

Ερευνητική εργασία Research article

Αυτοστιγματισμός, αυτοεκτίμηση και αυτεπάρκεια των ψυχικά ασθενών

Ε. Πασματζή,¹ Γ. Κουλιεράκης,² Γ. Γιαγλής³

¹Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»,

²Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ³Τομέας Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2016, 27:243–252



Ιερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίον το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας διαμορφώνει τον αυτοστιγματισμό, ο οποίος με τη σειρά του επιδρά στην αυτοεκτίμηση και την αυτεπάρκεια των ψυχικά ασθενών. Στην περιγραφική αυτή έρευνα συσχέτισης, με συγχρονικές συγκρίσεις συμμετείχε δείγμα 66 ασθενών από την Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του ΓΝ Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», οι οποίοι, κατά την περίοδο της μελέτης, νοσηλεύονταν στην κλινική, ή επανέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία της. Χρησιμοποιήθηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο, η Κλίμακα Αυτοστιγματισμού της Ψυχικής Νόσου (the Self-Stigma of Mental Illness Scale, SSMIS), η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSE) και η Κλίμακα της αυτεπάρκειας του Sherer (the General Self-Efficacy-Sherer Scale, GSESH), για την καταγραφή των βασικών δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών χαρακτηριστικών, του αυτοστιγματισμού, της αυτοεκτίμησης και της αυτεπάρκειας, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτοεκτίμηση και η αυτεπάρκεια (συνολικά) είχαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους, ενώ ο αυτοστιγματισμός (συνολικά) συσχετίστηκε αρνητικά, στατιστικώς σημαντικά, τόσο με την αυτοεκτίμηση, όσο και με την αυτεπάρκεια, επιβεβαιώνοντας πως πρόκειται για μια σχέση, η οποία συνδέεται με την ψυχολογική ενδυνάμωση των ασθενών και λειτουργεί ως διαμεσολαβητική μεταβλητή μεταξύ της αυτοκατηγοριοποίησης στην ομάδα των «ψυχικά ασθενών» και της αυτοεκτίμησης και αυτεπάρκειάς τους. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ασθενής αρνητική συσχέτιση της αυτοεκτίμησης και της αυτεπάρκειας με την ηλικία, ενώ το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίστηκε με μεγαλύτερη αυτεπάρκεια. Ο αυτοστιγματισμός, σε συνδυασμό με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνέβαλαν στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτεπάρκεια των ψυχικά ασθενών, όπως έδειξε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Κάποια αποτελέσματα, όπως το ποσοστό χαμηλής αυτοεκτίμησης (30,3%) διέφεραν από αντίστοιχα άλλων ερευνών (9,1–24%), πιθανόν λόγω της πολιτισμικής διαφορετικότητας, της χρήσης διαφορετικών εργαλείων, της σύνθεσης των δειγμάτων ως προς το είδος της ψυχικής ασθένειας και του διαφορετικού βαθμού αντίδρασης των ασθενών στην αντίληψη του κοινωνικού στίγματος. Παρά τους μεθοδολογικούς της περιορισμούς, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι ο αυτοστιγματισμός συμβάλλει στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτεπάρκεια των ψυχικά ασθενών και είναι θεμιτός στόχος αφενός η προσπάθεια για μείωσή του, προς όφελος των ασθενών, και αφετέρου, η ευαισθητοποίηση του κοινού με στόχο τη μείωση του γενικότερου κοινωνικού στίγματος απέναντι στην ψυχική ασθένεια, που είναι και η πρωτογενής αιτία του αυτοστιγματισμού.

Λέξεις ευρητηρίου: Στίγμα, ψυχική νόσος, ψυχικά ασθενής, κοινωνικό στίγμα, αυτοστιγματισμός, αυτεπάρκεια, αυτοεκτίμηση, κοινωνική ένταξη.

Εισαγωγή

Ο όρος «ψυχική ασθένεια» εκφράζει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά, επιφέροντας λειτουργική έκπτωση στους ασθενείς και δυσλειτουργίες στην επικοινωνία. Οι ψυχικές ασθένειες προσβάλλουν όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, κάθε κοινωνικού, οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου.¹ Ο επιπολασμός τους στον ενήλικο πληθυσμό υπολογίζεται γύρω στο 10%, με διαφοροποιήσεις εις βάρος των γυναικών, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 20–25% του πληθυσμού, παγκοσμίως, θα νοσήσει ψυχικά έστω μία φορά στη ζωή του.^{2,3} Στην Ελλάδα, παλαιότερες και νεότερες έρευνες σε αστικό, αγροτικό και νησιωτικό πληθυσμό έδειξαν ότι η επικράτηση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας κυμαίνεται από 14–22%^{4,5} ενώ πρόσφατη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων έδειξε ότι 14% των συμμετεχόντων παρουσίαζε κάποια ήπια ή σοβαρή ψυχοπαθολογία, με τις γυναίκες να υπερτερούν, σε ποσοστά, των ανδρών.⁶

Οι ψυχικές διαταραχές επιφέρουν δραματικές αλλαγές στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους και έχουν σημαντικό οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ψυχιατρεία, εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με όσους ζουν ενταγμένοι στην κοινότητα, ενώ επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την ψυχολογική λειτουργικότητα έχουν ακόμη και οι ήπιες διαταραχές, όπως οι διαταραχές άγχους και πανικού.⁷ Επιπρόσθετα, η ύπαρξη ψυχικής νόσου στην οικογένεια, την υποβάλλει στην αρνητική επιρροή του στίγματος και των διακρίσεων⁸ και την επιβαρύνει οικονομικά, ψυχολογικά και κοινωνικά.⁹ Τέλος, το οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών στις εκβιομηχανισμένες χώρες έχει υπολογιστεί, για τις ΗΠΑ, σε 273,3 δις δολάρια, για το 1988,¹⁰ ενώ στην Αγγλία, για το 2006, το κόστος υπολογίστηκε σε 22,5 εκ. στερλίνες.¹¹

Οι αρνητικές στάσεις του πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (π.χ. άρνηση της κατάστασής τους, προκατάληψη, απόρριψη ή/και επιθετικότητα) διαμορφώνονται από τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις για την ψυχική νόσο, γίνονται αντιληπτές από τους ψυχικά ασθενείς, παίζουν σημαντι-

κό ρόλο στην κοινωνική τους ένταξη και αποκατάσταση και οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό.^{12,13} Επιπρόσθετα, οι αντιλήψεις του πληθυσμού για τη «διαταραγμένη ή απρόβλεπτη συμπεριφορά» που αποδίδεται στους ψυχικά ασθενείς καθορίζονται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, τα συμπτώματα και τη διάγνωση, την αντίληψη για την επικινδυνότητα της νόσου, τη φύση και την εμφανή παρουσία της διαταραχής, καθώς και την αδυναμία πρόβλεψης και έλλειψη καταλογισμού της συμπεριφοράς.^{14,15}

Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή, η οποία προσδίδει στους ανθρώπους ένα διακριτικό χαρακτηριστικό ή σημάδι, φέρει ως συνέπεια τη μείωση της αξίας τους¹⁶ και τους αναγκάζει να αναπτύσσουν συνειδητούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς τρόπους για να διευθετήσουν τις φυσιολογικές, συγκινησιακές και συμπεριφορικές αντιδράσεις τους ως προς το στίγμα τους.¹⁷ Ειδικότερα, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έχει σημαντικές αρνητικές κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και ψυχολογικές συνέπειες για όσους το βιώνουν: επιδεινώνει σημαντικά τη συμπτωματολογία, ανεξάρτητα από την αρχική διάγνωση και επηρεάζει αρνητικά την αποκατάσταση¹⁸ επιδρά αρνητικά στην αυξημένη θνητότητα των ψυχικά ασθενών, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή οποιονδήποτε άλλον παράγοντα¹⁹ επηρεάζει την πορεία της ασθένειας και την ποιότητα ζωής των ασθενών, προκαλώντας φθορά στην αυτοεικόνα τους, εγείροντας αισθήματα ενοχής και μυστικοπάθεια και συνιστώντας, στην πραγματικότητα, μια δεύτερη ασθένεια, μεγαλύτερης διάρκειας από αυτή καθαυτή την αρχική νόσο και με χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης^{20,21} εμποδίζει την πρόσβαση στην εργασία^{15,22} θίγει την ποιότητα των προσφερόμενων ψυχιατρικών παροχών, προσβάλλοντας τους επαγγελματίες και γενικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.²³

Οι ψυχικά ασθενείς εσωτερικοποιούν τον κοινωνικό στιγματισμό και αυτοστιγματίζονται.^{14,24–27} Ο αυτοστιγματισμός είναι το υποκειμενικό βίωμα που ξεκινά από την υιοθέτηση κοινωνικών στερεοτύπων που αποδίδονται στο άτομο, όπως ότι «ο ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος, ανίκανος και υπεύθυνος για την ασθένειά του».²⁸ Ουσιαστικά το άτομο που νοσεί προβάλλει το στίγμα στον εσωτερικό του κόσμο και το οικειοποιείται, το αφομοιώνει ως μέρος της ταυτότητάς του και λειτουργεί κοινωνικά μέσω

αυτού.²⁹ Ο αυτοστιγματισμός οδηγεί στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων και πρακτικών, όπως ντροπή και κοινωνική απόσυρση,²⁶ επιδρώντας αρνητικά στην αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και την αυτεπάρκεια.^{18,30,31} Ο ασθενής αποκρύπτει την ασθένειά του, αναπτύσσει αρνητικά στερεότυπα και ενοχικά αισθήματα για τον εαυτό του, γίνεται μυστικοπαθής, απρόθυμος να αναζητήσει βοήθεια, ενώ δεν συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία που του προσφέρεται.^{18,20,21,32}

Οι περισσότερες έρευνες σχετικά με το στίγμα, που έχουν διεξαχθεί διεθνώς, έχουν επικεντρωθεί στη στάση της κοινότητας απέναντι στην ψυχική ασθένεια και πολύ λιγότερο στη μέτρηση του στίγματος στους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.^{33,34} Μια άλλη ομάδα ερευνών έχουν επικεντρωθεί στον αυτοστιγματισμό, σε σχέση με την αντίληψη των διακρίσεων που επικρατεί κατά των ψυχικά ασθενών.^{24,35,36} Στη χώρα μας, απ' όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, δεν έχει διεξαχθεί αντίστοιχη έρευνα για τον αυτοστιγματισμό των ψυχικά ασθενών. Έτσι, η παρούσα έρευνα έρχεται να καλύψει αυτό το κενό, στοχεύοντας στη διερεύνηση της σχέσης του αυτοστιγματισμού με δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, διάγνωση, φαρμακευτική αγωγή κ.ά.), αλλά και με τον βαθμό αυτοεκτίμησης και αυτεπάρκειας.

Υλικό και μέθοδος

Στην έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2010, στην Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του ΓΝ Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», συμμετείχαν 66 ενήλικες ψυχικά ασθενείς. Ειδικότερα, κλήθηκαν να συμμετάσχουν όσοι κατά την περίοδο της μελέτης επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του νοσοκομείου, ως επανερχόμενοι ασθενείς και όσοι νοσηλεύομενοι είχαν επαναλαμβανόμενες νοσηλείες (περισσότερες από μία). Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους ήταν η ηλικία (άνω από 18 ετών) και το μορφωτικό τους επίπεδο (να τους επέτρεπε να αντιληφθούν και να απαντήσουν τις ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων). Όλοι οι ασθενείς παρείχαν προφορικά δηλωμένη πρόθεση συμμετοχής στην έρευνα. Σε κάθε ερωτηματολόγιο δόθηκε τυχαίος αύξων αριθμός (από το 01...). Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες στην έρευνα με τυχαία σειρά. Κάθε

άτομο συμμετείχε με τον αριθμό του ερωτηματολογίου και δεν χρησιμοποιήθηκε πουθενά το ονοματεπώνυμό του.

Για την καταγραφή των βασικών δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών χαρακτηριστικών σχεδιάστηκε και χρησιμοποιήθηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Για την αποτύπωση του επιπέδου αυτοεσωτερίκευσης του στιγματισμού χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτοστιγματισμού της Ψυχικής Νόσου (the Self-Stigma of Mental Illness Scale, SSMIS),³⁷ ένα ερωτηματολόγιο 40 ερωτήσεων, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τα τέσσερα σχήματα-διατυπώσεις που ορίζουν τον αυτοστιγματισμό: στερεοτυπική επίγνωση «Νομίζω ότι το κοινό πιστεύει πως... τα περισσότερα άτομα με ψυχική νόσο είναι αηδιστικά», στερεοτυπική συμφωνία «Νομίζω ότι τα περισσότερα άτομα με ψυχική νόσο ευθύνονται για τα προβλήματά τους», στερεοτυπική εφαρμογή στον εαυτό/εσωτερίκευση των στερεοτύπων «Επειδή έχω ψυχική νόσο, έχω δείκτη νοημοσύνης κάτω από τον μέσον όρο» και μείωση αυτοσεβασμού «Κατά την παρούσα περίοδο (τώρα), σέβομαι τον εαυτό μου λιγότερο... γιατί είμαι ανίκανος/η». Ο βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων καταγράφεται σε 9-βάθμια κλίμακα (9=«Συμφωνώ απόλυτα») και υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερα επίπεδα αυτοστιγματισμού.

Για τη μέτρηση της αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSE).³⁸ Η κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις, διατυπωμένες είτε θετικά «Νιώθω ότι είμαι ένα άτομο που αξίζει, τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους» είτε αρνητικά «Συνολικά, τείνω να αισθάνονται ότι είμαι μια αποτυχία» και οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα Likert. Και εδώ, υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, βαθμολογία μεταξύ 15-25 υποδηλώνει ότι το υποκείμενο έχει φυσιολογική αυτοεκτίμηση, ενώ βαθμολογία >15 υποδηλώνει χαμηλή αυτοεκτίμηση.³⁸

Για τη μέτρηση της αυτεπάρκειας χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτεπάρκειας του Sherer (the General Self-Efficacy-Sherer Scale, GSESH),^{39,40} ένα μονοδιάστατο ψυχομετρικό εργαλείο δώδεκα δηλώσεων σχετικών με την Πρωτοβουλία «Αν κάτι φαίνεται πολύ περίπλοκο, δεν θα μπω καν στον κόπο να το δοκιμάσω», την Προσπάθεια «Όταν κάνω σχέδια, είμαι

βέβαιος/η ότι μπορώ να τα διεκπεραιώσω» και την Επιμονή «Όταν βάζω σημαντικούς στόχους για τον εαυτό μου, σπάνια τους υλοποιώ», στο οποίο οι συμμετέχοντες ασθενείς αποτύπωσαν τον βαθμό συμφωνίας τους σε 5-βαθμη κλίμακα Likert. Συνολικά, οι μεγαλύτερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αυτεπάρκειας.

Για τη χρήση των εργαλείων, δεν απαιτείτο ρητή άδεια από τους συντάκτες τους, ενώ η προσαρμογή τους στα Ελληνικά έγινε με τη διαδικασία μετάφρασης και αντίστροφης μετάφρασης. Η διάρκεια συμπλήρωσης των κλιμάκων ήταν 10–15'. Όλα τα εργαλεία έδειξαν υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's α : 0,770–0,945). Για τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου». Όλοι οι απαιτούμενοι στατιστικοί υπολογισμοί πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS for Windows, v.18.0.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες (60%), ελληνικής καταγωγής (93,8%) και κάτοικοι Θεσσαλονίκης και περιχώρων (76,7%) (πίνακας 1). Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 39,47 χρόνια (TA=8,95 χρόνια).

Η κατάθλιψη ήταν η ασθένεια με την υψηλότερη επικράτηση στο δείγμα (53%), ακολουθούμενη από τη διπολική διαταραχή (25,8%), τη σχιζοφρένεια (13,6%), τις εξαρτήσεις (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες) (9,1%), τις διατροφικές διαταραχές (6,1%) και τις αγχώδεις διαταραχές (1,5%). Εικοσιεννέα ερωτώμενοι (43,9%) νοσηλεύονταν στην Ψυχιατρική Κλινική κατά τη χρονική στιγμή διεξαγωγής της έρευνας, κυρίως λόγω επιδείνωσης της υγείας τους (76,6%), ενώ περίπου οι μισοί ερωτώμενοι (34, 51,5%) ήταν ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων, οι οποίοι ανέφεραν πως το τελευταίο εξάμηνο είχαν επισκεφθεί την κλινική από μία (9,1%), έως 12 φορές (4,5%) (μέσος όρος επισκέψεων: 3,65). Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είχαν, κατά μέσον όρο, τον υψηλότερο αριθμό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία (5,33), ενώ οι ασθενείς με διπολική διαταραχή, τον υψηλότερο αριθμό νοσηλείων σε κλινική (2,64). Εικοσιδύο ασθενείς (33,3%) είχαν νοσηλευθεί στο παρελθόν, στην κλινική, μία φορά, πέντε (7,6%), δύο φορές,

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

	n	(%)
Φύλο		
Γυναίκες	39	60
Τόπος Κατοικίας		
Θεσσαλονίκη και περίχωρα	46	76,7
Εθνικότητα		
Ελληνική	61	93,8
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Δημοτικού	10	15,6
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	23,4
Απόφοιτος Λυκείου	22	34,3
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	17	26,5
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	25	40,3
Παντρεμένος/η	28	45,1
Χωρισμένος/η	7	11,2
Χήρος/α	2	0,03

Τυχόν ελλιπή δεδομένα δεν συμπεριλαμβάνονται στον πίνακα αυτόν

επτά (10,6%), τρεις φορές και δεκαπέντε ασθενείς (22,8%) είχαν νοσηλευθεί περισσότερες από τρεις φορές. Αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (42 ασθενείς, 71,2%) λάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή, ενώ εικοσιέξι ασθενείς (44,1%) ελάμβαναν αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Ηρεμιστικά/υπνωτικά φάρμακα λάμβαναν 22 ασθενείς (37,3%).

Αυτοστιγματισμός, αυτοεκτίμηση, αυτεπάρκεια

Είκοσι ασθενείς (30,3%) είχαν βαθμολογία >15 στην κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις, στις κλίμακες αυτοστιγματισμού, αυτοεκτίμησης και αυτεπάρκειας, κατά φύλο, παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Όπως φαίνεται, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων, υπέρ των γυναικών, μόνο στην υποκλίμακα «Επιμονή» της κλίμακας αυτεπάρκειας ($p=0,013$).

Από τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία, το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετιζόταν με τη συνολική αυτεπάρκεια [$F(3,60)=2,794$, $p=0,048$] και τις υποκλίμακες Πρωτοβουλία [$F(3,60)=3,204$, $p=0,029$] και Επιμονή [$F(3,59)=4,110$, $p=0,010$]: οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν υψηλότερη βαθμολογία. Από την άλλη πλευρά, δεν παρατηρήθηκαν στατιστι-

Πίνακας 2. Σύγκριση ανδρών και γυναικών στις κλίμακες αυτοεκτίμησης, αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοστιγματισμού.

Κλίμακες	Άνδρες		Γυναίκες		Διαφορά	t	ΒΕ	p
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ				
Αυτοεκτίμηση, (RSE)	16,96	4,911	16,95	5,907	+0,013	0,009	63	ns
Αυτεπάρκεια (GSESH)-Σύνολο	36,08	8,634	39,76	8,682	-3,686	1,672	62	0,100
Πρωτοβουλία	8,50	2,929	9,26	2,935	-0,756	1,019	63	0,312
Προσπάθεια	17,12	4,744	17,51	3,448	+0,397	-0,391	63	0,697
Επιμονή	10,46	2,702	12,87	4,225	-2,407	2,565	62	0,013
Αυτοστιγματισμός (SSMI)-Σύνολο	155,50	48,468	149,89	64,194	-5,608	-0,395	60,6	0,694
Επίγνωση (Awareness)	50,42	15,023	48,37	19,161	+2,055	0,458	62	0,648
Συμφωνία (Agreement)	43,23	18,355	38,16	19,358	+5,073	1,051	62	0,297
Εφαρμογή/Εσωτερίκευση (Application)	31,58	14,814	31,58	17,475	-0,002	-0,231	61	0,818
Αυτοκαταστροφή (Hurts self)	30,27	14,575	31,27	18,348	-1,001	-0,211	60	0,834

ΜΟ=μέσος όρος, ΤΑ=τυπική απόκλιση, ΒΕ=βαθμοί ελευθερίας

κά σημαντικές διαφορές στις συσχετίσεις των κλιμάκων αυτοστιγματισμού, αυτοεκτίμησης και αυτεπάρκειας με κλινικά στοιχεία και στοιχεία που αφορούσαν στη νοσηλεία των ασθενών.

Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων αυτοστιγματισμού, αυτοεκτίμησης, αυτεπάρκειας και ηλικίας παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Η αυτοεκτίμηση και η αυτεπάρκεια (συνολικά) είχαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους, ενώ ο αυτοστιγματισμός (συνολικά) συσχετίστηκε αρνητικά, στατιστικώς σημαντικά, τόσο με την αυτοεκτίμηση,

όσο και με την αυτεπάρκεια. Οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου αυτεπάρκειας και του ερωτηματολογίου αυτοστιγματισμού σχετίστηκαν μεταξύ τους με γραμμικό τρόπο, σε ορισμένες περιπτώσεις δε, η συσχέτιση ήταν ιδιαίτερα ισχυρή. Μεταξύ των υποκλιμάκων στις διαφορετικές κλίμακες, οι συσχετίσεις ήταν πιο ήπιες.

Οι συσχετίσεις μεταξύ της αυτοεκτίμησης, της αυτεπάρκειας (συνολικά και στην υποκλίμακα «Προσπάθεια») και της ηλικίας, ήταν αρνητικές και οριακά σημαντικές. Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία, τόσο μικρότερη ήταν η αυτοεκτίμηση ($r=-0,240$).

Πίνακας 3. Συντελεστές συσχέτισης κλιμάκων αυτοστιγματισμού, αυτοεκτίμησης, αυτεπάρκειας και ηλικίας.

	1	2	2 ^a	2 ^b	2 ^c	3	3 ^a	3 ^b	3 ^c	3 ^d	4
1 RSE		0,668**	0,511**	0,527**	0,594**	-0,339**	-0,166	-0,183	-0,331*	-0,403**	-0,240
2 GSESH						-0,331**					-0,241
2 ^a Πρωτοβουλία				0,406**	0,617**		-0,057	-0,272*	-0,350**	-0,256*	-0,039
2 ^b Προσπάθεια					0,459**		-0,279*	-0,314*	-0,263*	-0,303*	-0,339
2 ^c Επιμονή							-0,063	-0,194	-0,149	-0,135	-0,189
3 SSMI											0,125
3 ^a Επίγνωση								0,470**	0,391**	0,360*	0,028
3 ^b Συμφωνία									0,749**	0,645**	0,200
3 ^c Εφαρμογή/ Εσωτερίκευση										0,878**	0,055
3 ^d Αυτοκαταστροφή											0,128
4 Ηλικία											

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (δίπλευρος έλεγχος)

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01(δίπλευρος έλεγχος)

$p=0,056$) και η αυτεπάρκεια ($r=-0,241$, $p=0,057$). Αντίθετα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τον αυτοστιγματισμό.

Πρόβλεψη της αυτοεκτίμησης και της αυτεπάρκειας

Χρησιμοποιώντας δύο μοντέλα Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης επιχειρήθηκε η πρόβλεψη της αυτοεκτίμησης και της αυτεπάρκειας χρησιμοποιώντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές, τον αυτοστιγματισμό (σύνολο της κλίμακας) και από τις υπόλοιπες μεταβλητές, μόνο εκείνες οι οποίες είχαν στατιστικά σημαντική συνεισφορά (το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο), όπως αναφέρονται στον πίνακα 4.

Αναφορικά με την αυτοεκτίμηση, το μοντέλο εξηγούσε το 23,2% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(3,57)=5,754$, $p<0,002$]. Από τις χρησιμοποιούμενες ανεξάρτητες μεταβλητές, ο αυτοστιγματισμός (συνολικά) και το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά την αυτοεκτίμηση. Συγκεκριμένα, για κάθε μία μονάδα αύξησης της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοστιγματισμού, η βαθμολογία στην υποκλίμακα της αυτοεκτίμησης μειώθηκε κατά 0,024 μονάδες, ενώ για κάθε επίπεδο αύξησης του μορφωτικού επιπέδου (Δημοτικό>Γυμνάσιο>Λύκειο>ΑΕΙ/ΤΕΙ), η βαθμολογία στην κλίμακα αυτοεκτίμησης αυξήθηκε, κατά μέσον όρο, 1,559 βαθμούς.

Αναφορικά με την αυτεπάρκεια, το μοντέλο που δημιουργήθηκε εξηγούσε το 23,2% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(4,55)=4,162$, $p<0,005$]. Από τις χρησιμοποιούμενες ανεξάρτητες μεταβλητές μόνο ο αυτοστιγματισμός (συνολικά) και το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά την αυτεπάρκεια. Ειδικότερα, για κάθε μία μονάδα αύξησης της βαθμολογίας στην κλίμακα του αυτοστιγματι-

σμού, η βαθμολογία στην κλίμακα της αυτεπάρκειας μειώθηκε κατά 0,041 μονάδες, ενώ, για κάθε επίπεδο αύξησης του μορφωτικού επιπέδου (Δημοτικό >Γυμνάσιο>Λύκειο>ΑΕΙ/ΤΕΙ) η βαθμολογία στην κλίμακα αυτεπάρκειας αυξήθηκε, κατά μέσον όρο, 2,210 βαθμούς.

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η σχέση του αυτοστιγματισμού με την αυτοεκτίμηση και την αυτεπάρκεια σε 66 ψυχικά ασθενείς της Ψυχιατρικής Κλινικής του ΓΝ Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», οι οποίοι είχαν διαγνωσθεί, κατά σειρά συχνότητας, με κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια, εξαρτήσεις, διατροφικές διαταραχές, ψυχωσική συνδρομή και αγχώδη διαταραχή και, είτε νοσηλεύονταν, κυρίως λόγω επιδείνωσης της υγείας τους είτε επανέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής, κυρίως για επανεξέταση ή/και συνταγογράφηση. Η πλειοψηφία των ασθενών λάμβανε κάποια αγωγή, κυρίως αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά ή/και ηρεμιστικά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ένας στους τρεις ασθενείς είχε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Το εύρημα αυτό διαφέρει από αντίστοιχα ποσοστά διεθνών ερευνών που κυμαίνονται από 9,1%,⁴¹ έως 24%.²⁶ Οι διαφορές αυτές εξηγούνται από την πολιτισμική διαφορετικότητα, τη χρήση διαφορετικών ψυχομετρικών εργαλείων, τη σύνθεση των δειγμάτων ως προς το είδος της ψυχικής ασθένειας⁴² και τον διαφορετικό βαθμό αντίδρασης των ψυχικά ασθενών στην αντίληψη του κοινωνικού στίγματος.¹³

Αρκετές έρευνες αναφέρουν ότι η αυτοεκτίμηση στους ψυχικά ασθενείς αυξάνεται με την ηλικία,⁴³

Πίνακας 4. Πρόβλεψη της αυτοεκτίμησης και της αυτεπάρκειας.

	Αδρόι συντελεστές		Τυποποιημένοι συντελεστές		
	B	Τυπ. σφ.	Beta	t	p
<i>Αυτοεκτίμηση</i>					
(Σταθερά)	19,894	4,094		4,859	0,000
Αυτοστιγματισμός (σύνολο SSMI)	-0,024	0,011	-0,253	-2,123	0,038
Μορφωτικό επίπεδο	1,559	0,638	0,297	2,444	0,018
<i>Αυτεπάρκεια</i>					
(Σταθερά)	43,765	7,070		6,191	0,000
Μορφωτικό επίπεδο	2,210	1,097	0,258	2,015	0,049
Αυτοστιγματισμός (σύνολο SSMI)	-0,041	0,019	-0,266	-2,194	0,032

το εκπαιδευτικό επίπεδο,⁴⁴ ή την οικογενειακή κατάσταση.⁴¹ Στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκε η ισχυρή θετική συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με την αυτοεκτίμηση και την αυτεπάρκεια –μάλιστα, το μορφωτικό επίπεδο, ήταν μαζί με τον αυτοστιγματισμό, οι ισχυρότεροι προβλεπτικοί παράγοντες– ενώ σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων μελετών,^{43,44} βρέθηκε μια ήπια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την αυτοεκτίμηση και τη γενική αυτεπάρκεια. Ένας πιθανός λόγος για αυτή τη διαφοροποίηση, ίσως είναι η αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με το μορφωτικό επίπεδο στο συγκεκριμένο δείγμα.

Η αρνητική συσχέτιση του αυτοστιγματισμού με την αυτοεκτίμηση και την αυτεπάρκεια που βρέθηκε στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει πως πρόκειται για μια ισχυρή σχέση,^{41,43,45} η οποία συνδέεται με την ψυχολογική ενδυνάμωση των ψυχικά ασθενών⁴⁶ και που λειτουργεί ως διαμεσολαβητική μεταβλητή μεταξύ της αυτοκατηγοριοποίησης των ασθενών στην ομάδα των «ψυχικά ασθενών» και της αυτοεκτίμησης και αυτεπάρκειάς τους.³¹

Παρεμβάσεις

Όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα, ο αυτοστιγματισμός συμβάλλει στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτεπάρκεια των ψυχικά ασθενών. Επομένως, είναι θεμιτός στόχος η προσπάθεια για μείωσή του, προς όφελος των ασθενών, με αποτελεσματικές παρεμβάσεις, όπως η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης,⁴⁷ η ομαδική ψυχοεκπαίδευση στα πλαίσια γνωσιακής θεραπείας,⁴⁸ ή η πρόσφατα προταθείσα Αφηγηματική Επαύξηση και Γνωσιακή Θεραπεία.⁴⁹ Είναι, βέβαια προφανές ότι ένας άλλος εξίσου σημαντικός, εάν όχι σημαντικότερος, στόχος είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού με σκοπό τη μείωση του γενικότερου κοινωνικού στίγματος απέναντι στην ψυχική ασθένεια, που είναι και η πρωτογενής αιτία του αυτοστιγματισμού.^{13,26,46} Η αξία τέτοιου τύπου παρεμβάσεων, αλλά και η διευκρίνιση των χαρακτηριστικών που θα τις κάνουν πιο αποτελεσματικές, αποτελεί ένα φλέγον ζήτημα στη σύγχρονη έρευνα για την ψυχική υγεία. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οδηγούν στη διαπίστωση ότι ένα επιπρόσθετο καθήκον των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι να διερευνήσουν κατά πόσο οι ασθενείς τους βιώνουν κοινωνικό στίγμα και αυτοστιγματισμό και να τους βοηθήσουν να το

αντιμετωπίσουν, με στόχο να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και να τονωθεί η αυτεπάρκεια τους.

Προοπτική

Στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφοροποίηση μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών και αυτών που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία. Αναφέρεται ότι η προτιμότερη περίοδος για μέτρηση αυτοαναφορών, αυτοεκτίμησης αυτοστιγματισμού, είναι κατά τη διάρκεια ύφεσης της ψυχικής ασθένειας, αφού σε περίοδο έξαρσης, η συμπτωματολογία μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις των ασθενών.⁵⁰ Επιπλέον, δεν καταγράφηκαν στοιχεία που να διευκρινίζουν τη φάση της ασθένειας, ούτε στους νοσηλευόμενους, ούτε στους επανερχόμενους ασθενείς και γι' αυτό, ενδεχομένως, δεν φάνηκε αυτός ο διαχωρισμός να επηρεάζει τα αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, δεν διερευνήθηκε εάν η εισαγωγή στο νοσοκομείο προκαλεί μεγαλύτερο αυτοστιγματισμό, συγκριτικά με την παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία. Εξάλλου, ο αυτοστιγματισμός, μειώνοντας τη διάθεση και την ικανότητα των ασθενών να ζητήσουν βοήθεια, πιθανότατα οδηγεί σε λιγότερες δυνατότητες να αντεπεξέλθουν με αποτέλεσμα να καταλήγουν στη νοσηλεία, ως τελευταία λύση – με άλλα λόγια ίσως ο αυτοστιγματισμός να οδηγεί μακροπρόθεσμα σε εισαγωγή στο νοσοκομείο και όχι το αντίστροφο.

Άλλες ψυχολογικές μεταβλητές που μπορεί να επηρεάσουν τον αυτοστιγματισμό και τη σχέση του με την αυτοεκτίμηση και που αποτελούν προτάσεις για περαιτέρω μελέτη, περιλαμβάνουν την κλινική εναισθησία (επίγνωση του νοσηρού)⁵¹ και την εσωτερική απόδοση αιτίου της ασθένειας, δηλαδή την εντύπωση των ασθενών ότι οι ίδιοι φταίνε για την ασθένειά τους και τις επιπτώσεις της.⁵² Τέτοιες μεταβλητές οφείλουν να μετρηθούν και να διερευνηθούν σε κάθε έρευνα που θέλει να διερευνήσει τη συσχέτιση του αυτοστιγματισμού με την ψυχική ασθένεια.

Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα έρευνα «υποφέρει» από συγκεκριμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς: συμμετείχε μικρός αριθμός ασθενών, ο οποίος προέκυψε από τον περιορισμό του τόπου και του χρόνου διεξαγωγής, καθιστώντας το δείγμα ανεπαρκές για τη μελέτη πολλών παραγόντων επίδρασης. Επίσης, συμμετείχαν ψυχιατρικοί ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις, πε-

ριορίζοντας τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας στη διερεύνηση του ρόλου συγκεκριμένων νόσων και των χαρακτηριστικών τους στον αυτοστιγματισμό.

Επίμετρο

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η σχέση αυτοστιγματισμού, αυτοεκτίμησης και αυτεπάρκειας με τη βοήθεια ψυχομετρικών κλιμάκων σε ψυχιατρικούς ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις. Βρέθηκε ότι οι τρεις αυτές έννοιες είχαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους. Μάλιστα, ο αυτοστιγματισμός φάνηκε να συσχετίζεται και να είναι πιθανή αιτία χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτεπάρκειας, μαζί με άλλους παράγοντες, όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει, εκτός από την

καλύτερη διερεύνηση αυτής της σχέσης και την αναγνώριση άλλων συγχυτικών ή διαμεσολαβητικών παραγόντων (όπως το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική υποστήριξη ή η απόδοση του αιτίου της νόσου), η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων ψυχολογικών παρεμβάσεων (ψυχοεκπαίδευση, γνωσιακή θεραπεία, θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης) στην αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού, καθώς και της αποτελεσματικότητας δράσεων ευαισθητοποίησης του κοινού με στόχο τη μείωση του κοινωνικού στίγματος. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας χρησιμεύουν στην κλινική πράξη, για να καταδείξουν την αξία της αντιμετώπισης του αυτοστιγματισμού που πιθανόν βιώνει ο ψυχικά ασθενής και άρα στην τόνωση της αυτοεκτίμησης και της αυτεπάρκειάς του.

Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill

E. Pasmatzi,¹ G. Koulierakis,² G. Giaglis³

¹Hospital Infection Committee, G.H. Thessaloniki "G. Papanikolaou", ²Department of Sociology, National School of Public Health, ³Department of Psychology, Aristotle University, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2016, 27:243–252

The way that the social stigma of mental illness is related with the self-stigma, which in turn affects self-esteem and self-efficacy of mental patients was investigated. A sample of 66 patients in the Adult Psychiatric Clinic of the Thessaloniki General Hospital "G. Papanikolaou" was participated in this descriptive association study, with cross-sectional comparisons. The sample comprised of patients who were hospitalized or visited the Clinic as out-patients during the period that the study was undertaken. A tool for measuring the basic demographic, social and clinical characteristics of the participants was designed and used. Additionally, the Self-Stigma of Mental Illness Scale, SSMIS, Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSE and the General Self-Efficacy Sherer Scale, GSESH were used for measuring self-stigma, self-esteem and self-efficacy respectively. Results showed that self-esteem and self-efficacy were highly associated with each another. Self-esteem and self-efficacy co varied. Greater self-stigma was associated with lower self-esteem and self-efficacy confirming the power of this relationship which is connected with patients' psychological empowerment and acts as mediator between patients' self-categorization as "mentally ill" and their self-esteem and self-efficacy. Additionally, a mild negative association between self-esteem, self-efficacy and age was found while higher educational level was associated with greater self-efficacy. Greater self-stigma along with lower educational level were the most significant predictors of both self-esteem and self-efficacy of mental patients, as shown by regression analysis.

Some of our results, such as the percentage of low self-esteem (30.3%), were different from previous relevant data (9.1–24%), probably due to differences in sample's cultural characteristics and composition, research tools used, and the degree of mentally ill patients' reaction to social stigma perception. Despite its methodological limitations, the present study showed that self-stigma contributes to low self-efficacy and self-esteem of the mentally ill. It is thus a fair objective on the one hand to reduce stigmatization for the benefit of patients, and secondly, to raise public awareness in order to minimize the overall stigmatization towards mental illness, which is the primary cause of self-stigma.

Key words: Stigma, mental illness, mental patient, social stigma, self-stigma, self-efficacy, self-esteem, social inclusion.

Βιβλιογραφία

- World Health Organization (WHO). *Strengthening Mental Health Promotion*. Geneva, 2001
- World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, 2001
- Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2006, 177:486–492, DOI:10.1192/bjp.177.6.486
- Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni G, Lyketsos GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Soc Psychiatry* 1986, 21:172–181, doi:10.1007/BF00583997
- Στυλιανίδης Σ, Σκαπινάκης Π, Παντελίδου Σ, Χονδρός Π, Αυγουστάκη Α, Ζιακούλης Μ. Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων ψυχικής υγείας. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2010, 27:675–683
- Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and socio-demographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 2013, 13:163, doi: 10.1186/1471-244X-13-163
- Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2000, 157:669–682, doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.669
- Warner R. Local projects of the World Psychiatric Association Programme to reduce stigma and discrimination. *Psychiatr Serv* 2005, 56:570–575, DOI:10.1176/appi.ps.56.5.570
- Gallagher SK, Mechanic D. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Soc Sci Med* 1996, 42:1691–1701
- Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Rep* 1991, 106:280–292, PMID: PMC1580246
- McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. *Paying the Price. The cost of mental health care in England to 2026*. King's Fund, London, 2008
- Arboleda-Florez J. The state of the evidence: Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, Geneva, 2001
- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol* 2002, 9:35–53, DOI:0.1093/clipsy.9.1.35
- Angermeyer MC, Liebelt P, Matschinger H. Distress in parents of patients suffering from schizophrenia or affective Disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001, 51:255–260
- Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of fear and loathing: The role of "disturbing behavior," labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *J Health Soc Behav* 2000, 41:208–223
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: The feelings and experiences of 46 people with Mental Illness. *Br J Psychiatry* 2004, 184:176–118, PMID:14754832
- Miller CT, Kaiser CR. A theoretical perspective on coping with stigma. *J Soc Issues* 2001, 57:73–92
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties or a new measure. *Psychiatry Res* 2003, 121:31–49, PMID:14572622
- Christensen AI, Dormink R, Ehlers SL, Schultz SK. Social environment and longevity in schizophrenia. *Psychoses Med* 2000, 61:141–145
- Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv Psychiatr Treat* 2000, 6:65–72
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003, 56:299–312, PMID:12473315
- Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:337–349, DOI:10.1007/s00127-004-0762-4
- Cuttcliffe J, Hannigan B. Mass media, "monsters" and mental health clients: the need for increased lobbying. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001, 8:315–321, PMID:11882144
- Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2003, 54:1105–1110
- Knight MTD, Wykes T, Hayward, P. People don't understand: An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *J Ment Health* 2003, 12:209–222, DOI:10.1080/0963823031000118203
- Link B, Struening E, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2001, 52:1621–1626, DOI:10.1176/appi.ps.52.12.1621
- Green G, Hayes C, Dickinson D, Whittaker A, Gilheany B. A mental health service users' perspective to stigmatization. *J Ment Health* 2003, 12:223–234
- Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of Mental Illness Stigma. In: Corrigan, PW (ed) *On the Stigma of Mental Illness: Implications*

- for *Research and Social Change*. American Psychological Association Press, Washington DC, 2005:343, doi:10.1093/schbul/sbl076
29. Angermeyer MC, Buyantugs L, Kenzine DV, Matschinger H. Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand* 2004, 109:420–425, DOI:10.1111/j.1600-0047.2004.00310.x
 30. Crocker J, Wolfe CT. Contingencies of self-worth. *Psychol Rev* 2001, 108:593–623
 31. Watson AC, Corrigan PW, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with Mental Health. *Schizophr Bull* 2007, 33:1312–1318, doi: 10.1093/schbul/sbl076
 32. Wrigley S, Jackson H, Judd F, Komiti A. Role of Stigma and attitude toward help-seeking from a general practitioner for Mental Illness problems in a rural town. *Aust N Z J Psychiatry* 2005, 39:514–521, DOI:10.1111/j.1440-1614.2005.01612.x
 33. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2001, 52:953–958, DOI:10.1176/appi.ps.52.7.953
 34. Dinos S, King M, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F, Weich S, Serfaty M. The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the Stigma of Mental Illness. *Br J Psychiatry* 2007, 190:248–254, DOI:10.1192/bjp.bp.106.024638
 35. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006, 25:875–884
 36. Corrigan PW. How Stigma interferes with Mental Illness Care. *Am Psychol* 2004, 59:614–625
 37. Corrigan PW. *A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness*. Illinois Institute of Technology, 2008:24–25
 38. Rosenberg M. *Conceiving the self*. New York, Basic Books, 1979, ISBN 046501352X, 9780465013524
 39. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychol Rep* 1982, 51:663–671
 40. Bosscher RJ, Smit JH. Confirmatory factor analysis of the General Self-Efficacy Scale. *Behav Res Ther* 1998, 36:339–343
 41. Shamsunnisah AB, Hasanah C I. *Self-esteem of out-patients with schizophrenia: The association of self-esteem and socio-demographic and clinical characteristic*. 2008 (Ανάκτηση στις 225/10/2013) Διαθέσιμο στο http://www.priory.com/psychiatry/self_esteem_schizophrenia.htm
 42. Silverstone PH, Salsali M. Low Self-Esteem and Psychiatric Patients. Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003, 2:2 doi:10.1186/1475-2832-2-2
 43. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2008, 20:174–187, DOI:10.1017/S1041610207005340
 44. Salsali M, Silverstone HP. Low self-esteem and psychiatric patients: Part II - The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2:3, doi:10.1186/1475-2832-2-3
 45. Thornicroft G. *Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford University Press, 2006, ISBN-10: 0198570988; ISBN-13: 978-0198570981
 46. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan P. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007, 150:71–80
 47. Luoma J, Kohlenberg B, Hayes S, Bunting K, Rye A. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory* 2008, 16:149–165
 48. Maccines DL, Lewis M. The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008, 15:59-65, doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x
 49. Yanos TP, Roe D, Lysaker HP. Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychother* 2011, 61:576-595
 50. Haghghat R. Measuring stigma. *Br J Psychiatry* 2007, 191:363-364, DOI:10.1192/bjp.191.4.363a
 51. Konstantakopoulos G, Ploumpidis D, Oulis P, Soumani A, Nikitopoulou S, Pappa K, Papadimitriou GN, David AS. Is insight in schizophrenia multidimensional? Internal structure and associations of the Greek version of the Schedule for the Assessment of Insight—Expanded. *Psychiatry Res* 2013, 209:346–352, DOI:10.1016/j.psychres.2013.02.016
 52. Mak WWS, Wu CFM. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006, 57:1800-1802, DOI:10.1176/appi.ps.57.12.1800
- Αλληλογραφία:* Γ. Κουλιεράκης, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, 115 21 Αθήνα
Τηλ: (+30) 213 20 10 169
e-mail: gkoulierakis@esdy.edu.gr