

**Αφαιρώντας το Άνθρώπινο από τον Άνθρωπο: Μελέτη Αντιλήψεων, Στάσεων
και Συμπεριφορών στο Δημόσιο Νοσοκομείο**

Δήμητρα Η. Λέκκα (Α.Μ. 0616Δ002)

Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Διδακτορική Διατριβή

Επόπτης Καθηγητής: Α. Σταλίκας

Μάρτιος, 2022

Copyright © Λέκκα Δήμητρα , 2022

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διδακτορικής διατριβής εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διδακτορικής διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

*Στη μνήμη
της Μαρίας Σακαλάκη*

Σ' αυτό τον κόσμο, που ολοένα στενεύει,

ο καθένας μας χρειάζεται όλους τους άλλους.

Πρέπει ν' αναζητήσουμε τον άνθρωπο, όπου και να βρίσκεται.

Όταν, στο δρόμο της Θήβας, ο Οιδίπους συνάντησε τη Σφίγγα

κι αυτή του έθεσε το αίνιμά της, η απόκρισή του ήταν:

ο άνθρωπος.

Τούτη η απλή λέξη χάλασε το τέρας.

Έχουμε πολλά τέρατα να καταστρέψουμε.

Ας συλλογιστούμε την απόκριση του Οιδίποδα.

Γιώργος Σεφέρης

Περίληψη

Η απανθρωποποίηση ορίζεται ως η απογύμνωση των ανθρώπων από την ανθρωπινότητα τους. Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να μελετηθούν οι έννοιες της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης σε συσχέτιση με τη θεωρία αυτοκαθορισμού και τη θεωρία δεσμού στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η πρώτη έρευνα (353 συμμετέχοντες) αφορά την απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, εργαζομένους στο γενικό νοσοκομείο και γενικό πληθυσμό και την αυτό-απανθρωποποίησή τους. Τα ερευνητικά ευρήματα της πρώτης έρευνας δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο απανθρωποποιούν μηχανιστικά το νοσηλευόμενο ασθενή περισσότερο από ότι ο γενικός πληθυσμός και ότι από τις διαστάσεις δεσμού (άγχος/αποφυγή), η αποφυγή ασκεί στατιστικά σημαντική θετική επίδραση τόσο στην ανιμαλιστική όσο και στη μηχανιστική απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή. Ως προς την απανθρωποποίηση του εαυτού, φαίνεται ότι ο γενικός πληθυσμός αυτό-απανθρωποποιείται σημαντικά περισσότερο από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Η δεύτερη έρευνα (200 συμμετέχοντες) αφορά τη μελέτη της απανθρωποποίησης από ασθενείς με οργανική νόσο και ψύχωση και την αυτό-απανθρωποποίησή τους. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή απανθρωποποιούν τον εαυτό τους περισσότερο από τους ασθενείς με οργανική νόσο. Οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/ αποφυγή) των εξεταζόμενων ομάδων φαίνεται ότι επηρεάζουν θετικά τη μηχανιστική απανθρωποποίηση τους, και μόνο το άγχος ασκεί θετική επίδραση στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση, ενώ στην αυτό-απανθρωποποίηση τους τόσο το άγχος όσο και η αποφυγή ασκούν στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση. Εν κατακλείδι τα ευρήματα καταδεικνύουν την

παραγνωρισμένη σημασία του φαινομένου της απανθρωποποίησης στο πλαίσιο του νοσοκομείου, φωτίζοντας νέες κατευθύνσεις στην έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: απανθρωποποίηση, μηχανιστική-ανιμαλιστική, αυτό-απανθρωποποίηση, αυτό-καθορισμός, δεσμός ενηλίκων

Abstract

Removing the Humanness from the Human: A Study of Perceptions, Attitudes and Behaviors in the Public Hospital

Dimitra I. Lekka

The dehumanization is defined as the stripping of a person's humanity. The purpose of this study is to link dehumanization with self-determination theory and attachment theory in order to take measures to prevent dehumanization and improve the quality of health care. To achieve the above goals, two researches were conducted. The first research findings show that the healthcare professionals in the general hospital dehumanize mechanistically the hospitalized patient more than the general population and from the attachment dimensions (stress / avoidance), avoidance has a statistically significant positive effect on both animalistic and mechanistic dehumanization of the hospitalized patient. As for the self-dehumanization, it seems that the general population self-dehumanizes significantly more than the mental health professionals. The second research (200 participants) is about the study of dehumanization of patients with organic disease and psychosis and their self-dehumanization. The findings show that patients with psychotic disorder dehumanize themselves more than patients with organic disease. Moreover, the attachment dimensions (stress / avoidance) of the examined groups seem to have a positive effect on their mechanistic dehumanization, and only stress has a positive effect on animalistic dehumanization, while in their self-dehumanization both stress and avoidance have a statistically significant negative effect. In conclusion, the findings demonstrate the unrecognized importance of the phenomenon of dehumanization within the hospital. Finally, limitations will be discussed in order to be given new directions in the field of

psychological research, shedding further light into dehumanization and self-dehumanization.

Keywords: dehumanization, mechanistic-animalistic, self-dehumanization, self-determination, attachment

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	11
Σύνοψη.....	14
Εισαγωγή.....	24
Κεφάλαιο 1: Θεωρητικά Μοντέλα Απανθρωποποίησης Εαυτού και Άλλου.....	27
Κεφάλαιο 2: Σύνδεση της Θεωρίας Αυτό-καθορισμού και Θεωρίας Δεσμού με την Απανθρωποποίηση Εαυτού και Άλλων στο Χώρο της Υγείας.....	76
Κεφάλαιο 3: Απανθρωποποίηση και Ιατρική.....	105
Κεφάλαιο 4: Απανθρωποποίηση και Ψυχική Ασθένεια.....	132
Κεφάλαιο 5: Λήψη Μέτρων Ανθρωποποίησης της Παρεχόμενης Φροντίδας στους Ασθενείς.....	158
Ερευνητικοί Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	217
Μέθοδος Έρευνας 1 ^{ης}	221
Συμμετέχοντες.....	221
Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	223
Διαδικασία.....	232
Βασικοί Στατιστικοί Έλεγχοι και Αναλύσεις.....	232
Αποτελέσματα Έρευνας 1 ^{ης}	239
Απανθρωποποίηση.....	239
Αυτό-απανθρωποποίηση.....	244
Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση.....	245
Επιδράσεις του Προσανατολισμού της Συμπεριφοράς των Ειδικών Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού	

Πληθυσμού στην Απόδοση Χαρακτηριστικών ΗΝ και ΗΥ στον Εαυτό τους στην Καθημερινή τους Ζωή.....	247
Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού (Αποφυγή και Άγχος/Εμμόνη) των Ειδικών της Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στην Απόδοση Χαρακτηριστικών ΗΝ και ΗΥ στον Εαυτό τους στην Καθημερινή τους Ζωή.....	250
Επιδράσεις του Προσανατολισμού Αιτιότητας της Συμπεριφοράς των Ειδικών της Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση τους.....	253
Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού -Άγχος/Εμμόνη και Αποφυγή- των Ειδικών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στην Αυτό-απανθρωποποίηση τους.....	255
Επίδραση Δημογραφικών Μεταβλητών στην Απανθρωποποίηση και Αυτό-απανθρωποποίηση.....	256
Συσχετίσεις Προσανατολισμού και Διαστάσεων Δεσμού με την Απανθρωποποίηση Ασθενών, την Απόδοση χαρακτηριστικών στον Εαυτό και τη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση.....	264
Συζήτηση Αποτελεσμάτων 1 ^{ης} Έρευνας.....	269
Μέθοδος Έρευνας 2 ^{ης}	273
Συμμετέχοντες.....	273
Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	276
Διαδικασία.....	276
Βασικοί Στατιστικοί Έλεγχοι και Αναλύσεις.....	277
Αποτελέσματα Έρευνας 2 ^{ης}	282

Απανθρωποποίηση.....	282
Αυτό-απανθρωποποίηση.....	285
Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση.....	289
Επίδραση Δημογραφικών Μεταβλητών στην Απανθρωποποίηση και Αυτό-απανθρωποποίηση.....	291
Συσχετίσεις Διαστάσεων Δεσμού (Αποφυγή, Άγχος/Εμμονή) των Ασθενών με Οργανική Νόσο και των Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή με την Απανθρωποποίηση, την Απόδοση Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό και τη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση.....	298
Συζήτηση Αποτελεσμάτων 2 ^{ης} Έρευνας.....	301
Συζήτηση.....	303
Τα Κύρια Ευρήματα της Παρούσας Διατριβής.....	303
Συνεισφορά της Παρούσας Διατριβής στην Επιστημονική Γνώση και την Θεραπευτική Πρακτική.....	319
Περιορισμοί-Προτάσεις.....	323
Συμπεράσματα.....	326
Βιβλιογραφία.....	328
Παράρτημα.....	409

Πρόλογος

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τη συμμετοχή και τη συνεργασία κάποιων ανθρώπων, τους οποίους επιθυμώ να ευχαριστήσω θερμά. Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Μαρία Σακαλάκη η οποία υπήρξε η αρχική μου επόπτρια για τη βοήθεια της τις πολύτιμες συμβουλές της, για την πίστη της σε μένα και τις δυνατότητες μου. Η Μαρία Σακαλάκη μου έδωσε μια φωτεινή διέξοδο σε μια δύσκολη φάση ζωής και είμαι ευγνώμων που η ενασχόληση και η εις βάθος μελέτη του θέματος της διατριβής μου με βοήθησε να ανταποκριθώ με ανθρωπινότητα στη δύσκολη περίοδο της Covid-19 που διανύουμε.

Στη συνέχεια θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους καθηγητές του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου που με την ψήφο τους στη συνέλευση του τμήματος έγινε αποδεκτή η εκπόνηση αυτής της διατριβής. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη γραμματεία του τμήματος, ιδίως την Ηρώ Καρσαλιάκου για την ευγένεια και διαθεσιμότητα της.

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον καθηγητή και επόπτη μου Αναστάσιο Σταλικά, ο οποίος υπήρξε για μένα πολύτιμος δάσκαλος και η παρουσία του με βοήθησε να γίνω καλύτερη σε επίπεδο ακαδημαϊκό, ερευνητικό, θεραπευτικό αλλά και προσωπικό. Πάντα παρών με τη θετική του σκέψη και ενέργεια για αυτόβελτίωση και προσωπική ανάπτυξη.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους καθηγητές της τριμελούς επιτροπής Clive Richardson και Άννα Μαντόγλου. Ο κύριος Richardson υπήρξε πολύτιμος δάσκαλος και συνοδοιπόρος σε αυτή τη διατριβή και σημαντική παρουσία στη ζωή μου μετά την απώλεια της Μαρίας Σακαλάκη. Είναι μεγάλη τιμή για μένα να συνεργάζομαι με τέτοιους δασκάλους. Η κυρία Μαντόγλου, ευγενική, υποστηρικτική και ενισχυτική και παρούσα συντέλεσε καθοριστικά στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής. Επίσης

θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Κορδούτη Παναγιώτη, ο οποίος με ενθάρρυνε να συνεχίσω και να ολοκληρώσω τη διατριβή μου.

Στον ίδιο τόνο ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συμμετέχοντες στις δυο μελέτες, χωρίς τη συμμετοχή τους δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί αυτή η διατριβή. Τους ευχαριστώ για τον χρόνο που διέθεσαν, για την καλή διάθεση, την ανοιχτότητα, τον επικοινωνιακό διάλογο και τον αντίλογο. Όλα αυτά συνθέτουν το παρόν πόνημα και παράλληλα διαμόρφωσαν την δική μου οπτική για πολλά ζητήματα που αναδύθηκαν μέσα από αυτή την διαδικασία. Επίσης ευχαριστώ την διευθύντρια της ψυχιατρικής κλινικής και τους διευθυντές του παθολογικού και χειρουργικού τομέα του νοσοκομείου Σωτηρία που μου έδωσαν την άδεια για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων στους ασθενείς τους. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στο Κων/νο Γιωτάκη Γεωργία Βουράκη και Σπύρο Μπάρα για τις μεταφράσεις τους πάνω σε όρους νευροεπιστημών και ψυχοπαθολογίας. Επίσης ευχαριστώ τον Σ. Φερεντίνο που με δίδαξε και αγάπησα τη στατιστική.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ αξίζουν οι άνθρωποι που στάθηκαν δίπλα μου όλα αυτά τα χρόνια, αγκαλιάζοντας τα άγχη και τις ανησυχίες μου, δίνοντας μου δύναμη μέσα από ατελείωτες ώρες συζήτησης και ιδιαίτερες στιγμές χαλάρωσης. Ευχαριστώ μέσα από τα βάθη της καρδιάς που τις φίλες μου Δ. Νταραχάνη, Α. Ευμολπίδη, Α. Ρουμπή, Α. Τζίνη, Ε. Φανουράκη, Μ. Χατζημανώλη, για τη πίστη τους. Ευχαριστώ την Ε. Παπανικολάου, Η. Τολιάδη, Β-Τ. Στεφανάκη και Μ. Σίνη για τις πολύτιμες παρεμβάσεις τους και την αγάπη τους. Ευχαριστώ την Μ-Ε. Γαλανάκη, Ε. Τσομάκα και την Β. Δρακούλη για τις ατέλειωτες αγκαλιές και την ενθάρρυνσή τους όταν έπρεπε να συνεχίσω τη συγγραφή του πονήματός μου.

Θα ήθελα να ολοκληρώσω το κομμάτι αυτό εκφράζοντας ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, η οποία αποτελεί και θα αποτελεί για μένα την πιο

γερή βάση της ύπαρξής μου. Τους ευχαριστώ για τις αξίες και αρχές που μου έδωσαν, οι οποίες αποτελούν το θεμέλιο λίθο της επιστήμης που υπηρετώ. Ευχαριστώ την μητέρα μου, Αθανασία, για όλα τα λόγια παρηγοριάς, για την πίστη ότι πάντα θα τα καταφέρω και για την άνευ όρων αγάπη από την πρώτη στιγμή που με είδε. Ευχαριστώ τον πατέρα μου, Ηλία, για το παράδειγμα ζωής, για την έμπνευση και την στήριξη. Ευχαριστώ τα αδέρφια μου Ευάγγελο και Χαρίκλεια, που με έμαθαν με τον ερχομό τους στην ζωή μου, ότι τα συναισθήματα, οι στιγμές και οι εμπειρίες είναι καλύτερες όταν τις μοιράζεσαι. Επίσης, ευχαριστώ την αδερφή μου που μου χάρισε τις πιο όμορφες αγκαλιές, με τον ερχομό του Παναγιώτη και Ηλία.

Σύνοψη

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να συνδεθεί η έννοια της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης με τη θεωρία αυτό-καθορισμού και τη θεωρία δεσμού, έτσι ώστε να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη τους και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης που προάγει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους καθώς επίσης και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Η απανθρωποποίηση είναι ένα φαινόμενο που συμβαδίζει με την ανθρώπινη ιστορία και ορίζεται ως η απογύμνωση των ανθρώπων από την ανθρωπινότητα τους, τη μη απόδοση νου στα άτομα που απανθρωποποιούνται (Haslam, 2006· Goldenberg et al., 2009· Harris & Fiske, 2007· Gray et al., 2007).

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η απανθρωποποίηση έχει σοβαρές συνέπειες όπως η αντιμετώπιση των ανθρώπων ως υπάνθρωπα αντικείμενα (Bandura, 2002). Κατά τον Bar-Tal (1989) η απανθρωποποίηση ανήκει στις απονομιμοποιημένες πεποιθήσεις που αιτιολογούν τη σύγκρουση και τη βία (Haslam, 2006), ο Kelman (1973) υποστήριξε ότι η απανθρωποποίηση περιλαμβάνει την άρνηση της «ταυτότητας» του προσώπου, η Opatow (1990) μίλησε για ηθικό αποκλεισμό και ο Bandura (2002) για μη ενεργοποίηση των μηχανισμών αυτοσυγκράτησης και ηθικών αυτό-κυρώσεων. Έχει επίσης αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική ευεξία (Deci & Ryan, 2000b· Ryan & Deci, 2008b) και μπορεί να συμβάλλει άμεσα στην ψυχικές ασθένειες όπως καταθλιπτικές, αγχώδεις και συναφείς διαταραχές. Εν ολίγοις, τα επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζουν μια σειρά από σημαντικές αρνητικές συνέπειες (Christoff, 2014).

Για την επίτευξη του σκοπού της παρούσας διατριβής πραγματοποιήθηκαν δύο έρευνες. Οι δύο αυτές έρευνες εντάσσονται σε μία ενιαία συλλογιστική και αποτελούν βήματα τα οποία οδηγούν στην λήψη μέτρων πρόληψης της

απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης. Παρακάτω παρουσιάζεται συνοπτικά η δομή της παρούσας εργασίας.

Η Εισαγωγή της παρούσας διατριβής χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια και ολοκληρώνεται με την ενότητα των ερευνητικών στόχων και ερωτημάτων. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στην γέννηση της έννοιας της απανθρωποποίησης και στην εξέλιξη της μέχρι σήμερα, με σκοπό την δημιουργία του πλαισίου μέσα στο οποίο αναπτύχθηκε η έννοια την οποία πραγματεύεται το παρόν πόνημα, την απανθρωποποίηση εαυτού και του άλλου. Τα θεωρητικά μοντέλα που αναφέρονται είναι το μοντέλο της υπο-ανθρωποποίησης (Leyens et al. 2000, 2001, 2003· Demoulin et al., 2004) το μοντέλο απανθρωποποίησης του Haslam (2006), το μοντέλο των Harris και Fiske (2006), το μοντέλο Gray et al., (2007). Η υπο-ανθρωποποίηση είναι μια διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι θεωρούν την ενδο-ομάδα τους ως πλήρως ανθρώπινη και την εξω-ομάδα ως λιγότερο ανθρώπινη (Leyens et al., 2000). Στην υπο-ανθρωποποίηση, οι άνθρωποι αποδίδουν λιγότερα δευτερογενή συναισθήματα (πιο γνωστικά πολύπλοκα και επομένως πιο ανθρώπινα) στην εξω-ομάδα παρά στα μέλη της ενδο-ομάδας (Leyens et al., 2000, 2003). Αυτό το φαινόμενο έχει λεπτές αλλά ουσιαστικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή που μπορεί να υπονομεύσουν τις αρμονικές σχέσεις μεταξύ των ομάδων (Vaes, 2006· Demoulin et al., 2008). Η υπο-ανθρωποποίηση, όπως ο ηθικός αποκλεισμός και η λιγότερο αντιληπτή ανθρωπιά, αποτελεί πιθανώς ισχυρό αμυντικό μηχανισμό (Leyens et al., 2003). Η υπο-ανθρωποποίηση ορίζεται ως ένα διομαδικό φαινόμενο (Leyens et al., 2007), ενώ η απανθρωποποίηση μπορεί να θεωρηθεί ως διαπροσωπική και δια-ομαδική διαδικασία (Haslam, 2006).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Haslam η απανθρωποποίηση είναι το φαινόμενο το οποίο αφορά τη μη απόδοση ανθρωπινότητας στους άλλους ανθρώπους. Η

ανθρωπινότητα έχει δύο διαφορετικές αισθήσεις, η μία αντιπροσωπεύει ιδιότητες που είναι μοναδικές για το ανθρώπινο είδος (Μοναδικά Ανθρώπινο-Human Unique) και η άλλη αντιπροσωπεύει εκείνες τις ιδιότητες που είναι ουσιώδεις ή θεμελιώδεις για τους ανθρώπους (Ανθρώπινη Φύση -Human Nature). Στα Μοναδικά Ανθρώπινα χαρακτηριστικά εκτός από τα δευτερογενή συναισθήματα συγκαταλέγονται οι γνωστικές δεξιότητες, η ευφυΐα, η ηθική, εν ολίγοις η γνωστική πολυπλοκότητα, ο πολιτισμός, η τελειοποίηση, η κοινωνικοποίηση και η εσωτερική ηθική ευαισθησία (Haslam, 2006· Bain et al, 2009). Στα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Φύσης περιλαμβάνονται χαρακτηριστικά που είναι τυπικά, ριζικά ή ουσιαστικά ανθρώπινα, που αντιπροσωπεύουν εκείνα τα χαρακτηριστικά που αποτελούν τον πυρήνα της έννοιας «άνθρωπος», συνδέουν τον άνθρωπο με τον φυσικό κόσμο και τις σωματικές βιολογικές πλευρές, εμφανίζονται νωρίς, επικρατούν στους πληθυσμούς και είναι καθολικά στους διάφορους πολιτισμούς, δηλαδή είναι θεμελιώδη, εγγενή και φυσικά (Haslam, 2006· Haslam et al, 2008b). Το μοντέλο της απανθρωποποίησης του Haslam στηρίζεται στην απουσία των δύο αισθήσεων της ανθρωπινότητας, όπου προκύπτουν οι δύο μορφές απανθρωποποίησης (Haslam, 2006· Haslam et al., 2007). Μοναδικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά όπως ευγένεια και ηθική ευαισθησία όταν δεν αναγνωρίζονται στις ομάδες ή στους ανθρώπους, τότε θεωρούνται ως μη καλλιεργημένοι, χονδροειδείς, χωρίς αυτοέλεγχο, ακατανόητοι ή παράλογοι, παιδαριώδεις, ανώριμοι. Η συμπεριφορά τους χωρίς γνωστική διαμεσολάβηση καθοδηγείται από κίνητρα, ορέξεις και ένστικτα (Haslam, 2006· Haslam et al., 2008b· Coşkun 2015· Haslam et al., 2017). Αυτή είναι η ανιμαλιστική μορφή της απανθρωποποίησης, στον πυρήνα της οποίας υπάρχει μια προφανής ή σιωπηρή ομοιότητα των ανθρώπων με τα ζώα και αναδεικνύει τα κτηνώδη ή βάρβαρα χαρακτηριστικά αυτών. Η άρνηση απόδοσης χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης

στους άλλους έχει ως αποτέλεσμα τη στέρηση συναισθηματικότητας, ζεστασιάς, γνωστικού ανοίγματος και ατομικής αυτενέργειας (agency). Έτσι η έλλειψη συγκίνησης και ζεστασιάς τους καθιστά αδρανείς και κρύους, η έλλειψη του γνωστικού ανοίγματος (π.χ. η περιέργεια, η ευελιξία) τους καθιστά άκαμπτους και η έλλειψη agency τους καθιστά παθητικούς και η συμπεριφορά τους προκαλείται αυτόματα και δεν προωθείται από προσωπική βούληση. Αυτός ο συνδυασμός χαρακτηριστικών που αποδίδονται αντιπροσωπεύει την άποψη των άλλων ως αντικειμένων ή αυτομάτων. Αυτή η μορφή απανθρωποποίησης μπορεί επομένως να χαρακτηριστεί μηχανιστική. Η μηχανιστική απανθρωποποίηση μπορεί να καταστήσει τους άλλους ανάξιους ηθικής ανησυχίας και φροντίδας (Gray et al., 2007, 2011, 2012· Waytz et al., 2010). Τα ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν το μοντέλο απανθρωποποίησης του Haslam έρχονται από το τομέα των νευροεπιστημών (Jack et al., 2013b).

Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση για την απανθρωποποίηση προέκυψε από την πρόσφατη δουλειά για την αντίληψη του νου, στη μελέτη των αποδόσεων του νου σε οντότητες κάθε είδους (Waytz et al 2010). Η απανθρωποποίηση είναι η άρνηση του νου -των ικανοτήτων για αυτενέργεια (agency) (π.χ. πρόθεσης και της ελεύθερης βούλησης) και εμπειρία (π.χ., συναίσθημα και συγκίνηση) (Gray et al., 2007). Ο Gray και οι συνεργάτες του (2007) μελετώντας τις Διαστάσεις της Αντίληψης του Νου βρήκαν δύο παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας ονομάζεται Εμπειρία (Experience) και περιλαμβάνει 11 καταστάσεις: πείνα, φόβος, πόνος, χαρά, οργή, επιθυμία, προσωπικότητα, συνείδηση, περηφάνια, αμηχανία, και ευχαρίστηση. Ο δεύτερος παράγοντας ονομάζεται Αυτενέργεια (Agency) και περιλαμβάνει καταστάσεις: αυτοέλεγχος, ηθική ικανότητα, μνήμη, αναγνώριση συναισθημάτων, σχεδιασμό, επικοινωνία, και τη σκέψη.

Ένα τέταρτο θεωρητικό μοντέλο για την απανθρωποποίηση αναπτύχθηκε από τις Harris και Fiske (2006), οι οποίες ορίζουν την απανθρωποποίηση ως την αντίληψη ενός ατόμου ως μη ανθρώπινου με κάποιους τρόπους, όπως η έλλειψη του νου (Harris & Fiske, 2009). Στηρίζεται στο μοντέλο στερεοτυπικού περιεχομένου (Fiske et al., 2002) που προβλέπει διαφοροποιημένες προκαταλήψεις. Οι Harris και Fiske υποστηρίζουν ότι το φαινόμενο της απανθρωποποίησης συμβαίνει όταν το νευρωνικό δίκτυο που υποκινεί την κοινωνική νόηση (π.χ., μετωπιαίος, προμετωπιαίος φλοιός, ανώτερος κροταφικός λοβός) αποτυγχάνει να ενεργοποιηθεί με κανονικό τρόπο όταν αντιληφθεί έναν άνθρωπο όπως για παράδειγμα έναν χρήστη ουσιών, ο οποίος απανθρωποποιείται. Στην απεικόνιση με fMRI φαίνεται ότι οι παραπάνω περιοχές του εγκεφάλου δεν ενεργοποιούνται.

Η απανθρωποποίηση δεν αφορά μόνο τις αντιλήψεις για τους άλλους αλλά και τις αντιλήψεις για τον εαυτό. Αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της επιβλαβούς μεταχείρισης από τους άλλους, ή μπορεί να προκληθεί από τη δική μας επιβλαβή συμπεριφορά (Yang et al., 2015). Η αυτο-απανθρωποποίηση (Self-dehumanization) έχει επίσης συνέπειες για τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά. Η αυτο-απανθρωποποίηση συνδέεται με αποτρεπτική αυτογνωσία, γνωστικές αποικοδομητικές καταστάσεις και συναισθήματα ντροπής, ενοχής, λύπης και θυμού. Η αυτό-απανθρωποποίηση μπορεί επίσης να παρακινήσει τη συμπεριφορά που αποσκοπεί στην αποκατάσταση, ίσως σε μια προσπάθεια να επανακτήσει την ανθρωπινότητα που έχασε (Bastian & Crimston, 2014).

Από την ανασκόπηση των ερευνών για την απανθρωποποίηση φαίνεται ότι το φαινόμενο εμφανίζεται σε πολλούς επιστημονικούς τομείς με διαφορετικές εκφράσεις, όπως εθνότητα και φυλή, φύλο και πορνογραφία, δικαιοσύνη, ψυχολογία, αναπηρία, τεχνολογία, στίγμα της ψυχικής νόσου και ιατρική. Οι αρνητικές συνέπειες

της απανθρωποποίησης μπορεί να χωριστούν σε τέσσερις ομάδες. Πρώτον οι απανθρωποποιημένες αντιλήψεις ατόμων ή ομάδων μπορεί να μειώσουν τη συναισθηματική συμπεριφορά προς αυτούς (Haslam & Loughnan, 2014). Δεύτερον, οι απανθρωποποιημένες αντιλήψεις μπορεί να αυξήσουν την αντικοινωνική συμπεριφορά προς τους στόχους τους (Goff et al., 2008). Τρίτον, αυτές οι αντιλήψεις μπορεί να έχουν διάφορες επιπτώσεις για την ηθική αξιολόγηση των στόχων. Τέταρτον, οι απανθρωποποιημένες αντιλήψεις των άλλων μπορεί να έχουν λειτουργικές συνέπειες για τον παραλήπτη ή τον στόχο (Haslam & Loughnan, 2014· Christoff, 2014).

Έχοντας υπόψη το παραπάνω θεωρητικό υπόβαθρο για την απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση σκεφτήκαμε να μελετηθεί σε σχέση με τη θεωρία αυτοκαθορισμού και τη θεωρία δεσμού στο νοσοκομειακό πλαίσιο, όπως αναπτύσσεται στο δεύτερο κεφάλαιο. Τα ερευνητικά ευρήματα στις διομαδικές σχέσεις δείχνουν μια σημαντική σχέση μεταξύ διαπροσωπικού ελέγχου και διαπροσωπικής βίας με τη διαμεσολάβηση της απανθρωποποίησης (Moller & Deci, 2009), καθώς επίσης και ότι η απανθρωποποίηση μπορεί να προβλέψει την αντικοινωνική συμπεριφορά (Goff et al., 2008· Haslam, 2006). Η λεπτή καθημερινή απανθρωποποίηση πιθανώς έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική ευεξία. Σύμφωνα με τη θεωρία του αυτο-καθορισμού (Deci & Ryan, 2000a· Ryan & Deci, 2008b), η ψυχολογική ευεξία απαιτεί να πληρούνται οι βασικές ψυχολογικές ανάγκες της αυτονομίας, της ικανότητας και του σχετίζεσθαι. Η απανθρωποποίηση οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα ικανοποίησης αυτών των αναγκών και μπορεί επομένως άμεσα να συμβάλει στις ψυχικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη, το άγχος, και διαταραχές σχετιζόμενες με το άγχος (Christoff, 2014). Η εμπειρική έρευνα έχει ήδη συνδέσει τον αυτοκαθορισμό με την ανθρώπινη ικανότητα για ενσυναίσθηση, η οποία είναι μια

πτυχή που χρησιμοποιείται για να καθορίσει την ανθρωπινότητα (Moller & Deci, 2009). Ανάλογα με το βαθμό αυτό-καθορισμού που βιώνουν τα άτομα διακρίνονται τρεις κατηγορίες προσανατολισμού αιτιότητας της συμπεριφοράς: αυτόνομος προσανατολισμός, ελεγχόμενος προσανατολισμός και απρόσωπος προσανατολισμός (Deci & Ryan, 1985, 2000a, b · Ryan, 2009). Οι σχέσεις της αντιληπτικής αυτονομίας υποστηρίζουν την ανάγκη ικανοποίησης και ποιότητας της σχέσης. Σε όλες τις έρευνες, οι σχέσεις περιλάμβαναν διαφορές στην εξουσία, όταν ο εταίρος που παρέχει την υποστήριξη αυτονομίας είναι μια αρχή, όπως ο ιατρός. Έτσι, η έρευνα υποδεικνύει ότι όταν ένα πρόσωπο παρέχει στήριξη αυτονομίας σε ένα άτομο για το οποίο είναι υπεύθυνο, αυτό το άτομο βιώνει ενισχυμένο κίνητρο, απόδοση και ευεξία. Η αυτονομία συνδέθηκε με ζεστές και ικανοποιητικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Deci et al., 2006).

Από την άλλη η θεωρία δεσμού δείχνει ότι οι ασφαλείς τύποι έχουν ένα σχήμα διαπροσωπικών σχέσεων που είναι θετικό για τον εαυτό τους και τους άλλους (Mikulincer & Shaver, 2001· Kafetsios, 2003· Dykas & Cassidy, 2011). Οι στρατηγικές που βασίζονται στην ασφάλεια περιλαμβάνουν την αναγνώριση και εμφάνιση της δυσφορίας χωρίς την προσωπική αποδιοργάνωση, την επιδίωξη υποστήριξης και την επίλυση προβλημάτων (Mikulincer & Shaver, 2005a, b). Ο *τύπος της εμμονής* (preoccupied) χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό και μια θετική εικόνα για τους άλλους, γεγονός που τα καθιστά άτομα υποχωρητικά και εύκολα σε συναισθηματική εκμετάλλευση. Ο *τύπος αποφυγής* (avoidant) ενέχει αρνητικά μοντέλα για τον εαυτό και τους άλλους (Kafetsios, 2003· Meredith et al., 2008). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τα άτομα που αισθάνονταν διαπροσωπικά ασφαλή ήταν λιγότερο επιρρεπή στην απανθρωποποίηση άλλων ανθρώπων και κατά συνέπεια λιγότερο πιθανό να τους αντιμετωπίσουν με

σκληρότητα (Zhang et al., 2015). Η έρευνα έδειξε ότι η αίσθηση της ασφάλειας ενεργεί ως ένας εσωτερικός πόρος που μπορεί να υπερκαλύψει τις αμυντικές ανάγκες και να καταστήσει τους αμυντικούς χειρισμούς λιγότερο απαραίτητους (Ferenczi & Marshall, 2016). Η ασθένεια είναι ένας παράγοντας άγχους που ενεργοποιεί το σύστημα δεσμού ενός ατόμου και απαντά με χαρακτηριστικές συμπεριφορές (Hunter & Maunder, 2001). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι περιγραφές των μοτίβων δεσμών των ενηλίκων μπορούν να καθοδηγήσουν τους κλινικούς στην εκτίμηση των διαφορών στο διαπροσωπικό στυλ των ασθενών που επηρεάζουν την υγεία τους (Maunder & Hunter, 2009) και να δημιουργήσουν ασφαλείς θεραπευτικές σχέσεις. Η κατανόηση της θεωρίας δεσμού μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο στην κλινική συλλογιστική (Meredith, 2009· Ciechanowski, 2010· Hooper et al., 2011).

Αφού συνδέσαμε την απανθρωποποίηση με τις θεωρίες αυτοκαθορισμού και δεσμού στο τρίτο κεφάλαιο αναλύουμε τους τρόπους που οι επαγγελματίες υγείας απανθρωποποιούν τους ασθενείς. Η χρήση της γλώσσας, τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των θεραπόντων και ασθενών, η φύση της ιατρικής εκπαίδευσης, το πώς χρησιμοποιείται η τεχνολογία από τους επαγγελματίες υγείας, η απεξομίκευση, η αποστασιοποίηση και αντικειμενοποίηση του ασθενή, η μειωμένη ενσυναίσθηση των θεραπόντων προς τον ασθενή, η επίλυση προβλημάτων, ο φόβος θανάτου, τα χαρακτηριστικά των ασθενών, η χρήση της εξουσίας, μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση της απανθρωποποίησης ως αμυντικού μηχανισμού. Επίσης οι πρόσφατες διατάξεις για τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων συμβάλλουν προς την απανθρωποποίηση των ασθενών.

Στον ίδιο τόνο, στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύεται η σχέση της ψυχικής ασθένειας με την απανθρωποποίηση. Πριν αναφερθούμε στους τρόπους που απανθρωποποιούνται οι ψυχικά πάσχοντες τονίζουμε πως υπάρχουν ψυχικές

διαταραχές που έχουν είτε μειωμένη αντίληψη αυτενέργειας (agency) προς τους άλλους είτε μειωμένη εμπειρία. Στη συνέχεια αναφέρονται οι τρόποι που οι ψυχικά πάσχοντες απανθρωποποιούνται: μέσω των ταξινομικών συστημάτων των ψυχικών διαταραχών, με τον τρόπο που διεξάγεται η επικοινωνία με τους ψυχικά πάσχοντες, με τη χρήση ετικετών για τους ψυχικά πάσχοντες, με το στίγμα και το αυτό-στίγμα, με τις βιογενετικές εξηγήσεις της ψυχικής νόσου, καθώς επίσης και με το πώς είναι διαμορφωμένη η ψυχιατρική κλινική σε σχέση με τις άλλες κλινικές του νοσοκομείου.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στη λήψη μέτρων εξανθρωπισμού της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Αφού τίθεται το θεωρητικό πλαίσιο που αφορά τη φαινομενολογία και την αφηγηματική ιατρική, η λήψη μέτρων σε κλινικό επίπεδο αφορά το ιατρικό ιστορικό, τη θεραπευτική σχέση, την επικοινωνία, τη ρύθμιση του συναισθήματος, το πώς παρουσιάζονται τα ιατρικά δεδομένα στους ασθενείς και τους οικείους τους και την παροχή φροντίδας με συμπόνια. Η λήψη μέτρων στην εκπαίδευση αφορά στην προσθήκη μαθημάτων ανθρωπιστικών σπουδών στην ιατρική, εκπαίδευση σχετικά με την ορθή χρήση της τεχνολογίας, εφαρμογή προγραμμάτων συμπόνιας στους φοιτητές, χρήση της τέχνης στην εκπαίδευση, καλλιέργεια ενσυναίσθησης. Η λήψη μέτρων σε διοικητικό επίπεδο αφορά στρατηγικές έναντι των διακρίσεων, ηθική συλλογιστική στη λήψη αποφάσεων, στρατηγικές προώθησης ισοδυναμίας έναντι ανισότητας στη σχέση γιατρού-ασθενή και προσωποποιημένης φροντίδας, λήψη οργανωτικών μέτρων στο νοσοκομείο. Στα μέτρα κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνονται τα προγράμματα αποστιγματισμού και εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία, διοικητικά μέτρα εξανθρωπισμού του νοσοκομείου, μέτρα υποστήριξης των εργαζομένων στο νοσοκομείο, εξανθρωπισμός του συστήματος υγείας. Σε ερευνητικό επίπεδο προτείνονται όχι μόνο ποσοτικές αλλά και

ποιοτικές έρευνες. Το θεωρητικό πλαίσιο κλείνει με τους ερευνητικούς στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα των δυο ερευνών που πραγματοποιήθηκαν.

Η επόμενη ενότητα («Μέθοδος Έρευνας 1^{ης}») αναφέρεται στο σχεδιασμό και στη συλλογιστική της πρώτης έρευνας, τη μέθοδο που ακολουθήθηκε και αναλύονται τα αποτελέσματα με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Η πρώτη έρευνα μελετά την απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή και την απανθρωποποίηση εαυτού των ειδικών της ψυχικής υγείας, των ειδικών υγείας που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού (Δημοσίευση 1, Παράρτημα). Ακολουθεί η ενότητα με τα αποτελέσματα της 1^{ης} έρευνας («Αποτελέσματα Έρευνας 1^{ης}»). Κατά τον ίδιο τρόπο παρατίθενται οι ενότητες μεθόδου και αποτελεσμάτων της 2^{ης} έρευνας (Δημοσίευση 2, Παράρτημα).

Η διατριβή ολοκληρώνεται με τη συζήτηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων των δύο ερευνών. Παρουσιάζεται η συνεισφορά της διατριβής στην επιστημονική γνώση και την θεραπευτική πρακτική. Τέλος, συζητούνται οι περιορισμοί των μελετών και δίνονται κατευθύνσεις για περαιτέρω έρευνα.

**Αφαιρώντας το Άνθρώπινο από τον Άνθρωπο: Μελέτη Αντιλήψεων,
Στάσεων και Συμπεριφορών στο Δημόσιο Νοσοκομείο**

Η απανθρωποποίηση έχει επανέλθει στην ψυχολογία μετά από μια σχετικά μακρά απουσία όπως είχε αναφερθεί στα κλασικά έργα των Bandura et al. (1975), Kelman (1973) και Orotow (1990) όπου διασυνδέεται με τη βία, την επιθετικότητα, τον ηθικό αποκλεισμό και το οργανωμένο έγκλημα. Ο Kelman (1973) ισχυρίστηκε ότι ο απανθρωποποίηση διαδραματίζει βασικό ρόλο στις κυρώσεις μαζικής βίας, όπως οι γενοκτονίες και οι σφαγές, επειδή αποδυναμώνει τους ηθικούς περιορισμούς στη βίαιη συμπεριφορά. Παλαιότερες έρευνες έδειξαν ότι η συνειδητοποίηση της βλάβης που επιβάλλει η ενδο-ομάδα σε μια συγκεκριμένη εξω-ομάδα μπορεί να αυξήσει την απανθρωποποίηση ως μέσο δικαιολόγησης της βλάβης (Saguy et al., 2015). Με παρόμοιο τρόπο, η Orotow (1990) πρότεινε ότι η απανθρωποποίηση είναι μια μορφή «ηθικού αποκλεισμού», μια διαδικασία που τοποθετεί τους άλλους έξω από το όριο στο οποίο εφαρμόζονται οι ηθικές αρχές, οι κανόνες και οι εκτιμήσεις της δικαιοσύνης. Ο Bar-Tal (1989) εξέτασε τις ιδεολογικές βάσεις του ηθικού αποκλεισμού, περιγράφοντας την απανθρωποποίηση ως μία από τις διάφορες μορφές «απονομιμοποιημένων πεποιθήσεων». Ο Bandura βελτίωσε την ανάλυση του ηθικού αποκλεισμού παρουσιάζοντας την απανθρωποποιητική εξήγηση ως μια διαδικασία κατά την οποία οι άνθρωποι απεμπλέκουν τις ηθικές τους αυτο-κυρώσεις, ανακουφίζοντας έτσι τα αισθήματα ενοχής για τις επιθετικές ενέργειες και την ενσυναίσθηση για τα θύματά τους (Bandura et al. 1996· Bandura, 1999· Haslam, 2006· Haslam et al., 2007). Οι μηχανισμοί της ηθικής απεμπλοκής αποσυνδέουν τα εσωτερικά πρότυπα του ατόμου για το πώς ερμηνεύει τη συμπεριφορά του, καθιστώντας τα αναποτελεσματικά (Moore, 2015). Η απανθρωποποίηση θεωρείται

ιδιαίτερα σημαντική δεδομένου ότι εμποδίζει την ταύτιση και την ενσυναίσθηση με έναν στόχο και διευκολύνει την επιθετικότητα (Bandura, 2002).

Η απανθρωποποίηση παρέχει μόνο προσωρινή και επιφανειακή ανακούφιση από τον πόνο και την αγωνία, αλλά αυτοί που χρησιμοποιούν αυτές τις μεθόδους δεν είναι ποτέ πραγματικά ικανοποιημένοι. Η απανθρωποποίηση ποτέ δεν λύνει πραγματικά ένα υπαρκτό πρόβλημα (Kenji, 2014). Η έρευνα τείνει να υποστηρίζει την ιδέα της απανθρωποποίησης ως αντιληπτικό φαινόμενο στο οποίο απελευθερώνονται κάποιες μορφές κοινωνικής συλλογιστικής (Harris & Fiske, 2011), ενώ παράλληλα συνδέει το φαινόμενο με τη βία, τις ακραίες αρνητικές εκτιμήσεις των άλλων και εσκεμμένες διαδικασίες (Ortowitz, 1990).

Η απανθρωποποίηση διαφέρει από τις παραδοσιακές μορφές διομαδικής προκατάληψης. Η διομαδική προκατάληψη είναι γενικά μια συναισθηματική εκτίμηση ενός ατόμου με βάση την ιδιότητα του μέλους της κοινωνικής του ομάδας (Allport, 1954), που συνήθως περιλαμβάνει ένα στερεότυπο - ή μια πεποίθηση για αρνητικά χαρακτηριστικά της εξω-ομάδας. Η γνωστική διαδικασία αναγνώρισης της ιδιότητας του ατόμου σε μια συγκεκριμένη κοινωνική κατηγορία στηρίζει αυτήν την συναισθηματική αξιολόγηση. Αντιθέτως, η απανθρωποποιημένη συμπεριφορά συνεπάγεται ότι δεν βλέπει κανείς το άλλο άτομο ως άτομο. Η απανθρωποποίηση αρνείται την πλήρη ανθρώπινη οντότητα στους άλλους. Ενώ αυτή η άρνηση μπορεί να ακούγεται ακραία και μερικές έρευνες υποδεικνύουν ότι μπορεί να προβλέψει την ακραία βία προς τις εξω-ομάδες, τα αναδυόμενα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η απανθρωποποίηση είναι επίσης ένα καθημερινό κοινωνικό φαινόμενο και όχι απλώς μια ακραία μορφή προκατάληψης (Haslam, 2006; Haslam et al., 2007).

Η αξία της αποσαφήνισης της απανθρωποποίησης ως ξεχωριστό είδος προκατάληψης είναι ότι η επίμονη απανθρωποποίηση μπορεί να συμβάλει στην

εξήγηση των επίμονων φυλετικών ανισοτήτων που είναι κυριολεκτικά ζήτημα ζωής ή θανάτου, ακόμα και όταν οι παραδοσιακές μορφές προκατάληψης μειώνονται. Έτσι, με βάση τις πρόσφατες εξελίξεις στην έρευνα προωθείται το επιχείρημα ότι η απανθρωποποίηση είναι μια υποκατηγορία μεταξύ των ετερογενών φαινομένων που συνιστούν την προκατάληψη. Συνολικά, τα αποτελέσματα των ερευνών υποδηλώνουν ότι η απανθρωποποίηση δεν είναι απλώς ένας μηχανισμός με συναισθηματικό κίνητρο (Wilde et al., 2014). Η απανθρωποποίηση, που ορίζεται ως απογύμνωση των ανθρώπων από την ανθρώπινη φύση τους, μπορεί επίσης να αποτελέσει απειλή για την ανθρώπινη δημιουργικότητα (Goldenberg et al., 2009) και να οδηγήσει στην υποτίμηση και στον αφανισμό της ανθρώπινης ζωής όπως προκύπτει από την ιστορική αναδρομή που αναφέρεται παρακάτω.

Κεφάλαιο 1: Θεωρητικά Μοντέλα Απανθρωποποίησης Εαυτού και Άλλου

Ιστορική Αναδρομή

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή φαίνεται ότι ο άνθρωπος ανέκαθεν απανθρωποποιούσε τους άλλους ανθρώπους. Η απανθρωποποίηση περιλαμβάνει την προβολή των άλλων ως λιγότερο ανθρώπινων. Η ιστορία είναι γεμάτη με παραδείγματα απανθρωποποίησης. Στην Αρχαία Ελλάδα, οι Βάρβαροι ήταν οι ξένοι που δεν μπορούσαν να μιλούν ελληνικά, αλλά θεωρούνταν (σχεδόν) ίσοι. Με την αυξανόμενη δουλεία και την επέκταση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας οι Βάρβαροι φαίνονταν ως ηλίθιοι, επικίνδυνοι και ζώα. Οι εξερευνητές, οι επιστήμονες, οι ανθρωπολόγοι είχαν αναγνωρίσει τις ομάδες που αποθέωναν τα μέλη τους ενώ κακοποιούσαν τους ξένους. Σε περιγραφές των ναυτικών γύρω από τις ακτές της Αφρικής, οι κάτοικοι απεικονίζονται ως ζώα γεμάτα λαγνεία και κακία (Vaes et al., 2012).

Ιστορικά, η ακαδημαϊκή συζήτηση για την απανθρωποποίηση έχει επικεντρωθεί στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, όπως στην υποδούλωση των Αφροαμερικανών, το Ολοκαύτωμα ή στον πόλεμο της Ρουάντα. Αυτά τα ιστορικά παραδείγματα απανθρωποποίησης συχνά συνοδεύουν τη βία και εμφανίζονται στην προπαγάνδα που κυριολεκτικά απεικονίζει τους ανθρώπους ως μη ανθρώπινες οντότητες όπως οι πίθηκοι, τα παράσιτα ή οι κατσαρίδες. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι ένα κοινό στοιχείο σε αυτές τις φρικαλεότητες ήταν η τάση να κατηγορήσουν ή να υποτιμήσουν τα θύματα. Τα ιστορικά παραδείγματα δείχνουν μια διαδικασία με την οποία η απανθρωποποίηση των θυμάτων μπορεί να είναι λειτουργική, επειδή κάνει την κατακριτέα συμπεριφορά του δράστη να φαίνεται προσωπικά και κοινωνικά αποδεκτή, και ως εκ τούτου δικαιολογημένη (Bandura, 1990).

Η ιστορία της ιατρικής στη ναζιστική Γερμανία είναι σημαντική επειδή η Γερμανία είναι η γενέτειρα της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης και ταυτόχρονα τα ίδια γερμανικά πανεπιστήμια και ερευνητικά ιδρύματα διαδραμάτισαν αποφασιστικό ρόλο στην απανθρωποποίηση, εκμετάλλευση και καταστροφή της ανθρώπινης ζωής κατά την περίοδο του Χίτλερ. Η συνεχιζόμενη αποτυχία του γερμανικού ιατρικού επαγγέλματος να αντιμετωπίσει τη δική του ιστορία είχε διαβρωτική επίδραση σε όλο τον κόσμο. Ένα ορόσημο στη διαδικασία γενετικού και φυλετικού καθαρισμού ήταν ο νόμος για τη στέρωση τον Ιούλιο του 1933, ο οποίος ζήτησε την επιβολή της στέρωσης των ανθρώπων που είχαν ασθένειες ή θεωρούνταν φορείς κληρονομικών και ανεπιθύμητων ασθενειών. Το σύνολο του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της δημόσιας υγείας, κινητοποιήθηκε για να στηρίξει το πρόγραμμα ευγονικής. Τα πανεπιστημιακά ιδρύματα έγιναν κέντρα παραπομπής για γνωμοδοτήσεις εμπειρογνομώνων για τους ανθρώπους που εξετάστηκαν για στέρωση σύμφωνα με το νόμο του 1933 και για αμφισβητούμενες υποθέσεις ενώπιον των φυλετικών δικαστηρίων που δημιουργήθηκαν βάσει των φυλετικών νόμων της Νυρεμβέργης. Το επόμενο σημαντικό βήμα προς τον ρατσιστικό καθαρισμό μετά από τους νόμους περί στέρωσης και φυλετικής βίας ήταν το πρόγραμμα ευθανασίας για τους ψυχικά πάσχοντες, όπου δολοφονήθηκαν σε θαλάμους αερίων. Η ενεργοποίηση του αερίου ήταν μια καθορισμένη ιατρική πράξη που ανατέθηκε σε έναν γιατρό. Στη συνέχεια το πρόγραμμα εφαρμόστηκε στο Άουσβιτς. Έχοντας οριστεί ως «ζωή χωρίς αξία», οι κρατούμενοι των στρατοπέδων συγκέντρωσης θεωρήθηκαν κατάλληλοι για τη θανατηφόρα έρευνα. Η ιατρική επιστήμη τους θεωρούσε ως μια μοναδική ερευνητική ευκαιρία έτοιμη για εκμετάλλευση (Seidelman, 1995). Από το 1941 και μετά, οι ασθενείς που υπέφεραν από ψυχικές ασθένειες πέθαναν από παραμέληση και πείνα και, όταν αυτή η μέθοδος

αποδείχθηκε πολύ αργή, με θανατηφόρο ένεση. Η διαδικασία επιλογής αυτής της φάσης της «άγριας ευθανασίας», όπως λέγεται στα ναζιστικά έγγραφα, διεξήχθη από μεμονωμένους ψυχιάτρους. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν να πεθάνουν όχι μόνο επειδή δεν ήταν παραγωγικοί αλλά και επειδή ήταν δύσκολο να διαχειριστούν ή επειδή έδειχναν ομοφυλοφιλική συμπεριφορά (Seeman, 2005).

Τα διδάγματα της ναζιστικής περιόδου εγείρουν επίσης το θεμελιώδες ζήτημα της επιλογής. Ποιος ορίζει τι είναι καλό και τι είναι κακό; Ποιος δίνει τη δύναμη να επιλέξει; Ποιος ορίζει αυτή την εξουσία; Είναι αυτή η εξουσία κατάλληλη για ένα επάγγελμα ή μια ομάδα που έχει τις δικές της εγγενείς προκαταλήψεις και προτιμήσεις; Ποιος είναι ο ρόλος του κοινού; Ποιος είναι ο ρόλος του ατόμου; Ποιος είναι ο ρόλος του κράτους; (Seidelman, 1995· Seeman, 2005).

Ο David Livingstone Smith (2014), ένας από τους κορυφαίους θεωρητικούς για την απανθρωποποίηση, χρησιμοποιεί τον όρο απανθρωποποίηση για να δηλώσει τη ψυχολογική τάση αντίληψης των ανθρώπων ως υπο-ανθρώπινων όντων και η πιθανότητα να δικαιολογείται μια τέτοια συμπεριφορά πηγάζει από την τάση του ανθρώπου να απανθρωποποιεί τους άλλους. Κατά την φιλοσοφική απόψη του Smith ο μαρξισμός και ο υπαρξισμός, έχουν παρόμοιες αντιλήψεις για την απανθρωποποίηση και εξηγεί την απανθρωποποίηση μέσω της θεωρίας της ηθικής ψυχολογίας, σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι ταξινομούν τα όντα σε μια ιεραρχία, η οποία προέρχεται από τη μεσαιωνική σκέψη. Ο Smith (2014) υποστηρίζει ότι η έννοια της βιολογικής ιεραρχίας, μέσω της θεωρίας της εξέλιξης, εξακολουθεί να είναι βαθιά εδραιωμένη στο μυαλό του ανθρώπου, καθώς οι άνθρωποι τείνουν να διακρίνουν τους οργανισμούς ως «ανώτερα και κατώτερα είδη». Τα ανθρώπινα όντα βρίσκονται στην κορυφή της κανονιστικής ιεραρχίας και τα ζώα τοποθετούνται στον πυθμένα, αλλά ακόμα υψηλότερα από τα φυτά. Ωστόσο, αυτή η εγγενής αξία στα όντα έχει

ηθικές επιπτώσεις. Στο πνεύμα αυτό, αυτή η κανονιστική ηθική ιεραρχία που υπάρχει στο ανθρώπινο μυαλό καθιστά δυνατή, σύμφωνα με τον Smith, την αντίληψη ενός ατόμου ως υπο-ανθρώπινου. Έτσι, η απανθρωποποίηση γίνεται η ηθική αιτιολόγηση της βίας (Madarang, 2017· Smith, 2014).

Τέτοια ακραία παραδείγματα όπως τα αναφερόμενα κατά τη περίοδο του ναζισμού, μπορεί να υποδηλώνουν ότι η απανθρωποποίηση είναι ένα σπάνιο φαινόμενο, όμως η παρούσα έρευνα ενώνει ένα αυξανόμενο σώμα έρευνας που διερευνά πιο λεπτές ψυχολογικές διεργασίες που οδηγούν τους ανθρώπους να βλέπουν τους άλλους ως λιγότερο ανθρώπινους (Harris & Fiske, 2006· Haslam, 2006). Έτσι, η απανθρωποποίηση καθιστά δυνατή την καθημερινή βία και τις μεγάλες αγριότητες που τις επιτρέπουν οι άνθρωποι μέσω της αδιαφορίας τους. Επιτρέπει την άρνηση βοήθειας και τη θυσία για τους άλλους μέσω της απάθειας απέναντι στην ταλαιπωρία τους (Cuddy et al., 2007· Cikara et al., 2010) και υπονομεύει τη συμφιλίωση μετά από σύγκρουση (Tam et al., 2007). Εξακολουθεί επίσης να επιτρέπει τη διαίωνηση των φρικαλεοτήτων που διαπράττονται για το κέρδος μέσω του αποικισμού, της δουλείας και άλλων πρακτικών (Rai et al., 2017).

Αρχικά έγιναν μελέτες στο φαινόμενο που ενσωματώνει τόσο την ενδο-ομαδική ευνοιοκρατία όσο και την εξω-ομαδική παρέκκλιση και το οποίο ονομάζεται υπο-ανθρωποποίηση των εξω-ομάδων (Leyens et al., 2000). Από ετυμολογική άποψη, η υπο-ανθρωποποίηση μεταφέρει την έννοια ότι ορισμένοι άνθρωποι θεωρούνται λιγότερο ανθρώπινοι από άλλους. Η ιδέα είναι κοντά σε εκείνες του ηθικού αποκλεισμού που προτάθηκε από την Orotow (1990), και της απονομιμοποίησης που χρησιμοποίησε ο Bar-Tal (1989). Το θέμα ξεκίνησε μετά τη Γαλλική Επανάσταση και τη Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων. Οι μελετητές εκείνης της εποχής προκάλεσαν έναν συμβιβασμό μεταξύ της δήλωσης «είμαστε όλοι ίσοι» και της

πρακτικής της δουλείας και του αποικισμού. Εγκαθιδρύθηκε εκείνη την εποχή μια ιεραρχία μεταξύ ομάδων, ειδικά μεταξύ των εθνοτικών ομάδων, που έγινε ένα είδος διδασκαλίας, ένα είδος δόγματος, που αναδύθηκε από ορισμένες ερμηνείες του κοινωνικού νεο-Δαρβινισμού και οδήγησε στις θεωρίες υπεροχής των φυλών. Για να φανεί η γενικότητα του φαινομένου της υπο-ανθρωποποίησης ή της λιγότερο ανθρωποκεντρικής αντίληψης, αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ οι Ναζί επέβαλαν ακραία ιεραρχία μεταξύ των ομάδων, προπομπός τέτοιων θηριωδιών υπήρξε στον αγγλοσαξονικό κόσμο η πρακτική της αρνητικής ευγονικής (Leyens et al., 2003). Οι ιστορικές αναπαραστάσεις που απεικονίζουν ρητά τους Μαύρους ως πιθήκους εμφανίστηκαν σε μεγάλο βαθμό στις Ηνωμένες Πολιτείες, πράγμα που μεταβάλλει την οπτική αντίληψη και την προσοχή και αυξάνει την υποστήριξη της βίας κατά των Μαύρων. Ακόμα και στις κινηματογραφικές αίθουσες μεταφέρθηκε αυτή η αναπαράσταση από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα στις ΗΠΑ.

Από τους ιστορικούς, γλωσσολόγους και τους φιλόσοφους είναι γνωστό ότι οι συσχετισμοί μεταξύ ανθρώπων και μη ανθρώπινων ζώων χρησιμοποιήθηκαν για να δικαιολογήσουν τη δουλεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Εβραϊκό Ολοκαύτωμα του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και τη γενικευμένη βία κατά των μεταναστών σε όλο τον κόσμο. Η απανθρωποποίηση θεωρείται ως κεντρική συνιστώσα της διομαδικής βίας επειδή είναι συχνά ο σημαντικότερος πρόδρομος του ηθικού αποκλεισμού, διαδικασία με την οποία οι στιγματισμένες ομάδες τοποθετούνται «έξω από το όριο στο οποίο εφαρμόζονται οι ηθικές αξίες, οι κανόνες και οι εκτιμήσεις της δικαιοσύνης». Εκείνοι που είναι ηθικά αποκλεισμένοι θεωρούνται ως ασήμαντοι και αναλώσιμοι. Κατά συνέπεια, η βλάβη ή η εκμετάλλευσή τους φαίνεται να είναι κατάλληλη, αποδεκτή ή δίκαιη (Opatow, 1990). Οι ομάδες που είναι ηθικά αποκλεισμένες δεν υπολογίζονται με την ηθική έννοια. Κατά συνέπεια, οτιδήποτε

γίνεται σε κάποιον που είναι ηθικά αποκλεισμένος είναι επιτρεπτό, ανεξάρτητα από το πόσο θρασύτατη είναι η ενέργεια (Goff et al., 2008). Η ιδιότητα του μέλους στην ομάδα έχει, συνεπώς, βαθιές συνέπειες. Οι άνθρωποι που είναι σκλάβοι, παιδιά, γυναίκες, ηλικιωμένοι, μαύροι, Εβραίοι, ψυχικά υστερούντες, σωματικά μειονεκτούντες και «τρελοί» αποτελούν ένα μερικό κατάλογο όντων των οποίων τα δικαιώματα έχουν καταργηθεί ή εξαλειφθεί εξαιτίας του αποκλεισμού τους από το πεδίο της ίσης μεταχείρισης (Orotow, 1990). Η απανθρωποποίηση αποτελεί σημαντικό μέρος της διαδικασίας γενοκτονίας, είναι πάρα πολύ σαφής ως ένα σημαντικό σημάδι έγκαιρης προειδοποίησης (Rhiannon, 2015).

Στην ψυχολογία η απανθρωποποίηση δεν είναι άγνωστο φαινόμενο. Αρχικά ο Allport (1954) στη μελέτη για την προκατάληψη κάνει συχνές αναφορές στην απανθρωποποίηση. Παρόμοια και ο Staub (1989) με τους συνάδελφούς του συζητούν για την απανθρωποποίηση, αλλά κανένας από αυτούς δεν συνδέει το φαινόμενο με ερευνητικά δεδομένα. Από τις αρχές του 21^{ου} αιώνα αρχίζει η μελέτη της απανθρωποποίησης βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα, μελετάται πώς οι άνθρωποι αποδίδουν «ανθρωπινότητα» σε άλλους ανθρώπους. Ο Leyens και οι συνάδελφοί του, για παράδειγμα, έχουν εξετάσει την απόδοση δευτερογενών και περισσότερο ανθρωπινων συναισθημάτων (Demoulin et al., 2004· Demoulin et al., 2005· Gaunt et al., 2002· Leyens et al., 2001· Leyens et al., 2003· Vaes et al., 2002· Vaes et al., 2003· Vaes et al., 2006). Η έρευνά τους υποδηλώνει ότι συναισθήματα όπως η ζήλια, η συμπάθεια ή η ελπίδα, συνήθως απορρίπτονται σε εξω-ομάδες και αποδίδονται κατά προτίμηση στα μέλη της ενδο-ομάδας. Η έρευνα από τους Vaes et al. (2002) παρέχει αποδείξεις ότι η συσχέτιση ενός ατόμου με τα δευτερογενή συναισθήματα -παρά πρωτογενή συναισθήματα- μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο αλτρουισμό και ενσυναίσθηση. Ορισμένοι ερευνητές συνδέουν την απανθρωποποίηση με την

ουσιοκρατία, τόσο στην πεποίθηση ότι οι άνθρωποι έχουν μια συγκεκριμένη ουσία που μπορεί να αρνηθεί στους άλλους (Costello & Hodson, 2010· Smith, 2014) και τις ουσιοκρατικές πεποιθήσεις για τις διομαδικές διαφορές (Haslam & Ernst, 2002· Smith, 2014).

Η έρευνα από τον Haslam (2006) και τους συναδέλφους του υποδηλώνει ότι η διομαδική διαδικασία της απανθρωποποίησης που τεκμηριώνεται από τους Leyens et al., (2001) μπορεί επίσης να συμβεί και σε διαπροσωπικά πλαίσια. Ο Haslam (2006) ισχυρίστηκε ότι οι κοινωνικές γνωστικές βάσεις της απανθρωποποίησης έχουν αγνοηθεί σε μεγάλο βαθμό και ότι, όπως τα στερεότυπα, η απανθρωποποίηση μπορεί να είναι μια ανεξέλεγκτη, ίσως και αναπόφευκτη μορφή κοινωνικής γνώσης. Αντί να επικεντρώνεται στο ρόλο του συναισθήματος στις διομαδικές διεργασίες, ο Haslam και οι συνεργάτες του επικεντρώνονται σε αυτόματες ιδιότητες σχετικές με τα διαπροσωπικά περιβάλλοντα (Haslam, 2006· Haslam et al., 2005· Loughnan & Haslam, 2007). Αυτό αντικατοπτρίζει τη σύλληψη του Haslam (2006) σχετικά με την «ανθρωπιά» που αποτελείται από τυπικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά (π.χ. περιέργεια, εγωισμός), σε αντιδιαστολή με την αντίληψη του Leyens για την «ανθρωπιά» που αποτελείται από μοναδικά ανθρώπινα συναισθήματα ή δευτερογενή συναισθήματα. Ο Haslam ισχυρίστηκε ότι οι άνθρωποι αποδίδουν συχνότερα τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά στον εαυτό παρά σε άλλους και ότι αυτή η προκατάληψη παρατηρείται παρά τις διαφορές στα κίνητρα αυτο-ενίσχυσης. Υπάρχουν επίσης αναδυόμενες νευροεπιστημονικές αποδείξεις για την απανθρωποποίηση (Harris & Fiske, 2006).

Απόρροια όλων των παραπάνω λοιπόν, αποτελεί η συνειδητοποίηση πως η απανθρωποποίηση είναι ένα φαινόμενο που συμβαδίζει με την ανθρώπινη ιστορία. Παρατηρείται σε πληθώρα πληθυσμών και κοινωνικών ομάδων, σε διάφορες

περιόδους και παραμένει ένα φαινόμενο που απασχολεί και τη σύγχρονη δυτική κοινωνία, όπου το «εμείς» έχει αντικατασταθεί με το «εγώ». Ένα «εγώ» που μπαίνει πάνω από όλα, επισκιάζει κάθε μορφή κοινωνικής αλληλεγγύης και οδηγεί σε αποξένωση. Ίσως ποτέ να μην έμοιαζε πιο επίκαιρη η φράση του Α. Σαμαράκη: «Ποτέ οι στέγες των σπιτιών δεν ήταν τόσο κοντά και οι καρδιές των ανθρώπων τόσο μακριά, όσο σήμερα». Επομένως, γίνεται πλέον πιο επιτακτική από ποτέ η ανάγκη να μελετηθεί το συγκεκριμένο φαινόμενο και σε θεωρητικό ακόμη επίπεδο.

Θεωρητικά Μοντέλα Απανθρωποποίησης

Υπο-ανθρωποποίηση (Infra-humanization). Η υπο-ανθρωποποίηση είναι μια διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι θεωρούν την ενδο-ομάδα τους ως πλήρως ανθρώπινη και την εξω-ομάδα ως λιγότερο ανθρώπινη (Leyens et al., 2000). Ο Leyens και οι συνάδελφοί του (Leyens et al., 2000· Leyens et al. 2007) ξεκίνησαν με την ιδέα ότι η ανθρωπινότητα δεν είναι δεδομένη, αλλά μια δυναμική διάσταση της κοινωνικής κρίσης πάνω στην οποία οι άνθρωποι διαχωρίζονται. Συγκεκριμένα, οι ενδο-ομάδες αναμενόταν να έχουν μια πιο ανθρώπινη κοινωνική ταυτότητα από (μερικές) εξω-ομάδες. Αυτή η πρωτότυπη υπόθεση υπογράμμισε τη σχετική φύση της διεύρυνσης της ανθρωπινότητας μεταξύ των ομάδων και την ξεχώρισε από την απόλυτη άρνηση της ανθρωπινότητας που δηλώνει ο όρος «απανθρωποποίηση» (Vaes et al., 2012).

Η ετυμολογική ανάλυση του όρου υπο-ανθρωποποίηση (infra-humanization) δηλώνει ότι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τους άλλους, που δεν ανήκουν στην ίδια ομάδα με αυτούς ως λιγότερο ανθρώπινους ή περισσότερο ζώδεις (Leyens et al., 2007). Στην υπο-ανθρωποποίηση, οι άνθρωποι αποδίδουν λιγότερα δευτερογενή συναισθήματα (πιο γνωστικά πολύπλοκα και, επομένως, πιο ανθρώπινα) στην εξω-ομάδα παρά στα μέλη της ενδο-ομάδας (Leyens et al., 2000, 2003). Τα πρωτογενή

συναισθήματα μπορούν να τα βιώσουν και οι μη-άνθρωποι, αλλά τα δευτερογενή συναισθήματα είναι μοναδικά ανθρώπινα (Demoulin et al., 2004). Αυτό το φαινόμενο έχει λεπτές αλλά ουσιαστικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή που μπορεί να υπονομεύσουν τις αρμονικές σχέσεις μεταξύ των ομάδων (Vaes, 2006· Demoulin et al., 2008).

Οι θεωρητικοί της υπο-ανθρωποποίησης έχουν επικεντρώσει κλασικά τις εμπειρικές τους προσπάθειες στα δευτερογενή συναισθήματα. Η έρευνα έδειξε ότι οι απλοί άνθρωποι συνήθως διαφοροποιούν τα δευτερογενή συναισθήματα, π.χ. ενοχή, ντροπή, υπερηφάνεια, από τα πρωτογενή συναισθήματα, π.χ. θυμός, έκπληξη, χαρά (Demoulin et al., 2004). Οι ερευνητές πιστεύουν ότι τα πρωτογενή συναισθήματα μπορούν να τα βιώσουν τόσο οι άνθρωποι όσο και τα ζώα, ενώ τα δευτερογενή συναισθήματα είναι αποκλειστικά για τον άνθρωπο. Η έρευνα για την σταθερή υπο-ανθρωποποίηση καταδεικνύει με συνέπεια ότι οι άνθρωποι διατηρούν τα δευτερογενή συναισθήματα για τα άτομα της ομάδας τους (Leyens et al., 2003) και μάλιστα αρνούνται τα δευτερογενή συναισθήματα στα μέλη των εξω-ομάδων (Demoulin et al., 2005). Αντίθετα, οι αποδόσεις των πρωτογενών συναισθημάτων είναι ισοδύναμες για όλες τις κοινωνικές ομάδες (Demoulin et al., 2008). Επιπλέον, αυτό το αποτέλεσμα έχει ληφθεί τόσο για τα θετικά όσο και για τα αρνητικά δευτερογενή συναισθήματα, γεγονός που υποδηλώνει ότι το φαινόμενο της υπό-ανθρωποποίησης μπορεί να διακριθεί από την ευνοιοκρατία (Martínez et al., 2017).

Σύμφωνα με τον Leyens και τους συνεργάτες του (2000), η ανθρώπινη ιδιότητα διακρίνεται στα αποκλειστικώς ανθρώπινα συναισθήματα (δευτερογενή), που αφορούν μόνο τον άνθρωπο π.χ. νοσταλγία, και στα πρωτογενή συναισθήματα που αφορούν τον άνθρωπο αλλά και τα ζώα, π.χ. ζώα (Haslam, 2006). Ακόμη, η υπό-ανθρωποποίηση αντιστοιχεί σε μια διπλή κίνηση. Από τη μία πλευρά, συμβάλλει

στην υπερηφάνεια για την ενδο-ομάδα αποδίδοντας περισσότερα αποκλειστικώς ανθρώπινα συναισθήματα σε σχέση με την έξω-ομάδα (Demoulin et al., 2004· Leyens et al., 2003), ενώ από την άλλη υποτιμά την έξω-ομάδα (Leyens et al., 2007). Ωστόσο, η απόδοση πρωτογενών συναισθημάτων δεν διαφέρει ανάλογα με την κοινωνική θέση των ομάδων (Leyens et al., 2001). Οι άνθρωποι συνήθως αντιλαμβάνονται ισοδύναμα τα επίπεδα των πρωτογενών συναισθημάτων (π.χ. την ευτυχία, τον φόβο) που είναι κοινά για τους ανθρώπους και τα ζώα τόσο στις ενδό-ομάδες, όσο και στις έξω-ομάδες, αλλά αποδίδουν λιγότερα μοναδικά ανθρώπινα συναισθήματα (π.χ. συμπόνια, τύψεις) στις έξω-ομάδες (Leyens et al., 2000, 2001). Η ενδό-ομάδα έχει περισσότερα ανθρώπινα χαρακτηριστικά για τα άτομα που ανήκουν σε αυτή συγκριτικά με οποιαδήποτε έξω-ομάδα (Vaes, 2006).

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι ενώ σχεδόν όλα τα αρνητικά πρωτογενή συναισθήματα αποδόθηκαν στην έξω-ομάδα και ελάχιστα στην ενδο-ομάδα, η διαφορά ήταν λιγότερο έντονη για τα αρνητικά δευτερογενή συναισθήματα (Demoulin et al., 2002· Leyens et al., 2003). Επίσης η ταυτοποίηση με την ενδο-ομάδα φαίνεται να είναι ένας κρίσιμος - αλλά πιθανόν όχι επαρκής - παράγοντας για την εμφάνιση της υπο-ανθρωποποίησης (Leyens et al., 2003).

Η υπο-ανθρωποποίηση αφορά τη μειωμένη απόδοση της ανθρώπινης ιδιότητας προς όλες τις έξω-ομάδες και όχι μόνο προς σε αυτές που κακομεταχειριζόμαστε ή κακοποιούμε (Holtz & Wagner, 2012). Το φαινόμενο της υπο-ανθρωποποίησης υποδηλώνει ότι, αποδίδοντας περισσότερα δευτερογενή συναισθήματα στην ενδο-ομάδα και κατά συνέπεια απορρίπτοντας την ανθρώπινη ουσία από την έξω-ομάδα, οι άνθρωποι συμμετέχουν σε μια λεπτή και σε μεγάλο βαθμό υπονοούμενη διαδικασία απανθρωποποίησης. Εντούτοις, σε αντίθεση με την απανθρωποποίηση, η υπο-ανθρωποποίηση δεν συνεπάγεται ρητή σχέση μεταξύ εξω-

ομάδας και ζώων, αλλά μάλλον εκφράζει την τάση των ανθρώπων να αποδίδουν μεγαλύτερη ανθρώπινη ποιότητα στην ενδο-ομάδα και σε συναφείς έξω-ομάδες (Čehajić, 2009). Η υπο-ανθρωποποίηση της έξω-ομάδας συνεπάγεται τόσο ενδο-ομαδική ευνοιοκρατία όσο και έξω-ομαδική παρέκκλιση. Η υπο-ανθρωποποίηση, όπως ο ηθικός αποκλεισμός και η λιγότερο αντιληπτή ανθρωπιά, αποτελεί πιθανώς ισχυρό αμυντικό μηχανισμό (Leyens et al., 2003). Η υπο-ανθρωποποίηση ορίζεται ως ένα διομαδικό φαινόμενο (Leyens et al., 2007· Vaes, & Paladino, 2010), ενώ η απανθρωποποίηση μπορεί να θεωρηθεί ως διαπροσωπική και διομαδική διαδικασία (Haslam, 2006).

Η ιστορία υποδεικνύει την ανάγκη να εξεταστεί ο αντίθετος πόλος του ανθρώπινου όντος. Οι μαρτυρίες των πολιτισμών και των ιστορικών περιόδων καταδεικνύουν ότι οι άνθρωποι έχουν την τάση όχι μόνο να παρεκκλίνουν, να διακρίνουν ή να απανθρωποποιούν τους άλλους, αλλά και να υποθέτουν την ύπαρξη ορισμένων υπερφυσικών οντοτήτων, για τα οποία πιστεύεται ότι είναι ανώτερα από τα ανθρώπινα όντα. Οι περισσότερες από τις ιδιότητες που αποδίδονται στους θεούς φαίνεται να έχουν εφαρμογή και στους ανθρώπους. Η γνώση, η επεξεργασία πληροφοριών, η μνήμη, τα συναισθήματα, οι επιθυμίες, τα κίνητρα, οι συμπεριφορές, η κινητικότητα στο χώρο και στο χρόνο είναι όλες περιπτώσεις ανθρώπινων χαρακτηριστικών που πιστεύεται ότι μοιράζονται οι θεοί, οι οποίοι γίνονται αντιληπτοί τόσο σαν ανθρώπινες φιγούρες όσο και ανώτερες από τον άνθρωπο. Ακόμη περισσότερο, επειδή οι θεοί θεωρούνται επίσης ανώτεροι από τα ανθρώπινα όντα, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι κατέχουν αυτές τις μοναδικά ανθρώπινες ιδιότητες σε μεγαλύτερη έκταση. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν σε κάποιο βαθμό τη θεωρία των θεών ως υπερανθρώπων. Συγκεκριμένα, ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον Θεό σαν να μοιράζεται με τον εαυτό

τους δευτερογενή συναισθήματα, αλλά να αποδίδουν λιγότερα πρωτογενή συναισθήματα στον Θεό παρά στον εαυτό, διαχωρίζοντας τον Θεό από τα ανθρώπινα όντα σε εκείνα τα χαρακτηριστικά που αφορούν τους ανθρώπους με τα υπό-ανθρωπινά είδη των ζώων. Υποστηρίζεται ότι η πίστη στην ύπαρξη ενός Θεού που δεν έχει καμία σχέση με τα είδη των ζώων και που μπορεί να είναι ανώτερη από τα ανθρώπινα όντα μπορεί να χρησιμεύσει για να νομιμοποιήσει την τάση των ανθρώπων να υπο-ανθρωποποιούν τους άλλους, κάνοντάς τους να εμφανίζονται σαν ζώα. Οι θεοί λειτουργούν στο μυαλό των ανθρώπων ως ανώτερα όντα που μοιράζονται με τον άνθρωπο την υψηλή πλευρά των ανθρώπινων συναισθημάτων και εξαιρούνται από τη χαμηλή πλευρά των συναισθημάτων που οι άνθρωποι μοιράζονται με «Κατώτερες οντότητες» όπως οι εξω-ομάδες ή τα ζώα. Επομένως, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε πως παρατηρείται όχι μόνο το φαινόμενο της υπό-ανθρωποποίησης, αλλά και της υπέρ-ανθρωποποίησης. Αυτή η οντολογική - όχι μόνο ηθική - ενίσχυση της ιεραρχίας που οργανώνει τον κοινωνικό κόσμο μπορεί να βοηθήσει στη καλύτερη κατανόηση του παράδοξου των ανθρώπινων κινήτρων, της γνώσης και της συμπεριφοράς στις ομάδες (Demoulin et al., 2008). Ο ανθρωπομορφισμός μη ανθρώπινων παραγόντων φαίνεται να ικανοποιεί το βασικό κίνητρο για να κατανοήσουν ένα περιβάλλον που κατά τα άλλα είναι αβέβαιο (Waytz et al., 2010a).

Ο Leyens και οι συνεργάτες του (2000) με τη μελέτη της υπο-ανθρωποποίησης αναγνώρισαν ότι τα φαινόμενα που μοιάζουν με την απανθρωποποίηση μπορούν να πάρουν σχετικά ήπιες μορφές, απέδειξαν ότι η ανθρωπινότητα είναι μια θεμελιώδης διάσταση της κοινωνικής αντίληψης, παρήγαγαν έναν ορισμό της ανθρωπινότητας, ελλείψει της οποίας η έννοια της απανθρωποποίησης είναι ασαφής και αναγνωρίζοντας την τραγική και λεπτή φύση ορισμένων φαινομένων που μοιάζουν με απανθρωποποιητική συμπεριφορά,

κατέστησαν τα φαινόμενα αυτά προσιτά στους ψυχολόγους (Loughnan & Haslam, 2007· Bain et al., 2009· Haslam, 2017). Από τα ερευνητικά ευρήματα προκύπτει ότι η απανθρωποποίηση μπορεί να είναι μια διαδικασία με την οποία ο υψηλός κοινωνικός προσανατολισμός επηρεάζει τις στάσεις των ατόμων απέναντι στα μέλη της εξω-ομάδας και την αντίσταση στις προσπάθειες αυτών να γίνουν πολιτικά αυτόνομοι (Prati et al., 2015). Άλλα ερευνητικά ευρήματα που αφορούσαν τη Β. Ιρλανδία δείχνουν ότι η υπο-ανθρωποποίηση είναι επιζήμιος για τη διαδικασία συγχώρεσης της εξω-ομάδας για τα λάθη του παρελθόντος, και η επαφή μπορεί να μην ανακουφίζει αυτή την υπο-ανθρωποποίηση (Tam et al., 2007). Άλλα δεδομένα δείχνουν ότι όσο περισσότερα άτομα αρνούνται δευτερογενή συναισθήματα στα μέλη μιας εξω-ομάδας, τόσο λιγότερο πιθανό ήταν αυτά τα άτομα να αισθάνονται ενσυναίσθηση και να βοηθήσουν τα μέλη των εξω-ομάδων (Cehajić et al., 2009· Cuddy et al., 2007).

Σταχυολογώντας, η διπλή κίνηση της υπό-ανθρωποποίησης γίνεται έκδηλη σε πολλά επίπεδα και υπογραμμίζεται σε πληθώρα μελετών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι τέσσερις μελέτες των Viki et al., (2006) που με τη μέθοδο της χρήσης των λέξεων επισήμαναν πως οι συμμετέχοντες συσχέτιζαν τον άνθρωπο και τα ζώα με την ενδο-ομάδα και την εξω-ομάδα. Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνθρωποι συνδέουν τις σχετικές με τον άνθρωπο λέξεις γρηγορότερα και πιο συχνά με την ενδο-ομάδα (vs. εξω-ομάδα) ανεξάρτητα από το σθένος της πρώτης. Έτσι, οι ενδείξεις αυτές καταδεικνύουν την ανθρωποποίηση της ενδο-ομάδας και την απανθρωποποίηση της εξω-ομάδας. Η υπο-ανθρωποποίηση είναι ένα φαινόμενο διομαδικό και όχι διαπροσωπικό (Demoulin et al., 2005).

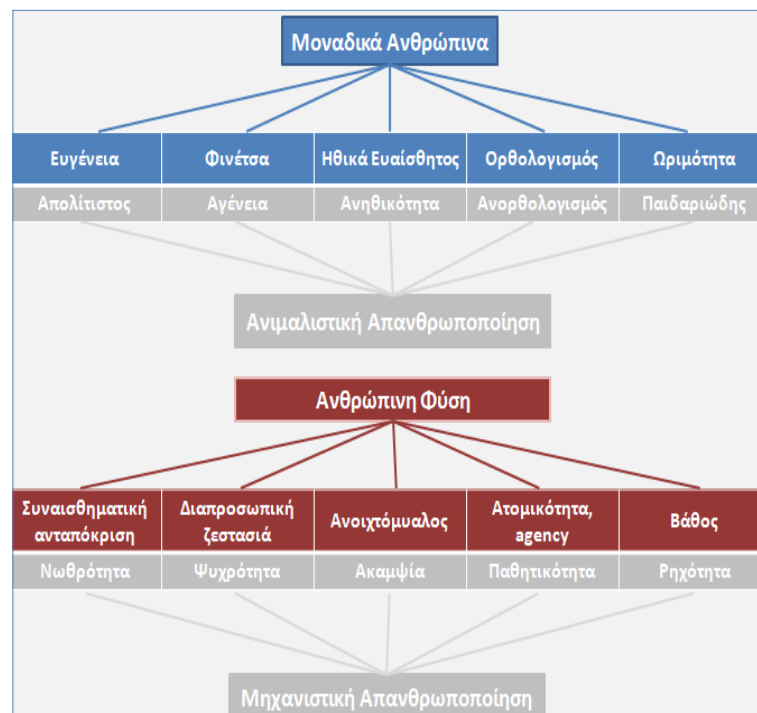
Μοντέλο Απανθρωποποίησης του Haslam. Σύμφωνα με το μοντέλο του Haslam η απανθρωποποίηση είναι το φαινόμενο το οποίο αφορά τη μη απόδοση της ανθρώπινης ιδιότητας στους άλλους ανθρώπους. Είναι ένα σημαντικό φαινόμενο που

αφορά τόσο τις διαπροσωπικές, όσο και τις διομαδικές σχέσεις, εμφανίζεται όχι μόνο στους τομείς της βίας και των συγκρούσεων (Bandura et al., 1996), αλλά μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινητοποίησης και έχει κοινωνικο-γνωστικές διαστάσεις. Για να κατανοηθεί η απανθρωποποίηση θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρη η αίσθηση της ανθρωπινότητας που δεν αποδίδεται στους άλλους. Οι θεωρητικοί της υποανθρωποποίησης ήταν κατηγορηματικοί, υποστηρίζοντας ότι η ανθρωπινότητα είναι το χαρακτηριστικό που μας διακρίνει από τα ζώα. Τα δευτερογενή συναισθήματα αποτελούν παράδειγμα της ανθρώπινης μοναδικότητας στην έρευνά τους, αλλά αναγνωρίζουν ότι επιπλέον μοναδικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά (π.χ. γλώσσα) μπορεί να είναι εξίσου σημαντικά (Haslam, 2006· Haslam & Bain, 2007· Haslam et al., 2008· Haslam et al., 2012).

Η ανθρωπινότητα έχει δύο διαφορετικές διαστάσεις, η μία αντιπροσωπεύει ιδιότητες που είναι μοναδικές για το ανθρώπινο είδος (Μοναδικά Ανθρώπινο - Uniquely Human) και η άλλη αντιπροσωπεύει εκείνες τις ιδιότητες που είναι ουσιώδεις ή θεμελιώδεις για τους ανθρώπους (Ανθρώπινη Φύση - Human Nature) (Σχήμα 1). Στη συνέχεια διατυπώνεται ένα ολοκληρωτικό μοντέλο απανθρωποποίησης (Σχήμα 1), στο οποίο οι ξεχωριστές μορφές απανθρωποποίησης αντιστοιχούν στην άρνηση των δύο διαστάσεων της ανθρωπινότητας και στην εξομοίωση των ανθρώπων με συγκεκριμένα είδη μη ανθρώπινων οντοτήτων, π.χ. ζώων και μηχανών (Haslam, 2006· Haslam et al., 2008).

Σχήμα 1

Σχηματική Παράσταση του Μοντέλου Απανθρωποποίησης του Haslam



Σημείωση. Αναδημοσίευση και μετάφραση από Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4

Στα Μοναδικά Ανθρώπινα χαρακτηριστικά (Uniquely Human - UH) εκτός από τα δευτερογενή συναισθήματα συγκαταλέγονται γνωστικές δεξιότητες, ευφυΐα, ηθική, εν ολίγοις η γνωστική πολυπλοκότητα, ο πολιτισμός, η τελειοποίηση, η κοινωνικοποίηση και η εσωτερική ηθική ευαισθησία (Haslam, 2006· Bain et al., 2009). Στα χαρακτηριστικά της Ανθρώπινης Φύσης (Human Nature -HN) περιλαμβάνονται χαρακτηριστικά που είναι τυπικά, ριζικά ή ουσιαστικά ανθρώπινα, που αντιπροσωπεύουν εκείνα τα χαρακτηριστικά που αποτελούν τον πυρήνα της έννοιας «άνθρωπος», συνδέουν τον άνθρωπο με τον φυσικό κόσμο και τις σωματικές βιολογικές πλευρές, εμφανίζονται νωρίς, επικρατούν στους πληθυσμούς και είναι καθολικά στους διάφορους πολιτισμούς, δηλαδή είναι θεμελιώδη, εγγενή και φυσικά

(Haslam, 2006· Haslam et al., 2008). Τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την Ανθρώπινη Φύση μπορεί να μην είναι τα ίδια που διακρίνουν τον άνθρωπο από τα ζώα και θα μπορούσαν αντίθετα να περιλάβουν μερικά που συνδέουν παρά αντιπαραβάλλουν τον άνθρωπο με τα ζώα. Ορισμένα στοιχεία της Ανθρώπινης Φύσης μπορεί να αντικατοπτρίζουν τις κοινές προσαρμογές των θηλαστικών, έτσι ώστε η ανθρώπινη φύση μπορεί να επικαλύπτεται ουσιαστικά από τη φύση άλλων πλασμάτων. Για παράδειγμα, πολλοί βλέπουν την «περιέργεια» ως θεμελιώδες στοιχείο της ανθρώπινης φύσης, αλλά αναγνωρίζουν ότι δεν είναι καθόλου μοναδικό για το ανθρώπινο είδος. Ομοίως, πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι η «ευγένεια» είναι μοναδική στον άνθρωπο, αλλά αμφιβάλουν ότι είναι ένα μέρος της φύσης τους. Οι μοναδικές ανθρώπινες ιδιότητες τείνουν να περιστρέφονται γύρω από την ευγένεια, τη φινέτσα και την ανώτερη γνώση, ενώ η ανθρώπινη φύση τείνει να εμπεριέχει συναισθηματικότητα, διαπροσωπική ζεστασιά και ανοικτό πνεύμα (Haslam et al., 2012). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η μηχανιστική απανθρωποποίηση προβλέπει κρίσεις εχθρικών περιβαλλόντων λόγω στίγματος που προκύπτει από τις συγκρίσεις των άλλων με τον εαυτό ως προς παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τις ατομικές διαφορές όπως το φύλο, η ηλικία και η αναπηρία (Wiener et al., 2014).

Προηγούμενες έρευνες καταδεικνύουν την απανθρωποποίηση διαφόρων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των Αυστραλών και των Κινέζων (Bain et al., 2009), των μεταναστών (Costello & Hodson, 2010· Hodson & Costello, 2007) και των Μαύρων (Goff et al., 2008). Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τα παιδιά αποδίδουν λιγότερη ανθρωπινότητα σε πρόσωπα της έξω-ομάδας όσο αυξάνει η ηλικία. Τα αποτελέσματα αυτά συμπληρώνουν και επεκτείνουν τον μικρό όγκο των προηγούμενων εργασιών για την ανάπτυξη της απανθρωποποίησης (Costello & Hodson, 2012· Martin et al., 2008· Villar et al., 2018). Οι Villar et al. (2018) έδειξαν

ότι τα παιδιά απέδωσαν λιγότερο κοινωνικό πόνο στα μέλη της εξω-ομάδας από τα μέλη της ενδο-ομάδας. Τα ανθρώπινα συναισθήματα και τα γνωρίσματα, η ένταξη στην ομάδα, επηρεάζουν την αντίληψη των μικρών παιδιών για το πώς φαίνεται το ανθρώπινο πρόσωπο. Συνολικά, η έρευνα αυτή δείχνει ότι η προέλευση αυτού του ισχυρού, και συχνά καταστροφικού, κοινωνικού φαινομένου εμφανίζεται σχετικά νωρίς στην ανάπτυξη (McLoughlin et al., 2016). Σε αυτό το πλαίσιο, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το αναπτυξιακό πρότυπο που προσδιορίστηκε στη μελέτη είναι παράλληλο με εκείνο που βρέθηκε σε μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με την αντίληψη του πόνου. Οι Dore, et al. (2014) διαπίστωσαν ότι, μεταξύ των ηλικιών 5 και 10, τα λευκά παιδιά παρουσιάζουν σταδιακή μείωση του βαθμού στον οποίο πιστεύουν ότι τα μαύρα παιδιά αισθάνονται πόνο. Η μειωμένη αντίληψη του πόνου των άλλων συσχετίζονται με τη μειωμένη απόδοση του νου (Gray et al., 2007· Gray & Wegner, 2009) και την αποπροσωποποίηση (Loughnan et al., 2010), υπογραμμίζοντας ότι αυτή η αναπτυξιακή περίοδος μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για την κατανόηση της προέλευσης της απανθρωποποίησης (McLoughlin et al., 2016).

Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση

Το μοντέλο της απανθρωποποίησης του Haslam στηρίζεται στην απουσία των δύο διαστάσεων της ανθρωπινότητας (χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης ή Μοναδικά Ανθρώπινων) όπου προκύπτουν οι δύο μορφές απανθρωποποίησης (Haslam, 2006· Haslam et al., 2007). Μοναδικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά όπως η ευγένεια, αμφισβήτηση, ηθική ευαισθησία όταν δεν αποδίδονται στις ομάδες ή στους ανθρώπους, τότε θεωρούνται ως μη καλλιεργημένοι, χονδροειδείς, χωρίς αυτοέλεγχο, ακατανόητοι ή παράλογοι, παιδικόμορφοι, ανώριμοι. Η συμπεριφορά τους χωρίς γνωστική διαμεσολάβηση καθοδηγείται από κατώτερα κίνητρα, ορέξεις και ένστικτα (Haslam, 2006· Haslam, 2007· Coşkun, 2015· Haslam, 2017). Αυτή είναι η

ανιμαλιστική μορφή της απανθρωποποίησης, στον πυρήνα της οποίας υπάρχει μια προφανή ή σιωπηρή ομοιότητα των ανθρώπων με τα ζώα και αναδεικνύει τα κτηνώδη ή βάρβαρα χαρακτηριστικά αυτών. Η υπό-ανθρωποποίηση αντιπροσωπεύει ένα μάλλον συγκεκριμένο και λεπτό παράδειγμα αυτής της μορφής απανθρωποποίησης, στην οποία ένα είδος μοναδικά ανθρώπινης ιδιότητας (δευτερογενή συναισθήματα) απορρίπτεται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο (Vaes, 2006· Leyens et al., 2007· Loughnan & Haslam, 2007· Haslam et al., 2008a· Haslam et al., 2008b· Vaes et al., 2012). Μια διαπολιτισμική μελέτη (Bain et al., 2009) αποκάλυψε ότι οι δύο μορφές απανθρωποποίησης μπορούν να αντικατοπτρίζουν στερεότυπα.

Η ανιμαλιστική απανθρωποποίηση είναι ένα ισχυρό φαινόμενο στις σχέσεις μεταξύ των ομάδων, δηλαδή οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται συνήθως τους άλλους από διαφορετικές εθνότητες, εθνικές καταβολές ή ταξινομήσεις σεξουαλικής ταυτότητας ως μέλη εκτός ομάδας (Castano & Kofta, 2009· Haslam, 2006· Haslam et al., 2012· Haslam et al., 2013· Leyens et al., 2003). Για παράδειγμα, οι άνθρωποι θεωρούν τα γνωρίσματα της ομάδας τους ως περισσότερα UH από τα γνωρίσματα της εξω-ομάδας (Paladino & Vaes, 2009· Vaes et al., 2010· Vaes & Paladino, 2010). Εστιάζοντας στους μετανάστες, οι Costello & Hodson (2010) αναφέρουν ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη μείωση της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης προβλέπουν μεγαλύτερο εξανθρωπισμό και συμπάθεια των μεταναστών, μειώνοντας τελικά την προκατάληψη προς τους μετανάστες. Παρόμοια μοτίβα έχουν βρεθεί σε αυτόχθονες ομάδες, με ανθρώπους που είναι πιο πιθανό να συσχετίζουν τα ερεθίσματα των ζώων με ιθαγενείς Αμερικανούς στις ΗΠΑ και Αβοριγίνες στην Αυστραλία (Castano & Giner-Sorolla, 2006· Saminaden et al., 2010). Η ανιμαλιστική απανθρωποποίηση συνδέεται επίσης με συναισθήματα όπως η αγδία (Harris & Fiske,

2006) καθώς και με την ηθική απεμπλοκή (Castano & Giner-Sorolla, 2006· Castano & Kofta, 2009).

Πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι όταν στερούνται χαρακτηριστικά μοναδικά ανθρώπινα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ισχυρότερα συναισθήματα θλίψης και ντροπής, σε σύγκριση με την εμπειρία της αρνητικής αξιολόγησης τους. Η άρνηση των χαρακτηριστικών μοναδικών ανθρώπινων, όπως η ικανότητα και ο πολιτισμός, μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους να αισθάνονται ότι είναι κατώτεροι από τους άλλους και να δημιουργήσουν συναισθήματα που προκαλούν στρεβλώσεις (Zhang et al., 2017). Η ανιμαλιστική μορφή της απανθρωποποίησης βασίζεται σε μια άμεση αντίθεση μεταξύ ανθρώπων και ζώων, ενώ στη μηχανιστική μορφή οι άνθρωποι μπορούν να συγκριθούν με τις μηχανές (Haslam, 2006· Haslam et al., 2007· Waytz et al., 2013· Haslam, & Stratemeyer, 2016).

Μηχανιστική Απανθρωποποίηση

Η άρνηση απόδοσης χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης στους άλλους, έχει ως αποτέλεσμα τη στέρηση της συναισθηματικότητας, ζεστασιάς, γνωστικού ανοίγματος, ατομικής agency, έτσι η έλλειψη συγκίνησης και ζεστασιάς τους καθιστά αδρανείς και κρύους, η έλλειψη του γνωστικού ανοίγματος (π.χ. η περιέργεια, η ευελιξία) τους καθιστά άκαμπτους και η έλλειψη agency τους καθιστά παθητικούς και η συμπεριφορά τους προκαλείται αυτόματα και δεν προωθείται από προσωπική βούληση. Αυτός ο συνδυασμός χαρακτηριστικών που αποδίδονται αντιπροσωπεύει την άποψη των άλλων ως αντικειμένων ή αυτομάτων. Αυτή η μορφή απανθρωποποίησης μπορεί επομένως να χαρακτηριστεί μηχανιστική. Η μηχανιστική απανθρωποποίηση μπορεί να καταστήσει τους άλλους ανάξιους ηθικής ανησυχίας και φροντίδας (Gray et al., 2007· Gray et al. 2011· Gray et al., 2012· Waytz et al., 2010· Waytz & Epley, 2012).

Πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι όταν αποκλείστηκαν τα χαρακτηριστικά της Ανθρώπινης Φύσης (HN), οι συμμετέχοντες είχαν γνωστική αποδόμηση και αισθάνθηκαν πιο λυπημένοι από ότι όταν έλαβαν αρνητική αλλά ανθρώπινη αξιολόγηση. Επειδή η συναισθηματικότητα είναι ένα ουσιαστικό μέρος της Ανθρώπινης Φύσης (Haslam, 2006), η άρνηση των χαρακτηριστικών HN μπορεί να προκαλέσει την αίσθηση ότι το άτομο είναι συναισθηματικά παραμελημένο, οδηγώντας σε συναισθήματα θλίψης και γνωστική αποδόμηση (Zhang et al., 2017). Υπάρχουν πολλοί τρόποι να αρνηθεί κανείς την ανθρωπινότητα. Μπορεί κανείς να αρνηθεί τις γνωστικές ικανότητες, όπως τον αυτοέλεγχο και τον ορθολογισμό, ή τις συναισθηματικές ικανότητες, όπως την αγάπη και την αμηχανία (Fincher et al., 2018).

Τα χαρακτηριστικά Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινα φαίνεται ότι έχουν μια διαπολιτισμική γενικότητα (Park et al., 2013). Τα μοναδικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά εκτιμήθηκαν ότι εμφανίζονται αργότερα στην εξέλιξη και ότι έχουν χαμηλή επικράτηση και διαπολιτισμική καθολικότητα, ενώ τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά της φύσης κρίθηκαν ότι εμφανίστηκαν νωρίς και ότι ήταν διαδεδομένα, καθολικά και συναισθηματικά (Haslam et al., 2008). Επίσης η άρνηση των χαρακτηριστικών ανθρωπινότητας μπορεί να βρεθεί από τη βασιζόμενη μεταφορά απανθρωποποίησης και το αντίστροφο (Loughnan et al., 2009). Οι επιδράσεις της μηχανιστικής απανθρωποποίησης δεν είναι καθολικά συνεπείς.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, έχει διαπιστώσει ότι ο βαθμός στον οποίο η ανθρωπινότητα έχει αποδοθεί στο εαυτό και τους άλλους είναι εκπληκτικά ευέλικτος. Οι άνθρωποι έχουν την τάση να αποδίδουν πιο ανθρώπινα χαρακτηριστικά στον εαυτό τους από ό, τι σε άλλους (Haslam & Bain, 2007· Haslam et al., 2005), αλλά και οι ίδιοι και οι άλλοι βλέπουν τους εαυτούς τους ως λιγότερο ανθρώπινους όταν ασχολούνται με τις διαπροσωπικές συγκρούσεις (Bastian & Haslam, 2010). Άλλες

μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμα και τα στερεότυπα της ομάδας είναι επαρκή για να προκαλέσουν ήπιες μορφές απανθρωποποίησης (Loughnan & Haslam, 2007). Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι μορφές της απανθρωποποίησης έχουν επίσης επιπτώσεις για τις αντιλήψεις σχετικά με την ηθική αξία, ηθική agency και ηθική ευθύνη (Bastian et al., 2011). Πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι αυτοί που αισθάνονται κοινωνικά συνδεδεμένοι ήταν λιγότερο πιθανό να αποδώσουν ανθρώπινες ψυχικές καταστάσεις στα μέλη άλλων κοινωνικών ομάδων, ιδιαίτερα όταν οι ομάδες αυτές βρίσκονταν σε απόσταση από αυτούς συγκρινόμενες με κοντινές ομάδες και ήταν επίσης πιο πιθανό να προτείνουν σκληρή αντιμετώπιση (Waytz & Epley, 2012). Ως εκ τούτου η απανθρωποποίηση είναι μια ψυχολογική διαδικασία της λήψης κατά την οποία ορισμένοι άνθρωποι φαίνονται λιγότερο ανθρώπινοι ή μη αντάξιοι της ανθρώπινης μεταχείρισης, επομένως χρησιμεύει για να αποκλείσει ηθικά τα άτομα από τους κανόνες της κοινωνίας (Ojo & Yinyinola, 2015). Οι συγκρίσεις ανάμεσα σε δυτικούς και μη-δυτικούς πολιτισμούς, (Bain et al., 2009) έχουν διακριθεί σε διαπολιτισμικές μελέτες σε αρκετά διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια υποδεικνύοντας ότι η δισδιάστατη αναπαράσταση της ανθρωπότητας μπορεί να υπάρχει πέρα από τους δυτικούς πολιτισμούς όπου αυτές οι θεωρίες αρχικά εμφανίστηκαν και αναπτύχθηκαν. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ανιμαλιστική απανθρωποποίηση είναι ένα διαπολιτισμικό φαινόμενο με ανθρώπους σε χώρες όπως η Αυστραλία, η Κίνα και η Ιταλία που αποδίδουν λιγότερη ανθρωπιά σε ομάδες εκτός της ενδο-ομάδας (Bain et al., 2009· Bain et al., 2012· Haslam et al., 2008a· Park et al., 2012). Οι Loughnan, et al. (2010) κατέδειξαν περαιτέρω ότι σε έξι διαφορετικές κουλτούρες, οι άνθρωποι τείνουν να βλέπουν τους εαυτούς τους ως πιο ανθρώπινους από τις εξω-ομάδες ιδιαίτερα όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φύσης (HN). Ωστόσο, έχουν τεκμηριωθεί κάποιες πολιτισμικές διαφορές. Οι Αυστραλοί, για

παράδειγμα, απέδωσαν λιγότερα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Φύσης αλλά περισσότερα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Μοναδικότητας στους Κινέζους απ' ότι στην ενδο-ομάδα, ενώ οι Κινέζοι απέδωσαν λιγότερα Ανθρώπινης Μοναδικότητας (αλλά όχι Ανθρώπινης Φύσης) χαρακτηριστικά στους Αυστραλούς απ' ότι στην ενδο-ομάδα (Bain et al., 2009).

Ερευνητικά ευρήματα στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση της εξω-ομάδας από την ενδο-ομάδα δείχνουν ότι τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν την κοινή γνώμη και τη διεθνή πολιτική. Συγκεκριμένα, η εστίαση έγινε στο ρόλο των συναισθημάτων που βασίζονται στην ενοχή και την απανθρωποποίηση (βλέποντας την εξω-ομάδα ως λιγότερο ανθρώπινη και πιο ανιμαλιστικά από την ενδο-ομάδα) στην πολιτική υποστήριξη για αποζημιώσεις προς μια θυματοποιημένη εξω-ομάδα. Οι συμμετέχοντες βίωσαν μεγαλύτερη ενοχή όταν έλαβαν μια πιο αρνητική εκδοχή της συμπεριφοράς της ενδο-ομάδας προς την εξω-ομάδα. Αυτή η αυξημένη ενοχή εξηγούσε εν μέρει γιατί ήταν πιο πρόθυμοι να στηρίξουν τις πολιτικές αποκατάστασης (Zebel et al., 2008).

Σε πραγματικές συγκρούσεις που εκτείνονται σε 3 ηπείρους, ερευνητικά ευρήματα παρέχουν τα πρώτα στοιχεία ότι η μετα-απανθρωποποίηση α) διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην επιθετικότητα της εξω-ομάδας, η οποία β) διαμεσολαβείται από την απανθρωποποίηση της εξω-ομάδας και γ) διακρίνεται από την μετα-προκατάληψη. Οι μελέτες καταδεικνύουν πειραματικά ότι οι Αμερικανοί που μαθαίνουν ότι οι Άραβες ή οι Μουσουλμάνοι απανθρωποποιούν τους Αμερικανούς είναι πιο πιθανό να απανθρωποποιήσουν την εξω-ομάδα. Αντίθετα, η πειραματικά αυξανόμενη απανθρωποποίηση της εξω-ομάδας δεν αύξησε τη μετά-απανθρωποποίηση (Kteily et al., 2016). Άλλη μελέτη τεκμηριώνει τις έμμεσες επιδράσεις της μετα-απανθρωποποίησης στην υποστήριξη των Αμερικανών για

επιθετικές πολιτικές έναντι των Αράβων (π.χ. βασανιστήρια) μέσω της ανθρωποποίησης των Αράβων (Kteily et al., 2016). Η μελέτη που εξετάζει τις μετα-αντιλήψεις των Ισραηλινών σε σχέση με τους Παλαιστίνιους, δείχνοντας ότι: α) η αίσθηση απανθρωποποίησης (δηλαδή η μετα-απανθρωποποίηση) είναι διαφορετική από την δυσαρέσκεια (δηλαδή μετα-προκατάληψη) και β) η μετα-απανθρωποποίηση επηρεάζει μοναδικά την επιθετικότητα μέσω της απανθρωποποίησης, ελέγχοντας για μετα-προκατάληψη. Στην μελέτη που οι Αμερικανοί συμμετέχοντες μάθαιναν ότι οι Μουσουλμάνοι ανθρωποποιούν τους Αμερικανούς (δηλαδή μετα-ανθρωποποίηση) εξανθρώπιζαν τους μουσουλμάνους με τη σειρά τους (Kteily et al., 2016). Τέλος, άλλη μελέτη καταδεικνύει ότι οι προκύπτουσες διαφορές στην εξω-ομαδική απανθρωποποίηση διαμεσολαβούνται από α) αντιληπτή απειλή ταυτότητας και β) γενική επιθυμία να ανταποκριθούν στις αντιλήψεις της εξω-ομάδας για την ενδο-ομάδα (Kteily et al., 2016). Συνοπτικά, η έρευνά μας περιγράφει τον τρόπο και τον λόγο για τον οποίο η μετα-απανθρωποποίηση συμβάλλει σε κύκλους συνεχούς βίας και εχθρότητας, παρέχοντας κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα και πολιτική (Kteily et al., 2016).

Πειραματικά ευρήματα μελέτης της σχέσης υπο-ανθρωποποίησης (Martínez et al., 2017) με την ανιμαλιστική και μηχανιστική απανθρωποποίηση δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες δεν απέδωσαν περισσότερα συναισθήματα γενικά σε καμία από τις απανθρωποποιημένες (ανιμαλιστικά και μηχανιστικά) ομάδες, αποκλείοντας μια εξήγηση όσον αφορά τη γενική συναισθηματικότητα για την κατανόηση των διαφορών μεταξύ των ομάδων. Επιπλέον, απέδωσαν περισσότερα δευτερογενή συναισθήματα στην Ανθρωποποιημένη Ομάδα σε σύγκριση με τις δύο απανθρωποποιημένες ομάδες (που δεν διέφεραν μεταξύ τους). Ακόμη και όταν ελέγχθηκαν για την απόδοση των πρωτογενών συναισθημάτων, το αποτέλεσμα αυτό

παρέμεινε το ίδιο. Επίσης μια δεύτερη μελέτη (Martínez et al., 2017) έδειξε ότι στην υπο-ανθρωποποιημένη ομάδα (χαμηλή συχνότητα εκφράσεων δευτερογενών συναισθημάτων) αποδόθηκαν χαμηλότερα επίπεδα χαρακτηριστικών τόσο Ανθρώπινης Μοναδικότητας όσο και Ανθρώπινης Φύσης σε σύγκριση με την ανθρωποποιημένη ομάδα (υψηλή συχνότητα εκφράσεων δευτερογενών συναισθημάτων). Συνολικά τα αποτελέσματα και των δυο μελετών δείχνουν ότι: α) η άρνηση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας οδηγεί στην απόδοση λιγότερων δευτερογενών συναισθημάτων, και β) μια ομάδα που εκφράζει χαμηλά επίπεδα δευτερογενών συναισθημάτων κάνει τους ανθρώπους να αποδίδουν λιγότερα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας στα μέλη της (Martínez et al., 2017).

Άλλη μελέτη (Chen & Kenrick, 2002· Eidelman & Biernat, 2003) που εξέτασε την υπόθεση αν το μοίρασμα (ανταλλαγή απόψεων) με ένα μέλος της εξω-ομάδας εξαλείφει τη διαδεδομένη τάση των ανθρώπων να απανθρωποποιούν τις εξω-ομάδες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι λευκοί συμμετέχοντες που μοιράστηκαν με έναν μαύρο ή με λευκό συμμετέχοντα που είχαν συναντήσει πρόσωπο με πρόσωπο δεν τους απανθρωποποίησαν, επομένως το μοίρασμα αντισταθμίζει τις τάσεις απανθρωποποίησης. Σε μια δεύτερη μελέτη (Haslam, 2006) που οι συμμετέχοντες μοιράζονταν ή δεν μοιράζονταν με άτομα της ίδιας ή χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες εξανθρωπίζουν τα μέλη της ενδο-ομάδας ανεξάρτητα από την κατάσταση που μοιράζονται, αλλά ότι εξανθρώπιζαν σημαντικά τα μέλη της εξω-ομάδας όταν μοιράζονταν μαζί τους (Pinel et al., 2017).

Νευρωνική Υποστήριξη του Μοντέλου Απανθρωποποίησης του Haslam.

Πρόσφατα δεδομένα των νευροεπιστημών με την απεικόνιση του εγκεφάλου έχουν εντοπίσει δύο δίκτυα τα οποία έχουν μια ανταγωνιστική ή αμοιβαία ανασταλτική σχέση μεταξύ τους: το δίκτυο προεπιλεγμένου τρόπου λειτουργίας (Default Mode Network), το οποίο έχει την τάση να είναι απενεργοποιημένο όταν οι συμμετέχοντες ασχολούνται με μια ποικιλία στόχων και το θετικό δίκτυο εργασιών (Task-Positive Network), το οποίο ενεργοποιείται κατά τη διάρκεια των ίδιων εργασιών. Η συλλογιστική σχετικά με τις εσωτερικές ψυχικές καταστάσεις σχετίζεται με την ενεργοποίηση του δικτύου προεπιλεγμένης λειτουργίας (DMN) και την απενεργοποίηση του θετικού δικτύου εργασίας (TPN), ενώ η συλλογιστική για τις μηχανικές διαδικασίες παράγει το αντίθετο πρότυπο ακολουθώντας την αντίστροφη πορεία. Ευρήματα μελετών με συνθήκες ανθρωπότητας και απανθρωποποίησης συσχετίστηκαν με σχετικά υψηλή δραστηριότητα στο δίκτυο DMN και σχετικά χαμηλή δραστηριότητα στο TPN (Jack et al., 2013b). Το DMN περιλαμβάνει υψηλού επιπέδου φλοιϊκούς κόμβους όπως ο διάμεσος προμετωπιαίος φλοιός, οι οποίοι ανταλλάσσουν νευρωνικά σήματα με υποφλοιώδη συστήματα και με άλλες συσχετιστικές και πολυτροπικές περιοχές του φλοιού, ειδικά με τα συστήματα που είναι υπεύθυνα για την συγκινησιακή μάθηση και μνήμη. Η ενεργοποίηση του DMN, καταστέλλει τη δραστηριότητα χαμηλότερων συστημάτων (Carhart-Harris & Friston, 2010).

Τα ευρήματα συμφωνούν με την υπόθεση των αντίθετων περιοχών (Jack et al., 2013a), σύμφωνα με την οποία η αμοιβαία ανασταλτική σχέση μεταξύ του DMN και του TPN αντικατοπτρίζει μια γνωστική ένταση μεταξύ δύο γνωστικών τρόπων: μια συναισθηματικά εμπλεκόμενη μορφή κοινωνικής γνώσης και ένα πιο αποσπασματικό αναλυτικό γνωστικό τρόπο που προσλαμβάνεται όταν σκεφτόμαστε

φυσικούς μηχανισμούς καθώς και όταν ασχολούμαστε με μια ποικιλία προσοχής που απαιτεί μη κοινωνικά καθήκοντα. Η Προβλητική στάση περιλαμβάνει την προβολή του άλλου ως παράγοντα των οποίων οι ενέργειες οδηγούνται από εσωτερικές ψυχικές καταστάσεις. Το μοντέλο προβλέπει ότι η ανθρωποποίηση συνεπάγεται τη δέσμευση της Φαινομενικής στάσης, ενώ η απανθρωποποίηση περιλαμβάνει την απεμπλοκή της Φαινομενικής στάσης (Jack et al., 2013b). Έχοντας υπόψη τα παραπάνω οι Jack et al. (2013b) βρήκαν την τάση των περιοχών TPN και/ή μηχανικής συλλογιστικής να ενεργοποιήσουν περισσότερο την ανιμαλιστική κατάσταση απανθρωποποίησης. Στις περιοχές DMN και/ή κοινωνικού δικτύου η μεγαλύτερη απενεργοποίηση παρατηρήθηκε σταθερά για τη μηχανιστική κατάσταση απανθρωποποίησης. Στον αντίποδα, η ανιμαλιστική κατάσταση απανθρωποποίησης χαρακτηριζόταν από αυξημένη ενεργοποίηση σε περιοχές μηχανιστικής συλλογιστικής.

Φαίνεται όμως ότι οι κοινωνικές αφηγήσεις που απανθρωποποιούν μηχανιστικά τα άτομα που μπορούν να εντοπιστούν είναι διαφορετικές από τις συνθήκες ανθρωποποίησης μόνο από την άποψη της μειωμένης δραστηριότητας σε κοινωνικούς τομείς λογικής. Αντίθετα, οι αφηρημένες επιστημονικές απεικονίσεις της ανθρώπινης φύσης, οι οποίες ενθαρρύνουν ενεργά τους συμμετέχοντες να σκεφτούν μηχανιστικά, διακρίνονται από τις συνθήκες ανθρωποποίησης τόσο από την άποψη της μειωμένης δραστηριότητας σε κοινωνικούς τομείς λογικής όσο και από την έντονη αύξηση της δραστηριότητας στις περιοχές μηχανιστικής συλλογιστικής. Φαίνεται ότι η συλλογιστική που σχεδιάστηκε με βάση τις ανθρώπινες επιστήμες ενεργοποιεί το TPN και απενεργοποιεί τον DMN με παρόμοιο τρόπο με τη λογική που βασίζεται στη φυσική. Φαίνεται ότι υπάρχει μια νευρική διάκριση μεταξύ της κοινωνικής διαδικασίας αντικειμενοποίησης των άλλων (η οποία δεν προσλαμβάνει

περιοχές μηχανιστικής συλλογιστικής) και μια διαδικασία περισσότερο παρόμοια με την επιστημονική συλλογιστική η οποία περιλαμβάνει τη σκέψη της μηχανικής φύσης των μη-αναγνωρίσιμων ανθρώπων στις λογικές περιοχές και ως εκ τούτου έχει μια νευρωνική υπογραφή συνεπή με τη μετάβαση στη φυσική στάση (Jack et al., 2013b).

Η διαπίστωση ότι υπάρχει αλληλεπικάλυψη των νευρωνικών μηχανισμών που αποτελούν τη βάση της μοναξιάς και της απανθρωποποίησης υποδηλώνει μια ελπιδοφόρα οδό για περαιτέρω έρευνα. Η μηχανιστική απανθρωποποίηση μπορεί να αντιπροσωπεύει έναν μεταδοτικό τρόπο σκέψης που μεσολαβεί στη διάδοση της μοναξιάς μέσω των κοινωνικών δικτύων (Jack et al., 2013a). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η τάση αυτών των δικτύων να αλληλοκαταπιέζονται είναι ένας δείκτης καλής ψυχολογικής υγείας: η μειωμένη καταστολή μεταξύ αυτών των δικτύων έχει εντοπιστεί σε ένα ευρύ φάσμα νευροψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών που χαρακτηρίζονται από κοινωνική δυσλειτουργία όπως ο αυτισμός και η σχιζοφρένεια (Buckner et al., 2004). Είναι περίεργο το γεγονός ότι η ανιμαλιστική απανθρωποποίηση, που μπορεί να θεωρηθεί ως η πιο κοινωνικά καταστρεπτική μορφή απανθρωποποίησης, συνεπάγεται την ενεργοποίηση αυτών των δικτύων. Φαινόμενο που αξίζει να σημειωθεί πως συμβαίνει επίσης στις ψυχικές διαταραχές. Πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ο εξοστρακισμός συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις και ψυχολογικό κόστος, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης αίσθησης προσωπικής αυτονομίας (Legate et al., 2013). Μια σημαντική επίπτωση αυτών των ευρημάτων είναι ότι μπορεί να υπάρξει μια φυσιολογικά μεσολαβούμενη σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της απανθρωποποίησης. Μια πιθανότητα είναι η τάση των ψυχικών διαταραχών να αυξήσουν τη βίαιη συμπεριφορά, που εν μέρει προκαλείται από μια αυξημένη τάση προς απανθρωποποίηση, φαινόμενο που μπορεί να επιδεινώσει την ψυχική υγεία. Η

τελευταία πιθανότητα φαίνεται ιδιαίτερα ανησυχητική δεδομένου του ισχυρισμού του Szasz ότι η βιολογική ψυχιατρική τείνει να απανθρωποποιεί τον ασθενή (Jack et al., 2013b).

Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν, γίνεται αφενός αντιληπτό πως η απανθρωποποίηση παίρνει σάρκα και όστα μέσω των νευροεπιστημών. Το φαινόμενο εξηγείται και προσεγγίζεται καλύτερα, ενώ αποδεσμεύεται από το καθαρά θεωρητικό του πλαίσιο. Αφετέρου, υπογραμμίζεται η ύπαρξη του συγκεκριμένου φαινομένου στον τομέα της ψυχικής υγείας, αναδεικνύοντας την ανάγκη για διερεύνηση της απανθρωποποίησης στον τομέα αυτό.

Μοντέλο Απανθρωποποίησης Gray, Gray & Wegner. Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση για την απανθρωποποίηση προέκυψε από την πρόσφατη μελέτη για την αντίληψη του νου, στη μελέτη των αποδόσεων του νου σε οντότητες κάθε είδους (Waytz et al., 2010). Η ικανότητα να αποδίδεται η ψυχική κατάσταση σε άλλους (mentalizing) αναφέρεται ως «θεωρία του νου» (Premack & Woodruff, 1978) ή «νοητικοποίηση» (Frith & Frith, 2003). Η νοητικοποίηση (mentalizing) περιλαμβάνει διάφορες γνωστικές διαδικασίες. Είναι κρίσιμη για την κατανόηση των άλλων και για την αποτελεσματική επικοινωνία. Επειδή οι άνθρωποι δεν έχουν άμεση πρόσβαση στο νου των άλλων ανθρώπων, πρέπει να χρησιμοποιήσουν τα συνθήματα (π.χ. εξωτερικές ενδείξεις, προσωπική προσομοίωση) για να συναγάγουν την ύπαρξη και το περιεχόμενο των νοητικών καταστάσεων των άλλων παραγόντων (Cikara et al., 2011). Η αντίληψη του νου περιλαμβάνει την ανάγκη για κοινωνική σύνδεση και την ομοιότητα μεταξύ του εαυτού και του άλλου προσώπου. Η απόδοση νου παρέχει σε μια οντότητα ηθικά δικαιώματα και οι δράσεις αποκτούν νόημα (Waytz et al., 2010). Η τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται λιγότερο νου στον άλλο μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή παθητικής απανθρωποποίησης που απορρέει από την εγγενή δυσκολία

να κατανοήσει έναν άλλο νου όπως αντιλαμβάνεται το δικό του νου (Waytz et al., 2013· Waytz & Schroeder, 2014).

Η απανθρωποποίηση είναι η άρνηση του νου -των ικανοτήτων για agency (π.χ. της πρόθεση και της ελεύθερη βούληση) και εμπειρία (π.χ., συναίσθημα και συγκίνηση) (Gray et al., 2007). Το να υπάρχει ένας νους με υψηλή ικανότητα για agency και εμπειρία φαίνεται να είναι η ουσία της ανθρωπότητας. Οι άνθρωποι αποδίδουν αυτές τις ικανότητες πλήρως αποκλειστικά σε ενήλικους ανθρώπους που είναι παρόμοιοι με τον εαυτό τους (Gray et al., 2007), και την προσδιορίζουν ως ευδιάκριτη ανθρώπινη τάση να απαιτούν agency και εμπειρία (Epley et al., 2013· Waytz et al., 2013). Η αντιμετώπιση ενός ανθρώπινου νου σαν μηχανή αποτελεί βασικό συστατικό της απανθρωποποίησης, ενώ η κατανομή ενός ανθρώπινου μυαλού σε μια μηχανή αποτελεί βασική συνιστώσα του ανθρωπομορφισμού (Schroeder & Epley, 2016).

Η ουσία της απανθρωποποίησης είναι η άρνηση ενός ξεχωριστού ανθρώπινου νου σε ένα άλλο πρόσωπο. Οι άνθρωποι συνήθως σκέφτονται ένα νου από την άποψη των δύο διαστάσεων: την εμπειρία (ικανότητα να αισθάνονται ευχαρίστηση και πόνο), και agency (ικανότητα να σχεδιάζουν, την πρόθεση, και την άσκηση επιλογής) (Gray & Wegner, 2008). Ο Gray και οι συνεργάτες του μελετώντας τις Διαστάσεις της Αντίληψης του Νου βρήκαν δύο παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας ονομάζεται Εμπειρία (Experience) και περιλαμβάνει 11 καταστάσεις: πείνα, φόβο, πόνο, χαρά, οργή, επιθυμία, προσωπικότητα, συνείδηση, περηφάνια, αμηχανία, και ευχαρίστηση. Ο δεύτερος παράγοντας ονομάζεται Αυτενέργεια (Agency) και περιλάμβανε 7 καταστάσεις: αυτοέλεγχο, ηθική ικανότητα, μνήμη, αναγνώριση συναισθημάτων, σχεδιασμό, επικοινωνία, και τη σκέψη (Gray et al, 2007). Η διάσταση agency υποδηλώνει σαφώς τη διάκριση ανθρώπου-ζώου και αντιστοιχεί στην κατανόηση της

Ανθρώπινης Μοναδικότητας, οπότε αναμένουμε ότι η ανασταλτική μορφή της ηθικής agency θα συνδεθεί με αυτήν. Αναφέρεται στην εμπλοκή σε αιτιολογημένη δράση, τον αυτοέλεγχο, τον στρατηγικό σχεδιασμό ή τη συμπεριφορά που κατευθύνεται από στόχους, η οποία καθοδηγείται από τις γνώσεις, τις προτιμήσεις και τις πεποιθήσεις. (Epley & Waytz 2010· Waytz et al., 2014· Varga, 2016). Η agency ασχολείται πρωτίστως με τις γνωστικές ικανότητες υψηλότερης τάξης παρά με τα χαρακτηριστικά που χαρακτηρίζουν την ουσία των ανθρώπων (Li et al., 2014). Οι διαστάσεις κυρίως διαφοροποίησαν τους ζωντανούς ανθρώπους και τα ζώα από άψυχες, μηχανικές οντότητες όπως νεκρούς, ρομπότ και τον Θεό. Η εμπειρία ανταποκρίνεται στενά στη διάστασή της Ανθρώπινης Φύσης (Haslam et al., 2006· Haslam et al., 2008b· Haslam & Loughnan 2014· Christoff, 2014).

Η αντιληπτή απανθρωποποίηση υποδηλώνει ότι οι κρίσιμες προσαρμογές στην ομαδική ζωή, όπως η ικανότητά μας να επιβάλλουμε κανόνες απαραίτητους για την επίτευξη και διατήρηση της συνεταιριστικής ισορροπίας, εσωτερικοποιούνται σε ένα εκπληκτικά βασικό αντιληπτικό-γνωστικό επίπεδο ψυχικής λειτουργίας. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι οπτικοί μηχανισμοί που επιτρέπουν την τυπική επεξεργασία προσώπου παρεμποδίζονται όταν μαθαίνει κάποιος ότι το απεικονιζόμενο πρόσωπο έχει παραβιάσει το νόμο. Οι αντιληπτικές επιδράσεις από την απανθρωποποίηση διευκόλυναν την τιμωρητική συμπεριφορά. Η αντιληπτική απανθρωποποίηση δρα για να διευκολύνει τη βλάβη (Fincher & Tetlock, 2016). Πέρα από την άρνηση του νου, ο άνθρωπος που υφίσταται απανθρωποποίηση γίνεται αντιληπτός όχι ως όλο αλλά ως ένα μέρος του σώματός του. Αν και η άρνηση του νου είναι έγκυρος δείκτης της απανθρωποποίησης, αποτυγχάνει να συλλάβει όλες τις μορφές απανθρωποποίησης. Η ανθρωπινότητα περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από

σκέψη και αίσθηση. Η γενίκευση σε όλη την απανθρωποποίηση των διαπιστώσεων σχετικά με την άρνηση του νου είναι επομένως εσφαλμένη (Fincher et al., 2018).

Πηγαίνοντας τα πράγματα λίγο πιο μακριά, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε πως μια μόνο πληροφορία θα αρκούσε ώστε να μας κάνει να πάψουμε να βλέπουμε τον άνθρωπο και να εστιάζουμε στον άρρωστο, στον παράνομο, στον φυλοακισμένο και ό,τι κατά κάποιον τρόπο αποκλίνει από το φυσιολογικό. Η απανθρωποποίηση λοιπόν ίσως να μην είναι και ένα τόσο μακρινό φαινόμενο όσο θα θέλαμε, ή όσο αυτό δείχνει.

Μοντέλο Απανθρωποποίησης Harris & Fiske. Ένα τέταρτο θεωρητικό μοντέλο για την απανθρωποποίηση αναπτύχθηκε από τις Harris & Fiske (2006). Ορίζουν την απανθρωποποίηση ως την αντίληψη ενός ατόμου ως μη ανθρώπινο με κάποιους τρόπους, όπως η έλλειψη του νου (Harris & Fiske, 2009). Το μοντέλο στηρίζεται στο μοντέλο στερεοτυπικού περιεχομένου (SCM; Fiske et al., 2002) προβλέπει διαφοροποιημένες προκαταλήψεις. Ενσωματώνει μία θεμελιώδη εκτίμηση φίλου-εχθρού (θέρμη) και μια ικανότητα απόφασης (ικανότητα). Το ΜΣΠ προτείνει ότι οι κοινωνικές ομάδες εκτιμώνται ότι προτίθενται είτε να βοηθήσουν είτε να βλάψουν (θέρμη) και είτε είναι σε θέση είτε όχι να θεσπίσουν τις εν λόγω προθέσεις (ικανότητα) (Cuddy et al., 2008· Fiske et al., 2002). Ριζωμένες στην κλασική αντίληψη του ατόμου (Rosenberg et al., 1968), οι διαστάσεις αυτές διαφοροποιούν τις ομάδες σε τέσσερα κλάστερ θέρμης X ικανότητας (warmth and competence) . Οι άνθρωποι που θεωρούνται ως ζεστοί και ικανοί προκαλούν ομοιόμορφα θετικά συναισθήματα και συμπεριφορά, ενώ εκείνοι που γίνονται αντιληπτοί ότι στερούνται ζεστασιάς και επάρκειας προκαλούν ομοιόμορφα αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορά. Οι άνθρωποι που ταξινομούνται υψηλά σε μία διάσταση και χαμηλά στην άλλη προκαλούν προβλέψιμες, αμφίρροπες συναισθηματικές και

συμπεριφορικές αντιδράσεις. Αυτές οι καθολικές διαστάσεις εξηγούν τόσο τη διαπροσωπική όσο και την διομαδική κοινωνική γνώση. Σύμφωνα με την πρόσφατη θεωρία και έρευνα η διάσταση της ζεστασιάς καταγράφει χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την αντίληψη, συμπεριλαμβανομένης της φιλικότητας, της ειλικρίνειας, της αξιοπιστίας και της ηθικής, ενώ η διάσταση της ικανότητας αντικατοπτρίζει χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την αντιληπτή ικανότητα, τη δημιουργικότητα και την αποτελεσματικότητα. Εν ολίγοις, αν και οι δύο διαστάσεις είναι θεμελιώδεις για την κοινωνική αντίληψη, οι κρίσεις για τη ζεστασιά φαίνεται ότι είναι πρωτογενείς, γεγονός που αντικατοπτρίζει τη σημασία της εκτίμησης των προθέσεων των άλλων ανθρώπων πριν προσδιοριστεί η ικανότητά τους να πραγματοποιήσουν αυτές τις προθέσεις (Fiske et al., 2007).

Οι Harris & Fiske υποστηρίζουν ότι το φαινόμενο της απανθρωποποίησης συμβαίνει όταν το νευρωνικό δίκτυο που υποκινεί την κοινωνική γνώση (π.χ., μετωπιαίος, προμετωπιαίος φλοιός, ανώτερος κροταφικός λοβός) αποτυγχάνει να ενεργοποιηθεί με κανονικό τρόπο όταν αντιληφθεί έναν ανθρώπινο στόχο. Σε μια πρόσφατη μελέτη νευροαπεικόνισης, οι Harris και Fiske (2006) απέδειξαν ότι τα μέλη ακραίων ομάδων είναι τόσο απανθρωποποιημένα, ώστε να μην μπορούν καν να κωδικοποιηθούν ως κοινωνικά όντα. Όταν οι συμμετέχοντες εξέτασαν στόχους από άκρως στιγματισμένες κοινωνικές ομάδες (π.χ. άστεγοι και τοξικομανείς) που τους προκαλούσαν αηδία, η περιοχή του εγκεφάλου που ενεργοποιείται για την κοινωνική αντίληψη (ο μέσος προμετωπιαίος φλοιός) δεν ενεργοποιήθηκε. Εκείνοι που γίνονταν αντιληπτοί ως πολιτισμικά κατώτεροι δεν θεωρούνταν άξιοι κοινωνικής εκτίμησης σε νευρωνικό επίπεδο. Δεδομένου ότι οι Harris και Fiske χρησιμοποίησαν ομάδες που παραδοσιακά εκπροσωπούνται κατά τρόπο απανθρωποποιημένο, είναι εύλογο να πιστέψουμε ότι υπάρχει μια νευρωνική συσχέτιση με την ακραία κοινωνική

υποτίμηση και τον ηθικό αποκλεισμό (Ortowitz, 1990). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι όσο αυξάνεται η αηδία προς έναν παραβάτη τόσο αυτός απανθρωποποιείται και μειώνεται η ενσυναίσθηση για αυτόν. Η απανθρωποποίηση και η μειωμένη ενσυναίσθηση προέβλεπαν την πεποίθηση ότι ο δράστης αποτελεί απειλή για την κοινωνία (Stevenson et al., 2015).

Η νευροεπιστημονική έρευνα έχει συγκεκριμενοποιήσει την απανθρωποποίηση από την άποψη της απενεργοποίησης του έσω προμετωπιαίου φλοιού (Medial Prefrontal Cortex - MPFC) -μιας περιοχής που εμπλέκεται στη νοητικοποίηση- κατά την αξιολόγηση ενός άλλου πρόσωπο (Harris & Fiske, 2006· Cikara et al., 2011). Η απανθρωποποίηση είναι νευρωνικά ένα ξεχωριστό φαινόμενο από τις παραδοσιακές μορφές προκατάληψης. Είναι σημαντικό ότι ακόμη και οι περιφρονημένες ομάδες δεν προκαλούν παρόμοιες νευρωνικές αντιδράσεις, γεγονός που υποδηλώνει ότι η απανθρωποποίηση δεν είναι απλώς μια ακραία μορφή ρητής προκατάληψης (Wilde et al., 2014).

Η αντίληψη του νου διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη σκέψη για την απανθρωποποίηση ενός ανόμοιου άλλου. Εάν η συμπεριφορά που πράττει ο άλλος είναι τόσο εξευτελιστική που δεν μπορούμε να φανταστούμε να την εκτελούμε εμείς οι ίδιοι, τότε οι άνθρωποι απανθρωποποιούνται. Επομένως η ηθική κρίση αυξάνει ή υποβαθμίζει την ανθρώπινη κατάσταση των ανθρώπων που απανθρωποποιούνται. Η αμυγδαλή και η νησίδα είναι το νευρωνικό δίκτυο της αντίληψης. Η αμυγδαλή επιτρέπει την κοινωνική αλληλεπίδραση και ίσως ενεργοποιεί τη νοητικοποίηση. Η νησίδα, που ενεργεί επίσης σε μια σειρά από αποτελεσματικά ερεθίσματα και μερικές φορές συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, επιτρέπει επίσης την ενσυναίσθηση. Πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι οι άνθρωποι δεν φαντάζονται τις ψυχικές καταστάσεις των απανθρωποποιημένων στόχων. Αυτό το φαινόμενο, η

απανθρωποποιημένη αντίληψη, ανταποκρίνεται σε κοινωνικούς στόχους που ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες που θεωρούνται ως χαμηλές στη ζεστασιά και την ικανότητα και προκαλούν αηδία. Υπάρχει μειωμένη ενεργοποίηση στη περιοχή MPFC του εγκεφάλου που είναι απαραίτητη για την κοινωνική γνώση, όταν οι άνθρωποι εξετάζουν αυτούς τους απανθρωποποιημένους στόχους, σε σύγκριση με άλλους κοινωνικούς στόχους (Harris & Fiske, 2009).

Σε μία μελέτη (Haslam et al., 2008b) τα ευρήματα δείχνουν άμεση σχέση μεταξύ ανθρωπινότητας (Μοναδικά Ανθρώπινο και Ανθρώπινη Φύση) και των παγκόσμιων διαστάσεων του μοντέλου του στερεοτυπικού περιεχομένου (ζεστασιά και ικανότητα). Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι αυτές οι διαστάσεις συσχετίζονταν, αλλά ταυτόχρονα διαφέρουν σημαντικά. Ενώ οι αξιολογήσεις της ανθρώπινης φύσης τείνουν να σχετίζονται θετικά τόσο με τη ζεστασιά όσο και με την ικανότητα, οι ομάδες που κρίθηκαν υψηλές στην ανθρώπινη μοναδικότητα τείνουν να θεωρούνται ικανές, αλλά όχι ζεστές. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι εξω-ομάδες χαμηλού κύρους θεωρούνται ως λιγότερο μοναδικά ανθρώπινες σε σύγκριση με τις εξω-ομάδες υψηλού κύρους (Vaes et al., 2010). Άλλες έρευνες για τα ηθικά διλήμματα, όπου ο θάνατος ενός ατόμου θα μπορούσε να σώσει τη ζωή των άλλων ανθρώπων, δείχνουν ότι θεωρείται πιο αποδεκτό από ηθική άποψη να θυσιάσει τη ζωή του ένα μέλος μιας εξω-ομάδας χαμηλού κύρους για να σώσει τα μέλη της ενδο-ομάδας και είναι λιγότερο αποδεκτό να σωθεί ένα μέλος της εξω-ομάδας χαμηλού κύρους όταν ένα μέλος της ενδο-ομάδας πρέπει να πεθάνει. Οι Cikara et al. (2010) διαπίστωσαν ειδικές νευρικές συσχετίσεις για αυτές τις αξιολογήσεις. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν στη μελέτη των Vaes & Paladino (2010) που δείχνουν ότι οι εξω-ομάδες που στερούνται ζεστασιά και ικανότητα απανθρωποποιούνται.

Η αντίληψη του άτομου μπορεί να κατανοηθεί ως μια διαδικασία δύο σταδίων. Το πρώτο στάδιο συνίσταται στην αντίληψη της φυσικής κατάστασης του ατόμου. Αυτό απαιτεί αντιστοίχιση μοτίβου, όπως γίνεται και σε οποιοδήποτε αντικείμενο. Ομοίως, βασιζόμαστε στη φυσική μορφή άλλων ανθρώπων για να τους τοποθετήσουμε σε κοινωνικές ομάδες και ρόλους. Αυτό το πρώτο στάδιο είναι ουσιαστικά αναπόφευκτο. Το δεύτερο στάδιο είναι προαιρετικό και συνεπάγεται την εξαγωγή συμπερασμάτων για το νου του ατόμου. Αυτό όχι μόνο προσφέρει μια εναισθησία για την προσωπικότητα, αλλά μας επιτρέπει να παράγουμε επεξηγήσεις και προβλέψεις σχετικά με την πιθανή συμπεριφορά του ατόμου. Ως αποτέλεσμα, η ανθρώπινη αντίληψη είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία απαιτεί μια σειρά από περιοχές του εγκεφάλου. Πλήρης ανθρώπινη αντίληψη, μια άποψη του άλλου προσώπου ως άξιου προστασίας, ενσυναίσθησης και συμπόνιας, εμπλέκει το εγκεφαλικό δίκτυο της αντίληψης πρόσωπου (Harris & Fiske, 2009).

Νεώτερα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η απανθρωποποίηση μπορεί να συμβεί όχι μόνο σε άτομα με στιγματισμένη ταυτότητα αλλά και για λόγους πέρα από το κίνητρο των αντιλαμβανόντων να απανθρωποποιήσουν τους άλλους. Τρεις μελέτες με τη χρήση αντεστραμμένων προσώπων δείχνουν ότι η ενεργοποίηση των ανθρώπινων σχετικών εννοιών, η κατηγοριοποίηση των προσώπων ως ανθρώπινων και η περιγραφή της ανθρωπότητας ήταν ευαίσθητα στην αντίστροφη πρόκληση, πράγμα που διαταράσσει αξιόπιστα την αυθόρμητη διαμορφωτική επεξεργασία που είναι χαρακτηριστική των όρθιων όψεων (Hugenberg et al., 2016). Η κύρια περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται στην αντίληψη του προσώπου είναι ο μέσος προμετωπιαίος φλοιός (MPFC). Άλλες περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην αντίληψη του ατόμου βρίσκονται στο κροταφικό λοβό. Η έρευνα της κοινωνικής ψυχολογίας και της νευροεπιστήμης έχει καταγράψει την εναλλακτική

λύση για την αντίληψη του προσώπου, δηλαδή, την απανθρωποποιημένη αντίληψη: η άποψη σύμφωνα με την οποία το άλλο πρόσωπο δεν είναι πλήρως ανθρώπινο (Harris, 2014). Η απανθρωποποιημένη αντίληψη συνοδεύεται από μικρότερη χρήση των ρημάτων που περιγράφουν το νου ενός ατόμου (όπως ελπίζω, χαλαρώνω, επιθυμώ, θέλω) και τη δική του agency (πρώτο πρόσωπο vs. τρίτο πρόσωπο), όταν σκεφτόμαστε εκείνους τους απανθρωποποιημένους στόχους (Harris & Fiske, 2011· Cikara et al., 2011).

Νεώτερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η απανθρωποποίηση των ομάδων-στόχων συσχετίστηκε με δραστηριότητα σε τέσσερις περιοχές του εγκεφάλου: νωτιαίος μέσος βρεγματικός φλοιός (PC), δύο περιοχές στον αριστερό κατώτερο βρεγματικό φλοιό (IPC) και στον αριστερό κατώτερο μετωπιαίο φλοιό (IFC). Η συμπάθεια των ομάδων στόχων συνδέεται με δραστηριότητα στην περιοχή του φλοιού του οπισθίου προσαγωγίου (PCC) (Bruneau et al., 2018).

Επομένως, μπορούμε να συμπεράνουμε πως η απανθρωποποίηση οφείλεται στις διεργασίες διάφορων περιοχών του εγκεφάλου και πως δεν είναι μια τόσο απλή λειτουργία που να εντοπίζεται αποκλειστικά σε πρόσωπα συμπάθειας ή αντιπάθειας. Δεν απανθρωποποιούμε δηλαδή ό,τι δεν συμβαδίζει με την κοινωνική νόρμα και φαντάζει ξένο στα μάτια ή στις αντιλήψεις μας.

Αυτο-απανθρωποποίηση (Self-dehumanization). Η απανθρωποποίηση δεν αφορά μόνο τις αντιλήψεις για τους άλλους αλλά και τις αντιλήψεις για τον εαυτό. Αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της επιβλαβούς μεταχείρισης από τους άλλους, ή μπορεί να προκληθεί από τη συμπεριφορά μας όταν έχει καταστροφικές συνέπειες στους άλλους (Yang et al., 2015). Η αυτο-απανθρωποποίηση (Self-dehumanization) έχει συνέπειες για τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά. Η αυτο-απανθρωποποίηση συνδέεται αποτρεπτικά με την αυτογνωσία, οδηγεί σε γνωστικές αποικοδομητικές

καταστάσεις και συναισθήματα ντροπής, ενοχής, λύπης και θυμού. Η αυτό-απανθρωποποίηση μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως κινητήριο δύναμη της συμπεριφοράς του ανθρώπου με στόχο την αποκατάσταση της βλάβης που έχει προκαλέσει σε κάποιον άλλον άνθρωπο, ως μια προσπάθεια να επανακτήσει ο δράστης την ανθρωπινότητα που έχασε (Bastian & Crimston, 2014).

Πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν πως όταν οι άνθρωποι νιώθουν ότι εξοστρακίζονται τότε βλέπουν τον εαυτό τους ως λιγότερο ανθρώπινο (Bastian & Haslam, 2011), όταν οι άνθρωποι είναι ανίσχυροι ή ελέγχονται (Moller & Deci, 2009) και όταν οι άνθρωποι αναγνωρίζουν ότι οι πράξεις τους είναι ηθικά εσφαλμένες (Bastian & Crimston, 2014). Τα παραπάνω ευρήματα αφορούν όχι μόνο τις γνωστικές (αυτό-αντιλήψεις) αλλά και τις μεταγνωστικές (μετά-αντιλήψεις) διεργασίες του ανθρώπου (Yang et al., 2015). Προηγούμενη έρευνα δείχνει ότι οι δύο τύποι των ανθρώπινων χαρακτηριστικών (ανθρώπινη φύση και ανθρώπινη μοναδικότητα) συμβάλλουν στην αυτο-αντίληψη και μετα-αντίληψη του ανθρώπου μέσα στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων (Bastian & Haslam, 2010· Bastian & Haslam, 2011). Επίσης άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τα ανίσχυρα άτομα θεωρούνται ότι δεν έχουν την ωριμότητα, τη λογική, την υπευθυνότητα, τον αυτοέλεγχο, την εμπιστοσύνη και την αξία, που γενικά θεωρούνται ως κυρίαρχα χαρακτηριστικά ανθρώπινης μοναδικότητας (Haslam, 2006· Leyens et al., 2001) και ως εκ τούτου, τα ανίσχυρα άτομα τείνουν να θεωρούνται ότι έχουν λιγότερα χαρακτηριστικά ανθρώπινης μοναδικότητας, καθιστώντας τα πιο ζώωδη. Συγκεκριμένα η αδυναμία οδηγεί τους ανθρώπους να αποδίδουν λιγότερα γνωρίσματα ανθρώπινης μοναδικότητας στην αυτό-αντίληψη και λιγότερα χαρακτηριστικά ανθρώπινης φύσης στην μετα-αντίληψη (Yang et al., 2015).

Στην πραγματικότητα, τα κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα προσδίδουν λιγότερη ανθρωπινότητα στους ίδιους και τους δράστες του κοινωνικού αποκλεισμού (Bastian & Haslam, 2010), σαν να απειλεί ο κοινωνικός αποκλεισμός όχι μόνο στην ανάγκη μας για σύνδεση με άλλους ανθρώπους, αλλά και την απόλυτη αίσθηση ότι είμαστε άνθρωποι (Zhang et al., 2015). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα που αντικειμενοποιούνται (objectification) θεωρούν τους εαυτούς τους λιγότερο ζεστούς, ικανούς και ηθικούς, τους αφαιρείται η ανθρώπινη φύση και η ανθρώπινη μοναδικότητα, με αποτέλεσμα η αντικειμενοποίηση να εσωτερικευθεί ως αυτό-απανθρωποποίηση. Τα παραπάνω ευρήματα αφορούν τόσο τους άντρες όσο και τις γυναίκες και είναι εξίσου επιζήμια καθώς επίσης φαίνεται ότι όταν το περιβάλλον, δηλαδή ο εργασιακός χώρος, αντικειμενοποιεί τους ανθρώπους τότε αλλάζει τις αυτό-αντίληψεις τους (Loughnan et al., 2017). Η αυτό-απανθρωποποίηση μπορεί και να παρακινεί την τάση να συμμετάσχουν σε φιλοκοινωνικές δράσεις επειδή το υποκειμενικό κίνητρο είναι να αποκαταστήσει την ανθρωπινότητα στα μάτια των άλλων, καθώς και στο πλαίσιο της αυτό-αντίληψης (Bastian & Crimston, 2014). Οι μελέτες επίσης δείχνουν τη σημασία της ανθρωποποίησης του εαυτού ως μέσο για τη διαχείριση του φόβου θανάτου (Vaes et al., 2010).

Αυτό-ανθρωποποίηση (self-humanazing). Κλείνοντας με την παρουσίαση των μοντέλων απανθρωποποίησης, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί η αυτό-ανθρωποποίηση (self-humanazing) ως συμπλήρωμα της διεπιστημονικής έρευνας της απανθρωποποίησης. Η αυτό-ανθρωποποίηση είναι η τάση να αποδίδεται μεγαλύτερη ανθρωπινότητα στον εαυτό παρά σε άλλους (Park et al., 2012· Haslam, 2017). Κατά τους Haslam και Bain (2007) α) η απόδοση μεγαλύτερης ανθρωπιάς στον εαυτό από ό,τι στους άλλους μπορεί να αντικατοπτρίζει εν μέρει μια χρόνια εστίαση στον εαυτό, έτσι ώστε τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά να φαίνονται πιο σημαντικά από αυτά των

άλλων ανθρώπων. Β) Η αυτό-ανθρωποποίηση μπορεί να αντανακλά την έλλειψη ενσυναίσθησης προς τον άλλον που βασίζεται σε ένα ανεπαρκές συναισθηματικό ενδιαφέρον για τον άλλον ή στην αποτυχία να δεχθεί κανείς την οπτική του άλλου. Γ) Η αυτό-ανθρωποποίηση μπορεί να αντικατοπτρίζει την ερμηνεία των άλλων, συγκεκριμένα την αποτυχία του ανθρώπου να αντιληφθεί τον άλλο ως συγκεκριμένο, διαφοροποιημένο ή πλήρως συνειδητοποιημένο πρόσωπο.

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι όταν οι άνθρωποι κάνουν τις ίδιες κρίσεις σε σχέση με έναν στόχο αναφοράς, τείνουν να αποδίδουν τα χαρακτηριστικά που είναι σχετικά υψηλά σε Ανθρώπινη Φύση. Αυτή η αίσθηση της ανθρωπινότητας αναφέρεται στα χαρακτηριστικά που οι άνθρωποι θεωρούν ως βαθιά, ουσιαστικά ή ριζικά ανθρώπινα, ξεχωριστά από εκείνα που τα βλέπουν ως διακριτικά για το ανθρώπινο είδος (Haslam & Loughnan, 2014). Μια σειρά μελετών (Haslam & Bain, 2007· Haslam et al., 2005· Loughnan et al., 2010· Park et al., 2016· Park et al., 2013) έχει καταδείξει με συνέπεια ότι οι άνθρωποι αποδίδουν περισσότερα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό τους από ότι σε μια σειρά συγκριτικών στόχων, είτε σε συγκριτικές βαθμολογίες σε σχέση με το μέσο άνθρωπο είτε σε οικεία ή άγνωστα άτομα ή στην επιλογή χαρακτηριστικών για τον χαρακτηρισμό του εαυτού έναντι της ενδο-ομάδας. Φαίνεται ότι τα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης μοναδικότητας έχουν ασθενέστερη επίδραση σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της Ανθρώπινης Φύσης, για τα οποία υπάρχουν πλέον ισχυρές ενδείξεις ότι εμπλέκονται στις κρίσεις των ίδιων των ανθρώπων σε σχέση με τους άλλους (Haslam, 2017). Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι μια προκατάληψη παρόμοια με αυτο-ανθρωποποίηση μπορεί να υπάρχει στην διομαδική αντίληψη, έτσι ώστε οι άνθρωποι αποδίδουν χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Φύσης κατά προτίμηση στην ενδο-ομάδα τους σε σχέση με τις εξω-ομάδες (Bain et al., 2009· Koval et al., 2011).

Εν κατακλείδι η απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση είναι φαινόμενα που επιδρούν στις γνωστικές και μεταγνωστικές διεργασίες του ανθρώπου επηρεάζοντας τη συμπεριφορά του και γενικότερα τη ποιότητα ζωής του. Για αυτό η εις βάθος μελέτη της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης θα συμβάλλει στη καλύτερη κατανόηση τους ώστε να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπισή τους.

Ειδικά θέματα εφαρμογής της απανθρωποποίησης. Το μοντέλο απανθρωποποίησης διευρύνει το πεδίο εφαρμογής του πέρα από τις διαπροσωπικές και διομαδικές σχέσεις, εμφανίζεται εκτός από τους τομείς της βίας και των συγκρούσεων στην καθημερινή ζωή προάγοντας στερεότυπα, προκαταλήψεις και άμυνες. Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η απανθρωποποίηση εμφανίζεται σε πολλούς επιστημονικούς τομείς με διαφορετικές εκφάνσεις. Συγκεκριμένα εμφανίζεται στους παρακάτω τομείς:

Εθνότητα και Φυλή. Η απανθρωποποίηση αναφέρεται αναμφισβήτητα πιο συχνά σε σχέση με την εθνότητα, τη φυλή και συναφή θέματα όπως η μετανάστευση και η γενοκτονία. Ένα επαναλαμβανόμενο θέμα σε αυτό το έργο είναι η εξομοίωση των ανθρώπων με τα ζώα. Ιστορικά οι Μαύροι Αμερικανοί έχουν απανθρωποποιηθεί, από τη συνταγματική άρνηση δικαιωμάτων έως την πλήρη υποδούλωση (Waytz et al., 2014). Τον προηγούμενο αιώνα οι Αφρικανοί είχαν παρομοιαστεί με τους πιθήκους, οι Εβραίοι με ζώφια και οι μετανάστες με παράσιτα (Loughnan & Haslam, 2007· Goff et al., 2008). Άλλες ομάδες συγκρίνονται με σκύλους, χοίρους, αρουραίους, παράσιτα ή έντομα (Haslam, 2006). Η μεταφορική γλώσσα επιτρέπει στους ανθρώπους να βιώνουν και να κατανοούν ένα είδος οντότητας από την άποψη ενός άλλου. Χαρακτηριστικά ενός συγκεκριμένου τομέα προέλευσης χαρτογραφούνται και μεταβιβάζονται επιλεκτικά σε έναν τομέα-στόχο, επιτρέποντας την κατανόηση των στόχων με νέους και συχνά αποκαλυπτικούς τρόπους. Οι γνωστικές διεργασίες που

εμπλέκονται στην κατανόηση της μεταφορικής-συσχετιστικής και επαγωγικής, ρεαλιστικής και σημασιολογικής, αφηρημένης και ενσωματωμένης γλώσσας είναι το επίκεντρο της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Οι μεταφορές ζώων προσφέρουν ένα αποκαλυπτικό παράθυρο στην ανθρώπινη προκατάληψη και την κοινωνική κρίση (Haslam et al., 2011).

Στις περιπτώσεις γενοκτονίας ή πολέμου υπάρχει ακραία απανθρωποποίηση, οι άνθρωποι είναι εντελώς αναλώσιμοι που εξυπηρετούν τους σκοπούς της πολιτικής των εκτελεστών τους, τα θύματα μπορεί να ανήκουν σε μια ξεχωριστή φυλετική, θρησκευτική, εθνοτική ή πολιτική ομάδα που θεωρείται συνήθως από τους θύτες ως κατώτερη ή απειλητική (Kelman, 1973). Πρόσφατα ευρήματα δείχνουν ότι η απανθρωποποίηση των εξω-ομάδων έχει την τάση να εμφανίζεται με πιο λεπτές μορφές προκατάληψης (Vaes, 2006). Στη σημερινή Ελλάδα, που η εισροή προσφύγων είναι καθημερινό φαινόμενο, φαίνεται ότι οι πρόσφυγες απανθρωποποιούνται (Μαρκολέφα και συν., 2018).

Φύλο και πορνογραφία. Οι γυναίκες είναι πιθανό να διατρέχουν κίνδυνο και για τους δύο τύπους απανθρωποποίησης (ανιμαλιστική και μηχανιστική). Η πορνογραφία λέγεται ότι απανθρωποποιεί τις γυναίκες επειδή τις αντικειμενοποιεί με αποτέλεσμα να στερούνται πλήρως την ηθική εκτίμηση και να νομιμοποιείται ο βιασμός και η θυματοποίηση τους (Haslam, 2006· Gervais et al., 2013· Holland & Haslam, 2015). Τα γυναικεία σώματα γίνονται αντιληπτά ως αντικείμενα και είναι χρήσιμα στο βαθμό που προσφέρουν απόλαυση και ευχαρίστηση στο αντρικό φύλο (Wiener et al., 2013). Έτσι γίνονται αντιληπτά ως εργαλεία και η εστίαση γίνεται στο σώμα και τις σεξουαλικές λειτουργίες (Goldenberg et al., 2009· Vaes et al., 2011· Loughnan et al., 2010· Cikara et al., 2011). Πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι η

αντικειμενοποίηση μειώνει τις αντιλήψεις agency, αλλά αυξάνει τις αντιλήψεις της εμπειρίας (Gray et al., 2011).

Η απανθρωποποίηση των γυναικών ως ζώα και αντικείμενα παίζει ρόλο στην ανδρική σεξουαλική επιθετικότητα (Rudman & Mescher, 2012· Ojo & Yinyinola, 2015). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι άνδρες που συσχέτισαν τις γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες με πρωτόγονα κατασκευάσματα (π.χ. ζώα, ένστικτο, φύση) ήταν πιο πρόθυμοι να βιάσουν και να παρενοχλήσουν σεξουαλικά τις γυναίκες και να αναφέρουν αρνητικές στάσεις απέναντι στα θύματα βιασμού γυναικών. Η αυτόματη αντικειμενοποίηση των γυναικών, συνδέοντάτες με αντικείμενα, εργαλεία και πράγματα, συσχετίστηκε επίσης θετικά με την ανδροπρέπεια των ανδρών (Rudman & Mescher, 2012). Οι Wiener et al. (2013) ανέφεραν ότι οι γυναίκες απανθρωποποιούνται μηχανιστικά μέσω της σεξουαλικής αντικειμενοποίησης. Η μειωμένη απόδοση του νου και ανθρωπινότητας επηρεάζει τις αντιλήψεις για την ηθική μεταχείριση των γυναικών. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η αντικειμενοποίηση των γυναικών μεταβάλλει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα θύματα βιασμού. Οι γυναίκες που αντικειμενοποιούνται και είναι θύματα βιασμού κατηγορούνται περισσότερο και υπονοείται ότι υποφέρουν λιγότερο (Loughnan et al., 2013· Vaes et al., 2014). Οι Loughnan et al., (2010) ζήτησαν από τους ανθρώπους να αξιολογήσουν σεξουαλικοποιημένες (sexualized) γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σεξουαλικότητα μειώνει την ηθική ανησυχία τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τα δύο φύλα απανθρωποποίησαν περισσότερο το φύλο τους και τα δύο φύλα απέδωσαν μη αποκλειστικώς ανθρώπινα συναισθήματα στο γυναικείο φύλο και οι άνδρες απανθρωποποίησαν μηχανιστικά τους άνδρες (Σβόλη & Σακαλάκη, 2015).

Αθλητισμός και εκπαίδευση. Υποστηρίζεται ότι ο αθλητισμός έχει απανθρωποποιηθεί μέσω της χρήσης της τεχνολογίας επειδή στοχεύει στην τελειοποίηση της ανθρώπινης μηχανής (Haslam, 2006). Η τεχνολογία στις μέρες μας παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητά μας και εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και στον αθλητισμό, καθώς βοηθά του αθλητές να γίνονται καλύτεροι χρησιμοποιώντας ειδικό εξοπλισμό όπως αθλητικά ρούχα, και μηχανήματα γυμναστικής. Παρ' όλα αυτά, η τεχνολογία και μάλιστα η χημική εγκυμονεί και κινδύνους για τον αθλητισμό, καθώς προσφέρει παράνομους, επικίνδυνους και απαράδεκτους τρόπους «ενίσχυσης» της αντοχής και δύναμης των αθλητών με χημικές ουσίες (ντόπινγκ).

Η τυποποιημένη αξιολόγηση και διδασκαλία που είναι άκαμπτη και απρόσωπη και αντιμετωπίζει τον εκπαιδευόμενο παθητικά και μη δημιουργικά έχει απανθρωποποιητικές συνέπειες (Haslam, 2006) για τον εκπαιδευόμενο.

Δικαιοσύνη. Η απανθρωποποίηση των παραβατών έχει ως αποτέλεσμα μεγάλες και δυσανάλογες ποινές, μικρότερες χρηματοδοτήσεις στα σωφρονιστικά ιδρύματα, δρακόντειες πολιτικές τιμωρίας, ενώ ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις φυλακές θεραπεύουν τους ασθενείς τους σε απόσταση ασφαλείας, με φόβο και δυσπιστία (Kelso, 2014). Η απανθρωποποίηση της έξω-ομάδας εξηγεί την έννοια της δικαιοσύνης που οι άνθρωποι υιοθετούν και τα αιτήματά τους για την επίλυση μιας σύγκρουσης στην πραγματική ζωή (Leidner et al., 2012· Fincher & Tetlock, 2016). Η απανθρωποποίηση των παραβατών οδηγεί στην απέλασή τους από την ηθική αρένα και την επακόλουθη άρνηση των προοπτικών για αποκατάσταση (Vasiljevic & Viki, 2012). Άλλωστε η απανθρωποποίηση ακολουθείται από δικαιολογίες που αυξάνουν την τιμωρία (Bandura, 1975). Η απανθρωποποίηση είναι αντίθετη με τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα (Guenther,

2012· Johnson, 2014). Πειραματικά δεδομένα, χρησιμοποιώντας τη μεταφορά Μαύρος-Πίθηκος, δείχνουν ότι η χρήση της μεταφοράς επηρεάζει το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι εγκρίνουν και δικαιολογούν τη βία κατά των Μαύρων υπόπτων και συνδέεται με τις αποφάσεις των δικαστών για την καταδίκη σε θάνατο (Goff et al., 2008).

Ψυχολογία. Στην ψυχολογία ο συμπεριφορισμός και ο οικονομικός φορμαλισμός έχουν επικριθεί ότι απανθρωποποιούν εξαιτίας της ντετερμινιστικής και οργανικής τους προσέγγισης στο άτομο (Haslam, 2006).

Αναπηρία. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν την απανθρωποποίηση των ατόμων με αναπηρία (Haslam, 2006). Για τα άτομα με νοητικές κυρίως αναπηρίες έχουν χρησιμοποιηθεί μεταφορές που τα συγκρίνουν με παράσιτα που μολύνουν το κοινωνικό σώμα. Εξισώνονται με ζώα που στερούνται ανθρωπινότητας λόγω των αναφερθέντων υψηλών ρυθμών αναπαραγωγής τους, ιδίως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, της ανικανότητάς τους να ζουν μια πιο πολιτισμένη ζωή, της τεκμαιρόμενης ανυπαρξίας πόνου, της τάσης τους για ανήθικη και εγκληματική συμπεριφορά (O'Brien, 2003b).

Τεχνολογία. Η τεχνολογία γενικά και οι υπολογιστές ειδικότερα είναι ένα κοινό θέμα στην έρευνα της απανθρωποποίησης. Η ρομποτική επιδίωξη της αποδοτικότητας και της κανονικότητας, της ακαμψίας και της συμμόρφωσης που μοιάζει με αυτοματοποιημένο σύστημα των υπολογιστών, προσεγγίζει μια ζωή που είναι απαθής και στερείται αυθορμητισμού (Haslam, 2006). Οι πεποιθήσεις σχετικά με τις απανθρωποποιημένες επιπτώσεις των υπολογιστών συνθέτουν έναν παράγοντα που υποκρύπτει το άγχος του υπολογιστή (Beckers & Schmidt, 2001) και οι επιφυλάξεις για την εκπαιδευτική χρήση των υπολογιστών περιστρέφονται γύρω από τις ανησυχίες ότι θα μειώσουν την κοινωνική συνάφεια και θα αυξήσουν την

τυποποίηση εις βάρος της ατομικότητας των σπουδαστών (Nissenbaum & Walker, 1998).

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι η υπέρμετρη χρήση της τεχνολογίας παραγκωνίζει τον άνθρωπο εστιάζοντας περισσότερο στη πληροφορία και όχι στη σχέση, που είναι σημαντική όχι μόνο στη κοινωνική ζωή αλλά και στη προσωπική ζωή κάθε ανθρώπου.

Στίγμα. Το στίγμα έναντι των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ευρέως παρόν στην κοινωνία μας (Angermeyer et al., 2011, 2014). Το στίγμα απανθρωποποιεί τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή με τις προκαταλήψεις και διακρίσεις προς αυτούς και τις οικογένειες τους (Pescosolido, 2013). Σύμφωνα με τους Haslam & Kvaale (2015) το στίγμα μπορεί να θεωρηθεί ότι συμπεριλαμβάνει την τάση να κατηγορούν τους πληγέντες για τα προβλήματά τους, την αντίληψη ότι είναι επικίνδυνοι και απρόβλεπτοι και την πεποίθηση ότι είναι απίθανο να ανακάμψουν («προγνωστική απαισιοδοξία»). Στο κεφάλαιο 4 Απανθρωποποίηση και Ψυχική Ασθένεια της παρούσας διατριβής δίνονται εκτενείς πληροφορίες αναφορικά με την απανθρωποποίηση και ψυχική ασθένεια.

Ιατρική. Ο Szasz (1973) ισχυρίστηκε ότι οι αιτιοκρατικές εξηγήσεις και οι καταναγκαστικές θεραπείες της βιολογικής ψυχιατρικής αφαιρούν από τα άτομα την αυτονομία και την ηθική τους εκπροσώπηση. Σύμφωνα με τον Szasz η ψυχιατρική ταξινόμηση είναι εξίσου απανθρωποποιητική με το «μηχανιστικό» στυλ σκέψης που αντιμετωπίζει τα πρόσωπα ως «ελαττωματικά μηχανήματα» (σελ. 200). Οι ασθενείς, καθώς και οι γιατροί συμφωνούν ότι η σύγχρονη ιατρική έχει υποστεί μια διαδικασία «απανθρωποποίησης» (Pawlikowski, 2002). Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η σύγχρονη ιατρική απανθρωποποιεί τους ασθενείς με την έλλειψη προσωπικής φροντίδας και συναισθηματικής υποστήριξης, με την προσήλωσή της

στην τεχνολογία, με την έλλειψη αφής και ανθρώπινης ζεστασιάς, με την έμφαση που δίνει στη λειτουργική αποτελεσματικότητα και την τυποποίηση, με την παραμέληση της ατομικότητας του ασθενούς, με την παραμέληση της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς υπέρ της αντικειμενικής και τεχνολογικά διαμεσολαβούμενης πληροφορίας και την έμφαση που δίνει στις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε ένα παθητικό άτομο του οποίου η agency και η αυτονομία απουσιάζουν (Haslam, 2006· Haque & Waytz, 2012). Οι γιατροί βλέπουν τους ασθενείς τους ως αδρανή σώματα. Και οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι ατομικές τους ταυτότητες έχουν απογυμνωθεί από μια αποπροσωποποιημένη ιατρική (Haslam & Loughnan, 2014). Η άρνηση των χαρακτηριστικών της ανθρώπινης φύσης (μηχανιστική απανθρωποποίηση) διαδραματίζει έναν ενδεχομένως σημαντικό ρόλο στο ιατρικό πλαίσιο, όπου οι γιατροί ενθαρρύνονται να ερμηνεύουν ασυγκίνητα αντικειμενικά και να βλέπουν τους ασθενείς ως μηχανικά συστήματα με αλληλεπιδρώντα μέρη (Haque & Waytz, 2012). Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί ως δυσλειτουργία της μηχανής (Adams et al., 2017).

Επιπλέον, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η απανθρωποποίηση είναι η προεπιλεγμένη απάντηση του κοινού όταν κρίνει τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές οι οποίες θεωρούνται απειλητικές (Martinez et al., 2011). Ενώ άλλα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι όταν οι άνθρωποι αποδίδουν την ανθρωπινότητα -δηλαδή αποδίδουν μοναδικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά- σε ψυχικές ασθένειες, εμφανίζεται μια αυτο-εκπροσώπηση που ενσωματώνει αυτούς τους στιγματισμένους άλλους και επομένως επηρεάζει τη συμπόνια προς αυτούς. Αυτά τα συμπονετικά συναισθήματα, με τη σειρά τους, μπορούν να αναπροσανατολίσουν τον εαυτό τους και να αυξήσουν την προθυμία των ανθρώπων να αναζητήσουν θεραπεία, αν ο εαυτός γίνει ευάλωτος (Martinez, 2014). Στο κεφάλαιο 3 Απανθρωποποίηση και

Ιατρική της παρούσας διατριβής δίνονται εκτενείς πληροφορίες αναφορικά με την απανθρωποποίηση και ψυχική ασθένεια.

Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας και απανθρωποποίηση. Είναι σημαντικό ότι οι εργαζόμενοι στο τομέα υγείας παρουσιάζουν επίσης μειωμένη απόδοση της ανθρωπότητας προς τους ασθενείς (Trifiletti et al., 2014). Αυτή η απανθρωποποίηση θεωρείται ως μια προστατευτική στρατηγική αντιμετώπισης για το προσωπικό, καθώς η απανθρωποποιημένη αντιμετώπιση των ασθενών σχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική εμπλοκή και μειωμένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Vaes & Muratore, 2013). Η χρήση της απανθρωποποίησης ως στρατηγικής αντιμετώπισης προστασίας του ατόμου από τη συναισθηματική εξάντληση και το άγχος που προκαλείται από την καθημερινή επαγγελματική επαφή με ασθενείς καταδεικνύει πώς μπορεί να λειτουργήσει η απανθρωποποίηση. Παρόλα αυτά, ακόμα και αν η απανθρωποποίηση παρουσιάζει ορισμένες λειτουργικές πτυχές για τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες υγείας, οι ενδεχόμενες επιζήμιες συνέπειές της (π.χ. αρνητικά συναισθήματα, μειωμένη αυτοεκτίμηση, υποτροπή) για τους ασθενείς δικαιώνουν την προσοχή μας (Haque & Waytz, 2012). Άλλοι ερευνητές χρησιμοποιούν διάφορα σενάρια που αφορούν τη λήψη αποφάσεων στο τομέα της υγείας και μετρούν την απανθρωποποίηση (Lammers & Stapel, 2010). Η εμπειρία της απανθρωποποίησης, από την πλευρά των ασθενών, είναι συντριπτικά αρνητική και σχετίζεται με δυσαρέσκεια, φόβο και λιγότερη συμμόρφωση στη θεραπεία (Gaillard et al., 2009).

Συνέπειες Απανθρωποποίησης. Ένα μεγάλο κέρδος από τη μελέτη της απανθρωποποίησης είναι η κατανόηση των αρνητικών συνεπειών της. Ένας φαύλος κύκλος μπορεί να προκύψει, σύμφωνα με τον οποίο η απανθρωποποίηση προωθεί την κακοποίηση και την επιθετικότητα, που προωθούν περαιτέρω απανθρωποποίηση

(Christoff, 2014). Αυτές οι πιθανές συνέπειες μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις ευρείες ομάδες. Πρώτον, οι απανθρωποποιημένες αντιλήψεις ατόμων ή ομάδων μπορεί να μειώσουν τη συναισθηματική συμπεριφορά προς αυτούς (Haslam & Loughnan, 2014). Δεύτερον, οι απανθρωποποιημένες αντιλήψεις μπορεί να αυξήσουν την αντικοινωνική συμπεριφορά προς τους στόχους τους (Goff et al., 2008). Τρίτον, αυτές οι αντιλήψεις μπορεί να έχουν διάφορες επιπτώσεις για την ηθική αξιολόγηση των στόχων. Τέταρτον, οι απανθρωποποιημένες αντιλήψεις των άλλων μπορεί να έχουν λειτουργικές συνέπειες για τον παραλήπτη ή τον στόχο (Haslam & Loughnan, 2014· Christoff, 2014).

Η άρνηση της Ανθρώπινης Μοναδικότητας σχετίζεται με τις μορφές της διαπροσωπικής κακοποίησης που επηρεάζει την κατάσταση του ατόμου σε σχέση με τους άλλους. Το να αντιμετωπίζεται το άτομο ως αναρμόδιο, κουτό, απλό, και απολίτιστο λειτουργεί αποτρεπτικά στην αυτογνωσία και θετικά στην αυτό-ενοχοποίηση, που οδηγεί σε αισθήματα ενοχής και ντροπής. Από την άλλη πλευρά, η άρνηση της Ανθρώπινης Φύσης αποτελεί πιο σοβαρή μορφή κακοποίησης. Αυτού του είδους οι απανθρωποποιημένες εμπειρίες έχουν συνέπειες για τα βασικά στοιχεία της ταυτότητας ενός ατόμου, που οδηγούν σε γνωστική αποδομητική κατάσταση και συναισθήματα της θλίψης. Όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζονται ως αντικείμενα, ή στερούνται της ικανότητας για αίσθηση, δεν αισθάνονται υπεύθυνοι, αλλά θεωρούν τις ενέργειες του δράστη ως αξίες του θυμού και της περιφρόνησης. Επίσης όταν ένα άτομο απανθρωποποιείται μειώνεται η ενσυναίσθηση προς το άτομο αυτό. Καθώς η ενσυναίσθηση παρακινεί τη φιλοκοινωνική συμπεριφορά μειώνεται επίσης η αίσθηση της ισότητας και το άτομο στερείται της ίσης προστασίας των δικαιωμάτων του, η οποία δεν παρέχεται μόνο από το δίκαιο, αλλά και από την ικανότητα να προκαλεί ενσυναίσθηση. Ως εκ τούτου μπορεί να αποτελέσει πραγματική απειλή για την

ασφάλεια των συγκεκριμένων ομάδων ή για τα ανθρώπινα δικαιώματα (Simpson, 2016).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η απανθρωποποίηση παρεμβαίνει σε ποικίλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και έχει σοβαρές συνέπειες για τον άνθρωπο τόσο στα διομαδικά όσο και στα διαπροσωπικά πλαίσια. Για αυτό το λόγο κρίθηκε σκόπιμο το φαινόμενο της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης να μελετηθεί σε σχέση με τη θεωρία δεσμού και τη θεωρία αυτό-καθορισμού σε ένα πολύ ευαίσθητο τομέα που είναι το νοσοκομείο.

Κεφάλαιο 2: Σύνδεση της Θεωρίας Αυτοκαθορισμού και Θεωρίας Δεσμού με την Απανθρωποποίηση Εαυτού και Άλλων στο Χώρο της Υγείας

Απανθρωποποίηση και Θεωρία Αυτοκαθορισμού (Self-determination Theory)

Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση υπάρχουν ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα που να συνδέουν την αυτό-απανθρωποποίηση και απανθρωποποίηση με τη θεωρία αυτοκαθορισμού. Τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν μια σημαντική σχέση μεταξύ διαπροσωπικού ελέγχου και διαπροσωπικής βίας με τη διαμεσολάβηση της απανθρωποποίησης. Μελέτες αναφορικά με το διαπροσωπικό έλεγχο δείχνουν ότι όταν οι άνθρωποι αισθάνονται ότι η αυτονομία τους ματαιώνεται, συχνά αποκρίνονται με συμπεριφορές λιγότερο πολιτισμένες και πιο αντικοινωνικές. Φαίνεται δηλαδή ότι το είδος του αιτιολογικού προσανατολισμού συνδέεται περισσότερο ή λιγότερο με την απανθρωποποίηση και την τάση για βίαιη συμπεριφορά (Moller & Deci, 2009). Οι αρνητικές συνέπειες για εκείνους που απανθρωποποιούνται είναι επίσης εντυπωσιακές. Στο διαπροσωπικό επίπεδο, τα πρόσωπα εξουσίας πολύ συχνά ανταποκρίνονται σε βίαιη συμπεριφορά για την άσκηση περισσότερου ελέγχου και αφαιρώντας το δικαίωμα του άλλου να επιλέξει (Moller & Deci, 2009). Προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι η απανθρωποποίηση είναι επίσης προγνωστική της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Goff et al., 2008· Haslam, 2006).

Η λεπτή καθημερινή απανθρωποποίηση πιθανώς έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική ευεξία. Σύμφωνα με τη θεωρία του αυτο-καθορισμού (Deci & Ryan, 2000a,b· Ryan & Deci, 2008a, b), η ψυχολογική ευεξία απαιτεί να πληρούνται οι βασικές ψυχολογικές ανάγκες της αυτονομίας, της ικανότητας και του σχετιζέσθαι. Η απανθρωποποίηση οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα ικανοποίησης αυτών των αναγκών και μπορεί επομένως άμεσα να συμβάλει στις ψυχικές ασθένειες όπως η

κατάθλιψη, το άγχος, και διαταραχές σχετιζόμενες με το άγχος. Με λίγα λόγια, τα επιστημονικά ευρήματα δεν υποστηρίζουν την άποψη της καθημερινής απανθρωποποίησης ως ένα αθώο και χωρίς συνέπειες φαινόμενο, αντίθετα, τα στοιχεία αποδεικνύουν σαφώς μια σειρά από σημαντικές αρνητικές συνέπειες (Christoff, 2014).

Θεωρία αυτοκαθορισμού

Η θεωρία του αυτοκαθορισμού αποτελεί μια μακροθεωρία της ανθρώπινης παρακίνησης που αφορά την ανάπτυξη και τη λειτουργία της προσωπικότητας μέσα σε κοινωνικά πλαίσια. Η θεωρία επικεντρώνει το ενδιαφέρον στο βαθμό στον οποίο οι ανθρώπινες συμπεριφορές είναι εθελούσιες και αυτοπροσδιορισμένες, δηλαδή στο βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι υποστηρίζουν πέρα από κάθε αμφισβήτηση τις ενέργειες και τις συμπεριφορές τους και εμπλέκονται στις ενέργειες και τις συμπεριφορές που επιλέγουν με απόλυτη επίγνωση. Η θεωρία του αυτοκαθορισμού, για να εξηγήσει την ψυχολογική διαδικασία που προωθεί την ομαλή λειτουργία και ψυχοπνευματική υγεία του ανθρώπου, βασίζεται σε μια βιολογική – διαλεκτική μεταθεωρία, η οποία ξεκινά με την υπόθεση ότι ο άνθρωπος είναι ένας δρών οργανισμός που διαθέτει έμφυτη τάση για ψυχολογική εξέλιξη και ανάπτυξη (Deci & Ryan, 1985a, b· Deci & Ryan, 2000a· Ryan & Deci, 2000b). Κατ' αυτή την έννοια η τάση του ανθρώπου να μετέχει σε ενδιαφέρουσες δραστηριότητες και να εξασκεί τις ικανότητές του, να επιζητά διασύνδεση με την κοινωνική ομάδα και να ενσωματώνει ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά βιώματα σε μια ενοποιημένη και συνεκτική δομή που του εξασφαλίζει συνοχή αποτελεί μέρος του έμφυτου σχεδιασμού του, που έχει ως στόχο την προσαρμογή. Ωστόσο, αυτή η φυσική ανθρώπινη τάση δεν λειτουργεί αυτόματα (Ryan, 2009). Αντίθετα, χρειάζεται συνεχή «τροφή» και υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Έτσι, το

- τον απρόσωπο, που υποδηλώνει την ανεπαρκή εσωτερίκευση των κοινωνικών κανόνων και αξιών, την έλλειψη παρακίνησης και το αίσθημα της πλήρους αδυναμίας ελέγχου της συμπεριφοράς

Η θεωρία αυτοκαθορισμού (Self-determination theory-SDT) προϋποθέτει ότι όλα τα ανθρώπινα όντα μοιράζονται μια βασική και καθολική ψυχολογική ανάγκη για αυτονομία (Deci & Ryan, 1985a, 2000a, 2000b, 2002, 2008· Deci et al., 2006). Στο πλαίσιο αυτό η αυτονομία ορίζεται ως μια υποκειμενική εμπειρία, που χαρακτηρίζεται από αίσθημα ελεύθερο χωρίς διαπροσωπικό εξαναγκασμό. Ο αυτόνομος προσανατολισμός τείνει να αυξάνει το εγγενές κίνητρο χωρίς εξωτερική υποστήριξη (Deci & Ryan, 1985a· Deci et al., 1999). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτοκαθορισμού, όταν οι άνθρωποι αισθάνονται αυτόνομοι, βιώνουν μεγαλύτερη ψυχολογική και σωματική ευεξία, είναι πιο ευτυχημένοι και υγιείς, ενώ όταν αισθάνονται μη αυτόνομοι τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι άνθρωποι υποφέρουν τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά (Moller et al., 2006· Moller & Deci, 2009). Η ψυχολογική ανάγκη για αυτονομία ανατρέπεται από τις δυνάμεις που σχετίζονται με τις προσπάθειες διαπροσωπικού ελέγχου από άλλους ανθρώπους για να πιάσουν, να χειριστούν, ή να επηρεάσουν την θέληση κάποιου. Οι δυνάμεις αυτές δεν περιλαμβάνουν μόνο τις εμφανείς τακτικές, όπως η χρήση των ανταμοιβών και τιμωριών που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των ανθρώπων, αλλά και πιο λεπτές μορφές ελέγχου, όπως η χρήση των ενδεχόμενων σχέσεων. Επίσης η χρήση της γλώσσας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να πιάσει διακριτικά τους ανθρώπους, περιλαμβάνοντας λέξεις όπως *πρέπει*, και *πρέπει να*. Τέλος, μια ακόμη μορφή ελέγχου που προσδιορίζεται από τη θεωρία αυτοκαθορισμού συνεπάγεται πίεση που έρχεται μέσα από το άτομο. Δηλαδή, όταν οι άνθρωποι πιέζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην αισθάνονται ότι υποστηρίζουν ελεύθερα ή εντελώς τις πράξεις τους

(Moller & Deci, 2009). Οι σχέσεις της αντιληπτικής αυτονομίας υποστηρίζουν την ανάγκη ικανοποίησης και ποιότητας της σχέσης. Σε όλες τις έρευνες, οι σχέσεις περιλάμβαναν διαφορές στην εξουσία, όταν ο εταίρος που παρέχει την αυτονομία υποστήριξης είναι μια αρχή, όπως ο ιατρός. Έτσι, η έρευνα υποδεικνύει ότι όταν ένα πρόσωπο παρέχει στήριξη αυτονομίας σε ένα άτομο για το οποίο είναι υπεύθυνο, αυτό το άτομο βιώνει ενισχυμένο κίνητρο, απόδοση και ευεξία. Η αυτονομία συνδέθηκε με πιο ζεστές, πιο ικανοποιητικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Deci et al., 2006). Ένα κεντρικό και μακρόχρονο αναγνωρισμένο χαρακτηριστικό της αυτονομίας είναι ότι όταν το άτομο είναι αυτόνομο βιώνει τον εαυτό του ως υπεύθυνο της συμπεριφοράς του και συναινεί πλήρως στις ενέργειες που αναλαμβάνει. Μια δεύτερη πτυχή της αυτονομίας είναι η ανάληψη ενδιαφέροντος. Το ενδιαφέρον είναι η αυθόρμητη τάση να εκφράζεται ανοιχτά σε εσωτερικά και εξωτερικά γεγονότα (Weinstein et al., 2012).

Ο απρόσωπος προσανατολισμός είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων είναι πέρα από τον έλεγχο του και ότι η επίτευξη είναι σε μεγάλο βαθμό θέμα τύχης ή μοίρας (Moller et al., 2006). Σε αυτή τη περίπτωση υπονομεύονται τα εσωτερικά κίνητρα και το άτομο έχει την αίσθηση της αβοηθητότητας, της έλλειψης κινήτρου (Deci & Ryan, 1985a). Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν τα πάντα ως ιδιαίτερα δύσκολα και ως ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά τους, ενώ παράλληλα υποσκάπτεται ο ρόλος των προσωπικών προθέσεων. Τα απρόσωπα προσανατολισμένα άτομα έχουν εξωτερική έδρα ελέγχου των συμπεριφορών και των ενισχύσεων (Deci & Ryan, 1985b).

Ο ελεγχόμενος προσανατολισμός αναφέρεται στα άτομα που οργανώνουν τη συμπεριφορά τους με βάση τον έλεγχο που προέρχεται από το περιβάλλον ή τους ίδιους. Συνεπώς, οι εξωγενείς επιβραβεύσεις όπως το χρήμα ή το status παίζουν

καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση της συμπεριφοράς τους (Deci & Ryan, 1985b). Τα ελεγχόμενα άτομα φαίνεται να έχουν μια τάση για εξωτερική έδρα ελέγχου (Deci & Ryan, 1985a), ερμηνεύουν τα γεγονότα ως ελεγχόμενα, ενώ οι εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις είναι αυτές που αναγκάζουν το άτομο να επιδείξει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Επομένως οι άνθρωποι που υπάγονται σε αυτή τη κατηγορία τείνουν να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους βάσει ελεγχόμενων γεγονότων, π.χ. προθεσμίες, εποπτεία, αξιολογήσεις (Deci & Ryan, 1985b). Η SDT υποστηρίζει ότι, ενώ οι προσπάθειες για τον έλεγχο του εαυτού εξαντλούν πράγματι την ψυχολογική ενέργεια και τη ζωτικότητα, η αυτόνομη αυτορρύθμιση δεν το κάνει. Αυτό σημαίνει ότι οι αυτόνομες ή αληθινά βολικές μορφές αυτορρύθμισης δεν θα οδηγήσουν στην εξάντληση του Εγώ (Deci & Ryan, 2008).

Τα αυτόνομα κίνητρα αντανakλούν με ακρίβεια τις αξίες και τα συμφέροντά τους, επιτρέποντας έτσι στο άτομο να συμμετέχει πλήρως στη δραστηριότητα (Deci & Ryan, 2000). Αντίθετα, τα ελεγχόμενα κίνητρα προβλέπεται να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα, επειδή τα άτομα υφίστανται πίεση να σκέφτονται, να αισθάνονται ή να συμπεριφέρονται με συγκεκριμένους τρόπους, καθιστώντας την επιδίωξη των στόχων τους λιγότερο ευθυγραμμισμένη με τις αξίες και τα συμφέροντά τους (Gillet et al., 2015). Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο τα αποτελέσματα που σχετίζονται με κάθε μορφή κινήτρων μπορεί να διαφέρουν εξαιτίας ασάφειας του ρόλου στα εργασιακά πλαίσια (Gillet et al., 2016). Το άτομο με αυτόνομο προσανατολισμό συμπεριφέρεται με πλήρη αίσθηση θέλησης και επιλογής. Αντίθετα, το άτομο με ελεγχόμενο προσανατολισμό ασκεί μια δραστηριότητα από εσωτερικές και/ή εξωτερικές πιέσεις (Deci & Ryan, 2008).

Όταν τα άτομα εργάζονται σε ένα περιβάλλον που απαιτεί συνεχή σωματική και/ή ψυχολογική προσπάθεια και υπάρχει ασάφεια ρόλου τότε οι εργαζόμενοι είναι

πιο πιθανό να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, επειδή η ασάφεια ως μέρος του εργασιακού περιβάλλοντος μετριάζει τη σχέση μεταξύ κινήτρων και αποτελεσμάτων (Gillet et al., 2016). Με βάση την έρευνα, φαίνεται ότι η παρατήρηση των άλλων που εκφράζουν ενδογενώς ή εξωγενώς παρακινούμενη συμπεριφορά παρακινεί το αντίστοιχο εγγενές ή εξωγενές κίνητρο του παρατηρητή να ξεκινήσει τη λειτουργία συμπεριφοράς που είναι συμβατή με τον εν λόγω προσανατολισμό κινήτρου (Friedman et al., 2010). Εκτός από την υποσυνείδητη αντίληψη (αδύναμα ερεθίσματα), τα κίνητρα μπορούν επίσης να ενεργοποιηθούν μέσω της προ-συνειδητής αντίληψης, δηλαδή απρόβλεπτα αισθητικά ερεθίσματα (Radel et al., 2013).

Μια σύνθεση των μελετών έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η προώθηση του αυτοκαθορισμού απαιτεί οι σημαντικοί άλλοι στο πλαίσιο ενός ατόμου-στόχου (π.χ. διευθυντές) να λαμβάνουν υπόψη το πλαίσιο αναφοράς αυτού του ατόμου. Πρέπει να κατανοούν και να αναγνωρίζουν τις ανάγκες, τα συναισθήματα και τις στάσεις του σε σχέση με το ζήτημα ή την κατάσταση. Όταν συμβαίνει αυτό ο άνθρωπος έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο πλαίσιο και πιστεύει ότι θα ανταποκρίνεται στις πρωτοβουλίες και τις προτάσεις του (Deci et al., 1989).

Η θεωρία αυτοκαθορισμού δίνει μια διαφορετική προσέγγιση στα κίνητρα, λαμβάνοντας υπόψη τι παρακινεί ένα άτομο σε μια δεδομένη στιγμή, σε αντίθεση με το να αντιμετωπίζει τα κίνητρα ως ενιαία έννοια. Όποτε η γνώση των κινήτρων του ανθρώπινου δυναμικού ενός νοσοκομείου είναι απαραίτητη για να επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος για τον ασθενή, το προσωπικό και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Επίσης μελετώντας τη θεωρία αυτοκαθορισμού στο νοσοκομειακό πλαίσιο θα ήταν ενδιαφέρον να απαντηθεί το ερώτημα αν μπορεί να προβλέψει την απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή ή την αυτό-

απανθρωποποίηση των επαγγελματιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αυτονομία του νοσηλευόμενου ασθενή μειώνεται ή μπορεί να μην υπάρχει κατά τη νοσηλεία του.

Επίσης μια άλλη θεωρία που έχει μελετηθεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο αλλά δεν έχει μελετηθεί σε σχέση με την απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση είναι η θεωρία δεσμού.

Απανθρωποποίηση και Θεωρία Δεσμού (Attachment Theory)

Η θεωρία δεσμού βασίζεται κατά μεγάλο μέρος στο θεωρητικό έργο του Βρετανού ψυχαναλυτή John Bowlby και στο εμπειρικό έργο της αναπτυξιακής ψυχολόγου Mary Ainsworth (Bretherton, 1992). Η θεωρία δεσμού ασχολείται με την επίδραση των πρώτων βιωμάτων στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και με τη σχέση τους με τη μετέπειτα λειτουργία της προσωπικότητας (Fraley & Shaver, 2000). Η θεωρία έχει πολλά κοινά με την ψυχαναλυτική θεωρία και τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Οι θεωρίες για τις αντικειμενότροπες σχέσεις ασχολούνται με τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις εσωτερικές αναπαραστάσεις των σχέσεων. Τονίζεται ότι ο δεσμός δεν είναι ενδεικτικός της παλινδρόμησης, αλλά μάλλον εκτελεί μια φυσική, υγιή λειτουργία ακόμη και στη ζωή των ενηλίκων (Bretherton, 1992). Όμως η οπτική για τον δεσμό ανανεώνει ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις με την εισαγωγή στοιχείων από την ηθολογία και τις βιολογικές επιστήμες, την αναπτυξιακή ψυχολογία και τις γνωσιακές επιστήμες. Επίσης η μεθοδολογία έρευνας της ψυχολογίας κάνει δυνατή την διατύπωση ελέγξιμων υποθέσεων για την σχέση που μπορεί να έχουν οι πρωταρχικές διαπροσωπικές σχέσεις στην ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη και την ψυχική υγεία του ατόμου (Pervin & John, 2001· Kafetsios, 2003· Fraley & Shaver, 2008).

Σύστημα δεσμού

Την κεντρική έννοια του δεσμού ή της προσκόλλησης ο Bowlby τη δανείστηκε από τις βιολογικές επιστήμες (attachment), κατά την οποία ο άνθρωπος, όπως και όλα τα θηλαστικά, διακρίνεται από το σύστημα δεσμού (attachment system), ένα συμπεριφορικό, επανατροφοδοτούμενο σύστημα για την διασφάλιση της επιβίωσης του νεογέννητου. Το σύστημα αυτό λειτουργεί ως γενετικά καθορισμένη προδιάθεση που καθοδηγεί τις συμπεριφορές του νηπίου με την τάση να «προσδεθεί» σε άτομα που έχουν την δυνατότητα να του παρέχουν φροντίδα. Ο καθορισμένος στόχος του συστήματος είναι η επίτευξη πραγματικής ή αντιληπτής προστασίας και ασφάλειας (Fraley & Shaver, 2000· Kafetsios, 2003· Luke, et al., 2004· Flaherty & Sadler, 2011). Ως εκ τούτου το σύστημα ενεργοποιείται αυτόματα όταν αξιολογείται μια πιθανή ή πραγματική απειλή για την αίσθηση ασφάλειας (Shaver & Mikulincer, 2005). Αυτές οι δευτερογενείς στρατηγικές είναι δύο ειδών: υπερδραστηριοποίηση και απενεργοποίηση του συστήματος δεσμού (Mikulincer & Shaver, 2005a). Οι άνθρωποι που βασίζονται σε στρατηγικές υπερδραστηριότητας είναι υπερευαίσθητοι στην πιθανή απόρριψη ή εγκατάλειψη, ενώ οι άνθρωποι που βασίζονται σε στρατηγικές απενεργοποίησης τείνουν να μεγιστοποιούν την απόσταση με τους άλλους, να αισθάνονται δυσφορία με την εγγύτητα, να αγωνίζονται για προσωπική δύναμη και αυτοπεποίθηση και να καταστέλλουν δυσάρεστες σκέψεις και αναμνήσεις (Shaver & Mikulincer, 2005b). Το σύστημα δεσμού πιθανότατα δεν αντιστοιχεί σε ένα και μόνο διακριτό σύστημα του εγκεφάλου. Αντίθετα, τα κυκλώματα του εγκεφάλου που χρησιμοποιούνται για διάφορους σκοπούς, όπως η κοινωνική αντίληψη και η μνήμη, η συγκίνηση και η ρύθμιση των συναισθημάτων, υποκρύπτουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά που σχετίζονται με το δεσμό. Μία από τις πιο ενδιαφέρουσες προτάσεις είναι ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος

κατασκευάστηκε μέσα από την εξέλιξη για να στηριχθεί στις σχέσεις με τους εγκεφάλους άλλων ανθρώπων (Shaver & Mikulincer 2010).

Με την ωρίμανση των γνωστικών διεργασιών στην παιδική ηλικία, το σύστημα δεσμού ενσωματώνει γνωστικές (π.χ. αναγνώριση και έλεγχος του γονέα) και συναισθηματικές (π.χ. φόβος για την εγκατάλειψη) λειτουργίες στο υπάρχον συμπεριφορικό υπόβαθρο (Fraley & Shaver, 2000). Από τις γνωστικές επιστήμες η θεωρία δανείστηκε την έννοια των ενεργών μοντέλων (Adshead, 1998). Τα ενεργά μοντέλα δεσμού (EMΔ) αναφέρονται σε γενικευμένες αναπαραστάσεις και συναισθήματα που προσδιορίζουν πόσο προσιτός είναι ο γονέας και αν το σύστημα βρίσκεται σε κατάσταση «αίσθησης ασφάλειας» (felt security). Οι αναπαραστάσεις αυτές βασίζονται στην ιστορία αλληλεπίδρασης του συστήματος δεσμού του βρέφους με συμπεριφορές του γονέα που πηγάζουν από τις προσωπικές του αναπαραστάσεις δεσμού. Επομένως τα EMΔ στηρίζονται σε επαναλαμβανόμενα σχήματα διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων στα πλαίσια των οποίων το παιδί μαθαίνει να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους και να ελέγχει ανάλογα τα συναισθήματα του (Pervin & John, 2001· Kafetsios, 2003· Fraley & Shaver, 2008).

Τα ενεργά μοντέλα αναφέρονται σε μνήμες (Maunter & Hunter, 2001), προσδοκίες, και συναισθήματα άμεσα συνδεδεμένα με σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις που είναι συνήθως σχέσεις δεσμού. Εισαγάγουν το στοιχείο της αναπαράστασης ή του σχήματος ως σημαντικού μέρους της ψυχικής απόκλισης (Kafetsios, 2003). Στην περίπτωση πολλαπλών EMΔ ο Bowlby εξήγησε ότι ένα EMΔ κυριαρχεί στη ρύθμιση των διαπροσωπικών αντιλήψεων και συναισθημάτων, ενώ τα άλλα παραμένουν διαχωρισμένα από την συνήθη συνειδητή εμπειρία. Τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας τείνουν να είναι πιο λειτουργικά με στοιχεία προσκόλλησης και με άλλα που μοιάζουν με αυτούς τους πρώιμους δεσμούς, αλλά μπορούν επίσης να

επιηρεάσουν τη φύση των σχέσεων μεταξύ τους (Biringen, 1994). Έτσι είναι δυνατό το ίδιο άτομο να παρουσιάζει διαφορετικούς βαθμούς ασφάλειας στις σχέσεις με τους δύο γονείς, υποθέτοντας ότι υπάρχει μια διαφορετική ιστορία ασφάλειας και υποστήριξης στις σχέσεις αυτές (Fraley & Shaver, 2008). Σε αγχωτικές συνθήκες το διαχωριζόμενο ΕΜΔ μπορεί να ρυθμίσει τα συναισθήματα και τις γνωστικές λειτουργίες με τρόπο που είναι ξένος προς τη συνήθη αίσθηση του εαυτού του ατόμου (Liotti, 2006). Οι θεωρητικοί έχουν επίσης επισημάνει ότι η εσωτερική κατασκευή του μοντέλου εργασίας είναι γενικά σύμφωνη τόσο με τις κλασικές όσο και με τις σύγχρονες θεωρίες της κοινωνικής γνώσης που δηλώνουν ότι τα άτομα αναπτύσσουν εσωτερικές αναπαραστάσεις της κοινωνικής εμπειρίας (Dykas & Cassidy, 2011). Ο δεσμός δεν μπορεί να επιβιώσει χωρίς ενσυναίσθηση, υπό την έννοια ότι ο φροντιστής πρέπει κατ' ανάγκη να είναι ενσυναισθητικός με το βρέφος. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει μια διαμεσολαβητική σχέση ανάμεσα στο στυλ προσκόλλησης και την ενσυναίσθηση, έχουν δείξει δηλαδή ότι τα παιδιά με ασφαλή προσκόλληση ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες των άλλων. Υπάρχουν επίσης συμπεράσματα σχετικά με τη συμπεριφορά που καταδεικνύουν ότι η ασφαλής προσκόλληση παρέχει τα θεμέλια για την ενσυναίσθηση, τη φροντίδα και τη συγχώρεση (Decety & Svetlova, 2012).

Τύποι δεσμού με βάση τη Συνέντευξη δεσμού ενηλίκων

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών στην αναπτυξιακή ψυχολογία εξέτασε τις ατομικές διαφορές στην κατάσταση του νου (state of mind), πρότυπα σκέψης, συναισθήματος, και μνήμης που σχετίζονται με τους τύπους δεσμού (Bartholomew & Horowitz, 1991· Bartholomew, 1997· Fraley & Shaver, 2000· Kafetsios, 2003· Ravitz et al., 2010). Με βάση αυτά τα πρότυπα η Main και οι συνεργάτες της έχουν αναπτύξει ένα σύστημα κατηγοριοποίησης σε τύπους δεσμού (Adult Attachment

Interview-AAI, Συνέντευξη δεσμού ενηλίκων). Η συνέντευξη σχεδιάστηκε από αναπτυξιακούς ψυχολόγους για να αξιοποιήσουν την τρέχουσα «κατάσταση ψυχικής διάθεσης». Στην συνέντευξη ζητείται από τον συμμετέχοντα να αξιολογήσει τις σχέσεις του με τους γονείς τεκμηριώνοντας την με συγκεκριμένα παραδείγματα - βιογραφικές μνήμες. Η κατηγοριοποίηση ενός ατόμου ως τύπου ασφαλή ή ανασφαλή δεν βασίζεται στην ποιότητα των σχέσεων έτσι όπως την περιγράφει ο ερωτώμενος, αλλά στην «κατάσταση του νου» στο παρόν. Άτομα που έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε σκέψεις, μνήμες και συναισθήματα σχετικά με τον δεσμό με τους γονείς χαρακτηρίζονται «*Αυτόνομα ασφαλούς τύπου*» ανεξάρτητα αν οι σχέσεις τους με τους γονείς στην παιδική ηλικία ήταν καλές ή όχι. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν πως ο ασφαλής τύπος σχετίζεται θετικά με τη συναισθηματική νοημοσύνη (Kafetsios, 2004). Οι απαντήσεις ατόμων που κατηγοριοποιούνται ως τύπου «*Απορριπτικού-αποφυγής*» χαρακτηρίζονται από αδυναμία να ανακαλέσουν συγκεκριμένα παραδείγματα στην μνήμη, μια εξιδανίκευση των γονέων και υποβάθμιση της σημασίας που έχουν οι σχέσεις αυτές για τον ίδιο/την ίδια. Άτομα *τύπου εμμονής* (Preoccupied) χαρακτηρίζονται από μπλεγμένες μνήμες και πρότυπα (σύγχυση στο αν έχουν θετική ή αρνητική γνώμη για τις σχέσεις τους με τους γονείς) και τείνουν να επεκτείνονται σε θέματα διαφορετικά από αυτά που τους θέτει ο συνεντευκτής (Kafetsios, 2003· Dykas & Cassidy, 2011).

Η μέθοδος AAI προσδιορίζει τις γνωστικές και συναισθηματικές δομές με έμφαση τις γονικές κυρίως σχέσεις. Πρόσφατες έρευνες ασχολήθηκαν με την επίδραση των ΕΜΔ αποκλειστικά στις σχέσεις ενηλίκων. Άτομα με ασφαλή τύπο δεσμού επεξεργάζονται με έναν σχετικά ανοιχτό τρόπο ένα ευρύ φάσμα θετικών και αρνητικών πληροφοριών και χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και έχουν γενικά προσδοκίες ότι άτομα του κοινωνικού περίγυρου θα ανταποκριθούν

όταν τους χρειαστούν (Bartholomew, 1997· Fraley & Shaver, 2008). Οι ασφαλείς τύποι έχουν λοιπόν ένα σχήμα διαπροσωπικών σχέσεων που είναι θετικό για τον εαυτό τους και τους άλλους (Mikulincer & Shaver, 2001· Kafetsios, 2003· Dykas & Cassidy, 2011). Τα άτομα που διαθέτουν εσωτερικά μοντέλα εργασίας των γονέων τους ως ασφαλείς βάσεις και ασφαλή καταφύγια θα τείνουν να διατηρούν αυτά τα μοντέλα ακόμα και όταν οι γονείς τους αποτυγχάνουν να επιτελέσουν αποτελεσματικά τέτοιους ρόλους. Οι στρατηγικές που βασίζονται στην ασφάλεια περιλαμβάνουν την αναγνώριση και εμφάνιση της δυσφορίας (χωρίς την προσωπική αποδιοργάνωση), την επιδίωξη υποστήριξης και την επίλυση προβλημάτων. (Mikulincer & Shaver, 2005a, 2005b).

Η ιδέα ότι τα βρέφη αναπτύσσουν σταθερά εσωτερικά μοντέλα εργασίας και ότι το περιεχόμενο αυτών των μοντέλων διαφέρει ως συνάρτηση των πραγματικών γεγονότων υποστηρίζεται από σημαντικά δεδομένα (Fraley & Shaver, 2000· Fraley & Shaver 2008· Dykas & Cassidy, 2011). Ο *τύπος της εμμονής* (preoccupied) χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό και μια θετική εικόνα για τους άλλους, γεγονός που τα καθιστά άτομα υποχωρητικά και εύκολα σε συναισθηματική εκμετάλλευση. Ο *τύπος αποφυγής* (avoidant) ενέχει αρνητικά μοντέλα για τον εαυτό και τους άλλους, που διακρίνονται σε δύο ειδικότερους τύπους αποφυγής: τον απορριπτικό (dismissing) και τον φοβικό (fearful). Ο απορριπτικός τύπος αποφυγής χαρακτηρίζεται από μια εξιδανικευμένα θετική εικόνα για τον εαυτό (ιδεατό εγώ) και μια αρνητική εικόνα για τους άλλους. Είναι συνήθως άτομα που είχαν γονείς απόμακρους, αλλά που γενικά φρόντιζαν για τις ανάγκες τους. Ο φοβικός τύπος αποφυγής έχει μια αρνητική εικόνα και για τον εαυτό και για τους άλλους. Είναι συνήθως άτομα με γονείς επιθετικούς απέναντί τους ή που έπασχαν από κατάθλιψη (Kafetsios, 2003· Meredith et al., 2008).

Οι αλληλεπιδράσεις με φιγούρες προσκόλλησης που είναι διαθέσιμες και ανταποκρίνονται σε περιόδους ανάγκης διευκολύνουν τη βέλτιστη λειτουργία του συστήματος προσκόλλησης, προάγουν μια σχετικά σταθερή αίσθηση ασφάλειας προσκόλλησης και αυξάνουν την εμπιστοσύνη στην υποστήριξη που αναζητά το άτομο ως στρατηγική για την αντιμετώπιση των κινδύνων. Αυτή η προσδοκία υποστήριξης παρέχει στο άτομο την απαραίτητη ασφάλεια και εμπιστοσύνη για να αναλάβει κινδύνους και να διερευνήσει το περιβάλλον του. Με αυτό τον τρόπο, η κοινωνική υποστήριξη εξυπηρετεί τόσο την αμυντική λειτουργία, όσο και το ασφαλές καταφύγιο κατά της απειλής, και μια λειτουργία που προσανατολίζεται στην ανάπτυξη ως ασφαλής βάση για την προσωπική ανάπτυξη (Feeney & Collins, 2015). Όταν τα στοιχεία προσκόλλησης ενός προσώπου δεν είναι διαθέσιμα και υποστηρικτικά, η αναζήτηση εγγύτητας αποτυγχάνει να ανακουφίσει την αγωνία, δεν επιτυγχάνεται η αίσθηση ασφάλειας και αναπτύσσονται στρατηγικές ρύθμισης των επιπτώσεων εκτός από την αναζήτηση εγγύτητας, δηλαδή δευτερεύουσες στρατηγικές προσκόλλησης σχεδιασμένες με βάση δύο μεγάλες διαστάσεις, την αποφυγή και το άγχος (Mikulincer & Shaver, 2001· Mikulincer & Shaver, 2005a).

Ασφαλής τύπος δεσμού

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τα άτομα με ασφαλή τύπο δεσμού χρησιμοποιούν στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος που ελαχιστοποιούν το στρες και το άγχος δίνοντας παράλληλα έμφαση στα θετικά συναισθήματα. Η εμπιστοσύνη είναι μια σημαντική συνιστώσα στις υγιείς σχέσεις. Η ικανότητα του ατόμου να εντοπίζει τα συναισθήματα και τις εντάσεις του συναισθήματος στο πρόσωπο του άλλου θα μπορούσε να αυξήσει αυτή την εμπιστοσύνη (Nere, 2014). Άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού ακολουθούν στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος που εστιάζουν στα αρνητικά συναισθήματα και βιώνουν τις

διαπροσωπικές ή άλλες καταστάσεις ως περισσότερο αγχογόνες -τύπος εμμονής- (Fraley & Shaver, 2000· Mikulincer & Shaver, 2005a) ή τείνουν να καταπιέζουν τα συναισθήματα τους και να μη θυμούνται συναισθηματικές πληροφορίες -τύπος αποφυγής- (Fraley et al., 2000). Τα ασφαλή συναισθήματα που συνδέονται με υποστηρικτικά στοιχεία έχουν βρεθεί ότι διευκολύνουν τη βέλτιστη λειτουργία ενός συστήματος φροντίδας που στοχεύει στην προστασία και υποστήριξη των άλλων, συμπεριλαμβανομένων των μακρινών άλλων (Mikulincer & Shaver, 2005b). Η ενσυναίσθηση και η αντίληψη του πόνου αλληλεπιδρούν με τα στυλ προσκόλλησης. Οι απαντήσεις των ατόμων σε ψυχολογικό πόνο μετριάζονται με το στυλ προσκόλλησης (Cassidy et al., 2009).

Από αυτή την άποψη, οι σχέσεις με τους στενούς άλλους θα πρέπει να προάγουν την εκτίμηση όλων των ανθρώπων ως πλήρως ανθρώπινων, αντί να αυξάνουν την απόσταση μεταξύ του εαυτού και των άλλων και να προκαλούν την άρνηση της ανθρωπότητας σε αυτούς (Zhang et al., 2015). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τα άτομα που αισθάνονταν διαπροσωπικά ασφαλή ήταν λιγότερο επιρρεπή στην απανθρωποποίηση άλλων ανθρώπων και κατά συνέπεια λιγότερο πιθανό να τους αντιμετωπίσουν με σκληρότητα. Η διαπροσωπική ασφάλεια που προωθείται από ασφαλείς και ζεστές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις οδηγεί σε περισσότερη απόδοση της ανθρωπότητας στους άλλους. Τα συναισθήματα διαπροσωπικής ασφάλειας μπορεί να είναι εγγενώς αλληλένδετα με την προσβασιμότητα στους κοντινούς άλλους που παρέχουν αγάπη και υποστήριξη (Zhang et al., 2015). Με τέσσερα πειράματα οι Waytz & Epley (2012) απέδειξαν ότι τα άτομα που προετοιμάζονται για κοινωνική σύνδεση ήταν περισσότερο διατεθειμένα να απανθρωποποιήσουν απομακρυσμένους άλλους από ότι τα άτομα της ομάδας ελέγχου, υποδηλώνοντας ότι η κοινωνική σύνδεση υπογραμμίζει, αντί να

εξαλείφει, τα όρια μεταξύ των μελών εντός και εκτός ομάδας. Επιπλέον διαπίστωσαν ότι η απανθρωποποίηση διαμεσολαβούσε στην υιοθέτηση βλαβερών ενεργειών προς απομακρυσμένους άλλους. Ενώ οι Waytz & Erley (2012) υπογράμμισαν συγκεκριμένες στενές σχέσεις και υπονοούσαν ότι ορισμένες σχέσεις ήταν πιο σημαντικές από άλλες, οι Mikulincer & Shaver (2005b) τόνισαν τα συναισθήματα της υποστήριξης και της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν μια ισχυρή αίσθηση διαπροσωπικής ασφάλειας. Η διαπροσωπική ασφάλεια που προωθείται από ασφαλείς και ζεστές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις οδηγεί σε περισσότερη απόδοση της ανθρωπότητας στους άλλους (Zhang et al., 2015). Τα άτομα που αισθάνονται επαρκώς ασφαλή διαπροσωπικά δεν έχουν την εμμονή για κοινωνική αποδοχή και είναι σε θέση να κατευθύνουν την προσοχή τους στις ανάγκες των άλλων (Mikulincer & Shaver, 2005a).

Ανασφαλής τύπος δεσμού

Η έρευνα έδειξε ότι η αίσθηση της ασφάλειας ενεργεί ως ένας εσωτερικός πόρος που μπορεί να υπερκαλύψει τις αμυντικές ανάγκες και να καταστήσει τους αμυντικούς χειρισμούς λιγότερο απαραίτητους. Αυτοί οι αμυντικοί ελιγμοί και οι προκύπτουσες προκαταλήψεις στις εκτιμήσεις του εαυτού και των άλλων τείνουν να είναι πιο χαρακτηριστικές σε άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού (Mikulincer & Shaver 2005a). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ανασφαλείς προσανατολισμοί δεσμού - άγχος και αποφυγή- συνδέονταν με αυξημένη περιθωριοποίηση εντός της ομάδας και με χειρότερη ψυχολογική προσαρμογή. Τόσο το άγχος όσο και η αποφυγή συνδέονταν θετικά με την περιθωριοποίηση από τα μέλη της οικογένειας, αλλά μόνο το άγχος συνδέεται με την αύξηση της περιθωριοποίησης από φίλους (Ferenczi & Marshall, 2016).

Ερευνητικά ευρήματα προτείνουν ότι ο έλεγχος του συναισθήματος αποτελεί γνώρισμα της προσωπικότητας (trait) άμεσα συνδεδεμένο με τον τύπο δεσμού (Kafetsios, 2003). Ερευνητικά ευρήματα βρίσκουν σχέση μεταξύ ανασφαλών προτύπων προσκόλλησης και πολλαπλών μορφών παθολογίας της προσωπικότητας (Levy, 2005· Westen et al., 2006· Levy et al., 2006). Η θεωρία δεσμού προσφέρει μια έντονη νοηματοδότηση της ανάπτυξης και διατήρησης των διαπροσωπικών δυσκολιών και προσαρμογών που χαρακτηρίζουν την παθολογία της προσωπικότητας, ενώ εξηγεί την ταυτόχρονη ανάπτυξη της αυτό-ιδέας και τα προβλήματα αυτοπροσδιορισμού και αυτορρύθμισης (Adshead, 1998· Levy et al., 2006· Flaherty & Sadler, 2011).

Οι μεταγενέστερες μελέτες αποκάλυψαν ότι οι μορφές προσκόλλησης γίνονται καλύτερα αντιληπτές ως περιοχές σε ένα δισδιάστατο χώρο. Η πρώτη διάσταση, που συνήθως ονομάζεται αποφυγή προσκόλλησης, αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο δυσπιστεί για την καλή θέληση του συντρόφου του και προσπαθεί να διατηρήσει την ανεξαρτησία της συμπεριφοράς και την συναισθηματική απόσταση από το σύντροφο. Η δεύτερη διάσταση, που συνήθως ονομάζεται άγχος προσκόλλησης, αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο ανησυχεί ότι ένας σύντροφος δεν θα είναι διαθέσιμος σε περιόδους ανάγκης. Οι δυο διαστάσεις μπορούν να μετρηθούν με αξιόπιστες και έγκυρες κλίμακες αυτοαναφοράς και σχετίζονται με θεωρητικά προβλέψιμους τρόπους με την ποιότητα της σχέσης και την προσαρμογή (Fraley et al. 2000· Mikulincer & Shaver, 2005b). Τα άτομα που βαθμολογούνται χαμηλά σε αυτές τις δύο διαστάσεις αντιστοιχούν στον ασφαλή δεσμό και χαρακτηρίζονται από ένα θετικό ιστορικό αλληλεπιδράσεων με σημαντικούς άλλους, εμπιστοσύνη στη διαθεσιμότητα των άλλων σε περιόδους ανάγκης και άνεση με την εγγύτητα. Τα άτομα που σημειώνουν υψηλή αποφυγή

αντιστοιχούν στον αποφευκτικό δεσμό, που χαρακτηρίζεται από αρνητικές αναπαραστάσεις των άλλων, καταναγκαστική αυτοπεποίθηση και προτίμηση για συναισθηματική απόσταση. Τα άτομα που σημειώνουν υψηλό άγχος προσκόλλησης αντιστοιχούν στον αγχώδη δεσμό, ο οποίος χαρακτηρίζεται από αμφιβολίες στις απαντήσεις των άλλων, αρνητικές αυτο-εκτιμήσεις, ψυχαναγκαστική ανάγκη για εγγύτητα και φόβο απόρριψης, όπως αρνητικές αναπαραστάσεις εαυτού (Mikulincer & Shaver, 2001· Rom & Mikulincer, 2003· Berry et al., 2006· Fraley & Shaver, 2008).

Οι ερευνητές έχουν δείξει έντονο ενδιαφέρον για την κατανόηση του αν ο δεσμός συνδέεται με τη θεωρία του νου και τη συναισθηματική κατανόηση των παιδιών. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η «κατάσταση του νου σε σχέση με το δεσμό» ενός γονέα προέβλεψε το μοτίβο προσκόλλησης του βρέφους (Cassidy et al., 2013). Η θεωρία του νου αναφέρεται στη γνώση ενός ατόμου ότι οι ψυχικές καταστάσεις των άλλων ατόμων είναι ανεξάρτητες από τις δικές του, καθώς και στην ικανότητα κατανόησης ότι οι ψυχικές καταστάσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά (π.χ., εξηγώντας πώς η συμπεριφορά ενός ατόμου υποκινείται από την ανεξάρτητη γνώση, τις επιθυμίες, και/ή τις αντιλήψεις). Φαίνεται πως τα ανασφαλή παιδιά πρέπει να αγωνιστούν τόσο στην «ανάγνωση» του νου των άλλων όσο και στην κατανόηση των συμπεριφορών των άλλων ως σημαντικών και προβλέψιμων. Οι ερευνητές έχουν αναφέρει ότι τα παιδιά με ανασφαλείς ιστορίες δεσμού δεν έχουν το ίδιο καλή αντίληψη του νου των άλλων σε σχέση με τους ασφαλείς συνομηλίκους τους (Dykas & Cassidy, 2011). Από την άλλη πλευρά τα άτομα με υψηλό άγχος επιδιώκουν να γίνονται αποδεκτά και αγαπητά από τα μέλη της ομάδας και να αντιλαμβάνονται τις αλληλεπιδράσεις των ομάδων ως μια ευκαιρία για να αποκτήσουν μια αίσθηση ασφάλειας, ενώ τα άτομα που έχουν υψηλό βαθμό αποφυγής επιδιώκουν να

διατηρούν την απόσταση από τα μέλη της ομάδας και να δίνουν έμφαση στην ανεξαρτησία και την αυτονομία τους κατά τις αλληλεπιδράσεις με την ομάδα (Rom & Mikulincer, 2003).

Λαμβάνοντας υπόψη το θεωρητικό πλαίσιο της θεωρίας δεσμού σκεφτήκαμε να μελετήσουμε τον ανασφαλή δεσμό σε σχέση με την απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή από το υγειονομικό προσωπικό και την αυτό-απανθρωποποίηση του υγειονομικού καθώς επίσης και τον ανασφαλή δεσμό σε σχέση με την απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση από τη πλευρά των ασθενών. Για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η μελέτη της θεωρίας δεσμού στη σωματική νόσο, στη ψύχωση και γενικότερα στην ιατρική.

Θεωρία Δεσμού και Ασθένεια. Οι σωματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από υψηλή χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και από αμφιλεγόμενες αλληλεπιδράσεις με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Waller et al., 2004). Η ασθένεια είναι ένας παράγοντας άγχους που ενεργοποιεί το σύστημα δεσμού ενός ατόμου και απαντά με χαρακτηριστικές συμπεριφορές. Αυτό φαίνεται πιθανό επειδή η ασθένεια αποτελεί σωματική απειλή. Επιπλέον η νοσηλεία στο νοσοκομείο περιλαμβάνει ένα νέο περιβάλλον, τον αποχωρισμό από σημαντικούς άλλους, την εμπιστοσύνη σε ξένα άτομα και την ανάγκη διαπραγμάτευσης ενός νέου ρόλου, του «ρόλου του ασθενή» (Hunter & Maunder, 2001).

Ερευνητικά ευρήματα στο τομέα της υγείας δείχνουν πως οι ασθενείς που έχουν θετική άποψη ότι μπορούν να λάβουν παρηγοριά και υποστήριξη από τους άλλους (ασφαλής τύπος και τύπος εμμονής) είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν την υγειονομική περίθαλψη, ενώ ασθενείς με αρνητική αντίληψη της υποστήριξης που μπορούν να λάβουν από τους άλλους (φοβικός και απορριπτικός τύπος) είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη (Ciechanowski et al., 2002). Τα

ευρήματα των ερευνών επίσης δείχνουν ότι η ανασφαλής προσκόλληση παίζει επιζήμιο ρόλο στην υγεία για την αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς (Waller et al., 2004· Rapoza et al., 2016).

Ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προσανατολισμοί του δεσμού αποφυγή και άγχος των γιατρών συνδέονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών και υψηλότερες αντιλήψεις για σοβαρή ασθένεια. Οι στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων των ιατρών δεν μεσολαβούσαν στις ανασφαλείς σχέσεις προσανατολισμού δεσμού με την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά αυτές οι ρυθμιστικές στρατηγικές ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας που συνδέεται με τα επίπεδα ικανοποίησης ασθενών με υψηλότερες αντιλήψεις σοβαρότητας της ασθένειας (Kafetsios et al., 2015). Η μελέτη επιβεβαιώνει τις προβλέψεις βάσει της θεωρίας προσκόλλησης ότι ο ανασφαλής δεσμός των γιατρών μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις. Οι μορφές προσκόλλησης των ασθενών μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες της υγείας και μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή (Maunder et al., 2006).

Το άτομο με ασφαλή δεσμό έχει μια αίσθηση επαρκούς ανθεκτικότητας (Waller et al., 2004). Το εσωτερικό μοντέλο εργασίας περιλαμβάνει την προσδοκία ότι η βοήθεια θα είναι επαρκής και ότι μπορεί να εμπιστευτεί το ιατρικό προσωπικό και να λάβει την υποστήριξη του κατά τη διάρκεια της κρίσης. Τα συναισθήματα που δημιουργούνται από την ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, του φόβου, του θυμού ή άλλων αρνητικών επιδράσεων, θα μπορούν να εκφράζονται. Η περιγραφή της ασθένειας από τον ασθενή θα είναι συνεκτική, με λίγες ασυνέπειες ή παραλείψεις ανάκλησης (Hunter & Maunder, 2001· Hooper et al., 2011).

Ερευνητικά ευρήματα αναφορικά με την αλληλεπίδραση του δεσμού με την κοινωνική υποστήριξη που αφορά τις αντιδράσεις ψυχολογικού και ενδοκρινικού άγχους αναφέρουν ένα σημαντικό προστατευτικό ρόλο του δεσμού για την ψυχολογική ανταπόκριση στο άγχος (Hunter & Maunder, 2001· Ditzen et al., 2008). Άλλα ευρήματα αναφορικά με το δεσμό, που αφορά την ηλικία, την κοινωνική υποστήριξη και την ευημερία δείχνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στις σχέσεις μεταξύ δεσμού, αντιληπτικής υποστήριξης και ευημερίας. Το άγχος και η ευεξία συνδέονταν αντίστροφα και αυτό ήταν ισχυρότερο για την νεότερη ομάδα από ότι για την μεγαλύτερη σε ηλικία ομάδα. Η αποφυγή σχετιζόταν αρνητικά με την ικανοποίηση υποστήριξης στην ηλικιακή ομάδα και η αντιληπτή στήριξη διαμεσολαβούσε στις επιπτώσεις της αποφυγής στην ψυχική υγεία και τη μοναξιά των ηλικιωμένων. Γενικά η αντιλαμβανόμενη ικανοποίηση με την υποστήριξη συνδέθηκε πιο στενά με την ευημερία των ηλικιωμένων ενηλίκων. Τα αποτελέσματα δείχνουν διαφορετικούς δεσμούς αποφυγής με την αντιληπτή υποστήριξη σε διαφορετικά στάδια ζωής και σε συναφείς γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαδικασίες (Kafetsios & Sideridis, 2006).

Στον ανασφαλή αγχώδη δεσμό το άτομο έχει ελάχιστη πίστη στη δική του ικανότητα να αντιμετωπίσει την ασθένεια, και αυτός ο τύπος σχετίζεται με τη σωματική νόσο (Hunter & Maunder, 2001· Salmon & Young, 2009). Το άτομο με ανασφαλή δεσμό νιώθει αποπνικτικά με την παρουσία του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού αλλά ανησυχεί κατά την αποχώρησή τους. Το εσωτερικό μοντέλο εργασίας προβλέπει ότι ένα σχεδόν σταθερό σήμα κινδύνου είναι το καλύτερο μέσο για τη διατήρηση της εγγύτητας με το προσωπικό. Αυτό οδηγεί τους ανθρώπους να πιστεύουν ότι αυτό που απαιτείται κατά τη διάρκεια της ασθένειας είναι ένας τρόπος να διατηρείται ο επαγγελματίας συνεχώς δίπλα τους. Αυτό το μοτίβο αναζητήσεως

φροντίδας είναι χαρακτηριστικό του ατόμου, του οποίου η εσωτερική αίσθηση της ανικανότητας το οδηγεί να εξαρτάται από τους άλλους, αλλά το οποίο πάντοτε βρίσκει τη βοήθεια του άλλου ανεπαρκή (Hunter & Maunder, 2001). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η συσχέτιση ανάμεσα στη διάσταση του άγχους και την κατάθλιψη δεν είναι μόνο άμεση, αλλά και ότι το άγχος συμβάλλει στην αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης μέσω των μειωμένων επιπέδων ικανοποίησης των βασικών ψυχολογικών αναγκών (Kormas et al., 2014). Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η αγχώδης διάσταση δεσμού σχετίζεται αρνητικά με όλους τους τύπους υποστήριξης, εκτός από την εξασφάλιση και την εξήγηση της ιατρικής φροντίδας, ενώ η αποφυγή σχετίζεται αρνητικά με τους συναισθηματικούς τύπους υποστήριξης (Gur-Yaish et al., 2014). Εν συντομία, το μοντέλο προτείνει ότι πρώιμες δυσμενείς εμπειρίες έχουν σαν αποτέλεσμα τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να έχουν έναν «προφλεγμονώδη φαινότυπο» και τη νευροενδοκρινική δυσλειτουργία που οδηγεί σε χρόνια φλεγμονή. Η φλεγμονή, με τη σειρά της, εμπλέκεται σε ποικίλες ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, των αυτοάνοσων ασθενειών και ορισμένων τύπων καρκίνου (Chung et al., 2009).

Συχνά οι αποφευκτικοί ασθενείς δεν θεωρούνται προβληματικοί από μια ομάδα φροντίδας. Το εσωτερικό μοντέλο εργασίας τους προβλέπει ότι ο άλλος άνθρωπος δεν είναι αξιόπιστος και ότι είναι καλύτερα να υπολογίζουν στον εαυτό τους και να αποφεύγουν οποιοδήποτε βαθμό εξάρτησης από το άλλο άτομο που αναπόφευκτα θα τους αφήσει όταν η ανάγκη είναι μεγαλύτερη (Hunter & Maunder, 2001· Waller et al., 2004). Ωστόσο, όταν μια μείζονα ασθένεια ή σωματική βλάβη διακόπτει την προτιμώμενη στρατηγική αυτοπεποίθησης, μπορεί να προκύψουν προβλήματα όπως απόρριψη των ιατρικών οδηγιών, π.χ. η μη συμμόρφωση με τη

φαρμακευτική αγωγή (δηλαδή η λήψη των φαρμάκων τους με τον δικό τους τρόπο) ή η άρνηση ανάπαυσης ενός τραυματισμένου μέλους (Hunter & Maunder, 2001). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι ο τύπος δεσμού συνδέεται σημαντικά με την αυτοδιαχείριση της νόσου και τα αποτελέσματα της θεραπείας (Ciechanowski et al., 2004). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμεύσουν ως «ασφαλής βάση» για επανακαθορισμό στόχων στους ασθενείς τόσο με σωματική όσο και με ψυχική νόσο (Gerretsen & Myers, 2008· Adshead, 2010· Milberg et al., 2012), μπορούν να αποτελέσουν μια προσαρμοστική φιγούρα που μπορεί να μειώσει τις φυσιολογικές αντιδράσεις που σχετίζονται με απειλητικές ή επώδυνες εμπειρίες όπως είναι η ασθένεια (Cassidy et al., 2013) και θα πρέπει να είναι προσεκτικοί ή προετοιμασμένοι για αρνητικές αντιδράσεις στις συμπεριφορές των ασθενών τους, ώστε να μην επαναλάβουν τις ίδιες συμπεριφορές και αλληλεπιδράσεις που ο ασθενής βίωσε στην παιδική του ηλικία, κάτι που θα επηρεάσει αρνητικά τη σχέση ιατρού-ασθενούς (Miller, 2008).

Φαίνεται ότι ο ανασφαλής δεσμός σε ασθενείς με οργανική νόσο επιδρά αρνητικά όχι μόνο στη θεραπευτική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή αλλά και στο υποστηρικτικό και κοινωνικό πλαίσιο από το οποίο θα μπορούσε να πάρει βοήθεια. Στη συνέχεια θα μελετήσουμε τη σχέση του ανασφαλούς δεσμού με τη ψυχική νόσο.

Θεωρία Δεσμού και Ψύχωση. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας έχει βρεθεί ότι έχει ανασφαλή δεσμό και αυτό θεωρείται ως ένας σημαντικός παράγοντας ευπάθειας για μια σειρά ψυχιατρικών καταστάσεων (Ma, 2006). Κατά συνέπεια, αναγνωρίστηκε ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη διευκόλυνση της ανάπτυξης ασφαλή δεσμού. Πιο συγκεκριμένα, η θεραπευτική σχέση θεωρήθηκε ως μια σχέση προσκόλλησης που μπορεί να προσφέρει μια ασφαλή

βάση για αυτο-εξερεύνηση και τροποποίηση των επισφαλών μορφών δεσμού (Ma, 2007).

Η ψύχωση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα ψυχικής υγείας και χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα διαπροσωπικών δυσκολιών (Penn et al., 2004; Zeanah et al., 2011). Τα υψηλά επίπεδα άγχους και αποφυγής στις σχέσεις δεσμού μπορεί να εμπλέκονται στη διατήρηση συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων (Berry et al., 2006). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τόσο το άγχος όσο και η αποφυγή ήταν σημαντικά θετικά συσχετισμένα με το συνολικό επίπεδο των διαπροσωπικών προβλημάτων. Ωστόσο ο συσχετισμός μεταξύ άγχους και διαπροσωπικών δυσκολιών ήταν σημαντικά υψηλότερος από τον συσχετισμό μεταξύ αποφυγής και διαπροσωπικών δυσκολιών (Berry et al., 2006).

Το σύστημα δεσμού είναι πιθανό να είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην ψύχωση, καθώς καθορίζει τις προσεγγίσεις των ατόμων για την αναζήτηση βοήθειας σε περιόδους ψυχολογικού στρες και υποτροπής της ψύχωσης που είναι συχνά εξαιρετικά δυσάρεστη εμπειρία. Υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση του ρόλου των διαπροσωπικών παραγόντων στην πρόβλεψη της πορείας της ψύχωσης καθώς και στην επηρεασμό της ευπάθειας (Berry et al., 2007, 2008). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν τη σχέση της αποφυγής με τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της ψύχωσης και τα θετικά συμπτώματα της παράνοιας (MacBeth et al., 2008). Τα ευρήματα της σχέσης της αποφυγής και των αρνητικών συμπτωμάτων υποστηρίζουν τα γνωστικά μοντέλα της σχιζοφρένειας τα οποία εννοιολογούν την κοινωνική απόσυρση και την συναισθηματική άμβλυση ως μεθόδους αντιμετώπισης του κοινωνικού άγχους. Στη «σχιζοφρένεια» αυτές οι δυσκολίες της σχέσης απεικονίζονται συχνά ως «αρνητικά συμπτώματα», όπως η «κοινωνική απόσυρση». Επίσης υπάρχει σχέση μεταξύ άγχους και αποφυγής με τα διαπροσωπικά

προβλήματα, με συγκεκριμένες συσχετίσεις μεταξύ άγχους και απαιτητικής συμπεριφοράς και αποφυγής με διαπροσωπική εχθρότητα. Όπως προβλεπόταν, τα υψηλά επίπεδα αποφυγής σχετίζονταν με δυσκολίες στις θεραπευτικές σχέσεις (Berry et al., 2006· Berry et al., 2008· Read & Gumley, 2010).

Οι ψυχικές αναπαραστάσεις του δεσμού μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη βοήθεια που προσφέρεται (Adshead, 1998). Η θεωρία του δεσμού μπορεί επίσης να είναι σημαντική για άτομα σε υπηρεσίες αποκατάστασης, καθώς το σύστημα δεσμού ενεργοποιείται και καθορίζει τις προσεγγίσεις του ατόμου για αναζήτηση βοήθειας σε περιόδους ψυχολογικού στρες και οι χρήστες των υπηρεσιών αποκατάστασης συχνά υποφέρουν από συμπτώματα και κοινωνική δυσλειτουργία που τους προκαλούν μεγάλη δυσφορία (Berry et al., 2007). Για άλλους, οι διαπροσωπικές δυσκολίες, τα δυσάρεστα συμπτώματα και οι επαναλαμβανόμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο μπορεί να οδηγήσουν σε καταστροφή των πρωτογενών σχέσεων δεσμού (Berry & Drake, 2010).

Στην αποκατάσταση ασθενών με ψυχική νόσο η θεωρία δεσμού η οποία υπογραμμίζει τη θεμελιώδη σημασία των ανθρώπινων σχέσεων μπορεί να βελτιώσει την κλινική πρακτική τονίζοντας τη σημασία της ανάπτυξης ή διατήρησης σημαντικών σχέσεων στον σχεδιασμό υποστήριξης με ενημέρωση των προβλέψεων σχετικά με την εμφάνιση προβληματικών συμπεριφορών και την κατανόηση της λειτουργίας τους, με την ενημέρωση για την κατανόηση της εξέλιξης των διαφορετικών μορφών ανάκαμψης, τονίζοντας τη σημασία της επικοινωνίας, της ευαισθησίας και της ανταπόκρισης στις καταστάσεις κινδύνου και την ισορροπία ανάμεσα στην παροχή διαβεβαίωσης και την ενθάρρυνση του ατόμου να αποκτήσει ανεξαρτησία, την ενημέρωση για την αξιολόγηση της ασφάλειας δεσμού και

ενθάρρυνση των ατόμων με ανασφαλή δεσμό να δοκιμάσουν νέους τρόπους συσχετισμού με άλλους, ενημέρωση για την αξιολόγηση του εάν οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες προσκόλλησης, ενημέρωση για την εξέλιξη των παρεμβάσεων που βελτιώνουν τις σχέσεις προσωπικού-ασθενούς (Ma 2006, 2007). Τα άτομα έχουν μια βασική ψυχολογική ανάγκη να σχηματίσουν δεσμό με άλλους και να έχουν τουλάχιστον έναν σημαντικό άλλον τον οποίο μπορούν να εμπιστευτούν και να εξαρτώνται από αυτόν (Ma, 2006).

Ο ανασφαλής δεσμός στη ψύχωση σχετίζεται με τα διαπροσωπικά προβλήματα, την επίταση των συμπτωμάτων της νόσου, τις δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενή και γιατρού και γενικότερα ο ανασφαλής δεσμός αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα ευπάθειας για μια σειρά ψυχιατρικών διαταραχών. Για αυτό ο γιατρός και γενικότερα η θεραπευτική ομάδα των ειδικών θα πρέπει να γνωρίζει την αναγκαιότητα ανάπτυξης σχέσης με τον ασθενή με ψυχωτική διαταραχή και γενικότερα με τον ασθενή που έχει πρόβλημα υγείας, όπου θα το προσφέρει μια ασφαλή βάση όπου μπορεί να αναπτύξει και να διατηρήσει μια σχέση.

Θεωρία Δεσμού και Ιατρική. Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας και του κλινικού προσωπικού του, ο ασθενής μπορεί να βιώσει το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης είτε ως ασφαλή βάση που διευκολύνει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία είτε ως πρόσθετο στρεσογόνο παράγοντα που μπορεί να μειώσει τη συνεργασία αρνητικά επειδή τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας μπορούν να αλληλεπιδρούν δυσμενώς με τα συστήματα δεσμού των ασθενών. (Ciechanowski, 2010).

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η ανάγκη για δεσμό ήταν ένα κεντρικό ζήτημα για την κατανόηση της αξίας της διαπροσωπικής συνέχειας για τους ασθενείς με τους γιατρούς τους. Όσο πιο άρρωστοι είναι ή ανησυχούν ότι είναι ευάλωτοι τόσο

περισσότερο χρειάζονται τακτική παρακολούθηση από τον θεράποντα ιατρό (Frederiksen et al., 2010). Η θεωρία δηλώνει ότι στις σχέσεις δεσμού, όταν ένα άτομο αισθάνεται δυσφορία αναζητά βοήθεια ή καθησυχασμό και το άλλο πρόσωπο το προσφέρει. Στην κοινωνική ζωή του ανθρώπου, οι σχέσεις δεσμού σχετίζονται με τη φροντίδα των παιδιών, τη φροντίδα εξαρτώμενων ατόμων, την εμπειρία ασθένειας ή ασθένειας και αποχωρισμού ή την απώλεια αγαπημένων (Adshead, 1998). Η ποιότητα του πρώιμου γονικού δεσμού επηρεάζει την γονιδιακή έκφραση και την ανάπτυξη της νευρωνικής αρχιτεκτονικής στον νεοφλοιό, η οποία ρυθμίζει τις κοινωνικές σχέσεις και τα συναισθήματα (Adshead, 2010).

Σε αντίθεση με τον γενικό πληθυσμό, οι φοιτητές ιατρικής και οι γιατροί στην πράξη υποχρεούνται να ασχολούνται με σχέσεις δεσμού στο πλαίσιο εργασίας τους με επαγγελματικό τρόπο. Για τον γενικό πληθυσμό, οι εργασιακές σχέσεις διαφέρουν από τις σχέσεις δεσμού, αλλά αυτό δεν ισχύει για εκείνους που παρέχουν επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη. Μια ποικιλία μελετών σε γιατρούς με προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχικής υγείας έχει διαπιστώσει υψηλά επίπεδα δυστυχίας στις πρώιμες παιδικές ή οικογενειακές εμπειρίες (Firth-Cozens, 2007· Katsavdakis et al., 2004). Αυτές είναι μελέτες δειγμάτων γιατρών που έχουν εντοπιστεί ότι βρίσκονται σε κίνδυνο ή εκτελούν ανεπαρκώς τα καθήκοντα τους. Ο ανασφαλής δεσμός, ιδίως ο απορριπτικός, έχει ιδιαίτερη σημασία για τους φοιτητές ιατρικής ή τους γιατρούς. Μπορεί να είναι επαγγελματικά λειτουργικός σε ορισμένες χρονικές στιγμές στην ιατρική σταδιοδρομία, αλλά οι μεταβολές της κατάστασης μπορεί να τον κάνουν δυσλειτουργικό. Θα τείνει να αρνείται την προσωπική δυσφορία, να υπογραμμίζει την προσωπική δύναμη και την ατρωσία και να δυσφημεί την εξάρτηση από τους άλλους. Έτσι αυτοί οι γιατροί που δεν θέλουν να αναγνωρίσουν τη δυσφορία τους, είναι απρόθυμοι να ζητήσουν βοήθεια και θα

προσπαθήσουν αυτοδύναμα να αντιμετωπίσουν τα άγχος τους. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι ο ασφαλής δεσμός συνδέθηκε θετικά με θετικά συναισθηματικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, ενώ ο ανασφαλής (ιδιαίτερα η αγχώδης διάσταση) συσχετιζόταν αρνητικά με τη διάθεση. Πιο συγκεκριμένα, αμφότεροι οι τύποι - ασφαλείς και αγχώδεις - συνδέονταν θετικά με τη συναισθηματική επίγνωση. Όσον αφορά την ευεξία που σχετίζεται με την εργασία, η συμμετοχή στην εργασία συνδέεται θετικά με τον ασφαλή δεσμό και τον προσανατολισμό της σχέσης και συνδέεται αρνητικά με την αποφυγή, ενώ η ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται θετικά με θετικά συναισθηματικά χαρακτηριστικά και συνδέεται αρνητικά με τον αγχώδη δεσμό (Lanciano & Zammuner, 2014).

Επίσης η ίδια η ιατρική εκπαίδευση μπορεί να προωθήσει την απόρριψη. Πολλές περιγραφές της ιατρικής εκπαίδευσης, τόσο προσωπικές όσο και δραματοποιημένες, περιγράφουν πώς ενθαρρύνουν τους γιατρούς να αποσυνδεθούν από την ανθρώπινη δυσφορία και να «απανθρωποποιήσουν» τον ασθενή ως ένα τρόπο αντιμετώπισης της δυσφορίας (Adshead, 2010). Για αυτό οι εκπαιδευτές των ιατρών θα πρέπει να προσφέρουν μια ασφαλή βάση εκπαίδευσης. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι περιγραφές των μοτίβων δεσμών των ενηλίκων μπορούν να καθοδηγήσουν τους κλινικούς γιατρούς στην εκτίμηση των μεμονωμένων διαφορών στο διαπροσωπικό στυλ που επηρεάζουν την υγεία των ασθενών (Maunder & Hunter, 2009). Η κατανόηση της θεωρίας δεσμού μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο στην κλινική συλλογιστική (Meredith, 2009· Ciechanowski, 2010· Hooper et al., 2011).

Αποτελέσματα μετανάλυσης (Arbuthnott & Sharpe, 2009) σχετικά με τη σχέση συνεργασίας ασθενούς-ιατρού και τη συμμόρφωση στη θεραπεία δείχνουν ότι η καλύτερη συνεργασία μεταξύ ασθενών και ιατρών συνδέεται με την καλύτερη

συμμόρφωση των ασθενών. Οι συγγραφείς περιγράφουν τις πρακτικές συνέπειες για τους γιατρούς, δηλώνοντας ότι «η συμπερίληψη της προοπτικής του ασθενούς κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης είναι απαραίτητη για την επίτευξη συνεργασίας αφού ο ασθενής εγκαταλείπει το γραφείο του ιατρού». Οι γιατροί μπορούν να εφαρμόσουν αυτήν τη στρατηγική σε όλους τους ασθενείς (Arbuthnott & Sharpe, 2009).

Η κατανόηση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς θα επιτρέψει στους γιατρούς να επικεντρωθούν στην επιτυχή επικοινωνία, η οποία επιτρέπει στους γιατρούς να συνεργάζονται αποτελεσματικά με τους ασθενείς για να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία που επικεντρώνεται στον ασθενή (Hooper et al., 2011).

Κεφάλαιο 3: Απανθρωποποίηση και Ιατρική

Έχοντας υπόψη ότι οι 2 έρευνες της παρούσας διατριβής για την μελέτη της απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή και της αυτό-απανθρωποποίησης των επαγγελματιών υγείας (1^η έρευνα) καθώς και η μελέτη τους στους ασθενείς με οργανική νόσο και ψυχωτική διαταραχή (2^η έρευνα), κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια λεπτομερής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με τα υπό εξέταση φαινόμενα και την ιατρική – ψυχιατρική (κεφάλαιο 4).

Πολλοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι η ιατρική πρακτική γίνεται όλο και πιο απάνθρωπη, κυριαρχείται από απρόσωπες τεχνολογίες και οικονομικές επιταγές (Haslam, 2006). Αρκετοί ασθενείς έχουν εμπειρία απανθρωποποίησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε να προκαλείται κρίση εντός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, κρίση που αποδεικνύεται καταστροφική όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και για τους επαγγελματίες, τις οικογένειες και τα ίδια τα συστήματα (Post, 2011). Στη σύγχρονη ιατρική, η σχέση επαγγελματία - ασθενή θεωρείται ευρέως ότι είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό της υψηλής ποιότητας περίθαλψης. Η εξάπλωση των απρόσωπων τεχνολογιών και οι οικονομικές επιταγές, όμως, έχουν βάλει αυτή τη σχέση κάτω από αυξημένη πίεση (Vaes & Muratore, 2013) καθιστώντας τη φροντίδα των ασθενών μειωτική, δηλαδή επικεντρωμένη στο πάσχον όργανο και όχι ολιστική (Dolan, 2007). Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι μια προσέγγιση με επίκεντρο τον άνθρωπο συνδέεται με θετικά αποτελέσματα (Haslam, 2007) τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους εργαζόμενους. Η επιτυχία της ιατρικής μπορεί να θαμπώσει πολλούς και να οδηγήσει στην πεποίθηση ότι το σημαντικότερο πράγμα, ή σχεδόν το μόνο σημαντικό πράγμα, στην ιατρική είναι η επιστημονική γνώση. Με αυτόν τον τρόπο, σιγά-σιγά χάνουν τις άλλες βασικές αρχές του επαγγέλματός που βασίζονται στην

ανθρώπινη σχέση με τους ασθενείς και στη φροντίδα των συμφερόντων των ασθενών (Ceriani Cernadas, 2013).

Γλώσσα και Απανθρωποποίηση

Στα ιατρικά περιβάλλοντα παρατηρούνται μερικές φορές συμπεριφορές που προσβάλλουν την αξιοπρέπεια των ασθενών, για παράδειγμα: οι νοσηλευτές που μιλάνε σαν να μιλάνε σε βρέφος όταν απευθύνονται σε ηλικιωμένους, οι νοσηλευτές που εφαρμόζουν διάφορες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς όταν αλληλεπιδρούν με ψυχικά ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν διαφορετική μεταχείριση σε ασθενείς που ανήκουν στη δική τους ή σε άλλη φυλετική/εθνοτική ομάδα. Μια από τις αιτίες αυτών των εξευτελιστικών, επιθετικών και ρατσιστικών συμπεριφορών είναι η ασυνείδητη απόδοση χαμηλότερης ανθρώπινης κατάστασης στους ασθενείς (Carozza et al., 2016).

Επίσης οι άσχημα επιλεγμένες και απρόσεκτα χρησιμοποιούμενες λέξεις μπορούν να βλάψουν. Αυτές οι λέξεις μπορούν να βλάψουν επηρεάζοντας αρνητικά τα συναισθήματα των ασθενών, να βλάψουν τις σχέσεις με τους ασθενείς και να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο ο ειδικός αντιλαμβάνεται τους ασθενείς που φροντίζει. Οι ασθενείς είναι άνθρωποι, δεν είναι «περιπτώσεις», και οι ασθενείς είναι πολύ περισσότερο από το άθροισμα των ιδιαίτερων διαγνώσεών τους (Leopold et al., 2014). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι φοιτητές της ιατρικής κατά τη διάρκεια των σπουδών τους χρησιμοποιούν υποτιμητικούς όρους για να περιγράψουν τον ασθενή, π.χ. φυτό (Dans, 2002). Η γλώσσα μπορεί να λειτουργήσει ως ισχυρός μοχλός για να ξεκινήσει και να διατηρήσει τη διαδικασία απανθρωποποίησης. Στην ιατρική, οι απαξιωτικοί όροι, όπως το «φυτό» (Dans, 2002) ή ακόμη και η επισήμανση των ατόμων από τη νόσο τους («διαβητικός»), μπορούν να απανθρωποποιούν τους ασθενείς.

Ένα παράδοξο στην θεραπευτική πρακτική είναι ότι αντί να είναι γεμάτη με ήπιες και ειρηνικές εκφράσεις χρησιμοποιείται μια μιλιταριστική γλώσσα και μιλιταριστικές πρακτικές, κάτι που προκαλεί θυμό και αντιπαράθεση στα ιατρικά περιβάλλοντα, με αποτέλεσμα την κακή διαχείριση και αρνητική επίδραση στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών και στις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας. Οι μεταφορές ενσαρκώνουν τους τρόπους ζωής. Οι μεταφορές δεν είναι μόνο φράσεις ομιλίας αλλά σχήματα σκέψης που διαμορφώνουν τη δραστηριότητα και ενσωματώνονται σε πολύτιμες πολιτιστικές μορφές και πρότυπα εργασίας. Αυτό μετακινεί τη γλώσσα πέρα από την απλή αναπαράσταση και απεικόνιση αντικειμένων, στη γλώσσα που ενσωματώνει αντικείμενα και ως δραστηριότητα. Οι μεταφορές δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα, αλλά δημιουργούν πραγματικότητες -όχι απλά περιγράφοντας, αλλά γράφοντας και δημιουργώντας συμπεριφορά. Όταν η ασθένεια είναι στόχος και εχθρός που πρέπει να εξαλειφθεί με κάθε κόστος, το κόστος μπορεί να είναι ο ασθενής, ο οποίος πάσχει από τον «φιλικό θάνατο» των παρενεργειών (Leopold et al., 2014· Capozza et al., 2016).

Η αντιμετώπιση της ασθένειας ως εχθρού μπορεί να αποπροσωποποιήσει και να αποδυναμώσει τον ασθενή του οποίου η μοναδική φωνή χάνεται στον γενικευμένο «στόχο» και ο οποίος μπορεί να εγκλωβιστεί στην ανικανότητα, όπου ο γιατρός παίζει τον ενεργό ρόλο του ήρωα και ο ασθενής είναι παρευρισκόμενος ως ασθένεια. Το φάρμακο ως «πόλεμος» συνδέεται άμεσα με το «σώμα ως μηχανήμα», αποξενώνοντας περαιτέρω τους ασθενείς, αντί να αναγνωρίζει την οργανική ατομικότητα και την ανθρωπιά του κάθε ανθρώπου (Bleakley et al., 2014).

Χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου και Απανθρωποποίηση

Η νεοφιλελεύθερη ιδεολογία της αγοράς, με την οργανική της προσέγγιση στα άτομα και την εμπορευματοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης, δημιουργεί μια διαβρωτική επίδραση που αποξενώνει τους κλινικούς ιατρούς από τους ασθενείς τους και προκαλεί την περιθωριοποίηση της παρηγορητικής πρακτικής. Η ένταση μεταξύ αποτελεσματικότητας και φροντίδας προσανατολισμένης προς τον ασθενή έχει γίνει πιο έντονη στο σημερινό οικονομικό κλίμα, σε μια εποχή που τα όρια της ιατρικής έχουν διευρυνθεί και οι προσδοκίες για την υγειονομική περίθαλψη έχουν αυξηθεί. Αυτό έχει δημιουργήσει μια μη βιώσιμη δυναμική μέσα στην οποία οι αλλοτριωμένοι επαγγελματίες υγείας αγωνίζονται να εκπληρώσουν τους θεραπευτικούς τους ρόλους και οι ασθενείς αισθάνονται εγκατάλειψη και περισσότερο άγχος (De Zulueta, 2013a,b).

Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τις ευρείες αρνητικές συνέπειες σχετικά με πιο ήπιες απανθρωποποιημένες στάσεις και συμπεριφορές. Η απανθρωποποίηση των άλλων οδηγεί σε αυξημένη αντι-κοινωνικότητα απέναντί τους με τη μορφή αυξημένης επιθετικής συμπεριφοράς όπως ο εκφοβισμός (Obermann, 2011) και η παρενόχληση (Rudman & Mescher, 2012), καθώς και εχθρικές συμπεριφορές αποφυγής όπως η κοινωνική απόρριψη (Martinez et al., 2011). Αυτή η αυξημένη εχθρότητα και επιθετικότητα συνοδεύονται από μειωμένη ηθική απόδοση σε εκείνους που απανθρωποποιούνται (Opatow, 1990· Haslam & Loughnan, 2014) και επομένως κρίνονται λιγότερο άξιοι προστασίας από τη βλάβη (Gray et al, 2007· Bastian και Haslam , 2011).

Οι κύριες αιτίες για αυτά τα αποτελέσματα προκύπτουν από τα διαρθρωτικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, καθώς και από λειτουργικές εγγενείς ψυχολογικές απαιτήσεις στο ιατρικό επάγγελμα (Pawlikowski 2002· Haque

& Waytz, 2012). Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας (π.χ., Haslam, 2006· Leyens et al., 2000, 2001), η απανθρωποποίηση από τον Οργανισμό αναφέρεται στην εμπειρία του εργαζόμενου που αισθάνεται αντικειμενοποιημένος από τον Οργανισμό όπου εργάζεται, αρνείται την προσωπική υποκειμενικότητα και τον μεταχειρίζεται ως εργαλείο ή ένα μέσο για την επίτευξη των σκοπών του. Σύμφωνα με αυτή την πρόσφατη βιβλιογραφία η απανθρωποποιημένη αντιμετώπιση έχει επιζήμιες επιπτώσεις στις στάσεις των εργαζομένων απέναντι στον Οργανισμό (π.χ. αυξάνοντας τις προθέσεις τους να εγκαταλείψουν) και στην ευημερία τους (Bell & Khoury, 2016) και καταστρέφει τις θεμελιώδεις ανάγκες των ατόμων (Christoff, 2014).

Σε μια πρόσφατη έρευνα με γιατρούς στις Η.Π.Α., καταγράφεται υψηλή ικανοποίηση ως προς τη σχέση τους με τον ασθενή. Αλλά μόνο το ένα τρίτο των ερωτηθέντων γιατρών ανέφερε ότι έχει αρκετό χρόνο για να επικοινωνήσει πλήρως με τους ασθενείς τους και να τους θεραπεύσει. Ο χρόνος πρόσωπο με πρόσωπο μεταξύ του ασθενούς και του γιατρού έχει μειωθεί από την γραφειοκρατία και τα διοικητικά καθήκοντα και η πολυπλοκότητα της αντιμετώπισης συννοσηρών συνθηκών απαιτεί να αφιερωθεί περισσότερος χρόνος στη συλλογή δεδομένων και αποτελεσμάτων των εξετάσεων, αφήνοντας λιγότερο χρόνο για να ακούσουν τις ιστορίες των ανθρώπων (Ciechanowski, 2010). Ερευνητικά ευρήματα ποιοτικής έρευνας που χρησιμοποιεί ημι-δομημένες συνεντεύξεις δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες περιγράφουν την επιθυμία για ολιστική ή επικεντρωμένη στον ασθενή υγειονομική φροντίδα, ατομικά και όχι μόνο στα άμεσα συμπτώματα, και πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν μια αίσθηση απανθρωποποίησης από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αναφέροντας ότι οι συνθήκες ζωής τους παραβλέφθηκαν, ή ότι κρίθηκαν βάσει της ασφάλισης ή της εθνικότητας (Raja et al., 2015a,b).

Η αύξηση του φόρτου εργασίας του προσωπικού υγείας αυξάνει την περίοδο αναμονής για τους ασθενείς. Από την άλλη πλευρά, ο χρόνος και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μειώνονται. Χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες στους ασθενείς δημιουργούν την απανθρωποποιημένη αντίληψη. Επιπλέον, το προσωπικό υγείας μπορεί να εμφανίζει απάνθρωπες συμπεριφορές προς τους ασθενείς λόγω σταθερών υψηλών επιπέδων άγχους που προκύπτουν από υπερβολικό φόρτο εργασίας (Coşkun, 2015). Κουρασμένοι γιατροί βλέπουν τους ασθενείς τους ως όργανα, όχι ως ανθρώπους (Haslam & Loughnan, 2014), με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην αντιμετωπίζεται ως βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα αλλά σαν πάσχον όργανο.

Κοινωνικο-οικονομικά Χαρακτηριστικά και Απανθρωποποίηση

Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι το 57% των φοιτητών ιατρικής στην Αυστραλία προέρχονται από υψηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, φαινόμενο που μπορεί να οδηγήσει σε μια μορφή «εγω-κεντρισμού» που επηρεάζει θεμελιωδώς τον τρόπο με τον οποίο κάποιος βλέπει και αλληλεπιδρά με άλλα άτομα και ομάδες (Geiger & Jordan, 2013). Σε γενικές γραμμές οι κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των «φτωχών», θεωρούνται πιο εχθρικές, λιγότερο έξυπνες, λιγότερο αξιόπιστες, ότι παρακινούνται λιγότερο και προκαλούν περισσότερα συναισθήματα αηδίας και περιφρόνησης (Fiske et al., 2007). Αυτά τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις μπορούν να έχουν σημαντικές συνέπειες για τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ κατηγοριών και γιατρού-ασθενούς, οι οποίες με τη σειρά τους μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και τα αποτελέσματα της υγείας (Geiger & Jordan, 2013). Σε μια άλλη μελέτη οι ασθενείς που θεωρήθηκαν «φτωχοί» ή «σχεδόν φτωχοί» είχαν λιγότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι οι γιατροί πάντα εξηγούσαν τα πράγματα έτσι ώστε να τα κατανοούν, σε σύγκριση με ασθενείς από υψηλότερα εισοδήματα (DeVoe et al., 2009).

Το χάσμα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων βαθαίνει (Figueras et al., 2008). Παράγοντες όπως οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας και διαβίωσης επιδρούν αρνητικά στην υγεία των φτωχότερων κυρίως κοινωνικών ομάδων. Μολονότι οι ομάδες αυτές παρουσιάζουν πλήθος αναγκών, λαμβάνουν περιορισμένες υγειονομικές παροχές, σε αντίθεση με τον οικονομικά εύρωστο πληθυσμό. Αυτές οι παράμετροι αναπαράγουν ανισότητες και στην περίπτωση της Ελλάδας, επιβαρύνοντας τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, οι οποίες και παρουσιάζουν περισσότερες υγειονομικές ανάγκες κάλυψης, υποχρεώνονται να αναμένουν ή να λαμβάνουν παροχές χαμηλότερης ποιότητας (OECD, 2009). Έτσι οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες χρησιμοποιούνται κυρίως από ασθενείς που διαθέτουν χαμηλά εισοδήματα, οι οποίοι συνήθως δεν έχουν άλλη επιλογή, ενώ οι πολίτες με υψηλά εισοδήματα έχουν τη δυνατότητα να κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ή ιδιωτικής ασφάλισης (Pappa & Niakas, 2006). Ιδιαίτερα εκτεταμένες ανισότητες παρουσιάζονται σε χώρες με αυξημένες άμεσες ιδιωτικές δαπάνες (out-of-pocket expenditure) και όπου συγχρόνως οι δημόσιες δαπάνες υγείας είναι χαμηλές. Έτσι συχνά τα συστήματα υγείας μεροληπτούν προς όφελος των εύρωστων κοινωνικών ομάδων. Αντιστρόφως οι πλέον ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (όπως τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι άνεργοι) πλήττονται περισσότερο από τις υγειονομικές ανισότητες (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2012).

Ιατρική Εκπαίδευση και Απανθρωποποίηση

Η τεκμηριωμένη βιο-ιατρική προσέγγιση, με κυρίαρχο παράδειγμα στην ιατρική εκπαίδευση και κλινική πρακτική, δίνει προτεραιότητα στην καλύτερη απόδειξη για να καθοδηγήσει τις αποφάσεις σχετικά με την κατάλληλη θεραπεία (Pawlikowski 2002), αγνοώντας παράλληλα τον συγκεκριμένο ασθενή που πάσχει

από τη νόσο (Vogt et al., 2013). Ως εκ τούτου η μοναδικότητα των ασθενών ως ανθρώπων είναι παραμελημένη και η προσέγγιση εστιάζει στην θετικιστική και οικονομική άποψη. Αυτή η προσέγγιση είναι ένας σημαντικός λόγος για την απανθρωποποίηση στις πρακτικές υγείας (Pawlikowski 2002· Haque & Waytz, 2012· Haslam, 2006).

Η απανθρωποποίηση στην ιατρική προέρχεται επίσης από παράγοντες εγγενείς με τις λειτουργικές απαιτήσεις του ιατρικού επαγγέλματος. Ένα παράδειγμα είναι η διαγνωστική και θεραπευτική σκέψη προς τους ασθενείς πολλές φορές ακολουθεί τους κανόνες των μηχανικών συστημάτων που αποτελούνται από αλληλεπιδρώντα μέρη. Η μεταχείριση των ανθρώπων ως μηχανικών συστημάτων συχνά οδηγεί σε μια συγκεκριμένη μορφή απανθρωποποίησης κατά την οποία οι άλλοι θεωρούνται ως ανίκανοι συναισθηματικής ανταπόκρισης ή διαπροσωπικές ζεστασιάς (Pawlikowski 2002· Haslam, 2006· Miles, 2012). Η μηχανοποίηση επίσης συμβαίνει επειδή είναι απαραίτητη για την επίλυση προβλημάτων, αποσυνθέτοντας τους ανθρώπους και τα συμπτώματά τους σε φυσιολογικά συστήματα και υποσυστήματα (από συστήματα οργάνων σε όργανα, σε ιστούς, σε κύτταρα, σε μόρια). Η σύνδεση της παθοφυσιολογίας με τα ευρήματα και τα συμπτώματα συχνά εμφανίζεται σε ένα επίπεδο αφαίρεσης που αγνοεί τις νοητικές καταστάσεις των ασθενών (Haque & Waytz, 2012), ενώ ένα εύρημα πρέπει να γίνει κατανοητό μέσα στο περιβάλλον πλαίσιο ενός ή περισσοτέρων φυσιολογικών συστημάτων, όπως σε σχέση με τη γενική κατάσταση του ασθενούς που λαμβάνεται ως σύνολο (Tauber, 2008).

Είναι πράγματι παράδοξο ότι η πρώτη επαφή των φοιτητών ιατρικής είναι με πτώματα στις αίθουσες ανατομίας και όχι με ασθενείς έτσι ώστε να καλλιεργηθεί η ενσυναίσθηση, η συμπόνια και ο αλτρουισμός στους εκπαιδευόμενους γιατρούς.

Είναι λυπηρό η εξέλιξη της σύγχρονης ιατρικής με την πρόοδο της τεχνολογίας να έχει αποσυνδεθεί από την τέχνη της ιατρικής, τη φροντίδα και τον θεραπευτικό ενσυναισθητικό δεσμό μεταξύ του γιατρού και ασθενούς. Αντίθετα, παρακολουθούμε έναν ιατρικό κόσμο ολοένα και πιο υψηλής τεχνολογίας, αλλάζοντας το κλίμα της θεωρίας και της πρακτικής της ιατρικής εκπαίδευσης, την εξέλιξη της φύσης της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, την εμφάνιση ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων, υπολογιστές σε νοσηλευτικούς σταθμούς, εμπιστοσύνη στα δεδομένα έρευνας, αύξηση της προσοχής στην οθόνη του υπολογιστή και τα έξυπνα τηλέφωνα (Shelley, 2016). Ως περαιτέρω απόδειξη του αυξανόμενου διαχωρισμού μεταξύ γιατρών και ασθενών τονίστηκε η ανησυχητική τάση των γιατρών να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στο να κοιτάζουν στις οθόνες υπολογιστών παρά να εξετάζουν τους ίδιους τους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια των επισκέψεων (Weber, 2015).

Η ιατρική εκπαίδευση φαίνεται ότι δίνει μεγάλη βαρύτητα στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της νόσου και οι εκπαιδευόμενοι γιατροί να αναλώνουν πολύ χρόνο, είτε στα εργαστήρια είτε στις κλινικές των νοσοκομείων, προς την επίτευξη του παραπάνω στόχου. Αλλά με αυτό τον τρόπο χάνουν πολύτιμες πληροφορίες από την ιστορία του κάθε ανθρώπου που προσέρχεται για με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να κατανοήσουν την ανάγκη των ασθενών για εξατομικευμένη φροντίδα.

Τεχνολογία και Απανθρωποποίηση

Σε ορισμένους ιατρικούς τομείς όπως η ακτινολογία και η παθολογία, λόγω της μεγάλης χρήσης της τεχνολογίας, οι ασθενείς μερικές φορές γίνονται αντιληπτοί ως κρύα, άψυχα όντα αποσυνδεδεμένα από το κοινωνικό και συναισθηματικό τους πλαίσιο (Haslam, 2006). Η μηχανοποίηση και η τεχνολογία ήταν ιδιαίτερα σημαντικά θέματα της βιβλιογραφίας σχετικά με την ιατρική «απανθρωποποίηση» και την

ευρύτερη κοινωνική απανθρωποποίηση. Οι ανησυχίες σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της τεχνολογίας στις ανθρώπινες σχέσεις και στην υγεία γενικά έχουν μακρά ιστορία. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, τα οφέλη της τεχνολογίας για την υγεία σπανίως αμφισβητήθηκαν, αλλά οι συνέπειες των περιβαλλόντων υψηλής τεχνολογίας για την εμπειρία της νοσηλείας και τη φροντίδα -σε αντίθεση με τη θεραπεία- έγιναν όλο και πιο κεντρικά θέματα συζητήσεων σχετικά με τις λειτουργίες και τον σχεδιασμό των νοσοκομείων. Σύμφωνα με όσους έκαναν τέτοιες κριτικές το σώμα του ασθενούς ανασκευάστηκε στο νεωτερισμό ως σύστημα, με τα ελαττωματικά τμήματα του να αναγνωρίζονται και να επισκευάζονται στο νοσοκομείο (Bates, 2018).

Η μεγάλη ανάπτυξη της τεχνολογίας συμβαδίζει με την υπερβολική ιατρική εξειδίκευση, η οποία υποδιαιρεί τη θεραπεία σε κομμάτια εμποδίζοντας έτσι τη συνέχεια, μειώνοντας την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ εμπειρογνομόνων από διάφορους τομείς, και επιδρά αρνητικά τους ασθενείς, ιδιαίτερα σε εκείνους με νόσημα περισσότερο από ένα χρόνο (Pawlikowski, 2002· Detsky et al., 2012). Έτσι, ενώ ο καταμερισμός της εργασίας και της εξειδίκευσης μπορεί να επηρεάσει θετικά τις επιδόσεις, μπορεί να προκαλέσει απανθρωποποίηση, αποτρέποντας μια ολιστική προοπτική του ασθενούς (Pawlikowski, 2002).

Ένα άλλο σημαντικό κεφάλαιο στη σύγχρονη ιατρική είναι η χρήση της τεχνολογίας, όπως ρομποτική χειρουργική και η τηλεϊατρική. Η πρόοδος στην τεχνολογία και τη βιοτεχνολογία ανοίγει νέες, προηγουμένως απροσδόκητες θεραπευτικές δυνατότητες, αλλά δημιουργεί επίσης νέα ηθικά προβλήματα (Pawlikowski, 2002). Η λήψη ιατρικών αποφάσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς είναι μία από τις πιο εξέχουσες περιοχές όπου έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται διαμεσολαβούμενες τεχνολογίες και χρησιμοποιούνται ευρέως. Η ψυχολογική έρευνα

έχει δείξει ότι η απόσταση μπορεί να επηρεάσει πολλές διαφορετικές πτυχές της λήψης αποφάσεων, όπως τον αυτό-έλεγχο, τη δύναμη της θέλησης, τη διαπραγμάτευση συμπεριφοράς, και την ηθική λήψη αποφάσεων. Μεγαλύτερη ψυχολογική απόσταση αποσπά αφηρημένες αναπαραστάσεις μιας εκδήλωσης, ενώ μικρότερη απόσταση προκαλεί πιο συγκεκριμένες αναπαραστάσεις (Lee et al., 2015). Η θεωρία της κοινωνικής απόστασης της εξουσίας προβλέπει ότι η σχέση με λιγότερο ισχυρά άτομα θα έχει μικρότερη ανταπόκριση στις ανάγκες των άλλων και γενικά η συμπεριφορά προς τους άλλους διακατέχεται από λιγότερη ανθρωπιά (Waytz & Schroeder, 2014). Πειραματικά ευρήματα αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων μέσω της τηλεϊατρικής δείχνουν ότι οι αυτό-αντιλήψεις είχαν σημαντική κύρια επίδραση στη λήψη αποφάσεων και σημαντική αλληλεπίδραση αυτό-αντιλήψεων και μέσου επικοινωνίας. Οι συμμετέχοντες με αλληλεξαρτώμενες αυτο-αντιλήψεις έπαιρναν σημαντικά πιο επικίνδυνες αποφάσεις (επικίνδυνο φάρμακο έναντι χειρουργικής επέμβασης χωρίς αναισθησία), ενώ το 100% συνιστούσε την προσθήκη του επικίνδυνου φαρμάκου όταν συμβουλευόταν τους συμβούλους τους μέσω τηλεδιάσκεψης, ενώ μόνο το 66% συνιστούσε την επικίνδυνη φαρμακευτική αγωγή στην επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο. Οι συμμετέχοντες με ανεξάρτητες αυτό-αντιλήψεις δεν διατύπωσαν διαφορετικές συστάσεις στη θεραπεία στην επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο έναντι τηλεδιάσκεψης (Lee et al., 2015).

Οι διαμεσολαβούμενες τεχνολογίες θα μπορούσαν επίσης να αυξήσουν την ψυχολογική απόσταση των φορέων λήψης αποφάσεων από τους απομακρυσμένους στόχους απόφασης και η αυξημένη ψυχολογική απόσταση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε απανθρωποποιημένη λήψη αποφάσεων. Προηγούμενη έρευνα δείχνει ότι τείνουν να απανθρωποποιούν άλλους όταν έχουν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση, όπως τα μέλη της εξω-ομάδας (Haslam et al., 2005). Οι Lammers & Stapel (2010) έδειξαν ότι

οι άνθρωποι που φαντάζονταν τους εαυτούς τους σε πιο ισχυρές θέσεις (π.χ., επικεφαλής χειρουργός) έγιναν λιγότερο ευαίσθητοι στον πόνο των άλλων και συνιστούσαν πιο επώδυνες και αποτελεσματικές θεραπείες σε σύγκριση με εκείνους που οι ίδιοι φαντάζονταν τον εαυτό τους σε λιγότερο ισχυρές θέσεις (π.χ., νοσηλεύτρια). Αυτή η έρευνα δείχνει ότι οι φορείς λήψης αποφάσεων μπορεί να πάρουν μια πιο απάνθρωπη απόφαση μέσω τηλεδιάσκεψης σε σύγκριση με την επικοινωνία πρόσωπο-με-πρόσωπο (Lee et al., 2015). Στην κοινωνική γνωστική θεωρία η ηθική συλλογιστική μετατρέπεται σε δράσεις μέσω μηχανισμών αυτορρύθμισης μέσω των οποίων ασκείται η ηθική agency. Ένα βασικό σύνολο πρακτικών απεμπλοκής λειτουργεί στην ερμηνεία της ίδιας της ζημιογόνου συμπεριφοράς. Οι άνθρωποι δεν ασχολούνται συνήθως με κατακριτέα συμπεριφορά μέχρι να δικαιολογήσουν για τον εαυτό τους τη στεγανότητα των ενεργειών τους. (Bandura et al., 1996). Παραδείγματα είναι η ψυχολογική αποστασιοποίηση, η μετατόπιση της ευθύνης, η αφοσίωση των ομάδων και η ομαλοποίηση. Αυτά τα συμπτώματα μπορούν να αποτελέσουν μέρος της εργασιακής ρουτίνας σε ορισμένα κοινωνικά ιδρύματα, για παράδειγμα, εκτόπιση της ευθύνης από νοσηλευτές στα νοσοκομεία και ψυχολογική αποστασιοποίηση από τους γιατρούς (Ortow, 1990).

Η τεχνολογία και τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα επίσης διαδραματίζουν θεμελιώδη ρόλο στην παροχή σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης και ως εκ τούτου μπορούν να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην αξιοπρέπεια του ασθενούς. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η τεχνολογία μπορεί να αποτελεί ένα σοβαρό φαινόμενο απανθρωποποίησης ειδικά στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης (Haslam, 2006, 2007). Η είσοδος της τεχνολογίας πληροφοριών υγείας θα μπορούσε να διαβρώσει τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις στην κλινική περίθαλψη, μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ιδιωτικότητας ή σε κακή χρήση προσωπικών πληροφοριών (Bailey, 2011).

Τα επιτεύγματα της τεχνολογίας έχουν συντελέσει στην ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής, τόσο στην διαγνωστική όσο και στην θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά θα πρέπει η τεχνολογία να χρησιμοποιείται με μέτρο και επικουρικά για το καλύτερο διαγνωστικό και θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή και όχι εις βάρος της ανθρώπινης επαφής με τον ασθενή. Επομένως, οι παρεμβάσεις για την ορθή χρήση της τεχνολογίας είναι σημαντικές.

Απεξανομίκευση και Απανθρωποποίηση

Ο όρος απεξανομίκευση χρησιμοποιείται με την έννοια της αντικατάστασης της ατομικής ταυτότητας από την συλλογική. Η απεξανομίκευση (deindividuation) απανθρωποποιεί με δύο τρόπους, μέσω απεξανομίκευσης του αντιλαμβανόμενου ατόμου ή μέσω απεξανομίκευσης αυτού που αντιλαμβάνεται το άτομο (Haque & Waytz, 2012). Στην κλινική πράξη απανθρωποποιεί ο γιατρός τον ασθενή αλλά και ο φροντιστής τον ασθενή του. Από την άλλη οι ασθενείς, που ζητούν βοήθεια, μπορεί να εμφανίζονται ως απρόσωποι φορείς και όχι μεμονωμένα άτομα που απαιτούν την ενσυναίσθηση (Haque & Waytz, 2012). Οι ασθενείς συνήθως θεωρούν τους γιατρούς ως «κενά δοχεία» χωρίς συναισθήματα, λόγω του λειτουργικού τους ρόλου αναφορικά με την υγεία τους (Schroeder & Fishbach, 2015). Επίσης πρακτικές μη διάκρισης, η καταστροφή της agency των ασθενών και αντιληπτές διαφορές μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών προκαλούν απεξανομίκευση.

Η μη διάκριση (ο ασθενής θεωρείται χαμένος σε μια ομάδα και ανώνυμος) προέρχεται από το γεγονός ότι στους νοσοκομειακούς χώρους οι ασθενείς είναι ντυμένοι με παρόμοιο και απρόσωπο τρόπο. Αυτή η θεσμική πρακτική, η οποία οδηγεί στην αφομοίωση, εμποδίζει την αναζήτηση ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών περιορίζοντας έτσι την ανακάλυψη χαρακτηριστικών μοναδικά ανθρώπινων ή ανθρώπινων χαρακτηριστικών φύσης σε μεμονωμένους ασθενείς. Έτσι

η μη εξατομίκευση οδηγεί, κατά τη θεωρία του νου, στο να γίνονται αντιληπτοί οι ασθενείς με λιγότερη agency και εμπειρία (Carozza et al., 2016).

Αποστασιοποίηση–Αντικειμενοποίηση και Απανθρωποποίηση

Η πιο άμεση και ορατή συνέπεια είναι η αποστασιοποίηση του γιατρού, η οποία μειώνεται στο επίπεδο ενός τεχνικού, ο οποίος στοχεύει να φροντίσει ένα άρρωστο όργανο και αρνείται τη σχέση με το άρρωστο πρόσωπο (Post, 2011· Mello et al., 2013). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερη ανάγκη έχουν οι ασθενείς για φροντίδα τόσο περισσότερο επιθυμούν οι γιατροί να έχουν συναισθήματα εστιασμένα στη φροντίδα τους (Schroeder & Fishbach, 2015).

Η αντίληψη ενός ατόμου ως εργαλείου θεωρείται ως αντικειμενοποίηση, όπου το άτομο γίνεται αντιληπτό περισσότερο σαν ένα αντικείμενο παρά σαν ένας πλήρως ανεπτυγμένος άνθρωπος (Cikara et al., 2011). Συγκεκριμένα, η αντίληψη ότι κάποιος έχει λιγότερη agency και εμπειρία (Epley & Waytz, 2010) ορίζει την αντικειμενοποίηση (Gray et al., 2011). Στην αντικειμενοποίηση οι άνθρωποι γίνονται αντικείμενα εστιάζοντας υπερβολικά για το πώς θα χωρέσουν σε ένα διαγνωστικό σύστημα, μέρος μιας στατιστικής εικόνας ή οποιαδήποτε άλλη στρατηγική με την οποία επισημαίνονται και αντιμετωπίζονται χωρίς να λαμβάνεται πλήρως υπόψη η εσωτερικότητα τους (Todres et al., 2009). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς επίσης αντικειμενοποιούν τους γιατρούς που είναι υψηλά ιστάμενοι και όχι όλους τους εργαζόμενους (Schroeder & Fishbach, 2015). Οι παραπάνω αντιλήψεις όμως έχει αποδειχθεί ότι συμβάλουν στο να αισθάνονται οι άνθρωποι αντικειμενοποιημένοι ή απανθρωποποιημένοι (Haque & Waytz, 2012), κάτι που οδηγεί στην εξουθένωση των γιατρών, η οποία εκτός από τις δυσμενείς προσωπικές συνέπειες για τους γιατρούς μειώνει την ποιότητα φροντίδας για τους ασθενείς (Schroeder & Fishbach, 2015).

Η απανθρωποποίηση είναι μια κεντρική διαδικασία στην προκατάληψη και στον στιγματισμό. Η ηθική απεμπλοκή περιλαμβάνει διάφορους γνωστικούς μηχανισμούς με τους οποίους ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να απαλλάξει τον εαυτό του, να αρνηθεί, να αποφύγει ή να ελαχιστοποιήσει τις ευθύνες του για τις συνέπειες των πράξεών του ή μπορεί να κατηγορήσει τον ασθενή. Τέλος μπορεί να συνειδητοποιεί την παθητικότητα και να ενεργεί ως ανενεργός παρευρισκόμενος όταν διαπιστώνει μη ηθικές πράξεις (Bandura, 1999).

Η απόδοση χαμηλότερης ανθρωπότητας στους ασθενείς είναι σε μεγάλο βαθμό ασυνείδητο αποτέλεσμα, αξιολογούμενο με λεπτές μετρήσεις. Σε ένα σαφές επίπεδο οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν πιθανώς ότι οι ασθενείς είναι πλήρως ανθρώπινα όντα. Ωστόσο, όπως συμβαίνει με τη φυλετική προκατάληψη σε φυλετικά διαφωνούμενες ιατρικές αλληλεπιδράσεις, οι σιωπηρές αλλά όχι ρητές πεποιθήσεις επηρεάζουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα. Έτσι οι απανθρωποποιημένες αντιλήψεις των φροντιστών υψηλότερης φροντίδας είναι η χειρότερη επικοινωνία ασθενούς/φροντιστή, με αρνητικές επιπτώσεις στο βαθμό στον οποίο οι ασθενείς ακολουθούν τις ιατρικές συστάσεις (Carozza et al., 2016). Η χρήση της απανθρωποποίησης για τη μείωση του στρες μπορεί να έχει ευεργετικές επιπτώσεις στην ευημερία των φροντιστών, αλλά όχι στις σχέσεις τους με τους ασθενείς και την σωματική και ψυχολογική ευημερία των ασθενών. Σημειώνεται ότι η απανθρωποποίηση των ασθενών είναι ένας δυσλειτουργικός τρόπος αντιμετώπισης του στρες (Christoff, 2014).

Οι ασθενείς όμως αντιλαμβάνονται την απανθρωποποίηση όταν αποκλείεται η ύπαρξή τους. Οι συγγενείς των ασθενών αισθάνονται το ίδιο όταν νομίζουν ότι κάποιος που θεωρούν σημαντικό δεν λαμβάνεται υπόψη (Bastian και Haslam, 2010). Επιπλέον διαταράζονται και θυμώνουν όταν θεωρούν ότι αντιμετωπίζονται σαν ένα

αντικείμενο χωρίς ανθρώπινα χαρακτηριστικά (Bastian & Haslam, 2011· Haque & Waytz, 2012). Οι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως απανθρωποποιημένους θέλουν να τιμωρήσουν εκείνους που επιδεικνύουν αυτή τη στάση και κατά συνέπεια δρουν επιθετικά (Coşkun, 2015).

Η απανθρωποποίηση μειώνει την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη στο υγειονομικό προσωπικό, την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη διάγνωση και τη θεραπεία, και την προσαρμογή στη θεραπεία (Haque & Waytz, 2012). Οι ασθενείς οι οποίοι αντιλαμβάνονται ότι απανθρωποποιούνται, λόγω των διακρίσεων και τη λήψη χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας δεν θέλουν να πάνε στο νοσοκομείο και έχουν την τάση να καθυστερούν την ανάγκη αυτή. Αυτό μπορεί να αυξήσει τη σοβαρότητα της νόσου και τον φόρτο εργασίας στο σύστημα υγείας (Coşkun, 2015).

Η Απανθρωποποίηση ως Άμυνα

Τα αυτοπροστατευτικά κίνητρα μπορούν επίσης να συμβάλουν στην απανθρωποποίηση, σύμφωνα με μια μελέτη που δείχνει ότι οι άνθρωποι απανθρωποποιούν τους άλλους, γιατί όταν τους βοηθούν νιώθουν συναισθηματική εξάντληση (Cameron et al., 2015). Αυτό το κίνητρο μπορεί να βασίζεται στα αυξημένα συμπτώματα στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές που δεν αρνούνται τις ανθρώπινες ιδιότητες στους ασθενείς τους (Trifiletti et al., 2014). Η απανθρωποποίηση δεν είναι μόνο προϊόν διαφόρων συντελεστών, αλλά και μεσολαβητής πολλών σημαντικών σχέσεων μεταξύ άλλων παραγόντων και αποτελεσμάτων (Haslam & Stratemeyer, 2016).

Η «μηχανιστική» μορφή απανθρωποποίησης είναι ιδιαίτερα εμφανής στην ιατρική γιατί θεωρείται ότι οι γιατροί θεραπεύουν τους ασθενείς ως «σώματα» που υπόκεινται σε τυποποιημένες θεραπείες που αρνούνται την ατομικότητα και την αυτονομία τους (Pawlikowski, 2002· Haslam et al., 2013). Το υγειονομικό προσωπικό

αποστασιοποιείται συναισθηματικά από τον πόνο των ασθενών και με τον τρόπο αυτό αρνούνται τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά τους, όπως τα συναισθήματα (Todres et al., 2009· Leyens, 2014). Ο Schulman-Green (2003), για παράδειγμα, πραγματοποίησε μια σειρά από ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε γιατρούς που συνήθως αντιμετώπιζαν ασθενείς που πεθαίνουν. Ανέφερε ότι οι γιατροί συχνά αναφέρονται στους ασθενείς ως περιπτώσεις ή με ονόματα από την ιατρική τους κατάσταση αντί να εξατομικευθούν με τη χρήση του ονοματός τους, για να είναι σε θέση να χειριστούν τις δύσκολες ανθρώπινες καταστάσεις που χρειάζεται να αντιμετωπίσουν. Οι Vaes και Muratore (2013) ζήτησαν από τους εργαζομένους στο τομέα της υγείας να συμπεράνουν τη συναισθηματική κατάσταση ενός φανταστικού ασθενή επιλέγοντας από μια λίστα που αποτελείται από ίσο αριθμό μη μοναδικά ανθρώπινων και μοναδικά ανθρώπινων συναισθημάτων. Το συμπέρασμα των μοναδικά ανθρώπινων συναισθημάτων συνδέεται με μεγαλύτερη τάση να ανθρωποποιηθεί ο πόνος του ανθρώπου.

Ένας άλλος λειτουργικός ρόλος της απανθρωποποίησης είναι η προστασία του προσωπικού από την εξουθένωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις η απανθρωποποιημένη στάση μπορεί να την αποτρέψει και να αυξήσει την απόδοση του προσωπικού υγείας (Vaes & Muratore, 2013). Πράγματι, μέχρι το 60% των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας αναφέρουν συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, που ορίζεται ως η συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση (θεραπεία ασθενών ως αντικείμενα) και χαμηλή αίσθηση ολοκλήρωσης. Η εξουθένωση συνδέεται στενά με φτωχότερη ποιότητα φροντίδας, τη δυσαρέσκεια των ασθενών, αύξηση των ιατρικών λαθών, αγωγές και μειωμένη έκφραση της ενσυναίσθησης. Η κατάχρηση ουσιών, προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το άγχος, οικογενειακά προβλήματα και αυτοκινητιστικά ατυχήματα είναι από τις τεκμηριωμένες συνέπειες για τους γιατρούς

(Post, 2011). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι όταν οι γιατροί τους είχαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση και υψηλή αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με τους ασθενείς που οι γιατροί τους είχαν χαμηλή συναισθηματική εξάντληση και χαμηλή αποπροσωποποίηση, αντίστοιχα (Anagnostopoulos et al., 2012). Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους σχετίζονται θετικά με την ψυχική υγεία. Οι άνθρωποι που έχουν ασφαλέστερους και σταθερότερους δεσμούς έχουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης και καλύτερη ψυχική υγεία (Cassidy et al., 2013).

Η απανθρωποποίηση από το ιατρικό προσωπικό ως θεωρητική αμυντική στρατηγική αποσκοπεί στην εξισορρόπηση ή στον περιορισμό της ενσυναίσθησης του πόνου που το προσωπικό μπορεί να αισθάνεται για τους ασθενείς. Η ενσυναίσθηση αυτή, ενώ είναι επωφελής τόσο για το προσωπικό όσο και τους ασθενείς από πολλές απόψεις, μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική υγεία του ιατρικού προσωπικού και ίσως την κλινική κρίση του (Murrow & Murrow, 2015).

Εν κατακλείδι μπορεί η απανθρωποποίηση να χρησιμοποιηθεί ως άμυνα για την προστασία από επώδυνες καταστάσεις και συναισθήματα ως προστασία του ψυχισμού αλλά οι κλινικοί ψυχολόγοι γνωρίζουμε πολύ καλά ότι οι μηχανισμοί άμυνας μπορεί να καταλήξουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων. Επίσης όταν συνεχώς οι σκέψεις και τα δύσκολα συναισθήματα παραγκωνίζονται τελικά ο ψυχισμός παγώνει και φτωχαίνει. Επομένως θα πρέπει να ληφθούν μέτρα υποστήριξης για το προσωπικό ως αντίβαρο της απανθρωποποίησης.

Μειωμένη Ενσυναίσθηση και Απανθρωποποίηση

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η απανθρωποποίηση σχετίζεται με την ενσυναίσθηση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι τα συναισθήματα της ενσυναίσθησης της ενδο-ομάδας για την εξωομάδα-θύμα είναι μειωμένα από τη στιγμή που τα μέλη

της ομάδας-θύμα θεωρούνται ότι είναι λιγότερο ανθρώπινα. Οι υπενθυμίσεις της ευθύνης της ενδο-ομάδας δημιουργούν ενσυναίσθηση, αυξάνοντας την αντίληψη της ευθύνης της ενδο-ομάδας και υπονομεύοντας μέσω της απανθρωποποίησης το θύμα. Πειραματικές μελέτες που διεξήχθησαν σε διαφορετικά διομαδικά πλαίσια (Χιλή και Βοσνία-Ερζεγοβίνη) επιβεβαιώνουν το παραπάνω εύρημα (Cehajic et al., 2009). Άλλη μελέτη δείχνει ότι υπήρξε μια ενδιαφέρουσα αλληλεπίδραση μεταξύ του φύλου, της συναισθηματικής εκφραστικότητας, της προσέγγισης του γιατρού και του τύπου ασθένειας. Συγκεκριμένα, οι συναισθηματικά εκφραστικοί άνδρες που αναζητούν βοήθεια για μια ψυχολογική κατάσταση βαθμολόγησαν τον γιατρό που απανθρωποποιεί ως λιγότερο ικανό από τον γιατρό που ανθρωποποιεί, ενώ οι συναισθηματικά μη εκφραστικοί άνδρες βαθμολόγησαν τον γιατρό που απανθρωποποιεί ως πιο ικανό από τον γιατρό που ανθρωποποιεί, όταν αναζητούσαν θεραπεία για μια φυσική ασθένεια (Adams et al., 2017).

Οι Haque & Waytz (2012) αναφέρουν ότι οι πράξεις της κατανόησης συναισθημάτων των ασθενών μέσω της ενσυναίσθησης και της επίλυσης ενός γνωστικού προβλήματος που σχετίζεται με την επίλυση της νόσου χρησιμοποιούν τα ίδια νευρωνικά πεδία στον εγκέφαλο. Έτσι, μειώνοντας το φορτίο ενσυναίσθησης με την απανθρωποποίηση του ασθενή αυξάνει η πηγή γνωστικής ικανότητας του προσωπικού υγείας που χρησιμοποιείται σε κρίσιμες αποφάσεις. Η απανθρωποποιημένη στάση έχει έναν λειτουργικό ρόλο για το προσωπικό που καλείται να πάρει αποφάσεις σχετικά με τις πρακτικές που είναι χρήσιμες για τον ασθενή, ενώ είναι επώδυνες (Haslam, 2006). Μια συστηματική ανασκόπηση 18 μελετών σχετικά με τις αλλαγές στην ενσυναίσθηση κατά την πάροδο του χρόνου σε φοιτητές ιατρικής έδειξε ότι η ενσυναίσθηση μειώνεται καθώς αυξάνεται η εκπαίδευση και η κατάρτιση, ιδίως όταν η κατάρτιση γίνεται κλινικά και απαιτεί πιο

άμεση αλληλεπίδραση με τον ασθενή (Neumann et al., 2011· Triffaux et al., 2018). Αυτή η μείωση της ενσυναίσθησης πιθανόν συμβάλλει άμεσα στην αύξηση της απανθρωποποίησης, σε μια μηχανιστική και ανιμαλιστική αντίληψη των ασθενών, όπως προτείνει ο Haslam (2006). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η μειωμένη ενσυναίσθηση εξηγεί τις επιπτώσεις της απανθρωποποίησης στη βοήθεια των ομάδων που πλήττονται μετά από μια φυσική καταστροφή (Andrighetto et al., 2014). Η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντική βάση για δύο σημαντικές διαδικασίες συμφιλίωσης: αυξημένη προθυμία και ετοιμότητα συγχώρεσης της ομάδας του δράστη για παρελθόντα αδικήματά (Cehajic et al., 2008) και επιθυμία παροχής αποζημιώσεων για την αρνητική συμπεριφορά της ομάδας.

Επίσης αρκετές ιατρικές πράξεις και θεραπείες προκαλούν πόνο. Έτσι η απανθρωποποίηση πιθανότατα επίσης προκύπτει από τους γιατρούς εξαιτίας της ανάγκης να μη νιώσουν ότι προκαλούν βλάβη, μια διαδικασία που συνδέεται με τη μείωση της ενσυναίσθησης. Αυτό το είδος της ηθικής αποδέσμευσης, «η αποδέσμευση των ηθικών αυτό-κυρώσεων από απάνθρωπη συμπεριφορά» (Bandura, 1990), συχνά χρησιμεύει για να δικαιολογήσουν παρελθούσα ή υποψήφια βλάβη. Οι γιατροί βρίσκονται συνεχώς και στα δύο πλαίσια, καθώς και η ανάγκη να ελαχιστοποιηθεί η ενοχή τους όταν προκαλούν πόνο (ακόμη και τον πόνο που απαιτείται για τη θεραπεία) πιθανόν αυξάνει την απανθρωποποίηση. Η απανθρωποποίηση που περιλαμβάνει την προβολή των άλλων ως ανίκανων να βιώσουν πλήρως τη χαρά, τον πόνο και την επιθυμία, καθιστά ευκολότερη την πρόκληση πόνου χωρίς να δημιουργούνται συναισθήματα προσωπικής αγωνίας. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι άνθρωποι κάνουν περισσότερο ηλεκτροσόκ στους άλλους, όταν αυτοί απανθρωποποιούνται πρώτα (Bandura et al., 1975) και ότι η ταπείνωση των θυμάτων της βίας από την ενδο-ομάδα χρησιμοποιείται ως μέσο για να

δικαιολογήσουν τη βία (Castano & Giner-Sorolla, 2006). Επίσης άλλη έρευνα όπου οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει ημιδομημένες συνεντεύξεις σε ασθενείς δείχνει ότι οι ασθενείς νιώθουν απανθρωποποιημένοι όταν δεν αντιμετωπίζονται με σεβασμό, όταν θεωρούν ότι κρίνονται με βάση το αν θα μπορούσαν να πληρώσουν ή βάσει της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ή της φυλής τους (Raja et al., 2015).

Επίλυση Ιατρικών Προβλημάτων και Απανθρωποποίηση

Η ιατρική επίλυση προβλημάτων συχνά συνεπάγεται κατ' ανάγκη με επίκεντρο λιγότερο από το σύνολο του ανθρώπινου οργανισμού, αγνοώντας την εσωτερική ψυχική ζωή ενός ατόμου. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γιατροί μπορούν να θεραπεύσουν τους ασθενείς σαν αντικείμενα και όχι σαν ένα πλήρες πρόσωπο με πλούσιες, υποκειμενικές εμπειρίες. Μια παρόμοια εστίαση ισχύει για τις ιατρικές θεραπείες. Η μηχανοποίηση είναι εμφανής σε κάθε χειρουργική ή επεμβατική πράξη (Haque & Waytz, 2012). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γιατροί ανταποκρίνονται στο σωματικό και ψυχικό πόνο του ασθενή με μείωση της ενσυναίσθησης. Για παράδειγμα, οι γιατροί και οι νοσηλευτές υποτιμούν συστηματικά το πόνο που αισθάνονται οι ασθενείς (Sloman et al., 2005). Επιπλέον, βελονιστές και χειρουργοί επιδεικνύουν αμβλυμμένο νευρικό συντονισμό στην απόκριση στον πόνο του ασθενούς (Decety et al., 2010). Όπως και στην περίπτωση των ορίων ομάδας, οι γιατροί φαίνεται επίσης να συμμετέχουν με λιγότερο αυτόματη ενσυναίσθηση. Για παράδειγμα, οι γιατροί επιδεικνύουν αμβλυμμένες αποκρίσεις μετά την προβολή εικόνων των στόχων που τρυπιούνται με βελόνες (Decety et al., 2010), γεγονός που υποδηλώνει ότι αποτυγχάνει να εμπλακεί η τυπικά αυτόματη ενσυναίσθητη επεξεργασία (Zaki, 2014), η υποτίμηση όμως του πόνου του άλλου έχει μεγάλο κόστος τόσο για το γιατρό όσο και για τον ασθενή (Decety et al., 2010). Από την έρευνα για την απανθρωποποίηση είναι γνώστη η άρνηση των εσωτερικών

καταστάσεων των εξω-ομάδων από τις ενδο-ομάδες (Haslam & Loughnan, 2014· Leyens et al., 2000). Στην απανθρωποποίηση μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει μειωμένη αντίληψη νου, μέσω της οποίας η ενδο-ομάδα αποτυγχάνει να σταθμίσει αποδείξεις ότι οι έξω-ομάδες βιώνουν δευτερογενή συναισθήματα ή μοναδικές ανθρώπινες εσωτερικές καταστάσεις (Harris & Fiske, 2006· Haslam & Loughnan, 2014· Leyens et al, 2000· Waytz et al, 2010). Η αντίληψη του νου λειτουργεί ως προάγγελος νοητικοποίησης και ανταλλαγή εμπειριών, και ως εκ τούτου, μειώσεις στην αντίληψη του νου επιφέρουν μείωση στην ενσυναίσθηση προς το άτομο-στόχο (Zaki, 2014).

Η θεώρηση του ασθενή όχι ως ψυχοκοινωνικής οντότητας αλλά ως μηχανικού συστήματος πιθανόν είναι απαραίτητη για την υψηλότερου επιπέδου ιατρική επίλυση προβλημάτων. Πειραματικά ευρήματα υποδηλώνουν μικρότερη ενσυναίσθηση και μεγαλύτερη γνωστική ρύθμιση της συναισθηματικής ανταπόκρισης μεταξύ των γιατρών (Pawlikowski, 2002· Haque & Waytz, 2012). Άλλα ερευνητικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ενσυναίσθηση, είτε μετριέται μέσω αυτό-έκθεσης είτε μέσω νευρωνικού συντονισμού, μειώνεται όταν το άτομο-στόχος ανήκει στην εξω-ομάδα παρά στην ενδο-ομάδα (Zaki, 2014), ή σε κοινωνικές κατηγορίες (Cikara et al. 2014· Harris & Fiske, 2006).

Υπαρξιακός Φόβος Θανάτου και Απανθρωποποίηση

Η εμπειρία βαθιά υπαρξιακών φόβων θανάτου και φθοράς που αφορά τόσο τους γιατρούς όσο και τους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει τους κλινικούς να υιοθετήσουν προστατευτικές στρατηγικές ψυχολογικής αντιμετώπισης όπως η άρνηση, η αποστασιοποίηση και η απώθηση. Αυτές οι στρατηγικές είναι συχνά δύσκολες για την φροντίδα με συμπόνια, την ευημερία των γιατρών και των φοιτητών (Rentmeester, 2008· Haglund et al. 2009· Lemair & Wallace, 2010). Η άρνηση ή η

μικρή συναισθηματική εμπλοκή στην υγειονομική περίθαλψη δεν θα αντιμετωπίσει αυτήν την πρόκληση ούτε θα προωθήσει στρατηγικές για την οικοδόμηση της ανθεκτικότητας ή την παροχή της οργανωτικής υποστήριξης που απαιτείται για την αποτροπή της αποδυνάμωσης των ασθενών και των φροντιστών τους (Larson & Yao, 2005).

Η μελέτη της Menzies (1960) με φοιτητές νοσηλευτές εξακολουθεί να είναι χρήσιμη σήμερα. Περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι φοιτητές νοσηλευτικής εργάζονταν με συγκεκριμένους τρόπους για να εμποδίσουν να σχηματίσουν σχέσεις συμπόνιας με τους ασθενείς τους ή να τους αντιληφθούν με την πλήρη ανθρωπότητά τους. Ο προσανατολισμός μετατοπίστηκε από πρόσωπα σε τελετουργικά καθήκοντα, από άρρωστους ασθενείς σε ασθένειες και αριθμούς κλινών. Αυτό το «σύστημα κοινωνικής άμυνας» είναι μια προστατευτική στρατηγική για την προστασία από το άγχος, ενοχή, αμφιβολία και αβεβαιότητα. Από την Κλαϊνική άποψη, η Menzies (1960) χαρακτηρίζει διάφορες στρατηγικές άρνησης και αποπροσωποποίησης και αποφυγή της ευθύνης για τη λήψη αποφάσεων. Αυτές οι στρατηγικές φέρουν ένα βαρύ τίμημα: απεμπλοκή, απουσία, αποδυνάμωση, υψηλά ποσοστά τριβής, ασταθής προσωπική ανάπτυξη και ένα άκαμπτο άχαρο σύστημα. Επιπλέον, η έμφυτη αβεβαιότητα και η πολυπλοκότητα της ιατρικής δημιουργεί ανησυχίες και φόβο αποτυχίας, ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες. Σε ένα τιμωρητικό κλίμα με αδικαιολόγητες προσδοκίες και έλλειψη ανοχής σε οποιοδήποτε λάθος η μάθηση χάνεται και ο φόβος δημιουργείται (Menzies, 1960· Delbanco & Bell, 2007).

Χαρακτηριστικά Ασθενών και Απανθρωποποίηση

Η απώλεια της agency των ασθενών είναι ένα εγγενές παραπροϊόν των περιστάσεων και σε πρώτη φάση η πιο συχνή ανάγκη για επίσκεψη σε ένα νοσοκομείο. Το να καθίστανται μη ικανοί λόγω της τραυματικής βλάβης τους,

μόλυνσης, πόνου ή άλλων νοσημάτων, αυτή η αναγκαιότητα παράγει μια μειωμένη ικανότητα του ασθενούς να σχεδιάζει, να εκδηλώνει την πρόθεση του, ή να πράττει. Έτσι, ακόμη και αν οι ασθενείς στην πραγματικότητα στερούνται αυτών των ικανοτήτων, εστιάζοντας στις αδυναμίες τους μπορεί να αυξήσουν την ανιμαλιστική απανθρωπόποίησή τους (Haslam, 2006· Haque & Waytz, 2012). Ο χαμηλός βαθμός αυτονομίας μπορεί να προκαλέσει την αντίληψη ότι οι ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς ανθρώπους έχουν λιγότερα μοναδικά ανθρώπινα χαρακτηριστικά (agency), όπως ο αυτοέλεγχος και η ικανότητα να σχεδιάζουν τις ενέργειες τους (Caroza et al., 2016).

Μια αίσθηση agency φαίνεται να συνδέεται πολύ στενά με την ανθρώπινη αίσθηση της αξιοπρέπειας. Όταν αυτή έχει απομακρυνθεί, η αίσθηση του ατόμου ως προσωπικότητα μειώνεται και το άτομο γίνεται παθητικό. Στην παθητικότητα, υπάρχει υπερβολική έμφαση στις στάσεις και πρακτικές που καθιστούν το άτομο παθητικό σε σχέση με την κατάσταση του και τη θεραπεία του (Todres et al., 2009). Άλλωστε η γνωστική μετατροπή της επιβλαβούς συμπεριφοράς σε ωφέλιμη συμπεριφορά μέσα από την ηθική αιτιολόγηση και τους παρηγορητικούς χαρακτηρισμούς είναι ο πιο αποτελεσματικός ψυχολογικός μηχανισμός για την αποδέσμευση των αυτο-κυρώσεων (Bandura et al., 1996).

Εξουσία και Απανθρωποποίηση

Μια σχετική αιτία απανθρωποποίησης είναι η ανομοιότητα ιατρού-ασθενή, η οποία εκδηλώνεται με τρεις βασικούς τρόπους. Πρώτον μέσω της ανομοιότητας λόγω της ασθένειας -οι ασθενείς, από την ίδια τη φύση της ασθένειας με το να είναι άρρωστοι, μοιάζουν λιγότερο με την ιδεατή κατάσταση του ανθρώπου. Δεύτερον με την επισήμανση του ασθενούς ως μια ασθένεια, και όχι ως ατόμου που έχει μια

συγκεκριμένη ασθένεια. Τρίτον μέσω ασυμμετρίας δύναμης στη δυάδα γιατρός-ασθενής (Haque & Waytz, 2012).

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι στο βαθμό που ένα μη ανθρώπινο πρόσωπο μοιάζει με έναν άνθρωπο στην εμφάνιση, τη μορφή, ή τη συμπεριφορά, οι άνθρωποι θα το ανθρωποποιήσουν· στο βαθμό που ένα άτομο δεν μοιάζει με έναν άνθρωπο, οι άνθρωποι απανθρωποποιούν εκείνο το πρόσωπο (Erpley et al., 2013). Η σχέση γιατρού-ασθενή είναι συνήθως μια σχέση μεταξύ ανώτερου και υποδεέστερου. Ο έλεγχος και η εξουσία που παρέχεται στους γιατρούς σε αυτή τη σχέση αποτελεί ένα σημαντικό καθοριστικό παράγοντα που διευκολύνει την απανθρωποποίηση των ασθενών (Lammers & Stapel, 2011). Πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες στον ανώτερο ρόλο χειρουργού επέλεξαν μια πιο σωματικά επίπονη θεραπευτική επιλογή και περιέγραψαν τον ασθενή με περισσότερους απανθρωποποιημένους όρους από ότι οι συμμετέχοντες στο ρόλο χαμηλής ισχύος. Αυτή η μελέτη δείχνει πώς η εξουσία μπορεί να διευκολύνει την απανθρωποποίηση στο ιατρικό πλαίσιο (Lammers & Stapel, 2011). Άλλη μελέτη δείχνει ότι οι άνθρωποι με χαμηλή ισχύ πιστεύουν ότι θεωρούνται ως λιγότερο ανθρώπινοι από τους άλλους. Σε αυτή την έρευνα τα γνωρίσματα της ανθρώπινης φύσης επλήγησαν περισσότερο αρνητικά από την αδυναμία στις αποφάσεις αυτό-αντίληψης, ενώ τα γνωρίσματα της ανθρώπινης μοναδικότητας επλήγησαν περισσότερο αρνητικά από την αδυναμία στις αποφάσεις μετα-αντίληψης (Yang et al, 2015). Δεδομένου ότι οι ασυμμετρίες δύναμης είναι εγγενείς μεταξύ γιατρού και ασθενούς, η απανθρωποποίηση μπορεί να προκύψει μόνο από τη φύση αυτής της σχέσης (Haque & Waytz, 2012). Άλλα πειραματικά ευρήματα που μέτρησαν την απανθρωποποίηση ενός πραγματικού ανθρώπινου στόχου με τον οποίο ο παραλήπτης είχε αλληλεπιδράσει δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες υψηλής εξουσίας απέδωσαν λιγότερα ανθρώπινα χαρακτηριστικά

στους συμμετέχοντες χαμηλής εξουσίας από ότι το αντίστροφο, χωρίς κατ' ανάγκη να παρεκκλίνουν ή να αξιολογούν αρνητικά τους συμμετέχοντες χαμηλής εξουσίας. Μάλιστα οι ισχυροί απανθρωποποίησαν τους συμμετέχοντες με τη λιγότερη εξουσία ανιμαλιστικά, αποδίδοντάς τους λιγότερα χαρακτηριστικά ανθρώπινης μοναδικότητας. Η εξουσία μπορεί να οδηγήσει σε αντιληπτές διαφορές στην απόδοση χαρακτηριστικών UH, ίσως επειδή η εξουσία επιτρέπει τη συμπεριφορά εκφράσεως της ανθρωπότητας ή επειδή οι άνθρωποι που έχουν την εξουσία πιστεύουν ότι η εξουσία και η UH συσχετίζονται. Η εξουσία επίσης προκαλεί μια σχετικά χαμηλή ανθρωπότητα στους λιγότερο ισχυρούς (Gwinn et al., 2013).

Στη μελέτη των Hugenberg et al. (2016) παρατηρήθηκε ότι τα ανεστραμμένα πρόσωπα ενεργοποίησαν την έννοια της ανθρωπότητας λιγότερο από τα αντίστοιχα όρθια πρόσωπα. Επιπρόσθετα αυτοί οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι στα ανεστραμμένα πρόσωπα αποδίδονταν λιγότερα χαρακτηριστικά -μοναδικά ανθρώπινα και χαρακτηριστικά ανθρώπινης φύσης- από τα όρθια πρόσωπα. Στηριζόμενοι στην παραπάνω μελέτη η επεξεργασία της μορφής του προσώπου μπορεί να είναι αιτία της απανθρωποποίησης των ασθενών. Αυτό μπορεί να συμβεί σε ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις (π.χ. χειρουργική επέμβαση στα μάτια), όπου οι χειρουργοί αντιλαμβάνονται κατά τη διάρκεια της επέμβασης το πρόσωπο του ασθενούς ανεστραμμένο, χάνοντας έτσι το gestalt του ανθρώπινου προσώπου (Carozza et al., 2016).

Προσωπικά Δεδομένα και Απανθρωποποίηση

Ο Νέος νόμος 4624/2019 δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ Α 137 - 29.08.2019) ως «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των

φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις». Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο δεν αναγράφονται στον ιατρικό φάκελο και στα άλλα επίσημα έγγραφα της νοσηλείας τα στοιχεία του ασθενή παρά ο Αριθμός Μητρώου που έχει ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Με το παραπάνω νόμο ναι μεν προστατεύονται τα προσωπικά δεδομένα (General Data Protection Regulation) και ο ασθενής έχει πρόσβαση στον ιατρικό του φάκελο, αλλά η χρήση ενός αριθμού μητρώου στη θέση του ονόματος αποπροσωποποιεί και προκαλεί αρνητικούς συνειρμούς.

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι η απανθρωποποίηση στο νοσοκομείο μπορεί να συμβαίνει με ποικίλους τρόπους και πρακτικές. Αυτοί οι τρόποι είτε αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται στο νοσοκομείο, είτε την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας, είτε τον ίδιο τον ασθενή. Στην συνέχεια θα μελετήσουμε πως συνδέεται η απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση με τη ψυχική υγεία.

Κεφάλαιο 4: Απανθρωποποίηση και Ψυχική Ασθένεια

Η αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι καλά τεκμηριωμένη (Rao et al., 2009· Angermeyer et al., 2011). Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες συχνά αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν αρνητικές αντιλήψεις μεταξύ του προσωπικού ψυχικής υγείας σχετικά με την πρόγνωσή τους, που συνδέονται εν μέρει με την «μεροληψία των ιατρών» (Thornicroft et al., 2007). Αυτές οι στάσεις οδηγούν σε διακρίσεις σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου του χώρου εργασίας και της στέγασης, και στην απόρριψη από την οικογένεια και τους φίλους (Zhu et al., 2017). Μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε μειωμένη ικανοποίηση από την ζωή και μειωμένη αυτοεκτίμηση και σε αυξημένη χρήση αλκοόλ, κατάθλιψη και αυτοκτονία (Parcesepe & Cabassa, 2013) μέσω αναμενόμενων και πραγματικών διακρίσεων και αυτόστιγματισμού (Vogel et al., 2013· Mak et al., 2014· West et al. 2015· Krendl & Freeman, 2017).

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη παρουσιάζουν επίσης μειωμένη απόδοση της ανθρωπότητας προς τους ασθενείς (Trifiletti et al., 2014· Vaes & Muratore, 2013). Η χρήση της απανθρωποποίησης ως στρατηγικής αντιμετώπισης για την προστασία του εαυτού έναντι της συναισθηματικής κόπωσης και του άγχους που προκαλείται από την καθημερινή επαγγελματική επαφή με ασθενείς που παρουσιάζουν ψυχιατρικές διαταραχές δείχνει πώς μπορεί να λειτουργήσει η απανθρωποποίηση (Fontesse et al., 2019). Παρόλα αυτά, ακόμη και αν η απανθρωποποίηση παρουσιάζει ορισμένες λειτουργικές παραμέτρους για τους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία, οι πιθανές επιζήμιες συνέπειες (π.χ. αρνητικά συναισθήματα, μειωμένη αυτοεκτίμηση, υποτροπή) για τους ασθενείς δικαιολογούν την προσοχή μας (Haque & Waytz, 2012).

Ψυχικές Διαταραχές και Απανθρωποποίηση

Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να αποκαλύψουν τις στρεβλώσεις της κοινωνικής αντίληψης. Ένα άτομο με διαταραχή μπορεί να έχει δυσκολία κατανόησης των άλλων ή να αποτυγχάνει εξ ολοκλήρου να αναγνωρίσει νοητικές καταστάσεις στους άλλους, ενώ σε πιο βαριές περιπτώσεις μπορεί να αποδώσει ζωή σε άψυχα αντικείμενα. Εν ολίγοις οι ίδιες οι διαταραχές έχουν χαρακτηριστικά της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης.

Οι αντιληπτικές παραμορφώσεις δεν έχουν μόνο συνέπειες για τους πάσχοντες από τις διαταραχές και την κοινωνία στο σύνολό της, αλλά μπορεί επίσης να βοηθήσουν στην κατανόηση της αιτιολογίας, τη διάγνωση και τη θεραπεία της ψυχοπαθολογίας. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι: 1) η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού χαρακτηρίζεται από μειωμένη αντίληψη αυτενέργειας (agency) σε ενήλικες ανθρώπους, 2) η σχιζότυπη διαταραχή χαρακτηρίζεται από αυξημένη αντίληψη αυτενέργειας (agency) και εμπειρίας σε οντότητες που γενικά πιστεύεται ότι δεν έχουν νου, 3) η ψυχοπαθητικότητα (Psychopathy) χαρακτηρίζεται από μειωμένη αντίληψη της εμπειρίας σε ενήλικες ανθρώπους, παιδιά και ζώα. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο χαρακτηρισμός της ψυχοπαθολογίας θα πρέπει να επικεντρώνεται όχι μόνο στο νου των πασχόντων, αλλά και στο πώς ο νους τους αντιλαμβάνεται το νου των άλλων ανθρώπων και οντοτήτων (Gray et al., 2010· Gray et al., 2012).

Αυτά τα συμπεράσματα από την έρευνα για τον αυτισμό και την ψυχοπαθητικότητα υποδηλώνουν ότι η αντίληψη του νου είναι συνδεδεμένη με την ηθική (Gray et al., 2012). Ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή σε παγκόσμιο επίπεδο και αυτό το ποσοστό αυξάνεται αν λάβει

κανείς υπόψη τα κενά στη διάγνωση και την παροχή υπηρεσιών στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή (Kupfer et al., 2013).

Ταξινομικά Συστήματα και Απανθρωποποίηση

Το ταξινομικό σύστημα των ψυχικών διαταραχών δηλαδή το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) τονίζει την ιδέα της «ψυχικής ασθένειας» με όλο και περισσότερες συμπεριφορές να επισημαίνονται ως ασθένειες του εγκεφάλου. Πριν γίνει κάποια διάγνωση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει ο εξεταζόμενος γιατί αρκετές φορές τα προβλήματα στις συνθήκες διαβίωσης που συνοδεύονται από αγωνία ιατρικοποιούνται αποκρύπτοντας το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων εις βάρος της ανάπτυξης, ελευθερίας και αξιοπρέπειας του ανθρώπου.

Το DSM-5 παρέχει περισσότερες διαγνωστικές κατηγορίες από το προηγούμενο, που σημαίνει περισσότερες ετικέτες ψυχικής ασθένειας. Αυτό έχει επίδραση στον άνθρωπο (Cambriil, 2014), καθώς και κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις (Pickersgill, 2014) καθώς περιλαμβάνει και ένα ευρύ φάσμα συννοσηρότητας (Regier et al., 2009· Hyman, 2010· Regier et al., 2013). Η πληθώρα των διαγνώσεων (541 έναντι 383) στο DSM-5 (Kontaxakis & Konstantakopoulos, 2015) οδηγεί στην ιατρικοποίηση της ομαλότητας, αυξάνει το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης καθώς και το στίγμα της ψυχικής νόσου (Frances, 2009). Πολλές ενστάσεις υπάρχουν για διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες που εμπεριέχονται στο νέο ταξινομικό εγχειρίδιο (Holden, 2010·Pickersgill, 2014).

Οι επικριτές έχουν επί μακρόν επιτεθεί στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία του DSM και μάλιστα στο ευρύτερο ιατρικό πλαίσιο που θεωρείται ότι προάγουν (Pickersgill, 2012). Σχετικά με αυτό επικρίνουν το ρόλο των φαρμάκων για τις

συνθήκες της ψυχικής υγείας. Η φαρμακευτική βιομηχανία συμβάλλει στην εξάπλωση των αλλαγών και εν συνεχεία εμπλέκεται περαιτέρω στις διαδικασίες θεραπείας (Jutel, 2009). Αυτή είναι η τάση για παθολογίες ως υποκείμενες σε φαρμακευτική παρέμβαση (Williams et al., 2011). Το πρόβλημα έγκειται στο ότι το DSM-5 ήταν μια χαμένη ευκαιρία για να αυξηθεί η εννοιολογική εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης με την επιθετική αντιμετώπιση των ψευδώς θετικών θεμάτων (Wakefield, 2015). Το DSM όχι μόνο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί διαγιγνώσκουν και θεραπεύουν τους ασθενείς τους, αλλά και πώς οι ασφαλιστικές εταιρείες αποφασίζουν ποιες συνθήκες πρέπει να καλύψουν, πώς οι φαρμακευτικές εταιρείες σχεδιάζουν κλινικές δοκιμές και πώς οι οργανισμοί χρηματοδότησης αποφασίζουν ποια έρευνα θα χρηματοδοτήσουν (Miller & Holden, 2010).

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις χρησίμευσαν ως ισχυρά εργαλεία για να ασκήσουν ένα επιβλαβές κοινωνικό έλεγχο με τρόπους που προκαλούν μεγάλη αμηχανία. Για αυτό ένας σημαντικός παράγοντας αποφασιστικής σημασίας θα πρέπει πάντα να είναι κατά πόσον η αλλαγή αυτή είναι πιθανότερο να βοηθήσει ή να βλάψει τους ασθενείς. Η κανονικότητα είναι ένα απειλούμενο είδος. Σε αυτό το νέο κόσμο λίγοι θα περάσουν από τη ζωή χωρίς ψυχική διαταραχή. Όλες οι προτεινόμενες νέες διαγνώσεις θα επεκτείνουν την ψυχιατρική διάγνωση στα ασαφή και δυσνόητα σύνορα της με την ομαλότητα. Το αποτέλεσμα θα είναι η ακούσια ιατροποίηση της ομαλότητας με επακόλουθη υπερβολική θεραπεία, στίγμα και λανθασμένη κατανομή των σπάνιων πόρων ψυχικής υγείας (Frances & Widiger, 2012).

Το DSM-5 α) περιλαμβάνει πολλές διαγνωστικές κατηγορίες με αμφισβητήσιμη αξιοπιστία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε παραπλανητικές υποθέσεις σχετικά με την επιστημονική εγκυρότητα β) δεν έλαβε πολύ αναγκαία και ευρέως ζητηθείσα εξωτερική επιστημονική επισκόπηση γ) μπορεί να θέσει σε κίνδυνο

την ασφάλεια των ασθενών μέσω της εφαρμογής μειωμένων διαγνωστικών ορίων και της εισαγωγής νέων διαγνωστικών κατηγοριών που δεν έχουν επαρκή εμπειρική υποστήριξη, δ) είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που δίνει την εντύπωση ότι θέτει τις θεσμικές ανάγκες πάνω από την ευημερία του κοινού, ε) μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη επισήμανση των ψυχικών ασθενειών σε ανθρώπους στους οποίους δεν ταιριάζει μια ψυχιατρική διάγνωση, στ) μπορεί να οδηγήσει σε περιττή και ενδεχομένως επιβλαβή θεραπεία με ψυχιατρικά φάρμακα και ζ) μπορεί να εκτρέψει πολύτιμους πόρους ψυχικής υγείας από εκείνους που τους χρειάζονται περισσότερο (Cooper, 2014). Το DSM περιορίζεται στις διαγνωστικές ετικέτες και στον αριθμό των θετικών συμπτωμάτων που απαιτούνται για την ικανοποίηση των κριτηρίων της διαταραχής (Aboraya, 2010). Ενώ ο στόχος της χρήσης διαγνωστικών κριτηρίων για την ενίσχυση της θεραπείας και της επιστήμης έχει αξία, παραμένουν τα μειονεκτήματα. Έχουν εκφραστεί ανησυχίες σχετικά με τις τρέχουσες και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των διαγνωστικών ετικετών από τότε που ο Thomas Szasz δημοσίευσε «το μύθο της ψυχικής ασθένειας» το 1961 και «την κατασκευή της τρέλας» το 1970. Δυστυχώς, οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις σε όσους λαμβάνουν διάγνωση ψυχικής υγείας εξακολουθούν να ανησυχούν (Estroff et al., 2004). Το στίγμα προς τις ψυχικές διαταραχές σε αντίθεση με τις σωματικές διαταραχές μειώθηκε, αλλά παραμένει υψηλό ακόμη και μεταξύ των φοιτητών (Lally et al., 2013).

Συνοπτικά, υπάρχουν αρκετά προβλήματα στα υπάρχοντα διαγνωστικά συστήματά μας (και το DSM-5 πιθανότατα χειροτέρεψε την κατάσταση) και πολλοί περιορισμοί εξακολουθούν να επηρεάζουν τη διαγνωστική διαδικασία στην ψυχιατρική (Lasalvia, 2015). Η ψυχιατρική ταξινόμηση έχει εγκλωβιστεί σε ένα καλειδοσκόπιο υποθετικών διαταραχών γιατί ένα ιατρικό διαγνωστικό μοντέλο θα

καθορίσει εκείνες τις συνθήκες για τις οποίες υπάρχει ήδη βιολογικό ενδιαφέρον για τον προσδιορισμό τους και, κυρίως, για τις μεθόδους επίλυσης (Fink & Taylor, 2008). Όμως οι αναπηρίες που μπορεί να προκύψουν από τις υποδιαγνωσμένες και υποχαρακτηρισμένες ψυχιατρικές διαταραχές είναι τεράστιες και περιλαμβάνουν επιδράσεις στην ατομική, σωματική και συναισθηματική λειτουργία, την ικανότητα για εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις, και πολλά άλλα -και όλα αυτά έχουν επιπτώσεις στην κοινωνία, το κράτος και το έθνος (Kessler et al., 2009).

Συνοψίζοντας το νέο ταξινομικό σύστημα με την αύξηση των διαγνώσεων συμβάλλει στην αύξηση του στίγματος της ψυχικής νόσου και στην αύξηση του κόστους τόσο στο οικονομικό όσο και στο κοινωνικό επίπεδο. Εντούτοις, στο προβλέψιμο μέλλον η ψυχιατρική διάγνωση πρέπει να συνεχίσει να επιτυγχάνεται με την ανάληψη ιστορικού ψυχικής νόσου, και την αξιολόγηση των κριτηρίων που ισχύουν επί του παρόντος. Αυτό είναι απαραίτητο για την επικοινωνία σχετικά με τις ασθένειες και την εκπαίδευση των κλινικών ιατρών και των επιστημόνων στα ιατρικά πεδία, καθώς και την πρόοδο της έρευνας που απαιτείται για την περαιτέρω προώθηση των διαγνωστικών κριτηρίων της ψυχιατρικής (Surís et al., 2016).

Επικοινωνία και Απανθρωποποίηση

Μελετώντας την ανθρώπινη ιστορία γίνεται αντιληπτό πως ο άνθρωπος για να επιβιώσει θα πρέπει να επικοινωνεί. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ανθρώπινη σχέση που ξεκινάει από το σχετίζεσθαι. Μελέτη ανασκόπησης δείχνει ένα κενό στην επικοινωνία μεταξύ κλινικών ιατρών και ασθενών με ψυχικές διαταραχές (Milton & Mullan, 2014). Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν πριν από την τελευταία δεκαετία ανέφεραν χαμηλά ποσοστά διαγνωστικής συζήτησης τόσο για διαγνώσεις σχιζοφρένειας όσο και για γενική διαγνωστική συζήτηση (30% - 65%). Αντίθετα, μελέτες που διεξήχθησαν τα τελευταία 10 χρόνια ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά

διαγνωστικής συζήτησης και για τις δύο ομάδες (77% - 88%), με εξαίρεση τους χρήστες υπηρεσιών που είχαν μεταναστεύσει (22%). Εσφαλμένες διαγνώσεις αναφέρθηκαν σε τρεις μελέτες (Milton & Mullan, 2014). Αυτή η καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας απαιτούσε πολλαπλή συμμετοχή των γιατρών και συνήθως χρειάστηκαν ένα έως δύο χρόνια για να λάβουν σωστή διάγνωση οι ασθενείς (Seedat et al., 2002· Trump & Hugo, 2006). Με βάση τα παραπάνω δεδομένα θα μπορούσαμε να πούμε ότι η έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας πιθανόν να συμβάλλει αρνητικά στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, την αύξηση του στίγματος και της περιθωριοποίησης των ψυχικά ασθενών και τελικά στην απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση τους.

Η κακή επικοινωνία κατά τη στιγμή της διάγνωσης προκαλεί σύγχυση και το άγχος για το στίγμα αναφέρθηκε ως αντίδραση στα διαγνωστικά νέα, (Gallagher et al., 2010), αν και πολλοί χρήστες των υπηρεσιών δεν πίστευαν ότι το υπερβολικό στίγμα σχετίζεται με τη λήψη ψυχιατρικής θεραπείας (Greenwood et al., 2000), σε αυτό το σημείο μια αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή θα τον βοηθούσε να εμπεριέξει την καινούργια κατάσταση στη ζωή του αποφεύγοντας αποτελεσματικά την κοινωνική απόρριψη. Αποτελέσματα μετανάλυσης δείχνουν ότι η κοινωνική απόρριψη των ψυχικά ασθενών παρέμεινε ανησυχητικά σταθερή τα τελευταία 20 χρόνια, αν και αυξήθηκαν οι γνώσεις των πολιτών σχετικά με τους βιολογικούς συσχετισμούς των ψυχικών διαταραχών. Ο συσχετισμός ψυχικής ασθένειας με βιολογικούς παράγοντες δεν φαίνεται να αποτελεί μέσον αντιμετώπισης του στιγματισμού και της διάκρισης των ατόμων με ψυχικές ασθένειες (Schomerus et al., 2012). Λόγω των ανησυχιών που σχετίζονται με τον στιγματισμό, τα άτομα θεωρούν ότι η διάγνωση μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική τους ταυτότητα και τις σχέσεις τους με άλλους (Magliano et al., 2008· Thornicroft et al., 2009· Gallagher et al.,

2010). Επιπλέον, μπορεί να προκαλέσει έντονη αίσθηση ντροπής λόγω των πολιτιστικών τους πεποιθήσεων (Hwang, 2008) ή θα μπορούσε να οδηγήσει στην εγκατάλειψη της θεραπείας (Seedat et al., 2002). Αναφέρθηκε ότι άτομα που είχαν ελπίδα για μελλοντική ανάκαμψη είχαν λιγότερο έντονη αντίληψη για συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες ως αποτέλεσμα μιας διάγνωσης σχιζοφρένειας (Magliano et al., 2008). Το στίγμα αναφέρθηκε ως λόγος για τον οποίο οι ψυχίατροι ενδέχεται να μην αποκαλύψουν τη διάγνωση. Οι χρήστες των υπηρεσιών ανέφεραν χαμηλότερη ικανοποίηση από την διαγνωστική επικοινωνία, όπως πληροφορίες σχετικά με τη συγκεκριμένη ασθένεια, παρενέργειες φαρμάκων και επιλογές θεραπείας. Οι ποιοτικές μελέτες υποστήριξαν αυτό το εύρημα ως ένα κενό μεταξύ των προτιμήσεων πληροφόρησης των χρηστών, υπηρεσιών και ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες (Milton & Mullan, 2014).

Είναι παράδοξο το γεγονός ότι πολλοί ψυχικά ασθενείς δεν μιλούν ιδιαίτερα θετικά για το προσωπικό ψυχικής υγείας, αν και το προσωπικό αυτό είναι ειδικά εκπαιδευμένο για τη θεραπεία ατόμων με τέτοιες διαταραχές. Η εμπειρία των ανθρώπων με ψυχικές ασθένειες είναι ότι συχνά αισθάνονται προσβεβλημένοι, ότι τιμωρούνται ή εξευτελίζονται από την επαφή με το προσωπικό της ψυχικής υγείας. Πράγματι οι χρήστες των υπηρεσιών συχνά αξιολογούν το προσωπικό της ψυχικής υγείας ως μια από τις ομάδες που στιγματίζουν τους ψυχικά ασθενείς (Pinfold et al., 2005).

Μια έρευνα περίπου 10.000 ενηλίκων στις ΗΠΑ έχει να προσθέσει περισσότερες λεπτομέρειες σε αυτή την εικόνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές τελικά έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, αλλά συχνά περιμένουν πολύ καιρό πριν το κάνουν, με μέση καθυστέρηση πριν ζητήσουν βοήθεια οκτώ ετών για διαταραχές της διάθεσης και

τουλάχιστον εννέα ετών για διαταραχές άγχους. Τα άτομα που περιμένουν περισσότερο από το μέσο όρο πριν λάβουν φροντίδα είναι πιο πιθανό να είναι νέοι, ηλικιωμένοι, άντρες, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ή μέλη μιας φυλετικής / εθνικής μειονότητας (Wang et al., 2005a). Μόνο το 41% των ατόμων με ψυχική διαταραχή το προηγούμενο έτος είχε λάβει κάποια θεραπεία: 12% από ψυχίατρο, 16% από μη ειδικό ψυχικής υγείας, 23% από γενικό ιατρό, 8% από έναν επαγγελματία κοινωνικών υπηρεσιών και 7% από έναν εναλλακτικό πάροχο ιατρικών υπηρεσιών. Όσον αφορά την επάρκεια της θεραπείας, το 48% των περιπτώσεων έλαβε επαρκή θεραπεία από την περίθαλψη τους, ενώ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μόνο το 13% έλαβε επαρκή θεραπεία. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν μεγαλύτερες για τους φτωχούς, τους ηλικιωμένους, εθνοτικές μειονότητες, άτομα με χαμηλό εισόδημα ή άτομα χωρίς ασφάλιση και κάτοικους αγροτικών περιοχών (Wang et al., 2005b). Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «τα περισσότερα άτομα με ψυχικές διαταραχές στις Ηνωμένες Πολιτείες παραμένουν είτε αθεράπευτα είτε κακώς θεραπευμένα» (Wang et al., 2005b).

Η έντονη απροθυμία του προσώπου να θεωρηθεί ως ψυχικά ασθενής φαίνεται να είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο (Thornicroft et al., 2007). Οι περισσότεροι αμερικανοί στρατιώτες (60-77%) δεν κατάφεραν να αναζητήσουν φροντίδα ψυχικής υγείας, που συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τις ανησυχίες σχετικά με το πιθανό στίγμα (Hoge et al., 2004).

Οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα δεν καταφεύγουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις ΗΠΑ είναι η μη αναγνώριση των συμπτωμάτων, η υποτίμηση της σοβαρότητας τους, η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η απροθυμία να δουν έναν ειδικό ψυχικής υγείας εξαιτίας του στίγματος, η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία και η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Παράγοντες από τον πάροχο

περιλαμβάνουν την κακή εκπαίδευση σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, την περιορισμένη εκπαίδευση στις διαπροσωπικές δεξιότητες, το στίγμα, τον ανεπαρκή χρόνο για την αξιολόγηση και τη θεραπεία της διαταραχής, την αποτυχία να ληφθούν υπόψη οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και τη συνταγογράφηση ανεπαρκών δόσεων φαρμάκων για ανεπαρκή διάρκεια. Η μαρτυρία μιας ασθενούς, της Σάντρα, που νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική είναι συγκλονιστική:

Μερικές από τις χειρότερες εμπειρίες τις είχα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αναγνωρίζω την ανάγκη να είμαι ασφαλής, αλλά συχνά αισθάνομαι ότι μου έχουν αφαιρεθεί τα δικαιώματα και η αξιοπρέπειά μου. Το να μου κάνουν ξανά και ξανά εξονυχιστική σωματική έρευνα και να με ακολουθούν συνεχώς όσο είμαι υπό «στενή επιτήρηση» απλώς με αφήνει να αισθάνομαι ξέχωρη και πως γίνομαι αντιληπτή πιο πολύ ως ενόχληση («δε θέλω μπελάδες στη βάρδια μου»). Έχω δει, ανεπίσημα, τις νοσοκομειακές αναφορές μου, και σε παραπάνω από μια περιπτώσεις οι νοσηλεύτριες λένε ψέματα για να καλυφθούν έπειτα από κάποιον αυτοτραυματισμό μου. Αφού έχω αυτοτραυματιστεί, τότε ακριβώς που αισθάνομαι πιο ευάλωτη, έχω συναντήσει έναν τοίχο σιωπής λες και το να μιλήσουμε για τον αυτοτραυματισμό θα με ενθαρρύνει να το ξανακάνω. Και χάρια απ' αυτά πολλοί συννοσηλεύόμενοί μου σε στιγματίζουν για τον αυτοτραυματισμό. Έχω ακούσει πολλά σχόλια του τύπου «Ω, κόπηκε πάλι. Γιατί δεν το κάνει σωστά να αυτοκτονήσει».

Τα συστήματα φροντίδας της ψυχικής υγείας δημιουργούν εμπόδια στη λήψη της βέλτιστης θεραπείας (Thornicroft et al., 2007). Παρόλο που είναι πιθανό ότι όλοι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές θα μπορούσαν να πέσουν θύματα απανθρωποποίησης, οι ασθενείς με σοβαρές διαταραχές χρήσης αλκοόλ

αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα τα συναισθήματα απανθρωποποίησης επειδή θυματοποιούνται πιο εύκολα και είναι ευάλωτ στην κοινωνική απόρριψη. Πράγματι, αυτός ο πληθυσμός γίνεται αντιληπτός σαν λιγότερο «ψυχικά ασθενής» από ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές που δεν σχετίζονται με την ουσία και ως εκ τούτου οι αλκοολικοί είναι περισσότερο προσωπικά υπεύθυνοι για τη νόσο (Schomerus et al., 2011). Ως εκ τούτου είναι πιο πιθανό να υπάρχουν διακρίσεις και να προκαλούν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα τόσο στο κοινό όσο και στους επαγγελματίες υγείας (Schomerus et al., 2011).

Η εκτενής αναφορά στα παραπάνω γίνεται γιατί η 2^η έρευνα της παρούσας διατριβής αφορά ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή, από τους οποίους ένα μεγάλο ποσοστό αν και νοσηλεύεται για πρώτη φορά η νόσος είναι χρόνια.

Ετικέτες και Απανθρωποποίηση

Οι Martinez et al., (2011) διαπίστωσαν ότι οι ετικέτες των ψυχικών ασθενειών οδήγησαν τους συμμετέχοντες να αντιλαμβάνονται τα άτομα με ψυχική ασθένεια ως ζώα, αυξάνοντας την αντιληπτή επικινδυνότητα και το κίνητρο κοινωνικής απόρριψης. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι άνθρωποι θεωρούν τον εαυτό τους και τους άλλους λιγότερο ανθρώπινους όταν είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την ιδέα ότι όταν οι κοινωνικές διασυνδέσεις διαταράσσονται, η αίσθηση της κοινής ανθρωπιάς (Ανθρώπινη Φύση) διακόπτεται, έτσι ώστε οι άλλοι -όπως και οι ίδιοι- να αντιλαμβάνονται ότι δεν την έχουν. Οι άνθρωποι αισθάνονται λιγότερο ανθρώπινοι όταν βιώνουν εξοστρακισμό, βλέπουν τους άλλους που τους εξοστρακίζουν λιγότερο ανθρώπινους και πιστεύουν ότι θεωρούνται λιγότερο ανθρώπινοι από αυτούς τους άλλους σε σύγκριση με το πώς αισθάνονται όταν συμπεριλαμβάνονται (Bastian & Haslam, 2010). Ο βαθμός στον οποίο βιώνουμε τον εαυτό μας και τους άλλους να έχουν ουσιαστικά ανθρώπινες

ιδιότητες μπορεί να εξαρτάται από την ανθρώπινη διασύνδεση. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι αυτές είναι οι ιδιότητες που πιστεύουμε ότι μοιραζόμαστε με άλλα μέλη του είδους μας (Haslam et al., 2005). Τα ευρήματα για την άλλη αίσθηση της ανθρωπιάς, την ανθρώπινη μοναδικότητα, υποδηλώνουν ότι παίζει λιγότερο κεντρικό ρόλο στον εξοστρακισμό (Bastian & Haslam, 2010). Άλλα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι παρατηρητές θεωρούν το άτομο που εξοστρακίζεται ως λιγότερο ανθρώπινο στις δύο διαστάσεις της ανθρώπινης φύσης και της ανθρώπινης μοναδικότητας. Σε αυστηρή αντίθεση, ο δράστης έλαβε ακόμη περισσότερη ανθρωπιά. Μια ανάλυση διαμεσολάβησης έδειξε ότι αυτές οι διαφορές στην αναμενόμενη πιθανότητα εκμετάλλευσης μπορούν να εξηγηθούν με την αντίληψη των λιγότερων χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης - αλλά όχι ανθρώπινης μοναδικότητας (Park & Park, 2015).

Οι άνθρωποι με τις ετικέτες της ψυχικής ασθένειας ανήκουν σε μια εξαιρετικά υποτιμημένη κοινωνική κατηγορία. Επιπλέον, οι άνθρωποι βιώνουν και εκφράζουν την αποστροφή τους όταν έρχονται αντιμέτωποι με εικόνες των ανθρώπων που κάνουν κατάχρηση ουσιών -συμπεριφορές που πολλές φορές συνδιακυμαίνονται με τα ενεργά συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής (Harris & Fiske, 2006). Το έργο των Harris & Fiske (2006) υποδηλώνει ότι ένας μηχανισμός που διέπει τις απαντήσεις προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να είναι ο βαθμός στον οποίο οι αντιλαμβανόμενοι τους αποδίδουν την ανθρώπινη ιδιότητα. Έτσι η ετικέτα «ψυχική ασθένεια» από μόνη της μπορεί να επηρεάσει ενδείξεις της ανθρωπιάς σε έναν άνθρωπο που φέρει μια τέτοια ετικέτα. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η απλή ετικέτα της χρόνιας ψυχικής ασθένειας πυροδοτεί απανθρωποποιημένες απαντήσεις. Μειωμένη αποδιδόμενη ανθρωπιά, με τη σειρά της, συνδεόταν με μεγαλύτερες αντιλήψεις απειλής και επικινδυνότητας. Σε άλλη μελέτη όταν οι άνθρωποι

αντιμετωπίζουν έναν άνθρωπο του οποίου η συμπεριφορά είναι μέσα σε κανονιστικά όρια και έχει μια ευνοϊκή κατάσταση ύφεσης, η ετικέτα ψυχική ασθένεια μπορεί να μετατοπίσει τις απανθρωποποιημένες τάσεις προς την αντίθετη κατεύθυνση. Το παραπάνω αποτέλεσμα στηρίχτηκε σε αυτό-αναφορές (Martinez et al., 2011). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με ψυχική διαταραχή είναι απανθρωποποιημένα περισσότερο από άτομα που έχουν ψυχική διαταραχή αλλά ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η απανθρωποποίηση του εαυτού και των άλλων μπορεί να είναι συνέπεια μιας γνωστικής εστίασης στις επώδυνες εμπειρίες που είναι κρίσιμες για την αντίληψη της ανθρώπινης ζωής (Sakalaki et al., 2017). Επίσης ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι άνθρωποι με ψυχωτική διαταραχή απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους υγιείς ανθρώπους, αλλά βλέπουν τον εαυτό ως περισσότερο ανθρώπινο σε σύγκριση με τους νευρωτικούς ασθενείς. Επιπλέον οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπως η ψύχωση, σχετίζονται περισσότερο με την απανθρωποποίηση παρά με τη λιγότερο σοβαρή νευρωτική ψυχική ασθένεια. (Svoli et al., 2018).

Όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με συμπεριφορές που μερικές φορές σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες (όπως η έλλειψη στέγης και η χρήση παράνομων ουσιών), ο μεσαίος προμετωπιαίος φλοιός -μια περιοχή του εγκεφάλου που σχετίζεται με τη σκέψη για τους άλλους ανθρώπους- δεν ενεργοποιείται (Harris & Fiske, 2006). Επιπλέον η απλή φαντασίωση ενός ατόμου που φέρει μια ετικέτα ψυχικής ασθένειας (σε σύγκριση με μια ετικέτα σωματικής ασθένειας) προκαλεί μειωμένες αποδόσεις της ανθρωπότητας σε ένα τέτοιο στόχο (Martinez et al., 2011). Με άλλα λόγια, όταν σκεφτόμαστε ένα άτομο με μια ετικέτα ψυχικής ασθένειας, η τυπική απουσία απόδοσης μπορεί να είναι η απανθρωποποίηση (Martinez, 2014).

Στίγμα και Απανθρωποποίηση

Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας υποστηρίζει πως οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τα κοινωνικά κατασκευάσματα για να κρίνουν ή την ετικέτα για κάποιον που είναι διαφορετικός ή ευνοείται. Οι στιγματισμένοι άνθρωποι διαμορφώνουν μια εικονική κοινωνική ταυτότητα, όταν αυτοί αποδοκιμάζονται ή ατιμάζονται στα μάτια της κοινωνίας, και στη συνέχεια γίνονται απόβλητοι. Η κρίση για τα άτομα με ψυχική ασθένεια συχνά συχνά διαμορφώνεται με βάση τις συμπεριφορές τους, αλλά αυτό δεν αντικατοπτρίζει ολόκληρη την ύπαρξή τους. Με μια αλλοιωμένη συλλογική ταυτότητα το στιγματισμένο πρόσωπο μειώνεται στο νου των άλλων από ένα συνολικό και φυσιολογικό άτομο σε ένα μολυσμένο, ένα προεξοφλημένο άτομο (Overton & Medina, 2008).

Στίγμα

Το στίγμα αναφέρεται σε ένα άτομο ή σε μια ομάδα ατόμων που πρέπει να διακρίνονται από τον κανόνα, πρέπει να επισημαίνονται ως έχοντα μία ανεπιθύμητη διαφορά (Goffman, 1963). Ο στιγματισμός των ανθρώπων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε απανθρωποποίηση, όπου η ανθρωπιά του ατόμου μειώνεται σε σημείο που να γίνεται αντιληπτό ως μη ανθρώπινο, ως ένας άνθρωπος που δεν έχει «εσωτερική ζωή» (Haslam, 2006· Bastian & Haslam, 2010).

Το στίγμα μπορεί να θεωρηθεί ως μια σχέση μεταξύ «ένος χαρακτηριστικού με ένα στερεότυπο» (Goffman, 1963). Το χαρακτηριστικό αναφέρεται σε ένα «σήμα» ή ετικέτα που μπορεί να καθορίζει την ένταξη σε μια στιγματισμένη κατηγορία προσώπων (Jones et al., 1984) και το «στερεότυπο αναφέρεται σε ένα γενικευμένο σύνολο πεποιθήσεων που επικαλείται την εν λόγω κατηγορία» (Ainlay et al., 1986).

Αυτό-στίγμα

Η δεύτερη θεωρία του στίγματος είναι το αυτο-στίγμα. Το αυτο-στίγμα είναι μια εσωτερική διαδικασία αξιολόγησης σύμφωνα με την οποία οι ίδιοι οι άνθρωποι

κρίνουν. Αυτή η κρίση θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα των μηνυμάτων που λαμβάνονται από τις κοινωνικές νόρμες, αλλά τελικά το άτομο δημιουργεί την κρίση προς τον εαυτό του. Η απόφαση αυτή μειώνει την αυτοεκτίμηση. Τα αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση (Blankertz, 2001). Όταν οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια αντιλαμβάνονται ότι δεν έχουν ένα σύστημα υποστήριξης απανθρωποποιούνται. Το στίγμα που επιβάλλεται από τους άλλους δημιουργεί την προσδοκία ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ευθύνες που αποτελούν μέρος της καθημερινής ζωής (Overton & Medina, 2008). Επίσης ο αυτό-στιγματισμός φαίνεται να συνδέεται με το επίπεδο προσήλωσης στη θεραπεία μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια και η αρνητική του επίδραση έχει βρεθεί να εντείνεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτό-στιγματισμού (Fung et al., 2008). Ο στιγματισμός εμφανίζεται σε πολλαπλά επίπεδα ταυτόχρονα - ενδοπροσωπικά, π.χ. αυτο-στιγματισμός, διαπροσωπικά, π.χ. σχέσεις με τους άλλους, και διαρθρωτικά, π.χ. πολιτικές διακρίσεων και/ή αποκλεισμού (Corrigan et al., 2014).

Ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν επίσης ότι ο στιγματισμός των άλλων ανθρώπων σχετίζεται θετικά με την ψυχολογική δυσφορία του ατόμου που στιγματίζει. Επιπλέον η σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων στίγματος και αρνητικών αποτελεσμάτων για το άτομο που στιγματίζει εξηγείται από την ψυχολογική ευελιξία. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι όταν λήφθηκε υπόψη η διαδικασία της ψυχολογικής ευελιξίας, η σχέση είχε αποδυναμωθεί σημαντικά, γεγονός που υποδηλώνει ότι η βασική κοινή διαδικασία κατηγοριοποίησης, η κρίση και η ρύθμιση της συμπεριφοράς (π.χ., μικρή ψυχολογική ευελιξία) είναι σημαντική για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ συμπεριφορών στίγματος και ψυχολογικής

δυσφορίας του ατόμου που στιγματίζει (Masuda et al., 2009). Η άκαμπτη και επικριτική διαδικασία της κατηγοριοποίησης, της αξιολόγησης, και η ρύθμιση αποφυγής της συμπεριφοράς, είναι ένα μέρος της χαμηλής ψυχολογικής ευελιξίας και μπορεί να είναι σημαντική για την κατανόηση του στιγματισμού, ανεξάρτητα από το περιεχόμενο των στιγματισμένων σκέψεων. Η θέση φαίνεται να συμφωνεί με το έργο του Link & Phelan (2006), που τονίζει ότι ο στιγματισμός είναι μια πολύπλευρη δυναμική διαδικασία. Οι αρνητικές αλληλεπιδράσεις υποδεικνύουν επίσης ότι το πρόβλημα δεν απομονώνεται σε λίγους μη ευαίσθητους παρόχους αλλά είναι πιο συστηματικό στη φύση του, ότι είναι ένα πρόβλημα αναφορικά με την κουλτούρα της υγειονομικής περίθαλψης στο πού δίνει προτεραιότητα και πώς αντιλαμβάνεται τα άτομα με ψυχικές ασθένειες (Abbey et al., 2011· Knaak et al., 2015· Knaak et al., 2017).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα στιγματισμένα (Hinshaw & Stier, 2008· Pescosolido, 2013) και το στίγμα είναι ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο πολλά άτομα που πάσχουν δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία (Corrigan, 2004· Rusch et al., 2005· Thornicroft, 2008). Παραδόξως, τέτοιες αρνητικές συμπεριφορές είναι τόσο ισχυρές μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και στο ευρύ κοινό (Lauber et al., 2006). Για παράδειγμα, μια μεγάλη μελέτη διαπίστωσε ότι οι κλινικοί γιατροί υποστήριζαν πολλά αρνητικά στερεότυπα σχετικά με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου ότι τα άτομα αυτά είναι πιο «παράξενα», «απειλητικά» και «παραβατικά» από τον γενικό πληθυσμό (Lauber et al., 2006) και συνδέονται με φόβο και αίσθηση κινδύνου, ιδιαίτερα στην περίπτωση της σχιζοφρένειας (Economou et al., 2009· Pescosolido, 2013).

Οι κλινικοί γιατροί έχει τεκμηριωθεί επίσης ότι εκφράζουν την έντονη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές,

συμπεριλαμβανομένης της απροθυμίας τους να ζουν κοντά σε αυτούς, να παντρευτούν κάποιον από τις οικογένειές τους ή να εργάζονται μαζί τους (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Λόγω των τακτικών αλληλεπιδράσεών τους με τους ψυχιατρικούς ασθενείς οι κοινωνικές και κλινικές βλάβες που προκαλούν οι στιγματιστικές νοοτροπίες των κλινικών πιθανόν να είναι ιδιαίτερα σοβαρές (Hinshaw & Stier, 2008). Η έλλειψη συνειδητοποίησης και ασυνείδητων προκαταλήψεων, που αναγνωρίζουν τη δύναμη των κρυφών πεποιθήσεων και στάσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορά που σχετίζεται με το στιγματισμό είναι ένα μεγάλο ζήτημα, όπως δείχνουν τα ερευνητικά ευρήματα (Horsfall et al., 2010· Knaak & Patten, 2016· Sukhera & Chahine, 2016· Ungar et al., 2016). Η αλλαγή νοοτροπίας των κλινικών έχει εντοπιστεί ως ένα σημαντικό βήμα προς τη μείωση του στιγματισμού των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Sartorius, 2002).

Ωστόσο η κοινωνική απόσταση, δηλαδή η απροθυμία να αλληλεπιδράσουν με άτομα με ψυχικές διαταραχές (Haslam, 2011· Link et al., 2004), φαίνεται να είναι ένας τύπος στιγματισμού που επικρατεί ιδιαίτερα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακόμη και όταν δεν εμφανίζουν άλλες αρνητικές απόψεις (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Οι ανεπαρκείς δεξιότητες και η κατάρτιση των ειδικών φαίνεται να συνδέονται με τον στιγματισμό με δύο τρόπους. Πρώτον πιστεύεται ότι οδηγεί σε συναισθήματα άγχους ή φόβου και σε επιθυμία για αποφυγή και κοινωνική/κλινική απόσταση μεταξύ των επαγγελματιών, η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς και την ποιότητα της φροντίδας (Ross & Goldner, 2009· MacCarthy et al., 2013). Δεύτερον μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο αποτελεσματική θεραπεία και φτωχότερα αποτελέσματα (Corrigan, 2004· Rusch et al., 2005· Thornicroft, 2008). Μια μελέτη στον Καναδά αναγνώρισε το στίγμα ως

εμπόδιο για την ασφάλεια των ασθενών μέσω παραγόντων όπως η στάση του προσωπικού και η θεσμική κουλτούρα και η αποδεκτή περιθωριοποίηση των ασθενών με ψυχική ασθένεια μέσω του στίγματος (Brickell & McLean, 2011). Επίσης άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν ποιοτικά φτωχότερη φροντίδα για τα σωματικά τους προβλήματα υγείας (Mitchell et al., 2009· Atzema et al., 2011). Αυτό πιστεύεται ότι συμβαίνει σε μεγάλο βαθμό μέσω μιας διαδικασίας διάγνωσης και θεραπείας που συσκοτίζει, με αποτέλεσμα τα σωματικά συμπτώματα να αποδίδονται εσφαλμένα στην ψυχική ασθένεια του ασθενούς, δημιουργώντας καθυστερήσεις στη διάγνωση και στις επιλογές θεραπείας για τη σωματική νόσο (Jones et al., 2008). Για αυτό η λήψη μέτρων από την πολιτεία αποτελεί μια αναγκαιότητα, έτσι ώστε οι οικογενειακοί ιατροί, οι εκπαιδευτικοί, οι εργοδότες και η αστυνομία να εκπαιδευτούν από άτομα που έχουν εκπαιδευτεί πάνω στο στίγμα της ψυχικής νόσου, ώστε με στοχευμένες εκπαιδευτικές συνεδρίες να μειωθούν οι διακρίσεις (Pinfold et al., 2003a, 2003b). Στην Κροατία για παράδειγμα οι ασκούμενοι γιατροί έχει βρεθεί ότι στιγματίζουν τους ασθενείς με ψυχικές ασθένειες εξαιτίας του φόβου και της άγνοια τους για τις ψυχικές διαταραχές (Filipic et al., 2003).

Βιογενετικές Εξηγήσεις και Απανθρωποποίηση

Οι βιολογικές επεξηγήσεις για τις ψυχικές διαταραχές θεωρείται συχνά ότι μειώνουν τις στιγματιστικές συμπεριφορές δημιουργώντας την εντύπωση ότι οι ασθενείς δεν ελέγχουν τα συμπτώματά τους και έτσι δεν μπορούν να τους κατηγορήσουν (Lebowitz et al., 2016). Ωστόσο τα ερευνητικά ευρήματα έχουν δείξει ότι οι βιολογικές εξηγήσεις συνδέονται με αυξημένες τάσεις στιγματισμού (Knaalet al., 2013a). Έτσι, η πρόσφατη άνοδος των βιοϊατρικών ερμηνειών των ψυχικών

διαταραχών μπορεί να προκαλέσει ακόμα πιο αρνητικές αντιλήψεις μεταξύ των κλινικών ιατρών (Pescosolido et al., 2010· Schomerus et al., 2012).

Όσον αφορά τη σχιζοφρένεια φαίνεται ότι οι βιογενετικές εξηγήσεις και οι διαγνωστικές ετικέτες από το κοινό σχετίζονται θετικά με την προκατάληψη, τον φόβο και την επιθυμία για απόσταση (Martinez et al., 2011). Σε διεθνές επίπεδο το κοινό, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών και των φροντιστών, ήταν αρκετά ανθεκτικό στις προσπάθειες να διαδίδει τις βιογενετικές αιτιακές πεποιθήσεις και συνεχίζει να προτιμά τις ψυχοκοινωνικές εξηγήσεις και θεραπείες. Οι βιογενετικές πεποιθήσεις σχετίζονται με την αντίληψη της επικινδυνότητας και του απρόβλεπτου, με το φόβο και την επιθυμία για κοινωνική απόσταση. Ομοίως οι περισσότερες μελέτες διαπίστωσαν ότι η επισήμανση από το κοινό της διαταραχής ή της ενοχλητικής συμπεριφοράς ως «ψυχική ασθένεια» (ή μια πραγματική διάγνωση) επιδεινώνει και δεν βελτιώνει τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις (Read et al., 2006). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι πεποιθήσεις που συνδέονται με βιολογικές αιτιώδεις πεποιθήσεις είναι σχεδόν αναλλοίωτες (Kashima et al., 2005). Όταν οι συμμετέχοντες έλαβαν εικονικά επιστημονικά στοιχεία ότι μια ψυχική διαταραχή ήταν δύσκολο να θεραπευτεί (δηλαδή αμετάβλητη), συμπέραναν ότι ήταν επίσης ιστορικά αμετάβλητη, στηριζόμενοι σε χαρακτηριστικά της διαταραχής και στο γεγονός ότι είναι έμφυτη (Haslam & Ernst, 2002). Τέτοιες πεποιθήσεις μπορεί να εξυπηρετούν μια λειτουργία αμυντικής ή οριακής ενίσχυσης του Εγώ, επιτρέποντας στα προκατειλημμένα άτομα να αποκηρύξουν και να αποστασιοποιηθούν από μια απεχθή ταυτότητα (Haslam et al., 2006, 2012). Επειδή τα στερεότυπα για τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα συχνά έχουν αρνητικό περιεχόμενο, το οποίο είναι απρόβλεπτο και επικίνδυνο στον πυρήνα του (Angermeyer et al., 2011), η ουσιοκρατική σκέψη μπορεί να είναι ιδιαίτερα ολέθρια αυξάνοντας την έγκριση

αυτών των στερεοτύπων και την πεποίθηση ότι αποτελούν εγγενή χαρακτηριστικά του ατόμου που πάσχει (Knaale et al., 2013b). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα άτομα από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και ψυχική διαταραχή είναι απανθρωποποιημένα περισσότερο από άτομα που δεν έχουν ψυχική διαταραχή ή έχουν ψυχική διαταραχή αλλά ανήκουν σε υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Sakalaki et al., 2017).

Οι βιολογικές προσεγγίσεις στην κατανόηση της ψυχοπαθολογίας (π.χ. μέσω της γενετικής και της νευροεπιστήμης) θεωρούνται όλο και περισσότερο ως πολλά υποσχόμενα εργαλεία (Deacon, 2013). Η τάση αυτή τροφοδοτήθηκε από τις αλλαγές στις προτεραιότητες χρηματοδότησης για την έρευνα για την ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβουλίας του Προέδρου Obama στο Brain Research μέσω καινοτόμων πρωτοβουλιών των νευροτεχνολογιών (Insel et al. 2010, Insel et al., 2013). Η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών από το κοινό έγινε επίσης πιο βιολογική (Pescosolido et al., 2010· Pescosolido, 2013).

Ερευνητικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι πολίτες τείνουν να αντιλαμβάνονται τους κλινικούς που υποστηρίζουν τις βιολογικές επεξηγήσεις της ψυχοπαθολογίας ως λιγότερο ζεστούς από ότι τους κλινικούς που υποστηρίζουν μια πιο παραδοσιακή ψυχοκοινωνική αντίληψη των ψυχικών διαταραχών (Lebowitz et al., 2015). Αυτή είναι μια πιθανή αιτία ανησυχίας, δεδομένης της σημασίας της ζεστασιάς στη θεραπευτική σχέση -η οποία με τη σειρά της αποτελεί πρόβλεψη για την απόρριψη των ασθενών και την κλινική έκβαση (Horvath et al, 2011). Τα παραπάνω αποτελέσματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις για τον τρόπο με τον οποίο οι σχέσεις κλινικού ιατρού και ασθενούς μπορεί να επηρεαστούν από την αλλαγή των εννοιολογιών της ψυχοπαθολογίας. Εάν οι κλινικοί ιατροί έρθουν να υιοθετήσουν όλο και περισσότερες βιολογικές αντιλήψεις για τα συμπτώματα των ασθενών, αυτό θα

μπορούσε να οδηγήσει τους ασθενείς να τους θεωρούν λιγότερο ζεστούς. Αυτές οι αντιλήψεις είναι πιθανό να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις θεραπευτικές συμμαχίες. Επιπλέον, εκτός από το ότι θεωρούνται λιγότερο ευγενικοί και επομένως δυνητικά πιο πιθανό να απανθρωποποιούν τους άλλους, οι ομάδες που θεωρούνται χαμηλές στη ζεστασιά (όπως οι βιολογικά προσανατολισμένοι κλινικοί) κρίνονται επίσης συχνά ως ρομπότ ή μηχανικές (Waytz et al., 2010) -μια μορφή μηχανιστικής απανθρωποποίησης (Haslam, 2006). Εάν οι δυνητικοί ασθενείς αντιληφθούν βιολογικά προσανατολισμένους νοσηλευτές ψυχικής υγείας με αυτόν τον τρόπο, τέτοιες αντιλήψεις θα μπορούσαν να παρεμποδίσουν περαιτέρω τον σχηματισμό ισχυρών θεραπευτικών σχέσεων (Lebowitz et al., 2015).

Οι πρόσφατες μετα-αναλύσεις έχουν υπογραμμίσει τον κρίσιμο ρόλο της θεραπευτικής σχέσης στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας για τις ψυχικές διαταραχές. Η θεραπευτική σχέση υψηλής ποιότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τον μειωμένο κίνδυνο απόρριψης της θεραπείας από τους ασθενείς και τη μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων μετά τη θεραπεία (Horvath et al., 2011· Sharf et al., 2010). Η απανθρωποποίηση στην ιατρική γενικά αποδόθηκε εν μέρει στη μηχανική τάση της σκέψης των ασθενών από άποψη φυσιολογικών συστημάτων με μηχανικά μέρη (Haque & Waytz, 2012· Haslam & Loughnan, 2014). Έτσι στο βαθμό που οι βιογενετικές εξηγήσεις της ψυχοπαθολογίας είναι παρόμοια μηχανιστικές (δηλ. μειώνοντας τις υποκειμενικές ψυχολογικές εμπειρίες σε γενετικά ελαττώματα ή νευροβιολογικές ανωμαλίες όπως οι χημικές ανισορροπίες) είναι πιθανό να θεωρηθούν ότι απανθρωποποιούν (Haslam, 2006). Αυτό με τη σειρά του θα μπορούσε πιθανότατα να οδηγήσει σε μείωση της αντιλαμβανόμενης ζεστασιάς των κλινικών ιατρών που υποστηρίζουν τέτοιες εννοιολογήσεις, όπως δείχνουν τα ερευνητικά ευρήματα (Lebowitz et al., 2015).

Ποικίλα ερευνητικά ευρήματα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι βιογενετικές εξηγήσεις μπορεί να αυξήσουν την κοινωνική απόσταση για ορισμένες ψυχικές διαταραχές, ιδίως στη σχιζοφρένεια (Angermeyer et al. 2011· Kvaale et al., 2013a· Haslam, 2011· Lebowitz et al., 2013). Τα αποτελέσματα μελέτης υποστηρίζουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη προτίμηση για διατήρηση της κοινωνικής απόστασης από ένα άτομο με σχιζοφρένεια έναντι ενός ατόμου με κατάθλιψη. Επιπλέον η σχιζοφρένεια θεωρήθηκε ότι συνδέεται με κοινωνικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Υπήρχαν επίσης στοιχεία ότι οι ερωτηθέντες είδαν το άτομο με σχιζοφρένεια να έχει λιγότερη προσωπική ευθύνη για την ασθένειά του, ενώ υπάρχει λιγότερη συνέπεια όσον αφορά τον εκτιμώμενο κίνδυνο, τη βιολογική αιτιότητα και την πρόγνωση (Norman et al., 2010). Πρόσφατη μετα-ανάλυση δείχνει ότι οι βιογενετικές εξηγήσεις των ψυχικών διαταραχών δεν αυξάνουν τη κοινωνική απόσταση αλλά αυξάνουν την προγνωστική απαισιοδοξία και τις αντιλήψεις της επικινδυνότητας, αν και το τελευταίο συμπέρασμα είναι κάπως επιφυλακτικό. Για αυτό οι επαγγελματίες υγείας που χρησιμοποιούν βιογενετικές εξηγήσεις θα πρέπει να είναι προσεκτικοί για τον τρόπο που δίνουν την πληροφορία (Kvaale et al., 2013a). Άλλη έρευνα δείχνει ότι η απαισιοδοξία για την ανάκαμψη ορισμένων ασθενών συνδέεται με μια αίσθηση αδυναμίας, οδηγώντας τους ειδικούς να πιστεύουν ότι «αυτό που κάνουν δεν έχει σημασία» (Knaak & Patten, 2016).

Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα συνδέουν τις βιολογικές αντιλήψεις της ψυχοπαθολογίας με αρνητικές και στιγματισμένες κοινωνικές αντιλήψεις απέναντι σε άτομα με ψυχιατρικές ασθένειες -όπως η αντίληψη ότι τέτοια άτομα είναι επικίνδυνα και η επιθυμία να περιοριστεί η κοινωνική αλληλεπίδραση με αυτά (Read et al., 2006· Haslam, 2011· Kvaale et al., 2013b· Angermeyer et al., 2011)- και οι αρνητικές στάσεις συνδέονται αντιστρόφως με την ενσυναίσθηση (Batson et al., 2002· Batson et

al., 1997· Batson & Ahmad, 2009). Υπάρχουν αρκετές σχετικές εξηγήσεις για τις επιβλαβείς συνέπειες των βιολογικών επεξηγήσεων στις κοινωνικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, οι βιολογικές επεξηγήσεις φαίνεται να οδηγούν σε ορισμένες μορφές του λεγόμενου ψυχολογικού ιδεαλισμού (συγκεκριμένα του γενετικού ιδεαλισμού και της νεύρο-ουσιακρατίας), όπου οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται ότι έχουν μοναδικές, αμετάβλητες ουσίες που βρίσκονται στον εγκέφαλο ή στο DNA (Haslam, 2011· Dar-Nimrod & Heine, 2011). Η θεώρηση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην αντίληψη ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές είναι κατηγορηματικά διαφορετικοί από τους αποκαλούμενους φυσιολογικούς ανθρώπους και η αντίληψη τέτοιων αυστηρών κοινωνικών ορίων μεταξύ των ανθρώπινων ομάδων μπορεί να οδηγήσει σε πιο αρνητικές συμπεριφορές μεταξύ των ομάδων (Haslam, 2011· Mehta & Farina, 1997· Haslam, 2006). Επιπλέον αν η συμπεριφορά των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές θεωρείται ότι καθορίζεται από βιολογικές ανωμαλίες εκτός του ελέγχου τους, μπορεί να θεωρηθεί απρόβλεπτη συμβάλλοντας έτσι στην αντίληψή ότι είναι επικίνδυνοι, τρομακτικοί και αξίζουν αποφυγής (Read, 2007· Dietrich, et al., 2006· Speerforck et al., 2014). Επιπλέον η προβολή των ενεργειών ατόμων με ψυχιατρικές ασθένειες που προκαλούνται από νευροχημικές ή γενετικές ανωμαλίες -και όχι από τη δική τους agency- θα μπορούσε να προκαλέσει μηχανιστική απανθρωποποίηση (Lebowitz et al., 2013), η οποία συμβαίνει όταν οι άνθρωποι εξομοιώνονται με αυτόματα ή συστήματα αλληλεπιδρώντων μερών και συνδέονται στενά με αρνητικές στάσεις (Haslam, 2006).

Έτσι, οι βιολογικές αντιλήψεις της ψυχοπαθολογίας θα μπορούσαν να μειώσουν την ενσυναίσθηση των κλινικών για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Αυτό το εύρημα έχει ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της ψυχικής υγείας, επειδή η ενσυναίσθηση είναι το θεμέλιο της θεραπευτικής συμμαχίας που στηρίζει τις σχέσεις

κλινικού-ασθενούς. Πράγματι η ενσυναίσθηση των θεραπειών προβλέπει θετικά την κλινική εκβάση (Elliott et al., 2011). Έτσι, εάν οι βιολογικές επεξηγήσεις της ψυχικής ασθένειας μειώσουν την ενσυναίσθηση των κλινικών, οι ασθενείς θα υπέφεραν, εξουδετερώνοντας τα οφέλη που αποκτώνται μέσω των ανερχόμενων βιοϊατρικών προσεγγίσεων (Lebowitz & Ahn, 2014). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι βιολογικές επεξηγήσεις για τις ψυχικές ασθένειες μπορεί να έχουν κλινικά σημαντικές αρνητικές συνέπειες στους κλινικούς. Από τα ερευνητικά δεδομένα πιο εντυπωσιακό είναι ότι τα συναισθήματα των κλινικών για δυνητικούς πελάτες μειώνονταν σταθερά όταν εξηγήθηκαν τα συμπτώματα χρησιμοποιώντας βιολογικές πληροφορίες (έναντι ψυχοκοινωνικών πληροφοριών). Ακόμα και όταν εξηγήθηκαν όλα τα υποθετικά συμπτώματα των ασθενών με βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πληροφορίες, η ενσυναίσθηση ήταν σημαντικά χαμηλότερη όταν κυριαρχούσαν οι βιολογικές πληροφορίες στην εξήγηση έναντι του τότε κυριαρχούσαν οι ψυχοκοινωνικές πληροφορίες (Lebowitz & Ahn, 2014).

Ερευνητικά ευρήματα για τον ορισμό της ψυχικής διαταραχής σε μια διαπολιτισμική μελέτη δείχνουν ότι η έννοια της «ψυχικής διαταραχής» μιας κουλτούρας μπορεί να μην καταγράφει πλήρως τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της σκέφτονται τα ψυχιατρικά φαινόμενα και τους κινδύνους να υποθέσουμε την ύπαρξη μιας ενιαίας, καθολικής έννοιας της «ψυχικής διαταραχής» (Giosan et al., 2001).

Πολλοί άνθρωποι που αναγκάζονται να λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα, είτε αισθάνονται ότι δεν ωφελούνται είτε ότι τα οφέλη δεν αντισταθμίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της θεραπείας. Μπορεί τα συμπτώματα να μειώνονται, αλλά αισθάνονται ότι μια σημαντική πτυχή της προσωπικότητάς τους έχει χάσει πάρα πολύ και κάνει την ψυχική ζωή τους πιο περιορισμένη (Moncrieff, 2014).

Οι βιογενετικές εξηγήσεις των ψυχικών διαταραχών μπορεί να βοήθησαν στην καλύτερη κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και στην επιλογή πιο στοχευμένης θεραπείας αλλά από την άλλη μειώθηκε η ενσυναίσθηση προς τον πάσχοντα και πολλοί συνδέουν τις βιολογικές αντιλήψεις της ψυχοπαθολογίας με αρνητικές και στιγματισμένες κοινωνικές αντιλήψεις απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, συμβάλλοντας έτσι στην απανθρωποποίηση τους.

Ψυχιατρική Κλινική και Απανθρωποποίηση

Ορισμένα χαρακτηριστικά της αρχιτεκτονικής και των κλινικών μονάδων των ψυχιατρικών νοσοκομείων (π.χ. μικρό μέγεθος χώρου, θόρυβος, ακαθαρσία, έλλειψη χώρου) απειλούν την αξιοπρέπεια των ασθενών. Για παράδειγμα μπορεί να υποθεθεί ότι οι τυποποιημένοι και κοινόχρηστοι χώροι υπονομεύουν την ατομικότητα των ασθενών και προωθούν σιωπηρά την ιδέα ότι οι ασθενείς είναι αναλώσιμοι, κάτι που αποτελεί σημαντικό κριτήριο της μηχανιστικής απανθρωποποίησης (Haslam, 2006). Επιπλέον, το να κλειδώνονται για εβδομάδες σε ένα κλειστό χώρο υπονοεί σιωπηρά ότι οι ασθενείς πρέπει να ελέγχονται όπως τα ζώα στα κλουβιά, κατάσταση που επίσης μεταφέρει ένα μήνυμα απανθρωποποίησης, καθώς η έλλειψη αυτοσυγκράτησης είναι ένα γνωστό κριτήριο της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης (Haslam, 2006). Το γεγονός ότι οι εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας είναι συνήθως λιγότερο ευχάριστες ή άνετες δείχνει περαιτέρω την αντίληψη της κοινωνίας για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, υποδηλώνοντας ότι αξίζουν ή χρειάζονται λιγότερη άνεση από ότι άλλα ανθρώπινα όντα (Fontessea et al., 2019).

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι η απανθρωποποίηση του ψυχικά ασθενή γίνεται με ποικίλους τρόπους, είτε άμεσα είτε έμμεσα που αυτό έχει κόστος για τον ασθενή, τους ειδικούς και το σύστημα υγείας γενικότερα. Εκθέτοντας αναλυτικά τους τρόπους με τους οποίους απανθρωποποιούνται οι ασθενείς με

οργανική νόσο και οι ασθενείς με ψυχικές παθήσεις κρίνεται επιτακτική η ανάγκη μέτρων πρόληψης της απανθρωποποίησης των ασθενών, κάτι που θα συμβάλλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Κεφάλαιο 5: Λήψη Μέτρων Ανθρωποποίησης της Παρεχόμενης Φροντίδας στους Ασθενείς

Θεωρητικό-Εννοιολογικό πλαίσιο

Στα προηγούμενα κεφάλαια ασκήθηκε κριτική για τον τρόπο που χρησιμοποιείται η τεχνολογία στη σύγχρονη ιατρική, για τη χρήση των διαγνωστικών εγχειριδίων στη ψυχιατρική και την αποστασιοποίηση του προσωπικού από τον ασθενή, όπου ο λόγος του ασθενή ακούγεται λιγότερο. Για αυτό το λόγο πριν την αναφορά των μέτρων ανθρωποποίησης της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς κρίνεται αναγκαίο να τεθεί το θεωρητικό-εννοιολογικό πλαίσιο που επικεντρώνεται στην ιατρική ως επιστήμη και τέχνη που βλέπει τον άνθρωπο με ένα βλέμμα οικο-βιο-ψυχο-κοινωνικό. Αυτό το πλαίσιο είναι η φαινομενολογία και η αφηγηματική ιατρική.

Φαινομενολογία και Ανθρωποποίηση. Οι έννοιες της υγείας και της νόσου δεν είναι αυτονόητες, σχηματίζονται από τα ευρύτερα φιλοσοφικά και πολιτισμικά πλαίσια (Kriegl, 2003). Οι ιδρυτές της σύγχρονης ιατρικής είχαν συνήθως σαφή επίγνωση των φιλοσοφικών όρων και επομένως ήταν πολύ πιο εκλεκτικοί στη παρουσίαση της ιατρικής ως επιστήμης και τέχνης και λιγότερο δογματικοί σε σχέση με τους σύγχρονους ομολόγους τους οι οποίοι συχνά δεν γνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό το φιλοσοφικό πλαίσιο εντός του οποίου λειτουργούν.

Από φιλοσοφικής άποψης ένας γιατρός με μια φαινομενολογική προσέγγιση ρωτά τους ασθενείς πώς βιώνουν την ασθένειά τους, παρά ασχολείται με αιτιώδη ερωτήματα σχετικά με τη διαταραχή ή τη θεραπεία της. Η κύρια εστίαση είναι στην εμπειρία των προσώπων που νοσούν. Η φαινομενολογία παίρνει ως προϋπόθεση την ενδο-εστιακή φύση της εμπειρίας, η οποία είναι δομημένη από κοινούς κανόνες και ιδέες, δηλαδή τη φύση των πραγμάτων που γίνονται αντιληπτά μέσω των αισθήσεων,

και όχι στην ύπαρξη οποιουδήποτε πράγματος «αυτού καθ' εαυτό», ευρισκόμενου πέρα από τα όρια της ανθρώπινης συνειδητότητας. Από αυτή την άποψη η εμπειρία ενός συγκεκριμένου προσώπου θα επηρεαστεί από τον συνεχή διάλογο, από τις εμπειρίες των άλλων. Η φαινομενολογία είναι επίσης σε θέση να συλλάβει τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά της εμπειρίας ενός ασθενούς και κατανοεί ότι η συνείδηση έχει στόχο να ενσωματώσει τα πράγματα του έξω κόσμου (προθετικότητα ή αποβλετικότητα) έχοντας παράλληλα μια κοινωνική και υπαρξιακή τοποθέτηση (Carel, 2011).

Η έμφαση που δίνεται στην διυποκειμενικότητα επιτρέπει την περιγραφή της εμπειρίας της ασθένειας από πολλές απόψεις. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τις εμπειρίες ενός φροντιστή, ενός επαγγελματία υγείας ή ενός μέλους της οικογένειας του ασθενούς. Η φαινομενολογία δίνει επίσης έμφαση στη σημασία της εμπειρίας. Η ανθρώπινη εμπειρία δεν είναι μια σειρά από αισθητηριακές λειτουργίες, ούτε είναι η αντίληψη των αντικειμένων ή μορφών. Η ίδια η αντίληψη δημιουργεί νόημα και συνιστά πράξη (Carel, 2011).

Η φαινομενολογική άποψη της ασθένειας

Η φαινομενολογία θεωρεί την ασθένεια ως διαταραχή του σώματος όπως βιώνεται, όχι ως βιολογική δυσλειτουργία (Carel 2010). Στη βάση αυτής της κατανόησης βρίσκεται η άποψη ότι η φυσική δυνατότητα μετατρέπει την υποκειμενικότητα, έτσι ώστε η αλλαγή στην ενσωμάτωση δεν θα είναι απλώς ένας εξωτερικός παράγοντας, αλλά μια αλλαγή στον τρόπο ύπαρξης ενός ανθρώπου. Οι φυσικές ασθένειες δεν πρέπει να νοούνται ως εντοπισμένες σε μια λειτουργία του σώματος, αλλά πρέπει να λαμβάνονται έχοντας υπόψη το γενικό πλαίσιο της ζωής του ασθενούς. Ο αντίκτυπός τους και η σημασία τους πρέπει επίσης να γίνουν κατανοητά μέσα στην ειδική κατάσταση του ασθενούς. Η ίδια σωματική ασθένεια

μπορεί να βιωθεί και να κατανοηθεί διαφορετικά από δύο άτομα σε διαφορετικές καταστάσεις. Ομοίως η ίδια ασθένεια μπορεί να κατανοηθεί διαφορετικά από το ίδιο άτομο σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές (Carel, 2011).

Η φαινομενολογία δεν μπορεί να δώσει απλές απαντήσεις σε ερωτήσεις που παραμένουν βαθιά παρακινδυνευμένες και αμφιλεγόμενες. Παρ' όλα αυτά, αυτό που μπορεί να δώσει είναι μια σαφέστερη κατανόηση της φύσης των ίδιων των ερωτήσεων, των εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισής τους και των προβλημάτων που προκύπτουν από αυτές. Αυτό από μόνο του είναι πολύτιμο. Μια φαινομενολογική προσέγγιση θα μπορούσε να βοηθήσει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο κάθε ασθενής βιώνει το χρόνο και πώς αυτό συμβάλλει στην εκτίμησή του για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, σε σύγκριση με τις αξιολογήσεις που βασίζονται σε μια αντικειμενική χρονολόγηση. Ομοίως ο φαινομενολογικός διάλογος μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση της κατανόησης της μέτρησης του πόνου, στην εκτίμηση του πραγματικού αντίκτυπου των παρενεργειών, στην κατανόηση των προειδοποιητικών σημείων και των συμπτωμάτων και πολλών άλλων παραγόντων που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο για τον προσδιορισμό της διάγνωσης και της καταλληλότητας της συγκεκριμένης θεραπείας (Gergel, 2012). Προκειμένου να αποκατασταθεί το ανθρώπινο πρόσωπο της ιατρικής, θα πρέπει να αναγνωρίζεται ότι οποιαδήποτε ασθένεια ή διαταραχή συμπεριφοράς ενός συγκεκριμένου ατόμου μπορεί να γίνει αντιληπτή μόνο σε σχέση με ολόκληρο το δίκτυο αλληλεπιδράσεων στο οποίο το πρόσωπο ζει τη ζωή του (Kriegl, 2003).

Αφηγηματική Ιατρική και Ανθρωποποίηση. Όλο και περισσότερη βιβλιογραφία αναδεικνύει το ρόλο της αφήγησης (Narrative Medicine) στην ιατρική (Coulehan, 2003· Hutchinson & Dobkin, 2009). Η αφηγηματική ιατρική επικεντρώνεται στην ενσυναίσθηση, τα συναισθήματα και στην αλληλεπίδραση

ασθενή και επαγγελματία υγείας (Ferry-Danini, 2018), γιατί η ιατρική πρέπει να φροντίζει ολόκληρο τον άνθρωπο παρά να θεραπεύει τη νόσο. Οι αφηγήσεις συχνά χρησιμοποιούνται ως τρόπος για να μιλήσουν, για να ανακαλύψουν και να σκεφτούν οι ασθενείς τις αιτιώδεις συνδέσεις. Ο ασθενής θα πρέπει να εννοηθεί ότι ζει σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον, ενώ η πρακτική του ιατρού θα πρέπει αντίστοιχα να εννοείται ότι περιλαμβάνει πολιτιστικές και συναισθηματικές δεξιότητες πέρα των επιστημονικών του ικανοτήτων (Ferry-Danini, 2018).

Η αφήγηση όπως είπε ο Charon (2001) «θα οδηγήσει σε πιο ανθρώπινη, πιο ηθική και ίσως πιο αποτελεσματική φροντίδα». Οι ασθενείς κατανοούν τις ασθένειες τους με αφηγηματικό τρόπο ανεξάρτητα αν οι γιατροί τους το συνειδητοποιούν ή όχι. Εάν οι γιατροί αγνοούν ή υποτιμούν την αφήγηση, τότε η υγειονομική περίθαλψη είναι πλημμελής. Από την πλευρά των ασθενών, προκαλείται εκτεταμένη δυσαρέσκεια, δυσπιστία και ατελέσφορες προσδοκίες. Αλλά και εντός του ιατρικού επαγγέλματος δημιουργείται η πεποίθηση ότι χάνεται κάτι πολύτιμο. Οι σημερινοί γιατροί από τη μια διδάσκονται να αντικειμενοποιούν τους ασθενείς τους και να παραμένουν συναισθηματικά αποστασιοποιημένοι, αλλά από την άλλη απαιτείται χρήση όλων των ικανοτήτων τους για τη θεραπεία του ασθενή, και ως εκ τούτου ενδέχεται να οδηγηθούν σε επιβλαβή αποτελέσματα όσο αφορά τον εαυτό τους αναπτύσσοντας χρόνια στρες, συναισθηματικό μούδιασμα και εξουθένωση (Coulehan, 2003).

Οι ασθενείς μαθαίνουν για την ασθένειά τους πρώτα και κύρια από το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης που εμπλέκεται στη φροντίδα τους. Εάν η γνώση αυτή βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο ιατρικό μοντέλο, όπως ιατρικά δεδομένα και επιδημιολογικά στοιχεία, μπορεί να περιορίσει την υπαρξιακή κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς. Οι ασθενείς συχνά γρήγορα μιμούνται τον ιατρικό λόγο, ο

οποίος μπορεί να οδηγήσει σε αίσθηση αλλοτρίωσης και έλλειψη μιας φωνής πρώτου προσώπου στον λόγο των ασθενών για την ασθένειά τους. Η αναγωγική κατανόηση της ασθένειας ως ασθένειας μπορεί να μειώσει την ικανότητα ενός ασθενούς να συσχετίσει τις εμπειρίες του με την ασθένεια και δώσει ένα νόημα που αξίζει να διερευνηθεί και που έχει επιπτώσεις σε άλλες πτυχές της ζωής του (Carel, 2011).

Μια ιστορία, μια κατάσταση ή ένα σύνολο εκδηλώσεων, εξιστορείται από τον ασθενή με τις πράξεις του ή τα λόγια του, με αποτέλεσμα η περίπλοκη αφήγηση της ασθένειας με λόγια, χειρονομίες, φυσικά ευρήματα και σιωπές να εμπλουτίζεται όχι μόνο με αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, αλλά και με τους φόβους, τις ελπίδες και τις επιπτώσεις που συνδέονται με αυτή. Όπως και στην ψυχανάλυση, στο σύνολο της ιατρικής πρακτικής η αφήγηση της ιστορίας του ασθενούς είναι θεραπευτικά κεντρική πράξη (Mintz, 2013). Η εύρεση των λέξεων που θα δώσουν τις πληροφορίες για τη διαταραχή και θα περιγράψουν τις ανησυχίες που τη συνοδεύουν δίνει σχήμα και την αίσθηση ελέγχου απέναντι στο χάος της ασθένειας. Όταν ο γιατρός ακούει τον ασθενή, ακολουθεί το αφηγηματικό νήμα της ιστορίας, φαντάζεται την κατάσταση του (βιολογική, οικογενειακή, πολιτιστική και υπαρξιακή), αναγνωρίζει τις πολλαπλές και συχνά αντιφατικές έννοιες των λέξεων που χρησιμοποιούνται για τα γεγονότα που περιγράφονται, και κινείται μέσα από την αφηγηματικό κόσμο του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο ο γιατρός μπορεί να δημιουργήσει μια θεραπευτική συμμαχία, να προχωρήσει στη διαφορική διάγνωση, να ερμηνεύσει τα φυσικά ευρήματα και τις εργαστηριακές εξετάσεις σωστά, να βιώσει και να μεταφέρει συμπάθεια για την εμπειρία του ασθενή, με αποτέλεσμα να συμμετέχει ο ασθενής σε μια αποτελεσματική φροντίδα (Charon, 2001). Η αναγνώριση ότι οι ιστορίες ζωής των ασθενών, οι αμφιβολίες, οι συγκρούσεις και οι

προσδοκίες τους πρέπει να κατανοηθούν για να βοηθηθούν μπορεί να ωφελήσει τους γιατρούς σε οποιαδήποτε ιατρική ειδικότητα (Mintz, 2013).

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι αφηγήσεις, για παράδειγμα, μέσω της φαντασίας, μπορεί να ενισχύσουν την νοητικοποίηση, την ανταλλαγή εμπειριών και την ενσυναίσθηση (Zaki, 2014). Η αφηγηματική ικανότητα ενδυναμώνει και ενθαρρύνει την ανάπτυξη μιας νοοτροπίας με αντίστοιχη ευαισθησία και εσωτερική εμπλοκή (αυτο-αντανάκλαση, αφηγηματικές επικοινωνιακές δεξιότητες, αφηγηματικές δεξιότητες ακρόασης, περιεκτική προσοχή, ενσυναίσθηση και κατανόηση, αντανάκλαστική γραφή, ανάλυση βίντεο ή ήχου (ηχογραφημένες διαβουλεύσεις) προς τις διαδικασίες που δημιουργούν νόημα κατά τη διάρκεια της πολύπλευρης ιατρικής συνάντησης (Shelley, 2016).

Η αφηγηματική ιατρική έχει σχεδιαστεί ως ένας εξανθρωπισμένος τρόπος άσκησης της ιατρικής, που χαρακτηρίζεται από την αναγνώριση της ενεργητικής ακρόασης, της στενής ανάγνωσης και της αφηγηματικής γραφής. Η αφηγηματική ιατρική θεωρεί τις ιστορίες των ασθενών και των φροντιστών τους ως αναπόσπαστο μέρος της εμπειρίας της κακής υγείας και της επούλωσης. Η προσοχή εστιάζεται στη λειτουργία της ευρύτερης κατανόησης των αφηγήσεων των ασθενών, που συνίσταται στον εξανθρωπισμό της βιοϊατρικής, με συνεχή έμφαση ωστόσο στον ιατρικό επαγγελματισμό (Avrahami & Reis, 2009).

Λήψη Μέτρων σε Κλινικό Επίπεδο

Ιατρικό Ιστορικό. Η λήψη του ιστορικού είναι το πρώτο βήμα για να αναπτυχθεί και να ευοδωθεί η θεραπευτική σχέση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Η λήψη του ιστορικού του ασθενή εξανθρωπίζει τους γιατρούς, τους σπουδαστές ιατρικής και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας. Η πρόταση ότι το ιστορικό πρέπει να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο της ανθρωπιστικής ιατρικής

ξεκίνησε για πρώτη φορά ακριβώς τη στιγμή που η σύγχρονη δυτική βιοϊατρική άρχισε να αναπτύσσεται και διατηρείται ως τις μέρες μας ως όραμα μιας εξανθρωπιστικής δύναμης. Η παραπάνω πρόταση μπορεί να προωθήσει έναν διαπολιτισμικό διάλογο μεταξύ της ιατρικής και των ανθρωπιστικών επιστημών ως μια πλατφόρμα για την αντιμετώπιση των ανησυχιών σχετικά με την πολιτισμική διαλεκτικότητα που προκάλεσε η νέα κυριαρχία της βιοϊατρικής (Warner, 2013). Η λήψη και καταγραφή του ιστορικού υπό αυτό το πρίσμα επιτρέπει στους γιατρούς να εξετάζουν αυτό που αντιλαμβάνονται και να έχουν στη διάθεσή τους ένα ισχυρότερο και αξιόπιστο εργαλείο για να εισέλθουν στην πραγματικότητα των ασθενών και να προσφέρουν τους εαυτούς τους ως συνεργάτες στη φροντίδα τους (Pickersgill, 2013· Charon et al., 2016).

Η ιατρική συνέντευξη είναι ένα ευέλικτο διαγνωστικό και θεραπευτικό εργαλείο. Ωστόσο, η διαδικασία της συνέντευξης είναι επίσης μια από τις πιο δύσκολες κλινικές δεξιότητες που πρέπει να αποκτήσει ένας γιατρός καθώς απαιτεί τόσο διανοητικές όσο και συναισθηματικές ικανότητες (Haque, 2019). Η κλινική συνέντευξη πρέπει να διευρυνθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργήσει ένα χώρο για την παρουσίαση των εμπειριών της υποκειμενικής ασθένειας (Charon, 2005). Η χρήση ανοικτών ερωτήσεων από το γιατρό, η διευκόλυνση με σχόλια (για παράδειγμα: «πείτε μου κάτι περισσότερο») και η ταυτόχρονη αξιοποίηση της ικανότητας προσεκτικής ακρόασης συμβάλλει στα παραπάνω (Lewis, 2011). Δεδομένου ότι ο επιδιωκόμενος στόχος του γιατρού είναι να βοηθήσει τον ασθενή με το πρόβλημα της υγείας του, κάτι που δεν είναι σταθερό ή ξεκάθαρο, ο γιατρός θα πρέπει να αναζητά να εντοπίσει τι βοηθά τον ασθενή σε κάθε συνάντηση και ποιο είναι το πρόβλημα υγείας του. Ο ασθενής και ο γιατρός πρέπει να συμφωνήσουν για το ακριβές περιεχόμενο προκειμένου ο γιατρός να επιτύχει τον στόχο. Οι προκλήσεις

της επικοινωνίας συχνά περιστρέφονται γύρω από διαφορετικούς τύπους διαπραγμάτευσης στόχων, διαφωνίας και μερικές φορές ακόμη και διαμάχες. Αυτή είναι μια εξέλιξη που οδηγεί σε αλλαγές στην ιδανική αφηγηματική κατανομή ρόλων και λειτουργιών της αφήγησης (Møller & Brøgge, 2019).

Ένα «διαλογικό» μοντέλο μεταξύ γιατρού και ασθενή υποδηλώνει ότι η πραγματικότητα κάθε ατόμου δεν ερμηνεύεται μόνο από τον γιατρό, αλλά στην πραγματικότητα δημιουργείται και αναδημιουργείται μέσω του διαλόγου. Οι ατομικές ταυτότητες κατασκευάζονται και διατηρούνται μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Η αποστολή του ιατρού είναι να καταλήξει σε κάποια κοινή κατανόηση της αφήγησης του ασθενούς μαζί με τον ασθενή. Η κατανόηση αυτή δεν συνεπάγεται την άκριτη αποδοχή για οτιδήποτε σκέφτεται ή υποθέτει ο ασθενής, αλλά ούτε επιτρέπει την άκριτη άρνηση της προοπτικής του ασθενούς, όπως συμβαίνει συχνά, για παράδειγμα, όταν οι ασθενείς παραπονιούνται για συμπτώματα που οι γιατροί δεν μπορούν να εξηγήσουν. Η ιστορία του ασθενούς είναι ταυτόχρονα μια δήλωση σχετικά με τη ζωή του, την εδώ και τώρα θέσπιση της τροχιάς της ζωής του, καθώς και στοιχεία για τη διαμόρφωση ενός σχεδίου διάγνωσης και θεραπείας (Borrell-Carrió et al., 2004).

Θεραπευτική Σχέση. Η θεραπευτική σχέση είναι η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, είναι μια σχέση εμπιστοσύνης και αποδοχής και μέσα σε αυτήν τη σχέση αποκλειστικό μέλημα έχουν οι ανάγκες του θεραπευόμενου (Warner, 2013). Σε πολλές τέτοιες περιπτώσεις η σχέση ιατρού-ασθενούς βρίσκεται στη πρώτη γραμμή, καθώς έχει τη δυνατότητα να διαμορφώσει τις ενδογενείς απαντήσεις στο άγχος που σχετίζεται με την ασθένεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις η θεραπευτική σχέση από μόνη της μπορεί να έχει αποτελέσματα

παρόμοια με τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις κατά του άγχους (Decety et al., 2014a,b).

Ένας γιατρός, για να παρακολουθήσει όσους υποφέρουν, πρέπει να διαθέτει όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις και τεχνικές ικανότητες αλλά και κατανόηση της ανθρώπινης φύσης. Ο ασθενής δεν είναι μόνο μια ομάδα συμπτωμάτων, κατεστραμμένα όργανα και μεταβαλλόμενα συναισθήματα. Ο ασθενής είναι ένας άνθρωπος, ταυτόχρονα ανήσυχος και αισιόδοξος, που αναζητά ανακούφιση, βοήθεια και εμπιστοσύνη. Η σημασία μιας στενής σχέσης μεταξύ ασθενούς και ιατρού δεν μπορεί ποτέ να είναι υπερβολική, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις, μια ακριβής διάγνωση, καθώς και μια αποτελεσματική θεραπεία, εξαρτάται άμεσα από την ποιότητα αυτής της σχέσης. Η θεραπευτική σχέση ως αποτελεσματικό και σημαίνον εργαλείο επικοινωνίας, μειώνει το άγχος, βελτιώνει την ικανοποίηση του ασθενούς, αυξάνει την προσκόλληση στη θεραπεία και μειώνει τα παράπονα. Παράλληλα ενισχύει την υγεία του γιατρού, την ευημερία και την επαγγελματική του ικανοποίηση (Haque, 2019).

Σύμφωνα με τη Rita Charon (2011b), αν η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι πιο ανοιχτή στις αφηγήσεις της ασθένειας, πληρούται η απαραίτητη προϋπόθεση για τη θεραπεία, δηλαδή η καθιέρωση «πραγματικής ανθρώπινης επαφής» που εκδηλώνεται με ανοιχτό τρόπο στους υποκειμενικούς τρόπους της ασθένειας. Ωστόσο η Rita Charon δεν περιορίζεται στη διάδοση μιας ευρύτερης παρουσίας αφηγήσεων της ασθένειας στη θεραπευτική σχέση, αλλά ενθαρρύνει επίσης τους γιατρούς (και τους εκπαιδευεί) να δημιουργήσουν τις δικές τους αφηγήσεις περιγράφοντας τις προσωπικές εμπειρίες που σχετίζονται με την άσκηση της ιατρικής. Προτείνει ότι θα πρέπει να διαθέτουν ένα σύστημα «παράλληλων γραφημάτων», το οποίο περιέχει, εκτός από τα τυπικά κλινικά έγγραφα, σημειώσεις για διαφορετικές πτυχές της

κλινικής εργασίας συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών κατανόησης της εμπειρίας των ασθενών, των τρόπων αντίδρασης των ασθενών στις ιατρικές εξηγήσεις που λαμβάνουν κλπ. Η πρόταση για την αφήγηση της ιατρικής είναι εμπνευσμένη από την πεποίθηση ότι οι αυτο-αφηγήσεις σχετικά με τις προσωπικές εμπειρίες του γιατρού, του επιτρέπουν να αποκτήσει καλύτερη εικόνα των θεραπευτικών σχέσεων και βαθύτερη ενσυναίσθηση (Skrzypek & Kowal, 2017).

Κατά την Rita Charson (2001) η αφηγηματική γραφή παρέχει καλύτερη πρόσβαση στις ιστορίες των ασθενών και στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης που στηρίζεται σε μεγαλύτερη επένδυση του θεραπευτή στο θεραπευόμενο και στην περιέργεια και την αφοσίωση του θεραπευόμενου προς τον θεραπευτή. Στην αφηγηματική γραφή ο γιατρός γράφει την ιστορία του θεραπευόμενου, τα συναισθήματα του προς αυτόν, διατυπώνει υποθέσεις και στη συνέχεια το αφήγημά του το συζητάει με τον ασθενή του όπου επαληθεύονται ή διαψεύδονται οι ιατρικές υποθέσεις. Έτσι ο γιατρός αποκτά μεγαλύτερη επίγνωση για τον ασθενή και την ιστορία του ιδωμένη από μια πιο σφαιρική οπτική, που οδηγεί σε μια πραγματική ανθρώπινη επαφή όπου η ασθένεια εντάσσεται στην ιστορία ζωής του ασθενή, νοσηματοδοτείται και μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για αλλαγές.

Η θεραπευτική σχέση γιατρού-ασθενή βασίζεται στην ενσυναίσθηση. Η θεραπευτική σχέση είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης της πίστης του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία (Borrell-Carrió et al., 2004· Post, 2011). Ακόμη και οι πιο πολύπλοκες μορφές ενσυναίσθησης στους ανθρώπους βασίζονται σε στοιχειώδεις μορφές και παραμένουν συνδεδεμένες με βασικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την συναισθηματική επικοινωνία, την κοινωνική προσκόλληση και τη γονική φροντίδα (Decety & Svetlova, 2012). Ενώ η νοσηλευτική επιστήμη, οι μελετητές και οι εκπαιδευτικοί έχουν παραδοσιακά επικεντρωθεί στη φροντίδα και

την ευσπλαχνία του νοσηλευόμενου ασθενή, η οργανωτική κουλτούρα των υπηρεσιών υγείας συχνά παραβλέπει αυτές τις σημαντικές πτυχές που οι ασθενείς λένε σταθερά ότι θέλουν αλλά λείπουν (Rathert et al., 2016). Ερευνητικά ευρήματα αναφορικά με τη θεραπευτική σχέση που βασίζεται στην ενσυναίσθηση δείχνουν πως οι γιατροί με ενσυναίσθηση επικοινωνούν καλύτερα με τους ασθενείς τους, κάνουν λιγότερα ιατρικά λάθη, υπάρχει μικρότερος κίνδυνος αμέλειας και οι ασθενείς τηρούν τις ιατρικές οδηγίες. Επίσης οι γιατροί με ενσυναίσθηση έχουν υψηλά επίπεδα ευημερίας και προσωπικής ολοκλήρωσης με αποτέλεσμα να βελτιώνονται συνεχώς προς όφελος των ασθενών τους (Haslam, 2007).

Επικοινωνία. Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς είναι μια σημαντική κλινική δεξιότητα για την οικοδόμηση της σχέσης γιατρού και ασθενή (Ναούμ, 2018). Η καλή επικοινωνία είναι το πιο σημαντικό στοιχείο της καλής ιατρικής πρακτικής επειδή αποκαλύπτει τα προβλήματα γρήγορα και με ακρίβεια, προσδιορίζει τις προσδοκίες και παγιώνει την εμπιστοσύνη μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Τα πλεονεκτήματα της επικοινωνίας είναι αισθητά τόσο για τον κλινικό όσο και για τον ασθενή, καθώς ο γιατρός φροντίζει για τις αξίες, τις ιδέες και τα συναισθήματα των ασθενών πέρα από τις εξετάσεις και τη θεραπεία (Haque, 2019).

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για τη διδασκαλία των μη λεκτικών πτυχών της επικοινωνίας, καθώς οι ιατρικές πρακτικές πρέπει να αναπροσανατολιστούν στην σύγχρονη αυξανόμενη πολιτισμική πολυμορφία που αντιπροσωπεύουν οι ασθενείς που χρειάζονται φροντίδα. Όταν η γλωσσική επάρκεια είναι περιορισμένη, η μη λεκτική επικοινωνία γίνεται πιο σημαντική για την κατανόηση της επικοινωνίας των ασθενών. Επιπλέον, ακόμη και αν δεν υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές, πολλοί ασθενείς διστάζουν να διαφωνήσουν με τους κλινικούς και οι λεπτές μη λεκτικές

ενδείξεις μπορεί να είναι το κρίσιμο σημείο έναρξης συζητήσεων που οδηγούν σε κοινές ιατρικές αποφάσεις (Riess & Kraft-Todd, 2014).

Η Helen Riess (2014) ανέπτυξε ένα εργαλείο με το ακρωνύμιο E.M.P.A.T.H.Y. για να καλύψει το κενό στην εκπαίδευση εκμάθησης δεξιοτήτων μη λεκτικής επικοινωνίας που θα αναπροσανατολίσει τους κλινικούς στις μη λεκτικές πτυχές της επικοινωνίας. Οι κλινικοί γιατροί μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα και να παρακολουθήσουν τα συναισθήματα των ασθενών αποκωδικοποιώντας τις μη λεκτικές συμπεριφορές και τις εκφράσεις του προσώπου, οι οποίες είναι επίσης μια κρίσιμη διαγνωστική κλινική ικανότητα. Οι διαπολιτισμικές διαφορές μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών, την κλινική λήψη αποφάσεων και την συμφωνία στη θεραπεία (Sue et al., 2007). Η βλεμματική επαφή και η αφή είναι παραδείγματα πολιτισμικών διαφορών στη μη λεκτική συμπεριφορά και την έκφραση της συμπάθειας. Μελέτες έχουν βρει ότι ενώ οι δυτικοί πολιτισμοί προτιμούν τη διατήρηση της επαφής με τα μάτια, οι ανατολικές κουλτούρες προτιμούν μια πιο ευέλικτη χρήση της βλεμματικής επαφής. Υπάρχουν σημαντικές πολιτισμικές διαφορές στο χαιρετισμό των άλλων και η διαφορά μεταξύ της βλεμματικής επαφής και της ματιάς έχει σημαντικές συνέπειες (Senju et al. 2013· MacDonald, 2009). Η έρευνα στην αφή επιδεικνύει ξεχωριστή πολιτιστική προτίμηση στην χρήση της αφής και της απόστασης του σώματος (Leder & Krucoff, 2008· Rousseau & Blackburn, 2008· Connor & Howett, 2009).

Το E.M.P.A.T.H.Y. επικεντρώνεται σε εμπειρικές μη λεκτικές συμπεριφορές επικοινωνίας που δεν απαιτούν πρόσθετο χρόνο. Η εκπαίδευση με ενσυναίσθηση βελτιώνει την αντίληψη του ασθενούς και αυξάνει τον ενθουσιασμό του κλινικού. Η έρευνα στους καθρεπτικούς νευρώνες έδωσε την πρώτη νευροβιολογική βάση της

μετάφρασης των παρατηρούμενων πράξεων ενός άτομου σε εσωτερικές αναπαραστάσεις από τον παρατηρητή (Wicker et al., 2003).

1. *E (Eye Contact) Βλεμματική Επαφή*: Η βλεμματική επαφή, βασική συνιστώσα της κοινωνικής γνώσης, είναι συνήθως το πρώτο σήμα που ένα άτομο παρατηρεί στον άλλον. Παρόλο που υπάρχουν διαφορετικά πολιτισμικά πρότυπα που διέπουν την βλεμματική επαφή (Senju et al., 2013) η πραγματοποίηση ουσιαστικής βλεμματικής επαφής είναι ένα στοιχείο δέσμευσης για τους ασθενείς. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους κλινικούς ιατρούς που χρησιμοποιούν πολλαπλές μορφές τεχνολογίας κατά τη διάρκεια των ιατρικών επαφών. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι «το κοινωνικό βλέμμα...μας επιτρέπει να...οικοδομήσουμε μια απαραίτητη βάση συντονισμένης δράσης και συνεργατικών προσπαθειών» (Pfeiffer et al., 2012).

2. *M (Muscles of Facial Expression) Οι Μύες της Έκφρασης του Προσώπου*: Η έκφραση του προσώπου είναι μια συνιστώσα της μη λεκτικής επικοινωνίας που επηρεάζει τα αποτελέσματα της υγείας του ασθενούς. Υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία στις γενικές εκφράσεις του προσώπου, και οι μελέτες νευροαπεικόνισης αποκαλύπτουν ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται με την ικανότητα αποκωδικοποίησης αυτών των εκφράσεων του προσώπου (Waller et al., 2008). Η ικανότητα αποκωδικοποίησης των εκφράσεων του προσώπου, συγκεκριμένα η ανίχνευση του φόβου, έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της φιλοκοινωνικής συμπεριφοράς στον άνθρωπο (Marsh et al., 2007).

3. *P (Posture) Στάση*: Η στάση του σώματος είναι ένα ισχυρό σήμα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, ανεξάρτητα από τις εκφράσεις του προσώπου (Aviezer et al., 2012). Οι λεπτές διαφορές στην στάση του κλινικού έχουν σημαντικές επιδράσεις στις αξιολογήσεις της συμπάθειας και για αυτό είναι σημαντικό η στάση του κλινικού γιατρού να μεταφέρει τον αμοιβαίο σεβασμό και το άνοιγμα στην επικοινωνία. Για

παράδειγμα η καθιστική στάση των γιατρών στο επίπεδο των ματιών συνεπάγεται ενδιαφέρον και χρόνο για τους ασθενείς (Riess & Kraft-Todd, 2014).

4. *A (Affect) Συναίσθημα*: Αν και η περισσότερη μη λεκτική επικοινωνία είναι υποσυνείδητη, η συνειδητή εκτίμηση των συναισθηματικών καταστάσεων των ασθενών είναι επίσης ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, την αυξημένη προσκόλληση και τη μείωση του άγχους (Pollak et al., 2007).

Ένα ξεχωριστό εγκεφαλικό δίκτυο για τη συναισθηματική αντίληψη έχει καταγραφεί σε πολυάριθμες μελέτες (Critchley et al., 2003). Η απόκτηση της προοπτικής ενός άλλου δεν είναι απλή: είναι τόσο γνωστικά απαιτητική όσο και πιο μετριοπαθής από τη διάθεση (Converse et al., 2008).

5. *T (Tone of Voice) Τόνος της Φωνής*: Αναφορές για παράτυπες διαδικασίες κλινικών γιατρών σχετίζονται με τον τόνο της φωνής τους. Έντονοι τόνοι συσχετίστηκαν με ασθενείς που κατέθεσαν αγωγές, ενώ ο τόνος που μεταδίδει ζεστασιά και ανησυχία για την κατάσταση ενός ασθενούς συσχετίστηκε με ιστορικά περίθαλψης χωρίς αντιπαραθέσεις, γεγονός που υποδηλώνει ότι η διαμόρφωση του φωνητικού τόνου έχει σημαντικές συνέπειες (Riess & Kraft-Todd, 2014).

6. *H (Hearing) Ακρόαση «ολόκληρου του ασθενούς»*: Οι εκφράσεις των μη λεκτικών σημάτων και των συναισθημάτων των ασθενών, αυτές οι εκφράσεις είναι συχνά συμφραζόμενες. Οι κλινικοί γιατροί ακούν «ολόκληρο τον ασθενή» τοποθετώντας τα μη λεκτικά σήματα στο πλαίσιο του αφηγηματικού και του κοινωνικού κόσμου του ασθενούς και δεν εστιάζουν αποκλειστικά στα μέρη του σώματος που πάσχουν και τις φυσιολογικές λειτουργίες. Μια μελέτη καταγραφής της δραστηριότητας του εγκεφάλου με fMRI κατά τη διάρκεια της λεκτικής επικοινωνίας ανέδειξε τη χρονική και χωρική σύζευξη της δραστηριότητας του ομιλητή με τη δραστηριότητα του

ακροατή και την απουσία αυτής της σύζευξης, όταν οι συμμετέχοντες δεν κατανοούν πλήρως ο ένας τον άλλο (Stephens et al., 2010).

7. *Y (Your Response) Η Απάντησή σας*: Η περιέργεια των κλινικών για τις δικές τους αντιδράσεις τους επιτρέπει να απεμπλακούν από το θυμό, την απογοήτευση και τη διάσπαση. Αυτό είναι απαραίτητο για την εργασία με δύσκολους ασθενείς όπου η απάντηση του κλινικού μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις. Οι μη αντανακλαστικές απαντήσεις σε συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις συχνά συσχετίζονται σε ισχυρισμούς περί ιατρικών σφαλμάτων (Riess & Kraft-Todd, 2014).

Η καλή επικοινωνία συμβάλλει στην αποτελεσματική φροντίδα και την ικανοποίηση του ασθενούς. Οι κακές δεξιότητες επικοινωνίας, από την άλλη πλευρά, συμβάλλουν στην απανθρωποποίηση. Η κακή αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών συναισθηματικών εκφράσεων συνδέεται στενά με πολλές από τις αιτίες της απανθρωποποίησης. Αυτές περιλαμβάνουν τη μείωση της ατομικής ταυτότητας των ασθενών (πρακτικές διαχωρισμού), τη σκέψη των ασθενών ως μέρη του σώματος και των μηχανικών συστημάτων (μηχανοποίηση), τη μείωση της ενσυναίσθησης και την ηθική απεμπλοκή (Haque & Waytz, 2012).

Η χαμηλή συμμόρφωση με τις καθορισμένες ιατρικές παρεμβάσεις είναι ένα πραγματικό και κρίσιμο πρόβλημα στην ιατρική πρακτική και συνδέεται με σημαντικό ιατρικό κόστος, αυξημένες εισαγωγές στο νοσοκομείο και περιττές δαπάνες για φάρμακα (Wong & Lee, 2006). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η ενεργός συμμετοχή των ασθενών αυξάνει το χρόνο επικοινωνίας με το γιατρό τους (Gáspárik & Vassb, 2014) καθώς επίσης ζητήθηκε από τους ασθενείς οι γιατροί τους να μη χρησιμοποιούν την ιατρική ορολογία στις συζητήσεις τους (Raja et al, 2015). Η συμμόρφωση των ασθενών, καθώς και η ικανοποίηση των ασθενών αυξήθηκαν μετά τη συμμετοχή τους σε διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα (Street et al., 2009).

Στρατηγικές Ρύθμισης του Συναισθήματος. Η ανάγκη προώθησης θετικού συναισθηματικού τόνου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνάντησης είναι ένα χρήσιμο μέτρο. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με την εκπαίδευση των γιατρών σχετικά με τον τρόπο που ο συναισθηματικός τους τόνος συχνά αντικατοπτρίζει τον τόνο των ασθενών τους, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε μια καθοδική σπείρα αρνητικής επικοινωνίας. Ο συναισθηματικός τόνος μπορεί επίσης να βελτιωθεί όταν οι γιατροί γνωρίζουν τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις (π.χ. άγχος) και τον τρόπο αντίδρασης με θετικό τρόπο μέσω του παιχνιδιού ρόλων και της χρήσης εικόνων (Hausmann et al., 2011).

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι αντιλαμβανόμενες δεξιότητες ρύθμισης των συναισθημάτων των γιατρών συσχετίστηκαν σταθερά με υψηλότερη αντίληψη μη λεκτικής αμεσότητας, υψηλότερη θετική και λιγότερες αρνητικές συμπεριφορές επικοινωνίας και μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών (Kafetsios et al., 2013). Η ικανότητα να αισθάνεται κανείς ανησυχία και φροντίδα για τους άλλους έχει βαθιές εξελικτικές ρίζες που πιθανότατα αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της γονικής μέριμνας (Bell, 2001). Οι νευρικές βάσεις τους στο νευρικό σύστημα είναι παρόμοιες με εκείνες που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά μητέρας-βρέφους (Davidov et al., 2013).

Οι ικανότητες του γιατρού για προαγωγή της υγείας ή την ανακούφιση του ασθενούς περιλαμβάνουν τη δημιουργία ενός επαρκούς συναισθηματικού τόνου, την καταγραφή της ιστορίας του, τη διάκριση ανάμεσα σε όσα συμβαίνουν από τις ανάγκες του ασθενούς, στο τι λέει ο ίδιος και το τι λέει ο ασθενής, στο πού αποσκοπεί αυτός ο ίδιος και πού ο ασθενής. Ανάμεσα λοιπόν στις κλινικές δεξιότητες του γιατρού είναι η ηθική εντολή ανεύρεσης όχι μόνο του τι αφορά τον ασθενή, αλλά και πώς αυτό επιδρά στη συμπεριφορά του ασθενούς, ώστε να σπάσει ο κύκλος της ιατροκοποίησης (Borrell-Carrió et al., 2004).

Στα παραπάνω πολύ βοηθητικό ρόλο παίζει η εκπαίδευση στην κατανόηση των διαπροσωπικών στυλ των ασθενών, η οποία μπορεί να επιτρέψει στους κλινικούς ιατρούς να προσαρμόσουν την ιατρική περίθαλψη στις δυνάμεις και τα τρωτά σημεία που προκύπτουν από συγκεκριμένα πρότυπα δεσμού των ενηλίκων (Maunder & Hunter, 2009· Salmon & Young, 2009) παρέχοντας έτσι ασφάλεια, διότι η φροντίδα υγείας είναι για πολλούς ασθενείς μια φοβερή και ξένη εμπειρία η οποία δημιουργεί αισθήματα φόβου, άγχους και ανασφάλειας. Αποτελεί ένα από τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας να κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται πιο ασφαλείς και να αποκαθιστούν μια αίσθηση ελέγχου της ζωής τους (Janssen et al., 2008) αφήνοντας στην άκρη τον ιατρικό πατερναλισμό.

Οι γιατροί μπορούν να διαχειριστούν τις διαπροσωπικές δυσκολίες των νοσηλευομένων ασθενών (Hunter & Maunder, 2001), όταν με την κατάλληλη εκπαίδευση μάθουν να σέβονται την αυτονομία των λιγότερο συνεργαζόμενων ασθενών (Ciechanowski et al., 2002) και όταν ενισχύσουν τον προσωπικό έλεγχο των ασθενών μέσω των συνεντεύξεων, μέσω της θεραπείας και μέσω της επίλυσης προβλημάτων. Όλα τα παραπάνω σχετίζονται με τη θεραπευτική σχέση η οποία προσφέρει ένα είδος ασφάλειας από μόνη της (Ciechanowski et al., 2002· Maunder & Hunter, 2009· Salmon & Young, 2009). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η συναισθηματική νοημοσύνη με στοχοκατευθυνόμενες παρεμβάσεις μπορεί να διασφαλίσει μια καλύτερη επικοινωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενή (Cherry et al., 2013).

Τρόποι Παρουσίασης Διάγνωσης και Θεραπείας στον Ασθενή. Ο τρόπος που ο ειδικός θα παρουσιάσει τη διάγνωση και τη θεραπεία τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη θεραπευτική διαδικασία

όσο και στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών από τον ασθενή καθώς και την εξω-νοσοκομειακή παρακολούθησή του.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, όταν οι γιατροί παρουσιάζουν και συζητούν με τους ασθενείς και τους εκπαιδευόμενους τη διάγνωση και τη θεραπεία, θα μπορούσαν να ξεκινούν δηλώνοντας τουλάχιστον μια ενημερωτική πρόταση σχετικά με την προσωπική ιστορία του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένου του ονόματος, της γενέτειρα πόλης ή της πόλης γέννησής του, της τωρινής ή τη προηγούμενης εργασίας ή του επαγγέλματος (μια υπενθύμιση agency), των τωρινών ή παλαιότερων χόμπι, και του παρελθόντος ή το παρόντος της οικογενειακής ζωής. Αυτό δεν θα απαιτούσε καμία πρόσθετη εργασία από τις ιατρικές ομάδες, καθώς οι πληροφορίες αυτές συνήθως αποκτώνται ήδη στο κοινωνικό και το οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς. Αυτές οι πληροφορίες σύντομα αγνοούνται καθώς προχωρεί η φροντίδα. Η προσωποποίηση όμως του ασθενούς χρησιμεύει για να υπενθυμίσει στους γιατρούς την ανθρώπινη φύση των ασθενών, αναστέλλοντας έτσι την απανθρωποποίηση (Todres et al., 2009).

Η παραπάνω διαδικασία καλό είναι να ακολουθηθεί και στις χειρουργικές επεμβάσεις. Πριν αρχίσει μια διαδικασία ανακοινώνεται το όνομα του ασθενούς. Η πρόσθεση μερικών φράσεων για τη ζωή του ασθενούς και η αφήγηση για το πώς ήρθε στο χειρουργικό τραπέζι θα μπορούσε να εξανθρωπίσει τη διαδικασία. Αυτή η πρόταση είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι αν και ο επικεφαλής χειρουργός έχει συναντηθεί με τον ασθενή στο γραφείο του, τα λοιπά μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι πιθανό να μην είχαν καμία σημαντική προσωπική αλληλεπίδραση με τον ασθενή (Haque & Waytz, 2012· Todres et al., 2009).

Η παρουσίαση λοιπόν της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης που εμπεριέχει ενσυναίσθηση, συμπόνια, που λαμβάνει υπόψη την προοπτική του

ασθενούς και δίνει χρόνο για διευκρινιστικές ερωτήσεις για τυχόν απορίες και αναγνώριση της παρούσας κατάστασης συμβάλλει σε μια εξανθρωπισμένη φροντίδα με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τους υπαρξιακούς φόβους που συνοδεύουν το νοσηλευόμενο ασθενή.

Παροχή Φροντίδας με Συμπόνια. Τα αποτελέσματα των μελετών καταδεικνύουν ότι η φροντίδα με συμπόνια ωφελεί τους ασθενείς σε σχέση με τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την επούλωση των τραυμάτων, την ικανοποίηση και την ευημερία. Ωφελεί επίσης τους γιατρούς σε σχέση με τη μείωση των ποσοστών κατάθλιψης, της επαγγελματικής εξουθένωσης, και παράλληλα η πιο επιμελής ιατρική φροντίδα προστατεύει τους φοιτητές της ιατρικής από καταχρηστικές συμπεριφορές στα κλινικά περιβάλλοντα και δυσπροσαρμοστικές αλληλεπιδράσεις με την ομάδα. Η συμπόνια είναι μια ουσιαστική ποιότητα στην καλύτερη δυνατή ιατρική περίθαλψη και αποτελεί έναν οικουμενικό και σταθερό παράγοντα στην ιατρική δεοντολογία. Στην ουσία, προσθέτει ένα στοιχείο ισχυρότερης συναισθηματικής απόκρισης και βαθύτερης επίγνωσης της εμπειρίας του ασθενούς (Post, 2011).

Η συμπόνια αναφέρεται σε μια βαθιά συνειδητοποίηση του υποφέρειν του άλλου σε συνδυασμό με την επιθυμία για ανακούφισή του. Αν και η διαδικασία της συμπόνιας μπορεί να είναι διαφορούμενη ή πολύπλοκη, η συμπόνια εμφανίζεται συχνά φυσικά και μπορεί να είναι τόσο άμεση και εύκολη όσο μια ευγενή παρουσία ή ένα καθησυχαστικό άγγιγμα (Chochinov, 2007· Chadwick, 2015). Σε μια μελέτη ανασκόπησης σχετικά με την κατανόηση της συμπόνιας στην υγειονομική περίθαλψη, τονίστηκε η έλλειψη των φωνών των ασθενών και των οικογενειών τους (Sinclair et al., 2016). Είναι απαραίτητη μια βαθύτερη κατανόηση των βασικών συμπεριφορών και των στάσεων που εκφράζονται από τον ασθενή μέσω

συμπονετικής φροντίδας. Η συμπόνια και η ενσυναίσθηση περιλαμβάνουν τον συντονισμό -τη λεπτή αλλά ακριβή τέχνη της «ανάγνωσης» των συναισθημάτων ενός άλλου ατόμου και της κατάλληλης απόκρισης με ευαισθησία (De Zulueta, 2013a,b). Τέτοιου είδους τοποθέτηση δεν απαιτεί μια στενή σχέση αλλά κατάλληλη νοοτροπία και ορισμένες στάσεις και δεξιότητες. Η συμπόνια είναι εγγενής στην ανθρώπινη εμπειρία και αντικατοπτρίζει τη φύση του ανθρώπου ως κοινωνικού όντος και την ανάγκη του για αλληλοσύνδεση (Batson, 1990). Από την οπτική της νευροεπιστήμης και της αναπτυξιακής ψυχολογίας η συμπόνια είναι μια πολύπλοκη έννοια που περιλαμβάνει την ευαισθητοποίηση, τη λήψη προοπτικών, τις σκέψεις, τα συναισθήματα, την ανεκτικότητα στη δυσφορία και το κίνητρο για την ανακούφιση του υποφέρειν (Gilbert, 2009· De Zulueta, 2013).

Η συμπόνια και η φροντίδα αναδεικνύονται μόνο στο πλαίσιο της σχέσης, γιατί εμπεριέχει στοιχεία όπως η αναγνώριση της ανθρώπινης ιδιότητας του άλλου προσώπου και η αίσθηση της κοινής ανθρωπότητας. Αυτό με τη σειρά του προωθεί την εμπειρία της ισότητας, ακόμη και σε ένα πλαίσιο κοινωνικής ανισότητας ή ασυμμετρίας εξουσίας και έρχεται σε έντονη αντίθεση με την κρίση, που περιλαμβάνει ένα είδος συγκατάθεσης, ή ακόμα και περιφρόνηση σε ένα άλλο πρόσωπο που θεωρείται ως κατώτερο. Πιστεύεται ότι η συμπόνια είναι θεμελιώδης στη ζωή -καλή και θετική- καθώς και πιο ανθεκτική από την οδυνηρή θλίψη και τη δυσφορία. Η συμπόνια είναι εν τούτοις εύθραυστη σε ένα μη ευνοϊκό πλαίσιο (De Zulueta, 2013). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν στατιστικά σημαντικές επιπτώσεις της εφαρμογής προγραμμάτων συμπόνιας και μείωσης του στρες σε επαγγελματίες υγείας στη βελτίωση της ενσυνειδητότητας, της αυτο-συμπόνιας και της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Sansóa et al., 2019). Η συμπονετική συμπεριφορά μπορεί να μεταβάλλει τις διαθέσεις και τις κλήσεις του προσωπικού απέναντι σε έναν

«δύσκολο ασθενή» όπως να ξεπεραστεί η οργή, η απογοήτευση ή αντιπάθεια προς αυτόν (Groves, 1978). Η συμπόνια θα πρέπει να καθοδηγείται από οξυδέρκεια και φρόνηση, ώστε ο συμπονετικός επαγγελματίας να ανταποκρίνεται κατάλληλα, καθοριζόμενος από την ηθική που είναι απαραίτητη για την άσκηση της ιατρικής (De Zuluetta, 2013). Στον Πίνακα 1 αναφέρονται οι ενέργειες που απαιτούνται για τη παροχή μιας συμπονετικής φροντίδας.

Πίνακας 1

Ενέργειες που απαιτούνται για τη διατήρηση συμπονετικής φροντίδας

Δράση	Παράμετρος περιγραφής
Επίγνωση	Ένας υψηλός βαθμός συνειδητοποίησης τόσο των συναισθημάτων, των σκέψεων και των αντιδράσεων του ατόμου όσο και του αντίκτυπου του οργανωτικού και εκπαιδευτικού πλαισίου στο οποίο παρέχεται η περίθαλψη
Αυτό-φροντίδα	Μια συνειδητή προσέγγιση της αυτο-φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις συναισθηματικές και φυσικές ανάγκες και αναζητώντας ευκαιρίες για υποστήριξη και συναισθηματική έκφραση μέσω της καθοδήγησης, της εποπτείας, της συζήτησης μεταξύ των συναδέλφων και άλλων ευκαιριών για προβληματισμό
Προσεκτική ακρόαση	Δέσμευση να δοθεί προτεραιότητα στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, μέσω της προσεκτικής και σε βάθος ακρόασης για τις ανησυχίες τους, και παραμένοντας ανοικτοί σε νέες αντιλήψεις και εμπειρίες
Συνεργασία	Δέσμευση να συνεργαστούμε με συναδέλφους, ασθενείς και οικογένειες για να αλλάξουμε τα συστήματα εκπαίδευσης και παροχής φροντίδας που δημιουργούν εμπόδια στη συμπόνια
Υποστήριξη συναδέλφων	Η συνεχής προσοχή στις ανάγκες των φοιτητών, των εκπαιδευομένων και των συναδέλφων τους και των άλλων ιατρών και προσωπικού άλλων επιστημονικών κλάδων διαπιστώνεται όταν υφίστανται πιέσεις. Αναγνώριση της πίεσης αυτής και και προσφορά κατάλληλη υποστήριξης όπου είναι δυνατόν
Δέσμευση	Διατήρηση μιας ηθικής και δεοντολογικής δέσμευσης για την υπεράσπιση των αξιών του ιατρικού επαγγέλματος και για τη δράση και την προάσπιση της συμπόνιας παρά τα υπάρχοντα εμπόδια

Σημείωση: Αναδημοσίευση και μετάφραση από Chadwick, R. J., & Lown, B. A. (2016). What do we need to do to sustain compassionate medical care? *Medicine*, 44(10), 583-585.

<https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.07.003>

Η ψυχολογική ευελιξία -η ικανότητα να εκτιμάται και να ανταποκρίνεται κανείς με τρόπο που να ανταποκρίνεται στην συναισθηματική πρόκληση- μπορεί να

είναι ένας τρόπος γεφύρωσης μεταξύ της αποστασιοποίησης και της σύνδεσης (Atkins & Parker, 2012) ή τουλάχιστον να επιτρέψει την εμπειρία της διυποκειμενικότητας μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς (Macnaughton, 2009).

Στην πρακτική της ψυχιατρικής και της κλινικής ψυχολογίας, μια συναισθηματική στάση επιτρέπει στον θεραπευτή να συλλέξει ανεκτίμητες πληροφορίες για τον ασθενή και συμβάλλει στην οικοδόμηση μιας αξιόπιστης σχέσης που βρίσκεται στην καρδιά της ανάπτυξης της θεραπείας και του αισθήματος ασφάλειας. Η κλινική ενσυναίσθηση αποτελεί επίσης σημαντικό στοιχείο της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης στην ιατρική (Decety & Fotopourou, 2014).

Χρειάζεται λοιπόν να βοηθηθούν οι γιατροί ώστε να κατανοήσουν ότι η συμπόνια είναι κεντρική στην αποτελεσματική διεξαγωγή των κλινικών τους καθηκόντων. Παρομοίως η παροχή στους επιστήμονες της βασικής γνώσης σχετικά με τους προαγωγούς και τους διευκολυντικούς και ανασταλτικούς παράγοντες της συμπόνιας μπορεί να συντελέσει στην καλύτερη αυτοδιαχείριση (π.χ. να επεξεργαστεί ο γιατρός υπό ποιες συνθήκες ή για ποιους ασθενείς μειώνεται η συμπόνια του), καθώς και στην καλύτερη διαχείριση του εργασιακού και θεσμικού περιβάλλοντος. Ένας άλλος τομέας παρέμβασης έγκειται στην κατάρτιση των γιατρών για τη διαχείριση της συμπεριφοράς και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων των ασθενών. Ειδικότερα οι γιατροί πρέπει να μάθουν πώς να ανεχτούν την κλινική ασάφεια και την αβεβαιότητα χωρίς να γίνουν μη συμπονετικοί. Η αποδοχή του ευρέος φάσματος των χαρακτηριστικών του κάθε ασθενούς και των αποτελεσμάτων της πορείας της νόσου μπορεί να συμβάλλουν στον περιορισμό της απογοήτευσης και του άγχους των γιατρών (Fernando & Consedine, 2014).

Λήψη Μέτρων στην Εκπαίδευση.

Προσθήκη Μαθημάτων των Ανθρωπιστικών Σπουδών. Είναι σαφές ότι η αποτελεσματικότητα κάθε προγράμματος ανθρωποποίησης θα εξαρτηθεί από τον τρόπο που ενεργούν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στους χρήστες των συστημάτων υγείας. Ως εκ τούτου η επένδυση στην ακαδημαϊκή τους εκπαίδευση και κατάρτιση είναι ζωτικής σημασίας. Ένα προτεινόμενο μέτρο είναι η προσθήκη μαθημάτων των ανθρωπιστικών επιστημών στην ακαδημαϊκή τους εκπαίδευση (Lima et al., 2014· Pawlikowski 2002· Janssen et al., 2008), καθώς και μαθημάτων βιοηθικής που μπορούν να συμβάλουν όχι μόνο στην ανάπτυξη της προσωπικής και επαγγελματικής αυτονομίας του μελλοντικού γιατρού αλλά και στην ευαισθητοποίησή του σχετικά με την κοινωνική του ευθύνη (Serodio et al., 2016).

Οι καθηγητές της ιατρικής οφείλουν να διδάξουν τις ανθρωπιστικές πτυχές (επαγγελματισμό, αλtruισμό, συμπόνια, ηθική, συναισθηματική, ψυχοκοινωνική και σχεσιακή δυναμική της σχέσης ασθενούς-ιατρού, ζητήματα ζωής) στο φοιτητή της ιατρικής για να μπορεί να ερμηνεύσει εποικοδομητικά την εικόνα για την ανθρώπινη ασθένεια και να αποκτήσει μια ευρύτερη προοπτική της ανθρώπινης κατάστασης (Shelley, 2016). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι με την προσθήκη του μαθήματος 16 εβδομάδων που ονομάζεται «Ανθρωπιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής», το οποίο χρησιμοποιεί ανθρωπιστικές εκπαιδευτικές μεθόδους όπως διαλέξεις, ομαδική συζήτηση, παρακολούθηση κινηματογραφικών ταινιών, ποιήματα, εκτίμηση της μουσικής και τέχνη του κολάζ, μειώθηκαν οι αρνητικές αντιλήψεις προς το θάνατο και αυξήθηκαν οι δεξιότητες επικοινωνίας των κορεατών φοιτητών νοσηλευτικής σχολής (Jo & An, 2015).

Η διδασκαλία και η ανάπτυξη αφηγηματικών δεξιοτήτων μέσω των τεχνών (όπως ο κινηματογράφος) και των ανθρωπιστικών επιστημών σίγουρα θα εξανθρωπίσουν τη βιοϊατρική έμφαση της ιατρικής επιστήμης στις σχολές και θα

επιτρέψουν στον ιατρό να ασκήσει την τέχνη της ιατρικής με ενσυναίσθηση και αξιοπιστία (Shelley, 2016).

Ενθαρρυντικές αξίες, γνώσεις και δεξιότητες στην κριτική σκέψη, συμπεριλαμβανομένης της κατανόησης του ρόλου της γλώσσας στη ζωή μας, αποτελούν ουσιαστικό μέρος μιας τέτοιας εκπαίδευσης. Η κατανόηση του ρόλου της γλώσσας στην καθημερινή ομιλία μας επιτρέπει να διαχειριστούμε το αόριστο και το ελλειπές (Gambrell, 2014). Οι μεταφορές στη γλώσσα είναι σημαντικές στο να βοηθήσουν να διαμορφωθεί νόημα για την ασθένεια. Η χρήση εκφράσεων όπως «θα παλέψουμε τη νόσο και θα νικήσουμε» θυμίζουν περισσότερο εμπόλεμη ζώνη παρά νοσοκομειακό περιβάλλον. Η μετάβαση από τις «μάχες» στις συνεργατικές μεταφορές «ευημερίας» μπορεί να επηρεάσει τις πρακτικές, για παράδειγμα, στρέφοντας την προσοχή από έναν ασυμβίβαστο παράγοντα ασθένειας που πρέπει να εξαλειφθεί σε ένα ενσωματωμένο πρόσωπο που χρειάζεται προσοχή (Bleakley et al., 2014).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε προτάσεις εργαστηρίων επικοινωνίας για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης στους φοιτητές της ιατρικής. Οι στρατηγικές ανθρωποποίησης περιλαμβάνουν προγράμματα «επαγγελματικής ανάπτυξης» που προωθούν τις «ανθρωπιστικές δεξιότητες» που θα πρέπει να ενσωματωθούν στις τεχνικές ικανότητες του επαγγελματία υγείας (Lima et al., 2014). Για τον ιατρικό τομέα, ιδίως, το άνοιγμα των «νέων γραμμών της ενσυναίσθησης, συνάφειας, και σεβασμού» είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Αυτή η «συνολική φροντίδα του προσώπου» απαιτεί δεξιότητες που γενικά προωθούνται από τις ανθρωπιστικές επιστήμες της εκπαίδευσης, μέσα από τη χρήση της αφηγηματικής ανάλυσης, δεξιότητες επικοινωνίας, πολιτιστικές ικανότητες, ενδοσκόπηση, δημιουργική γραφή (Stock, 2013).

Μια εκπαίδευση που εστιάζει στη φύση της σχεσιακής διαδικασίας στιγμή προς στιγμή, στην αξία της διαφοράς και της ποικιλομορφίας και στη σημασία της αυθεντικής και ανταποκρινόμενης συμμετοχής, ευνοεί την ενσυναίσθηση, περιορίζει τις επιπτώσεις ενός αρνητικού μοντέλου συμπεριφοράς και οδηγεί στην προσέγγιση της επιστημονικής πρακτικής με ευαισθησία στην υποκειμενική εμπειρία ασθενείας (Suchman, 2006). Σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, η δέσμευση θέτει τα θεμέλια μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Οι περιορισμοί στην επικοινωνία μειώνονται όταν διαμορφωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης. Στον ασφαλή χώρο μιας σχέσης εμπιστοσύνης ο ασθενής αρχίζει να λέει την ιστορία της ασθένειάς του χωρίς να αποκρύψει στοιχεία. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε ακριβέστερη διάγνωση και μεγαλύτερη πειθαρχία στη θεραπεία, γεγονός που τελικά θα οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα φροντίδας (Hojat et al., 2013). Ενδιαφέρον έχει ακόμη η διαπίστωση της μελέτης με φοιτητές ιατρικής της Σκωτίας (Lumsden et al., 2005) όπου οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η γνωστική ικανότητα των φοιτητών ήταν παρόμοια στους άνδρες και τις γυναίκες, αλλά οι γυναίκες ήταν πιο ενσυναίσθητικές και είχαν καλύτερη επικοινωνία.

Εκπαίδευση Σχετικά με την Ορθή Χρήση της Τεχνολογίας. Τα τεχνολογικά επιτεύγματα έχουν οδηγήσει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, στη μείωση του κόστους και στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Η εκπαίδευση των φοιτητών και νέων γιατρών θα πρέπει να δώσει έμφαση στην ορθή χρήση της τεχνολογίας. Είναι λυπηρό η εξέλιξη της σύγχρονης ιατρικής με την πρόοδο της τεχνολογίας να απομακρύνεται από την τέχνη της ιατρικής, τη φροντίδα και τον θεραπευτικό ενσυναίσθητικό δεσμό μεταξύ του γιατρού και ασθενούς. Παρακολουθούμε έναν ιατρικό κόσμο ολοένα και πιο συνδεδεμένο με την υψηλή τεχνολογία, η οποία μεταβάλλει το κλίμα της θεωρίας και της πρακτικής της ιατρικής

εκπαίδευσης, επηρεάζει την εξέλιξη της φύσης της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, κάνει χρήση των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και υπολογιστών στους νοσηλευτικούς σταθμούς, δείχνει άκριτη εμπιστοσύνη στα δεδομένα της έρευνας και αυξάνει την προσήλωση στην οθόνη του υπολογιστή και τα έξυπνα τηλέφωνα (Shelley, 2016). Ενδεικτικό του αυξανόμενου διαχωρισμού μεταξύ γιατρών και ασθενών, είναι η ανησυχητική τάση των γιατρών να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στο να κοιτάζουν στις οθόνες υπολογιστών παρά να εξετάζουν τους ίδιους τους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια των επισκέψεων (Weber, 2015).

Στη βασική εκπαίδευση οι φοιτητές της ιατρικής θα πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν την τεχνολογία κατάλληλα και αποτελεσματικά και να μη ξεχνάνε ότι προεξάρχει η κλινική εξέταση και έπονται όλα τα υπόλοιπα (Goodman, 2010). Οι νέοι ασκούμενοι φαίνεται να εξαρτώνται από εξελιγμένες και δαπανηρές δοκιμασίες και διαδικασίες αντί να στηρίζονται στις δεξιότητές τους όπως στη λήψη ιστορικού του ασθενή και τη φυσική εξέταση, γεγονός που οδηγεί στην απανθρωποποίηση των ασθενών (Weber, 2015). Η σωστή χρήση των νέων τεχνολογιών και των ιατρικών εξελίξεων μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά στην εξοικονόμηση χρόνου που θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς (Triffaux et al., 2018).

Πρόγραμμα Καλλιέργειας της Συμπόνιας σε Φοιτητές Ιατρικής (Compassion Cultivation Training). Το πρόγραμμα έχει διάρκεια από 5 έως 8 εβδομάδες και αφορά φοιτητές ιατρικής. Περιλαμβάνει τα ακόλουθα: οι φοιτητές εκπαιδεύονται αρχικά σε ασκήσεις αναπνοής για την αντιμετώπιση του στρες που προέρχεται από τις ακαδημαϊκές και τις κλινικές τους υποχρεώσεις. Επίσης εκπαιδεύονται στον διαλογισμό, τον οποίο ασκούν καθημερινά καθώς και σε περιόδους στρες. Στις ομαδικές συζητήσεις συζητούνται οι πηγές του άγχους

αποκτώντας ενσυνειδητότητα της κατάστασης καθώς αντιλαμβάνονται ότι τα παραπάνω θέματα απασχολούν και άλλους φοιτητές και μπόρεσαν να συζητήσουν σε ένα ασφαλές πλαίσιο τις κοινές προκλήσεις. Γίνεται ευαισθητοποίηση και οικοδόμηση της συμπόνιας μέσα από την αναγνώριση και τον αναστοχασμό πάνω στα συναισθήματά τους. Ήδη μετά την εφαρμογή των παραπάνω οι φοιτητές αναφέρουν ότι αισθάνονται πιο ευχάριστα με τους ασθενείς και επιδεικνύουν μεγαλύτερη υπομονή.

Στη συνέχεια οι φοιτητές μαθαίνουν πώς να είναι συμπονετικοί και να φροντίζουν χωρίς να παίρνουν τον πόνο του ασθενούς ως προσωπικό πόνο. Σε κάθε συνάντηση με τους ασθενείς σκέφτονται συνειδητά να είναι συμπονετικοί αλλά θυμίζουν στον εαυτό τους να μην αισθάνονται τον πόνο τους σε προσωπικό επίπεδο. Όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους φοιτητές η συμπόνια τους βοηθά στην αυτογνωσία και στο να μην εκφράζουν κρίσεις στα προβλήματα των ασθενών. Κατά τη συζήτηση τόσο με τους ασθενείς όσο και με φίλους γίνονται πιο προσεκτικοί. Ακόμα και σε περιπτώσεις που γίνονται ανυπόμονοι έχουν μάθει να εστιάζουν και να σκέφτονται πόσο σημαντικό είναι αυτό που λέγεται για τον ασθενή ή το φίλο και έτσι νιώθουν ότι γίνονται πιο φιλικόι γιατροί και καλύτεροι φίλοι. Οι φοιτητές με την ενεργητική ακρόαση συνδέονται σε ένα βαθύτερο επίπεδο και κατανοούν καλύτερα τις εμπειρίες των ασθενών τους και αποκτούν καλύτερο έλεγχο των συναισθημάτων τους και όπως αναφέρουν νιώθουν και συγχωρούν τον εαυτό τους. Η εφαρμογή ασκήσεων διαλογισμού και αναπνοής μειώνει το άγχος. Η καταγραφή του άγχους συμβάλλει στην αυτογνωσία και η αναγνώριση των συναισθημάτων και του άγχους συντελούν στην ψυχική ευεξία και σε λιγότερες περιόδους κατάθλιψης.

Στο παραπάνω πρόγραμμα ο εκπαιδευτής της σχολής μοντελοποίησε τον διαλογισμό και την ενσυνειδητότητα, και οι φοιτητές το εφάρμοσαν στις δικές τους

ζωές, όπως υποστηρίζεται από τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Στην κλινική μάθηση η μοντελοποίηση του ρόλου είναι ένας βασικός αγωγός για την εκμάθηση των ανθρωπιστικών πτυχών της φροντίδας, όπως η συμπόνια για τον ασθενή και οι ευνοϊκές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή (Weingartner et al., 2019).

Σε άρθρο ανασκόπησης του προγράμματος φαίνεται ότι το περιβάλλον της κλινικής κατάρτισης ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην ανάπτυξη συμπόνιας στους φοιτητές ιατρικής. Οι φοιτητές περιέγραψαν ότι τα μοντέλα ρόλων επιβεβαίωσαν και επέκτειναν τις αντιλήψεις τους για συμπονετική φροντίδα. Η μελέτη εντόπισε επίσης παράγοντες παρεμπόδισης της ανάπτυξης συμπόνιας όπως ο σχηματισμός αρνητικών ρόλων, η κόπωση και η υπερβολική έμφαση στην αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι παράγοντες έκαναν τους φοιτητές πιο κυνικούς και λιγότερο συμπονετικούς. Μελέτες εντόπισαν συγκεκριμένες σχεσιακές δεξιότητες που θεωρήθηκαν απαραίτητες για την παροχή συμπονετικής φροντίδας, όπως: γνωριμία με τον ασθενή, αίσθηση του πόνου του ασθενούς, αναγνώριση και συμπαράσταση των ασθενών και σεβασμός. Μία συμπονετική σχέση συνδέεται με νόημα, γνήσιο αίσθημα συμπαράστασης για τον ασθενή και προθυμία υποστήριξης. Οι ασθενείς και οι κλινικοί γιατροί περιέγραψαν ένα χαρακτηριστικό της παρηγορητικής φροντίδας ως αναγνώριση του ασθενούς ως ατόμου με εξατομικευμένες ανάγκες. Η προσέγγιση αυτή προωθούσε τον σεβασμό στην ατομικότητα του ασθενούς, στη μοναδική του κατάσταση και στην αναγνώριση των πεποιθήσεών του. Επίσης οι συμμετέχοντες σε διάφορες μελέτες έδειξαν τον βαθμό και τη σημασία της σχεσιακής πτυχής της συμπόνιας μέσω της αναφοράς σε κλινικούς που μπορούν «να μπουν στη θέση του ασθενούς» και να ενεργήσουν προς το καλύτερο συμφέρον του. Αναδείχθηκαν επίσης συγκεκριμένες διαπροσωπικές δεξιότητες που σηματοδότησαν συμπόνια στην κλινική επικοινωνία όπως: η προσοχή,

η ακρόαση, η κατανόηση, η αντιμετώπιση και η παροχή προγνωστικών πληροφοριών με ευαισθησία και σαφήνεια. Οι περισσότερες μελέτες ανέφεραν ότι η συμπόνια μεταβιβάστηκε κυρίως μέσω των παραγόντων που σχετίζονται με την προσεκτική και συντονισμένη ακρόαση. Οι κλινικοί περιγραφικοί δείκτες μέσα σε αυτές τις μελέτες περιελάμβαναν την παρατήρηση, κατανόηση στην ταλαιπωρία του ασθενή καθώς και μη λεκτικά στοιχεία όπως η αποτελεσματική χρήση της σιωπής, η στάση του σώματος και ο τόνος της φωνής. Άλλοι δείκτες μη λεκτικής επικοινωνίας περιελάμβαναν τη βλεμματική επαφή, το χαμόγελο και μη λεκτικές παραστάσεις που μεταβίβαζον μια αίσθηση αναγνώρισης (π.χ., νεύμα κεφαλής) και κατανόησης (Neumann et al., 2011).

Η Χρήση της Τέχνης στην Εκπαίδευση. Η χρήση της τέχνης στην ιατρική εκπαίδευση δεν είναι ένα νέο δεδομένο. Μια πλούσια βιβλιογραφία περιγράφει πολλά καινοτόμα προγράμματα και μελέτες που δικαιολογούν την επένδυση χρόνου και πόρων στην τέχνη ως τρόπο προώθησης των κλινικών δεξιοτήτων και της ανθρωπιστικής πρακτικής. Πολλές φορές οι καθηγητές χρησιμοποιούν εκπαιδευτικά προγράμματα από το θέατρο για να διδάξουν δεξιότητες επικοινωνίας. Οι φοιτητές της ιατρικής θα μπορούσαν να μάθουν την ενσυναίσθητη επικοινωνία μέσω θεατρικών τεχνών δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στη σωματική και φωνητική συμπεριφορά του άλλου προσώπου και βρίσκοντας την παρουσία ή την έλλειψη συγχρονισμού με το άλλο πρόσωπο όπου δίνεται η δυνατότητα να κατανοηθεί το τι λένε οι άνθρωποι και τι εκφράζεται με τη γλώσσα του σώματος. Η ενσυναίσθηση λοιπόν, είναι εξαιρετικά χρήσιμη στην αλληλεπίδραση του φοιτητή με τους ασθενείς (Eisenberg et al., 2015).

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδείχθηκε ότι η μεταφορική και αντιπροσωπευτική φύση των τεχνών συμβάλλει στην αλλαγή της εστίασης ή του

βλέμματος των φοιτητών τραβώντας τους από τη συνήθη επαγγελματική τους σφαίρα σε μια νέα σφαίρα εξερεύνησης. Επίσης η υποκειμενικότητα των τεχνών βοήθησε τους καθηγητές να αμφισβητήσουν τη συγκεκριμένη ή την κυριολεκτική σκέψη. Χρησίμευσε επίσης στην αναγνώριση των προσωπικών εμπειριών και συναισθημάτων των φοιτητών στην αντιμετώπιση ποικίλων θεμάτων. Η ασάφεια και η πολυπλοκότητα που υπάρχουν σε διάφορες μορφές τέχνης στηρίζουν τα συναισθήματα αβεβαιότητας και οδηγούν σε μια διαδικασία ανακάλυψης όπου οι φοιτητές αναζητούν νόημα και διερευνούν διάφορες αποκλίνουσες προοπτικές (Haidet et al., 2016).

Για παράδειγμα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν πως η ασάφεια στους πίνακες ζωγραφικής μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την τόνωση της φαντασίας. Οι διάλογοι της τέχνης μεταφέρουν τους συμμετέχοντες έξω από τον πραγματικό κόσμο, σε έναν κόσμο συμβόλων και εικόνων, και δίνουν ελευθερία στις σκέψεις που θα μπορούσαν να είχαν ανασταλεί (Wikstrom, 2001). Η οικουμενικότητα των τεχνών σε συνδυασμό με τον υποκειμενικό και διαφορούμενο χαρακτήρα τους προκαλούν τόσο συγκλίνουσες όσο και αποκλίνουσες προοπτικές στους ανθρώπους και ανοίγουν νέες διαπολιτισμικές συζητήσεις. Η ποιότητα αυτή αποδίδεται επίσης στη διευκόλυνση της ανάπτυξης των εκπαιδευτικών κοινοτήτων, καθώς η καθολικότητα βοηθά να δοθεί πρόσβαση σε όλους τους φοιτητές, ανεξάρτητα από την κατάστασή τους ή την κοινωνική ιεραρχία τους και ως εκ τούτου τείνει να μειώσει τις ιεραρχίες εξουσίας μεταξύ των φοιτητών (Haidet et al., 2016).

Επίσης οι ειδικοί χαρακτήρες, οι σκηνές ή οι διάλογοι του θεάτρου ωθούν τους φοιτητές να ανακαλέσουν προηγούμενες κλινικές εμπειρίες και γεγονότα ζωής. Αυτή η ευκαιρία ανάκλησης προάγει την προσωπική ευαισθητοποίηση και επίγνωση (Pardue, 2004). Η τέχνη βοηθά στην ενσυναίσθηση και συντελεί στην κλινική

εφαρμογή (Case & Brauner, 2010). Επίσης η τέχνη βοηθάει να γίνουν συνδέσεις με τις συναισθηματικές καταστάσεις των φοιτητών προκαλώντας και ενθαρρύνοντας τη μάθηση (Lawrence, 2008). Ο ρόλος των συναισθημάτων είναι ένα σημαντικό στοιχείο για τους φοιτητές ιατρικής, οι οποίοι συχνά διδάσκονται ότι η ασθένεια είναι ένα πρόβλημα που πρέπει να επιλυθεί με αντικειμενικά μέσα, αρνούμενοι τη συναισθηματική εμπειρία της επαγγελματικής πρακτικής και τη θεραπευτική πλευρά της επεξεργασίας των συναισθημάτων και των αντιδράσεων (Haidet et al., 2016). Επίσης χρησιμοποιώντας την τέχνη στα κλινικά εργαστήρια για τους φοιτητές της ιατρικής καλλιεργείται δημιουργικότητα και η ενσυναίσθηση ως μια δημιουργική πράξη της φαντασίας (Cranston & Kusanovich, 2013), που είναι βασικά στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή τους.

Η διδασκαλία με βάση την τέχνη περιλαμβάνει την ανάπτυξη της αυτογνωσίας, την αυξημένη ανοιχτότητα σε άλλες οπτικές γωνίες, την αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης της ασάφειας και την πιο ήπια ή βαθύτερη κατανόηση επιλεγμένων εννοιών ή μαθησιακών θεμάτων. Οι φοιτητές της ιατρικής μαθαίνουν να είναι πιο άνετοι με την ασάφεια και αισθάνονται καλύτερα εξοπλισμένοι για να περιηγηθούν στις γκρίζες ζώνες που παρουσιάζονται στα κλινικά πλαίσια (Auerbach & Baruch, 2012). Συντελεί επίσης στη κατανόηση των προοπτικών και των εμπειριών των άλλων ανθρώπων και στην εκτίμηση της ποικιλομορφίας και της διαφορετικότητας των άλλων (De la Croix et al., 2004).

Καλλιέργεια Ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση για την ευτυχία και το υποφέρειν του άλλου εξαρτάται ουσιαστικά από την αναγνώριση ότι ο άλλος διαθέτει μυαλό – έχει δηλαδή τις ίδιες ικανότητες σκέψης, συναισθήματος, επιθυμίας, πρόθεσης και αυτογνωσίας όπως έχει το πρόσωπο που τον παρατηρεί. Χωρίς την εκτίμηση του νου του άλλου, η ενσυναίσθηση δεν έχει νόημα (Fiske, 2009).

Στην ιατρική, η ενσυναίσθηση γενικά εννοείται ως επικοινωνιακή ικανότητα, καθώς και μια υποκειμενική εμπειρία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, στον οποίο ο γιατρός χρησιμοποιεί διάφορες αισθητικές ενδείξεις (γλώσσα του σώματος, κ.λπ.) για τον εντοπισμό της εμπειρίας των συναισθηματικών καταστάσεων του ατόμου (Hirsch, 2007). Η ενσυναίσθηση έχει συχνά θεωρηθεί ότι αποτελείται από δύο βασικά χαρακτηριστικά: τη γνωστική ενσυναίσθηση (που ορίζεται ως η ικανότητα αναγνώρισης και κατανόησης της εμπειρίας του άλλου, η ικανότητα επικοινωνίας και επιβεβαίωσης, αυτής της κατανόησης με το άλλο άτομο και η λήψη αποτελεσματικών μέτρων) και τη συναισθηματική ενσυναίσθηση (οριζόμενη ως συναισθηματικός συντονισμός με τον ασθενή). Η γνωστική ενσυναίσθηση έχει χαρακτηριστεί ως ωφέλιμη στην κλινική σχέση, ενώ η συναισθηματική ενσυναίσθηση θεωρείται ότι παρεμβαίνει στην ικανότητα του γιατρού να κάνει αποτελεσματικές διαγνώσεις και να έχει καλύτερα αποτελέσματα. Όμως η απόσταση ασθενούς-γιατρού που υποστηριζόταν από παλαιότερα μοντέλα δεν υποστηρίζεται από τα νέα επιστημονικά δεδομένα (Decety et al., 2014). Η ενσυναισθητική διέγερση προκαλείται από ισχυρές αμφίδρομες συνδέσεις μεταξύ του στελέχους, της αμυγδαλής και των αισθητήριων φλοιών καθώς και των συνδέσεων με τον υποθάλαμο, τη νησίδα και τον σωματ αισθητικό φλοιό (Decety, 2011· Decety & Svetlova, 2012). Όταν οι άνθρωποι κρίνονται ως άξιοι θετικών αποτελεσμάτων, τότε εντείνεται η ενσυναίσθηση και μπορεί το άτομο να επηρεαστεί θετικά (Zaki, 2014). Επίσης πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι η καλοσύνη μπορεί να μειώσει τον πόνο, αποδεικνύοντας ότι η ευελιξία των προθέσεων μπορεί να επηρεάσει τη σωματική εμπειρία. Αυτό το εύρημα παρέχει ανακούφιση στους γιατρούς που μερικές φορές είναι υποχρεωμένοι να προκαλέσουν πόνο στους ασθενείς για το δικό τους καλό (Gray, 2012). Άλλωστε ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η εμπειρία του πόνου

αλλάζει ανάλογα με το ψυχολογικό πλαίσιο στο οποίο υπόκεινται οι άνθρωποι (Gray & Wegner, 2010).

Η εφαρμογή των δεξιοτήτων ευαισθητοποίησης όσο και η εκμάθηση της εστίασης στον ασθενή με την περιέργεια για το τι τον απασχολεί εκείνη την στιγμή μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να διατηρήσουν την ενσυναίσθηση (Decety et al., 2014) καθώς επίσης και η εκπαίδευση που επικεντρώνεται στη διδασκαλία συσχετίσεων των εκφράσεων του προσώπου του ασθενή με τα συναισθήματα (Zaki, 2014).

Ο συναισθηματικός συντονισμός του ιατρού εξυπηρετεί τον γνωστικό στόχο της κατανόησης των συναισθημάτων των ασθενών. Επιπλέον, η ενσυναίσθηση θεωρείται γενικά από τον ασθενή ως ικανότητα του γιατρού να καταλάβει πώς νιώθει και σκέφτεται, καθώς και πώς ο γιατρός εκφράζει ανησυχία, συμπόνια και φροντίδα για την ευημερία του. Και οι δύο αυτές πτυχές συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι στο ιατρικό πλαίσιο όλες οι πτυχές της ενσυναίσθησης (συναισθηματικές, γνωστικές και κινητικές) είναι σημαντικές και μπορούν να προσαρμοσθούν, ώστε να επηρεάσουν θετικά την υγεία των ασθενών (Decety & Fotopoulou, 2014).

Η ενσυναίσθηση στον άνθρωπο ενισχύει και άλλες αφηρημένες και γενικές γνωστικές ικανότητες υψηλού επιπέδου όπως εκτελεστικές λειτουργίες, γλώσσα και προοπτική, οι οποίες ενισχύουν και διευρύνουν το φάσμα των συμπεριφορών που μπορούν να καθοδηγηθούν από την ενσυναίσθηση (Decety & Svetlova, 2012). Επιπλέον, η ιατρική ενσυναίσθηση έχει περιγραφεί ως αποκλειστική ποιότητα για όλους τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η ενσυναίσθηση έχει αναγνωριστεί ως ο πυρήνας της επιτυχίας της δραστηριότητας των επαγγελματιών υγείας και είναι βασική συνιστώσα για όλους τους επαγγελματίες

υγείας. Ως εκ τούτου, μια ομάδα επιστημόνων προτείνει ότι η ενσυναίσθηση είναι «το πιο ισχυρό εργαλείο» για τους επαγγελματίες υγείας ώστε να μεγιστοποιηθεί το αποτέλεσμα του συστήματος υγείας, καθώς αποτελεί βασικό συστατικό του ιατρικού «επαγγελματισμού» (Haque, 2019), ακόμη και στην επιρροή μιας σειράς ενδιαφερομένων που εμπλέκονται στην παροχή ιατρικών συσκευών προς τους ασθενείς, διατηρώντας με αυτόν τον τρόπο την αξιοπρέπεια του ασθενή (Hosking et al., 2015).

Βέβαια στην καθημερινότητα του κάθε γιατρού εμπλέκεται τόσο η ενσυναίσθηση όσο και η γνωστική επίλυση προβλημάτων, οι οποίες θα πρέπει να συνδυαστούν κατά την λήψη αποφάσεων για μια σωστή διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία. Ένας τρόπος μιας αποτελεσματικής ισορροπίας μεταξύ ενσυναίσθησης και γνωστικής επίλυσης προβλημάτων θα ήταν ο επαναπροανατολισμός της ιατρικής εκπαίδευσης και κατάρτισης μακριά από διαζευκτικές λογικές υπέρ ή κατά, είτε δηλαδή της ενσυναίσθησης είτε της ψυχρής γνωστικής αντικειμενικότητας. Τόσο η ενσυναίσθηση όσο και η γνωστική επίλυση προβλημάτων θα πρέπει να αναγνωριστούν ως σημαντικές σε ορισμένα πλαίσια, αλλά και εξίσου επιζήμιες σε άλλα. Οι γιατροί θα πρέπει να κατανοήσουν τους εγγενείς ψυχολογικούς τους περιορισμούς και τα οφέλη των δύο προσεγγίσεων και να μάθουν πώς να μετατοπίζονται μεταξύ αυτής της νοοτροπίας ανάμεσα σε διαφορετικά είδη φροντίδας του ασθενούς. Για παράδειγμα, ένας χειρουργός μπορεί να χρειαστεί να έχει μεγαλύτερη ενσυναίσθηση στο γραφείο των εξωτερικών ιατρείων του, αλλά πρέπει να αμβλύνει την ενσυναίσθηση στο χειρουργείο. Αντίστοιχα ένας ψυχίατρος μπορεί να χρειαστεί να αυξήσει την ενσυναίσθηση σε μακροχρόνια θεραπευτικά πλαίσια, αλλά πρέπει να αμβλύνει την ενσυναίσθηση κατά τη διάρκεια της οξείας κρίσης. Για την αποτελεσματική εξισορρόπηση της ενσυναίσθησης με τις γνωστικές δεξιότητες

επίλυσης προβλημάτων ο στόχος για ένα γιατρό θα πρέπει είναι να καλλιεργήσει την πρακτική σοφία, ώστε να βρει τη χρυσή τομή σε διαφορετικές καταστάσεις με σκοπό να βελτιστοποιηθεί η συνολική φροντίδα (Haque & Waytz, 2012). Ερευνητικά ευρήματα που εμπλέκονται με την ενσυναίσθηση στον πόνο του άλλου αναφέρουν πως οι γιατροί έδειξαν αξιοσημείωτα λιγότερη ενεργοποίηση στις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην ενσυναίσθηση για τον πόνο. Επιπλέον οι γιατροί παρουσίασαν αξιοσημείωτα μεγαλύτερη ενεργοποίηση σε τομείς που εμπλέκονται με τον εκτελεστικό έλεγχο, την αυτορρύθμιση και την κατανόηση των νοητικών καταστάσεων (Decety at al., 2014). Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η αντίληψη του πόνου σχετίζεται επίσης με συγκεκριμένες πτυχές της ενσυναίσθησης και ποικίλλει ανάλογα με το πλαίσιο. Οι γιατροί με λιγότερη εμπειρία αντιλαμβάνονταν τον πόνο των άλλων πιο έντονα από τους πιο έμπειρους γιατρούς, όμως η συναισθηματική δυσφορία που προκαλούνταν από τον πόνο ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την επαγγελματική εμπειρία. Η μελέτη αυτή συμβάλλει επίσης στην ιδέα ότι ένα ελάχιστο επίπεδο της ενσυναίσθησης είναι απαραίτητο ώστε οι γιατροί να ωφεληθούν από τις θετικές πτυχές της επαγγελματικής ποιότητας ζωής. Η κατανόηση της συγκεκριμένης συσχέτισης μεταξύ των διαφόρων πτυχών της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής ποιότητας ζωής μπορεί να οδηγήσει στο σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ώστε να βοηθήσουν τους γιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας να είναι ικανοί να προκαλέσουν μια ενσυναίσθητη αντίδραση αρκετά ισχυρή ώστε να παρακινηθούν να βοηθήσουν τους ασθενείς ανάλογα με τις ανάγκες (Gleichgerrcht & Decety, 2014). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι ο διαλογισμός επίσης μπορεί να συμβάλλει στην εξισορρόπηση της ενσυναίσθησης με τις γνωστικές δεξιότητες ώστε ο ειδικός να γίνει

ένας αποτελεσματικός διαμεσολαβητής για τον εαυτό του και τους ασθενείς του (Hutchinson & Dobkin, 2009).

Μια άλλη ευρέως διαδεδομένη άποψη για την απανθρωποποίηση αφορά στη σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επίλυσης προβλημάτων. Σύμφωνα με μια άποψη η σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και επίλυσης προβλημάτων (Haque & Waytz, 2012) είναι ασυμβίβαστη μεταξύ τους και επομένως, η καταστολή της ενσυναίσθησης είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων. Μια ψυχολογική και νευροεπιστημονική έρευνα έδειξε πως η ενσυναίσθηση, ή η ικανότητά μας να αναγνωρίζουμε τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων, είναι συμβατή μόνο με την επίλυση προβλημάτων στον κοινωνικό τομέα (Harris & Fiske, 2006, 2007). Η διάκριση μεταξύ κοινωνικής και φυσικής επίλυσης προβλημάτων έχει φανεί και σε νευρωνικό επίπεδο. Τα νευροεπιστημονικά στοιχεία μέχρι στιγμής δεν υποστηρίζουν πως η μειωμένη ενσυναίσθηση (ή απανθρωποποίηση) αυτόματα και αναγκαστικά οδηγεί σε βελτιωμένο μηχανιστικό σκεπτικό στο γνωστικό επίπεδο. Με λίγα λόγια, τα ερευνητικά ευρήματα προτείνουν πως η διάκριση μεταξύ αιτιολογίας των κοινωνικών και φυσικών πεδίων μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας για την ντετερμινιστική σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και επίλυσης προβλημάτων. Στον κοινωνικό τομέα η ενσυναίσθηση δεν είναι μόνο συμβατή με την επίλυση προβλημάτων αλλά είναι ένα κρίσιμο στοιχείο της συλλογιστικής για τις νοητικές καταστάσεις των άλλων ανθρώπων. Από την άλλη πλευρά στο φυσικό πεδίο υπάρχουν κάποιες ενδείξεις πως η ενσυναίσθηση μπορεί να παρέμβει στη μηχανιστική επίλυση προβλημάτων, ειδικά σε υψηλότερα επίπεδα συλλογιστικής πολυπλοκότητας. Ωστόσο η ιδέα πως μειώσεις στην ενσυναίσθηση οδηγούν αυτόματα σε βελτιωμένη μηχανιστική επίλυση προβλήματος δεν υποστηρίζονται από τα δεδομένα (Christoff, 2014).

Λήψη Μέτρων σε Διοικητικό Επίπεδο.

Στρατηγικές Έναντι των Διακρίσεων στο Νοσοκομείο. Μεταξύ των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, το δικαίωμα στην υγεία είναι ένα από τα πιο συζητημένα θέματα. Πράγματι, οι ανισότητες στην υγεία μπορεί να θεωρηθούν ως μια από τις πιο αποτρόπαιες μορφές διομαδικών διακρίσεων, επειδή μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τις ζωές των ανθρώπων.

Στη σύγχρονη εποχή όπου η μετανάστευση αποτελεί καθημερινό φαινόμενο η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Τα ερευνητικά ευρήματα εμπλέκουν το ρόλο των φυλετικών διακρίσεων στον τομέα της υγείας. Οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται τις διακρίσεις σε παλαιότερες ιατρικές συναντήσεις ενδέχεται να αναμένουν ότι οι επακόλουθες συναντήσεις θα είναι λιγότερο θετικές, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία τους κατά τη διάρκεια αυτών των συναντήσεων. Η συμπεριφορά των ασθενών μπορεί τότε να επηρεάσει και να επηρεαστεί από τη συμπεριφορά του γιατρού και η επικοινωνία μπορεί να επηρεάσει τις συνολικές αντιδράσεις των ασθενών στη συνάντηση και την επακόλουθη δέσμευση με το γιατρό ή το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Hausmann et al., 2011).

Η εμπειρία της ασθένειας είναι μια πολιτιστική ή συμβολική πραγματικότητα καθώς περιλαμβάνει συναισθήματα, ιδέες, αξίες, γλώσσα και μη λεκτική επικοινωνία και συμβολική συμπεριφορά. Αυτό που γίνεται αντιληπτό ως ασθένεια σε έναν πολιτισμό μπορεί να μην γίνει τόσο αντιληπτό σε έναν άλλο (Kleinman, 1973). Οι στρατηγικές που μειώνουν τις διομαδικές διακρίσεις μπορεί να μετριάσουν τα επιβλαβή αποτελέσματα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας που προκαλούνται από δυσμενή διάκριση. Τέτοιες στρατηγικές βασίζονται στη πολλαπλή κατηγοριοποίηση και την πολυπλοκότητα της κοινωνικής ταυτότητας που οδηγεί

στην πρόθεση της υποστήριξης και στην ισότητα στις υπηρεσίες υγείας (Prati et al., 2016a,b).

Η διάκριση μεταξύ του «εμείς» και «αυτοί» φαίνεται να είναι επαρκής για να προκαλέσει διομαδικές διακρίσεις. Εάν η κατηγοριοποίηση παρέχει τη βάση για τη διομαδική διαφοροποίηση, συνάγεται ότι η μείωση των διομαδικών διακρίσεων μπορεί να μειώσει τη προκατάληψη. Παρά το γεγονός ότι οι άνθρωποι γνωστικά έχουν την προδιάθεση να βασίζονται σε απλές κατηγοριοποιήσεις, είναι επίσης σε θέση να χειριστούν ένα μεγαλύτερο αριθμό κατηγοριών, όταν σχηματίζουν εντυπώσεις για τους άλλους (Crisp & Meleady, 2012). Συγκεκριμένα η έρευνα δείχνει ότι τα άτομα είναι σε θέση να επεξεργάζονται ταυτόχρονα έως και τέσσερις διαστάσεις κατηγοριών και εξακολουθούν να διατηρούν τις διομαδικές διαφοροποιήσεις για τη διαμόρφωση της εντύπωσης των άλλων (Vanbeselaere, 1987). Ωστόσο, όταν ο αριθμός των κατηγοριών αυξάνεται περαιτέρω, η χρήση οποιαδήποτε από τις κατηγορίες ως βάση των αποφάσεων μειώνεται (Halford et al., 2005).

Οι Crisp & Hewstone (2007) στο μοντέλο διαφοροποίησης/από-κατηγοριοποίησης (deategorization) υποστηρίζουν ότι, όταν υπάρχουν πολλαπλά κριτήρια για την κοινωνική κατηγοριοποίηση, οι διαδικασίες παρέχουν πλέον ένα αποτελεσματικό και ουσιαστικό τρόπο λήψης αποφάσεων, προκαλώντας την στροφή προς ένα πιο εξατομικευμένο τρόπο αντίληψης. Αυτή η αλλαγή στον τρόπο της επεξεργασίας ονομάζεται από-κατηγοριοποίηση (deategorization) και επιτρέπει στον παρατηρητή να αναπτύξει μια πιο εξατομικευμένη και λιγότερο ομοιογενή αντίληψη των μελών της εξω-ομάδας (Prati et al., 2016a,b). Ερευνητικά ευρήματα επιβεβαιώνουν το παραπάνω αποτέλεσμα (Crisp et al., 2001), όπου πρόσφατα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πολλαπλές κατηγοριοποιήσεις σε σχέση με την απλή

κατηγοριοποίηση μείωσαν με επιτυχία την τάση απανθρωποποίησης των μελών της εξω-ομάδας (Prati et al., 2016). Η πολλαπλή κατηγοριοποίηση πιστεύεται ότι λειτουργεί αφαιρώντας τη γνωστική βάση της διομαδικής προκατάληψης από την πρόκληση της μετάβασης από έναν κατηγορηματικό σε έναν εξατομικευμένο τρόπο αντίληψης. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι η προώθηση εστίασης σε πολλαπλές κατηγοριοποιήσεις θα μπορούσε να είναι ένα αποτελεσματικό νέο μέσο για την ενθάρρυνση της ανοχής στις σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες (Crisp & Hewstone, 2007).

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις διακρίσεις δείχνουν ότι οι ασθενείς συχνά αναφέρουν ότι ο γιατρός δεν τους ακούει και τους αντιμετωπίζει με λιγότερο σεβασμό από τους άλλους. Η εκπαίδευση μέσω πρακτικών ευαισθητοποίησης του προσωπικού σχετικά με τις ακούσιες προκαταλήψεις και η παροχή περισσότερων ευκαιριών αλληλεπίδρασης με ασθενείς με διαφορετικό υπόβαθρο θα μπορούσε να διασφαλίσει μείωση των προκαταλήψεων σχετικά με τη παροχή υγειονομικής φροντίδας (Borrell-Carrió et al., 2004· Coşkun, 2015). Ωστόσο, για να αντιμετωπιστούν σωστά οι ανισότητες στον τομέα της υγείας και οι διασταυρούμενες διαστάσεις της κοινωνικής ένταξης, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση στον τομέα της πολιτιστικής επάρκειας (Voss-DeMeester et al., 2014). Οι επιτυχείς διασταυρούμενες αλληλεπιδράσεις περιλαμβάνουν: τα θετικά συναισθήματα του ατόμου προς τον άλλο, την εξατομίκευση του άλλου, τη συνεργασία, τη συμπεριφορά με σεβασμό κατά την αλληλεπίδραση με τον άλλον και μετά την αλληλεπίδραση (DiMaggio, 2012). Διαπραγματευόμαστε τις διαφορές μας, φτάνουμε σε αποδεκτούς όρους και ζούμε μαζί. Για να σταματήσει η απανθρωποποίηση καλό είναι να μάθει ο καθένας να ενσωματώνει διαφορετικά και ασυμβίβαστα στοιχεία στον εαυτό του (Kenji, 2014). Οι πολιτισμικές ικανότητες απαιτούν από τους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας να

εκτιμούν και να σέβονται την ατομική άποψη του ασθενούς και να μην ενθαρρύνουν τις ανισότητες και τις διακρίσεις (Jayadevarra & Chhatre, 2011). Η πολιτισμική κατανόηση απαιτεί από τους επαγγελματίες να αναγνωρίζουν τις προκαταλήψεις, να αμφισβητούν τις υποθέσεις τους, να γνωρίζουν τους ανθρώπους πέρα από τις ετικέτες και να αναπτύσσουν ικανότητα για συμπόνια και σεβασμό (Raja et al., 2015).

Η «ξανα-φαντασίωση» και η επαναδραστηριοποίηση της ιδέας του ασθενούς ως οικο-βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα, όπως σημειώνουν οι μελετητές, θα πρέπει να αρχίσει με μια πιο ισχυρή, ολιστική αντίληψη του ατόμου που εκτείνεται πέρα από τους φυσικούς δείκτες της νόσου σε ολόκληρο το πρόσωπο, «μια οντότητα που αποτελείται από βιολογικές, γενετικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτιστικές πτυχές, και διαθέτει άκρως υποκειμενικές εμπειρίες της νόσου» (Stock, 2013). Αν η απώλεια της ατομικής ταυτότητας στις ομάδες προκαλεί απανθρωποποίηση, τότε η εξατομίκευση μπορεί την αναιρέσει. Αυτό μπορεί να γίνει με την αντικατάσταση των ιατρικών πρακτικών που ανωνυμοποιούν τους ασθενείς και τους ιατρούς από πρακτικές που εξατομικεύουν και προσωποποιούν τους γιατρούς και τους ασθενείς. Η εξατομίκευση θα μπορούσε να μειώσει την απανθρωποποίηση κάνοντας πιο αναγνωρίσιμους τους ασθενείς. Οι ασθενείς και οι φροντιστές απεξατομικεύονται από τους γιατρούς, οι οποίοι φορώντας τις στολές αναδεικνύουν τη διακριτή τους ιδιότητα αλλά και μειώνουν τα συναισθήματα της υπαιτιότητας για τις πράξεις τους. Η διχαστική ομάδα στερεοτυπικών νοσοκομειακών ενδυμάτων, όπως τα ομοιογενή παπούτσια και οι ρόμπες για τους γιατρούς, θα μπορούσαν να παρέχονται σε διάφορα χρώματα και σχέδια (Haque & Waytz, 2012).

Ηθική Συλλογιστική στη Λήψη Αποφάσεων στο Νοσοκομείο. Είναι επίσης αλήθεια πως οι άνθρωποι σε θέση ισχύος πρέπει μερικές φορές να πάρουν «δύσκολες» αποφάσεις που μπορεί να προκαλέσουν πόνο και δυστυχία στους άλλους.

Η δυσκολία σε αυτές τις αποφάσεις, ωστόσο, προέρχεται από την ηθική φύση τους και τα ηθικά διλήμματα που παρουσιάζουν. Η ηθική συλλογιστική και η λήψη αποφάσεων εξ ορισμού απαιτούν τη χρήση συναισθημάτων και εμπειριών της ανθρώπινης ύπαρξης. Η απανθρωποποίηση εκείνων για τους οποίους παίρνουμε μια ηθική απόφαση θα μπορούσε φυσικά να εξαλείψει τα ηθικά στοιχεία της διαδικασίας λήψης αποφάσεων (και ως εκ τούτου η λήψη αποφάσεων να γίνει «πιο εύκολη»), αλλά αυτό εγείρει σοβαρές ηθικές ανησυχίες. Ένας πολύ πιο εποικοδομητικός και ηθικά αποδεκτός τρόπος για να ελαφρύνει το βάρος αυτής της δύσκολης ηθικής απόφασης θα ήταν να απαλλαγεί το άτομο από την εξουσία της λήψης ευθύνης της απόφασης και να δοθεί αυτή η εξουσία εκεί όπου ανήκει δικαιωματικά: στο πρόσωπο που θα φέρει τις μεγαλύτερες συνέπειες της απόφασης. Στα ιατρικά πλαίσια το πρόσωπο αυτό είναι ο ασθενής (ή κάποιο πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του σε περίπτωση αδυναμίας ή ανικανότητας). Στις σπάνιες περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πάρει αποφάσεις και δεν υπάρχει το διαθέσιμο πρόσωπο από το νόμο για τη λήψη αποφάσεων, οι γιατροί θα μπορούσαν να επιδιώξουν την ηθική υποστήριξη και τις συμβουλές από άλλους συναδέλφους και θα μπορούσε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος και η συναισθηματική δαπάνη που χρειάζεται για να σεβαστούν την ηθική και την δεοντολογική φύση της ιατρικής διαδικασίας της λήψης αποφάσεων (Christoff, 2014). Άλλωστε η ηθική και δεοντολογική λήψη αποφάσεων και η δράση αποτελούν θεμελιώδη διάσταση της εργασίας και της καθημερινής ζωής (Pickersgill, 2013).

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι μοιράζονται το βάρος της ευθύνης με τους άλλους είναι σημαντικός για τα πλαίσια στα οποία οι άνθρωποι απεμπλέκονται από δράσεις που είναι σαφώς μη ηθικές (Bastian & Loughnan, 2016). Η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία υιοθετεί μια αλληλεπιδραστική προοπτική για την

ηθική στην οποία οι πράξεις είναι τα προϊόντα της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης των προσωπικών και κοινωνικών επιδράσεων. Δεδομένων των πολλών μηχανισμών για την απεμπλοκή του ηθικού έλεγχου τόσο σε ατομικό όσο και συλλογικό επίπεδο απαιτούνται εκτός από τα ανθρώπινα προσωπικά πρότυπα, εγγυήσεις χτισμένες σε κοινωνικά συστήματα που υποστηρίζουν τη συμπονετική συμπεριφορά και αποκηρύσσουν τη σκληρότητα (Bandura, 2002).

Το επιχείρημα ότι η απανθρωποποίηση βοηθά τους εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης να παρέχουν «καλύτερη φροντίδα» (Vaes & Muratore, 2013) έχει νόημα μόνο αν η «φροντίδα» η ίδια είναι κατανοητή σε μια απανθρωποποιημένη μηχανιστική λογική (Christoff, 2014). Όμως αντί της απανθρωποποίησης οι εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν να αναζητήσουν μείωση του φόρτου εργασίας, ψυχολογική υποστήριξη και κοινωνική υποστήριξη (Christoff, 2014). Η εξουθένωση μπορεί να είναι ένας από τους μηχανισμούς που συνδέουν τον προσανατολισμό του δεσμού με τις ανήθικες αποφάσεις στο χώρο εργασίας, κυρίως μέσω των διαπροσωπικών επιδράσεων στη συμπεριφορά (Wei et al., 2011). Αυτή η έλλειψη διαπροσωπικών επενδύσεων και ενσυναίσθησης μπορεί να οδηγήσει σε απανθρωποποίηση των συναδέλφων και των πελατών και να διευκολύνει την ανήθικη λήψη αποφάσεων σε μια ποικιλία οργανωτικών συνθηκών (Haslam, 2006). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η αποφυγή συνδέεται με πιο ανήθικες αποφάσεις στο χώρο εργασίας και η συναισθηματική εξάντληση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ αποφυγής και ανήθικων αποφάσεων (Chorik, 2015). Ενώ άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η ασφάλεια είναι μια θετική ψυχολογική δύναμη, αναδεικνύοντας σημαντικές θετικές σχέσεις μεταξύ ασφαλούς δεσμού, ελπίδας και εμπιστοσύνης και σημαντικές αρνητικές σχέσεις μεταξύ ασφαλούς δεσμού και εξουθένωσης (Simmons et al., 2009).

Ερευνητικά δεδομένα εξατομικευμένης φροντίδας βασιζόμενης στην ενσυναίσθηση και τη συμπόνια που εμπειρείχε και την οικογένεια εκτός από τον ασθενή έχουν θετικά αποτελέσματα ικανοποίησης τόσο στο προσωπικό όσο και τους ασθενείς (Van Mol et al., 2016).

Το επιχείρημα πως η μηχανιστική απανθρωποποίηση, με την έννοια της αντιμετώπισης των ασθενών ως συμπτωμάτων και μερών του σώματος, είναι απαραίτητη για την ιατρική επίλυση προβλημάτων στηρίζεται στο παρωχημένο «βιοϊατρικό» μοντέλο της νόσου. Η στενή, αποκλειστική εστίαση σε ανατομικούς, φυσιολογικούς, και μοριακούς μηχανισμούς σε αυτό το «βιοϊατρικό» μοντέλο έχει επικριθεί και απορριφθεί υπέρ του ευρύτερου «βιοψυχοκοινωνικού» μοντέλου της νόσου και της ανάρρωσης από τη νόσο, το οποίο απαιτεί να περιλαμβάνονται οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες μαζί με τους βιολογικούς παράγοντες στην ιατρική διάγνωση και τη λήψη αποφάσεων. Μέσα σε αυτό το νεότερο μοντέλο, η απανθρωποποίηση επηρεάζει την ιατρική επίλυση προβλημάτων μέσω των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που παραμελούνται (Christoff, 2014).

Στρατηγικές Προώθησης Ισοδυναμίας/Ισοδυναμίας έναντι Ανισότητας στη Δυαδική Σχέση Ασθενή-Γιατρού και Προσωποποιημένη Φροντίδα στο Νοσοκομείο. Πολυάριθμες μέθοδοι για την προώθηση της ισοδυναμίας στη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή μπορούν να μειώσουν την ανισότητα αυτής της σχέσης ως πηγής απανθρωποποίησης. Το να λαμβάνονται υπόψιν στοιχεία όπως φυλή, εθνοτική καταγωγή και φύλο στους ιατρικούς πληθυσμούς για να ταιριάζουν με τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς μπορεί να δημιουργήσει ένα αρχικό επίπεδο ισοδυναμίας (Haque & Waytz, 2012). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η αντίληψη της κοινής ταυτότητας, ευνοεί μια μεγαλύτερη τάση για κατανόηση των μελών μιας εξω-ομάδας και μειώνει συναισθήματα διομαδικού άγχους με αποτέλεσμα την

μείωση της απανθρωποποίησης της εξω-ομάδας. Η έρευνα κατέδειξε ότι αυτή η αντίληψη ευνοείται από τη συνεργασία και την ανακάλυψη των ομοιοτήτων μεταξύ της ομάδας κάποιου και της εξω-ομάδας (Carozza et al., 2014). Επίσης η άμεση επαφή (Carozza et al., 2013b) και άμεση ή έμμεση φιλία των διασταυρούμενων ομάδων ενισχύει την ενσυναίσθηση (Carozza et al., 2013a).

Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η συναισθηματική ομοιότητα παράγει θετικά αποτελέσματα μέσω αυξημένης ανθρωποποίησης της εξω-ομάδας. Η συναισθηματική ομοιότητα μπορεί να επιτρέψει στο άτομο να δει την εξω-ομάδα ως περισσότερο ανθρώπινη, επειδή η εξω-ομάδα θεωρείται τώρα περισσότερο παρόμοια με τον ίδιο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αντίληψης της εξω-ομάδας ως ανθρώπινης, διότι αυτό απαιτεί μοναδική ανθρώπινη γνώση κοινωνικών ή πολιτιστικών κανόνων και μπορεί να απαιτεί κοινωνικές-γνωστικές δεξιότητες που συνδέονται με την ανθρωπότητα (π.χ. θεωρία του νου) (McDonald et al., 2005· Haslam & Loughnan, 2014). Το να συμπεριληφθεί μια φωτογραφία του προσώπου του ασθενούς στα ιατρικά αρχεία, τις εκθέσεις, τα εργαστήρια και τις απεικονίσεις (π.χ. ακτινογραφίες, αξονικές) προσωποποιεί όχι μόνο τον ασθενή, αλλά μειώνει επίσης την τάση απανθρωποποίησης μέσω της ιατρικής τεχνολογίας (Haque & Waytz, 2012). Για παράδειγμα μια μελέτη εξέτασε τα αποτελέσματα της προσθήκης μιας φωτογραφίας του προσώπου του ασθενούς σε αξονικές τομογραφίες. Ανατέθηκε τυχαία σε κάποιους ακτινολόγους να εξετάσουν τις σαρώσεις συνοδευόμενες από το πρόσωπο του ασθενούς και σε άλλους ακτινολόγους να εξετάσουν τις σαρώσεις χωρίς να επισυνάπτεται φωτογραφία. Οι ακτινολόγοι που αξιολόγησαν τις σαρώσεις με το πρόσωπο του ασθενή έδωσαν πιο ακριβείς διαγνώσεις και συντέλεσαν στη βελτίωση της υγείας των ασθενών (Turner & Hadas-Halpern, 2008). Συγκεκριμένα με την παρέμβαση αυτή οι ακτινολόγοι έγραψαν εκθέσεις αναφέροντας περισσότερες

λεπτομέρειες, είδαν κάθε αξονική τομογραφία με πιο μοναδικό τρόπο και εξέφρασαν μια μεγαλύτερη συμπάθεια για τους ασθενείς. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν τα οφέλη για την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών, μειώνοντας την απανθρωποποίηση, ακόμη και για τους γιατρούς και τους εργαζόμενους της υγειονομικής περίθαλψης που δεν αλληλεπιδρούν άμεσα (π.χ., ακτινολόγοι, παθολόγοι, τεχνικοί) με τους ασθενείς (Haque & Waytz, 2012).

Οργανωτικά Μέτρα στο Νοσοκομείο. Η λήψη μέτρων σε κλινικές και δημόσια νοσοκομεία με στόχο την παροχή περισσότερης άνεσης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους περιλαμβάνει: την βελτίωση της υποδοχής τους μέσω της συμμετοχής ειδικευμένου προσωπικού, την ύπαρξη ποιμαντικών υπηρεσιών για τη κάλυψη των θρησκευτικών αναγκών τους, τοποθέτηση πινακίδων στα κρεβάτια των ασθενών με την ένδειξη των αντίστοιχων γιατρών τους, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να γνωρίζουν το όνομά τους, την εφαρμογή ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της εμπειρίας της περίθαλψης (Lima et al., 2014).

Όπως αναφέρουν οι De Benedetto et al. (2007), ανθρωποποιημένη φροντίδα προσφέρει ο επαγγελματίας υγείας που μπορεί να ακούει το ανθρώπινο ον που έχει αποδυναμωθεί από τον πόνο, τις απειλές και τις απώλειες θανάτου με ενσυναίσθηση και να δείχνει συμπόνια για την ταλαιπωρία του ακόμη και αν δε μπορεί να κάνει κάτι άλλο (Post, 2011). Τα παραπάνω συναισθήματα είναι δύσκολο να τα αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας γιατί δεν έχουν εκπαιδευτεί κατά τη βασική τους εκπαίδευση, έτσι ώστε να τους δοθεί η ευκαιρία να συζητήσουν για τους φόβους, τις χαρές, τις αποφάσεις, τα βάσανα, τις αποκαλύψεις, τις ματαιώσεις και για όλα τα άλλα που είναι σύμφυτα με την ανθρώπινη ύπαρξη (Lima et al., 2014).

Η οργανωτική δομή παρουσιάζεται συχνά σε οργανωτικές και διαχειριστικές θεωρίες ως λογικές αρχές που επιδιώκουν την αποτελεσματική παραγωγή αγαθών και

υπηρεσιών. Σε αυτή την ορθολογική άποψη τα συναισθήματα θεωρούνται αχρείαστα ή ακόμα και παρεμποδιστικά. Το προνόμιο της λογικής και η υποχρέωση ελέγχου των συναισθημάτων είναι αναπόσπαστο κομμάτι του γραφειοκρατικού ιδεώδους. Ακόμη και ο Αριστοτέλης πριν από 2.500 χρόνια είχε την άποψη ότι τα συναισθήματα είναι αναπόσπαστο μέρος της ορθολογικής σκέψης. Η συμπόνια σε οργανισμούς θεωρείται τώρα ως μια θετική ισχυρή δύναμη και ένα παραμελημένο αλλά ζωτικής σημασίας πεδίο για την έρευνα. Η οργανωτική συμπόνια υπάρχει όταν τα μέλη ενός οργανισμού παρατηρούν, αισθάνονται και ανταποκρίνονται στον πόνο που βιώνουν τα μέλη του συστήματος συλλογικά. Στους οργανισμούς όπου η ανταπόκριση στον ανθρώπινο πόνο είναι μια κεντρική και συνεχής δραστηριότητα, όπως τα νοσοκομεία, η «ικανότητα συμπόνιας» είναι μια σημαντική παράμετρος προκειμένου να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις του έργου (De Zulueta, 2013b).

Στη γλώσσα της αγοράς, η φροντίδα θεωρείται ως αγαθό που πρόκειται να αγοραστεί και όχι ως μια εργασία (βασισμένη σε υποστηρικτικές σχέσεις), όπου η ανάγκη προσδιορίζεται μέσω του σχεσιακού διαλόγου. Στο πλαίσιο της «λογικής της επιλογής» και όχι της «λογικής της περίθαλψης» οι ασθενείς γίνονται «πελάτες» παρά άνθρωποι που χρειάζονται βοήθεια και οι επαγγελματίες γίνονται «αποδέκτες». Η φροντίδα ωστόσο είναι μία από τις θεμελιώδεις ηθικές έννοιες και πρακτικές στην ανθρώπινη εμπειρία παντού: αποδίδει ανθρώπινη αξία και θα πρέπει να αντιστέκεται σε έννοιες και πρακτικές που αφορούν την καταμέτρηση και τη μείωση του κόστους. Η μεγάλη αποτυχία της σύγχρονης ιατρικής να προάγει την φροντίδα ως μια υπαρξιακή πρακτική και ένα ηθικό όραμα που αντιστέκεται στο μοντέλο της αγοράς και η σαφής στροφή της προς την αποτελεσματικότητα έχουν αρνητικές συνέπειες για τους επαγγελματίες, τους ασθενείς και τους φροντιστές (De Zulueta, 2013). «Σε περιβάλλοντα με έντονες ηθικές διαστάσεις όπως η υγειονομική φροντίδα, η

γενναιοδωρία και η συμπόνια φύονται ακόμα όπως τα άγρια και όμορφα φυτά, δίνοντάς μας ελπίδα και νόημα. Εναπόκειται σε εμάς τώρα να τα καλλιεργήσουμε έτσι ώστε να δημιουργήσουμε έναν κήπο όπου υπάρχει η δυνατότητα αρμονίας και ανθρώπινης ανάπτυξης, ακόμη και εν όψει ασθενειών και επικείμενου θανάτου» (De Zulueta, 2013).

Μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής.

Προγράμματα Αποστιγματισμού και Εκπαίδευση στην Ψυχική Υγεία. Τα προγράμματα αποστιγματισμού μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά όταν αυξάνουν την έκθεση με τα πρόσωπα της διάκρισης και προβάλλουν τις δικές τους διάφορες αιτιώδεις εξηγήσεις. Η ερμηνεία της ασθένειας και της υγείας από μια διεπιστημονική προοπτική δίνει στον ασθενή χώρο να διατυπώσει τις ανησυχίες του, εντοπίζοντας τις προσδοκίες του ασθενούς και προτρέποντας τον επαγγελματία υγείας να δείξει στον ασθενή ένα ανθρώπινο πρόσωπο. Αυτές οι προσεγγίσεις αντιπροσωπεύουν κίνηση προς μια ισόρροπη σχέση στην οποία ο κλινικός είναι ενήμερος και προσεκτικός με τη χρήση της εξουσίας του (Borrell-Carrió et al., 2004). Η ενσωμάτωση της προσωποποίησης, όπως προσωπικές λεπτομέρειες και επαναπροσανατολισμού agency (δηλαδή η ικανότητα σχεδιασμού λήψης αποφάσεων για τον εαυτό) των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές φαίνεται ότι μπορεί να οδηγήσει τους ειδικούς της ψυχικής υγείας να εκφράσουν λιγότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση που αποτελεί δείκτη στιγματιστικών συμπεριφορών προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, δεδομένου ότι η απανθρωποποίηση και κοινωνική απόσταση συνδέονται στενά (Lebowitz et al., 2016).

Η εκπαίδευση του προσωπικού της ψυχικής υγείας στον τρόπο με τον οποίο θα συμμετέχουν ενεργά οι ασθενείς στον προγραμματισμό της θεραπείας και στην κλινική λήψη αποφάσεων θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμη στρατηγική όχι μόνο

για την ενθάρρυνση της τήρησης της θεραπείας, την ικανοποίηση του ασθενή και των θετικών κλινικών αποτελεσμάτων σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (Joosten et al., 2008), αλλά και για τη διευκόλυνση της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς των κλινικών ιατρών. Η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει δεξιότητες που βοηθούν το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης να γνωρίζει τι να λέει και τι πρέπει να κάνει, έτσι ώστε να μπορούν να διαμορφώνουν τις συμπεριφορές των ανθρώπων και να κάνουν χρήση των κοινωνικών επαφών. Η κοινωνική επαφή γενικά αναφέρεται στην ακρόαση μαρτυριών πρώτης αγγελίας από άτομα με εμπειρία στα ψυχικά νοσήματα που εκπαιδεύονται να επικοινωνούν τις εμπειρίες τους από την ασθένεια και την αποκατάσταση, καθώς και τις εμπειρίες τους στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και αποτελούν βασική στρατηγική για διεπαγγελματικές εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για τη μείωση του στιγματισμού στην υγειονομική περίθαλψη (Maranzan, 2016· Knaak et al., 2017). Είναι ένα ποιοτικά διαφορετικό είδος επαφής από τις συνήθεις αλληλεπιδράσεις προσωπικού - ασθενών. Στις προσεγγίσεις κοινωνικής επαφής οι άνθρωποι που έχουν βιώσει μια ψυχική ασθένεια δεν θεωρούνται ως ασθενείς, αλλά ως εκπαιδευτικοί (Maranzan, 2016). Η κοινωνική επαφή έχει αποδειχθεί ότι δεν επιβεβαιώνει τα στερεότυπα, μειώνει το άγχος, αυξάνει την ενσυναίσθηση και βελτιώνει τις προσωπικές επαφές (Pettigrew & Tropp, 2009· Maranzan, 2016).

Παρομοίως, οι στιγματιστικές συμπεριφορές μεταξύ των κλινικών θα μπορούσαν να μειωθούν εξασφαλίζοντας τη διατήρηση των προσωπικών λεπτομερειών και στοιχείων των ασθενών τους ακόμη και όταν η βασική θεραπεία που προσφέρεται είναι μια βιολογική παρέμβαση (π.χ. φάρμακα). Αυτή η προσέγγιση είναι πιθανό να είναι όλο και πιο σημαντική καθώς οι βιοϊατρικές προσεγγίσεις

υπερισχύουν όλο και περισσότερο στον τομέα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Lebowitz et al., 2016).

Αν και έχει γίνει μεγάλη δουλειά στη δημόσια εκπαίδευση των ψυχικών ασθενειών και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος έναντι των ψυχικών ασθενειών, αυτές οι εκστρατείες δημόσιας εκπαίδευσης και ενημέρωσης δεν έχουν επιτύχει πλήρως την αποδοχή των ψυχικά ασθενών και οι άνθρωποι εξακολουθούν να διστάζουν να συνεργάζονται με άτομα που έχουν κάποια ψυχική ασθένεια. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω προσπάθειες στην προώθηση της αποδοχής και της επιβεβαίωσης πέραν της μείωσης του στιγματισμού, ώστε να δημιουργηθεί μια πιο αλληλέγγυα κοινότητα για όλους (Mak et al., 2014). Η επαφή ή άμεση αλληλεπίδραση είναι ένας επιπλέον τρόπος για τον περιορισμό του στιγματισμού. Υπάρχει ένα μεγάλο σώμα έρευνας που δείχνει ότι η διαπροσωπική επαφή με κάποιον με μια ψυχική ασθένεια είναι πολύ πιο αποτελεσματική στην άμβλυνση του στίγματος. Σε αντίθεση με την εκπαίδευση, η οποία αλλάζει στάση και όχι συμπεριφορές, η επαφή έχει την ικανότητα να αλλάξει και τα δύο (Overton & Medina, 2008).

Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη χρήση των όρων της ψυχοπαθολογίας υπέρ των βιογενετικών εξηγήσεων. Αποτελέσματα ερευνητικών δεδομένων υποδεικνύουν ότι όταν τα άτομα αναζητούν θεραπεία για συμπτώματα που δεν θεωρούνται πολύ πιθανό να προέρχονται από βιολογικά αίτια, μπορεί να δουν τους κλινικούς ιατρούς που δηλώνουν δημοσίως τους βιολογικούς προσανατολισμούς τους ως λιγότερο πιθανό να παρέχουν αποτελεσματική θεραπεία με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο διατεθειμένοι να αναζητήσουν από αυτούς βοήθεια. Με άλλα λόγια αν οι βιοϊατρικές προοπτικές μπορεί να οδηγούν την αξιολόγηση των κλινικών ως πιο ικανών σε ορισμένες περιπτώσεις, τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι αυτό είναι πιθανό να

συμβεί μόνο όταν η εν λόγω διαταραχή θεωρείται ότι έχει μεγάλη πιθανότητα να προκαλείται από βιολογικούς παράγοντες. Ωστόσο ενώ αυτή η συνθήκη εφαρμόστηκε στα ερευνητικά αποτελέσματα για την ικανότητα του κλινικού, η αντιληπτή ζεστασιά ήταν σταθερά χαμηλότερη για τον βιολογικά προσανατολισμένο κλινικό ανεξάρτητα από το αν η εν λόγω διαταραχή αποδόθηκε σε βιολογικά αίτια. Τα ευρήματα λοιπόν υποδεικνύουν ότι στην εποχή της ψυχιατρικής γενετικής και της κλινικής νευροεπιστήμης μπορεί να χρειαστούν προσπάθειες για την προστασία των σχέσεων μεταξύ κλινικών και ασθενών από τις δυνητικά επιβλαβείς επιδράσεις της βιοϊατροκοποίησης (Lebowitz et al., 2015).

Ερευνητικά ευρήματα σε ψυχικά ασθενείς δείχνουν ότι η αποδιδόμενη ανθρωπινότητα επηρεάζει τη συμπόνια, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την αναζήτηση βοήθειας για θεραπεία (Martinez, 2014). Τα συμπονετικά συναισθήματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά σε αυτήν την ψυχολογική διαδικασία. Η συναισθηματική συμπόνια θεωρείται ως μια αίσθηση που οδηγεί στην προώθηση της ευημερίας των άλλων (Goetz et al., 2010· Simpson-Thomas et al., 2011). Είναι ενδιαφέρον ότι η έρευνα του Martinez (2014) αποδεικνύει ότι τα συναισθήματα συμπόνιας, τα οποία κατά κανόνα κατευθύνονται εκτός του εαυτού, μπορούν να αναπροσανατολίσουν προς τον εαυτό για να προωθήσουν δράσεις φροντίδας όπως η αναζήτηση θεραπείας. Αυτές οι μελέτες υποδεικνύουν ότι η απόδοση της ανθρωπινότητας επηρεάζει τα κίνητρα προς την αυτο-φροντίδα επειδή η ανθρωποποίηση εμπλέκει τον εαυτό και γενικότερα τους ανθρώπους με ψυχική ασθένεια στην ίδια κατηγορία όντων που αξίζουν σεβασμό, φροντίδα και ανησυχία. Τα συμπονετικά συναισθήματα, σε αυτό το μοντέλο, είναι το αποτέλεσμα της απόδοσης της ανθρωπινότητας και με τη σειρά τους αποτελούν τα κεντρικά κίνητρα για τη λήψη μέτρων για τη φροντίδα του εαυτού. Άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η απόδοση δευτερογενών συναισθημάτων,

δηλαδή συναισθήματα Μοναδικά Ανθρώπινα (π.χ. αγωνία, πένθος, τύψεις) στα θύματα μιας φυσικής καταστροφής αυξάνει την επιθυμία να βοηθηθούν τα θύματα αυτά (Cuddy et al., 2007).

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι είναι ζωτικής σημασίας να καλλιεργεί ο θεραπευτής την ψυχολογική ευεξία προκειμένου να ελαττωθεί το στίγμα της ψυχικής υγείας και η συνακόλουθη ψυχολογική δυσφορία. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις των προγραμμάτων για τη μείωση του στίγματος, σε γενικές γραμμές επικεντρώνονται στο περιεχόμενο των προσωπικών εκδηλώσεων (όπως στάσεις, πεποιθήσεις, σκέψεις, συναισθήματα, αναμνήσεις, κλπ). Ωστόσο πρόσφατα μοντέλα της ψυχοπαθολογίας δείχνουν ότι η διαδικασία για το πώς αυτά τα γεγονότα επηρεάζουν τα συνολικά πρότυπα συμπεριφοράς είναι επίσης σημαντική για την κατανόηση και τη βελτίωση της ψυχολογικής δυσφορίας (Masuda et al., 2009). Πράγματι, πρόσφατη βιβλιογραφία δείχνει ότι η αποσύνδεση από προβληματικές σκέψεις και συναισθήματα και η παρατήρηση αυτών των εμπειριών ως ψυχικά γεγονότα είναι ζωτικής σημασίας διεργασίες για την ψυχολογική ευεξία (Longmore & Worrell, 2007).

Άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η θεραπεία από έναν γιατρό με μια μη ανθρωπιστική φιλοσοφία, οδήγησε σε αισθήματα απανθρωποποίησης, χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από το γιατρό και λιγότερο επιδιωκόμενη συμμόρφωση με τη θεραπεία με τον ασθενή. Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι οι συμμετέχοντες που ζητούν βοήθεια για ένα ψυχολογικό πρόβλημα ανέφεραν ότι αισθάνονται πιο απανθρωποποιημένοι από τους συμμετέχοντες που ζητούν θεραπεία για σωματική ασθένεια, ακόμα και όταν ζητούσαν θεραπεία από γιατρό με ανθρωπιστική προσέγγιση (Adams et al., 2017). Άλλα ερευνητικά ευρήματα επιδεικνύουν ότι οι ασθενείς εκτιμούν τους γιατρούς με ενσυναίσθηση και ακολουθούν τις οδηγίες τους

(Fung & Mercer, 2009). Οι διαπιστώσεις υποδεικνύουν ότι η αναζήτηση θεραπείας για μια ψυχική ασθένεια από έναν γιατρό που απανθρωποποιεί μπορεί να ενισχύσει την απανθρωποποίηση που συνδέεται με την ίδια την εμπειρία, με αποτέλεσμα αισθήματα απογοήτευσης, απελπισίας και μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία. Ερευνητικά ευρήματα με ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι έπαιρναν οδηγίες από έναν γιατρό που απανθρωποποιούσε, δείχνουν ότι ήρθαν αντιμέτωποι με μια περιγραφή της ασθένειάς τους ως «εγκεφαλική δυσλειτουργία» που απαιτούσε «... τον συντονισμό ή τη νέα βαθμονόμηση του μηχανήματος» (Adams et al., 2017). Οι έντονα αρνητικές απαντήσεις τους σε αυτή την περιγραφή και υπόδειξη συμφωνούν με τα ευρήματα του Haslam (2007) ότι οι βιογενετικές εξηγήσεις για την ασθένεια αρνούνται στους ασθενείς την ανθρωπιά τους και αυξάνουν την προγνωστική τους απαισιοδοξία.

Για την πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με τη νόσο απαιτούνται δεξιότητες επικοινωνίας που εμπεριέχουν και πολιτισμικά στοιχεία. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να μειωθεί το χάσμα ανάμεσα στις προτιμήσεις πληροφόρησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και στο επίπεδο ικανοποίησής από τη συζήτηση με το γιατρό αναφορικά με τη διάγνωση και θεραπεία τους (Milton & Mullan, 2014). Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε μεγαλύτερη αυτονομία και αυτοδιαχείριση της νόσου· επίσης είναι απαραίτητη η υποστήριξη αναφορικά με το στίγμα της ψυχικής νόσου (Rose & Thornicroft, 2010).

Ο εξανθρωπισμός μπορεί να γίνει κατανοητός, σύμφωνα με διαφορετικούς τρόπους: ως αρχή της ανθρωπιστικής και ηθικής βάσης, διάσωσης του σεβασμού, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, με ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες αξίες. Ως κίνηση αντίθετη προς τη θεσμική βία που λειτουργεί με την επιβολή σκληρών κανόνων και άκαμπτων δομών, τόσο στους χρήστες όσο και στους επαγγελματίες υγείας (Mello &

Leite, 2013). Οι επαγγελματίες και οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής που εξετάζουν πώς να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης καλό θα ήταν να στοχεύσουν και στην αλλαγή των αντιλήψεων των ασθενών προς τους γιατρούς (Schroeder & Fishbach, 2015).

Όροι όπως καταναλωτής, πελάτης και χρήστης υπηρεσιών χρησιμοποιούνται συχνά για τον ασθενή με ψυχική νόσο. Ο πρώτος από αυτούς τους όρους αντιπροσωπεύει την εισβολή της εμπορευματοποίησης στη σχέση μεταξύ του γιατρού και του προσώπου που ζητά να εξυπηρετηθεί. Στο παρελθόν επίσης έχουν συσχετιστεί με καταχρήσεις της ψυχιατρικής πρακτικής, με τους όρους που δίνονται στους ψυχικά πάσχοντες. (Simpson, 2011). Ο ψυχιατρικός επιζών, ο καταναλωτής και ο χρήστης της υπηρεσίας υγείας παρουσιάζουν επίσης διαφορετικά χαρακτηριστικά που τα άτομα επιθυμούν να έχουν για τον εαυτό τους. Για παράδειγμα, ο όρος ασθενής αναγνωρίζει ένα άτομο που υποφέρει και χρειάζεται υγειονομική περίθαλψη το οποίο πηγαίνει σε ένα γιατρό που καλείται να του εξασφαλίσει καλής ποιότητας φροντίδα. Δεν είναι απλώς η άνοδος της οικονομίας που πρότεινε την αλλαγή από τον όρο ασθενή στον όρο πελάτη ή χρήστη υπηρεσιών. Υπάρχει επίσης μια μετατόπιση στον τρόπο του ελέγχου και της αυτό-αντίληψης από τον ασθενή στο άτομο που βρίσκεται σε ανάρρωση ή σε κάποιον με μια εμπειρία ψυχικής ασθένειας. Η ανάπτυξη αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ασθενών που παρουσιάζουν ψυχιατρικές διαταραχές και του γενικού πληθυσμού θα μπορούσε να μειώσει την καθολική τάση απανθρωποποίησης και η ίδια πρόταση ισχύει για τις επαφές μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας (Carozza et al., 2013).

Διοικητικά Μέτρα Εξανθρωπισμού στο Νοσοκομείο. Στη γλώσσα της αγοράς, η φροντίδα θεωρείται ως αγαθό που πρόκειται να αγοραστεί και όχι ως διαδικασία (βασισμένη σε υποστηρικτικές σχέσεις), όπου η ανάγκη εντοπίζεται μέσω

του σχεσιακού διαλόγου. Στο πλαίσιο της «λογικής της επιλογής» και όχι της «λογικής της περίθαλψης», οι ασθενείς γίνονται «πελάτες» παρά άνθρωποι που χρειάζονται βοήθεια και οι επαγγελματίες γίνονται «αποδέκτες» αυτής της λογικής. Μια αγορά απαιτεί το προϊόν που αλλάζει χέρια σε μια συναλλαγή να είναι σαφώς προσδιορισμένο. Πρέπει να έχει αρχή και τέλος. Στη λογική της φροντίδας, αντίθετα, η φροντίδα είναι μια διαδραστική ανοικτή διαδικασία που μπορεί να διαμορφωθεί ή να αναμορφωθεί ανάλογα με τα αποτελέσματά της. Η διαφοροποίηση είναι αναντικατάστατη. Η μεγάλη αποτυχία της σύγχρονης ιατρικής να προάγει την φροντίδα ως μια υπαρξιακή πρακτική έχοντας ένα ηθικό όραμα που αντιστέκεται στο μοντέλο της αγοράς και ο σαφής προσανατολισμός προς την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν ως αποτέλεσμα την απαξίωση των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των φροντιστών (Kleinman, 2012). Η νοσοκομειακή διοίκηση και ο έλεγχος της διοίκησης απανθρωποποιούν, οδηγώντας σε αμφισβητήσιμη αποτελεσματικότητα η οποία όμως αγοράζεται ακριβά (De Zulueta, 2013).

Η απανθρωποποιημένη αντίληψη, στην πραγματικότητα αντιμετωπίζει το άτομο ως μια επένδυση και επιτρέπει στους ανθρώπους να πάρουν αποφάσεις που είναι σε σύγκρουση με τις προσωπικές σχέσεις, ηθικούς κανόνες και νόρμες. Το κοινωνικό πλαίσιο προωθεί τη συμπεριφορά που απαιτεί απανθρωποποιημένες αντιλήψεις. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι ρυθμιστικές αρχές στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα πρέπει να έχουν επίγνωση αυτών των πιθανών παγίδων (Harris, 2014). Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που έχουν άμεση επαφή με ασθενείς μπορούν να εκπαιδευθούν για να αυξηθεί η συμπόνια και η ενσυναίσθηση, η οποία θα τους βοηθήσει να οικοδομήσουν μια καλή σχέση με τον ασθενή και να οδηγήσει σε καλύτερες

διαγνώσεις. Εν τω μεταξύ, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας οι οποίοι παρέχουν την απαραίτητη τεχνική εμπειρογνωμοσύνη μπορεί να αποφύγουν τις αλληλεπιδράσεις με τον ασθενή (Decety et al., 2011). Αυτό μπορεί να μειώσει τα σφάλματα που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία, καθώς και τη μείωση επίδικων απαιτήσεων λόγω αμέλειας. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να διαμορφώσουν περιβάλλοντα που δεν προωθούν απανθρωποποιημένες αντιλήψεις και να βοηθήσουν στην αναδιάρθρωση του κοινωνικού περιβάλλοντος ώστε να προωθηθεί τόσο η ευημερία ολόκληρης της κοινωνίας όσο και η αναγνώριση ότι κάθε μέλος της είναι ένα ενιαίο ανθρώπινο ον (Harris, 2014). Τέλος η έλλειψη ερευνητικών μελετών για την απανθρωποποιημένη αντίληψη στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης αφήνει το περιθώριο για βελτίωση των παραπάνω συστάσεων.

Λήψη Μέτρων Υποστήριξης των Εργαζομένων από τα Νοσοκομεία. Τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η υποστήριξη των εργαζομένων αμβλύνει τις οργανωτικές απανθρωποποιητικές αντιλήψεις και σχετίζεται με ευρύτερους δείκτες ευημερίας όπως η ικανοποίηση από την εργασία, η μειωμένη συναισθηματική κόπωση και βελτίωση ψυχοσωματικών καταστάσεων (Caesens et al., 2017). Οι παράγοντες που εντοπίστηκαν ότι διευκολύνουν την ανθρωποποιημένη φροντίδα σε ποιοτική έρευνα με γιατρούς και νοσηλευτές είναι η οργανωτική κουλτούρα, οι πολυεπιστημονικές ομάδες και η αυτονομία. Ο προσανατολισμός του ιδρύματος που σέβεται τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών, τα μαθήματα κατάρτισης σχετικά με το θέμα της ανθρωποποίησης και της φιλοξενίας των ασθενών, η συμμετοχή σε προγράμματα νοσοκομειακής εκπαίδευσης και ο σεβασμός της αυτονομίας των επαγγελματιών επισημάνθηκαν ως πλεονεκτήματα για την προώθηση του εξανθρωπισμού (Calegari et al., 2015· Tajer, 2014).

Πρέπει να ληφθούν οργανωτικά μέτρα, όπως μειωμένος φόρτος εργασίας και ισχυρότερη οργανωτική υποστήριξη.

Τέλος μια κριτική που ασκείται σχετικά με την απανθρωποποίηση σε ιατρικά πλαίσια είναι η απουσία ποιοτικής έρευνας. Τέτοιες έρευνες θα μπορούσαν να λάβουν την προσοχή των πολιτικών για θέματα υγείας, των επιτρόπων των υπηρεσιών υγείας και υπευθύνων οικονομοτεχνικών μελετών καθώς η διατήρηση ή η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και των κλινικών σε συνδυασμό με τον περιορισμό ή τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας αποτελεί διαρκή στόχο των θεσμικών και κρατικών προϋπολογισμών (Miles, 2012· Lynch & Zoller, 2015).

Εξανθρωπισμός του Συστήματος Υγείας. Οι γιατροί και γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι μέρος του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Το σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί τόσο από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όσο και από το σύστημα ασφάλισης. Η οικονομική βάση ενός συστήματος υγείας -το σύστημα ασφάλισης υγείας- ή η έλλειψή του έχει πράγματι ζωτικό αντίκτυπο στην υγεία και ως εκ τούτου, αποτελεί μέρος των υπηρεσιών και των θεσμών που είναι απαραίτητες για την υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, ο στόχος της ιατρικής δεν πρέπει να περιορίζεται στην υγεία ενός συγκεκριμένου ασθενούς, αλλά θα πρέπει να περιλαμβάνει τη δημόσια υγεία. Σε 20 δυτικές κοινωνίες η ιατρική είναι στην πράξη αδιαχώριστη από την υγειονομική περίθαλψη, καθώς η ατομική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη δημόσια υγεία (Brownlee et al., 2017). Η διεύρυνση της εικόνας της ιατρικής πέρα από τη σχέση ασθενούς-ιατρού θα πρέπει να συμβάλει στην επανεξέταση του ανθρωπισμού (Ferry-Danini, 2018). Επίσης οι γιατροί, οι πολιτικοί και οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής της υγείας θα πρέπει να λάβουν μέτρα απέναντι στην υπερβολική χρήση υπηρεσιών υγείας που είναι πιθανό να προκαλέσουν

βλάβη τόσο στους ασθενείς όσο και στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Brownlee et al., 2017).

Η προσέγγιση της δημόσιας υγείας φαίνεται να είναι σε θέση να πάρει την κοινωνική πτυχή της ιατρικής στην ονομαστική της αξία. Ένα παράδειγμα είναι η χορήγηση ενός φαρμάκου σε όλους τους ανθρώπους που το έχουν ανάγκη. Μια τέτοια επιλογή δεν γίνεται από το άτομο που φροντίζει έναν ασθενή, αλλά είναι μια πολιτική επιλογή που επιτρέπει διάφορες σύνθετες θεσμικές εργασίες και νομικές διαπραγματεύσεις. Οι λόγοι πίσω από μια τέτοια πολιτική επιλογή είναι υπερβολικά πολύπλοκοι για να απαριθμηθούν εδώ, αλλά είναι σαφές ότι απέχουν από μια ενσυναίσθητη διαδικασία και σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας. Μια τέτοια απόφαση και οι διαπραγματεύσεις που γίνονται μπορούν να επηρεάσουν αποφασιστικά τη ζωή ενός ατόμου -μάλιστα τη ζωή ή το θάνατο του. Η εφαρμογή του ανθρωπισμού στα συστήματα υγείας δημιουργεί αναγκαστικά νέα ηθικά και πολιτικά ερωτήματα, σχετικά με τη δικαιοσύνη και την ισότητα (Ferry-Danini, 2018). Για ορισμένες χώρες η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι προϊόν, τεχνική ή δώρο, αλλά θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα που κατοχυρώνεται από το νόμο. Η Παγκόσμια Οργάνωση της Υγείας όρισε ως υγεία «την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας κι όχι μόνο την απολύτρωση από ασθένεια και αναπηρία». Στην Ελλάδα το δικαίωμα στην προστασία της υγείας προστατεύεται από το Σύνταγμα με τον αντίστοιχο νόμο, ως ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα καθότι σχετίζεται με την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται ως ατομικό και κοινωνικό. Το κοινωνικό δικαίωμα θεμελιώνεται στο αρθρ. 21 παρ.3 του Συντάγματος: «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Τα βασικά

δικαιώματα ληπτών υπηρεσιών υγείας αφορούν στο δικαίωμα στην υγεία και αξίωση από το κράτος να τους εξασφαλίσει πρόσβαση σε ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας και στο δικαίωμα στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και νοσοκομειακής περίθαλψης με σεβασμό στην αξιοπρέπεια, την ελευθερία και την ασφάλειά τους. Σύμφωνα με τον ισχύοντα κώδικα δημόσιας υγείας οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη και θεραπεία (Ν.1397/1983).

Η εποπτεία της ανάπτυξης δικτύων πληροφοριών κάτω από τις νέες τεχνολογίες συνεπάγεται την ουσιαστική συνεργασία μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών γύρω από τον ίδιο ασθενή. Η εύρεση αποτελεσματικών λύσεων για τη βελτίωση των σχεδίων υγειονομικής περίθαλψης καθώς και η ανάπτυξη διαλόγου με τους ασθενείς εναπόκειται στις κυβερνήσεις. Η επιτυχής ταχεία ανάπτυξή τους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης επιβάλλει δράσεις που αφορούν τις δημόσιες αρχές αφενός, και τις ερευνητικές ομάδες αφετέρου. Οι αρχές πρέπει να υποστηρίξουν τις απαραίτητες υποδομές και να παράσχουν τις ακαδημαϊκές και οργανωτικές προϋποθέσεις που απαιτούνται για την υποστήριξη αυτή. Πρέπει επίσης να τηρηθούν οι νέες διαστάσεις ηθικής πληροφόρησης. Ομοίως οι ερευνητές της ιατρικής πληροφορικής και της τεχνολογίας πρέπει τώρα να αμφισβητήσουν τις προσεγγίσεις των συνηθισμένων συστημάτων πληροφόρησης και λήψης αποφάσεων υπό το φως των τελευταίων αλλαγών στην πρακτική και στις απαιτήσεις του ασθενούς και της κοινωνίας (Fieschi, 2002). Μια οργανωτική κουλτούρα βασισμένη στη συμπόνια, όπου τα συναισθήματα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ορθολογικής σκέψης. (Kanov et al., 2004).

Λήψη Μέτρων στην Έρευνα. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν προκύπτουν ποιοτικές έρευνες για τη μελέτη της απανθρωποποίησης στο χώρο της υγείας οι οποίες θα πρόσφεραν μια μοναδική εμπειρία στον τρόπο προσέγγισης και

κατανόησης των βιωμάτων και της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στην έρευνα. Θα βοηθούσαν στη διερεύνηση του φαινομένου στο χώρο της υγείας τόσο από τη πλευρά των εργαζομένων όσο και από την πλευρά των ασθενών. Θα βοηθούσαν στην ανάπτυξη μιας πιο σύνθετης, λεπτομερούς περιγραφής και να κατανοήσης του υπό διερεύνηση φαινομένου. Θα βοηθούσαν να ακουστούν οι ιστορίες και οι «φωνές» των συμμετεχόντων και να κατανοηθούν σε βάθος οι συμπεριφορές και οι πρακτικές τους και θα βοηθούσαν στην καλύτερη κατανόηση του νοσοκομειακού πλαισίου καθώς εξισώνοντας όλα τα άτομα σε ένα στατιστικό μέσο όρο παραγνωρίζεται συγχρόνως το μοναδικό και το ανεπανάληπτο της ύπαρξής τους (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Ερευνητικοί Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα

Μετα την εκτενή μελέτη της βιβλιογραφίας σκεφτήκαμε να ερευνήσουμε την απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση στο νοσοκομείο σε σχέση με τη θεωρία δεσμού και τη θεωρία αυτοκαθορισμού γιατί δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες ή στις λίγες μελέτες που υπάρχουν και μελετάται η απανθρωποποίηση κυρίως σε σχέση με άλλες μεταβλητές χρησιμοποιούνται σενάρια και όχι πραγματικοί ασθενείς. Για την αυτό-απανθρωποποίηση δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες.

Ο σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι να συνδεθεί η έννοια της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης με τη θεωρία αυτό-καθορισμού και τη θεωρία δεσμού, έτσι ώστε να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη της απανθρωποποίησης και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης που προάγει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους καθώς επίσης και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου έχουν διεξαχθεί δύο έρευνες.

Στόχοι και Ερωτήματα της 1^{ης} Έρευνας

Στόχος της πρώτης έρευνας είναι η μελέτη της απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας, ψυχικής υγείας και γενικού πληθυσμού και της αυτό-απανθρωποποίησης των εξεταζόμενων ομάδων και πώς επιδρά ο αυτό-καθορισμός και οι διαστάσεις δεσμού στα υπό εξέταση φαινόμενα.

Με βάση το παραπάνω σκεπτικό παρατίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα της πρώτης έρευνας.

Ερώτημα 1: Οι ειδικοί ψυχικής υγείας, οι εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο και ο γενικός πληθυσμός απανθρωποποιούν το νοσηλευόμενο ασθενή;

Ερώτημα 2: Το είδος αυτοκαθορισμού (ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού) επιδρά στην απανθρωποποίηση των ασθενών;

Ερώτημα 3: Οι διαστάσεις δεσμού – άγχος και αποφυγή – των ατόμων (ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού) επιδρούν στην απανθρωποποίηση των ασθενών;

Ερώτημα 4: Υπάρχουν διαφορές ως προς την απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Μοναδικά Ανθρώπινου μεταξύ ειδικών ψυχικής υγείας, των εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού στον εαυτό τους στην καθημερινή τους ζωή;

Ερώτημα 5: Υπάρχουν διαφορές ως προς τη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση μεταξύ ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού;

Ερώτημα 6: Το είδος αυτοκαθορισμού των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού επιδρά στην απόδοση

των χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους;

Ερώτημα 7: Οι διαστάσεις δεσμού – άγχος και αποφυγή – των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού επιδρούν στην απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους;

Ερώτημα 8: Το είδος αυτοκαθορισμού των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο, και γενικού πληθυσμού επιδρά στην αυτό-απανθρωποποίηση τους;

Ερώτημα 9: Οι διαστάσεις δεσμού – άγχος και αποφυγή – των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο, και γενικού πληθυσμού επιδρούν στην αυτό-απανθρωποποίηση τους;

Στόχοι και Ερωτήματα της 2^{ης} Έρευνας

Στόχος της δεύτερης έρευνας είναι η μελέτη της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης στους ασθενείς που νοσηλεύονται με οργανική νόσο και τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή και πως επιδρούν οι διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων στα υπό εξέταση φαινόμενα.

Με βάση το παραπάνω σκεπτικό παρατίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα της δεύτερης έρευνας.

Ερώτημα 1: Οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή απανθρωποποιούν τον εαυτό τους περισσότερο σε σχέση με τους νοσηλευόμενους ασθενείς με οργανική νόσο;

Ερώτημα 2: Οι διαστάσεις δεσμού –άγχος και αποφυγή– των νοσηλευόμενων ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή επιδρούν στην απανθρωποποίηση του εαυτού τους;

Ερώτημα 3: Οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή αποδίδουν λιγότερη ανθρωπινότητα στον εαυτό τους (χαρακτηριστικά Μοναδικά Ανθρώπινα και Ανθρώπινη Φύση) σε σχέση με τους ασθενείς με οργανική νόσο;

Ερώτημα 4: Οι διαστάσεις δεσμού -άγχος και αποφυγή- των νοσηλευόμενων ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή επιδρούν στην απόδοση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινα στον εαυτό τους;

Ερώτημα 5: Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή αυτό-αпанθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από τους ασθενείς με οργανική νόσο;

Ερώτημα 6: Οι διαστάσεις δεσμού -άγχος και αποφυγή- των νοσηλευόμενων ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή επιδρούν στην αυτό-αпанθρωποποίηση τους;

Από τις απαντήσεις των ερωτημάτων των δύο ερευνών θα έχουμε μελετήσει και απαντήσει στα ακόλουθα:

- Αν το υγειονομικό προσωπικό απανθρωποποιεί (ανιμαλιστικά-μηχανιστικά) το νοσηλευόμενο ασθενή και αν ο νοσηλευόμενος ασθενής απανθρωποποιεί τον εαυτό του.
- Αν το υγειονομικό προσωπικό, γενικός πληθυσμός και ασθενείς αυτό-αпанθρωποποιούνται.
- Αν ο ανασφαλής δεσμός συμβάλλει στην απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή και την αυτό-αпанθρωποποίηση του υγειονομικού προσωπικού, γενικού πληθυσμού και ασθενών.
- Αν ο αυτοκαθορισμός του υγειονομικού προσωπικού και γενικού πληθυσμού συμβάλλει στην απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή και στην

αυτό-απανθρωποποίηση του υγειονομικό προσωπικού και γενικού πληθυσμού.

Μέθοδος Έρευνας 1^{ης}

Συμμετέχοντες

Για την επιλογή του δείγματος ακολουθήθηκε η τεχνική της συμπτωματικής δειγματοληψίας (ή δειγματοληψία ευκολίας). Το δείγμα συγκροτήθηκε αποκλειστικά από όλους εκείνους τους συμμετέχοντες που ήταν πρόσφοροι και άμεσα προσβάσιμοι στην ερευνήτρια κατά τη στιγμή της διεξαγωγής της έρευνας (Σταλίκας, 2011). Για την επιλογή των εργαζομένων που συμμετείχαν στη μελέτη επιλέχθηκαν δύο μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας, ένα Γενικό Νοσοκομείο («Σωτηρία») και ένα Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο («Δρομοκαΐτειο»). Οι εργαζόμενοι από το Γενικό νοσοκομείο προέρχονται όλοι από το Γενικό Νοσοκομείο, ενώ οι ειδικοί της Ψυχικής υγείας ήταν 20 άτομα από το Γενικό νοσοκομείο και 115 από το Ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Για την επιλογή του δείγματος του γενικού πληθυσμού επιλέχθηκαν άτομα που διαμένουν στην Αθήνα και προσεγγίστηκαν στο χώρο εργασίας και στο χώρο κατοικίας τους. Το μέγεθος του δείγματος καλύπτει το 10% των εργαζομένων όλων των ειδικοτήτων που εργάζονται στα προαναφερόμενα νοσοκομεία. Οι συμμετέχοντες έλαβαν τα ερωτηματολόγια κατόπιν προσωπικής προσέγγισης από την ερευνήτρια στα νοσηλευτικά τμήματα που εργάζονταν. Δέκα ερωτηματολόγια ακυρώθηκαν, γιατί οι συμμετέχοντες δεν είχαν συμπληρώσει όλα τα ερωτηματολόγια. Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 353 άτομα.

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι ερωτώμενοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (γιατροί, νοσηλευτές και ψυχολόγοι που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα), οι εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο (γιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται στο παθολογικό, χειρουργικό τομέα και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου) και ο γενικός πληθυσμός καλούνταν να συμπληρώσουν

ορισμένα βασικά δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, κλπ. (Πίνακας 2). Μεταξύ των συμμετεχόντων 135 άτομα είναι ειδικοί ψυχικής υγείας, 134 άτομα εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο και 84 άτομα ανήκουν στο γενικό πληθυσμό . Από τους συμμετέχοντες το 34% είναι ηλικίας 18-35 ετών, το 42% είναι 36-45 ετών και το 24% είναι 46-60 ετών και το υπόλοιπο άνω των 60 ετών, το 21% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου –Λυκείου, το 50% απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ και το 28% κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδασκτορικού. Από τους συμμετέχοντες 103 άτομα είναι άντρες και 250 άτομα είναι γυναίκες.

Πίνακας 2

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος, N = 353 (Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, Γενικός Πληθυσμός)

Χαρακτηριστικό	N	%
Φύλο		
Άντρες	103	29.2
Γυναίκες	250	70.8
Ηλικία		
18-35	120	34
36-45	148	41.9
45-άνω των 60	85	24.1
Μόρφωση		
Λύκειο	78	21.1
ΑΕΙ-ΤΕΙ	178	50.4
Μεταπτυχιακό - διδακτορικό	97	27.5
Δείγμα		
Ειδικοί Ψυχικής Υγείας	135	38.2
Ειδικοί Υγείας	134	38
Γενικός Πληθυσμός	84	23.8

Αιτιολογία Επιλογής Δείγματος μόνο από το Νομό Αττικής

Η επιλογή του πεδίου έρευνας έγινε από το Νομό Αττικής διότι ο Νομός Αττικής καλύπτει περίπου το 50% του ενεργού πληθυσμού της χώρας (ΕΛΣΤΑΤ, 2014), - ποσοστό ασφαλές για την αντιπροσωπευτικότητα της κοινωνικο-οικονομικής

διαστρωμάτωσης του - και δεύτερον, διότι ανθρωπολογικά – λόγω της εσωτερικής μετανάστευσης - αντιπροσωπεύονται όλες οι περιφέρειες της χώρας (παραδόσεις, πολιτισμικές ιδιαιτερότητες κ.τ.λ.).

Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων διαφυλάχθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του ερευνητικού πονήματος. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη και προστατεύτηκε η ακεραιότητα και η ιδιωτικότητα όλων των συμμετεχόντων.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Ερωτηματολόγιο Απανθρωποποίησης

Το ερωτηματολόγιο απανθρωποποίησης (Haslam, 2006) χορηγήθηκε στους επαγγελματίες υγείας (ειδικούς ψυχικής υγείας και εργαζομένους στο γενικό σοκομείο) και γενικό πληθυσμό προκειμένου να αξιολογηθεί η απανθρωποποίηση των ασθενών. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο (Παράρτημα, σελ. 411) αποτελούμενο από οκτώ ζεύγη χαρακτηριστικών (π.χ. απόμακρος-ψυχρός, με ζεστασιά), τα οποία αποδίδονται στο νοσηλευόμενο ασθενή. Το ερωτηματολόγιο έχει δυο διαστάσεις : τη μηχανιστική απανθρωποποίηση και την ανιμαλιστική απανθρωποποίηση. Οι δηλώσεις 1,2,3,4 (π.χ. απόμακρος/ψυχρός, με ζεστασιά) συνιστούν τη μηχανιστική απανθρωποποίηση και οι δηλώσεις 5,6,7,8 (π.χ. ενστικτώδης/ορθολογικός), συνιστούν την ανιμαλιστική απανθρωποποίηση. Από την υποκλίμακα της μηχανιστικής απανθρωποποίησης η δήλωση 2 κωδικοποιείται αντίστροφα. Η βαθμολόγηση γίνεται σύμφωνα με μια 9-βάθμια κλίμακα τύπου Likert όπου το 1 αντιστοιχεί στο χαρακτηριστικό που βρίσκεται στην αριστερή πλευρά της κλίμακας (π.χ. χωρίς αυτονομία και βούληση) και το 9 στο χαρακτηριστικό που βρίσκεται στη δεξιά πλευρά της κλίμακας (αυτόνομος και αυτόβουλος). Όσο χαμηλότερη τιμή τόσο μεγαλύτερη απανθρωποποίηση και αντίστοιχα όσο μεγαλύτερη τιμή τόσο μεγαλύτερη ανθρωπινότητα. Η μέγιστη βαθμολογία που

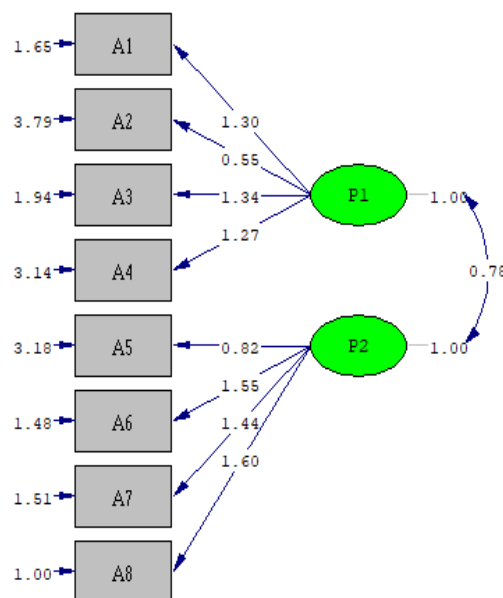
μπορεί να δοθεί ανά διάσταση είναι 36. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα Ελληνικά από τη Μ. Σακαλάκη (Sakalaki et al. 2017· Svoli et al., 2018). Στηρίζεται στο μοντέλο του Haslam (2006). Το ερωτηματολόγιο είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο στη διεθνή βιβλιογραφία για την αξιολόγηση της απανθρωποποίησης, γεγονός που το καθιστά κατάλληλο για τις ερευνητικές μελέτες (Haslam et al., 2005).

Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (Confirmatory Factor Analysis). Η καλή προσαρμογή του μοντέλου των δυο παραγόντων που προέκυψε από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (Σχήμα 2) σύμφωνα με τα οποία:

α) $\chi^2/df = 1.84$, β) $p = .17$, γ) $RMSEA = .04$.

Σχήμα 2

Διάγραμμα Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης του Ερωτηματολογίου της Απανθρωποποίησης



Σημείωση. $\chi^2 = 35$, $df = 19$, $p = .17$, $RMSEA = .04$

Η τιμή του $RMSEA = .04$ δείχνει καλή προσαρμογή του μοντέλου. Επίσης ο λόγος $\chi^2/df = 1.84$, δηλαδή είναι μικρότερος από 2, που σημαίνει ότι έχουμε καλή

προσαρμογή του μοντέλου. Το $p = .17$ δείχνει ότι το χ^2 είναι μεγαλύτερο του 5%, το οποίο θέτουμε ως όριο για να κρίνουμε τη μηδενική μας υπόθεση (Δαφέρμος, 2013).

Στο παραπάνω βηματικό διάγραμμα (path diagram) που προέκυψε από την εφαρμογή της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (CFA) με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Lisrel 8.8 για Windows φαίνεται η επίδραση καθενός από τους παραπάνω δυο παράγοντες στην αντίστοιχη ομάδα ερωτήσεων που συγκροτεί τον παράγοντα, όπου P1 στο διάγραμμα συμβολίζει τον παράγοντα μηχανιστική απανθρωποποίηση και όπου P2 στο διάγραμμα συμβολίζει το παράγοντα ανιμαλιστική απανθρωποποίηση.

Ερωτηματολόγιο Μηχανιστικής Αυτό-απανθρωποποίησης (Mechanistic Self-Dehumanization Scale)

Το ερωτηματολόγιο μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης (MSDS) χορηγήθηκε στους επαγγελματίες υγείας (ειδικούς ψυχικής υγείας και εργαζομένους στο γενικό νοσοκομείο) και γενικό πληθυσμό προκειμένου να αξιολογηθεί η αυτό-απανθρωποποίηση τους. Η εκτίμηση της αυτό-απανθρωποποίησης κρίθηκε σημαντική για τη μελέτη της απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή για να ερευνηθεί αν αυτοί που απανθρωποποιούν αυτό-απανθρωποποιούνται ή αν η απανθρωποποίηση δρα σαν άμυνα προς την απανθρωποποίηση του εαυτού.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 δηλώσεις και μετρά την απόδοση χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης στον εαυτό (π.χ. «Συνήθως δεν λειτουργώ με συναισθηματικό τρόπο»). Το ερωτηματολόγιο της Μηχανιστικής Απανθρωποποίησης του Εαυτού (MSDS, Sakalaki et al., 2017) είναι εμπνευσμένο από τα μοντέλα του Haslam (2006) και των Gray et al. (2007). Η βαθμολόγηση γίνεται με μια 9-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1= «διαφωνώ απόλυτα», 9= «συμφωνώ απόλυτα») όπου δηλώνεται ο βαθμός συμφωνίας που περιγράφεται σε κάθε δήλωση. Όσο μεγαλύτερη

τιμή τόσο μεγαλύτερη η αυτό-απανθρωποποίηση. Το ερωτηματολόγιο συσχετίστηκε αρνητικά με το ερωτηματολόγιο των χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης και μοναδικά ανθρώπινων που ήταν εμπνευσμένο από το μοντέλο του Haslam (2006). Συσχετίστηκε αρνητικά τόσο με την Ανθρώπινη Φύση, $r = -.63, p < .001$, όσο και με το Μοναδικά Ανθρώπινο, $r = -.47, p < .001$ (Sakalaki et al., 2017).

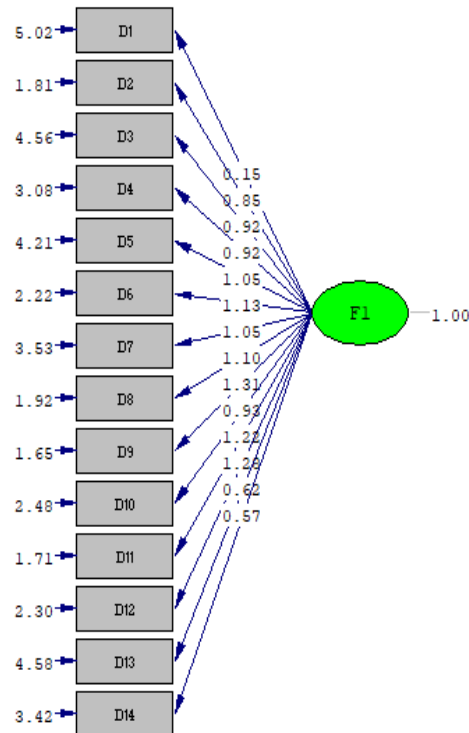
Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να δοθεί είναι 126. Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί στη βιβλιογραφία για την αξιολόγηση της απανθρωποποίησης του εαυτού γεγονός που την καθιστά κατάλληλη για τις μελέτες (Sakalaki et al., 2017· Svoli et al., 2018). Η αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια της κλίμακας είναι Cronbach's $\alpha = .78$ (Sakalaki et al., 2017).

Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (CFA). Η καλή προσαρμογή του μοντέλου των δυο παραγόντων που προέκυψε από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης σύμφωνα με τα οποία: α) $\chi^2/df = 1.04$, β) $p = .16$, γ) RMSEA = .04.

Η τιμή του RMSEA = .04 δείχνει καλή προσαρμογή του μοντέλου. Επίσης ο λόγος $\chi^2 / df = 1.04$, δηλαδή είναι μικρότερος από 2, που σημαίνει ότι έχουμε καλή προσαρμογή του μοντέλου. Το $p = .16$ δείχνει ότι το χ^2 είναι μεγαλύτερο του 5%, το οποίο θέτουμε ως όριο για να κρίνουμε τη μηδενική μας υπόθεση (Δαφέρμος, 2013). Στο παρακάτω διάγραμμα (Σχήμα 3) που προέκυψε από την εφαρμογή της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (CFA) με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Lisrel 8.8 για Windows φαίνεται η επίδραση του παράγοντα στην αντίστοιχη ομάδα ερωτήσεων που συγκροτεί τον παράγοντα, όπου F1 στο διάγραμμα συμβολίζει τον παράγοντα αυτό-απανθρωποποίησης.

Σχήμα 3

Διάγραμμα Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης του Ερωτηματολογίου της Μηχανιστικής Αυτό-απανθρωποποίησης



Σημείωση. $\chi^2/df = 1.04$, $p = .16$, RMSEA = .04

Ερωτηματολόγιο των Χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης (HN) και Ανθρώπινης Μοναδικότητας (HU)

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους επαγγελματίες υγείας (ειδικούς ψυχικής υγείας και εργαζομένους στο γενικό νοσοκομείο) και το γενικό πληθυσμό προκειμένου να αξιολογηθεί αν οι ερωτώμενοι αποδίδουν περισσότερη ή λιγότερη ανθρωπινότητα (HN, HU) στον εαυτό τους στην καθημερινότητα τους. Το ερωτηματολόγιο στηρίζεται στο μοντέλο του Haslam (2006) για την απανθρωποποίηση και έχει χρησιμοποιηθεί από το Haslam & Bastian (2010) στη μελέτη του κοινωνικού εξοστρακισμού για την αξιολόγηση των αυτό-αντιλήψεων και μετά-αντιλήψεων του εαυτού αναφορικά με την απανθρωποποίηση των άλλων.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 8 δηλώσεις που αφορούν την απόδοση χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης (HN) και ανθρώπινης μοναδικότητας (HU) στον εαυτό. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο υποκλίμακες με τέσσερις προτάσεις η καθεμιά που αξιολογούν τις διαστάσεις Ανθρώπινη Φύση (π.χ. «αισθάνομαι σα να είμαι ανοιχτόμυαλος και να μπορώ να σκεφτώ καθαρά τα πράγματα») και Μοναδικά Ανθρώπινο (π.χ. «αισθάνομαι ορθολογικός και λογικός σα να είμαι έξυπνος»). Οι προτάσεις 1, 2, 3, 4 συνιστούν την υποκλίμακα HN, και οι προτάσεις 5, 6, 7, 8 συνιστούν την υποκλίμακα HU. Οι προτάσεις 3, 4 από την υποκλίμακα HN, και οι προτάσεις 7, 8 από την υποκλίμακα HU έχουν αντίστροφη κωδικοποίηση. Η βαθμολόγηση γίνεται σύμφωνα με μια 9-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1 = «καθόλου», 9 = «πάρα πολύ»), όπου δηλώνεται ο βαθμός συμφωνίας της κατάστασης που περιγράφεται σε κάθε δήλωση. Όσο μεγαλύτερη τιμή τόσο μεγαλύτερη απόδοση του χαρακτηριστικού HN και HU στον εαυτό. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να δοθεί ανά παράγοντα είναι το 36.

Η μετάφραση έγινε από τη Μ. Σακαλάκη και η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Sakalaki et al., 2017). Η αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια της και για κάθε διάσταση είναι Cronbach's $\alpha = .82$ για την Ανθρώπινη Φύση και Cronbach's $\alpha = .67$ για το Μοναδικά Ανθρώπινο (Haslam & Bastian, 2010).

Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (CFA). Η καλή προσαρμογή του μοντέλου των δυο παραγόντων που προέκυψε από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης σύμφωνα με τα οποία: α) $\chi^2/df = 1.85$, β) $p = .16$, γ) RMSEA = .03.

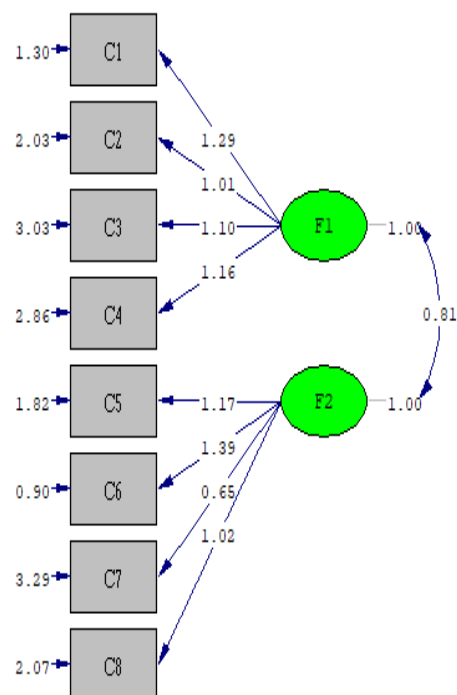
Η τιμή του RMSEA = .03 δείχνει καλή προσαρμογή του μοντέλου. Επίσης ο λόγος $\chi^2/df = 1.85$, δηλαδή είναι μικρότερος από 2, που σημαίνει ότι έχουμε καλή

προσαρμογή του μοντέλου. Το $p = .03$ δείχνει ότι το χ^2 είναι μεγαλύτερο του 5%, το οποίο θέτουμε ως όριο για να κρίνουμε τη μηδενική μας υπόθεση (Δαφέρμος, 2013).

Στο παρακάτω διάγραμμα (path diagram) που προέκυψε από την εφαρμογή της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (CFA) με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Lisrel 8.8 για Windows φαίνεται η επίδραση καθενός από τους παραπάνω δυο παράγοντες στην αντίστοιχη ομάδα ερωτήσεων που συγκροτεί τον παράγοντα, όπου F1 στο διάγραμμα συμβολίζει τον παράγοντα Ανθρώπινη Φύση και όπου F2 στο διάγραμμα συμβολίζει το παράγοντα Μοναδικά Ανθρώπινο (Σχήμα 4).

Σχήμα 4

Διάγραμμα Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης του Ερωτηματολογίου των Χαρακτηριστικών της Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας



Σημείωση. $\chi^2 = 52$, $df = 28$, $p = 0.16$, $RMSEA = .03$

Ερωτηματολόγιο Αιτιότητας προσανατολισμού της συμπεριφοράς (General Causality Orientation Scale)

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους επαγγελματίες υγείας (ειδικούς ψυχικής υγείας και εργαζομένους στο γενικό νοσοκομείο) και το γενικό πληθυσμό

προκειμένου να αξιολογηθεί ο προσανατολισμός της συμπεριφοράς τους, το οποίο περιελάμβανε τη σύντομη εκδοχή της General Causality Orientation Scale (GCOS, Deci & Ryan, 1985b). Η εκτίμηση του προσανατολισμού της συμπεριφοράς κρίθηκε σημαντική για τη μελέτη της απανθρωποποίησης των ασθενών και απανθρωποποίηση του εαυτού γιατί σύμφωνα με τη θεωρία του αυτοκαθορισμού (Deci & Ryan, 2000) η ανθρώπινη συμπεριφορά μπορεί να είναι είτε αυτοκαθοριζόμενη (self-determined), είτε ετεροκαθοριζόμενη (non self-determined) και αυτό εξαρτάται από το πόσο ικανοποιούνται οι βασικές ψυχολογικές ανάγκες της αυτονομίας, της αποτελεσματικότητας και των σχέσεων με άλλους. Στο πλαίσιο του νοσοκομείου θελήσαμε να μελετήσουμε αν οι ανάγκες των ειδικών ικανοποιούνται άμεσα, έτσι ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και να μην απανθρωποποιούν ή αυτό-απανθρωποποιούνται, ή αν αυτές ανατρέπονται οπότε θα απανθρωποποιούν τον νοσηλευόμενο ασθενή ή τον εαυτό τους. Οι σκοτεινότερες πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της εμπειρίας γίνονται κατανοητές από την άποψη ότι οι βασικές ψυχολογικές ανάγκες έχουν ανατραπεί. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 12 βινιέτες. Σε κάθε βινιέτα (π.χ. «Σας προτείνεται μια νέα θέση σε μια εταιρεία όπου είχατε εργαστεί κάποια περίοδο. Το πρώτο πράγμα που πιθανώς σας απασχολήσει είναι») προτείνονται τρεις εναλλακτικές απαντήσεις, π.χ. Α) τι θα γίνει αν δεν μπορέσω να ανταπεξέλθω στα καινούργια μου καθήκοντα; Β) θα κάνω πράγματα μέσα από αυτή τη θέση; Γ) αναρωτιέμαι αν η νέα μου δουλειά είναι ενδιαφέρουσα. Καθεμία από τις απαντήσεις αντιστοιχεί στον αυτόνομο, ελεγχόμενο και απρόσωπο προσανατολισμό. Η βαθμολόγηση γίνεται με μια 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1 = «καθόλου πιθανό», 7 = «πάρα πολύ πιθανό») όπου δηλώνεται ο βαθμός συμφωνίας της κατάστασης που περιγράφεται σε κάθε δήλωση. Όσο μεγαλύτερη τιμή τόσο μεγαλύτερη απόδοση του παράγοντα στον εαυτό. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί

να δοθεί ανά παράγοντα είναι το 84. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα Ελληνικά από Μ. Σακαλάκη & Κ. Φουσιάνη (Sakalaki & Fousiani, 2012) και χρησιμοποιείται στη διεθνή βιβλιογραφία. Η αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια της κλίμακας είναι Cronbach's $\alpha = .75$, και για κάθε προσανατολισμού είναι: Αυτόνομος προσανατολισμός Cronbach's $\alpha = .75$, ελεγχόμενος προσανατολισμός Cronbach's $\alpha = .74$, απρόσωπος προσανατολισμός Cronbach's $\alpha = .77$ (Deci & Ryan, 1985).

Ερωτηματολόγιο Δεσμού Ενηλίκων

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους επαγγελματίες υγείας (ειδικούς ψυχικής υγείας και εργαζομένους στο γενικό νοσοκομείο) και γενικό πληθυσμό προκειμένου να αξιολογηθεί ο ενήλικος δεσμός. Η εκτίμηση του ενήλικου δεσμού κρίθηκε σημαντική για τη μελέτη της απανθρωποποίησης των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 προτάσεις οι οποίες αφορούν τις ερωτικές σχέσεις συμπεριλαμβανομένου και του γάμου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο υποκλίμακες με 18 προτάσεις η καθεμιά, οι οποίες αξιολογούν τις δυο διαστάσεις (άγχος/εμμονή, αποφυγή) της ενήλικης προσκόλλησης. Με βάση τις δύο διαστάσεις οι ερωτώμενοι μπορούν να καταταχθούν στους τέσσερις τύπους δεσμού. Ο ερωτώμενος αναφέρει κατά πόσο συμφωνεί με καθεμιά από τις 36 προτάσεις σε μια 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1 = «διαφωνώ απόλυτα», 7 = «συμφωνώ απόλυτα»). Οι προτάσεις με μονούς αριθμούς αποτελούν την υποκλίμακα της αποφυγής. Από αυτές οι 3, 7, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 29, 31, 33, 35, έχουν αντίστροφη κωδικοποίηση. Οι προτάσεις στους ζυγούς αριθμούς αποτελούν την υποκλίμακα του άγχους/εμμονής. Από αυτές οι 18 και 22 έχουν αντίστροφη κωδικοποίηση. Ο μέσος όρος σε κάθε υποκλίμακα δίνει τη βαθμολογία του ερωτώμενου στις δυο διαστάσεις δεσμού, οι δε χαμηλές τιμές της αποφυγής

αναφέρονται στην ασφάλεια (Σταλίκας και συν., 2012· Tsagarakis et al., 2007· Fraley et al., 2000). Το ερωτηματολόγιο διακρίνεται από ικανοποιητική αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια. Ο Cronbach's $\alpha = .91$ για την υποκλίμακα της αποφυγής και Cronbach's $\alpha = .91$ για την υποκλίμακα του άγχους/εμμονής (Σταλίκας και συν., 2012).

Διαδικασία έρευνας

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη το χρονικό διάστημα Ιούνιος 2016-Δεκέμβριος 2016. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τα ίδια ερωτηματολόγια και προσεγγίστηκαν οι ειδικοί υγείας στο χώρο εργασίας τους και ο γενικός πληθυσμός στο χώρο κατοικίας του. Οι ειδικοί υγείας προέρχονται από το Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία». Οι ειδικοί ψυχικής υγείας προέρχονται από δυο μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας, το Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία» και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών Δρομοκαϊττείο. Οι οδηγίες που δόθηκαν πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ότι πρόκειται για μια έρευνα που διεξάγεται στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής της ερευνήτριας και αφορά το νοσηλευόμενο ασθενή. Δεν δόθηκαν περαιτέρω πληροφορίες για αποφυγή μεροληψίας. Ενημερώθηκαν επίσης ότι η έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη και δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Ο χρόνος συμπλήρωσης του κάθε ερωτηματολογίου ήταν 15 λεπτά.

Βασικοί Στατιστικοί Έλεγχοι και Αναλύσεις

Τα δημογραφικά δεδομένα που προέκυψαν από τη μελέτη εξετάστηκαν, αρχικά με τη βοήθεια της Περιγραφικής Στατιστικής. Η διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων έγινε με μια σειρά από αναλύσεις, οι οποίες περιλάμβαναν ελέγχους υποθέσεων με χρήση t-test, Correlation, ANOVA (one-way & two way), καθώς επίσης και το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Παλινδρόμησης. Για τις αναλύσεις

χρησιμοποιήθηκαν το SPSS Base και το SPSS Advanced Models (Έκδοση 25, 2018). Το ίδιο λογισμικό χρησιμοποιήθηκε και για τους στατιστικούς ελέγχους και τις αναλύσεις της δεύτερης έρευνας. Για την επιβεβαιωτική ανάλυση των ερωτηματολογίων (confirmatory factor analysis) χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Lisrel 8.8 για Windows.

Ψυχομετρικές Ιδιότητες των Ερωτηματολογίων

Κρίθηκε απαραίτητο να διενεργηθεί ανάλυση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των κλιμάκων (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Εσωτερική Αξιοπιστία των Ερωτηματολογίων της Έρευνας 1

Ερωτηματολόγιο	Υποκλίμακες	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's alpha
Απανθρωποποίησης		8	.77
	Μηχανιστική	4	.66
	Ανιμαλιστική	4	.76
Αυτοαπανθρωποποίηση (MSDS)	-	14	.78
Χαρακτηριστικά HN, HU		8	.78
	Ανθρώπινη Φύση	4	.82
	Μοναδικά Ανθρώπινο	4	.67
Δεσμού Ενηλίκων		36	.91
	Άγχος	18	.91
	Αποφυγή	18	.91
Προσανατολισμού		12 Vignettes	.75
	Αυτονομία	12	.75
	Έλεγχος	12	.74
	Απρόσωπο	12	.77

Πιο συγκεκριμένα: στο ερωτηματολόγιο της απανθρωποποίησης ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν .77. Στην υποκλίμακα της μηχανιστικής απανθρωποποίησης ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν .67, ενώ στην υποκλίμακα της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν .76. Στο ερωτηματολόγιο της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν .78. Στο ερωτηματολόγιο χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση, Μοναδικά Ανθρώπινο ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .78$. Συγκεκριμένα για την υποκλίμακα Ανθρώπινη Φύση ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .82$, ενώ για την υποκλίμακα Μοναδικά Ανθρώπινο ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .67$. Στο ερωτηματολόγιο προσανατομισμού ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .75$. Συγκεκριμένα στην υποκλίμακα της αυτονομίας ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .75$, στην υποκλίμακα του ελέγχου ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .74$, και στην υποκλίμακα του απρόσωπου ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .77$. Τέλος στο ερωτηματολόγιο δεσμού ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .91$. Συγκεκριμένα στην υποκλίμακα της αποφυγής ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .91$, ενώ στην υποκλίμακα του άγχους/εμμονής ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .91$.

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των Ερωτηματολογίων της Έρευνας

Το εύρος τιμών, οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των ερωτηματολογίων της έρευνας παρατίθενται στους Πίνακες 4 έως και 8.

Πίνακας 4

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις Κλιμάκων Μηχανιστικής και Ανιμαλιστικής Απανθροποποίησης (N = 353)

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1_Μηχανιστική	8	5.3	1.6
E2_Μηχανιστική	8	4.9	1.7
E3_Μηχανιστική	8	5.3	1.6
E4_Μηχανιστική	7	4.4	1.8
E5_Ανιμαλιστική	8	4.7	1.6
E6_Ανιμαλιστική	8	5.5	1.7
E7_Ανιμαλιστική	8	5.1	1.6
E8_Ανιμαλιστική	7	5.2	1.6

Πίνακας 5

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις Κλίμακας Αυτό-απανθροποποίησης (N = 353)

Ερώτημα	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1	8	5.1	2.0
E2	8	2.8	1.5
E3	8	3.8	2.3
E4	8	3.6	1.8
E5	8	3.9	2.1
E6	8	3.4	1.8
E7	8	3.4	2.0
E8	8	3.4	1.6
E9	8	2.7	1.6
E10	8	3.4	1.7
E11	8	3.2	1.5
E12	8	3.3	1.7
E13	8	4.9	2.1
E14	8	5.1	1.8

Πίνακας 6

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις Κλίμακας Χαρακτηριστικών ΗΝ, ΗΥ (N = 353)

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1_ΗΝ	8	6.8	1.5
E2_ΗΝ	7	6.7	1.5
E3_ΗΝ	8	6.5	1.8
E4_ΗΝ	7	7.1	1.9
E5_ΗΥ	8	6.7	1.6
E6_ΗΥ	8	6.9	1.5
E7_ΗΥ	8	7.7	1.6
E8_ΗΥ	8	7.8	1.5

Πίνακας 7

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων (N =

353)

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1_Αποφυγή	6	4.9	2.1
E3_Αποφυγή	6	5.1	1.9
E5_Αποφυγή	6	4.1	2.1
E7_Αποφυγή	6	4.5	2.0
E9_Αποφυγή	6	4.7	1.9
E11_Αποφυγή	6	4.8	2.0
E13_Αποφυγή	6	5.3	1.8
E15_Αποφυγή	6	4.7	1.8
E17_Αποφυγή	6	4.6	1.9
E19_Αποφυγή	6	5.3	1.8
E21_Αποφυγή	6	5.5	1.6
E23_Αποφυγή	6	4.6	1.9
E25_Αποφυγή	6	5.3	1.7
E27_Αποφυγή	6	5.4	1.7
E29_Αποφυγή	6	4.9	1.8
E31_Αποφυγή	6	3.9	1.9
E33_Αποφυγή	6	5.3	1.7
E35_Αποφυγή	6	4.6	1.6
E2_Άγχος/Εμμονή	6	5.1	1.8
E4_Άγχος/Εμμονή	6	5.1	1.8
E6_Άγχος/Εμμονή	6	5.1	1.8
E8_Άγχος/Εμμονή	6	4.6	1.8
E10_Άγχος/Εμμονή	6	3.7	2.1
E12_Άγχος/Εμμονή	6	4.6	2.0
E14_Άγχος/Εμμονή	6	4.6	2.0
E16_Άγχος/Εμμονή	6	4.7	1.8
E18_Άγχος/Εμμονή	6	3.7	2.0
E20_Άγχος/Εμμονή	6	5.6	1.6
E22_Άγχος/Εμμονή	6	3.5	2.0
E24_Άγχος/Εμμονή	6	4.8	1.8
E26_Άγχος/Εμμονή	6	4.8	1.8
E28_Άγχος/Εμμονή	6	4.8	1.9
E30_Άγχος/Εμμονή	6	5.6	1.7
E32_Άγχος/Εμμονή	6	4.3	2.0
E34_Άγχος/Εμμονή	6	5.6	1.6
E36_Άγχος/Εμμονή	6	5.1	1.8

Πίνακας 8

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις Κλίμακας Προσανατολισμού (N = 353)

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1a_Αυτονομία	6	5.8	1.3
E1b_Έλεγχος	6	5.3	1.5
E1c_Απρόσωπο	6	4.0	1.9
E2a_Αυτονομία	6	6.5	.9
E2b_Απρόσωπο	6	2.8	2.0
E2c_Έλεγχος	6	5.2	1.7
E3a_Έλεγχος	6	5.2	1.7
E3b_Απρόσωπο	6	4.1	1.8
E3c_Αυτονομία	6	4.9	1.7
E4a_Αυτονομία	6	5.6	1.6
E4b_Έλεγχος	6	4.5	1.9
E4c_Απρόσωπο	6	4.2	2.1
E5a_Αυτονομία	6	6.0	1.1
E5b_Απρόσωπο	6	2.4	1.6
E5c_Έλεγχος	6	4.4	1.8
E6a_Απρόσωπο	6	2.9	1.7
E6b_Αυτονομία	6	4.4	1.7
E6c_Έλεγχος	6	3.0	1.7
E7a_Έλεγχος	6	4.5	1.6
E7b_Αυτονομία	6	5.6	1.2
E7c_Απρόσωπο	6	3.4	1.7
E8a_Έλεγχος	6	4.7	1.7
E8b_Απρόσωπο	6	3.8	1.9
E8c_Αυτονομία	6	5.4	1.6
E9a_Απρόσωπο	6	2.7	1.5
E9b_Έλεγχος	6	5.2	1.5
E9c_Αυτονομία	6	5.6	1.5
E10a_Απρόσωπο	6	4.4	2.0
E10b_Αυτονομία	6	6.0	2.0
E10c_Έλεγχος	6	6.0	1.2
E11a_Έλεγχος	6	5.0	1.9
E11b_Αυτονομία	6	5.0	1.9
E11c_Απρόσωπο	6	3.4	1.6
E12a_Αυτονομία	6	5.3	1.5
E12b_Έλεγχος	6	5.5	1.5
E12c_Απρόσωπο	6	5.1	1.6

Έλεγχος Κανονικότητας των Εξαρτημένων Μεταβλητών

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των υπό μελέτη εξαρτημένων μεταβλητών με τη χρήση ιστογραμμάτων και Q-Q διαγραμμάτων όπου και διαπιστώθηκε ότι πληρείται αρκούντως ικανοποιητικά η προϋπόθεση της κανονικότητας. Επίσης, είναι γνωστό ότι το Κεντρικό Οριακό Θεώρημα (ΚΟΘ) (Rouaud, 2013), για αρκούντως μεγάλο δείγμα ($n > 30$), ισχύει ανεξάρτητα από το είδος της κατανομής από την οποία λαμβάνεται το δείγμα (Pallant, 2007) (δλδ το άθροισμα και -επομένως- η μέση τιμή, μεγάλου αριθμού ανεξάρτητων παρατηρήσεων, ακολουθεί κατά προσέγγιση κανονική κατανομή, ανεξαρτήτως από το ποια κατανομή ακολουθούν οι παρατηρήσεις).

Αποτελέσματα Έρευνας 1^{ης}

Απανθροποποίηση

Η ανάλυση έγινε με την ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης (one way ANOVA). Παρατηρείται στον Πίνακα 9 ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ως προς τη Μηχανιστική Απανθροποποίηση μεταξύ των εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο, του γενικού πληθυσμού και των ειδικών ψυχικής υγείας, $F(2, 350) = 3.29, p < .05, \eta^2 = .09$. Ο δείκτης Cohen's $\eta^2 = .09$ δείχνει μεγάλο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Πίνακας 9

Επίδραση των Ειδικών Ψυχικής Υγείας, των Εργαζομένων στο Υπόλοιπο Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) στις Μεταβλητές Μηχανιστική Απανθροποποίηση και Ανιμαλιστική Απανθροποποίηση

Απανθροποποίηση	Δείγμα	N	M	SD	F	η^2	p
Μηχανιστική	Ειδικοί ψυχικής υγείας	135	5.0	1.0	F(2,350) = 3.29	.09	.038
	Εργαζόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο	134	5.1	1.0			
	Γενικός πληθυσμός	84	4.7	1.0			
	Σύνολο	353	5.0	1.1			
Ανιμαλιστική	Ειδικοί ψυχικής υγείας	135	5.0	1.3	F(2,350) = .165	.09	.850
	Εργαζόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο	134	5.1	1.3			
	Γενικός πληθυσμός	84	5.1	1.2			
	Σύνολο	353	5.1	1.3			

Σημείωση. N = αριθμός ατόμων, M = Μέση τιμή, SD = τυπική απόκλιση, η^2 = μέγεθος επίδρασης, p = επίπεδο σημαντικότητας

Προκειμένου να εντοπιστεί μεταξύ ποιών ομάδων υφίσταται σημαντική ανά δύο διαφορά, πραγματοποιήθηκε post hoc multiple comparison με τη βοήθεια του κριτηρίου Bonferroni. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης οι εργαζόμενοι

στο γενικό νοσοκομείο ($M = 5.1, SD = 1$) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ($M = 4.7, SD = 1$). Μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά. Επίσης παρατηρείται από τον Πίνακα 9 ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την Ανιμαλιστική απανθρωποποίηση μεταξύ των εργαζόμενων στο γενικό νοσοκομείο, των ειδικών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού, $F(2, 350) = .16, p > .05, \eta^2 = .09$. Ο δείκτης Cohen's $\eta^2 = .09$ δείχνει μεγάλο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Η απάντηση στο ερώτημα 1 είναι ότι οι εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο απανθρωποποιούν μηχανιστικά τους ασθενείς περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό. Δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο, ειδικών της ψυχικής υγείας και γενικού πληθυσμού ως προς την ανιμαλιστική απανθρωποποίηση ($p > .05$). Τα ευρήματα είναι αναμενόμενα βάσει της βιβλιογραφίας.

Επιδράσεις του Προσανατολισμού αιτιότητας της συμπεριφοράς των Ειδικών της Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στην Απανθρωποποίηση των Ασθενών

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο το είδος του αυτοκαθορισμού (αυτονομία, έλεγχος και απρόσωπος προσανατολισμός) των ειδικών της ψυχικής υγείας, ειδικών που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την απανθρωποποίηση (ανιμαλιστική και μηχανιστική) των νοσηλευόμενων ασθενών.

Διαπιστώθηκε ότι ο αυτοκαθορισμός, συγκεκριμένα ο αυτόνομος ($\beta = .18, t = 1.67, p = .095$), ο ελεγχόμενος ($\beta = .16, t = 1.65, p = .100$), και ο απρόσωπος

προσανατολισμός ($\beta = -.06$, $t = -0.64$, $p = .495$) δεν συμβάλλουν στατιστικώς σημαντικά στην ερμηνεία της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης (ερμηνεύεται μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 1.7%, $R^2=.017$).

Επίσης χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για να εξεταστεί το κατά πόσο ο προσανατολισμός (αυτονομία, έλεγχος, απρόσωπος), των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού συμβάλλουν στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών. Διαπιστώθηκε ότι ο αυτοκαθορισμός, συγκεκριμένα ο αυτόνομος ($\beta = .13$, $t = 1.53$, $p = .128$), ο ελεγχόμενος ($\beta = -.06$, $t = -0.77$, $p = .441$), και ο απρόσωπος προσανατολισμός ($\beta = -.07$, $t = -0.95$, $p = .343$) δεν συμβάλλουν στατιστικώς σημαντικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής απανθρωποποίησης (ερμηνεύεται μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 1.4%, $R^2=.014$).

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 2 είναι ότι ο προσανατολισμός αιτιότητας της συμπεριφοράς των εργαζομένων στη ψυχική υγεία, των εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού δεν συμβάλλει στην απανθρωποποίηση (ανιμαλιστική και μηχανιστική) του νοσηλευόμενου ασθενή ($p > .05$). Τα ευρήματα όσον αφορά τον αυτόνομο προσανατολισμό είναι αναμενόμενα βάσει βιβλιογραφίας, αλλά όσον αφορά τον ελεγχόμενο και απρόσωπο προσανατολισμό δεν ήταν αναμενόμενα βάσει της θεωρίας του προσανατολισμού αιτιότητας της συμπεριφοράς και ερευνητικών ευρημάτων που αφορούν τις διομαδικές σχέσεις.

Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού (Αποφυγή και Άγχος/Εμμονή) των Ειδικών της Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στην Απανθρωποποίηση των Ασθενών

Χρησιμοποιήθηκε η πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή), των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 10 διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων η αποφυγή συμβάλλει στατιστικά σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($\beta = .23$, $t = 2.97$, $p = .003$, $f^2 = .02$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .02$ δηλώνει μικρό μέγεθος επίδρασης (effect size). Το άγχος/εμμονή δεν συμβάλλει στην ερμηνεία της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($p > .05$).

Πίνακας 10

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος/Εμμονή-Αποφυγή), των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών με Ανάλυση Παλινδρόμησης

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Άγχος/Εμμονή	-.12	.07	-.09	-1,57	.02	.117
Αποφυγή	.23	.08	.18	2.97		.003

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή: Ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών

$R^2 = .025$ f^2 = μέγεθος επίδρασης

Επίσης χρησιμοποιήθηκε η πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού

(άγχος/εμμονή, αποφυγή), των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά τη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 11, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων η αποφυγή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($\beta = .20$, $t = 3.17$, $p = .002$, $f^2 = .03$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .03$ δηλώνει μικρό μέγεθος επίδρασης (effect size). Το άγχος/εμμονή δεν συμβάλλει στην ερμηνεία της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών διότι το αντίστοιχο p είναι μεγαλύτερο από το .05.

Πίνακας 11

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος/Εμμονή-Αποφυγή), των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών με Ανάλυση Παλινδρόμησης

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Άγχος/Εμμονή	-.07	.06	-.07	-1.15	.03	.250
Αποφυγή	.20	.06	.19	3.17		.002

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή: Μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών.

$R^2 = .029$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 3 είναι ότι από τις διαστάσεις δεσμού μόνο η αποφυγή συμβάλλει στην πρόβλεψη της απανθρωποποίησης (ανιμαλιστική και μηχανιστική) των νοσηλεύομενων ασθενών, ενώ η διάσταση του άγχους δεν συμβάλλει ($p > .05$). Το παραπάνω εύρημα είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία.

Αυτο-απανθρωποποίηση

Χαρακτηριστικά Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης (one way ANOVA). Από την ανάλυση παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο ως προς την απόδοση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση (HN), $F(2, 350) = 5.47, p = .005$, όσο και στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο (HU), $F(2, 350) = 5.40, p = .005$, στον εαυτό τους (εργαζόμενοι στη ψυχική υγεία, εργαζόμενοι στο υπόλοιπο νοσοκομείο και γενικός πληθυσμός) στην καθημερινή τους ζωή (Πίνακας 12). Ο δείκτης Cohen's $\eta^2 = .12$ για το χαρακτηριστικό ανθρώπινη φύση δηλώνει μεσαίο μέγεθος επίδρασης (effect size), ενώ για το χαρακτηριστικό μοναδικά ανθρώπινο είναι Cohen's $\eta^2 = .06$, δηλώνει μικρό μέγεθος επίδρασης.

Πίνακας 12

Επίδραση των Ειδικών Ψυχικής Υγείας, των Εργαζομένων στο Υπόλοιπο Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) στις Μεταβλητές: Χαρακτηριστικά Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινα

Χαρακτηριστικά	Δείγμα	<i>N</i>	<i>M(SD)</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Αωθρώπινη Φύση	Ειδικοί Ψυχικής Υγείας	135	7(1.2)	$F(2,350)=5.47$.12	.005
	Εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο	134	6.6(1.1)			
	Γενικός πληθυσμός	84	6.6(1.1)			
	Σύνολο	353	6.8(1.2)			
Μοναδικά Ανθρώπινο	Ειδικοί Ψυχικής Υγείας	135	7.4(1)	$F(2,350)=5.40$.06	.005
	Εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο	134	7.4(1.1)			
	Γενικός πληθυσμός	84	6.9(1.1)			
	Σύνολο	353	7.3(1.1)			

Σημείωση. *N*= αριθμός ατόμων, *M* = Μέση τιμή, *SD* = τυπική απόκλιση, *F* = one way ANOVA,

η^2 = μέγεθος επίδρασης, p = επίπεδο σημαντικότητας.

Προκειμένου να εντοπιστεί μεταξύ ποιών ομάδων ανά δύο υφίσταται σημαντική διαφορά, πραγματοποιήθηκε post hoc multiple comparison, με τη βοήθεια του κριτηρίου Bonferroni. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 12 οι εργαζόμενοι στη ψυχική υγεία ($M = 7$, $SD = 1.2$) αποδίδουν σημαντικά περισσότερο το χαρακτηριστικό Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους από τους εργαζόμενους στο γενικό νοσοκομείο ($M = 6.6$, $SD = 1.1$) και το γενικό πληθυσμό ($M = 6.6$, $SD = 1.1$).

Επίσης στον ίδιο πίνακα φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι στη ψυχική υγεία ($M = 7.4$, $SD = 1.1$) και οι εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο ($M = 7.4$, $SD = 1$) αποδίδουν σημαντικά περισσότερα το χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ($M = 6.9$, $SD = 1.1$).

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 4 είναι ότι οι ειδικοί ψυχικής υγείας και οι εργαζόμενοι στο υπόλοιπο νοσοκομείο θεωρούν τον εαυτό τους πιο ανθρώπινο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αποδίδοντας στον εαυτό τους τα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φύσης και ανθρώπινης μοναδικότητας περισσότερο από το γενικό πληθυσμό. Το παραπάνω εύρημα είναι αναμενόμενο βάσει της βιβλιογραφίας.

Μηχανιστική Αυτο-αпанθρωποποίηση

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση one way ANOVA. Από την ανάλυση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 13, παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(2, 350) = 5.5$, $p = .004$, $\eta^2 = .20$) μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, των επαγγελματιών που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού. Ο δείκτης Cohen's $\eta^2 = .20$ δείχνει μεγάλο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Πίνακας 13

Επίδραση Ειδικών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων σε Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) στη Μεταβλητή Μηχανιστική Αυτό-Απανθρωποποίηση

Μηχανιστική					
Αυτό-απανθρωποποίηση	<i>N</i>	<i>M(SD)</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Ειδικοί ψυχικής υγείας	135	3.5(.9)	F(2,350)=5.50	.20	.004
Εργαζόμενοι στο γενικό νοσοκομείο	134	3.7(.9)			
Γενικός πληθυσμός	84	3.7(.9)			
Σύνολο	353	3.7(.9)			

Σημείωση. *N* = αριθμός ατόμων, *M* = Μέση τιμή, *SD* = τυπική απόκλιση, *F* = one way ANOVA, η^2 = μέγεθος επίδρασης, *p* = επίπεδο σημαντικότητας

Προκειμένου να εντοπιστεί μεταξύ ποιών ομάδων ανά δύο υφίσταται σημαντική διαφορά, πραγματοποιήθηκε post hoc multiple comparison, με τη βοήθεια του κριτηρίου Bonferroni. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης ο γενικός πληθυσμός ($M = 4, SD = .9$) αυτό-ανθρωποποιείται σημαντικά περισσότερο από τους εργαζόμενους στη ψυχική υγεία ($M = 3.5, SD = .9$). Μεταξύ εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού δεν υφίστανται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > .05$).

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 5 είναι ότι ο γενικός πληθυσμός αυτό-απανθρωποποιείται μηχανιστικά περισσότερο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού ως προς την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους ($p > .05$).

Το παραπάνω εύρημα είναι αναμενόμενο βάσει της βιβλιογραφίας.

Επιδράσεις του προσανατολισμού της συμπεριφοράς των Ειδικών της Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στην Απόδοση Χαρακτηριστικών HN και HU στον Εαυτό τους στην Καθημερινή τους Ζωή

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο ο προσανατολισμός αιτιότητας της συμπεριφοράς (αυτονομία, έλεγχος, απρόσωπος προσανατολισμός) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .205. Δηλαδή, 20.5% της διασποράς του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 14, διαπιστώθηκε ότι από το προσανατολισμό των εξεταζόμενων ομάδων τόσο η αυτονομία συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους ($\beta = .47, t = 4.58, p < .001$), όσο και ο απρόσωπος προσανατολισμός συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και αρνητικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($\beta = -.54, t = -7.75, p < .001$). Ο προσανατολισμός του ελέγχου δεν ασκεί καμία επίδραση διότι το αντίστοιχο p είναι μεγαλύτερο από .05. Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .25$ δηλώνει μεσαίο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Πίνακας 14

Επίδραση του Προσανατολισμού (Αυτονομία, Έλεγχος, Απρόσωπο), των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Παλινδρόμησης στο Χαρακτηριστικό Ανθρώπινη Φύση

Παράγοντες	B	Std Error	Beta	t	f ²	p
Αυτονομία	.47	.09	.22	4.58	.25	.000
Έλεγχος	.09	.08	.06	1.18		.239
Απρόσωπο	-5.4	.07	-.42	-7.75		.000

Σημείωση. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Ανθρώπινη Φύση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επαγγελματιών γενικού νοσοκομείου και γενικού πληθυσμού.

$R^2=.205$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Με την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) εξετάστηκε το κατά πόσο ο προσανατολισμός αιτιότητας της συμπεριφοράς (αυτονομία, έλεγχος, απρόσωπος προσανατολισμός) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .137. Δηλαδή, 13.7% της διασποράς του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 15, διαπιστώθηκε ότι από τον προσανατολισμό των εξεταζόμενων ομάδων τόσο η αυτονομία συμβάλλει

στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους ($\beta = .31, t = 3.51, p = .001$), όσο και ο απρόσωπος προσανατολισμός συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και αρνητικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό ($\beta = -.44, t = -6.27, p < .001$). Ο προσανατολισμός του ελέγχου δεν συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους διότι το αντίστοιχο p είναι μεγαλύτερο από $.05$. Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .16$, δηλώνει μεσαίο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Πίνακας 15

Επίδραση του Προσανατολισμού (Αυτονομία, Έλεγχος, Απρόσωπο), των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Παλινδρόμησης στο Χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο

Παράγοντες	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Αυτονομία	.31	.09	.17	3.51	.16	.001
Έλεγχος	.12	.08	.08	1.49		.138
Απρόσωπο	-.44	.07	-.42	-6.27		.000

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Μοναδικά Ανθρώπινο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επαγγελματιών γενικού νοσοκομείου και γενικού πληθυσμού. $R^2=.137$ $f^2=$ μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 6 είναι ότι ο αυτοκαθορισμός των ειδικών της ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού συμβάλλει στην απόδοση των χαρακτηριστικών της ανθρώπινης φύσης και ανθρώπινης μοναδικότητας στον εαυτό τους. Τα ευρήματα είναι αναμενόμενα βάσει βιβλιογραφίας.

Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού (Αποφυγή και Άγχος/Εμμονή) των Ειδικών της Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στην Απόδοση Χαρακτηριστικών ΗΝ και ΗΥ στον Εαυτό τους στην Καθημερινή τους Ζωή

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή και αποφυγή) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .148. Δηλαδή, 14.8% της διασποράς του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 16, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων τόσο η αποφυγή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους ($\beta = .30$, $t = 4.67$, $p < .001$), όσο και το άγχος/εμμονή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($\beta = .19$, $t = 3.03$, $p = .003$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .17$, δηλώνει μεσαίο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Πίνακας 16

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος-Αποφυγή), των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Παλινδρόμησης στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον Εαυτό τους

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f ²	p
Άγχος/Εμμονή	.19	.06	.17	3.03	.17	003
Αποφυγή	.30	.06	.27	4.67		000

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Ανθρώπινη Φύση.

$R^2 = .148$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Με την ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) εξετάστηκε επίσης το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .136. Δηλαδή, 13.6% της διασποράς του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 17 διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων τόσο η αποφυγή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους ($\beta = .26$, $t = 4.12$, $p < .001$), όσο και το άγχος/εμμονή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην

ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($\beta = .20$, $t = 3.20$, $p = .001$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .16$, που δηλώνει μεσαίο effect size.

Πίνακας 17

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος-Αποφυγή), των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Παλινδρόμησης στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό τους

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Άγχος/Εμμονή	.20	.06	.18	3.20	.16	001
Αποφυγή	.26	.06	.24	4.12		000

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Μοναδικά Ανθρώπινο.

$R^2 = .136$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 7 είναι ότι οι διαστάσεις δεσμού (αποφυγή-άγχος/εμμονή) των εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο, των ειδικών ψυχικής υγείας και γενικού πληθυσμού συμβάλλουν στην απόδοση των χαρακτηριστικών της ανθρώπινης φύσης και ανθρώπινης μοναδικότητας στον εαυτό τους. Τα ευρήματα είναι αναμενόμενα βάσει βιβλιογραφίας.

Επιδράσεις του Προσανατολισμού αιτιότητας της συμπεριφοράς των Ειδικών της Ψυχικής Υγείας, Ειδικών που Εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση τους

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο ο προσανατολισμός (αυτονομία, έλεγχος, απρόσωπος προσανατολισμός) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .208. Δηλαδή, 20.8% της διασποράς της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στο Πίνακα 18, διαπιστώθηκε ότι από τον προσανατολισμό των εξεταζόμενων ομάδων συγκεκριμένα ο αυτόνομος ($\beta = -.33$, $t = -4.97$, $p < .001$), συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά αρνητικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης τους και ο απρόσωπος προσανατολισμός συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά θετικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης τους ($\beta = .36$, $t = 6.75$, $p < .001$). Ο προσανατολισμός του ελέγχου δεν συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης διότι το αντίστοιχο p είναι μεγαλύτερο από .05. Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .26$, δηλώνει μεσαίο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Πίνακας 18

Επίδραση του Προσανατολισμού (Αυτονομία, Έλεγχος, Απρόσωπο) των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Παλινδρόμησης στη Μηχανιστική Αυτό-αпанθρωποποίηση τους

Παράγοντας	B	Std.Error	Beta	t	f ²	p
Αυτονομία	-.33	.07	-.24	-4.97	.26	.000
Έλεγχος	.06	.06	.05	.89		.375
Απρόσωπο	.36	.05	.37	6.75		.000

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επαγγελματιών γενικού νοσοκομείου και γενικού πληθυσμού.

$R^2 = .208$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 8 είναι ότι ο αυτόνομος προσανατολισμός επιδρά αρνητικά στην μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση δηλαδή οι αυτόνομοι άνθρωποι δεν απανθρωποποιούν τον εαυτό τους ενώ ο απρόσωπος προσανατολισμός επιδρά θετικά στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση τους. Ο ελεγχόμενος προσανατολισμός δεν ασκεί καμιά επίδραση ($p > .05$). Τα ευρήματα είναι εν μέρει αναμενόμενα γιατί βάσει της βιβλιογραφίας και ο προσανατολισμός του ελέγχου αναμενονταν να συμβάλλει στην ερμηνεία της μηχανιστικής αυτό-αпанθρωποποίησης.

Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού -Άγχος/Εμμονή και Αποφυγή- των Ειδικών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού στην Αυτο-απανθρωποποίηση τους

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή), των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .217. Δηλαδή, 21.7% της διασποράς της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 19, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων τόσο η αποφυγή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά αρνητικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης τους ($\beta = -.32, t = -6.65, p < .001$), όσο και το άγχος/εμμονή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και αρνητικά στην πρόβλεψη της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης τους ($\beta = -.14, t = -2.92, p = .004$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .28$, δηλώνει μεσαίο μέγεθος επίδρασης (effect size).

Πίνακας 19

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος-Αποφυγή), των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και του Γενικού Πληθυσμού με Ανάλυση Παλινδρόμησης στη Μηχανιστική Αυτό-αпанθρωποποίηση τους

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f ²	p
Άγχος/Εμμονή	-.14	.05	-.16	-2.92	.28	.004
Αποφυγή	-.32	.05	-.36	-6.65		.000

Σημείωση. Dependent Variable: Μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επαγγελματιών γενικού νοσοκομείου και γενικού πληθυσμού.

$R^2 = .217$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 9 είναι ότι οι διαστάσεις δεσμού (αποφυγή – άγχος/εμμονή) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού ασκούν επίδραση αρνητική στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση τους. Τα ευρήματα είναι αναμενόμενα βάσει βιβλιογραφίας.

Επίδραση Δημογραφικών Μεταβλητών στην Αпанθρωποποίηση και Αυτο-αпанθρωποποίηση

Εξετάστηκε επίσης το αν διαφέρει η απανθρωποποίηση των ασθενών και η απανθρωποποίηση του εαυτού με βάση, την ομάδα, το φύλο, την ηλικία και τη μόρφωση. Πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω τρεις συγκρίσεις με τη μέθοδο ανάλυσης διασποράς διπλής κατεύθυνσης (2-Way ANOVA):

Σύγκριση Επίδρασης Ομάδας και Φύλου στη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών, στην Απόδοση των Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό τους και στη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση τους

Έγιναν οι παρακάτω συγκρίσεις:

1. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 347) = .26, p = .610$. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 347) = 3.89, p = .021, \eta^2 = .02$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .02$). Η αλληλεπίδραση φύλου × ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 347) = 1.47, p = .241, \eta^2 = .01$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 2.8% της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($R^2 = .028$).

2. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 347) = .07, p = .784$. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 347) = .89, p = .410$. Η αλληλεπίδραση φύλου × ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 347) = 1.6, p = .204$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 10% της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($R^2 = .10$).

3. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον Εαυτό. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση των εξεταζόμενων ομάδων, $F(1, 347) = .81,$

$p = .369$. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στο χαρακτηριστικό Ανθρώπινη Φύση των εξεταζόμενων ομάδων, $F(2, 347) = 5.04$, $p = .007$, $\eta^2 = .03$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .03$)

Η αλληλεπίδραση φύλου \times ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στο χαρακτηριστικό Ανθρώπινη Φύση των εξεταζόμενων ομάδων, $F(2, 347) = .11$, $p = .895$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 3.3% της διασποράς του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση των εξεταζόμενων ομάδων ($R^2 = .03$).

4. Επίδραση Ομάδα \times Φύλο στο Μοναδικά Ανθρώπινο. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό των εξεταζόμενων ομάδων, $F(1, 347) = 3.26$, $p = .072$, $\eta^2 = .01$. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στο χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο των εξεταζόμενων ομάδων, $F(2, 347) = 5.408$, $p = .005$, $\eta^2 = .03$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .03$) Η αλληλεπίδραση φύλου \times ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στο χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο των εξεταζόμενων ομάδων, $F(2, 347) = 0.02$, $p = .978$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 3.9% της διασποράς του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο των εξεταζόμενων ομάδων ($R^2 = .039$).

5. Επίδραση Ομάδα \times Φύλο στη Μηχανιστική Αυτό-αпанθρωποποίηση. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση των εξεταζόμενων ομάδων, $F(1, 347) = 0.34$, $p = .560$. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση τους, $F(2, 347) = 3.98$, $p = .019$, $\eta^2 = .02$. Η αλληλεπίδραση φύλου \times ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(2, 347) = 1.39$, $p = .249$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 4% της διασποράς της μηχανιστικής αυτό-αпанθρωποποίησης ($R^2 = .04$).

Σύγκριση Επίδρασης Ομάδας και Ηλικίας στη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών, στην Απόδοση των Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό και στη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση τους

Έγιναν οι παρακάτω συγκρίσεις:

1. Επίδραση Ομάδα × Ηλικία στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Οι ομάδες δεν επιδρούν σημαντικά στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 340) = 1.88, p = .154, \eta^2 = .01$. Η ηλικία επιδρά στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(4, 340) = 2.54, p = .040, \eta^2 = .03$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .03$). Η αλληλεπίδραση ομάδα × ηλικία είναι στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(6, 340) = 2.32, p = .033, \eta^2 = .04$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .04$). Συγκεκριμένα ο γενικός πληθυσμός ηλικίας 18-25 ετών ($M = 5, SD = 0.3$) απανθρωποποιεί μηχανιστικά περισσότερο το νοσηλευόμενο ασθενή από το γενικό πληθυσμό ηλικίας 46-60 ετών ($M = 4.2, SD = 0.25$) και άνω των 60 ετών ($M = 3.8, SD = 0.4$). Επίσης ο γενικός πληθυσμός ηλικίας 36-45 ετών ($M = 5, SD = 0.2$) απανθρωποποιεί μηχανιστικά περισσότερο το νοσηλευόμενο ασθενή από το γενικό πληθυσμό ηλικίας 46-60 ετών ($M = 4.2, SD = 0.25$) και άνω των 60 ετών ($M = 3.8, SD = 0.4$). Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 7.6% της διασποράς της μηχανιστικής απανθρωποποίησης ($R^2 = .076$).

2. Επίδραση Ομάδα × Ηλικία στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Οι ομάδες δεν επιδρούν σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 344) = 2.56, p = .356$. Η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 344) = 1.15, p = .318$. Οι ομάδες × ηλικία δεν επιδρούν σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών,

$F(4, 344) = 1.92, p = .107, \eta^2 = .02$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 2.5% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης ($R^2 = .025$).

3. Επίδραση Ομάδα × Ηλικία στην Ανθρώπινη Φύση των Ασθενών. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(2, 344) = 6.17, p = .002, \eta^2 = .04$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .04$). Η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(2, 344) = 0.583, p = .559$. Η αλληλεπίδραση ομάδες × φύλο δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(4, 344) = .683, p = .604$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 4.1% της διασποράς της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($R^2 = .041$).

4. Επίδραση Ομάδα × Ηλικία στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(2, 344) = 6.95, p = .001, \eta^2 = .04$. Η ηλικία δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(2, 344) = 0.03, p = .973$. Η αλληλεπίδραση ομάδες × φύλο δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(4, 344) = 1.85, p = .119, \eta^2 = .02$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 5.1% της διασποράς της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($R^2 = .05$).

5. Επίδραση Ομάδα × Ηλικία στη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους, $F(2, 344) = 6.46, p = .002, \eta^2 = .04$. Η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στην μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση, $F(2, 344) = 0.85, p = .430$. Η αλληλεπίδραση ομάδες × ηλικία δεν είναι στατιστικά σημαντική στην μηχανιστική αυτό-

απανθρωποποίηση, $F(4, 344) = 1.32, p = .263, \eta^2 = .01$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 5.2% της διασποράς της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης ($R^2 = .05$).

Σύγκριση Επίδρασης Ομάδας και Μόρφωσης στη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών, στην Απόδοση των Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό και στη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση

Έγιναν οι παρακάτω συγκρίσεις:

1. Επίδραση Ομάδα × Μόρφωση στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 344) = 6.46, p = .002, \eta^2 = .04$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 344) = 5.74, p = .004, \eta^2 = .03$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .03$). Συγκεκριμένα οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού ($M = 5.3, SD = 0.2$) και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 5.1, SD = 0.1$) απανθρωποποιούν μηχανιστικά περισσότερο τον νοσηλευόμενο ασθενή από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου ($M = 4.3, SD = 0.2$). Η αλληλεπίδραση ομάδες × μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική στην μηχανιστική απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή, $F(4, 344) = 1.4, p = .235, \eta^2 = .01$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 7.2% της διασποράς της μηχανιστικής απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή ($R^2 = .072$).

2. Επίδραση Ομάδα × Μόρφωση στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 344) = 0.89, p = .413$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(2, 344)$

= 4.26, $p = .015$, $\eta^2 = .02$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .02$) Συγκεκριμένα οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 5.3$, $SD = 0.1$) απανθρωποποιούν ανιμαλιστικά περισσότερο τον νοσηλευόμενο ασθενή από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου ($M = 4.4$, $SD = 0.25$). Η αλληλεπίδραση ομάδες \times μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή, $F(4, 344) = 1.19$, $p = .337$, $\eta^2 = .01$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 3.8% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή ($R^2 = .04$).

3. Επίδραση Ομάδα \times Μόρφωση στην Ανθρώπινη Φύση. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(2, 344) = 4.33$, $p = .014$, $\eta^2 = .02$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .02$). Η μόρφωση δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(2, 344) = 2.02$, $p = .134$, $\eta^2 = .01$. Η αλληλεπίδραση ομάδες \times μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(4, 344) = 0.28$, $p = .891$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 5.1% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή ($R^2 = .05$).

4. Επίδραση Ομάδα \times Μόρφωση στο Μοναδικά Ανθρώπινο. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(2, 344) = 3.35$, $p = .036$, $\eta^2 = .02$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .02$). Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(2, 344) = 4.55$, $p = .011$, $\eta^2 = .03$. Συγκεκριμένα οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού ($M = 7.5$, $SD = 0.2$) και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 7.5$, $SD = 0.1$) αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο στον

εαυτό τους από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου ($M = 6.9, SD = 0.2$). Επίσης οι εργαζόμενοι στο υπόλοιπο νοσοκομείο που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού ($M = 7.6, SD = 0.2$) και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 7.5, SD = 0.1$) αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου ($M = 6.8, SD = 0.2$). Η αλληλεπίδραση ομάδες \times μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(4, 344) = 0.97, p = .424, \eta^2 = .01$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 6.8% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή ($R^2 = .07$).

5. Επίδραση Ομάδα \times Μόρφωση στη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση, $F(2, 344) = 5.39, p = .005, \eta^2 = .03$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση, $F(2, 344) = 2.99, p = .048, \eta^2 = .02$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .02$). Συγκεκριμένα οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου ($M = 3.8, SD = 0.1$) αυτό-απανθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού ($M = 3.2, SD = 0.1$). Η αλληλεπίδραση ομάδες \times μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική στη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση, $F(4, 344) = 0.92, p = .319, \eta^2 = .01$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 6.9% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή ($R^2 = .069$).

Συσχετίσεις Προσανατολισμού και Διαστάσεων Δεσμού με την Απανθρωποποίηση Ασθενών, την Απόδοση Χαρακτηριστικών στον Εαυτό και τη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση

Συσχετίστηκαν οι προσανατολισμοί και οι διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων (ειδικοί ψυχικής υγείας, εργαζόμενοι στο υπόλοιπο νοσοκομείο και γενικός πληθυσμός) με την απανθρωποποίηση των ασθενών, την απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους και την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους.

Από τη συσχέτιση του προσανατολισμού αιτιότητας της συμπεριφοράς των εξεταζόμενων ομάδων με την απανθρωποποίηση των ασθενών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 20, παρατηρείται ότι ο αυτόνομος ($r = .08, p = .142$), ο ελεγχόμενος ($r = -.07, p = .195$) και ο απρόσωπος προσανατολισμός ($r = -.08, p = .135$) δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών. Επίσης ο αυτόνομος ($r = .09, p = .074$) ο ελεγχόμενος ($r = .09, p = .108$) και ο απρόσωπος προσανατολισμός ($r = .01, p = .902$) των εξεταζόμενων ομάδων, όπως παρατηρείται στον ίδιο Πίνακα δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, επομένως δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση του αυτοκαθορισμού με την απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή.

Πίνακας 20

Δείκτες Συνάφειας Αυτονομίας, Ελέγχου, Απρόσωπου με τη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση του Νοσηλευόμενου Ασθενή, τη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση και την Απόδοση των Χαρακτηριστικών HN & HU στον Εαυτό των Ειδικών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού, με το Κριτήριο Pearson r ($N = 353$)

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8
Μηχανιστική απανθρωποποίηση 1								
Ανιμαλιστική απανθρωποποίηση 2	.55**							
Μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση 3	-.18**	-.12*						
Ανθρώπινη φύση 4	.15**	.09	-.63**					
Μοναδικά ανθρώπινο 5	.15**	.120*	-.47**	.54**				
Αυτονομία 6	.08	.09	-.23**	.22**	.18**			
Έλεγχος 7	-.07	.09	.21**	-.12*	-.07	.06		
Απρόσωπο 8	-.08	.01	.39**	-.39**	-.31**	.00	.48**	

*Correlation is significant at .05 level (2-tailed) **Correlation is significant at .01 level (2-tailed)

Υπάρχει όμως στατιστικά σημαντική συσχέτιση του προσανατολισμού αιτιότητας της συμπεριφοράς με την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση. Συγκεκριμένα ως προς την αυτονομία υπάρχει μικρή συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική ($r = -.23, p < .001$), για τον ελεγχόμενο προσανατολισμό υπάρχει μικρή συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική ($r = .20, p < .001$) και για τον απρόσωπο

προσανατολισμό υπάρχει μεσαία συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική ($r = .39, p < .001$) με την απανθρωποποίηση του εαυτού. Συνεπώς, μεγαλύτερος βαθμός αυτοαπανθρωποποίησης, συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό ελεγχόμενου και απρόσωπου προσανατολισμού και ελλιπή βαθμό αυτονομίας (Πίνακας 20).

Όσον αφορά στην απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον αυτοκαθορισμό, όπως φαίνεται στον Πίνακα 20. Συγκεκριμένα και οι τρεις προσανατολισμοί συσχετίζονται με την απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό. Για τον αυτόνομο προσανατολισμό υπάρχει μικρή συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική ($r = .22, p < .001$), για τον ελεγχόμενο προσανατολισμό υπάρχει μικρή συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική ($r = -.12, p = .020$) και για τον απρόσωπο προσανατολισμό υπάρχει μεσαία συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική ($r = -.39, p < .001$) με την απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό. Συνεπώς μεγαλύτερος βαθμός ανθρωπινότητας, συνδέεται με μεγαλύτερη αυτονομία και μικρότερο βαθμό ελεγχόμενου και απρόσωπου προσανατολισμού. Όσο αφορά την απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, όπως φαίνεται στον ίδιο πίνακα, υπάρχει μικρή συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική με τον αυτόνομο προσανατολισμό ($r = .18, p = .001$), και υπάρχει μεσαία συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική με τον απρόσωπο προσανατολισμό ($r = -.31, p < .001$). Ο ελεγχόμενος προσανατολισμός δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό. Συνεπώς μεγαλύτερος βαθμός ανθρωπινότητας, συνδέεται με μεγαλύτερη αυτονομία και μικρότερο βαθμό απρόσωπου προσανατολισμού.

Συσχετίστηκαν επίσης οι διαστάσεις δεσμού –αποφυγή και άγχος/εμμονή- των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού με την απανθρωποποίηση των ασθενών, την απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση. Όπως φαίνεται στο Πίνακα 21, παρατηρείται ότι υπάρχει μικρή συσχέτιση, στατιστικά σημαντική της αποφυγής τόσο με τη μηχανιστική ($r = .16, p < .001$), όσο και με την ανιμαλιστική ($r = .13, p = .012$) απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή. Η διάσταση του άγχους/εμμονή δεν σχετίζεται με την απανθρωποποίηση (μηχανιστική και ανιμαλιστική) του νοσηλευόμενου ασθενή. Συνεπώς μεγαλύτερος βαθμός αποφυγής, συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό απανθρωποποίησης (μηχανιστικής και ανιμαλιστικής) του νοσηλευόμενου ασθενή.

Όσον αφορά την μηχανιστική απανθρωποποίηση του εαυτού οι διαστάσεις δεσμού –αποφυγή και άγχος/εμμονή- σχετίζονται σημαντικά με αυτήν. Συγκεκριμένα υπάρχει μεσαία συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική τόσο της αποφυγής ($r = .44, p < .001$) όσο και του άγχους/εμμονής ($r = -.34, p < .001$), με την αυτό-απανθρωποποίηση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 21. Συνεπώς μεγαλύτερος βαθμός αποφυγής συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό αυτό-ανθρωποποίησης, και ο μεγαλύτερος βαθμός άγχους/εμμονής συνδέεται με μικρότερο βαθμό αυτό-ανθρωποποίησης.

Πίνακας 21

Δείκτες Συνάφειας Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος/Εμμονή, Αποφυγή) με τη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση του Νοσηλεύόμενου Ασθενή, τη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση και την Απόδοση των Χαρακτηριστικών HN & HU στον Εαυτό των Ειδικών Ψυχικής Υγείας, Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικού Πληθυσμού, με το Κριτήριο Pearson r ($N = 353$)

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7
Μηχανιστική απανθρωποποίηση	1						
Ανιμαλιστική απανθρωποποίηση	2	.554**					
Μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση	3	-.181**	-.123*				
Ανθρώπινη φύση	4	.150**	.089	-.632**			
Μοναδικά ανθρώπινο	5	.148**	.120*	-.473**	.541**		
Άγχος/Εμμονή	6	.032	-.008	-.368**	.316**	.314**	
Αποφυγή	7	.161**	.135	-.461**	.379**	.333**	.535**

*Correlation is significant at .05 level (2-tailed) **Correlation is significant at .01 level (2-tailed)

Όσον αφορά στην απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαστάσεις δεσμού, όπως φαίνεται στο Πίνακα 21. Στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, υπάρχει μεσαία συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική με τη διάσταση της αποφυγής ($r = -35$, $p < .001$), και μεσαία συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική με τη διάσταση του άγχους/εμμονής ($r = .31$, $p < .001$).

Συνεπώς μεγαλύτερος βαθμός αποφυγής συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό και λιγότερο βαθμό αυτό-απανθρωποποίησης και ο μεγαλύτερος βαθμός του άγχους/εμμονής συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό και λιγότερο βαθμό αυτό-απανθρωποποίησης. Η απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις διαστάσεις δεσμού. Συγκεκριμένα υπάρχει μεσαία συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική με τη διάσταση της αποφυγής ($r = .33, p < .001$), και μεσαία συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική με τη διάσταση του άγχους/εμμονής ($r = -.30, p < .001$). Συνεπώς μεγαλύτερος βαθμός αποφυγής συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό και λιγότερο βαθμό αυτό-απανθρωποποίησης και ο μεγαλύτερος βαθμός του άγχους/εμμονής συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό και λιγότερο βαθμό αυτό-απανθρωποποίησης.

Συζήτηση Αποτελεσμάτων 1^{ης} Έρευνας

Από τα ερευνητικά ευρήματα φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο παθολογικό και χειρουργικό τομέα στο γενικό νοσοκομείο απανθρωποποιούν μηχανιστικά το νοσηλευόμενο ασθενή. Ο αυτοκαθορισμός των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού φαίνεται ότι δεν ασκεί επίδραση στην απανθρωποποίηση (μηχανιστική και ανιμαλιστική) του νοσηλευόμενου ασθενή. Ασκούν όμως επίδραση οι διαστάσεις δεσμού – αποφυγή και άγχος/εμμονή - στην απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή. Φαίνεται ότι η αποφυγή συμβάλλει θετικά τόσο στην ανιμαλιστική όσο και στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, ενώ το άγχος/εμμονή δεν επιδρά στην απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή. Το φύλο δεν επιδρά στην

απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή. Όσο αφορά την ηλικία φαίνεται ότι τα άτομα ηλικίας 46-60 ετών απανθρωποποιούν μηχανιστικά το νοσηλευόμενο ασθενή περισσότερο από τα άτομα ηλικίας άνω των 60. Το μορφωτικό επίπεδο επιδρά στην απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή και συγκεκριμένα οι ειδικοί της ψυχικής υγείας που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου σπουδών και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ απανθρωποποιούν μηχανιστικά περισσότερο το νοσηλευόμενο ασθενή από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Λυκείου. Επίσης οι ειδικοί της ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ απανθρωποποιούν ανιμαλιστικά περισσότερο το νοσηλευόμενο ασθενή από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Λυκείου.

Όσον αφορά στην απόδοση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό φαίνεται ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποδίδουν στον εαυτό τους περισσότερο το χαρακτηριστικό Ανθρώπινη Φύση από το γενικό πληθυσμό και οι ειδικοί υγείας που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο και ειδικοί ψυχικής υγείας αποδίδουν περισσότερο στον εαυτό τους το χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ο αυτοκαθορισμός των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού φαίνεται ότι ασκεί επίδραση στην απόδοση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους. Συγκεκριμένα η αυτονομία συμβάλλει σημαντικά θετικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους όσο και ο απρόσωπος προσανατολισμός συμβάλλει σημαντικά αρνητικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό. Όσο αφορά την απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό ο αυτόνομος προσανατολισμός συμβάλλει σημαντικά θετικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού στον εαυτό ενώ ο απρόσωπος προσανατολισμός συμβάλλει σημαντικά αρνητικά στην

απόδοση του χαρακτηριστικού στον εαυτό. Ο ελεγχόμενος προσανατολισμός δεν ασκεί καμιά σημαντική επίδραση στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό. Φαίνεται επίσης ότι οι διαστάσεις δεσμού των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού ότι ασκούν επίδραση στην απόδοση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους. Στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, επιδρά στατιστικά σημαντικά θετικά τόσο η διάσταση του άγχους όσο και της αποφυγής. Στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό επιδρά στατιστικά σημαντικά θετικά τόσο η διάσταση του άγχους όσο και της αποφυγής. Το φύλο και η ηλικία δεν επιδρούν στην απόδοση των χαρακτηριστικών στον εαυτό. Το μορφωτικό επίπεδο δεν επιδρά στην απόδοση του χαρακτηριστικού της Ανθρώπινης Φύσης στον εαυτό μεταξύ ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο υπόλοιπο νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού. Το μορφωτικό επίπεδο όμως επιδρά στην απόδοση του χαρακτηριστικού την ανθρώπινης μοναδικότητας στον εαυτό. Φαίνεται ότι οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της ανθρώπινης μοναδικότητας στον εαυτό από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου.

Από τα ερευνητικά ευρήματα φαίνεται ότι ο γενικός πληθυσμός αυτό-απανθρωποποιείται μηχανιστικά περισσότερο από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Ο αυτοκαθορισμός των ειδικών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού φαίνεται ότι ασκεί επίδραση στη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους. Η αυτονομία συμβάλλει σημαντικά αρνητικά στην πρόβλεψη της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης ενώ ο απρόσωπος προσανατολισμός συμβάλλει σημαντικά θετικά στην πρόβλεψη της μηχανιστικής

αυτό-απανθρωποποίησης. Ο προσανατολισμός του ελέγχου δεν ασκεί καμία επίδραση. Οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή), των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο και του γενικού πληθυσμού ασκούν επίδραση στην μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους. Η αποφυγή συμβάλλει σημαντικά αρνητικά στην πρόβλεψη της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης και το άγχος συμβάλλει σημαντικά αρνητικά στην πρόβλεψη της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης. Το φύλο και η ηλικία δεν ασκούν επίδραση στη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση. Φαίνεται όμως ότι το μορφωτικό επίπεδο ασκεί επίδραση και συγκεκριμένα οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου αυτό-απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Μέθοδος Έρευνας 2^{ης}

Συμμετέχοντες

Για την επιλογή του δείγματος ακολουθήθηκε η τεχνική της συμπτωματικής δειγματοληψίας (ή δειγματοληψία ευκολίας). Το δείγμα συγκροτήθηκε αποκλειστικά από όλους εκείνους τους συμμετέχοντες που ήταν πρόσφοροι και άμεσα προσβάσιμοι στην ερευνήτρια κατά τη στιγμή της διεξαγωγής της έρευνας (Σταλίκας, 2011). Για την επιλογή των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη επιλέχθηκε ένα Γενικό Νοσοκομείο («Σωτηρία»), στο οποίο εργάζεται η ερευνήτρια.

Οι ασθενείς με ψυχική νόσο προέρχονται από τη ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου και οι ασθενείς με οργανική νόσο προέρχονται από τα νοσηλευτικά τμήματα του ίδιου νοσοκομείου. Το μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε από τα άτομα που νοσηλεύονται ετήσια στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου, τα οποία είναι 300 άτομα περίπου. Οι συμμετέχοντες έλαβαν τα ερωτηματολόγια κατόπιν προσωπικής προσέγγισης της ερευνήτριας στα νοσηλευτικά τμήματα όπου νοσηλεύονταν. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν έγκυρα.

Αιτιολογία Επιλογής Δείγματος μόνο από το Νομό Αττικής

Η επιλογή του πεδίου έρευνας έγινε από το νομό Αττικής διότι ο νομός Αττικής καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό του ενεργού πληθυσμού της χώρας (ΕΛΣΤΑΤ, 2014), - ποσοστό ασφαλές για την αντιπροσωπευτικότητα της κοινωνικο-οικονομικής διαστρωμάτωσης του- και δεύτερον, διότι ανθρωπολογικά – λόγω της εσωτερικής μετανάστευσης- αντιπροσωπεύονται όλες οι περιφέρειες της χώρας (παραδόσεις, πολιτισμικές ιδιαιτερότητες κ.τ.λ.).

Δημογραφικά Στοιχεία

Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι ερωτώμενοι ασθενείς καλούνταν να συμπληρώσουν ορισμένα βασικά δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) (Πίνακας 22).

Οι ασθενείς νοσηλεύονταν στη χειρουργική, ψυχιατρική και τις παθολογικές κλινικές του νοσοκομείου. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 200 άτομα. Από αυτούς 93 ασθενείς (46.5%) νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική και 107 ασθενείς (53.5%) στις κλινικές του υπόλοιπου νοσοκομείου (Παθολογικές και Χειρουργική). Οι άντρες ήταν 80 (40%) και οι γυναίκες 120 (60%). Το 46.5% των ασθενών έπασχε από κάποια οργανική νόσο και το 53.5% των ασθενών από ψυχωτική διαταραχή. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο 22 ασθενείς (11%) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, 23 (11,5%) απόφοιτοι Γυμνασίου, 49 (24,5%) απόφοιτοι Λυκείου, 86 (43%) απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και 20 (10%) είχαν κάνει Μεταπτυχιακές σπουδές.

Πίνακας 22

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος (N = 200), Ασθενείς με Ψυχωτική Διαταραχή και Ασθενείς με Οργανική Νόσο)

Χαρακτηριστικά	N	%
Φύλο		
Αντρας	80	40
Γυναίκα	120	60
Ηλικία		
18-25	34	17
26-45	40	20
46-60	51	25.5
Άνω των 60	39	19.5
Μόρφωση		
Δημοτικό	22	11
Γυμνάσιο	23	11.5
Λύκειο	49	24.5
ΑΕΙ/ΤΕΙ	86	43
Μάστερ/διδακτορικό	20	10
Επάγγελμα		
Φοιτητής	15	7.5
Ελ. επαγγελματίας	36	18
Δημόσιος υπάλληλος	18	9
Ιδιωτικός υπάλληλος	27	13.5
Συνταξιούχος	42	21
Οικιακά	11	5.5
Άνεργος	51	25.5
Ασθενείς		
Ασθενείς με οργανική νόσο	107	53.5
Ασθενείς με ψυχωτική δ/χή	93	46.5

Ως προς την ηλικία, 34 ασθενείς ήταν 18-25 ετών (17%), 40 ασθενείς ήταν 26-35 ετών (20%), 36 ήταν 36-45 ετών (18%), 51 ήταν 46-60 ετών (25.5%) και 39 ασθενείς ήταν άνω των 60 ετών (19,5%). Ως προς το επάγγελμα, το 7.5% των ασθενών ήταν φοιτητές, το 18% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 9% δημόσιοι υπάλληλοι, το 13.5% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 21% συνταξιούχοι, το 5.5% ασχολιόνταν με τα οικιακά και το 25.5% των ασθενών ήταν άνεργοι.

Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων διαφυλάχθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του ερευνητικού πονήματος. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη και προστατεύτηκε η ακεραιότητα και η ιδιωτικότητα όλων των συμμετεχόντων.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Στη δεύτερη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια απανθρωποποίησης (μηχανιστική και ανιμαλιστική), χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο, μηχανιστικής Αυτό-απανθρωποποίησης και Δεσμού ενηλίκων, όπως και στην πρώτη έρευνα. Θεωρήθηκε πως η δεύτερη έρευνα θα συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της απανθρωποποίησης και μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης σε σχέση με τη θεωρία δεσμού.

Διαδικασία

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2017-Δεκέμβριος 2017. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ίδια ερωτηματολόγια και προσεγγίστηκαν στις κλινικές που νοσηλεύονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία». Οι οδηγίες που δόθηκαν πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ότι πρόκειται για μια έρευνα που διεξάγεται στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής της ερευνήτριας και αφορά το νοσηλευόμενο ασθενή. Δεν δόθηκαν περαιτέρω πληροφορίες για αποφυγή μεροληψίας. Ενημερώθηκαν επίσης ότι η έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη και δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Ο χρόνος συμπλήρωσης του κάθε ερωτηματολογίου ήταν 15 λεπτά.

Στους ψυχωτικούς ασθενείς δόθηκαν τα ερωτηματολόγια αφού είχαν υφείη η συμπτωματολογία της νόσου και όλοι λαμβάνανε φαρμακευτική αγωγή με αντιψυχωτικά. Όλοι συμπληρώσανε μόνοι τους τα ερωτηματολόγια. Οι ασθενείς με

οργανική νόσο ζήτησαν τη βοήθεια από την ερευνήτρια για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Βασικοί Στατιστικοί Έλεγχοι και Αναλύσεις

Ψυχομετρικές Ιδιότητες των Ερωτηματολογίων

Κρίθηκε απαραίτητο να διενεργηθεί ανάλυση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των ερωτηματολογίων, όπως φαίνεται στον Πίνακα 23.

Πίνακας 23

Εσωτερική Αξιοπιστία των Ερωτηματολογίων της Ερευνας 2

Ερωτηματολόγιο	Υποκλίμακες	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's α
Απανθρωποποίηση		8	.76
	Μηχανιστική	4	.69
	Ανιμαλιστική	4	.70
Μηχανιστική Αυτοαπανθρωποποίηση		14	.79
Χαρακτηριστικών		8	.76
	Ανθρώπινη Φύση	4	.76
	Μοναδικά ανθρώπινο	4	.70
Δεσμού ενηλίκων		36	.90
Άγχος/εμμονή		18	.89
Αποφυγή		18	.89

Ειδικότερα στο ερωτηματολόγιο της απανθρωποποίησης ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .76$. Συγκεκριμένα στην υποκλίμακα της μηχανιστικής απανθρωποποίησης ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .69$, ενώ στην υποκλίμακα της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .70$. Στο ερωτηματολόγιο της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .79$. Στο ερωτηματολόγιο των

χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση, Μοναδικά Ανθρώπινο ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .76$. Συγκεκριμένα για την υποκλίμακα Ανθρώπινη Φύση ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .76$, ενώ για την υποκλίμακα Μοναδικά Ανθρώπινο ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .70$. Στο ερωτηματολόγιο δεσμού ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .90$. Συγκεκριμένα στην υποκλίμακα της αποφυγής ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν $\alpha = .89$, ενώ στην υποκλίμακα του άγχους/εμμονής ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = .89$.

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις των Ερωτηματολογίων της

Έρευνας

Το εύρος τιμών, οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των ερωτηματολογίων της έρευνας παρατίθενται στους Πίνακες 24, 25, 26 και 27.

Πίνακας 24

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις της Κλίμακας Απανθρωποποίησης για την Έρευνα 2 (N = 200)

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1_Μηχανιστική	8	6.2	2
E2_Μηχανιστική	8	5.9	2.4
E3_Μηχανιστική	8	6.4	2.2
E4_Μηχανιστική	8	5.7	2.5
E5_Ανιμαλιστική	8	5.4	2.4
E6_Ανιμαλιστική	8	7	2
E7_Ανιμαλιστική	8	6.6	1.9
E8_Ανιμαλιστική	8	7.1	1.6

Πίνακας 25

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις της Κλίμακας Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση (HN) και Μοναδικά Ανθρώπινο (HU) για την Έρευνα 2 (N = 200)

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1_HN	8	6.3	2
E2_HN	8	6.3	2.1
E3_HN	8	5.8	2.3
E4_HN	8	6.6	2.3
E5_HU	8	6.1	2
E6_HU	8	6.5	2
E7_HU	8	6.9	2.3
E8_HU	8	7.3	2.1

Πίνακας 26

Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις της Κλίμακας Αυτό-αпанθρωποποίησης (MSDS) για την Έρευνα 2 (N = 200)

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E1	8	4.4	2.5
E2	8	3.	1.8
E3	8	3.9	2.4
E4	8	3.6	2.2
E5	8	4.4	2.5
E6	8	3.4	2
E7	8	3.9	2.3
E8	8	3.5	2
E9	8	3.3	2.2
E10	8	3.5	2
E11	8	3.5	2.2
E12	8	4	2.2
E13	8	5.6	2.3
E14	8	5.8	2

Πίνακας 25

*Εύρος Τιμών, Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων
(Αποφυγή-Άγχος/Εμμονή) για την Έρευνα 2 (N = 200)*

Ερωτήσεις	Εύρος	ΜΤ	ΤΑ
E2_ Αποφυγή	6	4.5	2.2
E3_ Αποφυγή	6	5.2	1.9
E5_ Αποφυγή	6	4.1	2
E7_ Αποφυγή	6	4.6	2
E9_ Αποφυγή	6	4.6	2
E11_ Αποφυγή	6	4.5	2.1
E13_ Αποφυγή	6	5.1	2
E15_ Αποφυγή	6	4.9	1.9
E17_ Αποφυγή	6	5	1.9
E19_ Αποφυγή	6	5.3	1.8
E21_ Αποφυγή	6	5.5	1.7
E23_ Αποφυγή	6	4.5	2
E25_ Αποφυγή	6	5.1	2
E27_ Αποφυγή	6	5	1.9
E29_ Αποφυγή	6	4.9	2
E31_ Αποφυγή	6	4.2	2.1
E33_ Αποφυγή	6	5.2	1.9
E35_ Αποφυγή	6	4.6	1.7
E2_ Άγχος/εμμονή	6	4.6	1.8
E4_ Άγχος/εμμονή	6	4.5	1.9
E6_ Άγχος/εμμονή	6	4.5	2
E8_ Άγχος/εμμονή	6	4.1	2
E10_ Άγχος/εμμονή	6	3	2
E12_ Άγχος/εμμονή	6	4.3	2
E14_ Άγχος/εμμονή	6	4.2	1.9
E16_ Άγχος/εμμονή	6	4.3	2
E18_ Άγχος/εμμονή	6	4.1	2
E20_ Άγχος/εμμονή	6	5	1.9
E22_ Άγχος/εμμονή	6	4	2
E24_ Άγχος/εμμονή	6	4.4	2
E26_ Άγχος/εμμονή	6	4.4	2
E28_ Άγχος/εμμονή	6	4.1	2
E30_ Άγχος/εμμονή	6	5.2	1.9
E32_ Άγχος/εμμονή	6	3.9	2.2
E34_ Άγχος/εμμονή	6	4.9	2
E36_ Άγχος/εμμονή	6	4.9	1.9

Έλεγχος Προϋποθέσεων Στατιστικών Αναλύσεων

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των υπό μελέτη εξαρτημένων μεταβλητών με τη χρήση ιστογραμμάτων και Q-Q διαγραμμάτων όπου και διαπιστώθηκε ότι πληρείται αρκούντως ικανοποιητικά η προϋπόθεση της κανονικότητας. Επίσης, είναι γνωστό ότι το Κεντρικό Οριακό Θεώρημα (ΚΟΘ) (Rouaud, 2013), για αρκούντως μεγάλο δείγμα ($n > 30$), ισχύει ανεξάρτητα από το είδος της κατανομής από την οποία λαμβάνεται το δείγμα (Pallant, 2007) (δλδ το άθροισμα και -επομένως- η μέση τιμή, μεγάλου αριθμού ανεξάρτητων παρατηρήσεων, ακολουθεί κατά προσέγγιση κανονική κατανομή, ανεξαρτήτως από το ποια κατανομή ακολουθούν οι παρατηρήσεις).

Αποτελέσματα Έρευνας 2^{ης}

Απανθρωποποίηση

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή ως προς την μηχανιστική και ανιμαλιστική απανθρωποποίηση ($p > .05$). Ο έλεγχος του ερωτήματος έγινε με μη συσχετισμένο έλεγχο (Independent-Samples T Test).

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 1 είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή ως προς την απανθρωποποίηση ($p > .05$). Τα ευρήματα δεν είναι αναμενόμενα, βάσει της βιβλιογραφίας θα περιμέναμε οι ψυχωτικοί να απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους ασθενείς με οργανική νόσο, κάτι που δεν συμβαίνει στη παρούσα έρευνα. Μια μελλοντική έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών με ψυχωτική διαταραχή που νοσηλεύονται κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και με τη θελήσή του θα μπορούσε να εξεταστεί στη προσπάθεια ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού – Αποφυγή και Άγχος/Εμμόνη - στην Απανθρωποποίηση (Μηχανιστική και Ανιμαλιστική) των Νοσηλευόμενων Ασθενών με Οργανική Νόσο και Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμόνη, αποφυγή), των νοσηλευόμενων ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο μπορούν να ερμηνεύσουν ικανοποιητικά την μηχανιστική απανθρωποποίηση τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .194. Δηλαδή, το 19.4% της διασποράς της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 28, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων τόσο η αποφυγή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά θετικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($\beta = .45, t = 6.11, p < .001$), όσο και η διάσταση του άγχους/εμμονής συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά θετικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή ($\beta = .27, t = 4.77, p < .001$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .24$, δηλώνει μεσαίο μέγεθος επίδρασης.

Πίνακας 26

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος/εμμονή-Αποφυγή), των Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή και των Ασθενών με Οργανική Νόσο με Ανάλυση Παλινδρόμησης στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση τους

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f ²	p
Άγχος/Εμμονή	.27	.09	.17	4.77	.24	.000
Αποφυγή	.45	.09	.34	6.11		.000

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Μηχανιστική απανθρωποποίηση ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή
 $R^2 = .194$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Επίσης χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή), των νοσηλευόμενων ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο μπορούν να ερμηνεύσουν ικανοποιητικά την ανιμαλιστική απανθρωποποίηση τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .153. Δηλαδή, το 15.3% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών

παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 29, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων το άγχος/εμμονή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά θετικά στην πρόβλεψη της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($\beta = .39, t = 4.53, p < .001$), ενώ η αποφυγή όχι διότι το αντίστοιχα p είναι μεγαλύτερο από το .05. Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .18$ δηλαδή το μέγεθος της επίδρασης είναι μικρό.

Πίνακας 27

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος/εμμονή-Αποφυγή), των Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή και των Ασθενών με Οργανική Νόσο με Ανάλυση Παλινδρόμησης στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση τους

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Άγχος/Εμμονή	.39	.08	.33	4.53	.18	.000
Αποφυγή	.14	.09	.12	1.61		.108

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Ανιμαλιστική απανθρωποποίηση ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο
 $R^2 = .153$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 2 είναι ότι οι οι διαστάσεις δεσμού (αποφυγή – άγχος/εμμονή) των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή συμβάλλουν στην ερμηνεία τόσο στην μηχανιστική όσο και στην ανιμαλιστική απανθρωποποίησή τους. Τα ευρήματα είναι αναμμενόμενα βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Αυτό-απανθρωποποίηση

Χαρακτηριστικά Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με μη συσχετισμένο έλεγχο (Independent-Samples T Test). Από την ανάλυση παρατηρείται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση (HN) μεταξύ ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο. Παρατηρείται όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο μεταξύ ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή, $t(198) = 2.6$, $p = .011$, $d=.36$. Cohen's $d=.36$ σημαίνει μικρό effect size. Προκειμένου να εντοπιστεί η σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, πραγματοποιήθηκε t-test. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, όπως φαίνεται στο Πίνακα 30 οι ασθενείς με οργανική νόσο ($M = 6.9$, $SD = 1.3$) αποδίδουν σημαντικά περισσότερο το χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους σε σχέση με τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή ($M = 6.4$, $SD = 1.5$).

Πίνακας 28

Επίδραση Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή και Ασθενών με Οργανική Νόσο με Ανάλυση t-test στις Μεταβλητές: Ανθρώπινη Φύση, Μοναδικά Ανθρώπινο

Χαρακτηριστικά	Κλινική κατάσταση	<i>N</i>	<i>M(SD)</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
Ανθρώπινη φύση	Οργανική νόσος	107	6.3(1.6)	198	0.5	.07	.615
	Ψυχωτική διαταραχή	93	6.2(1.8)				
Μοναδικά ανθρώπινο	Οργανική νόσος	107	6.9(1.3)	198	2,6	.36	.011
	Ψυχωτική διαταραχή	93	6.4(1.5)				

Σημείωση. N = αριθμός ατόμων, M = Μέση τιμή, SD = τυπική απόκλιση, df = βαθμοί ελευθερίας, p = επίπεδο σημαντικότητας, d = μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 3 είναι ότι οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή αποδίδουν λιγότερη ανθρώπινη μοναδικότητα στον εαυτό τους από τους ασθενείς με οργανική νόσο, ενώ δεν υπάρχουν διαφορές στην απόδοση του χαρακτηριστικού της ανθρώπινης φύσης μεταξύ ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή ($p > .05$). Τα ευρήματα είναι αναμμενόμενα βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού – Αποφυγή και Άγχος/Εμμόνη - των Νοσηλευόμενων Ασθενών με Οργανική Νόσο και Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή στην Απόδοση των Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό τους

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (αποφυγή και άγχος/εμμόνη) των ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή μπορούν να ερμηνεύσουν ικανοποιητικά την απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .269. Δηλαδή, το 26.9% της διασποράς του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση των ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 31, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων τόσο το άγχος/εμμόνη συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους ($\beta = .31$, $t = 3.35$,

$p = .001$), όσο και η αποφυγή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($\beta = .55$, $t = 5.68$, $p < .001$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .37$ που σημαίνει ότι το μέγεθος επίδρασης (effect size) είναι μεγάλο.

Πίνακας 29

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος-Αποφυγή), Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή και Ασθενών με Οργανική Νόσο στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον Εαυτό τους με Ανάλυση Παλινδρόμησης

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Άγχος/Εμμονή	.55	.1	.38	5.68	.37	.000
Αποφυγή	.31	.09	.22	3.35		.001

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Ανθρώπινη Φύση

$R^2 = .269$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Με την ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) εξετάστηκε επίσης το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού των ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή μπορούν να ερμηνεύσουν ικανοποιητικά την απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .170. Δηλαδή, το 17% της διασποράς του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο των ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 32, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων μόνο το άγχος/εμμονή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και θετικά στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά στον εαυτό τους ($\beta = .42$, $t = 5$, $p < .001$), ενώ η αποφυγή δεν συμβάλλει σημαντικά

στην ερμηνεία της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($p > .05$). Ο δείκτης Cohen's $f^2 = .20$ που σημαίνει ότι το μέγεθος επίδρασης (effect size) είναι μεσαίο.

Πίνακας 30

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος-Αποφυγή), Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή και Ασθενών με Οργανική Νόσο στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό τους με Ανάλυση Παλινδρόμησης

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Άγχος/Εμμονή	.42	.08.	.36	5	.20	.000
Αποφυγή	.13	.09	.10.	1.45	.	.149

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή : Μοναδικά Ανθρώπινο

$R^2 = .170$ $f^2 =$ μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 4 είναι ότι οι διαστάσεις δεσμού των ασθενών (αποφυγή – άγχος/εμμονή) με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή συμβάλλουν στην απόδοση του χαρακτηριστικού της ανθρώπινης φύσης στον εαυτό τους, αλλά στην απόδοση του χαρακτηριστικού της ανθρώπινης μοναδικότητας στον εαυτό μόνο το άγχος/εμμονή συμβάλλει, η αποφυγή δεν συμβάλλει ($p > .05$). Τα ευρήματα είναι αναμμενόμενα βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση

Ο έλεγχος της ανάλυσης πραγματοποιήθηκε με μη συγχρονισμένο έλεγχο (Independent-Samples T Test). Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή ως προς τη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση ($p > .05$) και απαντάται το ερευνητικό ερώτημα 5. Τα ευρήματα είναι αναμμενόμενα βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Επιδράσεις των Διαστάσεων Δεσμού – Αποφυγή και Άγχος/Εμμονή – στη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση των Νοσηλευόμενων Ασθενών με Οργανική Νόσο και Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) για να εξεταστεί το κατά πόσο οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή), των νοσηλευόμενων ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο μπορούν να ερμηνεύσουν ικανοποιητικά την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση τους. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με .341. Δηλαδή, το 34.1% της διασποράς της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης των ασθενών μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 33, διαπιστώθηκε ότι από τις διαστάσεις δεσμού των εξεταζόμενων ομάδων τόσο η αποφυγή συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και αρνητικά στην ερμηνεία της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($\beta = -.53, t = -7.56, p < .001$), όσο και η διάσταση του άγχους/εμμονής συμβάλλει στατιστικώς σημαντικά και αρνητικά ($\beta = -.19, t = -2.89, p = .004$), στην ερμηνεία της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίησης ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και

ασθενών με οργανική νόσο. Ο δείκτης Cohen's $f^2=.52$ δηλώνει ότι το μέγεθος επίδρασης (effect size) είναι μεγάλο.

Πίνακας 31

Επίδραση των Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος/εμμονή-Αποφυγή), Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή και των Ασθενών με Οργανική Νόσο στη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση τους με Ανάλυση Παλινδρόμησης

Παράγοντας	B	Std Error	Beta	t	f^2	p
Άγχος/Εμμονή	-.19	.07	-.18	-2.89	.52	.004
Αποφυγή	-.53	.07	-.48	-7.56		.000

Σημείωση Εξαρτημένη μεταβλητή: Μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο
 $R^2=.341$ f^2 = μέγεθος επίδρασης

Η απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα 6 είναι ότι οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή), των νοσηλευόμενων ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο συμβάλλουν στην ερμηνεία της μηχανιστικής αυτό-απανθρωποποίηση τους. Τα ευρήματα είναι αναμμενόμενα βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Επίδραση Δημογραφικών Μεταβλητών στην Απανθρωποποίηση και

Αυτο-απανθρωποποίηση

Εξετάστηκε αν διαφέρει η απανθρωποποίηση των ασθενών και η απανθρωποποίηση του εαυτού με βάση, την ομάδα, το φύλο, την ηλικία και τη μόρφωση. Πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω τρεις συγκρίσεις με τη μέθοδο 2-Way ANOVA:

Σύγκριση Επίδρασης της Ομάδας και του Φύλου στη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών, στην Απόδοση των Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό τους και τη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση τους

Έγιναν οι παρακάτω συγκρίσεις:

1. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών $F(1, 196) = .13, p = .259, \eta^2 = .007$. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών $F(1, 196) = .67, p = .413$. Η αλληλεπίδραση φύλου × ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στη μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 196) = 4.69, p = .165$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 1.8% της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($R^2 = .018$).

2. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 196) = 0.88, p = .351$. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών $F(1, 196) = 2.44, p = .120$. Η αλληλεπίδραση φύλου × ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών $F(1,196) = 0.01, p = .921$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 1.7% της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($R^2 = .017$).

3. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον Εαυτό. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό $F(1, 196) = 0.43, p = .513$. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό $F(1, 196) = .28, p = .597$. Η αλληλεπίδραση φύλου × ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό $F(1, 196) = .02, p = .885$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 0.4% της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($R^2 = .004$).

4. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στο Μοναδικά Ανθρώπινο. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(1, 196) = 0.06, p = .805$. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(1, 196) = 3.93, p = .052$. Η αλληλεπίδραση φύλου × ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(1, 196) = .14, p = .707$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 0.4% της απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό ($R^2 = .004$).

5. Επίδραση Ομάδα × Φύλο στη Μηχανιστική Αυτό-αпанθρωποποίηση. Το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(1, 196) = .91, p = .341$. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(1, 196) = .45, p = .504$. Η αλληλεπίδραση φύλου × ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(1, 196) = 1.82, p = .179$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 1.5% της μηχανιστικής αυτό-αпанθρωποποίησης ($R^2 = .015$).

Σύγκριση Επίδρασης της Ομάδας και της Ηλικίας στη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Αпанθρωποποίηση των Ασθενών στην Απόδοση των

Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό και τη Μηχανιστική Αυτο-αпанθρωποποίηση τους

Έγιναν οι παρακάτω συγκρίσεις:

1. Επίδραση Ομάδα x Ηλικία στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Οι ομάδες δεν επιδρούν σημαντικά στη μηχανιστική απανθρωποποίηση $F(1, 190) = .02, p = .967$. Η ηλικία δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση $F(4, 190) = 2.18, p = .073$. Η αλληλεπίδραση ομάδα x ηλικία δεν είναι στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση $F(4, 190) = 0.49, p = .743$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 6.7% της διασποράς της μηχανιστικής απανθρωποποίησης ($R^2 = .067$).

2. Επίδραση Ομάδα x Ηλικία στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση. Οι ομάδες δεν επιδρούν σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 190) = 3.28, p = .072$. Η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(4, 190) = 1.21, p = .308$. Οι ομάδες x ηλικία δεν επιδρούν σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(4, 190) = 1.76, p = .139$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 8.7% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης ($R^2 = .087$).

3. Επίδραση Ομάδα x Ηλικία στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον Εαυτό. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(1, 190) = .74, p = .374$. Η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(4, 190) = .52, p = .721$. Η αλληλεπίδραση ομάδες x ηλικία δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(4, 190) = 1.51, p = .200$. Το παραπάνω μοντέλο

ερμηνεύει το 6.3% της διασποράς της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($R^2 = .063$).

4. Επίδραση Ομάδα × Ηλικία στην Απόδοση του Χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(1, 190) = 1.8, p = .182$. Η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(4, 190) = .71, p = .585$. Η αλληλεπίδραση ομάδες × ηλικία δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(4, 190) = .81, p = .521$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 8% της διασποράς της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($R^2 = .080$).

5. Επίδραση Ομάδα × Ηλικία στη Μηχανιστική Αυτό-αпанθρωποποίηση. Οι ομάδες επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση τους, $F(1, 190) = .13, p = .723, \eta^2 = .00$. Το effect size είναι ασήμαντο ($\eta^2 = .00$). Η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στην μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(4, 190) = .26, p = .906$. Η αλληλεπίδραση ομάδες × ηλικία δεν είναι στατιστικά σημαντική στην μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(4, 190) = .81, p = .518$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 6.8% της διασποράς της μηχανιστικής αυτό-αпанθρωποποίησης ($R^2 = .068$).

Σύγκριση Επίδρασης της Ομάδας και της Μόρφωσης στην Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών, στην Απόδοση των Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό και τη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση τους

Έγιναν οι παρακάτω συγκρίσεις:

1. Επίδραση Ομάδα × Μόρφωση στη Μηχανιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 190) = 1.49, p = .223$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 190) = 2.35, p = .046, \eta^2 = .05$. το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .05$). Συγκεκριμένα οι ασθενείς που νοσηλεύονται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα του νοσοκομείου (πάσχουν από οργανική νόσο) και είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 6.4, SD = .2$) απανθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από τους ασθενείς που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού ($M = 5.2, SD = .5$). Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στην ψυχιατρική κλινική (πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή) και είναι απόφοιτοι Δημοτικού ($M = 7, SD = .8$) απανθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από τους αποφοίτους Λυκείου ($M = 5, SD = .5$). Η αλληλεπίδραση ομάδες × μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική στην μηχανιστική απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή, $F(4,190) = 4.34, p = .120$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 7.9% της διασποράς της μηχανιστικής απανθρωποποίησης των ασθενών ($R^2 = .079$).

2. Επίδραση Ομάδα × Μόρφωση στην Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(1, 190) = 1.67, p = .198$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των ασθενών, $F(4, 190)$

= 6.16, $p < .001$, $\eta^2 = .11$. Το effect size είναι μεσαίο ($\eta^2 = .11$). Η αλληλεπίδραση ομάδες \times μόρφωση είναι στατιστικά σημαντική στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή, $F(4, 190) = 2.42$, $p = .048$, $\eta^2 = .05$. Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .05$). Οι ασθενείς που πάσχουν από οργανική νόσο και είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού ($M = 7$, $SD = .4$) και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 7$, $SD = .2$) απανθρωποποιούνται ανιμαλιστικά περισσότερο από τους αποφοίτους Δημοτικού ($M = 6.2$, $SD = 0.3$). Επίσης οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Δημοτικού ($M = 7.1$, $SD = .7$), κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού ($M = 7$, $SD = .4$) και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 6.8$, $SD = .2$) απανθρωποποιούνται ανιμαλιστικά περισσότερο από τους νοσηλευόμενους στη ψυχιατρική κλινική που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου ($M = 4.6$, $SD = .4$). Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 16.3% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή ($R^2 = .163$).

3. Επίδραση Ομάδα \times Μόρφωση στην Ανθρώπινη Φύση. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(1, 190) = .44$, $p = .509$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(4, 190) = 5.91$, $p = .000$, $\eta^2 = .11$. Το effect size είναι μεσαίο ($\eta^2 = .11$). Η αλληλεπίδραση ομάδες \times μόρφωση είναι στατιστικά σημαντική απόδοση του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό, $F(4, 190) = 3.87$, $p = .005$, $\eta^2 = .07$. Το effect size είναι μεσαίο ($\eta^2 = .07$). Συγκεκριμένα οι ασθενείς που πάσχουν από οργανική νόσο και είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 6.7$, $SD = .2$) αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους από τους αποφοίτους Δημοτικού ($M = 5.2$, $SD = .4$). Επίσης οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού ($M = 7.2$, $SD = .5$), οι

απόφοιτοι Δημοτικού ($M = 6.9, SD = .8$), και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 6.8, SD = .2$) περισσότερο αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό τους από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου ($M = 4.2, SD = .5$). Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 18.1% της διασποράς της απόδοσης του χαρακτηριστικού Ανθρώπινη Φύση στον εαυτό ($R^2 = .181$).

4. Επίδραση ομάδα × μόρφωση στο Μοναδικά Ανθρώπινο. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(1, 190) = 3.8, p = .053$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(4, 190) = 5.94, p < .001$. Συγκεκριμένα οι ασθενείς που πάσχουν από οργανική νόσο και είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 7.4, SD = .2$) αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους από τους αποφοίτους Δημοτικού ($M = 5.9, SD = .3$). Επίσης οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 7, SD = .2$) περισσότερο αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό τους από τους νοσηλευόμενους στη ψυχιατρική κλινική που είναι απόφοιτοι Λυκείου ($M = 6, SD = .2$). Η αλληλεπίδραση ομάδες x μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική στην απόδοση του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό, $F(4,344) = 0.72, p = .577$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 17.7% της διασποράς της απόδοσης του χαρακτηριστικού Μοναδικά Ανθρώπινο στον εαυτό ($R^2 = .177$).

5. Επίδραση ομάδα × μόρφωση στη μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση. Οι ομάδες δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(1, 190) = 0.07, p = .787$. Η μόρφωση επιδρά στατιστικά σημαντικά μηχανιστική αυτό-αпанθρωποποίηση, $F(4, 190) = 2.68, p < .001, \eta^2 = .05$.

Το effect size είναι μικρό ($\eta^2 = .05$). Συγκεκριμένα οι ασθενείς που πάσχουν από οργανική νόσο και είναι απόφοιτοι Δημοτικού ($M = 4.8, SD = .3$) αυτό-απανθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από τους αποφοίτους ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 3.7, SD = .2$). Επίσης οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή και είναι απόφοιτοι Γυμνασίου ($M = 5, SD = .4$) αυτό-απανθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από τους αποφοίτους ΑΕΙ/ΤΕΙ ($M = 3.7, SD = .2$). Η αλληλεπίδραση ομάδες \times μόρφωση δεν είναι στατιστικά σημαντική στη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση, $F(4, 190) = 2.29, p = .204$. Το παραπάνω μοντέλο ερμηνεύει το 9.8% της διασποράς της ανιμαλιστικής απανθρωποποίησης του νοσηλεύμενου ασθενή ($R^2 = .098$).

Συσχετίσεις Διαστάσεων Δεσμού (Αποφυγή, Άγχος/Εμμονή) των Ασθενών με Οργανική Νόσο και των Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή με την Απανθρωποποίηση, την Απόδοση Χαρακτηριστικών Ανθρώπινη Φύση και Μοναδικά Ανθρώπινο στον Εαυτό και τη Μηχανιστική Αυτο-απανθρωποποίηση

Από τα ευρήματα, όπως φαίνεται στο Πίνακα 34, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης της αποφυγής των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή τόσο με τη μηχανιστική ($r = .41, p < .001$) όσο και με την ανιμαλιστική ($r = .25, p < .001$) απανθρωποποίηση.

Πίνακας 32

Δείκτες Συνάφειας Διαστάσεων Δεσμού (Άγχος/Εμμονή, Αποφυγή) με τη Μηχανιστική και Ανιμαλιστική Απανθρωποποίηση των Ασθενών με Οργανική Νόσο και Ασθενών με Ψυχωτική Διαταραχή, τη Μηχανιστική Αυτό-απανθρωποποίηση και την Απόδοση των Χαρακτηριστικών HN & HU στον Εαυτό τους, με το Κριτήριο Pearson r (N = 353)

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7
Μηχανιστική απανθρωποποίηση 1							
Ανιμαλιστική απανθρωποποίηση 2	.53 **						
Μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση 3	-.65**	-.47**					
Ανθρώπινη φύση 4	.59**	.51**	-.79**				
Μοναδικά ανθρώπινο 5	.40**	.67**	-.49**	.56**			
Άγχος/Εμμονή 6	.32**	.38**	-.39**	.39 **	.40**		
Αποφυγή 7	.41**	.25**	-.56**	.48**	.25**	.42**	

*Correlation is significant at .05 level (2-tailed) **Correlation is significant at .01 level (2-tailed)

Όσον αφορά στην απόδοση χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης και μοναδικά ανθρώπινα στον εαυτό των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή όπως φαίνεται στον ίδιο Πίνακα, υπάρχει μεσαία συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική, της διάστασης της αποφυγής με την απόδοση χαρακτηριστικών της ανθρώπινης φύσης ($r = .48, p < .001$) και μικρή συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική της διάστασης της αποφυγής με την απόδοση της ανθρώπινης μοναδικότητας στον εαυτό ($r = .25, p < .001$).

Ως προς τη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψύχωση όπως φαίνεται επίσης στον ίδιο Πίνακα, υπάρχει μεγάλη συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική της διάστασης της αποφυγής ($r = -.56, p < .001$) με τη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψύχωση.

Επίσης από τα ευρήματα όπως φαίνεται στον Πίνακα 34 υπάρχει μεσαία συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική της διάστασης του άγχους/εμμονής των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή τόσο με τη μηχανιστική ($r = .32, p < .001$) όσο και με την ανιμαλιστική ($r = .38, p < .001$) απανθρωποποίηση.

Όσον αφορά την απόδοση χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης και μοναδικά ανθρώπινα στον εαυτό των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή όπως φαίνεται στον Πίνακα 34, υπάρχει μεσαία συσχέτιση θετική, στατιστικά σημαντική της διάστασης του άγχους με την απόδοση χαρακτηριστικών τόσο ανθρώπινης φύσης ($r = .39, p < .001$), όσο και ανθρώπινης μοναδικότητας στον εαυτό ($r = .40, p < .001$).

Ως προς τη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή όπως φαίνεται στον ίδιο πίνακα, υπάρχει μεσαία συσχέτιση αρνητική, στατιστικά σημαντική της διάστασης του άγχους ($r = -.39, p < .001$), με τη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών με οργανική νόσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή.

Συζήτηση Αποτελεσμάτων 2^{ης} Έρευνας

Από τα ερευνητικά ευρήματα της δεύτερης έρευνας δεν προκύπτουν διαφορές μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών με οργανική νόσο και νοσηλευόμενων ασθενών με ψυχωτική διαταραχή ως προς την απανθρωποποίηση τους (ανιμαλιστική και μηχανιστική). Φαίνεται όμως ότι οι διαστάσεις δεσμού (αποφυγή, άγχος/εμμονή) ασκούν επίδραση σημαντικά θετική τόσο στην ανιμαλιστική όσο και στην μηχανιστική απανθρωποποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών. Το φύλο δεν ασκεί επίδραση στην απανθρωποποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών. Όσον αφορά τις ηλικιακές κατηγορίες φαίνεται ότι δεν επιδρούν στην μηχανιστική και ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών με οργανική νόσο και ψυχωτική διαταραχή, αλλά όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επιδρά στη μηχανιστική και ανιμαλιστική απανθρωποποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ απανθρωποποιούν τον εαυτό τους μηχανιστικά περισσότερο από τους ασθενείς με οργανική νόσο που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού. Επίσης οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Δημοτικού απανθρωποποιούν τον εαυτό τους μηχανιστικά περισσότερο από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Λυκείου.

Ως προς την απόδοση χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης και ανθρώπινης μοναδικότητας ανάμεσα στους ασθενείς με οργανική νόσο και ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την απόδοση του χαρακτηριστικού της ανθρώπινης φύσης μεταξύ των ασθενών, αλλά φαίνεται ότι οι ασθενείς με οργανική νόσο αποδίδουν στον εαυτό τους περισσότερα χαρακτηριστικά ανθρώπινης μοναδικότητας από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή. Παρατηρείται ότι οι διαστάσεις δεσμού -αποφυγή και άγχος/εμμονή- επηρεάζουν σημαντικά θετικά την απόδοση του χαρακτηριστικού ανθρώπινη φύση στον εαυτό, ενώ την απόδοση του

χαρακτηριστικού της ανθρώπινης μοναδικότητας επηρεάζει σημαντικά θετικά μόνο η διάσταση του άγχους. Το φύλο και οι ηλικιακές κατηγορίες δεν ασκούν επίδραση στην απόδοση χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης και ανθρώπινης μοναδικότητας ανάμεσα στους ασθενείς με οργανική νόσο και τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται πως οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης στον εαυτό τους από τους αποφοίτους Δημοτικού. Επίσης οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και απόφοιτοι Δημοτικού αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης στον εαυτό τους από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου.

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με οργανική νόσο και ψυχωτικών ασθενών ως προς τη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση. Φαίνεται ότι οι διαστάσεις δεσμού -αποφυγή και άγχος/εμμονή- επηρεάζουν αρνητικά την μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών. Το φύλο και η ηλικία δεν ασκεί επίδραση στη μηχανιστική αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών. Το μορφωτικό επίπεδο όμως ασκεί επίδραση στην αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών με οργανική νόσο και ψύχωση. Οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι Δημοτικού αυτό-απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Οι ψυχωτικοί ασθενείς που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου επίσης αυτό-απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους ψυχωτικούς ασθενείς που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Συζήτηση

Τα Κύρια Ευρήματα της Παρούσας Διατριβής

Η πρώτη έρευνα είχε ως στόχο τόσο τη μελέτη της απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τους επαγγελματίες υγείας και το γενικό πληθυσμό, όσο και τη μελέτη απανθρωποποίησης του εαυτού των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού. Τα ευρήματα δείχνουν ότι ο νοσηλευόμενος ασθενής απανθρωποποιείται περισσότερο μηχανιστικά από τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στις παθολογικές και χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το παραπάνω εύρημα είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία όπου παραμελείται η υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς υπέρ της αντικειμενικής και τεχνολογικά διαμεσολαβούμενης πληροφορίας και δίνεται έμφαση στις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε ένα παθητικό άτομο του οποίου η agency και η αυτονομία απουσιάζουν (Haslam, 2006· Haque & Waytz, 2012). Οι γιατροί βλέπουν τους ασθενείς τους ως αδρανή σώματα (Haslam & Loughnan, 2014) και ως μηχανικά συστήματα με αλληλεπιδρώντα μέρη (Haque & Waytz, 2012) και σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί ως δυσλειτουργία της μηχανής (Adams et al., 2017). Είναι σημαντικό ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας παρουσιάζουν επίσης μειωμένη απόδοση της ανθρωπινότητας προς τους ασθενείς (Trifiletti et al., 2014· Vaes & Muratore, 2013). Αυτή η απανθρωποποίηση θεωρείται ως μια προστατευτική στρατηγική αντιμετώπισης για το προσωπικό, καθώς η απανθρωποποιημένη αντιμετώπιση των ασθενών σχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική εμπλοκή και μειωμένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Vaes & Muratore, 2013). Ο αυτοκαθορισμός των ειδικών ψυχικής υγείας, των ειδικών υγείας και του γενικού πληθυσμού δεν επιδρά στη απανθρωποποίηση του

νοσηλευόμενου ασθενή. Το παραπάνω εύρημα είναι συμβατό με ευρήματα αντίστοιχης έρευνας (Svoli et al., 2018)

Από τις διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, αποφυγή) φαίνεται στην παρούσα έρευνα ότι η αποφυγή επιδρά θετικά τόσο στη μηχανιστική όσο και στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, ειδικούς υγείας και γενικό πληθυσμό. Η αποφυγή αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο το άτομο δυσπιστεί για την καλή θέληση του άλλου και προσπαθεί να διατηρήσει την ανεξαρτησία του και τη συναισθηματική απόσταση από αυτόν (Fraley et al., 2000· Mikulincer & Shaver, 2005a), χαρακτηρίζεται από αρνητικές αναπαραστάσεις των άλλων, καταναγκαστική αυτοπεποίθηση και προτίμηση για συναισθηματική απόσταση (Mikulincer & Shaver, 2001· Rom & Mikulincer, 2003· Berry et al., 2005· Fraley & Shaver, 2008). Τα άτομα αυτά δυσκολεύονται στην «ανάγνωση» του νου των άλλων όσο και στην κατανόηση των συμπεριφορών των άλλων ως σημαντικών και προβλέψιμων (Dykas & Cassidy, 2011). Η άρνηση του νου στον άλλον είναι η ουσία της απανθρωποποίησης (Gray & Wegner, 2008). Το παραπάνω εύρημα είναι πολύ σημαντικό στην κλινική πρακτική γιατί η αποφυγή δε συνάδει με την ενσυναίσθηση, η οποία αποτελεί δομικό χαρακτηριστικό στη θεραπευτική σχέση μεταξύ ειδικών και νοσηλευόμενου ασθενή και συντελεί στη συμμόρφωση και εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών και σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, όταν ο ασθενής έχει έναν γιατρό που τον αντιμετωπίζει ανθρώπινα (Adams et al., 2017). Παράλληλα η μείωση της ενσυναίσθησης πιθανόν συμβάλλει άμεσα στην αύξηση της απανθρωποποίησης όπως προτείνει ο Haslam (2006).

Φαίνεται ότι ο γενικός πληθυσμός αυτό-απανθρωποποιείται μηχανιστικά περισσότερο από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας, οι

οποίοι εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές, είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι σε επικοινωνιακές δεξιότητες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, έχουν να αντιμετωπίσουν ασθενείς που προσέρχονται και νοσηλεύονται χωρίς τη θέληση τους αλλά κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και έχουν να αντιμετωπίσουν τις οικογένειες ασθενών που διακατέχονται από αμφιθυμία και ενοχή για την εισαγγελική παραγγελία. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην ψυχική ανθεκτικότητα και προάγουν την ανάγκη για κοινωνική σύνδεση, πράγμα που οδηγεί σε μεγαλύτερη ανθρωπινότητα του εαυτού (Bastian & Haslam, 2010).

Επίσης τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι αυτόνομοι άνθρωποι (ειδικοί ψυχικής υγείας, ειδικοί υγείας και γενικός πληθυσμός) αποδίδουν τα χαρακτηριστικά της Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό τους. Με άλλα λόγια ο αυτόνομος προσανατολισμός κάνει τα άτομα να αντιλαμβάνονται τον εαυτό ως περισσότερο ανθρώπινο. Επιπλέον ο αυτόνομος προσανατολισμός συσχετίζεται αρνητικά με την αυτοαπανθρωποποίηση (Svoli et al., 2018). Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι ο μεγαλύτερος βαθμός αυτονομίας συνδέεται με την εμπειρία του να νιώθει κανείς περισσότερο άνθρωπος και λιγότερο μηχανή (Moller & Deci, 2010). Από την άλλη ο απρόσωπος προσανατολισμός (ειδικών ψυχικής υγείας, ειδικών υγείας και γενικού πληθυσμού) σχετίζεται αρνητικά με την απόδοση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό και θετικά με την αυτό-απανθρωποποίηση, γιατί το άτομο πιστεύει ότι η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων είναι πέρα από τον έλεγχό του και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την τύχη ή τη μοίρα (Moller et al., 2006). Σε αυτήν την περίπτωση υπονομεύονται τα εσωτερικά κίνητρα και το άτομο έχει την αίσθηση της αβοηθητότητας και της έλλειψης κινήτρου (Deci & Ryan, 1985a). Τα απρόσωπα προσανατολισμένα άτομα έχουν εξωτερική έδρα ελέγχου των συμπεριφορών και των

ενισχύσεων (Deci & Ryan, 1985b), πράγμα που οδηγεί στην αυτό-ανθρωποποίηση τους. Τέλος, ο ελεγχόμενος προσανατολισμός (ειδικών ψυχικής υγείας, ειδικών υγείας και γενικού πληθυσμού) δεν προβλέπει σημαντικά την αυτό-αпанθρωποποίηση, ούτε συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αυτήν, ούτε με την απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό. Τα ευρήματα αυτά είναι αντίθετα με την έρευνα των Moller & Deci (2010), σύμφωνα με την οποία ο ελεγχόμενος προσανατολισμός συσχετίζεται θετικά με την απανθρωποποίηση και οδηγεί τα άτομα στο να απανθρωποποιούν τον εαυτό τους. Πιθανώς τα άτομα που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους με βάση τον έλεγχο που προέρχεται από τους άλλους ή τον εαυτό να μην αντιλαμβάνονται τον έλεγχο ως κάτι αρνητικό ή να μην συνειδητοποιούν ότι δεν λειτουργούν αυτόνομα. Ως αποτέλεσμα, δεν αντιλαμβάνονται τον εαυτό ως αντικείμενο που κατευθύνεται με βάση τις υποδείξεις των άλλων ή με βάση έναν εσωτερικευμένο έλεγχο.

Επιπροσθέτως τα ερευνητικά ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι ο ανασφαλής δεσμός (άγχος/εμμονή, αποφυγή) των ειδικών της ψυχικής υγείας, ειδικών υγείας και γενικού πληθυσμού επιδρούν σημαντικά αρνητικά στην αυτό-αпанθρωποποίηση τους και σημαντικά θετικά στην απόδοση των χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό τους. Με άλλα λόγια, τα άτομα με ανασφαλή δεσμό δεν αυτό-αпанθρωποποιούνται, αποδίδοντας στον εαυτό τους χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας, δηλαδή ανθρωπινότητα. Τα άτομα που σημειώνουν υψηλή αποφυγή χαρακτηρίζονται από θετικές αναπαραστάσεις του εαυτού και αρνητικές αναπαραστάσεις των άλλων (Mikulincer & Shaver, 2001· Rom & Mikulincer, 2003· Berry et al., 2008· Fraley & Shaver, 2008), όποτε δεν αυτό-αпанθρωποποιούνται και αποδίδουν τα χαρακτηριστικά ανθρωπινότητας στον εαυτό. Όμως τα άτομα που

σημειώνουν υψηλό άγχος χαρακτηρίζονται από αρνητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και θετικές αναπαραστάσεις των άλλων (Mikulincer & Shaver, 2001· Rom & Mikulincer, 2003· Berry et al., 2008· Fraley & Shaver, 2008). Φαίνεται στην παρούσα έρευνα ότι δεν αυτό-απανθρωποποιούνται και αποδίδουν τα χαρακτηριστικά ανθρωπινότητας στον εαυτό. Βέβαια τα άτομα με υψηλό άγχος επιδιώκουν να γίνονται αποδεκτά και αγαπητά από τα μέλη της ομάδας και αντιλαμβάνονται τις αλληλεπιδράσεις των ομάδων ως μια ευκαιρία για να αποκτήσουν μια αίσθηση ασφάλειας. Από την άλλη πλευρά τα άτομα που έχουν υψηλό βαθμό αποφυγής επιδιώκουν να διατηρούν την απόσταση από τα μέλη της ομάδας και δίνουν έμφαση στην ανεξαρτησία και την αυτονομία τους στις αλληλεπιδράσεις με την ομάδα (Rom & Mikulincer, 2003). Αυτοί οι αμυντικοί ελιγμοί και οι προκύπτουσες προκαταλήψεις στις εκτιμήσεις του εαυτού και των άλλων τείνουν να είναι πιο χαρακτηριστικές σε άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού (Mikulincer & Shaver, 2005a). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ανασφαλείς προσανατολισμοί δεσμού -άγχος και αποφυγή- συνδέονταν με αυξημένη περιθωριοποίηση εντός της ομάδας και με τη σειρά της η περιθωριοποίηση αυτή συνδέεται με χειρότερη ψυχολογική προσαρμογή. Τόσο το άγχος όσο και η αποφυγή συνδέονταν θετικά με την περιθωριοποίηση από τα μέλη της οικογένειας, αλλά μόνο το άγχος συνδέεται με την αύξηση της περιθωριοποίησης από φίλους (Ferenczi & Marshall, 2016).

Επιπλέον από τα ερευνητικά ευρήματα της παρούσης έρευνας φαίνεται ότι οι ειδικοί της ψυχικής υγείας αποδίδουν το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Φύσης (Human Nature) στον εαυτό τους περισσότερο από το γενικό πληθυσμό και οι ειδικοί της ψυχικής υγείας και ειδικοί υγείας που εργάζονται σε γενικό νοσοκομείο αποδίδουν το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Μοναδικότητας (Uniquely Human) στον εαυτό τους περισσότερο από το γενικό πληθυσμό. Με άλλα λόγια οι

επαγγελματίες υγείας αποδίδουν στον εαυτό τους περισσότερη ανθρωπινότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποδίδουν στον εαυτό τους περισσότερα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Φύσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό πιθανότατα για να μπορέσουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά θεραπευτικά στις ανάγκες του ρόλου τους, μιας και οι ψυχωτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από γνωστική αποδόμηση, απρόσφορο ή επιπεδωμένο συναίσθημα, αρνητική συμπτωματολογία. Ίσως η απόδοση περισσότερων χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης είναι μια μορφή άμυνας για τους ειδικούς της ψυχικής υγείας που τους βοηθά στη θεραπευτική διαδικασία σε ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή. Για την επαλήθευση αυτής της υπόθεσης χρειάζεται περαιτέρω έρευνα. Πειραματικά ευρήματα δείχνουν ότι όταν αποκλείστηκαν τα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φύσης (HN), οι συμμετέχοντες είχαν γνωστική αποδόμηση και αισθάνθηκαν πιο λυπημένοι. Επειδή η συναισθηματικότητα είναι ένα ουσιαστικό μέρος της ανθρώπινης φύσης (Haslam, 2006), η άρνηση των χαρακτηριστικών ανθρώπινης φύσης μπορεί να προκαλέσει την αίσθηση ότι το άτομο είναι συναισθηματικά παραμελημένο, οδηγώντας σε συναισθήματα θλίψης και γνωστικής αποδόμησης (Zhang et al., 2017). Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας αποδίδοντας περισσότερα χαρακτηριστικά HN στον εαυτό τους από το γενικό πληθυσμό δεν αρνούνται τις ανιμαλιστικές και φυσικές πτυχές της κοινωνικής τους ταυτότητας (Vaes et al., 2014).

Επίσης οι ειδικοί ψυχικής υγείας και οι ειδικοί υγείας αποδίδουν περισσότερα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό τους από το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τη θεωρία διαχείρισης της τρομοκρατίας (Terror Management Theory) η συνειδητοποίηση του αναπόφευκτου δικού μας θανάτου μπορεί δυνητικά να προκαλέσει ένα εξαιρετικό υπαρξιακό άγχος το οποίο προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε ενισχύοντας την αυτοεκτίμησή μας, η οποία

απορρέει από την πεποίθηση ότι είμαστε άνθρωποι αξίας σύμφωνα με τα πρότυπα του συστήματος των κοινών μας πεποιθήσεων (Pyszczynski et al., 2008· Sánchez & García, 2016). Η αντιμετώπιση λοιπόν των υπαρξιακών ανησυχιών και της θνησιμότητας με την απόδοση Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό, αποστασιοποιεί και από τη σωματική, «ζωώδη» και κατά συνέπεια φθαρτή φύση μας (Vaes et al., 2014). Η προβολή της ανθρωπινότητας του εαυτού βοηθά στην εξουδετέρωση του υπαρξιακού άγχους (Castano & Kofta, 2009). Έτσι η Ανθρωπινότητα μπορεί να γίνει κατανοητή από την άποψη των χαρακτηριστικών της Ανθρώπινης Μοναδικότητας (UH) που διακρίνει τον άνθρωπο από τα ζώα, αλλά και από την άποψη της «ανθρώπινης φύσης» (HN) οι άνθρωποι έχουν βασικά χαρακτηριστικά μερικά από τα οποία μοιράζονται με τα ζώα (Haslam, 2006).

Φαίνεται ότι το φύλο των ειδικών της ψυχικής υγείας, των ειδικών υγείας και του γενικού πληθυσμού δεν επιδρά στην απανθρωποποίηση του νοσηλεύμενου ασθενή ούτε στην απανθρωποποίηση του εαυτού των ειδικών της ψυχικής υγείας, των ειδικών υγείας και του γενικού πληθυσμού. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες αυτό-απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους άντρες λόγω του ότι αντικειμενοποιούνται (Loughnan et al., 2013· Vaes et al., 2014), ενώ άλλα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι και τα δυο φύλα απανθρωποποίησαν περισσότερο άτομα του φύλου τους (Σβόλη & Σακαλάκη, 2015).

Όσο αφορά την ηλικία των ειδικών της ψυχικής υγείας, των ειδικών υγείας και του γενικού πληθυσμού φαίνεται από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ότι τα άτομα ηλικίας 46-60 ετών απανθρωποποιούν μηχανιστικά περισσότερο τον νοσηλεύμενο ασθενή από τα άτομα άνω των 60, πιθανόν λόγω των υπαρξιακών ανησυχιών και της θνησιμότητας (Vaes et al., 2014), μιας και αυτή η ηλικιακή

κατηγορία βρίσκεται κοντά στη συνταξιοδότηση, έχει βιώσει απώλειες και βρίσκεται μπροστά σε μια νέα φάση ζωής. Οι παραπάνω ηλικιακές ομάδες δεν φαίνεται να αυτό-απανθρωποποιούνται στην παρούσα έρευνα, αν και σύμφωνα με τα ευρήματα στον κοινωνικό εξοστρακισμό οι ομάδες που απανθρωποποιούν τις εξω-ομάδες ταυτόχρονα αυτό-απανθρωποποιούνται (Bastian & Haslam, 2010).

Τέλος από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο των ειδικών της ψυχικής υγείας, των ειδικών υγείας και του γενικού πληθυσμού παίζει ρόλο τόσο στην απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή όσο και στην απανθρωποποίηση του εαυτού. Φαίνεται ότι οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ απανθρωποποιούν μηχανιστικά το νοσηλευόμενο ασθενή περισσότερο από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου καθώς επίσης ότι οι ειδικοί ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ απανθρωποποιούν ανιμαλιστικά τον νοσηλευόμενο ασθενή περισσότερο από τους ειδικούς ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου. Η απανθρωποποίηση είναι επίσης μια κεντρική διαδικασία σε φαινόμενα προκατάληψης και στιγματισμού (Bandura, 1999) και αυξάνει την κοινωνική απόρριψη των ψυχικά ασθενών. Αποτελέσματα μετανάλυσης δείχνουν ότι η κοινωνική απόρριψη των ψυχικά ασθενών παρέμεινε ανησυχητικά σταθερή τα τελευταία 20 χρόνια (Schomerus et al., 2012). Πράγματι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας συχνά αξιολογούν το προσωπικό της ψυχικής υγείας ως μια από τις ομάδες που στιγματίζουν τους ψυχικά ασθενείς (Pinfold et al., 2005). Οι διακρίσεις προκαλούν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα τόσο στο κοινό όσο και στους επαγγελματίες υγείας (Schomerus et al., 2011). Επίσης οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού συνήθως κατέχουν θέσεις ευθύνης και καλούνται να πάρουν αποφάσεις για τους ασθενείς όπου πλήττεται η αυτονομία και η

ατομικότητα τους εφόσον οι περισσότεροι νοσηλεύονται ακούσια (Pawlikowski, 2002· Haslam et al., 2013) και η απανθρωποποίηση τους χρησιμοποιείται ως άμυνα ενάντια στο στρες (Vaes & Muratore, 2012) και στο να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες ανθρώπινες καταστάσεις χωρίς επαγγελματική εξουθένωση (Schulman-Green, 2003· Vaes & Muratore, 2012).

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου και απανθρωποποιούν λιγότερο το νοσηλευόμενο ασθενή σε σχέση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού αυτό-απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού. Δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς την απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης στον εαυτό αλλά υπάρχουν διαφορές ως προς την απόδοση χαρακτηριστικών της Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού καθώς και οι επαγγελματίες υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό τους από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου. Στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου οι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου βρίσκονται σε χαμηλές θέσεις στην ιεραρχία και ελέγχονται από αποφοίτους ΑΕΙ/ΤΕΙ και κατόχους μεταπτυχιακού και διδακτορικού. Οι άνθρωποι που είναι ανίσχυροι ή ελέγχονται συνήθως αυτό-απανθρωποποιούνται (Moller & Deci, 2010). Η μη ύπαρξη διαφορών ως προς την απόδοση των χαρακτηριστικών της Ανθρώπινης Φύσης στον εαυτό μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού δείχνει ότι δεν επηρεάζεται η αυτό-αντίληψη τους από την απανθρωποποίηση

(ανιμαλιστική και μηχανιστική) του νοσηλευόμενου ασθενή (Yang et al., 2015). Τα ανίσχυρα άτομα θεωρούνται επίσης ότι δεν έχουν την ωριμότητα, τη λογική, την υπευθυνότητα, τον αυτοέλεγχο, την εμπιστοσύνη και την αξία, που γενικά θεωρούνται ως κυρίαρχα χαρακτηριστικά ανθρώπινης μοναδικότητας (UH) (Haslam, 2006· Leyens et al., 2001) και ως εκ τούτου τα ανίσχυρα άτομα τείνουν να θεωρούνται ότι έχουν λιγότερα χαρακτηριστικά ανθρώπινης μοναδικότητας (UH) καθιστώντας τα πιο ζώωδη. Συγκεκριμένα η αδυναμία οδηγεί τους ανθρώπους να αποδίδουν λιγότερα γνωρίσματα ανθρώπινης φύσης (HN) στην αυτο-αντίληψη και λιγότερα χαρακτηριστικά ανθρώπινης μοναδικότητας (UH) στη μετα-αντίληψη (Yang et al., 2015).

Η δεύτερη έρευνα είχε ως στόχο τόσο τη μελέτη της απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή με ψυχωτική διαταραχή και οργανική νόσο όσο και τη μελέτη απανθρωποποίησης του εαυτού των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και των ασθενών με οργανική νόσο.

Ως προς την απανθρωποποίηση δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και των ασθενών με οργανική νόσο. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενα ευρήματα που λένε ότι οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους ασθενείς με νευρωτικές διαταραχές (Svoli et al., 2018). Φαίνεται όμως ότι ο ανασφαλής δεσμός (άγχος/εμμονή, αποφυγή) των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και των ασθενών με οργανική νόσο συμβάλλουν σημαντικά θετικά τόσο στη μηχανιστική όσο και στην ανιμαλιστική απανθρωποποίηση τους. Η ψύχωση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της ψυχικής υγείας και χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα διαπροσωπικών δυσκολιών (Penn et al., 2004· Zeanah et al., 2011). Τα υψηλά επίπεδα άγχους ή αποφυγής στις σχέσεις δεσμού μπορεί να εμπλέκονται στη διατήρηση των ψυχωτικών

συμπτωμάτων. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι τόσο το άγχος όσο και η αποφυγή σχετίζονται με το συνολικό επίπεδο των διαπροσωπικών προβλημάτων (Berry et al., 2006). Τα ευρήματα της σχέσης της αποφυγής και των αρνητικών συμπτωμάτων των ψυχωτικών διαταραχών υποστηρίζουν τα γνωστικά μοντέλα της σχιζοφρένειας τα οποία νοηματοδοτούν την κοινωνική απόσυρση και την συναισθηματική άμβλυνση ως μεθόδους αντιμετώπισης του κοινωνικού άγχους. Στη σχιζοφρένεια αυτές οι δυσκολίες της σχέσης απεικονίζονται συχνά ως αρνητικά συμπτώματα, όπως η κοινωνική απόσυρση. Επίσης υπάρχει σχέση μεταξύ άγχους και αποφυγής με τα διαπροσωπικά προβλήματα, με συγκεκριμένες συσχετίσεις μεταξύ άγχους και απαιτητικής συμπεριφοράς και αποφυγής με διαπροσωπική εχθρότητα. Τα υψηλά επίπεδα αποφυγής σχετίζονται με δυσκολίες στις θεραπευτικές σχέσεις (Berry et al., 2006· Berry et al., 2008· Read & Gumley, 2010). Η διάσταση του άγχους/εμμονής σχετίζεται με τη σωματική νόσο (Hunter & Maunder, 2001· Salmon & Young, 2009). Το άτομο νοιώθει αποπνικτικά από την παρουσία του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού αλλά ανησυχεί κατά την αποχώρησή του. Το εσωτερικό μοντέλο εργασίας προβλέπει ένα σχεδόν σταθερό σήμα κινδύνου και είναι το καλύτερο μέσο για τη διατήρηση της εγγύτητας με το προσωπικό. Αυτό οδηγεί τους ανθρώπους να πιστεύουν ότι αυτό που απαιτείται κατά τη διάρκεια της ασθένειας είναι ένας τρόπος να διατηρείται ο επαγγελματίας συνεχώς δίπλα τους. Αυτό το μοτίβο αναζητήσεως φροντίδας είναι χαρακτηριστικό του ατόμου, του οποίου η εσωτερική αίσθηση της ανικανότητας τον οδηγεί να εξαρτάται από τους άλλους, όμως βρίσκει την βοήθεια των άλλων ανεπαρκή (Hunter & Maunder, 2001). Η αγχώδης διάσταση δεσμού σχετίζεται αρνητικά με όλους τους τύπους υποστήριξης, εκτός από την εξασφάλιση και την εξήγηση της ιατρικής φροντίδας, ενώ η αποφυγή σχετίζεται αρνητικά με τους συναισθηματικούς τύπους υποστήριξης (Gur-Yaish et al., 2014). Στην αποφυγή το

εσωτερικό μοντέλο εργασίας τους προβλέπει ότι ο άλλος άνθρωπος δεν είναι αξιόπιστος και ότι είναι καλύτερα να υπολογίζουν στον εαυτό τους και να αποφεύγουν οποιοδήποτε βαθμό εξάρτησης από άλλο άτομο που αναπόφευκτα θα τους αφήσει όταν η ανάγκη είναι μεγαλύτερη (Hunter & Maunder, 2001· Waller et al., 2004). Ωστόσο όταν μια μείζονα ασθένεια ή σωματική βλάβη διακόπτει την προτιμώμενη στρατηγική αυτοπεποίθησης, μπορεί να προκύψουν προβλήματα όπως η απόρριψη των ιατρικών οδηγιών (Hunter & Maunder, 2001). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι ο τύπος δεσμού συνδέεται σημαντικά με την αυτοδιαχείριση της νόσου και τα αποτελέσματα της θεραπείας (Ciechanowski et al., 2004). Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι οι διαστάσεις δεσμού άγχος/εμμονή και αποφυγή στις περιπτώσεις νόσου όπου μειώνεται η αυτονομία και αυξάνεται η εξάρτηση από τους άλλους διαμεσολαβούν στη μηχανιστική και ανιμαλιστική απανθρωποποίηση.

Στην παρούσα έρευνα δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την απανθρωποποίηση του εαυτού μεταξύ ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και ασθενών με οργανική νόσο. Φαίνεται όμως, όπως και στην πρώτη έρευνα, ότι οι διαστάσεις δεσμού (άγχος/εμμονή, και αποφυγή) επιδρούν σημαντικά αρνητικά ως προς την απανθρωποποίηση του εαυτού των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και των ασθενών με οργανική νόσο. Φαίνεται ότι το άγχος/εμμονή και η αποφυγή δρουν προστατευτικά στην απανθρωποποίηση του εαυτού και συμβάλλουν στην ανθρωπότητα του εαυτού. Επίσης δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την απόδοση των χαρακτηριστικών της Ανθρώπινης Φύσης στον εαυτό από τις εξεταζόμενες ομάδες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τόσο οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή όσο και οι ασθενείς με οργανική νόσο αποδίδουν εξίσου τα χαρακτηριστικά της Ανθρώπινης Φύσης στον εαυτό τους, που είναι βασικά για τον άνθρωπο και μερικά εξ αυτών είναι κοινά με τα ζώα (Haslam, 2006) και παίζουν βασικό ρόλο στην αυτό-αντίληψη (Yang

et al., 2015). Υπάρχουν διαφορές όμως ως προς την απόδοση των χαρακτηριστικών της Ανθρώπινης Μοναδικότητας. Φαίνεται ότι οι ασθενείς με οργανική νόσο αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό σε σχέση με τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή. Και αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή ανθρωποποιούν τον εαυτό τους περισσότερο από τους νευρωτικούς και αποδίδουν περισσότερο θετικά συναισθήματα στον εαυτό σε σύγκριση με τους νευρωτικούς ασθενείς (Svoli et al., 2018). Πιθανόν η απόδοση λιγότερων χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή σε σχέση με τους ασθενείς με οργανική νόσο να σχετίζεται με το στίγμα (Magliano et al., 2008· Thornicroft et al., 2009· Gallagher et al., 2010· Zhu et al., 2017), το αυτό-στίγμα (Blankertz, 2001· Schomerus et al., 2011), τις ετικέτες της ψυχικής νόσου (Martinez et al., 2011· Martinez, 2014· Park & Park, 2015). Μπορεί επίσης να είναι συνέπεια μιας γνωστικής εστίασης στις επώδυνες εμπειρίες που είναι κρίσιμες για την αντίληψη της ανθρώπινης ζωής (Locke, 2009· Varga, 2016· Sakalaki et al., 2017).

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται ότι το φύλο και η ηλικία των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και των ασθενών με οργανική νόσο δεν επιδρά στην απανθρωποποίηση (μηχανιστική και ανιμαλιστική) ούτε στην αυτό-απανθρωποποίηση τους και στην απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό. Αντίθετα το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή και των ασθενών με οργανική νόσο επιδρά τόσο στην απανθρωποποίηση (μηχανιστική και ανιμαλιστική) όσο και στην αυτό-απανθρωποποίησή τους και στην απόδοση χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό.

Συγκεκριμένα τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ απανθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από τους ασθενείς που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού. Οι ψυχωτικοί ασθενείς που είναι απόφοιτοι Δημοτικού απανθρωποποιούνται μηχανιστικά περισσότερο από αυτούς που είναι απόφοιτοι Λυκείου. Το παραπάνω εύρημα δείχνει διαφορές ως προς τη μηχανιστική απανθρωποποίηση που για τους ασθενείς με οργανική νόσο έγκεινται στην πανεπιστημιακή και μετα-πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση, ενώ για τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή οι διαφορές ως προς τη μηχανιστική απανθρωποποίηση αφορούν τη βασική εκπαίδευση. Η έλλειψη ατομικότητας, agency, και συναισθηματικής ανταπόκρισης (Haslam, 2006) οδηγεί τους ασθενείς να αισθάνονται ότι οι ατομικές τους ταυτότητες απογυμνώνονται από μια αποπροσωποποιημένη ιατρική πρακτική (Haslam & Loughnan, 2014) και ανταποκρίνονται με τη μηχανιστική απανθρωποποίηση τους εφόσον οι γιατροί βλέπουν τους ασθενείς ως μηχανικά συστήματα με αλληλεπιδρώντα μέρη (Haque & Waytz, 2012) και σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί ως δυσλειτουργία της μηχανής (Adams et al., 2017).

Επίσης οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ απανθρωποποιούνται ανιμαλιστικά περισσότερο από τους ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι Δημοτικού. Ενώ οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και απόφοιτοι Δημοτικού απανθρωποποιούνται ανιμαλιστικά περισσότερο από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου. Φαίνεται ότι και οι δύο εξεταζόμενες ομάδες που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ αισθάνονται περισσότερο ως ζώα κατά τη νοσηλεία τους και απανθρωποποιούνται

ανιμαλιστικά πιθανόν λόγω της μειωμένης αυτονομίας, της μη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων με αποτέλεσμα να αντιδρούν με αυτόν τον τρόπο στο απρόσωπο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Το μορφωτικό επίπεδο επίσης επιδρά στην αυτό-απανθρωποποίηση των ασθενών με οργανική νόσο και ασθενών με ψυχωτική διαταραχή στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι Δημοτικού αυτό-απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου αυτό-απανθρωποποιούνται περισσότερο από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Επίσης διαφορές υπάρχουν τόσο στην απόδοση του χαρακτηριστικού της Ανθρώπινης Φύσης όσο και του χαρακτηριστικού της Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό στους ασθενείς με οργανική νόσο και στους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή. Οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Φύσης στον εαυτό τους από τους ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι Δημοτικού. Οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και απόφοιτοι Δημοτικού αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Φύσης στον εαυτό τους από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Λυκείου. Με άλλα λόγια, οι απόφοιτοι Λυκείου αντιλαμβάνονται ότι δεν έχουν την αίσθηση της κοινής ανθρωπιάς (Ανθρώπινη Φύση) (Bastian, & Haslam, 2010). Όσον αφορά την απόδοση του χαρακτηριστικού της Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό οι ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό τους από τους ασθενείς με οργανική νόσο που είναι απόφοιτοι Δημοτικού. Οι ασθενείς με ψυχωτική

διαταραχή που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ αποδίδουν περισσότερο το χαρακτηριστικό της Ανθρώπινης Μοναδικότητας στον εαυτό τους από τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που είναι απόφοιτοι Λυκείου. Φαίνεται ότι η πανεπιστημιακή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση δρα προστατευτικά στην αυτό-αпанθρωποποίηση και στην απόδοση ανθρωπινότητας στον εαυτό πιθανόν λόγω μεγαλύτερης αυτό-εκτίμησης, μεγαλύτερης ευελιξίας και χρήσης πιο πολύπλοκης διεργασίας στην επίλυση προβλημάτων. Πιθανόν επίσης να συνδέεται με την ηλικία έναρξης της νόσου που ίσως αυτό επηρεάζει αργότερα τη βαρύτητα της. Καθόσον πιο πιθανό άτομα με πρόωμη έναρξη της νόσου να μην έχουν καταφέρει να προχωρήσουν στις εκπαιδευτικές βαθμίδες. Εν κατακλείδι το μορφωτικό επίπεδο τόσο των ασθενών με οργανική νόσο όσο και των ασθενών με ψυχωτική διαταραχή φαίνεται ότι επιδρά τόσο στην μηχανιστική και ανιμαλιστική απανθρωποποίηση όσο και στην αυτό-αпанθρωποποίηση.

Από τα ερευνητικά ευρήματα και των δύο ερευνών είναι εμφανές ότι η απανθρωποποίηση και αυτό-αпанθρωποποίηση είναι φαινόμενα που υπάρχουν στο Ελληνικό νοσοκομείο για αυτό η λήψη μέτρων αντιμετώπισης τους είναι απαραίτητη, γιατί θα βελτιώσουν τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και θα συμβάλουν στην ευημερία των εργαζομένων που χρησιμοποιούν την απανθρωποποίηση των ασθενών ως άμυνα για την επαγγελματική κόπωση και τις ελλείψεις του συστήματος υγείας.

Συνεισφορά της Παρούσας Διατριβής στην Επιστημονική Γνώση και τη Θεραπευτική Πρακτική

Παρακάτω παρουσιάζεται η συμβολή της παρούσας διατριβής σε θεωρητικό, ερευνητικό, θεραπευτικό και εκπαιδευτικό επίπεδο. Επίσης, γίνεται αναφορά στην συνεισφορά των ευρημάτων στην κοινωνία, κάνοντας μία προσπάθεια σύνδεσης της επιστημονικής γνώσης με τις ανάγκες του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Θεωρητική Συμβολή

Η παρούσα διατριβή έχει ως γενικό σκοπό την διερεύνηση της έννοιας της απανθρωποποίησης και της αυτό-απανθρωποποίησης. Ο μεγαλύτερος όγκος της έρευνας των υπό μελέτη φαινομένων αφορά τις διομαδικές σχέσεις. Οι δυο έρευνες στην παρούσα διατριβή αναφέρονται σε κλινικά πλαίσια και στο κοινωνικό πλαίσιο με τη συμμετοχή του γενικού πληθυσμού. Κατά συνέπεια, η μελέτη του φαινομένου, το οποίο αποτελεί ένα πολυδιάστατο και σύνθετο φαινόμενο, θεωρείται ότι συμβάλλει στην καλύτερη κατανόησή του καθώς επίσης αναδεικνύει τρόπους καλύτερης αντιμετώπισής του, προς όφελος τόσο των εργαζομένων στα κλινικά πλαίσια όσο και των νοσηλευόμενων ασθενών συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στη θεραπευτική αλλαγή.

Η μελέτη του φαινομένου της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης υπό το πρίσμα κυρίως της θεωρίας του δεσμού, αλλά και της θεωρίας αυτό-προσδιορισμού, θεωρείται ότι προσφέρει διπλό πλεονέκτημα: αφενός μεν τονίζει τη διαπροσωπική διάσταση του φαινομένου διευρύνοντας τα περιθώρια θεραπευτικής παρέμβασης, αφετέρου δε διανοίγει νέα πεδία εφαρμογής της θεωρίας δεσμού.

Από τα ερευνητικά αποτελέσματα φαίνεται ότι οι διαστάσεις δεσμού, άγχος/εμμονή και αποφυγή επιδρούν τόσο στην απανθρωποποίηση του άλλου όσο και

στην αυτό-απανθρωποποίηση. Για πρώτη φορά τα παραπάνω φαινόμενα συνδέονται με την παράμετρο των διαστάσεων δεσμού, άγχος/εμμονή και αποφυγή των ενηλίκων και εξετάζεται η μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Αυτό αποτελεί καινοτόμο πεδίο έρευνας, αφού δεν έχει προηγηθεί καμία σχετική μελέτη, παρά τις θεωρητικές αναφορές και τους υπαινιγμούς για την πιθανή σχέση ανάμεσα στους δύο παράγοντες. Η ανάδειξη των εκδηλώσεων απανθρωποποίησης με βάση τη θεωρία δεσμού ως άμυνα προσφέρει νέες προοπτικές στις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους.

Συμβολή στην Έρευνα

Η συμβολή της παρούσας διατριβής στην έρευνα κινείται σε πολλά επίπεδα. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι αυτή η έννοια της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης μπορεί πλέον να μετρηθεί στον ελληνικό πληθυσμό δίνοντας χώρο στο να αναπτυχθούν επίκαιρες και σύγχρονες μελέτες στην Ελλάδα.

Η έρευνα σχετικά με την απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση είναι υπό διαδικασία ανάπτυξης με ολοένα και περισσότερους ερευνητές να διερευνούν τον ρόλο που διαδραματίζουν αυτές οι έννοιες σε διάφορους τομείς. Η σημαντικότητα της πρώτης έρευνας της παρούσας διατριβής έγκειται στο γεγονός ότι για πρώτη φορά μελετήθηκε η απανθρωποποίηση του νοσηλευμένου ασθενή από επαγγελματίες ψυχικής υγείας/επαγγελματίες υγείας και το γενικό πληθυσμό ως ομάδα σύγκρισης. Οι συμμετέχοντες δεν αναφέρονταν σε κάποιο σενάριο για τον νοσηλευόμενο ασθενή αλλά είχαν ως σημείο αναφοράς τους δικούς τους ασθενείς. Επίσης η συσχέτιση της απανθρωποποίησης με τον αυτοκαθορισμό και τις διαστάσεις δεσμού διευρύνουν το πεδίο της έρευνας και συντελούν στη λήψη μέτρων. Επίσης η μελέτη της αυτό-απανθρωποποίησης των επαγγελματιών υγείας, επαγγελματιών ψυχικής υγείας και γενικού πληθυσμού συντελεί στην περαιτέρω διερεύνηση της αλλά και στη συσχέτισή

της με άλλες έννοιες από διαφορετικά πεδία όπως ο αυτοκαθορισμός και σε διαφορετικά πλαίσια, όπως οι διαστάσεις δεσμού.

Η σημαντικότητα και πρωτοτυπία της δεύτερης έρευνας της παρούσας διατριβής έγκειται στο γεγονός ότι για πρώτη φορά μελετήθηκε πώς βιώνεται η απανθρωποποίηση και η αυτό-απανθρωποποίηση από τον ίδιο τον ασθενή σε σχέση με τις διαστάσεις δεσμού. Αυτό αποτελεί καινοτόμο πεδίο έρευνας, αφού δεν έχει προηγηθεί καμία σχετική μελέτη, και από την άλλη πλευρά η θεωρία δεσμού προβάλλει τη σημασία των πραγματικών εμπειριών του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους και προσφέρει το κατάλληλο πλαίσιο για μια τέτοια διερεύνηση. Η ανάγκη διερεύνησης των αναγκών ευάλωτων ομάδων πληθυσμού αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο της έρευνας στην επιστήμη της ψυχολογίας. Πέρα από την καταγραφή των αναγκών είναι πολύ χρήσιμο μέσα από την έρευνα να προτείνονται και τρόποι κάλυψης αυτών και ενίσχυση της ψυχικής υγείας ατόμων ή και ομάδων που βρίσκονται σε προσωπική, κοινωνική, ηθική ή και οικονομική κρίση. Η παρούσα μελέτη μπορεί να αποτελέσει ένα ερέθισμα όσον αφορά στην μελέτη ατόμων και ομάδων που βρίσκονται σε κρίση, προσφέροντας μία οπτική ερευνητικής μεθοδολογίας όσον αφορά στην λήψη μέτρων ανθρωποποίησης.

Συμβολή στη Θεραπευτική Πρακτική και την Εκπαίδευση

Σε κλινικό και εκπαιδευτικό επίπεδο η συγκεκριμένη μελέτη αναμένεται ότι συμβάλλει καταρχάς στην καλύτερη και πιο σύντομη μεταχείριση του θέματος. Όπως ειπώθηκε και παραπάνω τα αποτελέσματα των μελετών της παρούσας διατριβής έδειξαν ότι οι αυτόνομοι άνθρωποι δεν απανθρωποποιούν ούτε αυτό-απανθρωποποιούνται, ένα στοιχείο που αποτελεί στόχο της θεραπευτικής διαδικασίας. Επίσης τα ευρήματα των μελετών της παρούσας διατριβής έδειξαν ότι οι διαστάσεις δεσμού άγχος/εμμονή και αποφυγή επιδρούν τόσο στην

απανθρωποποίηση όσο και στην απανθρωποποίηση εαυτού, ευρήματα που ανοίγουν τους ορίζοντες των θεραπειών, οι οποίοι γνωρίζουν ότι οι τύποι δεσμού σχετίζονται με τη διαχείριση της νόσου, τις δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση και με όλους τους τύπος υποστήριξης. Ο ρόλος του θεραπευτή μέσα σε ένα ασφαλές πλαίσιο, το οποίο συνδυάζεται με μία καλή θεραπευτική σχέση, δημιουργεί τον χώρο έτσι ώστε το άτομο να γίνει αυτόνομο. Με αυτή την διαδικασία δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να λειτουργήσει με το βέλτιστο δυναμικό του, για να μπορέσει στην συνέχεια να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να εμπνεύσει τους ειδικούς ψυχικής υγείας και να ενισχύσει την πίστη τους στις δυνατότητες που έχουν τα άτομα να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες και να χρησιμοποιούν το βέλτιστο δυναμικό τους με στόχο να ανθίσουν και γίνουν ευτυχισμένοι.

Τα αποτελέσματα των δύο ερευνών επιτρέπουν να διαμορφωθούν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση του θέματος της απανθρωποποίησης και για την πρόληψή του, που ειδάλλως μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην θεραπεία των ασθενών και στην προσωπική ανάπτυξη και ευημερία των ειδικών που εργάζονται στο νοσοκομείο. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα στις ιατρικές σχολές μπορούν να ενισχυθούν με εργαστήρια δεξιοτήτων επικοινωνίας, συμπόνιας και ενσυναίσθησης για ολιστική αντιμετώπιση του κάθε ασθενή.

Συμβολή στην Κοινωνία

Ένα βασικό στοιχείο της έρευνας αφορά στην συμβολή της στην κοινωνία.. Όσον αφορά στην προαγωγή και παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών, η δημιουργία προγραμμάτων με στόχο την αύξηση της ανθρωποποίησης μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο ανάπτυξης της κοινωνίας σε πολλά επίπεδα. Από τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών φαίνεται ότι η απανθρωποποίηση ως άμυνα μπορεί να αυξήσει τα

συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας κι αυτό έχει άμεση συνέπεια σε τομείς όπως η εργασία και η υγεία, μειώνοντας την παραγωγικότητα και αυξάνοντας τα κόστη θεραπείας. Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει η πρόληψη, η οποία αποτελεί και το ζητούμενο των κοινωνιών που επιθυμούν να προσφέρουν ευκαιρίες ολιστικής ανάπτυξης στα μέλη της.

Τέλος η οπτική της ανθρωπινότητας μέσα από ένα σύγχρονο και ρεαλιστικό λόγο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα προγράμματα σπουδών σχολείων αλλά και της ανώτερης εκπαίδευσης. Σε αυτό το πλαίσιο μπορούν επιπλέον να οργανώνονται εκδηλώσεις σε δήμους και κοινότητες, με στόχο την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για διάφορα κοινωνικά ζητήματα και ζητήματα ψυχικής υγείας. Ακόμα τα Μ.Μ.Ε. αλλά και οι διάφορες μορφές τέχνης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ευαισθητοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού με βασικό σκοπό την πρόληψη.

Περιορισμοί – Προτάσεις

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν θετικά, ως σημαντικές κατευθύνσεις για την μελλοντική έρευνα. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν αριθμητικά περισσότερες από τους άνδρες και έτσι η μελλοντική γραμμή έρευνας θα μπορούσε να ασχοληθεί με το αν υπάρχουν διεμφυλικές διαφορές που να σχετίζονται με τις αλλαγές στα επίπεδα της απανθρωποποίησης των άλλων και αυτό-απανθρωποποίησης. Το ενδιαφέρον των μελλοντικών ερευνών, θα μπορούσε να στραφεί τόσο στον γενικό πληθυσμό, σε αρκετά μεγαλύτερα δείγματα, όσο και σε ειδικούς πληθυσμούς.

Τα δείγματα που συλλέχθηκαν στις μελέτες της διατριβής αυτής, παρότι ήταν πολυπληθή κι επαρκή στατιστικά, δε στηρίχθηκαν σε τυχαία δειγματοληψία. Αν και τα συμπεράσματα των μελετών είναι ασφαλές να γενικευτούν, η τυχαιότητα στη

συλλογή του δείγματος θα επιτύγχανε τη μέγιστη αντιπροσωπευτικότητα. Επίσης, η παρούσα διατριβή στηρίχθηκε σε δεδομένα συγχρονικών μελετών, γεγονός που δεν επιτρέπει να ερμηνευτούν ως σχέσεις αιτίου-αιτιατού ή προβλέψεις οι επιδράσεις που εντοπίστηκαν, αλλά μόνο ως πολύπλοκες συσχετίσεις που είναι ανάγκη να διερευνηθούν περαιτέρω στο μέλλον. Οι κλίμακες απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης να μεν έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα αλλά δεν είναι σταθμισμένες για τον ελληνικό πληθυσμό.

Πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι το δείγμα του γενικού πληθυσμού της πρώτης έρευνας δεν έχει αντίστοιχα δημογραφικά χαρακτηριστικά με το δείγμα των ειδικών της ψυχικής υγείας και των εργαζομένων στο γενικό νοσοκομείο. Το δείγμα που αποτελείται από τους εργαζόμενους στο γενικό νοσοκομείο απαρτίζεται από εργαζόμενους που δουλεύουν σε διαφορετικά τμήματα π.χ ΜΕΘ, χειρουργικά και παθολογικά τμήματα και έχουν να αντιμετωπίσουν ασθενείς με διαφορετικής βαρύτητας παθολογικές καταστάσεις. Σε μια μελλοντική έρευνα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο παραπάνω περιορισμός στον ερευνητικό σχεδιασμό.

Πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη ότι τα δείγματα που αποτελούνται από ασθενείς με οργανική νόσο και ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή είναι πληθυσμοί ευάλωτοι στη δεδομένη συνθήκη. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή στην πλειοψηφία τους νοσηλεύονται ακουσίως κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και οι ασθενείς με οργανική νόσο στην πλειοψηφία τους έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας, επομένως προκύπτουν ερωτήματα σχετικά με την κατανόηση των ερωτήσεων που διατυπώνονταν στα εργαλεία μέτρησης, εφόσον από τη νόσο έχουν επηρεαστεί οι γνωστικές λειτουργίες.

Στην πρώτη έρευνα που αφορούσε την απανθρωποποίηση του νοσηλευόμενου ασθενή και την απανθρωποποίηση του εαυτού των ειδικών της ψυχικής υγείας,

εργαζομένων στο υπόλοιπο νοσοκομείο και γενικού πληθυσμού, 10 ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους εργαζόμενους σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας παραδόθηκαν ημιτελή και ακυρώθηκαν γιατί δεν είχαν απαντήσει στα ερωτήματα που αφορούσαν την απανθρωποποίηση. Το προσωπικό στις Μονάδες δυσκολεύτηκε να απαντήσει γιατί το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα οι ασθενείς είναι διασωληνωμένοι και δεν επικοινωνούν, όπως ανέφεραν οι συμμετέχοντες. Μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να επικεντρωθεί στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, όπου πολλές φορές η ζωή των ασθενών υποστηρίζεται με μηχανήματα, η επικοινωνία με τους ασθενείς καθίσταται αδύνατη και η ιστορία του ασθενή γίνεται γνωστή μέσω της οικογένειας τους, πράγμα που δυσκολεύει τη θεραπευτική σχέση, όπου αναμένεται μεγαλύτερη απανθρωποποίηση.

Στην παρούσα έρευνα δεν συμπεριλαμβάνεται καθόλου το προσωπικό που εργάζεται στον εργαστηριακό τομέα του νοσοκομείου (βιοχημικό-микροβιολογικό εργαστήριο, ακτινολογικό, αξονικός τομογράφος, κ.ά.). Μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να συμπεριλάβει αυτούς τους τομείς, δεδομένου ότι οι δεδομένες ειδικότητες δεν έχουν άμεση επαφή με πρόσωπα αλλά με βιολογικά υλικά και απεικονίσεις των νοσηλευόμενων προσώπων, οπότε σύμφωνα με τη θεωρία της απανθρωποποίησης αναμένεται μεγαλύτερη απανθρωποποίηση. Επίσης στα δημογραφικά στοιχεία θα μπορούσε να συμπεριληφθεί αν τα άτομα των εξεταζόμενων ομάδων έχουν κάνει ή όχι ψυχοθεραπεία.

Επειδή υπάρχουν πολλές παθολογικές διαγνώσεις στη δεύτερη έρευνα οι ασθενείς έχουν ταξινομηθεί ως ασθενείς με οργανική νόσο. Μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να ασχοληθεί με συγκεκριμένες διαγνώσεις. Επίσης στην παρούσα έρευνα δεν έχουν συμπεριληφθεί καθόλου ασθενείς με καρκίνο. Μια πρόταση για μελλοντική έρευνα για τη μελέτη της απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή

θα μπορούσε να συμπεριλάβει μαζί με την ποσοτική και την ποιοτική έρευνα για τη καλύτερη μελέτη και κατανόηση του φαινομένου (Miles, 2012, Lynch & Zoller, 2015).

Η δεύτερη έρευνα περιλαμβάνει 200 ασθενείς από ένα γενικό νοσοκομείο. Μια πρόταση για μελλοντική έρευνα για τη μελέτη της απανθρωποποίησης του νοσηλευόμενου ασθενή θα μπορούσε να συμπεριλάβει και άλλα νοσοκομεία (γενικά και ψυχιατρικά).

Τέλος, για κάθε έρευνα μελετήθηκαν συγκεκριμένες μεταβλητές, η επιλογή των οποίων εξυπηρετούσε τους σκοπούς της εκάστοτε μελέτης. Είναι χρήσιμο να διερευνηθεί η σχέση της απανθρωποποίησης και αυτό-απανθρωποποίησης και με άλλες μεταβλητές για μια πιο ολιστική περιγραφή της έννοιας αυτής.

Συμπεράσματα

Η απανθρωποποίηση και αυτό-απανθρωποποίηση είναι φαινόμενα που δρουν αρνητικά στο σχετίζεσθαι, τόσο με τον εαυτό όσο και με τους άλλους. Το να μάθουμε να στεκόμαστε με κατανόηση, σεβασμό, αποδοχή και αγάπη απέναντι στον εαυτό και τους άλλους ανθρώπους, δεν βοηθάει μόνο στην ενίσχυση της ψυχικής και σωματικής υγείας, αλλά παράλληλα επιδρά και στις σχέσεις με τους άλλους.

Συνοψίζοντας τα ευρήματα των μελετών που απαρτίζουν αυτή την διατριβή χρειάζεται να αναφερθούμε στην σημαντικότητα διερεύνησης του φαινομένου, η οποία μας δίνει σημαντικές πληροφορίες για το πως μπορούμε να δημιουργήσουμε προτάσεις για τη λήψη μέτρων που θα οδηγήσουν στη δημιουργία θετικών δεσμών με τον εαυτό και τους άλλους ανθρώπους. Με τη χρήση των ερωτηματολογίων απανθρωποποίησης, αυτό-απανθρωποποίησης και χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης και Ανθρώπινης Μοναδικότητας, δίνεται η δυνατότητα στους ερευνητές να εξετάσουν το φαινόμενο και να εξερευνήσουν τη σχέση του με άλλες μεταβλητές.

Αυτή η νέα γνώση εμπλουτίζει την ερευνητική προσπάθεια στην Ελλάδα και ενισχύει την θέση των Ελλήνων ερευνητών στην παγκόσμια ερευνητική κοινότητα.

Οι 2 έρευνες, οι οποίες είναι από τις λίγες έρευνες παγκοσμίως που αφορούν τη μελέτη του φαινομένου σε ειδικούς πληθυσμούς, επαγγελματίες υγείας, επαγγελματίες ψυχικής υγείας με ομάδα σύγκρισης το γενικό πληθυσμό, καθώς επίσης ασθενείς με ψυχική νόσο και ασθενείς με οργανική νόσο, διευρύνεται η γνώση μας τόσο για την έννοια αυτή όσο και για την σχέση της με τον αυτοκαθορισμό και τη θεωρία δεσμού. Μέσα από αυτές τις έρευνες βρέθηκε ότι η απανθρωποποίηση στους επαγγελματίες υγείας λειτουργεί ως αμυντικός μηχανισμός απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση και το άγχος θανάτου. Σχετικά με τους ασθενείς φαίνεται ότι οι ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή αποδίδουν λιγότερα χαρακτηριστικά Ανθρώπινης Μοναδικότητας, προφανώς λόγω των γνωστικών διαταραχών που προκαλεί η νόσος, του στίγματος και αυτό-στιγματισμού. Φαίνεται ότι οι διαστάσεις δεσμού, άγχος/εμμονή και αποφυγή διαμεσολαβούν στην απανθρωποποίηση του άλλου, αλλά δρουν προστατευτικά στην απανθρωποποίηση του εαυτού. Επίσης από τη θεωρία του αυτοκαθορισμού η αυτονομία δρα προστατευτικά στην απανθρωποποίηση του άλλου και του εαυτού, ενώ ο απρόσωπος προσανατολισμός διαμεσολαβεί στην αυτό-απανθρωποποίηση.

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω ευρήματα προτείνεται η λήψη μέτρων σε κλινικό, εκπαιδευτικό, διοικητικό και ερευνητικό επίπεδο ώστε να συντελέσουν σε μια εξανθρωπισμένη φροντίδα για τους ασθενείς και αύξηση του ευ ζην των επαγγελματιών υγείας ώστε να οδηγήσει σε μία διαδικασία κατασκευής νοήματος και ερμηνείας της πραγματικότητας που λειτουργεί ως παράγοντας εξέλιξης και ενίσχυσης της σχέσης με τον εαυτό αλλά και με τους άλλους.

Βιβλιογραφία

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C, Moss, P, Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M., & Paré, M. (2011). Stigma and discrimination. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 1-9. https://www.researchgate.net/profile/Michael-Pare-2/publication/51734603_Stigma_and_Discrimination/links/5af84150aca2720af9e27545/Stigma-and-Discrimination.pdf
- Aboraya, A. (2010). Recommendation for DSM-V: A Proposal for Adding Causal Specifiers to Axis I Diagnoses. *Psychiatry*, 7(12), 24-28. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028464/pdf/PE_7_12_24.pdf
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Adams, S. M., Case, T. I, Fitness, J., & Stevenson, R. J. (2017). Dehumanizing but competent: The impact of gender, illness type, and emotional expressiveness on patient perceptions of doctors. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(5), 247-255. <https://doi.org/10.1111/jasp.12433>
- Adshead, G. (1998). Psychiatric staff as attachment figures. Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 172(1), 64-69. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.64>
- Adshead, G. (2010). Becoming a caregiver: attachment theory and poorly performing doctors. *Medical Education*, 44, 125-131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03556.x>

- Ainlay, S. C., Becker, G., & Coleman, L. M. (1986). *The Dilemma of Difference: A multidisciplinary view of stigma*. Plenum Press
- Allport, G.W. (1954). *Nature of prejudice*. Cambridge, Mass., Addison-Wesley Pub. Co.
- Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2012). Physician Burnout and Patient Satisfaction with Consultation in Primary Health Care Settings: Evidence of Relationships from a one-with-many Design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 19*(4), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9278-8>
- Andrighetto, L., Baldissarri, C., Lattanzio, S., Loughnan, S., & Volpato, C. (2014). Humanitarian aid? Two forms of dehumanization and willingness to help after natural disasters. *British Journal of Social Psychology 53*, 573-584. <https://doi.org/10.1111/bjso.12066>
- Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Carta, M.G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry, 199*(5), 367-372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M.G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry, 29*(6), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.004>
- Arbuthnott, A., & Sharpe, D. (2009). The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Education and Counseling, 77*(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.022>

- Atkins, P. S., & Parker, S. K. (2012). Understanding individual compassion in organizations: the role of appraisals and psychological flexibility. *Academy of Management Review*, 37(4), 524-546. <https://doi.org/10.5465/amr.2010.0490>
- Atzema, C. L., Schull, M. J, Tu, J. V. (2011). The effects of a charted history of depression on emergency department triage and outcomes in patients with acute myocardial infarction. *Canadian Medical Association Journal*, 183(6), 663-669. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100685>
- Auerbach, K., & Baruch, J. M. (2012). Beyond comfort zones: an experiment in medical and art education. *Journal for Learning Arts*, 8(1), 1-14. <https://escholarship.org/uc/item/5zs3s3wg>
- Aviezer, H., Trope, Y., Todorov, A. (2012). Holistic person processing: Faces with bodies tell the whole story. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(1), 20-37. <https://doi.org/10.1037/a0027411>
- Avrahami, E. & Reis, S. (2009). Narrative medicine. *Israel Medical Association Journal*, 11(6), 335-338. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028464/>
- Bain, P., Park, J., Kwok, C., & Haslam N. (2009). Attributing human uniqueness and human nature to cultural groups: Distinct forms of subtle dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6), 789-805. <https://doi.org/10.1177/1368430209340415>
- Bain, P., Vaes, J., Kashima, Y., Haslam, N., & Guan, Y. (2012). Folk conceptions of humanness beliefs about distinctive and core human characteristics in Australia, Italy, and China. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(1), 53-58. <https://doi.org/10.1177/0022022111419029>

Bailey, J. E. (2011). Does Health Information Technology Dehumanize Health Care?

The virtual mentor, 13(3), 181-5. [doi:](#)

[10.1001/virtualmentor.2011.13.3.msoc1-1103](https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2011.13.3.msoc1-1103)

Bandura, A. (1990). Selective activation and disengagement of moral control. *Journal*

of Social Issues, 46(1), 27-46. [https://doi.org/10.1111/j.1540-](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00270.x)

[4560.1990.tb00270.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00270.x)

Bandura, A. (1999). Moral Disengagement in the Perpetration of Inhumanities.

Personality and Social Psychology Review, 3(3), 193-209.

https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3

Bandura, A. (2002). Selective Moral Disengagement in the Exercise of Moral

Agency. *Journal of Moral Education*, 31(2), 1-20.

<https://doi.org/10.1080/0305724022014322>

Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G-V., Pastorelli, G. (1996). Mechanisms of

Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 71(2), 364-374.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.2.364>

Bandura, A., Underwood, B., & Fromson, M. E. (1975). Disinhibition of aggression

through diffusion of responsibility and dehumanization of victims. *Journal of*

Research in Personality, 9(4), 253–269. [https://doi.org/10.1016/0092-](https://doi.org/10.1016/0092-6566(75)90001-X)

[6566\(75\)90001-X](https://doi.org/10.1016/0092-6566(75)90001-X)

Bartholomew, K. (1997). Adult attachment processes: Individual and couple

perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 249-263.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01903.x>

- Bartholomew, K., & Horowitz, M. L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bastian, B., & Crimston, D. (2014). Self-dehumanization. *Testing, Psychometrics, Metrology in Applied Psychology*, *21*(3), 1-10. <https://www.tpmmap.org/wp-content/uploads/2015/11/21.3.1.pdf>
- Bastian, B., & Haslam, N. (2010). Excluded from humanity: The dehumanizing effects of social ostracism. *Journal of Experimental Social Psychology*, *46*, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.06.018>
- Bastian, B., & Haslam, N. (2011). Experiencing Dehumanization: Cognitive and Emotional Effects of Everyday Dehumanization. *Basic and Applied Social Psychology*, *33*(4), 295-303. <https://doi.org/10.1080/01973533.2011.614132>
- Bastian, B., Laham, M. S., Wilson, S., Haslam, N., & Koval, P. (2011). Blaming, praising, and protecting our humanity: The implications of everyday dehumanization for judgments of moral status. *British Journal of Social Psychology*, *50*, 469-483. <https://doi.org/10.1348/014466610X521383>
- Bastian, B., & Loughnan, S. (2016). Resolving the Meat-Paradox: A Motivational Account of Morally Troublesome Behavior and Its Maintenance. *Personality and Social Psychology Review*, *21*(3), 278-299. <https://doi.org/10.1177/1088868316647562>
- Bates, V. (2018). 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Design for Health*, *2*(1), 5-19. <https://doi.org/10.1080/24735132.2018.1436304>
- Batson, C. D. (1990). How social an animal? *American Psychologist*, *45*(3), 336-346. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.3.336>

- Batson, C. D., & Ahmad, N.,(2009) Using empathy to improve intergroup attitudes and relations. *Social Issues and Policy Review*, 3(1), 141-177.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2009.01013.x>
- Batson, C.D., Chang, J., Orr, R., & Rowland, J. (2002) Empathy, attitudes and action: Can feeling for a member of a stigmatized group motivate one to help the group? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1656-1666.
<https://doi.org/10.1177/014616702237647>
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., Klein, T. R., & Highberger, L. (1997) Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 105-118. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.105>
- Bar-Tal, D. (1989). Deligitimization: The extreme case of stereotyping. In D. Bar-Tal, C. F. Grauman, A. Kruglanski, & W. Stroebe (Eds.), *Stereotyping and prejudice: Changing conceptions* (pp. 151-167). Springer-Verlag.
https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3582-8_8
- Bar-Tal, D. (1990). Causes and consequences of delegitimization: Models of conflict and ethnocentrism. *Journal of Social Issues*, 46, 65-81.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00272.x>
- Beckers, J. J., & Schmidt, H. G. (2001). The structure of computer anxiety: A six-factor model. *Computers in Human Behavior*, 17, 35-49.
[https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00036-4](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00036-4)
- Bell, D. C. (2001). Evolution of parental caregiving. *Personality and Social Psychology Review*, 5(3), 216-29.
https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0503_3

- Bell, C. M., & Khoury, C. (2016). Organizational powerlessness, dehumanization, and gendered effects of procedural justice. *Journal of Managerial Psychology*, 31(1), 570-585. <https://doi.org/10.1108/JMP-09-2014-0267>
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 458-475. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.006>
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1275-82. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.009>
- Berry, K., & Drake, R. (2010). Attachment theory in psychiatric rehabilitation: informing clinical practice. *Advances in psychiatric treatment*, 16, 308-315. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.006809>
- Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 707-718. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.03.009>
- Biringen, Z. (1994). Attachment Theory and Research: Application to Clinical Practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(3), 404-420. <https://doi.org/10.1037/h0079540>
- Blankertz, L. (2001). Cognitive components of self-esteem for individuals with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(4), 99-106. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.4.457>

- Blatt, B., LeLacheur, S. F., Galinsky, A. D., Simmens, S. J., & Greenberg, L. (2010). Does Perspective-Taking Increase Patient Satisfaction in Medical Encounters? *Academic Medicine*, 85(9), 1445-1452. [doi: 10.1097/ACM.0b013e3181eae5ec](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181eae5ec)
- Bleakley, A., Marshall, R., & Levine, D. (2014). He drove forward with a yell: anger in medicine and Homer. *Medical Humanities*, 40(1), 22-30. <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2013-010432>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, M. R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Brickell, T.A., & McLean, C. (2011). Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: a qualitative analysis of expert perspectives. *Journal of Patient Safety*, 7(1), 39-44. [doi: 10.1097/PTS.0b013e31820cd78e](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31820cd78e)
- Briere, J., & Malamuth, N. M. (1983). Self-reported likelihood of sexual aggression: Attitudinal versus sexual explanations. *Journal of Research in Personality*, 17, 315-323. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(83\)90023-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(83)90023-5)
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., Nagpal, S., Saini, V., Srivastava, D., Chalmers, K., & Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*, 390(10090), 156-168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Bruneau E., Jacoby N., Kteily N., & Saxe R. (2018). Denying Humanity: The Distinct Neural Correlates of Blatant Dehumanization. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(7), 1078-1093. <https://doi.org/10.1037/xge0000417>

- Bruneau, E. G., Pluta, A., & Saxe, R. (2012). Distinct roles of the ‘shared pain’ and ‘theory of mind’ networks in processing others’ emotional suffering. *Neuropsychologia*, *50*, 219-231.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.11.008>
- Buckner, R. L., Head, D., Parker, J., Fotenos, A. F., Marcus, D., Morris J. C., & Snyder, A. Z. (2004). A unified approach for morphometric and functional data analysis in young, old, and demented adults using automated atlas-based head size normalization: reliability and validation against manual measurement of total intracranial volume. *Neuroimage*, *23*(2), 724-38.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.06.018>
- Caesens G., Stinglhamber, F., Demoulin S., & De Wilde, M. (2017). Perceived organizational support and employees’ well-being: the mediating role of organizational dehumanization. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *26*(4), 527-540.
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1319817>
- Calegari, R. C., Massarollo, M. C. K. B., & Santos, M. J. (2015). Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. *Journal of School of Nursing*, *49*(2), 41-46. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800006>
- Cameron, D. C., Harris, T. L., & Payne, B. K. (2015). The Emotional Cost of Humanity: Anticipated Exhaustion Motivates Dehumanization of Stigmatized Targets. *Social Psychological and Personality Science*, *7*(2), 1-8.
<https://doi.org/10.1177/1948550615604453>

- Capozza, D., Falvo, R., Boin, J., & Colledani, D. (2016). Dehumanization in medical contexts: an expanding research field. *Testing, Psychometrics, Metrology in Applied Psychology*, 23(4), 545-559. <https://doi.org/10.4473/TPM23.4.8>
- Capozza D., Falvo, R., Di Bernardo, G. A., Vezzali, L., & Visintin, E. P. (2014). Intergroup contact as a strategy to improve humanness attributions: a review of studies. *Testing, Psychometrics, Metrology in Applied Psychology*, 21(3), 349-362. <https://doi.org/10.4473/TPM21.3.9>
- Capozza, D., Falvo, R., Favara, I., & Trifiletti, E. (2013a). The relationship between direct and indirect cross-group friendships and outgroup humanization: Emotional and cognitive mediators. *Testing, Psychometrics, Metrology in Applied Psychology*, 20(4), 383-398. <https://doi.org/10.4473/TPM20.4.6>
- Capozza, D., Trifiletti, E., Vezzali, L., & Favara, I. (2013b). Can intergroup contact improve humanity attributions? *International Journal of Psychology*, 48(4), 527-541. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.688132>
- Carel, H. (2010). Phenomenology and its application in medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(1), 33-46. <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9161-x>
- Carel, H. (2011) Phenomenology as a resource for patients. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(2), 96-113. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhs008>
- Carhart-Harris, R. L., & Friston, K. J. (2010). The default mode, ego-functions and free energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 33(4), 1265-83. <https://doi.org/10.1093/brain/awq010>
- Case, G. A., & Brauner, D. J. (2010). Perspective: the doctor as performer: a proposal for change based on a performance studies paradigm. *Academic Medicine*, 85(1), 159-63. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c427eb>

- Cassidy, J., Jones, D. J., & Shaver, R. P. (2013). Contributions of Attachment Theory and Research: A Framework for Future Research, Translation, and Policy. *Development and Psychopathology*, 25, 1415-1434.
<https://doi.org/10.1017/S0954579413000692>
- Cassidy, J., Shaver P. R., Mikulincer, M., & Lavy, S. (2009). Experimentally induced security influences responses to psychological pain. *Journal of Social and Clinical Psychology* 28(4), 463-447.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.4.463>
- Castano, E., & Giner-Sorolla, R. (2006). Not quite human: Infrahumanization in response to collective responsibility for intergroup killing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 804-818.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.804>
- Castano, E., & Kofta, M. (2009). Dehumanization: Humanity and its denial. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6), 695-697.
<https://doi.org/10.1177/1368430209350265>
- Cehajic, S. (2009). Dehumanization of the victims Moral Disengagement Strategies. *Puls-democratije*, 1-6.
https://www.researchgate.net/publication/275349624_Dehumanization_of_the_victims_Moral_Disengagement_Strategies
- Cehajic, S., Brown, R., & Castano, E. (2008). Forgive and forget? Antecedents and consequences of intergroup forgiveness in Bosnia and Herzegovina. *Political Psychology*, 29(3), 351-368. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2008.00634.x>
- Cehajic, S., Brown, R., & González, R. (2009). What do I Care? Perceived Ingroup Responsibility and Dehumanization as Predictors of Empathy Felt for the

Victim Group. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6), 715-729.

<https://doi.org/10.1177/1368430209347727>

Ceriani Cernadas, J. M (2013). The road towards a more humane medicine. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(4), 274-275.

<https://doi.org/10.5546/aap.2013.eng.274>

Chadwick, R. (2015). Compassion: hard to define, impossible to mandate. *British Medical Journal*, 351(h3991), 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3991>

Chadwick, R. J., & Lown, B. A. (2016). What do we need to do to sustain compassionate medical care? *Medicine*, 44(10), 583-585.

<https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.07.003>

Charon, R. (2001). Narrative Medicine - A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *The Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>

Charon, R. (2005). Narrative medicine: attention, representation, affiliation.

Narrative, 13(3), 261-270. <https://doi.org/10.1353/nar.2005.0017>

Charon, R. (2011). The Novelisation of the Body, or, How Medicine and Stories Need One Another. *Narrative*, 19(1), 33-50. <https://doi.org/10.1353/nar.2011.0004>

Charon, R., Hermann, N., & Devlin, M. J. (2016). Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Academic Medicine*, 91(3), 345–350.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000827>

Cherry, M. G., Fletcher, I., & O’Sullivan, H. (2013). The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient Education and Counseling*, 93(2),

177-87. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.010>

- Chochinov, H. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 335(7612), 184–187.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
- Chopik, J. W. (2015). Relational attachment and ethical workplace decisions: The mediating role of emotional burnout. *Personality and Individual Differences*, 75, 160-164. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.007>
- Christoff, K. (2014). Dehumanization in organizational settings: some scientific and ethical considerations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(748), 1-5.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00748>
- Chung, H. Y., Cesari, M., Anton, S., Marzetti, E., Giovannini, S., Seo, A. Y., & Leeuwenburgh, C. (2009). Molecular inflammation: Underpinnings of aging and age-related diseases. *Ageing Research Reviews*, 8(1), 18-30.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2008.07.002>
- Ciechanowski, S. P. (2010). As fundamental as nouns and verbs? Towards an integration of attachment theory in medical training. *Medical Education*, 44, 122-124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03578.x>
- Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., Von Korff, M., Ludman, E., Lin, E., Simon, G., & Bush, T. (2004). Influence of Patient Attachment Style on Self-care and Outcomes in Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 66, 720-728.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138125.59122.23>
- Ciechanowski, S. P., Walker, A. E., Katon, J. W., & Russo, E. J. (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
<https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76>

- Cikara, M., Bruneau, E., van Bavel, J., & Saxe, R. (2014). Their pain gives us pleasure: How intergroup dynamics shape empathic failures and counter-empathic responses. *Journal of Experimental Social Psychology, 55*, 110-125. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.06.007>
- Cikara, M., Eberhardt, J. L., & Fiske, S. T. (2011). From agents to objects: Sexist attitudes and neural responses to sexualized targets. *Journal of Cognitive Neuroscience, 23*(3), 540-551. <https://doi.org/10.1162/jocn.2010.21497>
- Cikara, M., Farnsworth, R. A., Harris, L.T., & Fiske, S.T. (2010). On the wrong side of the trolley track: Neural correlates of relative social valuation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 5*(4), 404-413. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq011>
- Connor, A., & Howett, M. (2009). A conceptual model of intentional comfort touch. (2009). *Journal of Holistic Nursing, 27*(2), 127-135. <https://doi.org/10.1177/0898010109333337>
- Converse, B. A., Lin, S., Keysar, B., & Epley, N. (2008). In the mood to get over yourself: Mood affects theory-of-mind use. *Emotion, 8*(5), 725-730. <https://doi.org/10.1037/a0013283>
- Cooper, S. E. (2014). DSM-5, ICD-10, ICD-11, the Psychodynamic Diagnostic Manual, and Person-Centered Integrative Diagnosis: An Overview for College Mental Health Therapists. *Journal of College Student Psychotherapy, 28*, 201-217. <https://doi.org/10.1080/87568225.2014.914828>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

- Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science and Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Coşkun, A. (2015). Dehumanization as an Ethical Issue in the Health Services Sector. *Turkish Journal of Business Ethics*, 7(2), 29-51. https://pdfs.semanticscholar.org/4a83/d7ad1f60f50072adbd8c071ba3461e308216.pdf?_ga=2.224856413.634407423.1616504380-1166692136.1615463601
- Costello, K., & Hodson, G. (2010). Exploring the roots of dehumanization: The role of animal–human similarity in promoting immigrant humanization. *Group Processes and Intergroup Relations*, 13(1), 3-22. <https://doi.org/10.1177/1368430209347725>
- Costello, K., & Hodson, G. (2012). Explaining dehumanization among children: the interspecies model of prejudice. *British Journal of Social Psychology*, 53(1), 175-197. <https://doi.org/10.1111/bjso.12016>
- Coulehan, J. (2003). Metaphor and Medicine: Narrative in Clinical Practice. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 76(2), 87-95. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582695/pdf/yjbm00203-0044.pdf>
- Coulehan, J. (2015). Medicine of the Thousand Poems. *Journal of General Internal Medicine*, 30(3), 275-6. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3156-7>
- Cranston, J. A. & Kusanovich, K. A. (2013). The drama in school leadership: an arts-based approach to understanding the ethical dimensions of decision making for educational leaders. *Journal of Research on Leadership Education*, 8(1), 28-55. <https://doi.org/10.1177/1942775112464958>

- Crisp, R.J., & Hewstone, M. (2007). Multiple social categorization., *Advances in experimental social psychology*, 39, 163-254. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(06\)39004-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(06)39004-1)
- Crisp, R. J., Hewstone, M., & Cairns, E. (2001). Multiple identities in Northern Ireland: Hierarchical ordering in the representation of group membership. *British Journal of Social Psychology*, 40, 501-514. <https://doi.org/10.1348/014466601164948>
- Crisp, R. J., & Meleady, R. (2012). Adapting to a multicultural future. *Science*, 336, 853-855. <https://doi.org/10.1126/science.1219009>
- Critchley, H. D., Mathias, C. J., Josephs, O., O'Doherty, J., Zanini, S., Dewar, B. K., Cipolotti, L., Shallice, T., & Dolan, R. J. (2003). Human cingulate cortex and autonomic control: Converging neuroimaging and clinical evidence. *Brain*, 126, 2139-2152. <https://doi.org/10.1093/brain/awg216>
- Cuddy, A. J. C., Rock, M., & Norton, M. I. (2007). Aid in the aftermath of Hurricane Katrina: Inferences of secondary emotions and intergroup helping. *Group Processes and Intergroup Relations*, 10(1), 107-118. <https://doi.org/10.1177/1368430207071344>
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S.T., & Click, P. (2008). Warmth and competence as universal dimension of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. *Advances in experimental social psychology*, 40, 61-149. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)
- Dans, E. P. (2002). The use of pejorative terms to describe patients: "Dirtball" revisited. (*Baylor University Medical Center*) *Proceedings*, 15, 26-30. <https://doi.org/10.1080/08998280.2002.11927811>

- Dar-Nimrod, I., Heine, S. J. (2011). Genetic essentialism: On the deceptive determinism of DNA. *Psychological Bulletin*, 137(5), 800-818.
<https://doi.org/10.1037/a0021860>
- David, J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Wulsin, L. (2013). Psychiatry's Integration with Medicine: The Role of DSM-5. *Annual Review of Medicine*, 64, 385-392.
<https://doi.org/10.1146/annurev-med-050911-161945>
- Davidov, M., Zahn-Waxler, C., Roth-Hanania, R., & Knafo-Noam, A. (2013). Concern for others in the first year of life: theory, evidence, and avenues for research. *Child Development Perspectives*, 7(2), 126-131.
<https://doi.org/10.1111/cdep.12028>
- Δαφέρμος Β. (2013). *Παραγοντική Ανάλυση*. Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Deacon B. J. (2013) The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- De Benedetto, M. A. C., Castro, A. G., De Carcalho, E., Sanogo, R., & Blasco, P. G. (2007). From suffering to transcendence: Narratives in palliative care. *Canadian Family Physician*, 53, 1277-1279.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949241/>
- De la Croix, A., Rose, C., Wildig, E., & Willson, S. (2011). Arts-based learning in medical education: the students' perspective. *Medical Education*, 45(11), 1090-1100. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04060.x>
- De Zulueta, P. (2013). Compassion in healthcare. *Clinical Ethics*, 8(4), 87-90.
<https://doi.org/10.1177/1477750913506484>
- De Zulueta, P. (2013). Compassion in 21st century medicine: Is it sustainable? *Clinical Ethics*, 8(4), 119-128. <https://doi.org/10.1177/1477750913502623>

- Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92-108. <https://doi.org/10.1177/1754073910374662>
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2014). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Frontier in Behavioral Neuroscience*, 8(457), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>
- Decety, J., Smith, K. E., Norman, G. J., & Halpern J. (2014). A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*, 13(3), 233-237. <https://doi.org/10.1002/wps.20146>
- Decety, J., & Svetlova, M. (2012). Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2(1), 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2011.05.003>
- Decety, J., Yang, C. Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *NeuroImage*, 50, 1676-1682. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.01.025>
- Deci, L. E., Connell, E. J., & Ryan, M. R. (1989). Self-Determination in a Work Organization. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 580-590. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.4.580>
- Deci, L. E., La Guardia, G. J., Moller, C. A., Marc, J. S., Ryan, M. R. (2006). On the Benefits of Giving as Well as Receiving Autonomy Support: Mutuality in Close Friendships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 313-27. <https://doi.org/10.1177/0146167205282148>
- Deci, L. E., Koestner, R., & Ryan, M. R. (1999). A Meta-Analytic Review of Experiments Examining the Effect of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>

- Deci, L.E., & Ryan, R. M. (1985a). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press Publishing Co.
- Deci, L. E., & Ryan M. R. (1985b). The General Causality Orientations Scale: Self-Determination in Personality. *Journal of Research in Personality*, *19*, 109-134. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)
- Deci, L. E., & Ryan, M. R. (2000a). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, L. E., & Ryan, M. R. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist* *55*(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Deci, L. E., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life’s domains. *Canadian Psychology*, *49*, 14-23. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>
- Delbanco, T., & Bell, S.K. (2007). Guilty, afraid and alone – struggling with medical error. *New England Journal of Medicine*, *357*(17), 1682-1683. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp078104>
- Delgado, N., Rodríguez-Pérez, A., Vaes, J., Leyens, J.-P., & Betancor, V. (2009). Priming Effects of Violence on Infrahumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, *12*(6), 699-714. <https://doi.org/10.1177/1368430209344607>
- Demoulin, S., Leyens, J. P., Paladino, M. P., Rodriguez-Torres, R., Rodriguez-Perez, A., & Dovidio, J. F. (2004). Dimensions of “uniquely” and “non-uniquely” human emotions. *Cognition & Emotion*, *81*, 71-96. <https://doi.org/10.1080/02699930244000444>

- Demoulin, S., Leyens, J. P., Rodriguez-Torres, R., Rodriguez-Perez, A., Paladino, P. M., & Fiske, S. T. (2005). Motivation to support a desired conclusion versus motivation to avoid an undesirable conclusion: The case of infra-humanization. *International Journal of Psychology*, *40*, 416-428.
<https://doi.org/10.1080/00207590500184495>
- Demoulin, S., Saroglou V., & Van Pachterbeke, M. (2008). Infra-humanizing others, Supra-humanizing Gods: the emotional hierarchy. *Social Cognition*, *26*(2), 235-247. <https://doi.org/10.1521/soco.2008.26.2.235>
- Detsky, A. S., Gauthier, S.R., & Fuchs, V.R. (2012). Specialization in medicine - How much is appropriate? *Journal of American Medical Association*, *307*(19), 463-464. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.44>
- DeVoe, J. E., Wallace, L. S., & Fryer, G. E. (2009). Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: Do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter? *Health Expect*, *12*(1), 70-80.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00516.x>
- Dietrich, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: Results from a population survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, *52*(2), 166-174.
<https://doi.org/10.1177/0020764006061246>
- DiMaggio, P. (2012). Sociological perspectives on the face-to-face enactment of class distinction. In S. T. Fiske & H. R. Markus (Eds.), *Facing social class: How societal rank influences interaction* (pp. 15-38). Russell Sage Foundation
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U.M., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not

- cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 479-486. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.11.011>
- Dolan, B. (2007). Soul searching: a brief history of the mind/body debate in the neurosciences. *Neurosurgical Focus*, 23(1), 1-7. <https://doi.org/10.3171/FOC-07/07/E2>
- Dore, A. R., Hoffman, M. K., Lillard, A., & Trawalter, S. (2014) Children's racial bias in perceptions of others' pain. *British Journal of Developmental Psychology*, 32(2), 218-231. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12038>
- Dykas, J. M., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the Processing of Social Information Across the Life Span: Theory and Evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19-46. <https://doi.org/10.1037/a0021367>
- Economou, M., Richardson C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 361-71. <https://doi.org/10.1177/0020764008093957>
- Eisenberg, A., Rosenthal, S., Yvette, R., & Schlusell, Y. R. (2015). Medicine as a Performing Art: What We Can Learn About Empathic Communication From Theater Arts. *Academic Medicine*, 90(3), 272-276. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000626>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014). *Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011*. <https://www.statistics.gr>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychophary*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Epley, N., Schroeder, J., & Waytz, A. (2013). Motivated mind perception: Treating pets as people and people as animals. In S. Gervais (Ed.), *Nebraska*

Symposium on Motivation, 60, 127-152. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6959-9_6

- Epley, N., & Waytz, A. (2010). Mind perception. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (5th ed., pp. 498–541). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy001014>
- Estroff, S. E., Penn, D. L., & Toporek, J. R. (2004). From stigma to discrimination: An analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 493-509. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007097>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: An integrative perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19, 113-147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Ferenczi, N., & Marshall, C. T. (2016). Meeting the expectations of your heritage culture: Links between attachment orientations, intragroup marginalization and psychological adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(1), 101-121. <https://doi.org/10.1177/0265407514562565>
- Fernando, A. T. & Consedine, N. S. (2014). Beyond Compassion Fatigue: The Transactional Model of Physician Compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 289-298. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014>
- Ferry-Danini, J. (2018). A new path for humanistic medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 39(1), 57-77. <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9433-4>
- Field, A. (2016). *Η διερεύνηση της στατιστικής με τη χρήση του SPSS της IBM*.
Επιστημονική Επιμέλεια : Μ. Μαυρή & Γ. Γκιόσος. Εκδόσεις Προπομπός

- Fieschi M. (2002). Information technology is changing the way society sees health care delivery. *International Journal of Medical Informatics* 66(1), 85-93.
[https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(02\)00040-0](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(02)00040-0)
- Figueras, J., McKee, M., Lessof, S., Duran, A., & Menabde, N. (2008). *Health Systems, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/83997/E93699.pdf
- Filipic, I., Pavicic, D., Filipic, A., Hotujac, L., Begic, D., Grubisin, J., & Dordevic, V. (2003). Attitudes of medical staff towards the psychiatric label “schizophrenic patient” tested by an antistigma questionnaire. *Collegium Anthropologicum*, 27, 301-307. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12974160/>
- Fincher, K. M., Kteily, N. S., & Bruneau, E. G. (2018). Our humanity contains multitudes: Dehumanization is more than overlooking mental capacities. *Processing of the National Academy of Sciences*, 115(15), 3329-3330.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1800359115>
- Fincher, M. K., & Tetlock, E. P. (2016). Perceptual Dehumanization of Faces Is Activated by Norm Violations and Facilitates Norm Enforcement. *Journal of Experimental Psychology: General*, 145(2), 131-146.
<https://doi.org/10.1037/xge0000132>
- Fink, M., & Taylor, M. A. (2008). Issues for DSM-V: The Medical Diagnostic Model. *The American Journal of Psychiatry*, 165(7), 799.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020245>
- Firth-Cozen, J. (2007). Improving the health of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 161-168. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003277>

- Fiske, S. T. (2009). From Dehumanization and Objectification to Rehumanization - Neuroimaging Studies on the Building Blocks of Empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, 31-34. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04544.x>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., & Glick P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in Cognitive Science*, 11(2), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.005>
- Flaherty, C. S., & Sadler, S. L. (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *Journal Pediatric Health Care*, 25(2), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.02.005>
- Fontessea, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041>
- Fraley, R. C., Joseph, P., Gamer, P. J., & Shaver, P. R. (2000). Adult Attachment and the Defensive Regulation of Attention and Memory: Examining the Role of Preemptive and Postemptive Defensive Processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 816-826. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.816>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Attachment theory and its place in contemporary personality research. In O. John & R. W. Robins (Eds.),

Handbook of Personality: Theory and Research (3rd Edition) (pp. 518-541).

Guilford Press

- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Frances, A. (2009). Whither DSM–V? *The British Journal of Psychiatry*, 195, 391-392. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073932>
- Frances, A. J., & Widiger T. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109-130. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102>
- Frederiksen, H. B., Kragstrup, J., & Dehlholm-Lambertsen, B. (2010). Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study. *Scandinavian Journal Primary Health Care*, 28(3), 185-190. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.505447>
- Friedman, R., Deci, E. L., Elliot, A. J., Moller, A. C., & Aarts, H. (2010). Motivational synchronicity: Priming motivational orientations with observations of others' behaviors. *Motivation and Emotion*, 34(1), 34-38. <https://doi.org/10.1007/s11031-009-9151-3>
- Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 358(1431), 459-473. <https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1218>

- Fung, C. S., & Mercer, S. W. (2009). A qualitative study of patients' views on quality of primary care consultations in Hong Kong and comparison with the UK CARE Measure. *BioMedCentral Family Practice*, *10*, 10-19.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-10>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P.W. (2008). Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *32*(2), 95-104.
<https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>
- Gallagher, A., Arber, A., Chaplin, R., & Quirk, A. (2010). Service users' experience of receiving bad news about their mental health. *Journal of Mental Health*, *19*(2), 34-42. <https://doi.org/10.3109/09638230903469137>
- Gaillard, L., Shattell, M., & Thomas, S. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *15*(3), 191-199. <https://doi.org/10.1177/1078390309336932>
- Gambrill, E. (2014). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World. *Research on Social Work Practice*, *24*(1), 13-36. <https://doi.org/10.1177/1049731513499411>
- Gáspárik, A. I., Ábrám, Z., Ceana, D., Sebesi, S., Fărcaș, D., & Gáspárik, A. C. (2014). Shortages of doctor-patient communication. Teaching patients to communicate effectively. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *142*, 376-379. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.693>
- Gáspárik, A. I., & Vass L. (2014). Relation of some communication parameters to patients' education, gender and age. Teaching to communicate effectively. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* *142*, 367-369.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.688>

- Gaunt, R., Leyens, J. P., & Demoulin, S. (2002). Intergroup relations and the attribution of emotions: Control over memory for secondary emotions associated with the ingroup and outgroup. *Journal of Experimental Social Psychology, 38*, 508-514. [https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(02\)00014-8](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(02)00014-8)
- Geiger, K. A., & Jordan, C. (2013). The role of societal privilege in the definitions and practices of inclusion. *Equality, Diversity & Inclusion, 33*(3), 261-274. <https://doi.org/10.1108/EDI-12-2013-0115>
- Gergel, T. L. (2012). Medicine and the individual: is phenomenology the answer? *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*(5), 1102-1109. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01926.x>
- Gerretsen, P., & Myers, J. (2008). The physician: a secure base. *Journal of Clinical Oncology, 26*(32), 5294-5296. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2008.17.5588>
- Gervais, S. J., Bernard, P., Klein, O., & Allen, J. (2013). Toward a Unified Theory of Objectification and Dehumanization. *Nebraska Symposium on Motivation 60*, 1-23. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6959-9_1
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: a new approach to life's challenges*. London: Constable and Robinson
- Gillet, N., Fouquereau, E., Lafrenière, K. M. A., & Huyghebaert, T. (2016). Examining the Roles of Work Autonomous and Controlled Motivations on Satisfaction and Anxiety as a Function of Role Ambiguity. *The Journal of Psychology, 150*(5), 644-665. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1154811>
- Gillet, N., Lafreniere, K. M. A., & Huyghebaert, T. (2015). Autonomous and controlled reasons underlying achievement goals: Implications for the 3 x 2

- achievement goal model in educational and work settings. *Motivation and Emotion*, 39, 858-875. <https://doi.org/10.1007/s11031-015-9505-y>
- Giosan, C., Glovsky, V., & Haslam, N. (2001). The Lay Concept of 'Mental Disorder': A Cross-Cultural Study. *Transcultural Psychiatry*, 38, 1-18. <https://doi.org/10.1177/136346150103800303>
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(243), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00243>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goff, A. P., Eberhardt, L. J., Williams, J. M., & Jackson, C. M. (2008). Not Yet Human: Implicit Knowledge, Historical Dehumanization, and Contemporary Consequences. *Journal of Personality and Social Psychology* 94(2), 292-306. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.2.292>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster
- Goldenberg, J., Heflick, N., Vaes, J., Motyl, M., & Greenberg, J. (2009). Of Mice and Men, and Objectified Women: A Terror Management Account of Infra-humanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1368430209340569>
- Goodchild, C. E., Skinner, T. C., & Parkin, T. (2005). The value of empathy in dietetic consultation: A pilot study to investigate its effect on satisfaction,

- autonomy and agreement. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(3), 181-185. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2005.00606.x>
- Goodman, R. L. (2010). Commentary: Health Care Technology and Medical Education: Putting Physical Diagnosis in Its Proper Place. *Academic Medicine*, 85(6), 945-946. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181dbb55b>
- Gray, K. (2012). The Power of Good Intentions: Perceived Benevolence Soothes Pain, Increases Pleasure, and Improves Taste. *Social Psychological and Personality Science*, 3(5), 639-645. <https://doi.org/10.1177/1948550611433470>
- Gray, M. H., Gray, K., & Wegner, M. D. (2007). Dimensions of Mind Perception. *Science*, 315, 619. <https://doi.org/10.1126/science.1134475>
- Gray, K., Jenkins, C. A., Heberlein, S. A., & Wegner, M. D. (2011). Distortions of mind perception in psychopathology. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(2), 477-479. <https://www.pnas.org/content/pnas/early/2010/12/23/1015493108.full.pdf>
- Gray, K., Knobe, J., Sheskin, M., Bloom, P., & Barrett, L. F. (2011). More than a body: Mind perception and the nature of objectification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(6), 1207-1220. <https://doi.org/10.1037/a0025883>
- Gray, K., & Wegner, D. M. (2008). The Sting of Intentional Pain. *Psychological Science*, 19(12), 1260-1262. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02208.x>
- Gray K., & Wegner, D. M. (2009). Moral typecasting: Divergent perceptions of moral agents and moral patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 505-520. <https://doi.org/10.1037/a0013748>

- Gray, K., & Wegner, D.M. (2010). Blaming god for our pain: Human suffering and the divine mind. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 7-16.
<https://doi.org/10.1177/1088868309350299>
- Gray, K., Young, L., & Waytz, A. (2012). Mind perception is the essence of morality. *Psychological Inquiry*, 23(2), 101-124.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2012.651387>
- Greenwood, N., Hussain, F., Burns, T., & Raphael, F. (2000). Asian in-patient and carer views of mental health care. Asian views of mental health care. *Journal of Mental Health*, 9(4), 397-408. <https://doi.org/10.1080/jmh.9.4.397.408>
- Groves, J. E. (1978). Taking care of the hateful patient. *The New England Journal of Medicine*, 298(16), 883-887. <https://doi.org/10.1056/NEJM197804202981605>
- Guenther, L. (2012). Beyond Dehumanization: A Post-Humanist Critique of Solitary Confinement. *Journal of Critical Animal Studies. Special Issue on Animals and Prisons*, 10(2), 46-68. ISSN 1948-352X
- Gur-Yaish, N., Zisberg, A., & Levin, G. (2014). Attachment toward the informal caregiver and perception of the amount of support received after elective surgery. *Journal of Health Psychology*, 21(2), 241-249.
<https://doi.org/10.1177/1359105314525487>
- Gwinn, J. D., Judd, C. M., & Park, B. (2013). Less power = less human? Effects of power differentials on dehumanization. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(3), 464-470. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2013.01.005>
- Hagger, S. M., & Chatzisarantis, D. N. (2011). Causality orientations moderate the undermining effect of rewards on intrinsic motivation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(2), 485-589.
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.10.010>

- Haglund, M. E. M., Rot, M. A. H., Cooper, N. S., Nestadt, P. S., Muller, D., Southwick S. M., & Charney, D. S. (2009). Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Academic Medicine*, *84*, 258-268. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819381b1>
- Haidet P., Jarecke J., Adams N. E., Stuckey H. L., Green M. J., Shapiro D., Teal, C. R., & Wolpaw D. R. (2016). A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Medical Education*: *50*, 320-331. <https://doi.org/10.1111/medu.12925>
- Halford, G. S., Baker, R., McCredden, J. E., & Bain, J. D. (2005). How many variables can humans process? *Psychological Science*, *16*, 70-76. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.00782.x>
- Haque, M. (2019). Importance of Empathy among Medical Doctors to Ensure High-Quality Healthcare Level. *Advances in Human Biology*, *9*(2), 1-4. <https://www.aihbonline.com/article.asp?issn=2321-8568;year=2019;volume=9;issue=2;spage=104;epage=107;aulast=Haque;type=0>
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, *7*(2), 176-186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
- Harris, L. T. (2014). Why Economic, Health, Legal, and Immigration Policy Should Consider Dehumanization. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, *1*(1), 144-150. <https://doi.org/10.1177/2372732214548593>

- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2006). Dehumanizing the lowest of the low: Neuroimaging responses to extreme out-groups. *Psychological Science*, 17, 847-853. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01793.x>
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2007). Social groups that elicit disgust are differentially processed in mPFC. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(1), 45-51. <https://doi.org/10.1093/scan/nsl037>
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2009). Social neuroscience evidence for dehumanised perception. *European Review of Social Psychology*, 20(1), 192-231. <https://doi.org/10.1080/10463280902954988>
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2011). Dehumanized perception: A psychological means to facilitate atrocities, torture, and genocide? *Zeitschrift Für Psychologie*, 219, 175-181. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000065>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: the role of empathy. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 381-382. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01305.x>
- Haslam, N. (2011) Genetic essentialism, neuroessentialism, and stigma: Commentary on Dar-Nimrod and Heine. *Psychological Bulletin*, 137(5), 819-824. <https://doi.org/10.1037/a0022386>
- Haslam, N. (2017). More human than others? A critique of Cypryańska et al. (2017). *The Journal Of Social Psychology*, 157(2), 143-147. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1282850>

- Haslam, N., & Bain, P. (2007). Humanizing the self: Moderators of the attribution of lesser humanness to others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 57-68. <https://doi.org/10.1177/0146167206293191>
- Haslam, N., Bain, P., Douge, L., Lee, M., & Bastian, B. (2005). More human than you: Attributing humanness to self and others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 937-950. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.6.937>
- Haslam, N., Bastian, B., Bain, P., & Kashima, Y. (2006). Psychological Essentialism, Implicit Theories, and Intergroup Relations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(1), 63-76. <https://doi.org/10.1177/1368430206059861>
- Haslam, N., Bastian, B., Laham, S. M., & Loughnan, S. (2012). Humanness, dehumanization, and moral psychology. In M. Mikulincer & P. Shaver (Eds.), *The social psychology of good and evil* (pp. 203–218). APA Press.
- Haslam, N., & Ernst, D. (2002). Essentialist beliefs about mental disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(6), 628-644. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.6.628.22793>
- Haslam, N., Kashima, Y., Loughnan, S., Shi, J., & Suitner, C. (2008a). Subhuman, inhuman, and superhuman: Contrasting humans with nonhumans in three cultures. *Social Cognition*, 26(2), 248-258. <https://doi.org/10.1521/soco.2008.26.2.248>
- Haslam, N., & Kvaale, P. E. (2015). Biogenetic Explanations of Mental Disorder: The Mixed-Blessings Model. *Psychological Science*, 24(5), 399-404. <https://doi.org/10.1177/0963721415588082>
- Haslam, N. & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65, 399-423. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045>

- Haslam, N., Loughnan, S., & Holland, E. (2013). The psychology of humanness. In S. J. Gervais (Ed.), *Objectification and (de)humanization: The 60th Nebraska Symposium on Motivation*, 60, 25-51. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6959-9_2
- Haslam, N., Loughnan, S., Kashima, Y., & Bain, P. (2008b). Attributing and denying humanness to others. *European Review Of Social Psychology*, 19, 55-85. <https://doi.org/10.1080/10463280801981645>
- Haslam, N., Loughnan, S., Reynolds, R., & Wilson, S. (2007). Dehumanization: A New Perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 409-422. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00030.x>
- Haslam, N., Loughnan, S., & Sun, P. (2011). Beastly: What Makes Animal Metaphors Offensive? *Journal of Language and Social Psychology*, 30(3), 311-325. <https://doi.org/10.1177/0261927X11407168>
- Haslam, N., & Stratemeyer, M. (2016). Recent research on dehumanization. *Current Opinion in Psychology*, 11, 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.009>
- Hausmann, M. R. L., Hannon, J. M., Denise, M., Kresevic, M. D., Barbara, H., Hanusan, H. B., Kwoh, K., & Ibrahim, A. S. (2011). Impact of perceived discrimination in health care on patient provider communication. *Medical Care*, 49(7), 626-633. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318215d93c>
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-393. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>

- Hirsch, E. M. (2007). The role of empathy in medicine: a medical student's perspective. *The virtual mentor*, 9(6), 423-427.
<https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2007.9.6.medu1-0706>
- Hodson, G., & Costello, K. (2007). Interpersonal disgust, ideological orientations, and dehumanization as predictors of intergroup attitudes. *Psychological Science*, 18(8), 691-698. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01962.x>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(17), 13-22.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
- Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 412-450. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19385420/>
- Hojat, M., Erdmann, J. B., & Gonnella, J. S. (2013). Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Medical Teacher*, 35(7), 1267-1301.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.785654>
- Holden, C. (2010). APA Seeks to Overhaul Personality Disorder Diagnoses. *Science*, 327, 1314. <https://doi.org/10.1126/science.327.5971.1314>
- Holland, E., & Haslam, N. (2015). Cute Little Things: The Objectification of Prepubescent Girls. *Psychology of Women Quarterly*, 40(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1177/0361684315602887>
- Holtz, P., & Wagner, W. (2012). Dehumanization, infrahumanization, and naturalization. In D. J. Christie (Ed.), *Encyclopedia of Peace Psychology*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470672532.wbepp079>

- Hooper, M. L., Tomek, S., & Newman, R. C. (2011). Using attachment theory in medical settings: Implications for primary care physicians. *Journal of Mental Health, 21*(1), 23-37. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.613955>
- Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. (2010). Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(7), 450-455. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1073242>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hosking, I., Cornish, K., Bradley, M., & Clarkson, J. P. (2015). Empathic engineering: helping deliver dignity through design. *Journal of Medical Engineering & Technology, 39*(7), 388–394. <https://doi.org/10.3109/03091902.2015.1088090>
- Hugenberg, K., Young, S., Rydell, J. R., Almaraz, S., Stanko, A. K., See, E. P., & Wilson, P. J. (2016). The Face of Humanity: Configural Face Processing Influences Ascriptions of Humanness. *Social Psychological and Personality Science, 7*(2), 167-175. <https://doi.org/10.1177/1948550615609734>
- Hunter, J. J., & Maunde, G. R. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry 23*(4), 177-182. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00141-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00141-4)
- Hutchinson, A. T. & Dobkin, L. P. (2009). Mindful medical practice: just another fad? *Canadian Family Physician, 55*(8), 778-779. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726084/>
- Hwang, W. (2008). Diagnostic nondisclosure of schizophrenia to Chinese American patients. *Asian Journal of Counseling, 15*(1), 1-31.

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.608.5061&rep=rep1&type=pdf>

- Hyman, S. E. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Insel T. R., Landis S. C., & Collins F. S. (2013). The NIH BRAIN Initiative. *Science*, 340, 687-688. <https://doi.org/10.1126/science.1239276>
- Ίσαρη Φ. & Πουρκός Μ. (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση*. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράματα και Βοηθήματα. www.kalipsos.gr
- Jack, A. I., Dawson, A. J., Begany, K. L., Leckie, R. L., Barry, K. P., Ciccia, A. H., & Snyder, A. Z. (2013a). fMRI reveals reciprocal inhibition between social and physical cognitive domains. *Neuroimage*, 66, 385-401.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.10.061>
- Jack, A. I., Dawson, A. J., & Norr, E. N. (2013b). Seeing human: Distinct and overlapping neural signatures associated with two forms of dehumanization. *NeuroImage*, 79, 313-328. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.04.109>
- Janssen, L.A., Macleod, D.R., & Walker, T. S. (2008). Recognition, reflection, and role models: Critical elements in education about care in medicine. *Palliative and Supportive Care*, 6, 389-395. <https://doi.org/10.1017/s1478951508000618>

- Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient centered care-a conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4(11), 15-25. <https://doi.org/10.2174/1874924001104010015>
- Jo, K. H., & An G. J. (2015). Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. *Collegian*, 25(1), 91-97.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.11.008>
- Johnson, R. (2014). Reflections on the Death Penalty: Human Rights, Human Dignity, and Dehumanization in the Death House. *Seattle Journal for Social Justice*, 13(2), 583-598.
<https://digitalcommons.law.seattleu.edu/sjsj/vol13/iss2/14>
- Jones, E., Hastof, A., Markus, H., Miller, D., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. Freeman
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing:' worse physical care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>
- Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & De Jong, C. A. J. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, *Treatment Adherence and Health Status*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226.
<https://doi.org/10.1159/000126073>
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Kafetsios, K. (2003). Attachment, emotion regulation and psychological well being: Review and clinical applications. *Encephalos*, 40, 30-45.
https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP554/03_Kafetsios_ENCE

[PHALOS.pdf?fbclid=IwAR0kpQwZCLva1Sudv_rDBg0I6qfYgP0MfAPKBH96EFiMSKxPILvwSD8Ejd4](https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.006)

Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences* 37(1), 129-145.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.006>

Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2013). Doctors' Emotion Regulation and Patient Satisfaction: A Social-Functional Perspective. *Health Communication*, 29(2), 205-214.

<https://doi.org/10.1080/10410236.2012.738150>

Kafetsios, K., Hantzara, K., Anagnostopoulos, F., & Niakas, D. (2015). Doctors' Attachment Orientations, Emotion Regulation Strategies, and Patient Satisfaction: A Multilevel Analysis. *Health Communication*, 31(6), 772-777.

<https://doi.org/10.1080/10410236.2014.993497>

Kafetsios, K., & Sideridis, D. G. (2006). Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults. *Journal of Health Psychology*, 11, 863-875.

<https://doi.org/10.1177/1359105306069084>

Kanov, J. M., Maitlis, S., Worline, M. C., Dutton, J. E., Frost, P. J., & Lilius, M. (2004). Compassion in organizational life. *American Behavioral Scientist*, 47(6), 808-827. <https://doi.org/10.1177/0002764203260211>

Kashima, Y., Kashima, E., Chiu, C., Farsides, T., Gelfand, M., Hong, Y., Kim, U., Strack, F., Werth, L., Yuki, M., & Yzerbyt, V. (2005). Culture, essentialism, and agency: Are individuals universally believed to be more real entities than groups? *European Journal of Social Psychology*, 35, 147-169.

<https://doi.org/10.1002/ejsp.237>

- Katsavdakakis, A. K., Gabbard, O. G., George, I., & Athey, I. G. (2004). Profiles of impaired health professionals. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 60-72.
<https://doi.org/10.1521/bumc.68.1.60.27732>
- Kelman C. H. (1973). Violence without Moral Restraint: Reflections on the Dehumanization of Victims and Victimiziers. *Journal of Social Issues*, 29(4), 25-61. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1973.tb00102.x>
- Kelso, J. C. (2014). Corrections and Sentencing Reform: The Obstacle Posed by Dehumanization. *Political science*, 46(4): 897-906.
<https://scholarlycommons.pacific.edu/mlr/vol46/iss4/8/>
- Kenji, A. (2014). Compartmentalization and Dehumanization as One of the Root Causes of Today's Global Concerns. *European Journal of Academic Essays* 1(11), 18-26. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net>
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia. E Psichiatria Sociale*, 18(1), 23-33.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Kleinman, A. (2012). Caregiving as moral experience. *The Lancet*, 380, 1550-1551.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61870-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61870-4)
- Kleinman, A. M. (1973). Medicine's symbolic reality. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*, 16, 206-213.
<https://doi.org/10.1080/00201747308601685>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions.

Healthcare Management Forum, 30(2), 111-116.

<https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

Knaak, S., & Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(446), 53-62. <https://doi.org/10.1111/acps.12612>

Knaak, S., Ungar, T., & Patten, S. (2015). Mental illness stigma as a quality of care problem. *Lancet Psychiatry*, 2(10), 863-864. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00382-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00382-X)

Kontaxakis, V., & Konstantakopoulos, G. (2015). From DSM-I to DSM-5.

Psychiatriki 26, 13-16. <http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/26.1-EN-2015.pdf>

Kormas, C., Karamali, G., & Anagnostopoulos, F. (2014). Attachment Anxiety, Basic Psychological Needs Satisfaction and Depressive Symptoms in University Students: A Mediation Analysis Approach. *International Journal of Psychological Studies*, 6(2), 1-10. <https://doi.org/10.5539/ijps.v6n2p1>

Koval, P., Laham, M. S., Haslam, N., Bastian, B., & Whelan, A. J. (2011). Our Flaws Are More Human Than Yours: Ingroup Bias in Humanizing Negative Characteristics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(3), 283-295. <https://doi.org/10.1177/0146167211423777>

Krendl, C. A., & Freeman, B. J. (2017). Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. *Journal Of Mental Health*, 28(3), 267-275. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1385734>

Kriel, J. R. (2003). Removing Medicine's Cartesian Mask. The Problem of Humanizing Medical Education: PART I. *Journal of Biblical Ethics in*

Medicine, 3(2), 18-22. https://bmei.org/wp-content/uploads/2017/07/kriel_removing_medicines_cartesian_mask.pdf

Kteily, N., Hodson, G., & Bruneau, E. (2016). They See Us as Less Than Human: Metadehumanization Predicts Intergroup Conflict via Reciprocal Dehumanization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(3), 343-370. <https://doi.org/10.1037/pspa0000044>

Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Wulsin, L. (2013). Psychiatry's integration with medicine: the role of DSM-5. *Annual Review Medicine*, 64, 385-392. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-050911-161945>

Kvaale, P. E., Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2013) Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science & Medicine*, 96, 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.017>

Kvaale, P. E., Haslam N., William, H., & Gottdiener, H. W. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33, 782-794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>

Lally, J., O'Conghaile, A., Quigley, S., Bainbridge, E., & McDonald, C. (2013). Stigma of mental illness and help-seeking intention in university students. *The Psychiatrist*, 37(8), 253-260. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041483>

Lammers, J., & Stapel, D. A. (2010). Power increases dehumanization. *Group Process Intergroup Relations*, 14(1), 113-126. <https://doi.org/10.1177/1368430210370042>

- Lanciano, T., & Zammuner, L. V. (2014). Individual Differences in Work-Related Well-Being: The Role of Attachment Style. *Europe's Journal of Psychology*, 10(4), 694-711. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i4.814>
- Larson, E., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Lasalvia, A. (2015). DSM-5 two years later: facts, myths and some key open issues. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 185-187
<https://doi.org/10.1017/S2045796015000256>
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 51-59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Lawrence, R. L. (2008). Powerful feelings: exploring the affective domain of informal and arts-based learning. *New Directions Adult and Continuing Education*; 120, 65-77. <https://doi.org/10.1002/ace.317>
- Lebowitz, S.M. & Ahn, W.K. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Science*, 111(50), 17786-17790. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414058111>
- Lebowitz, S. M., Ahn, W. K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Fixable or fate? Perceptions of the biology of depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 81(3), 518-527. <https://doi.org/10.1037/a0031730>
- Lebowitz, S. M., Ahn, W., & Oltman, K. (2015). Sometimes more competent, but always less warm: Perceptions of biologically oriented mental-health clinicians. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7), 1-9.
<https://doi.org/10.1177/0020764015573086>

- Lebowitz, S. M., Phil, M. M. S., & Ahn, W. K. (2016). Using Personification and Agency Reorientation to Reduce Mental-Health Clinicians' Stigmatizing Attitudes Toward Patients. *Stigma Health, 1*(3), 176-184.
<https://doi.org/10.1037/sah0000020>
- Leder, D., & Krucoff, M. W. (2008). The touch that heals: The uses and meanings of touch in the clinical encounter. *The Journal Alternative Complement Medicine, 14*(3), 321-327. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0717>
- Lee, K. M., Fruchter, N., & Dabbish, L. (2015). Making Decisions From a Distance: The Impact of Technological Mediation on Riskiness and Dehumanization. *Conference: computer-supported collaborative work, 15*, 1576-1589.
<https://doi.org/10.1145/2675133.2675288>
- Legate, N., DeHaan, C. R., Weinstein, N., & Ryan, R. M. (2013). Hurting You Hurts Me Too: The Psychological Costs of Complying With Ostracism. *Psychological Science, 24*(4), 583-588.
<https://doi.org/10.1177/0956797612457951>
- Leidner, B., Castano, E., & Ginges, J. (2012). Dehumanization, Retributive and Restorative Justice, and Aggressive Versus Diplomatic Intergroup Conflict Resolution Strategies. *Personality and Social Psychology Bulletin, 39*(2), 181-192. <https://doi.org/10.1177/0146167212472208>
- Leidner, B., Castano, E., Zaiser, E., & Giner-Sorolla, R. (2010). Ingroup Glorification, Moral Disengagement, and Justice in the Context of Collective Violence. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(8), 1115-1129.
<https://doi.org/10.1177/0146167210376391>
- Lemair, J. B., & Wallace, J. E. (2010). Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies.

BioMedCare Health Services Research., 10, 208.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-208>

Leopold, S. S., Gebhardt, M. C., Potter, B. K., & Wongworawat, M. D. (2014).

Editorial: Words Hurt – Avoiding Dehumanizing Language in Orthopaedic Research and Practice. *Clinical Orthopedics Related Research*, 472(9), 2561-2563. <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3802-8>

Levy, N. K. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959-986.

<https://doi.org/10.1017/S0954579405050455>

Levy, N. K., Meehan, B. K., Kelly, M. K., Reynoso, S. J., Weber, M., John, F.

Clarkin, F. J., & Kernberg, F. O. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical*, 74 (6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>

Lewis, B. E. (2011). Narrative Medicine and Healthcare Reform. *Journal of Medical Humanities*, 32(1), 9-20. <https://doi.org/10.1007/s10912-010-9123-3>

Leyens, J. P. (2014). Humanity forever in medical dehumanization. In P. G. Bain, J. Vaes & J. P. Leyens (Eds.), *Advances in understanding humanness and dehumanization* (pp. 167-185). Psychology Press.

Leyens J. P., Cortes, B., Demoulin, S., Dovidio, F. J., Fiske, T. S., Gaunt, R.,

Paladino, M. P., Rodriguez-Perez, A., Rodriguez-Torres, R., & Vaes, J.

(2003). Emotional prejudice, essentialism, and nationalism. *European Journal of Social Psychology*, 33, 703-717. <https://doi.org/10.1002/ejsp.170>

- Leyens, J. P., Demoulin, S., Vaes, J., Gaunt, R., & Paladino, M. P. (2007). Infra-humanization: The Wall of Group Differences. *Social Issues and Policy Review, 1*(1), 139-172. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2007.00006.x>
- Leyens, J. P., Paladino, P. M., Rodriguez-Torres, R., Vaes, J., Demoulin, S., Rodriguez-Perez, A., & Gaunt, R. (2000). The emotional side of prejudice: The attribution of secondary emotions to ingroups and out-groups. *Personality and Social Psychology Review, 4*, 186-197. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0402_06
- Leyens, J. P., Rodriguez-Perez, A., Rodriguez-Torres, R., Gaunt, R., Paladino, M. P., Vaes, J., & Demoulin, S. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology, 31*, 395-411. <https://doi.org/10.1002/ejsp.50>
- Li, M., Leidner, B., & Castano, E. (2014). Toward a comprehensive taxonomy of dehumanization: integrating two senses of humanness, mind perception theory, and stereotype content model. *Testing Psychometrics Methodology in Applied Psychology, 21*(3), 285-300. <http://www.tpmmap.org/wp-content/uploads/2015/11/21.3.4.pdf>
- Lima, C. C., Guzman, M. G., De Benedetto C. M. A., & Gallian, C. M. D. (2014). Humanities and humanization in healthcare: the literature as a humanizing element for health science undergraduates. *Interface - Comunicação Saúde Educação, 18*(48), 139-150. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0708>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet, 367*, 528-529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)

- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Liotti, G. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.
https://doi.org/10.1300/J229v07n04_04
- Locke, K. (2009). Aggression, narcissism, self-esteem, and the attribution of desirable and humanizing traits to self versus others. *Journal of Research in Personality*, 43, 99-102. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.10.003>
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 971-974.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Loughnan, S., Baldissarri, C., Spaccatini, F., & Elder, L. (2017). Internalizing objectification: Objectified individuals see themselves as less warm, competent, moral, and human. *British Journal of Social Psychology*, 56(2), 217-232. <https://doi.org/10.1111/bjso.12188>
- Loughnan, S., & N. Haslam, N. (2007). Animals and Androids Implicit Associations Between Social Categories and Nonhumans. *Psychological Science*, 18(2), 116-121. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01858.x>
- Loughnan, S., Haslam, N., & Kashima, Y. (2009). Understanding the Relationship between Attribute-Based and Metaphor-Based Dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6), 747-762.
<https://doi.org/10.1177/1368430209347726>
- Loughnan, S., Haslam, N., Murnane, T., Vaes, J. , Reynolds, C., & Suitner, C. (2010). Objectification leads to depersonalization: The denial of mind and moral

- concern to objectified others. *European Journal of Social Psychology*, 40, 709-717. <https://doi.org/10.1002/ejsp.755>
- Loughnan, S., Leidner, B., Doron, G., Haslam, N., Kashima, Y., Tong, J., & Yeung, V. (2010). Universal biases in self-perception: Better and more human than average. *British Journal of Social Psychology*, 49(3), 627-636. <https://doi.org/10.1348/014466610X487779>
- Loughnan, S., Pina A., Vasquez, A.E., & Puvia, E. (2013). Sexual Objectification Increases Rape Victim Blame and Decreases Perceived Suffering. *Psychology of Women Quarterly*, 37(4), 455-461. <https://doi.org/10.1177/0361684313485718>
- Luke, A. M., Maio, R. G., & Carnelley, B. K. (2004). Attachment models of the self and others: Relations with self-esteem, humanity-esteem, and parental treatment. *Personal Relationships*, 11(3), 281-303. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00083.x>
- Lumsden, M. A., Bore, M., Millar, K., Jack, R., & Powis, D. (2005). Assessment of personal qualities in relation to admission to medical school. *Medical Education*, 39(3), 258-265. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02087.x>
- Lynch, J. A., & Zoller, H. (2015). Recognizing Differences and Commonalities: The Rhetoric of Health and Medicine and Critical Interpretive Health Communication. *Communication Quarterly*, 63(5), 498-503. <https://doi.org/10.1080/01463373.2015.1103592>
- Ma, K. (2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 440-449. <https://doi.org/10.1192/apt.12.6.440>

- Ma, K. (2007). Attachment theory in adult psychiatry. Part 2: Importance to the therapeutic relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(1), 10-16.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.105.001867>
- MacBeth, A., Schwannauer, M., & Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 79-93.
<https://doi.org/10.1348/147608307X246156>
- MacCarthy, D., Weinerman, R., Kallstrom, L., Kadlec, H., Hollander, M. J., & Patten, S. (2013). Mental health practice and attitudes of family physicians can be changed! *The Permanent Journal*, 17(3), 14-17.
<https://doi.org/10.7812/TPP/13-033>
- MacDonald, K. (2009). Patient–clinician eye contact: Social neuroscience and art of clinical engagement. *Postgraduate Medicine*, 121(4), 136-144.
<https://doi.org/10.3810/pgm.2009.07.2039>
- MacDonald, G., & Leary, M.R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202-223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>
- Macnaughton, J. (2009). The dangerous practice of empathy. *The Lancet*, 373, 1941-1942. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61055-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61055-2)
- Madarang, A. J. M. (2017). An Analysis of Viktor Frankl’s Notion of Dehumanization. *TALISIK: An Undergraduate Journal of Philosophy*, 4(2), 71-89. <https://talisik.org/2017%20Madarang.pdf>
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., Del Vecchio H., & Maj, M. (2008). Views of persons with schizophrenia on their own disorder: An Italian participatory

study. *Psychiatric Services*, 59(7), 795-799.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.7.795>

Mak, W. W. S., Chong, E. S. K., & Wong, C. C. Y. (2014). Beyond attributions: Understanding public stigma of mental illness with the common sense model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 173-181.

<https://doi.org/10.1037/h0099373>

Μαρκολέφα, Β., Σακαλάκη, Μ., Καλαμάρας, Δ. (2018, 10-13 Μαΐου).

Απανθρωποποίηση στόχων που υποφέρουν και θεωρία δικαιολόγησης του συστήματος [Προφορική Ανακοίνωση]. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αναπτυξιακής Ψυχολογίας, Θεσσαλονίκη.

Maranzan, K. A. (2016). Interprofessional education in mental health: an opportunity to reduce mental illness stigma. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 370-377. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1146878>

Marsh, A. A., Kozak, M. N., & Ambady, N. (2007). Accurate identification of fear facial expressions predicts prosocial behavior. *Emotion*, 7(2), 239-251.

<https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.239>

Martin J., Bennett M., & Murray S. W. (2008). A developmental study of the infrahumanization hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology*, 26(2), 153-162. <https://doi.org/10.1348/026151007X216261>

Martinez, A. G. (2014). When “they” become “I”: ascribing humanity to mental illness influences treatment-seeking for mental/behavioral health conditions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(2), 187-206.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.2.187>

Martinez, A. G., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., & Hinshaw, S. P. (2011). The power of a label: mental illness diagnoses, ascribed humanity, and social

rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 1-23.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.1.1>

Martínez, R., Rodríguez-Bailon, R., Moya, M., & Vaes, J. (2017). How do different humanness measures relate? Confronting the attribution of secondary emotions, human uniqueness, and human nature traits. *Journal of Social Psychology*, 157(2), 165-180. <https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1192097>

Masuda, A., Price, M., Anderson, P., Schmertz, S. K., & Calamaras, M. (2009). The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 1244-1262. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.10.1244>

Maunder, R., & Hunter, J. H. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00006>

Maunder, R., & Hunter, J. H. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.10.007>

Maunder, R., Panzer, A., Viljoen, M., Owen, J., Human, S., & Hunter, J. H. (2006). Physicians' difficulties with emergency department patients are related to patients' attachment style. *Social Science & Medicine*, 63(2), 552-562. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.001>

McDonald, M., Porat R., Yarkoney, A., Tagar, R. M., Kimel, S., Saguy, T., & Halperin, E. (2015). Intergroup emotional similarity reduces dehumanization and promotes conciliatory attitudes in prolonged conflict. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20(1), 125-136. <https://doi.org/10.1177/1368430215595107>

- McLoughlin, N., Steven, P., Tipper, P. S., & Over, H. (2016). Young children perceive less humanness in outgroup faces. *Developmental Science*, 21(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/desc.12539>
- Mehta, S., & Farina, A. (1997). Is being “sick” really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(4), 405-419. <https://doi.org/10.1521/jscp.1997.16.4.405>
- Mello B. R. D., & Leite C. L. (2013). Challenges of the dialog between humanization of health and medicine for the assistance to woman health in the Brazilian scenario. *Faculdade de Medicina de Campos*, 5(9), 1386-1393. <https://doi.org/10.4236/health.2013.59189>
- Menzies, L. I. (1960). Social systems as a defence against anxiety. An empirical study of the nursing service of a general hospital. *Human Relations*, 13, 95-121
- Meredith, P. (2009). Introducing attachment theory to occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 285-292. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00789.x>
- Meredith P., Ownsworth, T., & Strong J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 407-429. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.009>
- Mikulincer, M., & Shaver, R. P. (2001). Attachment Theory and Intergroup Bias: Evidence That Priming the Secure Base Schema Attenuates Negative Reactions to Out-Groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 97-115. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.1.97>
- Mikulincer, M., & Shaver, R. P. (2005a). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional

reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149-168.

<https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>

Mikulincer, M., & Shaver, R. P. (2005b). Attachment Security, Compassion, and Altruism. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 34-38.

<https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00330.x>

Milberg, A., Wählberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E.C., Olsson, M., & Friedrichsen, M., (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology*, 21(8), 886-895.

<https://doi.org/10.1002/pon.1982>

Miles, M. (2012). Person-centered medicine - at the intersection of science, ethics and humanism. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2(3), 329-333. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v2i3.281>

Miller, R. C. (2008). The somatically preoccupied patient in primary care: Use of attachment theory to strengthen physician-patient relationships. *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 2(6), 6-16. <https://doi.org/10.1186/1750-4732-2-6>

Miller, G., & Holden, C. (2010). Proposed Revisions to Psychiatry's Canon Unveiled. *Science*, 327, 770-771. <https://doi.org/10.1126/science.327.5967.770-a>

Milton, A. C., & Mullan, B. A. (2014). Communication of a mental health diagnosis: a systematic synthesis and narrative review. *Journal of Mental Health*, 23(5), 261-270. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.951474>

Mintz, D. (2013). Teaching Psychoanalytic Concepts, Skills, and Attitudes to Medical Students. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 61, 751-770. <https://doi.org/10.1177/0003065113491589>

- Mitchell, A. J., Malone, D., Doebbeling, C. C. (2009). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 491-499. <https://www.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045732>
- Møller, J. E., & Brøgger, M. N. (2019). How do residents perceive and narrate stories about communication challenges in patient encounters? A narrative study. *British Medical Journal Open*:1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029022>
- Moller, C. A., & Deci, L. E. (2009). Interpersonal control, dehumanization, and violence: A self-determination theory perspective. *Group Processes & Intergroup Relations*, 13(1), 41-53. <https://doi.org/10.1177/1368430209350318>
- Moller, C. A., Deci, L. E., & Ryan, M. R. (2006). Choice and Ego-Depletion: The Moderating Role of Autonomy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(8), 1024-1036. <https://doi.org/10.1177/0146167206288008>
- Moncrieff, J. (2014). 'Freedom is more important than health': Thomas Szasz and the problem of paternalism. *International Psychiatry*, 11(2), 1-7. <https://doi.org/10.1192/S1749367600004392>
- Moore, C. (2015). Moral disengagement. *Current Opinion in Psychology*, 6, 199-204. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.07.018>
- Murrow, B. G., & Murrow, R. (2015). A hypothetical neurological association between dehumanization and human rights abuses. *Journal of Law and the Biosciences*, 2(2), 336-364. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsv015>

- Ναούμ, Σ. (2018). Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς: Οφέλη, προβλήματα και στρατηγικές βελτίωσης. *Επιστημονικά Χρονικά*, 23(3): 265-275.
<http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.3.2>
- Nere, M. (2014). Adult Attachment Behavior on Facial Detection of Emotion. *The Red River Psychology Journal*, 1, 1-7.
https://www2.mnstate.edu/uploadedFiles/Internal/Content/Academics/Psychology/Red_River_Psychology_Journal/MNere2012.pdf
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86, 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Nissenbaum, H., & Walker, D. (1998). Will computers dehumanize education? A grounded approach to values at risk. *Technology in Society*, 20, 237-273.
[https://doi.org/10.1016/S0160-791X\(98\)00011-6](https://doi.org/10.1016/S0160-791X(98)00011-6)
- NOMΟΣ 1397/1983 - ΦΕΚ Α 143/07.10.1983
- Norman, M. G. R., Windell, D., & Manchanda, R. (2010). Examining differences in the stigma of depression and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* 58(1), 69-78. <https://doi.org/10.1177/0020764010387062>
- Obermann, M. L. (2011). Moral disengagement in self-reported and peer-nominated school bullying. *Aggressive Behavior*, 37(2), 133-144.
<https://doi.org/10.1002/ab.20378>
- O'Brien G. V. (2003b). People with cognitive disabilities: the Argument from Marginal Cases and social work ethics. *Social Work*, 48(3), 331-337.
<https://www.jstor.org/stable/23721055>

- Ojo, F. Y., & Yinyinola, W. L. (2015). Dehumanization in Workplace: Counselling Approach to Gender-Based Violence. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 5(6), 1-5. <http://www.ijsrp.org/research-paper-0615/ijsrp-p42107.pdf>
- Opotow, S. (1990). Moral exclusion and injustice: An introduction. *Journal of Social Issues*, 46, 173-182. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00268.x>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2009). *Economic Surveys: Greece*, 2009:1-15
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 143-151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Paladino, M. P., & Vaes, J. (2009). Ours is human: On the pervasiveness of infra-humanization in intergroup relations. *British Journal of Social Psychology*, 48(2), 237-251. <https://doi.org/10.1348/014466608X322882>
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual, a step guide to data analysis using SPSS for windows*, 3rd ed (pp 179-200). McGraw Hill.
- Παπαθεοδώρου, Χ. & Μωυσίδου, Α. (2012). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Pappa, E., & Niakas, D. (2006). “Assessment of health care needs and utilisation in a mixed public-private system: The case of the Athens area”, *BMS Health Services Research*, 6(146), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-146>
- Parcesepe, M. A., & Cabassa, J. L. (2013). Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review. *Administration and Policy Mental Health*, 40(5), 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>

- Pardue K. T. (2004). Introducing readers theater! A strategy to foster aesthetic knowing in nursing. *Nurse Educator*, 29, 58-62.
<https://doi.org/10.1097/00006223-200403000-00006>
- Park, J., Haslam N., & Kashima, Y. (2012). Relational to the Core: Lay Theories of Humanness in Australia, Japan, and Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(5), 774-783. <https://doi.org/10.1177/0022022111414417>
- Park, J., Haslam, N., Kashima, Y., & Norasukkunkit, V. (2016). Empathy, culture and self-humanising. Empathising reduces the attribution of greater humanness to the self more in Japan than Australia. *International Journal of Psychology*, 51(4), 301-306. <https://doi.org/10.1002/ijop.12164>
- Park, J., Haslam N., Shimizu, H., Kashima, Y., & Uchida, Y. (2013). More Human Than Others, but Not Always Better: The Robustness of Self-Humanizing Across Cultures and Interpersonal Comparisons. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 671-683. <https://doi.org/10.1177/0022022113485429>
- Park, Y. O., & Park, S. H. (2015). Observing Social Exclusion Leads to Dehumanizing the Victim. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01815>
- Pawlikowski, M. (2002). Dehumanization of contemporary medicine: Causes and remedies. *Neuroendocrinology Letters*, 23(1), 5-7.
<https://www.nel.edu/userfiles/articlesnew/NEL230102E03.pdf>
- Penn, D. L., Mueser, K. T., Tarrier, N., Gloege, A., Cather, C., Serrano, D., & Otto M. W. (2004). Supportive therapy for schizophrenia. Possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 101-112. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007055>

- Pervin A. L., & John P. O. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές*.
Επιστημονική Επμέλεια : Α. Μπρούζος, σελ.220-234. Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Pescosolido, A. B. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think;
What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social
Behavior*, 54(1), 1-21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Pescosolido, A. B., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., Link, B.
G., (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions
to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal
of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Pettigrew, T., & Tropp, L. (2009). A meta-analytic test of intergroup contact theory.
Journal of Personality and Social Psychology, 90(5), 751-783.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Pfeiffer, U., Schilbach, L., Timmermans, B., Jording, M., Bente, G., & Vogeley, K.
(2012). Eyes on the mind: Investigating the influence of gaze dynamics on the
perception of others in real-time social interaction. *Frontiers in Psychology*,
3(537), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00537>
- Pickersgill, M. (2012). What is psychiatry? Co-producing complexity in mental
health. *Social Theory & Health*, 10(4), 328-347.
<https://doi.org/10.1057/sth.2012.9>
- Pickersgill, M. D. (2013). From ‘Implications’ to ‘Dimensions’: Science, Medicine
and Ethics in Society. *Health Care Analysis*, 21, 31-42.
<https://doi.org/10.1007/s10728-012-0219-y>

- Pickersgill, M. D. (2014). Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique. *Journal of Medical Ethics*, 40, 521-525. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2013-101762>
- Pinel, E. C., Yawger, G. C., Long, A. E., Rampy, N., Brenna, R., & Finnell, S. K. (2017). Human like me: Evidence that I-sharing humanizes the otherwise dehumanized. *British Journal of Social Psychology*, 56(4), 689-704. <https://doi.org/10.1111/bjso.12209>
- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131. <https://doi.org/10.1080/09540260500073638>
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003a). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.342>
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003b). Reducing psychiatric stigma and discrimination—evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(6), 337-344. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.342>
- Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Skinner S. C., Rodriguez K. L., & Tulskey, J. A. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 5748-5752. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.12.4180>

- Post, G. S. (2011). Compassionate care enhancement: benefits and outcomes. *The International Journal of Person Centered Medicine*, *1*(4), 808-813.
<https://doi.org/10.5750/ijpcm.v1i4.153>
- Prati, F., Crisp, J. R., Meleady, R., & Rubini, M. (2016). Humanizing Outgroups Through Multiple Categorization: The Roles of Individuation and Threat. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *42*(4), 526-539.
<https://doi.org/10.1177/0146167216636624>
- Prati, F., Crisp, J. R., Pratto, F., & Rubini, M. (2016). Encouraging majority support for immigrant access to health services: Multiple categorization and social identity complexity as antecedents of health equality. *Group Processes & Intergroup Relations*, *19*(4), 426-438.
<https://doi.org/10.1177/1368430216629814>
- Prati, F., Moscatelli, S., Pratto, F., & Rubini, M. (2015). Predicting Support for Arabs' Autonomy from Social Dominance: The Role of Identity Complexity and Dehumanization. *Political Psychology*, *37*(2), 293-301.
<https://doi.org/10.1111/pops.12274>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, *1*(4), 515-526.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Pyszczynski, T., Rothschild, Z., & Abdollahi, A. (2008). Terrorism, Violence, and Hope for Peace: A Terror Management Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, *17*(5), 318-322. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00598.x>

- Radel, R., Sarrazin, P., Jehu, M., & Pelletier, L. (2013). Priming motivation through unattended speech. *British Journal of Social Psychology*, *52*(4), 763-772.
<https://doi.org/10.1111/bjso.12030>
- Rai, T. S., Valdesolo, P., & Graham, J. (2017). Dehumanization increases instrumental violence, but not moral violence. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, *114*, 8511–8516.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1705238114>
- Raja, S., Hasnain, M., Vadakumchery, T., Hamad, J., Shah., R., & Hoersch, M. (2015). Identifying Elements of Patient-Centered Care in Underserved Populations : A Qualitative Study of Patient Perspectives. *Plos One*, *10*(5), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126708>
- Raja, S., Shah, R., Hamad, J., Van Kanegan, M., Kupersmidt, A., & Kruthoff, M. (2015). Patients’ Perceptions of Dehumanization of Patients in Dental School Settings: Implications for Clinic Management and Curriculum Planning. *Journal of Dental Education*, *79*, 1201-1207. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2015.79.10.tb06013.x>
- Rapoza, A. K., Vassell, K., Wilson, T. D., Robertson, W. T., Manzella, J. D., Luis Ortiz-Garcia, A., & Jimenez-Lazar, A. L. (2016). Attachment as a Moderating Factor Between Social Support, Physical Health, and Psychological Symptoms. *Sage Open*, 1-13. <https://doi.org/10.1177/2158244016682818>
- Rathert, C., Vogus, J. T., & McClelland, L. (2016). *Re-humanizing Health Care: Facilitating “Caring” for Patient-centered Care*. In The Oxford Handbook of Health Care Management. Ewan Ferlie, Kathleen Montgomery, and Anne Reff Pedersen (Eds). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198705109.013.9>

- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(3), 279-284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(4), 419-432. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.006>
- Read, J. (2007). Why promoting biological ideology increases prejudice against people labelled “schizophrenic”. *Australian Psychology, 42*(2), 118-128. <https://doi.org/10.1080/00050060701280607>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Read, J., & Gumley, A. (2010). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? In S. Benamer (Ed.), *Telling stories? Attachment-based approaches to the treatment of psychosis* (pp. 51-94). Karnac Books.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry, 12*(2), 92-98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2009). The Conceptual Development of DSM-V. *The American Journal of Psychiatry, 166*(6), 645-650. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020279>

- Rentmeester, C. A. (2008). Moral damage to health care professionals and trainees: legalism and other consequences for patients and colleagues. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 33(1), 27-43. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhm006>
- Rhiannon, N. S. (2015). 'Toxification' as a more precise early warning sign for genocide than dehumanization? An emerging research agenda. *Genocide Studies and Prevention: An International Journal*, 9(1), 83-95. <http://dx.doi.org/10.5038/1911-9933.9.1.1277>
- Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108-1112. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287>
- Riva, P., Brambilla, M., & Vaes, J. (2015). Bad guys suffer less (social pain): Moral status influences judgements of others' social suffering. *British Journal of Social Psychology*, 55(1), 88-108. <https://doi.org/10.1111/bjso.12114>
- Rom, E., & Mikulincer, M. (2003). Attachment Theory and Group Processes: The Association Between Attachment Style and Group-Related Representations, Goals, Memories, and Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1220-1235. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.6.1220>
- Rose, D., & Thornicroft, G. (2010). Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(2), 140-147. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000841>
- Rosenberg, S., Nelson C., & Vivekananthan P.S (1968). A multidimensional approach to the structure of personality impressions. *Personality Social Psychology*, 9(4), 283-294. <https://doi.org/10.1037/h0026086>

- Ross, C., & Goldner, E. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Rouaud, M. (2013). *Probability, Statistics and Estimation*.
<http://www.incertitudes.fr/book.pdf>
- Rousseau, P. C., & Blackburn, G. (2008). The touch of empathy. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 1299-1300. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0174>
- Rudman, A. L., & Mescher, K. (2012). Of Animals and Objects: Men's Implicit Dehumanization of Women and Likelihood of Sexual Aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 734-746.
<https://doi.org/10.1177/0146167212436401>
- Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Ryan, R. (2009). Self-determination Theory and Wellbeing. *Wellbeing in Developing Countries Research Review*, 1, 1-2. https://www.welldev.org.uk/wed-new/network/research-review/Review_1_Ryan.pdf
- Ryan M. R., & Deci, L. E. (2008a). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan M. R., & Deci, L. E. (2008b). From Ego Depletion to Vitality: Theory and Findings Concerning the Facilitation of Energy Available to the Self. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(2), 702-717.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00098.x>

- Saguy, T., Szekeres, H., Nouri, R., Goldenberg, A., Doron, G., Dovidio, F. J., Yunger, C., & Halperin, E. (2015). Awareness of Intergroup Help Can Rehumanize the Out-Group. *Social Psychological and Personality Science*, 6(5), 551-558. <https://doi.org/10.1177/1948550615574748>
- Sakalaki, M., & Fousiani K. (2012). About some personality misfortunes of opportunists: The negative correlation of economic defection with autonomy, agreeableness and well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 42 (2), 471-487. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00780.x>
- Sakalaki, M., Richardson, C., & Fousiani, K. (2017). Is suffering less human? distressing situations' effects on dehumanizing the self and others. *Hellenic Journal of Psychology*, 14(1), 39-63. https://pseve.org/wp-content/uploads/2018/03/Volume14_Issue1_Sakalaki.pdf
- Salmon, P., & Young, B. (2009). Dependence and caring in clinical communication: The relevance of attachment and other theories. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.011>
- Saminaden, A., Loughnan, S., & Haslam, N. (2010). Afterimages of savages: Implicit associations between primitives, animals and children. *British Journal of Social Psychology*, 49(1), 91-105. <https://doi.org/10.1348/014466609X415293>
- Sánchez, R. P., & García, C. Y. (2016). Mortality salience, political orientation and minimization of terrorists' secondary emotions. *Psicothema*, 28(1), 47-52. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.147>
- Sansó, N., Galianab, L., Gonzálezc, B., Sarmenterod, J., Reynese, M., Oliverb, A., & Garcia-Toro M. (2019). Differential Effects of Two Contemplative Practice-based Programs for Health Care Professionals. *Psychosocial Intervention*, 28, 131-138. <https://doi.org/10.5093/pi2019a12>

- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>
- Σβόλη, Μ. & Σακαλάκη, Μ. (2015). Διαφυλικές και Ενδοφυλικές μορφές Απανθρωποποίησης. *Hellenic Journal of Psychology*, 12:156-171
- Schroeder J., & Epley N. (2016). Mistaking Minds and Machines: How Speech Affects Dehumanization and Anthropomorphism. *Journal of Experimental Psychology: General*, 145(11), 1427-1437. <https://doi.org/10.1037/xge0000214>
- Schroeder J., & Fishbach, A. (2015). The “Empty Vessel” Physician: Physicians’ Instrumentality Makes Them Seem Personally Empty. *Social Psychological and Personality Science*, 6, 940-949. <https://doi.org/10.1177/1948550615597976>
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg089>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>

- Schulman-Green, D. (2003). Coping mechanism of physicians who routinely work with dying patients. *Omega*, 47(3), 253-264. <https://doi.org/10.2190/950H-U076-T5JB-X6HN>
- Schwartz, S. H., & Struch, N. (1989). Values, stereotypes, and intergroup antagonism. In D. Bar-Tal, C. F. Grauman, A. Kruglanski, & W. Stroebe (Eds.), *Stereotyping and prejudice: Changing conceptions* (pp. 151–167). Springer-Verlag.
- Seedat, S., Stein, D., Berk, M., & Wilson, Z. (2002). Barriers to treatment among members of a mental health advocacy group in South Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), 483-487. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0577-0>
- Seeman, M.V. (2005). Psychiatry in the Nazi Era. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 218-225. <https://doi.org/10.1177/070674370505000405>
- Seidelman, W. E. (1995). Whither Nuremberg?: Medicine's Continuing Nazi Heritage. *Medicine & Global Survivor*, 2(3), 148-157. <https://www.ipnw.org/pdf/mgs/2-3-seidelman.pdf>
- Serodio, A., Kopelman, B. I., & Bataglia, P. U. R. (2016). The promotion of medical students' moral development: a comparison between a traditional course on bioethics and a course complemented with the Konstanz method of dilemma discussion. *International Journal of Ethics Education*, 1, 81-89. <https://doi.org/10.1007/s40889-016-0009-8>
- Senju, A., Vermetti, A., Kikuchi, Y., Akechi, H., Hasegawa, T., & Johnson, M. H. (2013). Cultural background modulates how we look at other persons' gaze. *International Journal of Behavioral Development*, 37(2), 131-136. <https://doi.org/10.1177/0165025412465360>

- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy, 47*, 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Shaver, R. P., & Mikulincer M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality, 39*(1), 22-45. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.002>
- Shaver, R. P., & Mikulincer M. (2010). New directions in attachment theory and research. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*(2), 163-172. <https://doi.org/10.1177/0265407509360899>
- Shelley, B. P. (2016). Re-humanizing “high-tech, no touch” medicine: Narrative medicine and cinemeducation perspectives. *Archives of Medicine and Health Sciences, 4*(1), 1-5. <https://doi.org/10.4103/2321-4848.183367>
- Simmons, L. B., Gooty, J., Nelson, L. D., & Little, M. L. (2009). Secure attachment: implications for hope, trust, burnout, and performance. *Journal of Organizational Behavior, 30*, 233-247. <https://doi.org/10.1002/job.585>
- Simpson, A. (2011). On the language surrounding the psychiatrist-as-expert. *Australasian Psychiatry, 19*(4), 331-334. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.579614>
- Simpson, M. R. (2016). Dehumanization: its operations and its origins. *Journal of Law and the Biosciences, 3*(1): 178–184. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsv040>
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care, 15*(6), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>

- Skrzypek, M., & Kowal, K. (2017). Rita Charon's concept of narrative medicine as a strategy for humanization of clinical transplantology. *European Journal of Medical Technologies*, 4(17), 62-69. http://www.medical-technologies.eu/upload/8_rita_charon's_concept_of_narrative_medicine_-_skrzypek.pdf
- Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., & Shir, Y. (2005). Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 125-132. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03573.x>
- Smith, D.L. (2014). Dehumanization, Essentialism, and Moral Psychology. *Philosophy Compass*, 9(11), 814-824. <https://doi.org/10.1111/phc3.12174>
- Speerforck, S., Schomerus, G., Pruess, S., & Angermeyer, M.C. (2014). Different biogenetic causal explanations and attitudes towards persons with major depression, schizophrenia and alcohol dependence: Is the concept of a chemical imbalance beneficial? *Journal of Affective Disorders*, 168, 224-228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.013>
- Σταλίκας, Α. (2011). *Μέθοδοι Έρευνας στην Κλινική Ψυχολογία*. Εκδόσεις Τόπος.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Πεδίο.
- Staub, E. (1989). *The Roots of Evil: The Origins of Genocide and Other Group Violence*. Cambridge University Press, Cambridge, UK. <https://lib.ugent.be/catalog/rug01:001873024>
- Stephens, G. J., Silbert, L. J., & Hasson, U. (2010). Speaker-listener neural coupling underlies successful communication. *Proceeding of National Academy Sciences U S A*, 107, 14425-14430. <https://doi.org/10.1073/pnas.1008662107>

- Stepien, K. A., & Baernstein A. (2006). Educating for empathy: a review. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 524-530. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>
- Stevenson, C. M., Malik, E. S., Totton, R. R., & Reeves, D. R. (2015). Disgust Sensitivity Predicts Punitive Treatment of Juvenile Sex Offenders: The Role of Empathy, Dehumanization, and Fear. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 15(1), 177-197. <https://doi.org/10.1111/asap.12068>
- Stock, D. (2013). Conceptualizing the Patient in Medical Humanities: A Posthumanist Intervention. *Values in Medicine, Science, and Technology*. http://philsci-archive.pitt.edu/9804/4/Values_conference_paper_updated.pdf
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Suchman, L. A. (2006). A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care Complex. Responsive Processes of Relating. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 40-44. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00308.x>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sukhera, J., & Chahine, S. (2016). Reducing mental illness stigma through unconscious bias-informed education. *MedEdPublish*, 5(2), 16. <https://doi.org/10.15694/mep.2016.000044>

- Sultan, S., Attali, C., Gilberg, S., Zenasni, F., & Hartemann, A. (2011). Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: Accuracy and association with self-care. *Psychology & Health, 18*(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1080/08870441003703226>
- Svoli, M., Sakalaki, M., & Richardson, C. (2018). Dehumanization of the mentally ill compared to healthy targets. *Hellenic Journal of Psychology, 15*, 254-273.
https://pseve.org/wp-content/uploads/2019/02/Volume15_Issue3_Miranda_Svoli.pdf
- Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Science, 6*(1), 1-10.
<https://doi.org/10.3390/bs6010005>
- Szasz, T. S. (1973). *Ideology and insanity: Essays on the psychiatric dehumanization of man*. Calder & Boyars.
- Tajer, C. D. (2014). The Scientific Societies and Medical Humanism. *Revista Argentina de Cardiologia, 82*, 321-322.
<https://www.redalyc.org/pdf/3053/305331882008.pdf>
- Tam, T., Miles, H., Cairns, E., Tausch, N., Greg, M., & Kenworthy, J. (2007). The Impact of Intergroup Emotions on Forgiveness in Northern Ireland. *Group Processes & Intergroup Relations, 10*(1), 119-135.
<https://doi.org/10.1177/1368430207071345>
- Tauber, A. I. (2008). Medicine and the Call for a Moral Epistemology, Part II. *Perspectives in biology and medicine, 51*(3), 450-463.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1353/pbm.0.0034>

- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *17*(1), 14-19.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00002621>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet*, *373*, 408-415.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, *19*(2), 113-122.
<https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
- Todres, L., Galvin, T. K., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *4*, 68-77.
<https://doi.org/10.1080/17482620802646204>
- Triffaux, J. M., Tisseron, S., & Nasello, J. A. (2018). Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *L'encephale*, *45*(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.003>
- Trifiletti, E., Di Bernardo, G. A., Falvo, R., & Capozza, D. (2014). Patients are not fully human: A nurse's coping response to stress. *Journal of Applied Social Psychology*, *44*(12), 768-777. <https://doi.org/10.1111/jasp.12267>
- Trump, L., & Hugo, C. (2006). The barriers preventing effective treatment of South African patients with mental health problems. *African Journal of Psychiatry*, *9*(4), 249-260. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v9i4.30224>
- Tsagarakis, M., Kafetsios, K., & Stalikas, A. (2007). Reliability and validity of the Greek version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of

- Adult Attachment. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 47-55. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.1.47>
- Turner, Y., & Hadas-Halpern, I. (2008). *The effects of including a patient's photograph to the radiographic examination*. Paper presented at Radiological Society of North America, Chicago, IL.
- Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. (2016). Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in healthcare. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 262-271. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9910-4>
- Vaes, J. (2006). "They" are Less Human than "We" are: Modern Prejudice in Human Terms. *Cahiers de l'Urmis*, 10-11. <https://doi.org/10.4000/urmis.184>
- Vaes, J., Bain, P. G., & Bastian, B. (2014). Embracing Humanity in the Face of Death: Why Do Existential Concerns Moderate Ingroup Humanization? *The Journal of Social Psychology*, 154, 537-545. <https://doi.org/10.1080/00224545.2014.953027>
- Vaes, J., Heflick, A. N., & Goldenberg, L. J. (2010). "We Are People": Ingroup Humanization as an Existential Defense. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(5), 750-760. <https://doi.org/10.1037/a0017658>
- Vaes, J., Leyens, J. P., Paladino, M. P., & Miranda, M. P. (2012). We are human, they are not: Driving forces behind outgroup dehumanisation and the humanisation of the ingroup. *European Review of Social Psychology*, 23, 64-106. <https://doi.org/10.1080/10463283.2012.665250>
- Vaes, J., Loughnan, S., & Puvia, E. (2014). The Inhuman Body: When Sexual Objectification Becomes Dehumanizing. In P. G. Bain, J. Vaes, J. P. Leyens (Eds.), *Humanness and dehumanization*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203110539>

- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice :
A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52(1), 180-190.
<https://doi.org/10.1111/bjso.12008>
- Vaes, J., & Paladino, M. P. (2010). The uniquely human content of stereotypes.
Group Processes & Intergroup Relations, 13(1), 23-39.
<https://doi.org/10.1177/1368430209347331>
- Vaes, J., Paladino, M. P., Castelli, L., Leyens, J. P., & Giovanazzi, A. (2003). On the
behavioral consequences of infrahumanization: The implicit role of uniquely
human emotions on intergroup relations. *Journal of Personality and Social
Psychology*, 85, 1016-1034. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.6.1016>
- Vaes, J., Paladino, M. P., & Leyens, J. P. (2002). The lost e-mail: Prosocial reactions
induced by uniquely human emotions. *British Journal of Social Psychology*,
41, 521-534. <https://doi.org/10.1348/014466602321149867>
- Vaes, J., Paladino, M. P., & Leyens, J. P. (2006). Priming uniquely human emotions
and the in-group (but not the out-group) activates humanity concepts.
European Journal of Social Psychology, 36, 169-181.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.279>
- Vaes, J., Paladino, M. P., & Puvia, E. (2011). Are sexualized women complete human
beings? Why males and females dehumanize sexually objectified women.
European Journal of Social Psychology, 41, 774-785.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.824>
- Vanbeselaere, N. (1987). The effect of dichotomous and crossed social
categorizations upon intergroup discrimination. *European Journal of Social
Psychology*, 17, 143-156. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420170203>

- Van Mol, M., Brackel, M., Kompanje, E. J. O., Gijsbers, L., Nijkamp M. D., Girbes A. R. J., & Bakker, J. (2016). Joined forces in person-centered care in the intensive care unit: a case report from the Netherlands. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(5), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0022-y>
- Varga, S. (2016). The case for mind perception. *Future of social cognition*, 194(3), 1-21. <https://doi.org/10.1007/s11229-015-0994-8>
- Vasiljevic, M., & Viki, G. T. (2012). Dehumanization, moral disengagement, and public attitudes to crime and punishment. In P. G. Bain, J. Vaes, J. P. Leyens (Eds.), *Humanness and dehumanization*. Hove: Psychology Press.
- Viki, G. T., Winchester, L., Titshall, L., Chisango, T., Pina, A., & Russell, R. (2006). Beyond secondary emotions: The infrahumanization of outgroups using human-related and animal-related words. *Social Cognition*, 24(6), 753-775. <https://doi.org/10.1521/soco.2006.24.6.753>
- Villar, A. C., Rodríguez, V. B., Rodríguez, N. D., & Rodríguez, P. A. (2018). They do not suffer like us: The differential attribution of social pain as a dehumanization criterion in children. *Psicothema*, 30(2), 207-211. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.236>
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? the longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311-311. <https://doi.org/10.1037/a0031889>
- Voss-DeMeester, R. H., McCullough, K. W., Cook, S. C., El-Shamaa, M., & Chin, M. H. (2014). *Responding to culture: Beyond cultural competence training. Finding Answers: Disparities Research for Change* (pp. 14). Robert Wood Johnson Foundation.

- Vogt, H., Ulvestad, E., Eriksen, T. E., & Getz, L. (2014). Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 942-952.
<https://doi.org/10.1111/jep.12251>
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>
- Wakefield, J. C. (2015). DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 188-196.
<https://doi.org/10.1017/S2045796015000116>
- Waller, B. M., Cray, J. J., & Burrows, A. M. (2008). Selection for universal facial emotion. *Emotion*, 8(3), 435-439. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.435>
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment Representation and Illness Behavior in Somatoform Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 200-209.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000116463.17588.07>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005a). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 603–613.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005b). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.629>

- Warner, H. J. (2013). The Humanizing Power of Medical History: Responses to Biomedicine in the 20th-Century United States. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 77, 322-329.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.03.090>
- Waytz, A., Cacioppo, J., & Epley, N. (2014). Who Sees Human? The Stability and Importance of Individual Differences in Anthropomorphism. *Perspectives on Psychological Sciences*, 5(3), 219-232.
<https://doi.org/10.1177/1745691610369336>
- Waytz, A., & Epley N. (2012). Social connection enables dehumanization. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48, 70-76.
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2011.07.012>
- Waytz, A., Gray, K., Epley, N., & Wegner, D. M. (2010). Causes and consequences of mind perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 383-388
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.05.006>
- Waytz, A., Hoffman, K. M., & Trawalter, S. (2014). A Superhumanization Bias in Whites' Perceptions of Blacks. *Social Psychological and Personality Science*, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1948550614553642>
- Waytz, A., Morewedge, C. K., Epley, N., Monteleone, G., Gao, J. H., & Cacioppo, J. T. (2010). Making Sense by Making Sentient: Effectance Motivation Increases Anthropomorphism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(3), 410-435. <https://doi.org/10.1037/a0020240>
- Waytz, A., & Schroeder, J. (2014). Overlooking others: dehumanization by commission and omission. *Testing Psychometrics Methodology*, 21(3), 1-16.
<https://www.tpmmap.org/wp-content/uploads/2015/11/21.3.2.pdf>

- Waytz, A., Schroeder, J., & Epley, N. (2013). The lesser minds problem. In P. Bain, J. Vaes, & J.-Ph. Leyens (Eds.), *Are we all human? Advances in understanding humanness and dehumanization* (pp 49-67). Psychology Press.
- Weber, M. A. (2015). Remembering Dr Marvin Moser. *The Journal of Clinical Hypertension*, *17*(1), 1-4. <https://doi.org/10.1111/jch.12475>
- Wei M., Liao K. Y., Ku T. Y., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, Self-Compassion, Empathy, and Subjective Well-Being Among College Students and Community Adults. *Journal of Personality*, *79*(1), 191-221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x>
- Weingartner, L. A., Sawning, S., Shaw, M. A., & Klein, J. B. (2019). Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Medical Education*, *19*(139), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1546-6>
- Weinstein, N., Przybylski, K. A., & Ryan, M. R. (2012). The index of autonomous functioning: Development of a scale of human autonomy. *Journal of Research in Personality*, *46*, 397-413. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.03.007>
- West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *The Journal of the American Medical Association*, *302*(12), 1294-1300. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1389>
- West, L. M., Vayshenker, B., Rotter, M., & Yanos, T. P. (2015). The Influence of Mental Illness and Criminality Self-Stigmas and Racial Self-Concept on Outcomes in a Forensic Psychiatric Sample. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(2), 150-157. <https://doi.org/10.1037/prj0000133>

- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical Assessment of Attachment Patterns and Personality Disorder in Adolescents and Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1065-1085. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1065>
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in My insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron, 40*, 655-664. [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(03\)00679-2](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00679-2)
- Wiener, R. L., Gervais, S. J., Allen, J., & Marquez, A. (2013). In the eye of the beholder: The role of sexual objectification and affective forecasting on sexual harassment judgments. *Psychology, Public Policy, and Law, 19*, 206-221. <https://doi.org/10.1037/a0028497>
- Wiener, R. L., Gervais, S. J., Brnjic, E., & Nuss, D. E. (2014). Dehumanization of Older People: The Evaluation of Hostile Work Environments. *Psychology, Public Policy, and Law, 20*(4), 384-397. <https://doi.org/10.1037/law0000013>
- Wikstrom, B. M. (2001). Work of art dialogues: an educational technique by which students discover personal knowledge of empathy. *International Journal of Nursing Practice, 7*, 24-29. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2001.00248.x>
- Wilde, V. K., Martin, K. D., & Goff, P. A. (2014). Dehumanization as a distinct form of prejudice. *Testing Psychometrics Methodology, 21*(3), 301-307. <https://doi.org/10.4473/TPM21.3.5>
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness, 33*(5), 710-725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>

Wong, Y.S., & Lee, A. (2006). Communication skills and doctor patient relationship. *Hong Kong Medical Diary*, 11(3), 7-9.

<http://www.fmskh.org/database/articles/607.pdf>

ΦΕΚ Α 137 - 29.08.2019, νόμος 4624/2019 για τα προσωπικά δεδομένα

Yang, W., Jin, S., He, S., Fan, Q., & Zhu, Y. (2015). The Impact of Power on Humanity : Self-Dehumanization In Powerlessness. *Plos One*, 15(5), 1-19.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125721>

Zaki, J. (2014). Empathy: A Motivated Account. *Psychological Bulletin*, 140, 1608-1647. <https://doi.org/10.1037/a0037679>

Zeanah, H. C., Berlin, J. L., & Boris, W. N. (2011). Practitioner Review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52(8), 819-833.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02399.x>

Zebel S., Zimmermann A., Viki, G. T., & Doosje, B. (2008). Dehumanization and Guilt as Distinct but Related Predictors of Support for Reparation Policies. *Political Psychology*, 29(2), 193-219. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2008.00623.x>

Zhang, H., Chan, D. K. S., Teng, F., & Zhang, D. (2015). Sense of interpersonal security and preference for harsh actions against others: The role of dehumanization. *Journal of Experimental Social Psychology*, 56, 165-171.

<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.09.014>

Zhang, H., Chan, D. K. S., Xia, S., Tian, Y., & Zhu, Y. (2017). Cognitive, Emotional, and Motivational Consequences of Dehumanization. *Social Cognition*, 35(1), 18-39. <https://doi.org/10.1521/soco.2017.35.1.18>

Zhu, Y., Zhang, H., Yang, G., Hu, X., Liu, Z., Guo, N., He, H., Sun, B., & Rosenheck, R. (2017). Attitudes towards mental illness among medical students in China: Impact of medical education on stigma. *Asia-Pacific Psychiatry, 10*(2). <https://doi.org/10.1111/appy.12294>

Παράρτημα

Περιεχόμενα

Ερωτηματολόγιο Έρευνας 1 ^{ης}	411
Ερωτηματολόγιο Έρευνας 2 ^{ης}	425
Δημοσιεύσεις.....	433

Ερωτηματολόγιο Έρευνας 1^{ης}

- A. Ερωτηματολόγιο Απανθρωποποίησης
- B. Ερωτηματολόγιο Μηχανιστικής Αυτό-απανθρωποποίησης
- Γ. Ερωτηματολόγιο Χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης & Ανθρώπινης Μοναδικότητας
- Δ. Ερωτηματολόγιο Δεσμού Ενηλίκων
- Ε. Ερωτηματολόγιο Αυτό-καθορισμού

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος διδακτορικής διατριβής. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη. Παρακαλούμε διαβάστε **προσεκτικά** τις ερωτήσεις και απαντήστε αυτό που πραγματικά πιστεύετε για κάθε ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις.

Ευχαριστώ για τη συνεργασία σας.

A. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε οι ασθενείς σας έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά;

Το 1 πλησιάζει στο χαρακτηριστικό που βρίσκεται στην αριστερή πλευρά της εννιαβάθμιας κλίμακας και το 9 πλησιάζει στο χαρακτηριστικό που βρίσκεται στη δεξιά πλευρά της εννιαβάθμιας κλίμακας.

1.

Απόμακρος/ Ψυχρός	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Με ζεστασιά
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------

2.

Με ευρύτητα Πνεύματος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Χωρίς ευρύτητα πνεύματος
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

3.

Δεν	1	2	3	4	5	6	7	8	9	νταποκρίνεται
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

ανταποκρίνεται συναισθηματικά στους άλλους										συναισθηματικά στους άλλους
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------

4.

Χωρίς αυτονομία και βούληση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Αυτόνομος και Αυτόβουλος
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

5.

Ενστικτώδης	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ορθολογικός
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------

6.

Απολίτιστος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πολιτισμένος
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

7.

Παιδαριώδης	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ωριμος
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

8.

Αγροίκος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Εκλεπτυσμένος
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

B. Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω**προτάσεις.**

1. Συνήθως δεν λειτουργώ με συναισθηματικό τρόπο.

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2. Όταν πρέπει να κάνω επιλογές, εμπιστεύομαι τις αξίες και τις πεποιθήσεις μου.

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

3. Έχω την εντύπωση πως οι πράξεις μου δεν πηγάζουν από μέσα μου, αλλά ότι μου

τις υπαγορεύουν τα πράγματα, οι περιστάσεις ή οι άλλοι.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

Απόλυτα										απόλυτα
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------

4. Οι πράξεις μου πηγάζουν από δικά μου κίνητρα, από αυτά που θέλω ή από αυτά που

με ενδιαφέρει να κάνω.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

5. Δεν είμαι ανοιχτός σε ερεθίσματα του έξω κόσμου που μου είναι ξένα ή άγνωστα.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

6. Στις σχέσεις μου με τους άλλους μου αρέσει να εκφράζω τα συναισθήματά μου.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

7. Συχνά αισθάνομαι ότι μου λείπει το βάθος, ότι είμαι λίγο επιφανειακός/-ή.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

8. Νιώθω ζεστασιά στις σχέσεις μου με τους άλλους.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

9. Είμαι δεκτικός σε κάθε καινούρια γνώση. Μου δημιουργεί περιέργεια.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

10. Πιστεύω πως οι περισσότερες πράξεις και επιλογές μου στη ζωή προέρχονται από

τις δικές μου αυτόνομες προθέσεις και προτιμήσεις.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

Απόλυτα										απόλυτα
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------

11. Συνήθως ανταποκρίνομαι στα συναισθήματα των άλλων.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

12. Είμαι ανοιχτός σε κάθε καινούρια εμπειρία.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

13. Καμιά φορά συμπεριφέρομαι μηχανικά, χωρίς να σκέπτομαι αυτά που κάνω

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

14. Οι άνθρωποι καμιά φορά λειτουργούν με αυτοματισμούς. Κάτω από ορισμένες συνθήκες, ένα μέρος του μυαλού τους λειτουργεί μηχανικά ή οι πράξεις τους γίνονται χωρίς να το έχουν σκεφτεί ή επιλέξει οι ίδιοι. Εσείς πόσο συχνά θα λέγατε ότι έχετε βιώσει αυτή την εμπειρία;

Ποτέ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συχνά
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

Γ. Παρακάτω ακολουθούν 8 προτάσεις, παρακαλώ σημειώσατε το βαθμό που αισθάνεστε έτσι στην καθημερινότητα σας.

1. Αισθάνομαι σα να είμαι ανοιχτόμυαλος και να μπορώ να σκεφτώ καθαρά τα πράγματα.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

2. Αισθάνομαι σαν να είμαι συναισθηματικός και να μπορώ να ανταποκριθώ στα συναισθήματα των άλλων και να είμαι ζεστός.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

3. Αισθάνομαι σαν να είμαι παθητικός, σαν να μου λείπει η ενέργεια.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

4. Αισθάνομαι σαν να είμαι μηχανικός και ψυχρός, σαν ρομπότ.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

5. Αισθάνομαι ορθολογικός και λογικός σαν να είμαι έξυπνος.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

6. Αισθάνομαι σαν να είμαι εκλεπτυσμένος και καλλιεργημένος.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

7. Αισθάνομαι σαν να μην έχω αυτοσυγκράτηση, όπως τα ζώα.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

8. Αισθάνομαι σαν να είμαι ακαλλιέργητος

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

Δ. Οι 36 προτάσεις που ακολουθούν αφορούν το πώς αισθάνεστε μέσα σε ερωτικές σχέσεις/δεσμούς, συμπεριλαμβανομένου και του γάμου. Μας ενδιαφέρει το πώς βιώνετε γενικά τις σχέσεις αυτές και όχι μόνο τι συμβαίνει σε μια τωρινή σχέση. Σημειώστε δίπλα από την κάθε πρόταση το κατά πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με αυτήν με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4 Δεν ξέρω	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	------------------	---	---	---	--------------------

1--Προτιμώ να μη δείχνω στο/στη σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος.

2__ Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου.

3__ Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με το/τη σύντροφό μου.

4__ Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε θα θέλει να μείνει μαζί μου

5__ Το βρίσκω δύσκολο ν' αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί σε ερωτικούς συντρόφους.

6__ Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε με αγαπάει πραγματικά.

7__ Αισθάνομαι πολύ άνετα να είμαι συναισθηματικά κοντά με ερωτικούς συντρόφους.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4 Δεν ξέρω	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	------------------	---	---	---	--------------------

8__ Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί μου σύντροφοι δε θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ γι' αυτούς.

9__ Δεν αισθάνομαι άνετα να 'ανοίγομαι' σε ερωτικούς συντρόφους.

10__ Συχνά εύχομαι τα αισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο

τα δικά μου γι' αυτόν/αυτήν

11__ Προτιμώ να μην είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά σε ερωτικούς συντρόφους.

12__ Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.

13__ Αισθάνομαι άβολα όταν ο/η ερωτικός μου σύντροφος θέλει να είναι συναισθηματικά πολύ κοντά μου.

- 14__ Όταν ο σύντροφός μου είναι μακριά μου, ανησυχώ ότι μπορεί ν' ενδιαφερθεί για κάποιον/α άλλο/η.
- 15__ Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με το/τη σύντροφό μου.
- 16__ Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα.
- 17__ Δε μου είναι δύσκολο να πλησιάσω συναισθηματικά με το/τη σύντροφό μου.
- 18__ Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.
- 19__ Συνήθως συζητάω τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με το/τη σύντροφό μου.
- 20__ Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.
- 21__ Με βοηθάει να στραφώ στο/στη σύντροφό μου σε ώρες ανάγκης.
- 22__ Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν
- 23__ Λέω στο/στη σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα.
- 24__ Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.
- 25__ Συζητάω τα πράγματα που με απασχολούν με το/τη σύντροφό μου
- 26__ Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4 Δεν ξέρω	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	------------------	---	---	---	--------------------

- 27__ Αισθάνομαι νευρικήτητα όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου
- 28__ Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.
- 29.__ Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.
- 30.__ Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δε θα του αρέσει το ποιος/α πραγματικά είμαι.
- 31__ Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.
- 32__ Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από το/τη σύντροφό μου.
- 33.__ Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.
- 34.__ Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.
- 35__ Ο/Η σύντροφός που πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.
- 36.__ Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος.

Ε. Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται σε μια σειρά υποθετικών καταστάσεων. Κάθε πρόταση περιγράφει ένα γεγονός με τρεις πιθανούς τρόπους αντίδρασης σε αυτό. Παρακαλώ διαβάστε όλες τις προτάσεις και φανταστείτε ότι καθεμία από τις υποθετικές καταστάσεις σας συμβαίνει στην πραγματικότητα. Ύστερα σκεφτείτε σε ποιο βαθμό οι πιθανές απαντήσεις ταιριάζουν με τον τρόπο που εσείς θα αντιδρούσατε στην κάθε κατάσταση. Ανάλογα με το πόσο πιθανό είναι για εσάς να αντιδράσετε με τον τρόπο που περιγράφεται σε κάθε απάντηση, επιλέξτε τον αντίστοιχο αριθμό από το 1 έως το 7, όπου το 1 δηλώνει μηδαμινή πιθανότητα και το 7 μεγάλη πιθανότητα.

1. Σας προσφέρεται μια νέα θέση σε μια εταιρία όπου είχατε εργαστεί για κάποια

περίοδο. Το πρώτο πράγμα που πιθανώς να σας απασχολήσει είναι:

α) Τι θα γίνει αν δε μπορέσω να αντεπεξεχθώ στα καινούρια μου καθήκοντα;

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Θα κάνω περισσότερα πράγματα μέσα απ' αυτή τη θέση;

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Αναρωτιέμαι εάν η νέα μου δουλειά θα είναι ενδιαφέρουσα.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

2. Έχετε μια κόρη που πηγαίνει σχολείο. Την ημέρα των γονέων ο δάσκαλος σας λέει

ότι η κόρη σας δεν τα πηγαίνει καλά και ότι δε φαίνεται να διαβάζει. Εσείς:

α) Το συζητάτε με την κόρη σας για να καταλάβετε καλύτερα ποιο είναι το πρόβλημα.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Την κατασιδιάζετε και ελπίζετε ότι στο μέλλον θα τα πάει καλύτερα.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Προσπαθείτε να σιγουρευτείτε ότι θα αλλάξει, διότι πρέπει να διαβάζει

περισσότερο.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

3. Πριν από λίγες εβδομάδες είχατε μια επαγγελματική συνέντευξη. Λαμβάνετε από

το ταχυδρομείο μια επιστολή που σας ενημερώνει ότι η θέση έχει καλυφθεί από

κάποιον άλλο. Αυτό που θα σκεφτείτε είναι:

α) Δεν παίζει ρόλο το τι ξέρεις, αλλά το ποιους ξέρεις.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Πιθανώς δεν ήμουν αρκετά καλός για αυτή τη δουλειά.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Για κάποιο λόγο δεν είδαν ότι τα προσόντα μου ταιριάζουν στις ανάγκες τους.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

4. Είστε επόπτης εγκαταστάσεων και πρέπει να παραχωρήσετε διάλειμμα για καφέ σε τρεις εργαζομένους, οι οποίοι όμως δε γίνεται να λείψουν όλοι μαζί. Το χειρίζεστε ως εξής:

α) Εξηγείτε στους τρεις εργαζομένους το πρόβλημα και τους ζητάτε να συζητήσουν μαζί σας το πρόγραμμα των διαλειμμάτων.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Απλά ορίζετε το χρόνο που μπορεί ο καθένας να κάνει διάλειμμα, αποφεύγοντας έτσι τα οποιαδήποτε προβλήματα.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Ρωτάτε κάποιον ανώτερο τι να κάνετε ή τι είχε γίνει στο παρελθόν σε αντίστοιχη περίπτωση.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

5. Ένας στενός σας φίλος/ φίλη (του ίδιου φύλου με εσάς) είναι κακόκεφος τον τελευταίο καιρό και μερικές φορές σάς θυμώνει για το "τίποτα." Εσείς:

α) Του λέτε αυτό που έχετε παρατηρήσει στη συμπεριφορά του και προσπαθείτε να βρείτε τι του συμβαίνει.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Το αγνοείτε επειδή δε μπορείτε να κάνετε κάτι γι' αυτό.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Του λέτε ότι είστε πρόθυμος/πρόθυμη να του αφιερώσετε χρόνο μόνο εάν προσπαθήσει περισσότερο να ελέγξει τον εαυτό του.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

6. Μόλις λάβατε τα αποτελέσματα ενός τεστ που κάνατε, και διαπιστώνετε ότι δεν τα πήγατε πολύ καλά. Η αρχική σας αντίδραση πιθανώς είναι:

α) "Δεν μπορώ να κάνω τίποτα σωστό" και αισθάνεστε λυπημένος/η.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) "Αναρωτιέμαι πώς γίνεται να τα πήγα τόσο άσχημα" και αισθάνεστε απογοήτευση.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) "Αυτό το χαζό τεστ δε δείχνει τίποτα" και αισθάνεστε θυμό.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

7. Έχετε προσκληθεί σε ένα μεγάλο πάρτυ όπου γνωρίζετε πολύ λίγο κόσμο. Ενώ ανυπομονείτε να έρθει το βράδυ, σκέφτεστε ότι:

α) Θα προσπαθήσετε να συμμετέχετε σε οτιδήποτε συμβαίνει προκειμένου να περάσετε καλά και να μη δείχνετε ότι αισθάνεστε άσχημα.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Θα βρείτε κάποιους ανθρώπους με τους οποίους να μπορείτε να κάνετε παρέα.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Θα αισθανθείτε πιθανώς κάπως απομονωμένοι και απαρατήρητοι.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

8. Καλείστε να οργανώσετε ένα πικνίκ για εσάς και τους στενούς σας συνεργάτες. Ο τρόπος με τον οποίο θα το κάνετε θα μπορούσε να έχει ως εξής:

α) Θα το αναλάβεις όλο μόνος σου: δηλαδή θα πάρεις τις περισσότερες σημαντικές αποφάσεις μόνος σου.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Θα μιμηθείς τους προηγούμενους: δε μπορείς να το σχεδιάσεις, επομένως θα το κάνεις ακολουθώντας τον τρόπο με τον οποίο έγινε την προηγούμενη φορά.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Θα επιδιώξεις τη συμμετοχή των άλλων: θα πάρεις ιδέες από τους άλλους προτού

να κάνεις τα τελικά σχέδια.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

9. Πρόσφατα στο χώρο εργασίας σας άνοιξε μια θέση που θα μπορούσε να σημαίνει προαγωγή για εσάς. Ωστόσο, η θέση αυτή προσφέρθηκε σε έναν συνάδελφό σας αντί για εσάς. Αξιολογώντας την κατάσταση, πιθανώς να σκεφτείτε ότι:

α) Δεν περιμένατε ούτως ή άλλως να πάρετε τη θέση γιατί συνήθως απορρίπτεστε.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Ο συνάδελφός σας πιθανώς έκανε τις “σωστές” κινήσεις για να πάρει τη θέση.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Θα προσπαθούσατε να εντοπίσετε τους παράγοντες που οδήγησαν στην απόρριψή σας.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

10. Ξεκινάτε μία νέα επαγγελματική σταδιοδρομία. Αυτό που σας απασχολεί περισσότερο είναι:

α) Εάν μπορείτε να κάνετε αυτή τη δουλειά χωρίς να σας κουράζει και πολύ.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Κατά πόσο ενδιαφέρεστε για μια τέτοια εργασία.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Εάν υπάρχουν καλές προοπτικές εξέλιξης.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

11. Μια γυναίκα που εργάζεται για εσάς κάνει καλά τη δουλειά της σε γενικές γραμμές. Ωστόσο, τις προηγούμενες δύο εβδομάδες η απόδοσή της δεν ήταν τόσο καλή και η ίδια δείχνει λιγότερο ενδιαφέρον. Η πιθανότερη αντίδρασή σας είναι:

α) Της λέτε ότι η απόδοσή της είναι χειρότερη από αυτή που περιμένατε και ότι πρέπει να αρχίσει να δουλεύει περισσότερο.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Της ανοίγετε κουβέντα για αυτό το πρόβλημα και την ενημερώνετε ότι θέλετε να τη βοηθήσετε να το ξεπεράσει.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Δε μπορείτε να γνωρίζετε με ποιο τρόπο θα την κάνετε να επανέλθει.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

12. Η εταιρεία που εργάζεστε σας προάγει σε μια θέση σε μια πόλη μακρινή από την τωρινή κατοικία σας. Καθώς σκέφτεστε αυτή την μετακίνηση πιθανώς να:

α) Ενδιαφέρεστε για τη νέα πρόκληση και παράλληλα αισθάνεστε λίγη νευρικότητα.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

β) Αισθάνεστε ενθουσιασμένος για την υψηλότερη θέση και το μισθό που της αναλογεί.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

γ) Αισθάνεστε στρεσαρισμένος/η και ανήσυχος/η για τις αλλαγές που θα προκύψουν.

Καθόλου πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολύ πιθανό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο: Άντρας _____ Γυναίκα _____

Ηλικία:

- 1) 18-25 ετών 4) 46-60 ετών
 2) 26-35 ετών 5) άνω των 60 ετών
 3) 36- 45 ετών

Μορφωτικό επίπεδο:

I. Δημοτικό

II. Γυμνάσιο

III. Λύκειο

IV. ΤΕΙ/ΑΕΙ

V. Μεταπτυχιακές Σπουδές

Επάγγελμα : _____

Ειδικότητα: _____

Νοσηλευτικό Τμήμα : _____

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

Ερωτηματολόγιο Έρευνας 2^{ης}

- A. Ερωτηματολόγιο Απανθρωποποίησης
- B. Ερωτηματολόγιο Μηχανιστικής Αυτό-απανθρωποποίησης
- Γ. Ερωτηματολόγιο Χαρακτηριστικών Ανθρώπινης Φύσης & Ανθρώπινης Μοναδικότητας
- Δ. Ερωτηματολόγιο Δεσμού Ενηλίκων

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος διδακτορικής διατριβής. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη. Παρακαλούμε διαβάστε **προσεκτικά** τις ερωτήσεις και απαντήστε αυτό που πραγματικά πιστεύετε για κάθε ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις.

Ευχαριστώ για τη συνεργασία σας.

A. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι έχετε τα παρακάτω χαρακτηριστικά; Το 1 πλησιάζει στο χαρακτηριστικό που βρίσκεται στην αριστερή πλευρά της εννιαβάθμιας κλίμακας και το 9 πλησιάζει στο χαρακτηριστικό που βρίσκεται στη δεξιά πλευρά της εννιαβάθμιας κλίμακας.

1.

Απόμακρος/ Ψυχρός	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Με ζεστασιά
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------

2.

Με ευρύτητα πνεύματος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Χωρίς ευρύτητα πνεύματος
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

3.

εν	1	2	3	4	5	6	7	8	9	σταποκρίνομαι
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

αποκρίνομαι συναισθηματικά στους άλλους											συναισθηματικά στους άλλους
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------

4.

Χωρίς αυτονομία και βούληση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Αυτόνομος και Αυτόβουλος
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

5.

Ενστικτώδης	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ορθολογικός
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------

6.

Απολίτιστος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πολιτισμένος
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

7.

Παιδαριώδης	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ωριμος
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

8.

Αγροίκος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Εκλεπτυσμένος
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

B. Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις.

1. Συνήθως δεν λειτουργώ με συναισθηματικό τρόπο.

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2. Όταν πρέπει να κάνω επιλογές, εμπιστεύομαι τις αξίες και τις πεποιθήσεις μου.

Διαφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

3. Έχω την εντύπωση πως οι πράξεις μου δεν πηγάζουν από μέσα μου, αλλά ότι μου

τις υπαγορεύουν τα πράγματα, οι περιστάσεις ή οι άλλοι.

Απόλυτα										απόλυτα
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------

11. Συνήθως ανταποκρίνομαι στα συναισθήματα των άλλων.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

12. Είμαι ανοιχτός σε κάθε καινούρια εμπειρία.

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

13. Καμιά φορά συμπεριφέρομαι μηχανικά, χωρίς να σκέπτομαι αυτά που κάνω

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

14. Οι άνθρωποι καμιά φορά λειτουργούν με αυτοματισμούς. Κάτω από ορισμένες συνθήκες, ένα μέρος του μυαλού τους λειτουργεί μηχανικά ή οι πράξεις τους γίνονται χωρίς να το έχουν σκεφτεί ή επιλέξει οι ίδιοι. Εσείς πόσο συχνά θα λέγατε ότι έχετε βιώσει αυτή την εμπειρία;

Διαφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ
Απόλυτα										απόλυτα

Γ. Παρακάτω ακολουθούν 8 προτάσεις, παρακαλώ σημειώσατε το βαθμό που αισθάνεστε έτσι στην καθημερινότητα σας.

1. Αισθάνομαι σα να είμαι ανοιχτόμυαλος και να μπορώ να σκεφτώ καθαρά τα πράγματα.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

2. Αισθάνομαι σαν να είμαι συναισθηματικός και να μπορώ να ανταποκριθώ στα συναισθήματα των άλλων και να είμαι ζεστός.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

3. Αισθάνομαι σαν να είμαι παθητικός, σαν να μου λείπει η ενέργεια.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

4. Αισθάνομαι σαν να είμαι μηχανικός και ψυχρός, σαν ρομπότ.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

5. Αισθάνομαι ορθολογικός και λογικός σαν να είμαι έξυπνος.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

6. Αισθάνομαι σαν να είμαι εκλεπτυσμένος και καλλιεργημένος.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

7. Αισθάνομαι σαν να μην έχω αυτοσυγκράτηση, όπως τα ζώα.

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

8. Αισθάνομαι σαν να είμαι ακαλλιέργητος

Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πάρα Πολύ
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

Δ. Οι 36 προτάσεις που ακολουθούν αφορούν το πώς αισθάνεστε μέσα σε ερωτικές σχέσεις/δεσμούς, συμπεριλαμβανομένου και του γάμου. Μας ενδιαφέρει το πώς βιώνετε γενικά τις σχέσεις αυτές και όχι μόνο τι συμβαίνει σε μια τωρινή σχέση. Σημειώστε δίπλα από την κάθε πρόταση το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτήν με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4 Δεν ξέρω	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	------------------	---	---	---	--------------------

1---Προτιμώ να μη δείχνω στο/στη σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος.

- 2__ Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου.
- 3__ Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με το/τη σύντροφό μου.
- 4__ Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε θα θέλει να μείνει μαζί μου.
- 5__ Το βρίσκω δύσκολο ν' αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί σε ερωτικούς συντρόφους.
- 6__ Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε με αγαπάει πραγματικά.
- 7__ Αισθάνομαι πολύ άνετα να είμαι συναισθηματικά κοντά με ερωτικούς συντρόφους.
- 8__ Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί μου σύντροφοι δε θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ γι' αυτούς.
- 9__ Δεν αισθάνομαι άνετα να 'ανοίγομαι' σε ερωτικούς συντρόφους.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4 Δεν ξέρω	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	------------------	---	---	---	--------------------

- 10__ Συχνά εύχομαι τα αισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο τα δικά μου γι' αυτόν/αυτήν.
- 11__ Προτιμώ να μην είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά σε ερωτικούς συντρόφους.
- 12__ Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.
- 13__ Αισθάνομαι άβολα όταν ο/η ερωτικός μου σύντροφος θέλει να είναι συναισθηματικά πολύ κοντά μου.
- 14__ Όταν ο σύντροφός μου είναι μακριά μου, ανησυχώ ότι μπορεί ν' ενδιαφερθεί για κάποιον/α άλλο/η.

- 15__ Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με το/τη σύντροφό μου.
- 16__ Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα.
- 17__ Δε μου είναι δύσκολο να πλησιάσω συναισθηματικά με το/τη σύντροφό μου.
- 18__ Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.
- 19__ Συνήθως συζητάω τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με το/τη σύντροφό μου.
- 20__ Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.
- 21__ Με βοηθάει να στραφώ στο/στη σύντροφό μου σε ώρες ανάγκης.
- 22__ Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.
- 23__ Λέω στο/στη σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα.
- 24__ Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα
- 25__ Συζητάω τα πράγματα που με απασχολούν με το/τη σύντροφό μου.
- 26__ Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο.
- 27__ Αισθάνομαι νευρική/ότητα όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.
- 28__ Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.
- 29__ Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4 Δεν ξέρω	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	------------------	---	---	---	--------------------

30. __ Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δε θα του αρέσει το ποιος/α πραγματικά είμαι.
31. __ Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.
32. __ Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από το/τη σύντροφό μου.
33. __ Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.
34. __ Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.
35. __ Ο/Η σύντροφός που πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.
36. __ Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος.

Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο: Άντρας _____ Γυναίκα _____

Ηλικία:

1) 18- 25ετών	<input type="checkbox"/>	4) 46-60 ετών	<input type="checkbox"/>
2) 26-35 ετών	<input type="checkbox"/>	5) άνω των 60	<input type="checkbox"/>
3) 36- 45 ετών	<input type="checkbox"/>		

Μορφωτικό επίπεδο:

Δημοτικό

ΑΕΙ/ ΤΕΙ

Γυμνάσιο

Μεταπτυχιακές Σπουδές

Λύκειο

Επάγγελμα : _____

Ειδικότητα: _____

Νοσηλευτικό Τμήμα : _____

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας

Δημοσιεύσεις

Δημοσίευση 1^{ης} έρευνας (ενσωματωμένο αρχείο pdf):

Cureus

Open Access Original
Article

DOI: 10.7759/cureus.20182

Review began 11/09/2021
Review ended 12/09/2021
Published 12/09/2021© Copyright 2021
Lekka et al. This is an open access article
distributed under the terms of the Creative
Commons Attribution License CC-BY 4.0.,
which permits unrestricted use, distribution,
and reproduction in any medium, provided
the original author and source are credited.

Dehumanization of Hospitalized Patients and Self-Dehumanization by Health Professionals and the General Population in Greece

Dimitra Lekka ¹, Clive Richardson ², Anna Madoglou ³, Konstantina Orlandou ³, Vassia I. Karamanoli ⁴, Alkaterini Roubi ¹, Christos Pezirkianidis ⁵, Vasilisa Arachoviti ³, Athanasios Tsaraklis ⁵, Anastasios Stalikas ⁵**1.** Department of Psychiatry, Sotiria Thoracic Diseases Hospital of Athens, Athens, GRC **2.** Department of Economic and Regional Development, Pantheon University of Social and Political Sciences, Athens, GRC **3.** Department of Psychology, Pantheon University of Social and Political Sciences, Athens, GRC **4.** Psychology, Hellenic Military Academy, Athens, GRC **5.** Department of Dermatology, Sotiria Thoracic Diseases Hospital of Athens, Athens, GRC

Corresponding author: Dimitra Lekka, lekka.dim@yahoo.gr

Abstract

Introduction

Dehumanization is defined as the denial to people of their humanness. It is distinguished into animalistic and mechanistic dehumanization. The aim of this study is to examine whether professionals in a public hospital dehumanize the patient and self-dehumanize.

Methods

We used the Dehumanization Questionnaire, the Mechanistic Self-Dehumanization Scale, the Human Nature and Human Uniqueness Characteristics Questionnaire, the General Causality Orientation Scale and the Adult Attachment Questionnaire. The sample consisted of 135 mental health professionals (20 from a general hospital and 115 from a psychiatric hospital), 134 other health professionals from the general hospital and 84 people from the general population.

Results

Health professionals dehumanize the hospitalized patient more than the general population. The secure attachment acts protectively on self-dehumanization and negatively on the dehumanization of the hospitalized patient. Finally, autonomous people are not self-dehumanized.

Conclusions

Our findings indicate that measures should be taken for health professionals so that they do not dehumanize the patient.

Categories: Psychiatry, Psychology, Public Health

Keywords: greece, patient, hospital, self-dehumanization, dehumanization

Introduction

The phenomenon of dehumanization - defined as the denial to people of their humanness [1] - goes hand in hand with human history. It has two different aspects, one referring to qualities that are unique to the human species (Human Uniqueness) and the other to qualities that are essential or fundamental to humans (Human Nature). Human Uniqueness characteristics, in addition to secondary emotions, include cognitive skills, intelligence, ethics: in short, cognitive complexity, culture, perfection, socialization, and intrinsic moral sensitivity [1,2]. The characteristics of Human Nature include qualities that are typically, radically or essentially human, comprising those characteristics that form the core of the concept of "human", connect man with the natural world and bodily biological aspects, appear early, prevail in populations and are universal in different cultures, that is, they are fundamental, inherent and natural [1,3].

Haslam's model of dehumanization is based on the absence of the two senses of humanity, where the two forms of dehumanization arise [1,4]. When human uniqueness characteristics such as kindness and moral sensitivity are not recognized in groups or in individuals, they are considered uncultured, coarse, without self-control, incomprehensible or irrational, childish, immature. Their behavior is guided by motivations, appetites and instincts without cognitive mediation [1,3,5,6]. This is the animalistic form of dehumanization, at the core of which is an obvious or tacit resemblance of humans to animals and highlights their beastly or barbaric features.

How to cite this article

Lekka D, Richardson C, Madoglou A, et al. (December 05, 2021) Dehumanization of Hospitalized Patients and Self-Dehumanization by Health Professionals and the General Population in Greece. Cureus 13(12): e20182. DOI 10.7759/cureus.20182

Δημοσίευση 1^{ης} έρευνας (σύνδεσμος): <https://www.cureus.com/articles/79069-dehumanization-of-hospitalized-patients-and-self-dehumanization-by-health-professionals-and-the-general-population-in-greece>

Δημοσίευση 2^{ης} έρευνας (ενσωματωμένο αρχείο pdf):

Cureus

Open Access Original
Article

DOI: 10.7759/cureus.21445

Review began 01/07/2022
Review ended 01/14/2022
Published 01/20/2022

© Copyright 2022
Lekka et al. This is an open access article
distributed under the terms of the Creative
Commons Attribution License CC-BY 4.0.,
which permits unrestricted use, distribution,
and reproduction in any medium, provided
the original author and source are credited.

Study of the Association of Insecure Attachment With the Dehumanization and Self-Dehumanization of Patients Hospitalized With Psychotic Disorder and Organic Disease

Dimitra Lekka ¹, Clive Richardson ², Anna Madoglou ³, Konstantina Orlandou ³, Vasileia Arachoviti ³, Vassia I. Karamanolli ⁴, Alkaterini Roubi ¹, Constantinos Togas ⁵, Athanasios Tsarakilis ⁶, Anastasios Stalikas ³

1. Department of Psychiatry, Thoracic Diseases General Hospital Sotiria, Athens, GRC 2. Department of Economic and Regional Development, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, GRC 3. Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, GRC 4. Psychology, Hellenic Military Academy, Athens, GRC 5. Psychology, Independent Researcher, Megalopolis, GRC 6. Department of Dermatology, Thoracic Diseases General Hospital Sotiria, Athens, GRC

Corresponding author: Dimitra Lekka, lekkadim@yahoo.gr

Abstract

Introduction

Dehumanization is the phenomenon that concerns the non-attribution of humanness to other human beings and has two dimensions, animalistic and mechanistic. The aim of the present study is to study dehumanization and self-dehumanization in patients with psychosis and organic disease.

Methods

The sample consisted of 200 people who were hospitalized in Athens, Greece, in 2017. Participants were asked to answer the dehumanization questionnaire, the mechanistic self-dehumanization scale, the human nature and human uniqueness characteristics questionnaire, and the adult attachment questionnaire.

Results

It was found that patients with organic disease and patients with psychosis do not perform mechanistic and animalistic dehumanization of themselves. Still, it seems that insecure attachment (anxiety and obsession) contributes positively to their mechanistic dehumanization and negatively to their mechanistic self-dehumanization. From the insecure attachment, only the dimensions of stress and obsession affect the mechanistic dehumanization.

Conclusions

It is important to take measures to train specialists in the hospital so that they can establish a safe therapeutic relationship with the patient so that patients will not resort to dehumanization and self-dehumanization as a defense against the stress of hospitalization.

Categories: Psychiatry, Psychology, Public Health

Keywords: insecure attachment, organic disease, psychotic disorder, self-dehumanization, dehumanization

Introduction

According to Haslam's model [1], dehumanization is the phenomenon of the non-attribution of human qualities to other human beings. Humanness has two different dimensions: one represents qualities that are unique to the human species (human uniqueness), and the other represents those qualities that are essential or fundamental to humans (human nature). In a complete model of dehumanization, these separate forms of dehumanization correspond to the denial of the two dimensions of people with specific types of non-human entities e.g. animals (animalistic dehumanization) and machines (mechanistic dehumanization) [1]. Dehumanization, according to Gray et al. [2] is the denial of the mind capable of agency (e.g., intention and free will) and experience (e.g., emotion and movement).

Dehumanization is not just about perceptions of others but also about perceptions of oneself. This may be the result of harmful treatment by others, or it may be caused by one's own harmful behavior [3]. Self-dehumanization also has consequences for emotions and behavior. It is associated with dissuasive self-awareness, cognitive degenerative states, and feelings of shame, guilt, sadness, and anger. Self-dehumanization can also motivate behavior aimed at recovery, perhaps in an attempt to regain the lost humanness [4].

How to cite this article

Lekka D, Richardson C, Madoglou A, et al. (January 20, 2022) Study of the Association of Insecure Attachment With the Dehumanization and Self-Dehumanization of Patients Hospitalized With Psychotic Disorder and Organic Disease. Cureus 14(1): e21445. DOI 10.7759/cureus.21445

Δημοσίευση 2^{ης} έρευνας (σύνδεσμος): <https://www.cureus.com/articles/82545-study-of-the-association-of-insecure-attachment-with-the-dehumanization-and-self-dehumanization-of-patients-hospitalized-with-psychotic-disorder-and-organic-disease>