

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΟΥ Σ. ΜΠΑΛΙΑΤΣΑ**  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 1599**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΝΕΣΤΟΡΟΣ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2005-2006**





“Το Αίνιγμα της Σφίγγας και η Απάντηση του Οιδίποδα”

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Όταν η Ψυχή Αποτυπώνεται στο Χαρτί	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
Ψυχική Υγεία και Ψυχική Αρρώστια	9
Η Έννοια του Όρου Στάση	11
<b>Σχιζοφρένεια</b>	13
Ιστορική Αναδρομή	13
Συμπτώματα της Σχιζοφρένειας	14
Θετικά Ψυχωσικά Συμπτώματα	16
Αρνητικά Ψυχωσικά Συμπτώματα	18
Αιτιολογία της Σχιζοφρένειας	24
Ψυχολογικές Θεωρίες	30
Ψυχοθεραπευτική Αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας	35
Το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης	41
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	45
Στάσεις Απέναντι στην Ψυχική Ασθένεια	45
Ευρήματα από Έρευνες σε Διεθνές Επίπεδο	45
<b>Στάσεις Απέναντι στη Σχιζοφρένεια</b>	50
Ευρήματα Διεθνών Ερευνών	50
<b>Ερευνητικοί Στόχοι και Υποθέσεις</b>	66
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΜΕΘΟΔΟΣ	72
<b>Δείγμα</b>	72
<b>Ερευνητικό Υλικό</b>	79
<b>Ερευνητική Διαδικασία</b>	85

ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	86
<b>Διαφοροποίηση Μεταβλητών</b>	86
<b>Συσχέτιση Ερωτηματολογίων</b>	118
<b>ΜΕΡΟΣ Δ΄: ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	123
Μια Αφιέρωση για Επίλογο..	140
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	142
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	146

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επόπτη της παρούσας εργασίας καθηγητή κ. Ιωάννη Νέστορος για την εμπιστοσύνη του, καθώς και για τις πολύτιμες υποδείξεις και συμβουλές του καθ' όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της εργασίας, στους επίκουρους καθηγητές του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Καραδήμα, κ. Καφέτσιο, κ. Σίμο και στον αναπληρωτή καθηγητή κ. Σιδερίδη για τις σημαντικές οδηγίες που μου έδωσαν στο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας, καθώς και στον λέκτορα του Τομέα Ψυχολογίας του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Βασίλη Παυλόπουλο, για τον ίδιο λόγο. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ, οφείλω στους φοιτητές και τους καθηγητές του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης για την άψογη συνεργασία τους.

*Στους συνανθρώπους μας με σχιζοφρένεια.*

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τις στάσεις των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, να εξεταστούν οι στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια σε συνάρτηση με την επιμόρφωση των φοιτητών σε θέματα ψυχιατρικής και ψυχοπαθολογίας, αλλά και τη διδασκαλία του βαρύνουσας σημασίας μαθήματος “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, καθώς και με το αν έχουν βιώσει στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον συμπεριφορές παρανοειδούς σχιζοφρένειας. Επίσης να συγκρίνει τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη νόσο, με αυτές που έχουν για τον εαυτό τους, σε περίπτωση που οι ίδιοι είχαν (υποθετικά ή όχι), έχουν ή πιστεύουν πως έχουν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα. Τέλος, να μελετηθούν οι παραπάνω στάσεις σε σχέση με την βαθμολογία του δείγματος σε κλίμακες ψυχοπαθολογίας, έτσι ώστε να δούμε αν υψηλότερη ή χαμηλότερη βαθμολογία σε αυτές τις κλίμακες, σχετίζεται με θετικότερη ή αρνητικότερη στάση απέναντι σε τομείς που αφορούν τη σχιζοφρένεια.

Το δείγμα αποτελείται από 100 (33 άνδρες και 67 γυναίκες) – ηλικίας 17 έως 45 χρόνων – από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν ήταν η “κλίμακα Στάσεων Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ.) των Νέστορος, Πλατρίτη, Τσούρη και Κατάκη, η ίδια κλίμακα για την αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης απέναντι στα “δικά τους” (υποθετικά κατά βάση) ψυχολογικά προβλήματα, το MMPI test (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), των Hathaway και McKinley και τέλος ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από δώδεκα (12) ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν πληροφορίες, όπως τις επιδόσεις των φοιτητών στο μάθημα της Ψυχοπαθολογίας



Ενηλίκων, την επιμόρφωση τους σε θέματα ψυχοπαθολογίας και ψυχιατρικής μέσω σχετικών επιστημονικών συγγραμμάτων αλλά και εμπειρίες τους σχετικά με άτομα που έχουν διαγνωστεί με παρανοειδή σχιζοφρένεια στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον. Από τις αναλύσεις των αποτελεσμάτων προέκυψαν πολλά αξιοπρόσεχτα στοιχεία. Τα κυριότερα κρίνουμε πως είναι τα εξής: 1) Όσο αυξάνεται η ηλικία και το έτος των φοιτητών, μειώνεται η προκατάληψή τους απέναντι στη σχιζοφρένεια. 2) Οι φοιτητές που ζουν σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους, εμφανίζουν τον μικρότερο βαθμό προκατάληψης. 3) Το ίδιο ισχύει και για όσους δήλωσαν πως είναι παντρεμένοι. 4) Τα αρνητικά στερεότυπα, σχετίζονται με αυξανόμενη προκατάληψη, ενώ οι θετικότερες αντιλήψεις με θετικότερη στάση απέναντι στους ασθενείς. 5) Περισσότερο προκατειλημμένοι, είναι όσοι θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται κυρίως από τα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα, όσοι υποστηρίζουν περισσότερο τις εγκεφαλικές επεμβάσεις και την φαρμακοθεραπεία ως θεραπευτικές μεθόδους, εκείνοι που θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό αποτελεσματικούς τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους και τέλος οι φοιτητές που πιστεύουν πως τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζονται θετικότερα από την ελληνική κοινωνία συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη. 6) Οι φοιτητές του Τμήματος που έχουν εξεταστεί επιτυχώς στο μάθημα “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, είναι λιγότερο προκατειλημμένοι απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια. 7) Εκείνοι που έχουν διαβάσει πολύ το σύγγραμμα του κ. Νέστορος “Στον Κόσμο της Ψύχωσης”, έχουν θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχοθεραπεία ως μέσο αντιμετώπισης της νόσου. 8) Οι φοιτητές ψυχολογίας δεν διαχωρίζουν κοινωνικά τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια από τους εαυτούς τους. 9) Μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της Υποχονδρίασης, σχετίζεται με αυξανόμενο βαθμό προκατάληψης απέναντι στη σχιζοφρένεια.

## ΟΤΑΝ Η ΨΥΧΗ ΑΠΟΤΥΠΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΧΑΡΤΙ

Αυτό το ποίημα γράφτηκε από τον Dr Gurpratap Singh, ένα νεαρό γιατρό ο οποίος απολύθηκε από την στρατιωτική ιατρική υπηρεσία εξαιτίας της ασθένειάς του:

### Σκιά

Κλειδωμένος στον εαυτό...  
Χωρίς παράθυρα ή πόρτες.  
Ένα ονειρικό κλουβί εσωτερικού εγκλεισμού:  
Μπλεγμένο στην απομόνωση. Χωρίς λόγια.  
Μου κόβεται η αναπνοή...  
Από αγέρωχα ύψη.  
Τα πάθη τρεμοσβήνουν, ποτέ δεν πιάνουν φωτιά.  
Αναζωπυρώνονται ξανά και ξανά-ένας γκρεμισμένος χαρταετός.  
Σκέφτομαι, φαντάζομαι, διανοούμαι  
Γυρίζοντας γύρω και γύρω, συνέχεια γύρω.  
Ένα ταξίδι σε αθέατα μέρη  
Κάθε στιγμή της μέρας.  
Λένε ότι είσαι ανεπαρκώς γυρισμένος  
Ο νευρωνικός σύνδεσμος γίνεται χαοτικός,  
μια “χημική ασυμμετρία” Ντόπα-αμίν!  
Άλλη μια περίπτωση: αντίο.  
Γίνομαι μια σκιά του εαυτού,  
που γράφει καχύποπτα  
Αλλάζοντας διαστάσεις μέσα στη μέρα...  
Όμως πάντα κολλάει.  
Το στοιχείο του παιχνιδιού.  
Στολισμένο, αστραφτερά πετράδια  
Με την αθωότητα της παιδικής ηλικίας,



την σύγχυση της εφηβείας  
την ωριμότητα των ενηλίκων:  
Πήδα ψηλά για να σπάσεις την σκιά.  
ανατέλλει, ανατέλλει  
Ένας φοίνικας μέσα από τις στάχτες  
Η σκιά δεν υπάρχει πια.  
Η ανταμοιβή υπάρχει στο τέλος.  
Αυτή είναι η αρχή...

Ένα ποίημα που έγραψε η D. από τις Η.Π.Α:

### Πουθενά

Όπου κι αν είμαι, είναι το μέρος που δεν θέλω να βρίσκομαι  
σε αυτή την μίζερη ζωή.  
Αποδεχόμενη το δόγμα των καταθλιπτικών ότι η ζωή ισούται  
με πόνο.  
Ότι κι αν κάνω είναι τόσο ματαιόδοξο.  
Σε ζοφερή σιωπή κάθομαι, με ένα μυαλό που λένε ότι είναι διχασμένο.  
Τις μέρες που έχει φρέσκο αέρα, αναπνέω με απελπισία.  
Δεν έχω ούτε χαθεί, ούτε βρεθεί. Προσπαθώ να βρώ νόημα  
αντί να είμαι θαμμένη υπόγεια.  
Το να φαντάζομαι πως θα ήθελα να ζώ σε μια χώρα  
είναι αξιοπρεπές:  
Με βοηθά να πολεμήσω αυτή την γεμάτο πόλεμο ζωή.  
Φίλοι λίγοι και μακρινοί: πέφτοντας πάνω τους σαν φωτεινή αχτίδα.  
τις τελευταίες μέρες αφαιρείται η ρίζα: τρώγοντας συνταγογραφημένα  
χάπια σαν τα φρούτα.  
Στοχεύω σε καλύτερες μέρες ελπίζοντας να χρησιμοποιήσω  
αυτό τον θυμό σε εποικοδομητικούς δρόμους.  
Το φαγητό η παντοτινή μου διαστροφή, γεμίζω το στομάχι μου  
με πλεονεξία.

*Η μητέρα μου αγαπά το να με κρατά ζωντανή. Εκπλήσσομαι που τα έχω καταφέρει μέχρι τα εικοσιπέντε.*

Η Ζ. από την Αγγλία αναφέρει:

“ Ήταν πριν 4 χρόνια όταν ο κόσμος μου αναποδογυρίστηκε από την ψυχική ασθένεια. Έγινε διάγνωση ότι έπασχα από παρανοϊκή ψύχωση, μία αρρώστια κάτω από την ομπρέλα της σχιζοφρένειας. Υπέφερα από ιδέες καταδίωξης και μεγαλείου οι οποίες γίνονταν όλο και αλλόκοτες όσο περνούσαν οι μέρες. Άκουγα φωνές, αποπειράθηκα να αυτοκτονήσω και δεν εμπιστευόμουν κανέναν, ούτε τους αστυνομικούς, ούτε τους γιατρούς, γιατί όπως πίστευα όλοι ήταν αναμεμιγμένοι σε μια συνομωσία εναντίον μου. Πίστευα ότι η οικογένειά μου είχε δολοφονηθεί.

Μετά από δύο βδομάδες έχοντας ζήσει τους χειρότερους φόβους μου, εισήχθησα σε κλινική και έλαβα θεραπεία στην οποία ανταποκρίθηκα καλά. Μέσα σε μια εβδομάδα συμφωνήθηκε ότι μπορούσα να γυρίσω σπίτι μου. Ήταν η στιγμή που ο “πόλεμος” ξεκίνησε ξανά. Ήμουν ακόμη βαριά παρανοϊκή και άκρως καταθλιπτική. Έβρισκα αδύνατο να σηκωθώ από το κρεβάτι τα πρωινά και ένιωθα ότι δεν άξιζε να ζει κανείς. Όμως είχα αποφασιστικότητα και με την υποστήριξη των φίλων και της οικογένειάς μου κατάφερα να αναρρώσω από αυτή την φρικτική ασθένεια. Γιατί αυτό είναι. Μια αρρώστια από την οποία πολλοί άνθρωποι αναρρώνουν. Γιατί τότε υπάρχει τόσο πολύ στίγμα; Πολλοί πιστεύουν λανθασμένα ότι όλοι όσοι υποφέρουν από σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνοι. Για τους ίδιους τους ασθενείς μπορεί, αλλά στην πραγματικότητα μόνο μια μικρή μειοψηφία είναι επικίνδυνοι. Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι οι σχιζοφρενείς δεν ξεφεύγουν ποτέ από την ασθένειά τους και ότι παραμένουν σε μια ψευδαίσθηση για το υπόλοιπο της ζωής τους. Πόσο αναληθές! Με τον καιρό οι δείκτες ανάρρωσης βελτιώνονται και ο αριθμός των ανθρώπων που βιώνουν την ασθένεια ως χρόνια ολοένα και μειώνεται...

Ένα χρόνο αργότερα, ένας οικογενειακός φίλος ρώτησε τη μητέρα μου ‘ Τι κάνει η χαριτωμένη κόρη σου; ‘. Να γιατί μιλάω άφοβα. Η ιστορία μου χρειάζεται να ειπωθεί για να βοηθήσει τους ανθρώπους που περνάνε όσα πέρασα να καταλάβουν ότι υπάρχει φως στο τέλος του τούνελ και να αποδείξει στην κοινή γνώμη ότι ήμουν απλώς άρρωστη και όπως πολλοί άλλοι πριν από μένα έγινα καλά.

Όταν κάποιος σας αναφέρει ότι έχει μια ψυχική ασθένεια, μην του γυρίσετε την πλάτη. Αν μπορείτε μιλήστε του και ανακαλύψτε πως νιώθει. Σεβαστείτε μας που παλεύουμε και βγαίνουμε νικητές από αυτή την δύσκολη εμπειρία. Μάθετε από μας.

Εδώ και 4 χρόνια είμαι ξανά ο παλιός μου εαυτός, αλλά με μια ανανεωμένη σοφία και κατανόηση προς τους άλλους, Δουλεύω κανονικά στον τομέα του μάρκετινγκ, έχω το σπίτι μου, μια δραστήρια κοινωνική ζωή, και ζω κάθε λεπτό της μέρας μου γιατί ποτέ δεν ξέρεις τι σε περιμένει. Και αυτό ισχύει για όλους μας “.

#### Η Μ. από τον Καναδά αναφέρει:

“ Έγινε η διάγνωση ότι είχα σχιζοφρένεια όταν έμαθα πως ήμουν έγκυος. Όταν η μητέρα μου είπε στους γείτονες ότι περίμενα παιδί, ρώτησαν: ‘ Πότε θα κάνετε την έκτρωση; ‘. Αυτό είναι στίγμα, ένα μεγάλο στίγμα. Η κόρη μου τώρα είναι 6 χρονών “.

Ο F. από την Γερμανία συνυπάρχει με την σχιζοφρένεια, όμως επέστρεψε στην έμμισθη εργασία μετά από ένα σκληρό “πόλεμο” που του έκαναν στην δουλειά. Θυμάται χαρακτηριστικά:

“ Όταν συνήλθα από το πρώτο επεισόδιο προσπάθησα βλακωδώς να έρθω σε επαφή με τον εργοδότη μου. Προσπάθησα να τους εξηγήσω ότι δεν ήμουν καλά και εκείνοι χωρίς να δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον αστειεύονταν ρωτώντας με ως πότε θα με άντεχε η γυναίκα μου! Μου είπαν πως δεν μπορούν να κάνουν πια κάτι για μένα και ότι δεν ήθελαν να δουλέψω ξανά εκεί...και έτσι τερμάτισαν την συζήτηση. Θα ήταν καλύτερο να μην πουν τίποτα...”

Η Α. επίσης από την Γερμανία, της οποίας ο γιος διαγνώστηκε πρόσφατα με σχιζοφρένεια, μιλάει για την αποστασιοποιημένη συμπεριφορά των οικογενειακών τους φίλων:

“ Υπάρχει ανασφάλεια. Θα έλεγα πολύ ανασφάλεια. Μου έκανε εντύπωση το ότι οι φίλοι που ήρθαν σε επαφή μαζί μας, ας πούμε μετά από 3 – 4 βδομάδες, είπαν: ‘ Δεν ξέρουμε αλήθεια πως να το χειριστούμε όλο αυτό. Προσπαθούμε να ενημερωθούμε και τώρα αρχίζουμε να συνειδητοποιούμε πόσο πολύπλευρη είναι αυτή η ασθένεια. Όλα είναι πολύ μπερδεμένα ‘. Αυτό που με προβληματίζει είναι αυτή η ανασφάλεια απέναντι στον γιο μας, ώστε σχεδόν τους το ζητήσαμε εμείς να επικοινωνήσουν μαζί του λέγοντας: ‘ Γιατί δεν τον παίρνετε κανένα τηλέφωνο; ‘ Και η απάντηση: ‘ Τι μπορούμε να πούμε μαζί του; Τι ερωτήσεις να του κάνουμε; ‘ . “

Μία 37χρονη γυναίκα από την Κίνα με σχιζοφρένεια εξομολογείται:

“ Όταν ήμουν 25, το αγόρι μου ήταν γιατρός. Μια φορά προσπάθησα να πάρω κρυφά το φάρμακό μου όμως με είδε. Με ρώτησε τι είδους χάπι ήταν. Του είπα ψέμματα, όμως εκείνος το κατάλαβε και δεν ειδωθήκαμε ξανά.....Είναι ψυχίατρος “.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### Ψυχική Υγεία και Ψυχική Αρρώστια: Ορισμός και κριτήρια

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (Π.Ο.Υ.) , *ψυχική υγεία* είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας,όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

Η Marie Jahonda έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1958) και η θέση της έχει γίνει γενικά αποδεκτή (Έκθεση της Joint Commision on Mental Illness and Health).Ορίζει τη θετική ψυχική υγεία ως το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς,σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περικλείει επτά χαρακτηριστικά:1)την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του,2)τη δυνατότητα του ατόμου να' ναι αυτοδύναμο,3)τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες (μια σύνθεση της πρώτης και δεύτερης ιδιότητας),4)τη δυνατότητα του ατόμου να ναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,5)την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον,6)την ικανότητα να αγαπά,να εργάζεται και να διασκεδάζει και 7)τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του.

Κατά τους Στεφανή και συν. (1979), για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής υγείας,πρέπει να εφαρμοστούν βασικά και συμπληρωματικά κριτήρια. Τα ακόλουθα κριτήρια θεωρούνται βασικά:

α) *Το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.* Μη υγιής θεωρείται εκείνος του οποίου η συμπεριφορά αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των μελών μιας κοινότητας. Είναι ένα ανεπαρκές κριτήριο,γιατί βασίζεται στην υπόθεση ότι τα ψυχικά άρρωστα άτομα είναι ελάχιστα,γεγονός που αντικειμενικά δεν είναι αληθές,και δεν καθορίζει διαχωριστικά όρια μεταξύ παθολογικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς.

β) *Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου, κλινικά διαπιστωμένης,* ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Το κριτήριο αυτό, κατά τον Στεφανή,είναι το ασφαλέστερο,γιατί “συμπυκνώνει τα πλεονεκτήματα όλων των άλλων κριτηρίων και είναι ικανό να συμπεριλάβει την εφαρμογή του στο σύνολο των μεταβλητών που καθορίζουν την ατομική ζωή”.

γ) Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής που δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς αγνοώντας την υποκειμενικότητα των ψυχολογικών αιτιάσεων του ατόμου. Είναι ένα κριτήριο αντιδραστικό, γιατί θεωρεί ως καθολικό ό,τι δεν είναι σύμφωνο με τις επικρατούσες αξίες(values), άρα ό,τι είναι, π.χ., πρωτοποριακό μπορεί να θεωρείται και περιθωριακό. Η προϋπόθεση για την εφαρμογή αυτού του κριτηρίου είναι ότι όλα τα μέλη της κοινωνίας δε διαφοροποιούνται από πλευράς κοινωνικοπολιτιστικών επιρροών που 'χρωματίζουν' τη συμπεριφορά του κάθε μέλους.

δ) Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας είναι ένα κριτήριο μικρής αξιοπιστίας, διότι τα άτομα διαφοροποιούνται από την επίγνωση και έκφραση της δυσφορίας. Σαν συμπληρωματικά κριτήρια, θεωρούνται τα παρακάτω ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στο συγκεκριμένο κοινωνικό του χώρο και χρόνο.1) ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, που του επιτρέπει να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες (βιολογικές, οικονομικές, ψυχολογικές, κοινωνικές), 2) επίγνωση της προσωπικής ταυτότητας, 3) επίγνωση του σκοπού της ζωής και των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις, 4) επίγνωση του κοινωνικού και φυλετικού ρόλου και 5) αντοχή στο περιβαλλοντικό στρες.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του ιδανικού ατόμου είναι τα παρακάτω όπως παρατίθενται από τον Στεφανή (1979): 1) αισιοδοξία, 2) ανεξαρτησία, 3) οργάνωση και συστηματικότητα, 4) περιέργεια, 5) ταυτότητα ρόλου, 6) συναγωνιστικότητα και συνεργατικότητα, 7) έκφραση και έλεγχος των συγκινήσεων, 8) ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, 9) ασφάλεια, 10) αυτοεκτίμηση και 11) ικανότητα λήψης αποφάσεων.

Τα χαρακτηριστικά αυτά της φυσιολογικής συμπεριφοράς είναι φανερό ότι αναφέρονται και στον ορισμό που δόθηκε από την Jahoda (1958). Αν δεχτούμε ότι το φυσιολογικό άτομο έχει ισχυρό *Εγώ*, τότε αντέχει σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις, όταν η πραγματικότητα του αρνείται την ικανοποίηση των αναγκών του, βρίσκει υποκατάστατα με συνειδητούς μηχανισμούς, δεν καταφεύγει εύκολα σε μηχανισμούς απώθησης, άρνησης, μόνωσης, αποσύνδεσης ή προβολής για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της πραγματικότητας. Η ισχυροποίηση του *Εγώ* μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα κριτήριο ψυχικής υγείας, αν και είναι περισσότερο μηχανισμός επίτευξης ψυχικής υγείας. Είναι φανερό ότι η Jahoda, στον ορισμό της, συνδυάζει τα κυριότερα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ιδανικού τύπου προσωπικότητας.

Επομένως με βάση τα παραπάνω, μπορούμε να πούμε ότι η ψυχική ασθένεια, ορίζεται ως μια ψυχολογική δυσλειτουργία (κατάρρευση της γνωστικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής λειτουργίας του ατόμου), μια έκδηλη ενόχληση ή αδυναμία λειτουργίας του ατόμου (το οποίο γίνεται ιδιαίτερα αναστατωμένο) και μια αντίδραση που δεν είναι τυπική ή πολιτισμικά αναμενόμενη (Barlow & Durand, 2000).

### Η Έννοια του Όρου “Στάση”

Σε κάθε πολιτιστικό μόρφωμα (culture) απαντάται η έννοια της συναισθηματικής ή ψυχολογικής διαφορετικότητας. Κάθε πολιτιστικό μόρφωμα αποδίδει σε αυτή τη διαφορετικότητα άλλο περιεχόμενο και την περιγράφει με διαφορετικούς όρους. Παρ'όλα αυτά, κανένα πολιτιστικό μόρφωμα (civilization) δεν στέκει αδιάφορο απέναντι σε άτομα είτε θλιμμένα είτε τρομαγμένα είτε μη κατανοητά στις επαφές τους με τους άλλους (Horwitz, 1983). Είναι ευρέως γνωστό ότι στην Ευρώπη, από τον 17ο έως τον 20ό αιώνα, η διαφορετικότητα αποδιδόταν όλο και λιγότερο στο δαιμονισμό και όλο και περισσότερο σε ιατροβιολογικά αίτια. Αυτή είναι η χρονική περίοδος κατά την οποία η 'τρέλα' 'ιατροκοποιείται' (Skull, 1979), η περίοδος που επέτρεψε την εμφάνιση της ψυχιατρικής (Foucault, 1965).

Ειδικοί ή μη στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι περισσότεροι άνθρωποι αναγνωρίζουν την 'τρέλα' όταν και εάν τη συναντήσουν. Με τον ίδιο τρόπο, οι περισσότεροι από εμάς αναγνωρίζουμε στον εαυτό μας αισθήματα θλίψης και άγχους. Ο καθένας μας είναι ικανός να προσφέρει μια 'ιατρική διάγνωση' σε έναν φίλο, έναν συγγενή ή και έναν άγνωστο στο δρόμο, όταν η συμπεριφορά κάποιου από αυτούς μας φανεί παράξενη ή γίνει ενοχλητική. Ο καθένας μας μπορεί να φτάσει στο σημείο να αποφασίσει ότι η 'άβολη' συναισθηματική κατάσταση που ο ίδιος αντιμετωπίζει απαιτεί μια επίσκεψη στον γιατρό ή σε κάποιον ειδικό. Οι αναφορές της καθημερινής γλώσσας στη 'νευρικήτητα' υποδεικνύουν ότι η έννοια προϋπάρχει της επιστημονικής της απόδοσης ως 'φοβικό άγχος' ή 'νεύρωση'. Κατά την ίδια έννοια, εάν κάποιος αντιδρά με τρόπους που δεν κατανοούν ή δεν αποδέχονται οι άλλοι, διατρέχει τον κίνδυνο να χαρακτηριστεί 'πειραγμένος', 'τρελός', 'παράφρων', ακόμα και 'ψυχωτικός'. Και σε αυτή τη περίπτωση οι χαρακτηρισμοί προϋπάρχουν των επιστημονικών όρων που θα χρησιμοποιηθούν μεταξύ ειδικών για να περιγραφεί, π.χ., η ψύχωση.



Ο όρος 'ψυχική κατάπτωση' (mental distress) προτιμάται τα τελευταία χρόνια στη Βρετανία για τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το πρόβλημα με αυτόν τον όρο είναι ότι αναφέρεται μόνο στη δυσφορία και στον πόνο του ασθενούς, και ούτε καν υπαινίσσεται την ταλαιπωρία, τη θλίψη και την απογοήτευση που ο ασθενής προκαλεί στους οικείους του ή το φόβο που ενδεχομένως εμπνέει. Όμως αυτός ο φόβος είναι συχνά το κύριο μέλημα της 'κοινής γνώμης'

Κατά τον Allport (1954), στάση είναι μια ψυχική (mental) και νευρική (neural) κατάσταση ετοιμότητας, που είναι αποτέλεσμα εμπειριών και που ασκεί μια κατευθυντήρια και δυναμική επίδραση πάνω στην αντίδραση του ατόμου σε όλα τα αντικείμενα και καταστάσεις με τις οποίες το άτομο συνδέεται. Η στάση (attitude) είναι τις περισσότερες φορές ταυτόσημη με τη γνώμη (opinion), αν και μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η στάση είναι μάλλον μια περισσότερο σταθερή κατάσταση έκφρασης απόψεων (Newcomb et al, 1965).

Οι στάσεις βασίζονται πάνω σε αξιολογικές έννοιες σχετικά με χαρακτηριστικά ενός αντικειμένου, π.χ., των μαύρων, των ριζοσπαστών, των ψυχικά αρρώστων κ.λ.π., και εκλύουν ανάλογη συμπεριφορά. Ποικίλουν σε ποιότητα και ένταση μέσα σε ένα συνεχές (continuum) από τη θετική στην ουδέτερη και την αρνητική στάση.

Μαθαίνονται και μάλλον δεν είναι το αποτέλεσμα ιδιοσυγκρασιακής ανάπτυξης και ωριμότητας. Επίσης αναφέρονται σε συγκεκριμένα κοινωνικά στοιχεία και η διαδικασία ανάπτυξής τους ποικίλλει στο βαθμό των αλληλοσυσχετίσεών τους.

Η πιο συνηθισμένη μέθοδος μέτρησης και αξιολόγησης των στάσεων βασίζεται σε ερωτηματολόγια που δίνονται σε δείγματα πληθυσμού, μια διαδικασία που έλαβε χώρα και στην περίπτωση της παρούσας έρευνας.

## Σχιζοφρένεια

Οι ψυχώσεις αποτελούν τις ψυχικές διαταραχές που από καταβολής κόσμου προκαλούν το δέος των ειδικών και μη. Μάλιστα, πλείστοι όσοι φιλόσοφοι, ιατροί, κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι και άλλοι επιστήμονες και διανοητές, τοποθέτησαν τις ψυχώσεις στο επίκεντρο του ενδιαφέροντός τους. Όμως, και ο κάθε απλός άνθρωπος, ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, θρησκείας, κοινωνικής και πολιτικής οργάνωσης και ιστορικής περιόδου στην οποία έζησε, καθημερινά προβληματίστηκε για την «τρέλα»- τη δική του ή των άλλων. Τέλος, οι ψυχώσεις, αποτελούν ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον πρότυπο για τον επιστημονικό κλάδο της ψυχοπαθολογίας, επειδή ο σαφής και εύκολα διακριτός ρόλος διαφόρων βιολογικών, ψυχολογικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων επιτρέπει την εφαρμογή ερευνητικών προσεγγίσεων, οι οποίες με την σειρά τους συμβάλλουν στην κατανόηση του ρόλου των παραγόντων αυτών στις ψυχικές διαταραχές γενικά (Νέστορος, 2000). Για παράδειγμα, η μεθοδολογία έρευνας στην ατομική ψυχοθεραπεία ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχει προταθεί ως μοντέλο εκπαίδευσης στην μεθοδολογία της ψυχοθεραπείας γενικά (Nestoros, 1997b).

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Κατά την αρχαιότητα, όπως και σε κάποιους πρωτόγονους πολιτισμούς σήμερα (στον Αμαζόνιο, κ.λπ.) ή σε μειονότητες στην σύγχρονη Δυτική Ευρώπη και Βόρειο Αμερική (όπως π.χ., κάποιοι Ορθόδοξοι ιερείς που πιστεύουν στον "εξορκισμό των δαιμόνων"), οι ψυχωσικές εκδηλώσεις οφείλονται στην κατάληψη του ψυχικού κόσμου του ατόμου από κακά πνεύματα. Π.χ. ο Ηρόδοτος, (484-426 π.Χ.) αποδίδει τις ψυχωσικές εκδηλώσεις στην κατάληψη από τα κακά πνεύματα των θεαινών Μανίας και Λύσσης. Ο Ιπποκράτης (460-355 π.Χ) ήταν ο πρώτος ιατρός, αν και παράλληλα ιερέας του Ασκληπιού, ο οποίος απέδωσε τις ψυχωσικές εκδηλώσεις όχι σε ψυχωσικά αίτια, αλλά σε εγκεφαλική δυσλειτουργία λόγω διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ των τεσσάρων χυμών του σώματος (αίμα, φλέγμα, μέλαινα χολή, και κίτρινη χολή).

Οι επιστημονικοί όροι που έχουν κατά καιρούς επικρατήσει για τις ψυχικές εκδηλώσεις είναι πολλοί. Π.χ. ο Nestoros (1997b), στην σχετική ανασκόπηση του για την εξέλιξη των εννοιών που αφορούν στην νοσολογική οντότητα «σχιζοφρένεια» αναφέρει 26 διαφορετικές ονομασίες από το 1860 και μετά, όταν ο Morel πρώτος έκανε χρήση του όρου «Πρώιμη Άνοια» (Demence Praecox). Τον όρο αυτό υιοθέτησε ο Kraepelin το 1869 μετατρέποντας τον στο λατινικό Dementia Praecox. Ο όρος σχιζοφρένεια εμφανίζεται το 1911 από τον Bleuler. Σήμερα, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV, που εκδόθηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία το 1994, υπάρχουν εννέα κατηγορίες διαταραχών κάτω από τον γενικό τίτλο «Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές»: I. Σχιζοφρένεια (Παρανοειδής τύπος, Αποδιοργανωμένος τύπος, Κατατονικός τύπος, Αδιαφοροποίητος τύπος και Υπολειμματικός τύπος), II. Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, V. Βραχεία Ψυχωσική Διαταραχή, VI. Επινεμόμενη Ψυχωσική Διαταραχή, VII. Ψυχωσική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, VIII. Ψυχωσική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες, και IX. Ψυχωσική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι σήμερα θεωρούμε ήδη ότι οι ψυχικές εκδηλώσεις παρουσιάζονται με μεγάλη ποικιλία κλινικών εικόνων, με σημαντικές μεταβλητές τη βαρύτητα των συμπτωμάτων (οξεία, χρόνια, υπολειμματική ή ψύχωση σε ύφεση), το είδος των συμπτωμάτων, τον χρόνο διάρκειάς τους, την ψυχοπαθολογία των σημαντικών άλλων στο περιβάλλον του πάσχοντος και την συσχέτιση τους με γενικές ιατρικές καταστάσεις ή την χρήση ουσιών. Τέλος, γίνεται δεκτό ότι κάποιες ψυχωσικές εκδηλώσεις έχουν ακόμη και σήμερα αιτιολογία η οποία είναι αδύνατο να προσδιορισθεί.

### Συμπτώματα της Σχιζοφρένειας

Οι σχιζοφρενικές διαταραχές χαρακτηρίζονται γενικά από θεμελιώδεις και χαρακτηριστικές διαστρεβλώσεις της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο ή αμβλύ συναίσθημα. Η καθαρότητα της συνείδησης και η διανοητική ικανότητα συνήθως διατηρούνται, παρόλο που στην πορεία του χρόνου μπορεί να προκύψουν κάποιες γνωστικές ανεπάρκειες.

Η διαταραχή περιλαμβάνει τις πιο βασικές λειτουργίες που προσδίδουν σε έναν φυσιολογικό άνθρωπο της αίσθηση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και της αυτοκατεύθυνσης. Το άτομο αισθάνεται ότι οι πιο προσωπικές του σκέψεις, συναισθηματικές καταστάσεις και πράξεις είναι συχνά γνωστές στους άλλους ή ότι τις μοιράζεται με άλλους και μπορεί να αναπτύξει ερμηνευτικού τύπου παραληρητικές ιδέες, με αποτέλεσμα να πιστεύει ότι φυσικές ή υπερφυσικές δυνάμεις επηρεάζουν τις σκέψεις και τις πράξεις του με τρόπους που συχνά θεωρούνται παράξενοι. Το άτομο μπορεί να βλέπει τον εαυτό του/της ως κεντρικό άξονα όλων όσων συμβαίνουν. Οι ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα οι ακουστικές είναι συχνές και μπορεί να σχολιάζουν την συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου. Η αντίληψη είναι συχνά διαταραγμένη και με άλλους τρόπους: τα χρώματα ή η ήχοι μπορεί να εμφανίζονται ιδιαίτερα ζωντανοί ή μεταλλαγμένοι σε ποιότητα και ασήμαντες λεπτομέρειες καθημερινών πραγμάτων μπορεί να εμφανίζονται πιο σημαντικές από ολόκληρο το αντικείμενο ή την κατάσταση αυτή καθ'αυτή. Το μπέρδεμα είναι επίσης συνηθισμένο στην αρχή και συχνά οδηγεί στην πεποίθηση ότι οι καθημερινές καταστάσεις ενέχουν ένα ιδιαίτερο, συνήθως απειλητικό, νόημα που σχεδιάστηκε αποκλειστικά για το άτομο αυτό. Στην χαρακτηριστική σχιζοφρενική διαταραχή της σκέψης, περιφερειακά και άσχετα σημεία μιας ολοκληρωμένης έννοιας, που είναι ανασταλμένα στην φυσιολογικά κατευθυνόμενη ψυχική δραστηριότητα, έρχονται στην επιφάνεια και χρησιμοποιούνται στη θέση αυτών που είναι σχετικά και κατάλληλα για την περίσταση. Έτσι η σκέψη γίνεται ασαφής, ελλειπτική και δυσνόητη και η έκφραση στο λόγο κάποιες φορές ακατανόητη. Οι διακοπές και οι παρεμβολές είναι συχνές στη ροή της σκέψης και δίνεται εντύπωση ότι οι σκέψεις αποσύρονται και από κάποιον εξωτερικό παράγοντα. Το συναίσθημα, είναι χαρακτηριστικά ρηχό, ιδιότροπο ή ασύμβατο. Η αμφιθυμία και η διαταραχή της βούλησης μπορεί να εμφανιστούν ως αδράνεια, αρνητισμός ή εμβροντησία. Ενδέχεται να εμφανισθεί και κατατονία. Η έναρξη μπορεί να είναι οξεία, με έντονες διαταραχές της συμπεριφοράς, ή βραδεία με σταδιακή ανάπτυξη παράξενων ιδεών και συμπεριφορών. Η πορεία της διαταραχής ποικίλει επίσης σημαντικά και δεν είναι υποχρεωτικά χρόνια ή φθίνουσα. Σε ένα ποσοστό περιπτώσεων, που μπορεί να διαφέρει σε διάφορους πολιτισμούς και πληθυσμούς, η έκβαση είναι η πλήρης ή σχεδόν πλήρης ανάρρωση. Τα φύλα προσβάλλονται σχεδόν εξ' ίσου, αλλά η έναρξη τείνει να εμφανίζεται αργότερα στις γυναίκες.

## ΘΕΤΙΚΑ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την Adreassen (1984), η οποία είχε προτείνει την *Κλίμακα για την αξιολόγηση των Θετικών Ψυχωσικών Συμπτωμάτων* (μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά από Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1993β), υπάρχουν τα ακόλουθα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα. Χαρακτηριστικό των θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων και κλινικών σημείων είναι ότι δεν υπάρχουν στα φυσιολογικά άτομα (Adreassen, 1985, Kay, 1991).

### **I. Ψευδαισθήσεις**

Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν λανθασμένες αντιλήψεις που εμφανίζονται χωρίς να υπάρχουν συγκεκριμένα εξωτερικά ερεθίσματα, τα οποία μπορούν να αναγνωριστούν, και διακρίνονται από τις παραισθήσεις, οι οποίες αποτελούν λανθασμένη αντίληψη εξωτερικών ερεθισμάτων. Οι ψευδαισθήσεις, διακρίνονται σε: 1) ακουστικές (ο ασθενής αναφέρει φωνές, θορύβους ή άλλους ήχους τους οποίους δεν ακούει κανένας άλλος), 2) φωνές που σχολιάζουν (ο ασθενής αναφέρει μια φωνή η οποία σχολιάζει συνεχώς την συμπεριφορά του ή τις σκέψεις του), 3) φωνές που συνομιλούν (ο ασθενής αναφέρει ότι ακούει δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους), 4) σωματικές ψευδαισθήσεις ή ψευδαισθήσεις αφής (ο ασθενής αναφέρει την εμπειρία παράξενων αισθήσεων του σώματος), 5) οσφρητικές ψευδαισθήσεις (ο ασθενής αναφέρει την εμπειρία ασυνήθιστων οσμών τις οποίες κανείς άλλος δεν μπορεί να παρατηρήσει), και 6) οπτικές ψευδαισθήσεις (ο ασθενής βλέπει σχήματα ή ανθρώπους τα οποία στην πραγματικότητα απουσιάζουν).

### **II. Παραληρηματικές Ιδέες**

Οι παραληρηματικές ιδέες αντιπροσωπεύουν μια διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης και αποτελούν παθολογικές, αμετάβλητες, λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες διατηρούνται και δεν αλλάζουν εύκολα, ακόμα και όταν η μαρτυρία υπέρ της αντίθετης άποψης δεν επιδέχεται αμφισβήτηση, ενώ δεν μπορούν να εξηγηθούν με βάση το πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου (Adreassen, 1984. Butler & Braff, 1991).

Οι παραληρηματικές ιδέες διακρίνονται σε 1) παραληρητικές ιδέες δίωξης (ο ασθενής πιστεύει ότι συνωμοτούν εναντίον του ή ότι καταδιώκεται κατά κάποιο τρόπο), 2) παραληρηματικές ιδέες ζηλοτυπίας (ο ασθενής πιστεύει ότι ολη σύντροφός του/της έχει δεσμό με κάποιο άλλο άτομο), 3) παραληρηματικές ιδέες αμαρτίας ή ενοχής (ο ασθενής πιστεύει ότι διέπραξε κάποιο φοβερό αμάρτημα ή ότι έκανε κάτι που δεν μπορεί να συγχωρηθεί), 4) παραληρηματικές ιδέες μεγαλείου (ο ασθενής πιστεύει ότι έχει ιδιαίτερες δυνάμεις ή ικανότητες), 5) θρησκευτικές παραληρηματικές ιδέες (ο ασθενής ασχολείται υπερβολικά με λανθασμένες πεποιθήσεις θρησκευτικής φύσης), 6) σωματικές παραληρηματικές ιδέες (ο ασθενής πιστεύει ότι κατά κάποιο τρόπο το σώμα του είναι αρρωστημένο, ανώμαλο ή έχει αλλάξει), 7) παραληρηματικές ιδέες αναφοράς (ο ασθενής πιστεύει ότι ασήμαντα σχόλια ή γεγονότα αναφέρονται σε αυτόν ή έχουν κάποια ειδική σημασία για αυτόν), 8) παραληρηματικές ιδέες ελέγχου (ο ασθενής νιώθει ότι τα συναισθήματα του ή οι πράξεις του ελέγχονται από κάποια ξένη δύναμη), 9) παραληρηματικές ιδέες ότι οι σκέψεις του διαβάζονται (ο ασθενής αισθάνεται ότι οι άνθρωποι μπορούν να διαβάσουν το μυαλό του ή να γνωρίζουν τις σκέψεις του, 10) παραληρηματικές ιδέες εκπομπής σκέψης (ο ασθενής πιστεύει ότι οι σκέψεις του εκπέμπονται έτσι ώστε ο ίδιος ή κάποιοι άλλοι μπορούν να τις ακούσουν), 11) παραληρηματικές ιδέες παρεμβολής της σκέψης (ο ασθενής πιστεύει ότι οι σκέψεις του δεν ανήκουν σε αυτόν αλλά έχουν τοποθετηθεί από κάποιον άλλον), και 12) παραληρηματικές ιδέες απόσυρσης της σκέψης (ο ασθενής πιστεύει ότι οι σκέψεις του έχουν απομακρυνθεί από το κεφάλι του).

### **III. Παράξενη Συμπεριφορά**

Η παράξενη συμπεριφορά συνίσταται στην παρέκκλιση από τις κοινωνικά συνηθισμένες συμπεριφορές και αφορά: 1) στο ρουχισμό και στην εμφάνιση (ο ασθενής ντύνεται με παράξενο τρόπο ή κάνει άλλα παράξενα πράγματα για να μεταβάλλει την εμφάνιση του), 2) στην κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά (ο ασθενής μπορεί να κάνει συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα να αυνανίζεται σε δημόσιο χώρο), 3) στην επιθετική και ανήσυχη συμπεριφορά (ο ασθενής μπορεί να συμπεριφέρεται με επιθετικό και ανήσυχο τρόπο, συχνά αρκετά απροσδόκητα), και 4) στην επαναληπτική ή στερεοτυπική συμπεριφορά (ο ασθενής αναπτύσσει ένα σύνολο επαναληπτικών κινήσεων ή ιεροτελεστιών τις οποίες πρέπει να εκτελέσει ξανά και ξανά).

#### **IV. Θετική Μορφολογική (Τυπική) Διαταραχή της Σκέψης**

Η θετική μορφολογική διαταραχή της σκέψης περιλαμβάνει: 1) χάλαση του συνειρμού (είναι η διαδικασία της ομιλίας κατά την οποία οι ιδέες ξεφεύγουν από μία κατεύθυνση συζήτησης προς κάποια άλλη έμμεσα σχετική ή άσχετη), 2) εκτροπή της απάντησης (δηλ, η απάντηση στην ερώτηση δίδεται με ένα πλάγιο ή άσχετο τρόπο), 3) ασυναρτησία (είναι η διαδικασία της ομιλίας η οποία, ουσιαστικά, είναι κατά περιόδους ακατανόητη), 4) έλλειψη λογικής (είναι μια μορφή λόγου κατά την οποία το υποκείμενο καταλήγει σε συμπεράσματα τα οποία δεν ακολουθούν την λογική), 5) περιπλολογία (είναι η διαδικασία της ομιλίας η οποία είναι πολύ έμμεση και καθυστερεί να φθάσει στον στόχο της ιδέας), 6) πίεση του λόγου (δηλ., η ομιλία του υποκειμένου είναι γρήγορη και δύσκολο για να την διακόψει κάποιος, ενώ η ποσότητα του λόγου που παράγεται είναι μεγαλύτερη από αυτό που θεωρείται φυσιολογικό), 7) λόγος που διασπάται

(δηλ., ο ασθενής διασπάται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος του τα οποία διακόπτουν την ροή του λόγου του), και 8) ηχολαλία (είναι η διαδικασία ομιλίας κατά την οποία οι ήχοι αντί των λογικών σχέσεων εμφανίζονται να κυβερνούν την επιλογή των λέξεων).

#### **V. Απρόσφορο Συναίσθημα**

Το συναίσθημα του ατόμου είναι απρόσφορο ή γελοίο, όχι απλά επίπεδο ή αμβλύ.

#### **ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Τα αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα, σύμφωνα με την ταξινόμηση της Adreassen (1983) στην *Κλίμακα για την Αξιολόγηση των Αρνητικών Ψυχωσικών Συμπτωμάτων*, είναι τα ακόλουθα. Χαρακτηριστικό των αρνητικών ψυχωσικών συμπτωμάτων και κλινικών σημείων είναι ότι αντανακλούν μια διαταραχή ή έλλειμμα των ψυχικών λειτουργιών, οι οποίες είναι παρούσες σε φυσιολογικά άτομα (Adreassen, 1985. Kay, 1991).



## **I. Επίπεδο ή Αμβλύ Συναίσθημα**

Στο επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα συμπεριλαμβάνονται: 1) η αμετάβλητη έκφραση του προσώπου (δηλ., το πρόσωπο του ασθενούς μοιάζει άκαμπτο και οι αλλαγές είναι λιγότερες από το αναμενόμενο, καθώς το συναισθηματικό περιεχόμενο της ομιλίας αλλάζει), 2) οι μειωμένες αυθόρμητες κινήσεις (δηλ., ο ασθενής εμφανίζει λίγες ή καθόλου αυθόρμητες κινήσεις, δεν αλλάζει στάση, δεν κινεί τα άκρα του, κ.λπ.), 3) η έλλειψη εκφραστικών μέσων (δηλ., ο ασθενής δεν χρησιμοποιεί χειρονομίες, την στάση του σώματος, κ.λπ, σαν βοηθητικό μέσο για να εκφράσει τις ιδέες του), 4) η μειωμένη οπτική επικοινωνία (ο ασθενής αποφεύγει την οπτική επικοινωνία ή «κοιτάζει το κενό», ακόμα και όταν μιλάει ο συνεντευκτής), 5) η έλλειψη συναισθηματικής ανταπόκρισης (δηλ., ο ασθενής αποτυγχάνει να χαμογελάσει ή να γελάσει ακόμα και όταν προτρέπεται), και 5) η έλλειψη φωνητικής χροιάς (δηλ., ο ασθενής αποτυγχάνει να δείξει φυσιολογικά φωνητικά δείγματα έμφασης).

## **II. Αλογία**

Στην αλογία περιλαμβάνονται: 1) η ελάττωση της ομιλίας (δηλ., οι απαντήσεις του ασθενούς στις ερωτήσεις είναι περιορισμένες στην ποσότητα, τείνουν να είναι σύντομες, συγκεχυμένες και χωρίς επεκτάσεις), 2) η ελάττωση του περιεχομένου της ομιλίας (δηλ., οι απαντήσεις του ασθενούς είναι επαρκείς στην ποσότητα αλλά τείνουν να είναι ακαθόριστες, υπερβολικά συγκεκριμένες, ή με πολλές γενικεύσεις και περιέχουν λίγες πληροφορίες), 3) η εμπλοκή της σκέψης (ο ασθενής δείχνει, είτε αυθόρμητα, είτε μετά από προτροπή, ότι η ροή της σκέψης του έχει διακοπεί), 4) ο αυξημένος χρόνος αντίδρασης (ο ασθενής χρειάζεται ένα μεγάλο διάστημα για να απαντήσει στις ερωτήσεις .Η προτροπή από τον συνεντευκτή αποδεικνύει ότι ο ασθενής έχει κατανοήσει την ερώτηση).

## **III. Αβουλησία – Απάθεια**

Στην αβουλησία-απάθεια συνεκτιμώνται τα ακόλουθα στοιχεία: 1) η προσωπική φροντίδα και υγιεινή (δηλ., τα ρούχα του ασθενούς μπορεί να δείχνουν ακατάστατα ή λερωμένα και μπορεί να έχει άλουστα μαλλιά, σώμα που μυρίζει άσχημα, κ.λπ.),

2) η έλλειψη σταθερότητας στη δουλειά ή στο σχολείο (δηλ., ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολία στην αναζήτηση ή στην διατήρηση της εργασίας του, στο να ασχοληθεί με τα μαθήματα του, να καθαρίσει το σπίτι του, στην παρακολούθηση των δραστηριοτήτων του θαλάμου στον οποίο βρίσκεται, εάν είναι εσωτερικός ασθενής, κ.λπ), και 3) η σωματική αδράνεια (ο ασθενής τείνει να είναι σωματικά αδρανής, δηλαδή μπορεί να κάθεται για ώρες και να μην αρχίζει κάποια αυθόρμητη δραστηριότητα).

#### **IV.Ανηδονία-Έλλειψη κοινωνικότητας**

Στην ανηδονία-έλλειψη κοινωνικότητας εμπλέκονται: 1) τα ενδιαφέροντα και οι δραστηριότητες ψυχαγωγίας (ο ασθενής μπορεί να έχει λίγα ή καθόλου ενδιαφέροντα, τα οποία όμως θα πρέπει να αξιολογούνται και ως προς την ποσότητα και ως προς την ποιότητα), 2) η σεξουαλική δραστηριότητα (ο ασθενής μπορεί να δείχνει ελάττωση στο σεξουαλικό ενδιαφέρον και την δραστηριότητα, ή να εμφανίζει μείωση της ευχαρίστησης όταν εμπλέκεται σε σεξουαλικές δραστηριότητες), 3) η ικανότητα να αισθανθεί οικειότητα και στενές συναισθηματικές σχέσεις (ο ασθενής μπορεί να εκδηλώνει μια ανικανότητα στο να δημιουργεί στενές και οικείες σχέσεις ιδιαίτερα με το αντίθετο φύλο και την οικογένεια), και 4) οι σχέσεις με φίλους και συναδέλφους (ο ασθενής μπορεί να έχει λίγους ή καθόλου φίλους και μπορεί να προτιμά να περνά όλο το χρόνο απομονωμένος).

#### **V.Προσοχή**

Στην αξιολόγηση της προσοχής του ατόμου περιλαμβάνονται: 1) η έλλειψη προσοχής σε κοινωνικό επίπεδο (ο ασθενής εμφανίζεται να μην εμπλέκεται και να μην συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά να δείχνει σαν να “βρίσκεται στο διάστημα” ), και 2) η ανικανότητα συγκέντρωσης κατά την διάρκεια της εξέτασης της διανοητικής κατάστασης.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, συνιστούν χαρακτηριστική μορφή βαριάς ψυχικής διαταραχής. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά στην αιτιολογία των ψυχωσικών συμπτωμάτων, χρησιμοποιώντας ως παράδειγμα την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, καταδεικνύει σαφώς την ύπαρξη πολυπαραγοντικής αιτιολογίας.

Συγκεκριμένα, στη δημιουργία, στην ανάπτυξη και στην εμφάνιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων φαίνεται ότι επιδρούν κληρονομικοί και βιολογικοί παράγοντες, και συμπεριφορές που είναι αποτέλεσμα μάθησης, ενδοψυχικοί παράγοντες, υπερβολικά υψηλά επίπεδα άγχους και στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς και διαταραγμένες ενδο-οικογενειακές σχέσεις και διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις.

Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της σχιζοφρένειας υποδηλώνει την ανάγκη για μια πολυδιάστατη θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση τους. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στον κεντρικό ρόλο του άγχους στην εμφάνιση της διαταραχής και κινείται προς την κατεύθυνση του συνδυασμού και της σύνθεσης πλήθους διαφορετικών στρατηγικών – όπως η εφαρμογή τεχνικών υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και ψυχοθεραπείας ενορατικού/αποκαλυπτικού τύπου – και θεραπευτικών προσεγγίσεων – όπως ατομικής, οικογενειακής ή/και ομαδικής ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας – για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Παράλληλα, με την πολυδιάστατη αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, η μεθοδολογία έρευνας στην ατομική ψυχοθεραπεία των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα έχει προταθεί ως μοντέλο εκπαίδευσης στην μεθοδολογία της ψυχοθεραπείας γενικά (Nestoros, 1997b). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ερευνητικό μοντέλο πραγματοποιήθηκε στο Εργαστήριο Κλινικής και Κοινωνικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης μεγάλος αριθμός μελετών, οι οποίες εστιάστηκαν στον ρόλο του άγχους στη γένεση και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, στους μηχανισμούς γένεσης, ανάπτυξης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχωσικών συμπτωμάτων, στο ρόλο των ενδοοικογενειακών σχέσεων και της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης στην εμφάνιση και στην πορεία της νόσου, στις στάσεις των ειδικών επιστημόνων, του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου απέναντι στα άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα, καθώς και στις ενδοσυνεδριακές διαδικασίες αλλαγής κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Τα δεδομένα των ερευνών, που διεξάγονται από το 1994 στο Εργαστήριο Κλινικής και Κοινωνικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, παρέχουν εμπειρική υποστήριξη στις αρχές που προτείνει η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, η οποία όταν προτάθηκε συνιστούσε ένα θεωρητικό, ιδεαλιστικό μοντέλο σύνθεσης στοιχείων και προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και για το ιάσιμο των ψυχικών διαταραχών.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην εξέλιξη της σχιζοφρένειας, είναι η στάση του ίδιου του ατόμου απέναντι στη διαταραχή του, η οποία δέχεται έντονες επιδράσεις από την στάση των άλλων μελών της οικογένειάς του, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εμπλέκονται στη θεραπευτική αντιμετώπισή τους, καθώς και από τις στάσεις που επικρατούν στην συγκεκριμένη κοινωνία που ζει το άτομο απέναντι στη σχιζοφρένεια. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία πρεσβεύει ότι, εάν το άτομο πιστεύει ότι η φύση των συμπτωμάτων του επιτρέπει να τα επηρεάσει καθ' οποιονδήποτε τρόπο (όπως για παράδειγμα το άτομο να πιστεύει ότι τα ψυχωσικά συμπτώματα του μπορούν να υποχωρήσουν με την ψυχοθεραπεία ή την φαρμακοθεραπεία), τότε η πεποίθηση αυτή θα επηρεάσει θετικά την στάση του ατόμου προς τα συγκεκριμένα ψυχικά συμπτώματα. Με τον ίδιο τρόπο, οι απόψεις που υιοθετεί το άτομο που πάσχει για την αιτιολογία των συμπτωμάτων επηρεάζουν καθοριστικά τη στάση του απέναντι σε αυτά. Το ακόλουθο απόσπασμα, που δημοσιεύθηκε στο έγκριτο επιστημονικό περιοδικό Schizophrenia Bulletin (Piercy, 1985) και παρατίθεται στον πρόλογο του συγγράμματος *Στον Κόσμο της Ψύχωσης: Η Οδύσσεια του Eric και άλλες Περιπτώσεις*, (Νέστορος, 1993, σελ 13), είναι χαρακτηριστικό του τρόπου με τον οποίο μπορεί να επηρεαστεί η στάση των μελών μιας οικογένειας, κάποιο από τα μέλη της οποίας αντιμετωπίζει ψυχωσικά συμπτώματα:

*“Όταν ο Dan πρωτοάρχισε να υποφέρει από τη σχιζοφρένεια,... Διαβάσαμε βιβλία. Παρακολουθήσαμε διαλέξεις. Μπήκαμε σε ομάδες αυτοβοήθειας. Αλλά το πρώτο πράγμα που κάναμε ήταν να επισκεφθούμε τον οικογενειακό μας γιατρό και να ζητήσουμε τη συμβουλή του. Ήταν ένας τίμιος και σοφός άνθρωπος. Μας είπε ότι δεν υπάρχει γιατρού για τη σχιζοφρένεια και το πιο σημαντικό πράγμα που έπρεπε να θυμόμαστε ήταν να μην αφήσουμε το πρόβλημα του Dan να καταστρέψει την οικογένεια...”*

Στη Συνθετική Ψυχοθεραπεία δίνεται έμφαση, μεταξύ άλλων, στο συνδυασμό της ψυχοθεραπείας με τη φαρμακοθεραπεία. Άλλωστε, το συγκεκριμένο μοντέλο υιοθετεί την άποψη ότι η γενίκευση της εφαρμογής της ψυχοθεραπείας, μπορεί να αυξήσει και την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας, και, αντιστρόφως, η παράλληλη φαρμακοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας.

Η ανάπτυξη που παρατηρείται στη σύγχρονη ψυχοφαρμακολογία – από τις αρχές της δεκαετίας του 1950-, και η κλινική εφαρμογή των ψυχοτρόπων φαρμάκων αποτέλεσαν το ερέθισμα έρευνας του μηχανισμού δράσης των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο, συμβάλλοντας καθοριστικά στην πρόοδο των βασικών νευροεπιστημών, όπως της νευροφυσιολογίας, της νευροχημείας και της νευροφαρμακολογίας. Παράλληλα, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η πρόοδος που πραγματοποιήθηκε στην κατανόηση των νευρικών συνάψεων – κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1960 και 1970-, των υποδοχέων – κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1980 και 1990- οφείλεται κυρίως στη μελέτη των ψυχοτρόπων φαρμάκων, τα οποία λειτούργησαν ως εργαλεία για την καλύτερη κατανόηση του νευρικού συστήματος. Συνέπεια αυτής της προόδου στις βασικές νευροεπιστήμες ήταν η διατύπωση υποθέσεων για την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών – όπως αυτή που προτάθηκε από τον Roberts (1972, 1976) για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας-, οι οποίες δίνουν στους επιστήμονες τη δυνατότητα πειραματικού ελέγχου για τη διερεύνηση της ορθότητάς τους.

Είναι σαφές ότι η πρόοδος στην κατανόηση της αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών γενικά και της σχιζοφρένειας ειδικότερα έχει επιτευχθεί με τη συμβολή πολλών διαφορετικών επιστημονικών κλάδων, όπως της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της ψυχοφαρμακολογίας, των νευροεπιστημών, της κοινωνιολογίας, της ανθρωπολογίας, κ.λπ. Για παράδειγμα, η πρόοδος στην επιστήμη της ψυχοφαρμακολογίας, επέδρασε σημαντικά στη χορηγούμενη φαρμακοθεραπεία και αυτή με τη σειρά της επηρέασε την ψυχοθεραπεία κάθε μορφής, δεδομένου ότι τα νέα ψυχοτρόπα φάρμακα δεν άλλαξαν μόνο τον τρόπο σκέψης των ψυχικά ασθενών αλλά και τον τρόπο με τον οποίο οι θεραπευτές τους κατανοούν τη φύση των ψυχικών διαταραχών. Επακόλουθο αυτών είναι και οι αλλαγές που παρατηρούνται, τα τελευταία κυρίως χρόνια, στην αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές – και κυρίως ψυχωσικά συμπτώματα-, μεταξύ των οποίων είναι και τα προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή της αποασυλοποίησης και της επαναφοράς των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.

Τέλος, σήμερα θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην αλλαγή της στάσης της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, και ειδικότερα, στα άτομα που εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα, η οποία παραμένει σε μεγάλο βαθμό αρνητική,

καθώς και στην αλλαγή της αντίληψης για την πρόγνωση της σχιζοφρένειας, η οποία φαίνεται να είναι θετική, στοιχείο το οποίο προκύπτει – τουλάχιστον για τη Συνθετική Ψυχοθεραπεία που προτείνεται στην παρούσα εργασία – τόσο από τις έρευνες για την αποτελεσματικότητα του μοντέλου (Ζγαντζούρη, 2000. Καλαϊτζάκη, 2000. Νέστορος, Βασδέκης και συν. 1996. Νέστορος, Βαλλιανάτου, Ζγαντζούρη και συν.2001. Νέστορος, Καλαϊτζάκη, & Ζγατζούρη, 1997,1999. Νέστορος, Καλαϊτζάκη, Ζγαντζούρη, και συν. 1999. Nestoros, 1997a, 2001. Nestoros, Zgantouri et al., 1998,2000. Nestoros, Zgantouri, & Kalaitzaki, 1999, Zgantouri & Nestoros, 1997), όσο και από τη δημοσίευση σχετικών μελετών περίπτωσης, όπως το Eric, του Άντζελο και της Βιβιάνας (Νέστορος, 1993).

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η βιβλιογραφία σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας αναφέρει πλήθος παραγόντων – βιολογικών, γενετικών κληρονομικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών, οικογενειακών και κοινωνικών-, οι οποίοι φαίνεται να αλληλοδιαπλέκονται και να αλληλεπιδρούν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων.

### **Κληρονομικότητα & Γενετικοί Παράγοντες**

Μεγάλος αριθμός ερευνών έχει ασχοληθεί με την κληρονομική προδιάθεση στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Μελετήθηκαν οικογένειες ατόμων που εμφάνιζαν σχιζοφρενικά συμπτώματα, μονοζυγωτικοί και διζυγωτικοί δίδυμοι, καθώς και οικογένειες που είχαν υιοθετήσει άτομα που παρουσίασαν σχιζοφρένεια, για να διαπιστωθεί εάν υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας σε άτομα με συγγενείς σχιζοφρενείς. Οι μελέτες σε οικογένειες, στις οποίες ο ένας από τους δύο γονείς παρουσίαζε σχιζοφρενικά συμπτώματα, έδειξαν ότι τα παιδιά της οικογένειας είχαν πιθανότητα 12% περίπου για να αναπτύξουν σχιζοφρένεια. Η πιθανότητα αυτή προσεγγίζει το 40% περίπου για τα παιδιά των οποίων και οι δύο γονείς παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000).

Έρευνες έδειξαν ότι τα ποσοστά εμφάνισης της σχιζοφρένειας στο δεύτερο δίδυμο, όταν νοσεί ο πρώτος, είναι 47% περίπου για τους μονοζυγωτικούς διδύμους, έναντι ποσοστού 12%-14% περίπου για τους διζυγωτικούς διδύμους (Μάνος, 1997. Alloy, Accocella, & Bootzin, 1996. Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000). Παράλληλα, έρευνες σε υιοθετημένους μονοζυγωτικούς διδύμους έδειξαν ότι οι δίδυμοι που μεγαλώνουν με τους θετούς γονείς τους νοσούν στον ίδιο βαθμό με τα αδέλφια τους, τα οποία μεγαλώνουν με τους βιολογικούς γονείς τους (Alloy, Accocela, & Bootzin, 1996. Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000). Τέλος, μελέτες σε υιοθετημένα άτομα, τα οποία εμφάνιζαν σχιζοφρενικά συμπτώματα, έδειξαν ότι οι βιολογικοί συγγενείς τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για την εμφάνιση σχιζοφρένειας έναντι των βιολογικών συγγενών φυσιολογικών υιοθετημένων ατόμων με τα οποία έγινε η σύγκριση (Kendler & Diehl, 1995).

Όταν, το 1916, οι Rubin και Kraepelin πραγματοποίησαν την πρώτη συστηματική μελέτη οικογενειών για τη διερεύνηση της κληρονομικής προδιάθεσης στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας, διαπίστωσαν ότι οι συγγενείς των ατόμων που έπασχαν από σχιζοφρένεια παρουσίαζαν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, αλλά και άλλων ψυχωσικών διαταραχών. Από το 1983, πραγματοποιήθηκαν συστηματικές μελέτες σε οικογένειες για τη διερεύνηση της πιθανότητας να εμφανίσουν οι συγγενείς των πασχόντων με σχιζοφρένεια, διαταραχές που περιλαμβάνονται στο φάσμα της σχιζοφρένειας (schizophrenia spectrum) – μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η σχιζότυπη και η παρανοϊκή διαταραχή της προσωπικότητας. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών έδειξαν την ύπαρξη οικογενειακής προδιάθεσης στη σχιζοφρένεια, η οποία όμως συνίσταται κυρίως σε μια ομάδα χαρακτηριστικών προσωπικότητας που σχετίζονται με την κοινωνική απομόνωση, την παράξενη και εκκεντρική συμπεριφορά και την καχυποψία.

## **Βιολογικοί Παράγοντες**

Σημαντικό μέρος της ερευνητικής δραστηριότητας έχει στραφεί στους βιολογικούς παράγοντες για την κατανόηση της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας.



Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνεται η υπόθεση της ντοπαμίνης, σύμφωνα με την οποία η σχιζοφρένεια οφείλεται σε αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα, καθώς επίσης και άλλα νευροδιαβιβαστικά συστήματα, όπως η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και το γ-αμινο-βουτυρικό οξύ (GABA), τα οποία θεωρούνται ότι συμβάλουν στην εκδήλωση της διαταραχής (Νέστορος,2000. Alloy, Acocella, & Bootzin, 1996. Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Συγκεκριμένα, από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο Eugene Roberts (1972, 1976), γνωστός βασικός νευροεπιστήμονας που άρχισε τη σταδιοδρομία του ως νευροχημικός, αναφέρθηκε στο ρόλο του νευροδιαβιβαστή γ-αμινο-βουτυρικού οξέος (GABA) σε διάφορες διαταραχές του νευρικού συστήματος. Μεταξύ άλλων, με τις τότε γνώσεις για το ρόλο του GABA στο κεντρικό νευρικό σύστημα, πρότεινε ότι τα ψυχωσικά συμπτώματα μπορούν να ερμηνευτούν ως φαινόμενα ανεπαρκούς GABA-εργικής αναστολής (GABA- deficiency) (Roberts, 1972 , 1976), μοντέλο που φαίνεται πολύ πειστικό. Κατόπιν,στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του Nestoros (1980a), έγινε φανερό – τόσο από πειράματα που πραγματοποίησε ο ίδιος όσο και από τη μελέτη άλλων πηγών – ότι οι βενζοδιαζεπίνες, που αποτελούν τα πλέον συχνά χορηγούμενα στην εποχή μας αγχολυτικά φάρμακα, ενισχύουν, με ειδικό τρόπο, τη δράση του γ-αμινο-βουτυρικού οξέος (Nestoros & Nistri, 1978, 1979).

Μάλιστα, η ενισχυτική δράση εκάστου σκευάσματος,βενζοδιαζεπίνης επί της GABA-εργικής αναστολής είναι ευθέως ανάλογη με την χημική του συγγένεια προς τον βενζοδιαζεπινικό υποδοχέα (Nestoros, 1980b, 1982), ο οποίος σήμερα γνωρίζουμε ότι αποτελεί τμήμα του συμπλέγματος υποδοχέων GABA-A (Μαζαράκης & Νέστορος,2001). Παρά τις διαπιστώσεις αυτές όμως, τόσο τα συγγράμματα ψυχοφαρμακολογίας όσο και η καθιερωμένη κλινική πρακτική της εποχής, συνέστηναν κατά της χορήγησης βενζοδιαζεπινών στη σχιζοφρένεια, γεγονός που έκανε περισσότερο αισθητή την ανάγκη επαναξιολόγησης των δεδομένων που δικαιολογούσαν τη συγκεκριμένη επικρατούσα άποψη. Από την εντόπιση των μεθοδολογικών σφαλμάτων των προηγούμενων κλινικών μελετών και από την σύνθεση των νευροεπιστημονικών και των κλινικών δεδομένων, προέκυψε η πρόταση για την ανάγκη επανεξέτασης του ρόλου των βενζοδιαζεπινών στη σχιζοφρένεια με δόσεις υψηλότερες αυτών που είχαν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν (Nestoros 1980c).Πράγματι, οι υψηλές δόσεις βενζοδιαζεπινών, στη συνέχεια, βρέθηκε ότι έχουν ισχυρή θεραπευτική δράση επί των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων παρανοϊκού τύπου (Nestoros et al., 1982, 1983).

Έτσι καθιερώθηκε η θεραπευτική χρήση των βενζοδιαζεπινών στη σχιζοφρένεια (Nestoros, 1994. Beckmann & Haas, 1980. Linjaerde, 1982, 1983, 1985, 1991. Pecknold, 1993. Wolkowitz et al., 1992).

Οι νευροανατομικές μελέτες δίνουν έμφαση στη ύπαρξη πιθανών δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Έχει προταθεί η ύπαρξη εγκεφαλικής ατροφίας ή δυσλειτουργίας, δεδομένου ότι υπάρχουν ενδείξεις ύπαρξης λιγότερων νευρώνων στον εγκεφαλικό φλοιό των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, περιορισμένης ροής πληροφοριών διαμέσου του μεσολοβίου, διεύρυνσης των κοιλιών σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα, ελαφρύτερου πρόσθιου εγκεφάλου (περίπου 6%) των ατόμων που πάσχουν από άλλες ψυχικές διαταραχές, κ.λπ. (Alloy, Acocella, & Bootzin, 1996. Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000).

Άλλες μελέτες έχουν διερευνήσει την ύπαρξη δυσλειτουργίας στις κινήσεις των οφθαλμών (σε ποσοστό 80% περίπου) σε άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα (Africa & Schwartz, 1995), καθώς και την ύπαρξη διαταραχών που σχετίζονται με την ασυμμετρία του εγκεφάλου (Petty, 1999), αποδίδοντας τη δυσλειτουργία σε δομές είτε του αριστερού (Davidson & Hugdahl, 1995) είτε του δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου (Cutting, 1990).

Ορισμένοι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την επίδραση της εποχής που γεννήθηκαν τα άτομα που αργότερα εμφανίζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα, ενώ παράλληλα έχουν εστιαστεί στη μελέτη των περιγεννητικών παραγόντων ως αιτιολογικών για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, όπως είναι για παράδειγμα οι επιπλοκές που πιθανόν συνέβησαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που προκάλεσαν βλάβες στο έμβρυο, τραύματα κατά τη διάρκεια της γέννησης και επιπλοκές ή παθολογικές διαδικασίες κατά τη διάρκεια της πρώιμης βρεφικής ηλικίας, όταν το νευρικό σύστημα του ανθρώπου παρουσιάζει ιδιαίτερη ευπάθεια (Alloy, Acocella, & Bootzin, 1996. Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000. Murray & Callaghan, 1991).

## **Ο Ρόλος της Οικογένειας**

Αυξημένη ερευνητική δραστηριότητα παρατηρείται σχετικά με τη μελέτη του ρόλου της οικογένειας και των σχέσεων μεταξύ των μελών στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Οι αρχικές προσεγγίσεις για το ρόλο της οικογένειας πρότειναν θεωρίες που έδωσαν έμφαση στην ύπαρξη διπλού δεσμού (της διπλοσύνδεσης) στην επικοινωνία γονέα-παιδιού (Bateson et al., 1978),

στη θεωρία της διαταραγμένης τριαδικής σχέσης μεταξύ μητέρας-πατέρα και παιδιού (Lidz et al., 1978), στην ύπαρξη στερεοτυπίας και ακαμψίας στους ρόλους των μελών της οικογένειας (Wynne, Day, Ryckoff, et. al, 1978), καθώς και στη θεωρία για την ύπαρξη ψευδοαμοιβαιότητας και ψευδοεχθρικότητας στη λεκτική επικοινωνία της οικογένειας (Wynne, Ryckoff, Day, et. al, 1958).

Οι σύγχρονες έρευνες έχουν δώσει έμφαση στη μελέτη του εκφραζόμενου συναισθήματος, δηλαδή της έκφρασης κριτικών σχολίων, θυμού, εχθρικότητας, συναισθηματικής υπερεμπλοκής, κ.λπ, που φαίνεται ότι χαρακτηρίζει τις οικογένειες ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα (Mueser & Bellack, 1995). Μάλιστα, τα αποτελέσματα ερευνών των Brown, Birley & Wing (1972), Vaugh & Leff (1976) και Kavanagh (1992), που σήμερα θεωρούνται κλασσικές στο είδος τους, έδειξαν ότι το υψηλής έντασης εκφραζόμενο συναίσθημα μέσα στη οικογένεια προέβλεπε την εμφάνιση ψυχωσικών υποτροπών σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την έξαρση των ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Οι αυξημένες αντικειμενικές (όπως αυτές που προκύπτουν από τη φροντίδα του ασθενούς, τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, την εργασία και τα οικονομικά) και υποκειμενικές δυσκολίες (όπως τα αισθήματα άγχους, ανησυχίας, λύπης, θυμού, ντροπής και ενοχής) και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν περιγραφεί με τον όρο *“οικογενειακή επιβάρυνση”* (family burden) και θεωρούνται ως ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Schene, Wijngaarde, & Koeter, 1998. Hoenig & Hamilton, 1966). Μάλιστα, πρόσφατες έρευνες επισημαίνουν ότι η οικογενειακή επιβάρυνση σχετίζεται ή αλληλεπιδρά με το υψηλής έντασης εκφραζόμενο συναίσθημα σε οικογένειες ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα (Bellack, & Mueser, 1993. Jackson, Smith & McGorry, 1990. Scazufca & Kuipers, 1996).

## **Κοινωνικές Θεωρίες**

Οι κοινωνικές θεωρίες προτείνουν την επίδραση της εκβιομηχάνισης, της αστικοποίησης, των κλιματολογικών συνθηκών, της μόλυνσης, της μετανάστευσης, του θορύβου των μεγάλων πόλεων, κ.λπ και, γενικότερα των κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών (Freeman & Stansfield 1998. Lundberg, 1998),

μεταξύ των οποίων και της σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα διερευνάται ο ρόλος της ηλικίας, του φύλου, της εθνικότητας και του μορφωτικού επιπέδου (Gerard, 1995). Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης έχει προταθεί το μοντέλο ευπάθειας στο στρες, το οποίο υποστηρίζει ότι για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας αλληλεπιδρούν ορισμένοι βιολογικοί παράγοντες που καθιστούν το άτομο ευπαθές στη διαταραχή, με τις στρεσογόνες περιβαλλοντικές συνθήκες και γεγονότα της ζωής (Μαδιανός 1989. Curran & Cirelli, 1988. Kaplan, Sadock & Grebb, 2000).

Μεταξύ άλλων κοινωνικών θεωριών, έμφαση έχει δοθεί στη θεωρία του ρόλου και στη θεωρία της ετικετοποίησης. Η πρώτη αναφέρεται στην ανάγκη των ανθρώπων για την αίσθηση του ανήκειν σε μια ομάδα, στην οποία ένα άτομο, που συμπεριφέρεται με τρόπο που αποκλίνει από τους κοινωνικούς κανόνες, μπορεί υιοθετήσει το ρόλο του “τρελού” ή του “αποδιοπομπαίου τράγου” για να γίνει αποδεκτό από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Μίτσελ, 1979). Η δεύτερη επισημαίνει την αρνητική αντίδραση των ατόμων που χαρακτηρίζονται από συμμόρφωση στην ομάδα-κοινωνία προς το αποκλίνον άτομο, καθώς και τις επιπτώσεις αυτής της κατηγοριοποίησης στην ταυτότητα του ατόμου, όπως είναι η απομόνωση, η ψυχολογική υποβολιμότητα του στα χαρακτηριστικά του στερεοτύπου και η συμμόρφωσή του στο ρόλο που του αποδίδεται, κ.λπ (Μαδιανός, 1999. Clinard, 1974. Liska, 1987. Pilgrim & Rogers, 1997. Wing, 1991).

Χαρακτηριστικά του ρόλου της ετικετοποίησης είναι τα πειράματα του Rosenhan (1973), στα οποία ορισμένοι ψευδοασθενείς – μεταξύ των οποίων ήταν τρεις ψυχολόγοι, ένας παιδίατρος και ένας ψυχίατρος – παρουσιάστηκαν και εισήχθησαν σε διάφορα ψυχιατρικά νοσοκομεία στις ΗΠΑ παραπονούμενοι ότι άκουγαν φωνές. Μόλις έγινε η εισαγωγή τους – οι περισσότεροι έλαβαν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας – οι ψευδοασθενείς σταμάτησαν να μιμούνται οποιαδήποτε συμπτώματα, Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ψευδοασθενών, το προσωπικό του νοσοκομείου απέτυχε να αναγνωρίσει ότι οι ψευδοασθενείς ήταν φυσιολογικοί, παρόλο που αυτοί έπαψαν να μιλούν για τις φωνές και συμπεριφέρονταν φυσιολογικά. Αντίθετα, αρκετοί από τους ασθενείς υποψιάστηκαν ότι οι ψευδοασθενείς δεν ήταν πραγματικοί ασθενείς. Ένας από τους λόγους για τους οποίους το προσωπικό απέτυχε να αναγνωρίσει τους ψευδοασθενείς ήταν ότι, συνήθως, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία το προσωπικό ασχολούνταν ελάχιστα με τους ασθενείς.

Το πείραμα αυτό έδειξε ότι το ειδικό περιβάλλον του ψυχιατρικού νοσοκομείου δημιουργεί συνθήκες τέτοιες που το προσωπικό παρουσιάζει δυσκολίες στην διάκριση μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς – τουλάχιστον κάτω από ορισμένες πειραματικές συνθήκες – και οδηγεί τους νοσηλευόμενους να αισθάνονται αδύναμοι, αποπροσωποποιημένοι, διαχωρισμένοι από τους “φυσιολογικούς” και κάτοχοι της ετικέτας του ψυχικά ασθενούς.

Σε ένα δεύτερο πείραμα που πραγματοποιήθηκε από το Rosenhan (1973), ζητήθηκε από το προσωπικό ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου να ανακαλύψει τους ψευδοασθενείς, οι οποίοι θα προσπαθούσαν να εισαχθούν στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Αν και στην πραγματικότητα κανένας ψευδοασθενής δεν προσπάθησε να νοσηλευτεί, το προσωπικό του νοσοκομείου θεώρησε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ως ψευδοασθενείς, με υψηλό βαθμό βεβαιότητας. Από το συγκεκριμένο πείραμα του Rosenhan (1973) προέκυψε ότι στο ειδικό περιβάλλον του ψυχιατρικού νοσοκομείου, όχι μόνο τα φυσιολογικά άτομα μπορούν να χαρακτηριστούν ως ψυχικά ασθενείς, αλλά και τα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή μπορούν να χαρακτηριστούν ως φυσιολογικά άτομα, ιδιαίτερα κάτω από ορισμένες πειραματικές συνθήκες.

## **Ψυχολογικές Θεωρίες**

### **A. Ψυχοδυναμικές Προσεγγίσεις**

Οι απόψεις του Freud για τη σχιζοφρένεια παρουσιάστηκαν κυρίως μέσω της μελέτης και παρουσίασης της αυτοβιογραφίας ενός Γερμανού δικαστικού, του Dr Daniel Paul Schreber, ο οποίος έπασχε από συμπτώματα σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου (Freud, 1911). Άλλωστε, ο ιδρυτής της ψυχανάλυσης ασχολήθηκε κυρίως με νευρωσικές διαταραχές και δεν είχε ιδιαίτερη κλινική εμπειρία με άτομα που εμφάνιζαν ψυχωσικά συμπτώματα. Σύμφωνα με το Freud, η παρανοϊκή συμπτωματολογία που παρουσίασε ο Schreber οφειλόταν στην καθήλωση της ψυχικής ενέργειας (libido) στο ναρκισσιστικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης,

δηλαδή στο στάδιο που εντοπίζεται μεταξύ των σταδίων του αυτοερωτισμού και της επιλογής ετεροφυλόφιλου αντικειμένου, κατά τη διάρκεια του οποίου το Εγώ του ατόμου επιλέγεται ως αντικείμενο επένδυσης της libido (Freud, 1905). Η καθήλωση στο στάδιο αυτό οδηγεί το ενήλικο άτομο, μέσω της διαδικασίας της προβολής, στην παρανοϊκότητα. Η παλινδρόμηση κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου στο στάδιο του ναρκισσισμού και ο ελλιπής σχηματισμός ή ανεξαρτητοποίηση του Εγώ, καθιστά αδύνατη για το άτομο την επένδυση της ψυχικής ενέργειας στον έλεγχο της πραγματικότητας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αναπτυχθεί η μεταβίβαση υλικού στο θεραπευτή – μια διαδικασία που θεωρείται απαραίτητη για την επίτευξη της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.

Παρά την ευρέως αποδεκτή απαισιόδοξη στάση του Freud και των περισσότερων ψυχαναλυτών της εποχής του για την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία των ατόμων που εμφάνιζαν ψυχωσικά συμπτώματα, ορισμένοι ψυχαναλυτές, όπως ο Sullivan, η Fromm-Reichmann, ο Rosen και ο Federn, διαφοροποιήθηκαν και εξέφρασαν αισιόδοξες απόψεις και θέσεις. Ο Αμερικανός ψυχίατρος Harry Stack Sullivan, ο οποίος ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη μελέτη της σχιζοφρένειας, στο σύγγραμμά του με τίτλο “Conceptions of Modern Psychiatry”, που δημοσιεύτηκε το 1939, πρότεινε ότι η ανάπτυξη του χαρακτήρα δεν εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα της ψυχικής ενέργειας, αλλά πίστευε ότι εξαρτάται κυρίως από την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων και ειδικότερα των σχέσεων που αναπτύσσονται στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού με τους γονείς του ή τα πρόσωπα που έχουν αναλάβει την ανατροφή του. Όταν το παιδί, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής του, δεν βιώνει την αποδοχή και εκτίμηση των άλλων, δημιουργείται ένα εύθραυστο σύστημα εαυτού, το οποίο υπό συνθήκες στρες, καταρρέει και παλινδρομεί σε προηγούμενες, παιδικές μορφές επικοινωνίας με τους γύρω του. Σκοπός της ψυχοθεραπείας για το Sullivan ήταν να εκπαιδεύσει τους ασθενείς του σε μορφές ενήλικης επικοινωνίας και στην υιοθέτηση της συντακτικής διαδικασίας της ανθρώπινης νόησης (Bruch, 1993. Nestoros, 1997a. Sullivan, 1953).

Επηρεασμένη από τις απόψεις του Sullivan για την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας, η Frieda Fromm-Reichmann(1939/1943, 1948, 1950.1952, 1954) τόνιζε ότι όταν ο ασθενής δεν πιεστεί να αποκαλύψει ή να απαρνηθεί τις ιδιαίτερες απόψεις του, μπορεί να αναπτύξει μια δυνατή σχέση αγάπης και μίσους με το θεραπευτή του. Ο αρκετά μεγάλος χρόνος που απαιτείται για την εγκαθίδρυση της μεταβίβασης, καθώς και η ένταση με την οποία αυτή επιτυγχάνεται, αποτελούν σαφείς ενδείξεις ότι ο ασθενής,

επειδή πληγώθηκε πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ζωής του, ανέπτυξε το μηχανισμό της απόσυρσης από σχέσεις για να προστατευτεί. Επιπλέον, η From-Reichmann (1939/1943) πίστευε ότι η επιτυχία της ψυχοθεραπείας των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα, δεν επηρεάζεται από τις τεχνικές και στρατηγικές των συγκεκριμένων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, αλλά εξαρτάται κυρίως από τη στάση που υιοθετεί ο θεραπευτής απέναντι στο άτομο με ψυχωσικά συμπτώματα. Η θέση αυτή έχει υιοθετηθεί και από τη Συνθετική Ψυχοθεραπεία (Νεστορος, 1993, 2000. Nestoros, 1997a, 2001), η οποία υποστηρίζει ότι τα θετικά αποτελέσματα εξαρτώνται σημαντικά από τη στάση του ίδιου του θεραπευτή απέναντι στη νόσο.

Ο John Rosen (1953) πρότεινε την άμεση ανάλυση (direct analysis) για την ψυχαναλυτική θεραπεία των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, ο θεραπευτής προσπαθεί να εισχωρήσει στις νοητικές διεργασίες του ασθενή και να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά του, η οποία χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς. Ο Rosen θεωρούσε ότι, όταν ασθενής διαπιστώσει ότι ο θεραπευτής του κατανοεί τους πιο έντονους και κρυφούς φόβους και τις επιθυμίες του, οδηγείται να πιστέψει ότι ο θεραπευτής του θα τον προστατεύσει από το να πληγωθεί.

Μεταξύ των θεωρητικών της ψυχοδυναμικής σχολής, που συνεισέφεραν με τις απόψεις τους στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων, συμπεριλαμβάνονται ο Eissler, ο οποίος πρότεινε την έναρξη της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας το δυνατόν συντομότερο, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της νόσου, ο Federn, ο οποίος ήταν ιδιαίτερα επιτυχής στην εγκαθίδρυση της μεταβίβασης, οι Segal, Bion, Winnicott και Rosenfeld, οι οποίοι ανήκαν στη Σχολή της Melanie Klein και οι Searles και Will, μαθητές της Fromm-Reichmann. Περισσότερο σύγχρονες απόψεις, που κινούνται στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής προσέγγισης για την ψυχοθεραπεία των ψυχωσικών συμπτωμάτων, έχουν παρουσιαστεί από τους Arieti, Benedetti, Pao, Feinsilver, Boyer, Giovacchini, Karon & VandenBos, Bologna, Oskarsson, Furlan, Munich, Selzer, Carsky, κ.λπ.

## **B. Συμπεριφοριστικές & Γνωστικές Προσεγγίσεις**

Σύμφωνα με τη θεωρία της μάθησης, τα άτομα που αργότερα θα αναπτύξουν ψυχωσικά συμπτώματα μαθαίνουν να έχουν περίεργες αντιδράσεις και τρόπους σκέψης, καθώς και διαταραγμένες διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, ως αποτέλεσμα της μίμησης της συμπεριφοράς και των σχέσεων των γονέων τους και των άλλων σημαντικών ανθρώπων στη ζωή τους, οι οποίοι πιθανόν αντιμετωπίζουν διάφορα συναισθηματικά προβλήματα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η ενίσχυση που δέχεται το άτομο που επιδεικνύει διαταραγμένη συμπεριφορά από το περιβάλλον του επηρεάζει τη διατήρηση αυτής της συμπεριφοράς και της συμπτωματολογίας του (Bootzin & Acocella, 1988. Kaplan, Sadock, & Grebb, 2000. Liberman, 1982. Ullmann & Krasner, 1975).

Στα πλαίσια της συμπεριφοριστικής προσέγγισης, ο Skinner (1956/1972) προσπάθησε να κατανοήσει τα σχιζοφρενικά συμπτώματα με τους όρους των αρχών που είναι κοινές για όλη τη συμπεριφορά, δηλαδή θεωρούσε ότι η συμπεριφορά των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα αποτελεί απλά ένα τμήμα, μια πτυχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Θεωρούσε ότι τα γεγονότα της παιδικής ηλικίας του ατόμου μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραγμένης συμπεριφοράς, διαφωνούσε όμως με την διάσταση που έδινε η ψυχοδυναμική θεωρία για το ρόλο του ασυνειδήτου. Γενικότερα, για το Skinner, η ψυχωσική συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα της επίδρασης κληρονομικών παραγόντων, ατομικού ιστορικού και σύγχρονων περιστάσεων της ζωής του ατόμου.

Ο Kurt Salzinger (1972) ακολουθώντας τις αρχές της συμπεριφοριστικής προσέγγισης ασχολήθηκε ερευνητικά με τον εντοπισμό συγκεκριμένων διαφορών που παρουσιάζονται στη συμπεριφορά των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα – με τη χρήση των τεχνικών της συντελεστικής ενίσχυσης –, καθώς και των τεχνικών με τις οποίες μπορούν να τροποποιηθούν. Μεταξύ άλλων, αναπτύχθηκε το σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy) (Ayllon & Azrin, 1968), το οποίο εφαρμόστηκε ευρύτατα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία με ικανοποιητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Η πρόοδος στη γνωστική ψυχολογία, που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των πρόσφατων 25 περίπου ετών, επηρέασε σημαντικά και την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχώσεων,



με τη μεγάλη αύξηση της ερευνητικής δραστηριότητας στον τομέα αυτό και την αντίστοιχη ανάπτυξη μοντέλων γνωστικής ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, όπως αυτά που προτάθηκαν από τους Kingdom & Turkington (1991a,b, 1994) και Carlo Perris (1992). Παράλληλα, αναπτύχθηκαν προγράμματα εκπαίδευσης των ατόμων που εμφάνιζαν ψυχωσικά συμπτώματα στις κοινωνικές δεξιότητες, με την εφαρμογή τεχνικών μίμησης προτύπου, κοινωνικής ενίσχυσης και role-playing (Bellack et al, 1984. Bellack, Morrison, & Mueser, 1989. Bellack & Mueser, 1993), και προτάθηκε η οικογενειακή συμπεριφοριστική θεραπεία (behavioral family therapy) για άτομα με διάφορα ψυχικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας (Mueser & Glynn, 1995).

### **Γ. Ανθρωπιστικές/Υπαρξιστικές Προσεγγίσεις**

Οι θέσεις που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια των ανθρωπιστικών/υπαρξιστικών θεωριών δεν είχαν ιδιαίτερα σημαντικές επιδράσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχώσεων, οι απόψεις τους όμως συνέβαλαν καθοριστικά στην αλλαγή της θεώρησης της κοινωνίας απέναντι στα ψυχωσικά συμπτώματα, δηλαδή στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι περισσότεροι άνθρωποι αντιλαμβάνονταν και αντιμετώπιζαν τα άτομα που έπασχαν από τα συμπτώματα αυτά. Η μεγάλη συνεισφορά τους συνίσταται κυρίως στο γεγονός ότι αμφισβήτησαν την υιοθέτηση του ιατρικού μοντέλου στην κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και την αποτελεσματικότητα των παραδοσιακών θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, ενώ παράλληλα έδωσαν έμφαση στην εγκυρότητα της υποκειμενικής εμπειρίας του ατόμου που πάσχει (Bootzin & Acocella, 1988. Nestoros, 1997a).

Ο ψυχίατρος Ronald Laing (1964) πίστευε ότι τόσο οι ειδικοί επιστήμονες της συγκεκριμένης εποχής, όσο και η κοινωνία, γενικότερα, θα έπρεπε να δεχθούν τις θέσεις και απόψεις που εκφράζουν τα άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα ως δικαιολογημένες, έγκυρες και δυνητικά βοηθητικές, αντί να προσπαθούν να τα θεραπεύσουν. Θεωρούσε ότι η σχιζοφρένεια συνιστά μια συγκεκριμένη στρατηγική που ανακάλυψε το άτομο και επέλεξε να τη χρησιμοποιήσει για να μπορέσει να ζήσει σε μια πολύ δύσκολη και επώδυνη κατάσταση ζωής.

Η συνεισφορά του Laing έγκειται κυρίως στην αμφισβήτηση των κριτηρίων με τα οποία οι άνθρωποι κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρενείς. Ο ίδιος υποστήριζε ότι η έννοια “σχιζοφρένεια” ως μια μορφή τρέλας υποδηλώνει την έννοια “λογική” ως τη νόρμα, με βάση την οποία κρίνεται η τρέλα, γεγονός που μας δίνει τη δυνατότητα να κρίνουμε τον ψυχίατρο, σε διάφορα επίπεδα, ως λογικό, και τον ασθενή, σε διάφορα επίπεδα, ως τρελό. Στο συμπέρασμα αυτό οδηγούμαστε επειδή, ως αξίωμα, η συμπεριφορά του ψυχιάτρου λαμβάνεται ως μέτρο με βάση το οποίο κρίνεται, αξιολογείται και κλιμακώνεται η διαταραχή του ασθενούς τον οποίο αυτός αντιμετωπίζει (Laing, 1964).

Την ίδια εποχή, οι Rogers και συν. (1967) πρότειναν την ενσυναίσθηση και την άνευ όρων θετική αποδοχή του ατόμου από ένα γνήσιο θεραπευτή, ως ικανές να συμβάλλουν στην εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης με άτομα που αντιμετώπιζαν ψυχωσικά συμπτώματα. Ωστόσο, το πελατοκεντρικό μοντέλο ψυχοθεραπείας δεν εφαρμόστηκε ιδιαίτερα στην κλινική πράξη για την αντιμετώπιση ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα.

### ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η απαισιοδοξία που κυριαρχούσε στα περισσότερα ψυχοδυναμικά, συμπεριφοριστικά και ανθρωπιστικά/υπαρξιστικά μοντέλα για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων – εκτός ίσως των ελάχιστων εξαιρέσεων που προαναφέρθηκαν –, συνεχίστηκε μέχρι πρόσφατα. Ιδιαίτερα έντονη ήταν η απαισιοδοξία για την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοθεραπείας που εκφράστηκε από τους ερευνητές που δραστηριοποιούνταν στις ΗΠΑ.

Χαρακτηριστικά, σε ανασκόπηση σχετικών ερευνών, ο Klerman (1984) κατέληξε ότι τα ευρήματα δεν δικαιολογούν περαιτέρω έρευνα στην εντατική ατομική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας, άποψη την οποία συμμερίζονται σε έρευνές τους και οι Mueser & Berenbaum (1990) και Armstrong (1993). Παράλληλα, ο McGlashan (1984) τόνιζε ότι η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να στοχεύει στην αλλαγή του περιβάλλοντος – έναντι της θεραπείας του ίδιου – του ασθενούς, ώστε αυτό να προσαρμοστεί στις δυσχέρειες που αντιμετωπίζει το άτομο με ψυχωσικά συμπτώματα, ο Torrey (1986) πρότεινε την αποφυγή της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας και των ενορατικού-τύπου ψυχοθεραπειών, και, τέλος, ο Coursey (1989),

συμπέρανε ότι θα έπρεπε να δοθεί έμφαση στην κατανόηση της σχιζοφρένειας ως μιας βιολογικής διαταραχής συγκεκριμένων πλευρών της ανθρώπινης εμπειρίας.

Σε αντίθεση με τους περισσότερους ερευνητές, οι Karon, Munich, Feinsilver, Rosberg, Studen, Conte και Kanas εκφράζουν μεγαλύτερη αισιοδοξία για την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, άποψη την οποία συμμερίζονται και πολλοί ερευνητές στην Ευρώπη, όπως ο Benedetti στην Ελβετία, οι Borghi, Tiberii και Furlan στην Ιταλία, ο Jakubik στην Πολωνία, οι Βρεννερ και Stark στη Γερμανία, καθώς και ο Ιεροδιακόνου, Καθηγητής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, και ο Νέστορος, Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κρήτης στην Ελλάδα. Ιδιαίτερα έντονη ερευνητική δραστηριότητα, για τη μελέτη της ψυχοθεραπείας των ψυχώσεων παρατηρείται στις Σκανδιναβικές χώρες, κυρίως από τον Armelius στη Σουηδία και από τον Alanen στη Φιλανδία, καθώς και στη Βρετανία από τους Kingdon & Turkington, οι οποίοι μελετούν τις εφαρμογές της γνωστικής προσέγγισης στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Το αυξημένο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχώσεων καταδεικνύεται στην πρόσφατη μεγάλη άνθιση της Διεθνούς Επιστημονικής Εταιρείας για την Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας και των Άλλων Ψυχώσεων (International Society for the Psychotherapy of the Schizophrenia & Other Psychoses – I.S.P.S.), η οποία ιδρύθηκε το 1956. Μάλιστα, στο πρόσφατο διεθνές επιστημονικό συνέδριο (The 13<sup>th</sup> International Symposium for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychoses), που διοργανώθηκε από την εν λόγω εταιρεία τον Ιούνιο του 2000 στο Stavanger της Νορβηγίας, συμμετείχαν με ανακοινώσεις τους περισσότεροι από 700 σύνεδροι από 40 διαφορετικές χώρες του κόσμου, οι οποίοι πραγματοποίησαν περίπου 350 επιστημονικές ανακοινώσεις σχετικές με την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχώσεων (Abstract book, 13<sup>th</sup> International Symposium for the Psychological Treatment of Schizophrenia and Other Psychoses. ISPS 2000, Stavanger 5-9 June 2000).

## Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων

Στην ανάπτυξη της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας ως μοντέλου για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, όπως αυτή προτάθηκε από το Νέστορος (Νέστορος, 1993, 2000. Nestoros, 1997a, 1997b, 2001), επέδρασαν σημαντικά πολλοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων και οι ακόλουθοι: 1) Η πολύπλευρη και πολυδιάστατη εκπαίδευση του εμπνευστή του μοντέλου στην ψυχοθεραπεία στο Πανεπιστήμιο McGill, του Καναδά, από το 1973 έως το 1977, η οποία του προσέφερε πλήθος εμπειριών και εποπτείας στις ψυχαναλυτικές, συμπεριφοριστικές και ανθρωπιστικές προσεγγίσεις, με την αποδοχή και ενίσχυση πιθανών συνδυασμών αυτών των μοντέλων, στα πλαίσια ατομικής, οικογενειακής ή ομαδικής θεραπείας. Παράλληλα, η προσέγγιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων από πολλές διαφορετικές πλευρές, που υιοθετήθηκε στο συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ενθάρρυνε το συγκεκριμένο θεραπευτή να υιοθετήσει μια περισσότερο “εκλεκτική” προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία. 2) Η εκπαίδευση και ερευνητική εμπειρία του εμπνευστή του μοντέλου στις νευροεπιστήμες, κατά τη διάρκεια της οποίας συνεργάστηκε με τον Κ. Κρηjenic, και στην ψυχοφαρμακολογία, κατά τη διάρκεια της οποίας συνεργάστηκε με τους διακεκριμένους ψυχοφαρμακολόγους Heinz E. Lehmann και Thomas A. Ban. 3) Καθοριστική για την υιοθέτηση μιας συνθετικής προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία ήταν η διάλεξη του Judd Marmor, το 1975, η οποία αναφερόταν στη δυνατότητα σύνθεσης των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων, καθώς και η προσωπική ψυχοθεραπεία του εμπνευστή του μοντέλου με τη Lla C Korenberg. 4) Η κλασική παιδεία που έλαβε στο Παγκύπριο Γυμνάσιο, καθώς και το ενδιαφέρον του για τη συνεισφορά των Ελλήνων φιλοσόφων και του Ελληνικού πολιτισμού στην ψυχολογία και την ψυχοθεραπεία. 5) Οι επιδράσεις από τις αλληλεπιδράσεις του εμπνευστή του μοντέλου με εκπαιδευμένους ψυχοθεραπευτές, στα πλαίσια μετεκπαιδευτικού προγράμματος της ΕΟΚ στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών, και με τους φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και των συνεργαζόμενων Ευρωπαϊκών Πανεπιστημίων στα πλαίσια των Προγραμμάτων Διαπανεπιστημιακής Συνεργασίας Erasmus και Socrates.

6) Η επισταμένη μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας, η ενημέρωση για την ερευνητική δραστηριότητα που συντελείται στο χώρο της ψυχοθεραπείας των νευροεπιστημών και της ψυχοφαρμακολογίας, μέσω της συμμετοχής σε πανελλήνια, πανευρωπαϊκά και διεθνή συνέδρια, καθώς επίσης και οι συζητήσεις και επαφές του με διακεκριμένους ψυχοθεραπευτές, όπως ο Alvin Mahrer, ο Bertram Karon, η Anne-Louise S. Silver, ο Garry F. Prouty και ο Ernesto Spinelli, των οποίων οι απόψεις για την ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων παρατίθενται σε ειδικό τεύχος (special issue) του επιστημονικού περιοδικού *Journal of Contemporary Psychotherapy* (Editor: I. Moses, 2001). 7) Τα ευρήματα ερευνών που αποκάλυπταν τη σχέση μεταξύ άγχους και σχιζοφρένειας, και συγκεκριμένα η διαπίστωση ότι τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα ασθενών που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, υποχώρησαν λίγες ώρες ή λίγες ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας με πολύ υψηλές δόσεις βενζοδιαζεπινών (Beckmann & Haas, 1980, Nestoros et al, 1982, 1983).

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα απαρτίζεται από εννέα βασικές αρχές (Νέστορος, 1993. Nestoros, 1997a), οι οποίες συνιστούν καθοδηγητικές αρχές και στρατηγικές, που κατευθύνουν τις παρεμβάσεις του κλινικού. Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου στη μείωση και την εξάλειψη των ψυχωσικών συμπτωμάτων έχει μελετηθεί σε μια σειρά ερευνών που παρουσιάστηκαν σε πανελλήνια (Νέστορος, Βασδέκης, και συν. 1996. Νέστορος, Βαλλιανάτου, Ζγαντζούρη και συν. 2001 Νέστορος, Καλαϊτζάκη, & Ζγαντζούρη, 1997. Νέστορος, Καλαϊτζάκη Ζγαντζούρη, και συν. 2001. Νέστορος, Καλαϊτζάκη, & Ζγαντζούρη 1997. Νέστορος, Καλαϊτζάκη Ζγαντζούρη, και συν. 1999) και διεθνή επιστημονικά συνέδρια (Nestoros, Zgantouri et al., 1998, 2000. Nestoros, Zgantouri, & Kalaitzaki, 1999. Zgantouri & Nestoros, 1997), σε σχετικές δημοσιεύσεις (Νέστορος, 1993, 2000. Νέστορος, Καλαϊτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999. Nestoros 2001), καθώς και σε έρευνες στα πλαίσια διδακτορικών διατριβών (Ζγαντζούρη, 2000. Καλαϊτζάκη, 2000).

Οι αρχές της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων γενικότερα και της σχιζοφρένειας ειδικότερα, είναι:

### **1. Η σχιζοφρένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία.**

2. Η σύνθεση των διαφόρων προσεγγίσεων στη θεραπεία των ψυχωσικών συμπτωμάτων είναι εφικτή και έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι των συμβατικών μονοδιάστατων προσεγγίσεων
3. Τα ψυχωσικά συμπτώματα μπορούν να κατανοηθούν ως αποτέλεσμα πολλών διαφορετικών παραγόντων (βιολογικών, ψυχολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών, κ.λπ.) σύμφωνα με το μοντέλο ευαλωτότητας στο στρες.
4. Τα ψυχωσικά συμπτώματα από μόνα τους δεν είναι τόσο άσχημα όσο οι αντιδράσεις των ατόμων ή της κοινωνίας σε αυτά.
5. Τα ψυχωσικά συμπτώματα ανήκουν σε ένα συνεχές στο ένα άκρο του οποίου υπάρχει η φυσιολογική συμπεριφορά.
6. Τα παρανοϊκά σχιζοφρενικά συμπτώματα μειώνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα, όταν επιτευχθεί μείωση του άγχους μέσω αγχολυτικών φαρμάκων ή με άλλους τρόπους, όπως για παράδειγμα με την ψυχοθεραπεία.
7. Τα άτομα που πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα δεν είναι 100% διαταραγμένα, αλλά έχουν διατηρήσει κάποιο λογικό τμήμα, το οποίο μπορεί να συνεργαστεί με τον ψυχοθεραπευτή.
8. Η Ψυχοθεραπεία είναι μια περίπλοκη διαδικασία που απαιτεί ειδικές συνθήκες, οι οποίες στην περίπτωση των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα πρέπει να εφαρμόζονται σταθερά για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα

**9. Η ψυχωσική κατάσταση, χαρακτηρίζεται από αυξημένη δημιουργία.**

Τέλος, σήμερα θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην αλλαγή της στάσης της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, και ειδικότερα, στα άτομα που εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα, η οποία παραμένει σε μεγάλο βαθμό αρνητική, καθώς και στην αλλαγή της αντίληψης για την πρόγνωση των ψυχώσεων, η οποία φαίνεται να είναι θετική, στοιχείο που προκύπτει τουλάχιστον για την Συνθετική Ψυχοθεραπεία.

## Το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης

### *Ιστορία του Τμήματος*

Το Τμήμα Ψυχολογίας ιδρύθηκε το 1984 και άρχισε να λειτουργεί από το χειμερινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 1987-88 στο Ρέθυμνο. Είναι το παλαιότερο Τμήμα Ψυχολογίας που ιδρύθηκε στην ελληνική επικράτεια. (Συνέβαλε σ' αυτό με τις ενέργειες της η Ρεθεμνιώτισσα ψυχολόγος κ. Μ. Χουρδάκη, επίτιμος πρόεδρος του Τμήματος). Αρχικά το Τμήμα αυτό, όπως και τα υπόλοιπα πανεπιστημιακά τμήματα της πόλης του Ρεθύμνου, στεγάστηκε σε κάποιο σχολικό συγκρότημα στην περιοχή των Περιβολίων. Από το Μάρτιο του 1998 μεταφέρθηκε στην νέα Πανεπιστημιούπολη στο Γάλλο που βρίσκεται περίπου 4 km από το κέντρο της πόλης του Ρεθύμνου. Στο χώρο της νέας πανεπιστημιούπολης συγκεντρώνονται κατά βάση τόσο οι εκπαιδευτικές, όσο και οι ερευνητικές δραστηριότητες του Τμήματος. Από το 2004 τΤμήμα χαρακτηρίζεται ως αυτοδύναμο διοικητικά.

### *Δραστηριότητες του Τμήματος*

Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του το Τμήμα το διάστημα της λειτουργίας του οργάνωσε μια σειρά από συνέδρια:

- 1.2° Πανελλήνιο συνέδριο Ψυχολογικής έρευνας (Τμήμα Ψυχολογίας, Ρέθυμνο, 1990).
2. Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και την κοινωνία (Τμήμα Ψυχολογίας, Ηράκλειο, 1991).
3. Pan European Congress: Recent Development in Psychotherapy (Ι. Νέστορος, Αθήνα, 1993).
4. Η Βιοψυχολογία ως κλάδος των Νευροεπιστημών: Συμβολή στη μελέτη του εγκεφάλου και των ψυχικών διαταραχών (Α. Καστελλάκης, Ρέθυμνο, 1995).
5. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις του ρεμπέτικου στην εξέλιξη του (Α.-Β. Ρήγα, Ρέθυμνο, 1996).
6. Μεθοδολογικά θέματα έρευνας στη σύγχρονη ψυχολογία (Ν. Παπαδόπουλος, Ρέθυμνο, 1996).



7.2° WAER Congress (Συνδιοργάνωση Τμήμα Ψυχολογίας και Τμήμα ΠΤΔΕ, Ρέθυμνο, 1997).

8. Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση του (Σ.Τριλίβα, Ρέθυμνο, 1997).

9. Συνέδριο για τα 10 χρόνια της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών. (Συνδιοργάνωση: Τμήμα Ψυχολογίας με τα υπόλοιπα Τμήματα της Σχολής, Ρέθυμνο, 1998).

10. Ψυχολογία των κινήτρων: Νέες προσεγγίσεις και εφαρμογές. (Ν. Παπαδόπουλος, Ρέθυμνο, 1999).

11. The multi-cultural identity of the family: Immigrant families of the new millennium (Α.-Β. Ρήγα, Ρέθυμνο, 1999).

12. Διαπολιτιστική ταυτότητα και μουσικές διαδρομές του ελληνικού λαϊκού τραγουδιού: Από τη Σμύρνη στον Πειραιά. (Α.-Β. Ρήγα, Τρίκαλα, 2001).

13. Εγκέφαλος, νους και συμπεριφορά (Συνδιοργάνωση: Τμήμα Ψυχολογίας και Τμήμα Φ.Κ.Σ., Ρέθυμνο, 2002).

14. Transit Migration (Αθ. Μαρβάκης, Ρέθυμνο 2004)

15. 1° Πανελλήνιο Συνέδριο Πολιτικής Ψυχολογίας (Τμήμα Ψυχολογίας, Ρέθυμνο, 2005)

Πέραν αυτών των συνεδρίων το Τμήμα ή μέλη του συμμετείχαν στην οργάνωση ημερίδων, συμποσίων, φεστιβάλ (αντιρατσιστικά), intensive courses (Multilevel statistical models), ενώ έχουν δοθεί πολλές διαλέξεις με διακεκριμένους επιστήμονες από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Επίσης, υπάρχει συμμετοχή σε Ευρωπαϊκά Προγράμματα Διαπανεπιστημιακής Συνεργασίας.

Ακόμη στα πλαίσια ειδικών τιμητικών τελετών αναγόρευσε ως επίτιμους διδάκτορες του Τμήματος τους καθηγητές:

1. Colwyn Trevarthen (1996).
2. Hans Thomae (1997).
3. Fritz Sack

### *Ο.Π.Μ.Σ στην Κλινική Ψυχολογία*

Το Τμήμα Ψυχολογίας από το ακαδημαϊκό έτος 1994-95 οργάνωσε και λειτούργησε Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Κλινική Ψυχολογία. Από τότε έως και το ακαδημαϊκό έτος 2004-05, οπότε αποφοίτησαν οι τελευταίοι μεταπτυχιακοί φοιτητές, το Τμήμα απένειμε το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στην Κλινική Ψυχολογία σε συνολικά 58 ψυχολόγους. Στο ίδιο διάστημα έλαβαν τον τίτλο του διδάκτορος στην Κλινική Ψυχολογία τρεις (3) ψυχολόγοι. Το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα διαδέχθηκε από το ακαδημαϊκό έτος 2004-05 ένα νέο μεταπτυχιακό πρόγραμμα με δύο (2) κατευθύνσεις (Σχολική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας).

#### *Στόχοι*

Το Τμήμα έχει ως αποστολή:

Να καλλιεργεί και να προάγει την Ψυχολογία μέσω της ακαδημαϊκής διδασκαλίας και της εφαρμοσμένης έρευνας αλλά και να παρέχει στον πτυχιούχο τα απαραίτητα εφόδια, εξασφαλίζοντας του άρτια θεωρητική, ερευνητική και πρακτική κατάρτιση, η οποία θα του επιτρέπει να συμμετέχει στην ανάπτυξη της ψυχολογικής γνώσης και να έχει τις βάσεις για μια επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία. Αυτά επιτυγχάνονται μέσω του Προγράμματος Προπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος, που είναι σχεδιασμένο ώστε να προσφέρει μια ισόρροπη και γενική κατάρτιση σε πολλά βασικά γνωστικά αντικείμενα της Ψυχολογίας, τα οποία επιμερίζονται σε επτά (7) κύκλους μαθημάτων. Οι κύκλοι αυτοί είναι: θεμελιώδεις αρχές ψυχολογίας, μεθοδολογία & στατιστική, αναπτυξιακή-σχολική ψυχολογία, βιοψυχολογία-νευροεπιστήμες, κοινωνική & πολιτική ψυχολογία, κλινική ψυχολογία-ψυχολογία υγείας και άλλα, στα οποία περιλαμβάνονται όσα δεν υπάγονται στους προηγούμενους κύκλους. Οι κύκλοι αυτοί αποτελούν τη βάση της δόμησης του Προγράμματος Σπουδών. Σήμερα στο Τμήμα υπηρετούν 17 μέλη ΔΕΠ, αναμένεται ο διορισμός τριών (4) νέων μελών, ενώ έχουν δρομολογηθεί και άλλες θέσεις.

Για την υλοποίηση του Προγράμματος Σπουδών πέραν των μελών Δ.Ε.Π. του Τμήματος συμβάλλουν και αρκετοί συμβασιούχοι διδάσκοντες (ΠΔ 407/80), των οποίων η σύμβαση υπογράφεται συνήθως στις αρχές του ακαδημαϊκού έτους και μπορεί να ανανεωθεί για διάστημα έως και τρία (3) χρόνια. Πέραν αυτών για την υλοποίηση του Προγράμματος Σπουδών συνδράμουν και 1 ΕΕΔΙΠ και 2 ΕΤΕΠ. Οι ερευνητικές δραστηριότητες των μελών ΔΕΠ καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα που εκτείνεται από το πεδίο της βασικής έρευνας έως και αυτό της εφαρμοσμένης.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### Στάσεις απέναντι στην Ψυχική Ασθένεια

#### *Ευρήματα από Έρευνες σε Διεθνές Επίπεδο*

Η ανάγκη για τη διερεύνηση της γνώμης του τοπικού πληθυσμού πάνω στην ψυχική αρρώστια θεωρείται πρωταρχική πριν από την οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής στον τομέα.

Είναι αρκετά παραδεκτό ότι κάθε στάση του κοινού απέναντι στον ψυχικά άρρωστο, με τη μορφή της άρνησης της κατάστασης του, της προκατάληψης, της απόρριψης ή και της επιθετικότητας γίνεται αντιληπτή από αυτό το άτομο και η στάση αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική του ένταξη και αποκατάσταση. Μια διερεύνηση της στάσης προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα και προγραμμάτων εκπαίδευσης του κοινού, που θα βοηθούσαν στην καλλιέργεια μιας θετικής στάσης απέναντι στο άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα.

Τα τελευταία 40 χρόνια διεξάχθηκαν πολλές κοινοτικές έρευνες που εστίαζαν στη μελέτη της στάσης του κοινού απέναντι στον ψυχικά άρρωστο. Σύμφωνα με μια εκτενή ανασκόπηση από τη Rabkin (1972), λίγες έρευνες χρησιμοποίησαν σωστή μεθοδολογία και δομημένες κλίμακες (Starr, 1955, Nunnally, 1961, Cumming & Cumming, 1957, Cohen & Struening, 1962, 1963, 1965, Lemkau & Crocetti, 1962, Philips, 1964, Dohrenwend, 1967, Elinson, Padilla & Perkins, 1965). Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι η γνώμη του γενικού πληθυσμού για την ψυχική αρρώστια διαφοροποιείται ως προς το φύλο, την εκπαίδευση, και την κοινωνική τάξη.

Στην Ελλάδα μικρός αριθμός ερευνητών ασχολήθηκαν με το θέμα της στάσης των συγγενών ψυχικά αρρώστων απέναντι στην ψυχική ασθένεια. (Alivizatos & Lyketsos, 1964, Safilios-Rothschild, 1968 Demetriou et al, 1978). Οι Βασιλείου και Βασιλείου (1968) και οι Γεώργας και συν. (1978) διεξήγαγαν παρόμοια έρευνα σε γενικό πληθυσμό.

Όλες οι έρευνες που διεξάχθηκαν στον ελληνικό χώρο έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: την απουσία χρήσης της εξειδικευμένη, αξιόπιστης και αξιοσέβαστης κλίμακας που να αποκαλύπτει όλους τους πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική αρρώστια.

Οι Koutrelakos & Gedeon (1978) χρησιμοποίησαν στη χώρα μας την κλίμακα των Cohen & Struening (Κλίμακα της Γνώμης Απέναντι στην Ψυχική Αρρώστια) σε ένα δείγμα 220 ατόμων, με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, σπουδαστές κοινωνικούς λειτουργούς και δημοσίους υπαλλήλους.

Νέες τάσεις στην ψυχιατρική θεωρία και πρακτική έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, σαν αποτέλεσμα του συνεχώς αυξανόμενου ενδιαφέροντος και ευαισθητοποίησης του κοινού για θέματα ψυχικής υγιεινής, ρύπανσης και ποιότητας ζωής γενικότερα. Μέσα στα πλαίσια αυτά θεωρήθηκε αναγκαία η διερεύνηση της στάσης των κατοίκων δύο αθηναϊκών δήμων που αποτελούσαν τον τομέα ευθύνης ενός Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής απέναντι στην ψυχική ασθένεια. (Madianos et al. 1987, Μαδιανός και συν., 1985). Το δείγμα ήταν της τάξεως των 1574 ατόμων ηλικίας 20 έως 65 ετών. Όσον αφορά τα αποτελέσματα, το φύλο δεν βρέθηκε να επηρεάζει τη διαμόρφωση των στάσεων ενώ το πιο αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι οι περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές (ηλικία, εκπαίδευση, τόπος διαμονής μέχρι 15 ετών και επάγγελμα) επηρεάζουν σημαντικά τη διαμόρφωση των στάσεων που εκφράζουν διάκριση και κοινωνικό περιορισμό. Βρέθηκε ότι ο παράγοντας που εκφράζει κοινωνική διάκριση προς τον ψυχικά άρρωστο αυξάνεται με την ηλικία και μειώνεται στα άτομα που μεγάλωσαν σε μεγάλες πόλεις και στα άτομα που είναι πτυχιούχοι Λυκείου ή Πανεπιστημίου.

Πιο αναλυτικά, τα νέα στην ηλικία άτομα που μεγάλωσαν σε αστικά κέντρα με ανώτερο επίπεδο μόρφωσης και επαγγέλματος βλέπουν πολύ λιγότερο τον ψυχικά άρρωστο σαν ένα άτομο κατώτερο από τα άλλα ή θεωρούν ότι ο ψυχικά άρρωστος συμπεριφέρεται σαν παιδί και δεν πρέπει να του επιτρέπεται να παντρεύεται. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει με εκείνα των Cumming (1957) και των Ramsey & Seipp (1948). Σχετικά, έχει διαπιστωθεί ότι τα πιο μορφωμένα άτομα διακατέχονται από λιγότερη αυταρχικότητα σε σχέση με τα λιγότερο μορφωμένα (Τριποδιανάκης, Σαραντίδης & Θεοδωροπούλου, 1990) και δείχνουν χαμηλότερο βαθμό κοινωνικής απόστασης (Dorhenwend & Shong, 1967). Αυτό επαληθεύεται και από έρευνα των Murphy, Black, Dyffy & Kieran (1993).

Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του ευρήματος πρέπει να βασίζεται στα στερεότυπα και τις λαϊκές δοξασίες για την ψυχική αρρώστια που πηγάζουν από το λαϊκό μας πολιτισμό (Blum & Blum, 1970) και περιέχουν την έννοια του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων για κάθε παρέκκλιση της συμπεριφοράς και οι οποίες τείνουν να μειωθούν όταν το άτομο μορφώνεται περισσότερο. Επίσης, οι μορφωμένοι υποστηρίζουν περισσότερο την θέση ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν διαφέρουν από τους άλλους ανθρώπους (Cohen & Struening, 1962). Επομένως είναι εύλογο το ότι στην μελέτη των Madianos et al. (1987), Μαδιανός και συν. (1985), οι φοιτητές παρουσιάζουν τη χαμηλότερη βαθμολόγηση στον παράγοντα της κοινωνικής διάκρισης σε σύγκριση με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες, Μάλιστα σε άλλη έρευνα έχει βρεθεί ότι μεταξύ των φοιτητών, όσοι σπουδάζουν κάποια επιστήμη που ανήκει στον χώρο της υγείας έχουν μικρότερη τάση αποστασιοποίησης από εκείνους που ακολουθούν επαγγέλματα σχετικά με επιχειρήσεις (Lyons & Hayes, 1993). Σε αυτό συμφωνεί και μελέτη των Gupta και Bonell (1993), σύμφωνα με τα οποία οι φοιτητές Ψυχολογίας συγκριτικά με φοιτητές άλλων τμημάτων, υποστήριζαν σε μεγαλύτερο βαθμό το ότι οι ψυχικές ασθένειες είναι σαν όλες τις άλλες.

Ακόμη έχει διαπιστωθεί με επαναλαμβανόμενες έρευνες, ότι όσοι ζουν στην επαρχία είναι πιο αυταρχικοί και επιθυμούν περισσότερο την κοινωνική αποστασιοποίηση του ασθενούς από όσους ζουν σε αστικά κέντρα. (Τριποδιανάκης, Σαραντίδης & Θεοδωροπούλου, 1990). Σε αυτό συμφωνεί και έρευνα των Γεώργα, Τζανάκη, Γερετσίδου, Τσιμογιάννη και Πράπτου (1978), στην οποία οι κάτοικοι της Αθήνας ήταν πιο θετικοί από εκείνους της επαρχίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Σε μια άλλη έρευνα ζητήθηκε από τους εξεταζόμενους να δηλώσουν αν θα προσλάμβαναν στην δουλειά τους άτομα με ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική. Τα αποτελέσματα ήταν μοιρασμένα καθώς το 43% απάντησε θετικά και το 40% αρνητικά. Στην ίδια ερώτηση, οι πολίτες της Αθήνας είχαν θετικότερη στάση από ότι οι κάτοικοι της επαρχίας (Γεώργας, Τζανάκης, Γερετσίδου, Τσιμογιάννη & Πράπτου, 1978). Επίσης σε μια έρευνα στην Νιγηρία η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν θα ήθελε να εργαστεί με κάποιον πρώην ασθενή όταν ρωτήθηκαν σχετικά (Oyefeso, 1994).

Όσον αφορά την στάση επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, βρέθηκε ότι οι ψυχίατροι ήταν περισσότερο “ανθρώπινοι” και δεκτικοί και υποστήριζαν περισσότερο από τους άλλους ότι η ψυχική αρρώστια είναι σαν κάθε άλλη αρρώστια και ότι οφείλεται στις διαπροσωπικές σχέσεις της παιδικής ηλικίας (Αλεβίζος, Μαδιανός & Στεφανής, 1983). Σε παρόμοια μελέτη που συνέκρινε τις στάσεις ψυχιάτρων και νοσηλευτών, οι ψυχίατροι φάνηκαν περισσότερο υποστηρικτικοί ως προς την κοινωνική ενσωμάτωση των ασθενών. Επίσης, ήταν της θέσης ότι η ψυχική ασθένεια δεν διαφέρει από τις άλλες ασθένειες (Μπιλανάκης & Ζαχαριάδης, 1990), εύρημα που επιβεβαιώνει το αντίστοιχο της προαναφερθείσας μελέτης. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν προγενέστερες έρευνες, στις οποίες οι ψυχίατροι παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά δεκτικότητας συγκριτικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες (Cohen & Struening, 1962) και ήταν περισσότερο δεκτικοί απέναντι σε πρώην ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Dorhenwend & Shong, 1967).

Σχετικά με την στάση που έχουν οι άνθρωποι απέναντι στην ψυχική ασθένεια ως προς το φύλο τους, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες ήταν περισσότερο αυταρχικές από τους άντρες (Τριποδιανάκης, Σαραντίδης & Θεοδωροπούλου, 1990), εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με αυτό των Gaebel, Baumann, Witte και Zaeske (2002), όπου βρέθηκε πως οι γυναίκες επειδή έχουν περισσότερες γνώσεις πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, επιδεικνύουν και μια θετικότερη στάση. Επίσης έχει βρεθεί ότι οι άνδρες είναι πιο δεκτικοί στην πρόσληψη κάποιου ατόμου με ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική από ότι οι γυναίκες (Γεώργας, Τζανάκης, Γερετσίδου, Τσιμογιάννη & Πράττου, 1978). Περισσότερο ανεκτικοί φαίνεται να είναι και οι νεώτερης ηλικίας άνθρωποι., σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους που είναι πιο επιφυλακτικοί.( Madianos, Madianou, Vlachonikolis & Stefanis, 1987).Το ίδιο επιβεβαιώνεται και από μελέτες των Brockington, Hall, Levings & Murphy, (1993) και Murphy, Black, Dyffy & Kieran, (1993).

Συνήθως η κοινωνία φοβάται και απομονώνει ό,τι θεωρεί άγνωστο και διαφορετικό. Αξίζει λοιπόν να τονίσουμε την σημασία της γνώσης, της επιμόρφωσης και της ενημέρωσης όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές. Η επαφή με τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με αυτές, ενδεχομένως να συμβάλλει σε ένα βαθμό στην απομυθοποίηση της ψυχικής νόσου.

Σε έρευνα που συνέκρινε τις απόψεις φοιτητών ιατρικής πριν και μετά από την επαφή τους με την επιστήμη της ψυχιατρικής, παρατηρήθηκε ότι μετά την εκπαίδευση τους ήταν λιγότερο αυταρχικοί απέναντι στους ασθενείς (Μαδιανός, Γκαρέλης, & Αλεβίζος, 1983). Σε αυτό συμφωνούν και έρευνες των Charidian & Engelsmann, (1982), Wilkinson, Toone & Greer, (1983). Σε άλλη έρευνα έγινε σύγκριση μιας ομάδας ατόμων που είχαν επαφή με κάποιον πρώην ασθενή με άτομα που δεν είχαν. Η πρώτη ομάδα είχε πιο θετικές αντιλήψεις (Ogedengbe, 1993). Σε μία αντίστοιχη σύγκριση ομάδων φοιτητών τα ευρήματα ήταν παρόμοια (Nosse, 1993). Επίσης έχει βρεθεί σε μελέτη στην Ιταλία, ότι βασικές γνώσεις σε θέματα ψυχικής υγείας που μπορεί να προέρχονται από μια άτυπη επαφή με τους ψυχικά ασθενείς, σχετίζονται με πιο ευνοϊκές απόψεις για αυτούς (Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi & Pioli, 2001). Στο ίδιο περίπου συμπέρασμα κατέληξαν και οι Addison και Thorpe (2003). Σύμφωνα με τα ευρήματά τους, τα άτομα που έχουν ακριβείς και έγκυρες γνώσεις για την ψυχική ασθένεια, έχουν την τάση να έχουν και πιο ευνοϊκές αντιλήψεις. Τέλος, σε έρευνα στο Χονγκ – Κονγκ, εξετάστηκε η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, πριν και μετά την πρακτική τους άσκηση. Πριν από αυτή, η στάση τους δεν διέφερε από αυτή της μεγάλης πλειοψηφίας, μετά όμως από την εκπαίδευσή τους, έγινε πολύ πιο θετική (Chan & Cheng, 2001).

Από τα στοιχεία των παραπάνω ερευνών, συμπεραίνουμε ότι στο σύνολό της η κοινή γνώμη δεν αντιλαμβάνεται θετικά τα άτομα με ψυχική ασθένεια, όμως με το πέρασμα του χρόνου και μέσα από την ενημέρωση, μπορεί να γίνει περισσότερο προσεκτική στις αντιλήψεις της για τα συγκεκριμένα άτομα αλλά και στα αρνητικά χαρακτηριστικά που τους αποδίδει.



## Στάσεις Απέναντι στην Σχιζοφρένεια

### *Ευρήματα Διεθνών Ερευνών*

Αντικείμενο έρευνας έχει αποτελέσει αρκετές φορές η στάση του κόσμου απέναντι στην αιτιολογία μιας ψυχικής ασθένειας και η κοινωνική απόρριψη που τη συνοδεύει. Σε μία εξαιρετικού ενδιαφέροντος πρόσφατη μελέτη των Angermeyer και Matschinger (2005), ερευνήθηκε πως αναπτύχθηκαν οι αντιλήψεις της κοινής γνώμης σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας αλλά και η επιθυμία της για κοινωνική απομάκρυνση απέναντι στους πάσχοντες μετά την δεκαετία του 1990, μέσα από μια σύγκριση των αποτελεσμάτων της ίδιας έρευνας, τις χρονιές 1991 και 2001. Το 1990, το ψυχοκοινωνικό στρες ήταν ιδιαίτερα δημοφιλές ανάμεσα στο κοινό ως αιτία της σχιζοφρένειας. Τα έντονα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έρχονταν στην πρώτη θέση και το χρόνιο στρες συνδεδεμένο με επαγγελματικές υποχρεώσεις στην δεύτερη. Αντίθετα, οι βιολογικοί παράγοντες βρίσκονταν στην πέμπτη (εγκεφαλική ασθένεια) και έκτη θέση (κληρονομικότητα). Αν και τα επιστημονικά δεδομένα στήριζαν περισσότερο τους κληρονομικούς παράγοντες, ο κόσμος απέδιδε σε αυτούς τη νόσο λιγότερο συχνά από ότι στην έλλειψη ισχυρής θέλησης ή στο αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον. Κατά την διάρκεια όμως του 1990, το ποσοστό εκείνων που θεωρούσαν ως αιτία την εγκεφαλική ασθένεια και την κληρονομικότητα αυξήθηκε από 55% σε 70% και από 45% σε 60% αντίστοιχα, ενώ το ποσοστό υπέρ του ψυχοκοινωνικού στρες ως αιτία παρέμεινε σταθερό. Το 2001 οι ερωτηθέντες απέδιδαν λιγότερο ως αιτία την έλλειψη θέλησης συγκριτικά με 11 χρόνια πριν. Σε γενικές γραμμές, μέσα στη δεκαετία του '90 το χάσμα που υπήρχε μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του κόσμου σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας περιορίστηκε, με τον δεύτερο να υιοθετεί πιο συχνά από ότι τα προηγούμενα χρόνια, τις εξηγήσεις των πρώτων. Όσον αφορά την επιθυμία για κοινωνική απομάκρυνση, ενώ θα περίμενε ίσως κανείς ότι θα μειωνόταν, παρουσίασε σημαντική αύξηση σε όλους τους τομείς κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Για παράδειγμα, το 1990 το 19% δεν θα ήθελε να έχει γείτονα κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια και το 44% δεν θα του νοίκιαζε το σπίτι του. Το 2001, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 35% και 63%. Τόσο στην μελέτη του 1990 όσο και του 2001, η αντίληψη ότι η σχιζοφρένεια έχει βιολογικό υπόβαθρο ήταν θετικά συσχετισμένη με μεγαλύτερη προτίμηση για αποστασιοποίηση. Το 2001 μάλιστα, η συσχέτιση αυτή ήταν σημαντικά ισχυρότερη.

Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλη μελέτη (Angermeyer, Beck and Matschinger 2003), στην οποία εξετάστηκε το κατά πόσο η επιθυμία για κοινωνική απομάκρυνση από τα άτομα με σχιζοφρένεια επηρεάζεται από πεπιοθήσεις και στερεότυπα σχετικά με την συγκεκριμένη διαταραχή και τους ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με αυτή. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η τοποθέτηση “ετικέτας” και οι πεπιοθήσεις για τις αιτίες και την πρόγνωση της νόσου καθώς και η γενική αντίληψη ότι οι πάσχοντες είναι “ανεργάσιμοι” και επικίνδυνοι, είχαν επίπτωση στην επιθυμία του κοινού για κοινωνική απομάκρυνση. Ωστόσο, ο τελευταίος χαρακτηρισμός φαίνεται να είναι πιο σημαντικός. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ερωτηθέντες που υποστήριξαν ότι φταίνε οι ασθενείς για την παθολογική τους κατάσταση εξέφρασαν ισχυρότερη επιθυμία κοινωνικής απομάκρυνσης. Αυτό επιβεβαιώνει και εύρημα προγενέστερης έρευνας, στην οποία οι υπεύθυνοι για την φροντίδα των ασθενών που θεωρούσαν ότι οι τελευταίοι ευθύνονται για τα συμπτώματά τους και πως μπορούν να τα ελέγξουν, είχαν την τάση να τους κατακρίνουν περισσότερο (Harrison et al. 1998). Αυτή η τάση όμως μειωνόταν όσο αυξάνονταν οι γνώσεις τους για την σχιζοφρένεια, και αυτό αποτελεί άλλο ένα στοιχείο που υπερτονίζει την ανάγκη ενημέρωσης πάνω στο θέμα. Το ίδιο συνέβη και με όσους έκαναν δυσμενή πρόγνωση αλλά και όσους θεώρησαν ότι η σχιζοφρένεια έχει καθαρά βιολογικό υπόβαθρο. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα των Angermeyer, Beck και Matschinger (2003), θεώρησε σαν αιτιολογία της σχιζοφρένειας τα αρνητικά γεγονότα της ζωής. Ακολούθησαν η εγκεφαλική ασθένεια, η κληρονομικότητα, το χρόνιο στρες μέσα από εργασιακές δυσκολίες και η κατάχρηση αλκοόλ με μικρές διαφορές μεταξύ τους. Τα μικρότερα ποσοστά ως αιτίες της διαταραχής είχαν το “διαλυμένο” οικογενειακό περιβάλλον, η έλλειψη θέλησης και τελευταία η έλλειψη γονικής στοργής. Ακόμη, το 69% θεωρεί ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας επιδεινώνονται, το 54% θεωρεί τα άτομα που πάσχουν απρόβλεπτα, και το 30% επικίνδυνα.

Το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν θα εμπιστευόταν την φύλαξη του παιδιού του, ενώ το αμέσως μικρότερο ποσοστό απορρίπτει το ενδεχόμενο να δεχτεί στην οικογένειά του μέσω του γάμου ένα τέτοιο άτομο. Ακολουθούν με μικρή ποσοστιαία διαφορά η ενοικίαση δωματίου, και η γνωριμία σε φίλους. Τα εμφανώς μικρότερα ποσοστά σε επίπεδο κοινωνικής απόρριψης έχουν η επαγγελματική συναδελφικότητα και η γειτονία. Το γεγονός πάντως στο οποίο αξίζει να σταθούμε, είναι ότι κυρίαρχος παράγοντας της απομάκρυνσης της κοινής γνώμης αποτελεί η άποψη ότι οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια είναι απρόβλεπτοι και επικίνδυνοι.

Για να μειώσουμε την άνιση αντιμετώπιση που βιώνουν αυτοί οι άνθρωποι, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επικεντρωθούμε σε αυτές τις αντιλήψεις. Αυτό που περιπλέκει το θέμα, είναι τα άφθονα στοιχεία από πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες, ότι το σχετικό ρίσκο για βίαια εγκλήματα είναι σε κάποιο βαθμό μεγαλύτερο στα άτομα με σχιζοφρένεια συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, συνεχώς αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι το αποδοτέο ρίσκο, είναι κάτω από 10%. Επίσης αν και έχουν ειπωθεί πολλά κατά καιρούς για την βίαιη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια, λίγοι έχουν αναφερθεί σε αυτούς τους συνανθρώπους μας ως θύματα βίαιης και παραβατικής συμπεριφοράς. Σε έρευνα που έγινε στην Αυστραλία, το 11,2% των πασχόντων ανέφερε ότι σε διάστημα ενός μηνός είχε πέσει θύμα παραβατικής συμπεριφοράς χωρίς βία, ενώ το 4,3% είχε δεχθεί βίαιη συμπεριφορά. Ακόμη, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι δεν ήταν ικανοποιημένο με την προστασία του (Fitzgerald et al. 2005). Όλα αυτά έρχονται σε πλήρη αντίθεση με την παραπάνω πεποίθηση της κοινής γνώμης, επομένως χρίζεται αναγκαίο ο κόσμος να έχει μια πιο σφαιρική ενημέρωση πάνω στο θέμα, καθώς αν υπάρχει γνώση μόνο της αρνητικής πλευράς των ερευνών απέναντι σε αυτούς τους ανθρώπους, δημιουργείται για αμαυρωμένη εικόνα και τα προϋπάρχοντα στερεότυπα ενδυναμώνονται. Ένα εύρημα που δεν ήταν αναμενόμενο αποτέλεσε το ότι όσο περισσότεροι οι ερωτηθέντες απέδιδαν την σχιζοφρένεια σε εγκεφαλική δυσλειτουργία ή κληρονομικότητα, τόσο περισσότεροι αυξανόταν και η τάση τους για κοινωνική απομάκρυνση. Με βάση αυτό, οι υπεύθυνοι της έρευνας υποστηρίζουν ότι τα προγράμματα κατά του στίγματος που δίνουν έμφαση στην βιολογική φύση της σχιζοφρένειας, μοιάζουν να είναι προβληματικά.

Αυτό συμβαίνει γιατί αν η συμπεριφορά των ατόμων με ψυχική ασθένεια παρουσιάζεται αποκλειστικά ως αποτέλεσμα χημικών ασυμμετριών και γενετικών ελαττωμάτων, μπορεί εύκολα να διαμορφωθεί η αντίληψη ότι πρόκειται για απρόβλεπτα και βίαια άτομα. Η πίστη στην βιολογική “παρέκκλιση “ περισσότερο οδηγεί τον απλό κόσμο που δεν έχει γνώσεις ψυχολογίας και ψυχιατρικής, ότι οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ διαφορετικοί από μας, ότι πρόκειται για άλλο είδος. Η γνώση του βιολογικού υποβάθρου της σχιζοφρένειας σίγουρα επιμορφώνει τον κόσμο και ανεβάζει το επίπεδο γνώσης του για την ψυχική υγεία, ωστόσο αυτό ίσως να μην αυξάνει και την κατανόηση απέναντι στους ανθρώπους που υποφέρουν από τη νόσο.

Το ότι η σχιζοφρένεια έχει συνδεθεί περισσότερο με βιολογικού υποβάθρου αιτίες αλλά και με αίσθηση επικινδυνότητας και φόβου, υποστηρίζεται και από άλλη μια έρευνα στη Γερμανία (Angermeyer and Matschinger 2003), όπου μελετήθηκαν οι απόψεις του κόσμου για την σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη, καθώς οι συγκεκριμένες διαταραχές αποτελούν κύριους στόχους των ερευνητών για τη μείωση του στίγματος απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Όσον αφορά την αιτιολογία, βρέθηκε ότι οι βιολογικοί παράγοντες θεωρήθηκαν περισσότερο αιτία της σχιζοφρένειας, ενώ ως αιτία της κατάθλιψης περισσότερο ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως το στρες που προκύπτει μέσα από την εργασιακή πίεση. Πάντως και για τις δύο διαταραχές υπήρξε μια ισχυρή τάση των εξεταζόμενων να θεωρούν ως ρίζα του προβλήματος κάποια τραυματική εμπειρία ή ασυναίσθητες εσωτερικές συγκρούσεις, και η πρόγνωση τους ήταν μάλλον πεσιμιστική. Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι τα συμπτώματα είτε παραμένουν σταθερά είτε επιδεινώνονται, όταν όμως ζητήθηκε ξανά η πρόγνωσή τους για την πορεία των ασθενειών μετά από οργανωμένη θεραπεία, η αντίληψή τους ήταν πολύ πιο αισιόδοξη, καθώς μόνο ένα μικρό ποσοστό διατήρησε την αρχική του στάση. Αυτό δηλώνει ενδεχομένως την εμπιστοσύνη σε κάποιο βαθμό στις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους. Σχετικά με τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ερωτηθέντων, η σχιζοφρένεια ήταν πολύ περισσότερο συνδεδεμένη με την έννοια της επικινδυνότητας από ότι η κατάθλιψη. Οι πιο έντονες διαφορές παρατηρήθηκαν λοιπόν στην διάσταση του φόβου και της ανασφάλειας, όπου τα άτομα με σχιζοφρένεια ήταν σαφώς πιο συσχετισμένα. Αντίθετα, τα άτομα με κατάθλιψη προκάλεσαν περισσότερο συμπάθεια και επιθυμία για βοήθεια.

Επίσης οι γυναίκες συμμετέχοντες στην έρευνα αντέδρασαν με περισσότερο οίκτο απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, αλλά και με περισσότερο φόβο συγχρόνως. Αυτό

φαίνεται να συμφωνεί με παρόμοια έρευνα των Stuart και Arboleda-Florez (2001), στην οποία οι γυναίκες που συμμετείχαν, είχαν την τάση να υπερβάλλουν ως προς την απόδοση χαρακτηριστικών επικινδυνότητας στην συμπεριφορά των πασχόντων, προφανώς από φόβο. Όσοι είχαν υψηλό επίπεδο μόρφωσης, εξέφρασαν λιγότερο φόβο απέναντι και στις δύο ασθένειες ενώ όσοι θεώρησαν ότι οφείλονται σε ασθένειες του εγκεφάλου περισσότερο, ειδικά στην περίπτωση της σχιζοφρένειας. Εκείνοι που πίστευαν ότι οι ίδιοι οι πάσχοντες ήταν υπεύθυνοι για την κατάστασή τους, επίσης είχαν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα. Τα συμπεράσματα όσον αφορά την προσπάθεια αποστιγματοποίησης των ασθενών, είναι πως αν αφαιρεθεί η αντίληψη ότι φταίνε εκείνοι για ότι τους συμβαίνει, αυτό θα έχει απτά αποτελέσματα ως προς την κοινωνική τους αποδοχή.

Σε έρευνα σε δείγμα ενήλικου πληθυσμού στο Κεμπέκ του Καναδά, το 54% χαρακτήρισε την σχιζοφρένεια ως βιολογική ασθένεια. Μάλιστα, το 72% των ατόμων που υποστηρίζει το βιολογικό υπόβαθρο της σχιζοφρένειας, ήταν ανώτερου μορφωτικού επιπέδου. Σε ερώτηση για το ποια θα ήταν η στάση τους απέναντι σε κάποιον φίλο που θα εμφάνιζε συμπτώματα σχιζοφρένειας, το 73% απάντησε ότι θα του πρότεινε (37%) ή θα του επέβαλλε (36%) να πάει σε κάποιον ειδικό και το 24% ότι θα του πρόσφερε ηθική υποστήριξη, ακόμα και αν ήξερε ότι δεν θα ήταν αποτελεσματική όσο οι συμβουλές ενός ειδικού. Σε περίπτωση που το άτομο αρνιόταν τη θεραπεία, το 41% θα επέμενε σε αυτή, ενώ το 40% δήλωσε πως θα ήταν μαζί του κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Οι εξεταζόμενοι ρωτήθηκαν επίσης για το τι θα έκαναν αν ο/η σύντροφός τους είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια: Το 48% θα μιλούσε με την οικογένειά του για το θέμα, το 28% θα συνέχιζε την σχέση τους, το 10% θα είχε πανικοβληθεί και μόνο το 4% θα χώριζε. Στην ίδια ερώτηση, μεταξύ των ερωτηθέντων με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, το 20% θα είχε πανικοβληθεί και το 18% θα χώριζε. Ανάμεσα στους συμμετέχοντες στην έρευνα κάτω των 24 ετών, τα ποσοστά είναι 15% και 11% αντίστοιχα. Επίσης, σε ένα σεβαστό ποσοστό του δείγματος βρέθηκε ότι για τα άτομα με σχιζοφρένεια υπάρχει έλλειψη κατανόησης (36%) και καχυποψία (39%). Το 54% των ερωτηθέντων δήλωσε πως θεωρεί τα άτομα με σχιζοφρένεια βίαια και επικίνδυνα. Επιπλέον η σχιζοφρένεια θεωρήθηκε σοβαρότερη ασθένεια από τη κατάθλιψη και την μανιοκατάθλιψη. Όσον αφορά τον εργασιακό τομέα, το 16% υποστήριξε ότι ένας εργαζόμενος με κατάθλιψη θα απολυόταν, το 21% πιστεύει το ίδιο για ένα άτομο με μανιοκατάθλιψη, ενώ για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, το πιστεύει ένα ποσοστό της τάξεως του 31%.

Αξίζει να αναφερθεί ότι από το συνολικό δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας, το 40% πιστεύει πως η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται και το 34% ότι η ιδανικότερη θεραπευτική μέθοδος είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Ακόμη, το 40% δήλωσε κατά, ενώ το 49% υπέρ της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ασθενών, με τους νεότερους σε ηλικία να έχουν την θετικότερη στάση απέναντι σε αυτό, αλλά και στον συνδυασμό ψυχοθεραπείας – φαρμακοθεραπείας ως θεραπευτικής μεθόδου. (Stip, Caron & Lane 2001).

Ακόμη σε έρευνα στην Ιταλία, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι εξεταζόμενοι που θεωρούσαν τα άτομα με σχιζοφρένεια απρόβλεπτα, ως προς την αιτιολογία της νόσου ανέφεραν περισσότερο παράγοντες όπως η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και οι κακές κοινωνικές επιρροές. Η ομάδα αυτή των συμμετεχόντων, ήταν και περισσότερο περιοριστική και απόμακρη απέναντι στους ασθενείς. Η αντίληψη μάλιστα της “μη προβλεψιμότητας”, συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλή μόρφωση των ατόμων που την εξέφρασαν (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone & Maj 2004).

Ξεχωριστού ενδιαφέροντος και σημασίας, αποτελούν οι μελέτες που έχουν γίνει σε περιοχές με χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, τα ευρήματα των οποίων είναι χαρακτηριστικά. Έρευνα σε δημόσια νοσοκομεία στο Μαρόκο, βρήκε ότι το 76% των οικογενειών ατόμων με σχιζοφρένεια δεν είχε καμία γνώση σχετικά με την ασθένεια, η οποία θεωρήθηκε αθεράπευτη σε ποσοστό 39%, σοβαρή (37%), χρόνια (80%), αναπηρία (48%), προκαλούμενη από ουσίες (25%), από στρεσογόνα γεγονότα (46%), από οργανική διαταραχή (30%) και από κληρονομικότητα (23%). Επίσης οι οικογένειες αυτές υπέφεραν από στιγματισμό, χωρίς να υπάρχει κάποιο σύστημα που να τους προστατεύει. Βρέθηκε επίσης, ότι το στίγμα δεν σχετίζεται με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, έχει όμως επιζήμιες επιπτώσεις σε πολλαπλά επίπεδα. Σε διαπροσωπικό επίπεδο, υποχρεώνει τον ασθενή και την οικογένειά του να παραμένουν κοινωνικά απομονωμένοι χωρίς κάποια εξωτερική υποστήριξη, ενώ οι συγγενείς και ιδιαίτερα οι μητέρες χαρακτηρίζονται από αίσθημα ενοχής.

Το 87% των οικογενειών ανέφερε έντονη ψυχολογική πίεση και μείωση της ποιότητας ζωής. Ένα άλλο χαρακτηριστικό εύρημα, είναι ότι εκείνοι που έτειναν να στιγματίζουν περισσότερο, είναι όσοι έμεναν στα γειτονικά σπίτια. Ακόμη εντύπωση προκαλεί ότι το 25% θεώρησε ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα μαύρης μαγείας, γεγονός που σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και ενημέρωσης. Μάλιστα, αδημοσίευστα στοιχεία από πανεπιστημιακές έρευνες (Ibn Rushd University Psychiatric Center), δείχνουν ότι πάνω από το 70% των ασθενών στο Μαρόκο δοκιμάζουν “παραδοσιακού τύπου” θεραπείες πριν, μετά ή και κατά τη διάρκεια της ιατρικής θεραπείας. Άλλο ένα εύρημα που σχετίζεται με τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες, είναι πως η συχνότητα εγκλεισμού των ανδρών σχιζοφρενών είναι μεγαλύτερη σε αναλογία με τις γυναίκες ασθενείς. Αυτό ίσως να βρίσκει ερμηνεία στην γενικότερη αντίληψη ότι οι άντρες είναι περισσότερο “ύποπτοι” για επιθετική συμπεριφορά αλλά και στο ότι η τοπική οικογένεια δείχνει μεγαλύτερη ανεκτικότητα απέναντι στις γυναίκες, ειδικά την στιγμή που το πρώτο μέλημα σε αυτές τις κοινωνίες είναι ο γάμος (Kadri, Manoudi, Berrada and Moussaoui 2004). Τα ευρήματα μοιάζουν με μια έρευνα σε συγγενείς ατόμων με σχιζοφρένεια στην Αιθιοπία (Shibre et al. 2003), όπου ως αιτίες της νόσου θεωρήθηκαν περισσότερο ψυχολογικοί παράγοντες ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό αναφέρθηκαν βιολογικοί παράγοντες. Πάνω από το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων απέδωσε την σχιζοφρένεια σε υπερφυσικές δυνάμεις, αναφέροντας την προσευχή ως την καλύτερη βοήθεια στο πρόβλημα.

Τα παραπάνω στοιχεία συμβαδίζουν και με αυτά έρευνας στη Νότια Αφρική (Mbang, Niehaus, Mzamo, Wessels, Allen, Emsley and Stein 2002). Παρόλο που τα μέλη της οικογένειας του πάσχοντα ενθαρρύνουν την αγωγή με αντιψυχωσικά φάρμακα σε ποσοστό 88%, είναι χαρακτηριστικό ότι το ποσοστό αντιμετώπισης της ασθένειας με παραδοσιακούς “θεραπευτές” αγγίζει το 32%, ενώ με ψυχοθεραπεία μόλις το 4%. Από εκείνους που δήλωσαν υπέρ των παραδοσιακών θεραπευτικών μεθόδων, το 92% ήταν συγχρόνως και υπέρ της αλλοπαθητικής θεραπείας. Πιο αισιόδοξα είναι τα αποτελέσματα μελέτης σε αστικά κέντρα της Ινδίας όπου βρέθηκε ότι το 12% των οικογενειών ασθενούς με σχιζοφρένεια, θεωρεί η διαταραχή προέρχεται εν μέρει από υπερφυσικά φαινόμενα και μόνο το 5% ότι προέρχεται μόνο από αυτά. Η αιτία που είχε το πιο μεγάλο ποσοστό ήταν το ψυχοκοινωνικό στρες.

Ακολούθησαν η ελαττωματική συμπεριφορά και η κληρονομικότητα. Μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 14% δεν γνώριζε καμία αιτία, ενώ το 39% κατονόμασε περισσότερες από μία (Srinivasan & Thara 2001).

Σε μια μελέτη σε αγροτικές περιοχές της Τουρκίας (Taskin et al. 2003), όπου λόγω ελλιπούς επιμόρφωσης σε σχετικά θέματα, το στίγμα που θα συνοδεύει τους σχιζοφρενείς ασθενείς ενδέχεται επίσης να είναι μεγαλύτερο, βρέθηκε αρχικά ότι οι ερωτηθέντες θεώρησαν ως πρωταρχική αιτία της σχιζοφρένειας τα κοινωνικά προβλήματα και σαν δεύτερο παράγοντα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών. Όμως το 50% περίπου των υποκειμένων υποστήριξε ότι οι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει να βρίσκονται ελεύθερα στην κοινωνία και περισσότεροι από τους μισούς ότι δεν θα ένιωθαν άνετα αν είχαν γείτονα ένα τέτοιο άτομο. Επίσης το 61,5% δεν θα νοίκιαζε το σπίτι του, το 61,1% δεν θα ήθελε να δουλεύει μαζί και το 85,6% δεν θα παντρευόταν ένα τέτοιο άτομο. Τα ευρήματα αυτά, δείχνουν ότι μια τέτοιου είδους “κλειστή” κοινωνία συμπεριφέρεται με περιοριστικό τρόπο απέναντι στους πάσχοντες από σχιζοφρένεια. Η κοινωνική απόρριψη είναι σαφώς μεγαλύτερη σε σχέση με αντίστοιχες έρευνες σε αστικά κέντρα της χώρας (Sagdoyu et al. 2001). Στην συγκεκριμένη, άλλο ένα στοιχείο που συνηγορεί σε αυτό είναι ότι τα δύο τρίτα περίπου των υποκειμένων πιστεύουν πως οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να πάρουν σωστές αποφάσεις για τις ζωές τους. Σε έναν μεγάλο αριθμό ερευνών έχει διαπιστωθεί ότι ο στιγματισμός και οι επιπτώσεις του είναι πολύ πιο σύνηθες φαινόμενο σε τέτοιες περιοχές. (Flaskerud and Kviz 1983; Lee et al. 1974; O' Mahony 1979; Ukok 1999) προκαλώντας αρνητικές και απορριπτικές αντιλήψεις (Arker and Fker 1994; Byrene 1997; Socall and Holtgraves 1992). Σε αγροτικές περιοχές του Καναδά βρέθηκε ότι οι κάτοικοι ήταν λιγότερο ενημερωμένοι για το βιολογικό υπόβαθρο της σχιζοφρένειας και έδειχναν να ασπάζονται το αρνητικό στερεότυπο που θέλει τους πάσχοντες διχασμένους και επικίνδυνους. Επίσης όσο αυξανόταν ο υποτιθέμενος βαθμός συγγένειας με ένα άτομο με διάγνωση σχιζοφρένειας, τόσο αυξανόταν και η κοινωνική απομάκρυνση. Εντούτοις, λίγοι ερωτηθέντες ισχυρίστηκαν ότι θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά τους είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια (Stuart & Arboleda-Florez, 2001).



Τα ευρήματα αυτά διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από αντίστοιχες μελέτες στην Δύση, λόγω του διαφορετικού κοινωνικού και πολιτισμικού υποβάθρου, η κατανόηση του οποίου κρίνεται αναγκαία για να υπάρξουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις όσον αφορά την καταπολέμηση της ασθένειας και του στίγματος που τη συνοδεύει.

Σε μια άλλη μελέτη στην Ιαπωνία και την Ταϊβάν ( Kurumatani et al. 2004 ), εξετάστηκε η γνώση, οι πεποιθήσεις και η στάση των δασκάλων του δημοτικού απέναντι στην σχιζοφρένεια. Όσον αφορά τα συμπτώματα, μόνο το 23,3% τα αναγνώρισε σε ικανοποιητικό βαθμό. Ως προς την αιτιολογία, το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό (79%), δήλωσε ότι οφείλεται στο στρες μέσα από τις προσωπικές σχέσεις. Επίσης οι ερωτηθέντες από την Ιαπωνία, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη τάση προς τον κοινωνικό στιγματισμό από τους συναδέλφους τους στην Ταϊβάν. Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι η Ιαπωνία είναι από τις χώρες με τον μεγαλύτερο δείκτη ιδρυματισμού παγκοσμίως. Ενδεχομένως λοιπόν, το ποσοστό των υποστηρικτικών ατόμων να ήταν μεγαλύτερο, αν το σύστημα ψυχικής υγείας ήταν διαφορετικό.

Αντικείμενο μελέτης έχουν αποτελέσει και οι στάσεις των φοιτητών αλλά και οι γνώσεις τους πάνω σε θέματα σχετικά με τη σχιζοφρένεια. Σε έρευνα που έγινε στην Ελβετία με αντικείμενο το επίπεδο επιμόρφωσης ατόμων της ανώτατης εκπαιδευτικής βαθμίδας, σε θέματα ψυχικής υγείας με επίκεντρο την σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη (Lauber, Ajdacic-Gross, Fritschi, Stulz & Rossler 2005) συμμετείχε μεγάλο δείγμα φοιτητών από το Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης. Στους φοιτητές ζητήθηκε να αναγνωρίσουν τα σωστά και τα λάθος συμπτώματα. Η μεγάλη πλειοψηφία των φοιτητών αναγνώρισε τα συμπτώματα της κατάθλιψης, ενώ της σχιζοφρένειας σε μικρότερο βαθμό. Σε πολλές περιπτώσεις, η διχασμένη προσωπικότητα και η αυξημένη ετοιμότητα για βία θεωρήθηκαν λανθασμένα ως συμπτώματα της σχιζοφρένειας, γεγονός που επισημαίνει την αρνητική προδιάθεση απέναντι στη νόσο. Οι αναλύσεις έδειξαν ακόμη ότι ήταν ιδιαίτερα δύσκολο για τους άνδρες φοιτητές των φυσικών επιστημών, των οικονομικών και της φιλοσοφίας να αναγνωρίσουν τις δύο ψυχικές διαταραχές, επομένως το φύλο αποτέλεσε έναν σημαντικό παράγοντα της ευκολίας αναγνώρισης. Οι φοιτητές ιατρικής και ψυχολογίας, όπως ήταν αναμενόμενο είχαν τα πιο υψηλά ποσοστά αναγνώρισης των αληθινών συμπτωμάτων, όμως οι φοιτητές ιατρικής δεν διέφεραν από τον υπόλοιπο μέσο όρο ως προς την αναγνώριση των λάθος συμπτωμάτων.

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος τυγχάνει και μία έρευνα σε φοιτητές στις Η.Π.Α, όπου μελετήθηκαν οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις των υποκειμένων της έρευνας απέναντι σε άτομα με σχιζοφρένεια. Τα υποκείμενα θα γνώριζαν ένα άτομο το οποίο θα φαντάζονταν ότι είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και είχε την "ταμπέλα" του σχιζοφρενή κι ένα άλλο που δεν είχε αυτά τα στοιχεία, ενώ συγχρόνως οι υπεύθυνοι της έρευνας μετρούσαν τους καρδιακούς παλμούς και τις μυϊκές τους αντιδράσεις. Παρατηρήθηκε, ότι στην πρώτη περίπτωση, υπήρξε μεγαλύτερη αύξηση των παλμών και εμφανώς υψηλότερη μυϊκή αντίδραση στην περιοχή των ματιών. Η αντίδραση αυτή από τα υποκείμενα βρέθηκε να συνδέεται με στιγματισμό απέναντι στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Τα ευρήματα επίσης υποστηρίζουν ότι ένας λόγος που οι περισσότεροι άνθρωποι αποφεύγουν τα άτομα με σχιζοφρένεια, είναι η κατάσταση δυσφορίας που προκαλεί η ψυχοφυσιολογική αντίδραση του οργανισμού τους (Gravesa, Cassisib & Pennc 2005).

Με αφορμή λοιπόν το γεγονός ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι από τους πιο κοινωνικά στιγματισμένους ασθενείς, έγινε και μια ερευνητική μελέτη για την στάση των πρωτοετών φοιτητών ιατρικής απέναντι στην σχιζοφρένεια μετά από επικοινωνία, επιμόρφωση και τηλεοπτική παρακολούθηση σχετική με το θέμα.

Παρατηρήθηκαν αλλαγές προς το καλύτερο στην συμπεριφορά των εξεταζόμενων σε θέματα όπως η αιτιολογία της νόσου, η κοινωνική απομάκρυνση, η φροντίδα και η μεταχείριση των ασθενών. Η αλλαγές αυτές είχαν την τάση να μειώνονται όταν οι φοιτητές επανεξετάστηκαν μετά από ένα μήνα. Επομένως τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι τέτοιου είδους πρόγραμμα κατά του στιγματισμού μπορούν να έχουν πολλά θετικά αποτελέσματα, είναι όμως απαραίτητο να λαμβάνουν χώρα σε τακτά χρονικά διαστήματα (Altindag, Yanik, Ucok, Alptekin & Ozkan 2006).

Ενδιαφέρουσες έρευνες έχουν γίνει και σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας στους νέους και τη μείωση του στίγματος απέναντι στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια, έλαβε χώρα έρευνα σε μαθητές ηλικίας 14 έως 18 ετών (Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer 2003). Κλειδί για την έρευνα αποτέλεσε η συνάντηση των παιδιών με ένα (νεαρό) άτομο με σχιζοφρένεια. Οι ερευνητές αξιολόγησαν την στάση και τη συμπεριφορά των μαθητών πριν και μετά την έρευνα. Η αξιολόγηση επαναλήφθηκε μετά από ένα μήνα.

Μετά την συνάντηση με τον ασθενή, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των στερεοτύπων, και οι αλλαγές αυτές παρέμειναν σταθερές και ένα μήνα μετά. Έτσι απορρέει το συμπέρασμα ότι είναι πολύ σημαντική η ενημέρωση για θέματα ψυχικής υγείας ιδιαίτερα στους μαθητές, που θα στελεχώσουν την αυριανή ενήλικη κοινωνία. Οι παρεμβάσεις κατά του στίγματος σε σχολικό επίπεδο είναι μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση για να αποφευχθούν τα στερεότυπα σε μικρή ηλικία, πριν ενδυναμωθούν και παγιωθούν.

Σε μια άλλη πολύ ενδιαφέρουσα προσπάθεια, στα πλαίσια καμπάνιας για την αντιμετώπιση του στίγματος στην οποία συμμετείχαν μαθητές γυμνασίου, τα παιδιά χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ενημερώθηκαν για την σχιζοφρένεια από έναν ψυχίατρο και έναν ασθενή, ενώ στην δεύτερη από έναν ψυχίατρο και έναν κοινωνικό λειτουργό. Τα παιδιά της πρώτης ομάδας παρατηρήθηκε σαφής μείωση του φόβου, αύξηση των θετικών συναισθημάτων και μείωση της κοινωνικής απόστασης απέναντι στα άτομα που πάσχουν από τη νόσο. Επιπλέον, οι μαθητές δεν ταύτιζαν την ψυχική ασθένεια με τον λέξη “τρέλα”. Στην δεύτερη ομάδα αυτές οι αλλαγές όχι μόνο δεν παρατηρήθηκαν, αλλά ενισχύθηκε και η άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα. Επομένως διαπιστώνουμε ότι για να βελτιώσουμε την αντίληψη για κάτι, σημασία δεν έχει μόνο η ενημέρωση, αλλά και ο τρόπος που αυτή παρουσιάζεται (Meise, Sulzenbacher, Kemmler, Schmid, Rossler, Gunther & Gesselschaft, 2000).

Η στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην σχιζοφρένεια έχει επίσης απασχολήσει τους ερευνητές. Σε μια έρευνα στην Ιαπωνία (Ishige & Hayashi 2005) μελετήθηκε η στάση των νοσοκόμων γενικής και ψυχιατρικής υγείας, των κοινωνικών λειτουργών, των υπευθύνων ασφαλείας και του απλού προσωπικού απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια. Οι νοσοκόμες γενικής υγείας έδειξαν την πιο ανεκτική στάση, ενώ ακολούθησαν οι ψυχιατρικές νοσοκόμες και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Αυτό κατά τους ερευνητές οφείλεται στο μεγαλύτερο του βαθμό στο γεγονός ότι τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και είναι ενημερωμένα, δείχνουν μεγαλύτερη αποδοχή. Ωστόσο σε έρευνα στην Σουηδία για την στάση των νοσοκόμων απέναντι σε μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια, παρατηρήθηκε ότι οι νοσοκόμες μεγαλύτερης ηλικίας και εργασιακής εμπειρίας ήταν λιγότερο ευαίσθητες στις σχέσεις τους με τους ασθενείς από από τις νεότερες συναδέλφους τους (Hellzen, Kristiansen & Norbergh 2004).

Το ίδιο βρέθηκε σε μελέτη σε κοινωνικούς ξενώνες που φιλοξενούσαν άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας, όπου μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα που ανήκαν στο προσωπικό και με μεγαλύτερη εμπειρία, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία ως προς την απορριπτική στάση (Levy, Shefler, Loewenthal, Umansky, Bar and Heresco-Levy 2005). Αυτό ίσως να βρίσκει ερμηνεία στα πολλά χρόνια εργασίας και καθημερινής επαφής με τους ασθενείς, με αποτέλεσμα πολλοί από τους εργαζόμενους να βλέπουν πλέον την δουλειά τους περισσότερο “διαδικαστικά”, έχοντας συνηθίσει τις συνθήκες και μειώσει την ευαισθησία τους, χωρίς να υπάρχει το ίδιο ενδιαφέρον με τους νέους εργαζόμενους. Μία άλλη πιθανή εκδοχή, αποτελεί το ότι το νέο προσωπικό ενδεχομένως να έχει καταρτιστεί με περισσότερο ανθρωπιστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις επηρεάζοντας και τις αντιλήψεις του απέναντι στην ψυχική ασθένεια.

Μία άλλη συνέκρινε την στάση της Αυστραλιανής κοινής γνώμης με αυτή των κλινικών ψυχολόγων, ψυχιάτρων αλλά και επαγγελματιών από διάφορους χώρους απέναντι στα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας και κατάθλιψης (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen & Henderson 1999). Τόσο η κοινή γνώμη όσο και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και εκείνοι από άλλους κλάδους θεώρησαν ότι στην περίπτωση της σχιζοφρένειας η εξέλιξη είναι πιο απαισιόδοξη και οι κοινωνικές διακρίσεις μεγαλύτερες. Όλοι οι επαγγελματίες, ακόμα κι εκείνοι της ψυχικής υγείας είχαν πιο αρνητικές αντιλήψεις από την κοινή γνώμη, αν εξαιρέσουμε τους κλινικούς ψυχολόγους όσον αφορά την κατάθλιψη, οι οποίοι είχαν παρόμοιες αντιλήψεις με τον κόσμο.

Αν και τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι μάλλον παράδοξα ως προς τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, υπάρχει η πιθανότητα να είναι βάσιμα αν θεωρηθεί ότι οι εξεταζόμενοι γιατροί και ψυχολόγοι είχαν μεγαλύτερη επαφή με ασθενείς με χρόνια και επανεμφανιζόμενα συμπτώματα. Ωστόσο, είναι δεδομένο ότι είναι χρέος τους να απομακρύνουν οποιαδήποτε αρνητική στάση που θα μπορούσε να επηρεάσει τον κόσμο και τους ίδιους τους πάσχοντες. Αυτό είναι κάτι που θα πρέπει να ξεκινήσει από τις ίδιες τις θεραπευτικές δομές. Είναι χαρακτηριστικό πως έρευνα στο Χονγκ Κονγκ, η οποία ασχολήθηκε με την εμπειρία του στίγματος που συνδέεται με την ψυχιατρική θεραπεία των ατόμων με σχιζοφρένεια, υποστηρίζει ότι το 30% των ατόμων που μέχρι πρόσφατα ήταν εσωτερικοί ασθενείς, ανέφεραν ότι τους έβλεπε το προσωπικό όταν εκείνοι έκαναν μπάνιο και το 37,4% ότι τους έδιναν εντολές να δουλεύουν σαν καθαριστές. Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό δήλωσε ότι το προσωπικό χρησιμοποιούσε αυστηρά μέτρα καταστολής ( Lee, Chiu, Tsang, Chui & Kleinman 2005 ).

Είναι όμως ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο και το πως τα ίδια τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιλαμβάνονται το κοινωνικό στίγμα και επηρεάζονται από αυτό. Σε σχετική έρευνα (Ertugrul & Ulug 2004), οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Στην πρώτη ανήκαν όσοι δήλωσαν πως είχαν αντιμετωπίσει στιγματισμό ενώ στην δεύτερη όσοι δεν είχαν. Βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν δηλώσει ότι αντιμετώπισαν κοινωνικό στιγματισμό, είχαν πιο σοβαρά συμπτώματα από ότι τα άτομα της άλλης ομάδας. Μεταξύ των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, οι ασθενείς που είχαν δεχθεί στιγματισμό εμφάνιζαν σε πιο σοβαρό βαθμό ψευδαισθήσεις και καχυποψία. Μία ερμηνεία αυτού του ευρήματος είναι ότι οι ασθενείς αυτοί μπορεί να προτιμούν να έχουν κάποια απόσταση από τους άλλους εξαιτίας των ψευδαισθήσεων και της καχυποψίας, και από τη στιγμή που περιμένουν αρνητική συμπεριφορά από τους άλλους αντιλαμβάνονται μεγαλύτερη κοινωνική απομάκρυνση. Ακόμη ίσως να ισχύει ότι συμπτώματα όπως τα παραπάνω, προκαλούν εμφανή αλλαγή στην συμπεριφορά του ατόμου τραβώντας την προσοχή των άλλων και προκαλώντας πολλές φορές φόβο. Η συναισθηματική απόσυρση και η αβουλησία-απάθεια είναι τα αρνητικά συμπτώματα που ήταν επίσης σε σοβαρότερο βαθμό στα άτομα που είχαν αναφέρει στιγματισμό από την κοινωνία.

Σε παρόμοια έρευνα είχε βρεθεί ότι συμπτώματα όπως η αδράνεια του ατόμου προκαλούν την πιο αρνητική κοινωνική αντίδραση (Penn et al. 2000). Το γεγονός αυτό εξηγείται από την θεωρία της ιδιότητας: τα αρνητικά συμπτώματα, θεωρούνται ότι βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ασθενούς με αποτέλεσμα να κατηγορούν περισσότερο τον ίδιο τον ασθενή για την κατάστασή του. Αρνητικά συμπτώματα όπως το αμβλύ συναίσθημα και συναισθηματική απομάκρυνση μπορεί να φαίνονται αλλόκοτα και ασυνήθιστα πράγμα που ευνοεί τον στιγματισμό. Ωστόσο η απάθεια και η κοινωνική απόσυρση μπορεί να μην είναι μόνο αιτίες, αλλά και αποτελέσματα του αντιληπτού από τους ασθενείς στιγματισμού καθώς επειδή προσδοκούν ότι θα τύχουν στίγματος και απορριπτικής συμπεριφοράς από τους άλλους, αναπτύσσουν στρατηγικές απομάκρυνσης όπως η αποχή από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις προκειμένου να αποφύγουν ενδεχόμενες αρνητικές συμπεριφορές εναντίον τους.

Το γεγονός αυτό μπορεί να δυσχεράνει τόσο την ανάρρωση, όσο και την κοινωνική προσαρμογή των ασθενών. Επίσης οι ασθενείς που είχαν αναφέρει στιγματισμό είχαν περισσότερο καταθλιπτική διάθεση. Το εύρημα αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με καταθλιπτική διάθεση μπορεί να έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και τον κόσμο που τους περιβάλλει. Δεν προκαλεί πάντως έκπληξη το εύρημα πως η μεγαλύτερη αντιληπτικότητα στιγματισμού συνδέεται με αρνητική αντίληψη για τον κόσμο. Είναι επίσης αλήθεια ότι το στίγμα και οι διακρίσεις ασκούν μια πολύ επιζήμια επιρροή στους ανθρώπους που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, περιορίζοντας τις ευκαιρίες τους και μειώνοντας την αυτοεκτίμησή τους. Αυτό συμφωνεί με πιο πρόσφατη μελέτη των Berge και Ranney (2005) για την σχέση του κοινωνικού στίγματος και της αυτοεκτίμησης των ατόμων με σχιζοφρένεια, όπου παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα σε υψηλότερο βαθμό αντιληπτού στίγματος και χαμηλότερου επιπέδου αυτοεκτίμησης. Εντούτοις, έρχεται σε αντίθεση με μια προγενέστερη έρευνα στην οποία δεν βρέθηκε κάποια σχέση μεταξύ καταθλιπτικής διάθεσης και εμπειρίας στιγματισμού (Dickerson et al. 2002). Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα του συνόλου των ερευνών τονίζουν την ανάγκη για μια θεραπευτική προσέγγιση που θα έχει σαν συνιστώσες την ενίσχυση της αυτοαντίληψης των ασθενών και συγχρόνως την ελάττωση του κοινωνικού στιγματισμού, κυρίως μέσα από επιμορφωτικά προγράμματα πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας αλλά και κοινωνικής ψυχιατρικής.

Τα ερευνητικά δεδομένα λοιπόν, μιλούν για έναν έντονο φόβο για κοινωνικό στιγματισμό που διέπει τα άτομα με σχιζοφρένεια. Αυτό στηρίζει και έρευνα των Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel και Parente (2002), στην οποία το 70% των ατόμων αυτών δήλωσε ότι ανησυχεί μήπως αντιμετωπιστεί αρνητικά από την κοινή γνώμη λόγω της κατάστασής της ψυχικής του υγείας και το 58% ότι φοβόταν να μιλήσει σε άλλους για αυτό. Πολλοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν ακούσει επιθετικά σχόλια από τον κοινωνικό περίγυρο και το 43% αρνητικά σχόλια από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Με αφορμή αυτό, μπορούμε να πούμε πως υπάρχουν αρκετά στοιχεία διαστρέβλωσης της εικόνας των ασθενών από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ωστόσο, λίγα στοιχεία είναι γνωστά για την επίδραση των Μ.Μ.Ε στην αντίληψη του κόσμου για τους ψυχικά ασθενείς.

Σε έρευνα στην Γερμανία, μελετήθηκε η σχέση της παρακολούθησης τηλεόρασης και της ανάγνωσης εφημερίδας με την επιθυμία κοινωνικής απομάκρυνσης απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Βρέθηκε ότι η επιθυμία για κοινωνική απομάκρυνση αυξάνεται σχεδόν συνεχώς με την αντίστοιχη παρακολούθηση τηλεόρασης. Η σχέση μεταξύ κοινωνικής απομάκρυνσης και ανάγνωσης εφημερίδας είναι λιγότερο έντονη και εξαρτάται κυρίως από το είδος της εφημερίδας (Angermeyer, Dietrich, Pott and Matschinger 2005). Είναι εύλογο, ότι η αποκαλούμενη ως "τέταρτη εξουσία" έχει μεγάλη επιρροή σε όλους τους τομείς της ζωής και κρίνεται αναγκαίο να χρησιμοποιηθεί για την μείωση του στίγματος και όχι για την προώθησή του.

Αξίζει να αναφερθούμε και στο ζήτημα της εργασίας των ατόμων με σχιζοφρένεια, το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Στις Η.Π.Α έχει βρεθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ( 72,9% ) των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας δεν εργάζεται, ενώ μόνο το 14,5% βρίσκεται σε πλήρη έμμισθη και το 12,6% σε άλλου είδους, μη έμμισθη απασχόληση. Η συμμετοχή σε κάποιου είδους απασχόλησης, βρέθηκε να σχετίζεται με λιγότερο σοβαρά συμπτώματα, καλύτερη νευρογνωστική λειτουργία αλλά και μεγαλύτερη βαθμολογία σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως τα κίνητρα και η συναισθηματική κατανόηση ( Rosenheck et al. 2006). Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι σε έρευνα σε έξι γερμανικές πόλεις, το 81,1% πιστεύει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θα παρέβλεπαν την αίτηση για δουλειά από κάποιον που έχει στιγματιστεί ως σχιζοφρενής και θα προτιμούσαν να προσλάβουν κάποιον άλλο ( Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske 2002 ).

Όσον αφορά τη φαρμακοθεραπεία, έχει βρεθεί ότι το 54,2% των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι πρόθυμο ως προς αυτή, το 8,3% μέτρια πρόθυμο ενώ ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 37,5% δηλώνει πως δεν είναι καθόλου πρόθυμο να πάρει τα φάρμακά του. Το μεγαλύτερο μάλιστα ποσοστό δηλώνει πως δεν θα ενθάρρυναν κάποιον συγγενή τους να λάβει αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Αντίθετα, το 71,4% των ψυχιάτρων και το 35% των επαγγελματιών εκτός ψυχικής υγείας δήλωσαν πως δεν θα είχαν πρόβλημα να πάρουν τέτοιου είδους φάρμακα αν υπήρχε ανάγκη (Rettenbacher, Burns, Kemmler & Fleischhacker 2004). Σε άλλη μελέτη, βρέθηκε ότι το 76,5% των ερωτηθέντων, θεώρησε ότι συχνά ή πολύ συχνά οι ασθενείς χρειάζονται φάρμακα για να καταφέρουν να ελέγξουν τα συμπτώματά τους.(Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske 2002).

Κλείνοντας με μια καθαρά ψυχοκοινωνική προσέγγιση, μέσω ερευνητικών δεδομένων υποστηρίζεται ότι άτομα χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων εμφανίζουν νωρίτερα ψυχωσικά συμπτώματα, τα οποία έχουν και μεγαλύτερη διάρκεια. Επίσης στον άστεγο πληθυσμό αλλά και σε αυτόν των μεταναστών παρατηρείται υψηλό ποσοστό ανθρώπων με σχιζοφρένεια και αυτό οφείλεται σε έναν μεγάλο βαθμό σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Άτομα με σχιζοφρένεια υπάρχουν σε μεγάλα ποσοστά και στο σύνολο των ανθρώπων που έχουν υποστεί ποινή φυλάκισης, η οποία επιδεινώνει τα συμπτώματα και αυξάνει σημαντικά το στίγμα, εμποδίζοντας την ανάρρωση. Οι δυσμενείς αυτές επιπτώσεις αυτών των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων μαζί με το κοινωνικό στιγματισμό που ακολουθεί την σχιζοφρένεια, αποτελούν μια μορφή "κοινωνικής βίας" η οποία παρεμποδίζει την πρόσβαση σε ψυχιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες και αυξάνει τις πολλαπλές επιπτώσεις της διαταραχής στην ζωή των ασθενών. Αυτό με τη σειρά του έχει σαν αποτέλεσμα τον συστηματικό αποκλεισμό πολλών ανθρώπων με σχιζοφρένεια από την πλήρη συμμετοχή στην δημόσια και κοινωνική ζωή. Έτσι είναι αναγκασμένοι να ζουν μια ζωή διαμορφωμένη μέσα από το στίγμα, την απομόνωση και την άρνηση των δικαιωμάτων τους ( Kelly, 2005 ).



## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι στάσεις των φοιτητών απέναντι στην ψυχική ασθένεια γενικότερα και την σχιζοφρένεια ειδικότερα, αποτελούν πολύ σημαντικά θέματα και έχουν γίνει αξιόλογες προσπάθειες για τη διερεύνησή τους. Στην Ελλάδα όμως, δεν υπάρχουν έρευνες σχετικές με τις στάσεις των φοιτητών ειδικά απέναντι στη σχιζοφρένεια, η οποία αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές. Επίσης, σε καμία μελέτη δεν εξετάζονται οι παραπάνω στάσεις, συγκριτικά με αυτές που έχουν οι εξεταζόμενοι για τον εαυτό τους και σε συνάρτηση με τη βαθμολόγηση τους σε κλίμακες ψυχοπαθολογίας, την επιμόρφωσή τους σε θέματα ψυχιατρικής και ψυχοπαθολογίας αλλά και με το αν έχουν βιώσει συμπεριφορές παρανοειδούς σχιζοφρένειας στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον.

Η παρούσα έρευνα έχει λοιπόν στόχο:

- A) Να διερευνήσει τις στάσεις των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια.
- B) Να εξεταστούν οι στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια σε συνάρτηση με την επιμόρφωση των φοιτητών σε θέματα ψυχιατρικής και ψυχοπαθολογίας, αλλά και τη διδασκαλία του βαρύνουσας σημασίας μαθήματος “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, καθώς και με το αν έχουν βιώσει στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον συμπεριφορές παρανοειδούς σχιζοφρένειας.
- Γ) Να συγκρίνει τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη νόσο, με αυτές που έχουν για τον εαυτό τους, σε περίπτωση που οι ίδιοι είχαν (υποθετικά ή όχι), έχουν ή πιστεύουν πως έχουν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα.
- Δ) Να μελετηθούν οι παραπάνω στάσεις σε σχέση με την βαθμολογία του δείγματος σε κλίμακες ψυχοπαθολογίας, έτσι ώστε να δούμε αν υψηλότερη ή χαμηλότερη βαθμολογία σε αυτές τις κλίμακες, σχετίζεται με θετικότερη ή αρνητικότερη στάση απέναντι σε τομείς που αφορούν τη σχιζοφρένεια.

Όσον αφορά στις ερευνητικές υποθέσεις:

1) Ως προς την ηλικία, περισσότερο ανεκτικοί φαίνεται να είναι οι νεώτερης ηλικίας άνθρωποι, σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους που είναι πιο επιφυλακτικοί (Brockington, Hall, Levings & Murphy 1993, Madianos, Madianou, Vlachonikolis & Stefanis 1987, Murphy, Black, Dyffy & Kieran 1993, Stip, Caron & Carol 2001).

2) Ως προς το έτος φοίτησης, οι φοιτητές μεγαλύτερου έτους, και ιδιαίτερα οι τεταρτοετείς, αναμένεται να παρουσιάσουν μικρότερο βαθμό προκατάληψης. Την συγκεκριμένη υπόθεση, την χρησιμοποιούμε λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει τις στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια. (Chan & Cheng 2001, Charidian & Engelsmann 1982, Μαδιανός, Γκαρέλης, & Αλεβίζος 1983, Wilkinson, Toone & Greer 1983).

3) Ως προς τις στάσεις απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, είναι πιθανό οι φοιτητές με γονείς υψηλού μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου να είναι λιγότερο προκατειλημμένοι συγκριτικά με εκείνους των οποίων οι γονείς είναι λιγότερο μορφωμένοι αν κρίνουμε από προγενέστερες έρευνες, οι οποίες συνολικά δείχνουν πως το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο συνδέεται με μικρότερο βαθμό προκατάληψης απέναντι στην ψυχική ασθένεια. (Cumming & Cumming 1957, Dorhenwend & Shong 1967, Γεώργας, Τζανάκης, Γερετσίδου, Τσιμογιάννη και Πράπτου 1978, Μαδιανός 1987, Τριποδιανάκης, Σαραντίδης & Θεοδωροπούλου 1990, Murphy, Black, Dyffy & Kieran 1993). Στην παρούσα έρευνα, συμπεριλαμβάνουμε και την συναφή με τις ανωτέρω υπόθεση, ότι οι φοιτητές με γονείς που ασκούν επαγγέλματα συνδεδεμένα με ανώτερη/ανώτατη μόρφωση, θα είναι λιγότερο προκατειλημμένοι.

4) Ως προς το φύλο, αδυνατούμε να θέσουμε κάποια υπόθεση, καθώς οι απόψεις δίστανται: Σε έρευνα των Τριποδιανάκη, Σαραντίδη και Θεοδωροπούλου (1990), βρέθηκε ότι οι γυναίκες ήταν περισσότερο αυταρχικές από τους άντρες απέναντι στους ασθενείς, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με αυτό των Gaebel, Baumann, Witte και Zaeske (2002), όπου βρέθηκε πως οι γυναίκες, επειδή έχουν περισσότερες γνώσεις πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, επιδεικνύουν και μια θετικότερη στάση.

5) Μία ακόμη υπόθεσή μας αποτελεί, το ότι οι φοιτητές με μόνιμο τόπο διαμονής πόλεις και κωμοπόλεις, έχουν θετικότερη στάση απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, σε σχέση με τους φοιτητές που δήλωσαν μόνιμο τόπο κατοικίας την επαρχία (Τριποδιανάκης, Σαραντίδης & Θεοδωροπούλου 1990).

6) Όσον αφορά τον μόνιμο τόπο διαμονής ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, θεωρούμε ότι οι φοιτητές που κατοικούν στην Αθήνα, τον Πειραιά και γενικότερα στην περιοχή της Αττικής, θα παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά κοινωνικής απόστασης σε σύγκριση με όσους διαμένουν σε μικρότερες και περισσότερο απομακρυσμένες περιοχές. Σε αυτό συμφωνεί έρευνα των Γεώργα, Τζανάκη, Γερεσιδίου, Τσιμογιάννη και Πράττου (1978), στην οποία οι κάτοικοι της Αθήνας ήταν πιο θετικοί από εκείνους της επαρχίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Όσον αφορά τις επόμενες πέντε ερευνητικές μας υποθέσεις, δεν εντοπίσαμε παλαιότερες έρευνες που να τις επιβεβαιώνουν ή να τις καταρρίπτουν. Ωστόσο, υποθέτουμε ότι:

7) Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, όσοι από το δείγμα είναι παντρεμένοι, ενδέχεται να εμφανίσουν μια περισσότερο αρνητική στάση απέναντι στη σχιζοφρένεια από ότι οι άγαμοι, δεδομένου ότι οι πρώτοι έχουν πολύ μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας από τους δεύτερους και σε συνδυασμό με ευρήματα διεθνών ερευνών όπου φαίνεται πως ανεκτικότεροι είναι οι νεώτερης ηλικίας άνθρωποι, σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους που είναι πιο επιφυλακτικοί. (Madianos, Madianou, Vlachonikolis & Stefanis 1987, Brockington, Hall, Levings & Murphy 1993, Murphy, Black, Dyffy & Kieran 1993, Stip, Caron & Carol 2001).

8) Επίσης υποθέτουμε ότι οι φοιτητές που έχουν επισκεφθεί κατά το παρελθόν ψυχολόγο ή ψυχίατρο, θα έχουν μια λιγότερο αποστασιοποιημένη κοινωνικά στάση και ενδεχομένως θετικές αντιλήψεις απέναντι στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή και σε θεραπευτικές μεθόδους όπως η ψυχοθεραπεία, η φαρμακοθεραπεία ή ο μεταξύ τους συνδυασμός.

9) Από τους παραπάνω, περιμένουμε όσοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία να έχουν θετική στάση – προτίμηση απέναντι σε κάποια θεραπευτική μέθοδο κατά της σχιζοφρένειας, να έχουν θετική στάση απέναντι στους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους αλλά και να είναι λιγότερο προκατειλημμένοι απέναντι στην διαταραχή.

10) Αναμένεται οι προαναφερθέντες φοιτητές, να προτιμούν σαν θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας, την ίδια με εκείνη που εφαρμόστηκε στην περίπτωση του δικού τους προβλήματος.

11) Επίσης κάνουμε την υπόθεση ότι όσοι από το δείγμα δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, θα είναι λιγότερο προκατειλημμένοι απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και μάλλον θα διαφωνούν στο ότι οι Έλληνες πολίτες έχουν θετικότερη στάση από τους υπόλοιπους Ευρωπαίους, ειδικά στην περίπτωση που έχουν και οι ίδιοι κάποιες προσωπικές εμπειρίες στιγματισμού.

12) Επειδή σύμφωνα με την απλή λογική αλλά και με ευρήματα των Angermeyer, Beck και Matschinger (2003), τα αρνητικά στερεότυπα για τους ασθενείς, όπως η επικινδυνότητα, σχετίζονται με μεγαλύτερη προκατάληψη, θεωρούμε ότι και στην παρούσα έρευνα θα ισχύσει το ίδιο. Συγχρόνως, περιμένουμε και το αντίστροφο, δηλαδή οι φοιτητές με μειωμένα στερεότυπα να έχουν θετικότερη στάση.

13) Οι παράγοντες που πιστεύουμε ότι θα παρουσιάσουν την μεγαλύτερη θετική συσχέτιση με αυτόν της “Προκατάληψης” είναι εκείνοι που συνδέουν την κληρονομικότητα και την οργανικότητα με τις αιτίες της σχιζοφρένειας. Έχει βρεθεί, ότι όσοι υποστηρίζουν το βιολογικό υπόβαθρο της διαταραχής, είναι περισσότερο αποστασιοποιημένοι κοινωνικά από τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με αυτή (Angermeyer & Matschinger 2005, Angermeyer Beck and Matschinger 2003). Το ίδιο περιμένουμε και για όσους θεωρούν ότι ευθύνονται οι ασθενείς για την παθολογική τους κατάσταση, ότι η σχιζοφρένεια δηλαδή, οφείλεται σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Harrison et al. 1998, Angermeyer, Beck and Matschinger 2003, Angermeyer and Matschinger 2003), καθώς και για όσους θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε “Άλλους” παράγοντες, όπως η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Maj M., 2004). Ακόμη, ως προς τον παράγοντα της συμπτωματολογίας, τα αρνητικά συμπτώματα ενδέχεται να σχετίζονται με μεγαλύτερη προκατάληψη (Penn et al. 2000).

14) Επίσης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα που είχαν προηγούμενη εμπειρία με συμπεριφορές παρανοειδούς σχιζοφρένειας, αναμένεται να έχουν ευνοϊκότερη στάση απέναντι στους ασθενείς καθώς αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι προηγούμενη κοινωνική επαφή με ασθενείς, μειώνει τον βαθμό προκατάληψης. (Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer 2003, Altindag, Yanik, Ucok, Alptekin & Ozkan 2006, Meise, Sulzenbacher, Kemmler, Schmid, Rossler, Gunther & Gesselschaft, 2000, Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi & Pioli, 2001, Gunther & Gesselschaft, 2000, Ogedengbe, 1993, Nosse, 1993 ).

15) Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν έγκυρη γνώση θεμάτων γύρω από την ψυχική ασθένεια, τείνουν να έχουν θετικότερη στάση προς τα άτομα με διάγνωση κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά και της σχιζοφρένειας ειδικότερα (Addison & Thorpe 2003, Angermeyer, Beck and Matschinger 2003 ). Φυσικά αυτό στηρίζεται και από την βιβλιογραφία που αναφέραμε παραπάνω για την υπόθεση στην μεταβλητή του “έτους φοίτησης”, ότι δηλαδή η εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει τις στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια (Μαδιανός, Γκαρέλης, & Αλεβίζος 1983, Charidian & Engelsmann 1982, Wilkinson, Toone & Greer 1983, Chan & Cheng 2001). Ωστόσο καμία άλλη μελέτη δεν έχει αποδείξει ότι ένα ακαδημαϊκό μάθημα μπορεί να διαμορφώσει τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια, επομένως σε περίπτωση που αποδειχθεί κάτι τέτοιο για το μάθημα “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, θα είναι μάλλον μη αναμενόμενο.

16) Παραθέσαμε στο δείγμα ορισμένα γνωστά συγγράμματα με θέμα την ψυχοπαθολογία και μέσα από την διαδικασία των στατιστικών αναλύσεων θα προσπαθήσουμε να βρούμε αν υπάρχει σχέση μεταξύ του βαθμού μελέτης τους και θετικότερης ή αρνητικότερης στάσης απέναντι στους παράγοντες που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια. Επειδή σε επίσης καμία μελέτη, δεν εντοπίσαμε ότι κάποιο επιστημονικό σύγγραμμα μπορεί να συμβάλλει στην διαμόρφωση των στάσεων απέναντι σε μια σοβαρή ψυχική διαταραχή όπως η σχιζοφρένεια, αδυνατούμε να κάνουμε μια ξεκάθαρη υπόθεση. Ωστόσο κρίνουμε δύσκολο να αποδειχθεί το παραπάνω.

17) Όσον αφορά τη συσχέτιση ερωτηματολογίων και πιο συγκεκριμένα της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ και της πανομοιότυπης για τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στα “δικά τους” ψυχολογικά προβλήματα, αναμένεται μεταξύ των περισσότερων παραγόντων να σημειωθεί στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση, καθώς θεωρούμε λιγότερο πιθανό οι στάσεις του δείγματος απέναντι στον εαυτό του στην περίπτωση που αντιμετώπιζε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα, να συμβαδίζουν με αυτές που έχουν για τα άτομα με σχιζοφρένεια τα οποία κρίνουμε ότι θα αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη προκατάληψη. Υπάρχει βέβαια και το ενδεχόμενο, επειδή το δείγμα μας αποτελείται μόνο από φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας, να παρουσιαστεί θετική συσχέτιση σε κάποιους από τους παράγοντες, όχι όμως σε αυτόν της προκατάληψης. Δεν εντοπίσαμε πάντως κάποια έρευνα που να σχετίζεται θεματικά με την προκειμένη υπόθεση. Το ίδιο ισχύει και για την παρακάτω.

18) Τέλος, ως προς τη συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων του MMPI και των παραγόντων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ., υποθέτουμε ότι μικρότερη προκατάληψη θα παρουσιαστεί στις κλίμακες L (Ψεύδος) και K (Διόρθωση), οι οποίες εκφράζουν και προσποίηση του καλού, επομένως υπάρχει η περίπτωση άτομα με υψηλότερη βαθμολογία να εκφράζουν θετικότερη στάση απέναντι σε αυτά με σχιζοφρένεια. Αντίθετα, μεγαλύτερη προκατάληψη υποθέτουμε ότι θα εμφανίσουν οι έχοντες υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες Hs (Υποχονδρίαση), Pd (Ψυχοπαθητικότητα), Pa (Παράνοια) και Si (Κοινωνική Εσωστρέφεια). Θεωρούμε επίσης πιθανό, η υψηλότερη βαθμολογία την κλίμακα Sc (Σχιζοφρένεια), να συσχετιστεί με μικρότερη κοινωνική απόσταση. Τις υποθέσεις τις κάνουμε με βάση τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που εκφράζει κάθε κλίμακα του MMPI τα οποία εξηγούμε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

## ΜΕΘΟΔΟΣ

### ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 100 φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης και περιλαμβάνει όλα τα έτη φοίτησης, έχοντας χωριστεί ισότοπα, δηλαδή 25 άτομα ανά έτος. Οι 86 (86%) έχουν ηλικία που κυμαίνεται από 18-22 ετών, οι 12 (12%) από 22-30 και οι 2 (2%) από 40 ετών και άνω. Η μικρότερη ηλικία είναι τα 17 χρόνια και η μεγαλύτερη τα 45. Οι 33 (33%) είναι άνδρες και οι 67 (67%) γυναίκες.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των συμμετεχόντων στην έρευνα οι 16 (16%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος Δημοτικού, οι 23 (23%) ότι έχει τελειώσει λίγες τάξεις ή είναι απόφοιτος Γυμνασίου, οι 35 (35%) ότι είναι απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής και οι 26 (26%) ότι είναι απόφοιτος Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος  
ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Επί τοις Εκατό (%)</i>
Απόφοιτος Δημοτικού	16	16
Λίγες τάξεις ή απόφοιτος Γυμνασίου	23	23
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	35	35
Απόφοιτος Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής	26	26
Σύνολο	100	100

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, το 13 (13%) των φοιτητών δήλωσε ότι είναι απόφοιτος Δημοτικού, οι 26 (26%) ότι έχει τελειώσει λίγες τάξεις Γυμνασίου, οι 35 (35%) ότι είναι απόφοιτη Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής και οι 23 (23%) ότι είναι απόφοιτη Ανώτερης ή Ανώτατης Εκπαίδευσης (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος  
ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Επί τοις Εκατό (%)</i>
Απόφοιτος Δημοτικού	13	13
Λίγες τάξεις ή απόφοιτος Γυμνασίου	26	26
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	35	35
Απόφοιτος Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής	23	23
Σύνολο	100	100

Όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα των συμμετεχόντων, το 8 (8%) δήλωσε ότι η εργασία του πατέρα του ανήκει σε επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα, οι 13 (13%) ότι είναι υπάλληλος υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης Εκπαίδευσης, οι 4 (4%) ότι είναι εκπαιδευτικός, οι 11 (11%) ότι ασχολείται με επαγγέλματα γραφείου, οι 15 (15%) ότι είναι έμπορος – πωλητής, οι 6 (6%) ότι ασχολείται με την γεωργία, την αλιεία ή με δασικά επαγγέλματα, οι 25 (25%) ότι ασχολείται με μεταφορές ή είναι τεχνίτης ή εργάτης κάθε είδους πλην γεωργίας, οι 17 (17%) ότι ασχολείται με υπηρεσίες και τέλος ο 1 (1%) ότι επαγγελματικά ανήκει στις ένοπλες δυνάμεις ή στα σώματα ασφαλείας (Πίνακας 3).



**Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος  
ως προς το επάγγελμα του πατέρα**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Επί τοις Εκατό (%)</i>
Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα	8	8
Υπάλληλος υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτερης/Ανώτατης Εκπαίδευσης	13	13
Εκπαιδευτικός	4	4
Επαγγέλματα Γραφείου	11	11
Εμπορος/Πωλητής	15	15
Γεωργία/Αλιεία/Δασικά επαγγέλματα	6	6
Μεταφορές/Τεχνίτης/Εργάτης κάθε είδους πλην γεωργίας	25	25
Υπηρεσίες	17	17
Ενοπλες δυνάμεις/Σώματα ασφαλείας	1	1
Σύνολο	100	100

Ως προς το επάγγελμα της μητέρας, οι 5 (5%) δήλωσαν ότι η εργασία της μητέρας τους ανήκει στα επιστημονικά επαγγέλματα, οι 10 (10%) ότι είναι υπάλληλος υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης εκπαίδευσης, οι 6 (6%) ότι είναι εκπαιδευτικός, οι 12 (12%) έμπορος – πωλητής, οι 5 (5%) ότι ασχολείται με γεωργικά-δασικά επαγγέλματα ή με την αλιεία, οι 4 (4%) ότι ασχολείται με μεταφορές ή είναι τεχνίτρια ή εργάτρια κάθε είδους πλην της γεωργίας, οι 6 (6%) ότι εργάζεται σε υπηρεσίες, οι 11 (11%) στις ένοπλες δυνάμεις ή στα σώματα ασφαλείας και τέλος οι 41 (41%) ότι ασχολείται με τα οικιακά (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4. Κατανομή του δείγματος  
ως προς το επάγγελμα της μητέρας**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Επί τοις Εκατό (%)</i>
Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα	5	5
Υπάλληλος υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτερης/Ανώτατης Εκπαίδευσης	10	10
Εκπαιδευτικός	6	6
Έμπορος/Πωλήτρια	12	12
Γεωργία/Αλιεία/Δασικά επαγγέλματα	5	5
Μεταφορές/Τεχνίτρια/Εργάτρια κάθε είδους πλην γεωργίας	4	4
Υπηρεσίες	6	6
Ένοπλες δυνάμεις/Σώματα ασφαλείας	11	11
Οικιακά	41	41
Σύνολο	100	100

Ως προς το οικογενειακό τους εισόδημα, οι 2 (2%) δήλωσαν ότι είναι μέχρι 150000 δραχμές, οι 3 (3%) μέχρι 200000, οι 11 (11%) μέχρι 300000, οι 34 (34%) μέχρι 500000, οι 31 (31%) μέχρι 1000000 και οι 19 (19%) πάνω από 1000000 δραχμές (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5. Κατανομή του δείγματος ως προς το εισόδημα**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Επί τοις Εκατό (%)</i>
Μέχρι 150000 δραχμές	2	2
Μέχρι 200000 δραχμές	3	3
Μέχρι 300000 δραχμές	11	11
Μέχρι 500000 δραχμές	34	34
Μέχρι 1000000 δραχμές	31	31
Πάνω από 1000000 δραχμές	19	19
Σύνολο	100	100

Τέλος ως προς τον τόπο μόνιμης διαμονής, οι 31 (31%) ζουν στην Αθήνα και τον Πειραιά, οι 5 (5%) στην ευρύτερη περιοχή του Νομού Αττικής, οι 19 (19%) στην Μακεδονία, οι 11 (11%) στην Στερεά Ελλάδα, οι 7 (7%) στην Πελοπόννησο, οι 11 (11%) στην Κρήτη, οι 4 (4%) στην Θεσσαλία, οι 8 (8%) στα Νησιά και οι 4 (4%) στην Κύπρο (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6. Κατανομή του δείγματος ως προς τον τόπο μόνιμης διαμονής**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Επί τοις Εκατό (%)</i>
Αθήνα – Πειραιάς	31	31
Υπόλοιπη Αττική	5	5
Μακεδονία	19	19
Στερεά Ελλάδα	11	11
Πελοπόννησο	7	7
Κρήτη	11	11
Θεσσαλία	4	4
Νησιά	8	8
Κύπρο	4	4
Σύνολο	100	100

Ως προς την μόνιμη διαμονή σε ευρύτερη περιοχή, οι 3 (3%) έχουν ως μόνιμη κατοικία ένα χωριό μέχρι 500 κατοίκους, οι 12 (12%) ένα χωριό ή κωμόπολη μέχρι 2000 κατοίκους, οι 8 (8%) μία πόλη μέχρι 20000 κατοίκους, οι 27 (27%) ως 50000 κατοίκους, οι 14 (14%) ως 100000 κατοίκους και οι 36 (36%) σε πόλη άνω των 100000 κατοίκων (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος ως προς τη μόνιμη διαμονή σε ευρύτερη περιοχή**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Επί τοις Εκατό (%)</i>
Μέχρι 500 Κατοίκους	3	3
Μέχρι 2000 Κατοίκους	12	12
Μέχρι 20000 Κατοίκους	8	8
Μέχρι 50000 Κατοίκους	27	27
Μέχρι 100000 Κατοίκους	14	14
Άνω των 100000 Κατοίκων	36	36
Σύνολο	100	100

Συμπληρωματικά να αναφέρουμε ότι από τους φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 9 (9%) δήλωσαν ότι εργάζονται, οι 97 (97%) είναι ελεύθεροι και οι 3 (3%) παντρεμένοι, οι 86 (86%) δήλωσαν ότι έχουν αδέρφια ενώ οι 14 (14%) ότι είναι το μόνο παιδί στην οικογένειά τους. Οι 65 (65%) δήλωσαν ότι είχαν ένα αδερφό ή αδερφή, οι 15 (15%) 2, οι 4 (4%) 3 και 1 (1%) 4 αδέρφια και άνω. Επίσης, αξίζει να αναφέρουμε ότι οι 20 (20%) από τους συμμετέχοντες στην έρευνα χρειάστηκε στο παρελθόν να επισκεφθούν ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Από αυτούς, οι 12 (60%) ακολούθησαν κάποια θεραπεία: οι 7 (58,3%) ψυχοθεραπεία, ο 1 (8,3%) φαρμακοθεραπεία, ενώ οι 4 (33,3%), συνδυασμό των παραπάνω. Από το σύνολο του δείγματος, οι 10 (10%) δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια σωματική ασθένεια οι 6 (6%) από κάποια ψυχική, ενώ οι 13 (13%) ακολουθούν κάποιου είδους φαρμακευτική αγωγή. Οι 2 (2%) παρουσίασαν στο παρελθόν κρίσεις επιληψίας.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια:

1. Οι στάσεις των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας απέναντι στην σχιζοφρένεια, αξιολογήθηκαν με την κλίμακα Στάσεων Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ.), η οποία σχεδιάστηκε από τους Νέστορος, Πλατρίτης, Τσούρης και Κατάκης και αποτελεί την πρώτη κλίμακα για την αξιολόγηση των στάσεων απέναντι σε συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή που χρησιμοποιήθηκε στην Ελλάδα. Το πρώτο υλικό για την κατασκευή της, ήταν η κλίμακα των στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια των Cohen και Struening (1962) που αποτελείται από 51 προτάσεις. Η κλίμακα (Σ.Α.Π.Σ) εμπλουτίστηκε με 29 επιπλέον προτάσεις και εξειδικεύτηκε στην παρανοειδή σχιζοφρένεια. Κατά καιρούς, πραγματοποιήθηκαν στην κλίμακα διάφορες τροποποιήσεις. Με την τελευταία τροποποίηση, οι προτάσεις που ανέρχονταν στις ογδόντα (80) κατατάσσονται στις ακόλουθες πέντε θεματικές ενότητες: 1) αιτιολογία, 2) θεραπεία, 3) προκατάληψη, 4) κρατική μέριμνα και 5) συμπτωματολογία. Οι θεματικές ενότητες, με τις προτάσεις που συμπεριλαμβάνονται σε αυτές, εξασφαλίζουν μια ουσιαστική και ολοκληρωμένη διερεύνηση των στάσεων γύρω από την παρανοειδή σχιζοφρένεια. Κάθε θεματική περιλαμβάνει προτάσεις που αντιπροσωπεύουν τις κυριότερες παλαιότερες και σύγχρονες επιστημονικές αλλά και μη επιστημονικές απόψεις γύρω από την παρανοειδή σχιζοφρένεια καθώς και την ψυχική υγεία γενικά. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να εκτιμηθεί: α) ο βαθμός και η έκταση που επιστημονικές ή μη απόψεις, παλαιότερες και σύγχρονες, υιοθετούνται από τους υπό εξέταση πληθυσμούς και β) ο βαθμός και η έκταση που οι στάσεις που υιοθετούνται από τους υπό εξέταση πληθυσμούς για την παρανοειδή σχιζοφρένεια, συγκλίνουν με αυτές που υιοθετούνται για την ψυχική ασθένεια γενικά.

Στην έρευνά μας, για την μελέτη της θεματικής ενότητας “αιτιολογία”, παραθέτονται συνολικά είκοσι (20) προτάσεις. Αυτές ταξινομούνται στις ακόλουθες υποενότητες: “κληρονομικότητα” (40,65), “οργανικότητα” (3,13), “προσωπικότητα” (38,72), “οικογενειακοί παράγοντες” (21,31,48,60,67) και “άλλοι παράγοντες” (16,25,41,44,50,53,62,63,68), Για τη μελέτη της θεματικής ενότητας “συμπτωματολογία” παραθέτονται συνολικά δεκαπέντε (13) προτάσεις. Αυτές αναφέρονται σε συμπτώματα της σχιζοφρένειας γενικά (σύμφωνα με το μοντέλο της Adreassen, 1987), αλλά και της παρανοειδούς σχιζοφρένειας, τα οποία περιλαμβάνονται στις κλίμακες για την αξιολόγηση των θετικών (Adreassen 1984) και αρνητικών συμπτωμάτων (Adreassen, 1983). Στην συγκεκριμένη έρευνα, την ενότητα της συμπτωματολογίας, την χωρίζουμε σε “θετικά συμπτώματα” (10,12,19,34,42,45,64,75,79) και “αρνητικά συμπτώματα” (6,15,28,61). Για τη μελέτη της θεματικής ενότητας “θεραπεία”, παραθέτονται συνολικά δεκατρείς (13) προτάσεις. Αυτές αφορούν θέματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα επαγγελματιών από διαφορετικά επαγγέλματα υγείας, των δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, διαφορετικών τύπων θεραπείας, κ.ά. Και την ενότητα αυτή, την έχουμε διακρίνει στις παρακάτω υποενότητες: “Αποτελεσματικότητα ψυχολόγων και ψυχιάτρων” (11,26,49), “Αποτελεσματικότητα ψυχοθεραπείας”, (17,43), “Αποτελεσματικότητα φαρμακοθεραπείας” (55), “Αποτελεσματικότητα συνδυασμού ψυχοθεραπείας-φαρμακοθεραπείας” (47), “Αποτελεσματικότητα εγκεφαλικών επεμβάσεων” (32,57), “Αποτελεσματικότητα μη επιστημονικών μεθόδων” (29,46), “Αποτελεσματικότεροι οι κλινικοί ψυχολόγοι από τους ψυχιάτρους” (37) και “Αποτελεσματικότερες οι ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας” (36). Για τη μελέτη της θεματικής ενότητας “προκατάληψη”, παραθέτονται συνολικά εικοσιδύο (22) προτάσεις (5,7,8,9,14,18,22,27,30,33,35,51,52,54,56,59,69,70,71,73,74,76) που πραγματεύονται κυρίως ζητήματα σχετικά με τα πολιτικά, κοινωνικά και ατομικά δικαιώματα και καθήκοντα των ατόμων με σχιζοφρένεια. Για την μελέτη της θεματικής ενότητας “κρατική μέριμνα” παραθέτονται συνολικά έντεκα (11) προτάσεις (1,2,20,23,24,39,58,66,77,78,80), που θίγουν κυρίως την κρατική ευθύνη σε τομείς, όπως η θεραπεία, η νοσηλεία, η έρευνα και η κοινωνική ευαισθητοποίηση. Τέλος, έχουμε ορίσει ως ανεξάρτητη ενότητα την πρόταση που αναφέρεται στο αν η στάση των Ελλήνων απέναντι στη σχιζοφρένεια είναι θετικότερη από τους άλλους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (4).

Οι απαντήσεις είναι διαμορφωμένες σύμφωνα με τον τύπο Likert. Συγκεκριμένα, σε κάθε πρόταση των ερωτηματολογίων αντιστοιχεί μια εξαβάθμια κλίμακα απαντήσεων που εκτείνεται από το “συμφωνώ απόλυτα”, έως το “διαφωνώ απόλυτα”. Να σημειώσουμε, ότι η κλίμακα στο σύνολό της περιλαμβάνει προτάσεις με θετικό και αρνητικό περιεχόμενο ως προς την ενότητα ή την υποενότητα την οποία μετράει. Η διαφορετική αυτή διατύπωση μειώνει την πιθανότητα να δοθούν ίδιες απαντήσεις χωρίς να δίνεται προσοχή στο περιεχόμενο των ερωτήσεων. Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου, συμπληρώνονται διάφορα προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία. Τέλος να σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από σύντομες αλλά σαφείς οδηγίες για τη συμπλήρωσή του (βλ. Παράρτημα).

2. Η ίδια κλίμακα χρησιμοποιήθηκε και για την αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης απέναντι στα “δικά τους” (υποθετικά) ψυχολογικά προβλήματα, έτσι ώστε να δούμε αν οι εξεταζόμενοι, αντιμετωπίζουν ως προς τις προαναφερθείσες ενότητες και υποενότητες με τον ίδιο τρόπο ή διαφορετικό από τους εαυτούς τους, τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια.

3. Το MMPI test (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), σχεδιάστηκε από τους Hathaway και McKinley το 1943 στο Πανεπιστήμιο της Μιννεσότα και αποτελεί ένα χρήσιμο μέσο διευκόλυνσης της διάγνωσης της ψυχοπαθολογίας. Με την προσθήκη των κλιμάκων προσωπικότητας και των κλιμάκων εγκυρότητας, ο αριθμός των θεμάτων φτάνει τα 566, σε σύνολο 4 κλιμάκων εγκυρότητας, 2 κλιμάκων προσωπικότητας και 8 κλιμάκων ψυχοπαθολογίας, οι απαντήσεις των οποίων παίρνουν δύο τιμές (Αλήθεια-Λάθος). Το MMPI ένα κάπως μεγάλης έκτασης τεστ, για τη συμπλήρωση του οποίου συνήθως χρειάζονται περίπου 60 ως 75 λεπτά. Το MMPI μπορεί να δοθεί σε άτομα ηλικίας 16 χρόνων και άνω, που να έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον 9 χρόνια εκπαίδευσης. Το χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας, κυρίως για να δούμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στις επιμέρους κλίμακες και των στάσεων απέναντι στην σχιζοφρένεια. Έχει μεταφραστεί σε 30 γλώσσες, ενώ έχουν αναπτυχθεί νόρμες για τη χρήση αυτών των μεταφράσεων σε περισσότερες από 50 χώρες και πολιτισμούς (Butcher και Pancheri, 1976). Στην ελληνική γλώσσα υπάρχουν και χρησιμοποιούνται δύο μεταφράσεις του MMPI. Η πρώτη μετάφραση και στάθμιση, έγινε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Κοκκέβη, Κυριαζής και Στεφανής, 1970).



Η μετάφραση αυτή έχει εκσυγχρονιστεί (Κοκκέβη κ.ά., 1978) και έχει προσφέρει ξεχωριστά σταθμισμένα δείγματα για ενήλικες και για εφήβους (Κοκκέβη κ.ά., 1981). Επίσης, προσφέρει οδηγούς χρήσης και ερμηνείας του MMPI (Κοκκέβη 1978, 1984). Η δεύτερη μετάφραση και στάθμιση έγινε από τον Ν. Μάνο (Μάνος, 1980) χρησιμοποιώντας ένα δείγμα υποκειμένων ηλικίας από 16 ως 65 χρόνων. Σε συνεργασία με τον James Butcher του Πανεπιστημίου της Μινнесότα και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ο Μάνος συνέγραψε επίσης έναν οδηγό χρήσης για τη χορήγηση, βαθμολογία και ερμηνεία του τεστ (Μάνος και Butcher, 1980). Το εγχειρίδιο του MMPI και αρκετές μελέτες, αναφέρουν μια ευρεία διακύμανση αξιοπιστιών, που κυμαίνονται περίπου από  $r = 0,50$  ως  $r = 0,90$ , και αξιοπιστίες με την μέθοδο των ημικλάστων που κυμαίνονται περίπου από  $r = 0,35$  έως  $r = 0,84$ , με διάμεσο της μεθόδου των ημικλάστων συσχετίσεις στο  $r = 0,70$  (Dahlstrom και Welsh, 1960, Dahlstrom, Welsh και Dahlstrom, 1972, 1975). Υπάρχει μεγάλη ποσότητα ερευνών σχετικά με την εγκυρότητα του τεστ που στηρίζει την πρακτικά κλινική χρησιμότητά του. Υπάρχουν περισσότερες από 6000 μελέτες που ασχολούνται μόνο με την εγκυρότητα των συγκεκριμένων προφίλ (Dahlstrom, Welsh και Dahlstrom, 1975) και ο αριθμός αυτών των μελετών αυξάνεται συνέχεια. Για παράδειγμα, πολλές μελέτες έχουν υποστηρίξει την αναγνώριση των αλκοολικών υποκειμένων με το MMPI (π.χ Conley, 1981), σε μερικές περιπτώσεις ακόμη και πριν ξεκινήσουν να πίνουν πολύ (προβλεπτική εγκυρότητα, Hoffman, Loper και Kammier, 1974). Άλλες μελέτες έχουν υποστηρίξει τη χρήση του MMPI ως μέσου πρόβλεψης της εγκληματικής συμπεριφοράς (όπως Archer κ.ά., 1988, Lindgred κ.ά., 1986) και της βίας στους ενήλικες (McCreary, 1976). Με μερικές εξαιρέσεις, υπάρχει ένας εντυπωσιακά μεγάλος αριθμός μελετών οι οποίες υποστηρίζουν την ικανότητα του τεστ (κατά μέσο όρο) να συμβάλλει στην αναγνώριση πολλών συγκεκριμένων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Επιπλέον, άλλες μελέτες (π.χ Garb, 1984) έχουν δείξει ότι δεδομένα του MMPI μπορούν να αυξήσουν την ακρίβεια διάγνωσης όταν προστίθεται σε άλλα δεδομένα, όπως σε κλινικές περιπτώσεις και στα αποτελέσματα άλλων τεστ. Χιλιάδες κλινικών από πολλές χώρες, υποστηρίζουν ότι όταν χρησιμοποιείται κατάλληλα και προσεκτικά, το MMPI μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια στην ανάπτυξη διαγνωστικών περιγραφών ψυχοπαθολογίας και θεωρείται ένα αποτελεσματικό μέσο για τη συλλογή παρατηρήσεων, σκέψεων, συναισθημάτων και πεποιθήσεων των υποκειμένων, και προσφέρει χρήσιμους και εμπειρικούς ανιχνευτικούς υπαινιγμούς για την ερμηνεία της σημασίας και συνέπειάς τους.

Κλίμακες Εγκυρότητας MMPI

<b>ΟΝΟΜΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΙ # ΘΕΜΑΤΑ</b>	<b>ΚΟΙΝΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΥΨΗΛΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ</b>
? Δεν μπορώ να απαντήσω	>30 Άκυρο. Έντονη ακαθοριστότητα, δυσκολίες ανάγνωσης, κατάθλιψη
L Ψεύδος (Lie), 15	Αφελής προσποίηση του καλού
K Διόρθωση (Korrection), 30	Αμυντικότητα, προσποίηση του καλού
F Σπανιότητα (InFrequency), 64	Προσποίηση του κακού, πολύ ασυνήθιστες ιδέες, έλλειψη προσοχής ή κατανόησης, ή κραυγή βοήθειας.

Κλινικές Κλίμακες και Κλίμακες Προσωπικότητας

<b>ΟΝΟΜΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΙ # ΘΕΜΑΤΑ</b>	<b>ΚΟΙΝΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΥΨΗΛΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ</b>
1, Hs Υποχονδρίαση (Hypochondriasis), 33	Ανησυχία για αρρώστια, εγωκεντρικότητα, ανωριμότητα, ανεξαρτησία, παράπονα, πικρία.
2, D Κατάθλιψη (Depression), 60	Αποθάρρυνση, απαισιοδοξία, μελαγχολία, έλλειψη αυτοεκτίμησης, ενέργειας, ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης.
3, Hy Υστερία (Hysteria), 60	Με φυσικές ενοχλήσεις αλλά και με αισιοδοξία, απαιτητικότητα, οιστριονισμό.
4, Pd Ψυχοπαθητικότητα (Psychopathic deviate), 50	Συγκρούσεις με την εξουσία, εχθρότητα, παρορμητικότητα, ανευθυνότητα.
5, Mf Αρρενωπότητα-Θηλυκότητα (Masculinity-femininity), 60	Τα υποκείμενα ανταποκρίνονται σε τάσεις και ενδιαφέροντα που είναι κατά παράδοση συνδεδεμένα με το αντίθετο φύλο.
6, Pa Παράνοια (Paranoia), 40	Υπόνοια, ακαμψία, υποκρισία/φαρισαϊσμός, καχυποψία, και ίσως αδικαιολόγητα πιστεύω.
7, Pt Ψυχασθένεια (Psychasthenia), 48	Ανησυχία, αμφιβολία, καταναγκασμός, φόβος για τον εαυτό του, ταλαιπωρημένος, σε ένταση.

<b>ΟΝΟΜΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΙ # ΘΕΜΑΤΑ</b>	<b>ΚΟΙΝΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΥΨΗΛΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ</b>
<b>8, Sc Σχιζοφρένεια</b> (Schizophrenia), 78	Αποξένωση, αποχώρηση, ασυνήθιστη σκέψη και αίσθηση.
<b>9, Ma Υπομανία</b> (HypoMania), 46	Ευφορία, διέγερση, μεγάλη ενεργητικότητα, υψηλή έκφραση αυτοεκτίμησης.
<b>0, Si Κοινωνική εσωστρέφεια</b> (Social introversion), 70	Εσωστρέφεια, ντροπαλότητα, επιθυμία απομόνωσης.

4. Χρησιμοποιήσαμε και ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από δώδεκα (12) ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν πληροφορίες, όπως τις επιδόσεις των φοιτητών στο μάθημα της Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων, την επιμόρφωση τους σε θέματα ψυχοπαθολογίας και ψυχιατρικής μέσω σχετικών επιστημονικών συγγραμμάτων αλλά και εμπειρίες τους σχετικά με άτομα που έχουν διαγνωστεί με παρανοειδή σχιζοφρένεια στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον. Χρησιμοποιήσαμε μια πεντάβαθμη κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert (1 = Καθόλου, 2 = Λίγο, 3 = Μέτρια, 4 = Πολύ, 5 = Πάρα πολύ). Σε τρεις μόνο περιπτώσεις, οι απαντήσεις είχαν λιγότερες από πέντε τιμές. Να σημειώσουμε ότι δεν προκύπτει ένας συνολικός βαθμός από το ερωτηματολόγιο αλλά κάθε ερώτηση θεωρείται ότι αποτελεί και μια διακριτή διάσταση.

Τέλος, επισημαίνουμε ότι η ανάλυση των δεδομένων στα ερωτηματολόγια έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες (Statistical Package for the Social Sciences) S.P.S.S. 13 for Windows (Howitt & Cramer, 2004).

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Από τους φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα, κατά την διάρκεια των μαθημάτων του Τμήματος Ψυχολογίας και σε συνεννόηση με τους υπεύθυνους καθηγητές, ζητήθηκε να συμπληρώσουν τέσσερα ερωτηματολόγια. Μετά από σύντομη ενημέρωση σχετικά με την έρευνα, ζητήσαμε από τα υποκείμενα να τα διαβάσουν και να τα συμπληρώσουν προσεκτικά. Επίσης, τους έγινε γνωστό ότι η συμμετοχή τους θα ήταν προαιρετική και ότι υπήρχε η δυνατότητα να πληροφορηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας σε περίπτωση που θα τους ενδιέφερε. Εξαιτίας της μεγάλης διάρκειας που απαιτούσε η προσεκτική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ο ερευνητής ζήτησε από τους συμμετέχοντες να τα πάρουν στο σπίτι τους και να τα επιστρέψουν μέσα στο διάστημα μιας εβδομάδας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν ανώνυμα και η διάρκεια συμπλήρωσής τους απαιτούσε περίπου 1 ώρα και 30 λεπτά.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης για να διαπιστώσουμε με ποιον τρόπο διαφοροποιούνται οι εξαρτημένες μεταβλητές σε σχέση με τις ανεξάρτητες. Όσον αφορά την κλίμακα Στάσεων απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια, επιχειρήσαμε να βρούμε πως διαφοροποιούνται οι παράγοντες του ερωτηματολογίου ανάλογα με την ηλικία, το έτος, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας, το μηνιαίο εισόδημα, την μόνιμη κατοικία σε ευρύτερη περιοχή, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, αλλά και το αν έχουν επισκεφθεί οι συμμετέχοντες κατά το παρελθόν ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές όμως χρησιμοποιήθηκαν και άλλα στοιχεία του ερωτηματολογίου τα οποία παραθέτουμε παρακάτω.

Να σημειωθεί ότι επειδή η κλίμακα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου όσο περισσότερο αυξάνεται, τόσο πιο αρνητική στάση εκφράζει (1 – Συμφωνώ Απόλυτα / 6 – Διαφωνώ Απόλυτα), όσο μικρότερος είναι ο μέσος όρος στους πίνακες των αποτελεσμάτων, τόσο θετικότερη είναι η στάση απέναντι στον εκάστοτε παράγοντα.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, ως προς την μεταβλητή της ηλικίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στον παράγοντα της Προκατάληψης [ $F(2, 97) = 5.068, p < 0.05$ ]. Παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μικρότερος είναι ο βαθμός της Προκατάληψης απέναντι στην σχιζοφρένεια. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε κανέναν από τους υπόλοιπους παράγοντες του ερωτηματολογίου ως προς την συγκεκριμένη μεταβλητή.

Πίνακας 1. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την ηλικία

	<i>M.O</i> 18 – 22 <i>ετών</i>	<i>M.O</i> 22 – 30 <i>ετών</i>	<i>M.O</i> 40< <i>ετών</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Προκατάληψη	87,52	94	112	5,07	0,008*

(Στατιστική σημαντικότητα όπου \* $p < 0,05$ )

Στον παράγοντα της Προκατάληψης βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά και ως προς την μεταβλητή του έτους φοίτησης [ $F(3, 96) = 2.810, p < 0.05$ ] Παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια φοίτησης, τόσο μικρότερος είναι ο βαθμός Προκατάληψης των φοιτητών απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια. Στατιστική σημαντικότητα παρουσιάστηκε και στους παράγοντες που συνδέουν την σχιζοφρένεια με Οργανικά αίτια [ $F(3, 96) = 4.291, p < 0.05$ ] αλλά και με αιτίες που πηγάζουν από την Προσωπικότητα [ $F(3, 96) = 3.617, p < 0.05$ ] στον παράγοντα που εκφράζει την Αποτελεσματικότητα των Ελλήνων ψυχολόγων και ψυχιάτρων [ $F(3,96) = 3.308, p < 0.05$ ] και τα Θετικά Συμπτώματα της διαταραχής [ $F(3, 96) = 3.961, p < 0.05$ ]. Ακόμη, στατιστικώς σημαντική διαφορά βρέθηκε και στην άποψη των συμμετεχόντων ως προς την αποτελεσματικότητα του Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας [ $F(3, 96) = 5.478, p < 0.05$ ].

Όσο μεγαλώνει το έτος φοίτησης, τόσο αυξάνεται η θετική στάση απέναντι στον συνδυασμό των δύο αυτών ειδών θεραπείας. Τέλος, σημαντικότητα υπάρχει και στην ερώτηση για το αν οι Έλληνες αντιμετωπίζουν θετικότερα από τους άλλους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας [ $F(3, 96) = 5.175, p < 0.05$ ] (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς το έτος φοίτησης

	<i>M.O</i> στο <i>Πρώτο Έτος</i>	<i>M.O</i> στο <i>Δεύτερο Έτος</i>	<i>M.O</i> στο <i>Τρίτο Έτος</i>	<i>M.O</i> στο <i>Τέταρτο Έτος</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Προκατάληψη	82,8	89,56	90,28	92,52	2,81	0,044*
Οργανικότητα ως Αιτία σχιζοφρένειας	5,72	4,8	4,04	5,36	4,29	0,007*
Προσωπικότητα ως Αιτία σχιζοφρένειας	6,4	6,4	7,44	5,8	3,62	0,016*

	<i>M.O στο Πρώτο Έτος</i>	<i>M.O στο Δεύτερο Έτος</i>	<i>M.O στο Τρίτο Έτος</i>	<i>M.O στο Τέταρτο Έτος</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων- Ψυχιάτρων	7,92	7,48	9,16	7,96	3,31	0,023*
Θετικά Συμπτώματα σχιζοφρένειας	23,4	23,8	19,44	22,04	3,96	0,010*
Συνδυασμός Ψυχοθεραπείας- Φαρμακοθεραπείας	2,24	1,68	1,64	1,36	5,48	0,002*
Θετικότερη Αντιμετώπιση συγκριτικά με τους άλλους πολίτες της Ε.Ε	4,28	4,4	5,08	4,88	5,18	0,002*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην Αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας [ $F (3, 96) = 2.707, p < 0.05$ ]. Την περισσότερο θετική στάση εκφράζουν οι φοιτητές των οποίων ο πατέρας είναι απόφοιτος Λυκείου ή Μέσης Τεχνικής Σχολής, ενώ τη λιγότερο εκείνων των οποίων είναι απόφοιτος Δημοτικού (Πίνακας 3). Αντίθετα, δεν παρουσιάστηκε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την μόρφωση της μητέρας.

Πίνακας 3. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

	<i>Μ.Ο</i> στους <i>απόφοιτους</i> <i>Δημοτικού</i>	<i>Μ.Ο</i> όσων <i>έχουν</i> <i>τελειώσει</i> <i>λίγες τάξεις ή</i> <i>είναι</i> <i>απόφοιτοι</i> <i>Γυμνασίου</i>	<i>Μ.Ο</i> στους <i>απόφοιτους</i> <i>Λυκείου</i> <i>ή</i> <i>Μέσης</i> <i>Τεχνικής</i> <i>Σχολής</i>	<i>Μ.Ο</i> στους <i>απόφοιτους</i> <i>ή</i> <i>Ανώτερης ή</i> <i>Ανώτατης</i> <i>Σχολής</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας	6,19	5,57	5,03	5,88	2,71	0,05*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4, όσον αφορά το επάγγελμα της μητέρας, παρουσιάστηκε στατιστική σημαντικότητα στον παράγοντα της Προκατάληψης [ $F(9, 90) = 3.464, p < 0.05$ ]. Την μικρότερη προκατάληψη παρουσιάζουν οι φοιτητές των οποίων η μητέρα ασχολείται επαγγελματικά με Υπηρεσίες, ενώ τη μεγαλύτερη εκείνων που ασχολείται με το Εμπόριο.



Πίνακας 4. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς το επάγγελμα της μητέρας

	<i>M.O</i> <i>Επιστη</i> <i>μονικό</i> <i>ν</i> <i>επαγγελ</i> <i>μάτων</i>	<i>M.O</i> <i>Υπαλλή</i> <i>λων</i> <i>Ανώτερ</i> <i>ων</i> <i>Ανώτατ</i> <i>ης</i> <i>μόρφω</i> <i>σης</i>	<i>M.O</i> <i>Εκπαιδ</i> <i>ευτικών</i>	<i>M.O</i> <i>Έμπορ</i> <i>ων και</i> <i>Πωλητ</i> <i>ών</i>	<i>M.O</i> <i>Επαγγε</i> <i>λών/Εργ</i> <i>ατικών</i> <i>ών</i> <i>μεκάθε</i> <i>Γεωργί</i> <i>α/Αλιεί</i> <i>α/Δασι</i> <i>κά</i> <i>επαγγ.</i>	<i>M.O</i> <i>Τεχνικ</i> <i>ών/Εργ</i> <i>ατών</i> <i>είδους</i> <i>πλην</i> <i>γεωργία</i> <i>ς/Μετα</i> <i>φορείς</i>	<i>M.O</i> <i>Υπηρεσ</i> <i>ιών</i>	<i>M.O</i> <i>Ένοπλ</i> <i>ων</i> <i>Δυναμέ</i> <i>ων και</i> <i>Σωματ</i> <i>ων</i> <i>Ασφαλε</i> <i>ίας</i>	<i>M.O</i> <i>Οικιακ</i> <i>ά</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Προκατ άληψη	89,2	92,3	95,33	81,83	95,6	97	107	81,91	86,5	3,46	0,001*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Ως προς το επάγγελμα του πατέρα και το οικογενειακό εισόδημα δεν βρέθηκε καμία στατιστική σημαντικότητα. Αντίθετα, ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο  $t$  έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του ανδρικού και γυναικείου πληθυσμού των φοιτητών στον παράγοντα της Οργανικής Αιτιολογίας της σχιζοφρένειας, την οποία οι άνδρες ( $M = 4.39$ ,  $SD = 1.731$ ) τείνουν να ασπάζονται περισσότερο από τις γυναίκες ( $M = 5.27$ ,  $SD = 1.855$ ),  $t(98) = 2.265$ ,  $p = 0.026$  ( Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Έλεγχος  $t$  για ανεξάρτητα δείγματα ως προς το φύλο

	<i>M.O<sub>1</sub></i> <i>Ανδρών</i>	<i>M.O<sub>2</sub></i> <i>Γυναικών</i>	<i>t</i>	<i>S.D<sub>1</sub></i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Οργανικότητα ως Αιτία σχιζοφρένειας	4,39	5,27	2,27	1,73	0,026*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Στατιστική σημαντικότητα παρουσιάστηκε στους παράγοντες “Προκατάληψη” [F (5, 94) = 2.761, p < 0.05], “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας” [F (5, 94) = 3.539, p < 0.05], “Προσωπικότητα ως Αιτία” [F (5, 94) = 3.822, p < 0.05], “Οργανικότητα ως Αιτία” [F (5, 94) = 5.050, p < 0.05] και “Θετικά Συμπτώματα” [F (5, 94) = 2.408, p < 0.05] ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή “Μόνιμη Διαμονή σε Ευρύτερη Περιοχή” (Πίνακας 6). Να σημειώσουμε ακόμη, ότι δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον τόπο μόνιμης διαμονής ανά γεωγραφικό διαμέρισμα.

Πίνακας 6. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την μόνιμη διαμονή σε ευρύτερη περιοχή

	<i>M.O σε</i>	<i>M.O σε</i>	<i>M.O σε</i>	<i>M.O σε</i>	<i>M.O σε</i>	<i>M.O σε</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
	<i>Χωριό</i>	<i>Χωριό/Κω</i>	<i>Πόλη</i>	<i>Πόλη</i>	<i>Πόλη</i>	<i>Πόλη άνω</i>		
	<i>μέχρι 500</i>	<i>μόπολη</i>	<i>μέχρι</i>	<i>μέχρι</i>	<i>μέχρι</i>	<i>των</i>		
	<i>Κατοίκους</i>	<i>μέχρι</i>	<i>20000</i>	<i>50000</i>	<i>100000</i>	<i>100000</i>		
		<i>2000</i>	<i>κατοίκους</i>	<i>κατοίκους</i>	<i>κατοίκους</i>	<i>κατοίκων</i>		
		<i>κατοίκους</i>						
Προκατάληψη	109,33	82,75	93,88	89,41	85,36	88,93	2,76	0,023*
Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας	4,33	3	2,88	2,41	3,64	2,81	3,54	0,006*
Προσωπικότητα ως Αιτία	8,67	6	6,75	5,7	7,79	6,56	3,82	0,003*
Οργανικότητα ως Αιτία	7	5	7	5,37	4,07	4,42	5,05	0*
Θετικά Συμπτώματα	22,33	23,5	26,75	20,52	20,64	22,53	2,41	0,042*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \* p < 0.05)

Αλλά και ως προς την οικογενειακή κατάσταση, υπήρξε σημαντική διαφορά στον παράγοντα της Προσωπικότητας ως Αιτιολογία της σχιζοφρένειας και στον παράγοντα της Προκατάληψης (Πίνακας 7). Όσοι από το δείγμα είναι παντρεμένοι, θεώρησαν λιγότερο ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται στην προσωπικότητα του ατόμου ( $M = 8.67$ ,  $SD = 1.155$ ) από όσους δεν είναι ( $M = 6.44$ ,  $SD = 1,155$ ),  $t(98) = 2.071$ ,  $p = 0,041$ . Οι παντρεμένοι είναι επίσης εκείνοι που παρουσιάζουν λιγότερη προκατάληψη απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια ( $M = 105.33$ ,  $SD = 11.59$ ),  $t(98) = 2.318$ ,  $p = 0.023$ .

Πίνακας 7. Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	<i>M.O<sub>1</sub></i> <i>Παντρεμένων</i>	<i>M.O<sub>2</sub></i> <i>Άγαμων</i>	<i>t</i>	<i>S.D<sub>1</sub></i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Προσωπικότητα ως Αιτία σχιζοφρένειας	8,67	6,44	2,07	1,16	0,041*
Προκατάληψη	105,33	88,28	2,32	11,59	0,023*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Επίσης, ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t έδειξε ότι η επίσκεψη κατά το παρελθόν σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο συνδέεται σημαντικά με τον παράγοντα της Κρατικής Μέριμνας, της Αποτελεσματικότητας θεραπειών με Παρεμβάσεις στον Εγκέφαλο και της Αποτελεσματικότητας του συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας. Ειδικότερα ο μέσος όρος των συμμετεχόντων που είχαν επισκεφθεί κατά τον παρελθόν ψυχολόγο ή ψυχίατρο ( $M = 20.20$ ,  $SD = 3.778$ ), έχουν σημαντικά θετικότερη στάση απέναντι στην Κρατική Μέριμνα από όσους δεν είχαν βιώσει παρόμοια εμπειρία ( $M = 22.50$ ,  $SD = 4.115$ ),  $t(98) = 2.270$ ,  $p = 0.025$ . Επίσης παρουσίασαν σημαντικά θετικότερη στάση απέναντι στις θεραπείες μέσω Εγκεφαλικών Επεμβάσεων ( $M = 8.75$ ,  $SD = 1.860$ ),  $t(98) = 3.020$ ,  $p = 0.003$  αλλά και στον Συνδυασμό Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας ( $M = 1.35$   $SD = 0.933$ ),  $t(98) = 2.313$ ,  $p = 0.023$  ( Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα ως προς την προηγούμενη επίσκεψη σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο

	<i>M.O<sub>1</sub></i> <i>Προηγούμενη</i> <i>Επίσκεψη</i> <i>σε</i> <i>Ψυχολόγο</i> <i>Ψυχίατρο</i>	<i>M.O<sub>2</sub></i> <i>Όχι</i> <i>Προηγούμενη</i> <i>Επίσκεψη</i> <i>σε</i> <i>Ψυχολόγο</i> <i>Ψυχίατρο</i>	<i>t</i>	<i>S.D<sub>1</sub></i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Κρατική Μέριμνα	20,2	22,5	2,27	3,7	0,025*
Αποτελεσματικ ότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων	8,75	9,94	3,02	1,86	0,003*
Συνδυασμός Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπε ίας	1,35	1,83	2,31	0,93	0,023*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά και ως προς το αν τα άτομα που επισκέφθηκαν ψυχολόγο ή ψυχίατρο ακολούθησαν κάποια συγκεκριμένη θεραπεία, στην ερώτηση για το αν οι Έλληνες αντιμετωπίζουν τους διαγνωσθέντες με σχιζοφρένεια θετικότερα από τους άλλους πολίτες της Ε.Ε. Αν και τόσο εκείνοι που δεν ακολούθησαν κάποια θεραπεία, όσο και εκείνοι που ακολούθησαν, φαίνεται να μην πιστεύουν το παραπάνω, όσοι δεν ακολούθησαν κάποια συγκεκριμένη θεραπεία είναι λιγότερο αρνητικοί ( $M = 4.25$ ,  $SD = 0.707$ ),  $t(17) = 3.274$  ( Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα ως προς την υποβολή ή όχι σε θεραπεία

	<i>M.O<sub>1</sub> Όσων δεν ακολούθησαν κάποια Θεραπεία</i>	<i>M.O<sub>2</sub> Όσων ακολούθησαν κάποια Θεραπεία</i>	<i>t</i>	<i>S.D<sub>1</sub></i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Θετικότερη Αντιμετώπιση συγκριτικά με τους άλλους πολίτες της Ε.Ε	4,25	5,27	3,27	0,71	0,004*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Ακόμη βρέθηκε οριακά στατιστική σημαντικότητα ως προς το Είδος της Θεραπείας, όσων από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν επισκεφθεί κατά το παρελθόν ψυχολόγο ή ψυχίατρο και ακολούθησαν κάποια θεραπεία, στον παράγοντα της Προσωπικότητας ως Αιτιολογία της σχιζοφρένειας [ $F = (2, 9) = 4.129, p < 0.05$ ]. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε και σε αυτόν που εκφράζει την Συμπτωματολογία που συνδέεται με τα Αρνητικά Συμπτώματα της σχιζοφρένειας [ $F = (2, 9) = 8.755, p < 0.05$ ]. Στον Πίνακα 10, είναι φανερό ότι τα άτομα που έκαναν ψυχοθεραπεία τείνουν να θεωρούν περισσότερο ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε παράγοντες που σχετίζονται με την προσωπικότητα. Όσον αφορά τη συμπτωματολογία, πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από τα αρνητικά συμπτώματα. Όσοι ακολούθησαν συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας, έχουν την μικρότερη τάση να πιστεύουν τα παραπάνω.

Πίνακας 10. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς το είδος θεραπείας

	<i>M.O</i> ατόμων που ακολούθησαν Ψυχοθεραπεία	<i>M.O</i> ατόμων που ακολούθησαν Φαρμακοθεραπεία	<i>M.O</i> ατόμων που ακολούθησαν Συνδυασμό Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Προσωπικότητα ως Αιτία σχιζοφρένειας	6,29	8	8,5	4,1	0,053*
Αρνητικά Συμπτώματα Σχιζοφρένειας	10,86	11	16,25	8,76	0,008*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Χρησιμοποιώντας το κριτήριο  $t$ , βρέθηκε επίσης ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα που δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, υποστηρίζουν περισσότερο ότι η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από τα θετικά συμπτώματα. ( $M = 17.83$ ,  $SD = 3.312$ ) από τους υπόλοιπους συμφοιτητές τους ( $M = 22.45$ ,  $SD = 5.151$ ),  $t(98) = 2.160$ ,  $p = 0,033$  ( Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Έλεγχος  $t$  για ανεξάρτητα δείγματα ως προς την ψυχική ασθένεια

	<i>M.O</i> <sub>1</sub> Όσων πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια	<i>M.O</i> <sub>2</sub> Όσων δεν πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια	<i>t</i>	<i>S.D</i> <sub>1</sub>	<i>Sig.(2-tailed)</i>
Θετικά Συμπτώματα σχιζοφρένειας	17,83	22,45	2,16	3,31	0,033*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Αξίζει να αναφερθούμε και σε αναλύσεις που κάναμε επιλεκτικά, χρησιμοποιώντας την μέθοδο της συνάφειας. 1. Προσπαθήσαμε να βρούμε στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ 1) συγκεκριμένων προτάσεων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ και του παράγοντα “Προκατάληψη”, 2) του παράγοντα “Προκατάληψη” και των υπόλοιπων παραγόντων της κλίμακας. 3) Τέλος, συσχετίσαμε όλους τους παράγοντες της κλίμακας μεταξύ τους.

Πιο συγκεκριμένα (Πίνακας 12), όσον αφορά την πρώτη περίπτωση, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση σε τέσσερις περιπτώσεις: Οι φοιτητές που θεωρούν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια α) είναι περισσότερο επικίνδυνα από τους άλλους ανθρώπους ( $\rho = 0.48$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ), β) πρέπει να απαγορεύεται να εργάζονται ( $\rho = 0.663$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ), γ) συνδέονται με παραβατικές και εγκληματικές συμπεριφορές ( $\rho = 0.706$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ) και δ) είναι αδύνατο να επανακτήσουν τον παλιό τους εαυτό ( $\rho = 0.403$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ), είναι περισσότερο προκατειλημμένοι απέναντι στη νόσο.

**Πίνακας 12. (Θετική) Συνάφεια (Pearson  $r$ ) μεταξύ ορισμένων προτάσεων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ και του παράγοντα “Προκατάληψη”**

	<b>ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ</b> <i>(Pearson <math>r</math>)</i>
Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι περισσότερο επικίνδυνα	0,48**
Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να απαγορεύεται να εργάζονται	0,663**
Πολλοί εγκληματίες είναι άτομα με σχιζοφρένεια	0,706**
Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν γίνεται να αποκτήσουν ξανά τον παλιό τους εαυτό	0,403**

Σημείωση.  $p < 0.01$ \*\*

Αντίθετα, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση σε δύο περιπτώσεις: Όσοι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα α) πιστεύουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι επικίνδυνα ( $\rho = -0.575$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ) και β) ότι είναι ικανά να εργαστούν ( $\rho = -0,544$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ) εμφανίζουν μικρότερο βαθμό προκατάληψης. Εννοείται πως τόσο σε αυτή την περίπτωση όσο και στις προαναφερθείσες, ισχύει και το αντίστροφο. (Πίνακας

13).

Πίνακας 13. (Αρνητική) Συνάφεια (Pearson  $r$ ) μεταξύ ορισμένων προτάσεων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ και του παράγοντα “Προκατάληψη”

	<b>ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ</b> <i>(Pearson <math>r</math>)</i>
Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι επικίνδυνα	-0,544**
Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν	-0,575**

Σημείωση.  $p < 0.01^{**}$

Σε συσχετίσεις μεταξύ του παράγοντα “Προκατάληψη” και των υπόλοιπων παραγόντων, α) βρέθηκε μία στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ του παράγοντα “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων” και της προκατάληψης, δηλαδή οι φοιτητές που υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό θεραπευτικές μεθόδους όπως το ηλεκτροσόκ και τη ψυχοχειρουργική, παρουσιάζουν μεγαλύτερη προκατάληψη απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια και αντιστρόφως ( $\rho = 0.366$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ).

β) Θετική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ προκατάληψης και του παράγοντα “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”: όσοι πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι οι Έλληνες κλινικοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι είναι καλά καταρτισμένοι και αποτελεσματικοί ως προς την αντιμετώπιση της διαταραχής, εμφανίζονται και περισσότερο προκατειλημμένοι απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με αυτή και αντίστροφα ( $\rho = 0.282$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ). γ) Ωστόσο, όσοι θεωρούν ότι οι κλινικοί ψυχολόγοι είναι αποτελεσματικότεροι από τους ψυχιάτρους ως προς τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, εμφανίζουν μικρότερο βαθμό προκατάληψης ( $\rho = -0.201$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.05$ ). δ) Επίσης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα που υποστήριξαν ότι οι Έλληνες πολίτες αντιμετωπίζουν καλύτερα από τους υπόλοιπους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα άτομα με σχιζοφρένεια, εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό προκατάληψης και το αντίστροφο ( $\rho = 0.226$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.05$ ). ε) Θετικότερη στάση απέναντι στην φαρμακοθεραπεία, σχετίζεται με υψηλότερο βαθμό προκατάληψης και αντίστροφα ( $\rho = 0.338$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.01$ ). στ) Μεταξύ του παράγοντα “Θετικά Συμπτώματα” και προκατάληψης υπάρχει μία στατιστικά σημαντική θετική σχέση ( $\rho = 0.254$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0.05$ ) (Πίνακας 14).



Πίνακας 14. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ του παράγοντα “Προκατάληψη” και παραγόντων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ

	<i><b>ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ</b></i> <i>(Pearson r)</i>
Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων	0,366**
Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων	0,282**
Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα των Κλινικών Ψυχολόγων	-0,201*
Θετικότερη Αντιμετώπιση συγκριτικά με τους άλλους πολίτες της Ε.Ε	0,226*
Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας	0,338**
Θετικά Συμπτώματα σχιζοφρένειας	0,254*

Σημείωση.  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0.01^{**}$

Τέλος, όπως φανερώνουν τα αποτελέσματα των παρακάτω πινάκων για τις συσχετίσεις μεταξύ των ενοτήτων και υποενοτήτων της κλίμακας για τις Στάσεις Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ), υψηλό βαθμό συσχέτισης έχουν:

1) Η “Θετικότερη Αντιμετώπιση Συγκριτικά με Άλλους Πολίτες της Ε.Ε” με την “Κληρονομικότητα ως Αιτία”, τους “Άλλους Παράγοντες”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, την “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων”, την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων” και την “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων”.

2) Η Κρατική Μέριμνα” με την “Κρατική Μέριμνα”, τους “Οικογενειακούς Παράγοντες ως αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας”, τα “Θετικά Συμπτώματα” και “Αρνητικά Συμπτώματα”.

- 3) Η “Κληρονομικότητα ως Αιτία”, με την “Προσωπικότητα ως Αιτία”, την “Οργανικότητα ως Αιτία”, τους “Οικογενειακούς Παράγοντες ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”, τον “Συνδυασμό Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας”, τα “Θετικά Συμπτώματα” και “Αρνητικά Συμπτώματα”.
- 4) Η “Οργανικότητα ως Αιτία” με την “Προσωπικότητα ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων”, την “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας”, την “Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας” και τα “Θετικά Συμπτώματα”.
- 5) Η “Προσωπικότητα ως Αιτία” με τους “Οικογενειακούς Παράγοντες ως Αιτία”, τους “Άλλους Παράγοντες ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας”, και την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”.
- 6) Οι “Οικογενειακοί Παράγοντες” με τους “Άλλους Παράγοντες ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας”, τα “Θετικά Συμπτώματα” και “Αρνητικά Συμπτώματα”.
- 7) Οι “Άλλοι Παράγοντες” με την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων” και την “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων”.
- 8) Η “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων” με την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας”, την “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας”, την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Θεραπειών” και τα “Αρνητικά Συμπτώματα”.
- 9) Η “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων” με την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”.
- 10) Η “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας” με την “Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας” και τα “Θετικά Συμπτώματα”.
- 11) Η “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών” με την “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων και την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας”.
- 12) Η “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων” με τον “Συνδυασμό Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας και τα “Θετικά Συμπτώματα”.
- 13) Τα “Θετικά Συμπτώματα” με τα “Αρνητικά Συμπτώματα”.

**Συσχέτιση μεταξύ Παραγόντων της κλίμακας για τις Στάσεις Απέναντι  
στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ) - Στατιστική Σημαντικότητα όπου  $p < 0.05^*$  και  $p < 0.01^{**}$**

		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Κληρονομικότητα Αιτία</i>	<i>Αποτελέσματα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας-Φαρμακοθεραπείας</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>
<b>Κρατική Μέριμνα</b>	Pearson(Συσχέτιση)	0,248*	0,358**	0,239*	0,297**	0,251*
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,013	0,000	0,017	0,003	0,012
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100

		<i>Κρατική Μέριμνα</i>	<i>Οργανική Αιτία</i>	<i>Προσωπι ως Αιτία</i>	<i>Οικογενει ακοί Παράγον τες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελε σματικό τητα ως Μη Επιστημο νικών Μέσων</i>	<i>Αποτελεσ ματικότη τα Συνδυασ Ψυχοθερ απείας- Φαρμακο θεραπεία ς</i>	<i>Θετικά Συμπτώμ ατα</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώμ ατα</i>
<i>Κληρονο μικότητα ως Αιτία</i>	Pearson(Συσχέτιση)	0,358**	0,369**	-0,262**	0,278**	-0,23*	0,306**	0,350**	0,291**
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,000	0,000	0,009	0,005	0,021	0,002	0,000	0,003
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100	100	100	100

		<i>Κληρονομικότητα ως Αιτία</i>	<i>Προσωπικά ως Αιτία</i>	<i>Αποτέλεσμα ως ατικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων</i>	<i>Αποτέλεσμα ατικότητα Φαρμακοθεραπείας</i>	<i>Αποτέλεσμα ατικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας-Φαρμακοθεραπείας</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>
<b>Οργανικότητα ως Αιτία</b>	Pearson (Συσχέτιση)	0,369**	-0,262**	0,268**	0,288**	0,451**	0,461**
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,000	0,009	0,007	0,004	0,000	0,000
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100	100

		<i>Κληρονομικότητα ως Αιτία</i>	<i>Οργανικότητα ως Αιτία</i>	<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων</i>
<i>Προσωπικότητα ως Αιτία</i>	Pearson (Συσχέτιση)	-0,262**	-0,252**	0,34**	0,212*	0,386**	0,291**
	Sig(Στατιστική ή Σημαντικότητα)	0,009	0,012	0,001	0,035	0,000	0,003
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100	100

		<i>Κρατική Μέριμνα</i>	<i>Κληρονο μικότητα ως Αιτία</i>	<i>Προσωπι κότητα ως Αιτία</i>	<i>Άλλοι Παράγον τες Αιτία</i>	<i>Αποτελεσ ματικότητα Ψυχολόγ ων Ψυχιάτρ ων</i>	<i>Αποτελεσ ματικότητα Ψυχοθερ καπειάς</i>	<i>Θετικά Συμπτώμ ατα</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώμ ατα</i>
<i>Οικογενει ακοί Παράγον τες ως Αιτία</i>	Pearson (Συσχέτι ση)  Sig(Στατι στική Σημαντικ ότητα)  N(Δείγμα )	0,248*	0,278**	0,34**	0,297**	0,315**	0,637**	0,360**	0,431**
		0,013	0,005	0,001	0,003	0,001	0,000	0,000	0,000
		100	100	100	100	100	100	100	100

		<i>Προσωπικότη α ως Αιτία</i>	<i>Οικογενειακοί Παράγοντες Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικ ωςότητα Επιστημονικών Μέσων</i>	<i>Μεγαλύτερη ΜηΑποτελεσματικ ότητα Κλινικών Ψυχολόγων</i>
<i>Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία</i>	Pearson (Συσχέτιση)  Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)  N(Δείγμα)	0,212*	0,297**	0,432**	0,233*
		0,035	0,003	0,000	0,020
		100	100	100	100

		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>
<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων</i>	Pearson (Συσχέτιση)	0,315**	0,317**	0,289**	0,341**	0,317**
	Sig(Στατιστική	0,001	0,001	0,003	0,001	0,001
	ή					
	Σημαντικότητα)					
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100



		<i>Προσωπική Αιτία</i>	<i>Οικογενεια- ωςκοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσμα- τικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων</i>	<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσμα- τικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>
<i>Αποτελεσμα- τικότητα Ψυχοθεραπ- είας</i>	Pearson (Συσχέτιση)  Sig(Στατισ- τική Σημαντικό- τητα)  N(Δείγμα)	0,386**  0,000  100	0,637**  0,000  100	0,317**  0,001  100	0,269**  0,007  100	0,314**  0,001  100	0,316**  0,001  100

		<i>Οργανικότητα ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων</i>
<i>Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων</i>	Pearson (Συσχέτιση)  Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)  N(Δείγμα)	0,268**  0,007  100	0,275**  0,006  100

		<i>Οργανικότητα ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικ ότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων</i>	<i>Αποτελεσματικ ότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας - Φαρμακοθεραπ είας</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>
<i>Αποτελεσματικ ότητα Φαρμακοθεραπ είας</i>	Pearson (Συσχέτιση)	0,288**	0,289**	0,312**	0,271**
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,004	0,003	0,002	0,006
	N(Δείγμα)	100	100	100	100

		<i>Κληρονομικότητα ως Αιτία</i>	<i>Προσωπικά ως Αιτία</i>	<i>Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων</i>	<i>Θετικότερη Αντιμετώπιση συγκριτικά τους άλλους πολίτες της Ε.Ε</i>
<i>Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων</i>	Pearson (Συσχέτιση)	-0,23*	0,291**	0,432**	0,341**	0,275**	0,274**
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,021	0,003	0,000	0,001	0,006	0,006
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100	100

		<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας</i>
<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας</i>	Pearson (Συσχέτιση)	-0,254	0,269**
	Sig (Στατιστική Σημαντικότητα)	0,011	0,007
	N(Δείγμα)	100	100

		<i>Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπει- ας- Φαρμακοθερ- απείας</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>	<i>Θετικότερη Αντιμετώπισ- η συγκριτικά με τους άλλους πολίτες της Ε.Ε</i>
<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων</i>	Pearson (Συσχέτιση)	0,233*	-0,254*	-0,451**	-0,322**	0,248*
	Sig(Στατιστική ή Σημαντικότητα)	0,020	0,011	0,000	0,001	0,013
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100

		<i>Κρατική Μέριμνα</i>	<i>Κληρονομ ικότητα ως Αιτία</i>	<i>Οργανικότ ητα Αιτία</i>	<i>Αποτελεσ ωσ ματικότητ α Φαρμακο θεραπείας</i>	<i>Μεγαλύτε ρη Αποτελεσ ματικότητ α Κλινικών Ψυχολόγω ν</i>	<i>Θετικά Συμπτώμ ατα</i>	<i>Θετικότερ η Αντιμετώ πιση συγκριτικ ά με τους άλλους πολίτες της Ε.Ε</i>
<i>Αποτελεσ ματικότητ α Συνδυασμ ού Ψυχοθερα πείας- Φαρμακο θεραπείας</i>	Pearson (Συσχέτιση )  Sig(Στατισ τική Σημαντικότη τα) N(Δείγμα)	0,239*  0,017	0,306**  0,002	0,451**  0,000	0,312**  0,002	-0,451**  0,000	0,414**  0,000	-0,23*  0,021
		100	100	100	100	100	100	100

		<i>Αποτελεσματικά Φαρμακοθεραπείας</i>	<i>Οικογενειακοί Παράγοντες Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικά Ψυχοθεραπείας</i>	<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων</i>	<i>Αποτελεσματικά Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας- Φαρμακοθεραπείας</i>	<i>Κρατική Μέριμνα</i>	<i>Κληρονομικά Αιτία</i>	<i>Οργανικά Αιτία</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>
<b>Θετικά Συμπτώματα</b>	Pearson (Συσχέτιση)	0,271**	0,36**	0,314**	-0,322**	0,414**	0,297**	0,35**	0,461**	0,534**
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,006	0,000	0,001	0,001	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100	100	100	100	

		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας</i>	<i>Κρατική Μέριμνα</i>	<i>Κληρονομικότητα ως Αιτία</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>
<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>	Pearson (Συσχέτιση)	0,431**	0,317**	0,316**	0,251*	0,291**	0,534**
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,000	0,001	0,001	0,012	0,003	0,000
	N(Δείγμα)	100	100	100	100	100	

		<i>Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας-Φαρμακοθεραπείας</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Επιστημονικών Μέσων</i>	<i>Μεγαλύτερη Μη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων</i>
<i>Θετικότερη Αντιμετώπιση συγκριτικά με τους άλλους πολίτες της Ε.Ε</i>	Pearson (Συσχέτιση)	-0,230**	0,274**	0,248*
	Sig(Στατιστική Σημαντικότητα)	0,021	0,006	0,013
	N(Δείγμα)	100	100	100

Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει ως θέμα τις επιδόσεις των φοιτητών στο μάθημα της Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων, την επιμόρφωσή τους σε θέματα ψυχοπαθολογίας μέσω επιστημονικών συγγραμμάτων και ενδεχόμενες εμπειρίες τους με άτομα που έχουν διαγνωσθεί με παρανοειδή σχιζοφρένεια, επιχειρήσαμε να βρούμε χρήσιμα αποτελέσματα, σε συνδυασμό με την κλίμακα Στάσεων Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια.

Εισαγωγικά, να αναφέρουμε ότι από το συνολικό δείγμα, οι 50 (50%) έχουν περάσει το μάθημα της Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων. Από αυτούς, οι 4 (8%) βαθμολογήθηκαν με 6, οι 11 (22%) με 7, οι 12 (24%) με 8, οι 16 (32%) με 9 και οι 7 (14%) με 10. Όλοι τους, είχαν ως υπεύθυνο Καθηγητή τον κ. Νέστορος. Το μεγαλύτερο ποσοστό έλειψε μόνο από ελάχιστες παραδόσεις και μελέτησε πολύ τις σημειώσεις του μαθήματος. Επίσης, από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι 7 (7%) έχουν βιώσει στο οικογενειακό τους περιβάλλον συμπεριφορές σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου σε μικρό βαθμό και 1 (1%) σε μεγάλο. Ακόμη, οι 4 (4%) έχουν βιώσει παρόμοιες συμπεριφορές στο φιλικό τους περιβάλλον σε μικρό βαθμό, ενώ ένα αντίστοιχο ποσοστό τις έχει βιώσει σε μέτριο. Τέλος, όσον αφορά τη μελέτη επιστημονικών συγγραμμάτων σχετικών με την ψυχοπαθολογία, παραθέτουμε αναλυτικά τα αποτελέσματα στον παρακάτω Πίνακα:

**Πίνακας 15. Κατανομή (%) του δείγματος ως προς την μελέτη επιστημονικών συγγραμμάτων σχετικών με θέματα ψυχοπαθολογίας**

	<i>Καθόλου</i> (%)	<i>Λίγο</i> (%)	<i>Μέτρια</i> (%)	<i>Πολύ</i> (%)	<i>Πάρα Πολύ</i> (%)
“Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής” (Kaplan& Sadock’s)	60	29	10	1	---
“Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής” (N. Μάνος)	69	20	4	4	3



	<i>Καθόλου</i> (%)	<i>Λίγο</i> (%)	<i>Μέτρια</i> (%)	<i>Πολύ</i> (%)	<i>Πάρα Πολύ</i> (%)
“Στον Κόσμο της Ψύχωσης” (I.N Νέστορος)	32	24	19	17	8
“Εξελικτική Ψυχοπαθολογία” (Η.Α.Μπεζεβέγκης)	74	14	8	4	---

Χρησιμοποιώντας το στατιστικό κριτήριο t, βρήκαμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στους παράγοντες “Προκατάληψη” ( $M = 91.52$ ,  $SD = 11.874$ ),  $t(98) = 2.168$ ,  $p = 0.033$ , “Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία” της σχιζοφρένειας ( $M = 14.94$ ,  $SD = 3.70$ ),  $t(98) = -2.542$ ,  $p = 0.013$  και “Θετικά Συμπτώματα σχιζοφρένειας” ( $M = 20.38$ ,  $SD = 3.843$ ),  $t(85.832) = -3.678$ ,  $p = 0.000$ , ως προς τη μεταβλητή “Επιτυχής εξέταση μαθήματος Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων” (Πίνακας 16). Παρατηρούμε, ότι όσοι έχουν περάσει το συγκεκριμένο μάθημα, παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό προκατάληψης από όσους δεν έχουν εξεταστεί σε αυτό ή δεν το έχουν περάσει. Επίσης πιστεύουν περισσότερο ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε οικογενειακούς παράγοντες αλλά και θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν κυρίως θετικά συμπτώματα. Θα πρέπει να αναφέρουμε ακόμη, ότι ως προς τις μεταβλητές “Προηγούμενη Επαφή με Συμπεριφορές Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας στο Οικογενειακό Περιβάλλον” και “Προηγούμενη Επαφή με Συμπεριφορές Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας στο Φιλικό Περιβάλλον”, δεν υπήρξε καμία στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 16. Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα ως προς την επιτυχή εξέταση του μαθήματος “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”

	<i>M.O<sub>1</sub> Φοιτητών που έχουν περάσει το μάθημα “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”</i>	<i>M.O<sub>2</sub> Φοιτητών που δεν έχουν περάσει το μάθημα “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”</i>	<i>t</i>	<i>S.D<sub>1</sub></i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Προκατάληψη	91,52	86,06	2,17	11,87	0,033*
Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία	14,94	16,98	-2,54	3,7	0,013*
Θετικά Συμπτώματα Σχιζοφρένειας	20,38	23,96	-3,68	3,84	0*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \* p < 0.05)

Επίσης, βρέθηκε ότι οι φοιτητές που δήλωσαν ότι έχουν διαβάσει πολύ το βιβλίο του κ. Νέστορος “Στον κόσμο της Ψύχωσης”, έχουν θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχοθεραπεία [ $F(4, 95) = 4.425, p < 0.05$ ]. Αντίθετα, την αρνητικότερη στάση παρουσίασαν όσοι δήλωσαν πως δεν το έχουν διαβάσει καθόλου. Επίσης όσοι φοιτητές ανέφεραν ότι το έχουν διαβάσει πάρα πολύ, υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας [ $F(4, 95) = 2.463, p < 0.05$ ] (Πίνακας 17). Ως προς κανένα άλλο σύγγραμμα δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 17. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την μελέτη του βιβλίου του κ. Νέστορος “Στον Κόσμο της Ψύχωσης”

	<i>Μ.Ο που δεν έχουν διαβάσει καθόλου βιβλίο “Στον Κόσμο της Ψύχωσης”</i>	<i>Μ.Ο που έχουν διαβάσει λίγο βιβλίο “Στον Κόσμο της Ψύχωσης”</i>	<i>Μ.Ο που έχουν διαβάσει μετρία βιβλίο “Στον Κόσμο της Ψύχωσης”</i>	<i>Μ.Ο που έχουν διαβάσει πολύ βιβλίο “Στον Κόσμο της Ψύχωσης”</i>	<i>Μ.Ο που έχουν διαβάσει το βιβλίο “Στον Κόσμο της Ψύχωσης”</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας	5,97	4,96	6,42	4,82	5,25	4,43	0,003*
Προσωπικότητα ως Αιτία σχιζοφρένειας	7,09	6,17	6,95	5,88	5,5	2,46	0,05*

( Στατιστική σημαντικότητα όπου \*  $p < 0.05$ )

Όσον αφορά την συχνότητα παρακολούθησης του μαθήματος “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, βρέθηκε ότι οι φοιτητές που παρακολουθούσαν περισσότερο το συγκεκριμένο μάθημα, πιστεύουν περισσότερο ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε οικογενειακούς παράγοντες αλλά και ότι η διαταραχή χαρακτηρίζεται από τα θετικά συμπτώματα. Εννοείται πως ισχύει και η αντίστροφη περίπτωση (Πίνακας 19). Για διευκόλυνση της ερμηνείας των πινάκων, να υπενθυμίσουμε ότι η κλίμακα Σ.Α.Π.Σ εκφράζει αρνητική στάση απέναντι στον εκάστοτε παράγοντα όσο αυξάνεται. Επομένως για τον παρακάτω πίνακα, μπορούμε επίσης να πούμε ότι οι φοιτητές που παρακολούθησαν περισσότερο το μάθημα “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, έχουν λιγότερο αρνητική στάση απέναντι στους οικογενειακούς παράγοντες ως αιτιολογία της σχιζοφρένειας και στα θετικά συμπτώματα ως συμπτωματολογία της νόσου.

Πίνακας 19. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ Συχνότητας Παρακολούθησης “Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων” και των υποενοτήτων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ “Οικογενειακοί Παράγοντες” και “Θετικά Συμπτώματα”

	<i>Οικογενειακοί σχιζοφρένειας (Pearson r)</i>	<i>Παράγοντες Θετικά σχιζοφρένειας (Pearson r)</i>	<i>Συμπτώματα</i>
Συχνότητα Παρακολούθησης μαθήματος		-0,328**	-0,324**

Σημείωση.  $p < 0.01^{**}$

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Στη συνέχεια, προσπαθήσαμε να ελέγξουμε τον βαθμό συσχέτισης των ενοτήτων της κλίμακας Στάσεων Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ) με αυτών της ίδιας κλίμακας για τη στάση των φοιτητών απέναντι στα “δικά τους” (υποθετικά κατά βάση) ψυχολογικά προβλήματα, έτσι ώστε να διαπιστώσουμε αν ο φοιτητικός πληθυσμός αντιμετωπίζει τα άτομα με σχιζοφρένεια με τον ίδιο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τον εαυτό του.

Όπως φανερώνουν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα υψηλό βαθμό θετικής συσχέτισης έχουν οι 2 όμοιας μορφής κλίμακες στους παράγοντες:

- 1) “Κληρονομικότητα ως Αιτία”
- 2) “Οργανικότητα ως Αιτία”
- 3) “Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία”
- 4) “Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία”
- 5) “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”
- 6) “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων”
- 7) “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας”
- 8) “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”
- 9) “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας”
- 10) “Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας”
- 11) “Θετικά Συμπτώματα”

Πίνακας 20. Συνάφεια μεταξύ της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ για τη στάσεις των φοιτητών απέναντι στη σχιζοφρένεια και της ίδιας κλίμακας για τις στάσεις απέναντι στα “δικά τους” ψυχολογικά προβλήματα

	<i>Κληρονομικότητα ως Αιτία<sub>2</sub></i>
<i>Κληρονομικότητα ως Αιτία<sub>1</sub></i>	0,285**
	<i>Οργανικότητα ως Αίτια<sub>2</sub></i>
<i>Οργανικότητα ως Αίτια<sub>1</sub></i>	0,325**
	<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία<sub>2</sub></i>
<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία<sub>1</sub></i>	0,295**
	<i>Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία<sub>2</sub></i>
<i>Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία<sub>1</sub></i>	0,229*
	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων<sub>2</sub></i>
<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων<sub>1</sub></i>	0,219*
	<i>Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων<sub>2</sub></i>
<i>Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων<sub>1</sub></i>	0,353**
	<i>Αποτέλεσμα Φαρμακοθεραπείας<sub>2</sub></i>
<i>Αποτέλεσμα Φαρμακοθεραπείας<sub>1</sub></i>	0,269**
	<i>Αποτέλεσμα Μη Επιστημονικών Μέσων<sub>2</sub></i>
<i>Αποτέλεσμα Μη Επιστημονικών Μέσων<sub>1</sub></i>	0,252*
	<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας<sub>2</sub></i>

	<i>Κληρονομικότητα ως Αιτία<sub>2</sub></i>
<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας<sub>1</sub></i>	0,279**
	<i>Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας<sub>2</sub></i>
<i>Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας<sub>1</sub></i>	0,204*
	<i>Θετικά Συμπτώματα<sub>2</sub></i>
<i>Θετικά Συμπτώματα<sub>1</sub></i>	0,23*

(Στατιστική Σημαντικότητα όπου  $p < 0.05^*$  και  $p < 0.01^{**}$ )

Μέσα από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι η στάση των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας απέναντι στους εαυτούς τους και τα “δικά τους” (υποθετικά κατά βάση) ψυχολογικά προβλήματα, στους παραπάνω παράγοντες, συμβαδίζει με την στάση τους απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια. Είναι χαρακτηριστικό πως δεν παρουσιάστηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση όσον αφορά την προκατάληψη.

Επίσης, χρησιμοποιήσαμε τους παράγοντες της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ για τις στάσεις απέναντι στην σχιζοφρένεια και τις κλίμακες του MMPI test (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της συσχέτισης, για να διαπιστώσουμε αν η υψηλή ή χαμηλή βαθμολογία σε κάθε κλίμακα του MMPI, σχετίζεται με θετικότερη ή αρνητικότερη στάση απέναντι σε τομείς που αφορούν τη σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 21. Για διευκόλυνση της ερμηνείας των αποτελεσμάτων, να υπενθυμίσουμε ξανά ότι η κλίμακα Σ.Α.Π.Σ εκφράζει αρνητική στάση απέναντι στον εκάστοτε παράγοντα όσο αυξάνεται. Για Παράδειγμα, αν αναφερθούμε στη σχέση μεταξύ “Κατάθλιψης” και “Οικογενειακών Παραγόντων ως Αιτία”, βλέποντας την σημαντική αρνητική συσχέτιση, (-0,371), θα πούμε ότι “Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των εξεταζόμενων στην κλίμακα της κατάθλιψης, τόσο περισσότερο μειώνεται η αρνητική τους στάση απέναντι σε απόψεις που θεωρούν ως αιτία της σχιζοφρένειας το οικογενειακό περιβάλλον”. Υψηλός λοιπόν βαθμός συνάφειας, βρέθηκε μεταξύ:

1) “Ψεύδους” - “Οργανικότητας ως Αιτία”

- 2) “Κατάθλιψη” - “Οικογενειακών Παραγόντων ως Αιτία” και “Θετικών Συμπτωμάτων”
- 3) “Υποχονδρίαση” - “Οικογενειακών Παραγόντων ως Αιτία”, “Αποτελεσματικότητας Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, “Θετικών Συμπτωμάτων” και “Προκατάληψη”
- 4) “Υστερίας” - “Οικογενειακών Παραγόντων”, “Αποτελεσματικότητας Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων” και “Μεγαλύτερης Αποτελεσματικότητας Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας”.
- 5) “Ψυχοπαθητικότητα” - “Μεγαλύτερης Αποτελεσματικότητας Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας”.
- 6) “Παράνοιας” - “Κληρονομικότητας ως Αιτία”, “Οικογενειακών Παραγόντων” ως Αιτία”, “Άλλων Παραγόντων ως Αιτία”, “Αποτελεσματικότητας Ψυχοθεραπείας”, “Θετικών Συμπτωμάτων” και “Αρνητικών Συμπτωμάτων”.
- 7) “Ψυχασθένειας” - “Οικογενειακών Παραγόντων ως Αιτία” και “Αρνητικών Συμπτωμάτων”.
- 8) “Σχιζοφρένειας” - “Οικογενειακών Παραγόντων ως Αιτία”, “Θετικών Συμπτωμάτων” και “Αρνητικών Συμπτωμάτων”.
- 9) “Κοινωνικής Εσωστρέφειας” - “Θετικών Συμπτωμάτων”.

**Πίνακας 21. Συνάφεια μεταξύ των κλιμάκων του MMPI και των παραγόντων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ για τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στη σχιζοφρένεια**

		<i>Οργανικότητα ως Αιτία</i>		
L		0,328*		
		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>
D		-0,371**	-0,398**	-0,282*
		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>
Hs		-0,324*	-0,312*	-0,29*
		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων</i>	<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας</i>
Hs		-0,324*	-0,312*	-0,333*



				<i>Οργανικότητα ως Αιτία</i>		
Hy	-0,313*			-0,409**		-0,292*
				<i>Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας</i>		
Pd				-0,411**		
	<i>Κληρονομική Αιτία</i>	<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία</i>	<i>Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπειών</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>
Pa	-0,307**	-0,357*	-0,314*	-0,395**	-0,345*	-0,357*
		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>		<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>		
Pt		-0,319*		-0,299*		
		<i>Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία</i>		<i>Θετικά Συμπτώματα</i>	<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>	
Sc		-0,305*		-0,318*	-0,293*	
				<i>Θετικά Συμπτώματα</i>		
Si				-0,383*		

(Στατιστική Σημαντικότητα όπου  $p < 0.05^*$  και  $p < 0.01^{**}$ )

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Κύριοι στόχοι της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν η διερεύνηση των στάσεων των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, η εξέταση των στάσεων απέναντι στη διαταραχή σε συνάρτηση με την επιμόρφωση των φοιτητών σε θέματα ψυχιατρικής και ψυχοπαθολογίας αλλά και τη διδασκαλία του βαρύνουσας σημασίας μαθήματος “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, καθώς και με το αν έχουν βιώσει στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον συμπεριφορές παρανοειδούς σχιζοφρένειας, η σύγκριση των στάσεων των φοιτητών απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη νόσο με αυτές που έχουν για τον εαυτό τους, σε περίπτωση που οι ίδιοι είχαν (υποθετικά ή όχι), έχουν ή πιστεύουν πως έχουν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα και τέλος η μελέτη των παραπάνω στάσεων σε σχέση με την βαθμολογία του δείγματος σε κλίμακες ψυχοπαθολογίας, έτσι ώστε να δούμε αν υψηλότερη ή χαμηλότερη βαθμολογία σε αυτές τις κλίμακες, σχετίζεται με θετικότερη ή αρνητικότερη στάση απέναντι σε τομείς που αφορούν τη σχιζοφρένεια.

Οι ερευνητικοί μας στόχοι κρίνονται ιδιαίτερα επίκαιροι, καθώς σε μια εποχή όπου παρατηρούνται νέες προσπάθειες στην αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές – και κυρίως ψυχωσικά συμπτώματα – όπως και τα προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή της αποασυλοποίησης και της επαναφοράς των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, από τη μία πλευρά αναφερόμαστε στις στάσεις μελλοντικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι θα κληθούν να υποστηρίξουν, να συμβουλεύσουν, να κατευθύνουν, να θεραπεύσουν, με γνώμονα την προσωπικότητα, τις εμπειρίες και την ακαδημαϊκή τους μόρφωση και από την άλλη έχουμε στο επίκεντρο τη σχιζοφρένεια, μία από τις σοβαρότερες και κοινωνικά στιγματισμένες ψυχικές διαταραχές.

Η παρούσα λοιπόν μελέτη, όπως φαίνεται και από τους στόχους της, επιχειρεί να κάνει μια πολυεπίπεδη διερεύνηση στις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια και να τις εξετάσει ακόμα και μέσα από συνιστώσες που δεν έχουν αναφερθεί ξανά σε βιβλιογραφία, τουλάχιστον όσον αφορά τον φοιτητικό πληθυσμό αλλά και τη συγκεκριμένη διαταραχή. Οι νέες αναζητήσεις άλλωστε, αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ερευνητικής δυναμικής. Ας προχωρήσουμε όμως στα αποτελέσματα της ερευνητικής μας προσπάθειας.

Όπως φαίνεται στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα ευρήματα που προέκυψαν από τις αναλύσεις διακύμανσης στην κλίμακα Σ.Α.Π.Σ για τις στάσεις των φοιτητών του Τμήματος Ψυχολογίας απέναντι στη σχιζοφρένεια, δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων στην έρευνα, ως προς τη μεταβλητή της ηλικίας. Αναλυτικότερα, το αποτέλεσμα θεωρείται μη αναμενόμενο, καθώς βρήκαμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, μειώνεται ο βαθμός της προκατάληψης. Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες των Madianos, Madianou, Vlachonikolis & Stefanis (1987), Brockington, Hall, Levings & Murphy (1993), Murphy, Black, Dyffy & Kieran (1993), Stip, Caron & Carol (2001), οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι τείνουν να είναι πιο επιφυλακτικοί απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Το γεγονός επίσης, ότι βρέθηκε πως όσοι από το δείγμα είναι παντρεμένοι, είναι λιγότερο προκατειλημμένοι απέναντι στη σχιζοφρένεια, ενισχύει την αξιοπιστία του παραπάνω ευρήματος μας, καθώς είναι πολύ μεγαλύτεροι σε ηλικία από το μέσο όρο του άγαμου δείγματος, περιορίζοντας έτσι τις πιθανότητες το συγκεκριμένο αποτέλεσμα να προέρχεται από άλλους παράγοντες. Ίσως λοιπόν οι εμπειρίες ζωής να είναι εκείνο το στοιχείο που συμβάλλει στην διαμόρφωση των στάσεων στην προκειμένη περίπτωση.

Αντίθετα, επιβεβαιώνεται η υπόθεσή μας, ότι όσο αυξάνεται το έτος φοίτησης, μειώνεται ο βαθμός της προκατάληψης. Προφανώς, η πανεπιστημιακή εκπαίδευση μπορεί να διαμορφώσει τις στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια. (Μαδιανός, Γκαρέλης, & Αλεβίζος, 1983, Charidian & Engelsmann, 1982, Wilkinson, Toone & Greer, 1983, Chan & Cheng, 2001), αφαιρώντας σταδιακά τις ασφαλιστικές δικλείδες της κοινωνικής απομάκρυνσης. Στατιστική σημαντική διαφορά σημειώθηκε και στους παράγοντες “Οργανικότητα ως Αιτία”, “Προσωπικότητα ως Αιτία”, “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, “Θετικά Συμπτώματα”, “Συνδυασμός Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας” και “Θετικότερη Αντιμετώπιση Συγκριτικά με τους Άλλους Πολίτες της Ε.Ε”.

Σχετικά με την μόρφωση των γονέων, παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, όχι όμως στον παράγοντα της προκατάληψης όπως υποστηρίζουν έρευνες των, Μαδιανός (1987), Cumming & Cumming (1957), Τριποδιανάκη, Σαραντίδη & Θεοδωροπούλου (1990), Dorhenwend & Shong (1957), Murphy, Black, Dyffy & Kieran (1993), αλλά στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που ο πατέρας τους είναι απόφοιτος Λυκείου ή Μέσης Τεχνικής σχολής, παρουσιάζουν την θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχοθεραπεία.

Αντίθετα, οι φοιτητές των οποίων ο πατέρας είναι απόφοιτος μόνο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, παρουσιάζουν την αρνητικότερη στάση απέναντι στην συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Επομένως θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα ευρήματά μας συμβαδίζουν εν μέρει με αυτά των προγενέστερων ερευνών. Η προκατάληψη άλλωστε είναι ένας πολύ πιο ευρύς και “ισχυρός” παράγοντας και δεν είναι εύκολο να παρουσιαστεί σημαντική διαφορά, ειδικά όταν η έρευνα γίνεται σε δείγμα μελλοντικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, άλλο ένα παρεμφερές με τις προαναφερθείσες έρευνες στοιχείο είναι ότι υπάρχει διαφορά στον παράγοντα της προκατάληψης ως προς την μεταβλητή “Επάγγελμα Μητέρας”. Την μικρότερη προκατάληψη παρουσιάζουν οι φοιτητές των οποίων η μητέρα ασχολείται επαγγελματικά με Υπηρεσίες, ενώ τη μεγαλύτερη εκείνων που ασχολείται με το Εμπόριο. Δεν υπήρξε καμία στατιστική σημαντικότητα ως προς το επάγγελμα του πατέρα και το οικογενειακό εισόδημα.

Στην περίπτωση του φύλου η παρούσα έρευνα δεν επιβεβαιώνει καμία από τις αντιφατικές μεταξύ τους έρευνες. Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στον παράγοντα της “Οργανικότητας ως Αιτία” της σχιζοφρένειας τον οποίο το δείγμα των αντρών τείνει να υποστηρίζει περισσότερο από αυτό των γυναικών.

Άλλο ένα μη αναμενόμενο αποτέλεσμα, αποτελεί το ότι ως προς τον τόπο μόνιμης διαμονής, την μικρότερη προκατάληψη παρουσίασαν οι φοιτητές που είναι μόνιμοι κάτοικοι σε χωριά με πληθυσμό το πολύ 500 άτομα. Αυτό έρχεται σε πλήρη αντίθεση με προηγούμενες έρευνες των Τριποδιανάκη, Σαραντίδη & Θεοδωροπούλου (1990), Γεώργα, Τζανάκη, Γερεσιδίου, Τσιμογιάννη και Πράττου (1978), οι οποίοι υποστήριξαν ότι όσοι κατοικούν σε αστικά κέντρα, τείνουν να παρουσιάζουν μικρότερη κοινωνική απόσταση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, σε αντίθεση με όσους κατοικούν στην επαρχία. Ενδεχομένως, η διαφορά αυτή να οφείλεται στο γεγονός ότι οι προαναφερθείσες έρευνες δεν είχαν ως δείγμα φοιτητές ψυχολογίας, οι οποίοι χαρακτηρίζονται στο σύνολο τους από ένα υψηλότερο επίπεδο γνώσης της ψυχικής υγείας ανεξάρτητα από τον τόπο που ζουν, αλλά και στο ότι η παρούσα έρευνα διερευνά τις στάσεις απέναντι στην σχιζοφρένεια ειδικά και όχι στις ψυχολογικές διαταραχές γενικότερα.

Ακόμη, το συγκεκριμένο υποσύνολο εμπιστεύεται περισσότερο τις δημόσιες υπηρεσίες σε αντίθεση με τους κατοίκους μεγάλων πόλεων και έχει αρνητικότερη στάση απέναντι στην προσωπικότητα και την οργανικότητα ως αιτίες της σχιζοφρένειας, παράγοντες που σε προγενέστερες έρευνες σχετίζονται με μεγαλύτερη κοινωνική απομάκρυνση (Harrison et al. 1998, Angermeyer, Beck and Matschinger 2003, Angermeyer and Matschinger 2003, Angermeyer & Matschinger 2005). Επιπλέον, οι φοιτητές που κατοικούν σε μεγάλες πόλεις, θεωρούν τα θετικά ως τα κυρίαρχα συμπτώματα στην συγκεκριμένη νόσο. Ως προς την μόνιμη διαμονή ανά γεωγραφικό διαμέρισμα δεν σημειώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, όσοι στην παρούσα έρευνα, όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, δήλωσαν πως είναι παντρεμένοι, παρουσίασαν μικρότερο βαθμό προκατάληψης σε σχέση με τους άγαμους. Σε μια προσπάθεια να ερμηνεύσουμε τα ευρήματα μας, θα λέγαμε ότι οι παντρεμένοι φοιτητές, για να επιλέξουν να ασχοληθούν με την επιστήμη της ψυχολογίας σε μία μεγαλύτερη ηλικία, προφανώς σημαίνει ότι η απόφασή τους αυτή ήταν περισσότερο συνειδητοποιημένη και ενδεχομένως να συνεπάγεται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση όσον αφορά τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Υπάρχει επίσης το ενδεχόμενο, στην πορεία της ζωής τους, να είχαν περισσότερες εμπειρίες με ψυχικά ασθενείς γεγονός που συμβάλλει στην μείωση του στίγματος (Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer 2003, Altindag, Yanik, Ucok, Alptekin & Ozkan 2006, Meise, Sulzenbacher, Kemmler, Schmid, Rossler, Gunther & Gesselschaft, 2000, Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi & Pioli, 2001, Gunther & Gesselschaft, 2000, Ogedengbe 1993, Nosse 1993). Συγκριτικά με τους παντρεμένους, οι άγαμοι, εκτός από περισσότερο προκατειλημμένοι, φάνηκε να θεωρούν ως αιτία της σχιζοφρένειας περισσότερο την προσωπικότητα. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί αν λάβουμε υπόψη πρόσφατες έρευνες (Harrison et al. 1998, Angermeyer, Beck and Matschinger 2003, Angermeyer and Matschinger 2003) που υποστηρίζουν ότι όσοι αποδίδουν τη σχιζοφρένεια σε αιτίες που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα παρουσιάζουν μεγαλύτερη κοινωνική απομάκρυνση.

Ένα άλλο εύρημα, αποτελεί το ότι όσοι από το δείγμα μας κατά το παρελθόν είχαν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο, έχουν θετικότερη στάση απέναντι στην κρατική φροντίδα των ατόμων με σχιζοφρένεια, στην αντιμετώπιση της διαταραχής με επεμβάσεις στον εγκέφαλο αλλά και στον συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας σε σύγκριση με όσους δεν είχαν παρόμοια εμπειρία.

Είναι θα λέγαμε αναμενόμενο οι άνθρωποι που έχει χρειαστεί να επισκεφθούν κάποιον ειδικό, να είναι πιο εξοικειωμένοι με την παροχή ψυχολογικής βοήθειας αλλά και πιο ευαίσθητοποιημένοι απέναντι στους συνανθρώπους που αντιμετωπίζουν σοβαρότερα προβλήματα. Ωστόσο, οι επεμβάσεις στον εγκέφαλο σαν θεραπευτική μέθοδος θεωρούμε πως είναι κάπως ακραία άποψη. Μια πιθανή ερμηνεία, αποτελεί το ότι οι προαναφερθέντες είναι περισσότερο θετικοί σε μια τέτοια μέθοδο, επειδή πιστεύουν πως λόγω της σοβαρότητάς της, η σχιζοφρένεια χρήζει πιο “δυναμικής” αντιμετώπισης.

Βρέθηκε επίσης, ότι οι φοιτητές που είχαν επισκεφθεί στο παρελθόν ψυχολόγο ή ψυχίατρο και ακολούθησαν θεραπεία, θεωρούν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζονται λιγότερο θετικά από τους Έλληνες σε σχέση με τους υπόλοιπους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό στοιχείο, καθώς θα μπορούσαμε να πούμε πως έχουμε μια πιο “εμπειρική” προσέγγιση, δηλαδή ενδεχομένως οι φοιτητές που χρειάστηκε να ακολουθήσουν κάποια θεραπεία, να αντιμετώπισαν και οι ίδιοι κάποιου είδους στιγματισμό και μέσα από αυτό να έχει διαμορφωθεί η συγκεκριμένη άποψή τους. Όσοι από τους παραπάνω έκαναν ψυχοθεραπεία, θεωρούν πως η σχιζοφρένεια οφείλεται στην προσωπικότητα, σε μεγαλύτερο βαθμό από όσους ακολούθησαν φαρμακοθεραπεία ή συνδυασμό των δύο. Προφανώς βλέπουν την αιτιολογία της σχιζοφρένειας μέσα από το πρίσμα της αντιμετώπισης του δικού τους προβλήματος, επειδή η ψυχοθεραπεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την προσωπικότητα και κατά τον επικρατή ορισμό του Wolberg, είναι η “...μεταβολή διαταραγμένων διαδικασιών της συμπεριφοράς και η προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας” (Νέστορος & Βαλλιανάτου 1990/1996).

Όσοι από το δείγμα δήλωσαν πως πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, θεωρούν σημαντικά περισσότερο από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην έρευνα, ότι η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από τα θετικά συμπτώματα σύμφωνα με την κλίμακα της Adreassen. (1984), όπως για παράδειγμα ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες και παράξενη συμπεριφορά. Να υπενθυμίσουμε, ότι ενώ χαρακτηριστικό των αρνητικών ψυχωσικών συμπτωμάτων είναι ότι αντανακλούν μια διαταραχή ή έλλειμμα των ψυχικών λειτουργιών, οι οποίες είναι παρούσες σε φυσιολογικά άτομα, χαρακτηριστικό των θετικών συμπτωμάτων είναι ότι δεν υπάρχουν στα φυσιολογικά άτομα (Adreassen, 1985, Kay, 1991).

Η ερμηνεία που δίνουμε, είναι ότι το συγκεκριμένο υποσύνολο εξαιτίας κάποιας ανασφάλειας, υποσυνείδητα και μη, ίσως να μπαίνει σε μια διαδικασία “έμμεσης σύγκρισης” με τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, και μέσα από την μεγαλύτερη απόδοση συμπτωμάτων που δεν συναντώνται στα φυσιολογικά άτομα, να θέλει να τονίσει την δική του φυσιολογική ψυχική υγεία.

Όπως ήταν αναμενόμενο, μέσω της μεθόδου της συνάφειας, βρήκαμε ότι τα αρνητικά στερεότυπα για τα άτομα με σχιζοφρένεια, συσχετίζονται θετικά με τον παράγοντα “Προκατάληψη”, δηλαδή όσο πιο πολύ συμφωνούν οι φοιτητές με απόψεις όπως “τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιο επικίνδυνα από τους άλλους ανθρώπους”, “...πρέπει να απαγορεύεται να εργάζονται”, “πολλοί εγκληματίες είναι άτομα με σχιζοφρένεια” και “...είναι αδύνατο να επανακτήσουν τον παλιό τους εαυτό”, τόσο περισσότερο τείνουν να αποστασιοποιούνται κοινωνικά. Το εύρημα αυτό φαίνεται ότι συμβαδίζει με αυτά των Angermeyer, Beck και Matschinger (2003), τα οποία υποστηρίζουν πως όταν υπάρχει η αντίληψη ότι οι πάσχοντες είναι “ανεργάσιμοι” και επικίνδυνοι, υπάρχει μεγαλύτερη επιθυμία του κοινού για κοινωνική απομάκρυνση. Αντίθετα, όσο πιο θετικές είναι οι αντιλήψεις για τα άτομα με σχιζοφρένεια, όσον αφορά την χαμηλή επικινδυνότητα και τη ικανότητα να εργαστούν, τόσο μικρότερος είναι ο βαθμός προκατάληψης. Το στοιχείο αυτό, ίσως μας δείχνει ότι αν στις καμπάνιες κατά του στίγματος, εστιάσουμε την προσοχή μας σε επιμέρους αντιλήψεις της κοινής γνώμης και προσπαθήσουμε μέσω της ενημέρωσης να τις βελτιώσουμε, υπάρχουν πολλές πιθανότητες να βελτιωθεί και η γενικότερη στάση απέναντι στη σχιζοφρένεια.

Όσον αφορά την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, οι αρχικές μας υποθέσεις δεν επιβεβαιώνονται. Σύμφωνα με τους Angermeyer & Matschinger (2005), Angermeyer, Beck and Matschinger (2003), όσοι υποστηρίζουν το βιολογικό υπόβαθρο της διαταραχής, εμφανίζονται περισσότερο αποστασιοποιημένοι κοινωνικά απέναντι στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με αυτή. Το ίδιο έχει βρεθεί και για όσους θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια, οφείλεται σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Harrison et al. 1998, Angermeyer, Beck and Matschinger 2003, Angermeyer and Matschinger 2003) καθώς και για εκείνους που πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε “Άλλους” παράγοντες, όπως η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Maj M., 2004).

Στην παρούσα έρευνα όμως, δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά στις συνάψεις μεταξύ των παραγόντων που εκφράζουν αιτιολογία και του παράγοντα “Προκατάληψη”, δηλαδή δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της άποψης που έχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα για τις αιτίες της σχιζοφρένειας και της κοινωνικής τους απομάκρυνσης απέναντι στους ασθενείς. Ως προς την συμπτωματολογία, αρχικά ως υπόθεση υιοθετήσαμε το εύρημα των Penn et al. (2000), ότι τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερη προκατάληψη, καθώς θεωρούνται ότι βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ατόμου, με αποτέλεσμα να κατηγορείται περισσότερο ο ίδιος ο ασθενής για την κατάστασή του. Τα ευρήματά μας όμως είναι ακριβώς αντίστροφα. Πιο συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, εντοπίστηκε μεταξύ του παράγοντα “Προκατάληψη” και των υποενοτήτων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων”, “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, “Θετικότερη Αντιμετώπιση συγκριτικά με τους άλλους πολίτες της Ε.Ε”, “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας” και “Θετικά Συμπτώματα”, όπως προαναφέραμε σε προηγούμενη παράγραφο. Οι περισσότερες από αυτές τις υποενοότητες, ανήκουν στον παράγοντα “Θεραπεία”. Κάποια στοιχεία επομένως, που αφορούν τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, στην έρευνα μας βρέθηκε να σχετίζονται με την κοινωνική απόσταση απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια. Πιο αναλυτικά, οι φοιτητές που δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε επεμβάσεις όπως η ψυχοχειρουργική και το ηλεκτροσόκ, είναι και περισσότερο προκατειλημμένοι, προφανώς επειδή τη στιγμή που προτιμούν μια ακραία μέθοδο ως θεραπεία, μάλλον σημαίνει ότι θεωρούν ακραία και εντελώς πέραν του φυσιολογικού τη συμπεριφορά των ασθενών, με αποτέλεσμα τη κοινωνική τους αποστασιοποίηση. Εκείνοι επίσης που έχουν θετικότερη στάση απέναντι στους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους, εμφανίζουν μεγαλύτερη προκατάληψη. Αυτό συμβαίνει ίσως επειδή οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συνδέονται με τον εγκλεισμό των ασθενών και την απομάκρυνσή τους από την ευρύτερη κοινότητα. Το ότι μεγαλύτερη προκατάληψη παρουσιάζουν οι φοιτητές που θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό πως οι Έλληνες έχουν θετικότερη στάση απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια από τους υπόλοιπους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι μάλλον αναμενόμενο, καθώς την στιγμή που η σχιζοφρένεια είναι από τις πιο στιγματισμένες ασθένειες και η Ελλάδα δεν διαθέτει ένα σύστημα ψυχικής υγείας που να βρίσκεται στο επίπεδο άλλων ευρωπαϊκών χωρών, μάλλον σημαίνει ότι το συγκεκριμένο υποσύνολο φοιτητών δεν έχει εκτιμήσει σωστά την υπάρχουσα κατάσταση, με αποτέλεσμα να προσαρμόζεται σε αυτή,



χωρίς να προσδοκά κάτι καλύτερο από την ελληνική κοινωνία και τον κρατικό μηχανισμό. Θεωρούμε δηλαδή ότι η στάση αυτή, με βάση το εύρημά μας, έμμεσα εκφράζει μειωμένο ενδιαφέρον απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια και κατά επέκταση κοινωνική απομάκρυνση. Μεγαλύτερη προκατάληψη, σχετίζεται επίσης με θετικότερη στάση απέναντι στην φαρμακοθεραπεία αλλά και με την άποψη ότι η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται κυρίως από θετικά συμπτώματα. Η ερμηνεία που δίνουμε, είναι ότι η κοινή γνώμη στις ψυχικές ασθένειες, έχει συνδέσει την λήψη φαρμάκων με έναν μεγάλο βαθμό σοβαρότητας και κρισιμότητας της υγείας, αλλά και με το γεγονός ότι χωρίς αυτά οι ασθενείς δυσκολεύονται να ελέγξουν την συμπεριφορά τους (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske 2002), με αποτέλεσμα να προκαλείται φόβος και αποστασιοποίηση. Όσο για τα θετικά συμπτώματα, προφανώς σχετίζονται με μεγαλύτερο βαθμό προκατάληψης, επειδή δεν εμφανίζονται στα φυσιολογικά άτομα και έτσι προφανώς ο κόσμος τα συνδέει περισσότερο με την αποκλίνουσα συμπεριφορά και τον φόβο του “μη προβλέψιμου”. Αξίζει πάντως να σημειώσουμε, ότι ο παράγοντας “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων”, σχετίζεται με λιγότερη προκατάληψη. Ενδεχομένως, αυτό να συμβαίνει διότι οι ψυχολόγοι, επειδή συνήθως ασχολούνται με λιγότερο “βαριές” περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας από ότι οι ψυχίατροι, στη συνείδηση του κόσμου που τους θεωρεί αποτελεσματικότερους στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, οι πάσχοντες να χαρακτηρίζονται από μικρότερο βαθμό αποκλίνουσας συμπεριφοράς και κατά επέκταση να υπάρχει λιγότερη αποστασιοποίηση.

Επίσης, σύμφωνα με τις συσχετίσεις μεταξύ των υπόλοιπων ενοτήτων και υποενοτήτων πλην της “Προκατάληψης”, της κλίμακας για τις Στάσεις Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ), υψηλό βαθμό συνάφειας έχουν:

1) Η “Θετικότερη Αντιμετώπιση Συγκριτικά με Άλλους Πολίτες της Ε.Ε” με την “Κληρονομικότητα ως Αιτία”, τους “Άλλους Παράγοντες”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, την “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων”, την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων” και την “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων”.

2) Η Κρατική Μέριμνα” με την “Κρατική Μέριμνα”, τους “Οικογενειακούς Παράγοντες ως αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας”, τα “Θετικά Συμπτώματα” και “Αρνητικά Συμπτώματα”.

3) Η “Κληρονομικότητα ως Αιτία”, με την “Προσωπικότητα ως Αιτία”, την “Οργανικότητα ως Αιτία”, τους “Οικογενειακούς Παράγοντες ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”, τον “Συνδυασμό Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας”, τα “Θετικά Συμπτώματα” και “Αρνητικά Συμπτώματα”.

4) Η “Οργανικότητα ως Αιτία” με την “Προσωπικότητα ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων”, την “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας”, την “Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας” και τα “Θετικά Συμπτώματα”.

5) Η “Προσωπικότητα ως Αιτία” με τους “Οικογενειακούς Παράγοντες ως Αιτία”, τους “Άλλους Παράγοντες ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας”, και την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”.

6) Οι “Οικογενειακοί Παράγοντες” με τους “Άλλους Παράγοντες ως Αιτία”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας”, τα “Θετικά Συμπτώματα” και “Αρνητικά Συμπτώματα”.

7) Οι “Άλλοι Παράγοντες” με την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων” και την “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Κλινικών Ψυχολόγων”.

8) Η “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων” με την “Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας”, την “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας”, την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Θεραπειών” και τα “Αρνητικά Συμπτώματα”.

9) Η “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων” με την “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”.

Η επόμενη μας υπόθεση δεν επιβεβαιώνεται, διότι δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά στις μεταβλητές “Προηγούμενη Επαφή με Συμπεριφορές Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας στο Οικογενειακό Περιβάλλον” και “Προηγούμενη Επαφή με Συμπεριφορές Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας στο Φιλικό Περιβάλλον”, σε αντίθεση με πρόσφατες έρευνες των Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer (2003), Altindag, Yanik, Ucak, Alptekin & Ozkan (2006), Meise, Sulzenbacher, Kemmler, Schmid, Rossler, Gunther & Gesselschaft (2000) όπου οι συμμετέχοντες στην έρευνα που είχαν προηγούμενη εμπειρία με αποκλίνουσες συμπεριφορές, μεταξύ των οποίων και με σχιζοφρένεια, είχαν ευνοϊκότερη στάση απέναντι στους ασθενείς. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να προέκυψε εξαιτίας του μικρού αριθμού ατόμων που δήλωσε ότι είχε βιώσει τέτοιες συμπεριφορές.

Όπως είδαμε στο κεφάλαιο της ανάλυσης των αποτελεσμάτων μας, οι φοιτητές που πέρασαν το μάθημα του τετάρτου εξαμήνου “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό προκατάληψης απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια από ότι οι φοιτητές που δεν έχουν εξεταστεί σε αυτό ή δεν το έχουν περάσει. Σύμφωνα με προγενέστερες έρευνες των Addison & Thorpe 2003, Angermeyer, Beck & Matschinger 2003, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν έγκυρη γνώση θεμάτων γύρω από την ψυχική ασθένεια, τείνουν να έχουν θετικότερη στάση προς τα άτομα με διάγνωση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει τις στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια (Μαδιανός, Γκαρέλης, & Αλεβίζος 1983, Charidian & Engelsmann 1982, Wilkinson, Toone & Greer 1983, Chan & Cheng 2001). Ωστόσο καμία άλλη μελέτη δεν έχει αποδείξει όπως η παρούσα, ότι ένα ακαδημαϊκό μάθημα μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της προκατάληψης απέναντι στη σχιζοφρένεια, επομένως πρόκειται για ένα ξεχωριστής σημασίας ελπιδοφόρο εύρημα. Το μάθημα της “Ψυχοπαθολογίας”, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα σε ένα Τμήμα Ψυχολογίας, καθώς αναλύει την αποκλίνουσα συμπεριφορά, τις αιτίες και τους τρόπους αντιμετώπισής της, προσελκύοντας το ιδιαίτερο ενδιαφέρον των μελλοντικών θεραπευτών. Οι παραδόσεις του μαθήματος από τον Καθηγητή κ. Ιωάννη Νέστορος, γίνονται με στόχο όχι μόνο την απόκτηση βασικών γνώσεων σε θέματα ψυχοπαθολογίας από τους φοιτητές, αλλά και την ευαισθητοποίηση απέναντι στους ασθενείς μέσα από τις Αρχές του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση ψυχωσικών συμπτωμάτων, του οποίου είναι εμπνευστής. Από τις βασικές Αρχές του Μοντέλου, είναι πως τα ψυχωσικά συμπτώματα από μόνα τους, δεν είναι τόσο άσχημα όσο οι αντιδράσεις των ατόμων ή της κοινωνίας σε αυτά, ότι διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια ανήκουν σε ένα συνεχές, στο ένα άκρο του οποίου υπάρχει η φυσιολογική συμπεριφορά αλλά και το ότι τα άτομα που πάσχουν δεν είναι εντελώς διαταραγμένα. Υπάρχει κάποιο λογικό τμήμα, το οποίο μπορεί να συνεργαστεί με τον θεραπευτή. Οι παραδόσεις γίνονται θα λέγαμε σε μορφή σεμιναρίου: για παράδειγμα, η ύλη του μαθήματος απαρτίζεται από ειδικά διαμορφωμένες ευανάγνωστες σημειώσεις, όποτε υπάρχει η δυνατότητα, μέρος του χρόνου του μαθήματος αφιερώνεται σε ομιλίες επιστημόνων από το εξωτερικό, στο τέλος του εξαμήνου εκτός από την γραπτή εξέταση προβλέπεται και υποχρεωτική παράδοση εργασιών πάνω στα διάφορα θέματα που θίχτηκαν.

Βέβαια οι δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα στη διάρκεια των παραδόσεων ποικίλουν ανάλογα με τον χρόνο και τις δυνατότητες. Αξίζει να αναφέρουμε ακόμη, ότι σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της έρευνας, το σύνολο των φοιτητών που εξετάστηκε επιτυχώς στο μάθημα, δεν έλειψε από καμία, ή απουσίασε από ελάχιστες παραδόσεις. Επομένως, θα μπορούσαμε να πούμε πως ένα βαρύνουσας σημασίας μάθημα όπως η “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, μπορεί να συμβάλλει στην μείωση της προκατάληψης απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, ειδικά αν λάβουμε υπόψη την μέθοδο διδασκαλίας, την παρουσία των φοιτητών και την μεγάλη επιστημονική εμπειρία του διδάσκοντα πάνω στη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Να σημειώσουμε ακόμη, πως επειδή το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έχουν εξεταστεί επιτυχώς στην “Ψυχοπαθολογία”, βρίσκονται στο τρίτο και τέταρτο έτος σπουδών, σημαίνει ότι πολλοί από αυτούς τους φοιτητές, θα έχουν εξεταστεί και στο μάθημα του έκτου εξαμήνου “Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες”, το οποίο σαν συνέχεια θα λέγαμε της “Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων”, εισάγει τους μελλοντικούς ψυχολόγους στον κόσμο της ψυχοθεραπείας, μέσα από την προβολή και ανάλυση μαγνητοσκοπημένων συνεδριών με πρώην θεραπευόμενους του διδάσκοντα, γεγονός που προσθέτει έναν βαθμό αμεσότητας και οικειότητας του φοιτητή με το αντικείμενο. Ίσως λοιπόν, και το μάθημα αυτό, σε συνδυασμό με αυτό της Ψυχοπαθολογίας, να έχει συμβάλλει στην μείωση της κοινωνικής απομάκρυνσης όσον αφορά μέρος του πληθυσμού των τριτοετών και τεταρτοετών φοιτητών. Με ανεξάρτητη όμως μεταβλητή το μάθημα “Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων”, βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα στους παράγοντες “Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία” και “Θετικά Συμπτώματα”. Ειδικότερα, όσοι έχουν περάσει το μάθημα, θεωρούν περισσότερο από τους άλλους ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από αιτίες που συνδέονται με την οικογένεια αλλά και ότι η διαταραχή ως προς την συμπτωματολογία χαρακτηρίζεται κυρίως από τα θετικά συμπτώματα. Προαναφέραμε ότι η συγκεκριμένη ομάδα φοιτητών, παρουσιάζει χαμηλότερο βαθμό κοινωνικής προκατάληψης και προφανώς σε αυτό συμβάλλει εκτός των άλλων και η μετάδοση των Αρχών του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας, το οποίο τονίζει ότι αρνητικές αντιλήψεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την θεραπευτική πορεία των ασθενών και υποστηρίζει την αλλαγή της στάσης της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και ειδικότερα σε αυτά που εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα.

Ενδεχομένως λοιπόν, οι συγκεκριμένοι φοιτητές να θεωρούν την οικογένεια ως ένα ιδιαίτερα σημαντικό κοινωνικό υποσύνολο, το οποίο λόγω της στενότερης επαφής μεταξύ των μελών του, όχι μόνο να επηρεάζει μια ήδη υπάρχουσα ψυχική διαταραχή, αλλά και να την προκαλεί. Επίσης, επειδή τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι εκείνα που έλκουν περισσότερο την προσοχή των φοιτητών καθώς συνδέονται περισσότερο με την αποκλίνουσα συμπεριφορά και βρίσκονται συχνότερα στο επίκεντρο της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι θα λέγαμε αναμενόμενο οι φοιτητές που έχουν εξεταστεί σε ένα μάθημα που αναλύει την ψυχοπαθολογία να πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτά. Τα δύο αυτά τελευταία ευρήματα, επιβεβαιώνονται και από την θετική συνάφεια που προέκυψε ως προς την συχνότητα παρακολούθησης. Δηλαδή, όσο πιο συχνά παρακολουθούσαν οι φοιτητές το μάθημα της “Ψυχοπαθολογίας”, τόσο περισσότερο έτειναν να υιοθετούν τις στάσεις που εκφράζουν οι δύο τελευταίοι παράγοντες.

Το σύγγραμμα “Στον Κόσμο της Ψύχωσης: Η Οδύσσεια του Eric και Άλλες Περιπτώσεις” (Νέστορος, 1993), πραγματεύεται την ζωή ενός ανθρώπου που αποτελεί ζωντανή απόδειξη ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να θεραπευθεί. Στο βιβλίο περιλαμβάνονται επίσης περιπτώσεις θεραπευόμενων οι οποίοι μέσω της ψυχοθεραπείας και σε συνδυασμό με την χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων, κατάφεραν να μειώσουν δραματικά τα ψυχωσικά τους συμπτώματα. Είναι άξιο προσοχής επομένως, το γεγονός ότι οι φοιτητές που δήλωσαν πως έχουν διαβάσει πολύ το συγκεκριμένο σύγγραμμα, έχουν θετικότερη στάση συγκριτικά με τους υπόλοιπους απέναντι στην ψυχοθεραπεία ως θεραπευτική μέθοδο για τη σχιζοφρένεια, διότι φαίνεται πως ένα βιβλίο έχει συμβάλει στην διαμόρφωση της στάσης τους αυτής. Βέβαια, υπάρχει μια ανομοιομορφία στις υπόλοιπες βαθμίδες της κλίμακας, καθώς εκείνοι που έχουν την αμέσως λιγότερο θετική στάση είναι όσοι το έχουν διαβάσει λίγο, ενώ όσοι δήλωσαν μέτρια, έχουν την πιο αρνητική. Θα μπορούσαμε να ερμηνεύσουμε το παραπάνω μέσα από το γεγονός ότι ίσως οι φοιτητές που κινούνται σε μεσαίες ή υπερβολικές απαντήσεις, να προβάλλουν μια λιγότερο αντικειμενική εικόνα για την ποιότητα μελέτης τους. Αντίθετα, όσοι έχουν επιλέξει μια πιο ξεκάθαρη άποψη όπως λίγο και πολύ, να έχουν κάνει και μια πιο μεστή και ουσιώδη ανάγνωση του συγγράμματος. Επίσης, όσοι ανέφεραν πως έχουν μελετήσει τον “Κόσμο της Ψύχωσης” πάρα πολύ, αποδίδουν την σχιζοφρένεια περισσότερο σε αιτίες που συνδέονται με την προσωπικότητα του ατόμου.

Όσοι δεν έχουν μελετήσει καθόλου το σύγγραμμα, έχουν την αρνητικότερη στάση απέναντι στην προαναφερθείσα αιτιολογία. Η εξήγηση που δίνουμε, είναι ότι πιθανώς έχουν επηρεαστεί από τον ήρωα του βιβλίου. Αν και το οικογενειακό του ιστορικό, το οποίο ξετυλίγεται εκτενώς, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι συνέβαλλε σε μεγάλο βαθμό στην μετέπειτα εξέλιξη της ψυχικής υγείας του Eric, οι στιγμές άγχους κατά την παιδική του ηλικία, η γλαφυρή περιγραφή των συμπτωμάτων του, η έντονη προσωπικότητα του, οι φρενήρεις ρυθμοί ζωής του και ίσως και οι επιλογές στην προσωπική του ζωή, να ωθούν τον αναγνώστη να συνδέει την διαταραχή με την προσωπικότητα του ασθενούς.

Όσον αφορά τη συσχέτιση ερωτηματολογίων, και πιο συγκεκριμένα των ενοτήτων της κλίμακας Στάσεων Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ) με αυτών της ίδιας κλίμακας για τη στάση των φοιτητών απέναντι στα “δικά τους” (υποθετικά κατά βάση) ψυχολογικά προβλήματα, έτσι ώστε να διαπιστώσουμε αν ο φοιτητικός πληθυσμός αντιμετωπίζει τα άτομα με σχιζοφρένεια με τον ίδιο τρόπο με τον οποίο θα αντιμετώπιζαν τον εαυτό τους σε περίπτωση που οι ίδιοι είχαν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα. Τα αποτελέσματα είναι μεν μη αναμενόμενα, όμως συγχρόνως τα κρίνουμε ως ελπιδοφόρα: όχι μόνο δεν παρουσιάστηκαν σημαντικά αρνητικές συνάφειες, αλλά οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων στις όμοιας μορφής κλίμακες, έδειξαν να υπάρχει μια σημαντική θετική σχέση στους παράγοντες “Κληρονομικότητα ως Αιτία”, “Οργανικότητα ως Αιτία”, “Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία”, “Άλλοι Παράγοντες ως Αιτία”, “Αποτελεσματικότητα Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων”, “Αποτελεσματικότητα Εγκεφαλικών Επεμβάσεων”, “Αποτελεσματικότητα Φαρμακοθεραπείας”, “Αποτελεσματικότητα Μη Επιστημονικών Μέσων”, “Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας”, “Αποτελεσματικότητα Συνδυασμού Ψυχοθεραπείας και Φαρμακοθεραπείας” και “Θετικά Συμπτώματα”. Όσο δηλαδή περισσότερο οι φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας θεωρούν ότι οι παράγοντες αυτοί ισχύουν για τα άτομα με σχιζοφρένεια, τόσο αυξάνεται και ο βαθμός που το πιστεύουν για ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, αντιμετώπισαν ή θα αντιμετώπιζαν. Με άλλα λόγια, δεν διαχωρίζουν κοινωνικά τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια από τους εαυτούς τους. Πρόκειται λοιπόν για ένα ξεχωριστής σημασίας εύρημα, την στιγμή που μελλοντικοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας και μάλιστα σε τόσο νεαρή ηλικία φαίνεται ότι όχι μόνο δεν παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση ως προς την προκατάληψη, αλλά παρατηρείται σημαντική θετική συσχέτιση ως προς τους περισσότερους κοινούς παράγοντες των ερωτηματολογίων.

Οι φοιτητές λοιπόν, φαίνεται να ενστερνίζονται ότι ο θεραπευτής έχει απέναντι του έναν άνθρωπο με ίσα δικαιώματα, ο οποίος εξαιτίας διαφόρων παραγόντων βρίσκεται στη θέση του ασθενή, αλλά και το ότι ο ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος που δεν πιστεύει στο ιάσιμο των ψυχολογικών διαταραχών, δεν μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν προέρχονται από άλλον πλανήτη. Ακόμη και τα φυσιολογικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν ακραίες συμπεριφορές και να αναπτύξουν ψυχωσικά συμπτώματα κάτω από συνθήκες υπερβολικής ψυχολογικής πίεσης. Οι στάσεις αυτές των φοιτητών, θα τους βοηθήσει να εγκαθιδρύσουν ευκολότερα μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης, όταν τα επόμενα χρόνια σαν επαγγελματίες θα κληθούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Δίνουν επίσης το μήνυμα στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο ότι με “όπλο” την ενημέρωση αλλά και την κατανόηση, καθένας από μας μπορεί να βελτιώσει τη στάση του απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια και μέσα από αυτό να βελτιωθεί και η ποιότητα ζωής των συνανθρώπων μας.

Ολοκληρώνοντας την διαδικασία της ανάλυσης των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήσαμε την στατιστική μέθοδο της συσχέτισης και μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ και των κλιμάκων του Πολυδιάστατου Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας της Μιννεσότα (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI) για να διαπιστώσουμε αν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας, συνδέονται με αρνητική ή θετική στάση απέναντι σε τομείς που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια. Πιο συγκεκριμένα, κρίνουμε ότι το πιο σημαντικό εύρημα στην προκειμένη ανάλυση, αποτέλεσε το ότι υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της Υποχονδρίασης (Hs) σχετίζεται με αυξανόμενη τάση για προκατάληψη απέναντι στη σχιζοφρένεια. Το υποχονδριακό άτομο, χαρακτηρίζεται από έντονη ανησυχία για αρρώστια, εγωκεντρικότητα, ανωριμότητα, ανεξαρτησία, παράπονα και πικρία. Αγοράζει συνήθως και χρησιμοποιεί μεγάλες ποσότητες φαρμάκων, επισκέπτεται συχνά γιατρούς και αν μείνει ανικανοποίητος από την κλασική ιατρική αντιμετώπιση, μπορεί να δοκιμάσει διάφορες τεχνικές εναλλακτικής ιατρικής. Ισχυρίζεται ότι έχει ασυνήθιστα ευρέου φάσματος σωματικές ενοχλήσεις, πολλές από τις οποίες είναι παράξενες ή ασαφείς. Επίσης, ενώ μπορεί να φαίνεται ότι είναι παθητικοί, οι υψηλά βαθμολογούμενοι στην κλίμακα της Υποχονδρίασης μπορεί στην πράξη να είναι πολύ επιθετικοί. Διακατέχονται λοιπόν από φόβο απέναντι σε οτιδήποτε θεωρούν ότι μπορεί να βλάψει την υγεία του. Είναι επομένως αναμενόμενο το ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία στην κλίμακα της Hs, αυξάνεται και ο βαθμός κοινωνικής απόστασης απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια.

Είναι μάλλον ευνόητο ότι τη στιγμή που τα άτομα αυτά εκφράζουν φόβο και ανησυχία για την υγεία τους σε απλές και καθημερινές καταστάσεις, η ιδέα της επαφής με άτομα που έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική ασθένεια, θα προκαλεί ανάλογα ή και αρνητικότερα συναισθήματα. Επίσης, υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα Hs, σχετίζεται σημαντικά με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη απέναντι στους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους, στοιχείο αναμενόμενο την στιγμή που οι πάσχοντες από υποχονδρίαση επισκέπτονται συχνά επαγγελματίες υγείας όπως προαναφέραμε. Θετική συσχέτιση βρέθηκε και στους παράγοντες “Οικογενειακοί Παράγοντες ως Αιτία” και “Θετικά Συμπτώματα”. Όσον αφορά το τελευταίο, δεν μας προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι τα άτομα με υψηλότερη βαθμολογία στην συγκεκριμένη κλινική κλίμακα, αποδίδουν σε υψηλότερο βαθμό συμπτώματα που δεν εμφανίζονται στα φυσιολογικά άτομα, διότι πιθανότατα αποτελεί μέρος της κοινωνικής τους αποστασιοποίησης. Τέλος, όσον αφορά στις υπόλοιπες κλίμακες προσωπικότητας, βλέποντας τα αποτελέσματα, εντύπωση μας προκάλεσε το γεγονός ότι εκτός από λίγες εξαιρέσεις, οι περισσότερες εμφάνισαν σημαντική θετική συσχέτιση στον παράγοντα που αποδίδει τις αιτίες της σχιζοφρένειας στο οικογενειακό περιβάλλον. Ίσως η ομοιότητα αυτή να υποδηλώνει κάποια σχέση μεταξύ των διαφόρων κλιμάκων ψυχοπαθολογίας απέναντι στον συγκεκριμένο παράγοντα, η οποία χρήζει περαιτέρω μελέτης.

Όπως φαίνεται λοιπόν από τα παραπάνω, οι φοιτητές ψυχολογίας είναι ένας πολύ ευαίσθητοποιημένος πληθυσμός, τουλάχιστον σε θέματα ψυχικής υγείας, με ιδιαίτερο τρόπο σκέψης και εμπειρίες, παρουσιάζοντας μειωμένη προκατάληψη όσον αφορά τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Αν λάβουμε υπόψη όλα τα στοιχεία μας συνολικά, μπορούμε να δούμε ότι η εκπαίδευσή τους, η οποία συνδέεται και με το γεγονός ότι πρόκειται για επιστημονικές γνώσεις ψυχικής υγείας, οι προσωπικές εμπειρίες και η προσωπικότητα, μπορούν να συμβάλλουν στην διαμόρφωση των στάσεων απέναντι σε μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τα ευρήματα που προέκυψαν προσφέρουν μεγάλης σημασίας και χρησιμότητας πληροφορίες για τον κλινικό και εκπαιδευτικό χώρο αλλά και γενικότερα για τον ερευνητικό. Είναι χαρακτηριστικό, ότι αρκετά στοιχεία παλαιότερων ερευνών δεν ισχύουν στην παρούσα. Ωστόσο, μπορούμε να πούμε ότι ασχοληθήκαμε με αρκετά καινούρια στοιχεία, διερευνώντας τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια με τρόπο αναλυτικό και πολυεπίπεδο, εισάγοντας νέες μεταβλητές που δεν έχουν μελετηθεί στο παρελθόν.



Κρίνεται πάντως σκόπιμο, να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα, καθώς η μείωση του κοινωνικού στίγματος απέναντι στους ασθενείς, πρέπει να έχει ως αφετηρία τους ίδιους τους μελλοντικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι θα μεταδώσουν τις γνώσεις και τις αξίες τους εκτός από την θεραπευτική, και στην ευρύτερη κοινότητα. Θα ήταν καλό επίσης, να ενταχθούν στο δείγμα, τμήματα από συναφή αντικείμενα σπουδών και συναφείς επιστήμες αλλά και να διεξαχθούν περισσότερες παρόμοιες έρευνες στον ευρύτερο ελληνικό πληθυσμό έτσι ώστε να μπορεί να γίνει μεγαλύτερη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, θα ήταν βοηθητικό να λάβουν χώρα περισσότερα σεμινάρια και γενικότερα εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης πάνω σε θέματα που αφορούν τη σχιζοφρένεια, όπως και μεγαλύτερη πρακτική εμπειρία των φοιτητών, σε ψυχιατρικές δομές. Ενδιαφέρον θα ήταν ακόμη να διερευνηθεί περισσότερο η σχέση μεταξύ ψυχολογικών προβλημάτων των φοιτητών και αρνητικών στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια αλλά και κατά πόσο οι τελευταίες επιδρούν στην μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία και ακεραιότητα.

Όσον αφορά στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, εντοπίζονται ίσως στον μεγάλο αριθμό των ερωτηματολογίων που κλήθηκαν να συμπληρώσουν οι φοιτητές και στον χρόνο που απαιτούσε η όλη διαδικασία. Το ότι υπήρχε η δυνατότητα τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν και στον ιδιωτικό τους χώρο, θα μπορούσαμε ίσως να πούμε ότι αποτελεί ένα μειονέκτημα, από την άποψη της ελλιπούς συγκέντρωσης, αλλά αυτό δύναται να ερμηνευτεί και αντιστρόφως. Άλλωστε παρακάτω αναφέρουμε ότι μέσω των ελέγχων “control” που κάναμε μεταξύ των ερωτήσεων της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ δεν βρήκαμε ιδιαίτερα δείγματα αντιφάσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Από την άλλη πλευρά, στα πλεονεκτήματα της έρευνας συγκαταλέγουμε το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι ιδιαίτερα αναλυτικά και αξιολογούν ένα ευρύ πεδίο στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και πιο συγκεκριμένα τη σχιζοφρένεια. Επίσης, κάθε στάση διερευνείται και με αντιστροφή των ερωτήσεων ίδιου περιεχομένου, έτσι ώστε να ελέγχεται σε ένα μεγάλο βαθμό η πιθανότητα οι απαντήσεις που δίνονται να είναι τυχαίες. Σε έλεγχο που διενεργήσαμε σε σημαντικές για την παρούσα μελέτη ερωτήσεις της κλίμακας Σ.Α.Π.Σ., δεν παρατηρήσαμε αντιφάσεις.

Επιπλέον, διερευνήσαμε τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στη σχιζοφρένεια όχι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, αλλά για μια περίοδο σχεδόν εννέα μηνών, από τον Ιανουάριο έως και τον Σεπτέμβριο του 2006. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί από τους φοιτητές που συμμετείχαν, είχαν εμπειρία και από τα δύο εξάμηνα φοίτησής τους, στοιχείο που τους προσφέρει ένα καλύτερο γνωστικό υπόβαθρο της επιστήμης της ψυχολογίας, ειδικά στους πρωτοετείς, με ενδεχόμενο αποτέλεσμα οι στάσεις τους να αντιπροσωπεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό το έτος φοίτησής τους αλλά και την ιδιότητα τους ως μελλοντικούς ψυχολόγους.

Επισημαίνουμε, ότι η θεραπευτική προσπάθεια, διαμορφώνεται από όλους μας. Για να υπάρχει όμως αποτέλεσμα, κρίνεται απαραίτητο να διαμορφώσουμε πρώτα εμείς τις στάσεις μας απέναντι στον ασθενή. Η προκατάληψη αποτελεί ένα από τα ουσιαστικότερα εμπόδια για την εύρεση της αλήθειας και την κατάκτηση της γνώσης. Όταν την νικήσουμε, και δούμε την αλήθεια, θα διαπιστώσουμε ότι τα πράγματα είναι πολύ καλύτερα από όσο νομίζαμε.

### Μια αφιέρωση για επίλογο..

Στην τελευταία μας σελίδα, παραθέτουμε ορισμένα γνωμικά, τα οποία αφιερώνουμε στους τωρινούς και μελλοντικούς θεραπευτές, στους συνανθρώπους μας που χρειάζονται την βοήθειά τους και στην κοινωνία – συνθεραπευτή με την ελπίδα να τους αγκαλιάσει.

“Καθένας πετυχαίνει αυτό που ζητάει, αρκεί να το θέλει ολόψυχα”. (Σαμουήλ Σμάιλς)

“Τίποτα δεν είναι καλύτερο για την ψυχή από το να κάνει λιγότερο λυπημένη μιαν άλλη ψυχή”. (Πολ Βερλαίν)

“Ελπίδα είναι να ξέρεις πως η κατάσταση δεν είναι καλή και ν’ αγωνίζεσαι να την κάνεις καλή”. (Σκοτ Φιτζέραλντ).

“Δεν υπάρχει πιο ανακουφιστικό συναίσθημα από την ελπίδα”. (Κικέρων)

“Η αισιοδοξία είναι η αφετηρία κάθε νίκης”. (Καρλάυλ).

“Για να είναι ευτυχισμένος κανείς, πρέπει να πιστεύει στη δυνατότητα της ευτυχίας”. (Λ. Τολστόι)

“Όταν οι πύλες του πνεύματος καθαριστούν, τότε μόνο ο άνθρωπος θα δει τα πάντα όπως είναι: άπειρα”. (Γουίλλιαμ Μπλέικ).

“Οι άνθρωποι δεν πρέπει να επιδιώκουν την απλή συνεννόηση, αλλά, κυρίως, την κατανόηση”. (Διανοούμενος της εποχής μας)

“Η γνώση είναι δύναμη”. (Φράνσις Μπέικον).

“Είμαστε άνθρωποι, όταν γινόμαστε συνάνθρωποι”. (Τάκιτος)

“Με τη δύναμη της βούλησης ο άνθρωπος αλλάζει τον εαυτό του.

Με τη δύναμη της αγάπης ο άνθρωπος αλλάζει τους άλλους.

Με τη δύναμη της σκέψης ο άνθρωπος αλλάζει τον κόσμο”. (Κομφούκιος)

“Όλα τα προβλήματα δημιουργήθηκαν από τους ανθρώπους, άρα μόνο απ’ αυτούς μπορούν να λυθούν”. (Τζων Κέννεντυ)

“Πάντοτε ψηλότερα ν’ ανεβαίνουμε, πάντοτε μακρύτερα να κοιτάζουμε”. (Γκαίτε).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Addison, S. J., & Thorpe, S. J. (2003). Factors Involved in the Formation of Attitudes Towards Those Who are Mentally Ill. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 228-234.
- Αλεβίζος, Α., Μαδιανός, Μ., & Στεφανής, Κ. (1983). Η Γνώμη πάνω στην Ψυχική Αρρώστια μεταξύ Διαφόρων Επαγγελματικών Ομάδων Υπηρεσιών Υγείας. *Εγκέφαλος*, 20, 59-63.
- Altindag A., Yanik M., Ucok A., Alptekin K., Ozkan M. (2006). Effects of an Antistigma Program on Medical Students' Attitudes Towards People with Schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60(3), 283-8.
- Angermeyer M. C., Beck M., Matschinger H. (2003). Determinants of the Public's Preference for Social Distance from People with Schizophrenia. *Can. J. Psychiatry*, 48, 663-668.
- Angermeyer M. C., Matschinger H. (2003). Public Beliefs about Schizophrenia and Depression: Similarities and Differences. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 38, 526-534.
- Angermeyer M. C., Dietrich S., Pott D., Matschinger H. (2005). Media Consumption and Desire for Social Distance Towards People with Schizophrenia. *European Psychiatry*, 20(3), 246-250.
- Angermeyer M. C., Matschinger H. (2005). Causal Beliefs and Attitudes to People with Schizophrenia: Trend Analysis Based on Data from Two Population Surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 331-334.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The Community's Tolerance of the Mentally Ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- Chan S., & Cheng, B. (2001). Creating Positive Attitudes: The Effects of Knowledge and Clinical Experience of Psychiatry in Student Nurse education. *Nurse Education Today*, 21, 434-443.
- Charidian, & Engelsmann. (1982). Medical Students' Attitude to Psychiatry. *Medical Education*, 16, 39-43.
- Cumming, E., & Cumming, J. (1957). *Closed Ranks*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dickerson F. B., Sommerville J., Origoni A. E., Ringel N. B., Parente F. (2002). Experiences of Stigma among Outpatients with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-55.
- Dorhenwend, B. P., & Shong, E. C. (1967). Social Status and Attitudes toward Psychological Disorder: The Problem of Tolerance of Deviance. *American Sociological Review*, 32, 417-433.
- Ertugrul A., Ulug B. (2004). Perception of Stigma among Patients with Schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 39, 73-77.
- Fitzgerald P. B., de Castella A. R., Filia K. M., Filia S. L., Benitez J., Kulkarni J. (2005). Victimization of Patients with Schizophrenia and Related Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 169-174.
- Gaebel W., Baumann A., Witte A. M., Zaeske H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 252(6), 278-87.
- Γεώργας, Τ., Τζανάκης, Μ., Γερεσιδου, Ο., Τσιμογιάννη, Ν., & Πράπτου, Τ. (1978, Απρίλιος). *Στάσεις Απέναντι στην Ψυχική Υγεία στην Αθήνα και στην Επαρχία*. Αθήνα: Α΄ Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας.

- Gravesa R. E., Cassisib J. E., Pennc D. L. (2005). Psychophysiological Evaluation of Stigma Towards Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 76(2), 317-327.
- Gupta, A. & Bonell, P. (1993). Opinions about Mental Illness among College Students. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 9(1-2), 63-68.
- Harrison C. A., Dadds M. R., Smith G. (1998). Family Caregivers' Criticism of Patients with Schizophrenia. *Psychiatr. Serv.*, 49, 918-924.
- Hellzen O., Kristiansen L., Norbergh KG. (2003). Nurses' Attitudes Towards Older Residents with Long-term Schizophrenia. *J Adv Nurs.*, 43(6), 616-22.
- Holzinger A., Kilian R., Lindenbach I., Petscheleit A., Angermeyer M.C. (2003). Patients' and Their Relatives' Causal Explanations of Schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 38(3), 155-62.
- Howitt, D. & Cramer, D. (2004). *Στατιστική με το SPSS 11 για Windows* (μτφ. Κ. Καρανικολός). Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Jorm A F., Korten AE, Jacomb PA., Christensen H., Henderson S. (1999). Attitudes Towards People with a Mental Disorder: a Survey of the Australian Public and Health Professionals. *Austr & N Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77-83.
- Kadri N., Manoudi F., Berrada S., Moussaoui D. (2004). Stigma Impact on Moroccan Families of Patients with Schizophrenia. *Can Journal of Psychiatry*, 49, 625-629.
- Καργάκος Σ. Ι. (1996). *Εκ – θέσεις Ιδεών (Δοκίμια), Τόμος Α'*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Καργάκος Σ. Ι. (1997). *Εκ – θέσεις Ιδεών (Δοκίμια), Τόμος Β'*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Kelly B. D. (2005). Structural Violence and Schizophrenia. *Soc Sci Med*, 61(3), 721-30.
- Kurumatani T., Ukawa K., Kawaguchi Y., Miyata S., Suzuki M., Ide H., Seki W., Chikamori E., Hwu H. G., Liao S. C., Edwards G. D., Shinfuku N., Uemoto M. (2004). Teachers' Knowledge, Beliefs and Attitudes Concerning Schizophrenia - a Cross-Cultural Approach in Japan and Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 39(5), 402-9.
- Lauber C., Ajdacic-Gross V., Fritschi N., Stulz N., Rössler W. (2005). Mental Health Literacy in an Educational Elite -- an Online Survey Among University Students. *BMC Public Health*, 5(1), 44.
- Lee S., Chiu M.Y., Tsang A., Chui H., Kleinman A. (2006). Stigmatizing Experience and Structural Discrimination Associated with the Treatment of Schizophrenia in Hong Kong. *Soc. Sci. Med.*, 62(7), 1685-96.
- Levy E., Shefler G., Loewenthal U., Umansky R., Bar G., Heresco-Levy U. (2005). Characteristics of Schizophrenia Residents and Staff Rejection in Community Mental Health Hostels. *Isr J Psychiatry Relat Sci.*, 42(1), 23-32.
- Lyons, M., & Hayes, R. (1993). Student Perception of Psychiatric and Other Disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(6), 541-548.
- Μαδιανός, Μ., Γκαρέλης, Ε., & Αλεβίζος, Β. (1983). Η Επίδραση της Ψυχιατρικής Εκπαίδευσης στη Διαμόρφωση της Γνώμης για την Ψυχική Υγεία. *Εγκέφαλος*, 20, 80-83.
- Madianos, M. G., Madianou, D., Vlachonikolis, J., & Stefanis, C. N. (1987). Attitudes Toward Mental Illness in the Athens Area: Implications for Community Mental Health Intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 158-165.
- Μαδιανός, Μ. Γ., (1989). *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία: Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Τόμος Α'*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Magliano L., De Rosa C., Fiorillo A., Malangone C., Maj M. (2004). Perception of Patients' Unpredictability and Beliefs on the Causes and Consequences of Schizophrenia- a Community Survey. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 39(5), 410-6.
- Μάνος Ν. (1988). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

- Mbanga N.I., Niehaus D.J., Mzamo N.C., Wessels C.J., Allen A., Emsley R.A., Stein D.J., (2002). Attitudes Towards and Beliefs about Schizophrenia in Xhosa Families with Affected Proband. *Curationis*, 25(1), 69-73.
- Meise U., Sulzenbacher H., Kemmler G., Schmid R., Rossler W., Gunther V. (2000). ["...not dangerous, but nevertheless frightening". A Program Against Stigmatization of Schizophrenia in Schools]. *Psychiatr Prax.*, 27(7), 340-6.
- Μέλλον Ρ. (1998). *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεζεβέγκης Η.Λ. (1987). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Τόμος Α'*. Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Μπιλανάκης, Ν., & Ζαχαριάδης, Ν. (1990). Η Γνώμη για την Ψυχική Αρρώστια Ψυχιάτρων και Νοσηλευτών στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Ψυχιατρική Περίθαλψη. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 32, 19-22.
- Murphy, B. M., Black, P., Dyffy, M., & Kieran, J. (1993). Attitudes Toward the Mentally Ill in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 10(2), 75-79.
- Νέστορος Ι. Ν. (1993). "Στον Κόσμο της Ψύχωσης. Η Οδύσσεια του Eric και άλλες Περιπτώσεις". Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Νέστορος Ι. Ν., & Βαλλιανάτου Ν. Γ. (1990/1996), *Συνθετική Ψυχοθεραπεία Με Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Νέστορος Ι. Ν., Πλατρίτης Κ.Ν, Τσούρης Γ.Κ., Κατάκης Κ.Γ. (1999). Η Κλίμακα Στάσεων Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ). *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, 27(5), 153-171.
- Νέστορος Ι. Ν. (2002). *Σημειώσεις Μαθήματος: Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων (ΚΛΙΨ 108)*. Ρέθυμνο.
- Nosse, L. J. (1993). Effect of Direct Contact on Students' Ratings of Adults with Impairments. *College Student Journal*, 27(3), 396-400.
- Ogedengbe, R. O. (1993). Prior Contacts and Perceptions of Previously Disturbed Patients. *International Journal of Nursing Studies*, 30(3), 247-259.
- Oyefeso, A. O. (1994). Attitudes towards the Work Behaviour of Ex-mental Patients in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(1), 27-34.
- Penn D. L., Kohlmaier J. R., Corrigan P. W. (2000). Interpersonal Factors Contributing to the Stigma of Schizophrenia: Social Skills, Perceived Attractiveness, and Symptoms. *Schizophr Res.*, 45(1-2), 37-45.
- Pilgrim D., Rogers A. (1999). *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δαρδάνος.
- Rettenbacher M. A., Burns T., Kemmler G., Fleischhacker W.W. (2004). Schizophrenia: Attitudes of Patients and Professional Carers Towards the Illness and Antipsychotic Medication. *Pharmacopsychiatry*, 37(3), 103-9.
- Rosenheck R., Leslie D., Keefe R., McEvoy J., Swartz M., Perkins D., Stroup S., Hsiao J. K., Lieberman J. (2006). Barriers to Employment for People With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 411-7.
- Sadock B. J., Sadock V. A. (2004). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. (Επιμέλεια: Κ. Σολδάτος)*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Σαλαγιάννης Π. Β. (1995). *Προσεγγίσεις Θεμάτων Σύγχρονου Προβληματισμού, Α' Μέρος*. Αθήνα: Εκδόσεις Χρήστος Ε. Δαρδάνος.
- Σαλαγιάννης Π. Β. (1996). *Προσεγγίσεις Θεμάτων Σύγχρονου Προβληματισμού, Β' Μέρος*. Αθήνα: Εκδόσεις Χρήστος Ε. Δαρδάνος.
- Schulze B., Richter-Werling M., Matschinger H., Angermeyer M.C. (2003). Crazy? So what! Effects of a School Project on Students' Attitudes Towards People with Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 107, 142-150.

- Shibre T., Kebede D., Alem A., Negash A., Deyassa N., Fekadu A., Fekadu D., Jacobsson L., Kullgren G. (2003). Schizophrenia: Illness Impact on Family Members in a Traditional Society-Rural Ethiopia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 38, 27-34.
- Srinivasan T.N., Thara R. (2001). Beliefs about Causation of Schizophrenia: Do Indian Families Believe in Supernatural Causes? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(3), 134-40.
- Stip E., Caron J., Lane J.C. (2001). Schizophrenia: People's Perceptions in Quebec. *JAMC*, 164(9),1300.
- Stuart H., Arboleda-Florez J. (2001). Community Attitudes Toward People With Schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 46, 245-252.
- Taskin O. E, Seyfe S .F., Aydemir O., Demet M. M., Ozmen E., Icelli I. (2003). Public Attitudes to Schizophrenia in Rural Turkey. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 38, 586-592.
- Τριποδιανάκης, Γ., Σαραντίδης, Δ., & Θεοδωροπούλου, Σ. (1990). Η Στάση του Προσωπικού ενός Γενικού Νοσοκομείου Απέναντι στον Ψυχικά Άρρωστο. *Εγκέφαλος*, 27, 141-146.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G., & Pioli, R. (2001). Attitude Towards Psychiatric Patients: a Pilot Study in a Northern Italian Town. *European Psychiatry*, 16, 451-458.
- Wilkinson, Toone, & Greer. (1983), Medical Students' Attitudes to Psychiatry at the End of the Clinical Curriculum. *Psychological Medicine*, 13, 655-658.
- 

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ**

- “Open the doors from Canada”. [[www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com), (April 2006)].
- “Open the doors from Germany”. [[www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com), (April 2006)].
- “Open the doors from India”. [[www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com), (April 2006)].
- “Open the doors from United Kingdom”. [[www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com), (April 2006)].
- “Τμήμα Ψυχολογίας: Ιστορία, Δραστηριότητες”. [www.uoc.gr](http://www.uoc.gr), (Σεπτέμβριος 2006)
- “Τμήμα Ψυχολογίας: Στόχοι Τμήματος”. [www.uoc.gr](http://www.uoc.gr), (Σεπτέμβριος 2006)
- .



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

1. κλίμακα Στάσεων Απέναντι στην Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (Σ.Α.Π.Σ.)

2. Η ίδια κλίμακα για την αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών απέναντι στα “δικά τους” (υποθετικά) ψυχολογικά προβλήματα

3. MMPI test (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

4. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για τις επιδόσεις των φοιτητών στο μάθημα της Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων, την επιμόρφωση τους σε θέματα ψυχοπαθολογίας και ψυχιατρικής μέσω σχετικών επιστημονικών συγγραμμάτων αλλά και εμπειρίες τους σχετικά με άτομα που έχουν διαγνωστεί με παρανοειδή σχιζοφρένεια στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον.