



ΚΑΜΠΑΝΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ
ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΛΟΓΟ

Οδηγός Ψυχικής Υγείας Επαγγελματιών Μ.Μ.Ε.

Αγγελική Καραντζαλη, Μαρία Μουσμώτη,
Αντώνης Μπούγιας, Εύη Μυλωνάκη,
Παναγιώτα Φίτσιου

Επιμέλεια: Παναγιώτα Φίτσιου, Αντώνης Μπούγιας

Αθήνα, Ιανουάριος 2022

Iceland 
Liechtenstein 
Norway 
**Active
citizens fund**

Διαχειριστής Επιχορήγησης:



Φορέας Υλοποίησης:



Εταίροι:



Οδηγός Ψυχικής Υγείας Επαγγελματιών Μ.Μ.Ε.

**Αγγελική Καραντζαλη, Μαρία Μουσμούτη, Αντώνης Μπούγιας,
Εύη Μυλωνάκη, Παναγιώτα Φίτσιου**

Επιμέλεια: Παναγιώτα Φίτσιου, Αντώνης Μπούγιας
Αναθεώρηση: Άννα Κονιωτάκη, Μίλτος Λειβαδίτης (Για την ενότητα Α),
Αλέξανδρος Λούντζης, Αθηνά Φραγκούλη

Αθήνα, Ιανουάριος 2022

Περί δημοσίευσης

Ο παρών οδηγός περιέχει χρήσιμες πληροφορίες για την ψυχική υγεία, τις ψυχικές διαταραχές και το στίγμα και το πώς τα αντιμετωπίζουμε στο δημόσιο λόγο, ενώ παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την αντιμετώπιση του στίγματος και χρήσιμες κατευθύνσεις για την καλύτερη αποτύπωση αυτών των θεμάτων. Ο στόχος είναι αποκλειστικά εκπαιδευτικός και σε καμία περίπτωση η χρήση κάποιων παραδειγμάτων μη ενδεδειγμένης αποτύπωσης δεν έχει σκοπό να θίξει κανένα πρόσωπο και κανένα μέσο. Έχει στόχο να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει όλους όσους εκφέρουν δημόσιο λόγο, ώστε να συμβάλλουν στην καταπολέμηση του στίγματος.

Το έργο «Σβήνουμε το στίγμα.Στο λόγο μας» υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος Active citizens fund, με φορέα υλοποίησης την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος και εταίρους το Ίδρυμα Θεμιστοκλή & Δημήτρη Τσάτσου - Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου και την Εταιρία Μέριμνας και Αποκατάστασης Ατόμων με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα. Το πρόγραμμα Active citizens fund, ύψους € 13,5 εκ., χρηματοδοτείται από την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία και είναι μέρος του χρηματοδοτικού μηχανισμού του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ) περιόδου 2014 – 2021, γνωστού ως EEA Grants. Το πρόγραμμα στοχεύει στην ενδυνάμωση και την ενίσχυση της βιωσιμότητας της κοινωνίας των πολιτών και στην ανάδειξη του ρόλου της στην προαγωγή των δημοκρατικών διαδικασιών, στην ενίσχυση της συμμετοχής των πολιτών στα κοινά και στην προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τη διαχείριση της επιχορήγησης του προγράμματος Active citizens fund για την Ελλάδα έχουν αναλάβει από κοινού το Ίδρυμα Μποδοσάκη και το SolidarityNow. Περισσότερες πληροφορίες: www.activecitizensfund.gr

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	6
A. Τι χρειάζεται να γνωρίζετε για την ψυχική υγεία	10
A.1 Τι είναι ψυχική υγεία, έννοιες, ορισμοί και η κατάσταση σήμερα.....	10
A.2 Η ιστορικότητα της ψυχιατρικής πρακτικής στην Ελλάδα	12
A.3 Στατιστικά ψυχικής υγείας.....	19
A.4 Ψυχιατρικές Διαταραχές, ορισμοί και χαρακτηριστικά	21
A.4.1 Εισαγωγή.....	21
A.4.2 Διαταραχές ψυχικών και γνωστικών λειτουργιών	22
A.4.3 Οι βασικότερες ψυχιατρικές διαταραχές	25
B. Τι χρειάζεται να γνωρίζετε για το Στίγμα	43
B.1 Τι είναι στίγμα ψυχικής υγείας;	43
B.1.2 Κατανοώντας τα συστατικά του στίγματος	44
B.1.3 Τύποι στίγματος.....	45
B.2 Πως επηρεάζει το στίγμα: Τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τους επαγγελματίες, την κοινωνία	46
B.3 Πως αντιμετωπίζουμε το Στίγμα.....	53
Γ. Πως καλύπτουμε τα θέματα ψυχικής υγείας.....	58
Γ.1 Τόνος και ύφος λόγου και λεξιλόγιο.....	58
Γ.2 Πηγές και πλαίσιο αναφοράς.....	68
Γ.3 Πως κάνουμε συνεντεύξεις.....	69
Γ.4 Πως χρησιμοποιούμε τις εικόνες	70
Γ.5 Χρήσιμα - Φορείς, θεσμοί, οργανισμοί και γραμμές υποστήριξης.....	71
Γ.6 Ψυχική υγεία και δικαιοσύνη.....	85
Δ. Παράρτημα	88
Δ.1 Λίστα ελέγχου - Γραφικός πίνακας με τα βασικά σημεία ελέγχου πριν τη δημοσίευση άρθρου, ρεπορτάζ, βίντεο, κ.λπ.....	88
Δ.2 Τι ισχύει και τι όχι; 19 Μύθοι για την ψυχική υγεία.....	89
Δ.3 Οι λέξεις και η χρήση τους.....	94
Δ.4 Τι μας είπαν όσοι και όσες το βιώνουν - Συνέντευξη ωφελούμενου.....	101
E. Βιβλιογραφία.....	103

Εισαγωγή

«Έχουμε πολύ «βασανίσει» τους «τρελούς». Τους κάψαμε στην πυρά, τους εξορίσαμε, τους φυλακίσαμε. Τους αλυσοδέσαμε και μετά τους φορέσαμε το ζουρλομανδύα. Με χιλιάδες μεθόδους, με μια καλυμμένη βία θελήσαμε να τους κάνουμε να ομολογήσουν δημόσια το λάθος τους, να απαρνηθούν το παραλήρημά τους, να εγκαταλείψουν τις ψευδαισθήσεις τους, να ομολογήσουν και να κριτικάρουν τις μυστικές ενασχολήσεις τους. Απαιτήσαμε να επανορθώσουν τη συμπεριφορά τους.»

J. Hochmann,

Καθηγητής Ψυχιατρικής, διδάσκων ψυχαναλυτής της Ψυχαναλυτικής Εταιρείας του Παρισιού. Θεραπευτής ψυχώσεων παιδιών και ενηλίκων.

Στον αντίποδα αυτής της δήλωσης, ο **Καθηγητής Π. Σακελλαρόπουλος**, πρωτεργάτης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, μας δίδαξε με την κλινική του πράξη πώς **«να αντικαταστήσουμε τα δεσμά με ανθρώπινους δεσμούς»**, συμπυκνώνοντας σε μια φράση τη σύγχρονη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα, με ενεργό υποκείμενο το ίδιο το άτομο αλλά και αυτήν την κοινότητα. Το αποτέλεσμα; Ένα πολύ σημαντικό ανθρωπιστικό και επιστημονικό επίτευγμα.

«Δεν αλλάζουμε τη διάγνωση, αλλά τη μοίρα του ατόμου».

Με την εξέλιξη της ψυχοφαρμακολογίας και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων οι άνθρωποι ακόμα και με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν δυνατότητα να ενταχθούν πλήρως στην κοινότητα, να εργάζονται, να εκπαιδεύονται. Το μείζον ζήτημα είναι να μπορούν να απολαμβάνουν και τα ίδια δικαιώματα με όλους τους άλλους πολίτες.

Σε αυτή την προσπάθεια τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και οι οικογένειές τους έρχονται αντιμέτωποι με τα εμπόδια που υψώνουν τα στερεότυπα γύρω από τους ίδιους και την ψυχική υγεία εν γένει, τα οποία σε μεγάλο βαθμό διαμορφώνονται ή/και αναπαράγονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τον δημόσιο λόγο που αρθρώνεται μέσα από αυτά. Ο λόγος γίνεται πολύ συχνά -έστω και ασυνείδητα, χωρίς πρόθεση- όχημα έκφρασης παρωχημένων πεποιθήσεων και στερεοτυπικών σχημάτων.

Συχνά η εικόνα αυτή (λεκτική ή οπτική) συνιστά μια δευτεροβάθμια θυματοποίηση ενισχύοντας τον αποκλεισμό και την απομόνωση ανθρώπων που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή μια ψυχοκοινωνική δυσκολία, θέτοντάς τους στο περιθώριο και αποθαρρύνοντας ταυτόχρονα έναν ανοιχτό και ειλικρινή διάλογο για θέματα ψυχικής υγείας που μας αφορούν όλους.

Η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος με μακρόχρονη εμπειρία στον τομέα της ψυχικής υγείας μέσω της παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών στο πλαίσιο/στο κέντρο της κοινότητας θέτει διαχρονικά ως στόχο τον αποστιγματισμό των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και την υποστήριξη

της κοινωνικής και επαγγελματικής τους ενσωμάτωσης και κατ' επέκταση τον αποστιγματισμό της οικογένειάς τους. Η αλήθεια είναι ότι έχουμε καταφέρει να εδραιώσουμε ουσιαστική αλληλεπίδραση με τις τοπικές κοινότητες στις περιοχές που δραστηριοποιείται η ΕΚΨ. Φιλοδοξία μας δεν είναι άλλη από το να συμβάλουμε, σε ακόμα μεγαλύτερη κλίμακα, στην ουσιαστική και ισότιμη ένταξη των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αλλά και στην αλλαγή της εικόνας περί την ψυχική υγεία, ενισχύοντας την πρόληψη.

Η αλλαγή της στιγματιστικής στάσης ή συμπεριφοράς μπορεί να ξεκινήσει με τη χρήση πιο ακριβούς «γλώσσας» και κατά προέκταση πιο υπεύθυνης στάσης απέναντι σε θέματα ψυχικής υγείας και σε ανθρώπους που βιώνουν σε πολλές περιπτώσεις αποκλεισμό από την κοινωνική ή εργασιακή δράση και δημιουργία.

Συχνά τα άτομα με βιωματική εμπειρία - που σκιαγραφούνται μέσα από έναν στιγματιστικό λόγο - δεν ακούγονται και δεν συμπεριλαμβάνονται στον σχεδιασμό για τα θέματα που τους αφορούν. Στόχος μας είναι να τους δοθεί ο χώρος να συνδράμουν στην ανασκευή της διαστρεβλωμένης εικόνας που κυριαρχεί για εκείνους στηριζόμενοι στη μεθοδολογία της συν-δημιουργίας (co-production) με τη συμμετοχή των ιδίων ως ειδικών με βιωμένη εμπειρία (experts by experience) σε όλες τις φάσεις του έργου. Επίσης, παρότι η Πολιτεία και οι θεσμοί τα τελευταία χρόνια νομοθετούν προς προοδευτική κατεύθυνση, εξακολουθούν να εντοπίζονται σημαντικά κενά (π.χ. στη χρήση του λόγου στις παρεμβάσεις στον Τύπο, σε άτυπα λαϊκά δικαστήρια, σε «επικίνδυνες» διαγνώσεις κτλ). Η σημαντικότερη έλλειψη, όμως, είναι η προαναφερόμενη απουσία των ίδιων των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα ως βασικών συνομιλητών ώστε να έχουν την ευκαιρία να μεταφέρουν την εμπειρία τους και να ληφθεί αυτή υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα σχεδιάσαμε το έργο «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας», το οποίο αποσκοπεί στην καταγραφή των τρόπων παρουσίασης του ψυχολογικού προφίλ ευάλωτων ομάδων στα ΜΜΕ, με στόχο την ανασκευή και αποκατάσταση της γενικευμένης και συχνά διαστρεβλωμένης εικόνας, τον περιορισμό του στιγματισμού τους και της καταπάτησης βασικών δικαιωμάτων τους. Η ανασκευή αυτής της εικόνας θα επιδιωχθεί-στη βάση της εποπτείας και της συνηγορίας- μέσα από τρεις βασικούς άξονες:

1. Έρευνα και τεκμηρίωση
2. Ανάπτυξη εκπαιδευτικών εργαλείων/μεθόδων με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο της ευρύτερης κοινότητας όσο και των επαγγελματιών που εκφέρουν δημόσιο λόγο και
3. Επιδίωξη θεσμικών αλλαγών.

Το εν λόγω έργο έχει ως στόχο την ανάπτυξη μιας δυναμικής και βιώσιμης παρέμβασης για την ουσιαστική επίλυση θεμάτων που άπτονται της προστασίας των ατό-

μων με προβλήματα ψυχικής υγείας από τις διακρίσεις σε βάρος τους και από την παραβίαση μιας σειράς δικαιωμάτων τους. Η βασική αρχή που διέπει το έργο είναι η πεποίθηση ότι ουσιαστική αλλαγή (σε θεσμικό επίπεδο και σε κυρίαρχες αντιλήψεις) θα επέλθει μόνο αν μετακινηθεί το «παράδειγμα» από την «ανοχή της κοινωνίας» και την «φιλανθρωπία» στο «αυτονόητο» των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με μείζονα ή ελάσσονα ψυχικά προβλήματα. Για τον σκοπό αυτό, προβλέπεται δέσμη δράσεων με αποδέκτες τους λειτουργούς των ΜΜΕ, τους/τις λήπτες/τριες αποφάσεων, τα στελέχη άλλων ΜΚΟ, την κοινότητα.

Το έργο «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας» με τη σύμπραξη τριών πεδίων δράσης: των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου - Ίδρυμα Τσάτσου), της ψυχικής υγείας (Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος), αλλά κυρίως των ιδίων των άμεσα αφορώμενων (Εταιρία Μέριμνας Και Αποκατάστασης Ατόμων Με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα) ευοδώνει τη σύγχρονη τάση άσκησης πολιτικής και συνηγορίας. Το έργο υποστηρίζεται από το σωματείο Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας «Αυτοεκπροσώπηση» μέσω συμφώνου συνεργασίας, εξασφαλίζοντας, έτσι, τον ολοκληρωμένο χαρακτήρα της παρέμβασης.

Έχουμε την πεποίθηση ότι με τον ανά χείρας οδηγό προς δημοσιογράφους και ΜΜΕ και με τις εκπαιδεύσεις που θα ακολουθήσουν, θα μπορέσουμε να δώσουμε το κίνητρο και την ευκαιρία στους λειτουργούς της ενημέρωσης να επιφέρουν την αλλαγή που η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν μπόρεσε να ολοκληρώσει, παρά τους μεγάλους αγώνες των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, των οικογενειών τους και μιας προοδευτικής και αυξανόμενης μερίδας επαγγελματιών. Οι λειτουργοί της ενημέρωσης είναι απαραίτητοι για να ακουστεί η φωνή των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, καθώς οι ίδιοι συχνά δεν μπορούν να γίνουν επαρκώς «ορατοί».

Δεν θα ήταν υπερβολή να πούμε ότι απώτερη φιλοδοξία μας είναι να ανοίξουμε τον δρόμο για την καλλιέργεια και συγκρότηση μιας νέας γενιάς λειτουργών της ενημέρωσης, οι οποίοι να έχουν και τις γνώσεις και τη δύναμη ώστε να συμβάλουν στην εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ευελπιστούμε, τουλάχιστον, να τους εξοπλίσουμε με τα απαραίτητα εργαλεία για να το κάνουν. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύουμε, επίσης, ότι θα βοηθήσουμε ως έναν βαθμό στην αναγκαία αποκατάσταση της εμπιστοσύνης της κοινωνίας προς τα ΜΜΕ. Μόνο η σύμπραξη της κοινωνίας των πολιτών, κάθε πολίτη χωριστά, και των λειτουργών της ενημέρωσης μπορεί να φέρει ουσιαστική αλλαγή και οι ίδιοι οι λειτουργοί της ενημέρωσης οφείλουν και μπορούν να ηγηθούν αυτής της προσπάθειας.

Δρ Αθηνά Φραγκούλη - Σακελλαροπούλου

Λογοπεδικός Ph.D.LRCSLT,

Πρόεδρος ΔΣ Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος

Παναγιώτα Φίτσιου, Ψυχολόγος MSc

Υπεύθυνη Έργου «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας»

Αγγελική Καραντζαλη, Μαρία Μουσμότη,
Αντώνης Μπούγιας, Εύη Μυλωνάκη, Παναγιώτα Φίτσιου



Α. Τι χρειάζεται να γνωρίζετε για την ψυχική υγεία

“ Α.1 Τι είναι ψυχική υγεία, έννοιες, ορισμοί και η κατάσταση σήμερα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ψυχική υγεία είναι «μια κατάσταση εσωτερικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει το φυσιολογικό στρες της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του/της».

Αυτός ο ορισμός, αντιπροσωπεύει μια σημαντική πρόοδο, με τη απομάκρυνση της έννοιας της ψυχικής υγείας από μια μονοσήμαντη υποδήλωση απουσίας ψυχικής ασθένειας. Θα πρέπει να σημειώσουμε όμως, ότι το να θεωρηθεί η ευεξία ως βασική πτυχή της ψυχικής υγείας είναι στην πράξη δύσκολο να συμβιβαστεί με πολλές προκλήσεις της πραγματικότητας: Οι άνθρωποι με καλή ψυχική υγεία είναι συχνά λυπημένοι, αδιάθετοι, θυμωμένοι ή δυσαρεστημένοι και αυτό είναι μέρος της ζωής όλων μας.

Ο καθηγητής του πανεπιστημίου του Ουισκόνσιν Corey Keyes, προσδιορίζει τα τρία συστατικά της ψυχικής υγείας ως εξής:

- Συναισθηματική ευεξία,
- Ψυχολογική ευεξία και,
- Κοινωνική ευημερία

Η **συναισθηματική ευεξία** περιλαμβάνει το ενδιαφέρον για τη ζωή και την ικανοποίηση. Η **ψυχολογική ευεξία** περιλαμβάνει την αξιοποίηση αρκετών στοιχείων της προσωπικότητας, τη διαχείριση των ευθυνών της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση καλών σχέσεων με τους άλλους. Η **κοινωνική ευημερία** περιλαμβάνει την κοινωνική συνεισφορά, την ένταξη και την κοινωνική υλοποίηση και συνοχή.

Ωστόσο, σχετικά με μια τέτοια εννοιολόγηση και προοπτική της ψυχικής υγείας, θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί με το τι συμβαίνει με τους ανθρώπους που πολεμούν ενάντια στην αντιληπτή αδικία και τις ανισότητες καθώς και κοινωνικές, φυλετικές, θρησκευτικές ή άλλες μειονότητες που βιώνουν απόρριψη και διάκριση.

Η **έννοια της θετικής λειτουργικότητας** μεταφράζεται επίσης στην ικανότητα να εργάζεται κανείς παραγωγικά και μπορεί να οδηγήσει στο εσφαλμένο συμπέρασμα ότι ένα άτομο σε ηλικία ή με φυσική κατάσταση που δεν του επιτρέπουν να εργαστεί, δεν έχει εξ ορισμού καλή ψυχική υγεία. Για παράδειγμα, η παραγωγική και εποικοδομητική εργασία είναι συχνά ανέφικτη για κάποιους ανθρώπους όπως οι

μετανάστες ή εν γένει τα άτομα που υφίστανται διακρίσεις. Το ανωτέρω γεγονός έχει ασφαλώς επιπτώσεις στη ζωή και στη διάθεσή τους, αλλά δεν συνεπάγεται αυτόματα και μηχανικά την ανάπτυξη κάποιου προβλήματος ψυχικής υγείας. Μπορεί, αντιστρόφως, να τους οπλίσει με πείσμα και να τους εμπνεύσει λύσεις, τα οποία ενίοτε μετουσιώνονται σε δημιουργικότητα και κάποτε –έστω σπάνια στις σημερινές ασφυκτικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες– δικαιώνονται. Συχνά οι αντίξοες συνθήκες, μέσω και άλλων παραγόντων που συμβάλουν, μπορεί να αυξήσουν την ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων.

Ο ορισμός της ψυχικής υγείας επηρεάζεται σαφώς από την κουλτούρα που την ορίζει. Ωστόσο, όπως υποστηρίζει ο καθηγητής του Τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ George Eman Vaillant, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν ορισμένα στοιχεία που έχουν καθολική σημασία για την ψυχική υγεία. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι πως, παρά τις πολιτιστικές διαφορές στις διατροφικές συνήθειες, η αναγνώριση της σημασίας των βιταμινών και των τεσσάρων βασικών ομάδων τροφίμων είναι καθολική.

Έχοντας επίγνωση του γεγονότος ότι οι διαφορές μεταξύ παραδόσεων –σε αξίες, πολιτισμικά πρότυπα και κοινωνικό υπόβαθρο– μπορεί να εμποδίσουν την επίτευξη γενικής συναίνεσης γύρω από την έννοια της ψυχικής υγείας, έγινε, ωστόσο, προσπάθεια για την επεξεργασία ενός περιεκτικού ορισμού ο οποίος επιδιώκει όσο είναι δυνατόν να συγκεράσει ή έστω να αμβλύνει τις περιοριστικές διαφορές.

Τι είναι λοιπόν «Ψυχική Υγεία»;

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, τα σημαντικότερα συστατικά της ψυχικής υγείας που συμβάλλουν στην κατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας είναι:

- Οι βασικές γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες
- Η ικανότητα αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων
- Η ικανότητα ενσυναίσθησης και συμπόνοιας προς τους άλλους
- Η ευελιξία και ικανότητα αντιμετώπισης των δυσμενών γεγονότων της ζωής
- Η δυνατότητα λειτουργίας σε κοινωνικούς ρόλους
- Η αρμονική σχέση μεταξύ σώματος και νου
- Οι καθολικές αξίες της κοινωνίας

Κατανοώντας τις έννοιες της Ψυχικής Υγείας***Η δυναμική κατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας***

Η «δυναμική κατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας» αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι διαφορετικές φάσεις της ζωής απαιτούν αλλαγές στην επιτευχθείσα ισορροπία: οι κρίσεις στην εφηβεία, ο γάμος, η γονεϊκότητα ή η συνταξιοδότηση, είναι καλά παραδείγματα φάσεων ζωής που απαιτούν ενεργή αναζήτηση για μια νέα ψυχική ισορροπία.

Αυτή η ιδέα, επίσης, ενσωματώνει και αναγνωρίζει την πραγματικότητα ότι οι ψυχικά υγιείς άνθρωποι μπορεί να βιώσουν όλα τα συναισθήματα - συμπεριλαμβανομένου για παράδειγμα του φόβου, του θυμού, της θλίψης, ενώ ταυτόχρονα διαθέτουν επαρκή ανθεκτικότητα για την αποκατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας.

Οι βασικές γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες

Οι βασικές γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες θεωρούνται σημαντική συνιστώσα της ψυχικής υγείας υπό το φως του αντίκτυπου τους σε όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής. Οι γνωστικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την ικανότητα κρίσης, την ικανότητα της προσοχής, της μνήμης, της οργάνωσης πληροφοριών, της επίλυσης προβλημάτων και της λήψης αποφάσεων. Οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την ικανότητα χρήσης λεκτικών / μη λεκτικών ικανοτήτων για επικοινωνία και αλληλεπίδραση με άλλους.

Η αναφορά στο «βασικό» επίπεδο αυτών των ικανοτήτων έχει ως στόχο να διευκρινίσει ότι η ήπια ένταση δυσλειτουργίας είναι συμβατή με την ψυχική υγεία, ενώ η μέτρια έως σοβαρή ένταση δυσλειτουργίας, ειδικά εάν δεν εξισορροπείται από άλλες πτυχές, μπορεί να απαιτεί υποστήριξη από άλλα μέλη της κοινωνίας και ορισμένα κοινωνικά κίνητρα, όπως διευκολυντικές ευκαιρίες εργασίας, οικονομικά οφέλη ή ad hoc προγράμματα υποστήριξης.

Η ικανότητα αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων

Η συναισθηματική ρύθμιση, η ικανότητα δηλαδή αναγνώρισης, έκφρασης και διαχείρισης των συναισθημάτων κάποιου, θεωρείται ως σημαντικό συστατικό της ψυχικής υγείας. Φαίνεται ότι συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία των προσαρμοστικών μηχανισμών του στρες. Έχει διαπιστωθεί επίσης, ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ αναποτελεσματικής συναισθηματικής ρύθμισης και κατάθλιψης σε κλινικές και νευροαπεικονιστικές μελέτες.

Η ικανότητα ενσυναίσθησης και συμπόνοιας προς τους άλλους

Η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα να βιώνει και να κατανοεί τι νιώθουν οι άλλοι χωρίς να ταυτίζεται με τα συναισθήματα του άλλου, επιτρέπει στα άτομα να επικοινωνούν και να αλληλεπιδρούν με αποτελεσματικούς τρόπους και να προβλέπουν

ενέργειες, προθέσεις και συναισθήματα των άλλων. Η απουσία ενσυναίσθησης δεν είναι μόνο ένας παράγοντας κινδύνου για τη βία ή/και ένα χαρακτηριστικό της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας, αλλά επίσης βλάπτει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις σε όλα τα επίπεδα.

Η ευελιξία και ικανότητα αντιμετώπισης των δυσμενών γεγονότων της ζωής

Η ευελιξία και η ικανότητα αντιμετώπισης των ανεπιθύμητων ενεργειών θεωρείται επίσης σημαντική για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Η ευελιξία αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου για αναθεώρηση της πορείας δράσης του ενόψει απρόβλεπτων δυσκολιών ή εμποδίων, αλλαγής ιδεών υπό το φως νέων στοιχείων και προσαρμογής σε αλλαγές. Η έλλειψη ευελιξίας μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη ταλαιπωρία για το άτομο που υφίσταται ξαφνικές ή/και σημαντικές αλλαγές στη ζωή, και είναι μια σημαντική πτυχή πολλών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η ιδεοληπτική προσωπικότητα ή η παραληρητική διαταραχή.

Η δυνατότητα ανάληψης κοινωνικών ρόλων

Η βασική ικανότητα των ανθρώπων να λειτουργούν σε κοινωνικούς ρόλους και να συμμετέχουν σε σημαντικές κοινωνικές δραστηριότητες είναι μια σημαντική πτυχή της ψυχικής υγείας και συμβάλλει ιδιαίτερα στην ανθεκτικότητα έναντι της δυσφορίας.

Ωστόσο, ο κοινωνικός αποκλεισμός και ο στιγματισμός περιορίζουν ή καθιστούν απαγορευτική κάθε κοινωνική συμμετοχή. Ως εκ τούτου, οποιοσδήποτε ορισμός της ψυχικής υγείας που αναφέρεται σε αυτή την πτυχή πρέπει να αποφύγει την «ευθύνη του θύματος» και να αναλύσει προσεκτικά τα κοινωνικά πρότυπα στιγματισμού, διακρίσεων και αποκλεισμού που επηρεάζουν τη συμμετοχή.

Η αρμονική σχέση μεταξύ σώματος και νου

Η συμπερίληψη μιας αρμονικής σχέσης μεταξύ σώματος και νου βασίζεται στην ιδέα ότι ο νους, ο εγκέφαλος, ο οργανισμός και το περιβάλλον αλληλοσυνδέονται σε μεγάλο βαθμό και η συνολική εμπειρία του να είσαι στον κόσμο δεν μπορεί να διαχωριστεί από τον τρόπο με τον οποίο το σώμα αισθάνεται αντιδρά στο περιβάλλον του.

Οι διαταραχές αυτής της αλληλεπίδρασης μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχωτικές εμπειρίες, διατροφικές διαταραχές, αυτοτραυματισμό, σωματοδυσμορφική διαταραχή ή κακή σωματική υγεία.

Οι καθολικές αξίες της κοινωνίας.

Οι αξίες στις οποίες αναφέρεται ο ορισμός είναι: Ο σεβασμός και η φροντίδα για τον εαυτό μας και για τα άλλα ζωντανά όντα, η αναγνώριση της αλληλεπίδρασης των ανθρώπων, ο σεβασμός στο περιβάλλον, ο σεβασμός της ελευθερίας κ.ά.

Ανάπτυξη και έκφραση της σεξουαλικότητας

Στην ενότητα αυτή αναφερόμαστε στην ανάπτυξη και έκφραση της σεξουαλικότητας, της ταυτότητας φύλου και στον σεξουαλικό προσανατολισμό.

Ο στόχος μας είναι να αποσαφηνίσουμε αυτές τις έννοιες, για να μην αφήσουμε περιθώρια για κακή χρήση των όρων και στιγματιστικές εκφράσεις, δεδομένου ότι τα ζητήματα ταυτότητας φύλου και σεξουαλικού προσανατολισμού έχουν συχνά στο παρελθόν «ψυχιατροποιηθεί».

Η σεξουαλικότητα καθορίζεται από την ανατομία, τη φυσιολογία, την κουλτούρα στην οποία ανήκει το άτομο, καθώς και από τις σχέσεις με άλλους και τις αναπτυξιακές του/της εμπειρίες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η σεξουαλικότητα και η προσωπικότητα κάθε ατόμου είναι στενά συνυφασμένες. Ο όρος ψυχοσεξουαλικότητα χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου που επηρεάζεται από τη σεξουαλικότητά του. Η σεξουαλικότητα συνδέεται στενά με τους ακολούθους τέσσερις παράγοντες: σεξουαλική ταυτότητα, ταυτότητα φύλου, σεξουαλικός προσανατολισμός και σεξουαλική συμπεριφορά. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την προσωπικότητα, την ανάπτυξη και τη λειτουργία.

Σεξουαλική ταυτότητα και ταυτότητα φύλου: Η σεξουαλική ταυτότητα είναι το σύνολο των βιολογικών σεξουαλικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου: χρωμοσώματα, εξωτερικά γεννητικά όργανα, εσωτερικά γεννητικά όργανα, ορμονική σύνθεση, γονάδες και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά φύλου. Η ταυτότητα φύλου είναι η αίσθηση του ανήκειν στο άρρεν ή στο θήλυ γένος. Η σεξουαλική ταυτότητα και η ταυτότητα φύλου αλληλεπιδρούν. Οι γενετικές επιδράσεις και οι ορμόνες επηρεάζουν τη συμπεριφορά και το περιβάλλον επηρεάζει την ορμονική παραγωγή και την έκφραση των γονιδίων.

Σεξουαλικός προσανατολισμός και συμπεριφορά: Ο σεξουαλικός προσανατολισμός περιγράφει το αντικείμενο των σεξουαλικών ενορμήσεων των ατόμων: ετεροφυλόφιλο (έλξη προς αντίθετο φύλο), ομοφυλόφιλο (έλξη προς το ίδιο φύλο) ή αμφισεξουαλικό άτομο (έλξη και προς τα δύο φύλα). Μια άλλη ομάδα ανθρώπων αυτοπροσδιορίζονται ως «ασεξουαλικοί». Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η έλλειψη έλξης σε οποιοδήποτε αντικείμενο είναι μια εκδήλωση διαταραχής της επιθυμίας. Άλλοι άνθρωποι δεν επιθυμούν να καθορίζουν καθόλου τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό και αποφεύγουν τις ετικέτες. Τέλος, άλλοι άνθρωποι περιγράφουν τον εαυτό τους ως πολυσεξουαλικό ή πανσεξουαλικό. Είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι οποιοσδήποτε από τους ανωτέρω σεξουαλικούς προσανατολισμούς **δεν** αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή.

Δυσφορία του Φύλου

Ο όρος δυσφορία φύλου εμφανίζεται στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) και αναφέρεται σε εκείνα τα

άτομα που παρουσιάζουν έντονη ασυμφωνία μεταξύ του προτιμώμενου από τα ίδια φύλου τους και αυτού που τους «αποδόθηκε» κατά τη γέννηση.

Ήταν γνωστό ως διαταραχή ταυτότητας φύλου στην προηγούμενη έκδοση του DSM. Ο όρος ταυτότητα φύλου αναφέρεται στην αίσθηση που έχει κάποιος ότι είναι άνδρας ή γυναίκα. Αυτή συνήθως αντιστοιχεί στο ανατομικό φύλο του ατόμου. Τα άτομα με δυσφορία φύλου εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους για φύλο που τους αποδόθηκε, ως επιθυμία να έχουν το σώμα του άλλου φύλου ή να θεωρούνται κοινωνικά ως άτομα του άλλου φύλου. Η εννοιολογική οντότητα της Δυσφορίας Φύλου δεν θα πρέπει να συγχέεται με την ομοφυλοφιλία. Αυτή καθαυτή η διαφοροποίηση μεταξύ του αποδοθέντος φύλου και του προτιμώμενου φύλου δεν συνιστά ψυχιατρική διαταραχή.

Ο όρος διεμφυλικός (transgender) αναφέρεται σε εκείνα τα άτομα που ταυτίζονται με ένα φύλο διαφορετικό από αυτό το οποίο τους αποδόθηκε κατά τη γέννηση (μερικές φορές αναφέρεται ως εκχωρημένο φύλο τους). Σε αντίθεση με τη δημοφιλή πεποίθηση, τα περισσότερα διεμφυλικά άτομα δεν έχουν προβεί σε χειρουργική επέμβαση επαναπροσδιορισμού φύλου. Μερικά άτομα δεν το επιθυμούν και άλλα άτομα που θέλουν να προχωρήσουν σε επαναπροσδιορισμό φύλου δεν μπορούν να το αντέξουν οικονομικά.

Ο σχηματισμός της ταυτότητας του φύλου επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση της ιδιοσυγκρασίας και του περιβάλλοντος. Στις σύγχρονες απόψεις κυριαρχεί η ολιστική προσέγγιση, που συνθέτει βιολογικούς, κοινωνικούς, αναπτυξιακούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Η σύγχρονη ψυχιατρική προσεγγίζει τη ΛΟΑΤΚΙ κοινότητα υπό διαφορετικό πρίσμα. Ειδικότερα, η εστίαση του ερευνητικού και κλινικού ενδιαφέροντος στην δυσφορία του φύλου αποσκοπεί στο να επισημανθούν και να αντιμετωπιστούν οι δυσφορικές ψυχολογικές καταστάσεις των ατόμων αυτών, που συχνά οφείλονται στον κοινωνικό στιγματισμό και την περιθωριοποίησή τους. Αυτή καθαυτή η δυσφορία φύλου δεν αποτελεί κλινική οντότητα.

Σε αρκετές περιπτώσεις, όταν υπάρχει έντονο ψυχολογικό στρες ενδείκνυται και η ψυχοθεραπεία, η οποία αποσκοπεί στο να βοηθηθεί το άτομο να εξοικειωθεί, όπως και να αισθανθεί άνετα και να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις σύμφωνα με την ταυτότητα του φύλου που επιλέγει και όχι να αποκτήσει μια συμβατική ταυτότητα φύλου. Συνεχίζεται η έρευνα για την επέμβαση επαναπροσδιορισμού φύλου (ενδείξεις και αντενδείξεις). Επίσης θεραπευτική επιλογή μπορεί να αποτελεί η ορμονοθεραπεία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ζητήματα που αφορούν στην ανάπτυξη και έκφραση της σεξουαλικότητας κατά το παρελθόν είχαν «ψυχιατρικοποιηθεί» και είναι από τα κατεξοχήν πεδία κακής και στιγματιστικής χρήσης όρων της ψυχολογίας/ψυχιατρικής. Η ψυχιατρική δεν θεωρεί «αρρώστους», «ανώμαλους» ή «μη-φυσιολογικούς» ή

«διεστραμμένους» τους ανθρώπους με δυσφορία φύλου ούτε, φυσικά, τους ανθρώπους με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό. Αυτό το επιστημονικό δεδομένο μας δίνει ένα ισχυρό επιχείρημα για να απαλείψουμε αυτούς τους όρους από το λεξιλόγιό μας.

Τέλος, σημαντικό είναι να εργαστούμε για ένα συμπεριληπτικό περιβάλλον, για την άρση του στίγματος και των εμποδίων και να προασπίσουμε το δικαίωμα των ατόμων να αυτοπροσδιορίζονται ως προς την ταυτότητά τους.



Α.2 Η ιστορικότητα της ψυχιατρικής πρακτικής στην Ελλάδα

Σταθμοί - ορόσημα¹

Η περίθαλψη των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές παρέμεινε στην Ελλάδα ασυλοκεντρική² τουλάχιστον μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1970. Το 1957 ιδρύθηκε η «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» (μετέπειτα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου). Στη Λέρο σταδιακά μεταφέρθηκαν ασθενείς από άλλα υπερπλήρη ψυχιατρεία της χώρας, με βασικό κριτήριο την έλλειψη επισκεπτηρίου (Μαδιανός 1994). Οι απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη Λέρο άρχισαν σταδιακά να εγείρουν μεγάλες αντιδράσεις. Ευαίσθητοποιημένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, Έλληνες («ομάδα της Λέρου») και ξένοι ανέδειξαν τις αποτρόπαιες συνθήκες φιλοξενίας στη Λέρο. Οι διαμαρτυρίες εντάθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1980 με το δημοσίευμα της London Observer και την προβολή του ντοκιμαντέρ «Island of Outcasts», το οποίο αποκάλυψε τις σοκαριστικές συνθήκες στο Ψυχιατρείο Λέρου. (μεταξύ άλλων, Μαδιανός 1994). Η είσοδος της Ελλάδας στην ΕΟΚ το 1981 σηματοδότησε μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού των κοινωνικών πολιτικών και του συστήματος υγείας, ανάμεσα σε άλλα ξεκίνησε ο προβληματισμός για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Ο Κανονισμός της ΕΕ 815/84, όπως αναμορφώθηκε με τον Ν.4130/88, συνέβαλαν σημαντικά στην ανάπτυξη ενός δικτύου προληπτικών και θεραπευτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα ή σε γενικά νοσοκομεία και στη μείωση

¹ Το κείμενο αυτό είναι μια περιληπτικότερη παρουσίαση από το αντίστοιχο υποκεφάλαιο στο: Κουραχάνης Ν., Φίτσιου Π., (2019) «Πολιτικές Στέγασης Αστέγων με Ψυχικά Νοσήματα», στο: Κουραχάνης Ν. (Επιστ. Επιμέλεια), Κατοικία και Κοινωνία, Προβλήματα, Πολιτικές και Κινήματα, εκδόσεις Διόνικος, 2019

² Ελάχιστες εξαιρέσεις ψυχιατρικής πρωτοπορίας παρατηρούνται εκείνη την εποχή. Ορισμένες από αυτές ήταν η λειτουργία του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Η περίοδος 1964-1967 με τους Ψυχιάτρους καθ. Δ. Κουρέτα και Π. Σακελλαρόπουλο στο Αιγινήτειο μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα σημαντική, καθώς οργανώθηκε ένα ευρύ θεραπευτικό πρόγραμμα (ομαδικές ψυχοθεραπείες, έξοδοι, εργασία με την οικογένεια κτλ) που είχε και εκπαιδευτικό χαρακτήρα για τα στελέχη. (Σακελλαρόπουλος, 2003).

των ασθενών μακράς παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (Μαστρογιαννάκης και συν. 2015:75). Η διεθνής κατακραυγή της Ελλάδας για το κολαστήριο της Λέρου έδωσαν αφορμή για την ταχύτερη προώθηση αυτών των μεταρρυθμίσεων. Στην εθνική νομοθεσία, η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε με τον Νόμο 1397/1983 που ίδρυσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Διευρύνθηκε, ακολούθως, με τον Ν.2071/1992, ο οποίος περιέγραφε τις μονάδες ψυχικής υγείας μέσα στο φάσμα των υπηρεσιών υγείας· έκανε ρητή αναφορά στην τομεοποίηση και στις αρμοδιότητες των τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας και, το σημαντικότερο, ρύθμιζε το θέμα της ακούσιας νοσηλείας. Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση εδραιώθηκε με τον Ν. 2716/1999, ο οποίος περιέγραψε ένα σύγχρονο κοινοτικό σύστημα ψυχικής υγείας (πρόληψη-πρωτοβάθμια-δευτεροβάθμια-ψυχοκοινωνική αποκατάσταση) με έμφαση, ανάμεσα σε άλλα, στην προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επισημαίνεται η σημασία της λειτουργίας της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας, πρωτοστατούντων των Γιαννουλάτου – Μαυρατζιώτου).

Για να εξασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δημιουργήθηκε το πρόγραμμα «Ψυχαργώς». Το Ψυχαργώς στόχευε στον μετασχηματισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε δίκτυο μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα, καθώς και στην ανάπτυξη δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Μεγάλη έμφαση δινόταν στην κοινωνική επανένταξη και στην πρόσβαση σε εργασία των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Μέσα από την «περιπετειώδη» θεσμική ανάπτυξη δομών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, έχει διαμορφωθεί ένα φάσμα κοινωνικών υπηρεσιών στο οποίο δραστηριοποιούνται δημόσιοι, μη κερδοσκοπικοί και ιδιωτικοί φορείς. Οι δημόσιοι φορείς περιλαμβάνουν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τους Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων και τις συνδεδεμένες εξωνοσοκομειακές μονάδες τους. Οι μη-κερδοσκοπικοί φορείς, ο τρίτος τομέας, περιλαμβάνουν δομές πρωτοβάθμιας (κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες), και δομές τριτοβάθμιας περίθαλψης, οικοτροφεία, διαμερίσματα καθώς και δομές επαγγελματικής αποκατάστασης. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές και τους ιδιώτες (Μαστρογιαννάκης κ.α. 2015: 27)

Στίγμα, αποκλεισμός και η διάσταση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην ιστορία της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα³

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» έχει μέχρι σήμερα αναπτυχθεί σε τρεις διαφορετικές

³ Παρουσίαση Φίτσιου Π. (2020) στην Ημερίδα «Συνηγορία και αυτοσυνηγορία στην ψυχική υγεία: Παρελθόν, παρόν, μέλλον», βλ. βιβλιογραφία <http://ekpse.gr/images/myfolder/Fitsiou.pdf>

περιόδους (2000-2001, 2001-2010, 2010-2020). Παρότι έχουν σημειωθεί σημαντικές βελτιώσεις στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης συνεχίζουν να υπάρχουν σοβαρές δυσκολίες και εμπόδια με κυριότερες τις εξής: Προβληματικός συντονισμός μεταξύ υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, έλλειψη «συμμόρφωσης» των υπηρεσιών με τη βασισμένη στα δικαιώματα προσέγγιση, ιδρυματοποίηση και έλλειψη πόρων/λιτότητα.⁴

Πολλοί άνθρωποι με ψυχοκοινωνικά προβλήματα δεν γνωρίζουν τίποτα για τα δικαιώματά τους, για το τι σημαίνει καν συνηγορία, δεν έχουν καμία σχετική γνώση και πληροφόρηση.⁵ Τα σοβαρότερα προβλήματα αφορούν σε χρόνια παραμέληση και ελλιπή αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.⁶

Ο στιγματισμός και ο συνακόλουθος κοινωνικός αποκλεισμός που επιφέρει είναι από τα σημαντικά προβλήματα που πλήττουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

1. Ένα από σημαντικότερα εργαλεία για την προάσπιση των δικαιωμάτων είναι η Εφαρμογή της UNCRPD (N.4074/2012, ΦΕΚ 88/A' /11.07.2014 «Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες») και η ενίσχυση των θεσμών προστασίας των δικαιωμάτων (Συνήγορος του Πολίτη, Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές).

Ως σημαντικές παράλληλες κινήσεις και διαδικασίες προς την ίδια κατεύθυνση αναδεικνύονται οι εξής:

2. Ενδυνάμωση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα (μεθοδικός προσανατολισμός στην «ανάκαμψη» και σταδιακή ενίσχυση της αυτοσυνηγορίας). Η συμμετοχή στο εν λόγω έργο της συλλογικότητας χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Σωματείο «Αυτοεκπροσώπηση» αποτελεί έμπρακτο παράδειγμα αντιμετώπισης του στίγματος και του αποκλεισμού με τη σύμπραξη των πληττόμενων πολιτών και ενίσχυση της δικής τους φωνής.

4 Turnpenny et all (2017), βλ. βιβλιογραφία <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

5 Fitsiou P. et all (2015), βλ. βιβλιογραφία <https://www.slideshare.net/ssuserd2c2b0/fitsiou-east-european-psychcongress-2015>

6 Fitsiou P. et all (2015), βλ. βιβλιογραφία <https://www.slideshare.net/ssuserd2c2b0/fitsiou-east-european-psychcongress-2015>

3. Ενδυνάμωση και ψυχοεκπαίδευση οικογενειών, με βάση τις δικές τους ανάγκες.
4. Εκπαίδευση επαγγελματιών ως προς τις δυνατότητες, τη θεωρία και τη μεθοδολογία της συνηγορίας και προσανατολισμός στην αποτελεσματική αξιοποίησή της. Εδώ γίνεται αναφορά σε επαγγελματίες κάθε ειδικότητας, που εμπλέκονται με τον έναν ή τον άλλο τρόπο και επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι δημοσιογράφοι και όσοι εκφέρουν δημόσιο λόγο είναι μια σημαντική κατηγορία επαγγελματιών στην οποία η εν λόγω ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση οφείλει να εστιάσει.
5. Δικτύωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας και καταπολέμηση του στίγματος. Αυτό αποτελεί σημαντικό πυλώνα του έργου «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας» μέσω της σχετικής καμπάνιας.
6. Συγκρότηση πειστικής επιχειρηματολογίας και άσκηση πίεσης στα κέντρα λήψης αποφάσεων: από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τους «ανθρώπους κλειδιά» στην κοινότητα, μέχρι την οργανωμένη κινητοποίηση και διεύρυνση του μηνύματος από τις συλλογικότητες προς τους Εθνικούς και Ευρωπαϊκούς Θεσμούς. Στοχευμένες δράσεις πίεσης με βασικό άξονα τον πρωταγωνιστικό ρόλο που πρέπει να έχουν οι συλλογικότητες των ίδιων των πληττόμενων πολιτών στις δράσεις lobbying ώστε να ακούγεται η φωνή τους να αναδεικνύεται και η δική τους ατζέντα. Η ανωτέρω προσπάθεια αποτελεί στρατηγική επιλογή και βασική προτεραιότητα του έργου «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας».

“ A.3 Στατιστικά ψυχικής υγείας

Για την Ελλάδα, ειδικότερα την τελευταία δεκαετία, υπάρχει πλήθος στοιχείων για την ψυχική υγεία μέσα από τις έρευνες και τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) (Living Conditions 2020, Greece in figures 2020) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), καθώς και από τα δεδομένα του European Core Health Indicators (ECHI), ενώ έχουν γίνει επιπλέον έρευνες από φορείς όπως η Dianeosis και το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

Από τα διαθέσιμα στοιχεία μπορεί κανείς να ξεχωρίσει κάποιους δείκτες μέσω των οποίων σκιαγραφείται η κατάσταση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Δείκτες όπως ο *επιπολασμός περιόδου νοσήματος* (το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ένα νόσημα

μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο) και οι εξελθόντες ασθενείς από τα θεραπευτήρια ανά νόσο μπορούν να μας δείξουν το ποσοστό εμφάνισης συγκεκριμένων νοσημάτων στον πληθυσμό, ενώ δείκτες όπως η αναλογία *Ψυχιάτρων ανά 1.000 κατοίκους* και ο *Αριθμός μονάδων ψυχικής υγείας* μπορούν να δείξουν την κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Τα πρόσφατα στοιχεία για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα δείχνουν μια σταθερή αναλογία 0,2 ψυχιάτρων ανά 1.000 κατοίκους από το 2008 έως και το 2019⁷, ενώ για το έτος 2019 οι μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανέρχονταν σε 59 σε όλη την επικράτεια.⁸ Ο αριθμός των ψυχολόγων ανά 100.000 πληθυσμού ανέρχεται σε 8,78 και ο συνολικός αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανέρχεται σε 8.163 άτομα⁹. Ο συνολικός αριθμός των εξελθόντων ασθενών από τα θεραπευτήρια με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς ήταν για το 2013: 33.356 ασθενείς σε σύνολο 1.597.333 και για το 2014: 35.004 ασθενείς σε σύνολο 1.517.885¹⁰.

Η κατάθλιψη είναι το πιο συχνά εμφανιζόμενο νόσημα ψυχικής υγείας με επιπολασμό 4,7% για το 2014 και 3,8% για το 2019¹¹, ενώ σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος «ΥΔΡΙΑ» (2013-2014) το ποσοστό αυτό φτάνει το 7%¹².

7 https://www.statistics.gr/documents/20181/16865455/LivingConditionsInGreece_1220.pdf/1072b4b0-bfdc-75b7-f0d0-1f6e679e0526

8 https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=414393&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el

9 https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/GRC.pdf?ua=1

10 https://www.statistics.gr/documents/20181/16865455/LivingConditionsInGreece_1220.pdf/1072b4b0-bfdc-75b7-f0d0-1f6e679e0526

11 https://www.statistics.gr/documents/20181/16865455/LivingConditionsInGreece_1220.pdf/1072b4b0-bfdc-75b7-f0d0-1f6e679e0526

12 https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki_ygeia_ellinwn/

“ A.4 Ψυχιατρικές Διαταραχές, ορισμοί και χαρακτηριστικά

Το κεφάλαιο αυτό υπεισέρχεται σε λεπτομέρειες ως μία απόπειρα επισκόπησης των διαταραχών των ψυχικών λειτουργιών και των βασικότερων ψυχιατρικών διαταραχών. Διευκρινίζουμε εξαρχής ότι σκοπός μας δεν είναι να επιφορτίσουμε τους λειτουργούς της ενημέρωσης με το έργο της αναγνώρισης των διαταραχών. Επιλέξαμε, όμως, να συμπεριλάβουμε μια ευρεία γκάμα πληροφοριών για να δώσουμε με σαφήνεια το μήνυμα της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ψυχικής λειτουργίας και του βιώματος των ίδιων των ατόμων που έχουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, και έτσι να κινητοποιήσουμε την προσοχή τους προς την αποφυγή των διατυπώσεων που μπορεί να είναι ανακριβείς, διαστρεβλωτικές και στιγματιστικές. Επί παραδείγματι, με αυτή την ανάγνωση θα γίνει κατανοητό ότι αυτό που συχνά πυκνά τιτλοφορείται στα ΜΜΕ ως μανία, σχιζοφρένεια κ.τ.λ. εκτός του ότι είναι στιγματιστικό τις περισσότερες φορές είναι και λανθασμένο. Για τον λόγο αυτό, σε πολλά σημεία του ανά χείρας οδηγού η βασικότερη προτροπή είναι επαναλαμβανόμενη αλλά σαφής: Για το καλό και της κοινότητας και των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ας αφήσουμε **αυτό το βάρος αποκλειστικά στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.**

“ A.4.1 Εισαγωγή

Τι είναι ψυχοπαθολογία: Ο επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με τις διαταραχές των ψυχονοητικών λειτουργιών, τους παράγοντες που τις καθορίζουν και τους μηχανισμούς που μεσολαβούν μεταξύ των πρώτων και δεύτερων. Στην ψυχοπαθολογία ανήκει και η πρόληψη και η θεραπεία.

Ποια είναι η σύγχρονη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών: Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και η Κοινωνική ψυχιατρική, η οποία εστιάζει στη συμμετοχή των κοινωνικών παραγόντων, παράλληλα με τους ιδιοσυγκρασιακούς, βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και συντρέχοντες παράγοντες, στην αιτιολογία και εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών. Η κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική αφορά στην δημιουργία πλήρους φάσματος τομεοποιημένων υπηρεσιών στην κοινότητα και στην σταθερή και συνεχή εργασία με την κοινότητα.

Κατά την δική μας προσέγγιση, προνομιακή θέση στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ο συνδυασμός της κοινωνικής ψυχιατρικής και του «ψυχαναλυτικού πρίσματος», όπως το εισήγαγε ο Π. Σακελλαρόπουλος και το έκανε πράξη

στις δομές που δημιούργησε, αποτελώντας έναν από τους σημαντικότερους, αν όχι τον σημαντικότερο πρωτεργάτη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

«Με τον όρο “ψυχαναλυτικό πρίσμα” εννοείται ο τρόπος που “βλέπει” ο θεραπευτής και κατανοεί το υλικό της θεραπείας και την φροντίδα που δείχνει για τον θεραπευόμενο του. Αποτελεί το “εργαλείο” του στην εργασία με τον θεραπευόμενο αλλά και στην ανάλυση της καθημερινότητας. Το “ψυχαναλυτικό πρίσμα” αφορά μια σωρεία λειτουργιών: αφορά την ψυχοδυναμική συνέντευξη και την εργασία που γίνεται με τις ομάδες, αφορά την ψυχοθεραπευτική δουλειά με τις οικογένειες, αφορά μέχρι και την διασυνδεδετική ψυχιατρική. Επίσης, αφορά την εργασία με τους δασκάλους ή άλλες κοινωνικές ομάδες που συνεργάζονται με την μονάδα, την επεξεργασία της επιθετικότητας που εκδηλώνεται εντός των ίδιων των πλαισίων της διεπιστημονικής ομάδας. [...] Δηλαδή, το “ψυχαναλυτικό πρίσμα” είναι ο τρόπος που βλέπει κανείς όλα τα θέματα ή τομείς της επαγγελματικής του ζωής. Είναι τελικά η οπτική γωνία υπό την οποία ο θεραπευτής θα δει, θα ρυθμίσει κατά το δυνατόν την βαθύτερη ασυνείδητη στάση του, την αντοχή τους στις αποστερήσεις και θα δώσει την όσο το δυνατόν περισσότερο προσαρμοσμένη απάντησή του στην εξωτερική πραγματικότητα.» [...] (Σακελλαρόπουλος, 1994)



Α.4.2 Διαταραχές ψυχικών και γνωστικών λειτουργιών

Οι διαταραχές των ψυχικών και γνωστικών λειτουργιών εμφανίζονται σε διακριτό και κυμαινόμενο βαθμό στις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές. Εν τούτοις, κάποιες αποκλίσεις των ψυχικών λειτουργιών, συνήθως μικρής έντασης και διάρκειας, μπορεί να εμφανιστούν σε κάποια στιγμή της ζωής ενός ανθρώπου, χωρίς να υπάρχει ψυχοπαθολογία. Για παράδειγμα, η εμφάνιση άγχους ή καταθλιπτικού συναισθήματος, ή η δυσκολία συγκέντρωσης δεν συνεπάγεται την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής.

Άλλες, όμως, διαταραχές ψυχικών ή γνωστικών λειτουργιών είναι σχεδόν αποκλειστικά συνδεδεμένες, έως και παθογνωμονικές συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών. Για παράδειγμα, αν συνυπάρχουν διαταραχές της σκέψης στο βαθμό της παραληρητικής σκέψης, διαταραχές της αντίληψης στο βαθμό των ψευδαισθήσεων ή παραισθήσεων, τότε ο ειδικός προσανατολίζεται στην διάγνωση μιας ψύχωσης.

Διαταραχές της εμφάνισης και της μιμικής του προσώπου. Ποικίλουν από υπερβολική φροντίδα έως και επίμονα ατημέλητη εμφάνιση. Το πρόσωπο και το βλέμμα του ατόμου μπορεί να δείχνει επίταση της έντασης, που υποδηλώνει διέγερση, ή

αντίθετα μια υπερβολική ακινησία, χωρίς έκφραση, που μπορεί να υποδηλώνει κατάθλιψη.

Διαταραχές της ψυχοκινητικότητας. Μπορεί να κυμαίνονται σε άκρα από ψυχοκινητική ανησυχία και επιθετικότητα (συνήθης στην δυσφορική μανία και στην ψύχωση) έως την υποκινησία (συνήθης στην κατάθλιψη και στη σχιζοφρένεια). Οι παρακινήσεις είναι ουσιαστικά οι κινητικές στερεοτυπίες των ασθενών. Στις περιπτώσεις σωματόμορφης διαταραχής μετατροπής με κινητικά συμπτώματα, προεξάρχουν οι παραλύσεις άκρων του σώματος των ασθενών.

Διαταραχές συγκέντρωσης, προσοχής και προσανατολισμού. Η σημειολογία των διαταραχών της προσοχής είναι καίριας σημασίας στην κλινική ψυχοπαθολογία, αφού συναντώνται σε πολλές διαταραχές που έχουν εμφανή οργανική αιτιολογία, όπως τα οξέα συγχυτικά επεισόδια, ή όπως στις γνωστικές διαταραχές του τύπου της άνοιας. Εμφανίζονται, όμως και σε διαταραχές του συναισθήματος, τόσο σε επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, μανίας, αγχώδεις διαταραχές, κυρίως στη διαταραχή γενικευμένου άγχους, όσο και στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, στις σχιζοφρενικές διαταραχές, καθώς και στην διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας.

Διαταραχές της μνήμης. Οι κλινικές διαταραχές που αφορούν τη μακρόχρονη μνήμη είναι οι υπερμνησίες, οι υπομνησίες και οι παραμνησίες. Οι υπερμνησίες σημαίνουν αυξημένη επιτέλεση της μνημονικής λειτουργίας. Τέτοιου είδους αυξημένη μνημονική λειτουργία μπορεί να έχουν τα άτομα με αυτισμό. Οι υπομνησίες αφορούν εξασθένηση της μνημονικής λειτουργίας και η χρονική αυτή περίοδος μπορεί να είναι βραχεία, όπως μπορεί να συναντώνται σε επεισόδια απώλειας της συνείδησης, λόγω τοξικών ουσιών, εγκεφαλικής κάκωσης ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι παραμνησίες αναφέρονται σε παραποίηση των αναμνήσεων του ατόμου (ψευδομνησίες ή μνημονικές ψευδαισθήσεις). Η μνήμη επηρεάζεται επίσης σημαντικά από την συναισθηματική φόρτιση.

Διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Εκφάνσεις της ομιλίας που αφορούν την άρθρωση, την προφορά, την ένταση ή τον τόνο της φωνής, το ρυθμό, τη γραμματικότητα και τη σημασιολογική οργάνωση, προσφέρουν, επίσης, κάποια στοιχεία ως προς την ψυχοπαθολογία.

Διαταραχές της σκέψης. Τρία είναι τα επίπεδα των διαταραχών της σκέψης: διαταραχές της οργάνωσης, διαταραχές της ροής του λόγου και διαταραχές του περιεχομένου.

Στο πρώτο επίπεδο της οργάνωσης και ροής της σκέψης ανήκουν η ιδεοφυγή, η αυτοματική σκέψη, η περισπάσιμη σκέψη, η λογόρροια και ο πλατειασμός. Στο δεύτερο επίπεδο των διαταραχών του περιεχομένου της σκέψης, ανήκουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ιδεοληψίες. Οι παραληρητικές ιδέες είναι εντελώς παράλογες πεποιθήσεις, ακόμα και για το ιδεολογικό πολιτισμικό πλαίσιο που ανήκει το άτομο,

που δεν επιδέχονται ανασκευής με λογικά επιχειρήματα. Οι ιδεοληψίες αποτελούν σκέψεις, ιδέες ή παρορμήσεις, τις οποίες οι ασθενείς βιώνουν ως ξένες και απειλητικές, ωστόσο διαφοροποιούνται από τις παραληρητικές ιδέες στο ότι αναγνωρίζονται από τα άτομα ως προϊόντα του δικού τους ψυχισμού.

Διαταραχές της αντίληψης. Βασικές διαταραχές της αντίληψης αποτελούν οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις. Οι παραισθήσεις είναι διαστρεβλωμένες αντιληπτικές εμπειρίες βασισμένες σε υπαρκτά αντικείμενα. Οι ψευδαισθήσεις είναι αντιληπτικά βιώματα της συνειδητότητας των ασθενών όταν λείπουν πραγματικά αντικείμενα, αλλά γίνονται αποδεκτά από τους ασθενείς χωρίς κριτική.

Διαταραχές στο συναίσθημα. Διατρέχουν όλο το φάσμα της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας (άγχος, χαρά, θλίψη, φοβίες), ενώ είναι συχνά εκείνες που ωθούν τα άτομα να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας.

Το άγχος αποτελεί μια διάχυτη, δυσάρεστη, αόριστη αίσθηση φόβου, που συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα όπως πονοκέφαλος, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, σφίξιμο στο στήθος, δυσφορία στο στομάχι και ανησυχία.

Η φοβία ή φοβικό άγχος συνιστά αίσθημα υπερβολικού εστιασμένου φόβου που πυροδοτείται από διάφορα ερεθίσματα και επιφέρει σημαντική επιβάρυνση στη λειτουργικότητα του ατόμου. Κατηγορίες των φοβιών είναι η αγοραφοβία, οι κοινωνικές φοβίες, άγχος επίδοσης, απλές ή ειδικές φοβίες (π.χ. ζώων, αίματος κ.α).

Η θλίψη «διέπει» ένα μεγάλο μέρος του φάσματος των ψυχοπαθολογικών συνδρόμων, ενώ είναι σημαντικό να διαφοροποιήσουμε τη θλίψη, ως ψυχική αντίδραση μικρής διάρκειας, από την καταθλιπτική διάθεση, που συνήθως εκτείνεται χρονικά, είναι γενικευμένη, και απαντάται στην κλινική κατάθλιψη. Θλίψη απαντάται συχνά στο πένθος, που διακινείται από την απώλεια, αλλά και από τη μη εκπλήρωση επιθυμιών μας και αναγκών.

Η χαρά αποτελεί επίσης καθολικό αίσθημα, δυστυχώς όχι τόσο σύνηθες όσο η θλίψη. Επιτυχίες σε διάφορες πλευρές της καθημερινότητάς μας, στη δουλειά ή στον έρωτα, είναι καταστάσεις που «παράγουν» χαρά. Ωστόσο, όσο και αν ακούγεται περίεργο, η χαρά μπορεί να έχει και ψυχοπαθολογική χροιά, συγκεκριμένα όταν συνοδεύει τα επεισόδια υπομανίας και μανίας με συνακόλουθη στρέβλωση της σκέψης.

“ A.4.3 Οι βασικότερες ψυχιατρικές διαταραχές

Σχιζοφρένεια/ψυχωτικές διαταραχές

Περιλαμβάνει μια ομάδα διαταραχών με ετερογενείς αιτιολογίες και, αντιστοίχως, ασθενείς των οποίων η κλινική εικόνα, η ανταπόκριση στη θεραπεία και η πορεία ποικίλλουν. Τα παθογνωμονικά ειδοποιά γνωρίσματα των ψυχωτικών διαταραχών είναι η απώλεια του ελέγχου της πραγματικότητας και η έλλειψη επίγνωσης αυτής της απώλειας/ έλλειψη εναισθησίας. Τα σημεία και τα συμπτώματα μεταβάλλονται και περιλαμβάνουν διαταραχές στην αντίληψη, το συναίσθημα, τον λόγο/ομιλία, τη σκέψη και τη συμπεριφορά.

Συχνά συμπτώματα: Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, διαταραγμένη συμπεριφορά/αποδιοργάνωση, αποδιοργανωμένος λόγος, διαταραγμένο συναίσθημα.

Η διαταραχή αρχίζει συνήθως πριν από την ηλικία των 25 ετών, παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και επηρεάζει άτομα όλων των κοινωνικών τάξεων.

Επιδημιολογία: Ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας είναι περίπου 1%. Η σχιζοφρένεια είναι εξίσου διαδεδομένη στους άνδρες και τις γυναίκες. Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως πιο πρώιμη στους άνδρες από τις γυναίκες, ενώ και οι επιπτώσεις της είναι, επίσης, συγκριτικά ηπιότερες για τις γυναίκες.

Αιτιοπαθογένεια: Η νόσος είναι πολυπαραγοντική. Υπάρχει μια γενετική συμβολή σε ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας, ίσως και σε όλες, παρότι οι τρόποι γενετικής μετάδοσης παραμένουν άγνωστοι. Επίσης, διάφοροι ψυχοκοινωνικοί & περιβαλλοντικοί παράγοντες εμπλέκονται στον προσδιορισμό της πορείας της σχιζοφρένειας. Οι ψυχαναλυτικές κλινικές παρατηρήσεις μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση της ψυχικής λειτουργίας του ασθενούς. Είτε θεωρήσουμε τη σχιζοφρένεια ως έλλειμμα είτε ως άμυνα, η ψυχαναλυτική θεώρηση συμφωνεί ότι αυτή η άμυνα παίρνει έναν καταστροφικό χαρακτήρα για την σκέψη του ατόμου. Ενός ατόμου το οποίο έχει αδύναμο Εγώ το οποίο δεν μπόρεσε να αντέξει την ένταση των πρώιμων εσωτερικών συγκρούσεων μέσα σε ένα περιβάλλον που ενδεχομένως δεν ήταν ή δεν μπόρεσε να το ενδοβάλει ως αρκετά ασφαλές και σταθερό.

Αντιμετώπιση: Τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους συχνά έρχονται αντιμετώπιση με κοινωνική περιθωριοποίηση και λαμβάνουν ελλιπή φροντίδα, συνήθως λόγω του στίγματος και της εκτεταμένης άγνοιας σχετικά με τη διαταραχή. Παρότι η πορεία του ατόμου στη σχιζοφρένεια μπορεί, με συνδυασμό ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, ψυχοθεραπευτικής/ψυχοδυναμικής παρέμβασης και φαρμακευτικής αγωγής, να έχει καλή έκβαση, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών έχει ελλιπή πρόσβαση σε θεραπείες στην κοινότητα. Σε πολλά κράτη μέλη η φροντίδα παραμένει ιδρυματική, παραβιάζοντας τα δικαιώματα των ατόμων. Το στίγμα, οι διακρίσεις και

οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι πολύ συχνά στη σχιζοφρένεια.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή διαταραχή. Δεν μπορούμε όμως να ονομάζουμε καταχρηστικά και στιγμιστικά «σχιζοφρένεια» κάθε κάθε δυσνόητη συμπεριφορά. Επίσης, δεν αποδεικνύεται επιστημονικά η έντονη σύνδεση, σχεδόν εξίσωση σύμφωνα με συχνούς στερεοτυπικούς χαρακτηρισμούς, της σχιζοφρένειας με τη βία. Τέλος, οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια μπορούν να έχουν μια καλή πορεία στη ζωή τους εάν λαμβάνουν μια ολοκληρωμένη και με συνέχεια (follow up) θεραπεία μέσα στην κοινότητα, που περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή (όπου χρειάζεται) και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Διαταραχές του θυμικού / Συναισθηματικές διαταραχές / Διαταραχές της Διάθεσης

Αποτελούν μια σημαντική κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών που απαρτίζονται από την **καταθλιπτική διαταραχή, τη διπολική διαταραχή** και άλλες διαταραχές.

Συχνά συμπτώματα: Μια ποικιλία από επίθετα χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τη διάθεση: κατάθλιψη, λυπημένος, «άδειος», μελαγχολικός, στενοχωρημένος, ευερέθιστος, απογοητευμένος, ενθουσιασμένος, «σε ευφορία», μανιακός, χαρούμενος και πολλά άλλα. Κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να παρατηρηθούν από τον κλινικό, ενώ άλλα μπορεί να γίνουν αισθητά μόνο από τον ασθενή.

Άλλα συμπτώματα διαταραχών της διάθεσης περιλαμβάνουν αλλαγές στο επίπεδο της δραστηριότητας, τις γνωστικές ικανότητες, την ομιλία και τις φυσιολογικές λειτουργίες (π.χ. ύπνος, όρεξη, σεξουαλική δραστηριότητα και άλλες βιολογικές λειτουργίες). Αυτές οι διαταραχές σχεδόν πάντα οδηγούν σε εξασθενημένη διαπροσωπική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή: Ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί τουλάχιστον 2 εβδομάδες και περιλαμβάνει τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα από τα εξής: αλλαγές στην όρεξη και το βάρος, αλλαγές στον ύπνο και τη δραστηριότητα, έλλειψη ενέργειας, συναισθήματα ενοχής, προβλήματα σκέψης και λήψης αποφάσεων και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.

Μανία: Ένα μανιακό επεισόδιο είναι μια ξεχωριστή περίοδος μιας ασυνήθιστα και επίμονα αυξημένης, έντονης ή ευερέθιστης διάθεσης που διαρκεί τουλάχιστον 1 εβδομάδα ή λιγότερο εάν κριθεί απαραίτητο ο ασθενής να νοσηλευτεί. Ένα υπομανιακό επεισόδιο διαρκεί τουλάχιστον 4 ημέρες και είναι παρόμοιο με ένα μανιακό επεισόδιο με τη διαφορά ότι δεν είναι αρκετά έντονο και σοβαρό ώστε να προκαλέσει βλάβη στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία του και δεν υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά.

Τόσο η μανία όσο και η υπομανία σχετίζονται με αυξημένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, διάσπαση της προσοχής, μεγάλη σωματική και ψυχική δραστηριότητα και υπερβολική ευφορία.

Διπολική Διαταραχή: Η διπολική διαταραχή ορίζεται ως κλινική εναλλαγή ενός ή περισσότερων μανιακών επεισοδίων και, μερικές φορές, σοβαρών καταθλιπτικών επεισοδίων. Ένα μικτό επεισόδιο είναι μια περίοδος τουλάχιστον 1 εβδομάδας κατά την οποία τόσο ένα επεισόδιο μανίας όσο και ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης εμφανίζονται σχεδόν καθημερινά. Μια παραλλαγή της διπολικής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από επεισόδια μείζονος κατάθλιψης και υπομανίας, παρά μανίας, είναι γνωστή ως διπολική διαταραχή τύπου II.

Τρεις επιπλέον κατηγορίες διαταραχών της διάθεσης είναι η υπομανία, η κυκλοθυμία και η δυσθυμία. Η υπομανία είναι ένα επεισόδιο μανιακών συμπτωμάτων που δεν πληροί τα κριτήρια για μανιακό επεισόδιο, όπως επισημάνθηκε και παραπάνω. Η κυκλοθυμία και η δυσθυμία εκδηλώνονται με ηπιότερα συμπτώματα από ό,τι η διπολική διαταραχή και η μείζων κατάθλιψη αντίστοιχα.

Επιδημιολογία: Οι διαταραχές της διάθεσης είναι συχνές. Στις πιο πρόσφατες έρευνες, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή θεωρείται από τις συχνότερες διαταραχές και κατά ορισμένους πλησιάζει το 20%. Η συχνότητα της διπολικής διαταραχής είναι μεταξύ 1% και 2%, αλλά είναι δύσκολο να εκτιμηθεί επειδή συχνά δεν εντάσσονται στις έρευνες οι ήπιες μορφές διπολικής διαταραχής.

Αιτιοπαθογένεια: Πολλές μελέτες στους καταθλιπτικούς ενήλικες δείχνουν ότι υπάρχει μια γενετική συνιστώσα στην αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών. Επίσης, οι καταθλιπτικοί ενήλικες αναφέρουν χαμηλή γονεϊκή εμπλοκή (parental involvement) και υψηλά ποσοστά μητρικής υπερπροστασίας κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής τους ηλικίας.

Ο Freud (1917/1966) και ο Abraham (1911/1966) θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη οφειλόταν στην απώλεια ενός πραγματικού ή φαντασιωσικού αντικειμένου αγάπης. Αντίστοιχα, η ψυχοδυναμική κατανόηση της μανίας ερμηνεύει τα μανιακά επεισόδια ως άμυνα κατά της υποβόσκουσας κατάθλιψης. Από την άλλη πλευρά, μερικοί θεωρούν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά είναι συχνά αντίδραση στην οικογενειακή αναστάτωση (Lefkowitz και Burton, 1978).

Αντιμετώπιση: Η θεραπεία ασθενών με διαταραχές της διάθεσης πρέπει να στοχεύει σε διάφορα επίπεδα. Πρώτον, επιδιώκεται η ασφάλεια του ασθενούς. Δεύτερον, είναι απαραίτητη μια πλήρης διαγνωστική αξιολόγηση. Τρίτον, ένα πλάνο θεραπείας που αφορά όχι μόνο τα άμεσα συμπτώματα αλλά και την μελλοντική ευημερία του ασθενούς.

Η τρέχουσα θεραπεία δίνει έμφαση στη φαρμακοθεραπεία και στην ψυχοθεραπεία

και πρέπει να λαμβάνει υπόψη εξίσου τα στρεσογόνα συμβάντα στη ζωή των ασθενών. Τέλος, επειδή οι διαταραχές διάθεσης είναι χρόνιες, είναι σημαντική η ψυχοεκπαίδευση των ίδιων των ατόμων από τους επαγγελματίες.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Όλοι οι άνθρωποι μπορεί να βιώσουν συναισθήματα θλίψης, και αυτό δεν σημαίνει ότι έχουν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη έχει συγκεκριμένα, επίμονα και ανθεκτικά σε διάρκεια, χαρακτηριστικά που συνδυάζουν ενδογενείς παράγοντες και εξωτερικά γεγονότα. Δεν είναι απλά μια αίσθηση ή μια κούραση, δεν ξεπερνιέται οπωσδήποτε από μόνη της, «μια ιδιοτροπία του μυαλού».. Συνήθως για κινητοποιηθεί το άτομο χρειάζεται την βοήθεια ειδικού και αυτό δεν σημαίνει αδυναμία του ατόμου, αντιθέτως σημαίνει σθένος στο να κινητοποιηθεί προς την κατεύθυνση της ίασης.

Η μανία είναι επίσης μια επώδυνη και εξουθενωτική ασθένεια που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Είναι σημαντικό να μην γίνεται κατάχρηση και διαστρέβλωση του όρου (π.χ. «τον έπιασε μανία»).

Αυτοκτονία και ψυχιατρικές διαταραχές

Η αυτοκτονία δεν είναι ψυχιατρική διαταραχή, αλλά σύμπτωμα διαταραχής. Η αυτοκτονία είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου στην Ψυχιατρική και σχεδόν ο μόνος κίνδυνος για τη ζωή που προκαλείται λόγω κάποιας ψυχικής διαταραχής. Αποτελούν τη 10η αιτία θανάτου παγκοσμίως και την 3η σε ηλικίες 15-24 ετών.

Επιδημιολογία: Στην Ελλάδα ο αριθμός των αυτοκτονιών κατά τα χρόνια 2018 – 2020 παρουσιάζει αυξητική τάση (Πηγή: Παρατηρητήριο Αυτοκτονιών ΜΚΟ «Κλίμακα»). Επιπλέον οι περισσότεροι αυτόχειρες ήταν άντρες, ενώ οι περισσότερες αυτοκτονίες καταγράφονται σε ανθρώπους ηλικίας 80 ετών και άνω, καθώς και σε ανθρώπους ηλικίας από 50 έως 59 ετών, σε σύγκριση με πολίτες άλλων ηλικιών.

Τα τελευταία στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ δείχνουν αύξηση των αυτοκτονιών της τάξεως του 8,5% για το 2017, σε σύγκριση με το 2016. Υπολογίζεται ότι στην πραγματικότητα οι αυτοκτονίες είναι πολύ περισσότερες από τις καταγεγραμμένες, ενώ δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία για τις απόπειρες, που υπολογίζεται ότι είναι σχεδόν 25 φορές περισσότερες των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών.

Υπάρχει άμεση συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοκτονία και τις ψυχιατρικές διαταραχές. Πολλές αναδρομικές μελέτες έχουν δείξει ότι τουλάχιστον 40% των αυτοκτονιών γίνονται από ψυχωτικούς ασθενείς, το 30 ή 40% συνδέεται με σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας νευρωσικού ή ψυχοπαθητικού τύπου και μόνον το 15% δεν έχουν σχέση με κάποιο σοβαρό παθολογικό αίτιο. Η σχέση αυτοκτονίας και κατάθλιψης είναι πιο εμφανής στη διπολική διαταραχή, ειδικά στη μελαγχολική φάση, ενώ στη σχιζοφρένεια ο κίνδυνος θανάτου στο σύνολο των αυτοκτονιών ανάγεται στο 4%.

Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπου μπορεί να συμβεί αυτοκτονία είναι τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, οι επιληψίες και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Η αυτοκτονία είναι το πιο σοβαρό ψυχιατρικό σύμπτωμα που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές. Υπάρχει μεγάλη συζήτηση στην εποχή μας και γράφονται πολλά για τη σύνδεση της αύξησης των αυτοκτονιών με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή και ευαισθησία όταν αναφέρεται κανείς σε αυτό το τόσο σοβαρό θέμα και είναι σημαντικό να ακούγεται ο λόγος της επιστήμης που μπορεί να δώσει στοιχεία για τη λεπτή ισορροπία ενδογενών και εξωγενών παραγόντων. Τέλος, θα πρέπει κανείς να είναι πολύ προσεκτικός με βεβαιασμένες και παραπλανητικές διατυπώσεις του ύφους «τι τρέλα που ζούμε», «του' ρθε να αυτοκτονήσει», «η κατάσταση είναι για να αυτοκτονήσεις».

Η υπερβολική δημόσια συζήτηση από μη ειδικούς για τις αυτοκτονίες μπορεί να είναι έως και επιβλαβής, ιδιαίτερα για κάποιους ανθρώπους που είναι αμφιθυμικοί ενδέχεται ακόμα και να αυξήσει την πιθανότητα μιας απόπειρας.

Διαταραχές του Άγχους

Οι Διαταραχές του Άγχους (ΔΑ) μπορούν να θεωρηθούν ως μια οικογένεια σχετιζόμενων αλλά διακριτών ψυχικών διαταραχών, οι οποίες περιλαμβάνουν:

(I) την διαταραχή πανικού,

(II) τις φοβικές διαταραχές, οι οποίες περιλαμβάνουν: την αγοραφοβία, την κοινωνική φοβία και ειδικές φοβίες,

(III) την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Μια σημαντική παράμετρος των διαταραχών άγχους είναι η μεγάλη αλληλεπίδραση γενετικών και βιωματικών παραγόντων (όπως τραυματικά γεγονότα ζωής).

Συχνά συμπτώματα: Τα άτομα με ΔΑ εκδηλώνουν αυξημένο άγχος, το οποίο χαρακτηρίζεται συνήθως ως διάχυτη, δυσάρεστη, αόριστη αίσθηση φόβου, που συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα όπως πονοκέφαλος, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, σφίξιμο στο στήθος, ήπια δυσφορία στο στομάχι και ανησυχία. Ο συγκεκριμένος συνδυασμός συμπτωμάτων ποικίλει μεταξύ των ατόμων. Οι ΔΑ είναι συνδεδεμένες με σημαντική νοσηρότητα και συχνά είναι χρόνιες και ανθεκτικές στη θεραπεία.

Επιδημιολογία: Οι διαταραχές άγχους αποτελούν μία από τις πιο κοινές ομάδες ψυχιατρικών διαταραχών. Μελέτες καταδεικνύουν ότι ένα στα τέσσερα άτομα πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τουλάχιστον μία διαταραχή άγχους και ότι υπάρχει ποσοστό επιπολασμού ζωής κατά προσέγγιση 17,7%. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν διαταραχή άγχους από ό, τι οι άνδρες. Ο επιπολασμός των διαταραχών

άγχους μειώνεται όσο αυξάνει η κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Αιτιοπαθογένεια: Για την ψυχοδυναμική θεωρία το άγχος σχετίζεται με μια υποκείμενη ασυνείδητη σύγκρουση. Οι θεωρίες συμπεριφοράς ή μάθησης του άγχους υποδηλώνουν ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη απάντηση σε ένα συγκεκριμένο περιβαλλοντικό ερέθισμα. Από τις βιολογικές μελέτες αναδεικνύεται η συμβολή του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος.

Κατηγορίες Διαταραχών του Άγχους

I. Διαταραχή Πανικού

Η οξεία κορύφωση άγχους που συνοδεύεται από αισθήματα επικείμενης καταστροφής είναι γνωστή ως κρίση πανικού. Στη διαταραχή πανικού, το άγχος χαρακτηρίζεται από διακριτές περιόδους έντονου φόβου που μπορεί να ποικίλουν από πολλές κρίσεις κατά τη διάρκεια μιας ημέρας έως μόνο μερικές κρίσεις κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Συχνά συμπτώματα: Ασθενείς με διαταραχή πανικού παρουσιάζουν μια σειρά συννοσηρών καταστάσεων, συνήθως αγοραφοβίας, που αναφέρεται σε φόβο ή άγχος σχετικά με μέρη από τα οποία μπορεί να είναι δύσκολη η διαφυγή.

Επιδημιολογία: Μελέτες στον γενικό πληθυσμό που επιχειρούν να μετρήσουν τον επιπολασμό αυτής της διαταραχής ανά τον κόσμο υποστηρίζουν ότι περίπου 1,7% με 4,7% του ενηλίκου και εφηβικού πληθυσμού έχουν ΔΠ. Στην Ελλάδα, μια πολύ σύγχρονη έρευνα καταδεικνύει ποσοστά 1,87% ενήλικου πληθυσμού. (Πολίτης, 2020)

Αιτιοπαθογένεια: Μελέτες έχουν εξάγει υποθέσεις που εμπλέκουν τόσο τη ρύθμιση του περιφερικού όσο και του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) στην παθοφυσιολογία της διαταραχής πανικού. Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αντιλαμβάνονται τις κρίσεις πανικού ως αποτέλεσμα μιας ανεπιτυχούς άμυνας ενάντια στις ενορμήσεις που προκαλούν άγχος.

Περίπου το 60% των γυναικών με διαταραχή πανικού έχουν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης παιδικής ηλικίας σε σύγκριση με το 31% των γυναικών με άλλες διαταραχές άγχους.

Αντιμετώπιση: Ο συνδυασμός της γνωσιακής θεραπείας ή/και η θεραπεία συμπεριφοράς με φαρμακοθεραπεία είναι η συχνότερη αντιμετώπιση. Βεβαίως, ας μην ξεχνάμε, ότι από μια άλλη οπτική γωνία, αυτές οι διαταραχές, οι νευρώσεις όπως έχουν μελετηθεί από την ψυχανάλυση, έχουν ισχυρή ένδειξη για ψυχαναλυτική θεραπεία.

II. Φοβικές Διαταραχές

Η αγοραφοβική διαταραχή αφορά στη φοβία ορισμένων καταστάσεων ή χώρων, η

κοινωνική φοβία αποτελεί φοβία κοινωνικών σχέσεων ή συναλλαγών και οι ειδικές φοβίες αφορούν συγκεκριμένα αντικείμενα, π.χ. ζώα, αιχμηρά αντικείμενα κ.τ.λ. Η διάγνωση συγκεκριμένης φοβίας προϋποθέτει την ανάπτυξη έντονου άγχους, ακόμη και σε ένταση κρίσης πανικού, όταν εκτίθεται στο φοβικό αντικείμενο.

Επιδημιολογία: Οι φοβίες περιλαμβάνονται στις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές, όπου τουλάχιστον το 5 έως 10% του πληθυσμού εκτιμάται ότι έχει αυτές τις ενοχλητικές και μερικές φορές δυσλειτουργικές διαταραχές.

Αντιμετώπιση: Η πιο διεξοδικά μελετημένη θεραπεία για τις φοβίες είναι η θεραπεία συμπεριφοράς (κυρίως η σταδιακή έκθεση στο φοβικό αντικείμενο). Υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της. Βεβαίως, από μια άλλη οπτική γωνία, αυτές οι διαταραχές, οι νευρώσεις όπως έχουν μελετηθεί από την ψυχανάλυση, έχουν κατεξοχήν ένδειξη για ψυχαναλυτική θεραπεία.

III. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ) χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος και ανησυχία για πολλά γεγονότα ή δραστηριότητες για τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον μιας περιόδου 6 μηνών.

Συχνά συμπτώματα: Η ανησυχία είναι δύσκολο να ελεγχθεί και σχετίζεται με σωματικά συμπτώματα, όπως μυϊκή ένταση, ευερεθιστότητα, δυσκολία στον ύπνο και ανησυχία.

Επιδημιολογία: Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι μια κοινή πάθηση. Ο επιπολασμός σε διάρκεια 1 έτους κυμαίνεται από 3% έως 8%. Η αναλογία των γυναικών προς τους άνδρες με τη διαταραχή είναι περίπου 2 έως 1. Η διαταραχή συνήθως ξεκινά στα τέλη της εφηβείας ή στην πρώιμη ενηλικίωση, αν και οι περιπτώσεις εμφανίζονται συνήθως σε ηλικιωμένους ενήλικες. Επίσης, ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι ο επιπολασμός της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι ιδιαίτερα υψηλός στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Αιτιοπαθογένεια: Όπως και πολλές άλλες διαταραχές, προκύπτει από έναν συνδυασμό βιολογικού υπόβαθρου και δυσάρεστων εμπειριών ζωής.

Αντιμετώπιση: Ο συνδυασμός Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας και φαρμακοθεραπείας φαίνεται να συγκεντρώνει τις περισσότερες βιβλιογραφικές ενδείξεις. Βεβαίως, από μια άλλη οπτική γωνία, αυτές οι διαταραχές, οι νευρώσεις όπως έχουν μελετηθεί από την ψυχανάλυση, έχουν κατεξοχήν ένδειξη για ψυχαναλυτική θεραπεία.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Το άγχος είναι ένα από τα πιο συχνά συναισθήματα που βιώνει ένα άτομο στη διάρκεια της ζωής του. Ωστόσο, το άγχος εμφανίζεται με πολλές μορφές και εκφράζεται μέσα από διαφορετικά συμπτώματα. Γνωρίζου-

με με βεβαιότητα πλέον ότι είναι διαφορετικό το άγχος που συνδέεται με πραγματικές καταστάσεις, οπότε και η δυσφορία που επιφέρει είναι διαχειρίσιμη, και διαφορετικός ο έντονος φόβος και τα μη ελέγξιμα σωματικά συμπτώματα που προκαλούν μια διαταραχή του άγχους. Εξάλλου, το άγχος μας προετοιμάζει για την αντιμετώπιση επικείμενων κινδύνων. Με λίγα λόγια, το ήπιο άγχος και η θλίψη είναι προστατευτικοί μηχανισμοί και βοηθούν στην προσαρμογή σε γεγονότα ζωής. Επομένως, η διατύπωση «τον έπιασε πανικός», αν κάποιος απλά αγχώνεται με κάτι είναι αδόκιμη.

Διαταραχές σχετιζόμενες με το τραύμα και στρεσογόνους παράγοντες

Τόσο η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ) - Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) όσο και η οξεία διαταραχή στρες χαρακτηρίζονται από αυξημένο άγχος μετά από έκθεση σε τραυματικό ή αγχωτικό συμβάν.

Συχνά συμπτώματα: Το άτομο αντιδρά στην εμπειρία με έντονο φόβο και αδυναμία, αναβιώνει επίμονα το γεγονός και προσπαθεί να το αποφύγει για να μην το θυμάται. Το συμβάν μπορεί να βιωθεί στα όνειρα ή και με έντονες σκέψεις (αναδρομές). Άλλα συμπτώματα είναι η κατάθλιψη, το έντονο άγχος και η έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, όπως η αδυναμία συγκέντρωσης.

Επιδημιολογία: Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΜΤΣ εκτιμάται σε 9 έως 15 % και ο επιπολασμός της ΔΜΤΣ καθ' όλη τη διάρκεια ζωής εκτιμάται ότι είναι περίπου 8 % του γενικού πληθυσμού, αν και επιπλέον 5 έως 15 % μπορεί να εμφανίσει υποκλινικές μορφές της διαταραχής.

Αιτιοπαθογένεια: Εξ ορισμού, ένας στρεσογόνος παράγοντας είναι ο πρωταρχικός αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη ΔΜΤΣ. Δεν βιώνουν όλοι τη διαταραχή μετά από ένα τραυματικό συμβάν και το άγχος από μόνο του δεν αρκεί για να προκαλέσει τη διαταραχή. Για να θεωρηθεί η αντίδραση στο τραυματικό γεγονός ότι συνιστά διαταραχή, η απάντηση στο τραυματικό γεγονός πρέπει να περιλαμβάνει έντονο φόβο ή τρόμο. Σημαντικό προστατευτικό παράγοντα μπορεί να αποτελεί η βιολογική και ψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου, καθώς επίσης και η ικανότητά του να αποδώσει κάποιο νόημα στο τραυματικό συμβάν.

Το **ψυχαναλυτικό μοντέλο** της ΔΜΤΣ υποθέτει ότι το τραύμα ενεργοποιεί ένα προηγούμενο ανεπίλυτο τραύμα, ενδεχομένως και σεξουαλικό τραύμα. Το Εγώ με αυτόν τον τρόπο προσπαθεί να μειώσει το άγχος.

Το **γνωστικό μοντέλο** της ΔΜΤΣ υποστηρίζει ότι τα άτομα που επηρεάζονται δεν μπορούν να επεξεργαστούν ή να εκλογικεύσουν το τραύμα που προκάλεσε τη διαταραχή.

Αντιμετώπιση: Η θεραπεία περιλαμβάνει το μετασχηματισμό της αντίληψης εαυτού από θύμα σε επιζήσαντα, επειδή το τραύμα επιλύεται σε ένα ασφαλές πλαίσιο

στο οποίο μπορούν να διερευνηθούν επώδυνες και αφόρητες εμπειρίες (Amaya-Jackson and March, 1995, Gillis, 1993). Μια ποικιλία μεθόδων έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της ΔΜΤΣ, όπως είναι η ατομική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η παιγνιοθεραπεία για παιδιά, οι γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, η θεραπεία οικογένειας, η ομαδική εργασία, οι παρεμβάσεις στη κοινότητα και η ψυχοφαρμακολογία.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Οδυνηρά και τραυματικά γεγονότα βιώνουν πολλοί άνθρωποι στη διάρκεια της ζωή τους, όμως δεν έχουν όλοι μετατραυματική διαταραχή. Χρειάζεται μια μεγάλη ποσότητα άγχους ή/και διάρκεια, σε βαθμό που ο ψυχισμός του ατόμου δεν μπορεί να το επεξεργαστεί για να φτάσει στο βαθμό της διαταραχής. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι ένα άτομο που έχει μετατραυματική διαταραχή δεν αντέχει να πιεστεί π.χ. σε μια συνέντευξη με μη ειδικό να μιλήσει για αυτό.

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και διαταραχές σχετιζόμενες με συμπτώματα Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή ή Ψυχαναγκαστική/Καταναγκαστική (ΙΔΨ) αντιπροσωπεύεται από μια διαφορετική ομάδα συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν παρεμβαίνουσες/επίμονες σκέψεις και ανησυχίες (ιδεοληψίες ή ψυχαναγκασμοί) και επίμονες/εμμένουσες τελετουργίες (καταναγκασμοί) που προκαλούν κατά κανόνα σοβαρή δυσλειτουργία στο άτομο. Συγκεκριμένα, ένας καταναγκασμός μπορεί να αφορά στην καταμέτρηση, έλεγχο ή αποφυγή, ενώ ο ασθενής συνήθως αντιλαμβάνεται «το παράλογο» της εμμονής αυτής.

Επιδημιολογία: Τα ποσοστά ΙΔΨ είναι αρκετά σταθερά, με τον επιπολασμό στη διάρκεια ζωής του γενικού πληθυσμού να εκτιμάται σε 2 έως 3 %. Η ΙΔΨ διαταραχή είναι η τέταρτη πιο κοινή ψυχιατρική διάγνωση μετά από τις φοβίες, τις διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες και τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Αιτιοπαθογένεια: Η ΙΔΨ θεωρείται μια πολυδιάστατη διαταραχή, συνέπεια ψυχολογικών, βιολογικών και γενετικών παραγόντων. Όσον αφορά τις ψυχολογικές θεωρίες και, συγκεκριμένα, με βάση τη γνωσιακή θεωρία, δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα και προκαταλήψεις επηρεάζουν το περιεχόμενο της σκέψης, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά (*σύντηξη σκέψης και πράξης: «είναι αναγκαίο να ελέγχω τις σκέψεις μου, διαφορετικά είμαι υπεύθυνος για ότι συμβεί»*). Από την άλλη πλευρά υπάρχουν σημαντικές νευροβιολογικές και νευροψυχολογικές προσεγγίσεις για αυτήν την ψυχική διαταραχή. Τέλος, μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης ΙΨΔ είναι υψηλότερος σε συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που εκδηλώνουν τη διαταραχή.

Αντιμετώπιση: Επειδή τα συμπτώματα ΙΔΨ φαίνεται να είναι σε μεγάλο βαθμό ανθεκτικά στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και στην ψυχανάλυση, οι φαρμακολογικές και συμπεριφορικές θεραπείες έχουν γίνει πιο κοινές. Ωστόσο, οι ψυχοδυναμικοί παράγοντες μπορεί να είναι σημαντικοί στην κατανόηση του τι προκαλεί την επιδείνωση της διαταραχής, καθώς και στην αντιμετώπιση διαφόρων μορφών αντίστασης στη θεραπεία.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Πολύ συχνά στην καθομιλουμένη και στη γλώσσα της δημοσιογραφίας, ενίοτε ως απόπειρα χιούμορ, αναφέρεται κανείς σε ένα άτομο ως ψυχαναγκαστικό. Πράγματι, διάφοροι μικροί ψυχαναγκασμοί μπορεί να υπάρχουν σε πολλούς ανθρώπους, αναλόγως της προσωπικότητάς τους, ώστε να οργανώνουν την καθημερινότητά τους και να ελέγχουν το άγχος τους. Είναι, ωστόσο, δεδομένο ότι η ψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μια σοβαρή ασθένεια, που πλήττει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Συχνά επιφέρει/εξαναγκάζει το άτομο σε πολύωρες «τελετουργίες» που δεν επιτρέπουν μια «κανονική» ζωή. Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να το σκεφτείτε προσεκτικά πριν χρησιμοποιήσετε ξανά τον όρο αυτόν για κάποιον/κάποια.

Διαταραχές Προσωπικότητας

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας (ΔΠ) ορίζονται ως επίμονοι, δύσκαμπτοι και δυσπροσαρμοστικοί τρόποι συμπεριφοράς και εσωτερικών εμπειριών, που αποκλίνουν σημαντικά από τα αποδεκτά πρότυπα του πολιτισμικού περιβάλλοντος του ατόμου. Όταν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι άκαμπτα και προκαλούν δυσλειτουργία ή υποκειμενική δυσφορία, τότε μπορεί να διαγνωστεί η ΔΠ. Η έναρξη προσδιορίζεται στην εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση και εκδηλώνεται σε τουλάχιστον δύο από τους ακόλουθους τέσσερις τομείς: γνώση, συναισθηματικότητα, διαπροσωπική λειτουργία ή έλεγχο παρόρμησης.

Υπότυποι ΔΠ που ταξινομούνται στο DSM-5: Το σύμπλεγμα Α περιλαμβάνει τρεις διαταραχές προσωπικότητας με περίεργες, περιορισμένες δυνατότητες (παρανοϊκός, σχιζοειδής και σχιζότυπος). Το σύμπλεγμα Β περιλαμβάνει τέσσερις διαταραχές προσωπικότητας με δραματικά, παρορμητικά και ακανόνιστα χαρακτηριστικά (οριακά, αντικοινωνικά, ναρκισσιστικά και υστερικά). Το σύμπλεγμα C περιλαμβάνει τρεις διαταραχές προσωπικότητας που έχουν ως κοινό το άγχος και φοβικά χαρακτηριστικά (αποφυγή, εξάρτηση και ιδεοψυχαναγκαστικά στοιχεία). Τα άτομα συχνά εμφανίζουν χαρακτηριστικά που δεν περιορίζονται σε μία μόνο διαταραχή της προσωπικότητας.

Επιδημιολογία: Οι διαταραχές της προσωπικότητας (ΔΠ) εμφανίζονται στο 10 έως 20 % του γενικού πληθυσμού και η διάρκειά τους εκφράζεται σε δεκαετίες. Περίπου

το 50 % όλων των ψυχιατρικών ασθενών έχουν ΔΠ, η οποία συχνά συνυπάρχει με άλλα κλινικά σύνδρομα. Η ΔΠ είναι επίσης ένας παράγοντας προδιάθεσης για άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. χρήση ουσιών, αυτοκτονία, συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές ελέγχου της παρόρμησης, διαταραχές διατροφής και διαταραχές άγχους). Οι ΔΠ παρεισφρέουν στα αποτελέσματα της θεραπείας αυτών των κλινικών συνδρόμων και έτσι αυξάνουν την προσωπική ανικανότητα, νοσηρότητα ή και θνησιμότητα αυτών των ασθενών.

Αιτιοπαθογένεια: Οι καλύτερες ενδείξεις ότι οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν στις διαταραχές προσωπικότητας προέρχονται από έρευνες που συμμετείχαν περισσότερα από 1.000 ζευγάρια διδύμων στις ΗΠΑ. Ως προς τους ψυχαναλυτικούς παράγοντες ο Freud πρότεινε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την καθήλωση σε ένα ψυχοσεξουαλικό στάδιο ανάπτυξης, ενδεχομένως λόγω βασικών ελλείψεων του περιβάλλοντος, τραυματικών γεγονότων ή/και ιδιαίτερων εσωτερικών εντάσεων που το περιβάλλον δεν επέτρεψε να μεταβολιστούν.

Αντιμετώπιση: Τα άτομα με ΔΠ είναι πολύ πιο πιθανό να αρνηθούν ψυχιατρική βοήθεια και να παραβλέπουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, σε σύγκριση με τα άτομα με διαταραχές άγχους, καταθλιπτικές διαταραχές ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Γενικά, τα συμπτώματα ΔΠ είναι σύντονα προς το Εγώ, ενώ τείνουν να προσαρμόσουν τις συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος στις ιδιαιτερότητες του εαυτού, και όχι το αντίστροφο.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι από τις πιο «παρεξηγημένες» και δύσκολα διαχειρίσιμες έννοιες στο δημόσιο λόγο. Όλοι οι άνθρωποι έχουν διαρκή μοτίβα συμπεριφοράς και δύσκολα παρεκκλίνουν από αυτά. Στους ανθρώπους με διαταραχή προσωπικότητας, όμως, αυτά τα μοτίβα είναι δυσλειτουργικά, άκαμπτα και οδηγούν σε συμπεριφορές που αποκλίνουν από τα κοινωνικά και πολιτισμικά πρότυπα του περιβάλλοντός τους. Ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας έχουν συνδεθεί με την παραβατικότητα και με ποινικά κολάσιμες πράξεις. Ωστόσο, σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται προσοχή για να μην διατυπώνονται στο δημόσιο λόγο «διαγνώσεις» από μακριά και από μη - ειδικούς. Όπως ισχύει και για όλες τις άλλες διαταραχές, διάγνωση προκύπτει μόνο όταν εξεταστεί το άτομο από ειδικό. Τέλος, είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι οι διαταραχές προσωπικότητας δεν θα πρέπει να συγχέονται με άλλου τύπου ψυχικές διαταραχές όπως σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και άλλες ψυχώσεις. Οι διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν μια ιδιαίτερη, ξεχωριστή κατηγορία διαταραχών, στη σφαίρα του ενδιαφέροντος της Ψυχιατρικής και της Εγκληματολογίας.

Διαταραχή χρήσης ουσιών

Οι διαταραχές χρήσης ουσιών περιλαμβάνουν κυρίως την κατάχρηση και την εξάρτηση εκ των οποίων η δεύτερη είναι η σοβαρότερη και αφορά σε άτομα που έχουν συνδέσει απολύτως τη ζωή τους με την ανεύρεση και τη χρήση της ουσίας και ως εκ τούτου πλήττεται η λειτουργικότητά τους σε διάφορους τομείς της ζωής.

Οι κυριότερες ουσίες που προκαλούν διαταραχή χρήσης ουσιών είναι: Αλκοόλ, αμφεταμίνες ή παρόμοιες ψυχοτρόπες ουσίες, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, παραισθησιογόνες ουσίες, εισπνεόμενες ουσίες, νικοτίνη, αναβολικά στεροειδή, οπιοειδή, phencyclidine (PCP) ή παρόμοιοι παράγοντες και μια ομάδα που περιλαμβάνει ηρεμιστικά, υπνωτικά και αγχολυτικά.

Επιδημιολογία: Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2017), 11% των ενηλίκων του δείγματος είχε δοκιμάσει έστω και μια φορά κάνναβη στη ζωή του, ενώ στο 1,6% του δείγματος ανέφερε χρήση άλλης ουσίας εκτός κάνναβης στη ζωή του. Επιπλέον, τα οπιοειδή ήταν η συχνότερη ουσία κατάχρησης (70%) των ατόμων εκείνων που εισήλθαν για θεραπεία, με μέση ηλικία έναρξης της χρήσης τα 20,5 έτη, ενώ η μέση διάρκεια χρήσης ουσιών των ατόμων ήταν τα 10,9 έτη πριν τελικά ξεκινήσουν θεραπεία.

Αιτιοπαθογένεια: Αναφέρονται πολλαπλοί παράγοντες. Η διαθεσιμότητα των ναρκωτικών ουσιών, η κοινωνική αποδοχή και οι πιέσεις των συνομηλίκων μπορεί να είναι οι κύριοι προσδιοριστές για τον αρχικό τουλάχιστον πειραματισμό σε μια ουσία, αλλά διάφοροι παράγοντες, όπως η προσωπικότητα και η βιολογία κάθε οργανισμού είναι πιθανώς πιο σημαντικοί στον τρόπο με τον οποίο γίνονται εμφανείς οι επιδράσεις μιας συγκεκριμένης ουσίας και ο βαθμός στον οποίο η επαναλαμβανόμενη χρήση ναρκωτικών ουσιών/κατάχρηση προκαλεί αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Τελικά η φύση του εθισμού είναι πιο περίπλοκη και προϋποθέτει την αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων.

Οι πρόσφατες ψυχοδυναμικές συνθέσεις κάνουν λόγο για τη χρήση ουσιών ως αντανάκλαση των διαταραγμένων λειτουργιών του Εγώ (δηλαδή, την αδυναμία αντιμετώπισης της πραγματικότητας). Ως μορφή αυτοθεραπείας, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο του πανικού, τα οπιοειδή για τη μείωση του θυμού και οι αμφεταμίνες για την ανακούφιση της κατάθλιψης. Μερικοί εθισμένοι άνθρωποι έχουν μεγάλη δυσκολία να αναγνωρίσουν τον εσωτερικό τους συναισθηματικό κόσμο και τις συναισθηματικές τους εντάσεις, μια κατάσταση που ονομάζεται αλεξιθυμία (δεν μπορούν, δηλαδή, να βρουν λέξεις για να περιγράψουν τα συναισθήματά τους).

Ισχυρά ερευνητικά στοιχεία από μελέτες διδύμων, υιοθετημένων παιδιών και αδελφών, που μελετήθηκαν ξεχωριστά, δείχνουν ότι η αιτία της κατάχρησης αλκοόλ έχει γενετική συνιστώσα.

Τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι κοινά μεταξύ των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με κατάχρηση ουσιών ή εξάρτηση από ουσίες. Περίπου το ένα τρίτο έως το ήμισυ όλων εκείνων με κατάχρηση οπιοειδών ή εξάρτηση από οπιοειδή, και περίπου το 40% αυτών με κατάχρηση αλκοόλ ή εξάρτηση από αλκοόλ, πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Αντιμετώπιση: Η θεραπεία της εξάρτησης στην Ελλάδα παρέχεται από 4 διαφορετικούς τύπους παρέμβασης:

1. Θεραπεία φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης.
2. Ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, εξωτερικής παραμονής εφήβων).
3. Ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια του σωφρονιστικού συστήματος και
4. Σωματική αποτοξίνωση.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Η χρήση και πολύ περισσότερο η κατάχρηση ουσιών δεν είναι απλά μια «επιλογή» του ατόμου. Συνδέεται με υποκείμενα προβλήματα ψυχικής φύσης, είναι μια παθολογική κατάσταση με πολυπαραγοντικά αίτια και χρειάζεται συνδυασμό παρεμβάσεων που στόχο έχουν να αντιμετωπίσουν και την εξάρτηση και τις υποκείμενες αιτίες. Συχνά οι άνθρωποι αυτοί συνδέονται με παραβατικότητα, προκαλούν θυμό, φόβο, υποτιμώνται στο δημόσιο λόγο και ενίοτε αν βρεθούν οι ίδιοι στη θέση θύματος βίαιων συμπεριφορών αδικούνται με το να συνδέεται το γεγονός αυτό αποκλειστικά με τη δική τους κατάχρηση ή εξάρτηση. Επομένως, χρειάζεται αυξημένη προσοχή και έρευνα στην παρουσίαση γεγονότων όπου ενέχονται χρήστες ουσιών.

Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές

Τα ψυχοπαθολογικά ζητήματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της λοχείας πρέπει να συνυπολογίζουν την ιστορία κάθε γυναίκας, τη συναισθηματική της κατάσταση, τη στάση της απέναντι στη μητρότητα.

Πρώιμες επιλόχειες ψυχώσεις: Η πιο συνήθης κλινική εικόνα είναι αυτή ενός οξέος-παραληρητικού επεισοδίου, με συναίσθημα καταθλιπτικό το οποίο συνοδεύεται από άγχος. Το περιεχόμενο του παραληρήματος μπορεί να έχει να κάνει με την άρνηση της μητρότητας και του γάμου ή/και με την αίσθηση ότι το παιδί δεν υπάρχει ή δεν ανήκει στη μητέρα. Λόγω της διέγερσης του κινδύνου αυτοκτονίας ή και παιδοκτονίας είναι συχνά επιβεβλημένη η νοσηλεία σε ψυχιατρικό περιβάλλον.

Επιλόχειες καταθλιπτικές καταστάσεις: Πρόκειται συνήθως για μελαγχολικά επεισόδια κατά τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό. Οι μελαγχολικές/ καταθλιπτικές ιδέες εστιάζουν κυρίως στο παιδί: ιδέες αναξιοτήτας της μητέρας απέναντι στη μητρότητα, πεποίθηση και φόβοι ότι το παιδί θα πεθάνει. Οι καταστάσεις αυτές αντιμετωπίζονται με αντικαταθλιπτική αγωγή και ψυχοθεραπευτική στήριξη, καθώς ενέχουν επίσης κίνδυνο αυτοκτονίας. Ωστόσο, συνηθέστερα πρόκειται για νευρωσικές καταθλιπτικές καταστάσεις που απαρτίζονται από αίσθηση ανικανότητας και ενοχής και σωματική αδιαθεσία. Οι καταστάσεις αυτές συνήθως θεραπεύονται γρήγορα.

Επιδημιολογία: Η επιλόχεια ψύχωση εμφανίζεται στο 1-2 τοις χιλίοις των τοκετών. Τα περισσότερα επεισόδια εμφανίζονται σε γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά. Όσον αφορά την επιλόχεια κατάθλιψη, εμφανίζεται περίπου στο 10-15% των γυναικών και διαρκεί από δύο εβδομάδες έως και ένα περίπου έτος μετά τη γέννα.

Αιτιοπαθογένεια: Η αιτιολογία των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί, παρά τις πολυάριθμες μελέτες που έχουν λάβει χώρα μέχρι σήμερα. Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή της, μεταξύ των οποίων στρεσογόνα συμβάντα, συζυγικές διαμάχες, έλλειψη κοινωνικής στήριξης/βοήθειας στη φροντίδα του παιδιού, πιθανή προδιάθεση σε συσχέτιση με ορμονικές αλλαγές κατά την περίοδο της λοχείας, η ηλικία, η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, τα γνωρίσματα της προσωπικότητας και η οικονομική /κοινωνική κατάσταση της γυναίκας. Επιπλέον, εξετάζονται και διάφοροι γενετικοί παράγοντες.

Αντιμετώπιση: Αν συνυπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός πρέπει να λαμβάνονται οι κατάλληλες προφυλάξεις. Αν η μητέρα έχει παραληρητικές ιδέες ή ιδεομυρηκασμό σχετικά με την υγεία του βρέφους, δεν πρέπει να μένει μόνη της με το βρέφος. Η φαρμακευτική αγωγή με την χορήγηση αντικαταθλιπτικών -σε περίπτωση αυτοκτονικού ιδεασμού-, αγχολυτικών ή/και αντιψυχωτικών φαρμάκων -για τις παραληρητικές ιδέες- έχουν δοκιμαστεί με σχετική αποτελεσματικότητα. Επιπλέον, συστήνεται ψυχοθεραπεία, τόσο ατομική όσο και ζεύγους, για την αντιμετώπιση ενδοψυχικών και των διαπροσωπικών συγκρούσεων.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Η εμπειρία έχει δείξει ότι πολλοί δημοσιογράφοι αισθάνονται αμηχανία απέναντι σε ό,τι αντιβαίνει στην κυρίαρχη αντίληψη περί «χαράς της μητρότητας». Είναι όμως γεγονός ότι αναλόγως του ψυχισμού της μητέρας και του ενδεχομένως στρεσογόνου περιβάλλοντός στο οποίο ζει μια μητέρα μπορεί να αναπτύξει διαταραχή περί την λοχεία. Ένα τέτοιο συχνό φαινόμενο είναι η καταθλιπτική διάθεση, η οποία παρέρχεται σχετικά γρήγορα. Όταν όμως μιλάμε για μελαγχολία ή ψυχωτική διαταραχή χρειάζεται άμεση βοήθεια για να μην κινδυνεύσει η ίδια ή το βρέφος. Θυμηθείτε τα εξής: Μην ενοχοποιείτε, άθελά

σας, μια γυναίκα που νόσησε μετά τη γέννα με εκφράσεις που υποδηλώνουν ότι θα έπρεπε να είναι χαρούμενη. Περάστε το μήνυμα ότι το περιβάλλον χρειάζεται να κινητοποιηθεί άμεσα.

Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Οι πιο συνηθισμένες διατροφικές διαταραχές είναι η **ψυχογενής ανορεξία** και η **ψυχογενής βουλιμία**.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της **ψυχογενούς ανορεξίας**:

- α) Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του.
- β) Φόβος και αγωνία ότι θα μεγαλώσει το βάρος του -ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό.
- γ) Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται το βάρος, υπέρμετρη αντίδραση εξαιτίας του βάρους ή του σχήματος του σώματος.
- δ) Σε γυναίκες μετά την έναρξη της έμμηνου ρύσης, απουσία τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας:

- α) Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και πιο συγκεκριμένα μεγάλη κατανάλωση τροφής σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο καθώς και έλλειψη ελέγχου κατανάλωσης του φαγητού αυτή την περίοδο.
- β) Επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά με σκοπό να αποτραπεί η αύξηση βάρους όπως οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι.
- γ) Τα προηγούμενα επεισόδια υπερφαγίας αλλά και η αντισταθμιστική συμπεριφορά παρουσιάζονται συνήθως δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 8 μηνών.
- δ) Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια των επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Επιδημιολογία: Η ψυχογενής ανορεξία έχει μέση συχνότητα που κυμαίνεται από 0,3 - 1% στις γυναίκες και 0,1% στους άνδρες σύμφωνα με τα διαγνωστικά στοιχεία στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η διαταραχή επιδρά σε μεγαλύτερο βαθμό σε νεαρές εφήβους, κυρίως ηλικίας 15-19 ετών, ηλικιακή ομάδα που αποτελεί το 40% όλων των περιπτώσεων. Περίπου το 90% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι γυναίκες. Η ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα και πιο σπάνια στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (Gelder, Mayou and Geddes 2005).

Αιτιοπαθογένεια: Υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα για βιολογικούς, ψυχολογικούς, αναπτυξιακούς και κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες κινδύνου, αλλά η ακριβής αιτία των διατροφικών διαταραχών είναι άγνωστη. Η ψυχογενής ανορεξία, ωστόσο, σχετίζεται με την κληρονομικότητα, όπως έχουν δείξει μελέτες διδύμων. Κοινωνικοπολιτιστικές έρευνες έχουν τονίσει τον ρόλο των πολιτιστικών παραγόντων, όπως η προώθηση του αδύνατου σώματος, ιδιαίτερα μέσω των ΜΜΕ, ως την ιδανική γυναικεία μορφή στη δύση. Υπάρχουν επίσης ερευνητικά τεκμήρια ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χαρακτηρίζονται από αλεξιθυμία (κατάσταση που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους που έχουν δυσκολία στην κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων τους) και από έλλειμμα σε συγκεκριμένες συναισθηματικές λειτουργίες. Τέλος, αναφέρεται υψηλό ποσοστό αναφερόμενης παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε κλινικές ομάδες εκείνων που έχουν διαγνωστεί με ψυχογενή ανορεξία.

Αντιμετώπιση: Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας αποβλέπει στα εξής:

- 1) Να αποκαταστήσει το φυσιολογικό βάρος του ατόμου.
- 2) Να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με την ασθένεια.
- 3) Να μειώσει ή να εξαφανίσει συμπεριφορές ή σκέψεις που αρχικά οδήγησαν στην διαταραγμένη διατροφή του ατόμου.

Η Οικογενειακή Θεραπεία αποτελεί μια αποτελεσματική μορφή θεραπείας για εφήβους με ψυχογενή ανορεξία.

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σοβαρές διαταραχές που μπορεί να απειλήσουν τη ζωή ενός ατόμου. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση των όρων και στη σύνδεσή τους με τους χώρους της δημοσιότητας: π.χ. «αυτό το μοντέλο είναι ανορεξικό», για να χαρακτηρίσει κάποια πολύ αδύνατη κοπέλα. Όπως διαβάσατε η διαταραχή είναι περίπλοκη και τα άτομα ευάλωτα και ως εκ τούτου είναι απαραίτητο να αποφεύγονται χαρακτηρισμοί τέτοιου είδους. Αντιθέτως, θα πρέπει να προβάλλεται ισχυρά η δυνατότητα ανάκαμψης και οι επιτυχημένες ιστορίες- πρότυπα ανθρώπων που ανέκαμψαν με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να οριστεί ως η διαταραχή στην υποκειμενική αίσθηση ευχαρίστησης ή επιθυμίας που συνήθως συνδέεται με τη σεξουαλική πράξη ή μπορεί να οριστεί ως προς την αντικειμενική «εκτέλεση»/«απόδοση» (performance).

Οι χαρακτηριστικές σεξουαλικές δυσλειτουργίες μπορεί να αφορούν τη μειωμένη

σεξουαλική επιθυμία, τις διαταραχές της στύσης, τις διαταραχές της διέγερσης, τον πυελικό πόνο κατά τη συνεύρεση για τις γυναίκες, διαταραχές οργασμού κτλ.

Οι σεξουαλικές διαταραχές διαγιγνώσκονται μόνο όταν αποτελούν σημαντικό μέρος της κλινικής εικόνας. Συχνά συνδέονται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως τις καταθλιπτικές διαταραχές, τις διαταραχές άγχους, τις διαταραχές προσωπικότητας και τη σχιζοφρένεια.

Παραφιλικές διαταραχές

Οι παραφιλίες αφορούν σε σεξουαλικές επιθυμίες ή δραστηριότητες που αποκλίνουν από τις συνηθισμένες σεξουαλικές συμπεριφορές και είναι ωστόσο απαραίτητες για ορισμένα άτομα ώστε να βιώσουν διέγερση και οργασμό. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η παιδοφιλία, η ηδονοβλεψία και η επιδειξιμανία. Τα άτομα που εμφανίζουν παιδοφιλία πρέπει να είναι τουλάχιστον 16 ετών και τουλάχιστον 5 χρόνια μεγαλύτερα από τα θύματά τους.

Οι παραφιλικές προτιμήσεις δεν συνιστούν οπωσδήποτε ψυχιατρικές διαταραχές. Συνιστούν ψυχιατρικές διαταραχές όταν προκαλούν δυσφορία, σημαντική δυσλειτουργία και μάλιστα εμπλοκή με το ποινικό σύστημα λόγω πρόκλησης βλάβης σε τρίτους.

Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική, εφηβική ηλικία

Η έκφραση της ψυχοπαθολογίας σε νεαρή ηλικία μπορεί να σχετίζεται τόσο με την ηλικία όσο και με το αναπτυξιακό στάδιο. Η ταξινόμηση αυτή με βάση την ηλικία εμφάνισης δεν είναι απόλυτη. Εντούτοις οι παρακάτω διαταραχές εμφανίζονται συνήθως για πρώτη φορά κατά την νεαρή ηλικία χωρίς, βέβαια, να λείπουν οι εξαιρέσεις (π.χ. η μαθησιακή διαταραχή είναι δυνατόν να μην τύχει κλινικής παρατήρησης μέχρι την ενηλικίωση). Επιπρόσθετα, άλλες διαταραχές που έχουν ήδη περιγραφεί μπορεί να καταγραφούν κλινικά κατά τη νεαρή ηλικία (π.χ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή).

Διανοητική αναπηρία (νοητική υστέρηση): Πρόκειται για γενικευμένη αναπτυξιακή διαταραχή (με έναρξη πριν τα 18 έτη). Η πνευματική λειτουργία καταγράφεται σημαντικά κάτω από τον μέσο όρο, σύμφωνα με σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, ενώ συνυπάρχουν ελλείμματα ή έκπτωση της παρούσας προσαρμοστικής λειτουργίας σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας όπως π.χ. την αυτοεξυπηρέτηση, την επικοινωνία, τη διαβίωση στο σπίτι, τις σχολικές δεξιότητες κ.λπ. Η διανοητική αναπηρία με βάση τη βαρύτητα της πνευματικής έκπτωσης διακρίνεται σε ήπια, μέτρια, βαριά, βαθιά.

Μαθησιακές διαταραχές (ειδικές μαθησιακές δυσκολίες): Πρόκειται για ειδικές αναπτυξιακές δυσκολίες στη μάθηση, οι οποίες διακρίνονται στη διαταραχή της ανάγνωσης, διαταραχή των μαθηματικών, διαταραχή της γραπτής έκφρασης καθώς και τη μαθησιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Η επίδοση στην εκάστοτε περιοχή είναι σημαντικά κάτω από το αναμενόμενο δεδομένων της ηλικίας, της νοημοσύνης και της εκπαίδευσης.

Διαταραχή του Αυτιστικού φάσματος: Πρόκειται για εγγενή αναπτυξιακή διαταραχή με έναρξη από την πρώιμη παιδική ηλικία (η διάγνωσή της καθίσταται αξιόπιστη από την ηλικία των δύο ετών), η οποία χαρακτηρίζεται από:

- α) ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική επικοινωνία,
- β) περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων,
- γ) σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου.

Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος εμφανίζουν υψηλή συννοσηρότητα με τη νοητική υστέρηση (κατά προσέγγιση 30%).

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής - υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ): Πρόκειται για νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντικά συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας, ή συνδυασμό αυτών, που επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινή λειτουργικότητα και συμπεριφορά του παιδιού σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (πχ στο σχολείο και στο σπίτι). Παρατηρείται δυσκολία του παιδιού να επικεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες, να διατηρήσει την προσοχή στο παιχνίδι, να ακούσει και να ανταποκριθεί όταν του απευθύνεται ο λόγος, συχνή νευρική κίνηση των χεριών και των ποδιών, δυσκολία να διατηρήσει τη θέση του στην τάξη, τη συνεχή και γρήγορη ομιλία κ.α. Συνήθως τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, διαπιστώνονται από τις πρώτες τάξεις του Δημοτικού (κατά κανόνα πριν την ηλικία των 7 ετών).

Τι χρειάζεται να θυμάστε: Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και ευαισθησία στην χρήση όρων που σχετίζονται με διαταραχές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία. Είναι συχνό φαινόμενο να χρησιμοποιούνται στιγματιστικές εκφράσεις (π.χ. «καθυστερημένος είσαι;»), υπερβολές (π.χ. «είναι υπερκινητικό» για ένα παιδί που μπορεί να είναι απλώς κάπως περισσότερο κινητικό), ή αντιεπιστημονικές και λανθασμένες ετικέτες (π.χ. «είναι αυτιστικός» για κάποιον που μπορεί να είναι ιδιαίτερα εσωστρεφής). Τώρα που γνωρίζετε το επιστημονικό περίγραμμα των εννοιών, μπορείτε να αποφύγετε τις παγίδες και να «διορθώνετε» και τους συνομιλητές σας!

Β. Τι χρειάζεται να γνωρίζετε για το Στίγμα

Σε αυτό το κεφάλαιο εκτός από τις θεωρητικές αναφορές σε επιστημονικά δεδομένα, αξιοποιούνται στοιχεία που αναδείχθηκαν από την έρευνα/επισκόπηση τύπου που πραγματοποιήσαμε στην αρχή του έργου «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας», αλλά κυρίως από τις ομάδες εστίασης (focus groups) στις οποίες συμμετείχαν άτομα με βιωμένη εμπειρία ψυχικής νόσου. Σε κάποια σημεία του κειμένου, ο λόγος δίνεται στα άτομα αυτά, ώστε να αποτυπωθούν πιο ξεκάθαρα οι διαστάσεις και οι επιπτώσεις του στίγματος ψυχικής υγείας.

“ B.1 Τι είναι στίγμα ψυχικής υγείας;

Η λέξη «Στίγμα» είναι εξέλιξη της λατινικής *stigmat*, που σήμαινε «σημάδεμα», και η ρίζα της είναι προερχόμενη από την ελληνική λέξη «στίζειν», η οποία έφερε παρόμοια με το «σημάδεμα» έννοια. Στην εποχή μας χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από αρνητικές, και συχνά άδικες ή ψευδείς, πεποιθήσεις που μπορεί να έχει η κοινωνία ή μια ομάδα ανθρώπων για κάποια κατάσταση.

Στην ψυχική υγεία το στίγμα περιγράφει ένα σύνολο εμπειριών και συναισθημάτων που προκαλούνται από τις πεποιθήσεις που έχει η κοινωνία και ομάδες ατόμων για τα προβλήματα ψυχικής υγείας και για τα άτομα που τα αντιμετωπίζουν. Ο φόβος, η ενοχή, η κοινωνική απομόνωση και ο αποκλεισμός είναι μερικά από τα συναισθήματα και τις επιπτώσεις που έχει ο στιγματισμός.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έχει μελετηθεί και ερμηνευθεί ως προς τις γνωστικές και συμπεριφορικές δομές στερεοτύπων, προκαταλήψεων και διακρίσεων. Ως στερεότυπα ορίζονται επιφανειακές, βασισμένες στα γεγονότα γνωστικές δομές, που είναι εγγενείς σε κάθε δεδομένη κουλτούρα και τις περισσότερες φορές περιέχουν αρνητικά στοιχεία αξιολόγησης. Τα στερεότυπα μετατρέπονται σε προκαταλήψεις όταν οι άνθρωποι αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα και ερμηνείες προς το αντικείμενο του στερεοτύπου (Crocker et al., 1998). Η διάκριση είναι το αποτέλεσμα ενός στερεοτύπου που μετουσιώνεται σε συμπεριφορά προκατάληψης. Τυπικά παίρνει τη μορφή τιμωρίας και εκφράζεται μειώνοντας την πρόσβαση σε μια νόμιμη ευκαιρία. Το στίγμα ως γενικός όρος, περιλαμβάνει προβλήματα γνώσης (άγνοια ή παραπληροφόρηση), στάσεις (προκατάληψη) και συμπεριφορές (διακρίσεις), επηρεάζοντας αρνητικά πολλούς τομείς της ζωής των ατόμων που το υφίστανται. Εμφανίζεται, δε, σε ποικίλες εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής και το βιώνει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Το στίγμα δημιουργείται όταν οι άνθρωποι κάνουν διακρίσεις αποδίδοντας ετικέτες σε άτομα που διαφέρουν από την εκάστοτε κυρίαρχη κοινωνική ομάδα, συνδέοντάς τα, έτσι, με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά (Angermeyer & Matschinger, 2005).

B.1.2 Κατανοώντας τα συστατικά του στίγματος

Προκειμένου να προσδιορίσουμε το περιεχόμενο που αποδίδεται στο στίγμα θα πρέπει να αναλύσουμε τα βασικά του συστατικά τα οποία είναι:

- Η Τιτλοφόρηση
- Τα Στερεότυπα
- Ο Διαχωρισμός
- Οι Συναισθηματικές αντιδράσεις
- Η Απώλεια κατάστασης και διακρίσεις.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι για κάθε συστατικό του στίγματος, μείζονος σημασίας είναι η παράμετρος της έντασης – οι ετικέτες μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο κοινωνικά εμφανείς, μπορούν να συνδέονται με πολλά στερεότυπα ή μόνο με μερικά ή με κάποιο εξ αυτών, η σύνδεση μπορεί να είναι σχετικά ισχυρή ή σχετικά αδύναμη.

Έτσι, το στίγμα αναδεικνύεται ως «θέμα έντασης» και ποικίλλει ανάλογα με τις στιγματιστικές περιστάσεις/παθολογίες όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη, η παχυσαρκία, η κατάσταση ΗΤV, το βραχύ ανάστημα, ο διαβήτης και ο καρκίνος.¹³

Η Τιτλοφόρηση: Ορισμένες διαφορές, όπως το χρώμα του δέρματος και οι σεξουαλικές προτιμήσεις, συγκαταλέγονται στα χαρακτηριστικά με υψηλά ποσοστά κοινωνικής διάκρισης/στιγματισμού. Τόσο η επιλογή των εμφανών χαρακτηριστικών όσο και η δημιουργία ετικετών για αυτά είναι κοινωνικές κατασκευές που πρέπει να κατανοηθούν ως βασικά συστατικά του στίγματος.

Τα Στερεότυπα: Σε αυτή την κατηγορία, η διαφοροποίηση που προκύπτει από την κατάσταση του ατόμου συνδέεται με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά είτε στο μυαλό άλλων προσώπων είτε στη σκέψη του ίδιου του ατόμου. Μπορεί, για παράδειγμα, να υποτεθεί, στερεοτυπικά και λανθασμένα, ότι ένα άτομο που έχει νοσηλευτεί για ψυχική ασθένεια αντιπροσωπεύει αυξημένο κίνδυνο άσκησης βίας.

Ο Διαχωρισμός: Μια τρίτη πτυχή της κατάστασης του στίγματος εμφανίζεται όταν οι κοινωνικές ετικέτες υποδηλώνουν το διαχωρισμό του «εμείς» από το «αυτοί». Για παράδειγμα, μέλη ορισμένων εθνοτικών ή εθνικών ομάδων, άτομα με ψυχικές ασθένειες ή άτομα με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό, μπορεί, σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο, να θεωρηθούν θεμελιωδώς διαφορετικοί

¹³ <https://www.psychology.gr/psychopathologia/3412-stigma-psyxikon-diataraxon-arnitikes-epiptoseis.html>, Συγγραφή-Επιμέλεια άρθρου: Τσιούλου Χριστίνα, Ψυχολόγος, «Το στίγμα των ψυχικών διαταραχών και οι αρνητικές επιπτώσεις» psychology.gr, 2018

από το «εμείς». Όταν αυτός ο διαχωρισμός είναι διεξοδικός και επίμονος, τα μέλη της στιγματισμένης ομάδας είναι πιθανόν να εσωτερικεύσουν τα στερεότυπα και να προσλάβουν τον εαυτό τους ως θεμελιωδώς διαφορετικό ή/και κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους.

Οι Συναισθηματικές αντιδράσεις: Οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι κρίσιμες για την κατανόηση της συμπεριφοράς τόσο των «στιγματιστών» όσο και των ατόμων που είναι αποδέκτες «στιγματιστικών» αντιδράσεων. Άτομα που προβαίνουν σε στιγματιστικές ενέργειες μπορεί να χαρακτηρίζονται από συναισθηματικές αντιδράσεις όπως ο θυμός, το άγχος και ο φόβος, οι οποίες μπορούν να διαμορφώσουν τη μετέπειτα συμπεριφορά προς το στιγματισμένο άτομο ή ομάδα μέσω διαδικασιών που προσδιορίζονται από τη θεωρία απόδοσης (Weimer 1986).

Από την πλευρά του ατόμου που είναι στιγματισμένος, τα συναισθήματα αμηχανίας, ντροπής, φόβου, αποξένωσης ή θυμού είναι εξίσου πιθανά. Ο καθηγητής του τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια, Thomas Scheff, υποστήριξε ότι το συναίσθημα της ντροπής είναι κεντρικό στοιχείο του στίγματος και ότι οι διεργασίες ντροπής μπορούν να έχουν ισχυρές και οδυνηρές συνέπειες για τα στιγματισμένα άτομα.

Η Απώλεια κατάστασης και διακρίσεις: Όταν οι άνθρωποι στιγματίζονται, διαχωρίζονται και συνδέονται με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά ή ακόμη χειρότερα ξεκινούν σταδιακά να αυτό-αναγνωρίζονται μέσω αυτό του πρίσματος. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται σταδιακά μια κοινωνική μηχανική, μια «λογική» για την υποτίμηση, την απόρριψη και τον (αυτό)αποκλεισμό τους.

“ B.1.3 Τύποι στίγματος

Ένα μοντέλο για την κατανόηση του στίγματος στη ψυχική υγεία μπορεί να περιλαμβάνει τις ακόλουθες παραμέτρους:

- Δημόσιο στίγμα
- Αυτοστιγματισμός
- Αποφυγή ετικετών
- Δομικό στίγμα.

Οι τρεις πρώτες αναπτύχθηκαν μέσα από τη μελέτη και έρευνα της κοινωνικής ψυχολογίας, ενώ το τέταρτο, δομικό στίγμα, αντιπροσωπεύει σε μεγάλο βαθμό την προσέγγιση του κοινωνιολόγου P.W. Corrigan στο θέμα και έτσι αναφέρεται περιληπτικά εδώ.

Το **δημόσιο στίγμα** είναι η διαδικασία με την οποία τα άτομα ενστερνίζονται πρώτα τα στερεότυπα της ψυχικής ασθένειας και στη συνέχεια ενεργούν με στιγματιστικό τρόπο. Περιλαμβάνει τη στάση, γνώμες και συμπεριφορές του κοινού απέναντι σε άτομα που είναι γνωστό ότι έχουν ψυχική ασθένεια.

Ο **αυτοστιγματισμός** εμφανίζεται όταν οι άνθρωποι εσωτερικεύουν την προκατάληψη και στιγματίζουν τους εαυτούς τους. Η εσωτερίκευση στερεοτύπων μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμηση και να δυσχεράνει την αίσθηση ικανότητας των ατόμων λόγω φόβου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής με δεδομένη της ψυχική τους νόσο.

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Το πρόβλημα του στίγματος υπάρχει. Το έχουμε βιώσει στο πετσί μας. Τι κάνουμε όμως κι εμείς για ν' αλλάξει αυτή η κατάσταση;»

Η **αποφυγή ετικέτας** αναφέρεται σε έναν τρίτο τύπο στίγματος. Οι άνθρωποι μπορεί να στιγματιστούν μέσω της απλής σύνδεσης με το γεγονός ότι λαμβάνουν θεραπεία. «Βγαίνει αυτή η Μαρία από το γραφείο του ψυχιάτρου; Πρέπει να είναι τρελή!» Αυτό ενδέχεται να έχει την καταστροφική συνέπεια το άτομο να αποφύγει να πάρει την ενδεδειγμένη θεραπεία για να αποφύγει την ετικέτα!

Το **δομικό στίγμα** περιλαμβάνει δύο σημαντικούς παράγοντες:

1. Πολιτικές ιδιωτικών αλλά και κυβερνητικών οργανισμών και ιδρυμάτων, στα οποία οι ευκαιρίες για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι περιορισμένες.
2. Πολιτικές ιδρυμάτων που δεν έχουν σκόπιμες προθέσεις περιορισμού των επιλογών για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, αλλά παρ' όλα αυτά τις εφαρμόζουν μηχανικά (Corrigan et al., 2004).



B.2 Πως επηρεάζει το στίγμα: Τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τους επαγγελματίες, την κοινωνία

Το στίγμα επηρεάζει με πολλαπλούς τρόπους τα άτομα που το βιώνουν, την οικογένειά τους και το κοινωνικό σύνολο. Πολλοί τρόποι είναι οφθαλμοφανείς και έχουν κραυγαλέες συνέπειες, ενώ άλλοι είναι περισσότερο «υπόγειοι», ωστόσο υποσκάπτουν εξίσου την ισότιμη ένταξη των ανθρώπων, θίγουν τα δικαιώματά τους και έχουν επίπτωση ακόμα και στην υγεία τους.

Ο διαχωρισμός ανάμεσα σε επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια και στην κοινωνία είναι εν πολλοίς τεχνητός.

Τα επίπεδα της ατομικής, οικογενειακής, επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής είναι κατά βάση αλληλένδετα για όλους τους ανθρώπους και έχει αποδειχθεί ότι όσον αφορά στο στίγμα πλήττονται όλα ανεξαιρέτως, σε διάφορο βαθμό κάθε φορά. Επιπλέον, είτε η επίπτωση αφορά στο άτομο είτε στην οικογένεια του, εν τέλει επηρεάζεται όλο το κοινωνικό σύνολο από τη ρήξη της συνοχής και από τις συνέπειες που έχει η μη ένταξη μιας μερίδας ανθρώπων στο σύνολο.

Παρακάτω επιχειρείται ένας σχηματικός διαχωρισμός των επιπτώσεων με άξονα το τι προκαλεί το στίγμα στο άτομο και στη σχέση του με τα άλλα επίπεδα κοινωνικής ζωής.

Άτομο και οικογένεια

Η ετικέτα του ψυχικά ασθενή επιφέρει κοινωνική απομόνωση και κοινωνικό αποκλεισμό, ο οποίος συνοδεύεται από αντιδράσεις φόβου, από συμπεριφορές καχυποψίας, περιφρόνησης και απόρριψης προς τους ίδιους (Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004) αλλά και προς τις οικογένειές τους. Είναι συχνό άτομα και οικογένειες που γίνονται αποδέκτες τέτοιων φαινομένων να υποφέρουν από μοναξιά.

Σε κάθε περίπτωση παραμερίζονται τα ατομικά χαρακτηριστικά και το άτομο αντιμετωπίζεται ως μέλος μιας ομάδας με ιδιότητες διαμορφωμένες από προκαταλήψεις, καθώς και ελλιπή γνώση και πληροφόρηση επί του θέματος. Τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει το άτομο αυτό εκτείνονται σε όλους τους τομείς της ζωής του. Έτσι, δυσχεραίνονται, μεταξύ άλλων, οι διαπροσωπικές του σχέσεις, οι κοινωνικές του συναναστροφές, ο εργασιακός του ρόλος.¹⁴

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Ιδιαίτερα στο χώρο της εργασίας το έχω βιώσει, δεν θέλω να αναφέρω ότι έχω ψυχική νόσο για να μη στιγματιστώ. Δεν έλεγα κάτι στη δουλειά μου δηλαδή από φόβο».

Σχετικά με τον διαχωρισμό ως βασικό συστατικό του στίγματος, ιδίως όταν είναι διεξοδικός και επίμονος, τα μέλη μιας στιγματισμένης ομάδας υφίστανται την επίδραση στερεοτύπων που κάποτε φτάνουν να τα θεωρούν «αντικειμενικά», αναγνωρίζοντας, πλέον, τον εαυτό τους ως θεμελιωδώς διαφορετικό ή/και κατώτερο, από τους άλλους ανθρώπους.

Οι πλέον προφανείς και συχνές **διακρίσεις** είναι οι ατομικές, όταν, για παράδειγμα, ένας πολίτης απορρίπτεται σε μια αίτηση εργασίας λόγω μιας ψυχικής νόσου, η

¹⁴ <https://www.psychology.gr/psychopathologia/3412-stigma-psyxikon-diataraxon-arnitikes-epiptoseis.html>, Συγγραφή-Επιμέλεια άρθρου: Τσιούλου Χριστίνα, Ψυχολόγος, «Το στίγμα των ψυχικών διαταραχών και οι αρνητικές επιπτώσεις» psychology.gr, 2018

οποία δεν τον επηρεάζει στην άσκησή της ή όταν ένας άλλος πολίτης αρνείται να νοικιάσει ένα διαμέρισμα σε άτομο με ψυχική ασθένεια.

Τέλος, ένα παράδειγμα **δομικού στίγματος** στην ψυχική υγεία, το οποίο επηρεάζει δραματικά το άτομο και την οικογενειακή του ζωή απαντά σε περιπτώσεις όπου κατά το ισχύον οικογενειακό δίκαιο περιορίζονται τα γονικά δικαιώματα ενός ατόμου λόγω του ιστορικού ψυχικής ασθένειας. Βασικό σφάλμα στη σύλληψη και στο περιεχόμενο αυτών των νόμων είναι η υπόθεση ότι ένα άτομο που είχε διαγνωστεί με σοβαρή ψυχική ασθένεια πριν από δύο χρόνια θα συνεχίσει να έχει ανάλογα συμπτώματα και σήμερα. Η αλήθεια είναι ότι με τη σωστή θεραπευτική στήριξη τα περισσότερα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορούν να ασκήσουν τον γονεϊκό ρόλο.

Άτομο και επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Σε κάποιες περιπτώσεις ένα άτομο που φοβάται ότι θα στιγματιστεί επειδή πηγαίνει σε ψυχίατρο επιδιώκει να καθυστερήσει ή/και να αποφύγει τελείως τη θεραπεία με συχνά πολύ σοβαρή επίπτωση στη ζωή και στην υγεία του. Σε αυτή την αλληλουχία θίγονται πολλά και δομικά τα δικαιώματα του ατόμου, όπως αυτό της θεραπείας (Corrigan & Watson, 2002) και της σωστής ιατρικής φροντίδας. Οι συνέπειες που έχουν όλα αυτά στον ψυχισμό του ατόμου είναι πολύ σοβαρές (Gaebel et al., 2002) και συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την αναστολή κάθε προσπάθειας βελτίωσης και εξέλιξης για το ίδιο, ενώ παράλληλα οδηγούν σε μια αναπόφευκτη κατάσταση περιθωριοποίησης.¹⁵

Στην ερευνητική βιβλιογραφία έχουν εντοπιστεί διάφορα στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις. Ένα συνηθισμένο στερεότυπο καταλήγει ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι υπαίτια για αυτό που τους συνέβη, για την κατάστασή τους. Ο Weiner (1995) το εξηγεί μιλώντας για δύο τύπους «ευθύνης»: *Ευθύνη έναρξης* και *ευθύνη αντιστάθμισης*. Η *ευθύνη έναρξης* λαμβάνει χώρα όταν το άτομο «κατηγορείται» για τη σύσταση και έλευση μιας διαταραχής, ότι, δηλαδή, με κάποια εκούσια πράξη το άτομο εκτέθηκε στην ψυχική ασθένεια (Corrigan et al., 2003). Η *ευθύνη αντιστάθμισης* αντανάκλα την αποτυχία επίλυσης της κατάστασης με την αιτιολογία ότι ένας άνθρωπος με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν συμμετέχει αποτελεσματικά στη θεραπεία του.

Παραδείγματα του δομικού στίγματος είναι, επίσης, πολιτικές του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα που περιορίζουν τις ευκαιρίες μειοψηφικών ή/και περιθωριοποιημένων ομάδων με μη ηθελημένο τρόπο. Ο Link και ο Phelan (2001) αναπτύσσουν ένα σχετικό παράδειγμα μιλώντας για τα λιγότερα χρήματα που ενδεχομένως διατίθε-

¹⁵ <https://www.psychology.gr/psychopathologia/3412-stigma-psyxikon-diataraxon-arnitikes-epiptoseis.html>, Συγγραφή-Επιμέλεια άρθρου: Τσιούλου Χριστίνα, Ψυχολόγος, «Το στίγμα των ψυχικών διαταραχών και οι αρνητικές επιπτώσεις» psychology.gr, 2018

νται για έρευνα και θεραπεία ψυχιατρικών νοσημάτων από ότι για άλλες σωματικές διαταραχές όπως ο καρκίνος και οι καρδιακές παθήσεις.

Επιπλέον, έρευνες στο εξωτερικό δείχνουν ότι πολλοί ψυχίατροι και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν επιλέγουν να εργαστούν στο δημόσιο σύστημα υγείας, το οποίο κατά κανόνα εξυπηρετεί άτομα με τις πιο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η ανωτέρω απόφαση μπορεί, φυσικά, να σχετίζεται με πολλές παραμέτρους, παραδείγματος χάριν των υψηλότερων μισθών, παροχών και μειωμένων απαιτήσεων που δυνητικά υπάρχουν στα ιδιωτικά συστήματα υγείας, αλλά αποτελεί ενδεχομένως και έμμεση εκδήλωση δυσφορίας των επαγγελματιών να εργαστούν με πολίτες που αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Στην Ελλάδα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς το συγκεκριμένο θέμα, καθώς παραμένει η κρίσιμη εκκρεμότητα ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με συντονισμένη συνεργασία δημόσιου και μη-κερδοσκοπικού τομέα για την κάλυψη των αναγκών ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κι εδώ, ωστόσο, διάφορες εντάσεις και χρονοτριβές της εν λόγω αναγκαίας σύμπραξης, μπορεί δυνητικά να οφείλονται σε αντίστοιχους λόγους διάκρισης/επιλογής.

Τέλος, από την έρευνα με τα focus groups, αλλά και από συζητήσεις με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αναδείχθηκε η παράμετρος του στιγματισμού και των ίδιων των επαγγελματιών.

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Ναι, το είχα πει και την προηγούμενη φορά, για το στίγμα! Το αντιμετωπίσαμε πρώτα από όλους εμείς ως εργαζόμενοι πριν από 40 χρόνια που ξεκινήσαμε να δουλεύουμε στην Εταιρία. Μας έλεγαν που πας που μπλέκεις, τι πάτε να κάνετε κλπ.»

«Και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας κάποιες φορές αντιμετωπίζουν το στίγμα. Αυτό που λέμε “ο τρελογιατρός”...»

Άτομο και κοινωνία/επαγγελματική αποκατάσταση

Στο πεδίο των συναισθηματικών αντιδράσεων, που αναφέρθηκαν παραπάνω ως συστατικό του στίγματος, μεγάλη επιρροή στο πώς σκέφτονται και συμπεριφέρονται οι άλλοι έναντι αυτού του ατόμου έχουν οι διαδικασίες απόδοσης σχετικά με το γιατί συνέβη ένα αρνητικό ή διαταρακτικό επεισόδιο.

Η αρνητική στάση εργοδοτών και εκμισθωτών είναι ιδιαίτερα απογοητευτική, δεδομένου ότι η εργασία και η αυτόνομη διαβίωση αποτελούν στόχους της αποκατάστασης των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Οι προκατειλημμένοι εργοδότες ενδέχεται να μην προσλαμβάνουν άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια λόγω του φόβου να μην κάνουν κακό στους συναδέλφους τους, ενώ οι προκατειλημμένοι ιδιοκτήτες μπορεί να αποφύγουν τη μίσθωση ενός διαμερίσματος στο ίδιο άτομο για να προστατεύσουν την περιουσία τους. Άτομα με ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζουν επίσης σειρά

ορατών και αόρατων διακρίσεων μέσα στον ιστό του κρατικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Λοιπόν πριν δέκα χρόνια δούλευα σε (...), φύλακας ημιαπασχόληση, τετράωρη. Όταν πήγα εκεί έκανα το λάθος και είπα στους συναδέλφους (...) ότι έχω ψυχική ασθένεια. Οπότε μία συνάδελφος μου λέει μία στιγμή που είχα ένα βιβλίο θρίλερ ότι “Α τέτοια διαβάζεις; Μην έρθεις καμιά μέρα εδώ μέσα και μας καθαρίσεις όλους”. Αυτό πιστεύω ήταν κατευθείαν στίγμα. Το στίγμα που υπάρχει παντού».

«Εγώ έχω χάσει δουλειά από στίγμα. Δούλευα security, και μόλις έμαθαν ότι παίρνω φάρμακα με απολύσανε».

Οι στιγματιστικές τάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος ενδοβάλλονται και υιοθετούνται από το ίδιο το άτομο το οποίο σταδιακά αυτοπροσδιορίζεται βάσει αυτού στην κοινωνική του ταυτότητα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνούς έρευνας των Lasalivia και συν. (2012) –στην οποία συμμετείχε και δείγμα Ελλήνων ασθενών– διαφάνηκε ότι το στίγμα που ακολουθεί την κατάθλιψη μπορεί να είναι χειρότερο από την ίδια την ασθένεια. Πιο συχνές ήταν οι διακρίσεις από μέλη της οικογένειάς τους (40%), από τα φιλικά τους πρόσωπα (33%), από τον/την σύντροφό τους (23%) και από το ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον (21%).

Άτομο, κοινωνία, δημόσιος λόγος, ΜΜΕ και τέχνη. Η επιτομή του στίγματος: η αναπαράσταση της επικινδυνότητας.

Ενδεχομένως, το στερεότυπο με τις βαρύτερες επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου, της οικογένειας και του κοινωνικού συνόλου είναι το λανθασμένο στερεότυπο ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι επικίνδυνα και απρόβλεπτα. Ο επαγόμενος φόβος οδηγεί σε ακόμα πιο προβληματικές συμπεριφορές που προάγουν διακρίσεις: την αποφυγή και την απόσυρση. Τα μέλη της ευρύτερης κοινότητας και κοινωνίας προσπαθούν να αποφύγουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια φοβούμενα ότι θα τους ασκηθεί βία. Ως εκ τούτου, τα άτομα αντιστέκονται στο να διαμείνουν σε κατοικίες που θα μοιραστούν κοινόχρηστους χώρους με άτομα με ψυχικές ασθένειες και συχνά αποφεύγουν την αλληλεπίδραση με άτομα με ψυχικές ασθένειες ακόμα και στην καθημερινή και κοινωνική επαφή.

Στην Ελλάδα, στην αρχή της εκτεταμένης αποασυλοποίησης που επιχειρήθηκε με το πρόγραμμα Ψυχαργός (Υπουργείο Υγείας), ήταν συχνό φαινόμενο οι κάτοικοι να κάνουν προσπάθειες να απομακρυνθούν από την γειτονιά τους τα οικοτροφεία και τα προστατευμένα διαμερίσματα στα οποία διέμεναν άτομα που έβγαιναν από τα ψυχιατρεία και τα οποία, εκτός του ότι το δικαιούταν, ήταν απολύτως σε θέση να διαβιούν στην κοινότητα.

Όπως είδαμε και στην έρευνα/επισκόπηση τύπου καταγράφονται στιγματιστικές αναφορές για άτομα με ψυχικές διαταραχές σε μια μερίδα ΜΜΕ (κυρίως συνεχούς ροής) είτε με κίνητρο τη μεγαλύτερη και ταχύτερη διάδοση πληροφοριών, και μεγαλύτερα νούμερα θέασης/ανάγνωσης, είτε λόγω άγνοιας. Στο τέλος της ενότητας, αλλά και στην ενότητα Δ1, θα δείτε μια σειρά από όρους που έχουν αποτυπωθεί σε αυτή την έρευνα, ή σε παλιότερες αναφορές, όπως τρελός, τρέλα, ψυχάκιας κτλ. Επίσης, έχει καταγραφεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις απαντά βεβιασμένα και πρόχειρη και αντιεπιστημονική σύνδεση της ψυχιατρικής διαταραχής με παραβατικότητα, βία ή εγκληματικές πράξεις.

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Η εγκληματικότητα από άτομα με ψυχικά προβλήματα είναι μικρότερη σε σχέση με τους άλλους, αλλά δεν φαίνεται αυτό στα ΜΜΕ».

«Να δοθούν ακριβή στατιστικά-ποσοστά ανθρώπων που έχουν διαπράξει εγκλήματα και έχουν ψυχική ασθένεια»

«Προβάλλεται από τις ειδήσεις ότι όποιος είναι ψυχικά ασθενής είναι κι εγκληματίας. Είναι εκνευριστικό. Με γεμίζει αρνητικά συναισθήματα και θυμό».

Σχετικές αναφορές υπήρχαν και υπάρχουν και στον κινηματογράφο. Έχει ενδιαφέρον, όπως παρατηρεί και ένα από τα άτομα με βιωμένη εμπειρία ψυχικής ασθένειας που συμμετείχε στις ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups), ότι αυτή η αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας και η σύνδεσή της με την επικινδυνότητα δεν είναι πια αποκλειστική, όπως στο παρελθόν. Παρουσιάζονται άλλες πτυχές, πιο κοντά στην αλήθεια ή/και στην πολυπλοκότητα της ψυχικής ασθένειας.

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Εντάξει παλιότερα οι ταινίες που βγαίνανε ήταν πολύ αρνητικές. Είχε μία πολύ αρνητική εικόνα για την ψυχική ασθένεια, όπως για παράδειγμα Σχιζοφρενής Δολοφόνος Με Το Πριόνι, και κάποιες τέτοιες».

«Τώρα τελευταία βέβαια βγαίνουν κάποιες κοινωνικές ταινίες, οι οποίες παρουσιάζουν μία πιο ανθρώπινη μορφή, πιο ανθρώπινη εικόνα της ψυχικής υγείας-ασθένειαςΈχω να πω ότι έχει αρχίσει να αλλάζει λίγο η νοοτροπία προς το καλύτερο από πλευράς ταινιών».

«Από μία άλλη σκοπιά τη δεκαετία του '60 προβλήθηκε ένα έργο, που παίζει ο Τζακ Νίκολσον, το οποίο λέγεται Στη Φωλιά του Κούκου. Αυτό είναι ένα έργο το οποίο έχει ως θέμα κάποιον ο οποίος είναι ψυχασθενής και το πώς ζουν οι ψυχασθενείς σε μία ψυχιατρική κλινική. ...Κάποιον που μετά φοβότανε να βγει έξω, οπότε... και οι δυσκολίες που αντιμετώπισε. Ένα άλλο έργο, υπήρχαν πολλά, αλλά ... ένα άλλο που θυμήθηκα τώρα είναι το εξής: είναι ένας που κέρδισε το Νόμπελ

Οικονομικών, ο οποίος αυτός έπασχε από ψυχική ασθένεια, a beautiful mind λέγεται. Και άλλου είδους τέτοιες ταινίες που δεν τις θυμάμαι τώρα».

Ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι: Η περίπτωση του θρίλερ “The Texas chainsaw massacre” του 1974, την οποία αναφέρει το άτομο με βιωμένη εμπειρία ψυχικής ασθένειας παραπάνω, είναι ενδεικτική. Ίσως ο τίτλος να μην είναι άμεσα αναγνωρίσιμος γιατί στα ελληνικά μεταφράστηκε ως «Ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι». Μια ελεύθερη μετάφραση, εντελώς αυθαίρετη σε σχέση με τον πρωτότυπο τίτλο της ταινίας, που αναπαρήγαγε τον επικίνδυνο μύθο του «σχιζοφρενή δολοφόνου». Στα μάτια χιλιάδων ανθρώπων, λοιπόν, ο ασθενής με σχιζοφρένεια είχε ταυτιστεί με έναν βίαιο δολοφόνο με μάσκα και αλυσσοπρίονο. Το remake της ταινίας που κυκλοφόρησε το 2003 είχε κι αυτό τον ίδιο τίτλο στα ελληνικά. Τουλάχιστον, στην αρχή της προβολής έδειχναν μια κάρτα που διευκρίνιζε ότι ο δολοφόνος της ταινίας δεν είναι σχιζοφρενής και ότι οι σχιζοφρενείς δεν είναι επικίνδυνοι.¹⁶

Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει μια βεβιασμένη και αντιεπιστημονική σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με τη βία και ως εκ τούτου οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια υποφέρουν πολύ από τον αντίστοιχο στιγματισμό. Η αλήθεια, όμως, είναι ότι πως έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες από τον γενικό πληθυσμό να είναι θύματα και όχι θύτες βίας. Επίσης, οι έρευνες αναδεικνύουν ότι η εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς σε άτομα με ψυχική ασθένεια είναι εξαιρετικά σπάνια, δεν είναι εγγενής της νόσου, αλλά σχετίζεται με αρκετούς παράγοντες, όπως κοινωνικοοικονομικούς, κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ και έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας¹⁷.

Τελικά, η σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με την έννοια της επικινδυνότητας ευνοεί την διαιώνιση των στερεοτύπων και κοινωνικών αναπαραστάσεων που στη συνέχεια αναπαράγονται αποτελώντας έναν από τους συνήθεις τρόπους παρουσίασης της ψυχικής νόσου από μερίδα των ΜΜΕ. όμως, η ταύτιση της ψυχικής ασθένειας με το έγκλημα είναι μια πλάνη που δεν επιβεβαιώνεται από τα ερευνητικά δεδομένα (Τσαλίκoglou, Φ., 1987, Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Αθήνα: Παπαζήση).

Θεωρούμε απολύτως εφικτό σταδιακά να τροποποιηθεί ο δημόσιος λόγος, ο λόγος των ΜΜΕ, αλλά και να μετακινηθούν τα θεσμικά/νομικά κείμενα προς την αποτύπωση μιας εικόνας που βρίσκεται πιο κοντά στην πραγματικότητα και στη σύνθετη υφή της ψυχικής ασθένειας. Με τη βοήθεια των επαγγελματιών αλλά και των ειδικών με βιωμένη εμπειρία ψυχικής ασθένειας, οι οποίοι θα παράσχουν την άμεση γνώση, έχουμε την πεποίθηση ότι οι λειτουργοί της ενημέρωσης είναι διατεθειμένοι και κινητοποιημένοι να πρωτοστατήσουν σε αυτή τη σημαντική για όλους αλλαγή στάσης.

¹⁶ <https://www.psychology.gr/psychopathologia/3675-stigma-tis-psyxikis-diataraxis-o-rolos-ton-mme.htm>

Νικόλαος Μοσχόπουλος, Ψυχίατρος-Ψυχαναλυτής-Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ. «Στίγμα της ψυχικής διαταραχής: ο ρόλος των ΜΜΕ, psychology.gr, 2019

¹⁷ https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policesheets_all.pdf

“ B.3 Πως αντιμετωπίζουμε το Στίγμα

Η αλλαγή του στίγματος σε στάσεις, συμπεριφορές και συναισθήματα έχει αποδειχθεί δύσκολη και πολυπαραγοντική πρόκληση. Συχνά, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τη μείωση του στίγματος δεν έχουν ξεκάθαρο στόχο ή ενίοτε μπορεί και να επιτείνουν το πρόβλημα. Η άμβλυνση και σταδιακή εξάλειψη του στίγματος της ψυχικής ασθένειας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω προσπαθειών που θα χρησιμοποιήσουν τεκμηριωμένα, προσβάσιμα, και ως εκ τούτου αποτελεσματικά, μέσα αλλαγής παραδείγματος.

Ευαισθητοποίηση της Κοινότητας /

Αγωγή Κοινότητας και στοχευμένες δράσεις σε «άτομα - κλειδιά»¹⁸

Με τον όρο *Αγωγή Κοινότητας* εννοούμε την εργασία με τον πληθυσμό για την ευαισθητοποίησή του, ώστε ν' αλλάξει σταδιακά στάση απέναντι στην ψυχική νόσο (Σακελλαρόπουλος, 1995). Πρόκειται δηλαδή για εκπαίδευση που απευθύνεται τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικές ομάδες μιας κοινότητας (αυτό που λέμε άτομα - κλειδιά), όπως εκπαιδευτικές συναντήσεις με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, αστυνομία, δικαστικούς λειτουργούς, εκκλησία κ.λπ.

Η ευαισθητοποίηση της Κοινότητας, έχει ως στόχο:

- α) να επιφέρει αλλαγή στις στάσεις που αφορούν στην ψυχική ασθένεια,
- β) να μεταδώσει το μήνυμα ισοτιμίας, σεβασμού, αλληλεγγύης και στήριξης μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα,
- γ) να συμβάλλει στην κατανόηση της αναγκαιότητας για την πρόληψη, την έγκαιρη παρέμβαση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Απώτερος σκοπός είναι να γίνει βίωμα και κοινωνικό κεκτημένο ότι πλέον η ψυχική νόσος αντιμετωπίζεται σε μεγάλο βαθμό ικανοποιητικά, ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν και πρέπει να συμβιούν εντός της κοινότητας, να εργάζονται και να έχουν μια «κανονική»/πλήρη ζωή. Κυρίως, όμως, χρειάζεται να εδραιωθεί στη συνείδηση του κόσμου ότι όποιος αντιμετωπίσει ένα ψυχικό πρόβλημα παραμένει πολίτης με ίσα δικαιώματα ακόμη και κατά τις περιόδους που βρίσκεται σε υποτροπή ή/και χρειαστεί νοσηλεία.

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Ο κύριος Σακελλαρόπουλος [στη Φωκίδα] για έξι μήνες δεν έκανε καμία δουλειά που να είχε σχέση με ιατρεία, ή ασθε-

¹⁸ Το κείμενο αυτό είναι από το Εγχειρίδιο Αγωγής Κοινότητας της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος

νείς ή ανθρώπους που είχαν πρόβλημα. Για έξι μήνες επισκέφθηκε όλο τον Νομό, όλα τα καφενεία και όλους τους ανθρώπους για να μπορέσει να τους ενημερώσει τι θέλει να κάνει, τι είναι η κοινωνική ψυχιατρική και πώς αυτοί οι άνθρωποι θα μας βοηθούσαν στην καθημερινότητα {για την ένταξη των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα} {...} Σε κάθε μεγάλη πόλη δημιουργήθηκαν οι άνθρωποι - κλειδιά, έτσι τους λέμε, δηλαδή οι άνθρωποι που ... {μπορούν να συνδράμουν στο έργο μας}...»

Οι δράσεις στα σχολεία κατέχουν προνομιακή θέση στις προσπάθειες εξάλειψης του στίγματος.

«Μία τεράστια δουλειά έγινε και στα σχολεία. Και πολλά εκεί ήταν σε πρωτόγνωρη κατάσταση σε σχέση με αυτό που είναι σήμερα. Ο δάσκαλος ήταν υποχρεωμένος με ένα μαχαίρι στο λαιμό να δέχεται όλα αυτά που τον πίεζαν, τα πίστευε δεν τα πίστευε. Έγινε μία τεράστια δουλειά στα σχολεία και από τα παιδιά, τους μαθητές για να μπορούν να δεχτούν τη διαφορετικότητα. Ευχαριστώ».

Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση επαγγελματιών στον χώρο της πληροφόρησης, της εκπαίδευσης, της δικαιοσύνης

Οι επαγγελματίες συχνά λειτουργούν ως πολλαπλασιαστές. Οι δημοσιογράφοι επηρεάζουν την κοινή γνώμη με τον τρόπο που παρουσιάζουν τα θέματα που πραγματεύονται.

Οι εκπαιδευτικοί επηρεάζουν τους συναδέλφους τους, τους μαθητές και την ευρύτερη μαθητική και σχολική κοινότητα. Οι δικαστές, οι αστυνομικοί, οι δικηγόροι επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται ο νόμος και αποδίδεται δικαιοσύνη. Μέσα από την άσκηση του επαγγέλματός ή του λειτουργήματός τους, καθένας στον χώρο του, οι επαγγελματίες μπορούν να αναπαράγουν και να διαιωνίσουν το στίγμα ή στερεότυπα ή να τα καταρρίψουν και να σηματοδοτήσουν μια αλλαγή παραδείγματος. Η ευαισθητοποίηση επαγγελματιών σε κλάδους κλειδιά όπως η εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, τα νομικά επαγγέλματα αποτελεί βασικό εργαλείο για την αλλαγή στάσης απέναντι στην ψυχική υγεία.

Δράσεις με την ενεργητική συμμετοχή των ίδιων των ατόμων με βιωμένη εμπειρία ψυχικής ασθένειας¹⁹

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Σημασία έχει να μην μιλάμε μόνο ΓΙΑ τους ψυχικά ασθενείς, ας μιλήσουμε ΜΕ τους ψυχικά ασθενείς, ας τους ακούσου-

¹⁹ Το κείμενο αυτό είναι από το Εγχειρίδιο Αγωγής Κοινότητας της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος

με, ας τους δώσουμε το λόγο. Γνωρίζοντάς τους από κοντά θα συνειδητοποιήσουμε πόσο αβάσιμες ήταν οι προκαταλήψεις μας».

Η εμπειρία μας έχει δείξει ότι η συμμετοχή των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στις δραστηριότητες Αγωγής Κοινότητας κάνει τη διαδικασία αυτή αποτελεσματικότερη, καθώς βοηθάει αφενός στην εξάλειψη του φόβου και του στίγματος απέναντι στην ψυχική νόσο και αφετέρου συμβάλλει στη διάδοση του μηνύματος για την προαγωγή της ισοτιμίας και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Επίσης, όταν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας γίνονται ομιλητές στις δράσεις Αγωγής Κοινότητας, αποκτούν και τα ίδια τη δυνατότητα να έρθουν σε μια ενεργητική αλληλεπίδραση με τα μέλη της κοινότητας, γεγονός που βοηθά στην ενδυνάμωσή τους και στην τόνωση της αυτοπεποίθησής τους.

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Όταν πήγαινες στο καφενείο και είχες έναν άνθρωπο, ο οποίος είχε ψυχικό πρόβλημα, και βλέπανε στην πράξη ότι δεν είναι επικίνδυνος, ότι πίνεις μαζί του ένα ούζο ή μία πορτοκαλάδα... Στην πράξη ο κόσμος έβλεπε πώς μπορεί να βοηθήσει τον ψυχικά ασθενή».

Ενημέρωση του κοινού για την ανάκαμψη/ανάρρωση και θετικές δράσεις

Η μείωση της προκατάληψης και των διακρίσεων απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να επιτευχθεί και με τις προσπάθειες για αύξηση της θετικής δράσης. Η θετική δράση είναι η πεποίθηση ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι σε θέση να ανακάμψουν/αναρρώσουν (recovery) και να κάνουν αυτόνομες επιλογές ζωής. Επειδή οι άνθρωποι συχνά πιστεύουν ότι η ψυχική ασθένεια εμποδίζει ένα άτομο να επιτύχει στόχους ζωής, ένα αποτελεσματικό μήνυμα για την καταπολέμηση του στίγματος είναι ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια ανακάμπτουν/ αναρρώνουν και ότι η ψυχική ασθένεια δεν τα εμποδίζει να επιτύχουν τους στόχους και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Αυτό που εμποδίζει στ' αλήθεια τα άτομα είναι η έλλειψη πρόσβασης σε ικανοποιητικά συστήματα υποστήριξης και περίθαλψης στην κοινότητα. Εάν προσφερθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες σταδιακά θα αναδειχθούν οι δυνατότητες ανάκαμψης/ανάρρωσης και πλήρους ένταξης. Οι Ciompi και συν. (2010) εξέτασαν συγκριτικά 11 μελέτες που ακολούθησαν χιλιάδες άτομα με σχιζοφρένεια πάνω από 20-30 χρόνια και διαπίστωσαν ποσοστά ανάκαμψης/ανάρρωσης ή σημαντική βελτίωση έως και 46-68%.

Προσανατολισμός στην ενδυνάμωση και αυτονομία. Ο ρόλος της εκπαίδευσης των ίδιων των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Η θετική δράση επίσης περιλαμβάνει την ενδυνάμωση και αυτοδιάθεση των ατόμων. Είναι σημαντικό ένα άτομο με ψυχικό νόσημα να έχει την ευκαιρία είτε μέσω της

συνηγορίας είτε μέσω άλλης βοήθειας να λαμβάνει αυτόνομες αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και τους στόχους της ζωής του (Corrigan et al., 2012).

Τι μας είπαν όσες και όσοι το βιώνουν: «Θα ήταν σημαντικό να παρατεθεί η κάτωθι πρόταση για την καταπολέμηση του στίγματος: Να σπάσει ο κοινωνικός αποκλεισμός και το στίγμα με ένα σποτ συμπαράστασης. Ο δημοσιογραφικός κόσμος να μιλήσει για την αξία της εκπαίδευσης στα άτομα και στις οικογένειες ευάλωτων ομάδων. Να προχωρήσει η αποασυλοποίηση και τα άτομα να στηριχτούν για να βάλουν στόχους έξω από το ίδρυμα. Σε αυτό θα βοηθήσει η εκπαίδευση, η κατάρτιση για να ανοίξει το μυαλό και να εντυφλήσει η σκέψη του ψυχικά ασθενούς».

Ο βασικότερος μοχλός αντιμετώπισης του στίγματος: ΜΜΕ και γλώσσα της αλλαγής, όχι απλά αλλαγή της γλώσσας²⁰

Η ανάπτυξη και διατήρηση μιας δομημένης επικοινωνιακής στρατηγικής αποτελεί άλλο ένα σημαντικό εργαλείο και όχημα για να επιτύχουμε τους στόχους που θέτει η Αγωγή Κοινότητας. Είναι γνωστό ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης. Δουλεύοντας, λοιπόν, προς την κατεύθυνση αυτή ο στόχος είναι ουσιαστικά η εκπαίδευση των ΜΜΕ σε θέματα ψυχικής υγείας προκειμένου να περιορίσουμε το στίγμα και τις λανθασμένες αντιλήψεις που αναπαράγουν και ενισχύουν.

Για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, πάντα με τη συμμετοχή των ατόμων με βιωμένη εμπειρία ψυχικής ασθένειας, πρέπει να αποτελεί στρατηγική επιλογή η συστηματική ανατροφοδότηση και η καλλιέργεια σχέσης εμπιστοσύνης με τους δημοσιογράφους. Είναι βασικός στόχος να μπορέσουν οι λειτουργοί του τύπου να σχηματίσουν μια ουσιαστική και τεκμηριωμένη εικόνα του χώρου της ψυχικής υγείας, να παρακολουθούν το έργο των υπηρεσιών και τις δράσεις των ίδιων των ατόμων, και να λειτουργήσουν τελικά ως πρεσβευτές και αρωγοί στην καταπολέμηση του στίγματος.

Αποτυπώνεται, λοιπόν, ξεκάθαρη μια διττή στόχευση στην προσέγγιση με τα ΜΜΕ:

- α) Η ενημέρωση-ευαισθητοποίηση των λειτουργών των Μ.Μ.Ε. και κατά προέκταση του κοινού και**
- β) Η διατήρηση - αποκατάσταση της πραγματικής εικόνας του χώρου της ψυχικής υγείας μέσα από την ανάδειξη συγκεκριμένων δράσεων και του συνολικού επιστημονικού - κλινικού έργου από δημοσιογράφους που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή δράσης.**

²⁰ Το κείμενο αυτό είναι από το Εγχειρίδιο Αγωγής Κοινότητας της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος

Αυτή η σημαντική αλλαγή υποδείγματος, όμως, μπορεί να επιτευχθεί μόνο με μια σταθερή επένδυση στο κομμάτι της επικοινωνίας και της σχέσης εμπιστοσύνης, αξιοποιώντας όλα τα διαθέσιμα εργαλεία.

Η αξιοποίηση της επιρροής των ΜΜΕ με θετικό τρόπο μπορεί επίσης να επιτευχθεί με την αναπαραγωγή θετικών όρων (λεξιλόγιο) και προτύπων στο υλικό που διοχετεύεται προς αυτά. Την ίδια στιγμή, είναι πολύ σημαντική και η σωστή στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα ΜΜΕ, στους λειτουργούς τους αλλά και στη χρήση των νέων τεχνολογικών δυνατοτήτων. Αυτό αφορά τόσο την ποιότητα της πληροφορίας που διοχετεύεται (όχι υπερβολικό, δυσνόητο, «επιθετικό» ή υπεραπλουστευμένο υλικό) όσο και στη συνετή διαχείριση των νέων ψηφιακών μέσων και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, χωρίς υπερβολές και στρεβλώσεις.

Γ. Πως καλύπτουμε τα θέματα ψυχικής υγείας

“ Γ.1 Τόνος και ύφος λόγου και λεξιλόγιο

Η δημοσιογραφική κάλυψη των θεμάτων ψυχικής υγείας και ο τρόπος με τον οποίο γράφονται και παρουσιάζονται τα ρεπορτάζ, τα άρθρα, και οι σχετικές έρευνες είναι πολύ σημαντικά για την ενίσχυση ή την αποτροπή του στίγματος.

Αν η κάλυψη ενός θέματος ψυχικής υγείας **δεν** είναι η ενδεδειγμένη μπορεί:

- Να αποτρέψει τα πρόσωπα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας από το να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια.
- Να παραπλανήσει το κοινό σχετικά με τη φύση και την εμπειρία της ψυχοκοινωνικής δυσκολίας.
- Να ενισχύσει αρνητικά στερεότυπα και δοξασίες όπως το ότι οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είναι επικίνδυνοι και πρέπει να τους φοβόμαστε.
- Να αυξήσει τα συναισθήματα απομόνωσης και ντροπής που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Αντίθετα, με την ενδεδειγμένη κάλυψη των θεμάτων ψυχικής υγείας μπορούμε να πετύχουμε:

- Αλλαγή των αντιλήψεων και καταπολέμηση των στερεοτύπων σχετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Κατάρριψη των μύθων και επιμόρφωση του κοινού για τα θέματα ψυχικής υγείας.
- Αλλαγή της στάσης και των συμπεριφορών που οδηγούν στη στιγματοποίηση και στους αποκλεισμούς.
- Ενθάρρυνση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας ώστε να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια.

Τα παρακάτω παραδείγματα κάλυψης θεμάτων σχετικών με την ψυχική υγεία προέκυψαν από την ποιοτική έρευνα του έργου «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας». Πρόκειται για σημεία που εντοπίστηκαν σε πραγματικές δημοσιεύσεις και ρεπορτάζ και παρατίθενται σε αντιπαραβολή με το ενδεδειγμένο ύφος ή/και λέξεις-εκφράσεις που προτείνεται να χρησιμοποιούνται σε αντίστοιχες περιπτώσεις. Η έρευνα πραγ-

ματοποιήθηκε από τις Μαρία Λούκα και Δήμητρα Τριανταφύλλου, με την εποπτεία της Αγγελικής Καρδαρά.

1. Προσοχή στους «συσχετισμούς» ανάμεσα σε επιστημονικούς όρους της ψυχοπαθολογίας και σε πράξεις, ιδίως όταν πρόκειται για αδικήματα ή/και εγκληματικές ενέργειες. Η γενική αρχή είναι να αποφεύγονται αντίστοιχες συνδέσεις.

Παραδείγματα:

- **«Άνθρωπος άκρως ψυχαναγκαστικός».** Η σύνδεση της έννοιας του ψυχαναγκασμού με μία εγκληματική πράξη χωρίς αυτό να έχει τεκμηριωθεί κλινικά είναι αβάσιμη και στιγματιστική.
- **«Είχε μία άρρωστη κρυφή ζωή».** Ούτως η άλλως στιγματιστική διατύπωση, με υπόγεια μνεία στην ψυχική ασθένεια. Επίσης, η συνειρμική ταύτιση παραβατικότητας-κρυψίνοιας με την «αρρώστια» συντηρεί τη διαιώνιση παρωχημένων στερεοτύπων σε σχέση με την ψυχική ασθένεια.
- **«Είχαν εμμονή να σκοτώσουν».** Συστήνεται η αποφυγή όρων όπως η «εμμονή» εάν δεν τεκμηριώνονται επιστημονικά. Η λέξη «εμμονή» παραπέμπει σε κλινική συμπτωματολογία ενός ορισμένου τύπου αγχωδών διαταραχών. Η πρόχειρη χρήση της ως «γαρνιτούρα» σε περιγραφές διάπραξης εγκλήματος είναι εσφαλμένη και στιγματιστική.
- **«Η περίπτωση του είναι αποκαλυπτική για την ψυχοπαθολογία ενός serial killer».** Η περίπτωση των κατά συρροή δολοφόνων αποτελεί μία σπάνια και ειδική κατηγορία εγκλημάτων. Ως προς την αιτιολογία του είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να συνδέεται με την ψυχική ασθένεια.
- **«Ήταν βυθισμένη στην παράνοια, το μυαλό της έφυγε», «Αρρώστησε το μυαλό της αντί να αισθανθεί τη θέρμη της μητρότητας», «Ήταν ψύχωση και δεν ελέγχεται».** Στιγματιστικοί χαρακτηρισμοί και παραπλανητική παρουσίαση της πιθανής ασθένειας με όρους απελπισίας και τελεσίδικης αδυναμίας ίασης. Επίσης, η διατύπωση σχετικά με την μητρότητα λειτουργεί ενοχοποιητικά, για μια κατάσταση για την οποία χρειάζεται να αναδειχθεί η ανάγκη για έγκαιρη παρέμβαση και φροντίδα. Η κλινική εμπειρία έχει αποδείξει ότι οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά όταν τεθούν σε ένα πλαίσιο θεραπείας. Η έγκυρη και υπεύθυνη δημοσιογραφία οφείλει να το λαμβάνει υπόψη της.

2. Να αποφεύγονται οι συναισθηματικά φορτισμένοι όροι. Ακόμα και όταν η πρόθεση του δημοσιογράφου είναι θετική, υπάρχει κίνδυνος η διατύπωση να ακουστεί προσβλητική, υποτιμητική και στιγματιστική. Το ίδιο πρόβλημα προκύπτει και με τις αναφορές, κυρίως στην κατάθλιψη, που διατυπώνονται με όρους «πολεμικούς» ή «λυρικούς». Υποτιμάται ή αλλοιώνεται η πραγματική κατάσταση και δεν δίνεται το σωστό μήνυμα στο κοινό, π.χ. για την ανάγκη έγκαιρης απεύθυνση σε ειδικό ψυχικής υγείας.

Παραδείγματα:

- **«Βούλιαξε στην κατάθλιψη».** Το ρήμα «βουλιάζω» δημιουργεί την εικόνα ενός ατόμου που δεν μπορεί να ενταχθεί στην κοινωνία, αδυνατεί να συμμετάσχει στην ενεργό δράση. Αντ' αυτού, μπορεί, απλούστερα και πιο λιτά, να ειπωθεί το εξής: αντιμετώπιζε πρόβλημα κατάθλιψης/είχε κατάθλιψη/βίωνε κατάθλιψη.
- **«Υπάρχει περίπτωση να σου αρέσει; Η ιστορία ενός καταθλιπτικού καλλιτέχνη έχει κάτι εποικοδομητικό; Έχει η κατάθλιψη κάτι ρομαντικό;», «Ποιο είναι το χειρότερο που έπαθες; Κλείστηκες μέσα στο δωμάτιο, δεν μιλούσες;», «Είσαι καλό παιδί και στην κατάθλιψη;», «Πόσο σοκαριστικό είναι όταν διαπιστώνεις ότι έχεις κατάθλιψη;».** Ανάλογου τύπου ερωτήσεις φέρνουν σε δύσκολη θέση τον συνεντευξιαζόμενο που αποφασίζει να ανοιχτεί και να μιλήσει για ένα τόσο σοβαρό θέμα. Λειτουργούν στιγματιστικά, καθοδηγητικά και παραβιαστικά εμποδίζοντας να αναδειχτεί η ουσία του θέματος.
- **«Δεμένες ψυχές».** Ο συγκεκριμένος όρος αποσκοπεί στο να κάνει επίκληση στο συναίσθημα του κοινού για να αισθητικοποιήσει τη σκληρή καθημερινότητα που βιώνουν τα άτομα που βρίσκονται στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Με αυτό τον τρόπο, όμως, δεν αναδεικνύεται το βασικό πρόβλημα που έχει να κάνει με την επιτακτική ανάγκη να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων και με τις επιτακτικές βελτιωτικές κινήσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Επομένως, είναι σημαντικό να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στο πώς η κατάσταση μπορεί να αναστραφεί και στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι άνθρωποι δεν είναι καταδικασμένοι να μείνουν για πάντα «δεμένες ψυχές» εάν ληφθούν τα αναγκαία μέτρα διασφάλισης των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους.

3. Σχετικά με το ζήτημα του φύλου στην κατάθλιψη, η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει πως η συγκεκριμένη διάγνωση υπερέχει στις γυναίκες. Ωστόσο, ο τρόπος παρουσίασης των ερευνητικών από τα ΜΜΕ είναι απαραίτητο να είναι ακριβής και χωρίς αυθαίρετα συμπεράσματα που καταλήγουν σε παραπληροφόρηση,

στιγματισμό και ενίσχυση των στερεοτύπων του φύλου. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ακόμα και αν η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η κατάθλιψη υπερέχει στις γυναίκες, θα πρέπει να αναφερόμαστε και στο υπόβαθρο της ανισότητας και των στερεοτύπων.

Παραδείγματα:

- **«Σε εμάς τις γυναίκες αυτά συμβαίνουν, οι ορμόνες σε τρελαίνουν», «οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες».**
- **«Θα μιλήσουμε μ' ένα λαμπερό κορίτσι για κάτι τόσο δύσκολο».** Η πρόταση αυτή, μέσω της αντίστιξης ανάμεσα στη λάμψη και στη δυσκολία, αναπαράγει το στερεότυπο ότι η ψυχική ευαλωτότητα αντιδιαστέλλεται με τη «λάμψη» (ή αλλιώς την υγεία), στοιχείο που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και αποτελεί αναπαραγωγή στερεοτύπων.

4. Η σύνδεση στιγματιστικών όρων με την ψυχιατρική παρακολούθηση έχουν ως αποτέλεσμα να παρουσιάζεται η κλινική παρέμβαση ως «τιμωρία» ή προσβολή και πρέπει να αποφεύγονται. Ο δημόσιος λόγος οφείλει να διατυπώνεται με τρόπο που να προτρέπει τους ανθρώπους να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό εφόσον την έχουν ανάγκη.

Παράδειγμα:

«Δυστυχώς υπάρχουν άνθρωποι και κάποια νοσηρά μυαλά που χρήζουν ψυχιατρικής παρακολούθησης». Η φράση «νοσηρά μυαλά» είναι άκρως στιγματιστική ως προς την ψυχική ασθένεια και θίγει την υπόσταση και τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Είναι επίσης, αντιεπιστημονική.

5. Ως παρόμοιο θέμα αναδείχθηκε η αναφορά στην φαρμακευτική αγωγή με τρόπο αποπροσανατολιστικό για το κοινό (ότι τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν λήθαργο και καταστολή κτλ.).

Παραδείγματα:

- **«Έχεις πάρει ποτέ ψυχοφάρμακα; Δηλαδή αν δεν τα έπαιρνες τι θα γινόταν, θα βάραγες ντάγκλες;»**
- **«Το φάρμακο μπορεί να λείψει; Μπορεί να μην το χρειαστούμε;»** (απάντηση συνεντευξιαζόμενου) **«εάν σταματήσουν να παίρνουν τα φάρμακα οι περισσότεροι ασθενείς, θα γίνουν και καλύτερα».** Τόσο η ερώτηση, όσο και η απάντηση είναι άκρως προβληματικές, γιατί αμφισβητούν την αναγκαιότητα φαρμακευτικής αγωγής, η οποία τεκμηριωμένα αποτελεί κύριο μέσο κλινικής αντιμετώπισης πολλών περιπτώσεων. Ένα τόσο σοβαρό ζήτημα, όπως η χρήση φαρμακευτικής

αγωγής, σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται τόσο επιφανειακά γιατί ελλοχεύουν σοβαροί κίνδυνοι για την ατομική και τη δημόσια υγεία (π.χ. κάποιιοι ευάλωτοι άνθρωποι ενδέχεται να πειστούν να κόψουν τα φάρμακά τους επηρεαζόμενοι από αντίστοιχα δημοσιεύματα). Για την φαρμακευτική αγωγή αποφαινεται μόνο ο γιατρός.

6. Ενδείκνυται να αποφεύγονται οι καθοδηγητικές ερωτήσεις στιγματιστικού περιεχομένου που ενέχουν απόπειρες ψυχιατροποίησης της συμπεριφοράς. Επισημαίνουμε ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν «διαγιγνώσκονται» έτσι από την «παρατήρηση» της συμπεριφοράς, από «μακριά» και από οποιονδήποτε. Η όποια διάγνωση γίνεται μόνο από ειδικό που έχει εξετάσει το άτομο.

Παραδείγματα:

- **«Είχε δείξει τις προηγούμενες μέρες ότι κάτι δεν πήγαινε καλά; Ότι είχε ψυχολογική αστάθεια ή κάτι άλλο;».** Το «κάτι δεν πήγαινε καλά» έχει στιγματιστική διάσταση σε σχέση με την ψυχική ασθένεια, καθώς υπονοεί ότι όταν υπάρχει ψυχική νόσος «κάτι πρέπει να φαίνεται πως δεν πάει καλά». Η ερώτηση μπορεί να αναδιατυπωθεί ως εξής: Τον απασχολούσε κάτι τον τελευταίο καιρό; Έδειχνε να είναι προβληματισμένος, στεναχωρημένος με κάτι;
- **«Ούτε έδειχνε να έχει κατάθλιψη»**
- **«Φαίνεται ότι πλέον αντιμετωπίζει έντονα ψυχολογικά προβλήματα»**
- **«Η 32χρονη γυναίκα, όπως μας είπε ο πεθερός της, αντιμετώπιζε κάποια ψυχολογικά προβλήματα», ενώ ένας κούριερ δήλωσε «ε, δεν την έβλεπα και πολύ καλά»**

7. Να μην εκφράζονται προσωπικές συναισθηματικά φορτισμένες κρίσεις για θύματα ή για συγγενείς θυμάτων που δεν τεκμηριώνονται από ειδικούς και δεν αποτελούν αφήγηση των ίδιων των ατόμων αλλά άποψη ή σχολιασμό του δημοσιογράφου.

Παραδείγματα:

- **«Έχει χάσει το χαμόγελο του, ίσως έχει χάσει και το νόημα της ζωής του», «Πάλι καλά που στέκεται στα πόδια της, πάλι καλά που έχει το κουράγιο να αποχαιρετήσει το παιδί της κι ακόμα η γυναίκα δεν έχει τρελαθεί» .** Το ρήμα «τρελαίνομαι» είναι καθαυτό άκρως στιγματιστικό.

8. Αναφέρεται συχνά η λέξη «τρέλα» με σωρεία συμφραζομένων και συσχετισμών, σε αντιδιαστολή με τη «λογική». Ο όρος πρέπει να αποφεύγεται, πολύ πε-

ρισσότερο, δε, πρέπει να αποφεύγονται προσωπικές κρίσεις των δημοσιογράφων για την ψυχική υγεία που δεν βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα.

Παραδείγματα:

- **«Ζούμε σε έναν τρελό κόσμο, ζούμε σε μία τρελή κοινωνία, η οποία παράγει τρελούς ανθρώπους – κι εμείς τρελοί είμαστε, έχουμε απομακρυνθεί από τη φύση μας ... Ο άνθρωπος βγάζει διαταραχές».** **«Μιλάμε για μια εκτός λογικής, πέρα και από οποιοδήποτε σενάριο υπόθεση».** Παρόμοιες αναφορές –όροι στιγματιστικοί και παρωχημένοι, όπως «ψυχασθενής», «ψυχιατρικά διαταραγμένος»– πρέπει να απαλειφθούν και να αποφεύγονται εν γένει. Εάν υπάρχει ψυχιατρική διαταραχή διαγνωσμένη, ο ειδικός και μόνον μπορεί να χρησιμοποιεί την ενδεδειγμένη ορολογία.

9. Ένα επίσης συχνό φαινόμενο είναι η χρήση των όρων «κανονικό μέλος της κοινωνίας» ή «φυσιολογικός», συχνά σε αντιδιαστολή με το «άρρωστος», «ανώμαλος» κτλ. Συστήνεται η εξάλειψη αυτής της αντιδιαστολής, που μόνο στιγματισμό και συσκότιση προκαλεί διαιωνίζοντας φαντασιακές διακρίσεις με πραγματικό, όμως, αντίκτυπο στη συλλογική συνείδηση. Ο δημοσιογραφικός λόγος έχει τη δύναμη ροής ώστε να αναδείξει τη μοναδικότητα κάθε ατόμου και δεν είναι σκόπιμο να προβαίνει σε διακρίσεις και σε διαχωρισμούς μεταξύ «κανονικών» και «μη κανονικών» μελών της κοινωνίας.

Παραδείγματα:

- **«Ένας διανοητικά καθυστερημένος που δεν θα έχει ποτέ δυνατότητα φυσιολογικής ζωής ενός νέου συνομηλίκου του».** Ο όρος «διανοητικά καθυστερημένος» είναι παρωχημένος και στιγματιστικός. Το ίδιο αναχρονιστικός και αντεπιστημονικός είναι και ο όρος «φυσιολογική ζωή».
- **«Μαρτυρίες αναφέρουν ότι η νεαρή παιδαγωγός δεν μπορούσε να αντέξει το γεγονός ότι το παιδί της ήταν άτομο με ειδικές ανάγκες».** Εδώ γίνεται χρήση του παρωχημένου και στιγματιστικού όρου «άτομα με ειδικές ανάγκες» αντί του ορθού όρου «άτομο με αναπηρία»/«ανάπηρο άτομο». Το ίδιο στερεότυπο αναπαράγεται και με την ακόλουθη πρόταση που χρησιμοποιήθηκε: **«αυτή η γυναίκα κουβαλούσε ένα φοβερό σταυρό».** Πρόκειται για αναπαραστάσεις που αναπαράγουν τον μύθο της αναπόδραστης «αναπηρικής δυστυχίας» και θίγουν την προσωπικότητα και τα δικαιώματα των αναπήρων ατόμων. Ο δημοσιογράφος αντί να εστιάζει στο «προσωπικό δράμα» μπορεί να δώσει την ευρύτερη εικόνα σχετικά με την ύπαρξη ή όχι δομών που θα μπορούσαν να καταστήσουν τις ζωές των ανάπηρων ατόμων και των οικογενειών τους ισότιμες και ανεξάρτητες.

10. Ένα σοβαρό ζήτημα στην εκφορά του δημόσιου λόγου είναι η στρεβλή και στιγματιστική χρήση όρων που συσχετίζουν τη βία με την ψυχική ασθένεια. Η σύνδεση βίας και ψυχικής ασθένειας πρέπει να αποφεύγεται. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην χρήση επιθετικών προσδιορισμών για τον ασθενή ή την ασθένεια.

Παραδείγματα:

- **«Βίαιος ασθενής», «επιθετικός ασθενής», «επικίνδυνος ασθενής».**
- **«Η σωματική ακεραιότητα του προσωπικού κινδυνεύει κάθε μέρα [...] πολλοί βίαιοι ασθενείς σε διέγερση».**
- **«Η σιωπή των αμνών», «Θρίλερ»**

11. Μια σημαντική πλευρά στιγματιστικού λόγου είναι η ψυχιατροποίηση του σεξουαλικού προσανατολισμού/σεξουαλικής ταυτότητας και η χρήση προσβλητικών και στιγματιστικών όρων, κυρίως όσοι συστηματικά αντιδιαστέλλονται με τη λεγόμενη «φυσιολογικότητα».

Παραδείγματα:

- **«Θεωρώ ότι οι ομοφυλόφιλοι, επειδή πλέον προσπαθούν να κάνουν μία βίαιη διείσδυση σε στυλ ζωής κλπ, λίγο έχουν ξεφύγει. Προκαλούν. Γραφικό να επιδεικνύεις τη σεξουαλικότητα σου, να ντύνεσαι γυναίκα, να κάνεις πάρτυ κλπ, οι σοβαροί ομοφυλόφιλοι δεν τα θέλουν αυτά».** Πρόκειται για στιγματιστικές αναφορές που ενοχοποιούν μια ελεύθερη επιλογή. Αυτό που εδώ στηλιτεύει ο παρουσιαστής είναι επί της ουσίας η ορατότητα, αν όχι η ύπαρξη καθαυτή, των ανθρώπων στους οποίους αναφέρεται.
Η ανωτέρω αναφορά παραβιάζει ανθρώπινα δικαιώματα, ενοχοποιεί, ενώ η φράση «έχουν ξεφύγει» παραπέμπει σε συμφραζόμενα ψυχιατροποίησης. Τέλος, ο χαρακτηρισμός «γραφικό» απαξιώνει και περιθωριοποιεί προσωπικές επιλογές, ενώ η χρήση του επιθέτου «σοβαροί» διαχωρίζει αυθαίρετα και ρατσιστικά πολίτες βάσει του τρόπου ζωής τους, των ρούχων που φορούν, του τρόπου συμπεριφοράς τους κ.ά..
- **«Κανένας γονιός στον κόσμο δεν θέλει το παιδί του να γίνει ομοφυλόφιλο... όλοι θέλουμε το παιδί μας όπως κάναμε κι εμείς να βρει μία γυναίκα, να παντρευτεί, να κάνει παιδάκια, πιο ωραίο είναι αυτό δεν το συζητώ. Αν έρθει το παιδί σου και σου πει μπαμπά είναι ομοφυλόφιλος, θα στεναχωρηθείς πολύ, δεν θα χαρείς, όμως θα το αγαπάω το ίδιο».** Η ίδια συγκαλυμμένη οριακά ρατσιστική διατύπωση που τοποθετεί υψηλότερα στην αξιολογική κλίμακα τα ετεροφυλόφιλα παιδιά συγκριτικά με τα ομοφυλόφιλα.

Αναπαράγεται ένας στερεοτυπικός διαχωρισμός που συντηρεί τις διακρίσεις και συμβάλει στον κοινωνικό αποκλεισμό των ΛΟΑΤΚΙ+ παιδιών. Απαιτείται πολύ μεγαλύτερη προσοχή και κοινωνική ευαισθησία σε ανάλογες αναφορές. Απεναντίας, έχει σημασία η ανάδειξη στο δημοσιογραφικό λόγο των περιστατικών όπου ΛΟΑΤΚΙ παιδιά/άτομα υφίστανται παρενοχλητικές ή κακοποιητικές συμπεριφορές.

12. Ένα σημαντικό κεφάλαιο είναι η στιγματιστική και προσβλητική, συχνά με κακή χρήση όρων ψυχολογίας και ψυχιατρικής, παρουσίαση των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών και των εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες.

Παραδείγματα:

- **«Άφησε κανένα κενό εγκεφάλου αυτή η ιστορία;».** Πρόκειται για ερώτηση που πέρα από προσβλητικά, λειτουργεί και στιγματιστικά, καθώς υπονοεί αυθαίρετα ότι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να επιφέρει κάποιου είδους διανοητικής βλάβης.
- **«Η περιοχή θα μετατραπεί σε πιάτσα ναρκωτικών, φοβόμαστε να διασχίσουμε αυτή την περιοχή γιατί υπάρχουν περιθωριακά στοιχεία, θα προσεγγίζουν ακόμα και παιδιά για ναρκωτικά».** Οι δηλώσεις αυτές παρουσιάστηκαν μονομερώς, χωρίς δηλαδή να αναπτυχθεί ή έστω να αναζητηθεί η ανάγκη λειτουργίας προγραμμάτων μείωσης της βλάβης ή απεξάρτησης εντός του αστικού ιστού και δεν αντικρούστηκαν ούτε συμπληρώθηκαν στο πλαίσιο του δημοσίου διαλόγου. Στο σημείο αυτό, επομένως, θεωρούμε ότι ο δημοσιογραφικός λόγος προκειμένου να αποφύγει την αναπαραγωγή φόβου και «ηθικών πανικών» πρέπει πρωτίστως να αναδεικνύει την ουσία του θέματος, να επιδιώκει τη διεύρυνση των προβληματισμών και να αποδίδει την ευθύνη στους πραγματικά υπευθύνους.
- **«Ο 58χρονος θα κατηγορηθεί για βιασμό, καθώς η κοπέλα εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών είχε μειωμένα αντανάκλαστικά, κάτι που εκμεταλλεύτηκε ο δράστης».** Στο σημείο αυτό θεωρούμε ότι το μήνυμα που περνάει η δημοσιογραφική διατύπωση είναι ασαφές καθώς συγχέει το θέμα του βιασμού με τα μειωμένα αντανάκλαστικά του θύματος λόγω χρήσης ναρκωτικών. Μια λιτή και μη αμφιλεγόμενη διατύπωση θα μπορούσε να περιοριστεί στο ότι η κατηγορία αφορά το έγκλημα του βιασμού, ενώ θα κατέγραφε ως επιπρόσθετο στοιχείο τη χρήση ουσιών από την επιζώσα του εγκλήματος του βιασμού.

13. Ένα σημαντικό πρόβλημα που εντοπίστηκε στον λόγο των ΜΜΕ είναι η παρουσία θεμάτων ψυχικής υγείας με αμφιλεγόμενο ή/και αντιεπιστημονικό περιεχόμενο, το οποίο επιδρά, διαστρεβλωτικά, ενδεχομένως και απαξιωτικά και περνάει εσφαλμένα μηνύματα ψυχολογικοποιώντας και ενοχοποιώντας συμπεριφορές, αποτρέποντας την έγκαιρη απεύθυνση σε ειδικό ή προκαλώντας, αντίστροφως, αβάσιμο άγχος στους ανθρώπους.

Παραδείγματα:

- **«13 πράγματα που δεν κάνουν οι ψυχολογικά δυνατοί άνθρωποι»**
- **«Δεν ξοδεύουν πολύτιμο χρόνο στην αυτολύπηση»**
- **«Δεν ψάχτηκες ποτέ; Δεν πήγες σε κανέναν ψυχοδάσκαλο;»**
- **«Είναι γεγονός ότι όσο και να διαβάσουμε, όσο και να μορφωθούμε, γινόμαστε οι μητέρες που είχαμε»**
- **«5 σημάδια ότι βγαίνεις μ' έναν ψυχοπαθή»**. Αρχικά ο ίδιος ο όρος «ψυχοπαθής» είναι στιγματιστικός και δεν πρέπει χρησιμοποιείται. Το ίδιο το πνεύμα του τίτλου και του άρθρου είναι στιγματιστικό, καθώς υπονοεί ότι το να έχεις διαπροσωπικές σχέσεις μ' ένα άτομο που αντιμετωπίζει ψυχικό πρόβλημα μπορεί να εγκυμονεί κινδύνους. Είναι η επιτομή του στιγματισμού, αυτή που θεωρεί ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ανίκανα για σύναψη σχέσεων και δυνάμει επικίνδυνα. Τέλος, στρεβλή πρακτική αποτελεί η προτροπή του άρθρου να αναζητηθούν τα «σημάδια» που οδηγούν στη «διάγνωση». Η όποια διάγνωση γίνεται μόνο από ειδικό που έχει εξετάσει το άτομο και όχι από «σημάδια» ή «από μακριά».

14. Η αυτοκτονία είναι πολύ σοβαρό θέμα και ο δημοσιογραφικός λόγος πρέπει να εκπαιδεύει το κοινό για την έγκαιρη απεύθυνση σε ειδικό αντί να αποπροσανατολίζει με υποκειμενικές ερμηνείες και απόψεις.

Παράδειγμα:

- **«Ξέρετε γιατί οι Έλληνες αυτοκτονούν; Γιατί χάσανε το νόημα της ζωής και το χάσαν όχι γιατί έχουν οικονομικά προβλήματα αλλά γιατί νόμιζαν ότι το μάτριξ που ζούσαν ήταν η αξία της ζωής»**. Τέτοιου είδους τοποθετήσεις είναι ενδεδειγμένο να μην καταγράφονται στον δημοσιογραφικό λόγο διότι συσκοτίζουν αντί να ενημερώνουν και έρχονται σε ευθεία αντίθεση με την ολοκληρωμένη και τεκμηριωμένη επιστημονική ανάλυση για τόσο οξυμμένης σημασίας ζητήματα. Είναι ευθύνη του δημοσιογραφικού λόγου να τα αναδείξει.

15. Ένα θέμα που απαντά συχνά στον δημοσιογραφικό λόγο αφορά σε ζητήματα μητρότητας και ψυχικές διαταραχές γύρω από αυτή ή ψυχικές καταστάσεις (όχι απαραίτητα διαταραχές) που τη συνοδεύουν. Πολύ συχνά τα θέματα αυτά παρουσιάζονται με αποπροσανατολιστικό περιεχόμενο ή αδιακρισία και η στρεβλή χρήση ψυχολογικών/ψυχιατρικών όρων μπλέκεται συχνά με έμφυλα στερεότυπα. Σε περιπτώσεις που εξετάστηκαν στην έρευνα, τα δημοσιεύματα αναφέρονται συχνά σε περιπτώσεις παιδοκτονίας. Είναι μια άκρως σημαντική και ευαίσθητη κατηγορία και ο δημοσιογραφικός λόγος οφείλει να τα προσεγγίζει με ευαισθησία και υπευθυνότητα συμβάλλοντας στον προσανατολισμό του κοινού προς μια έγκαιρη απεύθυνση σε ειδικό.

Παραδείγματα:

- **«Πολλές γυναίκες το παθαίνουν αυτό, μετά τη γέννα δεν τον θέλουν τον άνδρα τους καθόλου και πολλές δεν θέλουν ούτε το παιδί, θεωρούν ότι τους είναι βάρος το παιδί, στο 99,9% περνάει, υπάρχουν και γυναίκες που αυτοκτονούν ή σκοτώνουν τα παιδιά τους».** Το συγκεκριμένο απόσπασμα βρίθει γενικεύσεων για ενδεχόμενες επιπτώσεις της μητρότητας στη γυναίκα που δεν επιτρέπεται να προβάλλονται άκριτα στον δημοσιογραφικό λόγο χωρίς αντίστοιχη επιστημονική τεκμηρίωση και χωρίς την καταγραφή της άποψης του ειδικού για την επαλήθευση ή διάψευσή τους.
- **«Το άγχος των μητέρων επηρεάζει το έμβρυο».** Αρκετά άρθρα αναφέρονται στο αυξημένο άγχος της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης και στο πώς αυτό επηρεάζει το έμβρυο. Ωστόσο, επειδή το άγχος μπορεί να σχετίζεται με ένα ζήτημα ψυχικής υγείας, και σε κάθε περίπτωση το άγχος έχει αντίκτυπο όχι μόνο στο έμβρυο αλλά και στην ίδια τη γυναίκα, το μήνυμα που περνάει ο δημοσιογραφικός λόγος πρέπει να είναι σαφές και τεκμηριωμένο ώστε να μην κινδυνεύει η γυναίκα που κυοφορεί στο σημείο να αυτό-ενοχοποιείται και να αισθάνεται ότι κάνει κακό στο μωρό της επειδή νιώθει άγχος. Επομένως, κρίνουμε σημαντικό οι τίτλοι που χρησιμοποιούνται για θέματα μητρότητας να είναι πιο σαφείς και επιστημονικά επεξεργασμένοι.

Γ.2 Πηγές και πλαίσιο αναφοράς

Κατά την κάλυψη θεμάτων που αφορούν στην ψυχική υγεία χρειάζεται να ελέγχουμε τις πηγές μας προκειμένου να διαπιστώσουμε:

- Την εξειδίκευση του ατόμου που μας παραθέτει επιστημονικές πληροφορίες.
- Την κατάσταση στην οποία βρισκόταν το άτομο που μας μετέφερε προσωπικά βιώματα.
- Την τεκμηρίωση των πληροφοριών που παρέχονται από άλλες πηγές.

Στην προσπάθειά μας να πλαισιώσουμε το θέμα μας δεν πρέπει να ξεχνάμε τα εξής:

- Δεν χαρακτηρίζουμε τα άτομα με βάση την ασθένειά τους αλλά σκιαγραφούμε τις προσωπικότητες με τρόπους που αποφεύγουν την υπερβολή και την συναισθηματικοποίηση.
- Προσοχή στους τίτλους.
- Αν παρατηρούνται συμβάντα βίας, τα βάζουμε στο πλαίσιο αναφέροντας πως τα βίαια περιστατικά που ενδέχεται να σχετίζονται με τη ψυχική ασθένεια δεν είναι κανόνας.
- Παράλληλα με τους ειδικούς ψυχικής υγείας, επιδιώκουμε να συμπεριλαμβάνουμε φωνές που μπορούν να μεταφέρουν απόψεις και γνώμες μέσα από το προσωπικό τους βίωμα.
- Δεν απεικονίζουμε την ψυχική ασθένεια σαν καθοριστικό στοιχείο του προσώπου που μας μιλά, εκτός αν το ίδιο το πρόσωπο το επιθυμεί.
- Δεν απεικονίζουμε την ψυχική ασθένεια σαν μια εφ' όρου ζωής προβληματική ή αξεπέραστη κατάσταση. Αντίθετα, ξεπερνάμε την όποια διάγνωση και προσπαθούμε να εστιάσουμε στις δυνατότητες ανάκαμψης και σε ιδιότητες του ατόμου που ξεπερνούν το πρόβλημα που αντιμετωπίζει (καλλιτέχνης, γονέας, φιλόζωος, κ.ο.κ.)
- Δεν κάνουμε υποθέσεις για το πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα προβλήματα ψυχικής υγείας ή για το πώς επηρεάζει το πρόβλημα ψυχικής υγείας ενός ατόμου άλλες πλευρές της ζωής του, αφήνουμε χώρο να το εκφράσουν οι ίδιοι.
- Στην περίπτωση που στην κάλυψή μας υπάρχει περιεχόμενο που μπορεί να χαρακτηριστεί «σκληρό», θα πρέπει κατά την έναρξη του θέματος να υπάρχει σχετική προειδοποίηση (trigger warning - π.χ. στην κάλυψη

θεμάτων που αφορούν σε εγκλήματα κατά ζωής ή κατά της γενετήσιας ελευθερίας)

- Επιδιώκουμε να αναδείξουμε διαστάσεις του θέματος που συνδέονται άμεσα με το στίγμα ψυχικής υγείας, όπως η οικονομική κατάσταση, η ανεργία, η κοινωνική περιθωριοποίηση κ.λπ.

Γ.3 Πως κάνουμε συνεντεύξεις

Οι συνεντεύξεις με ειδικούς ή πολίτες με προβλήματα ψυχικής υγείας χρειάζονται υψηλό βαθμό προετοιμασίας και γνώση του πεδίου της ψυχικής υγείας. Είναι πολλές οι περιπτώσεις που η απουσία προετοιμασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη σεβασμού της δημοσιογραφικής δεοντολογίας, οδηγούν σε παρερμηνείες και ανακρίβειες για τα θέματα ψυχικής υγείας, οι οποίες με τη σειρά τους οδηγούν σε ενίσχυση του στίγματος.

Συνεπώς, όταν πραγματοποιούμε συνεντεύξεις που αφορούν σε θέματα ψυχικής υγείας, προσέχουμε:

- Η διεξαγωγή της συνέντευξης να πραγματοποιείται με απόλυτο σεβασμό στο συνεντευξιαζόμενο άτομο, στο πλαίσιο της ισχύουσας νομοθεσίας και της δημοσιογραφικής δεοντολογίας.
- Η επικοινωνία, οι ερωτήσεις και οι αναφορές σε γεγονότα να μη λειτουργούν στιγματιστικά και να μην παραβιάζουν τα δικαιώματά του/την συνεντευξιαζόμενου/νης.
- Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να επιβεβαιώνουμε πως ο συνεντευξιαζόμενος/η δεν βρίσκεται σε πρόδηλα ευάλωτη κατάσταση κατά την οποία αδυνατεί να δώσει συνέντευξη.
- Να δείχνουμε σεβασμό στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα επιλέγουν να περιγράψουν τη διάγνωσή τους, συμπεριφορές ή εμπειρίες τους.
- Να ενημερώνουμε τον/την συνεντευξιαζόμενο/η για τον σκοπό προς τον οποίο θα χρησιμοποιηθεί η συνέντευξή του, πού και πότε θα δημοσιευθεί, και ειδικά όσον αφορά τα επιγραμμικά (on line) οπτικοακουστικά Μέσα για το χρονικό διάστημα το οποίο θα παραμείνει δημοσιευμένη.
- Να μην ξεχνάμε να προσφέρουμε την επιλογή της ανωνυμίας στο άτομο με το οποίο μιλάμε. Πολλές φορές οι άνθρωποι φοβούνται για τις επιπτώσεις όσων πουν στην καθημερινότητά τους.
- Να επιβεβαιώνουμε την επάρκεια, τον τομέα εξειδίκευσης και την εμπειρία

των ειδικών ψυχικής υγείας με τους οποίους θα πραγματοποιήσουμε συνέντευξη.

- Να αναφέρουμε στο τέλος της συνέντευξης τους τρόπους με τους οποίους μπορεί κανείς να αναζητήσει εξειδικευμένη βοήθεια. Αυτοί μπορεί να είναι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, κοινότητες ή/και εξειδικευμένες δομές και επιστήμονες.



Γ.4 Πως χρησιμοποιούμε τις εικόνες

Όπως η χρήση μη ενδεδειγμένου λόγου και η λανθασμένη πλαισίωση μπορούν να οδηγήσουν σε αναπαραγωγή στιγματιστικών αναφορών και στερεοτύπων, με τον ίδιο τρόπο και η απρόσεκτη εικονογράφηση των σχετικών θεμάτων μπορεί να επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που επιδιώκουμε.

Ειδικά στη σημερινή εποχή ραγδαίας αύξησης χρήσης των κοινωνικών δικτύων και σταδιακής κατίσχυσης του διαδικτύου στον τομέα της ενημέρωσης, η χρήση των κατάλληλων εικόνων μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην καταπολέμηση του στίγματος ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, η ενδεδειγμένη χρήση των εικόνων έχει τις παρακάτω παραμέτρους:

- Δεν χρησιμοποιούμε άκριτα εικόνες προερχόμενες από φωτοθήκες (Image banks), ιδίως όσες αποτυπώνουν θέματα με σκούρο-σκοτεινό περιβάλλον, απεικονίσεις προσώπων σε κατάσταση απελπισίας (σκυμμένο κεφάλι, κεφάλι που το κρατά το χέρι, αίσθηση απομόνωσης κ.λπ). Αντίθετα, αν είναι εφικτό, χρησιμοποιούμε εικόνες πραγματικών προσώπων σε φωτεινό φόντο.
- Δεν χρησιμοποιούμε εικόνες που αισθητικοποιούν ή παρουσιάζουν με υπερβολή εμπειρίες ψυχικών δυσκολιών και κλινικές συνθήκες (Συστήματα καθήλωσης, «Ήσυχια δωμάτια», εικόνες ιδρυμάτων). Αντίθετα επιδιώκουμε να δείχνουμε εικόνες ένταξης και συμπερίληψης των ατόμων στην κοινωνία.
- Δεν χρησιμοποιούμε εικόνες χαπιών, φαρμάκων, γνωστών σκευασμάτων που χορηγούνται σε περιπτώσεις ανάγκης φαρμακευτικής αγωγής, καθώς δεν είναι δεδομένη συνθήκη η χρήση τους.
- Όταν εικονογραφούμε θέματα που αφορούν τη θεραπεία και την ανάκαμψη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, επιδιώκουμε το κύριο θέμα των εικόνων μας να αποτυπώνει την ανθρώπινη επαφή και τη συμβολή της στην περιγραφόμενη θεραπεία.

Γ.5 Χρήσιμα – Φορείς, θεσμοί, οργανισμοί και γραμμές υποστήριξης

Σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ για τη ψυχική υγεία (ΠΟΥ 2001) με θέμα «ψυχική υγεία: νέα αντίληψη, νέα ελπίδα», επισημαίνεται ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα περίπλοκων αλληλεπιδράσεων κοινωνικών, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων. Τονίζεται επίσης η μετατόπιση της προσοχής από την ιδρυματική στην κοινοτική φροντίδα, παρουσιάζονται emphaticά οι αρχές που είναι σημαντικό να διέπουν την κοινοτική φροντίδα, αλλά και η συνεργασία μεταξύ των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κοινοτικών υπηρεσιών, χρηστών υπηρεσιών αλλά και των οικογενειών τους.

Αλλά και στη χώρα μας σημαντική υπήρξε για την καθιέρωση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η μεταρρυθμιστική διαδικασία πρωτεργάτης της οποίας υπήρξε ο καθηγητής κ. Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος. Η διαδικασία αυτή δεν υπήρξε εύκολη και αυτονόητη καθώς οι προκαταλήψεις και το στίγμα και οι διακρίσεις προς τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πάντα στο προσκήνιο και μπορεί να δυσχεραίνουν την αξιοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ισότιμη πρόσβαση σε επαρκείς υπηρεσίες.

Η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος (Ε.Κ.Ψ. Π. Σακελλαρόπουλος) είναι επιστημονικό, μη κερδοσκοπικό σωματείο που ιδρύθηκε το 1986. Τα πρώτα σημαντικά βήματα που οδήγησαν στη σύστασή του έγιναν το 1964 από τον καθηγητή Παιδοψυχιατρικής, Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο και την ομάδα συνεργατών του που εμπνευσμένη από το πνεύμα της Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρικής άρχισε να εργάζεται για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και να αναπτύσσει το μοντέλο της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο σπίτι του αρρώστου (Ψ.Π.Σ.Α.). Έκτοτε, η Ε.Κ.Ψ. Π. Σακελλαρόπουλος έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο δραστηριοτήτων σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με την Ψυχική Υγεία επεκτείνοντας τις δραστηριότητες σε διάφορες υποβαθμισμένες περιοχές της επικράτειας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα των ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών αναγκών των κατοίκων των περιοχών όπου λειτουργούν δομές της, και συγκεκριμένα των νομών Αττικής, Φωκίδας και όμορων περιοχών, Φθιώτιδας, Έβρου και της ευρύτερης περιοχής της Θράκης.

Η Ε.Κ.Ψ. Π. Σακελλαρόπουλος επιδιώκει πρωτίστως την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, την έγκαιρη αντιμετώπισή τους και την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Παράλληλα, εργάζεται μαζί με την κοινότητα για την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και την καταπολέμηση του στίγματος.

Μία από τις σημαντικές δράσεις συνηγορίας του φορέα υλοποίησης του έργου Ε.Κ.Ψ. Π. Σακελλαρόπουλος αποτελεί και το έργο «Σβήνουμε το στίγμα. Στο λόγο μας», προσπαθώντας να συμβάλει στην άρση των αποκλεισμών.

Παρακάτω παρατίθενται κάποιοι χρήσιμοι σύνδεσμοι, κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τηλεφωνικές γραμμές παρέμβασης και θεσμικοί παράγοντες ή φορείς αυτοσυνηγορίας για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Α. Διεθνείς οργανισμοί για τη ψυχική υγεία και τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα

- 1. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ψυχική Υγεία (Mental Health Europe)**
<https://www.mhe-sme.org/>
- 2. Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία**
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>
- 3. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, WHO (World Health Organization)**
<https://www.who.int/>
<https://unric.org/el/who->
- 4. Eurostat: Στατιστικά στοιχεία για την ψυχική υγεία και συναφή θέματα**
<https://ec.europa.eu/eurostat>
https://ec.europa.eu/info/departments/eurostat-european-statistics_el
- 5. Γραφείο Ηνωμένων Εθνών για το συντονισμό των ανθρωπιστικών υποθέσεων**
<https://hellenicaid.mfa.gr/diethnes-plaisio-kai-anaptyxiaki-politiki/oie/grapheion-ton-enomenon-ethnon-gia-suntonismo.html>
- 6. Δίκτυο χρηστών και επιζώντων της ψυχιατρικής - European network of ex-users and survivors of Psychiatry - ENUSP**
<https://www.eu-patient.eu/Members/The-EPF-Members/Full-Membership/European-Network-of-exusers-and-survivors-of-psychiatry-ENUSP/>
- 7. Δίκτυο Καινοτομίας Ψυχικής Υγείας (Mental Health Innovation Network)**
<https://www.mhinnovation.net/>

Β. Φορείς ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και βασικοί θεσμικοί παράγοντες, (ο κατάλογος δεν είναι εξαντλητικός)

1. Ομοσπονδία «Αργώ»

<http://argo.org.gr/>

Επικοινωνία: Info@argo.org.gr

Η Ομοσπονδία «Αργώ», αποτελεί όργανο εκπροσώπησης των φορέων ψυχικής υγείας και στοιχειοθετείται στην κοινή εκπροσώπηση των φορέων ψυχικής υγείας ανεξάρτητα από το νομικό τους πλαίσιο (λ.χ. αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρίες, σωματεία κ.λπ.). Παρέχει επίσης υποστήριξη στις δράσεις τους, με απώτερο στόχο την καλύτερη υλοποίηση του προγράμματος. Η ομοσπονδία Αργώ αποτελείται από πολλούς φορείς ψυχικής υγείας-επισκεφτείτε την ιστοσελίδα παραπάνω.

Δεδομένου ότι δεν μπορούμε να βάλουμε εξαντλητικά όλους τους φορείς της Ομοσπονδίας και για να μην «αδικήσουμε» κανέναν, σας παραπέμπουμε στον κατάλογο των φορέων, όπου θα βρείτε τις δράσεις τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

<http://argo.org.gr/index.php/foreis>

2. Ελληνικό κέντρο ψυχικής υγιεινής και ερευνών

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, ακολουθώντας τις αρχές της κοινοτικής-κοινωνικής ψυχιατρικής.

<http://www.ekepsy.gr/>

3. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακρίβειας «Κώστας Στεφανής»

<https://www.epipsi.gr/index.php>

Ψυχαργός

Το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» είναι ένα Εθνικό Σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετατόπιση της προσοχής από την ασυλική φροντίδα στην κοινοτική στήριξη.

<https://www.psychargos.gov.gr/>

5. Π.Ο.Κοι.Σ.Π.Ε.

Η Πανελλήνια Ομοσπονδία των Κοι.Σ.Π.Ε. (Π.Ο.Κοι.Σ.Π.Ε.) αποτελεί δευτεροβάθμιο συλλογικό όργανο των ΚΟΙΣΠΕ αριθμώντας 30 μέλη. Σκοπός της ΠΟΚΟΙΣΠΕ είναι η εκπροσώπηση και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων της κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης και της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

<http://pokoispe.gr/>

6. Υπουργείο Υγείας

<https://www.moh.gov.gr/>

7. Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος

<https://www.hscap.gr/>

8. Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος

<https://www.skle.gr/index.php/el/>

9. Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων

<https://seps.gr/>

10. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία

<https://psych.gr/>

11. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

<https://eody.gov.gr/>

Γ. Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελούν τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Στόχος τους είναι η πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, η ψυχοκοινωνική μέριμνα και η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα.

Οι λειτουργίες τους συνοψίζονται στην πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών, παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων και της κατ' οίκον φροντίδας, ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες, βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση, εφαρμογή ψυχοθεραπειών και ολοκληρωμένη, συνθετική προσέγγιση.

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αθηνών – ΓΝΑ Σωτηρία

Νερούτσου 24 & Μενεσθέως, Πλατεία Αττικής ΤΚ 10445,

Τηλ.: 2108310130/5, <http://www.sotiria.gr>

2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου – Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,

Πλούτωνος 19 και Ηφαίστου, ΤΚ 12135, Περιστέρι,

Τηλ.: 2105756226, 2105756401, 2105756664,

Ιστοσελίδα: <http://www.psyhat.gr>

3. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγ. Αναργύρων -Φιλαδελφείας-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,

Θεσσαλονίκης 125, Νέα Φιλαδέλφεια

Τηλ.: 2102621260, 2102612890, 2102692975 και 2102612930

4. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου – ΓΝΑ Ευαγγελισμός,

Υμηττού 221-223 (1ος όροφος), Παγκράτι, Τ.Κ. 11632 Παγκράτι,

Τηλ.: 2107019444, Ιστοσελίδα : <http://www.evangelismos-hosp.gr>

5. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου – Αγίας Παρασκευής ΓΝΑ Γεννηματάς,
Σουλίου 62 ή Ελληνοσερβικής Φιλίας 62, Αγία Παρασκευή Αγ. Παρασκευή,
Τηλ.: 213 203 7600, 213 203 7606 Ηλ. Ταχυδρομείο: sec_kpsy@0303.syzefxis.gov.gr
6. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βύρωνα-Καισαριανής – Αιγινήτειο Παν/κό
Νοσοκομείο,
Δήλου 14, Καισαριανή, ΤΚ 16121,
Τηλ.: 2107644705, 2107640111, Ιστοσελίδα : <http://www.uoa.gr>
7. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κερατσινίου-Δραπετσώνας – Ψυχιατρικό
Νοσοκομείο Δρομοκαϊτειο,
Γρηγορίου Λαμπράκη 331, 18757, Κερατσίνι
Τηλ.: 2104256143, 2104256142, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: akesodrom@yahoo.gr
8. Διακλαδικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενόπλων Δυνάμεων – ΔΥΓ/ΓΕΕΘΑ
414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων,
Ταξιάρχου Βέλλιου 6, 15236 Παλαιά Πεντέλη. 800 114 5551-2-3 χωρίς χρέωση
από σταθερό τηλέφωνο 210 810 5068 και 210 557 4121 με αστική χρέωση
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: dkpsyed@hndgs.mil.gr, Ιστοσελίδα: <http://www.haf.gr>
9. Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου – Πανεπιστήμιο Αθηνών
Δαβάκη – Πίνδου 42, ΤΚ 15773, Ζωγράφου,
Τηλ: 2107718320, 2107481174, Ιστοσελίδα : <http://www.uoa.gr>
10. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παπάγου – Ερευνητικό Πανεπιστημιακό
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) «Κώστας Στεφανής»
Σωρανού του Εφεισίου 2, Παπάγου, Τηλ.: 210 6170804-5, 210 6528354
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο : secretar@epipsi.gr, Ιστοσελίδα: <http://secreepipsi.gr>
11. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών
(ΕΚΕΨΥΕ)
Νοταρά 58, 106 83 Αθήνα, Τηλ.: 210 3844733, 21088 20550
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: ipyath@gmail.com, ditaag@otenet.gr
12. Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών
Διεύθυνση: Καυταντζόγλου 36 & Παπάφη, 546 39 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310845130, 23108451132, 2310848108, 2310889650
13. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
Καραολή & Δημητρίου 1 Πλατεία Δημοκρατίας, Τ.Κ.54630, Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2313310700, Ιστοσελίδα: <http://www.psychotes.gr>

14. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
Στ. Παπαδοπούλου 20 Συκιές Τ.Κ. 56625, Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2313310100, Ιστοσελίδα: <http://www.psychothess.gr/bd>
15. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δυτικού Τομέα, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 41, Τ.Κ. 56123, Αμπελόκηποι Θεσσαλονίκης,
Τηλ.: 2313-310600/1, Ιστοσελίδα : <http://www.psychothess.gr/d>
16. Ψυχιατρικό τμήμα περίθαλψης 424 ΓΣΝΕ/Κέντρο Ψυχικής Υγείας Στρατού και Σωμάτων Ασφαλείας
Γρηγορίου Λαμπράκη 3 (Παλαιό 424), Τ.Κ. 43636, Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310-89 4300
17. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αλεξανδρούπολης – Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
Διεύθυνση: Δήμητρας 19, 681 00, Αλεξανδρούπολη
Τηλ.: 2551021200, Ιστοσελίδα : <http://www.pgna.gr/>
18. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου – Γ.Ν. Βόλου
Τηλ.: 24213-50500, 501, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: k.psy.volos@gmail.com
19. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κατερίνης – Γ.Ν. Κατερίνης
Βυζαντίου 3, Τ.Κ. 60100 Κατερίνη,
Τηλ.: 23510350700, Ιστοσελίδα : <http://www.gnkaterini.gr>
20. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων – Γ.Ν. Χανίων
Κροκιδά 25, Τ.Κ. 73100 Χανιά, Τηλ.: 2821340500, Παιδων 28210-51394
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: kpsychania@gmail.com
Ιστοσελίδα : <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=19740&nt=156>
21. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου – Γ.Ν. Ρεθύμνου
Παπανικολάου 23, ΤΚ 74100 Ρέθυμνο
Τηλ.: 2831020799, Ιστοσελίδα : <http://www.cepsyre.gr/>
22. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου – Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου
Σπιναλόγκας 1, ΤΚ 71201 Ηράκλειο
Τηλ.: 2810333402, Ιστοσελίδα: <http://www.venizeleio.gr>
23. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγίου Νικολάου – Γ.Ν. Αγ. Νικολάου
Ακτή Νεάρχου και Ιδομενέως 1, ΤΚ 72100, Άγιος Νικόλαος
Τηλ.: 28410-82300, Ιστοσελίδα : <http://www.kepsyan.gr/>

24. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Σερρών – Γ.Ν. Σερρών
Ιπποκράτους 9 Ηλιούπολη, Άγιος Ιωάννης Σερρών, ΤΚ 62100 Σέρρες,
Τηλ.: 23210- 51230, Ιστοσελίδα : <http://www.hospser.gr>
25. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων – Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»
Βαλαωρίτου 35 Τ.Κ. 45444 Ιωάννινα, Τηλ.: 2651074227, 38919,
Ιστοσελίδα: www.gni-hatzikosta.gr, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: mhcsk1@yahoo.gr
26. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης – Γ. Παναρκαδικό Ν. Τρίπολης «Η
Ευαγγελίστρια»
Τσιακοπούλου και Ουάσινγκτον 77,
Τηλ.: 2710232048, 2710223277, Ιστοσελίδα: www.panarkadiko.eu/ns/
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: psy.kentropcy@gmail.com
27. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας – Γ.Ν. Χαλκίδας
Τσιριγώτη 29Α Τ.Κ. 34100 Χαλκίδα,
Τηλ.: 2221350900, 5093150927, Ιστοσελίδα: <http://www.chalkidahospital.gr>
28. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καβάλας – Γ.Ν. Καβάλας
25ης Μαρτίου 10, Τ.Κ. 65404, Καβάλα,
Τηλ.: 2510243992, Ιστοσελίδα : <http://www.kavalahospital.gr>
29. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Λάρισας – Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Λάρισας
Δημοκρατίας 111 Νεάπολη, Τ.Κ. 41334, Λάρισα,
Τηλ.: 2410611002-3, 2410669221, Ιστοσελίδα : <http://www.uhl.gr>
30. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Σάμου – Γ.Ν. Σάμου «Άγιος Παντελεήμων»
Πλατεία Γρηγορίου Αυξεντίου, Τ.Κ. 83100, Σάμος,
Τηλ.: 2273080953, Ιστοσελίδα : <http://nosokomiosamou.gr>
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: kpsysamos1@yahoo.gr
31. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Πάτρας – ΓΝΑ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Επιδαύρου 8 Τερψιθέα, Πάτρα, ΤΚ 26442
Τηλέφωνα: 2610452919, 2610439569, 2610439569,
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: mhcpatra@otenet.gr
32. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δράμας – Γ.Ν. Δράμας
Εθνομαρτύρων Πόντου 57, Τ.Κ. 66100 Δράμα,
Τηλ.: 25210-48050, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: psygeias@otenet.gr
Ιστοσελίδα: <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=14039&nt=156>
33. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ξάνθης – Γ.Ν. Ξάνθης
Αϊδινίου 73, Τ.Κ. 67100, Ξάνθη,
Τηλ.: 2541071325, 2541083540, Ιστοσελίδα: www.hosp-xanthi

34. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηγουμενίτσας – Γ.Ν.-Κ.Υ. Φιλιατών

Δημοκρατίας 1, Λαδοχώρι, ΤΚ 46100

Τηλ.: 2665028874, 2665021551 Ιστοσελίδα: www.mchi.gr, Ηλεκτρονικό

Ταχυδρομείο: mhci@gnfiliaton.gr

35. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγρινίου – Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας

Βότση 9, Αγρίνιο 30100

Τηλέφωνα: 2641022787, 2641022363, 2641022565,

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο : m.h.c.agrinio@gmail.com

36. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ναυπλίου – Γ.Ν. Ναυπλίου

Αγία Τριάδα – Δήμου Ναυπλιέων, Τ.Κ. 21055, 1ος όροφος ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Ν. Αργολίδας

Τηλ.: 2752044414, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: psh.center@gnn.gov.gr

**37. Κέντρο Ψυχικής Υγείας-Ιατροπαιδαγωγικό Κέρκυρας, Κέντρο Ψυχικής
Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Κέρκυρας**

*Πλατεία Χρ. Τσιριγώτη - Ιστορικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα Τ.Κ.
49100, Τηλ.: 2661361189, 2661048871,*

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: psycenter@psynk.ondsl.gr, Ιστοσελίδα: <http://www.gnkerkyras.gr/sa1.html>

Δ. Γραμμές Τηλεφωνικής Υποστήριξης

1. 10306 - Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (Πρωτοβουλία Αλληλεγγύης από το ΕΚΠΑ & το Υπουργείο Υγείας)

Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας, συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης των πολιτών. «Η τηλεφωνική γραμμή βοήθειας προσφέρει ένα παράθυρο διαλόγου, συμβουλών και ελπίδας και δίνει τη δυνατότητα σε άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο θέμα ψυχικής υγείας, για παράδειγμα Παθολογικό Άγχος, Παθολογικό Φόβο, Πανικό να μιλήσουν, να στηριχθούν και να έλθουν πιο κοντά στη λύση του προβλήματος». Στην παραπάνω δράση συμμετέχουν Ενεργά, (Σε Αλφαβητική αποτύπωση): Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ) Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ομοσπονδία Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ψυχικής Υγείας ΑΡΓΩ, Το Χαμόγελο του Παιδιού. Σημειώνεται ότι τον Επιστημονικό Συντονισμό του Συνολικού Εγχειρήματος έχει η Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ.

2. 1107 - Εθνική Γραμμή Παιδικής Προστασίας (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ε.Κ.Κ.Α)

Παρέχει συμβουλευτική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη σε παιδιά, εφήβους και γονείς. Λειτουργεί δωρεάν ως γραμμή έκτακτης ανάγκης, και σε 24ωρη βάση.

3. 197 - Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ε.Κ.Κ.Α)

Απευθύνεται σε άτομα, οικογένειες και ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν οποιασδήποτε μορφής ψυχοκοινωνικής κρίσης π.χ. θύματα οικογενειακής βίας. Είναι στελεχωμένη με κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους. Λειτουργεί δωρεάν ως γραμμή έκτακτης ανάγκης όλο το 24ωρο.

4. 1056 - Εθνική Γραμμή για τα Παιδιά SOS (Το Χαμόγελο του Παιδιού)

Τηλεφωνική γραμμή έκτακτης ανάγκης που λειτουργεί από «Το Χαμόγελο του Παιδιού» και απευθύνεται σε κάθε παιδί ή και ενήλικα για την παροχή υποστήριξης σε περιστατικά οποιασδήποτε μορφής ψυχοκοινωνικής βίας (σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση, παραμέληση, εκφοβισμό, παράνομη διακίνηση και εμπορία). Η γραμμή είναι στελεχωμένη από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους, είναι δωρεάν και λειτουργεί σε 24ώρη βάση.

5. 116111 - Ευρωπαϊκή Γραμμή Υποστήριξης Παιδιών (Το Χαμόγελο του Παιδιού)

Ευρωπαϊκή τηλεφωνική γραμμή έκτακτης ανάγκης που λειτουργεί από «Το Χαμόγελο του Παιδιού» και ομοίως απευθύνεται σε κάθε παιδί ή και ενήλικα για την παροχή υποστήριξης σε περιστατικά οποιασδήποτε μορφής ψυχοκοινωνικής βίας. Η Γραμμή 116111 είναι διασυνδεδεμένη με τον 112, τον Ευρωπαϊκό Αριθμό Έκτακτης Ανάγκης και υπάγεται στο Διεθνές Δίκτυο Τηλεφωνικών Γραμμών (Child Helpline International).

6. 8001180015 - Γραμμή Βοήθειας «ΥποΣΤΗΡΙΖΩ» (Γραμμή Βοήθειας

Ελληνικού Κέντρου Ασφαλούς Διαδικτύου σε συνεργασία με τη Μονάδα εφηβικής υγείας της Β' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων)

Απευθύνεται σε εφήβους και τις οικογένειές τους, παρέχοντας υποστήριξη σχετικά με τη χρήση του διαδικτύου, του κινητού τηλεφώνου και των ηλεκτρονικών παιχνιδιών. Η γραμμή στελεχώνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε θέματα χρήσης / κατάχρησης διαδικτύου, είναι δωρεάν και λειτουργεί σε 24ώρη βάση. Η Γραμμή Βοηθείας αποτελεί τον εθνικό εκπρόσωπο του Πανευρωπαϊκού Δικτύου Γραμμών Βοηθείας (Helplines) στο πλαίσιο του Δικτύου Ενημέρωσης και Επαγρύπνησης Insafe.

7. 11525 - Γραμμή «Μαζί για το Παιδί»

Η Γραμμή 11525 προσφέρει συμβουλευτική για οποιοδήποτε ψυχοκοινωνική κρίση αντιμετωπίζει ένα παιδί ή ένας έφηβος, όπως, ενδεικτικά, τη λήψη καταγγελιών για περιστατικά κακοποίησης ανηλίκων, καθώς και παραπομπές και ενημέρωση για υπηρεσίες που προσφέρουν άλλοι φορείς για το παιδί και την οικογένεια σε πανελλαδικό επίπεδο. Η γραμμή στελεχώνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και λειτουργεί σε 24ώρη βάση. Οι κλήσεις έχουν χρέωση μίας αστικής μονάδας από σταθερό ΟΤΕ για αστικά και υπεραστικά τηλέφωνα ανεξαρτήτως διάρκειας κλήσης. Οι χρεώσεις για κάθε άλλο πάροχο σταθερής και κινητής τηλεφωνίας διαφέρουν ανάλογα με τον τιμοκατάλογο του παρόχου. Επίσης, η γραμμή είναι μέλος του Διεθνούς Δικτύου Τηλεφωνικών Γραμμών για τη στήριξη του Παιδιού (Child Helpline International).

8. 8001132000 - Συνήγορος του Παιδιού

Ο Συνήγορος του Πολίτη προάγει και τα δικαιώματα του παιδιού (έως 18 ετών) παρεμβαίνοντας σε υποθέσεις που αφορούν ενέργειες ή παραλείψεις δημοσίων υπηρεσιών αλλά και ιδιωτών (φυσικών ή νομικών προσώπων). Λειτουργεί ιδιαίτερη τηλεφωνική γραμμή για ανήλικους, η οποία είναι δωρεάν (Δευτέρα - Παρασκευή 09.00-15.00) και ειδικά διαμορφωμένο χώρο, στον οποίο οι ανήλικοι μπορούν να συναντήσουν το ειδικευμένο προσωπικό. Ο Συνήγορος προβαίνει σε συστάσεις προς τους εμπλεκόμενους και προτείνει κάθε μέτρο που κρίνει αναγκαίο για την εξάλειψη των παρατηρούμενων προβλημάτων και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του παιδιού.

9. 11528 - Γραμμή Ψυχολογικής Στήριξης «Δίπλα σου»

Απευθύνεται σε κάθε άνθρωπο που έχει ερωτήματα σχετικά με τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την ταυτότητα ή/και έκφραση φύλου, στις οικογένειές τους καθώς και σε εκπαιδευτικούς. Λειτουργεί πανελλαδικά και υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας και μέσω Skype, Δευτέρα ως Παρασκευή 11:00-19:00. Η κλήση έχει χρέωση 1 αστικής μονάδας από σταθερό ΟΤΕ για αστικά και υπεραστικά τηλεφωνήματα ανεξαρτήτως διάρκειας κλήσης. Για κάθε άλλο πάροχο σταθερής και κινητής τηλεφωνίας η χρέωση διαφέρει ανάλογα με τον τιμοκατάλογο του εκάστοτε παρόχου.

10. 15900 - Γραμμή SOS

Η Γραμμή SOS 15900 είναι μια υπηρεσία που λειτουργεί πανελλαδικά και που προσφέρει τη δυνατότητα σε γυναίκες θύματα έμφυλης βίας ή σε τρίτα εμπλεκόμενα πρόσωπα να λάβουν

υποστήριξη και να διασυνδεθούν με έναν κοινωνικό φορέα αντιμετώπισης του φαινομένου. Τη γραμμή στελεχώνουν ψυχολόγοι και κοινωνιολόγοι που παρέχουν άμεση βοήθεια σε έκτακτα και επείγοντα περιστατικά βίας σε 24ωρη βάση. Απευθύνεται σε γυναίκες που υφίστανται σωματική κακοποίηση, ψυχολογική, συναισθηματική, οικονομική ή λεκτική βία, κλπ.

11. 1034 - Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη

Πρόκειται για τηλεφωνική γραμμή που έχει οργανωθεί από το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). Λειτουργεί από Δευτέρα-Παρασκευή, 9:00-21:00, και στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, υπό την εποπτεία ομάδας ψυχιάτρων. Παρέχει ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη, συμβουλευτική, κλπ. και απευθύνεται σε οποιονδήποτε νιώθει την ανάγκη να μιλήσει και να ζητήσει υποστήριξη για ζητήματα σχετικά με την κατάθλιψη ή γενικότερα θέματα ψυχικής υγείας που απασχολούν τον ίδιο ή πρόσωπα του περιβάλλοντός του.

Ε. Θεσμοί για τα Ανθρώπινα δικαιώματα και συλλογικότητες συνηγορίας/ αυτοσυνηγορίας

Η Ελλάδα έχει επικυρώσει με Νόμο την Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία: Ν.4074/2012 (ΦΕΚ88/Α' /11.07.2014) «Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου της Σύμβασης στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες».

Ν. 4488/2017 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ – ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ
Υπογραμμίζουμε ότι εδώ αναφέρουμε τους βασικούς θεσμούς προστασίας των δικαιωμάτων (Υπουργείο Υγείας, Συνήγορος του Πολίτη) και εκτενέστερα τις βασικές συλλογικότητες συνηγορίας – αυτοσυνηγορίας.

1. Υπουργείο Υγείας: φορείς και αρμόδια όργανα προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας

<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodia-organa-prostasias-dikaiwmatwn/>

Προνομιακή θέση κατέχει η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, η οποία συστάθηκε στο Υπουργείο Υγείας κατ' εφαρμογή του άρθρου 2 του Ν.2716/17-5-1999 (ΦΕΚ 96/Τεύχος Α'), «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 11 του Ν.4272/2014 (ΦΕΚ145/Τεύχος Α'). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η θεσμοθέτηση με το Ν.4272/2014 της προσθήκης δυο μελών εκπροσώπων των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των συλλόγων των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, αποτελεί σημαντική εξέλιξη για την προάσπιση των δικαιωμάτων και την προώθηση της αυτοσυνηγορίας.

<http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/eidikh-epitroph-elegxoyprostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-atomwn-me-psyxikes-diataraxes>

2. Ο Συνήγορος του Πολίτη

Σύμφωνα με το άρθρο 18, κεφ.Β' του Νόμου 3293/2004 (ΦΕΚ231Α/2004), ο Συνήγορος του Πολίτη ασκεί και τα καθήκοντα του Συνηγόρου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας)

<http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodiaorgana-prostasias-dikaiwmatwn/5260-synhgoros-ygeias-kai-koinwnikhs-allhleggyhs>

Κατά την άσκηση των σχετικών με τα δικαιώματα της υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης αρμοδιοτήτων του, ο Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία

των δικαιωμάτων των πολιτών, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και των σχέσεων τους με τον πολίτη. Ο Υπουργός Υγείας μπορεί να παραπέμψει στο Συνήγορο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προκειμένου αυτός να διερευνήσει στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, αναφορές πολιτών που στρέφονται κατά των δημόσιων υγειονομικών και προνοιακών υπηρεσιών. Ο τομέας δραστηριότητας «Κύκλος Δικαιώματα του Ανθρώπου» περιλαμβάνει ζητήματα προσβολής ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων, που κατοχυρώνονται στο Σύνταγμα ή σε διεθνείς συμβάσεις που έχουν ενσωματωθεί στο εσωτερικό δίκαιο.

<https://www.synigoros.gr/?i=human-rights.el>

3. Σωματείο ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας «Η Αυτοεκπροσώπηση»

Σκοπός του Σωματείου «Αυτοεκπροσώπηση» είναι η ενίσχυση της ικανότητας αυτοεκπροσώπησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να συμμετείχουν ενεργά στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, στη διαμόρφωση ισότιμων ευκαιριών ένταξης και στο σχηματισμό των κατάλληλων πολιτικών για την ενσωμάτωση στην αγορά εργασίας.

www.autoekprosopisi.gr

4. Σωματείο ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «Η Αναγέννηση»

<https://www.esamea.gr/about-us/members/national-members/145-anagennisi>

5. Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας

<https://paratiritirioopsy.com/>

6. Πρωτοβουλία ψ-πρωτοβουλία για ένα πολύμορφο κίνημα για τη ψυχική υγεία

<http://protouvouliapsy.blogspot.com/>

7. Ελληνικό Δίκτυο «Hearing Voices»-«Ακούγοντας φωνές»

«Το Hearing Voices Network είναι ένα παγκόσμιο κίνημα που δημιουργήθηκε από και για ανθρώπους που ακούνε φωνές ή έχουν παρόμοιες ασυνήθιστες εμπειρίες, καθώς και φίλους, συγγενείς και εργαζόμενους που θέλουν να εκφράζουν έμπρακτα της έντονες ενστάσεις της για τον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα ψυχικής υγείας. Η προσέγγιση του Δικτύου είναι διαφορετική από την παραδοσιακή ψυχιατρική, καθώς δεν αντιμετωπίζει αυτές της εμπειρίες ως «ψευδαισθήσεις» και συμπτώματα της «ελαττωματικού εγκεφάλου», αλλά ως βιώματα με νοήματα που συνδέονται στενά με την προσωπική ιστορία κάθε ατόμου».

<http://www.hearingvoices.gr/>

8. Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οργανώσεων για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ)

Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οργανώσεων για την Ψυχική Υγεία ιδρύθηκε το 2003 και μέλη της είναι Σύλλογοι Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) από Αττική,

Θεσσαλονίκη, Ημαθία, Σέρρες, Έβρο, Βοιωτία, Πάτρα, Κρήτη, Σάμο, και Αλεξανδρούπολη. Μέλη των ανωτέρων Συλλόγων είναι οι οικογένειες φροντιστές ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, οι ίδιοι οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και εθελοντές επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ευαισθητοποιημένοι πολίτες φίλοι των Συλλόγων αυτών. Όλοι οι Σύλλογοι - μέλη μας δραστηριοποιούνται στην ευαισθητοποίηση της Κοινότητας, ώστε να δημιουργηθούν καλύτερες συνθήκες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (εξασφάλιση στέγης, εργασίας, καταπολέμηση του «κοινωνικού στίγματος» της ψυχικής νόσου κλπ.) των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και τη διατήρηση ενός στοιχειώδους επιπέδου ποιότητας ζωής για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις οικογένειες φροντιστές τους. Παράλληλα, αναπτύσσουν δράσεις για τη ψυχοκοινωνική στήριξη τόσο των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Λ.Υ.Ψ.Υ.) όσο και των οικογενειών τους, ορμώνοντες από την επιθυμία τους να καλύψουν τις πραγματικές τους ανάγκες εκεί που το κράτος δεν μπορεί, δρώντας συμπληρωματικά προς τις Δημόσιες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

<https://www.posopsi.gr/>

9. Επίσημο-ελληνικό δίκτυο φροντιστών

<https://epioni.gr/>

10. Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ)

Η ΕΣΑμεΑ έχει παραγάγει επίσης σημαντικό έργο για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική αναπηρία

<https://www.esamea.gr/publications/others/955-dikaiomata-ton-atomon-me-psyxiki-anapiria-mazi-me-toys-epaggelmaties-psyxikis-ygeias>

11. Πλατφόρμα Δράσης για τα Δικαιώματα στην Ψυχική Υγεία

Το έργο χρηματοδοτήθηκε από την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία στο πλαίσιο του Προγράμματος «Είμαστε όλοι Πολίτες», το οποίο είναι μέρος του συνολικού Χρηματοδοτικού Μηχανισμού του ΕΟΧ για την Ελλάδα, γνωστού ως ΕΕΑ Grants.

Διαχειριστής Επιχορήγησης του Προγράμματος είναι το Ίδρυμα Μποδοσάκη. Στόχος του Προγράμματος είναι η ενδυνάμωση της κοινωνίας των πολιτών στη χώρα μας και η ενίσχυση της κοινωνικής δικαιοσύνης, της δημοκρατίας και της βιώσιμης ανάπτυξης.

<http://psy-dikaiomata.gr/el/>

Γ.6 Ψυχική υγεία και δικαιοσύνη

Σημείωμα επιμελητών έκδοσης: Αυτό το κεφάλαιο είναι πολύ σημαντικό. Αναφέρεται στα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές/ψυχικές αναπηρίες, υπό το πρίσμα του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας, η οποία δεν προσεγγίζεται ως εγγενής της διαταραχής, αλλά ως προκαλούμενη από τα εμπόδια που υφίστανται αυτά τα άτομα. Αναφερόμαστε ξεχωριστά στα άτομα με ψυχική αναπηρία διότι αυτά υφίστανται σημαντικές διακρίσεις, ανάμεσα σε αυτές και στιγματισμό. Τα άτομα με ελάσσονα προβλήματα ψυχικής υγείας στιγματίζονται συχνά, όπως αναφέρουμε σε άλλα σημεία του οδηγού, ωστόσο σε λιγότερο βαθμό.

Τα θεμελιώδη δικαιώματα δεν μεταβάλλονται ανάλογα με το φύλο, το χρώμα, την θρησκεία ή την αναπηρία ενός ατόμου. Οι Έλληνες και οι ελληνίδες είναι ίσοι/ες ενώπιον του νόμου (άρθρο 4 παρ. 1 του Συντάγματος) και έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις (άρθρο 4 παρ. 2 Σ). Αυτό σημαίνει ότι η ύπαρξη ψυχικής (ή άλλης) αναπηρίας δεν μεταβάλλει και δεν επηρεάζει το περιεχόμενο των δικαιωμάτων ή την προστασία που δικαιούται κάθε πολίτης.

Συμβαίνει όμως αυτό στην πράξη; Απολαμβάνει ένα άτομο με ψυχική αναπηρία τα ίδια ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα σε σχέση με ένα άτομο χωρίς αναπηρία; Απολαμβάνει ίσες ευκαιρίες εκπαίδευσης, εργασίας, αυτοπροσδιορισμού, ανάπτυξης της προσωπικότητάς του και αντίδρασης στην καταπάτηση των δικαιωμάτων του;

Δυστυχώς όχι. Η καθημερινότητα βρίθκει από εμπόδια για ένα άτομο με ψυχική αναπηρία. Περιορισμένες επιλογές σε ό,τι αφορά την εκπαίδευση, την ανεξάρτητη διαβίωση ή την επιλογή εργασίας. Σε αρκετές περιπτώσεις τα άτομα με ψυχική αναπηρία είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε παραβιάσεις δικαιωμάτων. Άτομα που διαβιούν σε ιδρύματα συχνά υφίστανται σημαντικούς περιορισμούς και συμπεριφορές που δεν συνάδουν με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (καθλώσεις, ηλεκτροσόκ κλπ), άτομα που έχουν τεθεί σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης έχουν χάσει εν όλω ή εν μέρει το δικαίωμά τους να λαμβάνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους και για την ζωή τους, ενώ μπορεί να υπαχθούν σε θεραπεία ή νοσηλεία χωρίς την θέλησή τους (ακούσια θεραπεία) με περιορισμένες δυνατότητες να αντιδράσουν ή να αναζητήσουν προστασία σε ενδεχόμενες παραβιάσεις δικαιωμάτων τους.

Στα παραπάνω εμπόδια προστίθενται -και συχνά τα μεγενθύνουν- επιπλέον «αόρατα» εμπόδια που προκαλούνται από τα στερεότυπα και το στίγμα που συνδέονται με την ψυχική αναπηρία. Οι προηγούμενες ενότητες έχουν παραθέσει σειρά παραδειγμάτων σχετικά με τους τρόπους που η ψυχική αναπηρία γίνεται αντιληπτή ως

επικίνδυνη, τρομακτική, απάνθρωπη. Η επισκόπηση του τύπου κατέγραψε πραγματικά περιστατικά στιγματιστικών αναφορών στα άτομα με ψυχικές διαταραχές στα ΜΜΕ και λανθασμένων και μη επιστημονικά τεκμηριωμένων συνδέσεων της ψυχιατρικής διαταραχής με την παραβατικότητα, βίαιες συμπεριφορές και εγκληματικές πράξεις. Ακομη κι αν είναι αναληθείς, αυτές οι αναφορές έχουν επηρεάσει άμεσα και έμμεσα τον κοινωνικό περίγυρο, πιθανούς εργοδότες, εκμισθωτές, συγγενείς ή φίλους ατόμων με ψυχική αναπηρία. **Το κακό έχει γίνει.**

Τα αόρατα αυτά συμπεριφορικά εμπόδια (στερεότυπα, προκαταλήψεις και στίγμα) σε συνδυασμό με τα ατομικά χαρακτηριστικά αυτών που βιώνουν ψυχική διαταραχή και τα πραγματικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην συμμετοχή σε βασικές λειτουργίες της ζωής έχουν ως αποτέλεσμα την άνιση απόλαυση των δικαιωμάτων τους²¹.

Μπορεί ένα άτομο με ψυχική αναπηρία να προστατευθεί; Μπορεί να αντιδράσει στην καταπάτηση ή στους περιορισμούς των δικαιωμάτων του;

Η πρόσβαση στην δικαιοσύνη αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ατόμου. Το δικαίωμα αυτό αφορά την παροχή έννομης προστασίας από τα δικαστήρια και την παρουσίαση/υπεράσπιση των απόψεων ή συμφερόντων του ατόμου ενώπιόν τους (άρθρο 21 παρ. 1 Σ).

Στην πράξη όμως η πρόσβαση στην δικαιοσύνη βρίθκει και αυτή από εμπόδια για τα άτομα με ψυχική αναπηρία. Νομικά εμπόδια που απορρέουν από νομοθεσία που δημιουργεί ή αναπαράγει διακρίσεις, εμπόδια προσβασιμότητας, κόστους, πρόσβασης στην πληροφορία και στην κατανόηση σύνθετων πληροφοριών, διαδικασιών και γλώσσας, μεταξύ άλλων. Επιπλέον, συμπεριφορικά εμπόδια καταγράφονται και στους εμπλεκόμενους στο σύστημα εφαρμογής του νόμου και στο δικαστικό σύστημα (δικαστές και εισαγγελείς, αστυνομικούς, δικηγόρους) και οδηγούν σε διακρίσεις, παρενόχληση, απομόνωση, χλευασμό, γελοιοποίηση. **Όλοι επηρεάζονται -εκούσια ή ακούσια - από προκαταλήψεις και στερεότυπα που αναπαράγονται χωρίς να αμφισβητούνται και χωρίς να καταρρίπτονται.** Έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι επαγγελματίες δεν διαθέτουν την γνώση, τα εργαλεία και την εκπαίδευση για να αναγνωρίσουν την ψυχική αναπηρία, να διαχειριστούν τις ανάγκες των ατόμων με ψυχική ή άλλη αναπηρία, να διαχειριστούν και να υπερβούν τις δικές τους προ-

²¹ Σύμφωνα με την Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες «η αναπηρία είναι μια εξελισσόμενη έννοια και ... προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των εμποδιζόμενων προσώπων και των περιβαλλοντικών εμποδίων και των εμποδίων συμπεριφοράς που παρεμποδίζει την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ίση βάση με τους άλλους» (Προοίμιο, σημείο ε). Η αναπηρία οριοθετείται ως μια σύνθετη έννοια που δεν εξαρτάται μόνο από τα εμπόδια του ατόμου αλλά αποτελεί το αποτέλεσμα της διάδρασής τους με περιβαλλοντικά και συμπεριφορικά εμπόδια. Με απλά λόγια, αναπηρία δεν είναι τα ψυχικά εμπόδια που αντιμετωπίζει το άτομο, αλλά το συνδυαστικό αποτέλεσμα από την διάδρασή τους με μη προσβάσιμα περιβάλλοντα, προκαταλήψεις, στερεότυπα και στίγμα.

καταλήψεις και να διαμορφώσουν ή να αιτηθούν τις απαραίτητες εύλογες προσαρμογές²². Το αποτέλεσμα είναι ότι τα άτομα με ψυχική αναπηρία δεν απολαμβάνουν ίση πρόσβαση στην δικαιοσύνη και δεν μπορούν να υπερασπιστούν αποτελεσματικά τα δικαιώματά τους.

Τι πρέπει να προσέξουμε; τι μπορούμε να κάνουμε;

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και το στίγμα που συνδέονται με την ψυχική αναπηρία είναι βαθιά εμπεδωμένα στην κοινωνία μας. Ως επαγγελματίες -ιδιαίτερα στον χώρο της πληροφόρησης, της εκπαίδευσης, της δικαιοσύνης και της εφαρμογής του νόμου- είναι υποχρέωσή μας να κατανοήσουμε τους έμμεσους τρόπους με τους οποίους το στίγμα και οι προκαταλήψεις επηρεάζουν και επιδρούν στις επαγγελματικές μας αποφάσεις και συμπεριφορές. Αποτελεί μέρος του λειτουργήματός μας να διαχειριστούμε τους «περιορισμούς» μας ώστε να μην έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα δικαιώματα τρίτων.

Η άγνοια δεν αποτελεί άλλοθι. Ως επαγγελματίες δεσμευόμαστε από κώδικες δεοντολογίας που προάγουν την άσκηση του επαγγέλματός μας χωρίς διακρίσεις. Για να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε σε αυτή την δέσμευση πρέπει να εκπαιδευτούμε για να κατανοήσουμε την ψυχική αναπηρία ως εκδήλωση της ανθρώπινης διαφορετικότητας, να αναγνωρίζουμε τις εκδηλώσεις της, και να γνωρίζουμε πως να αναζητήσουμε υποστήριξη και κατάλληλες εύλογες προσαρμογές που θα επιτρέψουν την ίση μεταχείριση των ατόμων με ψυχική αναπηρία και θα τους δώσουν την ευκαιρία να απολαύσουν ή να προασπίσουν τα δικαιώματά τους σε ίση βάση με τους άλλους. Τέλος, πρέπει να μην χάνουμε από το οπτικό μας πεδίο τον απώτερο στόχο: ότι σε ένα κράτος δικαίου δεν είναι αποδεκτό η ψυχική αναπηρία (ή οποιαδήποτε άλλη αναπηρία) να οδηγεί σε υποδεέστερη προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Είναι υποχρέωση και καθήκον όλων μας να συμβάλουμε σε αυτό.

²² EHRC Inclusive justice a system designed for all (equalityhumanrights.com)

Δ. Παράρτημα



Δ.1 Λίστα ελέγχου - Γραφικός πίνακας με τα βασικά σημεία ελέγχου πριν τη δημοσίευση άρθρου, ρεπορτάζ, βίντεο, κ.λπ

«ΣΒΗΝΟΥΜΕ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ. ΣΤΟ ΛΟΓΟ ΜΑΣ» CHECKLIST		
Πριν από συνέντευξη		OK
1	(Για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας) Ανέτρεξα στις βασικές πληροφορίες για την ψυχική υγεία και ειδικότερα για το συγκεκριμένο πρόβλημα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζει ο συνεντευξιαζόμενος/η.	
2	(Για φωνές «ειδικών») Επιβεβαίωσα την εξειδίκευση του συνεντευξιαζόμενου/ης.	
3	(Για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας) Εξασφάλισα πως ο συνεντευξιαζόμενος/η βρίσκεται σε κατάσταση να δώσει συνέντευξη.	
4	Σχεδίασα τις ερωτήσεις και την συζήτησή μας με όρους που αποφεύγουν τις υπερβολές και την συναισθηματοποίηση και σέβονται τα δικαιώματα του συνεντευξιαζόμενου/ης	
5	Έχω συμπεριλάβει στο σχέδιο της συνέντευξης σημείο για τις διαστάσεις που επηρεάζουν το στίγμα ψυχικής υγείας (η οικονομική κατάσταση, η ανεργία, η κοινωνική περιθωριοποίηση κ.λπ.	
6	Έχω ενημερώσει τον συνεντευξιαζόμενο/η πού και πότε θα δημοσιευτεί η συνέντευξη και πόσο θα μείνει δημοσιευμένη.	
7	Έχω συμπεριλάβει στο κλείσιμο της συνέντευξης πληροφορίες και τρόπους που μπορεί κανείς να αναζητήσει εξειδικευμένη βοήθεια.	
8	(Για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας) Επιβεβαίωσα με τον συνεντευξιαζόμενο/η ότι έχω την άδεια να χρησιμοποιήσω τα στοιχεία του η του έδωσα την επιλογή της ανωνυμίας/ ψευδωνυμίας.	

Πριν τη χρήση φωτογραφίας		OK
1	Δεν είναι σκοτεινό το περιβάλλον του θέματος.	
2	Δεν απεικονίζονται πρόσωπα σε αρνητική κατάσταση (σκυμμένο κεφάλι, κεφάλι που το κρατά το χέρι, αίσθηση απομόνωσης κ.λπ)	
3	Το θέμα δεν περιέχει εικόνες αισθητικοποίησης ή υπερβολής και απεικονίσεις κλινικών συνθηκών (Συστήματα καθήλωσης, «Ήσυχια δωμάτια», εικόνες ιδρυμάτων κ.λπ.)	
4	Το θέμα δεν περιέχει εικόνες φαρμάκων, χαπιών κ.λπ.	
5	Το θέμα αποτυπώνει την ανθρώπινη επαφή ή εικονοποιεί την συμπερίληψη.	



Δ.2 Τι ισχύει και τι όχι; 19 Μύθοι για την ψυχική υγεία.

Η ψυχική υγεία, σε όλες τις εκφάνσεις της, είναι σύνηθες θέμα σε συζητήσεις, άρθρα και ρεπορτάζ των ΜΜΕ. Άραγε, ισχύουν όλα όσα τείνουν να επαναλαμβάνονται στις σχετικές δημοσιεύσεις ή μερικά από αυτά είναι αποτέλεσμα αναπαραγωγής μύθων και στερεοτύπων που εντείνουν το στίγμα ψυχικής υγείας;

Μύθος 1: Ο ψυχικά ασθενής είναι ο «τρελός».

Αλήθεια: Ο όρος «τρελός» είναι προσβλητικός και στιγματιστικός και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως χαρακτηρισμός. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική ασθένεια έχουν υποφέρει πολύ από την αναπαραγωγή αυτής της στιγματιστικής διατύπωσης.

Μύθος 2: Τον ψυχίατρο επισκέπτονται οι βαριά «διαταραγμένοι» άνθρωποι και εκείνοι με σοβαρές ψυχικές παθήσεις.

Αλήθεια: Οποιοσδήποτε άνθρωπος μπορεί σε κάποια στιγμή της ζωής του να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας και να χρειαστεί βοήθεια από ειδικό, ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Τέλος, ο όρος «διαταραγμένος» είναι ακραία στιγματιστικός και πρέπει να αποφεύγεται.

Μύθος 3: Η φαρμακευτική αγωγή είναι μονόδρομος για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Αλήθεια: Όπως και σε κάθε πρόβλημα υγείας, το θεραπευτικό σχήμα εξαρτάται από τη διάγνωση και από τον εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό. Ενδέχεται να χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή, ή ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ή συνδυασμός των παραπάνω. Σε κάθε περίπτωση θα το κρίνει μόνο ο ειδικός.

Μύθος 4: Οι άνθρωποι με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας δεν έχουν την ικανότητα να εργαστούν.

Αλήθεια: Κάθε άνθρωπος με οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας μπορεί να εργαστεί και να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο με τις γνώσεις και τις δεξιότητές του, αρκεί να υπάρχουν οι υποστηρικτικοί μηχανισμοί που θα του επιτρέψουν την ισότιμη πρόσβαση στην αγορά εργασίας.

Εδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι πολλαπλά τεκμηριωμένο το γεγονός πως ένα άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής υγείας συχνά δυσκολεύεται να το μοιραστεί στο εργασιακό του/της περιβάλλον εξαιτίας του στίγματος.

Μύθος 5: Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι σπάνια.

Αλήθεια: Τα στατιστικά δεδομένα που αφορούν στην ψυχική υγεία δείχνουν πως 1 στους 4 ανθρώπους θα παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα ψυχικά νοσήματα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά σε ολόκληρο τον πλανήτη.

Ως εκ τούτου, η πρόληψη, η έγκαιρη παρέμβαση και η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αποκατάστασης στην κοινότητα αναδεικνύονται σε παραμέτρους υψίστης σημασίας. Συγκεκριμένα:

- Πάνω από 450 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχει μια διαταραχή.
- Οι ψυχικές διαταραχές σε ποσοστό 60% έχουν την απαρχή τους στην εφηβεία, όπου συνήθως δεν δίνεται η κατάλληλη προσοχή ή παρατηρείται άρνηση του προβλήματος. Έτσι, η νόσος και ο πάσχων πολίτης συχνά φτάνουν στην πόρτα του ειδικού όταν τα συμπτώματα έχουν επιδεινωθεί σε σημαντικό βαθμό, μετά από περίπου 10-15 χρόνια.
- 1 στους 10 ανθρώπους έχει κατάθλιψη και 1 στους 5 θα βιώσει κατάθλιψη σε κάποια περίοδο της ζωής του.
- 1 στους 10 ανθρώπους θα εμφανίσει αγχώδη διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή του.

- **Σοβαρές ψυχικές παθήσεις, όπως η σχιζοφρένεια, εμφανίζονται σε 1% του παγκόσμιου πληθυσμού. Σε παγκόσμιο επίπεδο η σχιζοφρένεια απαντάται σε πάνω από 25 εκατομμύρια άτομα και είναι μια από τις 10 συχνότερες αιτίες αναπηρίας.**

Σύμφωνα με μελέτη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ, 2013) η επικράτηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, δηλαδή εκείνης που χρήζει άμεσης θεραπείας, σε μηνιαίο επίπεδο, ανέρχεται σε ποσοστό 12,3% του ελληνικού πληθυσμού και παρουσίασε αυξητική τάση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Συγκεκριμένα το 2008 το ποσοστό ήταν 3,3%, το 2009 ήταν 6,8% και το 2011 8,2%.

Το 80% όσων πάσχουν από κατάθλιψη αναζητούν κάποια στιγμή κάποιου είδους βοήθεια. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό λίγο μικρότερο από το 50% δεν προσφεύγει τελικά στην ιατρική στήριξη, παρότι μπορεί αρχικά να αναζητήσει βοήθεια, λόγω μη αποδοχής της νόσου ή/και υπό τον φόβο του στίγματος.

Σήμερα, το κόστος σε ό,τι αφορά την θεραπεία της κατάθλιψης ανέρχεται στο 60-80% των συνολικών πόρων που επενδύονται για την φροντίδα της ψυχικής υγείας των πολιτών. Σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τα προβλήματα ψυχικής υγείας αφορούν το 25% των επιδομάτων αναπηρίας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Μύθος 6: Η κατάθλιψη οφείλεται σε αδυναμία του χαρακτήρα και τα άτομα που έχουν κατάθλιψη θα μπορούσαν να γλιτώσουν από τα συμπτώματά τους, αν το επιθυμούσαν πραγματικά.

Αλήθεια: Η κατάθλιψη δεν σχετίζεται με ανικανότητα διαχείρισης ή αδυναμία χαρακτήρα. Είναι κλινικά τεκμηριωμένο ότι σχετίζεται με βιολογικούς, με ψυχολογικούς / ψυχοκοινωνικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες του περιβάλλοντος του ατόμου και τις περισσότερες φορές χρειάζεται βοήθεια από εξειδικευμένους επαγγελματίες για να αντιμετωπιστεί.

Μύθος 7: Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας θα «έπρεπε» να παραμένουν σε ψυχιατρική νοσηλευτική δομή.

Αλήθεια: Η απόφαση νοσηλείας σε ψυχιατρική νοσηλευτική δομή αποτελεί «έσχατη λύση» και επιλέγεται με φειδώ και επιστημονική περίσκεψη μόνο όταν κρίνεται ως αναγκαία και για όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο.

Αντιστρόφως, είναι απολύτως αναγκαία η διασφάλιση άμεσης και έγκαιρης πρόσβασης σε κοινοτικές υπηρεσίες, όπως Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης κ.τ.λ.

Μύθος 8: Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν ανακάμπτουν/αναρρώνουν ποτέ.

Αλήθεια: Με την κατάλληλη φροντίδα και ενδυνάμωση, μέσα από μια ισότιμη θεραπευτική σχέση, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν και όντως καταφέρνουν να ανακάμπτουν. Αυτό δεν σημαίνει ότι σε όλες τις περιπτώσεις τα συμπτώματα εξαφανίζονται πλήρως, αλλά ότι σε κάθε περίπτωση το άτομο μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του όπως επιλέγει, να διαχειρίζεται τα προβλήματά του, να εκφράζει το δυναμικό του και να έχει μια κοινωνική ζωή με νόημα για το ίδιο.

Μύθος 9: Η σωματική υγεία είναι εντελώς ξεχωριστή από την ψυχική υγεία.

Αλήθεια: Η σωματική και η ψυχική υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένες και δεν θα έπρεπε να λογίζονται και να αντιμετωπίζονται ως δύο ασύνδετες έννοιες, καθώς η πορεία κάθε μίας έχει άμεση επίδραση στην εξέλιξη της άλλης. Για αυτό το λόγο πρέπει να φροντίζονται παράλληλα.

Μύθος 10: Το ίδιο το άτομο «φταίει» για τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζει.

Αλήθεια: Είναι σαφές και τεκμηριωμένο ότι οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν ευθύνονται για την πρόκλησή και εμφάνισή τους. Τραυματικά γεγονότα, ψυχοπιεστικές καταστάσεις, δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία, βιολογικοί παράγοντες, συνήθως συνδυασμοί των ανωτέρω, είναι κάποιοι από τους συνήθεις λόγους εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας. Είναι σημαντικό οι άνθρωποι να υποστηριχθούν ώστε σταδιακά να μπορέσουν να έχουν επίγνωση για τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν και να αναλάβουν την ευθύνη της θεραπείας τους.

Μύθος 11: Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι αποκλειστικά βιολογικής ή γενετικής προέλευσης.

Αλήθεια: Σύμφωνα με τα ευρήματα των μέχρι σήμερα έγκυρων κλινικών ερευνών και του πλήθους σχετικών μελετών και δημοσιεύσεων της επιστημονικής κοινότητας, τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν οφείλονται αποκλειστικά και μόνο στα γονίδια, στην κληρονομικότητα ή σε βιολογικές παραμέτρους. Βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί, περιβαλλοντικοί, συντρέχοντες παράγοντες εμπλέκονται στην γένεση και εκδήλωσή τους.

Μύθος 12: Οι ψυχικές διαταραχές διατηρούνται καθ' όλη τη ζωή του ατόμου και δύσκολα αντιμετωπίζονται.

Αλήθεια: Υπάρχουν προβλήματα ψυχικής υγείας που δεν επιμένουν πέρα από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ακόμα όμως και τα σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία συχνά επιμένουν στη διάρκεια της ζωής του ατόμου, με τις σωστές

θεραπευτικές παρεμβάσεις αντιμετωπίζονται και το άτομο μπορεί να έχει μια καλή και δημιουργική ζωή στην κοινότητα που επιλέγει να ζει.

Μύθος 13: Μπορώ να τα βγάλω πέρα μόνος/η μου με τα προβλήματα ψυχικής υγείας μου, και αν δεν μπορώ, είμαι ένας αδύναμος χαρακτήρας;

Αλήθεια: Αρκετοί συνάνθρωποί μας επιχειρούν να αντιμετωπίσουν την εμφάνιση ενός προβλήματος ψυχικής υγείας, τουλάχιστον στα πρώιμα στάδια, με κοινωνικούς μηχανισμούς όπως η άσκηση, η παρέα με φίλους, η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες ή ακόμα και η αύξηση/μείωση ρυθμών εργασίας. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που χρήζουν επιπλέον και εξειδικευμένης βοήθειας. Αυτό δεν σημαίνει ότι το συγκεκριμένο άτομο είναι αδύναμο. Αντιστρόφως, σηματοδοτεί τη συνειδητοποίηση των αναγκών του και την υπεύθυνη στάση του να αναζητήσει και να δεχθεί την κατάλληλη θεραπεία και στήριξη.

Μύθος 14: Αν εξομολογηθώ σε τρίτους τα ζητήματα ψυχικής υγείας μου θα απομακρυνθούν και θα στιγματιστώ.

Αλήθεια: Η εμφάνιση μιας ψυχικής ασθένειας σημαίνει τη διαπίστωση ενός προβλήματος το οποίο χρειάζεται εξειδικευμένη θεραπεία, όπως και ένα πρόβλημα σωματικής υγείας. Μήπως ένα μέλος της οικογένειας ή φίλος σας, θα σκεφτόταν υποτιμητικά για έναν άνθρωπο αν διαγνωστεί με γρίπη ή κάποιας μορφής καρκίνο; Προφανώς και όχι! Για τους ίδιους ακριβώς λόγους δεν μπορεί να στιγματίζεται κάποιος για το γεγονός ότι εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους ή άλλης ψυχικής διαταραχής, που μπορεί να συμβούν στον καθένα ανά πάσα στιγμή.

Μύθος 15: Οι «ψυχικά ασθενείς» μπορούν να γίνουν «επικίνδυνοι».

Αλήθεια: Ο πιο στιγματιστικός μύθος! Η εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς σε άτομα με ψυχική ασθένεια είναι εξαιρετικά σπάνια, δεν είναι εγγενής της νόσου, αλλά σχετίζεται με αρκετούς παράγοντες, όπως κοινωνικοοικονομικούς, κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ και έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αντίθετα, ανάλογες έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα πως οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας γίνονται συχνότερα θύματα βίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Μύθος 16: Οι ψυχικές διαταραχές είναι άλλης φύσης ασθένειες· δεν είναι κανονικές ασθένειες, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Αλήθεια: Για κάποιους ανθρώπους ο όρος «ψυχική» υποδηλώνει ότι η ασθένεια δεν είναι μια «γνήσια, κλασική» ιατρική κατάσταση, αλλά μάλλον ένα πρόβλημα που προκαλείται από τις δικές μας επιλογές ή πράξεις. Οι ψυχικές διαταραχές είναι ασθένειες που χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως συμβαίνει και με τα προβλήματα σωματικής υγείας.

Μύθος 17: Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν νοητική αναπηρία.

Αλήθεια: Είναι άλλο η ψυχική διαταραχή και άλλο η νοητική αναπηρία. Ωστόσο, η νοητική αναπηρία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικής ασθένειας και για αυτό χρειάζεται προσοχή και εγρήγορση για έγκαιρη διάγνωση.

Μύθος 18: Η ψυχική ασθένεια είναι μια κατάσταση που προκαλείται από «δυνάμεις» μεγαλύτερες από εμάς.

Αλήθεια: Προς διάψευση των δοξασιών του παρελθόντος, η ψυχική ασθένεια ασφαλώς και δεν προκαλείται από «κακά πνεύματα» ή «μάγια», «κατάρεις» και «κακό μάτι», δεν είναι σε καμία περίπτωση αποτέλεσμα «τιμωρίας», «κάρμα» κ.τ.λ. και δεν επηρεάζεται στο ελάχιστο από ζητήματα θρησκευτικής ή άλλης πίστης. Οι ψυχικές ασθένειες σχετίζονται με βιολογικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Μύθος 19: Οι «ψυχικά ασθενείς» είναι απρόβλεπτοι και ακατανόητοι.

Αλήθεια: Μερικές φορές η συμπεριφορά των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας ίσως να μην είναι κατανοητή σε πρώτο, επιφανειακό επίπεδο. Αν όμως τα άτομα προσεγγιστούν με ενσυναίσθηση και γνώση, τότε οι πράξεις και η συμπεριφορά τους αποκτούν νόημα και γίνονται κατανοητές και προβλέψιμες.



Δ.3 Οι λέξεις και η χρήση τους

Σε αυτή την ενότητα καταγράψαμε μερικές από τις λέξεις και εκφράσεις που συναντήσαμε στις έρευνές μας, οι οποίες ενίοτε χρησιμοποιούνται καταχρηστικά και κάποιες φορές εντελώς λανθασμένα. Παραθέτουμε συνοπτική ανάλυση της σημασίας τους μαζί με εναλλακτικές προτάσεις αντικατάστασής τους ή/και συστάσεις ορθής χρήσης τους. Χρησιμοποιούνται διάφοροι όροι οι οποίοι μπορούν να έχουν νόημα, ανάλογα με τα συμφραζόμενα. Με τον ίδιο τρόπο τους χρησιμοποιούμε και οι ίδιοι στον ανά χειράς οδηγό. Για παράδειγμα, ο περισσότερο προτιμώμενος όρος είναι «άτομο με ψυχοκοινωνικά προβλήματα». Ωστόσο, ανάλογα με τα συμφραζόμενα και ανάλογα με το ποιος μιλάει/γράφει μπορεί να γίνεται αναφορά σε «ψυχοπαθολογία» ή σε «διάγνωση» όταν είναι επιβεβαιωμένη και αναφέρεται από ειδικό.

Λέξη - Έκφραση	Ανάλυση	Σύσταση - Εναλλακτική
«Ψυχοπαθής»	Αναχρονιστικός όρος που χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν για να περιγράψει την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Σήμερα χρησιμοποιείται καταχρηστικά και στιγματιστικά για άτομα που παρουσιάζουν βίαιη, παράξενη, ιδιόμορφη, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.	Προτείνεται η περιγραφή: «Άτομο με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες». «Άτομο με πιθανή ψυχοπαθολογία»
«Σχιζοφρενής»	Όρος που χρησιμοποιείται καταχρηστικά αποδίδοντας την εν λόγω σοβαρή διαταραχή άκριτα και πρόχειρα σε άτομα που παρουσιάζουν ενίοτε βίαιη, παράξενη, ιδιόμορφη ή και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Εντούτοις, η σχιζοφρένεια συνιστά μια αυτόνομη ψυχική διαταραχή με συγκεκριμένη φαινομενολογία και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ανήκει στις ψυχωτικές διαταραχές.	Προτείνεται: «Άτομο με διάγνωση σχιζοφρένειας» Συστήνεται να χρησιμοποιείται <u>μόνο</u> με επιβεβαιωμένη διάγνωση του ατόμου που αφορά, από ειδικό.
«Ψυχανώματος»	Αναχρονιστικός και αντιεπιστημονικός όρος με σημαντική μεταβλητότητα/ρευσιτότητα στην ερμηνεία και στη χρήση του διαχρονικά, ο οποίος στη σημερινή εποχή παράγει μόνο στίγμα - χωρίς καμία αξιόπιστη επιστημονική πληροφορία.	Προτείνεται: «Άτομο με ψυχοπαθολογία», όταν υπάρχει κάποια σχετική τοποθέτηση/διάγνωση από ειδικό.
«Άτομα με ειδικές ανάγκες»	Αναχρονιστικός όρος.	Προτείνεται: «Άτομο με αναπηρίες», «Ανάπηρος», «Ανάπηρο άτομο».
«Άρρωστη σχέση»	Στιγματιστική αναφορά προς απόδοση αρνητικών χαρακτηριστικών σε μια φυσιολογική ανθρώπινη κατάσταση ασθένειας ή προβληματικής συνύπαρξης.	Προτείνεται: «Σχέση με προβλήματα», «Προβληματική σχέση».
«Βούλιαξε στην κατάθλιψη»	Στιγματιστική και αισθητικοποιημένη διατύπωση που προσδίδει στην κατάσταση της κατάθλιψης ιδιότητες που εντείνουν τη διάκριση ανάμεσα σε άτομα που έχουν ή δεν έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ για τα άτομα που έχουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας περιγράφει λανθασμένα συνθήκη αδυναμίας αντιμετώπισης.	Προτείνεται: «Αντιμετώπιζε κατάθλιψη», «Είχε κατάθλιψη», «Βίωνε κατάθλιψη». Συστήνεται να χρησιμοποιείται <u>μόνο</u> με επιβεβαιωμένη διάγνωση του ατόμου που αφορά.
«Εδώ αρχίζει και σαλεύει ο κοινός νους»	Προέρχεται, ίσως, από τη λαϊκή ρήση «Του σάλεψε», η οποία χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν για να περιγράψει αυθαίρετα, άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή παρεκκλίνουσα συμπεριφορά.	Προτείνεται για αναφορά σε πρόσωπο: «Το άτομο παρουσίασε παρεκκλίνουσα συμπεριφορά» (Εάν αποδεικνύεται). Για αναφορά σε κατάσταση: «Εδώ τα πράγματα άρχισαν να περιπλέκονται».
«Θόλωσε το μυαλό του»	Εξίσου αισθητικοποιημένη διατύπωση, η οποία πρέπει να αποφεύγεται όταν κυριολεκτούμε και πρόκειται για άτομο που όντως αντιμετωπίζει ψυχονοητικά προβλήματα	Εναλλακτικά: Ήταν πολύ προβληματισμένος, τελούσε σε σύγχυση, δεν μπορούσε να σκεφτεί καθαρά.

Λέξη - Έκφραση	Ανάλυση	Σύσταση - Εναλλακτική
«Είχε μία άρρωστη κρυφή ζωή»	Στιγματιστική και αισθητικοποιημένη διατύπωση προς απόδοση αρνητικών χαρακτηριστικών σε μια φυσιολογική ανθρώπινη κατάσταση ασθένειας ή κοινωνικά προβληματικής συνύπαρξης.	Προτείνεται: «Είχε μία κρυφή ζωή», «Είχε μια ζωή με μυστικά», «Ζούσε μια μυστική ζωή».
«Διαστροφή»	Πρόκειται για επιστημονικό ψυχοδυναμικό όρο που δεν συνιστά απαραίτητα κίνδυνο α πρόκλησης βλάβης σε τρίτο πρόσωπο. Χρησιμοποιείται για να εξηγήσει πτυχές της προσωπικότητας ατόμων.	Συστήνεται να μη χρησιμοποιείται καθώς πρόκειται για έναν ιδιαίτερο όρο ο οποίος μπορεί να προκαλέσει συγχύσεις.
«Διεστραμμένος δολοφόνος»	Η έννοια της «Διαστροφής» αναφέρεται σε έναν ψυχοδυναμικό όρο, ο οποίος δεν καθιστά απαραίτητα επικίνδυνο τον φορέα της. Χρησιμοποιείται λανθασμένα και καταχρηστικά όταν επιχειρεί να περιγράψει κάτι ανάλογο. Η επιλογή της λέξης «δολοφόνος» για τον δράστη ανθρωποκτονίας είναι στο ίδιο μήκος κύματος στιγματισμού.	Προτείνεται: «Δράστης ανθρωποκτονίας με βεβαρημένο ιστορικό» (εάν υπάρχει διάγνωση), «Δράστης ανθρωποκτονίας με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά». Σε κάθε περίπτωση η όποια σύνδεση της πράξης με ενδεχόμενη ψυχοπαθολογία θα πρέπει να αποφεύγεται. Μόνο αν υπάρχει συγκεκριμένη διάγνωση θα πρέπει να ερωτάται ειδικός ψυχικής υγείας. Και πάλι με την δέουσα προσοχή να μην συνδέονται στον δημοσιογραφικό λόγο τα γεγονότα με την ψυχική κατάσταση του ατόμου.
«Παρανοϊκός»	Όρος που χρησιμοποιείται καταχρηστικά αποδίδοντας με αντιεπιστημονικό και αρνητικά φορτισμένο τρόπο ιδιότητες σε άτομα που παρουσιάζουν ενίοτε βίαιη, παράξενη, ιδιόμορφη ή και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.	Προτείνεται: «Άτομο που εκδηλώνει παρανοϊκές παραληρηματικές ιδέες» ή «Άτομο που έχει παρανοϊκή διαταραχή προσωπικότητας». Αυτά να χρησιμοποιούνται μόνο με επιβεβαιωμένη διάγνωση του ατόμου που αφορούν. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται «μεταφορικά» για όποια «ιδιόμορφη» συμπεριφορά.
«Τέρατα»	Άκρως στιγματιστική και επιθετική διατύπωση. Οι άνθρωποι δεν μπορεί να παρομοιάζονται με «τέρατα» ακόμα κι αν οι πράξεις τους είναι ειδικές.	Προτείνεται: «Άτομα που διαπράττουν σοβαρές εγκληματικές πράξεις πέραν της συνήθους εμπειρίας». (Η αναφορά αυτή βρέθηκε σε δημοσίευμα σχετιζόμενο με εγκληματικές πράξεις).

Λέξη - Έκφραση	Ανάλυση	Σύσταση - Εναλλακτική
«Τρέλα», «Τρελός», «Τρελή κοινωνία»	Στιγματιστικός όρος που χρησιμοποιείται καταχρηστικά αποδίδοντας με αντιεπισημονικό και αρνητικά φορτισμένο τρόπο ιδιότητες σε άτομα που παρουσιάζουν ενίοτε βίαιη, παράξενη, ιδιόμορφη ή και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.	Προτείνεται: «Παράξενος», «Ιδιόμορφος», «Άσυνήθιστος», «Κοινωνία με αντιφάσεις», «Ακατανόητη κοινωνία», «Προβληματική κοινωνία».
«Ψυχασθενής»	Στιγματιστικός και αναχρονιστικός όρος που χρησιμοποιείται καταχρηστικά αποδίδοντας με αντιεπισημονικό και αρνητικά φορτισμένο τρόπο ιδιότητες σε άτομα που παρουσιάζουν ενίοτε βίαιη, παράξενη, ιδιόμορφη ή και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.	Προτείνεται: «Άτομο με/ που αντιμετωπίζει ψυχικά προβλήματα», «Άτομο με/ που αντιμετωπίζει ζητήματα ψυχικής υγείας», «Άτομο με/ που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικά προβλήματα».
«Ψυχική αστάθεια», «ψυχικά ασταθής»	Αν και αυτοί οι όροι δεν συνιστούν απαραίτητα στιγματιστικούς όρους, καλό είναι η χρήση τους να γίνεται με φειδώ και μετά από τη συμβολή ειδικού.	Εναλλακτικά: «Άτομο με Ευαλωτότητα», «Άτομο με έλλειψη ψυχικής ανθεκτικότητας».
«Βίαιος ασθενής»/ «Επιθετικός ασθενής»/ «Επικίνδυνος ασθενής»	Ο επιθετικός προσδιορισμός ατόμου που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικά προβλήματα ως «βίαιος» ή «επιθετικός» ή «επικίνδυνος» είναι εξόχως στιγματιστικός και πρέπει να αποφεύγεται.	Προτείνεται: «Άτομο που προέβη σε βίαιες/επιθετικές πράξεις»/ άτομο που οι πράξεις του συνιστούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία ²³ .
«Ψυχοφάρμακα»	Όρος φορτισμένος με αρνητική χροιά, ο οποίος χρησιμοποιείται εσφαλμένα προκειμένου να περιγράψει σκευάσματα και φαρμακευτικές αγωγές που ενδείκνυνται σε περιπτώσεις ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ή διατάραξης ψυχικών λειτουργιών.	Προτείνεται: «Ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή», «Φαρμακευτική αγωγή».
«Έπαθε νευρικό κλονισμό»	Ανακριβής και αντιεπισημονικός όρος που χρησιμοποιείται στην καθομιλουμένη για να προσδιοριστούν πρόχειρα ψυχικές διαταραχές. Συχνά υπονοείται η οξεία ψυχική κατάρρευση.	Προτείνεται: «Βρισκόταν σε έντονη ψυχική αναστάτωση», «Βρισκόταν σε κατάσταση ψυχικής κατάρρευσης»

23 Ο όρος δημόσια υγεία αναφέρεται στην επιστήμη και την τέχνη της πρόληψης των ασθενειών και της επιμήκυνσης της ζωή και της προαγωγής της υγείας. Ο ορισμός αποδίδεται στον Edward Winslow (1920) και στον πληρέστερο και σύγχρονο ορισμό του δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη για την πρόληψη των ασθενειών, την επιμήκυνση τη ζωής και την προαγωγή της σωματικής υγείας και της αποδοτικότητας του ανθρώπου μέσω οργανωμένων προσπαθειών της κοινότητας, την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των μολύνσεων της κοινότητας, την εκπαίδευση του ατόμου ως προς τις αρχές και την προσωπική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και προληπτική θεραπεία της νόσου, καθώς και την ανάπτυξη κοινωνικού μηχανισμού που θα εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα βιοτικό επίπεδο κατάλληλο για τη διατήρηση της υγείας του.[1] Winslow, Charles-Edward Amory (1920). «The Untilled Field of Public Health». *Modern Medicine* 2: 183-191.

Λέξη - Έκφραση	Ανάλυση	Σύσταση - Εναλλακτική
«Τοξικομανής»	<p>Παρωχημένος και στιγματιστικός όρος που πρέπει να αποφεύγεται.</p> <p>Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών διαφέρει από την εξάρτηση.</p> <p>Η εξάρτηση από τις εθιστικές ψυχοτρόπες ουσίες είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή στην εμφάνιση και την ανάπτυξη της οποίας συμβάλουν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες.</p>	<p>Προτείνεται: «Χρήστης/στρια ψυχοδραστικών ουσιών», «Τοξικοεξαρτημένος-η» (βλέπε αριστερά τη διάκριση χρήσης -κατάχρησης/εξάρτησης ουσιών/ από ουσίες, ενώ για περισσότερες πληροφορίες βλέπε σελ. 34 - 36)</p>
«Διανοητικά καθυστερημένος»	<p>Στιγματιστικός όρος που χρησιμοποιείται κατάχρηστικά, αλλά και συνηθέστατα εσφαλμένα, για περιγραφή συμπεριφορών που κάποιοι θεωρούν «αντικανονικές».</p>	<p>Προτείνεται: «Άτομο με νοητική αναπηρία», «Άτομο με διανοητική αναπηρία». Ο όρος «νοητική υστέρηση» συναντάται σε κάποια από τα ταξινομητικά εργαλεία που ακόμα χρησιμοποιούνται και σε διαγνώσεις μετά από χρήση κάποιων ψυχομετρικών εργαλείων, που ακόμα χρησιμοποιούνται, επίσης. Ωστόσο, ο ενδεδειγμένος και επικαιροποιημένος όρος είναι «άτομο με νοητική αναπηρία».</p>
«Ψυχιατρικά διαταραγμένος»	<p>Γενικός, αντιεπιστημονικός και αρνητικά φορτισμένος όρος που ενισχύει τον στιγματισμό. Το πλήθος, η συνθετότητα των ψυχικών διαταραχών καθώς και τα διακριτά χαρακτηριστικά τους δεν μπορούν να αποδοθούν με ακρίβεια μέσω της χρήσης τέτοιων όρων.</p>	<p>Προτείνεται: «Άτομο με ψυχοκοινωνικά προβλήματα», «Άτομο με ζητήματα ψυχικής υγείας», «Άτομο με συμπεριφορές που προβληματίζουν (behaviors of concern) / άτομο με προκλητικές συμπεριφορές (challenging behaviors)». «Άτομο με ψυχιατρική διαταραχή». Προσοχή στα συμφραζόμενα. Π.χ. ο όρος ψυχιατρική διαταραχή χρησιμοποιείται από ειδικό όταν υπάρχει διάγνωση.</p>
«Κατατονία», «Κατατονικός»	<p>Η χρήση αυτών των όρων γίνεται λανθασμένα για την αντιεπιστημονική και ανακριβή περιγραφή συμπεριφορών ή ασθενών με υπνηλία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, εύκολη κόπωση κ.α. Η Κατατονία συνιστά ψυχικό σύνδρομο με συμπτώματα όπως η εμβροντησία, η αρνητικότητα, οι στερεοτυπικές κινήσεις κ.α. χωρίς να έχει σχέση με την έλλειψη ενέργειας.</p>	<p>Προτείνεται: Η περιγραφή της συμπεριφοράς (Μοιάζει σε κατάσταση υπνηλίας, αδύναμος/η, ακίνητος/η κ.λπ) χωρίς σύνδεση με κάποια πάθηση ή διαταραχή.</p>

Λέξη - Έκφραση	Ανάλυση	Σύσταση - Εναλλακτική
«Τον έπιασε αμόκ»	Ενίοτε χρησιμοποιείται μεταφορικά για να δηλώσει την απώλεια ελέγχου. Σε επιστημονικές αναφορές και συμφραζόμενα των κοινωνικών επιστημών, πρόκειται για ένα πολιτισμικό σύνδρομο και αναφέρεται σε μια σοβαρή βίαιη ή καταστροφική δράση (ενίοτε ανθρωποκτόνο) ενός ατόμου με υπόνοια ζητημάτων ψυχικής υγείας ή διαγνωσμένων ψυχικών διαταραχών.	Προτείνεται: «Έχασε τον έλεγχο».
«Ανώμαλος και άρρωστος»	Στιγματιστικοί και αντιεπιστημονικοί όροι που αισθητικοποιούν και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για περιγραφές ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Επίσης δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για συμπεριφορές σχετιζόμενες με τη σεξουαλικότητα.	Το συγκεκριμένο απόσπασμα αναφέρεται σε συμπεριφορές σχετιζόμενες με την σεξουαλικότητα. Προτείνεται να χρησιμοποιούνται μόνο από ειδικούς οι ορθοί όροι που αναφέρονται στα αντίστοιχα κεφάλαια του οδηγού. Προτείνεται: «Άτομο με αποκλίνοσες σεξουαλικές συμπεριφορές», μόνο εάν υπάρχει σχετική διάγνωση. «Άτομο με σεξουαλικές συμπεριφορές που προβληματίζουν» όταν υπάρχει ένδειξη στο αντίστοιχο πλαίσιο αναφοράς.
«Τον έπιασε παραλήρημα»	Ενίοτε χρησιμοποιείται μεταφορικά όπως παραπάνω. Συνήθως αποδίδεται η εκδήλωση σοβαρής ψυχοκινητικής διέγερσης ενός ατόμου με υπόνοια ζητημάτων ψυχικής υγείας ή με ήδη διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή και πρέπει να αποφεύγεται όταν δεν υπάρχει κλινική επιβεβαίωση. Δεν είναι αποδεκτό ως μεταφορικός λόγος.	Προτείνεται: «Μίλαγε πολύ», «Έλεγε ασυναρτησίες», «Μίλαγε ακατάληπτα».
«Αυτιστικός»	Στιγματιστικός όρος που χρησιμοποιείται καταχρηστικά και εσφαλμένα για να περιγράψει άτομα που επιδεικνύουν εγωκεντρική συμπεριφορά ή/και έλλειμμα κοινωνικών δεξιοτήτων και απομόνωση.	Προτείνεται: «Άτομο με διαταραχή αυτιστικού φάσματος», «Μη νευροτυπικό άτομο». Η έννοια «μη νευροτυπικό άτομο» μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε ό,τι αφορά το άτομο με νοητική αναπηρία και σε ό,τι αφορά το άτομο με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, αρκεί να υπάρχει σχετική διάγνωση.

Λέξη - Έκφραση	Ανάλυση	Σύσταση - Εναλλακτική
«Ψυχαναγκαστικός»	Στιγματιστικός όρος που χρησιμοποιείται καταχρηστικά και εσφαλμένα για να περιγράψει υπερ-οργανωτικά άτομα και άκαμπτα πρότυπα συμπεριφορών. Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή συνιστά ψυχιατρική διαταραχή, η οποία, μεταξύ άλλων, χαρακτηρίζεται από σοβαρά ελλείμματα προσαρμογής του ατόμου.	Προτείνεται: «Άτομο με διάθεση αυστηρού προγραμματισμού», «Άτομο με αυστηρές ρουτίνες».
«Μανιακός με», «Μανία», «Σε κατάσταση μανίας»	Στιγματιστικός όρος όταν χρησιμοποιείται καταχρηστικά και εσφαλμένα στην καθομιλουμένη για να περιγράψει την εστιασμένη ή υπερβολική ενασχόληση ενός ατόμου με κάποιο αντικείμενο/ιδέα/δραστηριότητα. Με παρόμοιο τρόπο χρησιμοποιείται για να δείξει μια συμπεριφορά ενός ατόμου που πιθανά έχει χάσει τον έλεγχο. Στην πραγματικότητα η μανία ή το μανιακό επεισόδιο συνιστούν ψυχιατρικό όρο (κατάσταση που απαντάται στη διπολική διαταραχή).	Προτείνεται: «Είχε υπερβολική ενασχόληση με», «Χαρακτηριζόταν από υπερβολές στην ενασχόλησή του με». «Εκτός ελέγχου», «Είχε χάσει τον έλεγχο».
«Καταθλιψάρα»	Αισθητικοποιημένη και ειρωνική διατύπωση που χρησιμοποιείται καταχρηστικά στην καθομιλουμένη για να περιγράψει την ψυχική δυσφορία που βιώνει ένας άνθρωπος ένεκα κάποιου ψυχοτραυματικού γεγονότος π.χ., διαζύγιο, ανεργία, ασθένεια.	Στην πραγματικότητα προτιμάται η αντικατάσταση της φράσης αυτής με εκφράσεις όπως: «Καταθλιπτική αντίδραση», «Συναίσθημα θλίψης», «Δυσκολία προσαρμογής εξαιτίας ενός τραυματικού συμβάντος». Ο όρος «κατάθλιψη» συστήνεται να χρησιμοποιείται μόνο αν υπάρχει σχετική διάγνωση.
«Μαζοχιστής - μαζοχισμός»	Πρόκειται για όρο που χρησιμοποιείται άκριτα και λανθασμένα στην καθομιλουμένη περιγράφοντας το άτομο εκείνο που αντλεί ευχαρίστηση από τον σωματικό ή ψυχολογικό πόνο που του προκαλείται από άλλους ή προκαλεί το ίδιο στον εαυτό του. Στην πραγματικότητα ο όρος σεξουαλικός μαζοχισμός συνιστά ψυχιατρική διαταραχή, η οποία ανήκει στις παραφυλίες και χαρακτηρίζεται από την ανάγκη του ατόμου να υποφέρει με οποιονδήποτε τρόπο προκειμένου να διεγερθεί σεξουαλικά.	Προτείνεται: Να μην χρησιμοποιείται ο όρος για να περιγράψει καταστάσεις και πρόσωπα εκτός των περιπτώσεων της συγκεκριμένης διαταραχής. Ιδανικά μόνο από ειδικούς που μπορούν να τον αναπτύξουν με επάρκεια και ακρίβεια.
«Ηλεκτροσόκ»	Στιγματιστικός όρος που συγχέεται με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία η οποία αποτελεί ακόμα και στις μέρες μας δυνητική ψυχιατρική παρέμβαση, με χρήση αναισθησίας, για τη θεραπεία της βαριάς κατάθλιψης αλλά και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Η θεραπεία συνοδεύεται από την κακή φήμη του «ηλεκτροσόκ» ως βασανιστηρίου λόγω του βίαιου τρόπου εφαρμογής του σε παλαιότερες δεκαετίες και στην οποία αποδιδόταν ένας τιμωρητικός χαρακτήρας στους «ενοχλητικούς» για την κοινωνία ψυχικά ασθενείς.	Συστήνεται να μην χρησιμοποιείται. Σε περιπτώσεις κυριολεκτικής αποτύπωσης της εν λόγω θεραπείας συστήνεται να χρησιμοποιείται ο όρος «Ηλεκτροσπασμοθεραπεία»

Λέξη - Έκφραση	Ανάλυση	Σύσταση - Εναλλακτική
«Κατασταλτικό ψυχιατρικό φάρμακο»	Αντιεπισημονική και φορτισμένη με αρνητική χροιά διατύπωση, καθώς αποδίδει ως αποκλειστική ιδιότητα την καταστολή σε σκευάσματα και αγωγές που ενδείκνυνται σε περιπτώσεις ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Στην πραγματικότητα δεν προκαλούν όλα τα σκευάσματα και οι αγωγές καταστολή ενώ, ιδιαίτερα τα σύγχρονα σκευάσματα, σπάνια επιφέρουν αυτή την ανεπιθύμητη ενέργεια. Αντιθέτως, στις περιπτώσεις που είναι αναγκαία η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι πολύ ανακουφιστική για το άτομο.	Συστήνεται να μην χρησιμοποιείται. Προτείνεται: «Ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή», «Φαρμακευτική αγωγή»



Δ.4 Τι μας είπαν όσοι και όσες το βιώνουν - Συνέντευξη ωφελούμενου

Το κείμενο που ακολουθεί είναι συνέντευξη μέλους του σωματίου ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας «Αυτοεκπροσώπηση» και μας δίνει πολλές χρήσιμες πληροφορίες για το βίωμα αλλά και την αντιμετώπιση του του στίγματος ψυχικής υγείας.

Τι σημαίνει στίγμα ψυχικής υγείας: «Στίγμα ψυχικής υγείας για μένα είναι ο φόβος, το άγχος, η αγωνία, που νιώθει ένας ψυχικά ασθενής για τον τρόπο που τον βλέπουν οι άλλοι βάσει των δικών τους προκαταλήψεων. Εγώ δεν έχω νιώσει τόσο έντονα το στίγμα αυτό, γιατί πολλοί συγγενείς μου, φίλοι μου και γείτονες στην πολυκατοικία που ζω δεν ξέρουν για την ψυχική μου ασθένεια».

Για την επίδραση του στίγματος ψυχικής υγείας: «Το στίγμα επηρεάζει καταρχήν τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα κάνοντας τα να αποσύρονται, να απομακρύνονται από το κοινωνικό γίγνεσθαι, να ματαιώνονται και να κλείνονται στον εαυτό τους. Δηλαδή πολλές φορές ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να φοβάται να βγει έξω από το σπίτι του, να πάει να ψωνίσει να βγει για ένα καφέ, να πάει μια βόλτα, γιατί δεν ξέρει πως θα τον αντιμετωπίσουν οι γείτονες και οι φίλοι του γιατί πιστεύει ότι η ασθένεια του φαίνεται».

Επηρεάζει την φοίτηση του σε μια σχολή αν είναι φοιτητής γιατί δεν ξέρει αν θα ανταπεξέλθει στις σπουδές τώρα που παίρνει φαρμακευτική αγωγή και πως θα τον βλέπουν οι συμφοιτητές του και ακόμα αν δούλευε σε μια επιχείρηση θα πρέπει να σταματήσει να δουλεύει και να επικεντρωθεί στη θεραπεία του για ένα πολύ μεγάλο διάστημα. Ένα μεγάλο θέμα είναι και η στάση που κρατάει και η ίδια του η οικογένεια, αν του συμπεριφέρεται το ίδιο όπως πριν αρρωστήσει ή έχει αλλάξει συμπεριφορά και αν τον φροντίζει όπως πρέπει (φαρμακευτική αγωγή, επισκέψεις σε ψυχίατρο κ.α.).

Τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας τους επηρεάζει το στίγμα, λόγω του ότι η υπόλοιπη κοινωνία θεωρεί το επάγγελμα που κάνουν κάτι που έχει σχέση με τους «τρελούς» δηλαδή σε μια κατάσταση που ο ανθρώπινος νους δεν λειτουργεί καλά και ο άνθρωπος

παραφέρεται και μπορεί να κάνει και ντροπιαστικά πράγματα όταν είναι σε κρίση. Π.χ. τους ψυχιάτρους και πολλές φορές και τους ψυχολόγους τους αποκαλούν «τρελογιατρούς».

Επίσης πολλές φορές το κράτος δεν τους αντιμετωπίζει σαν να κάνουν ένα δημόσιο λειτουργήμα και αυτό αντανακλάται και στο οικονομικό σκέλος όπου ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α. παίρνουν πολύ λίγα χρήματα σε σχέση με αυτά που προσφέρουν. Ακόμα οι επαγγελματίες πολλές φορές συνδράμουν με την εμπειρία τους και τις γνώσεις τους στο να παρακινήσουν τους λήπτες υπηρεσιών ψυχ. υγείας να αυτοοργανωθούν και να συγκροτήσουν συλλόγους και σωματεία για να παλέψουν για τα δικαιώματά τους. Το στίγμα επηρεάζει την κοινωνία συντηρώντας ρατσιστικές προκαταλήψεις και επίσης συντηρεί το φόβο προς κάθε τι το διαφορετικό, το μη παραδεκτό σύμφωνα με τις κοινωνικές νόρμες, κάνοντας έτσι οικογένειες που έχουν ένα ψυχικά άρρωστο μέλος στην εστία τους να μην το φροντίζουν να μην του δίνουν την πρέπουσα προσοχή ή να το κρατούν στη σκιά.

Επίσης υπάρχουν τα ρατσιστικά στερεότυπα που καλλιεργούνται από τα Μ.Μ.Ε. του ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνου, ή ως εν δυνάμει δολοφόνου, στα δελτία ειδήσεων (όπως και σε κάποιες ελληνικές σειρές.) για να υπάρξει μεγαλύτερη τηλεθέαση. Βέβαια μην ξεχνάμε και την πολιτική διάσταση του στίγματος αυτό που θέλει ένα μέρος του πολιτικού συστήματος, τους ψυχικά ασθενείς όπως και άλλες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (π.χ. αναπήρους, τοξικοεξαρτημένους, οροθετικούς, πρόσφυγες, μετανάστες κ.α.) στην κοινωνία, φοβισμένους και διαιρεμένους και να μην καταπολεμηθεί τελείως ο ρατσισμός που βιώνουν οι λήπτες, γιατί η εκπροσώπηση και η αυτοεκπροσώπηση των ληπτών ψυχικής υγείας θα τους κάνει πιο δυνατούς και θα διεκδικήσουν περισσότερα δικαιώματα και ελευθερίες».

Πως αντιμετωπίζεται το στίγμα ψυχικής υγείας: «Το στίγμα αντιμετωπίζεται με το να μιλάς με ένα δικό σου άνθρωπο, ένα φίλο, ένα γιατρό για αυτά που σε απασχολούν και σε βασανίζουν και ακόμα να ζητάς πρόσβαση σε θεραπείες και προγράμματα. Επίσης με το συγκροτείς συλλόγους με άλλους λήπτες για να διεκδικείς δικαιώματα και να ενημερώνεις τους άλλους λήπτες μέσω των συλλόγων – σωματείων για τα δικαιώματά τους και να ενημερώνεις την κοινωνία μέσω συμμετοχής των εκπροσώπων των συλλόγων σε ιατρικά συνέδρια, σε επιστημονικές ημερίδες, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και να διεκδικείς τα δικαιώματά σου μαζί με άλλες παρεμφερείς συλλογικότητες είτε αναπήρων είτε εργαζομένων.

Τέλος πρέπει να συνεργάζονται από κοινού οι λήπτες και σε συνεργασία με τους θεραπευτές, παράλληλα, για να επικοινωνήσουν την ανάγκη για στήριξη των δικαιωμάτων και της εργασίας.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Στέλιο Μοίρα τον κοινωνικό λειτουργό του Κέντρου Κοινωνικού Διαλόγου της Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε. για την συμβολή του στην συνδρομή στη συζήτηση και στην ανάπτυξη των σκέψεων και των προβληματισμών μου για αυτή την συνέντευξη.

Ευχαριστώ».

Ε. Βιβλιογραφία

Α.1 Τι είναι ψυχική υγεία

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2015; 14(2): 231–233.
- Srivastava K, Chaudhury S, Bhat PS, Mujawar S. Media and mental health. *Ind Psychiatry J*. 2018; 27(1): 1-5
- Kaplan and Sadock's Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής • Ανατύπωση 4ης έκδοσης, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2017
- Διαγνωστικά κριτήρια από DSM V. American Psychiatric Association. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2015

Α.2 Η ιστορικότητα της ψυχιατρικής πρακτικής στην Ελλάδα

- Κουραχάνης Ν., Φίτσιου Π., (2019) «Πολιτικές Στέγασης Αστέγων με Ψυχικά Νοσήματα», στο: Κουραχάνης Ν. (Επιστ. Επιμέλεια), Κατοικία και Κοινωνία, Προβλήματα, Πολιτικές και Κινήματα, εκδόσεις Διόνικος, 2019
- Μαδιανός, Μ. (1994). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της. Από την Θεωρία στην Πράξη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαστρογιαννάκης, Α., Νικολακόπουλος, Ι., Μαρκάτου, Α., Μπραουδάκη Ε., Μπραουδάκης Γ., Power, T., Graig, T., Thornicroft, G. και Μπούρας, Ν. (2015). Τελική Έκθεση Αξιολόγησης (προσχέδιο) των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2011-2015. Υπουργείο Υγείας: Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2003). Πρόλογος. Στο: Δ. Δαμίγος, Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Φίτσιου Π., παρουσίαση στην Ημερίδα που συνδιοργάνωσε η Δ. Κριτσωτάκη και η ΕΚΨ Π. Σακελλαρόπουλος στις 19/9/2020 με τίτλο: «Συνηγορία και αυτοσυνηγορία στην ψυχική υγεία: Παρελθόν, παρόν, μέλλον», στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος Marie Sklodowska-Curie individual Fellowships European «Mental health advocacy: Reassessing the history of mental health organizations in the second half of the twentieth century.
- Ágnes Turnpenny, Gábor Petri, Ailbhe Finn, Julie Beadle-Brown, Maria Nyman, Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-Based Services and Practices Across Europe, Published by Mental Health Europe, Brussels, 2017
- Fitsiou P., M. Mousmouti, Darmogianni N., Malakozi A., R. Agatsa, "Advocacy, Networking And Motivation Of Civil Society: An Intervention Plan For Mental Health And Human Rights Promotion", Presented In: 4th East European Psychiatric Congress & 3rd Preventive Psychiatry International Congress, Athens, November 2015

A.4 Ψυχιατρικές Διαταραχές, ορισμοί και χαρακτηριστικά

- Ουλής Π. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας. Σημεία, Συμπτώματα, Μηχανισμοί, Φιλοσοφικά Θεμέλια. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2012
- Kaplan and Sadock's Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής - Ανατύπωση 4ης έκδοσης. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2017
- Lempriere T. et Coll., «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων - Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα», Α' και Β' Τόμος Συνέκδοση Π. Σακελλαρόπουλος και Συνεργάτες, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995
- Διαγνωστικά κριτήρια από DSM V. American Psychiatric Association. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2015
- World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. Geneva 2012
- Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition (Lewis, Lewis's Child and Adolescent Psychiatry) 4th Edition
- Politis S, Bellos S, Hadjulis M, Gournellis R, Petrikis P, Ploumpidis D, Skapinakis P. Epidemiology of panic disorder and subthreshold panic symptoms in the Greek general population. *Psychiatriki*. 2020 31(3):201-215
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Ετήσια Έκθεση για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα, Αθήνα, 2019
- Lask B & Bryan R. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Waugh Publisher: Psychology Press; 2nd edition (October 12, 2000)
- Gelder M, Mayou R, Geddes J (2005) *Psychiatry* (3rd ed.) New York: Oxford University Press
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. Έκθεση για τις Αυτοκτονίες, για την περίοδο 1999-2017
- Παρατηρητήριο Αυτοκτονιών ΜΚΟ «Κλίμακα», περίοδος 2018-2020
- Σακελλαρόπουλος Π. (1994), «Ψύχωση, Ψυχοθεραπευτικοί Χειρισμοί και Ψυχαναλυτικό Πρίσμα», Περ. Ψυχανάλυση και Ψυχοθεραπεία, 1, τ. 2, σελ. 167.

B. Τι χρειάζεται να γνωρίζετε για το Στίγμα

- Τσαλίκου Φ. Σχιζοφρένεια και Φόνος. Αναζητώντας τον χαμένο Παράδεισο. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα, 2007.
- Maiorano A, Lasalvia A, Sampogna G, Poci B, Ruggeri M, Henderson C. Reducing Stigma in Media Professionals: Is there Room for Improvement? Results from a Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017; 62(10):702-715
- Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30(3): 511-41
- Balon R, Morreale MK. Stigma of mental illness and us. *Ann Clin Psychiatry*. 2019; 31(3): 161-162

- Σακελλαρόπουλος Π. «Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική». Κείμενα από 2 συμπόσια για την ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και τη δικαιοσύνη, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1990
- Σακελλαρόπουλος Π. και Συν. Lempriere T. et Coll. Συνέκδοση. «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα», Α΄ και Β΄ Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995
- Σακελλαρόπουλος Π. (1994), «Ψύχωση, Ψυχοθεραπευτικοί Χειρισμοί και Ψυχαναλυτικό Πρίσμα», Στο σύγγραμμα: Περ. Ψυχανάλυσης και Ψυχοθεραπεία, 1, τ. 2, σελ. 167.
- Σακελλαρόπουλος Π. (1995), «Ψύχωση, Ψυχαναλυτικό Πρίσμα και Δημόσια Περίθαλψη». Στο σύγγραμμα: περ. Ψυχανάλυση και Ψυχοθεραπεία, τ. 4, σελ. 161.
- Σακελλαρόπουλος Π. και Συν. [Δαμίγος Δ. (Συντονιστής έκδοσης)], «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2003
- Σακελλαρόπουλος Π. και Συν. [Φίτσιου Π. (Επιμελήτρια έκδοσης)] «Θεμέλιο της Ψυχιατρικής ο συναισθηματικός δεσμός θεραπευτή-θεραπευόμενου», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010
- Φραγκούλη – Σακελλαροπούλου Α. «Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα Νομού Φωκίδας: Πρόληψη, έγκαιρη παρέμβαση και περίθαλψη στην κοινότητα», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008
- Λειβαδίτης Μ. Ψυχιατρική και δίκαιο. Ιατρικά, κοινωνικά, νομικά προβλήματα: Η συμβολή της κοινωνικής ψυχιατρικής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1994
- Βιδάλης Τ. (επιμ.) (2016) Η Εποχή της Αυτονομίας. Ένας Οδηγός για τα Δικαιώματα στην Ψυχική Υγεία, Αθήνα: Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων.
- Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος, Συλλογικό έργο, (Επιμέλεια: Παναγιώτα Φίτσιου, Νίκη Δαρμογιάννη, Αθηνά Φραγκούλη), ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ - ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ - ΔΙΚΤΥΩΣΗ - ΣΥΜΜΑΧΙΕΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ (LOBBYING), Εσωτερική Έκδοση, 2016.
- Angermeyer, M. C., & Matchinger, H. Labeling – stereotype – discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40: 391-395.
- Benbow, A. Mental illness, stigma, and the media. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 68(2): 31-35.
- Τσιούλου Χριστίνα, Ψυχολόγος, «Το στίγμα των ψυχικών διαταραχών και οι αρνητικές επιπτώσεις» [psychology.gr](https://www.psychology.gr/psychopathologia/3412-stigma-psyxikon-diataraxon-arnitikes-epiptoseis.html), 2018, <https://www.psychology.gr/psychopathologia/3412-stigma-psyxikon-diataraxon-arnitikes-epiptoseis.html>
- Νικόλαος Μοσχόπουλος, Ψυχίατρος-Ψυχαναλυτής-Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ. «Στίγ-

μα της ψυχικής διαταραχής: ο ρόλος των ΜΜΕ», psychology.gr, 2019, <https://www.psychology.gr/psychopathologia/3675-stigma-tis-psyxikis-diataraxis-o-rolos-ton-mme.htm>

- Canadian Mental Health Association's BC Division, « Building Capacity: Mental Health and Police Project (BC:MHAPP)», March 2005 https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policesheets_all.pdf

•Γ.5 Χρήσιμα – Φορείς, θεσμοί, οργανισμοί και γραμμές υποστήριξης

- Ομάδα City Kids Guide. Δέκα τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης που πρέπει να γνωρίζουμε. (2019, Ιούλιος 8) Ανακτήθηκε από: <https://www.citykidsguide.com/10-tilefonikes-grammes-psyhologikis-ypostirixis-kai-voitheias-poy-prepei-naghorizoyme>.
- Ψυχαργός. Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ανακτήθηκε από: <https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26771&nt=18&lang=1>
- Εγχειρίδιο προγράμματος Erasmus + Be Right. Πρόγραμμα Εκπαίδευσης σε Θέματα Ανθρώπινων Δικαιωμάτων για Επαγγελματίες. (2017). Fundación INTRAS <http://www.beright-mh.eu/>
- Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. (2003). Μετάφραση από: Εγχειρίδιο Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τίτλο Mental Health Policy and Service Guidance Package Organization of services for Mental Health
- Γιατροί του Κόσμου Χρήσιμα Links. (2019) MdM Greece. Ανακτήθηκε από: <https://www.openmindsproject.gr/index.php/useful-links.html>
- Αρναούτογλου Νικήτας Ψυχίατρος. Επίσημη Ιστοσελίδα. Ανακτήθηκε από: <https://www.psyhiatros.gr/kentra-psyxikis-ygeias-attiki/>

•Δ.2 Τι ισχύει και τι όχι; 19 μύθοι για την ψυχική υγεία

- Ελευθεριάδης Χ. «Ψυχική ασθένεια: Μύθοι και Αλήθειες – Ο Ρόλος των ΜΜΕ». Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία Ν. Σερρών. Ηλ. Αρθρογραφία www.sofpsi-ser.gr/related-articles.
- Klin A, Lemish D. Mental disorders stigma in the media: review of studies on production, content, and influences. J Health Commun. 2008;13(5): 434-49.
- «Ψυχική Υγεία: Μύθοι και Πραγματικότητα». Ενημερωτικό έντυπο της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός». www.msu.
- Τσίρκα Ειρ. «Ψυχική Υγεία – Ψυχική Ασθένεια: Μύθοι και Αλήθειες». Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων Ημαθίας. Ηλ. Αρθρογραφία Δεκέμβριος, 2019

