Greer & Toone, 1983· Wilkinson, Toone & Greer, 1983· Zimny & Sata, 1986). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες ομάδες επαγγελματιών υγείας, π.χ. φοιτητές νοσηλευτικής (Bairan & Farnsworth, 1989· Creech, 1977· Keene, 1991· Madianos *et al.*, 2005). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι τα αποτελέσματα έχουν επαληθευτεί τόσο σε αναπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες και μεταξύ χωρών με αρκετά διαφορετικά προγράμματα σπουδών στον τομέα της Ιατρικής.

Υπάρχει επίσης ένας μικρός αριθμός ερευνών, στις οποίες δεν έχει παρατηρηθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης (θεωρητική εκπαίδευση - πρακτική άσκηση) και της τροποποίησης των στάσεων απέναντι στην ψυχιατρική, την ψυχιατρική ασθένεια ή/και τα ΑμΣΨΔ, σε ομάδες φοιτητών Ιατρικής (Fabrega, 1995· Galletly *et al.*, 1995· Malla & Shaw 1987· O'Mahony, 1979· Shuvak & Adler, 1980· Walton, 1969· Yager *et al.*, 1982).

Εκπαίδευση σε παιδιά & εφήβους. Τα παιδιά και οι έφηβοι θεωρούνται σημαντική ομάδα στόχος στο πλαίσιο της προσπάθειας αντιμετώπισης του

ψυχιατρικού στίγματος. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό σχετίζεται με την υπόθεση ότι οι γνωστικές διεργασίες στις ηλικίες αυτές να μπορούν να επηρεαστούν με τέτοιο τρόπο ώστε η προκατάληψη και η διάκριση απέναντι στα ΑμΣΨΔ να περιοριστούν ή ακόμη και προληφθούν. Ιδανικά, οι παρεμβάσεις σε αυτές τις ηλικίες μπορούν να συμβάλλουν ώστε στις επόμενες γενιές ανηλίκων το στίγμα των ψυχικών διαταραχών να μην είναι τόσο διαδεδομένο. Σημαντικό στοιχείο για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών είναι η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το στίγμα αναπτύσσεται και συντηρείται στα παιδιά.

Σε κάποιες χώρες, οι δράσεις για την αντιμετώπιση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών στους εφήβους εμπεριέχονται σε ολοκληρωμένα προγράμματα προαγωγής υγείας γενικά (ή ψυχικής υγείας ειδικότερα), τα οποία υλοποιούνται στο πλαίσιο της σχολικής εκπαίδευσης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο και τον Καναδά, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μαθητικό πληθυσμό αποτελούν μέρος ενός συνολικού προγράμματος προαγωγής ψυχικής υγείας. Ο κύριος στόχος των συγκεκριμένων παρεμβάσεων είναι η παροχή βασικών πληροφοριών για τις ψυχικές διαταραχές και η διαχείριση θεμάτων που αφορούν στο στίγμα και τη διάκριση. Το βασικότερο χαρακτηριστικό των παρεμβάσεων αυτών είναι η συμμετοχή στο πρόγραμμα ατόμων που έχουν την εμπειρία της ψυχικής ασθένειας, μία μεταβλητή η οποία έχει φανεί να αποτελεί βασικό συστατικό επιτυχίας των παρεμβάσεων σε μαθητικό πληθυσμό (Meise *et al.*, 2000). Στην περίπτωση του Καναδά, οι παρεμβάσεις στο Γυμνάσιο και το Λύκειο γίνονται σε συνεργασία με το Σύλλογο των Ατόμων με Σχιζοφρένεια, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες σε άτομα με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές του, αλλά και με επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να παρέχεται έγκυρη πληροφόρηση γύρω από θέματα που αφορούν στη σχιζοφρένεια. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι αντίστοιχες παρεμβάσεις σε μαθητές/τριες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης γίνονται σε συνεργασία με τοπικούς φορείς ευαισθητοποίησης γύρω από θέματα ψυχικής

υγείας και ασθένειας. Κύριοι στόχοι των παρεμβάσεων είναι η παροχή γνώσης για θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές (κυρίως τη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη).

Οι παρεμβάσεις στις δύο χώρες είναι παρόμοιες όσον αφορά στη μεθοδολογία που ακολουθείται και περιλαμβάνουν ένα πρώτο μέρος διερευνητικό -με ομαδικές ασκήσεις και συζήτηση- και ένα δεύτερο μέρος σύντομων ομιλιών από ειδικούς. Η βασική τους διαφοροποίηση σχετίζεται με το γεγονός ότι, στις παρεμβάσεις του Ηνωμένου Βασιλείου, η θεματολογία αφορά γενικά σε θέματα ψυχικής υγείας, ενώ στις παρεμβάσεις του Καναδά δίνεται έμφαση σε θέματα που αφορούν στη σχιζοφρένεια. Άλλες μικρότερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των παρεμβάσεων αφορούν σε προσαρμογές με βάση πολιτισμικά στοιχεία, άλλες ιδιαιτερότητες τοπικών πληθυσμών, χαρακτηριστικά του μαθητικού πληθυσμού και θέματα προγραμματισμού σε κάθε σχολείο (Pinfold, 2003· Pinfold *et al.*, 2003· WPA, 2000).

Ένα αντίστοιχο πρόγραμμα υλοποιείται και στην Αυστραλία. Το πρόγραμμα ονομάζεται **MindMatters** και αποτελεί μία εθνική πρωτοβουλία για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δημιουργήθηκε ως ένα πρόγραμμα για την υποστήριξη της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην προώθηση και την προστασία της κοινωνικής και συναισθηματικής ευημερίας των μελών των σχολικών κοινοτήτων. Το MindMatters αποτελεί μία σφαιρική προσέγγιση της προαγωγής ψυχικής υγείας, η οποία είναι βασισμένη στις αρχές του ΠΟΥ, του *Global School Health Initiative*¹⁰ και του *Australian National Health Promoting Schools Framework*. Το πρόγραμμα είναι σχεδιασμένο για εφαρμογή στη σχολική τάξη και απευθύνεται σε μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου και εστιάζεται στη διασύνδεση τριών βασικών τομέων: του *προγράμματος σπουδών*, του *σχολικού ήθους* και της *συνεργασίας*.

Η ενότητα «*Κατανοώντας τις Ψυχικές Διαταραχές*» είναι μία από τις συνολικά οκτώ ενότητες¹¹ του προγράμματος. Στόχος της είναι η ενίσχυση της

κατανόησης των ψυχικών διαταραχών, η μείωση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές και η ενίσχυση της συμπεριφοράς αναζήτησης βοήθειας σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το πρόγραμμα χωρίζεται σε οκτώ υποενότητες καθεμιά από τις οποίες μπορεί να χρειαστεί περισσότερο ή λιγότερο χρόνο για να ολοκληρωθεί ανάλογα με την ομάδα που συμμετέχει. Στο εγχειρίδιο που συνοδεύει το πρόγραμμα περιλαμβάνονται: (α) ο στόχος της κάθε υποενότητας, (β) δραστηριότητες οι οποίες θα μπορούσαν να εφαρμοστούν, (γ) αναλυτικές οδηγίες για την υλοποίηση του προγράμματος και (δ) χρήσιμες συμβουλές για τους συντονιστές.

Τα περισσότερα μέρη της παρέμβασης είναι διαδραστικά και περιλαμβάνουν ομαδικές συζητήσεις, βιωματικά παιχνίδια (poster, collage) και καλλιτεχνική έκφραση (ζωγραφική). Η παρέμβαση είναι βασισμένη στον ομαδοκεντρικό τρόπο διδασκαλίας, στο πλαίσιο του οποίου τα διάφορα θέματα παρουσιάζονται υπό την μορφή συζήτησης και όχι διάλεξης. Το ομαδοκεντρικό σύστημα περιλαμβάνει μεθόδους: (α) ενεργητικής μάθησης, όπου οι μαθητές/τριες λύνουν προβλήματα, απαντούν αλλά και διαμορφώνουν ερωτήσεις, συζητούν, εξηγούν, αντιπαρατίθενται και συμμετέχουν σε καταιγισμό ιδεών, (β) συνεργατικής μάθησης, όπου οι μαθητές/τριες δουλεύουν σε ομάδες για την επίλυση προβλημάτων και την υλοποίηση εργασιών κάτω από συνθήκες που διασφαλίζουν τη θετική αλληλεπίδραση μεταξύ τους και (γ) επαγωγικής μάθησης, όπου αφού παρουσιαστούν στους μαθητές/τριες κάποιες προκλήσεις (ερωτήσεις, προβληματισμοί) στη συνέχεια μαθαίνουν μέσα από το υλικό του μαθήματος τρόπους διαπραγμάτευσής τους (Hannafin, Land, & Oliver, 1999· Jonassen, 1997, 1999, 2000).

Σύμφωνα με αξιολογήσεις της αποτελεσματικότητας τέτοιου τύπου εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε εφήβους, η εκπαίδευση αποτελεί μία πολύτιμη στρατηγική για τη βελτίωση των αντιλήψεων για τις ψυχικές διαταραχές (Ασημόπουλος και συν., 2006· Esters *et al.*, 1998· Ng & Chan, 2002· Pinfold *et al.*, 2003· Rahman *et al.*, 1998· Schulze *et al.*, 2003). Επιπλέον, η

αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων φαίνεται να ενισχύεται στις περιπτώσεις που περιλαμβάνεται σε αυτές και η επαφή με κάποιο ΑμΣΨΔ (Pinfold *et al.*, 2003· Schulze *et al.*, 2003), ενώ έχει καταγραφεί να διατηρείται –αν και σχετικά μειωμένη– στο χρόνο. Τα διαστήματα τα οποία έχουν μέχρι σήμερα εξεταστεί κυμαίνονται μεταξύ ενός και έξι μηνών (Pinfold *et al.*, 2003· Schulze *et al.*, 2003).

Περίληψη & Περιορισμοί

Η επαφή μεταξύ των ομάδων έχει φανεί να συμβάλλει σημαντικά στην τροποποίηση των στάσεων και των στερεοτύπων. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τα ΑμΣΨΔ οφείλονται στην έλλειψη διαπροσωπικής επαφής μεταξύ τους (Jackson, 1993· Stein, Ward, & Cislo, 1992). Έρευνες έχουν δείξει ότι η επαφή σχετίζεται με μείωση των αρνητικών αντιδράσεων και των συμπεριφορών διάκρισης, με θετικότερες στάσεις απέναντι στα ΑμΣΨΔ και με μείωση της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης (Corrigan, 2005· Corrigan *et al.*, 2001· Jamison, 2006· Keusch, Wilentz, & Kleinman, 2006). Επιπλέον, το στίγμα φαίνεται να περιορίζεται ακόμα περισσότερο όταν ο γενικός πληθυσμός έρχεται σε επαφή με ΑμΣΨΔ, τα οποία είναι σε θέση να διατηρούν μία καλή δουλειά ή να ζουν στην κοινότητα (Corrigan *et al.*, 2001a,b· Corrigan *et al.*, 2002· Pinfold *et al.*, 2003), ενώ η επίδραση της επαφής στις αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ φαίνεται να διατηρείται στο χρόνο και να σχετίζεται με αλλαγή συμπεριφοράς (Corrigan *et al.*, 2003). Τέλος, η επαφή σχετίζεται με τον περιορισμό του στίγματος στην περίπτωση που τα ΑμΣΨΔ δεν επιβεβαιώνουν τα στερεότυπα που συνοδεύουν τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Reike *et al.*, 2004).

Είναι κοινή αντίληψη ότι η έλλειψη γνώσης για θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές σχετίζεται με αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στα ΑμΣΨΔ (Wolff *et al.*, 1996b), ενώ η παροχή έγκυρης γνώσης συνδέεται με τη βελτίωσή

τους (Brockington *et al.*, 1993· Jorm, 2000· Link & Cullen, 1986· Link *et al.*, 1987· Roman & Floyd, 1981). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του στίγματος στοχεύουν στην αμφισβήτηση των στερεοτύπων που συνοδεύουν τις ΣΨΔ μέσω της παροχής έγκυρης πληροφόρησης.

Συνολικά, οι έρευνες σχετικά με την εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές αναφέρουν ότι η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα σχετίζεται με θετικότερες αντιλήψεις για τα ΑμΣΨΔ (Corrigan *et al.*, 2001c· Penn *et al.*, 1994, 1999· Thornton & Wahl, 1996). Ακόμα και μεταξύ ατόμων που είχαν επαφή με ΑμΣΨΔ, η σχετική γνώση αποτελούσε το βασικό παράγοντα μέσω του οποίου μπορούσαν να τροποποιηθούν οι αρνητικές αντιλήψεις για τα άτομα (Stuart & Arboleda-Flórez, 2001).

Παράλληλα, η έρευνα έχει δείξει ότι αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του στίγματος διαφοροποιείται μεταξύ ατόμων με διαφορετικά κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Stuart, 2003) και για το λόγο αυτό προτείνονται περισσότερο εστιασμένες προσεγγίσεις, οι οποίες θα στοχεύουν σε ειδικούς πληθυσμούς. Έτσι, στο πλαίσιο των προγραμμάτων καταπολέμησης του στίγματος δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση των γνώσεων, των αντιλήψεων και των στάσεων απέναντι σε θέματα ψυχικών διαταραχών των επιμέρους κοινωνικών ομάδων, στις οποίες απευθύνεται το πρόγραμμα κάθε φορά (Milburn, 1996· WHO, 1986). Μέχρι σήμερα, ειδικά προγράμματα καταπολέμησης του ψυχιατρικού στίγματος έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί –πέρα από το γενικό πληθυσμό- σε πληθυσμό επαγγελματιών υγείας και σε παιδιά και εφήβους με ιδιαίτερα ικανοποιητική αποτελεσματικότητα.

Οι έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του στίγματος έχουν κάποιους περιορισμούς. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η κοινωνική επιθυμητότητα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, η έλλειψη ομάδας ελέγχου (σε κάποιες από τις έρευνες), καθώς και το γεγονός ότι η συμμετοχή σε

ορισμένες από τις παρεμβάσεις είναι εθελοντική, κάτι που μπορεί να σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν. Επιπλέον, ενώ οι αντιλήψεις αποτελούν έναν προβλεπτικό παράγοντα συμπεριφοράς, η σχέση μεταξύ τους δεν είναι γραμμική. Κατ' επέκταση, οι θετικότερες αντιλήψεις των συμμετεχόντων απέναντι στα ΑμΣΨΔ δε συνεπάγονται απαραίτητα και την τροποποίηση των συμπεριφορών διάκρισης.

Η βασικότερη κριτική που έχουν δεχτεί οι παραδοσιακές εκπαιδευτικές προσεγγίσεις σε θέματα υγείας γενικά αφορά στην εκτίμηση ότι η παροχή και μόνο έγκυρης πληροφόρησης μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή των στάσεων και κατ' επέκταση των συμπεριφορών (Tones *et al.*, 1990). Αυτό που μέχρι σήμερα είχε υποθεθεί είναι ότι η γνώση σχετικά με τα αίτια εκδήλωσης κάποιας ψυχικής νόσου σχετίζεται με θετικότερες στάσεις απέναντι στα ΑμΣΨΔ (Gureje *et al.*, 2006).

Ένα από τα θέματα που απασχολούν τους ερευνητές που διερευνούν την αντιμετώπιση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών τα τελευταία χρόνια αφορά σε κάποια ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία η παροχή έγκυρης πληροφόρησης δε συνεπάγεται τον περιορισμό του στίγματος. Συγκεκριμένα, η περίπτωση αυτή αφορά στην πληροφόρηση αναφορικά με τα αίτια εκδήλωσης των ψυχικών διαταραχών. Η συλλογιστική πίσω από την προσέγγιση της *ψυχικής νόσου σαν οποιαδήποτε άλλη σωματική νόσο* στο πλαίσιο εκπαιδευτικών προγραμμάτων, περιλαμβάνει την έμφαση στη βιολογική διάσταση των ψυχικών διαταραχών (δηλ. τη χημική αστάθεια, τη βλάβη του εγκεφάλου, τη γενετική κληρονομικότητα) (Angermeyer & Matschinger, 2005· Jorm *et al.*, 1999, 2000· Thompson *et al.*, 2002· Wahl, 1987, 1999), με στόχο τη θετικότερη στάση απέναντι στα ΑμΣΨΔ (Brockington *et al.*, 1993· Corrigan *et al.*, 2001a· Corrigan & Watson, 2004· Gureje *et al.*, 2006). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, η συγκεκριμένη πρακτική φαίνεται να έχει στην πραγματικότητα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα (π.χ. Angermeyer, Diplsoz, & Matschinger, 2003·

Angermeyer & Matschinger, 2005· Bennett, Thrilaway, & Murray, 2008· Dietrich *et al.*, 2004· Lauber *et al.*, 2004· Link *et al.*, 1999· Link & Phelan, 2001· Read & Harre, 2001· Read & Law, 1999). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η γνώση σχετικά με την ιατρική διάσταση των ψυχικών διαταραχών έχει φανεί να συνδέεται με μεγαλύτερη επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣΨΔ (Lauber *et al.*, 2004), ενώ η γνώση σχετικά με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας φαίνεται να ενισχύει τις αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στα ΑμΣ (π.χ. Penn *et al.*, 1994).

Πιθανές ερμηνείες του φαινομένου αποτελούν το γεγονός ότι το ευρύ κοινό δυσκολεύεται να κατανοήσει απόλυτα τη βιολογική βάση της ψυχικής νόσου και ότι η απόδοση σε βιολογικά αίτια δίνει την εντύπωση πως πρόκειται για μία μόνιμη κατάσταση, η οποία βρίσκεται πέρα από τον έλεγχο του ατόμου και η οποία μπορεί μόνο να ελέγχεται φαρμακευτικά. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που περιγράφουν την ψυχική νόσο μέσα από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχουν μεγαλύτερη θετική επίδραση στις αντιλήψεις απέναντι στα ΑμΣ και ιδιαίτερα στη διάσταση της επικινδυνότητας και της προβλεψιμότητας (Read & Law, 1999).

Η παρούσα έρευνα

Τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο των δράσεων για τον περιορισμό του στίγματος των ΣΨΔ, οι παρεμβάσεις σε εφήβους κερδίζουν διαρκώς έδαφος. Κύριος στόχος των προγραμμάτων που απευθύνονται σε εφήβους είναι, αρχικά η αναγνώριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και αναγκών της συγκεκριμένης ομάδας, και στη συνέχεια ο σχεδιασμός προγραμμάτων που θα απευθύνονται αποκλειστικά σε αυτή. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι έφηβοι αντιλαμβάνονται τις ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος με τον οποίο δομούν τη γνώση για αυτές και η αναγνώριση των θεμάτων που τους προβληματίζουν και τους δυσκολεύουν αποτελούν απαραίτητα βήματα στην πορεία για το σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων αντιμετώπισης του ψυχιατρικού στίγματος.

Αρκετοί είναι οι λόγοι για τους οποίους η ομάδα των εφήβων αποτελεί μία από τις βασικές ομάδες στόχους για την αντιμετώπιση του στίγματος των ΣΨΔ. Ένας από τους αυτούς είναι το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη ηλικιακή φάση τα στερεότυπα που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές δεν έχουν ακόμη εδραιωθεί (Meise *et al.*, 2000· Sartorius, 1998· Shah, 2004· Stuart & Arboleda-Flórez, 2001), ενώ ταυτόχρονα τα άτομα έχουν διαμορφώσει μία εικόνα για τις ψυχικές διαταραχές και είναι επίσης σε θέση να κατανοήσουν ζητήματα που ανακύπτουν από το στιγματισμό των ΑμΣΨΔ.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Weiss (1985), οι αντιλήψεις των παιδιών για την ψυχική ασθένεια αλλάζει σημαντικά ανάμεσα στα 7 και τα 9 χρόνια, ενώ ανάμεσα στα 11 και τα 13 έτη εμφανίζονται να παίρνουν μία συγκεκριμένη μορφή και να τείνουν να μοιάζουν με αυτές των ενηλίκων. Πριν από την ηλικία των 7 ετών, τα παιδιά τείνουν να αξιολογούν τους άλλους ως *καλούς* ή *κακούς* (Wegner & Vallacher, 1977), αλλά από την ηλικία δώδεκα ή δεκατριών ετών μπορούν να ταυτιστούν με τους άλλους, με αποτέλεσμα να διαμορφώνουν περισσότερο σύνθετες απόψεις (Livesley & Bromley, 1973). Παράλληλα,

όμως, τα στερεότυπα θεωρείται ότι διαμορφώνονται στα πρώιμα παιδικά χρόνια και παίζουν σημαντικό ρόλο στις αντιλήψεις των παιδιών (Scheff, 1984).

Παράλληλα, η εφηβεία χαρακτηρίζεται ως η περίοδος κατά την οποία τα άτομα διαμορφώνουν την προσωπική τους ταυτότητα (Mussen *et al.*, 1990· Rutter & Rutter, 1993) και την ίδια στιγμή βιώνουν έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις, οι οποίες έχουν σχετιστεί με την αυτοκτονικότητα (Wunderlich *et al.*, 2001) ή την κατάχρηση ουσιών (Yang, 2001). Επιπλέον, κατά την εφηβεία εκδηλώνονται αρκετές σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Maggini *et al.*, 2001), ενώ στατιστικά ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία που επηρεάζουν τη λειτουργικότητά τους (Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995· Polllock & Martin, 1999· Rushton, Forcier, & Schectman, 2002).

Στοιχεία από σχετικές έρευνες δείχνουν ότι σημαντικός αριθμός εφήβων που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή δεν αναζητά βοήθεια γι' αυτές (Bailey, 1999· Esters, Cooker, & Ittenbach, 1998· Kessler *et al.*, 2005· Potts, Gillies, & Woods, 2001· Sawyer *et al.*, 2001· Weiss, 1994· Zachrisson, Rodje, & Mykletun, 2006). Έτσι, ο περιορισμός του ψυχιατρικού στίγματος στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα -μέσω της εκπαίδευσης που προσφέρει- ενισχύει την ενημερότητα και κατά συνέπεια την έγκαιρη κινητοποίηση και αναζήτηση βοήθειας.

Η παρούσα έρευνα υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας (ΠΨΕ) για την αντιμετώπιση του στίγματος των ΣΨΔ (World Psychiatric Association, 2000, 2002), την υλοποίηση του οποίου στη χώρα μας έχει αναλάβει το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα, γνωστό ως «Open the Doors» («*Ας ανοίξουμε τις πόρτες*») έχει πέντε βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία το διαφοροποιούν από άλλα αντίστοιχα

προγράμματα. Πρώτον, είναι ένα διεθνές, συνεργατικό πρόγραμμα, στο οποίο συμμετέχουν περισσότερες από 20 χώρες. Δεύτερον, περιγράφεται περισσότερο ως ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα και λιγότερο ως μία καμπάνια. Τρίτον, περιλαμβάνει σε όλα τα επίπεδα δράσης του οργανισμού που απευθύνονται στα ΑμΣΨΔ και τις οικογένειές τους, αλλά και κυβερνητικά προγράμματα, κοινοτικές δράσεις και υπηρεσίες υγείας. Τέταρτον, τονίζει την ανάγκη ανταλλαγής εμπειριών και πληροφοριών, τόσο στο πλαίσιο κάθε χώρας όσο και μεταξύ των χωρών και πέμπτον, οι στόχοι του προγράμματος επιλέγονται όχι μόνο με βάση θεωρητικές προσεγγίσεις, αλλά και μέσα από την επαφή και επικοινωνία με τα ΑμΣΨΔ και τις οικογένειές τους. Κατ' επέκταση, οι στόχοι του προγράμματος σε κάθε χώρα (ακόμα και σε μικρότερες περιοχές στο πλαίσιο κάθε χώρας) είναι πιθανό να διαφοροποιούνται σημαντικά (Kadri & Sartorius, 2005).

Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 1996, ενώ η πιλοτική του εφαρμογή έγινε το 1998 στον Καναδά. Η πιλοτική αυτή εφαρμογή περιελάμβανε την κατασκευή ενός ερωτηματολογίου για τη μέτρηση των αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού για τα ΑμΣ και τη χορήγηση του σε μία αγροτική και δύο αστικές περιοχές της Αλμπέρτα του Καναδά (Stuart & Arboleda-Florez, 2001· Thompson *et al.*, 2002). Η πιλοτική αυτή έρευνα περιελάμβανε επιπλέον μία εκπαιδευτική καμπάνια, η οποία εφαρμόστηκε σε τρεις περιοχές και περιελάμβανε ραδιοφωνικά μηνύματα, δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού για τη σχιζοφρένεια, εκπαιδευτικές συναντήσεις σε γυμνάσια και δράσεις για την προώθηση ακριβέστερων και θετικότερων παρουσιάσεων της σχιζοφρένειας στα ΜΜΕ (Stuart, 2003· Stuart & Arboleda-Florez, 2001· Thompson *et al.*, 2002· Warner & Mandiberg, 2003).

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με δύο στόχους: (α) την *καταγραφή του στίγματος των εφήβων για τα ΑμΣ* και (β) την *αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μίας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης με στόχο τον περιορισμό του στίγματος της σχιζοφρένειας*.

Κατά συνέπεια, τα **ερευνητικά ερωτήματα** που διαμορφώθηκαν και εξετάστηκαν χωρίστηκαν σε δύο άξονες:

A. Καταγραφή στίγματος

1. Ποιές είναι οι αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ;
2. Ποια είναι η επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ;
3. Ποιος ο ρόλος του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για θέματα αναφορικά με τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με ΑμΨΝ στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για τα ΑμΣ;
4. Ποιος ο ρόλος του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για θέματα αναφορικά με τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με ΑμΨΝ στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ;

B. Μελέτη της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης

5. Ποια είναι η επίδραση μίας στοχευμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ;
6. Ποια είναι η επίδραση μίας στοχευμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ;
7. Ποιος είναι ο ρόλος του φύλου, του τόπου κατοικίας, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με ΑμΨΝ στην αποτελεσματικότητα μίας τέτοιας παρέμβασης αναφορικά με τις αντιλήψεις για τα ΑμΣ;
8. Ποιος είναι ο ρόλος του φύλου, του τόπου κατοικίας, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με ΑμΨΝ στην αποτελεσματικότητα μίας τέτοιας παρέμβασης αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ;
9. Διατηρείται η αποτελεσματικότητα μίας τέτοιας παρέμβασης στο χρόνο;
10. Υπάρχει διαφορά στις αντιλήψεις για τα ΑμΣ και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου στη φάση μεταπαρακολούθησης (follow-up);

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Για τη μελέτη των ερευνητικών ερωτημάτων επιλέχθηκε ένα δείγμα 466 ατόμων, 296 από τα οποία αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και 170 την ομάδα ελέγχου. Προκειμένου να ενισχυθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, οι έφηβοι/έφηβες επελέγησαν από έντεκα (11) σχολεία, πέντε (5) νομών της χώρας. Συγκεκριμένα, πέντε σχολεία βρίσκονταν στο Ν. Αττικής και έξι σε νομούς της Περιφέρειας (Αρκαδία, Ηλεία, Καβάλα & Σέρρες).

Εργαλεία

Προκειμένου να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που λαμβάνουν χώρα σε διεθνές επίπεδο, επιλέχθηκε το *Alberta Pilot Study Questionnaire* (APSQ). Το APSQ είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο έχει σχεδιαστεί και χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας (ΠΨΕ) για την καταπολέμηση του ψυχιατρικού στίγματος. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η προσαρμογή του ερωτηματολογίου για εφήβους (Παράρτημα Ι).

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε πέντε ενότητες αναφορικά με: (α) τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των εφήβων (δηλ. φύλο, ηλικία), (β) προηγούμενη πληροφόρηση των εφήβων για τη σχιζοφρένεια («Έχεις ακούσει ή διαβάσει κάτι τους τελευταίους 6 μήνες για τη σχιζοφρένεια»), (γ) την ύπαρξη στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον των εφήβων κάποιου ΑμΨΝ («Υπάρχει στο οικογενειακό ή φιλικό σου περιβάλλον κάποιος ΑμΨΝ;»), (δ) τις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ και (ε) την επιθυμητή κοινωνική τους απόσταση από τα ΑμΣ.

Οι αντιλήψεις για τα ΑμΣ εξετάστηκαν μέσα από 11 δηλώσεις και η αξιολόγησή τους έγινε σε μία 4βάθμια κλίμακα Likert (1 «ποτέ» - 4 «σχεδόν πάντα»). Οι δηλώσεις που εξετάστηκαν ήταν οι εξής: Τα ΑμΣ «Μπορούν να έχουν δημιουργικές ικανότητες», «Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές», «Έχουν χαμηλή νοημοσύνη», «Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο λόγω της βίαιης συμπεριφοράς τους», «Προκαλούν δημόσια ενόχληση, λόγω π.χ. έλλειψης καθαριότητας, περίεργης συμπεριφοράς, ζητιανιάς», «Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά χωρίς φάρμακα με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις», «Ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν», «Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια & την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών», «Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα», «Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο».

Η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ εξετάστηκε μέσα από 7 δηλώσεις, οι οποίες αξιολογήθηκαν σε μία κλίμακα 4βάθμια κλίμακα Likert (1 «σίγουρα όχι» - 4 «σίγουρα ναι»). Οι δηλώσεις που εξετάστηκαν ήταν οι εξής: «Θα φοβόσουν να πιάσεις κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;», «Θα σε αναστάτωνε ή θα σε ενοχλούσε να είσαι στο ίδιο τμήμα στο σχολείο με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;», «Θα μπορούσες να διατηρήσεις φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;», «Θα καλούσες στο πάρτι σου κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;», «Θα ένιωθες ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σου είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;», «Θα έμενες στο ίδιο δωμάτιο σε σχολική εκδρομή με κάποιο συμμαθητή σου που έχει σχιζοφρένεια;», «Θα μπορούσες να ερωτευτείς κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;».

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την υλοποίηση της παρέμβασης ζητήθηκε και χορηγήθηκε ειδική άδεια από τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας και η σύμφωνη γνώμη του διευθυντή του σχολείου και των διδασκόντων των σχολείων που θα συμμετείχαν. Στη συνέχεια, ενημερώθηκαν οι μαθητές για

τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους, καθώς και για την ανωνυμία τους στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τα τρία πρώτα ψηφία του τηλεφωνικού αριθμού και η ημερομηνία γέννησης των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους. Η τοποθέτηση των εφήβων στις δύο ομάδες (πειραματική & ελέγχου) έγινε με τυχαίο τρόπο.

Η εκπαιδευτική παρέμβαση ήταν διάρκειας δύο διδακτικών ωρών και πραγματοποιήθηκε από ένα ψυχίατρο και μία ψυχολόγο της επιστημονικής ομάδας του Προγράμματος κατά του Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας, οι οποίοι ήταν εκπαιδευμένοι στη δυναμική της τάξης. Η παρουσία του διδάσκοντος κατά τη διάρκεια της παρέμβασης ήταν προαιρετική. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του ωρολόγιου σχολικού προγράμματος - μέσα στη σχολική τάξη - και εξελίχθηκε σε τέσσερις φάσεις. Στην πρώτη φάση, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο στο σύνολο των συμμετεχόντων (δηλ. και στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου). Στη δεύτερη φάση, πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση στην πειραματική ομάδα, ενώ στην τρίτη φάση έγινε επαναληπτική χορήγηση του ερωτηματολογίου -αμέσως μετά την παρέμβαση - μόνο στην πειραματική ομάδα. Τέλος, στην τέταρτη φάση, η οποία πραγματοποιήθηκε οκτώ μήνες αργότερα, επαναχορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο στο σύνολο των συμμετεχόντων (δηλ. και στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου).

Η παρέμβαση

Η συγκεκριμένη παρέμβαση είναι βασισμένη σε ομαδοκεντρικές μεθόδους διδασκαλίας, καθώς σχετικά ερευνητικά αποτελέσματα –σε διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα και διαφορετικές ομάδες εκπαιδευόμενων- έχουν δείξει ότι αυτές οι μέθοδοι είναι συγκριτικά αποτελεσματικότερες από τις παραδοσιακές μεθόδους, τόσο όσον αφορά στη βραχυπρόθεσμη και τη μακρόχρονη διατήρηση των αποτελεσμάτων όσο και στην κατανόηση του

υλικού που διδάσκεται (Rogers 1983· Baxter & Gray, 2001· Chase & Geldenhuys, 2001· Gamboa *et al.*, 2001).

Η βασική διαφορά της ομαδοκεντρικής διδασκαλίας συγκριτικά με τον παραδοσιακό τρόπο διδασκαλίας είναι ότι η πρώτη περιλαμβάνει περιορισμένη καθοδήγηση από τον εκπαιδευτή (Cuban, 1983· Hannafin, Land, & Oliver, 1999). Στην πραγματικότητα, οι βασικές διαφορές μεταξύ των δύο αφορούν στους στόχους, τους ρόλους, την κινητοποίηση, τον προσανατολισμό, την αξιολόγηση και την αλληλεπίδραση των μαθητών (Pedersen & Liu, 2003). Στην ομαδοκεντρική μάθηση δίνεται μεγάλη έμφαση στις γνωσιακές διεργασίες χωρίς όμως να υπολείπεται και η σημασία της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου. Τα φαινόμενα της αλληλοεπίδρασης και της αλληλεξάρτησης μεταξύ των μελών της ομάδας, τόσο μεταξύ των εκπαιδευομένων όσο και μεταξύ των εκπαιδευτών - συντονιστών, ενισχύουν τη δημιουργική συμμετοχή και την υπευθυνότητα του ατόμου.

Καθώς η συγκεκριμένη παρέμβαση ήταν δομημένη, χρειάστηκε να γίνει μία επιλογή θεματικών και δραστηριοτήτων προκειμένου να διαμορφωθεί η δίκωρη παρέμβαση που τελικά εφαρμόστηκε. Το βασικό κριτήριο επιλογής αφορούσε στον εστιασμό της παρέμβασης αποκλειστικά σε θέματα που αφορούν στη σχιζοφρένεια. Πιο αναλυτικά, η παρέμβαση χωριζόταν στις εξής ενότητες:

Γνωριμία – Ερωτηματολόγια. Το στάδιο αυτό περιελάμβανε τη γνωριμία των μαθητών με την επιστημονική ομάδα, καθώς και μία εισαγωγική συζήτηση για το σκοπό της επίσκεψης στο σχολείο. Πραγματοποιήθηκε η χορήγηση του ερωτηματολογίου και έγινε σαφές στους μαθητές ότι οι απαντήσεις τους θα ήταν ανώνυμες και εμπιστευτικές.

Διερεύνηση των αντιλήψεων για τη σχιζοφρένεια & τα ΑμΣ. Για τη διερεύνηση των αντιλήψεων των εφήβων για τη σχιζοφρένεια (αλλά και τις ΣΨΔ γενικά) χρησιμοποιήθηκαν βιωματικές μέθοδοι και τεχνικές, μέσω των οποίων οι συντονιστές προκάλεσαν το ενδιαφέρον και ενθάρρυναν τους

εφήβους να συμμετάσχουν ενεργά. Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ασκήσεις ελεύθερου συνειρμού, καλλιτεχνική δημιουργία (ζωγραφική, κολάζ) και ομαδικές ασκήσεις που εξασφάλισαν την ενεργητική συμμετοχή των εφήβων, δημιούργησαν ένα ευχάριστο κλίμα στη τάξη και συνετέλεσαν στο να γίνει η μάθηση μια ενδιαφέρουσα εμπειρία.

Αρχικά, χορηγήθηκε μια ειδικά σχεδιασμένη κάρτα, στην οποία οι έφηβοι/ες κατέγραψαν την πρώτη λέξη, το πρώτο συναίσθημα και το πρώτο χρώμα που αυθόρμητα τους ερχόταν στο μυαλό όταν άκουγαν τη φράση «ψυχικά άρρωστος». Ο στόχος της συγκεκριμένης δραστηριότητας ήταν διπλός και αφορούσε τόσο στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων των εφήβων όσο και στη διαμόρφωση μίας βάσης πάνω στην οποία στηρίχθηκε η ανοιχτή συζήτηση που ακολούθησε.

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης (η οποία διευκολυνόταν από τους συντονιστές με ερωτήσεις, όπως «Λοιπόν, παιδιά, εσείς έχετε δει ποτέ κάποιον άνθρωπο που πάσχει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια;» ή «Αν δεν έχετε δει, πως νομίζετε ότι είναι αυτός ο άνθρωπος ή/και πώς συμπεριφέρεται;»), οι έφηβοι/ες ενθαρρύνονταν να εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους, ακόμη και να διαφωνήσουν μεταξύ τους ή να εξηγήσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με βάση τα όσα γνώριζαν για την ψυχική ασθένεια.

Αποκατάσταση των «μύθων» της σχιζοφρένειας. Στο σημείο όπου οι συντονιστές έκριναν ότι οι έφηβοι/ες είχαν αναπτύξει εκτενώς τις απόψεις τους, και έχοντας καταγράψει καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης τις αντιλήψεις που εκφράζονταν, περνούσαν στο στάδιο κατά το οποίο οι συντονιστές παρείχαν επιστημονικά έγκυρη πληροφόρηση σε απλή και κατανοητή γλώσσα με στόχο την κατάρριψη των «μύθων» της σχιζοφρένειας. Ξεινούσαν από τη διεξοδική ανάλυση των πιο διαδεδομένων «μύθων» για τη σχιζοφρένεια, συνδέοντάς τους με τις αντιλήψεις που είχαν διατυπωθεί στη συζήτηση που είχε προηγηθεί. Συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις που αναλύονταν ήταν: Τα ΑμΣ (α) έχουν νοητική υστέρηση, (β) είναι βρώμικα και ενοχλητικά, (γ) έχουν διπλή προσωπικότητα,

(δ) είναι επικίνδυνα, (ε) δεν μπορούν να εργαστούν και (στ) δεν γίνονται ποτέ καλά.

Η συζήτηση αναφορικά με τους συγκεκριμένους «μύθους» δεν περιοριζόταν στην παρουσίαση σχετικών ερευνητικών δεδομένων που τους αναιρούσαν, αλλά συνδυαζόταν με επίλυση αποριών που προέκυπταν από την ομάδα και τη δημιουργία από τους εφήβους δυο κολάζ: ένα στο οποίο παρουσιάζονταν οι ΜΥΘΟΙ και ένα άλλο στο οποίο παρουσιάζονταν οι ΑΛΗΘΕΙΕΣ για τη σχιζοφρένεια. Ειδικότερα, είχαν αναρτηθεί στον πίνακα της αίθουσας δυο μεγάλα χρωματιστά χαρτόνια, το ένα με τον τίτλο «ΜΥΘΟΙ» και το άλλο με τον τίτλο «ΑΛΗΘΕΙΕΣ» και δυο μέλη της ομάδας κάθε φορά πήγαιναν στον πίνακα, όπου το ένα μέλος σημείωνε το μύθο που περιγραφόταν και αναλυόταν, ενώ το άλλο, ύστερα από την τεκμηρίωση της πραγματικότητας, διέγραφε το ΜΥΘΟ με ένα κόκκινο αυτοκόλλητο σε σχήμα «X» και σημείωνε την ΑΛΗΘΕΙΑ. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, οι έφηβοι/ες εμπλέκονταν περισσότερο στην παρέμβαση έχοντας μία περισσότερο ενεργό και βιωματική συμμετοχή.

Χρήση στιγματιστικής γλώσσας. Μετά την αποκατάσταση των «μύθων», η παρέμβαση επικεντρωνόταν στη χρήση από την ομάδα στιγματιστικής γλώσσας κατά την αναφορά τους σε ΑμΣ. Καθώς η χρήση των λέξεων για την αναφορά σε ΑμΣΨΔ αντικατοπτρίζει το στιγματισμό της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών, κρίθηκε σκόπιμο στο πλαίσιο της συγκεκριμένης παρέμβασης να γίνει αναφορά στη σημασία της χρήσης στιγματιστικής γλώσσας αλλά και στο αντίκτυπο που αυτή έχει στα άτομα που αναφέρεται.

Με γνώμονα τις στιγματιστικές λέξεις που είχαν προκύψει από τη συμπλήρωση της κάρτας που είχε δοθεί στους εφήβους στην αρχή της παρέμβασης, γινόταν μια συζήτηση σχετικά με το πόσο συχνά χρησιμοποιούνται αυτές οι λέξεις στην καθημερινότητα, τη σημασία τους για τους ανθρώπους που τις χρησιμοποιούν, αλλά και την επίδραση που έχουν οι λέξεις αυτές στους αποδέκτες τους. Ενδεικτικά, κάποιες από τις ερωτήσεις που

διατυπώνονταν από τους συντονιστές προκειμένου να εξελιχθεί η ομαδική συζήτηση ήταν: «Τι συναισθήματα προκαλούν αυτές οι λέξεις στους ανθρώπους;», «Τα παραπάνω συναισθήματα σχετίζονται, γενικά, με το να έχει κανείς οποιαδήποτε ασθένεια, σωματική ή ψυχική;», «Τι είναι αυτό που κάνει τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν αυτές τις λέξεις για τους ψυχικά ασθενείς;»

Και στο στάδιο αυτό της παρέμβασης, οι έφηβοι/ες συμμετείχαν δημιουργικά. Σε δύο χρωματιστά χαρτόνια, τα οποία είχαν αναρτηθεί στον πίνακα της τάξης (ένα με τον τίτλο «Η ΓΛΩΣΣΑ ΠΟΥ ΠΛΗΓΩΝΕΙ» και ένα με τον τίτλο «Η ΓΛΩΣΣΑ ΠΟΥ ΣΕΒΕΤΑΙ»), οι έφηβοι/ες έγραφαν τις λέξεις που χρησιμοποιούν οι ίδιοι ή που έχουν ακούσει άλλους να χρησιμοποιούν για τα άτομα που πάσχουν από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια, όπως η σχιζοφρένεια, και αντικαθιστούσαν τις στιγματιστικές λέξεις με άλλες οι οποίες δείχνουν σεβασμό απέναντι στη διαφορετικότητα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Συμμετοχή στην αντιμετώπιση του στίγματος. Μετά την ολοκλήρωση της συζήτησης, οι μαθητές ενημερώνονταν για τη δράση των «κυνηγών στίγματος» (*stigma busters*), ενός δικτύου ευαισθητοποιημένων πολιτών που αντιδρούν και κινητοποιούνται ενάντια στις αρνητικές περιγραφές ΑμΣΨΔ, όπως αυτές παρουσιάζονται στα ΜΜΕ, στον κινηματογράφο, κλπ. Πρόκειται για μια διεθνή πρακτική στον αγώνα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια. Οι μαθητές σε αυτό το στάδιο, αρχικά παροτρύνονταν να θυμηθούν «στιγματιστικά» και ανακριβή παραδείγματα από τον τρόπο με τον οποίο διαφημιστικά σποτ, κινηματογραφικές ταινίες, τηλεοπτικές σειρές, video-clips κ.ά. παρουσιάζουν τα ΑμΣΨΔ. Στη συνέχεια, μέσα από ερωτήσεις όπως: «Ποια είναι η εμπειρία αυτών των ανθρώπων στην προσπάθειά τους να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή;», «Σε τι βαθμό και με ποιο τρόπο νομίζετε πως μια τέτοια εμπειρία μπορεί να αλλάξει τη ζωή αυτών των ανθρώπων;», «Πώς θα νιώθατε αν σας αντιμετώπιζαν με αυτόν τον τρόπο;», «Πώς θα θέλατε να είχε αντιδράσει η κοινωνία απέναντί σας αν ήσασταν στη

θέση αυτών των ανθρώπων», γινόταν μία συζήτηση με στόχο, τόσο την κατανόηση του αντίκτυπου που έχουν απεικονίσεις αυτού του τύπου στη ζωή των ΑμΣΨΔ, όσο και την ενθάρρυνσή τους ώστε να αναλάβουν ενεργό δράση στον περιορισμό του στίγματος των ψυχικών διαταραχών.

Ερωτήσεις, σχόλια, εντυπώσεις & αποχαιρετισμός. Λίγο πριν την ολοκλήρωση της παρέμβασης, υπήρχε χρόνος για ερωτήσεις, σχόλια ή/και εντυπώσεις και παράλληλα μοιραζόταν στην τάξη εκπαιδευτικό υλικό για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια, τους μύθους και τις αλήθειες γύρω από αυτή, καθώς και τη δράση των κινήσων στίγματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν περιλαμβάνουν ελέγχους *t-test* για ανεξάρτητα δείγματα, προκειμένου να διερευνηθεί η διαφοροποίηση του στίγματος με κριτήριο τα χαρακτηριστικά του δείγματος, ελέγχους *t-test* κατά ζεύγη, προκειμένου να διερευνηθεί η μεταβολή του στίγματος στις διαφορετικές φάσεις της μελέτης, καθώς και ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της προβλεπτικής ικανότητας των χαρακτηριστικών του δείγματος ως προς το βαθμό σιγματισμού των ΑμΣ. Παράλληλα, η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του μεγέθους επίδρασης (*effect size*), ενώ η εκτίμηση της διατήρησης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στο χρόνο πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της μονόδρομης ανάλυσης διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (*one-way repeated measures ANOVA*). Τέλος, η διαφοροποίηση στη διατήρηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης με κριτήριο τα χαρακτηριστικά του δείγματος διερευνήθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης με δύο παράγοντες και μεικτό σχεδιασμό (*two-way mixed design ANOVA*). Για την πραγματοποίηση των συγκεκριμένων αναλύσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS, έκδοση 16.0.

Προκαταρκτικές αναλύσεις

Εσωτερική συνάφεια. Αρχικά, ελέγχθηκε η εσωτερική συνάφεια των δύο υποκλιμάκων, δηλ. της υποκλίμακας των αντιλήψεων και της υποκλίμακας της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης, με τον υπολογισμό του δείκτη *Cronbach's alpha* (Πίνακας 3). Όσον αφορά στην υποκλίμακα της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης, η εσωτερική συνάφεια ήταν πολύ καλή για το σύνολο των επτά δηλώσεων (τόσο στην αρχική όσο και στην τελική φάση της μελέτης), ενώ στην περίπτωση της υποκλίμακας των αντιλήψεων για τα ΑμΣ αφαιρέθηκε η

δήλωση «Τα ΑμΣ χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό τους για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους» και έτσι χρησιμοποιήθηκαν 10 από τις αρχικές 11 δηλώσεις.

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν και χρησιμοποιήθηκαν οι μέσοι όροι για κάθε μια από τις δύο μεταβλητές, δηλ. τις αντιλήψεις για τα ΑμΣ και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ.

Τέλος, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν την υιοθέτηση περισσότερο στιγματιστικών αντιλήψεων και την επιθυμία μεγαλύτερης κοινωνικής απόστασης από τα ΑμΣ.

Πίνακας 3

Εσωτερική συνάφεια των δύο υποκλιμάκων

	Cronbach's alpha
Αρχική φάση	
Αντιλήψεις για τα ΑμΣ (10 δηλώσεις)	0,64
Επιθυμητή κοινωνική απόσταση (7 δηλώσεις)	0,76
Φάση μεταπαρακολούθησης (follow-up)	
Αντιλήψεις για τα ΑμΣ (10 δηλώσεις)	0,80
Επιθυμητή κοινωνική απόσταση (7 δηλώσεις)	0,80

Σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας & ομάδας ελέγχου. Η πειραματική ομάδα και η ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάστηκαν να διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, τόσο αναφορικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, όσο και αναφορικά με τις αντιλήψεις και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ ($P > 0,05$).

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελείτο από περίπου ίσο αριθμό αγοριών και κοριτσιών, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 13,8 έτη. Περίπου οι μισοί μαθητές/τριες ανέφεραν ότι είχαν ακούσει ή διαβάσει κάτι σχετικό με τη σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια των έξι μηνών που είχαν προηγηθεί της

παρέμβασης. Τέλος, περίπου τρία στα 10 άτομα ανέφεραν ότι υπήρχε κάποιος άτομο με ψυχική νόσο (ΑμΨΝ) στο οικογενειακό ή το φιλικό τους περιβάλλον (Πίνακας 4).

Πίνακας 4
Χαρακτηριστικά δείγματος

	Ομάδα ελέγχου	Πειραματική ομάδα	Σύνολο
	N (%)	N (%)	N (%)
Φύλο			
Αγόρια	80 (47,1)	146 (49,3)	226 (48,5)
Κορίτσια	90 (52,9)	150 (51,7)	240 (51,5)
Προηγούμενη ενημέρωση για τη σχίζοφρένεια (τελευταίους 6 μήνες)			
Ναι	78 (45,9)	125 (42,2)	203 (45,6)
Όχι	92 (54,1)	150 (50,7)	242 (54,4)
ΑμΨΝ στο φιλικό/οικογενειακό περιβάλλον			
Ναι	40 (23,5)	85 (30,5)	125 (27,8)
Όχι	130 (76,5)	194 (69,5)	324 (72,2)

Καταγραφή στίγματος

Τα αποτελέσματα για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, «Ποιες είναι οι αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ», κατέδειξαν ότι περίπου τρεις στους τέσσερις πίστευαν ότι τα ΑμΣ έχουν διχασμένη προσωπικότητα, περίπου ένας στους δύο ότι προκαλούν δημόσια ενόχληση και ότι είναι βίαιοι και επικίνδυνοι και περίπου οκτώ στους 10 πιστεύουν ότι τα ΑμΣ δεν μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές. Παράλληλα, περίπου επτά στους 10 εφήβους πίστευαν ότι τα ΑμΣ μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο, ενώ μόνο τέσσερις στους 10 πίστευαν ότι τα ΑμΣ έχουν χαμηλή νοημοσύνη (Πίνακας 5).

Τα αποτελέσματα για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, «Ποιά είναι η επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ;», έδειξαν ότι οι έφηβοι/ες δεν θα εμπλέκονταν εύκολα σε κοινωνική συναναστροφή με ΑμΣ. Για παράδειγμα, περισσότεροι από οκτώ στους 10 ανέφεραν ότι δεν θα μπορούσαν να ερωτευτούν ένα ΑμΣ ή ότι δεν θα μοιράζονταν το ίδιο δωμάτιο με ένα ΑμΣ σε μία σχολική εκδρομή. Παράλληλα, όμως, περίπου έξι στους 10 εφήβους ανέφεραν ότι δεν θα ένιωθαν ντροπή αν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ή δεν θα αναστατώνονταν ή θα ενοχλούνταν στην περίπτωση που ήταν στο ίδιο τμήμα με κάποιο ΑμΣ (Πίνακας 6).

Πίνακας 5

Οι αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ πριν από την παρέμβαση (τα αντίστοιχα ποσοστά εμφανίζονται στις παρενθέσεις)

Δηλώσεις	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (N=466)	
	Σπάνια/Σχεδόν Ποτέ	Συχνά/Σχεδόν Πάντα
Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο	78 (18,4)	346 (81,6)
Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα	91 (28,4)	229 (71,6)
Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια & την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών	119 (30,3)	274 (69,7)
Λιούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν	105 (34,1)	203 (65,9)
Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά χωρίς φάρμακα με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις	187 (48,4)	199 (51,6)
Προκαλούν δημόσια ενόχληση, λόγω π.χ. έλλειψης καθαριότητας, περίεργης συμπεριφοράς, ζητιανιάς	192 (47,3)	214 (52,7)
Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο λόγω της βίαιης συμπεριφοράς τους	189 (48,2)	203 (51,8)
Έχουν χαμηλή νοημοσύνη	215 (60,7)	139 (39,3)
Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές	327 (82,6)	69 (17,4)
Μπορούν να έχουν δημιουργικές ικανότητες	129 (32,8)	264 (67,2)

Πίνακας 6

Η επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ πριν από την παρέμβαση (τα αντίστοιχα ποσοστά εμφανίζονται στις παρενθέσεις)

Δηλώσεις	Σύνολο δείγματος (N=466)	
	Μάλλον/Σίγουρα Όχι	Μάλλον/Σίγουρα Ναι
Θα φοβόσουν να πιάσεις κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	237 (53,3)	208 (46,7)
Θα σε αναστάτωνα ή θα σε ενοχλούσε να είσαι στο ίδιο τμήμα στο σχολείο με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	279 (63,8)	158 (36,2)
Θα μπορούσες να διατηρήσεις φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;	120 (29,4)	288 (70,6)
Θα καλούσες στο πάρτι σου κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	239 (60,2)	158 (39,8)
Θα ένιωθες ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σου είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;	259 (62,6)	155 (37,4)
Θα έμενες στο ίδιο δωμάτιο σε σχολική ενδρομή με κάποιο συμμαθητή σου που έχει σχιζοφρένεια;	338 (81,8)	75 (18,2)
Θα μπορούσες να ερωτευτείς κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	317 (86,1)	51 (13,9)

Για να απαντηθεί το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, «Ποιος ο ρόλος του φύλου της προηγούμενης ενημέρωσης για θέματα αναφορικά με τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με ΑμΨΝ στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για τα ΑμΣ;» πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι *t-test* για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν διαφοροποιήσεις στις αντιλήψεις με κριτήριο το φύλο των εφήβων. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι μπορεί να δει κανείς τα ΑμΣ να μιλάνε μόνα τους ή να φωνάζουν στο δρόμο

($t(395) = -3,272, P = 0,001$), ενώ τα αγόρια ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι τα ΑμΣ έχουν χαμηλή νοημοσύνη ($t(352) = 3,116, P < 0,01$).

Όσον αφορά στην προηγούμενη ενημέρωση σχετικά με τη σχιζοφρένεια, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ. Οι έφηβοι που ανέφεραν ότι είχαν ακούσει κάτι σχετικό με τη σχιζοφρένεια τους τελευταίους έξι μήνες εμφανίστηκαν να πιστεύουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι τα ΑμΣ είναι δημιουργικά ($t(368) = 2,315, P < 0,05$) και ότι μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές ($t(368) = 2,823, P < 0,01$) σε σχέση με τους υπόλοιπους εφήβους.

Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προγενέστερη επαφή ή σχέση με ΑμΨΝ στο φιλικό ή οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων διαφοροποιεί τις αντιλήψεις τους για τη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ. Εκείνοι/ες που ανέφεραν ότι υπήρχε κάποιο ΑμΨΝ στο περιβάλλον τους δήλωσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι τα συγκεκριμένα άτομα μπορούν να εργαστούν σε κανονικές εργασίες ($t(186) = 2,766, P < 0,01$).

Τέλος, για να διερευνηθεί η προβλεπτική ικανότητα των τριών αυτών μεταβλητών ως προς τις αρχικές αντιλήψεις των εφήβων για τη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ διενεργήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, καμία από τις τρεις μεταβλητές δεν μπορούσε να προβλέψει τις αρχικές αντιλήψεις των εφήβων σε στατιστικά σημαντικό βαθμό.

Για να απαντηθεί το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, *«Ποιος ο ρόλος του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για θέματα αναφορικά με τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με τα ΑμΨΝ στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ;»* πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι *t-test* για ανεξάρτητα δείγματα. Αναφορικά με το ρόλο του φύλου στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ, τα αγόρια ανέφεραν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό ότι θα ένιωθαν φόβο να μιλήσουν με ένα ΑμΣ ($t(441) = -1,994, P = 0,05$) σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ παράλληλα, εμφανίστηκαν περισσότερο πρόθυμα να μοιραστούν

το ίδιο δωμάτιο σε κάποια σχολική εκδρομή με ένα συμμαθητή τους που έχει σχιζοφρένεια ($t(386) = 3,438, P = 0,001$) σε σχέση με τα κορίτσια.

Η προηγούμενη ενημέρωση σχετικά με τη σχιζοφρένεια φάνηκε να διαφοροποιεί την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων, καθώς εκείνοι/ες που ανέφεραν ότι είχαν ακούσει κάτι σχετικό με τη σχιζοφρένεια τους τελευταίους έξι μήνες εμφανίστηκαν περισσότερο πρόθυμοι/ες να ερωτευθούν ένα ΑμΣ ($t(321) = 1,992, P = 0,05$).

Όσον αφορά στο ρόλο της ύπαρξης ενός ΑμΨΝ στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προηγούμενη επαφή με ΑμΨΝ διαφοροποιεί την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ, καθώς οι συγκεκριμένοι/ες έφηβοι/ες ανέφεραν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό ότι θα ενοχλούνταν αν βρίσκονταν στο ίδιο τμήμα στο σχολείο με ένα ΑμΣ ($t(213) = -2,437, P = 0,01$) και εμφανίστηκαν περισσότερο πρόθυμοι/ες να μοιραστούν το ίδιο δωμάτιο σε κάποια σχολική εκδρομή με ένα συμμαθητή τους που έχει σχιζοφρένεια ($t(176) = 2,878, P < 0,01$).

Τέλος, για να διερευνηθεί η προβλεπτική ικανότητα των τριών αυτών μεταβλητών ως προς την αρχική επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ διενεργήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Από τις τρεις μεταβλητές μόνο η προγενέστερη επαφή ή σχέση με ΑμΨΝ στο οικογενειακό ή το φιλικό περιβάλλον των εφήβων μπορούσε να προβλέψει την αρχική επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ, αν και σε μικρό βαθμό ($R^2=2,4\%$).

Συνοψίζοντας, οι έφηβοι/ες φάνηκε να διατηρούν έντονα στιγμιστικές αντιλήψεις, ενώ παράλληλα εμφανίστηκαν απρόθυμοι να εμπλακούν σε κοινωνική συναναστροφή με ΑμΣ. Παράλληλα, μεταβλητές όπως το φύλο, η προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και η εξοικείωση με ΑμΨΝ εμφανίστηκαν να διαφοροποιούν το στίγμα της σχιζοφρένειας στους εφήβους. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια, οι έφηβοι/ες που ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη

ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και εκείνοι/ες που ανέφεραν ότι είχαν κάποιο ΑμΨΝ στο περιβάλλον τους παρατηρήθηκαν να είναι σημαντικά λιγότερο στιγματιστικοί απέναντι στα ΑμΣ.

Έχοντας ολοκληρώσει την καταγραφή του στίγματος της σχιζοφρένειας στους εφήβους, ακολουθεί η μελέτη της αποτελεσματικότητας της εκπαιδευτικής παρέμβασης στον περιορισμό του στίγματος της σχιζοφρένειας.

Μελέτη της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης

Για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, «Ποια είναι η επίδραση μίας στοχευμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ;», πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι *t-test* κατά ζεύγη. Συνολικά, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές και στις εννέα από τις 10 αντιλήψεις που αφορούσαν στη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ πριν και μετά την παρέμβαση (Πίνακας 7). Στη σύγκριση της συνολικής τιμής των αντιλήψεων, ο μέσος όρος μειώθηκε από 2,64 (τ.α. 0,43) πριν την παρέμβαση, σε 2,10 (τ.α. = 0,45) μετά την παρέμβαση ($t(271)=16,831$, $P < 0,001$).

Για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, «Ποια είναι η επίδραση της παρέμβασης στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ;», πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι *t-test* κατά ζεύγη. Συνολικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από ΑμΣ μειώθηκε σημαντικά μετά την ολοκλήρωση της εκπαιδευτικής παρέμβασης για το σύνολο των δηλώσεων που αξιολογήθηκαν (Πίνακας 8). Στη σύγκριση της συνολικής τιμής της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης, ο μέσος όρος μειώθηκε από 2,63 (τ.α. = 0,68) πριν την παρέμβαση, σε 2,22 (τ.α. 0,67) μετά την παρέμβαση ($t(271)=11,421$, $P < 0,001$).

Πίνακας 7

Αλλαγή στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ μετά την παρέμβαση

Δηλώσεις	Πριν Μ.Ο.* (τ.α.)	Μετά Μ.Ο.* (τ.α.)	t-** & P-values
Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα	2,99 (0,85)	1,78 (0,95)	t(176) = 12,679, P <0,001
Έχουν χαμηλή νοημοσύνη	2,41 (0,97)	1,76 (0,83)	t(198) = 7,617, P <0,001
Ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν	2,78 (0,96)	3,11 (0,85)	t(168) = -3,521, P = 0,001
Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο	3,29 (0,70)	3,01 (0,78)	t(244) = 4,753, P <0,001
Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο λόγω της βίαιης συμπεριφοράς τους	2,59 (0,90)	1,85 (0,82)	t(221) = 9,832, P <0,001
Προκαλούν δημόσια ενόχληση, π.χ. έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά	2,65 (0,95)	2,14 (0,99)	t(235) = 6,217, P <0,001
Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια & την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών	3,04 (0,80)	3,32 (0,85)	t(227) = -4,325, P< 0,001
Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά χωρίς φάρμακα, με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις	2,62 (0,95)	2,75 (0,92)	t(222) = -1,713, P >0,05
Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές	1,69 (0,84)	3,11 (0,89)	t(228) = -18,659 P<0,001
Μπορούν να έχουν δημιουργικές ικανότητες	2,85 (0,77)	3,45 (0,74)	t(232) = -10,144, P <0,001

*Εύρος τιμών: από 1 (ποτέ) έως 4 (πάντα), ** Paired-samples t-tests

Πίνακας 8

Αλλαγή στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ μετά την παρέμβαση

Δηλώσεις	Πριν Μ.Ο.* (τ.α.)	Μετά Μ.Ο.* (τ.α.)	t-** & P-values
Θα φοβόσουν να πιάσεις κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	2,45 (0,94)	1,97 (0,91)	t(259) = 6,499, P <0,001
Θα σε αναστάτωνε ή θα σε ενοχλούσε να είσαι στο ίδιο τμήμα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	2,19 (1,02)	1,74 (0,80)	t(246) = 7,101, P <0,001
Θα μπορούσες να διατηρήσεις φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;	2,96 (0,97)	3,14 (0,92)	t(230) = -2,810, P <0,01
Θα καλούσες στο πάρτι σου κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	2,22 (1,00)	2,63 (0,94)	t(222) = -5,767, P <0,001
Θα ένιωθες ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σου είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;	2,16 (1,19)	1,93 (1,12)	t(233) = 3,557, P <0,001
Θα έμενες στο ίδιο δωμάτιο σε σχολική εκδρομή με κάποιο συμμαθητή σου που έχει σχιζοφρένεια;	1,72 (0,93)	2,34 (0,97)	t(235) = -9,572, P <0,001
Θα μπορούσες να ερωτευτείς κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	1,47 (0,88)	1,87 (1,00)	t(206) = -6,635, P <0,001

*Εύρος τιμών: από 1 (σίγουρα όχι) έως 4 (σίγουρα ναι), ** Paired-samples t-tests

Για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, «Ποιος είναι ο ρόλος του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με ΑμΨΝ στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αναφορικά με τις αντιλήψεις για τα ΑμΣ;» πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, με τη συνολική τιμή των αντιλήψεων μετά την παρέμβαση ως εξαρτημένη μεταβλητή

και τις αρχικές αντιλήψεις των εφήβων, το φύλο, την προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και την εξοικείωση των εφήβων με ΑμΨΝ ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, από τις τέσσερις μεταβλητές που εξετάστηκαν, μόνο οι αρχικές αντιλήψεις των εφήβων και το φύλο μπορούσαν να προβλέψουν τις αντιλήψεις των εφήβων μετά την παρέμβαση (Πίνακας 9).

Πίνακας 9

Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση του ρόλου των αρχικών αντιλήψεων, του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και την εξοικείωση των εφήβων με ΑμΣ στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αναφορικά με τις αντιλήψεις για τα ΑμΣ

	B	SE B	β
Constant	1,298	0,215	
Αρχικές αντιλήψεις για τη σχιζοφρένεια & τα ΑμΣ	0,325	0,062	0,31***
Φύλο	-0,105	0,053	-0,12*
Προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια (τελευταίους 6 μήνες)	0,042	0,054	0,046
ΑμΨΝ στο οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον	0,027	0,058	0,027

Σημείωση. $R^2 = 11\%$, $F(4,261) = 8,094$, $P < 0,001$.

* $P < 0,001$. * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Μελετώντας την επίδραση των παραπάνω μεταβλητών στην αλλαγή των επιμέρους αντιλήψεων – με την εφαρμογή ελέγχων *t-test* κατά ζεύγη-προέκυψαν διαφοροποιήσεις με κριτήριο το φύλο και την προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια, αλλά όχι με την ύπαρξη κάποιου ΑμΨΝ στο περιβάλλον των εφήβων. Συνολικά, ο περιορισμός των αρνητικών αντιλήψεων για τα ΑμΣ ήταν μεγαλύτερος για τα κορίτσια και για τους εφήβους που ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στο ρόλο του φύλου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αντίληψη ότι «τα ΑμΣ έχουν δημιουργικές ικανότητες» και ότι «Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές» αυξήθηκε περισσότερο για τα κορίτσια ($t(231) = 2,18$, $P < 0,05$ και $t(226) = 2,38$, $P < 0,05$, αντίστοιχα), ενώ η αντίληψη ότι «τα ΑμΣ έχουν διχασμένη προσωπικότητα» μειώθηκε σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό για τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια ($t(175) = -2,835$, $P < 0,01$).

Τέλος, αναφορικά με την προηγούμενη ενημέρωση των εφήβων για τη σχιζοφρένεια, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αντίληψη ότι «τα ΑμΣ ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν» μειώθηκε σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό για τα τους εφήβους με προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια ($t(155) = 2,697$, $P < 0,01$).

Για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, «Ποιος είναι ο ρόλος του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και της εξοικείωσης των εφήβων με ΑμΨΝ στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ;», πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, με τη συνολική τιμή της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης μετά την παρέμβαση ως εξαρτημένη μεταβλητή και την αρχική επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ, τις αρχικές αντιλήψεις για τη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ, το φύλο, την προηγούμενη ενημέρωση για τη

σχιζοφρένεια και την εξοικείωση των εφήβων με ΑμΨΝ ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, από τις πέντε μεταβλητές που εξετάστηκαν, μόνο η αρχική επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ και το φύλο μπορούσαν να προβλέψουν την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων μετά την παρέμβαση (Πίνακας 10).

Πίνακας 10

Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση του ρόλου της αρχικής επιθυμητής κοινωνικής απόστασης, των αρχικών αντιλήψεων, του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και την εξοικείωση των εφήβων με ΑμΣ στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ.

	B	SE B	β
Constant	0,754	0,258	
Αρχική επιθυμητή κοινωνική απόσταση	0,626	0,052	0,629***
Αρχικές αντιλήψεις για τη σχιζοφρένεια & τα ΑμΣ	0,103	0,080	0,066
Φύλο	-0,211	0,065	0,157***
Προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια (τελευταίους 6 μήνες)	-0,013	0,064	0,009
ΑμΨΝ στο οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον	-0,063	0,071	0,043

Σημείωση. $R^2 = 41,8\%$, $F(5,259)=37,236$, $P<0,001$.

* $P<0,05$, ** $P<0,01$, *** $P<0,001$

Επιπλέον, μελετήθηκε η επίδραση του φύλου, της προηγούμενης ενημέρωσης για τη σχιζοφρένεια και της ύπαρξης κάποιου ΑμΨΝ στο περιβάλλον των εφήβων στη διαφοροποίηση των επιμέρους δηλώσεων, με την εφαρμογή ελέγχων *t-test* για ζευγαρωτές παρατηρήσεις. Συνολικά, ο περιορισμός της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από τα ΑμΣ ήταν μεγαλύτερος για τα κορίτσια, για τους εφήβους που ανέφεραν ότι είχαν

προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και εκείνους/ες που είχαν κάποιο ΑμΨΝ στο περιβάλλον τους.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στο ρόλο του φύλου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι *ο φόβος να πιάσουν κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια και η ενόχλησή τους να βρίσκονται στο ίδιο τμήμα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια* μειώθηκαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό για τα κορίτσια ($t(257) = -2,126$, $P < 0,05$ και $t(244) = -3,106$, $P < 0,01$, αντίστοιχα), ενώ η προθυμία να καλέσουν στο πάρτυ τους κάποιον που έχει σχιζοφρένεια ή να μοιραστούν το ίδιο δωμάτιο σε σχολική εκδρομή με κάποιον συμμαθητή τους με σχιζοφρένεια αυξήθηκε περισσότερο για τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια ($t(205) = 2,460$, $P = 0,01$ και $t(234) = 2,360$, $P < 0,05$, αντίστοιχα).

Αναφορικά με την προηγούμενη ενημέρωση των εφήβων για τη σχιζοφρένεια, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προθυμία να *ερωτητούν κάποιον που θα είχε σχιζοφρένεια* αυξήθηκε σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό για τους εφήβους που είχαν προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια ($t(193) = 2,198$, $P < 0,05$).

Τέλος, σχετικά με την ύπαρξη κάποιου ΑμΨΝ στο περιβάλλον των εφήβων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η *ενόχληση των εφήβων να βρίσκονται στο ίδιο τμήμα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια* μειώθηκε σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό για εκείνους που ανέφεραν ότι έχουν στο περιβάλλον τους κάποιο ΑμΨΝ ($t(148) = -2,422$, $P < 0,05$).

Συνοψίζοντας, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είχε θετική επίδραση, τόσο στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ, όσο και στην επιθυμητή κοινωνική τους απόσταση από τα ΑμΣ. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης παρατηρήθηκε να διαφοροποιείται με κριτήριο τα χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς ήταν μεγαλύτερη για τα κορίτσια, για τους εφήβους που ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και για εκείνους/ες που ανέφεραν την ύπαρξη κάποιου ΑμΨΝ στο περιβάλλον τους.

Διατήρηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στο χρόνο. Η συνολική διαφοροποίηση -τόσο των αντιλήψεων των εφήβων για τα ΑμΣ όσο και της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης- διερευνήθηκε με τη μέθοδο της μονόδρομης ανάλυσης διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (*one-way repeated-measures ANOVA*), με τις τρεις φάσεις μέτρησης (δηλ. πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση και μεταπαρακολούθηση) ως παράγοντα within-subjects. Οι συγκρίσεις *post-hoc* έγιναν με τη χρήση της προσαρμογής *Bonferroni* για πολλαπλές συγκρίσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις διαφοροποιήθηκαν στις τρεις φάσεις μέτρησης, ενώ η επίδραση του χρόνου, τόσο στη διατήρηση του περιορισμού των αρνητικών αντιλήψεων για τα ΑμΣ όσο και της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης, εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική [$F(1,981, 414.3) = 110.128, P < 0,001$ ¹² και $F(1,905, 392,5) = 39,912, P < 0,001$ ¹³, αντίστοιχα] (Γράφημα 3 & 4).

Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των αρνητικών αντιλήψεων των εφήβων για τα ΑμΣ εμφανίστηκε να μειώνεται από 2,62 (τ.α.=0,46) πριν την παρέμβαση σε 2,11 (τ.α.=0,45) αμέσως μετά την παρέμβαση [$t(271)=16,831, P<0,001$], ενώ ο μέσος όρος των αντιλήψεων στη μέτρηση μεταπαρακολούθησης 8 μήνες αργότερα (Μ.Ο.=2,43, τ.α.=0,41) ήταν σημαντικά μικρότερος συγκριτικά με αυτόν πριν την παρέμβαση [$t(212)=8,149, P<0,001$] και σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν μετά την παρέμβαση [$t(209)=-6,536, P<0,001$] (Μέγεθος επίδρασης=0,52, $P< 0,001$).

Αναφορικά με τις επιμέρους δηλώσεις, σημαντικά θετικότερες παρέμειναν στη μέτρηση μεταπαρακολούθησης οι 7 από τις 10 αντιλήψεις που αξιολογήθηκαν σε σχέση με την αρχική μέτρηση (Πίνακας 11). Παράλληλα, οι αντίστοιχες συγκρίσεις για την ομάδα ελέγχου έδειξαν σημαντική βελτίωση σε 1 από τις 10 δηλώσεις που αξιολογήθηκαν (Πίνακας 11).

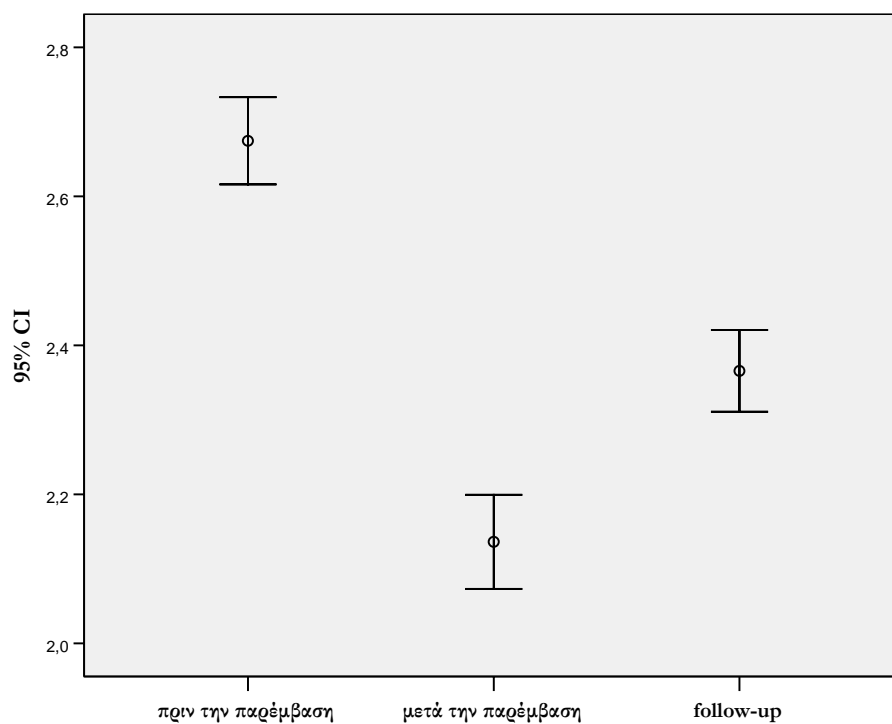
Ο μέσος όρος της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης των εφήβων απέναντι στα ΑμΣ εμφανίστηκε να μειώνεται από 2,60 (τ.α.=0,66) πριν την παρέμβαση σε 2,23 (τ.α.=0,67) αμέσως μετά ($P < 0,001$), ενώ ο μέσος όρος της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης στη follow-up μέτρηση 8 μήνες αργότερα (Μ.Ο.=2,50, τ.α.=0,64) ήταν σημαντικά μικρότερος συγκριτικά με αυτόν πριν την παρέμβαση [$t(209)=4,956$, $P < 0,001$] και σημαντικά μεγαλύτερος συγκριτικά με αυτόν μετά την παρέμβαση [$t(207)=-3,525$, $P=0,001$] (Μέγεθος επίδρασης=0,33, $P < 0,001$).

Αναφορικά με τις επιμέρους δηλώσεις, σημαντικά θετικότερες παρέμειναν στη φάση της μεταπαρακολούθησης οι 5 από τις 7 δηλώσεις γύρω από την επιθυμητή κοινωνική απόσταση που αξιολογήθηκαν σε σχέση με την αρχική μέτρηση (Πίνακας 12). Παράλληλα, οι αντίστοιχες συγκρίσεις για την ομάδα ελέγχου δεν έδειξαν σημαντική διαφοροποίηση κάποιας από τις δηλώσεις που αξιολογήθηκαν (Πίνακας 12).

Η διαφοροποίηση στη διατήρηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης με κριτήριο το φύλο, την προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και την παρουσία κάποιου ΑμΨΝ στο φιλικό ή οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων διερευνήθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης με δύο παράγοντες και μικτό σχεδιασμό (*two-way mixed design ANOVA*). Οι τρεις φάσεις μέτρησης (πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση και φάση μεταπαρακολούθησης) χρησιμοποιήθηκαν ως παράγοντας *within-subjects*, ενώ οι επιμέρους παράγοντες χρησιμοποιήθηκαν ως παράγοντες *between-subjects*. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η διατήρηση της αποτελεσματικότητας διαφοροποιήθηκε μόνο με κριτήριο το φύλο και μόνο αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική από τα ΑμΣ. Συγκεκριμένα, η διατήρηση της μείωσης της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης ήταν σημαντική μόνο στην περίπτωση των κοριτσιών [$F(1.875, 384.5) = 6,597$, $P < 0,0114$], όπως αυτό προέκυψε από τη σύγκριση των τριών μετρήσεων της μελέτης (Γράφημα 5).

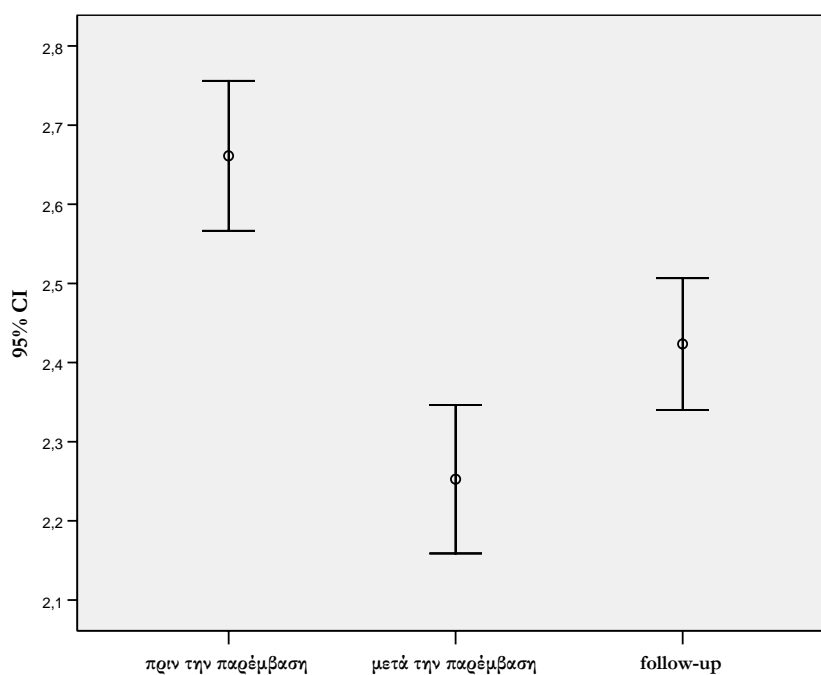
Γράφημα 3

Estimated means with 95% confidence interval error bars για τις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ σε καθεμιά από τις τρεις φάσεις της μελέτης.



Γράφημα 4

Estimated means with 95% confidence interval error bars για την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ σε καθεμιά από τις τρεις φάσεις της μελέτης.



Πίνακας 11

Αλλαγή στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ στη φάση της μεταπαρακολούθησης

Αντιλήψεις	Πειραματική Ομάδα			Ομάδα Ελέγχου		
	Πριν M.O.* (τ.α.)	Follow-up M.O.* (τ.α.)	t-** & P-values	Πριν M.O.* (τ.α.)	Follow-up M.O.* (τ.α.)	t-** & P-values
Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα	2,99 (0,85)	2,50 (0,91)	t(118) = 4,408, P <0,001	3,12 (0,88)	2,89 (0,83)	P = 0,05
Έχουν χαμηλή νοημοσύνη	2,41 (0,97)	2,17 (0,83)	t(138) = 3,052, P <0,001	2,33 (1,05)	2,30 (0,93)	P >0,05
Ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν	2,78 (0,96)	2,85 (0,97)	P >0,05	3,00 (1,00)	2,96 (0,86)	P >0,05
Μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο	3,29 (0,70)	3,04 (0,78)	t(176) = 4,186, P<0,001	2,97 (0,85)	3,12 (0,70)	P >0,05
Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο λόγω της βίαιης συμπεριφοράς τους	2,59 (0,90)	2,05 (0,85)	t(159) = 6,820, P<0,001	2,54 (0,88)	2,45 (0,89)	P >0,05
Προκαλούν δημόσια ενόχληση, π.χ. έλλειψη καθαριότητας, περιεργή συμπεριφορά, ζητιανιά	2,65 (0,95)	2,36 (0,93)	t(170) = 3,548, P=0,001	2,35 (0,97)	2,59 (0,92)	P >0,05

Πίνακας 11 (συνέχεια)

Αλλαγή στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ στη φάση της μεταπαρακολούθησης

Αντιλήψεις	Πειραματική Ομάδα			Ομάδα Ελέγχου		
	Πριν M.O.* (τ.α.)	Follow-up M.O.* (τ.α.)	t-** & P-values	Πριν M.O.* (τ.α.)	Follow-up M.O.* (τ.α.)	t-** & P-values
Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια & την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών	3,04 (0,80)	3,12 (0,70)	P >0,05	2,81 (0,88)	3,00 (0,76)	t(84) = 2,371, P < 0,05
Μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά χωρίς φάρμακα, με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις	2,62 (0,95)	2,69 (0,86)	P >0,05	2,66 (0,88)	2,38 (0,84)	P >0,05
Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές	1,69 (0,84)	2,45 (0,96)	t(168) = -9,031, P<0,001	1,86 (0,81)	1,95 (0,88)	P >0,05
Μπορούν να έχουν δημιουργικές ικανότητες	2,85 (0,77)	3,07 (0,75)	t(171) = -3,357, P=0,001	2,72 (0,70)	2,81 (0,73)	P >0,05

*Εύρος τιμών: από 1 (ποτέ) έως 4 (πάντα), ** Paired-samples t-tests

Πίνακας 12

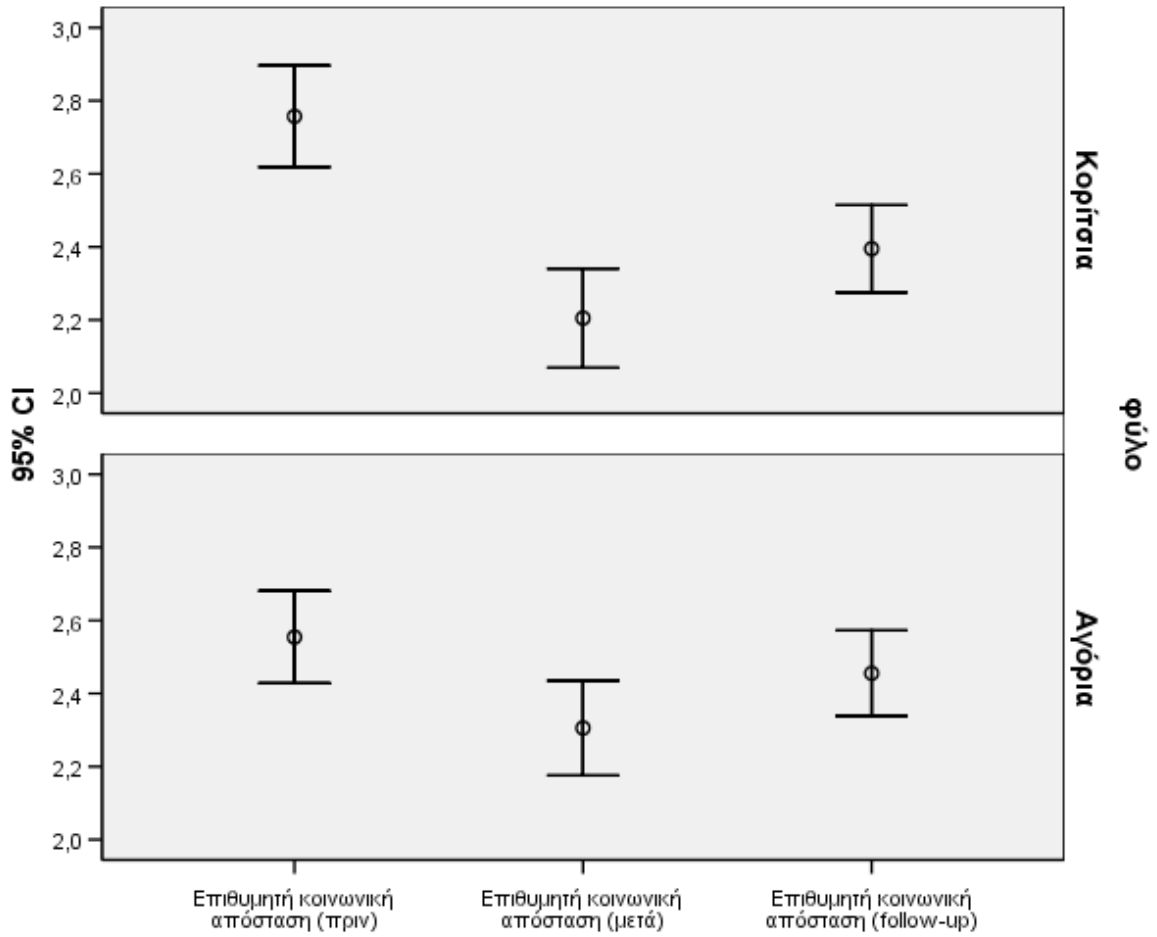
Αλλαγή στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΛμΣ στη φάση της μεταπαρακολούθησης

Επιθυμητή κοινωνική απόσταση	Πειραματική Ομάδα			Ομάδα Ελέγχου		
	Πριν M.O.* (τ.α.)	Follow-up M.O.* (τ.α.)	t-** & P-values	Πριν M.O.* (τ.α.)	Follow-up M.O.* (τ.α.)	t-** & P-values
Θα φοβόσουν να πιάσεις κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	2,45 (0,94)	2,28 (0,83)	t(192) = 2,353, P < 0,05	2,47 (0,99)	2,35 (0,91)	P > 0,05
Θα σε αναστάτωνε ή θα σε ενοχλούσε να είσαι στο ίδιο τμήμα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	2,19 (1,02)	1,84 (0,86)	t(186) = 5,442, P < 0,001	2,14 (0,96)	2,14 (0,95)	P > 0,05
Θα μπορούσες να διατηρήσεις φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;	2,96 (0,97)	2,72 (0,88)	P > 0,05	2,87 (1,00)	2,73 (0,92)	P > 0,05
Θα καλούσες στο πάρτι σου κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	2,22 (1,00)	2,45 (0,89)	t(150) = -3,040, P < 0,01	2,38 (1,08)	2,18 (0,99)	P > 0,05
Θα ένιωθες ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σου είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;	2,16 (1,19)	2,09 (1,05)	P > 0,05	2,16 (1,11)	2,14 (1,17)	P > 0,05
Θα έμενες στο ίδιο δωμάτιο σε σχολική εκδρομή με κάποιο συμμαθητή σου που έχει σχιζοφρένεια;	1,72 (0,93)	1,92 (0,85)	t(161) = -2,760, P < 0,01	1,62 (0,74)	1,65 (0,78)	P > 0,05
Θα μπορούσες να ερωτευτείς κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;	1,47 (0,88)	1,72 (0,92)	t(142) = -2,141, P < 0,01	1,43 (0,83)	1,48 (0,72)	P > 0,05

*Εύρος τιμών: από 1 (σίγουρα όχι) έως 4 (σίγουρα ναι), ** Paired-samples t-tests

Γράφημα 5

Estimated means with 95% confidence interval error bars για την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΛμΣ σε καθεμιά από τις τρεις φάσεις της μελέτης με κριτήριο το φύλο.



Σύνοψη αποτελεσμάτων

Για την καταγραφή του στίγματος των εφήβων για τη σχιζοφρένεια εξετάστηκαν δύο μεταβλητές: οι *αντιλήψεις* για τα ΑμΣ και η *επιθυμητή κοινωνική απόσταση* των εφήβων από τα ΑμΣ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι έφηβοι/ες εμφανίστηκαν να διατηρούν έντονα στιγματιστικές αντιλήψεις, ενώ παράλληλα εμφανίστηκαν απρόθυμοι να εμπλακούν σε κοινωνική συναναστροφή με ΑμΣ. Παράλληλα, μεταβλητές όπως το φύλο, η προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και η εξοικείωση με ΑμΨΝ εμφανίστηκαν να διαφοροποιούν το στίγμα της σχιζοφρένειας στους εφήβους. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια, οι έφηβοι/ες που ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και εκείνοι/ες που ανέφεραν ότι είχαν κάποιο ΑμΨΝ στο περιβάλλον τους παρατηρήθηκαν να είναι σημαντικά λιγότερο στιγματιστικοί απέναντι στα ΑμΣ.

Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είχε θετική επίδραση, τόσο στις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣ όσο και στην επιθυμητή κοινωνική τους απόσταση από τα ΑμΣ. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης παρατηρήθηκε να διαφοροποιείται με κριτήριο τα χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς ήταν μεγαλύτερη για τα κορίτσια, για τους εφήβους που ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια και για εκείνους/ες που ανέφεραν την ύπαρξη κάποιου ΑμΨΝ στο περιβάλλον τους. Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης παρατηρήθηκε να διατηρείται στη φάση της μεταπαρακολούθησης οκτώ μήνες αργότερα, ενώ η διατήρηση της μεταβολής αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ ήταν μεγαλύτερη για τις έφηβες του συμμετείχαν στην έρευνα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκεκριμένη μελέτη είχε δύο στόχους: (α) την καταγραφή του στίγματος της σχιζοφρένειας στους Έλληνες εφήβους και (β) τη μελέτη της αποτελεσματικότητας μίας στοχευμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης για την καταπολέμησή του.

Οι έφηβοι & το στίγμα της σχιζοφρένειας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι έφηβοι/ες εμφανίστηκαν να διατηρούν έντονα στιγματιστικές αντιλήψεις, ενώ παράλληλα εμφανίστηκαν απρόθυμοι να εμπλακούν σε κοινωνική συναναστροφή με ΑμΣ. Σύμφωνα με προγενέστερες μελέτες αναφορικά με τις αντιλήψεις των εφήβων για τα ΑμΣΨΔ γενικά (αλλά και τα ΑμΣ ειδικότερα), οι έφηβοι/ες δεν εμφανίζονται να διατηρούν έντονα στιγματιστικές αντιλήψεις (Chung & Chan, 2004· Corrigan *et al.*, 2005· Schulze *et al.*, 2003· Watson *et al.*, 2004), ενώ σε κάποιες άλλες από αυτές οι έφηβοι/ες εμφανίζονται να μην έχουν ξεκάθαρα διαμορφωμένες αντιλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές (Schulze & Angermeyer, 2005· Schulze *et al.*, 2003· Watson, Miller, & Lyons, 2005), γεγονός που καθιστά τη συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδο πρόσφορη για παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του στίγματος. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται σε αντίθεση με τα δεδομένα αυτά, καθώς οι έφηβοι/ες που μελετήθηκαν εμφανίστηκαν να υιοθετούν στιγματιστικές αντιλήψεις για τα ΑμΣ.

Πιο συγκεκριμένα, περίπου δύο στους τρεις εφήβους εμφανίστηκαν να υιοθετούν την αντίληψη ότι τα ΑμΣ έχουν διχασμένη προσωπικότητα, ενώ σύμφωνα με μία πρόσφατη μελέτη των Economou *et al.* (2008), αντίστοιχη είναι και η εικόνα των ενηλίκων στην Ελλάδα. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών σε εφήβους, στις οποίες οι έφηβοι εμφανίζονται να παρουσιάζουν διαφορετική εικόνα από αυτή των ενηλίκων και να υιοθετούν τη συγκεκριμένη αντίληψη σε σημαντικό μικρότερο βαθμό (Schulze & Angermeyer, 2005· Stuart, 2006).

Η αντίληψη ότι τα ΑμΣ έχουν διχασμένη προσωπικότητα αποτελεί μία από τις περισσότερο διαδεδομένες αντιλήψεις που αφορούν στη σχιζοφρένεια (Holzinger, Angermeyer, & Matschinger, 1998· Stuart & Arboleda-Flórez, 2001) και θεωρείται ότι σχετίζεται με το στερεότυπο της επικινδυνότητας και το αίσθημα φόβου του γενικού πληθυσμού για τα ΑμΣ (Wahl, 1992). Η ετυμολογία της λέξης *σχιζοφρένεια* δίνει μία πιθανή ερμηνεία για την υιοθέτηση της συγκεκριμένης αντίληψης από μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Η έννοια του *διχασμένου νου*, όπως αυτή προκύπτει από την ετυμολογία της λέξης *σχιζοφρένεια*, εύκολα μεταφράζεται σε διχασμό της προσωπικότητας του ΑμΣ. Λαμβάνοντας ο όρος *σχιζοφρένεια* τη συγκεκριμένη ερμηνεία, επιφορτίζει τα ΑμΣ με χαρακτηριστικά όπως η απρόβλεπτη και επικίνδυνη συμπεριφορά, γεγονός που ερμηνεύει τα υψηλά ποσοστά που συνοδεύουν την αντίληψη της επικινδυνότητας των ΑμΣ. Στην παρούσα έρευνα, περίπου οι μισοί από τους εφήβους που εξετάστηκαν θεωρούσε ότι τα ΑμΣ είναι επικίνδυνα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι οι έφηβοι/ες δεν θα εμπλέκονταν εύκολα σε κοινωνική συναναστροφή με ΑμΣ. Για παράδειγμα, περισσότεροι από οκτώ στους δέκα εφήβους ανέφεραν ότι δεν θα μοιράζονταν το ίδιο δωμάτιο με ένα ΑμΣ σε μία σχολική εκδρομή ή ότι δεν θα μπορούσαν να ερωτευτούν ένα ΑμΣ. Παράλληλα, περίπου τέσσερις στους δέκα εφήβους ανέφεραν ότι θα ένιωθαν ντροπή αν κάποιος μέλος της οικογένειάς τους είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ή θα ενοχλούνταν στην περίπτωση που βρίσκονταν στο ίδιο σχολικό τμήμα με κάποιον ΑμΣ. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συνάδουν με εκείνα που αφορούν στον πληθυσμό των ενηλίκων στην Ελλάδα (Economou *et al.*, 2008), ενώ είναι πολύ διαφορετικά από εκείνα που αφορούν σε πληθυσμούς εφήβων σε άλλες χώρες (Schulze *et al.*, 2003).

Μία πιθανή ερμηνεία για το γεγονός ότι οι έφηβοι στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα στιγματιστικοί απέναντι στα ΑμΣ είναι η έλλειψη πληροφόρησης για ζητήματα που αφορούν στην ψυχική υγεία και ασθένεια. Παρά το γεγονός ότι οι γνώσεις των εφήβων για θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές δεν αξιολογήθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η έλλειψη γνώσης μπορεί να συναχθεί από το γεγονός ότι οι βασικές πηγές πληροφόρησης των νέων, το σχολείο και τα ΜΜΕ, δεν παρέχουν πληροφόρηση αναφορικά με θέματα ψυχικής υγείας. Είναι ενδεικτικό ότι στο πλαίσιο του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος δεν εφαρμόζεται κάποιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα προαγωγής ψυχικής υγείας, το οποίο θα εξασφάλιζε, όχι

μόνο την παροχή πληροφόρησης αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων πληροφοριών για σχετικά θέματα. Παράλληλα ούτε στην ελληνική τηλεόραση, αλλά ούτε και στον Τύπο, παρουσιάζονται σχετικά θέματα σε συστηματική βάση.

Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης

Όσον αφορά στη συγκεκριμένη εκπαιδευτική παρέμβαση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είχε θετική επίδραση, τόσο στις αντιλήψεις των εφήβων απέναντι στη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ, όσο και στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από αυτά.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα έρχονται να ενισχύσουν τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, στις οποίες σύντομα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην προσπάθεια περιορισμού του ψυχιατρικού στίγματος τόσο σε πληθυσμούς ενηλίκων (Holmes *et al.*, 1999· Wolff *et al.*, 1996), όσο και σε πληθυσμούς εφήβων (Pinfold *et al.*, 2003· Schulze *et al.*, 2003· Watson *et al.*, 2004).

Ενδιαφέρον προκαλεί η καταγραφή σημαντικής μείωσης στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων από τα ΑμΣ, σε σχέση με προγενέστερα αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών, στις οποίες είχαν καταγραφεί μικρές μόνο διαφοροποιήσεις (Pinfold *et al.*, 2003b· Schultze *et al.*, 2003). Είναι γεγονός πως και στην παρούσα έρευνα, παρά το γεγονός ότι η αλλαγή στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση ήταν στατιστικά σημαντική, η αλλαγή αυτή ήταν μικρότερη συγκριτικά με την αλλαγή των αντιλήψεων. Η συγκεκριμένη διαφορά αποτυπώνει ενδεχομένως και τα στάδια διαμόρφωσης του στίγματος (Link & Phelan, 2001). Καθώς η διαμόρφωση των στερεοτυπικών αντιλήψεων για τα ΑμΣ προηγείται του προβληματισμού αναφορικά με τις συμπεριφορικές αντιδράσεις απέναντι στα ΑμΣ, θα μπορούσε να υποθεθεί ότι η διαδικασία τροποποίησης του στίγματος ακολουθεί μία ανάλογη πορεία (Schulze *et al.*, 2003). Έτσι, ενώ τα άτομα υιοθετούν θετικότερες αντιλήψεις απέναντι στα ΑμΣ σαν αποτέλεσμα της παρέμβασης, η αντίστοιχη βελτίωση της ετοιμότητας των ατόμων να εμπλακούν σε κοινωνική συναναστροφή με ΑμΣ είναι ίσως μία διαδικασία, η οποία έχει άλλο ρυθμό εξέλιξης και πιθανά χρειάζεται και περισσότερο εξειδικευμένες τεχνικές, οι οποίες θα εφαρμόζονται στο πλαίσιο μίας εκπαιδευτικής παρέμβασης με στόχο τον περιορισμό του στίγματος.

Μέσα από τη μελέτη παρεμβάσεων που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του στίγματος (συμπεριλαμβανομένης και της παρούσας παρέμβασης) παρατηρείται ότι η συντριπτική πλειοψηφία τους έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Στο πλαίσιο αυτό, η έμφαση δίνεται στην παροχή έγκυρης πληροφόρησης, στην κατάρριψη «μύθων» και στην αμφισβήτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων. Η αλλαγή των αντιλήψεων – δεδομένης της σύνδεσής τους με τη συμπεριφορά- αναμένεται να συμπαράσχει και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση, γεγονός που φαίνεται να συμβαίνει αλλά σε μικρότερο βαθμό από τον αναμενόμενο. Ο εμπλουτισμός των συγκεκριμένων παρεμβάσεων με στοιχεία που θα στοχεύουν συγκεκριμένα στη μείωση της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης θα λειτουργήσει ενισχυτικά στην αποτελεσματικότητά τους, καθώς η παρέμβαση θα στοχεύει σε περισσότερα από ένα επίπεδα. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα της έννοιας του στίγματος, μία τέτοιου τύπου παρέμβαση θα μπορούσε να είναι περισσότερο αποτελεσματική. Πιθανά, η μεγαλύτερη έμφαση στην τροποποίηση του στερεοτύπου της επικινδυνότητας, το οποίο στο πλαίσιο ερευνών σε πληθυσμούς ενηλίκων έχει σχετιστεί με μεγαλύτερη επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ (Angermeyer, Beck, & Matschinger, 2003), να οδηγούσε στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης και αναφορικά με την επιθυμητή κοινωνική απόσταση.

Ο ρόλος του φύλου

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, το φύλο εμφανίστηκε ως σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης των αντιλήψεων και της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα αγόρια εμφανίστηκαν να πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι τα ΑμΣ έχουν χαμηλή νοημοσύνη, ενώ εξέφρασαν λιγότερο φόβο στο να πιάσουν κουβέντα με ένα ΑμΣ και μεγαλύτερη προθυμία να μοιραστούν το ίδιο δωμάτιο με ένα ΑμΣ σε μία σχολική ειδρομή, συγκριτικά με τα κορίτσια. Σε αρκετές από τις έρευνες, στις οποίες έχει μελετηθεί ο ρόλος του φύλου στο στιγματισμό των ΑμΣΨΔ από τους εφήβους, έχει φανεί ότι τα αγόρια είναι περισσότερο στιγματιστικά απέναντι στα ΑμΣ συγκριτικά με τα κορίτσια (Ng & Chan, 2000, 2002· Watson, Miller, & Lyons, 2005· Watson *et al.*, 2004), ενώ υπάρχουν έρευνες στις οποίες το εύρημα αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί (Penn *et al.*, 2005· Pinfold *et al.*, 2003· Schulze *et al.*, 2003· Secker, Armstrong, & Hill, 1999).

Παράλληλα, ιδιαίτερα ενδιαφέρον ήταν το γεγονός ότι η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης διαφοροποιήθηκε με κριτήριο το φύλο των εφήβων, ένα εύρημα το οποίο έχει αναφερθεί και σε προηγούμενες σχετικές έρευνες (Pinfold *et al.*, 2003· Stuart, 2006).

Μία πιθανή ερμηνεία για τα συγκεκριμένα ευρήματα σχετίζεται με την *κοινωνικοποίηση μέσα από το ρόλο του φύλου*. Η έννοια της κοινωνικοποίησης μέσα από το ρόλο του φύλου αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα μαθαίνουν να ακολουθούν μία κοινωνικά αναμενόμενη συμπεριφορά η οποία καθορίζεται από το φύλο τους. Η διαδικασία αυτή ξεκινά από πολύ νωρίς, καθώς τα παιδιά εσωτερικεύουν τα μηνύματα των γονέων αναφορικά με το φύλο από πολύ μικρή ηλικία (Weinraub *et al.*, 1984). Μέσα από σχετικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά ηλικίας 2,5 ετών χρησιμοποιούν τα στερεότυπα του φύλου στη διαπραγμάτευσή τους με τον κόσμο και είναι πιθανό να γενικεύουν αυτά τα στερεότυπα σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων (Cowan & Hoffman, 1986· Fagot, Leinbach, & O'Boyle, 1992). Τα παιδιά βιώνουν την εμπειρία της κοινωνικοποίησης στο ρόλο του φύλου μέσα από πάρα πολλές δραστηριότητες, ευκαιρίες, ενθαρρύνσεις/αποθαρρύνσεις, συμπεριφορές, προτάσεις, και διαφόρων μορφών καθοδήγηση. Είναι δύσκολο για ένα παιδί να φτάσει μέχρι την ενηλικίωση χωρίς κάποιες μορφές προκαταλήψεων ή τα στερεότυπα του φύλου. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και αναπτύσσονται, τα στερεότυπα του φύλου, στα οποία εκτίθενται στο σπίτι, ενισχύονται μέσα από άλλα στοιχεία του περιβάλλοντός τους και μέσα από αυτή τη διαδικασία περνούν από την παιδική ηλικία στην εφηβική ηλικία (Martin, Wood, & Little, 1990).

Σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από έρευνες στο χώρο, οι άνδρες και οι γυναίκες διαμορφώνουν σχέσεις με διαφορετικό τρόπο (Eagly, 1987). Συγκεκριμένα, η κοινωνικοποίηση των ανδρών είναι λιγότερο προσανατολισμένη στην αλληλεπίδραση με τους άλλους, ενώ παράλληλα εμφανίζονται λιγότερο έτοιμοι να ταυτιστούν ενσυναισθητικά με άτομα τα οποία θεωρούνται ευάλωτα, σε αντίθεση με τις γυναίκες. Σύμφωνα με τους Baumeister και Sommer (1997), οι άνδρες σχετίζονται μέσα από τη σύγκριση με άλλους άνδρες σε επίπεδο δύναμης, επιτευξιμότητας και επιτυχίας. Αντίθετα, οι γυναίκες σχετίζονται μέσω της

αναζήτησης κοινών χαρακτηριστικών ανάμεσα στον εαυτό και τους άλλους, γεγονός που ενισχύει την ικανότητα της ενσυναίσθησης (Hakansson & Montgomery, 2002).

Μέσα από αυτό το πρίσμα, θα μπορούσε να υποθεθεί ότι τα κορίτσια μπόρεσαν πιο εύκολα να εμπλακούν συναισθηματικά στην παρέμβαση και να αναγνωρίσουν χαρακτηριστικά στα ΑμΣΨΔ, τα οποία μπορούσαν να γίνουν κατανοητά σε προσωπικό επίπεδο, σε αντίθεση με τα αγόρια. Αντίθετα, τα αγόρια, μέσα από την εκτίμηση αναφορικά με την αδυναμία των ΑμΣ να συνεισφέρουν στην κοινωνία και να ανταποκριθούν στις καθημερινές απαιτήσεις («τα ΑμΣ έχουν χαμηλή νοημοσύνη») –στοιχεία που θα σχετίζονται με τη δύναμη, την επιτευξιμότητα και την επιτυχία στο πλαίσιο του κοινωνικού συνόλου- δεν είναι το ίδιο δεκτικά στην αφομίωση των νέων πληροφοριών που αμφισβητούν τις υπάρχουσες δομές γνώσης σχετικά με τα ΑμΣ. Στην περίπτωση που η συγκεκριμένη υπόθεση επαληθευτεί, τότε η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης θα μπορούσε να ενισχυθεί και για την περίπτωση των αγοριών, δίνοντας επιπλέον έμφαση σε στοιχεία που αφορούν στη λειτουργικότητα των ΑμΣ και τη δυνατότητά τους να ενταχθούν στην κοινωνία. Το επιχείρημα αυτό ενισχύεται αν συνεκτιμηθεί το γεγονός ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία έχουν περιγραφεί και ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη θετική επίδραση της επαφής με ΑμΣΨΔ στον περιορισμό του στίγματος (Corrigan *et al.*, 2001α,β· Corrigan *et al.*, 2002· Pinfold *et al.*, 2003).

Ο ρόλος της εξοικείωσης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η ύπαρξη κάποιου ΑμΨΝ στο περιβάλλον των εφήβων φάνηκε να διαφοροποιεί σε σημαντικό βαθμό τις αντιλήψεις τους αναφορικά με τη σχιζοφρένεια και τα ΑμΣ. Αναφορικά με την προηγούμενη επαφή με ΑμΨΔ -η οποία έχει συσχετιστεί ερευνητικά με θετικότερες αντιλήψεις στην περίπτωση των ενηλίκων (Corrigan, 2005· Corrigan *et al.*, 2001· Holmes *et al.*, 1999· Link & Cullen, 1986· Penn *et al.*, 1994)- δεν υπάρχει σαφής εικόνα για τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει τις αντιλήψεις των παιδιών και των εφήβων (Corrigan *et al.*, 2005· Ng & Chan, 2000· Watson, Miller, & Lyons, 2005).

Παράλληλα, η ύπαρξη ενός ΑμΨΝ στο περιβάλλον των εφήβων παρατηρήθηκε να σχετίζεται με μικρότερη επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τα ΑμΣ. Σύμφωνα

με σχετικές έρευνες, η εξοικείωση περιγράφεται ως συνδυασμός της γνώσης και της βιωματικής εμπειρίας της επαφής (Holmes *et al.*, 1999) και κυμαίνεται από το να έχει δει κανείς την τηλεοπτική απεικόνιση της ψυχικής νόσου, να έχει κάποιον/α συνάδελφο με ψυχική νόσο ή να έχει κάποιο άτομο με ψυχική νόσο στο οικογενειακό περιβάλλον. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, η έλλειψη εξοικείωσης σχετίζεται με μικρότερη επιθυμητή κοινωνική απόσταση (Corrigan *et al.*, 2001).

Με δεδομένο το γεγονός ότι οι ΣΨΔ εμφανίζονται σε μικρό μόνο ποσοστό του πληθυσμού, οι έφηβοι/ες που ανέφεραν την ύπαρξη κάποιου ΑμΨΝ στο περιβάλλον τους, πιθανά αναφέρονταν σε άτομα με λιγότερο ΣΨΔ. Το ενδεχόμενο αυτό θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να ερευνηθεί περαιτέρω, καθώς στην περίπτωση που η επαφή - ακόμη και με άτομα με κοινές ψυχικές διαταραχές- έχει θετική επίδραση στον περιορισμό του ψυχιατρικού στίγματος, θα εμπλουτιζόταν η κατανόηση του μηχανισμού του στιγματισμού των ΑμΣΨΔ και κατά συνέπεια θα ήταν δυνατή η βελτίωση των παρεμβάσεων για την καταπολέμησή του.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύουν την υπόθεση ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση του στίγματος της σχιζοφρένειας απαιτεί συνεχόμενη και σταθερή προσπάθεια, με στρατηγικές ειδικά σχεδιασμένες και στοχευμένες για διαφορετικές ομάδες πληθυσμού. Το πρόβλημα του στίγματος είναι ιδιαίτερα περίπλοκο και, σύμφωνα με σύγχρονα ερευνητικά αποτελέσματα, τα προγράμματα που στοχεύουν στο φόβο του γενικού πληθυσμού, την αδιαφορία και την προκατάληψη χρειάζεται να είναι πολυεπίπεδα, μακροχρόνια και στοχευμένα ώστε να οδηγούν, όχι μόνο στην ευαισθητοποίηση σε γενικότερα θέματα ψυχικής υγείας, αλλά και στην αλλαγή συμπεριφοράς.

Δεδομένου ότι τα αρνητικά στερεότυπα για τη σχιζοφρένια δεν φαίνεται να έχουν ακόμη διαμορφωθεί κατά την εφηβική ηλικία, οι επεμβάσεις σε σχολικό επίπεδο εμφανίζονται ιδιαίτερα ελπιδοφόρες αναφορικά με τη διαμόρφωση θετικότερων στάσεων στις επόμενες γενιές. Οι έφηβοι εμφανίζονται να αποτελούν ιδιαίτερα κατάλληλη ομάδα-στόχο για τέτοιου τύπου παρεμβάσεις, δεδομένου ότι αρχίζουν να προβληματίζονται γύρω από θέματα που αφορούν στη συναισθηματική

τους ευημερία και να έχουν προσωπική εμπειρία της έννοιας της ψυχολογικής κρίσης, μέσω της διαδικασίας διαμόρφωσης της προσωπικής τους ταυτότητας.

Συγκεκριμένα, προκειμένου να περιοριστεί το στίγμα των εφήβων απέναντι στα ΑμΣΨΔ, καθώς επίσης και να ενισχυθεί η γενική τους εκπαίδευση σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας, τα σχολεία χρειάζεται να συμπεριλάβουν την προαγωγή ψυχικής υγείας στο βασικό εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα. Η εκπαιδευτική παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελεί μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος προαγωγής ψυχικής υγείας, το οποίο θα ήταν σχεδιασμένο για να πραγματοποιείται στο πλαίσιο του σχολείου, από εκπαιδευμένους στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαιδευτικούς. Σε μία ιδανική εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος, τα θέματα που σχετίζονται με το στίγμα των σοβαρών ψυχικών διαταραχών θα αποτελούσαν μέρος ενός συνολικού προγράμματος προαγωγής ψυχικής υγείας, το οποίο θα ακολουθεί την ανάπτυξη των παιδιών και την εκπαιδευτική τους πορεία από τάξη σε τάξη, προκειμένου να προσεγγίζει θέματα που ανακύπτουν με την ανάπτυξη των παιδιών.

Περιορισμοί & προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται από κάποιους περιορισμούς. Σε ένα πρώτο επίπεδο, οι περιορισμοί σχετίζονται με τη δυσκολία που παρατηρείται στο σύνολο των ερευνών που μελετούν τη σχέση μεταξύ αντιλήψεων και συμπεριφορών. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα των ερευνών γύρω από τις αντιλήψεις του πληθυσμού έχουν από τη φύση τους περιορισμένη δυνατότητα αξιοποίησης στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις συμπεριφορές που παρατηρούνται σε πραγματικές συνθήκες. Έτσι, ενώ οι αντιλήψεις των εφήβων που εξετάστηκαν αποτελούν έναν παράγοντα πρόβλεψης της συμπεριφοράς τους, δεν μπορούν να εκληφθούν ως ακριβείς εκτιμήσεις της «πραγματικής» συμπεριφοράς των εφήβων, μέσω μιας γραμμικής αιτιώδους σχέσης. Η παρούσα μελέτη επιδίωξε να περιορίσει αυτή τη δυσκολία με τη χρήση μιας κλίμακας μέτρησης της κοινωνικής απόστασης, η οποία είχε σχεδιαστεί ειδικά για την ομάδα στόχο και στην οποία παρουσιάζονταν συνθήκες κοινωνικής συνδιαλλαγής, οι οποίες ήταν όσο το δυνατόν πιο κοντά στις πραγματικές καταστάσεις που οι έφηβοι αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους.

Παράλληλα, η κοινωνική επιθυμητότητα που χαρακτηρίζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε σχετικές έρευνες αποτελεί έναν παράγοντα που χρειάζεται να συυπολογιστεί κατά την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η θετική επίδραση της παρέμβασης στις αντιλήψεις και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση των εφήβων φάνηκε να έχει διατηρηθεί κατά τη μέτρηση οκτώ μήνες αργότερα, αλλά η διαφορά από την αρχική μέτρηση είχε περιοριστεί. Η μείωση αυτή της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης ήταν αναμενόμενη, καθώς έχει παρατηρηθεί και σε άλλες σχετικές έρευνες (π.χ. Pinfold *et al.*, 2003). Παρά το γεγονός ότι η εκπαίδευση αποτελεί μία αποτελεσματική στρατηγική, το μέγεθος και η διάρκεια της αποτελεσματικότητας στη βελτίωση των αντιλήψεων και της συμπεριφορικής πρόθεσης είναι πιθανά περιορισμένα (Corrigan & McCracken, 1997· McCracken & Corrigan, *υπό έκδοση*). Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια ενισχυτικών συνεδριών, οι οποίες θα συμβάλλουν στη διατήρηση των αποτελεσμάτων στο χρόνο. Παράλληλα, καθώς η συγκεκριμένη παρέμβαση αφορά σε εφήβους, οι ενισχυτικές συνεδρίες θα ήταν ίσως χρήσιμο να εμπλουτίζονται με στοιχεία που θα σχετίζονται με την ανάπτυξη των εφήβων και τις αλλαγές που βιώνουν οι έφηβοι, τόσο σε γνωστικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα αντίστοιχων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου, προκειμένου να δοθεί μία σαφέστερη εικόνα σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει μία παρέμβαση τέτοιου τύπου στη μόνιμη αλλαγή των στάσεων των εφήβων και κατ' επέκταση στον περιορισμό του ψυχιατρικού στίγματος.

Ένας ακόμη περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας αφορά στο γεγονός ότι οι έφηβοι/ες που συμμετείχαν στην έρευνα δεν είχαν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή, στο πλαίσιο της παρέμβασης, με ένα άτομο που θα είχε την εμπειρία μίας ΣΨΔ. Με δεδομένα τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, καθώς και τη σχετική βιβλιογραφία αναφορικά με τη γενικότερη θετική επίδραση της επαφής στον περιορισμό του στίγματος των ψυχικών διαταραχών, αλλά και την ειδικότερη ενισχυτική της δράση στην αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (Angermeyer & Matschinger, 1997a· Link & Cullen, 1986· Meise *et al.*, 2000· Schulze *et al.*, 2003· Sellick & Goodear, 1985), θα ήταν σημαντικό να έχει ενσωματωθεί στο πλαίσιο και της συγκεκριμένης παρέμβασης. Δυστυχώς, οι

πρακτικές δυσκολίες που συνοδεύουν ένα τέτοιο εγχείρημα δεν επέτρεψαν την υλοποίησή του, αλλά σίγουρα αποτελεί μία παράμετρο για περαιτέρω διερεύνηση.

Παράλληλα, με δεδομένο το διαμεσολαβητικό ρόλο του φύλου στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης που εφαρμόστηκε, αλλά και σε άλλες παρόμοιες μελέτες, μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να το διερευνήσουν σε βάθος, προκειμένου να αποσαφηνιστούν, τόσο οι λόγοι όσο και ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζει το στίγμα (Ασημόπουλος και συν., 2006· Pinfold *et al.*, 2003). Μελέτες στον τομέα αυτό θα συντελέσουν σημαντικά στη διαμόρφωση παρεμβάσεων, αλλά και γενικότερων πρακτικών, στο πλαίσιο των δράσεων που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του στίγματος.

Τέλος, η σύντομη εκπαιδευτική παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε αξιολογήθηκε με τη χρήση ενός σύντομου ερωτηματολογίου. Είναι σημαντικό να αναγνωριστούν οι περιορισμοί που χαρακτηρίζουν την αξιολόγηση μιας παρέμβασης, η οποία στοχεύει στην τροποποίηση αντιλήψεων και συμπεριφορών, με χαρτί και μολύβι.

Συνεισφορά στη γνώση

Στο πλαίσιο των δράσεων για τον περιορισμό του στίγματος των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών γενικά –και της σχιζοφρένειας ειδικότερα-, οι παρεμβάσεις σε εφήβους κερδίζουν διαρκώς έδαφος, καθώς τα παιδιά και οι έφηβοι θεωρούνται σημαντική ομάδα στόχος στην προσπάθεια αντιμετώπισης του ψυχιατρικού στίγματος. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό σχετίζεται με την υπόθεση ότι οι γνωστικές διεργασίες στις ηλικίες αυτές μπορούν να επηρεαστούν με τέτοιο τρόπο ώστε η προιατάληψη και η διάκριση απέναντι στα ΑμΣΨΔ να περιοριστούν ή ακόμα και προληφθούν. Τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα φαίνεται να επιβεβαιώνουν τη συγκεκριμένη υπόθεση.

Παρά τη σπουδαιότητα της υλοποίησης παρεμβάσεων που να αφορούν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, ο αριθμός των σχετικών ερευνών σε εφήβους είναι ιδιαίτερα περιορισμένος συγκριτικά με τον αριθμό των ερευνών που αφορούν σε ενήλικες, ενώ αρκετές από αυτές είναι περιγραφικές και περιλαμβάνουν μικρά δείγματα. Το γεγονός αυτό καθιστά τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας

σημαντική συνεισφορά στην προσπάθεια διερεύνησης, τόσο της έντασης του ψυχιατρικού στίγματος στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα όσο και της δυνατότητας περιορισμού του μέσω ειδικά σχεδιασμένων παρεμβάσεων.

Επιπλέον, μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα ενισχύεται η πρόταση για τη διεύρυνση του ρόλου του σχολείου. Το γεγονός ότι τα προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας έχουν περιγραφεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μία από τις σημαντικότερες ανάγκες της παγκόσμιας κοινότητας, ενώ σε πολλές χώρες τα προγράμματα αυτά έχουν ενταχθεί στο εκπαιδευτικό σύστημα, καθιστά επιτακτική την ανάγκη υλοποίησης αντίστοιχων προγραμμάτων και στην Ελλάδα. Ιδανικά, ένα σύντομο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που θα αφορά στο στίγμα των ψυχικών διαταραχών θα έπρεπε να αποτελεί μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος προαγωγής ψυχικής υγείας, το οποίο, ακολουθώντας την ανάπτυξη των παιδιών, θα αναφέρεται σε θέματα κοινωνικών αξιών, υγείας και ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων και θα προωθεί την κοινωνικά υπεύθυνη συμπεριφορά.

BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

- Adler, A.K., and Wahl, O.F. (1998). Children's beliefs about people labeled mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 321-326.
- Alexander, D.A., and Eagles, J.M. (1990). Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Medical Education*, 24(5), 452-460.
- Alexander, L., and Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
- Allport, F. H. (1953). The effect of segregation and the consequences of desegregation: A social science statement. *Minnesota law review*, 37, 429-440.
- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. New York: Addison-Wesley.
- Alvistasos, G., and Lykestos, G. (1964). A preliminary report of research concerning the attitude of the families of hospitalized mental patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 10, 37-44.
- Altındaq, A., Yanik, M., Uçok, A., Alptekin, K., and Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 60(3), 283-238.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., and Gorman, J.M. (1991). Awareness of illness. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-132.
- Amir, Y. (1969). Contact hypothesis in ethnic relations. *Psychological Bulletin*, 71, 319-342.
- Andersen, S.M., and Klatzky, R.L. (1987). Traits and social stereotypes: Levels of categorization in person perception. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53, 235-246.
- Angermeyer, M.C., Beck, M., and Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 663-668.
- Angermeyer, M.C., Dipsloz, M.B., and Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 663-668.
- Angermeyer, M., Klusmann, D., and Walpuski, O. (1988). The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives: The relatives' point of view. *European Archives of Psychiatry & Neurological Science*, 238, 55-61.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (1995). Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders: their effect on social distance towards the mentally ill. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 245, 159-164.

- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (1996 α). The effect of diagnostic labelling on the lay theory regarding schizophrenic disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31, 316-320.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (1996 β). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 43, 1721-1728.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27, 131-141.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 275-281.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (2001). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(1), 1-7.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (2004 α). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (2004 β). Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *Journal of Affective Disorders*, 83, 177-182.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (2004 γ). The stereotype of schizophrenia and its impact on the discrimination of people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1049-1061.
- Angermeyer, M.C., and Matschinger, H. (2005). The Stigma of Mental Illness in Germany: A Trend Analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 276-284.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., and Corrigan, P.W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175-182.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., and 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*, 44, 107-116.
- Angermeyer, M.C., and Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia & Psichiatria Sociale*, 10(1), 1-7.
- Anthony W, Cohen M, Farkas M, and Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*, (2nd Ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

- Anthony, B., and Graham, F. (1985). Blink reflex modification by selective attention: Evidence for the modulation of automatic processing. *Biological Psychology*, 21, 43-59.
- Appleby, L., and Wessely, S. (1988). Public attitudes to mental illness: the influence of the Hungerford massacre. *Medical Science & Law*, 28, 291-294.
- Araya, R.I., Jadresic, E., and Wilkinson, G. (1992). Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Medical Education*, 26(2), 153-156.
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (10), 645-650.
- Ασημόπουλος, Χ. (2006). Από την προκατάληψη στον κοινωνικό αποκλεισμό: Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *Κοινωνική Εργασία*, 84, 225-240.
- Ασημόπουλος, Χ., Αποστολοπούλου, Α., Βασιλικόπουλος, Α., Βαρβαρέσου, Ε., Τσαλαμανιός, Εμ., Φλιός, Α. και Τσιάντης, Ι. (2007). Οι στάσεις των εφήβων προς τους ψυχικά ασθενείς και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ένα πρόγραμμα έρευνας-παρέμβασης σε μαθητές Λυκείου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 99, 13-30.
- Augoustinos, M., and Ahrens, C. (1994). Stereotypes and prejudice: The Australian experience. *British Journal of Social Psychology*, 33, 125-141.
- Augoustinos, M., Schrader, G., Chynoweth, R., and Reid, M. (1985). Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. *Psychological Medicine*, 15, 671-678.
- Bag, B., Yilmaz, S., and Kirpinar, I. (2006). Factors influencing social distance from people with schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice*, 60(3), 289-294.
- Bailey, S. (1999). Young people, mental illness, and stigmatisation. *Psychiatric Bulletin*, 23, 107-110.
- Bairan, A., and Farnsworth, B. (1989). Attitudes toward mental illness: does a psychiatric nursing course make a difference? *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(6), 351-7.
- Banaji, M., and Greenwald, A. (1995). Implicit gender stereotyping in judgments of fame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 181-198.
- Barnes, G.E. and Toews, J. (1983). Deinstitutionalization of chronic mental patients in the Canadian context. *Canadian Psychology*, 24(1), 2-36.
- Bargh, J. (1992). Does subliminality matter to social psychology? Awareness of the stimulus versus awareness of its influence. In R. F. Bornstein & T. S. Pittman (Eds.), *Perception without awareness* (pp. 236-255). New York: Guilford Press.
- Bargh, J. (1994). The four horsemen of automaticity: Awareness, intention, efficiency, and control in social cognition. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (2nd ed., pp. 1-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Baron, R.C., and Piasecki, J.R. (1981). The community versus the community care. In: R. Budson (Ed.) *New directions for mental health services: Issues in community residential care*. Jossey-Bass: San Francisco, pp: 63-75.
- Barry, M., and Greene, S. (1992). Implicit models of mental disorder. *Irish Journal of Psychology*, 13, 141–160.
- Baumeister, R. F., and Sommer, K. L. (1997). What do men want? Gender differences and two spheres of belongingness: Comment on Cross and Madson (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 38-44.
- Baxter, S., and Gray, C. (2001). The application of student-centred learning approaches to clinical education. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 36 (Supplement), 396-400.
- Beales, D. (2001). Continuing stigmatisation by psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 178, 475.
- Beck, M., Matschinger, H., and Angermeyer, M.C. (2003). Social representations of depression in the western and the eastern part of Germany: do differences still persist 12 years after reunification? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38,520-525.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Morrison, R. L., Tierney, A., and Podell, K. (1990). Remediation of cognitive deficits in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 147, 650–655.
- Bennett, L., Thirlaway, K., and Murray, A. J. (2008). The Stigmatising Implications of Presenting Schizophrenia as a Genetic Disease. *Journal of Genetic Counseling*,
- Berlin, F. S., and Malin, H. M. (1991). Media distortion of the public's perception of recidivism and psychiatric rehabilitation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1572-1576.
- Bhugra, D. (1989). Attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 1-12.
- Blair, I.V., and Banaji, M.R. (1996). Automatic and controlled processes in stereotype priming. *Journal of Personality & Social Psychology*, 70(6), 1142-1163.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Thompson, A.H., and Dyck, R.J. (1998). Psychiatric disorders in the population and in prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 273-279.
- Bodenhausen, G.F. (1993). Emotion, arousal, and stereotypic judgment: a heuristic model of affect and stereotyping. In D. Mackie and D. Hamilton (Eds), *Affect, Cognition, and Stereotyping* (pp. 13-37). San Diego, CA: Academic Press.
- Bodenhausen, G.F., Kramer, G.P., and Susser, K. (1994). Happiness and stereotypic thinking in social judgment. *Journal of Personality & Social Psychology*, 66, 621-632.
- Bogardus, E.S. (1925). Measuring social distances. *Journal of Applied Sociology*, 2, 216-226.

- Borinstein, A. D. (1992). Public attitudes towards persons with mental illness. *Health Affairs*, 3, 186-196.
- Brehm, J.W., and Jones, R.A. (1970). The effect on dissonance of surprise consequences. *Journal of Experimental Psychology*, 6, 420-431.
- Brennan, J. J. (1964). Mentally ill aggressiveness-popular delusion or reality, *American Journal of Psychiatry*. 120, 1181-1184.
- Brewer, M.B. (1997). On the social origins of human nature. In C. McGarty & S.A. Haslam (Eds.), *The message of social psychology: perspectives on mind in society* (pp. 54-62). Cambridge, MA: Blackwell.
- Brewer, M.B. (1988). A dual process model of impression formation. In T. Srull & R. Wyer (Eds.), *Advances in social cognition* (Vol. 1, pp. 177-183). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brewer, M.B., and Caporael, L.R. (1990). Selfish genes versus selfish people: sociobiology as origin myths. *Motivation & Emotion*, 14, 237-242.
- Brockington, I., Hall, P., Levings, J., and Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- Brookey, R.A. (2000). Saints or sinners: Sociobiological theories of male homosexuality. *International Journal of Sexuality & Gender Studies*, 5, 37 – 58.
- Bruner, J.S. (1957). On perceptual readiness. *Psychological Review*, 64, 123-152.
- Buizza, C., Pioli, R., Ponteri, M., Vittorielli, M., Corradi, A., Minicuci, N., et al. (2005). Community attitudes towards mental illness and socio-demographic characteristics: an Italian study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(3), 154-162.
- Burra, P., Kalin, R., Leichener, P., Waldron, J.J., Handforth, J.R., Jarrett, F.J., et al. (1982). The ATP-30: a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Medical Education*, 16, 31-38.
- Campbell, J., and Schraiber, R. (1989). *The Well-Being Project: Mental Health Consumers Speak for Themselves*. Sacramento, California Department of Mental Health, Office of Prevention.
- Canadian Mental Health Association, Ontario Division (1994). *Mental health anti-stigma campaign public education strategy. Final report*. Toronto: Canadian Mental Health Association, Ontario Division.
- Cardin, V.A., McGill, C.W., and Falloon, I.R.H. (1986). An economic analysis: costs, benefits, and effectiveness. In I.R.H. Falloon (Ed.), *Family Management of Schizophrenia*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Carson, R.C. (1969). *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- Chaplin, R. (2000). Psychiatrists can cause stigma too. *British Journal of Psychiatry*, 177, 467.
- Chase, C. C., and Geldenhuys, K. M. (2001). Student-centred teaching in a large heterogeneous class. *Medical Education*, 35(11), 1071.
- Chinnayya, H.P., Chandrashekar, C.R., Moily, S., Raghuram, A., Subramanya, K.R., Shanmugham, V., et al. (1990) Training primary care

- health workers in mental health care: Evaluations of attitudes towards mental illness before and after training. *The International Journal of Social Psychiatry*, 36(4), 300-307.
- Chinsky, J.M., and Rappaport, J. (1970). Attitude change in college students and chronic patients: A dual perspective. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 34, 388-396.
- Chou, K.L., and Mak, K.Y. (1998). Attitudes to mental patients among Hong Kong Chinese: a trend study over two years. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 215-224.
- Chou, K.L., Mak, K.Y., Chung, P.K., and Ho, K. (1996). Attitudes towards mental patients in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 213-219.
- Chung, K.F. (2005). Changing the attitudes of Hong Kong medical students toward people with mental illness. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 193(11), 766-8.
- Chung, K.F., and Chan, J.H. (2004). Can a less pejorative Chinese translation for schizophrenia reduce stigma? A study of adolescents' attitudes toward people with schizophrenia. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 58(5), 507-515.
- Chung, K.F., Chen, E.Y., and Liu, C.S. (2001). University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(2), 63-72.
- Chung, M.C., and Prasher, V.P. (1995). Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. *Psychological Reports*, 77(3), 843-847.
- Cirincione, C., Steadman, H.J., Robbins, P.C., and Monahan, J. (1992). Schizophrenia as a contingent risk factor for criminal violence. *International Journal of Law & Psychiatry*, 15, 347-358.
- Cochrane, J.J., Goering, P.N., and Rogers, J.M. (1997). The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *American Journal of Public Health*, 87, 2002-2008.
- Cohen, J., and Struening, E.L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 64, 349-360.
- Coleman, L.M. (1986). Stigma: An enigma demystified. In S.C. Ainlay, G. Becker, and L.M.Coleman (Eds.) *The dilemma of difference* (pp. 211-234). NY: Plenum Press.
- Cook, S.W. (1978). Interpersonal and attitudinal outcomes in cooperating interracial groups. *Journal of Research & Development in Education*, 12, 97-113.
- Corker, E. (2001 α). Stigma caused by psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 178, 379.
- Corker, E. (2001 β). Stigma and discrimination: the silent disease. *International Journal of Clinical Practice*, 55(2), 138-140.

- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive & Behavioral Practice, 5*, 201-222.
- Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as a social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science & Practice, 8*, 334-349.
- Corrigan, P.W. (2004). Target-specific stigma change: Strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(2), 113-121.
- Corrigan, P.W. (Ed) (2005). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P.W., Backs, A., Green, A., Lickey, S.E., and Penn, D.L. (2001 α). Prejudice, social distance, and familiarity with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 219–25.
- Corrigan, P.W., Green, A., Lundin, R.K., Kubiak, M.A., and Penn, D. (2001 β). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services, 52*(7), 953-958.
- Corrigan, P.W., Liberman, R.P., and Engel, J.D. (1990). From noncompliance to collaboration in treatment of schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry, 41*, 1203-1211.
- Corrigan, P.W., and Lundin, R. (2001). *Don't call me nuts: Coping with the stigma of mental illness*. Tinley Park: IL: Recovery Press.
- Corrigan, P.W., Lurie, B.D., Goldman, H.H., Slopen, N., Medasani, K., and Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services, 56*(5), 544-550.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., and Watson, A. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 481-492.
- Corrigan, P. W., and Matthews, A. K. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health, 12*, 235–248.
- Corrigan, P.W., and McCracken, S.G. (1997). *Interactive staff training: Rehabilitation teams that work*. New York: Plenum Press.
- Corrigan, P.W., and O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist, 42*(2), 90-97.
- Corrigan, P.W., and Penn, D. (1997). Disease and discrimination: Two paradigms that describe severe mental illness. *Journal of Mental Health, 6*(4), 355-366.
- Corrigan, P.W., River, L., Lundin, R.K., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., *et al.* (2001 γ). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 28*, 293-310.
- Corrigan, P.W., River, L., Lundin, R.K., Wasowski, K.U., Champion, J., Mathisen, J., *et al.* (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology, 28*, 91-102.

- Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R.K., River, P., Uphoff-Wasowski, K., *et al.* (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293-310.
- Corrigan, P.W., and Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology, Science, & Practice*, 9, 35 – 53.
- Corrigan, P.W., and Watson, A.C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458.
- Corrigan, P.W., Watson, A., Heyrem, M.L., Warpinski, A., Gracia, G., and Slopen, N. (2005). State legislation as proxies of structural stigma. *Psychiatric Services*, 56, 557-563.
- Corrigan, P.W., Watson, A., Warpinski, A., and Gracia, G.(2004). Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence, and Stigma. *Psychiatric Services*, 55, 577-580.
- Costin, F., and Kerr, W.D. (1962). The effects of an abnormal psychology course on students' attitudes toward mental illness. *Journal of Educational Psychology*, 53, 214-218.
- Cover, R. (2000). First contact: Queer theory, sexual identity and “mainstream” film. *International Journal of Sexuality & Gender Studies*, 5, 71 – 89.
- Coverdale, J., Nairn, R., and Claasen, D. (2002). Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 697-700.
- Cowan, G., and Hoffman, C. D. (1986). Gender stereotyping in young children: Evidence to support a concept-learning approach. *Sex Roles*, 14, 211-224.
- Crandall, C.S., and Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34, 67-83.
- Creech, S.K. (1977). Changes in attitudes about mental illness among nursing students following a psychiatric affiliation. *Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services*, 15(6), 9-14.
- Creed, F., and Goldberg, D. (1987). Students' attitude to psychiatry. *Medical Education*, 21, 227-234.
- Crisp, A.H. (2004). *Every family in the land*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Goddard, E., and Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106-113.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., and Rowlands, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.

- Crocker, J., Major, B., and Steele, C. (1998). Social stigma. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske, G. Lindzey (Eds.) *Handbook of Social Psychology* (4th Ed., Vol.2). Boston (MA): McGraw-Hill.
- Crocker, J., Voelkl, K., Testa, M., and Major, B. (1991). Social stigma: the affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality & Social Psychology*, 60, 218–228.
- Cuban, L. (1983). How did teachers teach, 1890–1980. *Theory into Practice*, 22(3), 159–165.
- Cutcliffe, J.R., and Hannigan, B. (2001). Mass media, ‘monsters’ and mental health clients: the need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 315–321.
- Dart, B., and Clarke, J. (1991). Helping students become better learners: a case study in teacher education. *Higher Education*, 22, 317-335.
- Das, M.P., and Chandrasena, R.D. (1988). Medical students' attitude towards psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33(9), 783-787.
- Day, D.M., and Page, S. (1986). Portrayal of mental illness in Canadian newspapers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 813–817.
- Deegan, P. E. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *Humanistic Psychologist*, 18, 301–313.
- Desforges, D.M., Lord, C.G., Ramsey, S.L., Mason, J.A., Van Leeuwen, M.D., West, S.C., et al. (1991). Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality & Social Psychology*, 60(4), 531-544.
- Deaux, K., and Lewis, L.L. (1983). Components of gender stereotypes. *Psychological Documents*, 13, 25-34.
- Deaux, K., and Lewis, L.L. (1984). Structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality & Social Psychology*, 46, 991-1004.
- Deaux, K., and Major, B. (1987). Putting gender into context: An integrative model of gender-related behavior. *Psychological Review*, 94, 369-389.
- Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B. and Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-155.
- Diefenbach, D.L. (1997). The portrayal of mental illness on prime-time television. *Journal of Community Psychology*, 25, 289–302.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., and Angermeyer, M.C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348-354.
- Dixon, L.B., McFarlane WR, Lefley H, Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I.R.H., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, C., and Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903–911.

- Dixon, L.B., and Lehman, A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-643.
- Dooley, P. A. (1995). Perceptions of the onset controllability of AIDS and helping judgments: An attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 858–869.
- Dovidio, J.F., Major, B., and Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, and J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York: The Guilford Press.
- Dubin, W.R. and Fink, P.J. (1992). Effects of stigma on psychiatric treatment. In P.J. Fink & A. Tasman, (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 1-10). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ducitt, 1993
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Eagly, A.H., Ashmore, R.D., Mak hijani, M.G., and Longo, L.C. (1991). What is beautiful is good, but ...: a meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological Bulletin*, 110(1), 109-128.
- Economou, M. (1999). Stigma and Schizophrenia: The Greek experience. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 300-302). Chichester: John Wiley & Sons.
- Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C., and Stefanis, C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia on Greece. *World Psychiatry*, 4(1), 40-44.
- Economou, M., Palli, A., and Falloon, I.R.H. (2005). Violence, misconduct and schizophrenia: Outcome after four years of optimal treatment. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1:3.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, S., and Stefanis, C. (2008). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Edney, D. R. (2004). *Mass Media and Mental Illness*. www.ontario.cmha.ca [On-line].
- Eronen, M, Angermeyer, M.C., and Schulze, B. (1998). The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 33, 13–23.
- Eronen, M., Tihonen, J., and Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83-89.
- Esses, V.M., Haddock, G., and Zanna, M.P. (1994). The role of mood in the expression of intergroup stereotypes. In M.P.Zanna & J.M.Olson (Eds.), *The psychology of prejudice: The Ontario experience* (Vol. 7, pp. 77-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Esters, I.G., Cooker, P.G., and Ittenbach, R.F. (1998). Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence*, 33, 469–476.
- Fabrega, H. Jr. (1995). Does a clerkship affect students' views of psychiatric patients? *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 183(12), 736-742.
- Fagot, B. I., Leinbach, M. D., and O'Boyle, C. (1992). Gender labeling, gender stereotyping, and parenting behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 225-230.
- Falloon, I.R.H. (2003). Family interventions for mental disorders. *World Psychiatry*, 2(1), 20-28.
- Falloon, I.R.H., Held, T., Coverdale, J.H., Roncone, R., and Laidlaw, T.M. (1999). Family interventions for schizophrenia: A review of long-term benefits of international studies. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 3, 268-290.
- Falloon, I.R.H., McGill, C.W., Boyd, J.L., and Pederson, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17, 59–66.
- Falloon, I.R.H., and Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
- Farina, A. (1998). Stigma. In K.T. Mueser, and N. Tamer (Eds.) *Handbook of Social Functioning* (pp. 247-279). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Fiske, S.T. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *American Psychologist*, 48, 621-643.
- Fiske, S., and Neuberg, S. (1990). A continuum of impression formation, from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 23, 1-74.
- Foster, J. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10, 3.1-3.8.
- Fulford, K. W.M., Thornton, T., and Graham, G. (2006). *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press.
- Furnham, A., and Bower, P. A. (1992). Comparison of academic and lay theories of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 201–210.
- Furnham, A., and Chan, E. (2004). Lay theories of schizophrenia. A cross-cultural comparison of British and Hong Kong Chinese attitudes, attributions and beliefs. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 543-542.
- Furnham, A., and Rees, J. (1988). Lay theories of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 212–220.
- Gaebel, W., and Baumann, A.E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the Open the Doors program in Germany. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 657-662.

- Gaebel, W., Baumann, A.E., Witte, A.M., and Zaske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 252, 278-287.
- Gaertner, S.L., Mann, J.A., Dovidio, J.F., Murrell, A.J., and Pomare, M. (1990). How does cooperation reduce intergroup bias? *Journal of Personality & Social Psychology*, 59, 692-704.
- Galletly, C.A., Schrader, G.D., Chesterman, H.M., and Tsourtos, G. (1995). Medical students' attitudes to psychiatry: Lack of effect of psychiatric hospital experience. *Medical Education*, 29, 449-451.
- Gallop, R., Lance, W.J., and Garfinkle, P. (1989). How nursing staff respond to the label of "borderline personality disorder". *Hospital & Community Psychiatry*, 40, 815-819.
- Gamboa, R., F., Perez, S., J. L., Lara, R., F., Caviedes, C., F., and Miranda, V., A. I. (2001). A student centered methodology for the development of a physics video based laboratory. *Interacting with Computers*, 13 (5), 527-548.
- Gelb, L. (1980). Overview. In J. G. Rabkin, L. Gelb, & J. B. Lazar (Eds.), *Attitudes toward the mentally ill: Research Perspectives* (pp. 1-5). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Gerbner, G. (1980). Dreams that hurt: Mental illness in the mass media. In R. Baron Rutman, & B. Klaczynska. (Eds). *The community imperative* (pp. 19-23). Philadelphia: Horizon House Institute.
- Gerbner, G. (1998). Cultivation Analysis: An overview. *Mass Communication & Society*, 1, 175-194.
- Ghadirian, A.M., and Engelmann, F. (1982). Medical students' attitude towards psychiatry: a ten-year comparison. *Medical Education*, 16, 39-43.
- Gilbert, D., and Hixon, J. (1991). The trouble of thinking: Activation and application of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 509- 517.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., and Seeley, J.R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 63, 90 –100.
- Gove, W. R. (1982). Labeling theory's explanation of mental illness: An update of recent evidence. *Deviant Behavior*, 3, 307-327.
- Graham, G. Jr. (1968). Effects of introductory and abnormal psychology courses on students' attitudes toward mental illness. *Psychological Report*, 22, 448.
- Graham, S., Weiner, B., and Zucker, G.S. (1997). An attributional analysis of punishment Goals and public reactions to O. J. Simpson. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(4), 331-346.

- Granello, D.H., Pauley, P.S., and Carmichael, A. (1999). Relationship of the Media to Attitudes toward People with Mental Illness. *Journal of Humanistic Counseling, Education, & Development*, 38(2), 98-110.
- Greenley, J.R. (1984). Social factors, mental illness, and psychiatric care. *Hospital Community Psychiatry*, 35(8), 813-818.
- Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A.F., and Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6, 21.
- Grossman, L.S., Haywood, T.W., Cavanaugh, J.L., Davis, J.M., and Lewis, D.A. (1995). State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatric Services*, 46, 790-795.
- Guimón, J., Fischer, W., and Sartorius, N. (1999). *The Image of Madness*. Basel Switzerland: Karger.
- Gureje, O., Olley, O., Ephraim-Oluwanuga, O., and Kola, L. (2006). Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry* 5:2, 104-107.
- Guttmann, F., Rosca-Rebaudengo, P. and Davis, H. (1996). Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *The Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 33(3), 158-166.
- Haddock, Zanna, & Esses, 1993
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization. Pursuit of self interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 207-215.
- Hakansson, J., and Montgomery, H. (2002). The role of action in empathy from the perspective of the empathizer and the target. *Current Research in Social Psychology*, 8, 50-62.
- Hall, P., Brockington, I.F., Levings, J., and Murphy, C. (1993). A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *British Journal of Psychiatry*, 162, 99-108.
- Hamilton, D.L., and Sherman, J.W. (1989). Illusory correlations: implications for stereotype theory and research. In D. Bar-Tal, C.F. Graumann, A.W. Kruglanski, et al. (Eds.) *Stereotyping and Prejudice: Changing conceptions* (pp. 59-82). New York: Springer Verlag.
- Hamilton, D.L., and Sherman, J.W. (1994). Stereotypes. In R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.), *Handbook of Social Cognition, Vol. 1; Vol. 2: Applications*, (2nd ed; pp. 1-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hamilton, D.L., and Trolier, T.K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. Dovidio & S. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 127-163). Orlando, FL: Academic Press.
- Hamre, P., Dahl, A., and Malt, U. (1994). Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Norwegian Journal of Psychiatry*, 4, 275-281.

- Hannafin, M., Land, S.M., and Oliver, K. (1999). Open learning environments: Foundations, methods, and models. In C.M. Reigeluth (Ed.), *Instructional-Design Theories and Models* (Vol. II, pp. 115–140). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T. *et al.* (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-17.
- Haslam, J. (1809). *Observations on Mania and Melancholy*. London: G. Hayden.
- Hayward, P., and Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.
- Hegerl, U., Althaus, D., and Stefanek, J. (2003). Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, 36, 288-291.
- Hennessy, E., and Heary, C. (2008). The development of children's understanding of common psychological problems. *Child & Adolescent Mental Health*, 42-47.
- Herman, N.J. (1993). Return to sender: reintegrative stigma management strategies of ex-psychiatric patients. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22, 295–330.
- Hill, R.B. (1988). Structural discrimination: The unintended consequences of institutional processes. In H. J. O’Gorman (Ed.), *Surveying social life: Papers in honor of Herbert H. Hyman* (pp. 353–375). Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Hilton, J., and von Hippel, W., (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237-271.
- Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A., Schusinger, F., and Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: Evidence for a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- Holmes, P.E., and River, L.P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive & Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- Holzinger, A., Loffler, W., Muller, P., Priebe, S., and Angermeyer, M. (2002). Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 190, 597–603.
- Hugo, C.J., Boshoff, D.E.L., Traut, A., Zungu-Dirwayi, N., and Stein, D. (2003). Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 715-719.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8, 419-425.
- Huffine, C.L., and Clausen, J.S. (1979). Madness and work: Short- and long-term effects of mental illness on occupational careers.

- Hyer, S. E., Gabbard, O., and Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: Stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hospital & Community Psychiatry, 42*, 1044–1048.
- Ingamells, S., Goodwin, A.M., and John, C. (1996). The influence of psychiatric hospital and community residence labels on social rejection of the mentally ill. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 359-367.
- Isbell, L., and Ottati, V. (2002). The emotional voter: Effects of episodic affective reactions on candidate evaluation. In Ottati, V., Tindale, R.S., Edwards, J., Bryant, F.B., Heath, L., O'Connell, D.C., Suarez-Balcazar, Y., Posavac, E.J. (Eds.), *The Social Psychology of Politics*. Social Psychological Application to Social Issues, Vol. 5 (55-74). New York, N.Y., Kluwer Academic - Plenum Publishers.
- Islam, M.R., and Hewstone, M. (1993). Dimensions of contact as predictors of intergroup anxiety, perceived out-group variability, and out-group attitude: An integrative model. *Personality & Social Psychology Bulletin, 19*, 700-710.
- Jackson, J.W. (1993). Contact theory of intergroup hostility: A review and evaluation of the theoretical and empirical literature. *International Journal of Group Tensions, 23*, 43-65.
- Jacoby, L., and Kelley, C. (1992). Unconscious influences of memory: Dissociations and automaticity. In A. D. Milner & M. D. Rugg (Eds.), *The neuropsychology of consciousness* (pp. 201–233). New York: Academic Press.
- Jamison, K.R. (2006). The many stigmas of mental illness. *Lancet, 367*, 533-534.
- Jermain, D.M., and Crismon, M.L. (1991). Students' attitudes toward the mentally ill before and after clinical rotations. *American Journal of Pharmaceutical Education, 55*, 45-48.
- Jonassen, D.H. (1997). Instructional design models for well-structured and ill-structured problem-solving learning outcomes. *Educational Technology Research & Development, 45(1)*, 65–94.
- Jonassen, D.H. (1999). Designing constructivist learning environments. In C.M. Reigeluth (Ed.), *Instructional-Design Theories and Models* (Vol. II, pp.215–239). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jonassen, D.H. (2000). Revisiting activity theory as a framework for designing student-centered learning environments. In D.H. Jonassen & S.M. Land (Eds.), *Theoretical Foundations of Learning Environments* (pp. 89–121). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jones, A.M. (2000). Health Econometrics. In J. Culyer & J.P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*. New York: Elsevier.
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D.T., and Scott, R. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman and Company.

- Jones, E.E., and Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Jones, N., Kahn, M., and MacDonald, J. (1963). Psychiatric patients' views of mental illness, hospitalization and treatment. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 136, 82–87.
- Jorm, A.F. (2000). Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A.F., Christensen, H., and Griffiths, K.M. (2005). Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 764-767.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., and Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77-83.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., and Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A.F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K.M., and Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3(12).
- Judd, C., and Park, B. (1993). Definition and assessment of accuracy in stereotypes. *Psychological Review*, 100, 109-128.
- Jussim, L., Nelson, T.E., Manis, M., and Soffin, S. (1995). Prejudice, stereotypes, and labeling effects: sources of bias in person perception. *Journal of Personality & Social Psychology*, 68, 228-246.
- Kadri, N., and Sartorius, N. (2005). The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia. *PLoS Med* 2(7), e136.
- Kalafatelis, E., and Dowden, A. (1997). *Public knowledge of, and attitudes to, mental health and illness*. Wellington: Business Research Centre for Ministry of Health.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., and Grebb, J.A. (2000). *Ψυχιατρική (Β' τόμος)*, (εκδ.7η), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Karanci A. (1995). Caregivers of Turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professions. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 30, 261–268.
- Keene, M. (1991). Acceptance vs. rejection: nursing students' attitudes about mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27(3), 13-18.
- Kleck, R.E., and Strenta, A. (1980). Perceptions of the impact of negatively valued physical characteristics on social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 861-873.
- Knapp, M.J., McDaid, D., Mossialos, E., and Thornicroft, G. (2005). *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham: Open University Press.

- Kolodziej, M.E., and Johnson, B.T. (1996). Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: a research synthesis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(6), 1387-1396.
- Kopelowicz, A. and Liberman, R.P. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54(11), 1491-1498.
- Kruglanski, A., and Freund, T. (1983). The freezing and unfreezing of lay inferences: Effects of impression primacy, ethnic stereotyping, and numerical anchoring. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 448-468.
- Kumakura, N., Ito, H., Mori, T., Saito, T., Kurisu, E., Asaka, A., *et al.* (1992). Attitude change towards mental illness during nursing education - a cross-cultural study of student nurses in Korea, Republic of China and Japan. *Asia Pac Journal of Public Health*, 6, 120-125.
- Kurihara, T., Kato, M., Sakamoto, S., Reverger, R., and Kitamura, T. (2000). Public attitudes towards the mentally ill: A cross-cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 54, 547-552.
- Kurumatani, T., Ukawa, K., Kawaguchi, Y., Miyata, S., Suzuki, M., Ide, H., S., *et al.* (2004). Teachers' knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia: A cross-cultural approach in Japan and Taiwan. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 402-409.
- Kurzban, R., and Leary, M.R. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187-208.
- Lam, D.H., Kuipers, L., and Leff, J.P. (1993). Family work with patients suffering from schizophrenia: the impact of training on psychiatric nurses' attitude and knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 233-237.
- Lau, A.Y.H., and Offord, D.R. (1976). A study of student attitude toward a psychiatric clerkship. *Journal of Medical Education*, 51, 919-928.
- Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C., and Rössler, W. (2003a). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl. 418), 96-99.
- Lauber, C., Falcato, L., and Rössler, W. (2000). Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet*, 355, 2080.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., and Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 265-274.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., and Rössler, W. (2003b). Do people recognize mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 248-251.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., and Rössler, W. (2002). Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 385-389.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcato, L., and Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (suppl. 407), 26-32.

- Leff, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* (23), 71-76.
- Lefley, H. (1985). Etiological and prevention views of clinicians with mentally ill relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 363-370.
- Lehman, A.F., and Steinwachs, D.M. (1998). At issue: translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1-9.
- Lehman, S., Joy, V., Kleinman, D., and Simmens, S. (1976). Responses to viewing symptomatic behaviors and labeling or prior mental illness. *Journal of Community Psychology*, 4, 327-334.
- Lerner, M.J. (1980). *The Belief in a Just World: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Levan, I., Shemesh, A., Grinshpoon, A., Aisenberg, E., Shershevsky, Y., and Kohn, R. (2004). Mental health-related knowledge, attitudes and practices in two kibbutzim. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 758-764.
- Levinson, R.M., and York, M.Z. (1974). The attributions of "dangerousness" in mental health evaluations. *Journal of Health & Social Behavior*, 15(4), 328-334.
- Lin, Z. (1993). An exploratory study of the social judgments of Chinese college students from the perspective attributional analysis. *Acta Psychologica Sinica*, 25, 155-163.
- Link, B.G. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 47, 202-215.
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B.G., Andrews, H., and Cullen F.F. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review* 57, 275-292.
- Link, B.G., and Cullen, F.T. (1983). Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: levels of attitudinal response. *American Journal of Community Psychology*, 11, 261-273.
- Link, B.G., and Cullen, F.T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health & Social Behavior*, 27(4), 289-302.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J., and Wozniak, J. (1987). The social rejection of ex-mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E.L., Shrout, P.E., and Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders and empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.

- Link, B.G., Mirotznic, J., and Cullen, FT. (1991). The effectiveness of stigma coping orientation: Can negative consequences of mental illness labelling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Link, B.G., Monahan, J., Stueve, A., and Cullen, F. (1999α). Real in their consequences: A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *American Sociological Review*, 64, 316-332.
- Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A., and Pescosolido, B. (1999β). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328–1333.
- Link, B.G., and Phelan, J.C. (2001). Conceptualising stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B.G., and Phelan, J.C. (2006). On stigma and its public health implications. *Lancet*, 367 (9509), 528-529.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmoussen, S, and Phelan, J.C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621–1626.
- Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J., and Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health & Social Behaviour*, 38, 177-190.
- Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., and Collins, P.Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Lippmann, W. (1922). *Public opinion*. New York: Macmillan.
- Livesley, W. J., and Bromley, D. B. (1973). *Person perception in children and adolescence*. London: John Wiley & Sons.
- Lopez-Ibor, J.J.Jr. (2004). The WPA and the fight against stigma because of mental illness. *World Psychiatry*, 1, 30-31.
- Macrae, C.N., Bodenhausen, G.V., Milne, A.B., and Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 808– 817.
- McCracken, S.G., and Corrigan, P.W. (in press). Staff development in mental health. In H.E. Biggs (Ed.), *Evidence-based social work practice*. Chicago: Lyceum Books.
- McGill, C., Falloon, I., Boyd, J., and Wood-Siverio, C. (1983). Family educational intervention in the treatment of schizophrenia. *Hospital Community Psychiatry* 1983, 34, 934–938.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (1994). *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Από το άσυλο στην κοινότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (2002). Η ψυχιατρική περιθαλψη στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα. *Ψυχιατρική*, 13, 297-300.

- Madianos, M.G., Economou, M., Hatjiandreu, M., Papageorgiou, A., and Rogakou, E. (1999). Changes in public attitudes towards the mental illness in the Athens area. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 73-78.
- Madianos, M.G., Madianou, D.G., Vlachonikolis, J., and Stefanis, C.N. (1987). Attitudes toward mental illness in the Athens area. Implications for community mental health intervention . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 158–165.
- Madianos, M.G., Priami, M., Aleviopoulos, G., Koukia, E., and 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, et al. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 319–330.
- Magliano, L., Fiorillo, A., deRosa, C., Malangone, C., and Maj, M. (2004β). Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 322-330.
- Malla, A., and Shaw, T. (1987). Attitudes towards mental illness: The influence of education and experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 33, 33-41.
- Mangili, E., Ponteri, M., Buizza, C., and Rossi, G. (2004). Attitudes toward disabilities and mental illness in work settings: a review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13(1), 29-46.
- Mansouri, L., and Dowell, D.A. (1989). Perceptions of stigma among the long-term mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 79–91.
- Markowitz, F.E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64–79.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., and Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of “disturbing behavior”, labels, and causal attributions in shaping public's attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health & Social Behavior*, 41, 208-223.
- Martin, C. L., Wood, C. H., and Little, J. K. (1990). The development of gender stereotype components. *Child Development*, 61, 1891-1904.
- Mas, A. and Hatim, A. (2002). Stigma in mental illness: attitudes of medical students towards mental illness. *The Medical Journal of Malaysia*, 57(4), 433-444.
- Matas, M., el-Guchaly, Harper, D., Greenm M., and Peterkin, A. (1986). Mental illness in the media: part II. Content analysis of press coverage of mental health topics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 431-433.
- Matschinger, H., and Angermeyer, M.C. (1996). Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31, 309–315.

- McCabe, R., and Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 185, 25–30.
- McFarlane, W.R., Dushay, R., Statsny, P., Deakins, S.M., and Link, B. (1996). A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatric Services* 47, 744-750.
- McFarlane WR, Lukens EP, Link B, et al: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 52:679-687, 1995
- McKeon, P., and Carrick, S. (1991). Public attitudes to depression: a national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8, 116–121.
- Menec, V.H., and Perry, R.P. (1998). Reactions to stigmas among Canadian students: testing attribution-affect-help judgment model. *Journal of Social Psychology*, 138, 443-453.
- Meise, U., Sulzenbacher, H., Kemmler, G., Schmid, R., Rossler, W., and Gunther, V. (2000). ["...not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatization of schizophrenia in schools] (αρχικός τίτλος στα Γερμανικά). *Psychiatric Praxis*, 27(7), 340-346.
- Milburn, K. (1996). The importance of lay theorizing for health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 11, 41-46.
- Miller, C.T., and Major, B. (2000). Coping with stigma & prejudice. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske, G. Lindzey (Eds.) *Handbook of Social Psychology* (4th Ed., Vol.2). Boston (MA): McGraw-Hill.
- Molvaer, J., Hantzi, A., and Papadatos, Y. (1992). Psychotic patients' attributions for mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 210–212.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Monteith, M. (1993). Self-regulation of prejudiced responses: Implications for progress in prejudice-reduction efforts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 469-485.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S., and Morrison, R. L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167–176.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., and Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London technical school. *Psychological Bulletin*, 26, 178-181.
- Mulvey, E.P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 663-668.
- Murphy, Monahan, and Zajonc, (1995).
- Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J., and Huston, A. C. (1990). *Child development and personality* (7th ed.). New York: Harper & Row.

- Neuberg, S., and Fiske, S. (1987). Motivational influences on impression formation: Outcome dependency, accuracy-driven attention, and individuating processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 431-444.
- Neuberg, S.L., Smith, D.M., and Asher, T. (2003). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, and J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York: The Guilford Press.
- Ng, P., and Chan, K.F. (2000). Sex Differences in Opinion Towards Mental Illness of Secondary School Students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(2), 79-88.
- Ng, P., and Chan, K.F. (2002). Attitudes towards people with mental illness: Effects of a training program for secondary school students. *International Journal of Adolescence Psychiatry*, 14(3), 215-224.
- Ng, S., Martin, J., and Romans, S.A. (1995). A community's attitudes towards the mentally ill. *The New Zealand Medical Journal*, 8, 55-58.
- Nielsen, A.C., and Eaton, J.S. (1981). Medical students' attitude to psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1144-1154.
- Nisbett, R., and Wilson, T. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- O'Halloran, J., Miller, G.C., and Britt, H. (2004). Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Family Practice*, 21(4), 381-6.
- O'Mahony, P.D. (1979). An investigation of change in medical students' conceptualization of psychiatric patients due to a short training course in psychiatry. *Medical Education*, 13, 103-110.
- Οικονόμου, Μ. (2000α). Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποικατάσταση. Στο Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη & Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμέλεια), *Προληπτική Ψυχιατρική*, σελ. 181-186. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Οικονόμου, Μ. (2000β). Ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου & συνεργάτες (Επιμέλεια), *Ψυχιατρική* (σελ. 806-817). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε., Λ. Γιώτης και Σταφανής, Κ. (2006). Στίγμα & Ψυχική Διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Ψυχολογία*, 13(3), 29-42.
- Οικονόμου, Μ., Δασκαλοπούλου, Ε., Κόλλιας, Κ., Πάλλη, Α. και Παπαϊωάννου, Α. (2002). Ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα σε συγγενείς. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Τ. Τομαράς, Μ.Π. Οικονόμου (Επιμέλεια), *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα: Το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας* (σελ. 109-113). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Ojanen, M. (1992). Attitudes towards mental patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 120-130.

- Oliver, M.L., and Shapiro, T.M. (1995). *Black wealth/white wealth: A new perspective of racial inequality*. New York: Routledge.
- Olstead, R. (2000). Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality. *Sociology of Health & Illness*, 24(5), 621-643.
- Ottati, V. (1996). When the survey question directs retrieval: Implications for assessing the cognitive and affective predictors of global evaluation. *European Journal of Social Psychology*, 26, 1-21.
- Ottati, V. (2001). The psychological determinants of political judgment. In A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes* (615-634), Oxford: Blackwell.
- Ottati, V., Bodenhausen, G., Newman, L. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P. Corrigan, P. (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social Change* (99-128). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ottati, V., and Isbell, L. (1996). Effects of mood during exposure to target information on subsequently reported judgments: An on-line model of misattribution and correction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 39-53.
- Ottati, V., and Wyer, R.S., Jr. (1990). The cognitive mediators of political choice: Toward a comprehensive model of political information processing. In J.A. Ferejohn and J.H. Kuklinski (Eds.), *Information and Democratic Process* (pp. 186-216). Urbana, Il: University of Illinois Press.
- Park, R.E. (1924). The concept of social distance. *Journal of Applied Sociology*, 8, 339-344.
- Park, J.H., Faulkner, J., and Schaller, M. (2003). Evolved disease-avoidance processes and contemporary anti-social behavior: prejudicial attitudes and avoidance of people with physical disabilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27, 65-87.
- Paykel, E.S., Hart, D., and Priest, R.G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. *British Journal of Psychiatry*, 173, 519-522.
- Peay, J. (2004). Law and stigma: present, future and futuristic solutions. In: A. Crisp (Ed.), *Every Family in the Land* (pp. 367-372). London: Royal Society of Medicine.
- Penn, D.L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, w.D., Garbin, C.P., and Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567-577.
- Penn, D. L., Judge, A., Jamieson, P., Garczynski, J., Hennessy, M., and Romer, D. (2005). Stigma, pp. 531-544. In: D. L. Evans, E. Foa, G. Gur, H. Hendrin, C. O'Brien, M. E. P. Seligman, & B. T. Walsh, (Eds), *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. London: Oxford press.

- Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M., and Link, B.G. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 437-446.
- Penn, D.L., and Martin, J. (1998). The Stigma of Severe Mental Illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 59(3), 235-247.
- Penn, D.L., and Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Penn, D.L., Mueser, K.T., and Doonan, R. (1997). Physical attractiveness in schizophrenia: The mediating role of social skill. *Behavior Modification*, 21, 78-85.
- Pescosolido, B.A., Monahan, J., Link, B.G., Stueve, A., and Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345.
- Peterson, B.E., Doty, R.M., and Winter, D.G. (1993). Authoritarianism and Attitudes toward Contemporary Social Issues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(2), 174-184.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., and Pescosolido, B.A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1966: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health & Social Behavior*, 41, 188-207.
- Phillips, M., Li, Y., Stroup, T., and Xin, L. (2000). Causes of schizophrenia reported by patients' family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 177, 20-25.
- Philo, G. (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*, 53, 271-281.
- Philo G. (Ed.) (1996). *Media and Mental Distress*. Longman: London.
- Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G., and Burnside, J. (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: Media content and audience belief. *Health Education Journal*, 53, 271-281.
- Philo, G., Secker, Platt, (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*, 53, 271-281.
- Pincus, F.L. (1999). From Individual to Structural Discrimination. in In F.L. Pincus, H.J. Ehrlich.(Eds.), *Race and Ethnic Conflict: Contending Views on Prejudice, Discrimination, and Ethnviolence* (pp. 120-124). Boulder, CO: Westview Press.
- Piner, K.E., and Kahle, L.R. (1984). Adapting to the stigmatizing label of mental illness: Foregone but not forgotten. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 805-811.

- Pinfold, V. (2003). *How can we make mental health education work? Example of successful local mental health awareness program challenging stigma and discrimination*. London: Rethink Publications.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., and Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346.
- Pistrang, N., and Barker, C. (1992). Clients' beliefs about psychological problems. *Counseling Psychology Quarterly*, 5, 325-335.
- Pollock, N.K., and Martin, C.S. (1999). Diagnostic orphans: adolescents with alcohol symptoms who do not qualify for DSM-IV abuse or dependence diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 156, 897-901.
- Potts, Y., Gillies, M.L., and Wood, S.F. (2001). Lack of mental well-being in 15 year-olds: an undisclosed iceberg? *Family Practice*, 18, 95-100.
- Pratto, F., and Cathey, C. (2002). The role of social ideologies in legitimizing political attitudes and public policy. In V. Ottati (Ed.), *The Social Psychology of Politics*. (pp. 131-151). NY: Plenum.
- Priest, R.G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M., and Tylee, A. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal*, 313, 858-859.
- Rabkin, J.G. (1972). Opinions about mental illness: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 77, 153-171.
- Rabkin, J.G. (1974). Public attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 10, 9-33.
- Rabkin, J.G. (1980). Determinants of public attitudes about mental illness: summary of the research literature. In G. L. Rockville (Ed.), *Attitudes Toward the Mentally Ill: Research Perspectives*. National Institute of Mental Health.
- Rahman, A., Mubbashar, M. H., Gater, R., and Goldberg, D. (1998). Randomised trial of impact of school mentalhealth programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet*, 352, 1022 - 1025.
- Ραμπαβίλας, Α.Δ και Χριστοδούλου, Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβιζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. (2003). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Razali, S., Khan, U., and Hasanah, C. (1996). Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: Impact on treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 229-233.
- Read, J., and Baker, S. (1996). *Not just Sticks and Stones. A Survey of the Stigma, Taboos, and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems*. London: MIND.
- Read, J., and Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of "mental patients". *Journal of Mental Health*, 10(2), 233-335.

- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*, 303-318.
- Read, J., and Law, A. (1999). The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the ‘mentally ill’. *International Journal of Social Psychiatry*, *45*, 216–229.
- Reddy, J.P., Tan, S.M., Azmi, M.T., Shaharom, M.H., Rosdinom, R., Maniam, T., *et al.* (2005). The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Annals of the Academy of Medicine*, *34*(8), 505-510.
- Reisenzein, R. (1986). A structural equation analysis of Weiner's attribution-affect model of helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*, 1123-1133.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L., and Crean, T. (1997). A consumer-constructs scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, *48*, 1042-1047.
- Roman, P. M., and Floyd, H. H., Jr. (1981). Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Social Psychiatry*, *16*, 16-21.
- Rose, D. (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community Applied Psychology*, *8*, 213–228
- Rosen, A., and Walter, G. (2000). Way out of tune: Lessons from Shine and its expose. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*, 237–244.
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., and Hocking, B. (2000). Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australian Psychiatry*, *8*, 19-26.
- Rosen, A., Walter, G., Politis, T., and Shortland, M. (1997). From shunned to shining: Doctors, madness and psychiatry in Australian and New Zealand cinema. *Medical Journal of Australia*, *167*, 640–644.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, *62*, 660–672.
- Rössler, W. (2006). Psychiatric Rehabilitation Today: An overview. *World Psychiatry*, *5*(3), 151-157.
- Rothbart, M. and Park, B. (1986). On the confirmability and disconfirmability of trait concepts. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 131-142.
- Royal College of Psychiatrists (2001). *Mental Illness: Stigmatization and Discrimination within the Medical Profession*, Council report CR91. Royal College of Psychiatrists, London.
- Rubin, S. E., and Millard, R. (1991). Ethical principles and public policy on disability. *Journal of Rehabilitation*. *57*(1), 13-16.
- Rubin, S. E., and Roessler, R, T. (1995). *Foundations of the vocational rehabilitation process* (4th ed.). Austin, TX: pro-ed.

- Rush, L. (1998). Affective reactions to multiple social stigmas. *Journal of Social Psychology, 138*, 421-430.
- Rushton, J.L., Forcier, M., and Schectman, R.M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*, 199-205.
- Rutter, M., and Rutter, M. (1993). *Developing minds*. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.
- Sartorius, N. (2002). Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry, 1*, 26-27.
- Sayce, L., and Curran, C. (2006). Tackling social exclusion across Europe. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (Eds.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe. The Future Direction of Mental Health Care*. Milton Keynes: Open University Press.
- Scheff, T.J. (1966). *Being mentally ill: A sociology theory*. Chicago: Aldine.
- Scheff, T.J. (1974). The labeling theory of mental illness. *American Sociological Review, 39*, 444-452.
- Schene, A.H., van Wijngaarden, B., and Koeter, M.W.J. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin 24*, 609-618.
- Schnittker, J. (2000). Gender and reactions to psychological problems: an examination of social tolerance and perceived dangerousness. *Journal of Health & Social Behavior, 44*, 224-240.
- Schulze, B., and Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine, 56*(2), 299-312.
- Schulze, B., and Angermeyer, M.C. (2005). What is schizophrenia? Secondary school students' associations with the word and sources of information about the illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 316-323.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., and Angermeyer, M.C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*, 142-150.
- Schumacher, M., Corrigan, P., and DeJong, T. (2003). Examining cues that signal mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*, 467-476.
- Schwarz, N., and Clore, G.L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality & Social Psychology, 45*, 513-523.
- Schwarz, N., and Clore, G.L. (1996). Feelings and phenomenal experiences. In E.T. Higgins & A.W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology handbook of principles* (pp. 433-465). New York: Guilford Press.

- Schwarzer, R., and Weiner, B. (1991). Stigma controllability and coping as predictors of emotions and social support. *Journal of Social & Personal Relationships*, 8, 133-140.
- Shah, N. (2004). Changing minds at the earliest opportunity. *Psychiatric Bulletin*, 28, 213 – 215.
- Shelley, R.K., and Webb, M.G. (1986). Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? *Medical Education*, 20(4), 330-334.
- Sherif, M., Harvey, O.J., White, J., Hood, W.R., and Sherif, C. (1961). Intergroup conflict and cooperation: The robber's cave study. Norman, UK: University Book Exchange.
- Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., et al. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, 299–303.
- Srinivasan, T.N., and Thara, R. (2001). Beliefs about causation of schizophrenia: do Indian families believe in supernatural causes? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, 134–140.
- Shuval, J., and Adler, I. (1980). The role of models in professional socialization. *Social Science & Medicine*, 14A, 5-14.
- Signorelli, N. (1989). The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 33, 325-331.
- Singh, S.P., Baxter, H., Standee, P., and Duggan, C. (1998). Changing the attitudes of “tomorrow’s doctors” towards mental illness and psychiatry: A comparison of two teaching methods. *Medical Education*, 32, 115-120.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Raue, P., Friedman, S., and Meyers, B.S. (2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615–1620.
- Σιαπινάκης, Π και Μαυρέας, Β. (2001). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(5), 444-445.
- Smart, L., and Wegner, D. M. (2000). The hidden costs of hidden stigma. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 220-242). New York: Guilford Press.
- Smith, H., and Humphreys, M. (1997). Changes in laws are necessary to allow patients detained under Mental Health Act to vote. *British Medical Journal*, 315, 431.
- Smith, E.R., and Mackie, D.M. (1995). *Social Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Socall, DW, and Holtgraves, T. (1992) Attitudes towards the mentally ill: The effects of label and beliefs. *The Sociological Quarterly*, 33, 435-445.
- Song, L.Y., Chang, L.Y., Shih, C.Y., Lin, C.Y., and Yang, M.J. (2005). Community attitudes towards the mentally ill: the results of a national

- survey of the Taiwanese population. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2), 162-176.
- Spiegel, D. (1991). Motivating the student in the psychiatry clerkship. *Journal of Medical Education*, 56, 593-599.
- Stafford, M.C. and Scott, R.R. (1986). Stigma deviance and social control: Some conceptual issues. In S.C. Ainsley, G. Becker, and L.M. Coleman (Eds.) *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T., Roth, L.H., and Silver, E. (1998). Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Stein, C., Ward, M., and Cislo, D.A. (1992). The power of a place: Opening the college classroom to people with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 20, 523-547.
- Stroessner, S.J., and Mackie, D.M. (1993). Affect and perceived group variability: implications for stereotyping and prejudice. In D.M. Mackie and D.L. Hamilton (Eds.) *Affect, Cognition and Stereotyping: Interactive processes in group perception* (pp. 63-86). San Diego, CA: Academic Press.
- Stuart, H. (2006 α). Reaching Out to High School Youth: The Effectiveness of a Video-Based Antistigma Program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 647-653.
- Stuart, H. (2006 β). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526.
- Stuart, H., and Arboleda-Flórez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 55-61.
- Swann, W.B. Jr. (1987). Identity negotiation: Where two roads meet. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53, 1038-1051.
- Swanson, J.W. (1993). Alcohol abuse, mental disorder, and violent behavior: An epidemiologic inquiry. *Alcohol Health & Research World*, 17, 123-132.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E. (1991). Violence and the ECA data. *Hospital & Community Psychiatry*, 42, 79-80.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., and Jono, R.S. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Tajfel, H. (1969). Cognitive aspects of prejudice. *Journal of Social Issues*, 25, 79-97.
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Tajfel, H., and Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W.G. Austin (Eds.), *Psychology of Intergroup Relations*, Chicago: Nelson-Hall.
- Tajfel, H., and Wilkes, A. (1963). Classification and quantitative judgement. *British Journal of Psychology*, 54, 101-114.

- Tan, S.M., Azmi, M.T., Reddy, J.P., Shaharom, M.H., Rosdinom, R., Maniam, T., *et al.* (2005). Does clinical exposure to patients in medical school affect trainee doctors' attitudes towards mental disorders and patients?--A pilot study. *The Medical Journal of Malaysia*, 60(3), 328-337.
- Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y., and Ohta, Y. (2005). Evaluating community attitudes to people with schizophrenia and mental disorders using a case vignette method. *Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 59, 96–101.
- Tarrier, N., Lawson, K., and Barrowclough, C. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia: II. financial considerations. *British Journal of Psychiatry*, 159, 481-484.
- Taskin, E., Sen, F., Aydemir, O., Demet, M., Ozmen, E., and Icelli, I. (2003). Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 586–592.
- Taylor, P.G. and Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Taylor, P.J. (1998). When symptoms of psychosis drive serious violence. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33, 847–854.
- Taylor, S. E. (1981). A categorization approach to stereotyping. In D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive Processes in Stereotyping and Intergroup Behavior*, (pp. 83-114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S.M., and Dear, M.J. (1980). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.
- Tharyan, P., John, T., Tharyan, A., and Braganza, D. (2001). Attitudes of “tomorrow's doctors” towards psychiatry and mental illness. *The National Medical Journal of India*, 14(6), 355-359.
- Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., Arboleda-Flórez, J., Warner, R., and Dickson, R.A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 475-482.
- Thornicroft, G. (2006). *Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., and Maingay, S. (2002). The Global Response to Mental Illness. *British Medical Journal*, 325, 608-609.
- Thornton, J.A., and Wahl, O.F. (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, 24, 17-25.
- Tones, K., Tilford, S., and Robinson, Y. (1990). *Health Education: Effectiveness and Efficiency*. London: Chapman & Hall.
- Torrey, E.F. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 653-662.
- Townsend, J. (1979). Stereotypes of mental illness: A comparison with ethnic stereotypes. *Culture, Medicine, & Psychiatry*, 24, 205-229.
- Τσαλικογλου, Φ. (1987). Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή: Οι λειτουργίες μίας κοινωνικής κατασκευής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Τσαλικογλου, Φ. (2007). *Σχιζοφρένεια & φόβος*. Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη.
- Van Dorn, R., Swanson, J., Elbogen, E., and Swartz, M. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, *68*, 152–163.
- Veroff, J., Douvan E., and Kulka, R.A. (1981). *Mental health in America: Patterns of help-seeking from 1957 to 1976*. New York: Basic books.
- Wahl, O. (1987). Public versus professional conceptions of schizophrenia. *Journal of Community Psychology*, *15*, 285–291.
- Wahl, O.F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *25*(3), 467-478.
- Wahl, O. F. (2002). Children's views of mental illness: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, *6*, 134-158.
- Wahl, O.F., and Harman, CR. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(1), 131-139.
- Wahl, O., and Roth, R. (1982). Television images of mental illness: Results of a metropolitan Washington Media Watch. *Journal of Broadcasting*, *26*, 599-605.
- Wahl, O. F., Wood, A., & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, *6*, 9-31.
- Walsh, E., Buchanan, A., and Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*. *180*, 490–5.
- Walton, H.J. (1969). Personality correlates of a career interest in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, *115*, 211-219.
- Warner, R., and Mandiberg, J. (2003). Changing the environment of schizophrenia at the community level. *Australasian Psychiatry*, *11*(1), 58-64.
- Warner, R., Taylor, D., Powers, M., and Hyman, J. (1989). Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, *59*, 398 -409.
- Watson, A.C., Miller, F.E., and Lyons, J.S. (2005). Adolescents attitudes toward serious mental illness. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, *193*(11), 769-772.
- Watson, A., Otey, E., Corrigan, P.W., and Fenton, W. (2004). The science of mental illness: Challenging mental illness stigma with a middle school science curriculum. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 563–572.
- Watson, A., Otey, E., Westbrook, A.L., Gardner, A.L., Lamb, T.A., Corrigan, P.W., Fenton, W.S. (2004). Changing Middle Schoolers' Attitudes About Mental Illness Through Education. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 563-572.
- Wegner, D. M., and Vallacher, R. R. (1977). *Implicit Psychology*. New York: Oxford University Press.

- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: an analysis of judgments of help-giving. *Journal of Personality & Social Psychology*, 39, 186-200.
- Weiner, B. (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. *Journal of Educational Psychology*, 75, 530-543.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Weiner, B. (1988). Attribution theory and attribution therapy: some theoretical observations and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 99-104.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: a theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 957-965.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Weiner, B. (1996). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Weiner, B., Graham, S., and Chandler, C. (1982). Pity, anger, and guilt: an attributional analysis. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 8, 226-232.
- Weiner, B., Perry, R.P., and Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality & Social Psychology*, 55, 738-748.
- Weinstein, R. (1974). Mental patients' perceptions of illness etiology. *American Journal of Psychiatry*, 131, 798-802.
- Weiss, M. F. (1985). Children's attitudes toward mental illness as assessed by the opinions about mental illness scale. *Psychological Reports*, 57, 251 - 258.
- Weiss, M. F. (1986). Children's attitudes toward the mentally ill: a developmental analysis. *Psychological reports*, 58(1), 11-20.
- Weiss, M. F. (1994). Children's attitude towards the mentally ill: an eight year longitudinal follow-up. *Psychological Reports*, 74, 51-56.
- Wessely, S., Castle, D., Douglas, A.J., and Taylor, P.J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychol Med.* 2, 483-502.
- West, P. (1984). Social stigma and community recreational participation by the mentally and physically handicapped. *Therapeutic Recreation Journal*, 18, 41-49.
- Wilder, D.A. (1986). Social categorization: implications for creation and reduction of intergroup bias. *Advances in Hydroscience*, 19, 293-355.
- Wilkinson, D.G., Greer, S., and Toone, B.K. (1983). Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychological Medicine*, 13(1), 185-192.
- Wilkinson, D.G., Toone, B.K., and Greer, S. (1983). Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychological Medicine*, 13(3), 655-658.
- Williams, M., and Taylor, J. (1995). Mental illness: media perpetuation of stigma. *Contemporary Nursing*, 4(1), 41-46.

- Wills, T.A. (1983). Social comparison in coping and help-seeking. In: B.M. DePaulo, A., Nadler, J.D. Fisher (Eds). *New Directions in Helping: Help-seeking* (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., and Panapa, A. (1999). Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the disruptive resources. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 232-239.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., and Panapa, A. (2000). How mental illness is portrayed in children's television: a prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 176, 440-443.
- Wilson, W.J. (1990). *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wittchen, H.U. and Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Whittle, P. (1996). Causal beliefs and acute psychiatric hospital admission. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 355-370.
- Wolfensberger, W. (1991). *A brief introduction to social role valorization as a high-order concept for structuring health services*. Syracuse: NY: Training Institute for Human Service Planning, Leadership, and Change Agency (Syracuse University).
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., and Leff, J. (1996a). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 183-190.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., and Leff, J. (1996b). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 191-198.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., and Leff, J. (1996c). Public education for community care. A new approach. *British Journal of Psychiatry*, 168, 441-447.
- World Health Organization (WHO) (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action – A policy framework*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2001). *World health report*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.
- World Psychiatric Association (2000). *Global program to reduce the stigma and discrimination of because of schizophrenia. "Open the Doors"*. Rome: WPA. www.openthedoors.com
- World Psychiatric Association (2002). *The Global Programme to Fight the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia 2002 report*. Chicago: World Psychiatric Association.
- Χρηστάκης, Ν. (1997). Ομοιότητα και διαφορά, ομαδικότητα και ατομικότητα: Ορισμένα από τα παράδοξα της ταυτότητας. Στο Κ.

- Ναυρίδης & Ν. Χρηστάκης (Επιμ. Έκδ.), *Ταυτότητες*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες. (2000). Ψυχιατρική. Α' & Β' τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών: Εκδόσεις Βήτα.
- Yager, D., Lamotte, K., Nielssen, A., and Eaton, J. (1982). Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1003-1009.
- Yamada, M., Shimosato, S., Kazama, M., Tanaka, R., Panichkul, Y., Supatra, S.L.P., *et al.* (2001). Investigation of nursing students' attitudes toward people with mental disorders: A comparative study of Thailand and Japan. *Bulletin of Yamanashi Medical University*, 18, 69-75.
- Yamamoto, K., Randall, M., Takeda, M., and Leelamanit, W. (1996). Attitudes of medical students towards persons with mental disorders: A comparative study between Japan and Thailand. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 50, 171-180.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175.
- Zimny, G.H., and Sata, L.S. (1986). Influence of factors before and during medical school on choice of psychiatry as a specialty. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 77-80.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Ερωτηματολόγιο

Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί από το **Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας** που υλοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (**Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.**). Μας ενδιαφέρει η δική σου γνώμη σχετικά με θέματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια. Θα σε παρακαλούσαμε να συμπληρώσεις όλα τα στοιχεία που σου ζητούνται **βάζοντας ένα ✓**, όπου χρειάζεται, και να απαντήσεις με ειλικρίνεια. Οι απαντήσεις σου θα είναι **ανώνυμες και εμπιστευτικές** και δε θα δοθούν στο σχολείο σου.

Φύλο: Αγόρι..... Κορίτσι.....

Ημερομηνία Γέννησης:/...../ 19.....

Σχολείο

Τμήμα

Γράψε τους τρεις τελευταίους αριθμούς από το νούμερο του τηλεφώνου σου:

1. Όταν ακούς τη φράση «σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή σοβαρή ψυχική αρρώστια», ποιες συγκεκριμένες αρρώστιες σου έρχονται στο μυαλό; (ονόμασε μέχρι τρεις)

.....
.....

2. Έχεις δει, ακούσει ή διαβάσει κάτι σχετικά με τη σχιζοφρένεια τους τελευταίους 6 μήνες;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ

3. Αν ΝΑΙ από πού; (διάλεξε όσα θέλεις)

Τηλεόραση Εφημερίδα/ Περιοδικό Σχολείο

.....

Ραδιόφωνο Οικογένεια..... Παρέα

Άλλο

.....

4. Από το οικογενειακό ή φιλικό σου περιβάλλον γνωρίζεις κάποιο άτομο που να έχει ψυχική ασθένεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Γενικά πιστεύεις ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια:

	Σχεδόν Πάντα	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ	Δεν Γνωρίζω
μπορούν να έχουν δημιουργικές ικανότητες					
μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών					
έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα					
έχουν χαμηλή νοημοσύνη					
	Σχεδόν Πάντα	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ	Δεν Γνωρίζω
ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν					
χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους					
μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά χωρίς φάρμακα με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις					
προκαλούν δημόσια ενόχληση π.χ. έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά					
μπορεί κάποιος να τους δει να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο					

μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές					
αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους					

6. Θα θέλαμε να μας πεις τι θα έκανες σε κάθε μία από τις παρακάτω υποθετικές καταστάσεις:

	Σίγουρα Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Σίγουρα Όχι	Δεν Γνωρίζω
Θα φοβόσουν να πιάσεις κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;					
Θα σε αναστάτωνε ή θα σε ενοχλούσε να είσαι στο ίδιο τμήμα στο σχολείο με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;					
Θα μπορούσες να διατηρήσεις μια φίλια με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σχιζοφρένεια;					
Θα καλούσες στο πάρτι σου κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;					
Θα ένιωθες ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σου είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;					
Θα έμενες στο ίδιο δωμάτιο σε σχολική εκδρομή με κάποιο συμμαθητή σου που έχει σχιζοφρένεια;					
Θα μπορούσες να ερωτευθείς κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;					

7. Σήμερα θα συζητήσουμε για θέματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια.

Βρίσκεις μια τέτοια συζήτηση ενδιαφέρουσα;

ΝΑΙ ΟΧΙ ...

Σε ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σου!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Σχιζοφρένεια

Ακολουθεί μία σύντομη παρουσίαση των διαγνωστικών κριτηρίων της νόσου, της φύσης της νόσου και της διαδικασίας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ΑμΣ.

Επιδημιολογία. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 1% του πληθυσμού πάσχει από σχιζοφρένεια (WPA, 2002).

Διαγνωστικά κριτήρια. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια κατά DSM-IV^{TR} είναι τα εξής:

- παραληρητικές ιδέες
- ψευδαισθήσεις
- αποδιοργανωμένος λόγος (συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
- έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- αρνητικά συμπτώματα (π.χ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλησία)

Δύο ή περισσότερα από τα παραπάνω κριτήρια, καθένα από τα οποία είναι παρόν για σημαντικό τμήμα του χρόνου κατά τη διάρκεια ενός μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς). Απαιτείται μόνο ένα από τα παραπάνω συμπτώματα αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μία φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνδιαλέγονται μεταξύ τους.

Επιπλέον, για ένα σημαντικό τμήμα του χρόνου από τη στιγμή της έναρξης της διαταραχής, μία ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας (όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτομέριμνα είναι καταφανώς κάτω του επιπέδου που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη. Στην περίπτωση που η

έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία, η αποτυχία αναφέρεται στη μη επίτευξη του αναμενόμενου επιπέδου διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματιών επιτευγμάτων.

Όσον αφορά στη διάρκεια, συνεχή σημεία της διαταραχής θα πρέπει να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των έξι μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς), και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια των περιόδων αυτών, τα σημεία της διαταραχής μπορούν να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή είναι παρόντα σε πιο εξασθενημένη μορφή δύο ή περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στα διαγνωστικά κριτήρια (π.χ. παράδοξες ψευδαισθήσεις, ασυνήθη αισθητηριακά βιώματα).

Η πορεία της σχιζοφρένειας. Η εκδήλωση της νόσου γίνεται συνήθως κατά την εφηβεία ή τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Μπορεί να είναι απότομη, χωρίς πρόδρομη φάση ή πιο συχνά προοδευτική περιλαμβάνοντας κάποιες διακριτικές διαταραχές στο βίωμα και τη συμπεριφορά, οι οποίες μπορούν να διαρκέσουν κάποιες εβδομάδες ή ακόμη και έτη (Χριστοδούλου και συν., 2000).



Η **πρόδρομη φάση** είναι η περίοδος μεταξύ των πρώτων αλλαγών στο άτομο μέχρι την πλήρη εκδήλωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Τα πρόδρομα συμπτώματα αναφέρονται, είτε στην περίοδο πριν την εκδήλωση της νόσου, είτε στην περίοδο πριν από κάποια υποτροπή. Τα πιο κοινά πρόδρομα συμπτώματα είναι: *μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, μειωμένο κίνητρο, καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου, άγχος, κοινωνική απόσυρση,*

καχυποψία, περιορισμένη λειτουργικότητα, ευερεθιστότητα (Yung & McGorry, 1996).

Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), το άτομο δεν καταφέρνει να επιστρέψει στη προνοσηρή του λειτουργικότητα μετά από κάθε υποτροπή, όπως συμβαίνει στις συναισθηματικές διαταραχές. Στη σχιζοφρένεια λοιπόν το άτομο μετά την ενεργό φάση περνάει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Εδώ εξακολουθούν να υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις αλλά είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένες (Kaplan & Sadock, & Grebb, 2000).

Μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ακολουθεί συνήθως μια περίοδος ύφεσης η οποία μπορεί να διαρκέσει έως και πέντε χρόνια. Εν τούτοις, συνήθως επέρχεται υποτροπή και η γενική πορεία της νόσου κατά τα πέντε πρώτα χρόνια μετά την διάγνωση προκαθορίζει την μετέπειτα πορεία της ζωής του ασθενούς. Κάθε υποτροπή προκαλεί περαιτέρω έκπτωση σε σχέση με τη προνοσηρή του λειτουργικότητα (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Προγράμματα αντιμετώπισης του ψυχιατρικού στίγματος

Ευρώπη

- *Changing Minds* **Changing minds** – Ηνωμένο Βασίλειο. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 1998 και ολοκληρώθηκε το 2003. Στόχος του προγράμματος ήταν ο περιορισμός του στίγματος των ψυχιατρικών διαταραχών μέσω της τροποποίησης των στάσεων, τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και ειδικότερων ομάδων πληθυσμού, απέναντι στα ΑμΣΨΔ.
- **rethink** **Rethink** – Ηνωμένο Βασίλειο. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2006 και στοχεύει στην τροποποίηση των στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι στα ΑμΣΨΔ. Σημαντικό στοιχείο του προγράμματος αποτελεί η συμμετοχή ΑμΣΨΔ, τα οποία «μοιράζονται» τις προσωπικές τους εμπειρίες μέσω των μέσων μαζικής επικοινωνίας (π.χ. τηλεοπτικές εκπομπές, συνεντεύξεις σε εφημερίδες και περιοδικά κλπ). Το 2007 ξεκίνησε και η εφαρμογή του προγράμματος στη Β. Ιρλανδία (www.rethink.org).
- **1 de cada 4** - Ισπανία. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2007 και στοχεύει στην ενίσχυση της ευαισθητοποίησης γύρω από θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές προκειμένου να περιοριστεί το στίγμα και η διάκριση που αντιμετωπίζουν τα ΑμΣΨΔ. Μεταξύ των δράσεων του προγράμματος περιλαμβάνονται: (α) η εκπαίδευση του πληθυσμού γύρω από τις ψυχικές διαταραχές και (β) η διάδοση μηνυμάτων, όπως «Οι ψυχικές διαταραχές δεν κάνουν διακρίσεις», «Η θεραπεία είναι διαθέσιμη και η αποκατάσταση είναι εφικτή» και «Το στίγμα και η διάκριση παρεμποδίζουν την αποκατάσταση» (www.1decada4.com).

ΗΠΑ & Καναδάς



- **Using the art to eliminate stigma** – ΗΠΑ. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2006 στο Κάνσας των ΗΠΑ και στοχεύει στην ενημέρωση του πληθυσμού για τις ψυχικές διαταραχές και το στιγματισμό που τις συνοδεύει. Η τέχνη αποτελεί το μέσο για την εκπαίδευση και τη συνεργασία (www.MindsandK9s.org).



- **ReachOut** – Καναδάς. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2005 και υλοποιείται από το British Columbia Schizophrenia Society (BCSS). Ο στόχος του προγράμματος είναι η ευαισθητοποίηση γύρω από θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές και ο περιορισμός του ψυχιατρικού στίγματος. Η βασική δράση του προγράμματος είναι η παροχή πληροφόρησης σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες μέσα από τη διοργάνωση συναυλιών οι οποίες πραγματοποιούνται σε συνεργασία με σχολεία (www.reachoutpsychosis.com).



- **Dare to Dream** – Καναδάς. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2005 και στοχεύει στην εμπλοκή των νέων στην ανάπτυξη δράσεων για τον περιορισμό του στιγματισμού. Μεταξύ των δράσεων που έχουν ήδη υλοποιηθεί στο πλαίσιο του προγράμματος περιλαμβάνονται: (α) μία έρευνα καταγραφής των γνώσεων των νέων για θέματα ψυχικής υγείας, (β) εκπαίδευση και ανάπτυξη μία ομάδας παρέμβασης για την πρόληψη αυτοκτονιών σε μαθητές/μαθήτριες γυμνασίου και (γ) θεατρικά έργα με θέματα που αφορούν στην ψυχική υγεία (www.daretodreamprogram.ca).



- **With an Open Mind** – Καναδάς. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2002 και στοχεύει: (α) στην ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και της γνώσης γύρω από θέματα που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές, (β) στη βελτίωση των στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι στα ΑμΣΨΔ και τις οικογένειές τους και (γ) στον περιορισμό της προκατάληψης και της διάκρισης απέναντι στα ΑμΣΨΔ. Οι δράσεις στο πλαίσιο του συγκεκριμένου προγράμματος ενισχύουν την επαφή μεταξύ ΑμΣΨΔ, τόσο με το γενικό πληθυσμό, όσο και με ειδικότερες ομάδες, προκειμένου να περιοριστούν οι στιγματιστικές αντιλήψεις και να διευκολυνθεί η κοινωνική αλληλεπίδραση (www.withanopenmind.com).



- **Active minds on campus** – ΗΠΑ. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2001 στην Ουάσινγκτον των ΗΠΑ. Στόχοι του προγράμματος είναι η ευαισθητοποίηση των φοιτητών και η παροχή πληροφόρησης σε θέματα ψυχικών διαταραχών. Μέσα από δραστηριότητες που διοργανώνονται στους χώρους των πανεπιστημιών γίνεται συστηματική προσπάθεια περιορισμού του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές και ενθαρρύνεται η ανοιχτή συζήτηση για σχετικά θέματα (<http://activemindsoncampus.org>).



- **Change your mind about mental health** – ΗΠΑ. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2000 στην Ουάσινγκτον των ΗΠΑ και διήρκησε 5 χρόνια. Πραγματοποιήθηκε με τη συνεργασία του American Psychological Association (APA), του Music Television (MTV) και του National Mental Health Awareness Campaign (NMHAC) και είχε σαν στόχο τον περιορισμό του στίγματος των

ψυχικών διαταραχών στους νέους. Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα στόχευε στην ενίσχυση της προσέλευσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στη διευκόλυνση των ΑμΣΨΔ σε θέματα στέγασης και επαγγελματικής απασχόλησης. Στις δράσεις περιλαμβάνονταν η δημιουργία και διανομή φυλλαδίων και η προβολή τηλεοπτικών μηνυμάτων (www.nostigma.org).

Αυστραλία

- **sane Mental illness is real** – Αυστραλία. Η λειτουργία του προγράμματος ξεκίνησε το 2005 και αποτελεί μία εθνική ενημερωτική καμπάνια. Στόχος του προγράμματος είναι η ενίσχυση της αποδοχής των ΑμΣΨΔ και τα μηνύματα στοχεύουν στην ενίσχυση της άποψης ότι τα ΑμΣΨΔ δικαιούνται τον ίδιο σεβασμό, την ίδια υποστήριξη και την ίδια ποιότητα υπηρεσιών όπως και τα άτομα με σωματικές νόσους (www.sane.org/Campaigns/Campaigns_content/Mental_Illness_Is_Real.html).

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΤΕΛΟΥΣ

¹ Οι Neuberg, Smith και Asher (2003) περιγράφουν το στιγματισμό ως τη μία πλευρά του συνεχούς της διαδικασίας απόδοσης θετικών ή αρνητικών ετικετών στους ανθρώπους με τους οποίους αλληλεπιδρούμε και με βάση τις οποίες τους αξιολογούμε θετικά ή αρνητικά. Οι αντιδράσεις απέναντι στα συγκεκριμένα άτομα διαφέρουν σε ένταση και ποιότητα.

² Παρόμοια είναι και η τοποθέτηση των Coleman et al. (1986), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το στίγμα αντικατοπτρίζει την αξιολόγηση των αξιών μιας κυρίαρχης κοινωνικής ομάδας, δηλ. μιας ομάδας που έχει μεγάλη ισχύ μέσα σε μία κοινωνία.

³ Χρειάζεται να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένες έρευνες έχουν δεχτεί έντονη κριτική, με βασικότερη εκείνη που αφορά στην επιλογή του δείγματος κάθε φορά, αλλά και στο γεγονός ότι αρκετές φορές αποτυπώνουν γενικές εκτιμήσεις και όχι συγκεκριμένες εμπειρίες.

⁴ Ο όρος *self-stigma* έχει προταθεί από τον Corrigan και τους συνεργάτες του (Corrigan et al., 2000, 2004· Corrigan & Watson, 2002) και αναφέρεται στις αντιλήψεις των ατόμων που στιγματίζονται αναφορικά με τον εαυτό τους και τα στιγματιστικά τους χαρακτηριστικά.

⁵ Σχετικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί πριν το 2000 είναι οι εξής: Angermeyer & Matschinger, 1995, 1997· Brockington et al., 1993· Hall et al., 1993· Madianos et al., 1999· Ojanen, 1992· Pescosolido et al., 1999.

⁶ Σχετικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί πριν το 2000 είναι οι εξής: Brockington et al., 1993· Chou & Mak, 1998· Chou et al., 1996· Hall et al., 1993· Madianos et al., 1999· Ng, Martin, & Romans, 1995· Ojanen, 1992· Pescosolido et al., 1999· Wolff et al., 1996a)

⁷ Σχετικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί πριν το 2000 είναι οι εξής: Adams & Partee, 1998· Angermeyer & Matschinger, 1997· Arikan & Uysai, 1999· Brockington et al., 1993· Chou & Mak, 1998· Link & Cullen, 1986· McKeon & Carrick, 1991· Desforges et al., 1991· Hall et al., 1993· Holmes et al., 1999· Ingamells, Goodwin, & John, 1996· Jones et al., 1984· Kolodziej & Johnson, 1996· Ng, Martin, & Romans, 1995· Ogedengbe, 1993· Ojanen, 1992· Penn et al., 1994, 1999· Read & Law, 1999· Trute & Loewen, 1978)

⁸ Σχετικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί πριν το 2000 είναι οι εξής: Madianos et al., 1999· Ng, Martin, & Romans, 1995· Pescosolido et al., 1999· Wolff et al., 1996b

⁹ Σχετικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί πριν το 2000 είναι οι εξής: Angermeyer & Matschinger, 1995, 1997, Madianos et al., 1999· Ng, Martin, & Romans, 1995.

¹⁰ Το *Global School Health Initiative* αποτελεί μία πρωτοβουλία του ΠΟΥ, η οποία ξεκίνησε το 1995 και επιδιώκει την κινητοποίηση και την ενίσχυση των δραστηριοτήτων προαγωγής υγείας και εκπαίδευσης σε τοπικό, εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο. Η πρωτοβουλία έχει σαν στόχο να βελτιώσει την υγεία του μαθητικού πληθυσμού, του σχολικού προσωπικού, των οικογενειών και άλλων μελών της κοινότητας μέσω των σχολείων.

¹¹ Οι υπόλοιπες ενότητες του προγράμματος είναι οι εξής: Σχολικά θέματα, ενίσχυση της ανθεκτικότητας (επικοινωνία, αλλαγές & προκλήσεις, διαχείριση άγχους), εκπαίδευση για τη ζωή, σχολικός εκφοβισμός & παρενόχληση, απώλεια & θλίψη, θέματα επικοινωνίας.

¹² Καθώς το Mauchly' s test έδειξε ότι παραβιάζεται η προϋπόθεση της σφαιρικότητας [$W(2) = 0,956, P < 0,01$] χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse-Geisser.

¹³ Καθώς το Mauchly' s test έδειξε ότι παραβιάζεται η προϋπόθεση της σφαιρικότητας ($W(2) = 0,95, P < 0,01$) χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse-Geisser.

¹⁴ Καθώς το Mauchly' s test έδειξε ότι παραβιάζεται η προϋπόθεση της σφαιρικότητας ($W(2) = 0,934, P < 0,01$) χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse-Geisser.