



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΡΗΤΗΣ

## Τίτλος πτυχιακής εργασίας:

Αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου.

Μπάρου Γεωργία, Α.Μ: 2424

Εποπτεύων καθηγητής: κ. Ι. Νέστορος

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Περίληψη..... σελ. 2

Εισαγωγή..... σελ. 2-3

### Κεφάλαιο 1: Βασικά σημεία του ερευνητικού ερωτήματος.

1.1. Συναισθηματική νοημοσύνη..... σελ. 4

1.2.Στάσεις..... σελ. 4-5

1.2.1. Η λειτουργία των στάσεων..... σελ. 6

1.3. Προκαταλήψεις..... σελ. 6-8

1.4. Το κοινωνικό στίγμα..... σελ. 9-10

1.5. Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου..... σελ. 10-11

### Κεφάλαιο 2

2.1. Ψυχικές διαταραχές και προκατάληψη-στίγμα..... σελ. 11-12

2.2. Οι επιπτώσεις του κοινωνικού στίγματος

    στους ψυχικά πάσχοντες ..... σελ. 12-14

2.3. Σχιζοφρένεια και κοινωνικό στίγμα..... σελ. 15-19

### Κεφάλαιο 3: Η μεθοδολογία της έρευνας.

3.1. Το δείγμα των συμμετεχόντων..... σελ. 19-20

3.2. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν..... σελ. 20-23

3.3. Η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας..... σελ. 23-26

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα..... σελ. 26-35

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα..... σελ. 35-39

Βιβλιογραφία

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσει κατά πόσο υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και κατ'επέκταση απέναντι στους πάσχοντες από αυτή τη ψυχική διαταραχή. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της εν λόγω έρευνας αντιστοιχούσε σε φοιτητές του τμήματος ψυχολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης, και από τα τέσσερα έτη φοίτησης. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ανέρχεται στους διακόσιους (200) συνολικά, πενήντα (50) από κάθε έτος. Στην βασικότερη υπόθεση της έρευνας διατυπώνεται η άποψη πως όσο υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης διαθέτει κάποιο από τα τέσσερα έτη φοίτησης, τόσο μικρότερη προκατάληψη θα εμφανίζει προς τη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και προς τους πάσχοντες από αυτή. Πράγματι, η υπόθεση αυτή επαληθεύτηκε, καθώς βρέθηκε πως οι φοιτητές του τέταρτου έτους, οι οποίοι χαρακτηρίζονταν από υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης συγκρινόμενοι με τα υπόλοιπα τρία έτη φοίτησης, εμφάνιζαν και τα χαμηλότερα επίπεδα προκατάληψης προς τη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου.

*Λέξεις-κλειδιά: Συναισθηματική νοημοσύνη, Στάσεις, Προκατάληψη, Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Το ερευνητικό ερώτημα το οποίο βρίσκεται υπό εξέταση στην παρούσα εργασία αφορά στην αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Το ενδιαφέρον της έρευνας επικεντρώνεται όχι μόνο στον βαθμό της προκατάληψης που μπορεί ένα άτομο να παρουσιάσει απέναντι σε πάσχοντες από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και στα επίπεδα της συναισθηματικής νοημοσύνης που χαρακτηρίζουν το άτομο αυτό, αλλά κατά κύριο λόγο στην αλληλεπίδραση που μπορεί να συνδέει τους δύο αυτούς +παράγοντες. Στη συνέχεια της εργασίας, θα γίνει εκτενής αναφορά και ανάλυση, βάσει των ευρημάτων της έρευνας, στην ύπαρξη ή όχι αλληλεπίδρασης μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού

τύπου. Η υπόθεση η οποία αναμένεται να επαληθευτεί είναι πως όσο μεγαλύτερη συναισθηματική νοημοσύνη διαθέτει κάποιος από τα τέσσερα έτη φοιτητών ψυχολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης, τόσο μικρότερο βαθμό προκατάληψης εμφανίζει προς τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου.

Στο σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί το γεγονός ότι πάνω στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα δεν βρέθηκε η σχετική βιβλιογραφία, γεγονός που υποδηλώνει ότι το θέμα αυτό, με την συγκεκριμένη μορφή δεν έχει μελετηθεί. Οι προσπάθειες ανεύρεσης βιβλιογραφίας σε εγκεκριμένες επιστημονικές ιστοσελίδες που περιέχουν έγκριτα επιστημονικά άρθρα αποδείχτηκε άκαρπη. Η αναζήτηση έγινε στις ιστοσελίδες: sciencedirect, scopus, cirus, με τις ακόλουθες φράσεις-κλειδιά: EQ and prejudices to paranoid schizophrenia, interaction between EQ and bias to paranoid schizophrenia, EQ and paranoid schizophrenia. Παρόλα αυτά, όπως προαναφέρθηκε, δεν βρέθηκε κανένα αποτέλεσμα ούτε κάποιο σχετικό άρθρο.

## **ΚΑΦΑΛΑΙΟ 1: Βασικά σημεία του ερευνητικού ερωτήματος.**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ερευνητικό ερώτημα είναι το εξής: η αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Για να γίνει λοιπόν πλήρως κατανοητό, εφόσον δεν βρέθηκε η σχετική βιβλιογραφία, είναι σημαντικό να εξεταστούν τα επιμέρους στοιχεία από τα οποία αποτελείται. Τα στοιχεία αυτά είναι τα ακόλουθα:

- Συναισθηματική νοημοσύνη
- Στάσεις-προκαταλήψεις-κοινωνικό στίγμα
- Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου

Κάνοντας λοιπόν την ανάλυση των βασικών-επιμέρους στοιχείων του ερευνητικού ερωτήματος θα επιτευχθεί η όσο το δυνατόν καλύτερη κατανόηση, ανάλυση αλλά προσέγγιση του θέματος. Πιο αναλυτικά:

### 1.1. Συναισθηματική νοημοσύνη:

Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ένα ζήτημα το οποίο έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους επιστήμονες και μάλιστα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο όρος «συναισθηματική νοημοσύνη» εισήχθη για πρώτη φορά από τους Salovey και Mayer το 1990. Οι προαναφερθέντες περιέγραψαν την συναισθηματική νοημοσύνη ως *«μια μορφή κοινωνικής νοημοσύνης που περιλαμβάνει την ικανότητα να παρακολουθεί κανείς τόσο τα δικά του αισθήματα και συναισθήματα όσο και των άλλων, να τα διακρίνει αλλά και να χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές με σκοπό την καθοδήγηση της σκέψης και της δράσης του»* (σελ.186). Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ένα σύνολο ικανοτήτων που αφορούν στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα εκλαμβάνουν, εκφράζουν, καταλαβαίνουν και διαχειρίζονται τα συναισθήματα των άλλων αλλά και τα δικά τους (Cherniss, 2004). Σύμφωνα με την Cherniss (2000), η συναισθηματική νοημοσύνη έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό με την αντίληψη του ατόμου τόσο για το πότε και το πώς πρέπει να εκφράζει τα συναισθήματα του όσο και με τον έλεγχο αυτών. Επιπρόσθετα, διατυπώνεται από την ίδια η άποψη ότι τα βασικά χαρακτηριστικά που εμπεριέχονται στον όρο “συναισθηματική νοημοσύνη” είναι η ικανότητα του ατόμου, πρώτον, να διαχειρίζεται τα συναισθήματα αλλά και το άγχος που μπορεί να βιώνει, και δεύτερον, η ενσυναίσθηση. Βάσει όλων όσων προαναφέρθηκαν γεννάται το ερώτημα εάν και κατά πόσο η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να διδαχθεί. Η απάντηση είναι πως ναι, πράγματι η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να διδαχθεί ως έναν βαθμό και πάντα βέβαια με τη βοήθεια των κατάλληλων ειδικών. Οι εν λόγω ειδικοί μπορούν να εκπαιδεύσουν το άτομο ώστε να διαχειρίζεται καλύτερα τα συναισθήματα των γύρω του αλλά και τα δικά του (C. Cherniss, 2004).

### 1.2. Στάσεις:

Ο όρος «στάση» είναι θεμελιώδης και χρησιμοποιείται συνήθως από τον κλάδο της κοινωνικής ψυχολογίας, έχοντας απασχολήσει ιδιαίτερα τους κοινωνικούς

ψυχολόγους. Σύμφωνα με τους Hogg και Vaughan (2008), «στάση είναι μια σχετικά μόνιμη οργάνωση πεποιθήσεων, συναισθημάτων και τάσεων συμπεριφοράς απέναντι σε κοινωνικά σημαντικά αντικείμενα, ομάδες, γεγονότα και σύμβολα» ή εναλλακτικά, «στάση είναι μια γενική αίσθηση ή αξιολόγηση, θετική ή αρνητική, για κάποιο άτομο αντικείμενο ή ζήτημα» (σελ.200).

Παρόλα αυτά παρατηρείται ένα μεγάλο εύρος ορισμών που αφορούν στις στάσεις, γεγονός που αποδεικνύει ότι η έννοια των στάσεων έχει βρεθεί στο επίκεντρο του επιστημονικού ενδιαφέροντος.

Διάφοροι σύγχρονοι επιστήμονες οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με την έννοια των στάσεων υποστηρίζουν ότι αυτές είναι εννοιολογικές κατασκευές οι οποίες δεν είναι ευδιάκριτες και εύκολα παρατηρήσιμες αλλά παρόλα αυτά είναι προάγγελοι της συμπεριφοράς και της απόφασης ενός ατόμου έτσι ώστε αυτό να προβεί σε κάποια ενέργεια και δράση (Hogg & Vaughan, 2008).

Μία στάση αποτελείται από κάποιες συνιστώσες. Όταν υπάρχει μόνο μία συνιστώσα τότε αναφερόμαστε στο μονοδιάστατο μοντέλο στάσεων. Σύμφωνα με τον Thurstone (1931), ο οποίος έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο μονοδιάστατο μοντέλο στάσεων, όρισε την στάση ως «το συναίσθημα υπέρ ή κατά ενός ψυχολογικού αντικειμένου» (σελ. 261), ενώ η αναθεώρηση της διατύπωσης αυτής από τον Edwards (1957), καθορίζει την στάση ως «τον βαθμό του θετικού ή του αρνητικού συναισθήματος που σχετίζεται με κάποιο ψυχολογικό αντικείμενο» (σελ. 2).

Όταν οι συνιστώσες είναι δύο τότε κάνουμε λόγο για το δισδιάστατο μοντέλο στάσεων. Όπως αναφέρεται από τους Hogg και Vaughan (2008), σύμφωνα με το δισδιάστατο μοντέλο στάσεων η στάση ορίζεται ως «μια νοητική ετοιμότητα, ή μια λανθάνουσα προδιάθεση, που ασκεί μια γενικευτική και σταθερή επιρροή στις αξιολογικές αποκρίσεις (με βάση την κρίση)» (σελ. 202). Πιο απλά, βάσει του δισδιάστατου μοντέλου στάσεων, μία στάση μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση θετικών ή αρνητικών απόψεων για κάτι.

Τέλος, όταν οι συνιστώσες είναι τρεις τότε αναφερόμαστε στο τρισδιάστατο μοντέλο στάσεων. Σύμφωνα με τους Himmelfarb και Eagly (όπως αναφέρεται από

τους Hogg και Vaughan, 2008), στάση είναι «*μια σχετικά μόνιμη οργάνωση πεποιθήσεων, συναισθημάτων και συμπεριφορικών τάσεων σε σχέση με κοινωνικά σημαντικά αντικείμενα, ομάδες, γεγονότα και σύμβολα*». Επιπροσθέτως, ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει και κάποιους περιορισμούς οι οποίοι αναφέρονται παρακάτω:

- «*οι στάσεις είναι σχετικά μόνιμες: δηλαδή, μένουν σταθερές στο χρόνο και σε μεταβαλλόμενες καταστάσεις. Ένα στιγμιαίο συναίσθημα δεν είναι στάση.*»
- «*οι στάσεις περιορίζονται σε κοινωνικά σημαντικά γεγονότα ή αντικείμενα.*»
- «*Οι στάσεις είναι γενικεύσιμες και ενέχουν τουλάχιστον κάποιο βαθμό αφαίρεσης.*» (σελ. 202).

### 1.2.1. Η λειτουργία των στάσεων:

Έχει υποστηριχθεί από τους Hogg και Vaughan (2008), ότι εφόσον οι στάσεις έχουν κάποια δομή (αναφερόμενοι στο μονοδιάστατο, διδιάστατο και τρισδιάστατο μοντέλο στάσεων) τότε έχουν και κάποια λειτουργία. Δύο από τις πολλές προσεγγίσεις για την λειτουργία των στάσεων είναι αυτή του Katz (1960), και αργότερα του Fazio (1989). Σύμφωνα με τον πρώτο, δεν υπάρχει μόνο ένα είδος στάσης αλλά υπάρχουν πολλές κατηγορίες στάσεων, η κάθε μία από τις οποίες αντιστοιχεί και σε μια διαφορετική αλλά και συγκεκριμένη λειτουργία. Σύμφωνα ωστόσο με τον Fazio, η λειτουργία των στάσεων έγκειται στο γεγονός ότι αυτές συμβάλλουν στην αξιολόγηση του αντικειμένου, ανεξάρτητα από το εάν τα συναισθήματα μας για το αντικείμενο αυτό είναι θετικά ή αρνητικά.

### 1.3. Προκαταλήψεις:

Ανάμεσα στους διάφορους ορισμούς για τις προκαταλήψεις δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές ή αποκλίσεις. Κάποιοι από τους

ορισμούς αυτούς είναι οι ακόλουθοι: Σύμφωνα με τους Hogg και Vaughan (2008), «προκατάληψη είναι η δυσμενής στάση απέναντι σε μία κοινωνική ομάδα και τα μέλη της» (σελ.442). Οι Hewstone και Stroebe, (2001) περιγράφουν την προκατάληψη ως εξής: «προκατάληψη είναι μία δυσμενής στάση προς όλα ή σχεδόν όλα τα μέλη μιας ομάδας» (σελ.644). Τέλος, σύμφωνα με την Κοκκινάκη (2006), «προκατάληψη είναι η αρνητική στάση απέναντι στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας, στάση η οποία βασίζεται αποκλειστικά στην συμμετοχή τους στην συγκεκριμένη ομάδα» (σελ.211).

Οι προκαταλήψεις δεν παρατηρούνται μόνο σε συγκεκριμένες περιοχές ή δεν εκφράζονται μόνο από μια συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων όπως για παράδειγμα μόνο από άντρες, μόνο από άτομα μέσης ηλικίας ή μόνο από ανθρώπους που θεωρητικά ανήκουν σε ανώτερη κοινωνική ομάδα. Στην έννοια των προκαταλήψεων δεν μπορούν να μπουν όρια ή σύνορα. Οι συνηθέστερες κατηγορίες ανθρώπων που έρχονται αντιμέτωποι με κάποιου είδους προκατάληψη βασίζονται κυρίως σε χαρακτηριστικά που αφορούν τη φυλή, την εθνότητα, το φύλο, την ηλικία, τις σεξουαλικές προτιμήσεις αλλά και την διανοητική υγεία (Hogg & Vaughan, 2008). Στις προκαταλήψεις που βιώνουν άνθρωποι λόγω ύπαρξης κάποιας ψυχικής διαταραχής θα γίνει εκτενής αναφορά στην συνέχεια.

Στο σημείο αυτό γεννάται ένα εύλογο ερώτημα: ποια είναι η αιτία δημιουργίας των προκαταλήψεων; Δύο βασικές θεωρίες οι οποίες προσπαθούν να εντοπίσουν τις αιτίες δημιουργίας των προκαταλήψεων είναι η θεωρία της «αυταρχικής προσωπικότητας» και η θεωρία της «ματαιώσης-επιθετικότητας».

Σύμφωνα με τους Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson και Sanford (1950), οι κοινωνικές στάσεις ενός ατόμου είναι «η έκφραση βαθιά ριζωμένων τάσεων της προσωπικότητας» (σελ. 1). Η διατύπωση αυτή, η οποία έχει τις ρίζες της στην φροϋδική προσέγγιση, υποστηρίζει ότι ο σχηματισμός της προσωπικότητας της πλειοψηφίας των ανθρώπων προϋποθέτει την ύπαρξη ενστικτωδών αναγκών, οι οποίες έχουν απωθηθεί



αλλά και ανακατευθυνθεί βάσει των κανόνων και των ορίων που συνάδουν με την κοινωνική ύπαρξη. Το επιχείρημα το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την ενίσχυση της θέσης αυτής ήταν η άποψη ότι οι γονείς είναι η κινητήριος δύναμη με σκοπό την ισορροπία μεταξύ της πειθαρχίας αλλά και όλων αυτών που τα παιδιά είχαν τη άδεια να εκφράσουν. Το πρόβλημα λοιπόν με τα άτομα τα οποία είναι προκατειλημμένα έγκειται στη διατάραξη της ισορροπίας η οποία προκύπτει από τους γονείς που είναι ιδιαίτερα αυστηροί και δίνουν μεγάλη έμφαση στη γαλούχηση των παιδιών τους σύμφωνα με τα κοινωνικά ήθη, χωρίς αυτά να παρεκκλίνουν ούτε στο ελάχιστο. Όλη αυτή βέβαια η καταπίεση από τους γονείς προκαλεί ιδιαίτερη επιθετικότητα στο παιδί, το οποίο ωστόσο δεν μπορεί να εκφράσει προς τους ίδιους τους γονείς επειδή υπάρχει ο φόβος των συνεπειών. Για τον λόγο αυτό τα παιδιά ξεσπούν την επιθετικότητα τους σε άτομα ή ομάδες-στόχους που θεωρούνται πιο αδύναμες ή ανήκουν σε κάποιες μειονότητες. Βάσει λοιπόν των συνθηκών αυτών, τα παιδιά αναπτύσσουν κάποια χαρακτηριστικά σύμφωνα με τα οποία σέβονται σε πολύ μεγάλο βαθμό τα άτομα τα οποία κατά τη γνώμη τους έχουν πολύ μεγάλο κύρος (που στην προκειμένη περίπτωση τα άτομα αυτά είναι οι γονείς), αλλά παράλληλα είναι ιδιαίτερα επιθετικά με άτομα τα οποία δεν ανήκουν στην ομάδα τους. Η περιγραφή που μόλις δόθηκε αντικατοπτρίζει την λεγόμενη «αυταρχική προσωπικότητα» (Adorno, Frenkel-Brunswick et al., 1950).

Τέλος, σύμφωνα με τη θεωρία της ματαίωσης-επιθετικότητας των Honland και Sears (1940), η εκφραζόμενη επιθετικότητα είναι πολύ πιθανό να μην κατευθύνεται στην ουσιαστική πηγή της ματαίωσης αλλά να προσανατολίζεται προς ευάλωτα άτομα ή ομάδες που αποτελούν εύκολο στόχο. Ένα απλό παράδειγμα για να γίνει περισσότερο κατανοητή η θέση της θεωρίας αυτής είναι η αύξηση της επιθετικότητας σε χώρες με οικονομική ύφεση προς άτομα που ανήκουν σε μειονότητες και όχι ως προς την πραγματική πηγή ευθύνης για την ύφεση αυτή.

#### 1.4. Το κοινωνικό στίγμα:

Ο ορισμός του στίγματος σύμφωνα με την Crocker και τους συνεργάτες της, (1998) είναι ο ακόλουθος: «τα στιγματισμένα άτομα διαθέτουν (ή πιστεύουν ότι διαθέτουν) κάποια ιδιότητα ή χαρακτηριστικό που εκφράζει μια κοινωνική ταυτότητα που απαξιώνεται σε ένα ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο» (σελ. 505). Ένας ακόμα ορισμός του κοινωνικού στίγματος, δοσμένος περισσότερο συνοπτικά είναι ο εξής: «είναι τα χαρακτηριστικά μίας ομάδας που οδηγούν στην αρνητική κοινωνική αξιολόγηση των ατόμων που ανήκουν στην ομάδα αυτή» (Hogg & Vaughan, 2008, σελ.467).

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα βιώνει το κοινωνικό στίγμα εξαρτάται από δύο βασικούς παράγοντες: τη δυνατότητα θέασης/απόκρυψης και τη δυνατότητα ελέγχου (Hogg & Vaughan, 2008). Τα εύκολα παρατηρήσιμα στίγματα, όπως είναι για παράδειγμα το φύλο, η φυλή, η ηλικία ή ακόμα και η παχυσαρκία, αυτομάτως καθιστούν τα άτομα που τα φέρουν εύκολους στόχους. Αντιθέτως, τα στίγματα τα οποία δεν είναι ιδιαίτερα εμφανή, όπως είναι η ομοφυλοφιλία, ορισμένες ασθένειες και ιδεολογίες επιτρέπουν στα άτομα τα οποία τα φέρουν να τα συγκαλύπτουν, επομένως δεν αποτελούν εύκολο στόχο προκαταλήψεων. Ωστόσο, τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή είναι αναγκασμένα να βρίσκονται σε μια διαρκή εγρήγορση και ετοιμότητα με σκοπό να διατηρήσουν κεκαλυμμένα τα χαρακτηριστικά που εύκολα μπορούν να τα καταστήσουν αποδέκτες προκαταλήψεων αν γίνουν αντιληπτά (Steele & Aronson, 1995). Βέβαια, η απόκρυψη του στίγματος μπορεί να είναι αρκετά επώδυνη σύμφωνα με τον Goffman ( όπως αναφέρεται από τους Hogg & Vaughan, 2008), καθώς τα άτομα πρέπει να ψεύδονται διαρκώς.

Τα ελεγχόμενα στίγματα είναι αυτά τα οποία θεωρούνται από τα άτομα τα οποία τα φέρουν ως συνειδητές επιλογές. Το κάπνισμα, η ομοφυλοφιλία, η παχυσαρκία αλλά κ.α. θεωρούνται ελεγχόμενα στίγματα, ο καπνιστής, ο ομοφυλόφιλος, ο παχύσαρκος έχει επιλέξει να φέρει αυτού του είδους το χαρακτηριστικό. Εν αντιθέσει, στην περίπτωση των μη ελεγχόμενων στιγμάτων τα άτομα φαίνεται να μην έχουν κανένα περιθώριο επιλογής ως

προς αυτά. Κάποια παραδείγματα μη ελεγχόμενων στιγμάτων είναι το φύλο, η φυλή, κάποιες ασθένειες κ.α.

Αξίζει να αναφερθεί πως τα ελεγχόμενα στίγματα προκαλούν πολύ πιο έντονες αντιδράσεις αλλά και πιο ακραίες διακρίσεις απ'ότι τα μη ελεγχόμενα στίγματα. Τα άτομα που θεωρούν ότι έχουν κάποιο ελεγχόμενο στίγμα φαίνεται να κάνουν μεγάλες προσπάθειες για να απαλλαγούν από αυτό, βέβαια κάτι τέτοιο μπορεί να έχει ιδιαίτερα μεγάλο κόστος. Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις, ένα στίγμα μπορεί να θεωρείται ελεγχόμενο ενώ στην πραγματικότητα να μην είναι ή να είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ελεγχθεί. Οι προσπάθειες ελέγχου ενός στίγματος μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να αποδειχθούν μάταιες, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει στο άτομο έντονα αισθήματα αποτυχίας και ανεπάρκειας παράλληλα με την δυσκολία και αρνητικότητα που προκαλεί η ύπαρξη του ίδιου του στίγματος (Hogg & Vaughan, 2008).

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κοινωνικού στίγματος είναι η ανθεκτικότητα του (Crocker, Major & Steele, 1998). Άτομα ή ακόμα και ολόκληρες ομάδες που δεν φέρουν κάποιο στίγμα, φαίνεται να σχηματίζουν μια περισσότερο θετική αυτό-εικόνα συγκρίνοντας τον εαυτό τους με άτομα ή ομάδες που είναι στιγματισμένα. Βάσει αυτού θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει ένα πλεονέκτημα αυτό-αξιολόγησης όταν οι στιγματισμένες ομάδες-άτομα γίνονται στόχοι σύγκρισης.

### 1.5.Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου:

Τα κύρια γνωρίσματα της σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι τα ακόλουθα:

- Χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία παραληρητικών ιδεών δίωξης ή μεγαλείου
- Συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα θέμα, συνήθως διωκτικό

- Οι ασθενείς τυπικά είναι σε ένταση, επιφυλακτικοί, συγκρατημένοι και ορισμένες φορές επιθετικοί ή εχθρικοί
- Απουσία των παρακάτω: ασυναρτησία, χάλαση συνειρμού, επίπεδο ή βαριά ελλειμματικό συναίσθημα, κατατονική συμπεριφορά, βαριά αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Η νοημοσύνη παραμένει ανέπαφη.
- Ηλικία έναρξης μεγαλύτερη έναντι της κατατονικής ή της αποδιοργανωμένης μορφής και όσο οψιμότερη η έναρξη τόσο καλύτερη η πρόγνωση (Sadock & Sadock, 2007).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Sadock και Sadock (2007), «η παρανοειδής σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να εκδηλώνεται με προεξάρχουσες ακουστικές ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση της προσωπικότητας και περισσότερο εκσεσημασμένη διαταραχή της λειτουργικότητας σε ρόλους. Η ηλικία έναρξης τείνει να είναι μικρότερη στη σχιζοφρένεια έναντι της παραληρητικής διαταραχής. Οι παραληρητικές ιδέες είναι παράδοξες» (σελ. 180).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1. Ψυχικές διαταραχές και προκατάληψη-στίγμα.

Εύκολα παρατηρείται η τάση των Δυτικών κοινωνιών να παραβλέπουν την ύπαρξη των ψυχικών ασθενειών και κατ'επέκταση να αδιαφορούν για τους ψυχικά ασθενείς. Τα παραπάνω αντανακλώνονται από την εξαιρετικά χαμηλή χρηματοδότηση για έρευνες πάνω στις περισσότερες ψυχικές ασθένειες και στην ελλιπή παροχή πόρων και δομών για τη φροντίδα και τη θεραπεία των ασθενών. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 επικρατεί μια πολιτική, κυρίως στη Βρετανία αλλά και στις Η.Π.Α, να σταματήσει ο εγκλεισμός σε ψυχιατρικές μονάδες χωρίς ωστόσο να πράττονται τα δέοντα για τη διασφάλιση της ομαλής πορείας των ασθενών αυτών μετά την έξοδο τους από τις συγκεκριμένες μονάδες.

Δυστυχώς, η προκατάληψη προς τους ψυχικά ασθενείς δεν σταματά εδώ. Πολύ συχνά και τις περισσότερες φορές χωρίς καμία δυσκολία και φραγμό τείνουμε να προσδίδουμε «ταμπέλες» σε άλλους ανθρώπους. Ακόμα συχνότερα και αβίαστα χαρακτηρίζουμε τους ψυχικά πάσχοντες ως «τρελούς» χωρίς να δίνουμε καμία σημασία στις συνέπειες των πράξεων και λεγομένων μας (Hogg & Vaughan, 2008).

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή έρχονται αντιμέτωπα με ένα διπλό πρόβλημα. Αφενός, πρέπει να διαχειριστούν τα συμπτώματα τα οποία προκαλεί η διαταραχή αυτή καθεαυτή. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων βέβαια ποικίλει ανάλογα το είδος της διαταραχής, μπορεί να κυμαίνονται από μια σχετικά απλή κρίση πανικού ως και ψευδαισθήσεις. Όποια και αν είναι βέβαια η βαρύτητα των συμπτωμάτων, είναι προφανές πως η ζωή του πάσχοντα πλήττεται άμεσα, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε διάφορες εκφάνσεις της καθημερινής του ζωής, στις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις με άλλα άτομα αλλά και στον χώρο εργασίας του (αν και εφόσον εργάζεται διότι όπως θα αναφερθεί και στην πορεία υπάρχει μεγάλη προκατάληψη στο κομμάτι της πρόσληψης εργαζομένων οι οποίοι πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο). Αφετέρου λοιπόν συμπεραίνουμε πως οι πάσχοντες όχι μόνο πρέπει να διευθετήσουν τα προβλήματα που προκαλούνται από τα συμπτώματα της νόσου αλλά είναι υποχρεωμένοι να αντιμετωπίσουν τις προκαταλήψεις και το κοινωνικό στίγμα που δυστυχώς συχνά συνεπάγεται μια ψυχική (ή ακόμα και σωματική) διαταραχή (Rusch et al., 2005).

## 2.2.Οι επιπτώσεις του κοινωνικού στίγματος στους ψυχικά πάσχοντες:

Όπως προαναφέρθηκε οι προκαταλήψεις και το κοινωνικό στίγμα προκαλούν διάφορα προβλήματα στην αλληλεπίδραση του πάσχοντα με άλλα άτομα, στις κοινωνικές του δραστηριότητες αλλά και σε διάφορες άλλες πτυχές της ζωής του (Rusch et al., 2005). Απόρροια του κοινωνικού

στίγματος είναι ο αυτο-στιγματισμός<sup>1</sup>/ενδυνάμωση και η αποφυγή αναζήτησης θεραπείας λόγω του φόβου που αισθάνεται ο ασθενής ότι επισκεπτόμενος κάποιον ειδικό (ψυχολόγο ή ψυχίατρο) θα στιγματιστεί ακόμα περισσότερο (Corigan & Penn, 1997). Το κοινωνικό στίγμα θεωρείται ως το σημαντικότερο εμπόδιο στην ανάρρωση του ψυχικώς πάσχοντα και την κοινωνική ένταξη των ανθρώπων που λαμβάνουν ψυχιατρική θεραπεία (Switaj et al., 2009). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως ο αυτό-στιγματισμός και η ενδυνάμωση αποτελούν τους δύο πόλους ενός συνεχούς. Στον ένα πόλο (αυτό-στιγματισμός) βρίσκονται τα άτομα που επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις προβλέψεις για την ψυχική ασθένεια από την οποία πάσχουν με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ευρήματα διάφορων ερευνών υποστηρίζουν πως οι ψυχικά πάσχοντες που έχουν πλήρη συναίσθηση του βαθμού της προκατάληψης της οποίας γίνονται αποδέκτες εμφανίζουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτά είναι τα άτομα τα οποία αυτό-στιγματίζονται. Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί πως ευρήματα άλλων ερευνών δεν παρουσιάζουν τέτοιου είδους συσχέτιση (Rusch et al., 2005). Επιπλέον έχει βρεθεί πως τα άτομα τα οποία αυτό-στιγματίζονται είναι λιγότερο πιθανό να είναι επιτυχημένα στην εργασία τους, σε ζητήματα που αφορούν την καθημερινότητα τους αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Link et al., 1989). Στον άλλο πόλο βρίσκονται τα άτομα τα οποία παρά την ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής έχουν θετική αυτοεκτίμηση και δεν επιβαρύνονται σημαντικά.

Σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός πως ο αυτο-στιγματισμός και η ενδυνάμωση φαίνεται να σχετίζονται με την αποκάλυψη της ψυχικής διαταραχής από τον ίδιο τον ασθενή. Το να αποκαλύψει κανείς πως πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή έχει άμεση σχέση με την αίσθηση ταυτότητας που έχει το άτομο αυτό. Για να γίνει η υπόθεση αυτή περισσότερο κατανοητή ακολουθούν δύο παραδείγματα. Παραδείγματος χάριν, αν μια γυναίκα δεν θεωρεί την ψυχική διαταραχή από την οποία πάσχει μέρος της

---

<sup>1</sup> Αυτό-στιγματισμός είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο χάνει τις κεκτημένες και ήδη διαμορφωμένες ταυτότητες του, π.χ. ως πατέρας, σύντροφος κ.α., και υιοθετεί προκατειλημμένες απόψεις για τον εαυτό του (Yanos et al., 2008).

ταυτότητας της (του εαυτού της) τότε είναι σχεδόν βέβαιο πως δεν θα αποκαλύψει την ύπαρξη της στους οικείους της. Αντίθετα, αν ένας άντρας που παρά την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας έχει άμεση εμπλοκή σε διάφορες δραστηριότητες που αφορούν την ψυχική υγεία αλλά και συναναστρέφεται με άτομα που δεν έχουν επιδείξει προκατειλημμένη συμπεριφορά έναντι των ψυχικά ασθενών, τότε είναι πολύ πιθανό να αποκαλύψει την ύπαρξη της διαταραχής του στους οικείους του (Rusch et al., 2005).

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή δυστυχώς φαίνεται να απολαμβάνουν λιγότερες ευκαιρίες σε διάφορους τομείς (π.χ. στην εργασία, τις διαπροσωπικές σχέσεις κ.α.) συγκριτικά με άτομα που φαίνονται να είναι υγιή (Corigan & Penn, 1997). Μια σειρά ερευνών έχει εστιάσει στους τομείς εκείνους που κατά τα άλλα φαίνονται αυτονόητοι, στους οποίους οι ψυχικά πάσχοντες μειονεκτούν έναντι των ψυχικά υγιών ατόμων. Πρώτον, έχει βρεθεί πως οι εργοδότες είναι λιγότερο πιθανό να προσλάβουν εργαζομένους οι οποίοι πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή (Bordier & Drehmer, 1986). Δεύτερον, οι ενοικιαστές σπιτιών είναι λιγότερο πιθανό να νοικιάσουν τα διαμερίσματα τους σε ψυχικά πάσχοντες (Alisky & Iczkowski, 1990) και τρίτον, είναι πολύ πιο πιθανό να αποδοθούν ανυπόστατες κατηγορίες από τον τύπο και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας σε έναν ψυχικά ασθενή για τη διάπραξη ενός εγκλήματος (Sosowsky, 1980). Βέβαια το στίγμα δεν περιορίζεται μόνο στις διακρίσεις-προκαταλήψεις που λαμβάνει κανείς από τους άλλους. Ένας αριθμός ατόμων που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια τείνει να στιγματίζει συμπεριφορές που προκύπτουν από της ίδια τη διαταραχή, άρα κατά συνέπεια στιγματίζουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Τα άτομα αυτά είναι πιθανό να εμφανίσουν μειωμένη αυτοεκτίμηση η οποία συσχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Mechanic et al., 1994).

### 2.3. Σχιζοφρένεια και κοινωνικό στίγμα:

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις πλέον στιγματισμένες ψυχικές διαταραχές. Αυτό συμβαίνει όχι μόνο λόγω του χρόνιου χαρακτήρα της διαταραχής αλλά επίσης λόγω των ποικίλων αρνητικών στερεοτύπων που βασίζονται στη φτωχή διάγνωση, στην επικινδυνότητα, τον απρόβλεπτο χαρακτήρα ή την ανικανότητα που πολλές φορές συνεπάγεται η σχιζοφρένεια (Switaj et al., 2009). Άξιο απορίας είναι το γιατί ενώ στις μέρες μας υπάρχουν πληθώρα γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με όλο το φάσμα των σχιζο-συναισθηματικών διαταραχών, παρόλα αυτά εξακολουθούν να εκφράζονται στερεοτυπικές πεποιθήσεις από τον ευρύτερο πληθυσμό (Swindle et al., 2000). Οι στερεοτυπικές αυτές πεποιθήσεις αφορούν κυρίως στην αντίληψη πως οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια ή άλλη σχιζο-συναισθηματική διαταραχή εμφανίζουν βίαιη και διαταραγμένη συμπεριφορά, ενώ θεωρούνται ανίκανοι να εργαστούν ή να λάβουν σωστές αποφάσεις (Phelan et al., 2007). Λόγω όλων των παραπάνω πεποιθήσεων, ο ευρύς πληθυσμός διατηρεί κοινωνικές αποστάσεις από τα άτομα αυτά (Angermeyer & Matschinger, 2003).

Σύμφωνα με τους Ritsher και Phelan (2004), το κοινωνικό στίγμα με το οποίο έρχεται ένα άνθρωπος που πάσχει από σχιζοφρένεια τον οδηγεί στην πραγματοποίηση της αυτοεκπληρούμενης προφητείας για αποτυχία πράγμα που θεωρείται ότι ίσως συσχετίζεται με την αυτοκτονία στη σχιζοφρένεια (Siris, 2001). Ωστόσο, λιγότερο σαφής είναι η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού στίγματος, των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και των διαπροσωπικών σχέσεων (Lysaker et al., 2007). Θα ήταν πιθανό κάποια από τα συμπτώματα ή πρότυπα κοινωνικής λειτουργικότητας να καταστήσουν τα άτομα ευάλωτα ως προς την αποδοχή προκατειλημμένων πεποιθήσεων; Μπορεί πράγματι να επιβεβαιωθεί η υπόθεση πως οι ασθενείς οι οποίοι εσωτερικεύουν<sup>2</sup> περισσότερο το κοινωνικό στίγμα του οποίου γίνονται αποδέκτες είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους ή

---

<sup>2</sup> Η εσωτερικεύση του κοινωνικού στίγματος αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή υιοθετούν αρνητικές, στερεοτυπικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους. Συνεπάγεται την πεποίθηση του ατόμου που εσωτερικεύει το κοινωνικό στίγμα ότι θα απορριφτεί από τους άλλους και ότι είναι αποκομμένος από την κοινωνία (Park et al., 2013).



μείωση της ψυχο-κοινωνικής λειτουργικότητας τους; Όπως αναφέρεται από τον Lysaker και τους συνεργάτες του (2007), υπάρχουν πολλά στοιχεία που οδηγούν στην πεποίθηση ότι το στίγμα μπορεί να επηρεάσει αλλά και να επηρεαστεί από τα συμπτώματα και τις κοινωνικές σχέσεις του ασθενούς με την πάροδο του χρόνου. Το στίγμα μπορεί να απομακρύνει τον πάσχοντα από σχιζοφρένεια από το κοινωνικό σύνολο και την ολοκληρωμένη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής που είναι μείζονος σημασίας να ακολουθεί (Freudeureich et al., 2004). Όποιο από αυτά βέβαια και αν συμβεί έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις για το άτομο που φέρει τη διαταραχή. Τα άτομα τα οποία τείνουν να εσωτερικεύουν περισσότερο το εκλαμβάνον κοινωνικό στίγμα φαίνεται να αποσύρονται από το κοινωνικό σύνολο έχοντας αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη υποστήριξη και να βυθίζονται περισσότερο στα συμπτώματα από τα οποία ταλαιπωρούνται. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί πως όσο μεγαλύτερης έντασης συμπτώματα εμφανίζει ένας σχιζοφρενής ασθενής τόσο πιο πολύ απογοητεύεται και καθίσταται περισσότερο ευάλωτος στην υιοθέτηση αρνητικών αντιλήψεων για τον ίδιο του τον εαυτό, ενώ αξιοσημείωτη παρατήρηση αποτελεί το γεγονός πως όσο τα συμπτώματα και η δυσλειτουργία αυτού επιδεινώνονται, τόσο μεγαλύτερη εσωτερίκευση του στίγματος συντελείται (Torrey, 2004). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Ertugal και Ulug (2004), κατά την οποία έγινε σύγκριση μεταξύ ομάδων που αποτελούνταν από σχιζοφρενείς ασθενείς οι οποίοι είχαν βιώσει το κοινωνικό στίγμα σε μεγάλο βαθμό, έναντι ομάδων σχιζοφρενών ασθενών που είχαν βιώσει το κοινωνικό στίγμα σε μικρότερο βαθμό. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας υπέδειξαν πως οι περισσότερο στιγματισμένες ομάδες παρουσίαζαν και σφοδρότερα συμπτώματα. Επίσης, από την έρευνα του Lysaker και των συνεργατών του (2007), προέκυψε το συμπέρασμα πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια οι οποίοι εσωτερίκευαν το κοινωνικό στίγμα με το οποίο έρχονταν αντιμέτωποι εμφάνιζαν εντονότερα θετικά συμπτώματα, συναισθηματικές δυσκολίες και φτωχότερες κοινωνικές σχέσεις.

Σύμφωνα με τους Livingston και Boyd (2010), η εσωτερίκευση του στίγματος είναι πιθανό να συνεπάγεται δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά,

μετασχηματισμό της ταυτότητας καθώς και αποδοχή μειωμένων προσδοκιών λόγω της ψυχικής ασθένειας αυτής καθεαυτής. Επιπρόσθετες έρευνες έχουν δείξει όχι μόνο πως άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη σοβαρή ψυχική διαταραχή φέρουν υψηλά επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος (Ritscher & Phelan, 2004), αλλά επίσης ότι η εσωτερίκευση του στίγματος σχετίζεται με μειωμένη αυτό-εκτίμηση και αυτό-αποτελεσματικότητα, απελπισία, αποθάρρυνση, κατάθλιψη, μειωμένα αισθήματα ενδυνάμωσης, φτωχή ποιότητα ζωής, προβλήματα στην επαγγελματική δραστηριότητα και τέλος μειωμένη ικανότητα επίτευξης στόχων ανάκτησης (Park et al., 2013). Συμπληρωματικά, η έρευνα των Horan και των συνεργατών του (2010), υπέδειξε πως τα άτομα που είναι πάσχοντα από σχιζοφρένεια, συγκρινόμενα με υγιή άτομα, είναι περισσότερο πιθανό να υιοθετήσουν ηττοπαθείς πεποιθήσεις απόδοσης και να εμφανίσουν αρνητικές προσδοκίες. Οι αρνητικές προσδοκίες αντιστοιχούν στην αντίληψη για μειωμένη πιθανότητα ευχαρίστησης, αποδοχής, επιτυχίας και περιορισμένων γνωστικών πόρων που είναι απαραίτητοι για την διεκπεραίωση διάφορων ζητημάτων που αφορούν την καθημερινή ζωή του ασθενούς (Beck et al., 2009). Οι αρνητικές λοιπόν προσδοκίες σχετικά με την αντίληψη για μειωμένη πιθανότητα επιτυχίας αλλά και περιορισμένους γνωστικούς πόρους σχετίζονται σημαντικά με ηττοπαθείς πεποιθήσεις που υιοθετούνται από το ίδιο το άτομο όσον αφορά την ίδια του την απόδοση σε διάφορους τομείς, της επιδείνωση των αρνητικών συμπτωμάτων αλλά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια. Επιπλέον μπορεί να σχετίζονται και με την ανάπτυξη δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς όπως είναι η κοινωνική αποφυγή και απομόνωση (Couture et al., 2011). Φαίνεται, πάλι βάσει ευρημάτων, πως η κοινωνική αποφυγή ενισχύεται από την εσωτερίκευση του κοινωνικού στίγματος, πράγμα που ίσως συνδέεται με κάποιες υποκατηγορίες των αρνητικών συμπτωμάτων όπως είναι η ανηδονία (Park et al., 2013).

Θα ήταν χρήσιμο στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως κατά την τελευταία δεκαετία η αυτό-εκτίμηση έχει αναδειχθεί σε έναν σημαντικό στόχο επίτευξης από τα ψυχολογικά μοντέλα για την σχιζοφρένεια (Bentall et al.,

2001). Ο Thorup και οι συνεργάτες του (2007), έχουν υποστηρίξει πως οι γυναίκες που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή που ανήκει στο φάσμα της σχιζοφρένειας έχουν χαμηλότερη αυτό-εκτίμηση συγκριτικά με τους άντρες ασθενείς. Διάφοροι ερευνητές έχουν διαπιστώσει πως η θετική αυτό-εκτίμηση σχετίζεται με καλύτερη προσκόλληση στην ψυχολογική θεραπεία από τη μεριά του ασθενούς (Fung et al., 2008), και πληρέστερη φαρμακευτική συμμόρφωση (Tsang et al., 2009), ενώ κάποιοι άλλοι έχουν εντοπίσει συσχετίσεις μεταξύ θετικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και αυτό-εκτίμησης (Barrowclough et al., 2003). Ωστόσο, η έννοια της αυτό-εκτίμησης δεν είναι μια στατική και μόνιμη κατάσταση αλλά μια αυτό-αντίληψη η οποία μπορεί να αλλάξει μέσω της ανατροφοδότησης που αντλείται από το περιβάλλον του ατόμου και των αυτό-αξιολογήσεων (Crocker & Wolfe, 2001). Σύμφωνα με τους Bednar και Peterson (1995), η αυτό-εκτίμηση αναπτύσσεται μέσω των κριτικών αξιολογήσεων που πραγματοποιεί το άτομο στις αποκρίσεις που προβάλλει σε απαιτητικά γεγονότα της ζωής του, οι οποίες εν συνεχεία εσωτερικεύονται ως προσωπικά χαρακτηριστικά. Όπως έχει αναφέρει ο Rosenberg και οι συνεργάτες του (1995), ο όρος αυτό-εκτίμηση αντανακλά στις συμπεριφορές ενός ατόμου που χαρακτηρίζουν διάφορες πτυχές του εαυτού του, όπως είναι για παράδειγμα η ικανότητα του να επιλύει προβλήματα ή να ανταπεξέρχεται σε έναν κοινωνικό ή επαγγελματικό ρόλο. Η αυτό-εκτίμηση λοιπόν εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο οι πτυχές αυτές κατατάσσονται στην ιεραρχία των αυτό-αξιών του ατόμου. Η αξιολόγηση των προσωπικών αξιών είναι άμεσα συνυφασμένη με το είδος της ομάδος στην οποία πιστεύει το άτομο ότι ανήκει, όπως επίσης και με τις αξίες που το ίδιο το άτομο αλλά και οι υπόλοιποι αποδίδουν στην ομάδα αυτή (Lysaker et al., 2008). Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, οι πάσχοντες τοποθετούν (τον εαυτό τους) αλλά και τοποθετούνται (από τους άλλους) στην κοινωνική ομάδα «των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια». Μια τέτοια τοποθέτηση μπορεί να αποδειχθεί βοηθητική για ορισμένους ασθενείς διότι είναι πιθανό να νιώσουν ανακούφιση διαπιστώνοντας πως δεν είναι οι μοναδικοί που πάσχουν από αυτή τη ψυχική διαταραχή ή ακόμα και να

υιοθετήσουν κάποια στρατηγική ανάρρωσης. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε πως το «ανήκειν» σε μια ομάδα τέτοιου είδους δυστυχώς συνεπάγεται και την αντιμετώπιση στερεοτυπικών πεποιθήσεων οι οποίες είναι συνακόλουθες των ψυχικών διαταραχών (Lally, 1989).

Τέλος, μια ενδιαφέρουσα υπόθεση η οποία έχει διατυπωθεί υποστηρίζει πως ορισμένες διαστάσεις της αυτό-εκτίμησης (όπως είναι η ικανότητα του ατόμου να θεωρεί πως γίνεται συμπαθές, η προσωπική δύναμη, η επάρκεια και η ηθική αυτό-αποδοχή), συσχετίζονται με τις τέσσερις διαστάσεις του κοινωνικού στίγματος (υιοθέτηση στερεοτυπικών πεποιθήσεων, εμπειρία διακρίσεων, κοινωνική απόσυρση και απόρριψη λόγω στίγματος), πάντα βέβαια αναφορικά με τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα της έρευνας του Lysaker και των συνεργατών του (2008), υπέδειξαν τα εξής: οι ασθενείς που είχαν βιώσει υψηλά επίπεδα κοινωνικού στίγματος είχαν γενικότερα μειωμένη αυτό-εκτίμηση. Τα άτομα τα οποία είχαν υιοθετήσει στερεοτυπικές πεποιθήσεις έτειναν να θεωρούν τον εαυτό τους λιγότερο ικανό να ανταπεξέλθει σε διάφορα ζητήματα, ενώ επίσης εμφάνιζαν χαμηλότερη ηθική αυτό-αποδοχή. Οι ασθενείς οι οποίοι εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής απομόνωσης ή απόσυρσης λόγω του κοινωνικού στίγματος έτειναν να θεωρούν ότι είναι λιγότερο συμπαθείς προς τους άλλους, ενώ τέλος, ο συνδυασμός της αδυναμίας απόρριψης του κοινωνικού στίγματος και της εμπειρίας διακρίσεων συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα επιρροής του ατόμου στον κοινωνικό του περίγυρο (Lysaker et al., 2008).

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η μεθοδολογία της έρευνας.

#### 3.1. Το δείγμα των συμμετεχόντων:

Το δείγμα των συμμετεχόντων που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνα αποτελούταν από φοιτητές ψυχολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης (18-21 ετών). Ο συνολικός αριθμός συμμετεχόντων ανέρχεται στους διακόσιους (200), δηλαδή πενήντα (50) άτομα από κάθε έτος (πρώτο,

δεύτερο, τρίτο και τέταρτο έτος). Η επιλογή τους έγινε τυχαία, ανεξαρτήτως φύλου, καταγωγής, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης κτλ. για να εξαλειφτεί η πιθανότητα συστηματικών λαθών. Αλλά πέραν αυτού, στο επίκεντρο που ενδιαφέροντος μας ήταν οι συμμετέχοντες απλά να είναι φοιτητές ψυχολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης. Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί ότι εξαιρέθηκαν άτομα τα οποία παρά το γεγονός ότι βρίσκονταν σε ένα από τα τέσσερα έτη σπουδών, ήταν μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό συνέβη με σκοπό να αποφευχθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι παράγοντες που θα ήταν πιθανό να αλλοιώσουν τα αποτελέσματα της έρευνας.

### 3.2. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν:

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων ήταν ερωτηματολόγια. Έγινε χορήγηση δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες. Το πρώτο χρησιμοποιηθέν ερωτηματολόγιο, που περιελάμβανε τρεις συνολικά σελίδες, ήταν η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ (Ε-Κ-ΣΥ-Ν) του Ιωάννη Τσαούση και όπως καθίσταται σαφές από τον τίτλο του χορηγήθηκε με σκοπό να μετρηθεί η συνολική συναισθηματική νοημοσύνη των συμμετεχόντων και στη συνέχεια να υπολογιστεί ο μέσος όρος συναισθηματικής νοημοσύνης ανά ακαδημαϊκό έτος. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει πενήντα δύο (52) συνολικά προτάσεις και ο συμμετέχων πρέπει να δηλώσει κατά πόσο αυτές είναι αντιπροσωπευτικές για τον ίδιο ή όχι μέσω μιας κλίμακας από το ένα ως το πέντε (όπου 1= καθόλου αντιπροσωπευτικό, 2= λίγο αντιπροσωπευτικό, 3= είμαι αβέβαιος/η, 4= αντιπροσωπευτικό και 5= πολύ αντιπροσωπευτικό). Η δεύτερη κλίμακα, η οποία περιλαμβάνει επτά σελίδες συνολικά, αντιστοιχεί στο ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΥ ΤΥΠΟΥ η οποία είναι βασισμένη στους Cohen και Struening 1962, και τον Μαδιανό 1982. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο μετρά τον βαθμό της προκατάληψης που εμφανίζει το άτομο το οποίο το συμπληρώνει,

απέναντι στους πάσχοντες από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και περιλαμβάνει εξήντα οκτώ (68) προτάσεις στις οποίες ο συμμετέχον πρέπει να απαντήσει βάσει μιας κλίμακας από το ένα ως το έξι (όπου 1= συμφωνώ απόλυτα, 2= συμφωνώ, 3= μάλλον διαφωνώ, 4= μάλλον διαφωνώ, 5= διαφωνώ και 6= διαφωνώ απόλυτα). Βέβαια, από τις 68 συνολικά προτάσεις αναλύθηκαν μόνο οι είκοσι τρεις (23) οι οποίες έδιναν μια πιο σαφή εικόνα για την στάση του συμμετέχοντα απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Συγκεκριμένα, οι προτάσεις αυτές ήταν: η τέσσερα (4), η δεκαπέντε (15), η δεκαέξι (16), η δεκαεφτά (17), η δεκαοχτώ (18), η δεκαεννιά (19), η εικοσιένα (21), η είκοσι δύο (22), η είκοσι επτά (27), η τριάντα (30), η τριάντα ένα (31), η τριάντα τρία (33), η τριάντα τέσσερα (34), η τριάντα έξι (36), η τριάντα οκτώ (38), η σαράντα (40), η σαράντα τέσσερα (44), η σαράντα επτά (47), η πενήντα δύο (52), η εξήντα ένα (61), η εξήντα πέντε (65) και η εξήντα οκτώ (68). Πιο αναλυτικά:

- Πρόταση 4: *Μολονότι τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία μπορεί να φαίνονται ότι είναι εντάξει, δεν πρέπει να τους επιτρέπεται να παντρεύονται.*
- Πρόταση 15: *Υπάρχει κάτι που έχουν οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους.*
- Πρόταση 16: *Αν και τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περίεργους τρόπους, δεν είναι σωστό να τους περιγελάμε.*
- Πρόταση 17: (Στη συγκεκριμένη πρόταση έχει γίνει αντιστροφή στη διατύπωση κατά την ανάλυση της στο SPSS Statistics Data Editor 17.0). Η αρχική διατύπωση της ήταν η εξής: *Οι περισσότεροι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι διατεθειμένοι να δουλέψουν.*

Ενώ μετά την αντιστροφή, η διατύπωση της είναι η εξής: *Οι περισσότεροι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου δεν είναι διατεθειμένοι να δουλέψουν.*

- Πρόταση 18: Τα μικρά παιδιά των ανθρώπων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται.
- Πρόταση 19: Οι άνθρωποι που είναι πετυχημένοι στη δουλειά τους, σπάνια παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου.
- Πρόταση 21: Οι άνθρωποι δεν θα εμφάνιζαν συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου αν απέφευγαν τις κακές σκέψεις.
- Πρόταση 22: Τα άτομα στα ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.
- Πρόταση 27: Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου δεν πρέπει ποτέ αν υποβάλλονται σε θεραπεία σε νοσοκομεία με ανθρώπους που πάσχουν από σωματικές ασθένειες.
- Πρόταση 30: Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε, ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί.
- Πρόταση 31: Η καλύτερη θεραπεία για τα συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι ο εγκλεισμός σε δημόσιο νοσοκομείο.
- Πρόταση 33: Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου ποτέ δεν θα γίνουν ο παλιός τους εαυτός.
- Πρόταση 34: (Και σε αυτή την πρόταση έχει γίνει αντιστροφή κατά την ανάλυση της). Η αρχική διατύπωση της ήταν η εξής: Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία ακόμα και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένα. Ενώ μετά την αντιστροφή, η διατύπωση της ήταν η ακόλουθη: Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου δεν είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία διότι κατά κάποιο τρόπο είναι ψυχικά διαταραγμένα.

- Πρόταση 36: Η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική.
- Πρόταση 38: Όποιος είναι σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου δεν πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει.
- Πρόταση 40: Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε τους νοσηλευόμενους των ψυχιατρείων με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι να τους έχουμε κλειδαμπαρωμένους.
- Πρόταση 41: Το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου ισοδυναμεί με το να αποτύχει στη ζωή του.
- Πρόταση 44: Αν τα παιδιά υγιών μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου θα γίνονταν και αυτά πάσχοντες από τα ίδια συμπτώματα.
- Πρόταση 47: Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει από τον άνδρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή περίπτωση σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου.
- Πρόταση 52: Όπως και αν το δει κανείς, τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου δεν είναι πια πραγματική άνθρωποι.
- Πρόταση 61: Μερικές φορές τα συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου αποτελούν τιμωρία για κακές πράξεις.
- Πρόταση 65: Η περίπτωση ενός ατόμου με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή.
- Πρόταση 68: Όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά, με μια ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση).

### 3.3. Η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας:

Όπως αναφέρθηκε ήδη προηγουμένως, η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο. Η μοναδική προϋπόθεση που έπρεπε να πληροί το δείγμα ήταν πως οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι φοιτητές των τεσσάρων ετών



του τμήματος ψυχολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης και η ηλικία τους να μην αποκλίνει από την κανονική ηλικία που αντιστοιχεί στα τέσσερα έτη σπουδών (πρώτο έτος: 18 ετών, δεύτερο έτος: 19 ετών, τρίτο έτος: 20 ετών, τέταρτο έτος: 21 ετών). Αρχικά χορηγήθηκε το πρώτο ερωτηματολόγιο, αυτό δηλαδή που μετρά την συναισθηματική νοημοσύνη, και συμπληρώθηκε από διακόσιους (200) συνολικά φοιτητές, πενήντα (50) από κάθε έτος. Οι προσέγγιση των συμμετεχόντων έγινε στο χώρο του πανεπιστημίου ενημερώνοντας τους πως διεξάγεται μια έρευνα στο πλαίσιο της πτυχιακής μου εργασίας με σκοπό να διερευνηθεί αν υπάρχει κάποια αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Στην αρχική σελίδα του εν λόγω ερωτηματολογίου υπήρχαν οι παρακάτω οδηγίες:

- Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, επομένως να είστε όσο μπορείτε περισσότερο ειλικρινείς. Μη δίνεται μια απάντηση επειδή σας φαίνεται σωστή ή επειδή είναι όπως θα θέλατε να είναι.
- Είναι πολύ σημαντικό να σημειώνετε στο φύλο των απαντήσεων την πρώτη αυθόρμητη απάντηση που σας έρχεται στο μυαλό. Από έρευνες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί ότι αυτή η απάντηση είναι και η πιο αντιπροσωπευτική.
- Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε κάθε πρόταση, ώστε να είναι δυνατή η ολοκλήρωση του προφίλ της συναισθηματικής νοημοσύνης.
- Παρακαλούμε προσπαθήστε να αποφεύγετε την ενδιάμεση απάντηση (είμαι αβέβαιος/η) όσο το δυνατόν περισσότερο.
- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί συγκεκριμένη χρονική διάρκεια μέσα στην οποία θα πρέπει να απαντηθεί. Συνήθως, τα περισσότερα άτομα χρειάζονται 15-20 λεπτά.

Ο μέσος όρος χρόνου που χρειάστηκαν στην πραγματικότητα οι συμμετέχοντες για να συμπληρώσουν αυτό το ερωτηματολόγιο ήταν περίπου δέκα λεπτά. Τα 200 αυτά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε διάστημα δύο εβδομάδων. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, αυτό δηλαδή που μετρούσε την προκατάληψη απέναντι στα άτομα που πάσχουν από

σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου, χορηγήθηκε ετεροχρονισμένα από το πρώτο ερωτηματολόγιο και συμπληρώθηκε από διαφορετικά άτομα, τα οποία ωστόσο πάλι ανήκαν στον φοιτητικό πληθυσμό του τμήματος ψυχολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης. Αυτό συνέβη διότι το ενδιαφέρον της έρευνας ήταν στραμμένο στον υπολογισμό του μέσου όρου συναισθηματικής νοημοσύνης ανά έτος και πώς αυτή συσχετίζεται και αλληλεπιδρά με τον μέσο όρο της προκατάληψης που εξέφραζαν οι συμμετέχοντες ανά έτος απέναντι σε πάσχοντες από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Οι προσέγγιση των συμμετεχόντων και σε αυτή της περίπτωση έγινε στον χώρο του πανεπιστημίου, ενώ υπήρξαν διάφορες απορίες και ενστάσεις κυρίως από τους πρωτοετείς φοιτητές για το τι είναι η σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου διότι δεν είχαν τις σχετικές γνώσεις επί του θέματος λόγω του έτους στο οποίο βρίσκονταν. Βέβαια προσπάθησα να τους καταστήσω σαφές πως δεν εξετάζω τις θεωρητικές τους γνώσεις πάνω στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου αλλά αυτό που με ενδιαφέρει είναι η άποψη τους επί του θέματος. Επίσης διακόσιοι (200) φοιτητές συμπλήρωσαν και αυτό το ερωτηματολόγιο, πενήντα (50) από κάθε έτος. Για τη συμπλήρωση του οι φοιτητές χρειάστηκαν περισσότερο χρόνο από ότι για το πρώτο, λόγω του μεγέθους του. Ο μέσος όρος του χρόνου που χρειάστηκαν ανέρχεται περίπου στα 15 λεπτά. Συνολικά, για να συμπληρωθούν και τα διακόσια ερωτηματολόγια χρειάστηκαν περίπου τέσσερις εβδομάδες και αυτό γιατί μεσολάβησε περίοδος εξεταστικής και η χορήγηση τους ήταν ιδιαίτερα δύσκολη.

Αφού συγκεντρώθηκαν τα ερευνητικά δεδομένα, στην συνέχεια μεταφέρθηκαν στο SPSS Statistics Data Editor 17.0, μέσω του οποίου έγινε η ανάλυση τους. Αρχικά έγινε ο υπολογισμός του μέσου όρου συναισθηματικής νοημοσύνης για κάθε έτος ξεχωριστά ενώ στη συνέχεια έγινε ο υπολογισμός και η σύγκριση ανάμεσα στις 23 προτάσεις που χρησιμοποιήθηκαν από το δεύτερο ερωτηματολόγιο για να διαπιστωθεί ποίο από τα τέσσερα έτη φοιτητών ψυχολογίας εμφάνιζε τα υψηλότερα επίπεδα προκατάληψης προς τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, έγινε σύγκριση μεταξύ των απαντήσεων που

δόθηκαν από τους συμμετέχοντες και των τεσσάρων ετών σε κάθε πρόταση ξεχωριστά, μια προς μια, και στη συνέχεια έγινε η αναγωγή τους σε ποσοστά. Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, η αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας πάνω στο ερευνητικό ερώτημα αποδείχθη άκαρπη, αφού φαίνεται πως δεν έχει ξαναμελετηθεί υπό τη συγκεκριμένη μορφή.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Αποτελέσματα:

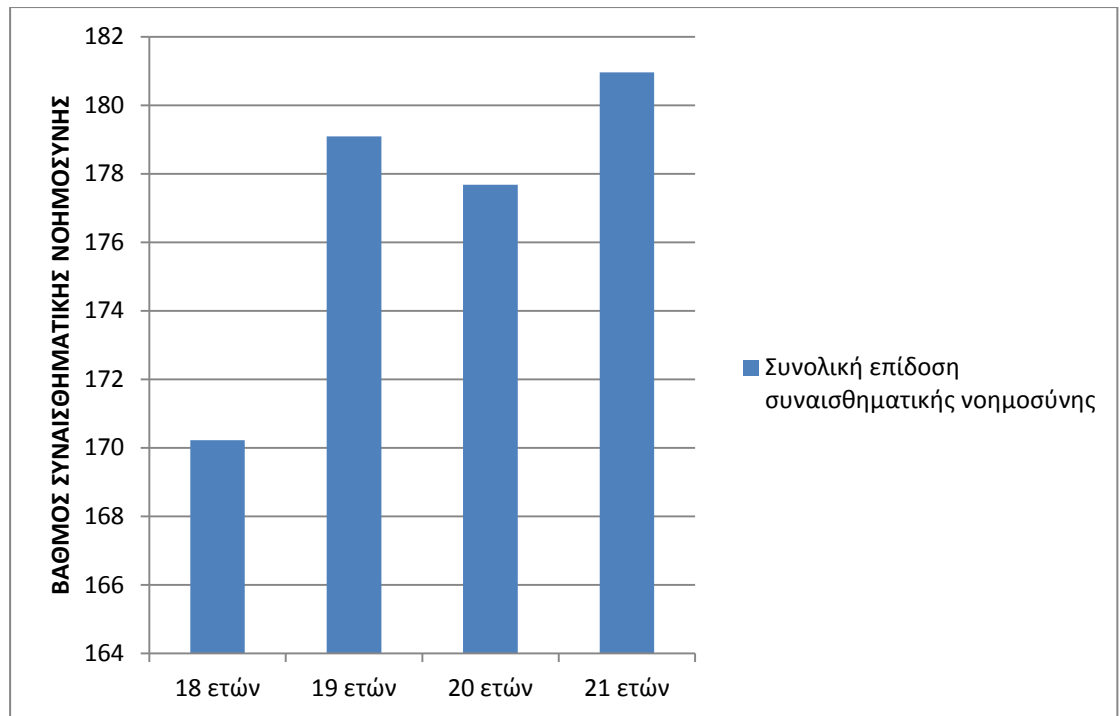
- Ο μέσος όρος συναισθηματικής νοημοσύνης ανά έτος:

ONEWAY eq\_total BY age/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY

#### Descriptives

Συνολική Επίδοση EQ

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18	50	170,2200	19,28549	2,72738	164,7391	175,7009	124,00	202,00
19	51	179,0980	22,40737	3,13766	172,7959	185,4002	135,00	225,00
20	50	177,6800	17,15052	2,42545	172,8059	182,5541	132,00	216,00
21	50	180,9600	23,02524	3,25626	174,4163	187,5037	131,00	221,00
Total	201	177,0000	20,86265	1,47154	174,0983	179,9017	124,00	225,00



➤ Τα ποσοστά προκατάληψης ανά έτος/ανά πρόταση:

```
FREQUENCIES VARIABLES=age que_4 que_15 que_16 que_17 que_18 que_19
que_21 que_22 que_27 que_30 que_31 que_33 que_34 que_36 que_38 que_
e_40 que_41 que_44 que_47 que_52 que_61 que_65 que_68
/PERCENTILES=1.0 /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM
SEMEAN MEAN /HISTOGRAM /ORDER=ANALYSIS.
```

**que\_4 (20 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	3	6,0	6,0	6,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	16,0	16,0	22,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	19	38,0	38,0	60,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	13	26,0	26,0	86,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_15 (18 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	8	16,0	16,0	16,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	20	40,0	40,0	56,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	15	30,0	30,0	86,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_16 (20 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	35	70,0	70,0	70,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	13	26,0	26,0	96,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_17 (21 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	1	2,0	2,0	2,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	6	12,0	12,0	14,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	26	52,0	52,0	66,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	14	28,0	28,0	94,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_19 (18 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	1	2,0	2,0	2,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	9	18,0	18,0	20,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	16	32,0	32,0	52,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	18	36,0	36,0	88,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_21 (20 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	2,0	2,0	2,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	7	14,0	14,0	16,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	7	14,0	14,0	30,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	15	30,0	30,0	60,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	14	28,0	28,0	88,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_22** (18 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	2,0	2,0	2,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	10	20,0	20,0	22,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	24	48,0	48,0	70,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	10	20,0	20,0	90,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	4	8,0	8,0	98,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_27** (20 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	6,0	6,0	6,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	9	18,0	18,0	24,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	12	24,0	24,0	48,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	17	34,0	34,0	82,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	5	10,0	10,0	92,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_30** (19 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	2,0	2,0	2,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	6	12,0	12,0	14,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	16,0	16,0	30,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	17	34,0	34,0	64,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	14	28,0	28,0	92,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_31** (20 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	16,0	16,0	16,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	24	48,0	48,0	64,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	11	22,0	22,0	86,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_33** (19 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	2,0	2,0	2,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	2	4,0	4,0	6,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	11	22,0	22,0	28,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	22	44,0	44,0	72,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	9	18,0	18,0	90,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



**que\_34 (20 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	4	8,0	8,0	8,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	12	24,0	24,0	32,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	13	26,0	26,0	58,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	15	30,0	30,0	88,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_36 (20 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	7	14,0	14,0	14,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	12	24,0	24,0	38,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	17	34,0	34,0	72,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	10	20,0	20,0	92,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_38 (18 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	2,0	2,0	2,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	5	10,0	10,0	12,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	6	12,0	12,0	24,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	23	46,0	46,0	70,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	9	18,0	18,0	88,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_40 (20 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	6,0	6,0	6,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	4	8,0	8,0	14,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	6,0	6,0	20,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	12,0	12,0	32,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	14	28,0	28,0	60,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	20	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_41 (20 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	3	6,0	6,0	6,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	6	12,0	12,0	18,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	9	18,0	18,0	36,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	19	38,0	38,0	74,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_44 (21 ετών)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	4,0	4,0	4,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	5	10,0	10,0	14,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	16	32,0	32,0	46,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	9	18,0	18,0	64,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	10	20,0	20,0	84,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_47** (18 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	9	18,0	18,0	18,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	14	28,0	28,0	46,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	8	16,0	16,0	62,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	14	28,0	28,0	90,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_52** (19 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	1	2,0	2,0	42,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	2,0	2,0	44,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	10,0	10,0	54,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	13	26,0	26,0	80,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10	20,0	20,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_61** (19 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	3	6,0	6,0	46,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	8,0	8,0	54,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	12,0	12,0	66,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	8	16,0	16,0	82,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_65** (20 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	2,0	2,0	2,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	3	6,0	6,0	8,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	12	24,0	24,0	32,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	17	34,0	34,0	66,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	10	20,0	20,0	86,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**que\_68** (19 ετών)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	4,0	4,0	44,0
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	7	14,0	14,0	58,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ	13	26,0	26,0	84,0
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα.

Από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν μέσω του ερωτηματολογίου που μετρά την συναισθηματική νοημοσύνη προκύπτει πως τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης εμφανίζουν οι φοιτητές του τέταρτου έτους (21 ετών), με συνολικό βαθμό 180,96. Ακολουθούν οι δευτεροετείς φοιτητές (19 ετών) με συνολικό βαθμό 179,09. Τρίτοι στην κατανομή βρίσκονται οι τριτοετείς φοιτητές (20 ετών) με συνολικό βαθμό συναισθηματικής νοημοσύνης 177, 68 ενώ οι φοιτητές με τον χαμηλότερο

συνολικό βαθμό, 170,22 είναι αυτοί που βρίσκονται στο πρώτο έτος (18 ετών). Όπως διαφαίνεται βάσει ευρημάτων, τα αποτελέσματα είναι ανομοιόμορφα, δεν ακολουθούν δηλαδή αύξουσα πορεία. Βέβαια, τα αποτελέσματα των φοιτητών του πρώτου και τέταρτου έτους άπτονται της θεωρίας σχετικά με την συναισθηματική νοημοσύνη. Πιο συγκεκριμένα όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η συναισθηματική νοημοσύνη είναι κάτι που μπορεί να διδαχτεί πάντα βέβαια με την βοήθεια των κατάλληλων ειδικών. Έτσι λοιπόν εν προκειμένω, θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί πως στην περίπτωση του δείγματος μας, οι κατάλληλοι ειδικοί είναι οι διδάσκοντες καθηγητές. Καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της συναισθηματικής νοημοσύνης διαδραματίζει το είδος και το περιεχόμενο των διδακτέων μαθημάτων. Το τμήμα ψυχολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης αποτελεί εξαίρεση διότι σε αυτό διδάσκονται μαθήματα από όλους τους γνωστικούς κλάδους ψυχολογίας. Έτσι, οι τεταρτοετείς φοιτητές που βρίσκονται στο τέλος των σπουδών τους και έχουν διδαχτεί όλα τα μαθήματα που προβλέπει ο οδηγός σπουδών, έχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα και γνώση ως προς τις διάφορες συναισθηματικές, νευροφυσιολογικές και λειτουργίες/δυσλειτουργίες συνείδησης που ένα άτομο μπορεί να παρουσιάζει. Επομένως, είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται καλύτερα τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις/αποκρίσεις, να αναπτύσσουν ικανότητες που τους βοηθούν να εκλαμβάνουν, να εκφράζουν, να καταλαβαίνουν και να διαχειρίζονται τα δικά τους συναισθήματα αλλά και τα συναισθήματα των άλλων. Εν συντομία δηλαδή, αναπτύσσουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης. Στην περίπτωση των πρωτοετών φοιτητών, καθίσταται αυτονόητο βάσει του προαναφερθέντος επιχειρήματος, πως θα συγκέντρωναν χαμηλότερο βαθμό συναισθηματικής νοημοσύνης εφόσον βρίσκονται ακόμα στην αρχή των σπουδών τους και δεν έχουν καλύψει μεγάλο φάσμα των διδακτέων μαθημάτων. Ωστόσο τα αποτελέσματα που βρέθηκαν για το δεύτερο και τρίτο έτος δεν είναι συνακόλουθα της θεωρίας περί συναισθηματικής νοημοσύνης, άρα ίσως εμπλέκονται και κάποιες άλλες μεταβλητές και παράγοντες που δεν λήφθηκαν υπόψη στην προκειμένη έρευνα. Βέβαια, ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί η δεύτερη θέση που καταλαμβάνει το δεύτερο έτος. Το υψηλό αυτό επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης από το

οποίο χαρακτηρίζεται ίσως είναι αποτέλεσμα της εξαιρετικά ενεργού καθημερινής συμμετοχής και παρακολούθησης των μαθημάτων από τους φοιτητές που ανήκουν στο δεύτερο έτος. Η συμμετοχή αυτή ίσως είναι απόρροια των ιδιαίτερα αυξημένων απαιτήσεων των καθηγητών προς τους νεοεισαχθέντες φοιτητές. Μάλιστα ο νέος νόμος Ν. 4009, άρθρο 33, προβλέπει πως οι φοιτητές οι οποίοι εισήχθησαν στο πανεπιστήμιο κατά το ακαδημαϊκό έτος 2011-2012 και εξής έχουν ανώτερη διάρκεια φοίτησης ίση με τον αριθμό των ετών που προβλέπεται στο ενδεικτικό πρόγραμμα σπουδών, προσαυξημένο κατά 2 έτη. Επομένως, οι φοιτητές του τμήματος ψυχολογίας που εισήχθησαν κατά το 2011-2012 είναι υποχρεωμένοι να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους σε έξι χρόνια (δώδεκα εξάμηνα), πράγμα που δεν ίσχυε μέχρι πρότινος, άρα η κατάσταση καθίσταται αυτόματα πιο δύσκολη. Καταυτόν τον τρόπο λοιπόν, ίσως εξηγείται η τόσο ενεργή συμμετοχή και παρακολούθηση των μαθημάτων που χαρακτηρίζει τους δευτεροετείς φοιτητές.

Η ανάλυση των δεδομένων του δεύτερου ερωτηματολογίου που μετρά τον βαθμό της προκατάληψης που εμφάνισαν οι συμμετέχοντες απέναντι στους πάσχοντες από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου υπέδειξε πως τα υψηλότερα ποσοστά προκατάληψης εμφάνισε το τρίτο έτος (20 ετών), συγκεντρώνοντας τα υψηλότερα ποσοστά προκατάληψης σε δέκα (10) από τις συνολικά είκοσι τρεις (23) προτάσεις του ερωτηματολογίου. Ακολουθούν το πρώτο και δεύτερο έτος με υψηλότερα ποσοστά προκατάληψης το κάθε ένα σε πέντε (5) από τις είκοσι τρεις (23) προτάσεις. Τέλος, το έτος με το χαμηλότερο ποσοστό προκατάληψης είναι το τέταρτο το οποίο συγκέντρωσε υψηλότερα ποσοστά σε μόλις δύο (2) από τις συνολικά είκοσι τρεις (23) προτάσεις. Ωστόσο η πρόταση με τον αριθμό δεκαοκτώ (18) δεν συμπεριλήφθηκε στους παραπάνω πίνακες διότι το πρώτο, το δεύτερο και το τρίτο έτος έδωσαν ακριβώς τις ίδιες απαντήσεις (38% - διαφωνώ). Πιο συγκεκριμένα, τα αναλυτικά αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα:

*Σημείωση.* Θα ήταν χρήσιμο να επισημανθεί πως στο σημείο αυτό δεν επαναλαμβάνονται οι διατυπώσεις των προτάσεων αφού έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Πρώτο έτος (18 ετών):

- Στην πρόταση 15 το 40% απάντησε «μάλλον συμφωνώ»
- Στην πρόταση 19 το 36% απάντησε «διαφωνώ»
- Στην πρόταση 22 το 48% απάντησε «μάλλον συμφωνώ»
- Στην πρόταση 38 το 46% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 47 το 28% απάντησε «μάλλον συμφωνώ»

Δεύτερο έτος (19 ετών):

- Στην πρόταση 30 το 34% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 33 το 44% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 52 το 26% απάντησε «διαφωνώ»
- Στην πρόταση 61 το 18% απάντησε «διαφωνώ απόλυτα»
- Στην πρόταση 68 το 26% απάντησε «διαφωνώ»

Τρίτο έτος (20 ετών):

- Στην πρόταση 4 το 28% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 16 το 70% απάντησε «συμφωνώ απόλυτα»
- Στην πρόταση 21 το 30% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 27 το 34% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 31 το 48% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 34 το 30% απάντησε «διαφωνώ»
- Στην πρόταση 36 το 34% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 40 το 40% απάντησε «διαφωνώ απόλυτα»
- Στην πρόταση 41 το 38% απάντησε «διαφωνώ»
- Στην πρόταση 65 το 34% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»

Τέταρτο έτος (21 ετών):

- Στην πρόταση 17 το 52% απάντησε «μάλλον διαφωνώ»
- Στην πρόταση 44 το 32% απάντησε «μάλλον συμφωνώ»

Έχοντας μπροστά μας τα αποτελέσματα και των δύο ερωτηματολογίων μπορούμε να πούμε πως η αρχική μας υπόθεση επιβεβαιώνεται. Πράγματι, οι τεταρτοετείς φοιτητές οι οποίοι φέρουν τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης εμφανίζουν και τα χαμηλότερα επίπεδα

προκατάληψης προς τη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και τους πάσχοντες από αυτή. Ωστόσο, αν δεχτούμε πως η συναισθηματική νοημοσύνη συσχετίζεται με τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου (δηλαδή όσο μεγαλύτερη η συναισθηματική νοημοσύνη, τόσο μικρότερη η προκατάληψη πως τη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου), τότε θα έπρεπε το πρώτο έτος που έχει το χαμηλότερο επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης (170,22), να παρουσιάζει και τα υψηλότερα ποσοστά προκατάληψης, πράγμα που δεν προκύπτει από τα αποτελέσματα μας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί τα δεδομένα των δύο ερωτηματολογίων δεν συσχετίστηκαν μεταξύ τους απόλυτα, άτομο προς άτομο, αλλά η έρευνα προσεγγίστηκε συσχετίζοντας τους μέσους όρους ανά έτος.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Adorno, T. W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D. J., & Stanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper.

Alisky, J. M., & Iczkowska, K. A. (1990). Barriers to housing for deinstitutionalized psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 93-95.

Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 304-309.

Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 92-99.

Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. M., & Grant, P. M. (2009). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research and Therapy*. Guilford, New York, NY.

Bednar, R. L., & Peterson, S. R. (1995). Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice. *American Association, Washington, DC*.

Bental, R. P., Corrocan, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions. *Clinical Psychology, 21*, 1143-1192.

Bordleri, J., & Drehmer, D. (1986) Hiring decisions for disabled workers' Looking at the cause. *Journal of Applied Social Psychology, 16*, 197-208.

Cherniss, C. (2004). Intelligence, Emotional. *Encyclopedia of Applied Psychology, 2*, 315-319.

Cherniss, C. (2000). Emotional Intelligence: What is and Why it Matters. *Society for Industrial and Organizational Psychology, New Orleans*.

Corrigan, P.W. (1998). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 201-222.

Corrigan, E. W., & Penn, D. L. (1997) Disease and discrimination. Two paradigms that describe severe mental illness. *Journal of Mental Health, 6*, 355-366.

Couture, S. M., Blanchard, J. J., & Bennett, M. E. (2011). Negative expectancy appraisals and defeatist performance beliefs and negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research, 189*, 43-48.

Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review, 108*, 593-623.

Crocker, J., Major, & Steele, C. (1998). Social stigma. *The handbook of social psychology*, 2, 504-553.

Edwards, A. L. (1957). *Techniques of attitude scale construction*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Ertugrul, A., & Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 73-77.

Fazio, R. H. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. *Attitude structure and function*, 153-179.

Freudenreich, O., Cather, C., Evins, A. E., Henderson, D. C., & Coff, D. C. (2004). Attitudes of schizophrenia outpatients towards psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1372-1376.

Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 95-104.

Hewstone, M., & Stroebe, W. (2001). Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία. *Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση*, 3, 644-648.

Himmelfarb, S., & Eagly, A. H. (1974). *Readings in attitude change*. New York: Wiley.

Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2008). Κοινωνική Ψυχολογία. *Εκδόσεις Guttenberg*, 200-203 & 463-468.

Horan, W. P., Rassovsky, Y., Kern, R. S., Lee, J., Wynn, J. K., & Green, M. F. (2010). Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 261-276.

Hovland, C., & Sears, R. R. (1940). Minor studies in aggression: Correlations of lynchings with economic indices. *The Journal of Psychology*, 9, 301-310

Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204.

Κοκκινάκη, Φ. (2006). Κοινωνική Ψυχολογία: Εισαγωγή Στη Μελέτη Της Κοινωνικής Συμπεριφοράς. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω, 211-212.

Lally, S. J. (1989). Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophr. Bull*, 15, 253-265.

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.

Livingston, J. D., & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.

Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98, 194-200.

Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A., & Beattie N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149, 89-95.

Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S., & Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science and Medicine*, 39, 155-164.

Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., & Blanchard, J., J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 205, 43-47.

Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and it is to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatry outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.

Rusch, N., & Angermeyer, M.C., & Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.

Sadock, J.B., & Sadock, A.V (2007). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 161.

Sadock, J.B., & Sadock, A.V (2007). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 180.

Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition, and personality*, 9(3), 185-211.

Siris, S. G. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15, 127-135.

Sosowsky, L. (1980). Explaining the increased arrest rate among mental patients. A cautionary note. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1602-1604.

Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype vulnerability and the intellectual test performance of African-Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811.

Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B.A., & Kikuzawa S. (2000). Responses to nervous breakdown in America over a 40-year period: mental health policy implications. *American Psychologist*, 55, 740-749.

Swita, P., Wciorka, J., Smolarska-Swita, J., & Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 24, 513-520.

Thorup, A., Peterson, L., Jepperson, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, C., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. (2007). Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 396-405.

Thurstone, L. L. (1931). The measurement of social attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 249-269.

Tsang, H. W., Fung, K. M., & Corrigan, P. W. (2009). Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 3-14.

Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2010). Quality and correlates of specific self-esteem at the beginning stabilization phase of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 179, 130-138.

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59, 1437-1442.