

Η αναζήτηση βοήθειας απειλή για την αυτοδυναμία και τον αυτοσεβασμό του ατόμου με ψυχικά προβλήματα: μια έρευνα ερωτηματολογίων

Αφροδίτη Ζαρταλούδη

PhD, MSc, Νοσηλεύτρια ΠΕ, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α Ψυχιατρική κλινική

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί είτε είναι υγείς, είτε είναι άρρωστοι. Έχουν διαφορετικές προσωπικότητες και διαφορετικές κοσμοθεωρίες, γεγονός που τους κάνει να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες της ασθένειάς τους με διαφορετικό τρόπο, γι' αυτό και αναζητούν διαφορετικούς τύπους βοήθειας.

Στόχοι: Να μελετηθεί η επίδραση της αυτοδυναμίας και του αυτοσεβασμού του ατόμου με ψυχικά προβλήματα στην αναζήτηση βοήθειας.

Συμμετέχοντες: Το δείγμα χωρίστηκε σε άτομα της ομάδας Α, δηλαδή σε άτομα που είχαν επισκεφτεί άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προτού προσέλθουν στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ) και σε άτομα της ομάδας Β, που το Κ.Κ.Ψ.Υ ήταν η πρώτη υπηρεσία ψυχικής υγείας που επισκέφτηκαν στη ζωή τους για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν.

Μέθοδοι: Διακόσια ενενήντα άτομα, που προσήλθαν στο Κ.Κ.Ψ.Υ κατά τη χρονική περίοδο 2003 έως 2007, δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα: Τα άτομα που πίστευαν απόλυτα ότι η αναζήτηση βοήθειας είναι παραδοχή ανεπάρκειας και ανικανότητας είχαν τη θετικότερη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, το θετικότερο προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και τους μεγαλύτερους φόβους για τις παρεμβάσεις τόσο στην ομάδα Α όσο και στην ομάδα Β. Επιπλέον, στην ομάδα Β προκύπτει για τα άτομα αυτά ότι όταν ήταν μεγαλύτερη η πεποίθησή τους αυτή, ήταν πιο θετική η στάση τους απέναντι στην ψυχιατρική αλλά μεσολαβούσε και περισσότερο χρόνος μέχρι να ζητήσουν βοήθεια.

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την προσέγγιση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την αντιμετώπιση των αναγκών τους.

Λέξεις – κλειδιά: αναζήτηση βοήθειας, αυτοδυναμία, αυτοσεβασμός, ψυχική υγεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας, πολλά άτομα δεν αναζητούν βοήθεια από ειδικό για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματά τους ή τα αντιμετωπίζουν πολύ αργότερα όταν τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά. Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έγκαιρη παρέμβαση στο χώρο της ψυχιατρικής επισημαίνει τη σημαντικότητα της αναγνώρισης των καθυστερήσεων στην αναζήτηση και λήψη της κατάλληλης βοήθειας και τη σημασία της έγκαιρης παραπομπής των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στις ειδικευμένες υπηρεσίες.

Οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί είτε είναι υγιείς, είτε είναι άρρωστοι. Ανήκουν σε διαφορετικές κουλτούρες, έχουν διαφορετικές προσωπικότητες και διαφορετικές κοσμοθεωρίες, γεγονός που τους κάνει να αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους και να αντιμετωπίζουν τις συνέπειες που προκύπτουν με διαφορετικό τρόπο, γι' αυτό και απαιτούν διαφορετικούς τύπους βοήθειας. Κάποια από τα άτομα αυτά δε θέλουν βοήθεια από κανένα. Άλλα θέλουν περισσότερη βοήθεια από αυτή που λογικά θα έπρεπε να περιμένουν δεδομένης της διαταραχής και του υποφέρειν που προκαλεί η ασθένειά τους.

Η διερεύνηση των παραγόντων όπως είναι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που ενδεχομένως επηρεάζουν την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας και την πρώτη επαφή του ατόμου με Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ) ή άλλη ειδικευμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας, μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν οι παράγοντες αυτοί στην επιτάχυνση ή καθυστέρηση της αναζήτησης βοήθειας.

Μόνο ένα μικρό ποσοστό ατόμων με ψυχικές διαταραχές αναζητά βοήθεια από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Cui & Vaillant, 1997? Horwitz, 1987). Αν τα άτομα χρησιμοποιούν σε μικρό ποσοστό τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αυτό δεν οφείλεται σε απουσία αναγκών, το γεγονός αυτό θα πρέπει να απασχολεί σοβαρά κάθε μέλος της κοινότητας και τους επαγγελματίες υγείας. Η βιβλιογραφία, που σχετίζεται με τις διαδρομές που ακολουθούν τα άτομα προκειμένου να αναζητήσουν βοήθεια (help-seeking pathways), τοποθετεί την έννοια της «ανάγκης» στο πλαίσιο των άλλων παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών. Η μελέτη αυτή αποτελεί μια προσπάθεια να διερευνηθούν, πέρα από τις ανάγκες και τα προβλήματα των ατόμων αυτά καθ'αυτά, και άλλες διαστάσεις της συμπεριφοράς αναζήτησης βοήθειας των ατόμων που ζουν στην κοινότητα και αντιμετωπίζουν κάποια ψυχικά προβλήματα και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το γεγονός ότι οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιούνται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας θα βοηθήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να κατανοήσουν τους φραγμούς που μπορεί να προκύψουν αλλά και τους παράγοντες που ενδέχεται να διευκολύνουν την έγκαιρη επίσημη των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την αντιμετώπιση των αναγκών τους.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Υπάρχουν πολλά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επηρεάζουν την στάση και τη συμπεριφορά της αναζήτησης βοήθειας (Feldman και λοιποί., 1999). Τα χαρακτηριστικά που έχουν λάβει προσοχή στη βιβλιογραφία είναι: αυτοσεβασμός, αυτοεκτίμηση, εστιασμός ελέγχου, ντροπαλότητα και αυταρχικότητα, αυτονομία, υπεροχή, εσωστρέφεια, μυστικότητα, ανάγκη για επιτυχία, εξαρτητικότητα, συντηρητισμός, ακαμψία και ατομικότητα. Προσωπικοί παράγοντες που οδηγούν σε μεγαλύτερα ποσοστά αναζήτησης βοήθειας ή σε πιο θετικές στάσεις απέναντι στην λήψη ειδικευμένης βοήθειας περιλαμβάνουν μεγαλύτερη ακαδημαϊκή απόδοση και επιτεύγματα (Berdie & Stein, 1966? Kirk, 1973), την ηλικία (οι πιο μεγάλοι σε ηλικία έχουν λιγότερο θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας), το θηλυκό φύλο (Sharp & Kirk, 1974? Tracey και λοιποί., 1984), την εσωτερική εστίαση ελέγχου (internal locus of control) (Fischer & Turner, 1970? Robbins, 1981) και τον χαμηλό αυτοσεβασμό (Nadler, 1986? Ravin και λοιποί., 1991). Οι αιτιολογικές γνώσεις για την αρρώστια μπορεί να σχετίζονται με τις συμπεριφορές. Τα άτομα διαφέρουν στο αν έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τα γεγονότα ως ελεγχόμενα από τα ίδια (εσωτερική εστίαση ελέγχου) ή μη ελεγχόμενα από τα ίδια (εξωτερική εστίαση ελέγχου). Η εστίαση ελέγχου υγείας, δηλαδή αν ένα άτομο αντιμετωπίζει την υγεία του ως ελεγχόμενη από το ίδιο (π.χ « είμαι άμεσα υπεύθυνος για την υγεία μου»), αν πιστεύει ότι η υγεία του δεν είναι ελεγχόμενη από το ίδιο και είναι στα χέρια της μοίρας (π.χ το αν είμαι καλά ή όχι είναι θέμα τύχης) ή αν θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται υπό τον έλεγχο κάποιων άλλων ισχυρών παραγόντων (π.χ μπορώ να κάνω μόνο ό,τι μου λέει ο γιατρός να κάνω) (Halger, 2004), φαίνεται να έχει σχέση με το αν ένα άτομο αλλάζει τη συμπεριφορά του και με το είδος της επικοινωνίας που απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας. Για παράδειγμα, αν ένας επαγγελματίας υγείας ενθαρρύνει ένα άτομο, το οποίο έχει σε γενικές γραμμές εξωτερική εστίαση ελέγχου, να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, το άτομο αυτό είναι δύσκολο να συμμορφωθεί, αν δε θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για την υγεία του (Ogdevn, 2004).

Τα άτομα που δε ζητούν βοήθεια είναι πιθανό να πιστεύουν ότι μπορούν να αλλάξουν ό,τι δεν τους αρέσει και να λύνουν τα προβλήματά τους μόνα τους (Simonι και λοιποί., 1991).

Οι Halgin και Weaver (1986) και οι Halgin, Weaver και Donaldson (1985) έκαναν μελέτες που εξέταζαν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα λήψης ψυχοθεραπείας. Μελετώντας φοιτητές κολεγίου στη μία μελέτη και ασθενείς στην άλλη, οι μελετητές ανακάλυψαν ότι και τα δύο δείγματα πληθυσμών αντιλαμβάνονταν παρόμοια πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα απέναντι στη λήψη ψυχοθεραπείας. Τα πλεονεκτήματα που γίνονταν αντιληπτά

ήταν: καλύτερη αυτογνωσία, ανακούφιση συναισθηματικής ανησυχίας και επίλυση προβλημάτων. Τα μειονεκτήματα ήταν: ο χρόνος και το χρήμα που απαιτούσε, η αντιμετώπιση επίπονων ζητημάτων, η σκέψη ότι η αναζήτηση βοήθειας υπονοούσε προσωπική αδυναμία.

Οι Ravin, Ravin και Arnon (1991) τονίζουν ότι η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς μπορεί να οδηγήσει σε αμηχανία. Είναι πιθανό ότι ο βαθμός που απειλείται ο αυτοσεβασμός του άτομου που αναζητά βοήθεια είναι κεντρικό σημείο στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας (Wills & De Paulo, 1991).

Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην εξαρτητικότητα και την αύξηση της πιθανότητας να αναζητήσει το άτομο βοήθεια (Dawkins και λοιποί., 1980? O'Neill & Bornstein, 1990). Οι εξαρτητικοί άνθρωποι αισθάνονται αβοήθητοι και αναζητούν καθοδήγηση και υποστήριξη από τους άλλους (Bornstein, 1992? Bornstein και λοιποί., 1993? Roy-Byrne και λοιποί., 2000).

Η μεγάλη αυτονομία και η αυτο-αποτελεσματικότητα διαφοροποιούνται στους φοιτητές που ζητούν συμβουλευτική από εκείνους που δε ζητούν (Anderson και λοιποί., 2006? Apostal, 1968). Οι πελάτες που ζητούν βοήθεια είναι λιγότερο επικριτικοί, πιο διαισθητικοί, πιο εσωστρεφείς, πιο ευαίσθητοι, είναι πιο πιθανό να εσωτερικεύουν τα προβλήματά τους και να αισθάνονται ότι έχουν λιγότερο έλεγχο πάνω σ' αυτά σε σύγκριση με τους μη πελάτες (Mendelsohn & Kirk, 1962? Simonί και λοιποί., 1991). Επίσης, αναφέρουν μεγαλύτερη αυτογνωσία (γνώση των συναισθημάτων και των αντιδράσεων του εαυτού) (Rickwood & Braithwaite, 1994). Η αυτοδυναμία (self-reliance) είναι ένας από τους φραγμούς που καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας. Η άρνηση, η καταπίεση και ο έλεγχος των συναισθημάτων θεωρούνται γνώρισμα κλειδιά της έννοιας της στωικότητας που οδηγεί τα άτομα να πιστεύουν ότι πρέπει να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους μόνο τους και να υποφέρουν σιωπηλά και είναι πιο πιθανό να καθυστερήσουν την αναζήτηση βοήθειας μέχρι τα συμπτώματα να γίνουν σοβαρά και εκφυλιστικά (Tang και λοιποί., 2007).

Οι West και λοιποί. (1991) ανέφεραν ότι ένας από τους σημαντικότερους φραγμούς είναι ότι τα άτομα δεν αισθάνονται άνετα να αποκαλύψουν τα προσωπικά τους προβλήματα σε έναν ξένο. Η συναισθηματική έκφραση (emotional openness) είναι μια ακόμα μεταβλητή που σχετίζεται με τη προσωπικότητα και που συσχετίζεται με τη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, έχει διαπιστωθεί ότι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ο νευρωτισμός, σχετίζεται συχνά με το βαθμό εστίασης της προσοχής στα σωματικά συμπτώματα και επηρεάζει την άποψη των ανθρώπων σχετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την ευπάθειά τους σε αυτά (Brown & Moskowitz, 1997? Costa & McCrae, 1987? Katon & Walker, 1998? Neitzert και λοιποί., 1997). Ένα άτομο που εμφανίζει μικρή βαθμολογία στη διάσταση του νευρωτισμού είναι μάλλον απίθανο να παρατηρήσει οποια-

δήποτε συμπτωματολογία και εξίσου απίθανο να αποφασίσει ότι μια δυσάρεστη σωματική αίσθηση αξίζει να ονομαστεί «σύμπτωμα». Οι άνθρωποι που εμφανίζουν υψηλό επίπεδο νευρωτισμού αισθάνονται συχνά έντονο άγχος, υπερένταση, είναι «τσιτωμένοι» και ευέξαπτοι. Αυτά τα συναισθήματα αντανακλώνονται στην τάση τους να υπερβάλουν και να μεγαλοποιούν ασήμαντα συμπτώματα, για τα οποία παραπονιούνται και μεμφιμοιρούν (Brownhill, 2003? DiMatteo & Martin, 2006? McClure και λοιποί., 1982) και είναι περισσότερο πιθανό να θεωρήσουν ότι είναι αρκετά εύαλτοι και τρωτοί στις ασθένειες.

Το νόημα που αποδίδεται στο εκάστοτε σύμπτωμα ενδέχεται να αποδειχθεί αποφασιστικής σημασίας. Όλοι οι άνθρωποι δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο απέναντι στην αρρώστια. Ενώ κάποιοι ασθενείς είναι έτοιμοι να αναζητήσουν βοήθεια ακόμη και για τα πιο μικρά συμπτώματα, άλλοι είναι απρόθυμοι να αναζητήσουν βοήθεια ακόμα και για απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (Mechanic, 1982). Ακόμα και άτομα που έχουν την ίδια αρρώστια, μπορεί να βιώνουν την κατάσταση τελείως διαφορετικά. Τα άτομα μπορεί να έχουν τελείως διαφορετική θεώρηση για την αρρώστια τους, ιδίως όσο αφορά την αιτιολογία της. Τα άτομα που αναζητούν βοήθεια είναι πιθανό να έχουν ζητήσει βοήθεια για συναισθηματικά προβλήματα και στο παρελθόν (Dew και λοιποί., 1988). Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η μειοψηφία των ατόμων με κατάθλιψη αναζητά βοήθεια από επαγγελματία δείχνει ότι η γενική προθυμία, η «ετοιμότητα» του ατόμου ν' αναζητήσει βοήθεια αυτή καθ' αυτή είναι ένα σημαντικό γνώρισμα των ψυχικά ασθενών που ζητούν βοήθεια (Henderson και λοιποί., 1992). Γενικότερα, τα άτομα που παραπέμπονται από το γενικό γιατρό στον ψυχίατρο εκφράζουν μια στάση μη αποδοχής των συνθηκών που υπάρχουν και μια τάση να μιλούν για τα προβλήματα που τα δυσχεραίνουν (Sorgaard και λοιποί., 1999) με άλλους, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας (Sherbourne, 1988).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ) που προσφέρει τη δυνατότητα κάλυψης των ψυχοκοινωνικών αναγκών ενός Δήμου στην Ευρεία Περιοχή της Αθήνας. Ιδρύθηκε το 2000, είκοσι ένα χρόνια μετά τη δημιουργία του πρώτου Κ.Κ.Ψ.Υ και ανήκει στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Οι υπηρεσίες που περιλαμβάνει είναι η Υπηρεσία Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας, το Πρόγραμμα Ημερήσιας Περίθαλψης κτλ, ενώ το προσωπικό που εργάζεται στο Κέντρο αποτελείται από επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγος, νοσηλευτές, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής).

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η επίδραση της αυτοδυναμίας και του αυτοσεβασμού του ατόμου με ψυχικά προβλήματα στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας.

Διακόσια ενενήντα άτομα, που προσήλθαν στο Κ.Κ.Ψ.Υ

κατά τη χρονική περίοδο 2003 έως 2007, δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο. Οι συμμετέχοντες διάβασαν ένα σύνολο οδηγιών για το πώς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και τις κλίμακες. Κατά μέσο όρο οι περισσότεροι συμμετέχοντες έκαναν 35 με 50 λεπτά για να ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Δεν υπήρχαν σωστές και λάθος απαντήσεις. Ο μελετητής ήταν διαθέσιμος να απαντήσει τις ερωτήσεις τους. Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή ήταν εθελοντική και τα άτομα μπορούσαν να σταματήσουν να συμμετέχουν στη μελέτη σε οποιοδήποτε σημείο. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανωνύμως. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς λόγους. Μόνο ο μελετητής είχε πρόσβαση στα δεδομένα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη συμπλήρωσαν έντυπο συγκατάθεσης ενημέρωσης και συναίνεσης συμμετοχής στην έρευνα. Ο μελετητής διεξήγαγε μια πιλοτική μελέτη προτού ξεκινήσει η συλλογή των δεδομένων, πριν την πραγματική διανομή των ερωτηματολογίων στους ασθενείς που παρακολουθούνται από το ΚΚΨΥ. Είκοσι (20) εθελοντές πελάτες του Κ.Κ.Ψ.Υ συμμετείχαν στην πιλοτική μελέτη. Ανατροφοδότηση και σχόλια έγιναν από κάθε συμμετέχοντα στην πιλοτική μελέτη ώστε να αναγνωριστούν τυχόν σοβαρές αδυναμίες και το ερωτηματολόγιο να διορθωθεί στην τελική εκδοχή που πήρε, να μικρύνει σε μέγεθος και να γίνει σαφές ως προς την έκφραση και τη γλώσσα. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια έγινε αντίστροφη μετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά για να εξεταστεί η ακρίβεια της μετάφρασης.

Το δείγμα χωρίστηκε στα άτομα που είχαν επισκεφτεί κάποια άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας προτού καταφύγουν στο Κ.Κ.Ψ.Υ. για να ζητήσουν βοήθεια (ομάδα Α) και στα άτομα που το Κ.Κ.Ψ.Υ. ήταν η πρώτη υπηρεσία ψυχικής υγείας που επισκέφτηκαν στη ζωή τους (ομάδα Β) για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που περιείχε τις παρακάτω μεταβλητές:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν να προσδιορίσουν φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, εκπαίδευση, επάγγελμα, τωρινή απασχόληση.

Χρόνος μη αναζήτησης βοήθειας: ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που το άτομο άρχισε να νιώθει ότι κάτι συμβαίνει, ότι κάτι δεν πάει καλά μέχρι να αποφασίσει να ζητήσει βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή του από υπηρεσία ψυχικής υγείας (σε μήνες, αριθμητική μεταβλητή).

Διάγνωση (από το φάκελο του ασθενούς): οργανικές διαταραχές, σχιζοφρενικές διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές άγχους, προσωπικότητας και ψυχοσωματικές διαταραχές, πιστοποιητικά και πληροφορίες, κατάχρηση ουσιών, προβλήματα σχέσεων.
Στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό

ψυχικής υγείας: Η μεταβλητή αυτή μετρήθηκε από την αντίστοιχη κλίμακα των Fischer & Turner (1970). Οι Fischer και Turner (1970) ανέπτυξαν μια κλίμακα 29 προτάσεων που σχετίζονται με τη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας για προβλήματα ψυχικής υγείας. Η κλίμακα μελετά την αναγνώριση της ανάγκης για βοήθεια, την ανοχή στο στίγμα, τη διαπροσωπική επικοινωνία και την εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε για το δείγμα του πληθυσμού που προσήλθε στο Κ.Κ.Ψ.Υ (Ζαρταλούδη, 2008) και οι 29 προτάσεις της κλίμακας ομαδοποιήθηκαν στους ακόλουθους 4 παράγοντες (υποκλίμακες): ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1: Αναζήτηση βοήθειας, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2: Απομόνωση, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3: Διστακτικότητα, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 4: Στίγμα. Η μεγάλη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα των είκοσι εννιά (29) προτάσεων δείχνει μια πιο θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας.

Προσανατολισμός απέναντι στη χρησιμοποίηση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου: Μετρήθηκε από την κλίμακα είκοσι (20) προτάσεων των Vaux, Burda & Stewart (1986). Είναι μια κλίμακα 20 προτάσεων που σχεδιάστηκε για να μετρήσει τον προσανατολισμό του ατόμου απέναντι στο κοινωνικό δίκτυο και μετράει την ετοιμότητα του ατόμου προς την χρησιμοποίηση των πηγών του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου σε περιόδους ανάγκης, εκτιμώντας τα αισθήματά τους για τη συμβουλευτική ή τη χρησιμότητα της αναζήτησης βοήθειας από το κοινωνικό περιβάλλον, το προηγούμενο ιστορικό τους σχετικά με το θέμα αυτό και τον βαθμό στον οποίο αισθάνονται ότι οι άλλοι μπορεί να είναι άξιοι εμπιστοσύνης. Μετά την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε και για το δείγμα του πληθυσμού που προσήλθε στο Κ.Κ.Ψ.Υ (Ζαρταλούδη, 2008) καταλήξαμε σε τρεις παράγοντες. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1: Διαπροσωπική Επικοινωνία, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2: Δυσπιστία, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3: Απομόνωση. Η μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν ενδεικτική ενός θετικού προσανατολισμού απέναντι στο κοινωνικό δίκτυο και η μικρότερη βαθμολογία ήταν ενδεικτική αρνητικού προσανατολισμού απέναντι στο κοινωνικό δίκτυο.

Σκέψεις και φόβοι απέναντι στη θεραπεία: Μετρήθηκε από την κλίμακα δεκαεννιά (19) προτάσεων των Kushner & Sher (1989). Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε και για το δείγμα του πληθυσμού που προσήλθε στο Κ.Κ.Ψ.Υ (Ζαρταλούδη, 2008) και βρέθηκαν δύο παράγοντες: ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1 – Φόβος μπροστά στην αλλαγή και ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2 – Ανησυχία για την θεραπευτική ανταποκριτικότητα. Αυτή η κλίμακα εκτιμά τους φόβους για τις υπηρεσίες και τις θεραπείες ψυχικής υγείας, όπως το φόβο για την ικανότητα του θεραπευτή, την ανησυχία για το στίγμα. και το φόβο της αλλαγής.

Στάση απέναντι στην Ψυχιατρική: Μετρήθηκε από την αντίστοιχη κλίμακα είκοσι (20) προτάσεων και παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε στην παρούσα μελέτη (Ζαρταλούδη, 2008). Η κλίμακα μελετά τις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την αποτελεσμα-

τικότητα ή τη μη αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής και την επίδραση του στίγματος. Η μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν ενδεικτική μια θετικής στάσης απέναντι στην Ψυχιατρική.

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν «Πίστευα τότε ότι αν ζητούσα βοήθεια θα ήταν σα να παραδεχόμουν ότι ήμουν ανεπαρκής, αδύναμος(η) και ανίκανος(η) να λύσω τα προβλήματά μου μόνος(η) μου.» με δυνατές απαντήσεις

1=διαφωνώ απόλυτα, 2= διαφωνώ, 3= ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= συμφωνώ και 5= συμφωνώ απόλυτα.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Καταρχήν δημιουργήθηκαν διάφοροι πίνακες με περιγραφικά στοιχεία. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 13.0. Το τεστ χ² (Chi square test) χρησιμοποιήθηκε για να συσχετιστούν κατηγορι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα Α και Β των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (N=290)

| | ΟΜΑΔΑ Α | | ΟΜΑΔΑ Β | | P |
|---|------------|--------------|------------|--------------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Φύλο | | | | | |
| Άνδρες | 35 | 26,1 | 30 | 19,2 | 0,204 |
| Γυναίκες | 99 | 73,9 | 126 | 80,8 | |
| Σύνολο | 134 | 100,0 | 156 | 100,0 | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | | | |
| Άγαμος(η) | 66 | 49,3 | 78 | 50,0 | 0,063 |
| Έγγαμος(η) & Συζεί | 40 | 29,9 | 60 | 38,5 | |
| Διαζευγμένος(η) & Χήρος(α) | 28 | 20,9 | 18 | 11,5 | |
| Σύνολο | 134 | 100,0 | 156 | 100,0 | |
| Εκπαίδευση | | | | | |
| Λίγες τάξεις Δημοτικού & Δημοτικό & Γυμνάσιο | 17 | 12,7 | 31 | 19,9 | 0,128 |
| Λύκειο | 50 | 37,3 | 44 | 28,2 | |
| Ανώτερη & Ανώτατη εκπαίδευση | 67 | 50,0 | 81 | 51,9 | |
| Σύνολο | 134 | 100,0 | 156 | 100,0 | |
| Διαμονή | | | | | |
| Με γονείς & με συγγενείς | 42 | 31,3 | 46 | 29,5 | 0,942 |
| Με την δική σας οικογένεια & σύντροφο | 58 | 43,3 | 69 | 44,2 | |
| Μόνος(η) | 34 | 25,4 | 41 | 26,3 | |
| Σύνολο | 134 | 100,0 | 156 | 100,0 | |
| Επάγγελμα | | | | | |
| Ελεύθερος επαγγελματίας & Ανώτερος ή Ανώτατος υπάλληλος | 31 | 24,4 | 52 | 33,3 | 0,438 |
| Μέσος υπάλληλος & ειδικευμένος τεχνίτης & ιδιοκτήτης μικρής επιχείρησης | 37 | 29,1 | 41 | 26,3 | |
| Νοικοκυρά & Συνταξιούχος | 36 | 28,3 | 38 | 24,4 | |
| Φοιτητής(α) | 23 | 18,1 | 25 | 16,0 | |
| Σύνολο | 127 | 100,0 | 156 | 100,0 | |
| Τωρινή απασχόληση | | | | | |
| Πλήρης | 45 | 33,6 | 74 | 47,4 | 0,000 |
| Μερική | 21 | 15,7 | 26 | 16,7 | |
| Καμία | 53 | 39,6 | 56 | 35,9 | |
| Καμία για ψυχιατρικό λόγο | 15 | 11,2 | 0 | 0,0 | |
| Σύνολο | 134 | 100,0 | 156 | 100,0 | |

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Διαγνωστικές κατηγορίες στις ομάδες Α και Β

| | | ΟΜΑΔΑ Α | | ΟΜΑΔΑ Β | | ΣΥΝΟΛΟ | |
|----------|--|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | | N | % | N | % | N | % |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ | Συναισθηματικές διαταραχές | 71 | 53,0% | 72 | 46,1% | 143 | 49,3% |
| | Διαταραχές Άγχους + Προσωπικότητας +ψυχοσωματικές διαταραχές | 43 | 32,1% | 50 | 32,1% | 93 | 32,1% |
| | Προβλ. σχέσεων+ Σχιζοφρενικές ψυχώσεις | 20 | 14,9% | 34 | 21,8% | 54 | 18,6% |
| | ΣΥΝΟΛΟ | 134 | 100,0% | 156 | 100,0% | 290 | 100,0% |
| | | P=0,284 | | | | df = 2 | |

κές μεταβλητές και το t test ή ANOVA όταν πρόκειται να εξεταστούν συνεχείς μεταβλητές. Όταν από τον έλεγχο κανονικότητας διαπιστώνεται ότι δεν ακολουθεί κανονική κατανομή χρησιμοποιείται, αντί του t test, το Mann-Whitney test και αντί, του ANOVA, το Kruskal-Wallis test. Από τα τεστ αυτά διαπιστώνεται αν υπάρχει ή όχι στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών. Σε όλα τα τεστ απορρίπτεται η αντίστοιχη υπόθεση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($P < 0,05$). Σύγκριση των ομάδων Α και Β σε πολλές κατηγορικές μεταβλητές έγινε με το Fisher's exact test για τους πίνακες 2x2 και με το τεστ χ² για όλους τους μεγαλύτερους πίνακες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=290) ανά ομάδα. Στην ομάδα Α το δείγμα αποτελείται από 35 άντρες (26,1%) και 99 γυναίκες (73,9%) και στην ομάδα Β από 30 άντρες (19,2%) και 126 γυναίκες (80,8%). Η διαφορά μεταξύ των αντρών και των γυναικών στις δύο ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,204$). Επίσης, δεν παρατηρείται διαφορά στατιστικά σημαντική μεταξύ της ομάδας και της εκπαίδευσης ($p=0,128$), μεταξύ επαγγέλματος και ομάδας ($p=0,438$), μεταξύ ομάδας και διαμονής ($p=0,942$) ενώ η σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και της ομάδας είναι στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας ($p=0,063$).

Σε ό,τι αφορά την τωρινή απασχόληση για τις δύο ομάδες το 33,6% στην ομάδα Α και το 47,4% στην ομάδα Β έχουν πλήρη απασχόληση, το 15,7% της ομάδας Α και το 16,7% της ομάδας Β έχουν μερική απασχόληση, το 39,6% και το 35,9% των ομάδων Α και Β αντίστοιχα δεν έχουν καμία απασχόληση, ενώ το 11,2% της ομάδας Α αλλά το 0% της ομάδας Β δεν έχουν καμία απασχόληση για ψυχιατρικό λόγο. Η σχέση μεταξύ απασχόλησης και ομάδας είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,000$). Η διαφορά παρατηρείται ιδιαίτερα στην πλήρη απασχόληση και στην απουσία απασχόλησης για ψυχιατρικό λόγο.

Ο πίνακας 2 δείχνει τις διαγνωστικές κατηγορίες στις ομάδες Α και Β. Η σχέση μεταξύ διάγνωσης και ομάδας δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Στην πρόταση «Πίστευα τότε ότι αν ζητούσα βοήθεια θα ήταν σα να παραδεχόμουν ότι ήμουν ανεπαρκής, αδύναμος(η) και ανίκανος(η) να λύσω τα προβλήματά μου μόνος(η) μου.» με δυνατές απαντήσεις 1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3= ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= συμφωνώ και 5= συμφωνώ απόλυτα, το 88% της ομάδας Α και το 76,3 % της ομάδας Β συμφώνησαν ή συμφώνησαν απόλυτα με τη δήλωση αυτή. Στην ομάδα Α παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην πεποίθηση του ατόμου για ανεπάρκεια και ανικανότητα και στη στάση που εμφανίζει απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας ($p=0,000$, Kruskal Wallis test), τους φόβους για τη θεραπεία ($p=0,001$, Kruskal Wallis test) και τον προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου ($p=0,000$, ANOVA). Στην ομάδα Β παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην πεποίθηση του ατόμου για ανεπάρκεια και ανικανότητα και στη στάση που εμφανίζει απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας ($p=0,000$, Kruskal Wallis test), τους φόβους για τη θεραπεία ($p=0,001$, Kruskal Wallis test) και τον προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου ($p=0,045$, Kruskal Wallis test), τη Στάση απέναντι στην Ψυχιατρική ($p=0,000$, Kruskal Wallis test) και το χρόνο μη αναζήτησης βοήθειας ($p=0,034$, Kruskal Wallis test). Τα άτομα που πίστευαν απόλυτα στην ανεπάρκειά τους είχαν τη θετικότερη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, το θετικότερο προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και τους μεγαλύτερους φόβους απέναντι στη θεραπεία. Τα άτομα που ούτε συμφωνούσαν ούτε διαφωνούσαν εμφάνιζαν τις αμέσως μεγαλύτερες βαθμολογίες στις κλίμακες αυτές τόσο στην ομάδα Α όσο και στην ομάδα Β. Επιπλέον, στην ομάδα Β προκύπτει, για τα άτομα που πίστευαν ότι αν ζητούσαν βοήθεια θα ήταν σα να παραδέχονταν ότι ήταν ανεπαρκή, αδύναμα και ανίκανα να λύσουν τα προβλή-

ματά τους μόνα τους, ότι όταν ήταν μεγαλύτερη η πεποίθησή τους αυτή, ήταν πιο θετική και η στάση τους απέναντι στην ψυχιατρική αλλά μεσολαβούσε και περισσότερος χρόνος μέχρι να ζητήσουν βοήθεια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η θεραπεία συχνά σχετίζεται με την «τρέλα» ή γίνεται αντιληπτή ως σημείο ψυχικής αδυναμίας ή αδυναμίας του χαρακτήρα, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τον αυτοσεβασμό. Οι περισσότερες εξηγήσεις που δίνονται για την απροθυμία του ατόμου να ζητήσει βοήθεια σχετίζονται με το γεγονός ότι θέλει να φαίνεται και να βλέπει τον εαυτό του ανεξάρτητο και αυτοεξυπηρετούμενο. Γενικότερα το να ζητάει το άτομο βοήθεια γίνεται αντιληπτό ως αναγνώριση της αδυναμίας και ανικανότητάς του και αυτό έχει μεγάλες γνωστικές και συναισθηματικές συνέπειες για το άτομο που ζητάει βοήθεια (Franklin, 1992).

Τα άτομα που πίστευαν απόλυτα ότι η αναζήτηση βοήθειας είναι παραδοχή ανεπάρκειας και ανικανότητας είχαν τη θετικότερη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, το θετικότερο προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και τους μεγαλύτερους φόβους για τις παρεμβάσεις λόγω της ανασφάλειας και χαμηλής αυτοπεποίθησης που τους δημιουργεί αίσθημα απώλειας ελέγχου και ευαλωτότητας. Επιπλέον, στην ομάδα Β προκύπτει για τα άτομα που πίστευαν ότι αν ζητούσαν βοήθεια θα ήταν σα να παραδέχονταν ότι ήταν ανεπαρκή, αδύναμα και ανίκανα να λύσουν τα προβλήματά τους μόνα τους ότι όταν ήταν μεγαλύτερη η πεποίθησή τους αυτή, ήταν πιο θετική η στάση τους απέναντι στην ψυχιατρική αλλά μεσολαβούσε και περισσότερος χρόνος μέχρι να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό. Τα άτομα που έχουν ανάγκη από βοήθεια συχνά αποτυγχάνουν να χρησιμοποιήσουν πηγές βοήθειας επειδή το γεγονός αυτό αποτελεί ανοιχτή παραδοχή ανεπάρκειας (Simmons, 2000). Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι ήταν «ανοιχτοί» στις παρεμβάσεις και απόψεις των ειδημόνων και μη επειδή ένιωθαν ανεπαρκείς και θεωρούσαν ότι η ανεπάρκειά τους δημιουργούσε το πρόβλημα και αναζητούσαν διέξοδο αλλά ταυτόχρονα αυτή η ανεπάρκεια, που ήταν απειλή για τον αυτοσεβασμό τους, τους καθυστέρουσε να κάνουν το τελικό βήμα και να ζητήσουν πραγματικά βοήθεια. Ο φόβος της αρνητικής κριτικής από τους άλλους μπορεί να εμποδίσει άτομα, που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη λήψη ειδικευμένης επαγγελματικής βοήθειας, να τη ζητήσουν.

Οι μελέτες έχουν δείξει την έλλειψη συνάφειας που υπάρχει ανάμεσα στις αξίες ανταγωνιστικότητα, αυτοδυναμία, ανεξαρτησία που χαρακτηρίζουν τις δυτικές κουλτούρες και στην αναζήτηση βοήθειας που μπορεί να θεωρηθεί ως ένδειξη εξάρτησης. Λόγω αυτής της άποψης, η αναζήτηση βοήθειας μπορεί να θεωρηθεί «ως πράξη ανωριμότητας, παθητικότητας, ακόμη και ανικανότητας», που πρέπει να «αποφευχθεί». Αυτό συμ-

βαίνει παρά το γεγονός ότι η βοήθεια μερικές φορές αναγνωρίζεται ως ωφέλιμη και αναγκαία. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, η προθυμία ή απροθυμία να ζητήσει το άτομο βοήθεια εξαρτάται από τις προσωπικές του πεποιθήσεις και την εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Ζητώντας βοήθεια το άτομο αναγνωρίζει την ανικανότητά του να διαχειριστεί μια αποτυχία και μειώνεται η αυτοεκτίμησή του. Οι ατομικές διαφορές εξηγούν γιατί το άτομο θεωρεί την αναζήτηση βοήθειας ως μια απειλητική ή υποστηρικτική εμπειρία. Αναμένεται οι γυναίκες να είναι πιο πρόθυμες από τους άντρες να αντιληφθούν την ανάγκη για βοήθεια και να παραδεχτούν ότι πράγματι χρειάζονται βοήθεια (Cepeda – Benito & Short, 1998? Halgin και λοιποί., 1987? Kelly & Achter, 1995). Όταν το άτομο λαμβάνει απόφαση να αναζητήσει (ή να αποδεχτεί) βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας έχει διαμορφώσει την πρόθεση να το κάνει. Υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας και στις προθέσεις να αναζητηθεί βοήθεια (Kelly & Achter, 1995). Οι προθέσεις είναι ο πιο άμεσος καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τη συμπεριφορά. Οι στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας που επηρεάζει τις προθέσεις για αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2007). Σοβαρή είναι μια πρόθεση όταν συνοδεύεται από μια σαφή κατανόηση του προβλήματος, ένα οργανωμένο σχέδιο δράσης και έναν υψηλό βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας (Strecher και λοιποί., 1995). Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με τις προσωπικές ικανότητές του (πχ ειδικά σε ό,τι αφορά την εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή γενικά όσον αφορά την επίτευξη των στόχων του) (DiMatteo & Martin, 2006). Η αυτοδυναμία (self-reliance), η προτίμηση του ατόμου να λύσει τα προβλήματά του μόνο του, είναι ένας από τους φραγμούς που καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας. Η ανάπτυξη αυτής της πρόθεσης μπορεί να επηρεάζεται από προσωπικούς παράγοντες (π.χ. η διάρκεια του προβλήματος, τα αισθήματα απώλειας αυτοδυναμίας, η πεποίθηση ότι το άτομο, που λύνει τα προβλήματά του μόνο του, είναι πιο αξίο). Η λήψη βοήθειας επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του ατόμου (Wills & De Paulo, 1991). Σύμφωνα με τους Fischer, Winer και Abramowitz (1983) η βοήθεια μπορεί να είναι «απειλητική γιατί δημιουργεί σχέση ανωτερότητας-κατωτερότητας ανάμεσα σε αυτόν που δίνει και σε αυτόν που λαμβάνει βοήθεια και συγκρούεται με αξίες όπως αυτοδυναμία και ανεξαρτησία που ενισχύονται καθ' όλη τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης». Το άτομο που προσφέρει βοήθεια από την άλλη πλευρά μπορεί να είναι υποστηρικτικό. Τα άτομα είναι πολύ πιο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια αν αντιλαμβάνονται την πηγή βοήθειας ως υποστηρικτική και λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια αν την αντιλαμβάνονται ως απειλητική για την αυτοεκτίμησή τους.

Οι συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας εξαρτώνται από το αν αποδίδουν την ανάγκη για βοήθεια σε εσωτερικούς ή σε εξωτερικούς παράγοντες. Αν αποδίδουν την ανάγκη για βοήθεια σε εσωτερικούς παράγοντες (π.χ. έχω ανάγκη από βοήθεια επειδή είμαι ανίκανος) είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια ανάλογα με το βαθμό που απειλείται η αυτοεκτίμησή τους. Από την άλλη πλευρά, αν αποδίδουν την ανάγκη για βοήθεια σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. έχω ανάγκη από βοήθεια επειδή είναι δύσκολη απόφαση) είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια χωρίς να αισθάνονται απειλή για την αυτοεκτίμησή τους.

Η έκφραση των αδυναμιών, της ευαλωτότητας, των συναισθημάτων, της οικειότητας και της ανάγκης για βοήθεια και υποστήριξη είναι σημεία αδυναμίας (O'Neil, 1981). Οι Ravin, Ravin και Arnon (1991) τονίζουν ότι η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς μπορεί να οδηγήσει σε αμηχανία. Είναι πιθανό ότι ο βαθμός που απειλείται ο αυτοσεβασμός του ατόμου που αναζητά βοήθεια είναι κεντρικό σημείο στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας. Άτομα με υψηλό αυτοσεβασμό είναι πιο ευαίσθητα στην απειλή εαυτού από τη λήψη βοήθειας, αναζητούν λιγότερη βοήθεια και ανταποκρίνονται λιγότερο στο να λάβουν βοήθεια σε σύγκριση με άτομα με χαμηλό αυτοσεβασμό. Τα άτομα με χαμηλό αυτοσεβασμό είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια (Wills & De Paulo, 1991).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε άλλους πληθυσμούς και σε άλλες δομές ανεπιφύλακτα. Το δείγμα της μελέτης έχει συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και δε μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα σε πληθυσμούς από άλλο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον.

Ένας περιορισμός της μελέτης είναι η φύση των αναφερόμενων στοιχείων καθώς το ερωτηματολόγιο και οι κλίμακες συμπληρώνονται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες οπότε τα στοιχεία, που χρησιμοποιούνται για τη μελέτη, συλλέγονται από τις δηλώσεις και απαντήσεις που δίνουν οι συμμετέχοντες τη δεδομένη χρονική στιγμή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο (self report). Υποθέτουμε ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν με ακρίβεια. Προκύπτει ο περιορισμός της μνήμης και της ακρίβειας των αναφορών, καθώς οι πληροφορίες συλλέγονται αναδρομικά δεδομένων και των καθυστερήσεων που εμφανίζουν ορισμένοι ασθενείς μέχρι να επισκεφτούν το Κ.Κ.Ψ.Υ, όπως συμβαίνει ιδιαίτερα στα άτομα της ομάδας Α, όπου υπάρχει και ο περιορισμός της προηγούμενης εμπειρίας από τη θεραπεία.

Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να επωφεληθεί από συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας ώστε να διασταυρωθούν τα στοιχεία που συλλέγονται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που πληρούν τα διαγνω-

στικά κριτήρια ψυχικών διαταραχών δε λαμβάνουν βοήθεια.

Η απόφαση για αναζήτησης βοήθειας φαίνεται να αναπαριστά την πολύπλοκη αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η σοβαρότητα, η χρονιότητα, η ανεπάρκεια στη λειτουργικότητα που προκαλείται από τη διαταραχή και οι αντιλήψεις για την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης καθώς και κάποια γνωρίσματα της προσωπικότητας. Μια καλύτερη κατανόηση των υποκείμενων δυναμικών της διαδικασίας αναζήτησης βοήθειας θα βοηθήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να υιοθετήσουν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης.

Η μελέτη της επίδρασης της αυτοδυναμίας και του αυτοσεβασμού του ατόμου με ψυχικά προβλήματα στην πορεία του προς την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την κατανόηση των φραγμών που μπορεί να προκύψουν στην έγκαιρη εντόπιση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την αντιμετώπιση των αναγκών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anderson, C.M., Robins, C.S., Greeno, C.G., Cahalane, H., Copeland, V.C., Andrews, R.M., 2006. Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: perceived barriers to care. *Qual Health Res* 16, 926-932.
2. Apostol, R.A., 1968. Comparison of counselees and noncounselees with type of problem controlled. *Journal of Counseling Psychology* 15, 407-410.
3. Berdie, R.F., Stein, J., 1966. A comparison of new university students who do and do not seek counseling. *Journal of Counseling Psychology* 13, 310-317.
4. Bornstein, R.F., Krukonis, A.B., Manning, K.A., Mastrosimone, C.C., Rossner, S.C., 1993. Interpersonal dependency and health service utilization in a college student sample. *Journal of Social and Clinical Psychology* 12, 262-279.
5. Bornstein, R.F., 1992. The dependent personality: Developmental, social and clinical perspectives. *Psychological Bulletin* 112, 3-23.
6. Brown, K.W., Moskowitz, D.S., 1997. Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 72, 907-917.
7. Brownhill, S., 2003. Intensified constraint: The battle between individual and social forces influencing hidden depression in men. Thesis University of New South Wales.
8. Cepeda-Benito, A., Short, P., 1988. Self-concealment avoidance of psychological services and perceived likelihood of seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology* 45, 68-74.
9. Costa, P.T., Jr, McCrae, R.R., 1987. Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the hawk worse than the dove? *Journal of Personality* 55, 299-316.
10. Cui, X., Vaillant, G.E., 1997. Does depression generate negative life events? *J Nerv Ment Dis* 185, 145-150.
11. Dawkins, M.P., Terry, J.A., Dawkins, M.P., 1980. Personality and life style factors in utilization of mental health services. *Psychological Reports* 46, 383-386.
12. Dew, M.A., Dunn, L.O., Bromet, E.J., Schulberg, H.C., 1988. Factors affecting help-seeking during depression in a community

- sample. *Journal of Affective Disorders* 14, 223-234.
13. DiMatteo, R.M., Martin, L.R., 2006. Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
 14. Feldman, P., Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D., Gwaltney, J., 1999. The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (2), 370-378.
 15. Fischer, E.H., Turner, J.L., 1970. Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 35, 79 – 90.
 16. Fischer, E.H., Winer, D., Abramowitz, S.I., 1983. Seeking professional help for psychological problems Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign – The Compass Strategy. *BMC Public Health* 6, 215-220.
 17. Franklin, A.J., 1992. Therapy with African American men. Families in society. *The Journal of Contemporary Human Services* 73(6), 350-355.
 18. Halgin, R.P., Weaver, D.D., Edell, W.S., Spencer, P.G., 1987. Relation of depression and help seeking history to attitudes to ward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology* 34, 177 – 185.
 19. Halgin, R.P., Weaver, D.D., 1986. Salient beliefs about obtaining psychotherapy. *Psychotherapy in private practice* 4, 23 – 31.
 20. Halgin, R.P., Weaver, D.D., Donaldson, P.E., 1985. College students' perceptions of the advantages and disadvantages of obtaining psychotherapy. *Journal of Social Service Research* 8, 75 – 86.
 21. Halter, M.J., 2004. The stigma of seeking care and depression. *Archives of psychiatry nursing* xviii (5), 178-184.
 22. Henderson, J., Alec Pollard, C., Jacobi, K., Merkel, W., 1992. Help - seeking patterns of community residents with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 26, 157-162.
 23. Horwitz, A.V., 1987. Help- seeking processes and mental health services. In Mechanic, D. (Ed.), *Improving mental health services: What the social sciences can tell us?* New Directions for Mental Health Services, no. 36. CA: Jossey- Boss, San Francisco.
 24. Katon, W.J., Walker, E.A., 1998. Medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 15-21.
 25. Kelly, A.E., Achter, J.A., 1995. Self – concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology* 42, 40-46.
 26. Kirk, B., 1973. Characteristics of users of counseling centers and psychiatric services on a college campus. *Journal of Counseling Psychology* 20, 463-470.
 27. Kushner, M.G., Scher, K.L., 1989. Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice* 22, 196-203.
 28. Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L., Knox, V.J., 2007. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health* 10(6), 574-582.
 29. McClure, R., Mitchell, C., Greschuck, D., 1982. Self – concept and identification of students needing a counseling center. *Psychological Reports* 50, 487-490.
 30. Mechanic, D., 1982. The epidemiology of illness behavior and its relationship to physical and psychological distress. In Mechanic, D. (ed.), *Symptoms, illness Behavior and Help-seeking*. Neale Watson Academic Publication, New York.
 31. Mendelsohn, G.A., Kirki, B.A., 1962. Personality differences between students who do and do not use a counseling facility. *Journal of Counseling Psychology* 9, 341-346.
 32. Nadler, A., 1986. Self-esteem in the seeking and receiving of help. *Theoretical and empirical perspectives Progress in Experimental Personality Research* 14, 115 – 163.
 33. Neitzert, C.S., Davis, C., Kennedy, S.H., 1997. Personality factors related to the prevalence of somatic symptoms and medical complaints in a health student population. *British Journal of Medical Psychology* 70, 93-101.
 34. O'Neil, J.M., 1981. Male sex role conflicts, sexism masculinity: Psychological implications for men, women and the counseling psychologist. *The Counseling Psychologist* 9, 61-80.
 35. O'Neil, R.M., Bornstein, R.F., 1990. Oral-dependence and gender: Factors in help-seeking response set and self-reported psychopathology in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment* 55, 28-40.
 36. Ogdevn, J., 2004. Ψυχολογία της Υγείας. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα.
 37. Raviv, A., Raviv, A., Arnon, G., 1991. Psychological counseling over the ratio: Listening motivations and the threat to self-esteem. *Journal of Applied Social Psychology* 21, 253 – 270.
 38. Rickwood, D.J., Braithwaite, V.A., 1994. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine* 39, 563-572.
 39. Robbins, J.M., 1981. Lay attribution of personal problems and psychological help- seeking. *Social Psychiatry* 16, 1-9.
 40. Roy-Byrne, P.P., Stang, P., Wittchen, U., Ustun, B., Walters, E.E., Kessler, R.C., 2000. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 176, 229-235.
 41. Sharp, W.H., Krick, B.A., 1974. A longitudinal study of who seeks counseling when. *Journal of Counseling Psychology* 21, 43-50.
 42. Sherbourne, C.D., 1988. The role of social support and life stress in use of mental health services. *Social Science and Medicine* 27, 1393-1400.
 43. Simmons, J., 2000. Kid's mental health tackled. *Counseling Today*, 1-26.
 44. Simoni, J.M., Adelman, H.S., Nelson, P., 1991. Perceived control, causality, expectations and help-seeking behavior. *Counseling Psychology Quarterly* 4, 37-44.
 45. Sorgaard, K., Sandanger, I., Sorensen, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O., 1999. Mental disorders and referrals to mental health specialists by general practitioners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34, 128-135.
 46. Strecher, V.J., Seijts, G.H., Kok, G.J., Latham, G.P. et al., 1995. Good setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly* 22, 190-200.
 47. Tang, Y., Sevigny, R., Mao, P., Jiang, F., Cai, Z., 2007. Help-seeking Behaviors of Chinese Patients with Schizophrenia Admitted to a Psychiatric Hospital. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 34, 101-107.
 48. Tracey, T.J., Sherry, P., Bauer, G.P., Robins, T.H., Todaro, L., Briggs, S., 1984. Help seeking as a function of student characteristics and program description: A logit-loglinear analysis. *Journal of Counseling Psychology* 31, 54-62.
 49. Vaux, H. Burda, P., Stewart, D., 1986. Orientation towards utilizing support resources. *Journal of Community Psychology* 14, 159-170.
 50. West, J.S. Kayser, L., Overton, P., Saltmarsh, R., 1991. Student perceptions that inhibit the initiation of counseling. *The School Counselor* 39, 76-83.
 51. Wills, T.A., DePaulo, B.M., 1991. Interpersonal analysis of the help-seeking process. In Snyder, C.R., Forsyth, D.R. (Eds), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Pergamon Press, New York.
 52. Ζαριταλούδη, Α., 2008. Παράγοντες που επηρεάζουν την πρώτη επαφή με Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα