Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ, ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΣΟΒΑΡΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Σπουδάστριες: **Γιανναδάκη Ναυσικά**
Σαπουντζή Αγγελική-Κυριακή

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: **Δρ Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

«Έχουμε πολύ βασανίσει του τρελούς. Τους κάψαμε στην πυρά, τους εξορίσαμε, τους φυλακίσαμε. Τους αλυσοδέσαμε και μετά τους φορέσαμε το ζουρλομανδύα. Με χιλιάδες μεθόδους, με μια καλυμμένη βία θελήσαμε να τους κάνουμε να ομολογήσουν δημόσια το λάθος τους, να απαρνηθούν το παραλήρημά τους, να εγκαταλείψουν τις ψευδαισθήσεις τους, να ομολογήσουν και να κριτικάρουν τις μυστικές ενασχολήσεις τους. Απαιτήσαμε να επανορθώσουν τη συμπεριφορά τους. Επιτεθήκαμε στα κορμιά τους με χτυπήματα, με σκληρές φαρμακοθεραπείες, με αιματηρές βεντούζες, με εξαντλητικές δίαιτες, με ηλεκτροσόκ. Φτάσαμε μέχρι του σημείου να ανοίξουμε το κρανίο τους για να βγάλουμε από μέσα το «λίθος της τρέλας» ... λίγο αργότερα ακρωτηριάσαμε τον εγκέφαλό τους»

Jacques Hochmann
(Professor of Psychiatry- Psychoanalyst-
Member of the Paris Psychoanalitical society)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Ολοκληρώνοντας της παρούσα πτυχιακή εργασία, αισθάνομαι την ανάγκη να θυμηθώ και να ευχαριστήσω όσους συνέβαλλαν στο αποτέλεσμα αυτό. Αρχικά οφείλω να ευχαριστήσω τα μέλη της οικογένειάς μου τα οποία καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου στάθηκαν αρωγοί τόσο ηθικά όσο και υλικά. Ένα μεγάλο ευχαριστώ χρωστάω και στην υπεύθυνη καθηγήτρια Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη, που με τις γνώσεις της και την υπομονή της με κατεύθυνε και με συμβούλευε σε όλη τη διαδικασία ολοκλήρωσης της πτυχιακής εργασίας. Η συμβολή της ήταν πολύτιμη καθώς οι παρεμβάσεις της ήταν σημαντικές και καθόλα καίριες. Τέλος ένα τεράστιο ευχαριστώ οφείλω να δώσω στην πολύ καλή μου φίλη και συνάδερφο Γιανναδάκη Ναυσικά, για την άψογη συνεργασία που είχαμε. Η πολύ καλή και ανθρώπινη επαφή αλλά και η κατανόηση που έδειξε η μια για την άλλη, απέδειξε πως ακόμα και από απόσταση μπορεί να πραγματοποιηθεί μια άκρως εποικοδομητική συνεργασία. Της εύχομαι να έχει πάντα επιτυχίες στον προσωπικό και επαγγελματικό της βίο καθώς επίσης και να διατηρήσει όλα εκείνα τα στοιχεία της προσωπικότητάς της που την κάνουν να είναι ξεχωριστή, αξιοθαύμαστη και πάνω από όλα αληθινή φίλη!

Θέλω να αφιερώσω την παρούσα πτυχιακή εργασία σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που βασανίζονται και ταλαιπωρούνται από ψυχικές διαταραχές, βιώνοντας καθημερινά τον κοινωνικό αποκλεισμό!

Σαπουντζή Αγγελική - Κυριακή

Με την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, νιώθω πλήθος συναισθημάτων να με πλημμυρίζουν, όπως χαρά και συγκίνηση. Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλαν, ο καθένας με τον τρόπο του, τόσο στην ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας, όσο και των σπουδών μου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου-και ιδιαίτερα τη μητέρα μου και τον παππού μου- ,οι οποίοι στάθηκαν δίπλα μου ηθικά όσο και υλικά!

Στην συνέχεια, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές μου ευχαριστίες στην υπεύθυνη καθηγήτρια, Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη, η οποία με στήριξε πολύπλευρα τόσο με τις επιστημονικές τις γνώσεις, όσο και με την καθοδήγηση και τις παρεμβάσεις της, ακόμα κι όταν οι συνθήκες δεν ήταν ευνοϊκές εξαιτίας της απόστασης. Πραγματικά, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ για την κατανόηση και την υπομονή της.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Κλινική Ψυχολόγο Κ^{α} Γυπαράκη Ευτυχία, για την σημαντική βοήθεια που μου προσέφερε με τις επιστημονικές της γνώσεις και την συμπαράσταση στην εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Ένα ακόμα ευχαριστώ χρωστάω στους συμφοιτητές μου καθώς επίσης και τους φίλους μου, που με βοήθησαν στην όλη διαδικασία, ο καθένας ξεχωριστά.

Τέλος, ένα ειλικρινές ευχαριστώ αξίζει να εκφράσω στην συνάδελφο, συνεργάτη και πάνω από όλα φίλη, Σαπουντζή Αγγελική, για την υπέροχη και δημιουργική συνεργασία που είχαμε. Οι ευχαριστίες σ' εκείνη αφορούν τις παρεμβάσεις, συμβουλές, την κατανόηση καθώς επίσης και το

αμείωτο ενδιαφέρον για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής, όσο επίπονη κι αν ήταν. Η ζεστή φιλική σχέση που υπήρχε ανάμεσα μας, ωρίμασε και απέδειξε πως ακόμα και από απόσταση μπορεί να επιτευχθεί μια άκρως εποικοδομητική και σωστή συνεργασία, που ξεπερνά τα εμπόδια και τις δυσκολίες με χιούμορ και θετική διάθεση.

Της εύχομαι προσωπικές και επαγγελματικές επιτυχίες, καθώς επίσης να παραμείνει ο εαυτός της γιατί είναι απλά υπέροχη και αξιολάτρευτη!

Κλείνοντας, νιώθω την ανάγκη να αφιερώσω την παρούσα πτυχιακή εργασία σε όσους ταλαιπωρούνται καθημερινά από ψυχικές διαταραχές, αλλά και σ'εκείνους που παλεύουν καθημερινά να τις απομυθοποιήσουν!

Γιανναδάκη Ναυσικά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τις απόψεις και στάσεις του φοιτητικού πληθυσμού του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης απέναντι στην σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Στόχος ήταν να ερευνήσουμε την πιθανή διαφορά των απόψεων των σπουδαστών/στριών για τη σχιζοφρένεια, ανάλογα με τη σχολή φοίτησης, τις γνώσεις και τις προσωπικές τους εμπειρίες. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 σπουδαστές/στριες του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης στο Ηράκλειο, και συγκεκριμένα οι 100 από αυτούς είναι σπουδαστές της Σ.Ε.Υ.Π (Κοινωνική Εργασία και Νοσηλευτική) και οι υπόλοιποι προέρχονται από άλλες σχολές (Σ.Δ.Ο, Σ.Τ.Ε.Φ, Σ.Τ.Ε.Γ). Το δείγμα επιλέχθηκε κατά τυχαίο τρόπο και η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο διάστημα του εαρινού εξαμήνου 2007 έως και το χειμερινό εξάμηνο του 2008.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι η πλειοψηφια των σπουδαστών δεν γνωρίζει τι είναι η σχιζοφρένεια και όταν εκφέρει άποψη γι΄ αυτήν τις περισσότερες φορές δεν είναι σωστή και επιστημονική. Αποδείχτηκε, ότι οι απόψεις τους για τις ψυχικές διαταραχές και τη σχιζοφρένεια ειδικότερα, δε φαίνεται να διαμορφώνονται από τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους. Επίσης, παρατηρήθηκαν αρνητικές και λανθασμένες απόψεις/στάσεις σε αρκετούς τομείς που αφορούν την πορεία-πρόγνωση, την αιτιολογία, την θεραπεία, την αντιμετώπιση από το περιβάλλον και την λειτουργικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια, ενώ μόνο στους τομείς συμπτώματα-κλινική εικόνα και νομοθεσία – κρατική μέριμνα οι σπουδαστές εκφράζουν πιο θετικές και σωστές απόψεις/στάσεις. Τέλος, προέκυψε ότι οι απόψεις των σπουδαστών της Σ.Ε.Υ.Π δε διαφέρουν σημαντικά από τις απόψεις των υπόλοιπων σχολών (Σ.Δ.Ο, Σ.Τ.Ε.Φ, Σ.Τ.Ε.Γ). Διαφοροποίηση υπάρχει μόνο σε ελάχιστες ερωτήσεις, στις οποίες οι σπουδαστές της Σ.Ε.Υ.Π. έχουν πιο θετικές και επιστημονικές απόψεις.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ…….. 13

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ (Θεωρητικό)

Κεφάλαιο Πρώτο: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ…….…… 16

1.1.1 Ιστορική αναδρομή της σχιζοφρένειας…….. 18

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ…….19

1.2.1 Τα πρόδρομα συμπτώματα της σχιζοφρένειας……....22

1.2.2 Πορεία και κλινική εικόνα…….25

1.2.3 Πρόγνωση……..27

1.2.4 Επιπλοκές……..29

1.2.5 Αιτιολογία……...…..30

1.2.6 Επιδημιολογία……... 33

1.2.7 Κλινικοί τύποι……... 33

1.2.8 Θεραπεία στη διάρκεια της περιόδου σταθεροποίησης…….….37

1.2.9 Θεραπεία κατά τη σταθερή φάση……...38

1.2.10 Φαρμακευτική αγωγή……....38

1.2.11 Ψυχοκοινωνική θεραπεία……..41

1.2.12 Οι Θεωρητικές προσεγγίσεις στην ψυχοκοινωνική θεραπεία……43

1.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ……46

1.3.1 Εργασία…… 46

1.3.2 Κοινωνικές σχέσεις……...47

1.3.3 Ρυθμίσεις διαβίωσης……48

1.3.3.1 Αυτόνομη διαβίωση…… 48

1.3.4 Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια……....49

1.3.5 Στρατηγικές αντιμετώπισης για γονείς……...50

1.4 ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ……50

1.4.1 Ιδρυματική προστασία……...52

1.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ…….54

1.5.1 Προγράμματα ημερήσιας φροντίδας ασθενών……54

1.5.2 Προγράμματα επαγγελματικής προεργασίας…….. 55

1.5.3 Πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης…… 56

1.5.4 Πρόγραμμα προστατευμένης εργασίας……56

1.5.5 Πρόγραμμα εργασιακής και κοινωνικής ένταξης……57

1.5.6 Στεγαστικά προγράμματα……57

1.5.7 Μεταθεραπευτική παρακολούθηση……58

Κεφάλαιο δεύτερο: ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

2.1 ΙΑΣΙΜΟ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ……60

2.2 ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ……61
2.2.1 Οι Θεωρίες της μάθησης και η διαμόρφωση των στάσεων…….63
2.3 ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ…….. 65
2.4 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ…….66
2.4.1 Αιτίες της αρνητικής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας……67
2.5 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ…….. 68
2.6 ΜΕΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ…….. 69
2.6.1 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε στη μείωση του στίγματος…….. 70
2.7 Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ……...71
2.7.1 Η πηγή του μηνύματος……72
2.7.2 Το μήνυμα……... 73
2.7.3 Ο στόχος……..78
2.7.4 Οι συνθήκες……..82
2.8 ΤΡΟΠΟΙ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ……...83
2.9 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ……...85

Κεφάλαιο τρίτο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ

3.1 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ…….. 90
3.1.1 Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στην οικογένεια και το άτομο……... 93
3.1.2 Πρότυπα ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια……97
3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ……98
3.2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ……..101
3.2.2 Διασύνδεση της κοινωνικής εργασίας με εμπλεκόμενους φορείς της κοινότητας……. 103
3.3 Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ……. 103
3.3.1 Βιολογικό υπόβαθρο……..104
3.3.2 Η βελτίωση των προγραμμάτων αποκατάστασης και μελλοντικές έρευνες του στίγματος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές……105

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ (Ερευνητικό)

Κεφάλαιο τέταρτο

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ……108
4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ……108
4.3 ΔΕΙΓΜΑ…….. 110
4.4 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ……115
4.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ……. 116

Κεφάλαιο πέμπτο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
5.1 ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΓΓΕΝΗ Η ΓΝΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ Η ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ……. 152
5.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ Η ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ…… 154
5.3 ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ……. 157

Κεφάλαιο έκτο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ
6.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ……. 161
6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ…… 162
6.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ…… 163

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)…… 169

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΔΙΕΘΝΗΣ)…… 173

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ
Παράρτημα Α: Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή…. 176
Παράρτημα Β: Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές/πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή …….. 190
Παράρτημα Γ: Σχολή φοίτησης…….. 206
Παράρτημα Δ: Κατηγοριοποίηση επαγγέλματος των γονέων των σπουδαστών…222
Παράρτημα Ε : Ερωτηματολόγιο……225

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ:

Πίνακας 1: Σχολή φοίτησης……111
Πίνακας 2: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών ανά τμήμα…… 112
Πίνακας 3: Αριθμός αδελφών……113
Πίνακας 4: Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα…….. 114
Πίνακας 5: Το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας……. 114
Πίνακας 6: Η επαγγελματική θέση του πατέρα…….. 222
Πίνακας 7: Η επαγγελματική θέση της μητέρας…… 224
Πίνακας 8: Τόπος μόνιμης διαμονής…….. 114
Πίνακας 9: Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με ψυχικές ασθένειες……... 117
Πίνακας 10: Αλλοίωση της πραγματικότητας……118
Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας……...118
Πίνακας 12: Προσωπική υγιεινή και εμφάνιση……... 120
Πίνακας 13: Έλλειψη συναναστροφής με το κοινωνικό τους περίγυρο…….. 120
Πίνακας 14: Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες..121
Πίνακας 15: Συναισθηματική ωριμότητα……. 121
Πίνακας 16: Σωματική επιθετικότητα……...122
Πίνακας 17: Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά……..122
Πίνακας 18: Διαπροσωπικές επαφές……122
Πίνακας 19: Διαφορές των ανθρώπων με σχιζοφρένεια…….. 123
Πίνακας 20: Η συμπεριφορά μας απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια……..... 123
Πίνακας 21: Αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου……124
Πίνακας 22: Χρόνος εμφάνισης της σχιζοφρένειας……...124
Πίνακας 23: Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα……. 125
Πίνακας 24: Επικινδυνότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια……..125
Πίνακας 25: Αιτιολογία της σχιζοφρένειας……...126
Πίνακας 26: Χαμηλό βιοτικό επίπεδο……... 126
Πίνακας 27: Κληρονομική ή γενετική βάση της σχιζοφρένειας…….. 126
Πίνακας 28: Οικογενειακές σχέσεις των ατόμων με σχιζοφρένεια……...127
Πίνακας 29: Δαιμονοληψία ως αίτιο της σχιζοφρένειας……...127
Πίνακας 30: Στρεσογόνοι παράγοντες ως αίτιο της σχιζοφρένειας……. 128
Πίνακας 31: Η μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο ως αίτιο της σχιζοφρένειας…… 128
Πίνακας 32: Η ικανότητα άμεσης παρέμβασης……129
Πίνακας 33: Ο ρόλος του περιβάλλοντος στην σχιζοφρένεια……. 129
Πίνακας 34: Η σχιζοφρένεια ως τιμωρία……..129
Πίνακας 35: Η σχιζοφρένεια είναι μύθος……130
Πίνακας 36: Η καλύτερη θεραπεία είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία…… 130
Πίνακας 37: Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με λοβοτομή……131
Πίνακας 38: Η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ασθένεια……. 131
Πίνακας 39: Η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία……132
Πίνακας 40: Ενδείξεις νοσηλείας……..132
Πίνακας 41: Η εισαγωγή σε ψυχιατρείο ισοδυναμεί με αποτυχία……132
Πίνακας 42: Η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια είναι η ψυχοθεραπεία…133
Πίνακας 43: Η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας……..133

Πίνακας 44: Η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική……. 134
Πίνακας 45: Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με την πίστη στο Θεό..134
Πίνακας 46: Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι επικίνδυνα…. 135
Πίνακας 47: Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό……135
Πίνακας 48: Ο καλύτερος τρόπος νοσηλείας των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι η απομόνωση……. 135
Πίνακας 49: Πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος στους νοσηλευόμενους με σχιζοφρένεια……136
Πίνακας 50: Οργάνωση ψυχιατρείων……136
Πίνακας 51: Καθήκον του κράτους……137
Πίνακας 52: Ο ρόλος του κράτους……137
Πίνακας 53: Το ενδιαφέρον του Ελληνικού κράτους……138
Πίνακας 54: Τα όρια του νόμου……138
Πίνακας 55: Το δικαίωμα του διαζυγίου……138
Πίνακας 56: Το δικαίωμα της ψήφου……139
Πίνακας 57: Ελευθερία στην κίνηση……..139
Πίνακας 58: Η σχιζοφρένεια ως ελαφρυντικό……140
Πίνακας 59: Τα άτομα με σχιζοφρένεια απαλλάσσονται των ευθυνών τους…….140
Πίνακας 60: Αναγκαιότητα στείρωσης των ατόμων με σχιζοφρένεια…….. 140
Πίνακας 61: Γάμος με ένα άτομο με σχιζοφρένεια…… 141
Πίνακας 62: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν……141
Πίνακας 63: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία…142
Πίνακας 64: Φρούρηση των ψυχιατρείων……142
Πίνακας 65: Η αντίληψη μας για τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα…….142
Πίνακας 66: Βαθμός εμπιστοσύνης των γυναικών με σχιζοφρένεια για τη φροντίδα μικρών παιδιών……. 143
Πίνακας 67: Περιορισμοί των δυνατοτήτων διαβίωσης των νοσηλευομένων σε ένα ψυχιατρείο……. 143
Πίνακας 68: Η αντιμετώπιση των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα ως εγκληματίες……144
Πίνακας 69: Σύναψη σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας……144
Πίνακας 70: Η έλλειψη συνεργασίας με τα άτομα που παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα…….. 144
Πίνακας 71: Απαγόρευση επισκέψεων των παιδιών των νοσηλευομένων……..145
Πίνακας 72: Τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν πρέπει να τεκνοποιούν..145
Πίνακας 73: Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα μετά την έξοδο τους από το ψυχιατρείο δεν πρέπει να παντρεύονται……146
Πίνακας 74: Συμπτώματα-κλινική εικόνα…….. .146
Πίνακας 75: Πορεία-πρόγνωση……147
Πίνακας 76: Αιτιολογία της σχιζοφρένειας……. 148
Πίνακας 77: Θεραπεία…….. 149
Πίνακας 78: Νομοθεσία-κρατική μέριμνα……150
Πίνακας 79: Αντιμετώπιση από το περιβάλλον……151

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ:

Γράφημα 1: Κατανομή του δείγματος ανά φύλο…….. 111
Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση…… 113
Γράφημα 3: Κατάσταση πατρικής οικογένειας…….113

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύ παρεξηγημένη ψυχική ασθένεια, καθώς επικρατούν ακόμα στην κοινωνία μας πολλοί μύθοι και εσφαλμένες πεποιθήσεις σχετικά μ'αυτήν. Το αποτέλεσμα όλων αυτών για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, είναι ότι συχνά αναπτύσσονται διακρίσεις σε βάρος τους.

Το στίγμα, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους. Συνεπώς ο ψυχικά ασθενής έχει να αντιμετωπίσει εκτός από την ίδια την ασθένεια του και μία «δεύτερη» ασθένεια: τον κοινωνικό αποκλεισμό, την προκατάληψη και το φόβο της κοινωνίας.

Σχετικά με τη διερεύνηση των στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια, ιδιαίτερα τη δεκαετία του ΄60, και παράλληλα με την άνοδο της κοινοτικής ψυχιατρικής, αποτέλεσε θέμα αρκετών ερευνών τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα. Οι έρευνες αυτές αποτέλεσαν για την ομάδα συγγραφής της παρούσας πτυχιακής εργασίας, βασική πηγή επιστημονικού ενδιαφέροντος για την ενασχόληση με το θέμα των απόψεων και στάσεων του φοιτητικού πληθυσμού του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης απέναντι στην σχιζοφρένεια.

Επιπλέον σκόπιμη επιλογή αποτελεί στο παρόν πόνημα να διερευνηθούν οι απόψεις και στάσεις που υιοθετούν οι σπουδαστές/στριες για τη σχιζοφρένεια, ανάλογα με τη σχολή φοίτησης, τις γνώσεις και τις προσωπικές τους εμπειρίες.

Εξειδικεύοντας περισσότερο πάνω στο θέμα, μας απασχόλησε, σε ποιο βαθμό οι απόψεις που υιοθετούνται από τους σπουδαστές/στριες του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης είναι επιστημονικές ή μη, παλαιότερες ή σύγχρονες, καθώς επίσης σε ποιους ειδικότερους τομείς που σχετίζονται με την κατανόηση της σχιζοφρένειας, οι απόψεις και οι στάσεις τους είναι πιο αρνητικές.

Αυτά τα ερωτήματα οδήγησαν στην πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης. Το πρώτο κεφάλαιο αναλύει γενικότερα τη διαταραχή της σχιζοφρένειας, την ψυχοκοινωνική θεραπεία και τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι στάσεις και οι προκαταλήψεις προς τα άτομα με σχιζοφρένεια. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας στην άρση των προκαταλήψεων. Το δεύτερο μέρος της εργασίας αφορά στην έρευνα. Το τέταρτο κεφάλαιο καταγράφει την ερευνητική μεθοδολογία και τα

δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας, αναφέρονται στο πέμπτο κεφάλαιο, ενώ στο έκτο και τελευταίο καταγράφονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ο όρος σχιζοφρένεια χρησιμοποιείται στην ιατρική, προκειμένου να περιγράψει μια περίπλοκη, χρόνια και σοβαρή αναπηρική ψυχιατρική διαταραχή. Προτάθηκε πρώτη φορά από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει ένα σύνδρομο που νωρίτερα το 1860 ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια και με το όνομα αυτό διαδόθηκε από τον Kraepelin Emil το 1896 σε όλον τον κόσμο.

Αρκετά γρήγορα έγινε φανερό, ότι η συγκεκριμένη ασθένεια δεν επρόκειτο για άνοια αλλά για μια βαριά ψυχωτική διαταραχή, για «σχίσιμο του μυαλού», από όπου προήλθε και ο όρος σχιζοφρένεια.

Στην πραγματικότητα η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι μια ενιαία διαταραχή ή μια ομάδα διαταραχών με ποικίλες αιτιολογίες.

1.1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στα προϊστορικά χρόνια δεν γινόταν κάποια διάκριση μεταξύ σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Οι άνθρωποι θεωρούσαν υπεύθυνους των διαταραχών αυτών, τα κακά πνεύματα που έμπαιναν στα σώματα των ανθρώπων, τη μαγεία ή την εκδίκηση ενός παραμελημένου πνεύματος. Εκείνα τα χρόνια (4000-5000 π.Χ.) αναπτύχθηκε και η τεχνική του τρυπανισμού κατά την οποία άνοιγαν τρύπες στο κεφάλι του ψυχικά ασθενούς ατόμου ώστε το κακό πνεύμα που έχει εγκλωβιστεί στο κεφάλι του να βρει διέξοδο διαφυγής. Η τεχνική του τρυπανισμού συνεχίστηκε σε μερικές περιοχές μέχρι και στο μεσαίωνα. Ταυτόχρονα μαζί με τον τρυπανισμό χρησιμοποιούταν και τελετές εξορκισμού των «δαιμονισμένων», τεχνική που απαντάται μέχρι σήμερα.

Στην αρχαία Ελλάδα ο Ιπποκράτης ανέπτυξε την άποψη ότι η ψυχοπαθολογία ήταν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τεσσάρων χυμών: αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα. Ο Ιπποκράτης πρώτος περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές-τις λεγόμενες φρενίτιδες- με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα. Την ίδια περίπου εποχή ο Αριστοτέλης πρότεινε το θέατρο για την κάθαρση από τις ψυχικές ασθένειες. Ήδη λοιπόν από την Αρχαία Ελλάδα τίθενται οι βάσεις για τη σύγχρονη ψυχοπαθολογία και ψυχοθεραπεία. (Καναβιτσάς, 2007).

Στη Ρωμαϊκή εποχή θεσπίστηκαν ελαφρυντικά μέτρα για όσους έπασχαν από ψυχικές ασθένειες και λίγο αργότερα λειτούργησαν τα πρώτα ιδρύματα για την θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Κατά τη ρωμαϊκή επίσης περίοδο περιγράφηκαν και ταξινομήθηκαν πολλές ψυχολογικές διαταραχές.

Χαρακτηριστικά της εποχής του Μεσαίωνα (5ος-16ος αιώνας) ήταν α) η συνέχιση των απόψεων της Ελληνιστικής περιόδου περί χυμών (αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα), χρωματισμένων με προκαταλήψεις, ηθικολογία και φανατική θρησκευτικότητα και β) η συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον ψυχασθενή. Χαρακτηριστικά λοιπόν της εποχής αυτής είναι η δαιμονολογία -η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου- η αστρολογία και η θεραπεία με εξορκισμούς.

Σύμφωνα με τον Καναβιτσά (2007) η επικράτηση της λογικής και της επιστημονικής σκέψης κατά την περίοδο της Αναγέννησης (15ος-17ος αιώνας) άλλαξε το τοπίο. Τέθηκαν οι βάσεις για τον ανθρωπισμό, ένα φιλοσοφικό κίνημα που δίνει έμφαση στην ανθρώπινη ευημερία και στην μοναδικότητα του ατόμου. Μέχρι τότε τα περισσότερα άσυλα ήταν σε άθλια κατάσταση και οι εγκλεισμένοι σε αυτά ήταν δεμένοι και υποσιτιζόμενοι. Σύμφωνα με τον ανθρωπισμό της αναγέννησης οι άνθρωποι είναι ψυχικά ασθενείς που χρήζουν θεραπείας. Μια σειρά μεθόδων θεραπείας αντανακλούν αυτό το ανθρωπιστικό πνεύμα. Το 1563 ο Γιόχαν Βέγερ δημοσίευσε ένα βιβλίο εναντίον της θεωρίας της μαγείας. Το βιβλίο του κατακρίθηκε και απαγορεύτηκε από τη εκκλησία και την πολιτεία, αλλά αποδείχτηκε να είναι ο πρόδρομος της επικράτησης του ανθρωπισμού στην ψυχική υγεία.

Στη Γαλλία τον 18ο αιώνα ο γιατρός Πινέλ οργάνωσε το κίνημα της ηθικής θεραπείας: Έβγαλε της αλυσίδες από τους ασθενείς, τους έβαλε σε φωτεινά δωμάτια, τους προέτρεπε να γυμνάζονται και τους φέρονταν με ευγένεια και καλοσύνη. Στην Αγγλία ο Ουίλλιαμ Τιούκ ίδρυσε ένα ίδρυμα «ηθικής θεραπείας» στην εξοχή. Εκεί οι ασθενείς δούλευαν, προσεύχονταν και μιλούσαν για τα προβλήματά τους. Στις ΗΠΑ οι Ρας, Ντιξ και Μπηρς δημιούργησαν ανάλογες δομές ηθικής θεραπείας και άλλαξαν τη στάση του κόσμου, της πολιτείας και της εκκλησίας προς τους ασθενείς (Καναβιτσάς, 2007).

1.1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Το 1860 ο Γάλλος φρενοπαθολόγος Morel διαχώρισε τις άνοιες, οι οποίες παρατηρούνται σε άτομα που πλήττονται από «ηλιθιότητα» σε νεαρή ηλικία από τις άνοιες που παρατηρούνται σε ψυχοπαθείς και έχουν οργανικά αίτια.

Στη Γερμανία ο Hecker περιέγραψε με ακρίβεια το ανοϊκό σύνδρομο ατόμων νεαρής ηλικίας το οποίο και ονόμασε ηβηφρένεια. Ο Kahlbaum το 1974 απομόνωσε την κατατονία, η οποία πρόκειται για μια μορφή νόσου με προεξάρχουσες ψυχοκινητικές εκδηλώσεις.

Οι προσωπικές κλινικές παρατηρήσεις του Emil Kraepelin τον οδήγησαν το 1899 να προτείνει τον όρο πρώιμη άνοια, η οποία περιλάμβανε όλες τις παθολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονταν από βαθιά διατάραξη της συναισθηματικής ζωής και της βούλησης και από προοδευτική αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, η οποία οδηγούσε στην έκπτωση. Οι τρεις βασικές μορφές που διέκρινε ήταν η ηβηφρένεια, η κατατονία και η παρανοειδής μορφή της νόσου.

Στη Ζυρίχη το 1911 ο Bleuler έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στις διαταραχές του ειρμού των ιδεών και του θυμικού, στην απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα αλλά και στην καταφυγή στον κόσμο των φαντασιώσεων. Ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο σχιζοφρένεια, καλώντας της αποσύνθεση της προσωπικότητας ως διάσχιση της προσωπικότητας. Βαθιά επηρεασμένος από τις αντιλήψεις του Freud και Jung οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα της ασθένειας είναι τόσο πρωτογενή – έκπτωση- όσο και δευτερογενή – παραλήρημα, ψυχοκινητικές διαταραχές- τα οποία όμως απορρέουν από τα πρώτα. Από τότε όλοι οι Γάλλοι ψυχίατροι ακολουθούν το πρότυπο σχιζοφρένειας του Bleuler στο οποίο προσθέτουν και κάποιες μεταγενέστερες θεωρητικές επεξεργασίες. Η σημαντικότερη ήταν αυτή του Ey, σύμφωνα με τον οποίο η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψύχωση, η οποία αλλοιώνει βαθύτατα την προσωπικότητα και εκδηλώνεται με μια τάση του ατόμου να διακόψει την οικοδόμηση του κόσμου του, μέσω της επικοινωνίας με τους άλλους, για να χαθεί τελικά μέσα στην αυτιστική σκέψη του δηλαδή μέσα στο χάος των φαντασιώσεών του (Σχιζοφρενικά Σύνδρομα).

1.2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν. (1997), σχιζοφρένεια καλείται το σύνδρομο εκείνο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του και τους άλλους. Η αλλοίωση αυτή και η παραμόρφωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, τη σκέψη, τα συναισθήματα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.

Οι διαταραχές αυτές αφορούν βασικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη και τελικά οδηγούν σε μια αλλοίωση του αισθήματος της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού.

Όσον αφορά στις διαταραχές της αντίληψης αυτές εστιάζονται στις ψευδαισθήσεις και μάλιστα τις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Ο ασθενής ακούει φωνές, να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω, οι οποίες είτε τον σχολιάζουν είτε αν είναι περισσότερες από μία συζητούν μεταξύ τους ή δίνουν εντολές. Το τελευταίο είναι πολύ σημαντικό δεδομένου ότι μπορεί να του δώσουν εντολές να πράξει κάτι κακό στον εαυτό του ή στα άτομα γύρω του. Προκειμένου να πούμε ότι ένα άτομα πάσχει από σχιζοφρένεια εφόσον έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις θα πρέπει αυτές να εμφανίζονται ανά τακτά συνεχή διαστήματα ή και συνέχεια.

Όσον αφορά στις διαταραχές της σκέψης αυτές έχουν τη μορφή παραληρητικών ιδεών και είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες είναι οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης: π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους κτλ. Κοινές είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης, ενώ παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, μηδενιστικές, σωματικές κτλ. είναι λιγότερο συχνές. Συχνά στη Σχιζοφρένεια είναι παρούσα και η διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης (μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης). Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη γλωσσική ανεπάρκεια (Μάνος, 1997).

'Άλλες διαταραχές της σκέψης που παρατηρούνται στη Σχιζοφρένεια είναι η έλλειψη του λεξιλογίου, η συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, οι νεολεξίες, η εμμονή, οι ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, η ηχολαλία, κ.ά.

Η διαταραχή των συναισθημάτων, σε άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι δύσκολο να εντοπιστεί και επομένως να διαγνωστεί, διότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Εντοπίζεται εύκολα, μόνο όταν ενυπάρχει σε υπερβολικό βαθμό, όπως για παράδειγμα είναι ένα πρόσωπο ακίνητο σα μάσκα ή ένα ανόητο γέλιο.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό ψυχωτικό σύμπτωμα που παρουσιάζει ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια, είναι η διατάραξη της αίσθησης του εαυτού. Καθώς σ' ένα φυσιολογικό άτομο, η αίσθηση του εαυτού, παρέχει στο ίδιο αισθήματα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης, σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια συχνά διαταράσσεται αυτή η ικανότητα. Κατά συνέπεια, εκδηλώνεται *απώλεια των ορίων του εγώ* που παρουσιάζεται με παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου, με σύγχυση ταυτότητας κτλ. (Μάνος, 1997,135)

Επιπλέον, ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια δυσκολεύεται να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις. Συχνά αποσύρεται από τον εξωτερικό κόσμο και προσηλώνεται σε εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες.

Η διαταραχή της βούλησης παρουσιάζεται ως ανεπάρκεια ενδιαφέροντος ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών και τελικά να φτάσει στην λογική τους κατάληξη. Συνηθισμένο φαινόμενο είναι να υπάρχει σε κάποιο βαθμό διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβουλιακή, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα, γεγονός το οποίο εμποδίζει την ικανότητα του ατόμου για παραγωγική και εργασιακή λειτουργία.

Η *αμφιβουλησία* (αμφιθυμία) θεωρείται διαταραχή της βούλησης και παρατηρείται συχνά στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Εκδηλώνεται ως αδυναμία ή δυσκολία του ατόμου να επιλέξει ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. (Μάνος, 1997, 135-136)

Όσον αφορά τέλος τις διαταραχές της ψυχοκινητικότητας αυτές είναι ποικίλες. Εκτός από την έντονη διέγερση που μπορεί να χαρακτηρίζει τον ασθενή που βρίσκεται σε οξεία φάση (αρχική ή υποτροπής), η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανισθεί σαν αντίσταση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης - κατατονικός αρνητισμός, σαν κατατονικό stupor, σαν κατατονική διέγερση ή σαν ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων.

Ως συνοδό σύμπτωμα καλείται οποιοδήποτε σύμπτωμα εμφανιστεί παράλληλα με τα παραπάνω. Πολύ συχνά εμφανίζονται ανωμαλίες στην ψυχοκίνηση του ασθενή όπως βάδισμα πάνω κάτω, κούνημα μπρος πίσω, απάθεια και ακινησία. Πολλές φορές μια δυσφορική συναισθηματική διάθεση μπορεί να πάρει τη μορφή κατάθλιψης, άγχους,

θυμού ή συνδυασμού τους. Συχνά παρατηρούνται αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί ή όχι να είναι παραληρητικού επιπέδου. Τυπικά, δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης. (Κοτανίδης, 2007).

Επίσης, πολλές φορές τα άτομα χάνουν το ενδιαφέρον τους ή την ευχαρίστησή τους, που είναι ένα άλλο αρνητικό σύμπτωμα. Μπορεί να παρουσιαστεί απώλεια του ενδιαφέροντος για φαγητό, απώλεια του libido, διαταραχές του σχήματος του ύπνου (π.χ. να μην κοιμάται την ημέρα και ν' ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα), διαταραχή της συγκέντρωσης.

Συχνά συνυπάρχουν Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (πολύ κοινή είναι η Εξάρτηση από Νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς).

Σύμφωνα με τον Κοτανίδη (2007) οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα: «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού / δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.ά.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των ψυχώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα.

Εξαιτίας του πολυμορφισμού των συμπτωμάτων της πάθησης, μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενή. Μερικές φορές, μπορεί κάποιος να εμφανίσει σχιζοφρενικά - ψυχωτικά συμπτώματα εξ αιτίας μιας άλλης αρρώστιας, εκτός της σχιζοφρένειας. Για το λόγο αυτό, οι ψυχίατροι, αφού πάρουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις για να αποκλείσουν όλες τις άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων, προτού φθάσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια.

1.2.1. ΤΑ ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης (με τη μορφή παραληρητικών ιδεών όπως π.χ. δίωξης, συσχέτισης, μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, σωματικές κλπ), της αντίληψης (ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα ακουστικές αλλά και οπτικές, απτικές, οσφρητικές κλπ) του συναισθήματος (αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο) της αίσθησης του εαυτού (απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κλπ), της βούλησης (ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει το άτομο μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη), της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο (απόσυρση του ασθενή από τον εξωτερικό κόσμο με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες), της ψυχοκινητικότητας (έντονη διέγερση, μανιερισμοί, ηχοπραξία, ή κηρώδης ευκαμψία) κ.α. (Μάνος, 1997)

Τα χρόνια, ωστόσο, συμπτώματα και η μείωση του κοινωνικού ενδιαφέροντος αποτελούν καθοριστικούς και ειδοποιούς παράγοντες. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι προάγγελοι της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν:

- Αναπτυξιακή καθυστέρηση
- Διαταραχές αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς
- Εκφραστικά και ιδιοδεκτικά γλωσσικά ελλείμματα
- Αδυναμία εκτέλεσης βασικών δραστηριοτήτων
- Από οριακή έως χαμηλή προς μέτρια νοημοσύνη
- Προσωρινά συμπτώματα γενικευμένης αναπτυξιακής διαταραχής (συμπτώματα που μοιάζουν με αυτισμό)

Άλλα πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν ανεξέλεγκτη, αντικοινωνική ή επιθετική συμπεριφορά που ομοιάζει με συμπεριφορά ανηλίκου. (Οικονόμου, 1992)

Η πρώιμη εμφάνιση της διαταραχής ίσως σηματοδοτεί μια πιο σοβαρή μορφή ασθένειας, πιθανόν σχετιζόμενη με σημαντικότερες γενετικές προδιαθέσεις (οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας) ή προηγούμενες παθολογικές ανωμαλίες (μακροχρόνιες ανωμαλίες που προϋπήρχαν της πρώτης εκδήλωσης συμπτωμάτων)

για παράδειγμα, μαθησιακές δυσκολίες, γενικές αναπτυξιακές διαταραχές (διαταραχές με χαρακτηριστικά αυτισμού), μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες κτλ.

Καθώς τα βασικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας στους εφήβους είναι τα ίδια με τους ενήλικες, είναι πολλές φορές δύσκολη για τους νεαρούς ασθενείς η διαφοροδιάγνωση μεταξύ σχιζοφρένειας και συναισθηματικών ψυχώσεων (για παράδειγμα κατάθλιψη ή μανιοκατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία ή σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές). Αυτό συμβαίνει γιατί στα νεαρά άτομα τα συμπτώματα είναι ανομοιόμορφα και αδιαφοροποίητα στα πρώτα ψυχωσικά επεισόδια. Δεν υπάρχει, δυστυχώς, κάποιο τεστ που να διαγιγνώσκει οριστικώς κάποια από αυτές τις διαταραχές και η διάγνωση επομένως βασίζεται στα εμφανιζόμενα και αναφερόμενα συμπτώματα. Ως εκ τούτου, δεν μπορεί να γίνει λόγος για εκατό τοις εκατό σωστή διάγνωση Για το λόγο αυτό η διάγνωση συχνά αναθεωρείται κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων.

Οι περιπτώσεις πρώιμης εκδήλωσης της διαταραχής συνήθως εξελίσσονται σταδιακά και αργά και σπάνια εμφανίζονται σ' αυτές απότομες εξάρσεις. Συνήθως υπάρχει μια μακρά περίοδος μηνών ή ετών σταδιακού εκφυλισμού των λειτουργιών, περίοδος αναφερόμενη ως πρόδρομη (prodrome), η οποία προηγείται της εκδήλωσης των προφανών ψυχωσικών συμπτωμάτων (για παράδειγμα ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, έντονα αποδιοργανωμένη σκέψη και γενικά έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα). Η πρόδρομη περίοδος χαρακτηρίζεται από απάθεια, απόσυρση, περιορισμό του λόγου, μειωμένα ενδιαφέροντα και χαμηλή σχολική απόδοση, κοινωνική έκπτωση, έλλειψη κινήτρων, παράξενα και μυστηριώδη ενδιαφέροντα/ασχολίες, περίεργη συμπεριφορά ή τελετουργικές πράξεις, παραμέληση της υγιεινής/ παραμέληση της εμφάνισης, απρόσφορο συναίσθημα και αποδιοργανωμένη σκέψη, εμφανιζόμενη υπό μορφή δυσκολίας στη συγκέντρωση ή στην εμφάνιση συνεκτικού λόγου.

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης (για μια ασθένεια που αναμφίβολα θα εκδηλωνόταν σε κάποια στιγμή) ή μπορεί να επισφραγίσει τον τρόπο με τον οποίο ο έφηβος θα αντιμετωπίσει τα συμπτώματα μόλις εμφανιστούν. Η ψύχωση οφειλόμενη σε χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ θα πρέπει να αμβλύνεται μέσα σε διάστημα ημερών ή μηνών.

Τα συμπτώματα της πρόδρομης ή υπολειμματικής φάσης είναι είτε εξασθενημένα θετικά (ψευδαισθήσεις: ακουστικές, οσφρητικές, οπτικές, σωματικές-απτικές, παραληρητικές ιδέες: διωκτικές, ζηλοτυπίας, ενοχικές, θρησκευτικές, ιδέες

αναφοράς, ελέγχου, διαβάσματος του μυαλού, εκπομπής της σκέψης, απόσυρσης της σκέψης, παρεμβολής της σκέψης, εξωπραγματική συμπεριφορά: εμφάνιση, κοινωνική, σεξουαλική συμπεριφορά, επιθετική συμπεριφορά ψυχοκινητική ανησυχία, επαναληπτική- στερεοτυπική συμπεριφορά, θετικές δομικές διαταραχές της σκέψης: εκτροχιασμός, ασυναρτησία, παραλογία, πίεση της ομιλίας, περιφερικότητα) είτε αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση: ανέκφραστο πρόσωπο, φτωχή βλεμματική επαφή, απρόσφορο συναίσθημα, μειωμένες αυθόρμητες κινήσεις, σπάνιες εκφραστικές χειρονομίες, συναισθηματική μη απαντητικότητα, αλογία: φτωχός λόγος, διακοπές, αυξημένος λανθάνων χρόνος απαντήσεων, αβουλησία- απάθεια: καθαριότητα και υγιεινή, σωματική ενεργεία, ανηδονία- ακοινωνικότητα: ενδιαφέρον για αναψυχή, δραστηριότητες, σεξ, κοντινές σχέσεις, σχέσεις με φίλους και συνομήλικους, προσοχή: κοινωνική απροσεξία, απροσεξία κατά την εξέταση). (Andreasen, 1987)

Πάντα ωστόσο υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητά της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα. Μολονότι δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση ή ίαση, ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας που θα ποικίλλει ευρύτατα, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα κτλ. ή στις οικογένειες τους, άλλοι να εργάζονται με επίβλεψη, άλλοι χωρίς επίβλεψη, άλλοι να σπουδάζουν, άλλοι να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις, να έχουν σεξουαλικές σχέσεις (ή και να παντρεύονται) κτλ., πολύ δύσκολα, όμως, να μπορούν να κάνουν και να κρατήσουν χωρίς ν' αρρωστήσουν μιαν ολοκληρωμένη διαπροσωπική -συναισθηματική-ερωτική σχέση (Παπακώστας, 1994).

Τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης ίσως θυμίζουν κατάθλιψη, αλλά σ' αυτό το πρώιμο στάδιο είναι μάλλον δύσκολο να γίνει διάγνωση σχιζοφρένειας, ειδικά όταν ένας έφηβος, που πρόκειται να νοσηλευτεί με σχιζοφρένεια, ίσως αισθάνεται μελαγχολία. Είναι, ωστόσο, πολύ πιο πιθανό η διάθεση του πάσχοντος ατόμου να χαρακτηριστεί ως απρόσφορη ή επίπεδη και όχι ως μελαγχολική, ενώ μπορεί επίσης να φανεί ότι το άτομο δεν είναι ικανό να βιώσει και να εκφράσει συναισθήματα.

Δεν υπάρχουν ακόμη ασφαλείς εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να υποβοηθήσουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Έτσι, η διάγνωση στηρίζεται στα συμπτώματα - αυτά που περιγράφει το άτομο και αυτά που παρατηρεί ο γιατρός. Για να καταλήξουμε στη διάγνωση της σχιζοφρένειας πρέπει να αποκλείσουμε άλλες πιθανές αιτίες, όπως την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, την επιληψία, εγκεφαλικούς όγκους, διαταραχές θυρεοειδούς ή μεταβολισμού, όπως η υπογλυκαιμία, καθώς και άλλες σωματικές διαταραχές που εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας. Η ασθένεια πρέπει επίσης να διαφοροποιηθεί από τη διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη). Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα τόσο σχιζοφρένειας όσο και μανιοκατάθλιψης. Αυτή η διαταραχή ονομάζεται σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η σχέση της με τη σχιζοφρένεια δεν έχει διευκρινιστεί έως σήμερα (American Psychiatyric Association, 1997) .

Αν ο γιατρός ωστόσο διαγνώσει σχιζοφρένεια, δεν αποκλείεται η πιθανότητα μιας άλλης ασθένειας. Η επιφύλαξη είναι απαραίτητη επειδή αυτά τα συμπτώματα, ακόμη κι όταν συνδυάζονται μεταξύ τους, δεν παραπέμπουν πάντα στη σχιζοφρένεια. Μπορεί να οφείλονται απλώς σε υπερκόπωση ή σε έντονο άγχος εξαιτίας, για παράδειγμα, ενός θανάτου στην οικογένεια ή της διάλυσης ενός γάμου.

1.2.2. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η Σχιζοφρένεια εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Υπάρχει ωστόσο περίπτωση να παρατηρηθεί όψιμη έναρξη, η διαταραχή δηλαδή να αναπτυχθεί μετά τα 45. Η πορεία της ασθένειας έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις ως εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντα του. Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά, όπως π.χ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο, να μαζεύει τροφές κτλ.

Όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργό φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σ' αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία, παράλογη

σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Έντονες ακουστικές ψευδαισθήσεις κατηγορούν το άτομο για ομοφυλόφιλο ή του δίνουν εντολές για ασυνήθιστες πράξεις, πολλές φορές, όπως αναφέρθηκε, επικίνδυνες. Το άτομο μπορεί να είναι φοβισμένο από αυτές τις αντιληπτικές ή σκεπτικές εμπειρίες ή να τις έχει αποδεχθεί και να φαίνεται ικανοποιημένο.

Η ενεργός φάση της Σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες.

Βασικό στοιχείο για τη διάγνωση της Σχιζοφρένειας είναι η ύπαρξη χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση - το ονομαζόμενο κριτήριο Α - για 1 τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύθηκαν με επιτυχία).

Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναισθήματος και η κοινωνικο-επαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Η σχιζοφρένεια που εκδηλώνεται σε παιδική ηλικία (πριν από την ηλικία των 12 ετών) είναι μια σπάνια, κλινικά σοβαρή μορφή σχιζοφρένειας που σχετίζεται με διακοπή της γλωσσικής και κοινωνικής ανάπτυξης του πάσχοντα πολύ πιο νωρίς από την εκδήλωση συγκεκριμένων ψυχωσικών συμπτωμάτων. Στις πρώιμες φάσεις της, η διαταραχή είναι δύσκολο να αναγνωριστεί. Οι παιδοψυχίατροι αναζητούν μερικές από τις ακόλουθες πρώιμες προειδοποιητικές ενδείξεις:

- Δυσκολία διαχωρισμού μεταξύ πραγματικότητας και ονείρου
- Όραση πραγμάτων που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν
- Άκουσμα φωνών που δεν είναι αληθινές
- Μπερδεμένη σκέψη
- Ζωηρές και παράξενες σκέψεις και ιδέες
- Υπερβολική κυκλοθυμικότητα
- Παράξενη συμπεριφορά

- Παρανοϊκές σκέψεις (ότι οι άλλοι σκοπίμως προσπαθούν να τους βλάψουν)
- Εμφάνιση συμπεριφοράς που ταιριάζει σε μικρότερες ηλικίες
- Υπερβολικό άγχος και φόβος
- Αδυναμία διαχωρισμού εικόνων της τηλεόρασης και της πραγματικότητας
- Σοβαρά προβλήματα δημιουργίας και διατήρησης φίλων

Η παιδική σχιζοφρένεια, σε αντίθεση με τις οξείες κρίσεις, εμφανίζεται σταδιακά και διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ίσως το παιδί γίνει ντροπαλό ή αποσυρθεί, ενώ μέχρι πρότινος του άρεσε να δι-αντιδρά με άλλους. Ίσως αρχίσει να μιλά για παράξενους φόβους και σκέψεις ή να λέει πράγματα που δε βγάζουν νόημα. Ίσως, επίσης, το παιδί ξαφνικά προσκολληθεί υπερβολικά στους γονείς του ή ίσως οι δάσκαλοι παρατηρήσουν κάποια από αυτά τα συμπτώματα να εκδηλώνονται στο σχολείο. Δύο ψυχωσικά συμπτώματα που συνήθως παρατηρούνται στο παιδί είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες.

Η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές στις ηλικίες μεταξύ 15-30. Για το λόγο αυτό, τα πρώτα συμπτώματα της νόσου εκδηλώνονται συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η εφηβεία σηματοδοτεί μια περίοδο αμφιβολίας για κάθε οικογένεια, αλλά όταν ένας έφηβος διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, οι αναστατώσεις-προκλήσεις γίνονται πραγματικά αποθαρρυντικές.

1.2.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που θεωρούνται καλοί ή κακοί για την πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Η αξία τους είναι σχετική. Ο γιατρός θα τους λάβει υπόψη, σε συνδυασμό και με πολλούς άλλους κλινικούς και μη παράγοντες, προκειμένου να δώσει μια απάντηση στους συγγενείς του αρρώστου για το πώς πρόκειται να εξελιχθούν τα πράγματα. Όμως, η εξέλιξη, πολλές φορές, είναι απρόβλεπτη, ιδίως τα πρώτα χρόνια της νόσησης (Μπουρουνίκου, 2001).
Παρακάτω –λοιπόν- παραθέτουμε ορισμένους από εκείνους τους παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την πρόγνωση της Σχιζοφρένειας.

Καλή πρόγνωση (Μάνος, 1997,141)

- Όψιμη έναρξη
- Ευδιάκριτοι εκλυτικοί παράγοντες
- Καλή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή
- Συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής (ιδιαίτερα καταθλιπτικής διαταραχής)
- Γάμος
- Οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών
- Καλό υποστηρικτικό σύστημα
- Οξεία έναρξη
- Παρουσία σύγχυσης
- Βραχεία διάρκεια συμπτωμάτων ενεργού φάσης
- Ελάχιστα υπολειμματικά συμπτώματα
- Καλή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια
- Απουσία Οικογενειακού Ιστορικού Σχιζοφρένειας
- Απουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο
- Απουσία νευρολογικών σημείων
- Γυναίκα

Κακή πρόγνωση (Μάνος, 1997, 141)

- Πρώιμη έναρξη
- Απουσία εκλυτικών παραγόντων
- Προοδευτική και ύπουλη εισβολή
- Κακή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή
- Απόσυρση, αυτιστική συμπεριφορά. Άγαμος, διαζύγιο, χηρεία
- Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας. Φτωχό υποστηρικτικό σύστημα
- Αρνητικά συμπτώματα
- Νευρολογικά συμπτώματα και σημεία. Ιστορικό περιγεννητικού τραύματος.
- Απουσία ύφεσης εντός 3 ετών
- Πολλές υποτροπές
- Ιστορικό επιθετικότητας

- Παρουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο
- Φτωχή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια
- Άντρας
- Απουσία σύγχυσης
- Απουσία Οικογενειακού Ιστορικού διαταραχής της διάθεσης
- Μακρά διάρκεια συμπτωμάτων ενεργού φάσης
- Μη συνυπάρχουσα Διαταραχή της διάθεσης

1.2.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι πράξεις βίας που προέρχονται από σχιζοφρενικούς ασθενείς πάντα προσελκύουν το δημόσιο ενδιαφέρον. Παρά τον ικανοποιητικό αριθμό εργασιών που έχουν συνταχθεί για την εγκληματικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια, αμφισβητείται αν αυτή είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. (Μάνος, 1997, 140)

Επιπλέον, συνηθισμένο φαινόμενο στους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η αυτοκτονία ή οι απόπειρες αυτοκτονίας, οι οποίες παρουσιάζονται είτε σαν αποτέλεσμα της χαοτικής τρομακτικής εμπειρίας της ψύχωσης (κατά κύριο λόγο στην έναρξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου), είτε εξ' αιτίας της κατάθλιψης που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της πορείας της διαταραχής της σχιζοφρένειας, είτε σαν υπακοή του σχιζοφρενικού ασθενή σε παραληρητικές ιδέες ή αυτοκαταστροφικές ψευδαισθήσεις. Το ποσοστό θνησιμότητας των σχιζοφρενικών ασθενών από αυτοκτονία, ανέρχεται στο 10%. (Μάνος, 1997,141)

Παράγοντες επικινδυνότητας για να οδηγηθεί ο σχιζοφρενικός ασθενής στην αυτοκτονία είναι οι παρακάτω: α) το φύλο: άντρας, β) η ηλικία: κάτω των 30 ετών, γ) η συνύπαρξη κατάθλιψης, δ) η ανεργία ή έλλειψη επαγγελματικής απασχόλησης, ε) η χρόνια πορεία και στ) η πρόσφατη έξοδος από νοσοκομείο. (Μάνος,1997,141)

1.2.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Εδώ και πολλά χρόνια αναζητείται η αιτία της σχιζοφρένειας και παρόλες τις προσπάθειες δεν έχει ανευρεθεί. Με το πέρασμα του χρόνου, όμως, έγινε αντιληπτό, ότι κατά πάσα πιθανότητα δεν είναι ορθό να αναζητούμε έναν συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα. Ακόμα, θεωρείται, ότι πιθανότατα η αιτιολογία της Σχιζοφρένειας περιέχει την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, όπως: ψυχολογικών, βιολογικών, κοινωνικών. (Μάνος, 1997, 147)

> «Οι έρευνες μέχρι πρόσφατα συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόπο –παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες, ενδοκρινική δυσλειτουργία κτλ. – χωρίς επιτυχία.» (Μάνος, 1997,148)

Έχουν σχεδιασθεί -όμως- ερευνητικές μεθοδολογίες με νέα δεδομένα, οι οποίες έχουν την ικανότητα να εξετάσουν την αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων, όπως: του περιβάλλοντος με την γενετική προδιάθεση και να μας προσφέρουν μελλοντικά κάποιες πιο ουσιαστικές απαντήσεις.

Στην συνέχεια, θα αναφερθούμε σε κάποιες αιτιολογικές υποθέσεις της Σχιζοφρένειας, που έχουν μελετηθεί και είναι οι ακόλουθες: γενετικές, περιβαλλοντικές και νευροβιολογικές.

Σύμφωνα με την ***γενετική*** βάση της Σχιζοφρένειας, η οποία έχει υποστηριχθεί από ένα μεγάλο αριθμό μελετών που αφορούν: οικογένειες, δίδυμους και υιοθετημένους, έχουν διεξαχθεί τα παρακάτω αποτελέσματα.

> « Οικογενειακές μελέτες μας δείχνουν ότι τα αδέλφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% (δεκαπλάσια δηλαδή του γενικού πληθυσμού) πιθανότατα ν' αναπτύξουν Σχιζοφρένεια. Αντίστοιχα, η πιθανότητα είναι 5-6% αν τα παιδιά έχουν ένα γονιό σχιζοφρενικό, 17% αν έχουν έναν αδελφό και ένα γονιό σχιζοφρενικούς, 46% αν έχουν και τους δύο γονείς σχιζοφρενικούς.» (Μάνος, 1997,148)

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε δίδυμους, δείχνουν σταθερά υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης της Σχιζοφρένειας και στους δύο διδύμους, με ποσοστό 46% στους μονοζυγώτες και 14% στους διζυγώτες.

Τα αποτελέσματα των μελετών με υιοθετημένα άτομα, δείχνουν ότι η επικινδυνότητα για ανάπτυξη Σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς υγιών υιοθετημένων.

Οι παραπάνω μελέτες αποτέλεσαν αφορμή για τη διεξαγωγή έντονης έρευνας γύρω από την αναζήτηση του γονιδίου ή γονιδίων που έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν τη Σχιζοφρένεια. (Μάνος, 1997, 148)

Συμπερασματικά, λοιπόν, καταλήγουμε ότι υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στη Σχιζοφρένεια, αλλά δεν πρέπει να λησμονούμε και το ότι σ' ένα μεγάλο ποσοστό διζυγωτών, αλλά και μονοζυγωτών, δεν αναπτύσσεται Σχιζοφρένεια και στα δύο μέλη του ζεύγους, γεγονός που δείχνει ουσιαστικά τη σημασία και των μη γενετικών παραγόντων. (Μάνος, 1997,148)

Επιπροσθέτως, διερευνήθηκε ***η επίδραση του περιβάλλοντος*** στην εμφάνιση της Σχιζοφρένειας, η οποία ακολούθησε ποικίλες υποθέσεις. Κάποιοι ερευνητές είχαν την άποψη ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (π.χ. σχιζοειδής) ήταν περισσότερο ευάλωτη στην Σχιζοφρένεια. Στην συνέχεια –βέβαια- αποδείχτηκε ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι προσωπικότητας που αναπτύσσουν αργότερα Σχιζοφρένεια.

> « Άλλοι ερευνητές μελέτησαν τον τρόπο επικοινωνίας και τις διαντιδράσεις ανάμεσα στα διάφορα μέλη της οικογένειας των σχιζοφρενικών και περιέγραψαν παθολογικούς τύπους επικοινωνίας, όπως π.χ. παράλογη, ασυνεπή, διπλού δεσμού (ταυτόχρονη επικοινωνία δύο αντιφατικών ή αλληλοαναιρουμένων μηνυμάτων) κ.α. ή γενικά χαμηλότερο επίπεδο ικανοτήτων και επάρκειας στις οικογένειες αυτές απ' ότι σε οικογένειες χωρίς σχιζοφρενικά άτομα» (Μάνος, 1997, 149)

Οπωσδήποτε βέβαια, όλες οι παραπάνω υποθέσεις θεωρούνται –στις μέρες μας- ότι δεν οδήγησαν στην εύρεση αιτιολογικής σχέσης μεταξύ προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας στη λειτουργία της οικογένειας και της Σχιζοφρένειας.

Σήμερα απέχουμε πολύ από την απλοϊκότητα των προηγούμενων δεκαετιών για την ύπαρξη συγκεκριμένου τύπου «σχιζοφρενιογόνου μητέρας» ή συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια που προκαλεί Σχιζοφρένεια. Κατά συνέπεια, ήταν άδικη η ενοχή που κάποιες θεωρίες προκαλούσαν στους συγγενείς των ατόμων με σχιζοφρένεια.

Αξίζει να σημειώσουμε, ότι αν και δεν έχει γίνει ανεύρεση συγκεκριμένων περιβαλλοντικών παραγόντων που να επηρεάζουν την αιτιολογία της Σχιζοφρένειας, παρόλ'αυτά φαίνεται να υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην Σχιζοφρένεια και στην ύπαρξη τραυματισμού ή επιπλοκών κατά τη διάρκεια της γέννησης ή ανάμεσα στην Σχιζοφρένεια και τη γέννηση κατά τους χειμερινούς μήνες. (Μάνος,1997,149)

Όσον αφορά στη ***νευροβιολογική βάση*** της Σχιζοφρένειας, είναι πια παραδεκτή η συγκεκριμένη άποψη, δηλαδή ότι η διαταραχή πιθανότατα προέρχεται κι απ' την συγκεκριμένη αιτιολογική υπόθεση. Η πιο διαδεδομένη νευροβιολογική υπόθεση είναι η υπόθεση της ντοπαμίνης, η οποία άρχισε από την ιδέα ότι η δράση των αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσε να βοηθήσει την παθοφυσιολογία των σχιζοφρενικών ασθενών που θεραπεύουν.

> «Καθώς έχει δειχθεί ότι τα καθιερωμένα αντιψυχωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη μεταβίβαση των νευρικών ερεθισμάτων αποκλείοντας τη δράση του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη στους υποδοχείς της στο μετασυναπτικό νευρώνα, δημιουργήθηκε η υπόθεση ότι η Σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται ή τουλάχιστον να σχετίζεται με υπερβολικά επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης» (Μάνος, 1997,149-150)

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνο (1997), υπάρχουν κι άλλα νευροδιαβιβαστικά συστήματα που έχουν ενοχοποιηθεί και βρίσκονται σε πορεία διερεύνησης σε αναζήτηση της παθογένειας της Σχιζοφρένειας. Τέτοια νευροδιαβιβαστικά συστήματα είναι εκείνα στα οποία εμπλέκονται η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ.

Απ' την άλλη πλευρά, νευροανατομικές μελέτες επιβεβαιώνουν την ύπαρξη δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο των σχιζοφρενικών με τη μορφή διεύρυνσης των κοιλιών, διεύρυνσης των αυλάκων κ.α, που δεν μπορούν να ερμηνευθούν ως

αποτέλεσμα της θεραπείας με νευροληπτικά ή με ηλεκτροσόκ ή λόγω της μακρόχρονης πορείας της αρρώστιας.

Σαφέστατα λοιπόν, τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες διαντιδρούν για την εμφάνιση της Σχιζοφρένειας, η οποία έχει μια νευροβιολογική βάση.

Συμπερασματικά –αξίζει να αναφέρουμε- ότι κατά πάσα πιθανότητα κάποια ευαλωτότητα στη Σχιζοφρένεια μεταβιβάζεται γενετικά, αλλά η ανάπτυξη ενός σχιζοφρενικού φαινότυπου εξαρτάται από την παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων που ακόμη δεν έχουν διευκρινισθεί. (Μάνος, 1997, 150).

1.2.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε όλα τα μέρη του κόσμου και σε όλους τους πολιτισμούς. Η συχνότητα εμφάνισής της είναι στο γενικό πληθυσμό από 0,5% έως 1%. Εμφανίζεται εξίσου σε άντρες και γυναίκες και η ηλικία έναρξης προσδιορίζεται μεταξύ του τέλους της εφηβείας (18-25 για τους άνδρες) και των πρώτων χρόνων της τρίτης δεκαετίας της ζωής αλλά μπορεί να εμφανιστεί και μετά τα 45 χρόνια. Στις γυναίκες έχει παρατηρηθεί σε μεγαλύτερη ηλικία, με περισσότερα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης και έχει καλύτερη πρόγνωση. Στους άντρες εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία. Γενικά στα άτομα, στα οποία η νόσος εμφανίζεται πρώιμα έχει αποδειχτεί ότι έχουν φτωχότερη προνοσηρή προσαρμογή, χαμηλότερη εκπαίδευση, περισσότερες δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και χειρότερη πρόγνωση.

1.2.7. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Για να γίνει σωστή διάγνωση και να θεραπευτεί ευκολότερα και αποτελεσματικότερα η σχιζοφρένεια, οι ψυχίατροι επιχείρησαν να την κατατάξουν σε διάφορες κατηγορίες. Αυτή η κατηγοριοποίηση στηρίζεται σε χρόνια εμπειρίας και έρευνας πάνω σε παρατηρήσιμες συμπεριφορές, συμπτώματα και συναισθήματα που περιγράφουν οι ασθενείς, καθώς και παρατηρήσεις από μέλη των οικογενειών τους, νοσοκόμων, οικογενειακών γιατρών και ψυχιάτρων.

Οι τύποι που θα περιγράψουμε στην συνέχεια προτείνονται από το DSM-IV και αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης εκτίμησης του ασθενή. (Μάνος, 1997).

α) Αποδιοργανωμένος τύπος

Αυτός ο τύπος σχιζοφρένειας ονομάζεται και ηβηφρενικός και τα διαγνωστικά του κριτήρια κατά DSM-IV, είναι τα ακόλουθα:

Α. Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω:
1) αποδιοργανωμένος λόγος
2) αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
3) επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα
Β. Δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου

Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και ο αποδιοργανωμένος λόγος μπορεί να συνοδεύονται από ανόητη συμπεριφορά και ανόητο γέλιο. Δεν εμφανίζονται συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες, μπορεί όμως να υπάρχουν διασπασμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Συχνά συνυπάρχουν: μαννερισμοί, υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά. Στον τομέα της κοινωνικότητας, υπάρχει μεγάλη έκπτωση. Σύνηθες φαινόμενο είναι να υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση.

β) Παρανοϊκός τύπος

Κατά DSM-IV, είναι ο τύπος της σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια:

Α. Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις

Β. Δεν προεξάρχει κανένα από τα παρακάτω: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.

Αυτός ο τύπος χαρακτηρίζεται από ακραία καχυποψία, υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου, ψευδαισθήσεις και/ή παραληρητικές ιδέες καταδίωξης ή, σπανιότερα, υπερβολική αίσθηση μεγαλείου. Άλλα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται χωρίς φανερό λόγο είναι η ανησυχία, ο θυμός, η ετοιμότητα για φιλονικίες, η ζήλια, το άγχος, και περιστασιακά η βιαιότητα. Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού είναι ικανοποιητική σε κοινωνικές/επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Κατά συνέπεια, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδία και να εργάζονται.

γ) Κατατονικός τύπος

Κατά DSM-IV, είναι ο τύπος της σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια:

1) κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με εμβροντησία (stupor)
2) υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
3) ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία
4) ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές απο στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς
5) ηχολαλία ή ηχοπραξία

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι για να διαγνωστεί αυτός ο τύπος, θα πρέπει να πληροί όλα τα κριτήρια της σχιζοφρένειας και να μην υπάρχει άλλη αιτιολογία για την κατατονία όπως κάποια ουσία (π.χ νευροληπτικά), κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.

δ) Μη διαφοροποιημένος τύπος

Μερικές φορές τα κύρια ψυχωτικά συμπτώματα δεν μπορούν να καταταχθούν σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες ή πληρούν τα κριτήρια για περισσότερους από έναν τύπους σχιζοφρένειας.

ε) Υπολειμματικός τύπος

Κατά DSM-IV, είναι ο τύπος της σχιζοφρένειας στον οποίο τηρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

Α. Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

Β. Υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο περισσότερων συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται στο Κριτήριο Α για τη Σχιζοφρένεια, που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες)

Ο όρος υπολειμματικός τύπος, χρησιμοποιείται όταν υπάρχει τουλάχιστον ένα αναγνωρίσιμο επεισόδιο σχιζοφρένειας, με διακοπή στη συνέχεια των εμφανών ψυχωτικών συμπτωμάτων, ενώ λιγότερο εμφανή συμπτώματα συνεχίζουν να υφίστανται, όπως κοινωνική απομόνωση, εκκεντρική συμπεριφορά, ακατάλληλα συναισθήματα και σκέψεις κλπ.

Σήμερα, οι ψυχίατροι μιλούν κυρίως για ομάδες συμπτωμάτων: ομάδες θετικών συμπτωμάτων, ομάδες αρνητικών συμπτωμάτων, ομάδες αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, ομάδες συμπτωμάτων διάθεσης και ομάδες γνωστικών συμπτωμάτων. Εφόσον σήμερα υπάρχουν φαρμακευτικές θεραπείες που αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα διάθεσης και όλο και καλύτερες για την αντιμετώπιση των γνωστικών συμπτωμάτων, στο μέλλον οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια θα μπορούν να θεραπεύονται βάσει των ομάδων συμπτωμάτων που παρουσιάζουν. Με άλλα λόγια, μπορούν να λαμβάνουν διάφορα αντιψυχωτικά φάρμακα που θα αντιμετωπίζουν διαφορετικές πλευρές της ψύχωσης. (Μάνος, 1997).

1.2.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο ασθενής υπόκεινται σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα και βελτιώνει όσο το δυνατόν περισσότερο την ποιότητα ζωής του. Πέρα από αυτό το σημείο-κλειδί, η θεραπεία περιλαμβάνει σχεδόν πάντα αντιψυχωτικά φάρμακα για μεγάλες περιόδους.

Το νοσοκομείο και ο φορέας υγείας μπορούν να προσφέρουν ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, εκπαίδευση προσαρμογής, φυσικές δραστηριότητες και εργασιακή θεραπεία. Το εξωνοσοκομειακό προσωπικό μπορεί επίσης να προσφέρει βοήθεια όσον αφορά τυχόν κρατικά επιδόματα ή συντάξεις ανικανότητας και προγράμματα στέγασης.

Η οικογένεια, ως ένας ιδιαίτερα ενδιαφέρων παράγοντας που σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια της νόσου, αποτελεί πεδίο παρέμβασης στη θεραπευτική αποκατάσταση του ασθενούς Τα προγράμματα ενημέρωσης της οικογένειας, που συνήθως είναι ξεχωριστά από τις δραστηριότητες που αφορούν στον ασθενή, είναι ένα έξοχο μέσο ενημέρωσης για την ασθένεια.

Στη διάρκεια της φάσης σταθεροποίησης ο ασθενής μπορεί να είναι ακόμα ασταθής, τόσο νευροχημικά όσο και ψυχολογικά. Πιθανόν να εμφανίζει ακόμα συμπτώματα μέτριας έντασης, επειδή τα φάρμακα χρειάζονται πολλές εβδομάδες, ακόμα και μήνες, για να μειώσουν τα συμπτώματα. Κατά συνέπεια οι καλύτερες θεραπευτικές δραστηριότητες μπορεί να είναι πιο απλές και ήπιες από ό,τι πρέπει να είναι στη μεταγενέστερη σταθερή φάση.

Μπορεί να είναι καλύτερο να υπάρχουν περισσότερο δομημένες και λιγότερο πολύπλοκες θεραπευτικές δραστηριότητες. Οι πολυπλοκότερες ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορούν να εφαρμοστούν όταν τα συμπτώματα μειωθούν περισσότερο και επανέλθουν οι σύνθετες γνωστικές ικανότητες (Ευθυμίου, 2002).

Μερικές φορές οι εξωνοσοκομειακές θεραπευτικές υπηρεσίες ομαδοποιούνται σε ένα ημερήσιο πρόγραμμα, όπου οι ασθενείς συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες ορισμένες ημέρες την εβδομάδα. Άλλες υπηρεσίες επιτρέπουν στους ασθενείς να επιλέξουν ομάδες, έτσι ώστε οι δραστηριότητές τους να προσαρμόζονται στις ανάγκες τους. Αυτά τα ημερήσια προγράμματα μπορούν ακόμη να

περιλαμβάνουν ατομική συμβουλευτική. Η προσφορά εξωνοσοκομειακής θεραπείας διαφέρει από περιοχή σε περιοχή και σε ορισμένες περιφέρειες λείπει εντελώς.

1.2.9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΤΑΘΕΡΗ ΦΑΣΗ

Προκειμένου να προγραμματιστεί μια θεραπεία διαρκείας για τον ασθενή, είναι σημαντικό να υιοθετηθεί μια στρατηγική, η οποία να ενσωματώνει τόσο τις φαρμακευτικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Με αυτήν την έννοια, η θεραπεία αντανακλά τα αίτια της ίδιας της ασθένειας: είναι καλύτερο να θεωρείται η σχιζοφρένεια ως μια ασθένεια, όπου τα υπερβολικά υψηλά επίπεδα άγχους ενεργοποιούν μια υφιστάμενη προδιάθεση (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ., 1990)

Έτσι, ο ασθενής θα έχει καλύτερη εξέλιξη, εάν η θεραπεία αντιμετωπίζει τόσο την προδιάθεση όσο και το άγχος. Για να επιτευχθεί αυτό, χρησιμοποιείται συνήθως ένας συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Τα φάρμακα αυξάνουν το όριο προδιάθεσης, π.χ. το επίπεδο του άγχους που μπορεί ο ασθενής να αντιμετωπίσει χωρίς να καταρρεύσει. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες από την άλλη πλευρά, επιτρέπουν στον ασθενή να αντιμετωπίζει καλύτερα το είδος και την ποσότητα των αγχογόνων παραγόντων, έτσι ώστε να μην υπερβούν ένα συγκεκριμένο όριο ασφαλείας. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την παρέμβαση της οικογένειας, την αντιμετώπιση του άγχους, την εκπαίδευση σε βασικές καθημερινές δεξιότητες και τη διαχείριση της συγκεκριμένης κατάστασης. Ωστόσο, ο πρώτος στόχος είναι να εξοικειωθεί ο ασθενής με τη φαρμακευτική αγωγή.

1.2.10. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τα φάρμακα αποτελούν τη βάση της θεραπείας για τη σχιζοφρένεια. Αφού περάσει η οξεία φάση του ψυχωτικού επεισοδίου, οι περισσότεροι ασθενείς θα λαμβάνουν φάρμακα για αόριστο χρόνο. Αυτό συμβαίνει επειδή η προδιάθεση για ψύχωση δε φεύγει, αν και ορισμένα ή όλα τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται. Για παράδειγμα: Χωρίς τακτική φαρμακευτική αγωγή, η πιθανότητα υποτροπής ανέρχεται μέσα στα επόμενα δύο χρόνια στο 80-90%. Αντίθετα, το ποσοστό

υποτροπής μειώνεται στο μισό στους ασθενείς που παίρνουν μόνο αντιψυχωτικά. Τα ποσοστά υποτροπής μειώνονται ακόμη περισσότερο, όταν λαμβάνουμε και άλλα θεραπευτικά μέτρα (όπως περιγράφονται στο τμήμα Ψυχοκοινωνική Θεραπεία). Έτσι, η φαρμακευτική αγωγή παίζει μακροπρόθεσμα ένα προληπτικό ρόλο, ενώ βραχυπρόθεσμα αντιμετωπίζει τα συμπτώματα.

Τα φάρμακα πρώτης γενιάς εμφανίστηκαν μεταξύ του 1955 και του 1980. Κατά τύχη ανακαλύφθηκε ότι καταπολεμούσαν τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις. Μόνο μετά από εκτενείς έρευνες διαπιστώθηκε ότι λειτουργούσαν ως αναστολείς. Χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων (παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις) της σχιζοφρένειας.

Τα φάρμακα δεύτερης γενιάς διατίθενται στην αγορά από το 1990. Λειτουργούν το ίδιο καλά πάνω στα θετικά συμπτώματα και έχουν τεκμηριωμένη δράση κατά των αρνητικών συμπτωμάτων. Απομένει να αποδειχθεί αν τα νέα φάρμακα έχουν επίδραση και στα γνωστικά συμπτώματα, όπως η απώλεια μνήμης και τα προβλήματα συγκέντρωσης.

Το αντιψυχωτικό δεύτερης γενιάς Κλοζαπίνη (clozapine [Leponex]) δημιουργήθηκε για να λειτουργήσει ως αναστολέας πολλών νευροδιαβιβαστών. Η Ρισπεριδόνη (Risperdal) αναπτύχθηκε ως αναστολέας της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης. Η Ολανζαπίνη (Zyprexa) και η Κιουατιεπίνη (Seroquel) έχουν παρόμοια επίδραση με την Κλοζαπίνη.

Επειδή δεν έχουν τόσο ισχυρή δράση ως αναστολείς της ντοπαμίνης, τείνουν να προκαλούν λιγότερες παρενέργειες που συνδέονται με την αναστολή της ντοπαμίνης, π.χ. τρόμος, κράμπες μυών και διέγερση. Δυστυχώς, έχουν τις δικές τους ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως την τάση αύξησης του βάρους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα υγείας από ό,τι οι κράμπες και ο τρόμος.

Η δοσολογία για κάθε ασθενή εξαρτάται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων. Αυτοί περιλαμβάνουν τις σωματικές διαφορές, όπως το φύλο, το βάρος, το μεταβολικό ρυθμό, τη σωματική υγεία και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Υπάρχουν πολλές μορφές χορήγησης. Η πιο κοινή είναι τα χάπια που λαμβάνονται από το στόμα. Ορισμένα φάρμακα διατίθενται επίσης και σε υγρή μορφή. Και οι δύο μορφές χορήγησης από του στόματος προϋποθέτουν συνεπή χρήση, ώστε ο οργανισμός να εφοδιάζεται σταθερά με το φάρμακο. Εάν αυτό δεν

είναι δυνατόν, ορισμένα φάρμακα διατίθενται και σε ενέσιμη μορφή. Ένα ενέσιμο, βραχείας δράσης φάρμακο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ταχεία χορήγηση, για παράδειγμα όταν ο ασθενής είναι πολύ φοβισμένος ή ανήσυχος. Μια άλλη ενέσιμη μορφή με μακροπρόθεσμη δράση χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής δεν μπορεί ή δε θέλει να παίρνει καθημερινά φάρμακα από το στόμα. Σήμερα μόνο τα πρώτης γενιάς φάρμακα είναι διαθέσιμα σε ενέσιμη μορφή με μακροπρόθεσμη δράση. Τα περισσότερα αντιψυχωτικά φάρμακα προσφέρουν ουσιαστική βελτίωση στα δύο τρίτα των ασθενών που έχουν υποστεί ένα ψυχωτικό επεισόδιο. Από αυτούς περίπου οι μισοί εμφανίζουν πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων. Οι υπόλοιποι εμφανίζουν ουσιαστική βελτίωση, αν και ορισμένα συμπτώματα παραμένουν ακόμη κι αν λαμβάνουν με συνέπεια την αγωγή τους. Δυστυχώς, το υπόλοιπο ένα τρίτο δεν ανταποκρίνεται σε ένα φάρμακο. Σ' αυτή την περίπτωση ο γιατρός θα δοκιμάσει ένα διαφορετικό αντιψυχωτικό. Πολλοί ασθενείς αυτής της κατηγορίας ανταποκρίνονται επιτυχώς στο δεύτερο φάρμακο, ακόμη κι αν το πρώτο δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό. Η επιλογή του φαρμάκου εξαρτάται σημαντικά από την κάθε περίπτωση. Πολλοί, αν και όχι όλοι οι ειδικοί, πιστεύουν ότι τα νεότερα φάρμακα αποτελούν την καλύτερη επιλογή. Αυτό δεν ισχύει πάντα: ορισμένες φορές ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται αρχικά ή το φάρμακο δεύτερης γενιάς χάνει την αποτελεσματικότητά του. Άλλες φορές, το άτομο βρίσκει αφόρητες τις παρενέργειες των νεότερων φαρμάκων. Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί τουλάχιστον σε δύο φάρμακα μετά από 6-12 μήνες συνεπών προσπαθειών, ο γιατρός μπορεί να συστήσει clozapine (Leponex). Το clozapine αποτελεί σήμερα την καλύτερη επιλογή για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλα φάρμακα (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.).

Μερικές φορές ο γιατρός μπορεί να συνταγογραφήσει φάρμακα για άλλα συμπτώματα, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος. Ο ασθενής μπορεί ακόμη να λαμβάνει θεραπεία για άλλες σωματικές παθήσεις. Ο συνδυασμός φαρμάκων συνεπάγεται πάντα προβλήματα: ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει όλα τα βότανα, τα σπιτικά φάρμακα, την ποσότητα του καφέ, τον αριθμό των τσιγάρων και τα ναρκωτικά που παίρνει ο ασθενής. Τα νέα αντιψυχωτικά φάρμακα εξελίσσονται συνεχώς βάσει όλο και πιο πολύπλοκων ερευνητικών στρατηγικών αντίθετα με τα παλαιότερα φάρμακα. Δεν αρκεί απλώς να αποδειχθεί ότι το νέο φάρμακο είναι αποτελεσματικό κατά των θετικών συμπτωμάτων, όπως οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις. Οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να αποτιμήσουν επίσης τη βελτίωση που προσφέρουν και στα αρνητικά συμπτώματα, καθώς και στο γνωστικό πεδίο. Η

ασφάλεια και η ανοχή (π.χ. παρενέργειες) των φαρμάκων αποτιμώνται τώρα πολύ προσεκτικότερα από ποτέ.

Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους ενδιαφέρονται επίσης για το βαθμό βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Οι επιστήμονες θέλουν να κατανοήσουν το μηχανισμό και το σημείο δράσης των νέων φαρμάκων, ελπίζοντας ότι έτσι θα κατανοήσουν καλύτερα και τα αίτια της σχιζοφρένειας. Η εκτίμηση όλων αυτών των παραγόντων προϋποθέτει προσπάθειες πολλών μηνών. Κλινικές έρευνες σήμερα εκτιμούν αυτά τα ζητήματα για πολλές υποομάδες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Για παράδειγμα, εκείνοι που έχουν υποστεί σοβαρά, οξέα επεισόδια, οι εξωτερικοί ασθενείς των οποίων η κατάσταση είναι σταθερή, ωστόσο ανταποκρίνονται μόνο μερικώς στα υπάρχοντα φάρμακα, εκείνοι με ή χωρίς συνοδευτική κατάθλιψη και εκείνοι με μικρή ή καθόλου ανταπόκριση σε διάφορα φάρμακα.

1.2.11. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μετά από ένα οξύ επεισόδιο και διάγνωση της σχιζοφρένειας ο ασθενής θα χρειαστεί πιθανότατα βοήθεια για να προσαρμοστεί στην ασθένεια. Για τον ασθενή με σχιζοφρένεια η παρακολούθηση του σχολείου, η δουλειά, η αυτόνομη διαβίωση, ακόμη και η προσωπική φροντίδα σπάνια μπορούν να γίνουν κατορθωτά χωρίς εξωτερική παρέμβαση. Αυτή η παρέμβαση ή ψυχοκοινωνική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ατομική συμβουλευτική ή εκπαίδευση, μηχανισμούς ομαδικής υποστήριξης, προγράμματα δραστηριοτήτων ή καθημερινή παρακολούθηση και επικοινωνία με τους παροχείς υπηρεσιών υγείας. Οι καλύτερες θεραπευτικές στρατηγικές είναι εκείνες που συνδυάζουν τα φάρμακα με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Με το συνδυασμό ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών μέτρων με τις κατάλληλες ιατρικές πρακτικές μειώνεται η ανάγκη επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η ανησυχία για τα συμπτώματα που διατηρούνται (Ekdawi & Conning, 1998). Η προσθήκη ψυχοκοινωνικών θεραπειών θα αυξήσει τη λειτουργικότητα στο σχολείο και στη δουλειά, θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής και θα παράσχει υποστήριξη στον ασθενή και στην οικογένειά του. Το αποτέλεσμα του συνδυασμού θεραπευτικών μέσων δεν είναι αμελητέο.

Προηγουμένως αναφέραμε ότι το αποτέλεσμα της απλής τακτικής λήψης φαρμάκων είναι ένα ποσοστό υποτροπής μειωμένο στο μισό, π.χ. 40-50% σε διάστημα 2 ετών. Το αποτέλεσμα της προσθήκης οικογενειακών παρεμβάσεων ή εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων στη φαρμακευτική θεραπεία μειώνει ξανά στο μισό τις πιθανότητες υποτροπής σε διάστημα 2 ετών. Και υπάρχουν στοιχεία ότι ο συνδυασμός φαρμάκων, οικογενειακής θεραπείας και εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες υποτροπής ακόμα περισσότερο.

Σε μια ασθένεια που οφείλεται σε μόνιμη προδιάθεση, το σημαντικότερο συστατικό της θεραπείας είναι η συμμαχία μεταξύ του ασθενούς, της ιατρικής ομάδας και της οικογένειας. Το ενδιαφέρον για τους προβληματισμούς και τους στόχους ζωής του ασθενούς θα βοηθήσει να εδραιωθεί ενσυναίσθηση και αρμονική σχέση, που είναι απαραίτητη για ένα επιτυχημένο θεραπευτικό σχήμα. Ο ασθενής πρέπει να θέτει επίμονα στόχους και να επιτυγχάνει ρεαλιστικές προόδους σε καθημερινή βάση. Η ένταση των θεραπευτικών παρεμβάσεων πρέπει να αντανακλά τη βοήθεια που απαιτείται για να καταφέρει να επιτύχει αυτούς τους στόχους (American Psychiatric Association, 1997).

Οι πιο εντατικές παρεμβάσεις αφορούν στο πρώτο έτος μετά από ένα οξύ επεισόδιο. Η ένταση των παρεμβάσεων μπορεί να μειωθεί με το πέρασμα του χρόνου σε πολλούς ασθενείς. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται συχνή παρακολούθηση, επέμβαση σε περίπτωση κρίσης (με υπηρεσίες τις νυκτερινές ώρες) και εντατικές υπηρεσίες σε συνεχή βάση (Carpenter, 1987).

Τα θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα σχέδιο αντιμετώπισης κρίσεων. Ο ασθενής, όπως και οι περισσότεροι άνθρωποι, θα νιώθει στρεσαρισμένος κατά διαστήματα. Ωστόσο, αν αυτό το στρες συνεχιστεί για μεγάλο διάστημα ή γίνει πολύ έντονο, μπορεί να εξελιχθεί σε ψυχωτικό επεισόδιο. Κατά συνέπεια είναι σημαντικό να μπορούμε να αναγνωρίσουμε τα προειδοποιητικά συμπτώματα και να ανταποκρινόμαστε χωρίς καθυστέρηση μειώνοντας το στρες. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα, αν έχουμε εντοπίσει τα προειδοποιητικά συμπτώματα από προηγούμενα επεισόδια και έχουμε έτοιμο ένα σχέδιο δράσης.

Ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών οφείλει να περιλαμβάνει από την αρχή την οικογένεια του ασθενούς, την παροχή πληροφοριών για την ασθένεια στον ασθενή και την οικογένεια, άμεση πρόσβαση σε γιατρό και παροχή δυνατοτήτων στέγασης

(βοήθεια στην εύρεση κατάλληλου καταλύματος), συμβουλές σχετικά με τη διαδικασία παροχής επιδομάτων ανικανότητας και οικονομικής βοήθειας. (American Psychiatric Association, 1997).

1.2.12 ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ψυχοικοινωνικές – θεραπευτικές παρεμβάσεις για τους χρόνιους ψυχωσικούς ασθενείς προέρχονται από διαφορετικές θεωρητικές κατευθύνσεις, με προεξάρχουσα τη συμπεριφορική. Στον τομέα των θεραπευτικών τεχνικών, οι συμπεριφορικές, οι γνωσιακές και άλλες μαθησιακές μορφές έχουν αναφερθεί ως ιδιαίτερα κατάλληλες. (Βερονίκη-Καρύδη, 2004).

Α] Ατομική ψυχοκοινωνική προσέγγιση

Α.1 Συμπεριφορική προσέγγιση

Η συμπεριφορική ατομική προσέγγιση αποτελεί βάση πάνω στην οποία στηρίζεται το μοντέλο της εκπαιδευτικής – ψυχοκοινωνικής παρέμβασης κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ένταξης χρόνιων ψυχωσικών.

Σύμφωνα με την Βερονίκη-Καρύδη Μ. (2004), οι βασικές συμπεριφορικές αρχές μπορούν να συνοψιστούν στα εξής σημεία:

- Η ελλειμματική συμπεριφορά (απόσυρση, έλλειμμα κοινωνικών δεξιοτήτων), μαθαίνεται και διατηρείται με τις ίδιες διεργασίες όπως η φυσιολογική συμπεριφορά
- Δεν υπάρχουν «αρρώστιες», αλλά συμπτώματα που περιορίζουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου στο «εδώ και τώρα»
- Στόχος είναι η εξάλειψη των συμπτωμάτων στο «εδώ και τώρα»
- Δίνεται βάση στη συμπεριφορική ανάλυση, προκειμένου οι θεραπευτές να αξιολογήσουν τα συμπτώματα και να κάνουν ένα θεραπευτικό σχήμα κατάλληλο για τη συγκεκριμένη περίπτωση.

Οι θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης, οι οποίες είναι:

- Η εκλεκτική ενίσχυση, κατά την οποία ενισχύονται επιλεκτικά ορισμένες επιθυμητές συμπεριφορές
- Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες
- Οι διάφορες τεχνικές αυτοδιαχείρισης.

Α.2 Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες
(εξατομικευμένη μορφή παρέμβασης)

Είναι γνωστό ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει ένα ή περισσότερα λειτουργικά πεδία του ασθενούς (το συναίσθημα, τη συμπεριφορά κλπ), δυσκολεύει τις συναισθηματικές διεργασίες και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και την κοινωνική συναλλαγή. Οι ασθενείς που εκπαιδεύονται στην εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων βιώνουν μειωμένο άγχος στις κοινωνικές συναναστροφές. Η εκπαίδευση μπορεί να γίνει σε διαφορετικά περιβάλλοντα, σε διαφορετικές μορφές και σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. (Βερονίκη-Καρύδη, 2004).

Η εργασιακή προσαρμογή αποτελεί το δυσκολότερο είδος προσαρμογής για τον ασθενή, καθώς αποτελεί συνδυασμό δυνατοτήτων και ικανοτήτων (αντικειμενικό έλεγχο της πραγματικότητας, συναισθηματική σταθερότητα, καλή κοινωνική προσαρμογή, καλή επικοινωνία κλπ). Η προετοιμασία λοιπόν για την εργασιακή ένταξη αποτελεί μια θεραπευτική παρέμβαση.

Α.3 Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Μια βασική έννοια στην ψυχοθεραπεία για ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η δημιουργία μια θεραπευτικής σχέσης την οποία ο ασθενής αντιλαμβάνεται ως ασφαλή και στο πλαίσιο αυτής της σχέσης είναι δυνατή η ανάπτυξη της εναισθησίας.(Βερονίκη-Καρύδη, 2004)

Α.4 Ατομική συμβουλευτική

Η ατομική συμβουλευτική είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που παρέχεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η συμβουλευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την παροχή πληροφόρησης, στήριξης και εμπλοκής του ίδιου του ασθενούς στην εξεύρεση λύσεων και έχει στόχο να βοηθήσει και να ενισχύσει το άτομο στη λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών για ποικιλία θεμάτων που το απασχολούν. (Βερονίκη-Καρύδη, 2004)

Β] Ομαδική ψυχοκοινωνική προσέγγιση

Β.1 Θεραπεία ομάδας

> «Η ομαδική θεραπεία για ασθενείς με σχιζοφρένεια, εστιάζεται κυρίως σε ρεαλιστικά σχέδια και στην επίλυση προβλημάτων τους, και αποσκοπεί στην ανάπτυξη εκφραστικών ικανοτήτων του ασθενούς. Οι ομάδες μπορεί να είναι συμπεριφορικής, υποστηρικτικής ή ψυχοεκπαιδευτικής κατεύθυνσης, και στοχεύουν κατά πρώτο στην ψυχολογική στήριξη, αλλά και στη βοήθεια για την αντιμετώπιση καταστάσεων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής.» (Βερονίκη-Καρύδη, 2004)

Η παραπάνω συγγραφέας, υποστηρίζει ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, την αύξηση του αισθήματος συνοχής, την επίλυση προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις και τη βελτίωση της αντίληψης της πραγματικότητας για ασθενείς με σχιζοφρένεια. Έχει διαπιστωθεί ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία ψυχωτικών ασθενών, με παράλληλη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων, υπερέχει από εκείνη της ατομικής ως προς τα αποτελέσματα.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των προβλημάτων των ασθενών, τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε ασθενούς, αλλά και τις ανάγκες του πλαισίου αναφοράς των ασθενών, γίνεται εφικτή η λειτουργία θεραπευτικών ομάδων (κοινωνική εργασία με ομάδες, ομάδα περιστατικού, ομάδα οργάνωσης δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής κλπ). Η καθοδήγηση, η υποστήριξη και η ενδυνάμωση αποτελούν το θεωρητικό υπόβαθρο λειτουργίας αυτών των ομάδων. (Βερονίκη-Καρύδη, 2004)

Β.2 Θεραπευτική κοινότητα ασθενών

Πέραν των θεραπευτικών ομάδων, που λειτουργούν κυρίως στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (εργοθεραπεία, κινητοποίηση, εκμάθηση δεξιοτήτων, εκπαίδευση σε εργασιακές ικανότητες κλπ), σημαντικό ρόλο έχει να παίξει και η θεραπευτική κοινότητα ασθενών. Πρόκειται για μια μεγάλη ομάδα, στην οποία μέλη είναι οι θεραπευόμενοι, οι θεραπευτές καθώς και όλοι οι εμπλεκόμενοι στη διαδικασία αποκατάστασης. Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί τη βάση για την αυτοοργάνωση των ασθενών και για την καταπολέμηση του στίγματος και του αυτοστιγματισμού. (Βερονίκη-Καρύδη, 2004)

Γ] Οικογενειακή προσέγγιση

Γ.1 Θεραπεία οικογένειας

Υπάρχει μια ποικιλία θεραπειών που επικεντρώνονται στην οικογένεια, οι οποίες είναι αποτελεσματικές στις διάφορες φάσεις εξέλιξης της ψύχωσης. Η Βερονίκη-Καρύδη Μ. (2004), υποστηρίζει ότι η οικογενειακή θεραπεία ενδείκνυται μετά το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, καθώς μετά από αυτό ο ασθενής βρίσκεται εν μέρη σε ύφεση και η οικογένειά του αντιμετωπίζει συναισθηματική αναστάτωση και πρέπει να ενημερωθεί για την ψυχική νόσο.

> «Η θεραπευτική προσέγγιση εστιάζεται στην κατάσταση προς άμεση αντιμετώπιση και στοχεύει στη σωστή ενημέρωση για τη βιολογική βάση των ψυχιατρικών διαταραχών, τη σημασία της βιολογικής υποστήριξης και την αργή πορεία της βελτίωσης, καθώς και την αναγνώριση και αποφυγή πιθανών προβληματικών καταστάσεων (πρόληψη αυτοκτονιών, συμμαχία στη φαρμακευτική συμμόρφωση κλπ).» (Βερονίκη-Καρύδη, 2004,693)

1.3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

1.3.1. ΕΡΓΑΣΙΑ

Όταν οι έφηβοι ασθενείς βρεθούν σε φάση αποθεραπείας, ίσως μπορέσουν να συνεχίσουν τις ακαδημαϊκές σπουδές τους ή την επαγγελματική τους εκπαίδευση. Οι έφηβοι με σχιζοφρένεια έχουν συνήθως ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Ίσως χρειαστούν επιπρόσθετη υποστήριξη και λιγότερο ακαδημαϊκό φορτίο ή μπορούν να επωφεληθούν σπουδών ειδικού σχολείου και ειδικού ημερήσιου προγράμματος, σχεδιασμένου αποκλειστικά για εφήβους που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Τέτοια σχολεία ίσως συνδέονται με νοσοκομειακές κλινικές ή κέντρα ψυχικής υγείας.

Οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς μπορεί να χρειαστούν βοήθεια στην επαγγελματική τους κατάρτιση, στην εύρεση εργασίας ή στην τριτοβάθμια εκπαίδευσή τους, εάν αυτό είναι δυνατόν (American Psychiatric Association, 1997). Πολλοί από αυτούς ίσως χρειαστούν οικονομική υποστήριξη τύπου σύνταξης αναπηρίας, αν και μια εργασία μειωμένου ωραρίου, μια προστατευμένη οικονομικά

εργασία ή μια εθελοντική απασχόληση θα ήταν πιο κατάλληλη για το βαθμό λειτουργικότητάς τους.

1.3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια οδηγεί σε πτώση των κοινωνικών δεξιοτήτων, έλλειψη κινήτρων και πολύ συχνά σε παράνοια. Το αποτέλεσμα είναι συνήθως η κοινωνική απόσυρση. Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους είναι πολύ σημαντικές στην ανάπτυξη των υγιών εφήβων. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, ίσως χρειαστούν βοήθεια προκειμένου να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες και να επανασυνδεθούν με ομάδες συνομηλίκων. Κάποιοι ασθενείς που ανακάμπτουν από ένα σοβαρό ψυχωσικό επεισόδιο ή που απονοσηλεύονται, μπορούν να επιτύχουν επανασύνδεση με παλιούς φίλους. Άλλοι βρίσκουν προτιμότερο να συναναστρέφονται με άτομα που βίωσαν και αυτά μια ψυχική διαταραχή. Η κοινωνική ενσωμάτωση μπορεί να ενισχυθεί από ομάδες εξάσκησης κοινωνικών δεξιοτήτων, προγράμματα ψυχιατρικών κέντρων ημέρας ή κοινωνικά δομημένες δραστηριότητες στην κοινότητα (Bellack et al., 2000).

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή και επίμονη ψυχική διαταραχή και όχι μόνο μια φάση που θα παρέλθει και, επομένως, οι ρεαλιστικές προσδοκίες θα πρέπει να τίθενται αναφορικά με το βαθμό λειτουργικότητας του κάθε ασθενούς. Αλλά σίγουρα στις μέρες μας υπάρχει περισσότερη αισιοδοξία απ' ό,τι στο παρελθόν. Γιατί ο στόχος της θεραπείας δεν είναι μόνο η παροχή βοήθειας στον ασθενή προκειμένου να επιστρέψει όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον προηγούμενο βαθμό λειτουργικότητάς του, αλλά επιπλέον η παροχή βοήθειας προκειμένου να συμβαδίσει όσο το δυνατόν καλύτερα με τα αναπτυξιακά επιτεύγματα της ηλικίας του. Η στρατηγική για τη θεραπεία του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες του, την εξελικτικά αναπτυσσόμενη προσωπικότητά του, καθώς και συγκεκριμένες οικογενειακές και κοινωνικές συνιστώσες. Με πρώιμη και συνεχή θεραπεία (αντιψυχωσικά φάρμακα και ψυχο-κοινωνική αποκατάσταση), συνεπικουρούμενη από τις θεαματικές βελτιώσεις στον τομέα αυτόν (ένεκα της συνεχούς έρευνας πάνω στο θέμα των νέων θεραπειών), οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια ίσως μπορέσουν να επιτύχουν καλύτερο βαθμό λειτουργικότητας, σε σχέση με τη

λειτουργικότητα των ατόμων που έπασχαν από αυτή τη σοβαρή νόσο στο παρελθόν (Hoening, 1974, 297-308).

1.3.3. ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Υπάρχουν διάφορες επιλογές όσον αφορά στη διαβίωση του ασθενούς με σχιζοφρένεια. Περιλαμβάνουν τη συμβίωση, τη διαμονή σε ομαδικό σπίτι, ξενώνα, διαμέρισμα, δωμάτιο ή κοινό χώρο με άλλους. Το επίπεδο της λειτουργικότητας του ασθενούς είναι ο κύριος παράγοντας που καθορίζει την επιλογή του τόπου διαμονής. Έτσι είναι σημαντικό να καθορίσουμε το επίπεδο υποστήριξης ή επίβλεψης που προσφέρει κάθε επιλογή. Οι ομαδικές κατοικίες προσφέρουν μεγάλη ποικιλία στο βαθμό υποστήριξης. Η επίβλεψη μπορεί να είναι σε 24ωρη βάση ή απλώς να περνά κάποιο άτομο για έλεγχο. Μπορεί να υπάρχει ή όχι συμβουλευτική υπηρεσία ή εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων μέσα στο ίδρυμα (Hoening, 1974, 297-308).

Οι κανόνες και η πολιτική μπορούν επίσης να διαφέρουν σημαντικά. Προφανώς πρέπει οι υπεύθυνοι του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια να γνωρίζουν ακριβώς τι προσφέρεται σε κάθε περίπτωση πριν αποφασίσουν για το καλύτερο ίδρυμα. Οι ξενώνες και οι κατοικίες από κοινού με άλλους προσφέρουν συνήθως λίγη επίβλεψη και η διαμονή σε διαμέρισμα προϋποθέτει αρκετή αυτονομία και λειτουργικότητα του ασθενούς. Αρχικά θα ήταν προτιμότερος ένας σημαντικός βαθμός οικογενειακής υποστήριξης.

1.3.3.1. ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ

Αν ο ασθενής καταφέρει να αναρρώσει λειτουργικά σε ένα καλό επίπεδο, ένας από τους στόχους που μπορεί να βάλει είναι να αποκτήσει μια αυτόνομη διαβίωση (από μια ηλικία και έπειτα). Σταδιακά πρέπει να εμφυτευθεί η αντίληψη αυτή στο μυαλό του ασθενούς.

Οι οικογένειες συνιστούν ο ασθενής να δεσμευθεί στο θέμα του χρόνου που θα γίνει η μετακόμιση. Οφείλουν να συνεργαστούν μαζί με τον κοινωνικό λειτουργό (αν υπάρχει) στον καθορισμό της ημερομηνίας, ώστε να υπάρχει αρκετός χρόνος να αναζητηθεί και να βρεθεί ο κατάλληλος χώρος (Hoening, 1974, 297-308).

Αφού ολοκληρωθεί η μετακόμιση, ο ασθενής μπορεί να νιώθει προσβεβλημένος. Είναι σημαντικό η οικογένεια να τον βοηθήσει και να τον στηρίξει με τρόπο που να μη νιώθει εγκαταλελειμμένος. Θα πρέπει να περάσει αρκετός χρόνος για να υιοθετήσει την άποψη ότι η μετακόμιση είναι ένα θετικό βήμα. Εκτός από τη συναισθηματική υποστήριξη, μπορεί να χρειαστεί η οικογένεια να συμβάλλει στο νοικοκυριό, στα ψώνια, στο μαγείρεμα και στη διαχείριση των οικονομικών. Η καθημερινή βοήθεια, που μπορεί να χρειάζεται ο ασθενής, εξαρτάται βέβαια από την κατάσταση της υγείας του.

Ανάλογα με τις συνήθειες και τις παραδόσεις της οικογένειας οι σχέσεις πρέπει να γίνουν λιγότερο έντονες όσο περνά ο καιρός. Στην αρχή ο ασθενής μπορεί να θέλει να επιστρέφει στο σπίτι κάθε Σαββατοκύριακο. Αυτό είναι αποδεκτό για τις πρώτες εβδομάδες ή μήνες. Έπειτα όμως πρέπει η οικογένεια να ορίζει Σαββατοκύριακα όπου πρέπει να μένει στο σπίτι του. Στην αρχή ο ασθενής θα τηλεφωνεί συνεχώς στο σπίτι, συχνά δύο ή τρεις φορές την ημέρα. Με το πέρασμα του χρόνου όμως, ο ασθενής θα γίνει πιο σίγουρος για τις ικανότητές του και ο αριθμός των τηλεφωνημάτων θα μειωθεί (Falloon et al., 1985, 155-163).

1.3.4. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η δυναμική των οικογενειακών σχέσεων θα υποστεί μερικές αλλαγές - αυτό δεν μπορεί να αποφευχθεί. Ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπιστούν είναι να κρατηθούν τα κανάλια επικοινωνίας ανοιχτά προς όφελος όλων όσων είναι αναμεμειγμένοι.

Για παράδειγμα, τα υγιή παιδιά θα παρατηρήσουν την ανησυχία των γονιών τους για το άρρωστο παιδί. Αυτό μπορεί να έχει συνέπειες στο αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν. Γνωρίζουν ότι ο άρρωστος αδελφός ή αδελφή χρειάζεται περισσότερη προσοχή από ό,τι εκείνα, αλλά η συναισθηματική αποδοχή αυτού του γεγονότος είναι δύσκολη. Χρειάζονται επιβεβαίωση ότι οι γονείς τους είναι καλά και ότι είναι κοντά τους (Falloon et al.,1985, 156-163).

Η σχέση μεταξύ των υγιών αδελφών μπορεί να αλλάξει προς το χειρότερο ή προς το καλύτερο μετά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Αυτή η διαταραχή μπορεί να

βλάψει τις υφιστάμενες στενές σχέσεις, ιδιαίτερα όταν υπάρχει παράνοια. Αντίθετα, μπορεί να φέρει δύο αδέλφια που δεν ενδιαφέρονταν το ένα για το άλλο πιο κοντά, επειδή το υγιές παιδί νιώθει συμπόνια και υποχρέωση να βοηθήσει το άρρωστο. Όταν ένα μέλος της οικογένειας εμφανίσει μια ψυχική διαταραχή, τα αδέλφια μπορούν να αντιδράσουν με απομόνωση από τις οικογενειακές σχέσεις. Ίσως περνούν περισσότερο χρόνο με τους φίλους ή με εξωσχολικές δραστηριότητες. Είναι επίσης πιθανό τα αδέλφια να αποκτήσουν μητρική - πατρική συμπεριφορά, να συνδεθούν βαθιά με τον ασθενή και την ασθένεια και να αναλάβουν προστατευτικό ρόλο.

1.3.5.ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ

Τα υγιή παιδιά χρειάζονται τη συνεχή προσοχή και την υποστήριξη των γονιών. Οι γονείς πρέπει να αναγνωρίσουν ότι η εξισορρόπηση των αναγκών των υγιών και του ασθενούς παιδιού τους είναι εξαιρετικά δύσκολο. Ο ένας γονιός μπορεί να ασχολείται για κάποιο διάστημα με τα υγιή παιδιά και έπειτα με το άρρωστο. Αν είναι δυνατόν, καλό θα ήταν να εξασφαλιστεί και η βοήθεια άλλων συγγενών ή φίλων.

Οι γονείς πρέπει να δίνουν την ευκαιρία στα παιδιά τους να αποφασίζουν το πόσο θέλουν να ασχολούνται με το άρρωστο παιδί. Ο καταναγκασμός δημιουργεί μόνο τριβές που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά το άρρωστο παιδί.

Μια ακόμη καλή ιδέα είναι να προνοηθεί η μελλοντική φροντίδα του άρρωστου παιδιού εφόσον κάποια στιγμή οι γονείς δεν θα είναι πια σε θέση να αναλάβουν όλη την ευθύνη. Στην περίπτωση αυτή τα υγιή παιδιά πρέπει να έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν και να σκεφτούν προκειμένου να πάρουν αποφάσεις πάνω στο πόση ευθύνη είναι διατεθειμένα να αναλάβουν.

1.4. ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Κάποια από τα πιο πρόσφατα και ελπιδοφόρα μηνύματα στην έρευνα για τη σχιζοφρένεια προέρχονται από μελέτες στον τομέα της ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης. Νέες μελέτες φαίνεται να αίρουν πολλούς καθιερωμένους μύθους στην ψυχιατρική περί της ανικανότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια για αποθεραπεία. Σήμερα διαφαίνεται ότι τέτοιοι μύθοι, που συντηρούν μια γενικότερη απαισιοδοξία γύρω από την έκβαση της θεραπείας, μειώνουν σημαντικά τις προσδοκίες των ασθενών για βελτίωση και αποθεραπεία. Στην πράξη, οι μακροχρόνιες προοπτικές γύρω από τη σχιζοφρένεια συμβάλλουν στην ανανέωση της ελπίδας και της αισιοδοξίας. Οι γιατροί που διερεύνησαν τη μακροχρόνια πορεία και την πρόγνωση της διαταραχής, παρουσιάζουν τώρα μια τελείως διαφορετική εικόνα της σχιζοφρένειας που δεν έχει να κάνει σε τίποτα με το ζοφερό σενάριο που επικρατούσε τα προηγούμενα χρόνια. Τα προγράμματα αποκατάστασης αύξησαν σημαντικά το επίπεδο ζωής και τις πιθανότητες λειτουργικής ανάρρωσης των ασθενών με σχιζοφρένεια. Νέες και καλύτερες φαρμακοθεραπείες συνεχίζουν να ανακαλύπτονται. Επίσης, μελέτες κατέδειξαν ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μια διαταραχή που εξασθενεί με τα χρόνια (American Psychiatric Association, 1997). Για όσο περισσότερο χρόνο ένας ασθενής δεν έχει οξέα επεισόδια τόσο περισσότερες ευκαιρίες έχει για πλήρη αποθεραπεία. Σήμερα, έχει γίνει κατανοητή η σημασία που έχει η συμβολή της οικογένειας επάνω στη θεραπεία, καθώς και τα οφέλη της συνεργατικής σχέσης μεταξύ γιατρών και οικογενειών. Οι οικογένειες έχουν ανάγκη και επιθυμούν αφενός εκπαίδευση, ενημέρωση, ανάπτυξη συγκεκριμένων δεξιοτήτων, προκειμένου να μπορούν να συνεργάζονται και να επικοινωνούν με τους ειδικούς, και συναισθηματική υποστήριξη και αφετέρου επιθυμούν να τους αντιμετωπίζουν ως συνεργάτες. Για το λόγο αυτό, οι πεπειραμένοι γιατροί προσπαθούν να επιδιώξουν τη συνεργασία των μελών των οικογενειών και των φροντιστών. Αρκετές φορές αυτό δεν είναι εύκολο: στο παρελθόν πολλές οικογένειες πόνεσαν, όταν κατηγορήθηκαν για τη νόσο. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός θα πρέπει να δρομολογήσει προσπάθειες συνεργασίας των οικογενειών, αφού ενημερωθεί πρώτα για τις δυσκολίες που οι οικογένειες αντιμετώπισαν στο παρελθόν και αφού ζητήσει συγγνώμη για τον τρόπο που οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας τους συμπεριφέρθηκαν. Ωστόσο, ακόμη και όταν εγκαθιδρυθεί μια σχέση, ο γιατρός, ο ασθενής και η οικογένεια θα πρέπει να συνεργαστούν προκειμένου να διαλευκάνουν τις ανάγκες της θεραπείας και να χαράξουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Επιπλέον, ο καθένας θα πρέπει να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες για τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς καθώς και για μια πιθανή αποκατάσταση (Bellack, Haas, Schooler& Fory, 2000)

1.4.1. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

Στη διάρκεια ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου ίσως η νοσηλεία να καταστεί απαραίτητη - ανάλογα με τη φύση του επεισοδίου. Μερικές φορές, το επεισόδιο είναι ήπιο ή μέτριας έντασης και δε συνιστά σωματικό κίνδυνο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η εντατική θεραπεία στο σπίτι μπορεί να έχει το ίδιο αποτέλεσμα με την εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα. Όταν το ψυχωτικό επεισόδιο είναι σοβαρότερο, χωρίς όμως να υπάρχει άμεσος κίνδυνος, η εισαγωγή είναι μια επιλογή (Breier, Schreider, Janyse, 1991, 239-246).

Η εισαγωγή εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας κλινών, του εύρους των εναλλακτικών ιδρυματικών υπηρεσιών, της ικανότητας του ασθενούς να λειτουργήσει στο σπίτι και στην ύπαρξη υποστήριξης από τους φίλους, την οικογένεια και τους νοσηλευτές. Μερικές φορές ωστόσο, η διανοητική κατάσταση του ασθενούς είναι τέτοια, που τον καθιστά επικίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους. Σ' αυτή την περίπτωση η νοσηλεία είναι ο μόνος τρόπος για να εξασφαλισθεί η ασφάλεια, να υπάρχει μια περιεκτική ιατρική εκτίμηση και να ξεκινήσει η θεραπεία.

Στις περισσότερες επαρχίες και περιοχές οι γιατροί έχουν αρμοδιότητα από το νόμο να παραπέμπουν ένα άτομο στο ίδρυμα (Ekdawi & Conning, 1998, 33-34). Στα περισσότερα νομικά συστήματα δικαίου η αναγκαστική νοσηλεία επιτρέπεται μόνο εάν συστηθεί από δύο γιατρούς που έχουν εξετάσει χωριστά τον ασθενή. Πληροφορίες για τη νομοθεσία περί ψυχικής υγείας μπορούν να παρασχεθούν από το τοπικό νοσοκομείο, τα εξωτερικά ιατρεία ή το Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Αν ο ασθενής εισαχθεί στο νοσοκομείο, πρώτη προτεραιότητα είναι να εξασφαλισθεί η ασφάλειά του. Για να επιτευχθεί αυτό, το προσωπικό του νοσοκομείου πρέπει να γνωρίζει το ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό του, συμπεριλαμβανομένου ενός πλήρους ιστορικού της φαρμακευτικής αγωγής και των αλλεργικών του αντιδράσεων.

Αν η ασφάλεια του ασθενούς βρίσκεται σε κίνδυνο, είναι πιθανόν να του παρασχεθούν άμεσα φάρμακα (Ekdawi & Conning, 1998, 33-34). Αν ο ασθενής είναι ανήσυχος ή επιθετικός, μερικές φορές είναι απαραίτητη η χορήγηση βραχυπρόθεσμης δράσης φαρμάκων. Αυτά είναι είτε αντιψυχωτικά είτε βενζοδιαζεπίνες (π.χ. Valium ή

Aloperidin). Είναι προτιμότερο να συναινέσει ο ασθενής στη χορήγηση φαρμάκων από το στόμα, προκειμένου να έχει την αίσθηση ότι συμμετέχει στην αντιμετώπιση της κρίσης. Αν δεν μπορεί να πειστεί ωστόσο, ο γιατρός μπορεί να του χορηγήσει τα φάρμακα με ένεση.

Αφού εξασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενούς, μπορεί να αρχίσει η πλήρης αποτίμησή του. Το πρώτο βήμα είναι συνήθως μια περιεκτική ψυχιατρική εξέταση και μια ψυχολογική εκτίμηση όσον αφορά τις συνθήκες ζωής του ασθενούς. Τα μέλη της οικογένειας ή οι στενοί φίλοι μπορούν να παράσχουν σημαντικές πληροφορίες, τόσο για τις συνθήκες που οδήγησαν στο πρόσφατο επεισόδιο όσο και για το σχετικό προσωπικό ιστορικό. Συνήθως σ' αυτή τη φάση διενεργείται μια πλήρης σωματική εξέταση που περιλαμβάνει εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων.

Όταν ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο, τα χρήματα και τα πολύτιμα είδη του κλειδώνονται στο χρηματοκιβώτιο ως την έξοδό του. Ορισμένες οικογένειες υποστηρίζουν ότι πρέπει να κάνουμε μια λίστα με τα παραπάνω, τα προσωπικά αντικείμενα και το ρουχισμό του ασθενούς. Αυτό είναι χρήσιμο για το προσωπικό του νοσοκομείου και δεν υπάρχουν παρεξηγήσεις.

Το αποτέλεσμα των γενικών εξετάσεων προσφέρει μια διάγνωση και ένα προκαταρκτικό πρόγραμμα θεραπείας. Για τους εσωτερικούς ασθενείς το πρόγραμμα περιλαμβάνει σχεδόν πάντα φαρμακευτική αγωγή σε καθημερινή βάση. Επίσης, πρέπει να περιλαμβάνει νοσηλευτική φροντίδα και συναισθηματική υποστήριξη από το προσωπικό του νοσοκομείου. Ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του οξέος επεισοδίου το προσωπικό της μονάδας πρέπει να συμπεριφέρεται στον ασθενή σαν σε ένα ευαίσθητο ανθρώπινο ον (Ekdawi&Conning, 1998, 33-34).

Κατά τις πρώτες ημέρες της οξείας φάσης της ασθένειας τα φάρμακα και το θεραπευτικό περιβάλλον αποτελούν τη βάση των θεραπευτικών προσπαθειών. Εάν η φαρμακευτική αγωγή και η υποστήριξη καταφέρουν να καταπολεμήσουν τα συμπτώματα, στο θεραπευτικό πρόγραμμα μπορούν να προστεθούν δραστηριότητες επίγνωσης.

Στην τελευταία φάση της παραμονής στο νοσοκομείο μπορούν να προστεθούν επίσης άλλες θεραπευτικές δραστηριότητες (ή στο σπίτι), αφού περάσει η σοβαρότερη φάση του επεισοδίου.

1.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), από το 1981, ορίζει ότι «η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει ως σκοπό να υποβοηθήσει το άτομο να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία». (Βερονίκη- Καρύδη, 2004).

Η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης θεωρείται απαραίτητη και μοναδική εναλλακτική λύση για την μείωση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και την αποιδρυματοποίηση. Με τον όρο «προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης» εννοούμε τις συστηματοποιημένες θεραπευτικές δραστηριότητες που λειτουργούν στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Τα προγράμματα που εφαρμόζονται στις δομές ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης που έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα (Νόμος 1716/99) περιγράφονται συνοπτικά παρακάτω.

1.5.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας μπορούν να εφαρμοστούν στο νοσοκομείο ημέρας, στο κέντρο ημέρας και στις κοινωνικές λέσχες.

- ✓ Νοσοκομεία ημέρας

Σύμφωνα με την Βερονίκη- Καρύδη (2004), το θεραπευτικό πρόγραμμα του νοσοκομείου ημέρας επιτρέπει στον ασθενή, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, να ζει στο οικογενειακό του περιβάλλον ή στο οικείο υποστηρικτικό του σύστημα (ανάδοχες οικογένειες, προστατευμένη στέγαση κ.α). Έτσι ο ασθενής δεν απομονώνεται, δεν στιγματίζεται όπως σε ένα ιδρυματικού τύπου ψυχιατρικό τμήμα και επιπλέον προετοιμάζεται σταδιακά για την έξοδο και για την παραπέρα ένταξή του στην κοινότητα.

Το πρόγραμμα ανοιχτής ημερήσιας περίθαλψης βασίζεται στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας και περιλαμβάνει: α) φαρμακευτική αγωγή , β)

ατομικές-ομαδικές δραστηριότητες (ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία, θεραπευτική προσέγγιση οικογενειών, θεραπείες έκφρασης μέσω τέχνης και κοινωνικοθεραπευτικές ομάδες).

- ✓ Κέντρα Ημέρας

Τα Κέντρα ημέρας εστιάζουν στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς και, παράλληλα στην ψυχιατρική περίθαλψη. Αποσκοπούν στην υποστήριξη χρόνιων ψυχωσικών ασθενών με στόχο την προαγωγή της αυτονομίας τους μέσω της απασχόλησης στο πλαίσιο ενός προστατευμένου θεραπευτικού περιβάλλοντος, με τη διάρκεια της παραμονής τους εκεί ανοιχτή. (Βερονίκη-Καρύδη, 2004)

- ✓ Κοινωνική Λέσχη

Η κοινωνική λέσχη συνήθως λειτουργεί παράλληλα σε κάποιο επιλεγμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και έχει ως στόχο την υποστήριξη του ασθενούς, και την ενίσχυση της αυτονομίας του. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών γίνεται μέσω ποικίλων κοινωνικοθεραπευτικών δραστηριοτήτων που αφορούν στην οργάνωση αλλά και στη συμμετοχή σε εκδηλώσεις πολιτιστικού, ψυχαγωγικού, μορφωτικού και εκπαιδευτικού ενδιαφέροντος. (Βερονίκη- Καρύδη, 2004)

1.5.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το πρόγραμμα προεργασίας στοχεύει:

- Στην κλινική και ψυχοκοινωνική εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών αλλά και των δυνατοτήτων αποκατάστασης κάθε ασθενούς.
- Στην κατανόηση και αποδοχή εκ μέρους των ασθενών, των ιδιαίτερων ικανοτήτων αλλά και δυσκολιών που προκύπτουν από την αξιολόγηση τους.
- Στη κινητοποίηση των ασθενών προκειμένου να ενθαρρύνονται, ώστε να γίνονται μέτοχοι της αποκαταστασιακής διαδικασίας που τους αφορά.

- Στη συνεργασία με την οικογένεια, προκειμένου αυτή να είναι κατά το δυνατό «σύμμαχος» στην προσπάθεια αποκατάστασης. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη συνεργασία έχει η προσπάθεια αποστιγματισμού. (Βερονίκη- Καρύδη, 2004)

1.5.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Το πρόγραμμα κατάρτισης στοχεύει:

- Στην εξάσκηση και ανάπτυξη ειδικών εργασιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων.
- Στην κατάρτιση των ασθενών σε προεπιλεγμένες δραστηριότητες (με θεραπευτικά αλλά και ρεαλιστικά κριτήρια, που η ελεύθερη αγορά εργασίας επιβάλλει).

Σε αυτό το πρόγραμμα σημαντικό ρόλο παίζει η συμμετοχή εξειδικευμένων εκπαιδευτών ώστε η κατάρτιση να πληροί όλες τις προϋποθέσεις μιας κλασσικής εκπαιδευτικής προσέγγισης. (Βερονίκη- Καρύδη, 2004)

1.5.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (Συνεργατικες μονάδες)

Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει:

- Στην ανάπτυξη των εργασιακών δεξιοτήτων των ασθενών μέσα από τη διαδικασία της παραγωγής και της διάθεσης των παραγόμενων προϊόντων
- στην εργασιακή κινητοποίηση των ασθενών μέσα σε προστατευμένο περιβάλλον. (Βερονίκη- Καρύδη, 2004)

1.5.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ

Σύμφωνα με την παραπάνω συγγραφέα, τα προγράμματα αυτά αφορούν την τελική, λεπτή και δύσκολη φάση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Ο στόχος των προγραμμάτων ένταξης είναι:

- η τοποθέτηση των ασθενών σε εργασία στην ελεύθερη αγορά, στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.
- Η τοποθέτηση των ασθενών σε εργασία στη βάση του νομικού πλαισίου προστασίας των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Νόμος 1698 κ.α) και αφορά είτε πλήρη είτε μερική απασχόληση.
- Η ίδρυση και η λειτουργία αυτόνομων κοινωνικών επιχειρήσεων ή κοινωνικών συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης (Νόμος 2716/1999). Προκειμένου η συγκεκριμένη επιχειρηματική δραστηριότητα να υλοποιηθεί από τους ασθενείς, χρειάζεται να προηγηθεί μια μεγάλη προσπάθεια εκ μέρους του συστήματος παρακολούθησης των ασθενών. Η προσπάθεια αυτή έχει ως κύριο στόχο την εκμάθηση και την εξάσκηση των ασθενών σε ικανότητες αυτοδιαχείρησης.
- Η απασχόληση των ασθενών στον τομέα της αυτοαπασχόλησης ή της απασχόλησης σε μικρές οικογενειακές επιχειρήσεις.

1.5.6 ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Πρόκειται για εναλλακτικές μορφές στέγασης ψυχικά πασχόντων, που στοχεύουν:

- Στην υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου όταν αυτό δεν υπάρχει ή όταν η δυσλειτουργία του έχει απαγορευτικές διαστάσεις για την διαβίωση του ατόμου στην οικογένεια.

Στεγαστικά εναλλακτικά προγράμματα μπορούν να είναι: α) προγράμματα προστατευμένης στέγασης βραχείας παραμονής (π.χ. μεταβατικοί ξενώνες ή ξενώνες βραχείας παραμονής), β) προγράμματα προστατευμένης στέγασης μακράς παραμονής, όπως οικοτροφεία, γ) ημιπροστατευμένο πρόγραμμα στέγασης, όπως τα προστατευμένα διαμερίσματα (προϋπόθεση αποτελεί η μερική εποπτεία απο θεραπευτή) και δ) προγράμματα ανάδοχων οικογενειών. Πρόκειται

για θεσμό ο οποίος στοχεύει στην υποκατάσταση της οικογένειας, ενώ η παροχή του κράτους πρόνοιας έγκειται στην οικονομική υποστήριξη της διαβίωσης του ασθενούς. (Βερονίκη- Καρύδη, 2004)

1.5.7 ΜΕΤΑΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Αφορά την ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων αξιολόγησης και υποστήριξης των ασθενών στην κοινωνική, εκπαιδευτική και εργασιακή τους προσαρμογή στην κοινότητα. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν:

- ✓ Παρακολούθηση του ασθενούς στη βάση της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης.
- ✓ Ειδική συνεργασία με τον εργοδότη και τους συναδέλφους του ασθενούς, εάν ο ασθενής εργάζεται.
- ✓ Σταθερή συνεργασία με την οικογένεια.
- ✓ Ομαδική μεταθεραπευτική παρακολούθηση (follow-up) μέσω της κοινωνικής λέσχης ή των συλλογικών οργάνων.
- ✓ Διασύνδεση με το θεραπευτικό πλαίσιο που έχει την κλινική ευθύνη του ασθενούς. (Βερονίκη- Καρύδη, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια, η οποία εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης συνοδεύεται από λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, παρερμηνείες, μύθους και στερεότυπα. Το κλασικό στερεότυπο για τους ψυχικά ασθενείς προέρχεται από το μύθο ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια ή άλλη χρόνια σοβαρή ψυχική διαταραχή είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα, καλλιεργώντας το φόβο στο κοινωνικό σύνολο και οδηγώντας τους ασθενείς σε κοινωνική απόρριψη.

Η άγνοια και οι προκαταλήψεις δημιουργούν φόβο και ο φόβος, απόρριψη. Η απόρριψη όμως, εκφράζεται μ' έναν ιδιότυπο κοινωνικό ρατσισμό, που έχει σοβαρές συνέπειες τόσο στην αποθεραπεία όσο και στην κοινωνική ένταξη του ασθενούς.

Κατά συνέπεια, -λοιπόν- τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα, βιώνουν καθημερινά την κοινωνική απόρριψη, το στίγμα και τις διακρίσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής (στέγαση, απασχόληση, κοινωνικές σχέσεις κλπ.). Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι οι στάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν, όπως εξίσου δύσκολο είναι να σπάσουν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή και κυρίως τη σχιζοφρένεια.

Για να εξασφαλισθεί η επιτυχία ως προς την εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων, απαιτείται μακρόχρονη προσπάθεια, διάχυση της πληροφόρησης, συνεργασία με την ψυχιατρική κοινότητα και εμπλοκή πολλών διαφορετικών ανθρώπων και φορέων, από διάφορους τομείς της κοινωνίας. (Κυλάκου, 2001).

2.1 ΙΑΣΙΜΟ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Οι απόψεις και οι στάσεις του κοινού για την ψυχική ασθένεια, διακατέχονται στην πλειοψηφία τους από σύγχυση, προκατάληψη καθώς επίσης και φόβο. Εξαιτίας των προαναφερθέντων αντιλήψεων, πολλοί είναι εκείνοι που προτιμούν να υποφέρει κάποιο μέλος της οικογένειάς τους από μια οργανική ασθένεια παρά από μια ψυχική, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η δεύτερη μπορεί να είναι πιο σοβαρή για την υγεία του. (Farina, 1986).

Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι απόψεις για την ψυχική ασθένεια, επειδή έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τις προσπάθειες για θεραπεία και αντιμετώπιση των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές. (Στογιαννίδου, 1986). Με έμμεσο τρόπο, μπορούν να επηρεάζουν και την ψυχική υγεία του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Σήμερα, οι ψυχικά ασθενείς εξακολουθούν να απολαμβάνουν λιγότερα προνόμια από ότι τα «υγιή» μέλη μιας κοινωνίας. Αρκετές φορές ανακαλύπτουν ότι έχουν τις ίδιες ή και περισσότερες δυσκολίες για εύρεση κατοικίας, εργασίας και κοινωνικών επαφών, συγκριτικά με αποφυλακισθέντες πρώην εγκληματίες. (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1987). Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελούν μέλη μιας ομάδας, η οποία υφίσταται κοινωνικές διακρίσεις, ανάλογες με αυτές που υφίστανται ομάδες πληθυσμού σε καθεστώτα με φυλετικές διακρίσεις.

Όπως έχουμε προαναφέρει στο πρώτο κεφάλαιο, η θεραπεία της Σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένειά του και όλα τα υπόλοιπα μέλη που φροντίζουν τον ασθενή. Η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή, το οποίο σημαίνει μακρόχρονη παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας στη ζωή τους. (Μάνος, 1997).

Οι θεραπευτικές δυνατότητες της σύγχρονης ψυχιατρικής άνοιξαν στους ασθενείς με σχιζοφρένεια το δρόμο προς την κοινωνική ενσωμάτωση. Ωστόσο, μεγάλο ποσοστό ασθενών με σχιζοφρένεια δεν έχει πρόσβαση σε όλο το εύρος των σύγχρονων θεραπειών ή δεν αξιοποιεί τις διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις,

τόσο εξαιτίας της φύση της νόσου, όσο και του κοινωνικού στίγματος –που ακόμα και σήμερα- τη συνοδεύει.

Σύμφωνα με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, (www.epipsi.gr), άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα, συχνά δε λαμβάνουν θεραπεία λόγω των αρνητικών στάσεων και πεποιθήσεων του πληθυσμού σε βάρος τους και οδηγούνται στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο τρόπος κατά τον οποίο θα δοθεί η φαρμακευτική αγωγή. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι αναγκαίο να διεξαχθεί με τον τρόπο που θα διασφαλίζει στον ασθενή ότι δεν θα στιγματιστεί. Για το λόγο αυτό ο ασθενής πρέπει να έχει το δικαίωμα να συναποφασίσει το θεραπευτικό μοντέλο που θα ακολουθήσει. Άλλωστε, με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται και η ενεργότερη συμμετοχή του στη διαδικασία της αποκατάστασης. Κρίνεται σημαντικό να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι πολλοί ψυχωσικοί ασθενείς βιώνουν έντονο μετατραυματικό στρες, όχι εξαιτίας της διαταραχής τους, αλλά εξαιτίας του τρόπου που ακολουθήθηκε προκειμένου να οδηγηθούν στην αποκατάσταση (McGorry et all.,1991).

Συνεπώς, η θεραπεία που εξασφαλίζει τη μη «στιγματοποίηση» του ασθενούς δεν είναι μόνο ενδεδειγμένη, αλλά έχει βρεθεί ότι είναι περισσότερο αποτελεσματική (Kulkarni & Power, 1999).

2.2 ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ένας λειτουργικός ορισμός της στάσης, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σημείο εκκίνησης είναι ο ακόλουθος: «στάση είναι μια μαθημένη αντίδραση αξιολόγησης, απέναντι σε συγκεκριμένα αντικείμενα, η οποία είναι σχετικά μόνιμη, επηρεάζει και κατευθύνει τη συμπεριφορά μας απέναντι σ’αυτά τα αντικείμενα» (Lippa, 2003, 241).

Στην συνέχεια, θα αναλύσουμε τα κύρια χαρακτηριστικά του παραπάνω ορισμού:

Α) μια στάση περιέχει μια αξιολόγηση, η οποία περιλαμβάνει μια συμπάθεια ή αντιπάθεια

Β) σε αντίθεση με τη διάθεση ή το συναίσθημα, μια στάση κατευθύνεται οπωσδήποτε σε κάποιο στόχο

Γ) η στάση είναι σχετικά μόνιμη, σε αντίθεση με τα συναισθήματα που μπορεί να αλλάζουν απ'τη μια στιγμή στην άλλη

Δ) οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι οι στάσεις επηρεάζουν και υποκινούν τη συμπεριφορά μας. Η απόδειξη αυτής της υπόθεσης μέσω ερευνών παρουσιάζει δυσκολίες. Όμως, οι θεωρητικοί των στάσεων έχουν ισχυριστεί ότι οι στάσεις μεσολαβούν κατά κάποιο τρόπο στις αντιδράσεις της συμπεριφοράς.

Υπάρχει η πεποίθηση ότι οι στάσεις λειτουργούν γενικά περισσότερο ως κίνητρο και όχι ως απλές συνήθειες ή αντανακλαστικά. Αυτό σημαίνει ότι μια στάση δεν οδηγεί σε μια μοναδική, άκαμπτη αντίδραση, αλλά αντανακλάται σε πολλές διαφορετικές συμπεριφορές.

Επιπλέον, οι στάσεις μαθαίνονται, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι πηγάζουν από την εμπειρία.

Σύμφωνα με μια ομάδα θεωρητικών, οι στάσεις έχουν τη δυνατότητα να ικανοποιήσουν διάφορες ψυχικές λειτουργίες. (Lippa, 2003).

Κάποιες από τις λειτουργίες αυτές είναι:

1) η *συντελεστική* λειτουργία, η οποία μας κατευθύνει στο να επιζητούμε την επιβράβευση και να αποφεύγουμε την τιμωρία,
2) η *λειτουργία της άμυνας του Εγώ*, της οποίας η συμβολή στην προστασία της αυτοεκτίμησής μας, καθώς επίσης και στην αποφυγή των συγκρούσεων και του άγχους είναι σημαντική,
3) η *λειτουργία της γνώσης*, που μας βοηθά στην ταξινόμηση και αφομοίωση περίπλοκων πληροφοριών,
4) η *λειτουργία της έκφρασης και της αξίας* που αντανακλά βαθύτερες ιδέες και αξίες και

5) η *λειτουργία της κοινωνικής προσαρμογής*, η οποία συντελεί στην καθιέρωση της κοινωνικής μας ταυτότητας και στην καλλιέργεια ομαλών σχέσεων με φίλους και συνομηλίκους μας. (Lippa, 2003)

2.2.1 ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ

Οι κλασσικές μορφές μάθησης συμβάλλουν στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Οι ψυχολόγοι έχουν μελετήσει τρία βασικά είδη μάθησης: την κλασική εξαρτημένη μάθηση, τη συντελεστική μάθηση και τη μάθηση μέσω της παρατήρησης. Καθεμία ξεχωριστά παίζει σημαντικό ρόλο για τη διαμόρφωση των στάσεων.

- **Κλασική εξαρτημένη μάθηση**

Η βασική αρχή της κλασικής εξαρτημένης μάθησης είναι εκείνη της συσχέτισης, σύμφωνα με την οποία όταν ένα τυπικά ουδέτερο ερέθισμα είναι συσχετισμένο μ'ένα ερέθισμα το οποίο αυτομάτως παράγει μια φυσική αντίδραση σε κάποιον, ενδεχομένως το ουδέτερο ερέθισμα θα καταλήξει να προκαλεί την ίδια φυσική αντίδραση.

Γενικά, η κλασική εξαρτημένη μάθηση συντελείται σε ακούσιες αντιδράσεις (π.χ: παραγωγή σάλιου, εφίδρωση, συστολή των αρτηριών του αίματος).

Οι ακούσιες αντιδράσεις σχετίζονται με τις στάσεις, αν αναλογιστούμε οτι οι συναισθηματικές αντιδράσεις σε ορισμένα θέματα είναι κεντρικές στην έννοια των στάσεων. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις συνοδεύονται συνήθως από σωματική διέγερση και αυτά τα είδη των αντιδράσεων αποκτώνται μέσω της εξαρτημένης μάθησης (Lippa,2003).

Για παράδειγμα, μπορούμε να αποκτήσουμε προκαταλήψεις για τα μέλη συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων, όπως οι ψυχικά ασθενείς.

Τα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας δεν αποτελούν είδηση για τα ΜΜΕ. Είδηση όμως αποτελεί η εγκληματική ή βίαιη συμπεριφορά, η οποία συχνά

συνδέεται με περιγραφές ψυχικών νόσων: ο «σχιζοφρενής δολοφόνος», ο «ψυχοπαθής βιαστής», είναι μερικές εκφράσεις του ρεπορτάζ που μεταδίδουν συχνά τα media. Με τον τρόπο αυτό τα ΜΜΕ διαμορφώνουν αντιλήψεις και κοινωνικές στάσεις –με άλλα λόγια- κοινωνικά στερεότυπα σε σχέση με την ψυχική ασθένεια, τα οποία στιγματίζουν και περιθωριοποιούν τους ψυχικά ασθενείς.

Κατά συνέπεια, είναι πιθανό να εκδηλώνουμε εξαρτημένο φόβο, όποτε βλέπουμε τα μέλη της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας. (www.epipsi.gr).

- **Συντελεστική εξαρτημένη μάθηση**

Μια δεύτερη θεωρία που θα αναφερθεί είναι η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, η οποία πραγματοποιείται όταν επιβραβεύσεις και τιμωρίες επηρεάζουν εκούσιες συμπεριφορές. Το συγκεκριμένο είδος μάθησης μελέτησε ο ψυχολόγος του Χάρβαρντ B.F. Skinner και διεξήγαγε μια σημαντική έρευνα για τις επιδράσεις των *θετικών ενισχύσεων* (επιβραβεύσεων) στη συμπεριφορά.

Μια απο τις βασικές αρχές της *συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης* υποστηρίζει οτι, όταν μια εκούσια αντίδραση ακολουθείται από έναν ενισχυτή, μελλοντικά αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτής της αντίδρασης. Απ'αυτή την πλευρά, οι στάσεις μπορούν να θεωρηθούν ως εκούσιες αντιδράσεις, οι οποίες υπάρχει δυνατότητα να μεταβληθούν ανάλογα με το ιστορικό της ενίσχυσης. Σαφέστατα, οι λεκτικές δηλώσεις οι οποίες εκφράζουν τις στάσεις μας, μπορούν να θεωρηθούν ως συντελεστικές αντιδράσεις που υπόκεινται στην εξαρτημένη μάθηση.

- **Η μίμηση προτύπων και η μάθηση μέσω της παρατήρησης**

Ο Bandura (1977) θεωρεί οτι ένας άλλος τρόπος μάθησης μπορεί να είναι η παρακολούθηση των άλλων, χωρίς εξαρτημένη μάθηση ή απευθείας ενίσχυση. Ένα κλασικό παράδειγμα, είναι η επιθετικότητα την οποία έχουν τη δυνατότητα να μάθουν τα παιδιά, παρακολουθώντας απλά τους φίλους τους να μαλώνουν ή παρακολουθώντας βίαιες σκηνές στην τηλεόραση. (Lippa, 2003).

Ένα ακόμα παράδειγμα, το οποίο σχετίζεται με την σχιζοφρένεια, είναι το ακόλουθο. Τα παιδιά, τα οποία μεγαλώνουν σε μια οικογένεια που οι γονείς τους και ο συγγενικός τους περίγυρος, έχει μια αποκρυσταλλωμένη άποψη και στάση προς τους ψυχικά ασθενείς και η οποία είναι αρνητική και άκρως επικριτική, λογικό είναι και οι απόψεις των παιδιών (των παραπάνω οικογενειών), να ακολουθήσουν την ίδια πορεία.

Οπότε καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι μέσω της μίμησης προτύπων τα παιδιά και γενικά οι άνθρωποι, έχουν την δυνατότητα να μάθουν μια συμπεριφορά.

2.3 ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον Γεώργα (1995),ο όρος *προκατάληψη* αναφέρεται σε μια αρνητική στάση που είναι βασισμένη σε άτομα που ανήκουν σε κάποια κοινωνική ομάδα. Οι προκαταλήψεις, εμφανίζονται με διάφορες μορφές όπως: φυλετικές, θρησκευτικές, εθνικές, γλωσσικές καθώς επίσης και σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες (για παράδειγμα: ψυχικά ασθενείς, άτομα με ειδικές ανάγκες κ.λπ.).

Όσον αφορά τους ψυχικά ασθενείς, - θέμα, το οποίο πραγματεύεται η εργασία- παρατηρείται ότι ειδήμονες και μη διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα της ψυχικής νόσου και ιδιαίτερα της σχιζοφρένειας, η οποία δομείται στη βάση ισχυρών προκαταλήψεων. Συναφείς προκαταλήψεις είναι οι ακόλουθες: μια πρώτη, αφορά στην ταύτιση της ψυχικής νόσου/σχιζοφρένειας με την επικινδυνότητα και του σχιζοφρενούς με έναν εν δυνάμει εγκληματία. Μια δεύτερη προκατάληψη, αναφέρεται στην «αναιτιότητα» και «απροβλεψιμότητα» της συμπεριφοράς του.

Οι προκαταλήψεις αυτές, είναι συνυφασμένες με δοξασίες που διαιωνίζονται κι έχουν τις ιστορικές τους καταβολές σε προηγούμενες εποχές, όπου η έννοια του «τρελού» συγχεόταν μ'εκείνη του εγκληματία. Η παρουσία του ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα εξακολουθεί να εμπνέει αισθήματα δέους, εχθρότητας κι έναν αρχέγονο φόβο, συναισθηματικό κατάλοιπο ενός πρωτογονισμού που επιβιώνει ακέραιος στην σύγχρονη κοινωνία, η οποία αδυνατεί να περιβάλλει στους κόλπους της και απορρίπτει στο περιθώριο οτιδήποτε καθορίζεται απο έναν διαφορετικό τρόπο ύπαρξης.

Η περιθωριοποίηση και ο στιγματισμός που έπονται, επικυρώνουν σε ένα ασυνείδητο συλλογικό επίπεδο τη φυσιολογικότητα της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας. (Καραβάτος & Ανδρέου, 2004).

Το παράδοξο της διαιώνισης του στίγματος εξαιτίας της σχιζοφρένειας, παρά την τεράστια πρόοδο στο χώρο της ψυχικής υγείας, εξηγεί την φυσική ροπή του ανθρώπου στη διατύπωση προκατειλημμένων και στερεότυπων εκτιμήσεων. Ο ανθρώπινος νους απέχει πολύ απο το να είναι όργανο παραγωγής προτάσεων σύμφωνα με τους κανόνες του «ορθού λόγου». Αντίθετα, συχνά οδηγείται σε αυθαίρετες εκτιμήσεις της πραγματικότητας.

Προϊόν της παραπάνω διαδικασίας είναι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα. (Καραβάτος & Ανδρέου, 2004).

2.4 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όσον αφορά το στίγμα, ορίζεται ως ένα «σημάδι», ένα ανεπιθύμητο κοινωνικά χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί το άτομο από το περιβάλλον του. Έχει παρατηρηθεί μια στενή σχέση της ψυχικής ασθένειας (και ειδικότερα της σχιζοφρένειας) με καταστάσεις στιγματισμού προς τον ασθενή και των οικογενειών τους. (Μερτίκα, Οικονόμου & συνεργάτες 2007).

Οι Οικονόμου και Σταλίκας (2007) περιγράφουν τα κίνητρα των ατόμων που στιγματίζουν αλλά και την κοινωνική προέλευση του φαινομένου. Αναφέρουν ότι «σε προσωπικό και ψυχολογικό επίπεδο, ο στιγματισμός λειτουργεί για το άτομο που στιγματίζει ως μια πρακτική που αυξάνει την αυτοπεποίθηση, την αίσθηση ελέγχου της εξωτερικής πραγματικότητας και μειώνει το άγχος. Ωστόσο, η απειλή που σηματοδοτεί για το άτομο που στιγματίζει αυτό που εκλαμβάνεται ως «επικίνδυνα διαφορετικό» έχει και κοινωνική προέλευση. Πηγάζει από τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής ταυτότητας τόσο αυτών που στιγματίζουν όσο και αυτών που δέχονται τις επιπτώσεις του στιγματισμού, σε επίπεδο κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι διαφορετικές κοινωνικές ταυτότητες συγκρούονται από ομάδες με διαφορετικές κοινωνικές προοπτικές και εμπειρίες. Το σύνολο των αναγκών, στόχων και κινήτρων, που εξασφαλίζουν την ενδοομαδική συνοχή, διαμορφώνουν

την πρόσληψη και την ερμηνεία του εξωτερικού κοινωνικού περιβάλλοντος γεγονός που αντανακλάται στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που παίρνουν τη σημασία του στίγματος». (Οικονόμου και Σταλίκας 2007).

2.4.1 ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ο γενικός πληθυσμός διακατέχεται από άγνοια και σύγχυση σε σχέση με τα θέματα ψυχικής υγιεινής. Ωστόσο η άγνοια γύρω από ένα θέμα, δεν δημιουργεί αυτόματα αρνητικές απόψεις.

Μια από τις εξηγήσεις που έχουν δοθεί, για τις συγκεκριμένες αντιδράσεις σχετίζεται με το φόβο και την απειλή που αισθάνονται με την ανακίνηση θεμάτων, σχετιζόμενων με την ψυχική ασθένεια.

Παρόλο που η επιστήμη εξελίσσεται, αναφορικά με τους τρόπους αντιμετώπισης της ψυχικής διαταραχής, εξακολουθεί να επικρατεί η άποψη πως η «τρέλα» προκαλείται από δυνάμεις, οι οποίες δεν μπορούν να ελεγχθούν από το άτομο.

Η θεώρηση των ψυχικά ασθενών ως ατόμων «διαφορετικών» και η αποξένωσή τους απο τις «υγιείς» ομάδες, δημιουργεί έναν μηχανισμό προστασίας του εγώ, καθώς τα «υγιή» άτομα πείθονται πως η ψυχική ασθένεια δεν πρόκειται να τους «χτυπήσει», επειδή ακριβώς είναι διαφορετικά. (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1987)

Άλλες αιτίες της αρνητικής αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, προέρχονται απο συγκεκριμένες διεργασίες απο το κοινωνικό περιβάλλον. Σημαντική είναι η συμμετοχή των ΜΜΕ στη δημιουργία αρνητισμού. Για παράδειγμα τα εγκλήματα των ψυχικά ασθενών προβάλλονται περισσότερο απο εκείνα των κοινών εγκληματιών. Κατά συνέπεια, δημιουργείται η λανθασμένη εντύπωση οτι όλοι οι ψυχικά ασθενείς αποτελούν δυνητικό κίνδυνο για βιαιότητα και εγκληματικότητα.

Τέλος, στη βιβλιογραφία αναφέρεται μια ακόμα αιτία της δημιουργίας αρνητικών στάσεων προς την ψυχική ασθένεια, η οποία έχει πραγματική βάση.

Μεγάλο μέρος των ψυχικά ασθενών προέρχονται απο τα ασυλιακά ψυχιατρεία κι έχουν μειωμένες ικανότητες να εργασθούν, να είναι αξιόπιστα και υπεύθυνα καθώς επίσης να δημιουργήσουν σωστές κοινωνικές επαφές. Στο συγκεκριμένο σημείο,

πρέπει να τονιστεί οτι είναι απαραίτητες οι προσπάθειες για επαγγελματική εκπαίδευση αυτών των ατόμων, καθώς επίσης και για εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

Αποτελεί –λοιπόν- φυσική συνέπεια, ένα μεγάλο μέρος των ψυχικά ασθενών να διαθέτει μειωμένους μηχανισμούς για να λειτουργήσει σ' ένα διαφορετικό περιβάλλον απο αυτό του ψυχιατρικού ασύλου. (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1987)

2.5 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας είναι το στίγμα που συνοδεύει αυτήν τη διαταραχή.

Το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν άσκοπα τα προβλήματα των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τέτοιες διακρίσεις μειώνουν τον αριθμό των πόρων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, τη διαθεσιμότητα χώρων στέγασης, τις ευκαιρίες για εργασία και κοινωνικές συναναστροφές, δημιουργώντας προβλήματα που στην συνέχεια αυξάνουν ακόμα περισσότερο το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια. Το στίγμα που σχετίζεται με την σχιζοφρένεια, οδηγεί σε συχνές στρεβλές αναπαραστάσεις από τα ΜΜΕ, που με την σειρά τους βοηθούν στη διαιώνιση των αρνητικών στερεότυπων. Το στίγμα που συνοδεύει αυτόν που έχει σχιζοφρένεια μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην πορεία και την έκβαση της ασθένειας αυτής καθ' αυτής.

Στην πραγματικότητα -όμως- τι σημαίνει στίγμα εξαιτίας της σχιζοφρένειας....;;

Ο γενικός πληθυσμός αλλά ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια. Αυτή η εικόνα συνήθως περιλαμβάνει κάποιες ή όλες από τις παρακάτω εσφαλμένες αντιλήψεις. Σύμφωνα με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (www.epipsi.gr):

- Κανείς δεν γιατρεύεται από την σχιζοφρένεια.
- Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που δεν αντιμετωπίζεται.

- Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια ενδέχεται να μολύνουν τους άλλους με την τρέλα τους.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ράθυμα και αναξιόπιστα.
- Η σχιζοφρένεια είναι το αποτέλεσμα μιας εσκεμμένης αδυναμίας της βούλησης και του χαρακτήρα (το άτομο θα μπορούσε να το ξεπεράσει αν ήθελε).
- Οτιδήποτε λένε τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανόητο .
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να αναφέρουν βάσιμες πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας ή τις καταστάσεις που τους συμβαίνουν.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι παντελώς ανίκανα να πάρουν λογικές αποφάσεις για τη ζωή τους (π.χ που να μείνουν).
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι απρόβλεπτα.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανά για δουλειά.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια σταδιακά χειροτερεύουν κατά την διάρκεια της ζωής τους .
- Για την σχιζοφρένεια υπεύθυνοι είναι οι γονείς.

Τέλος, το στίγμα εξ' αιτίας της σχιζοφρένειας δεν επηρεάζει μόνο αυτούς που έχουν τη νόσο αλλά και τις οικογένειές τους, τους ανθρώπους που τους φροντίζουν καθώς και τους παρέχοντες φροντίδα υγείας. (www.epipsi.gr).

2.6 ΜΕΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

Το κύριο εμπόδιο, το οποίο πρέπει να υπερπηδηθεί στην κοινότητα είναι το στίγμα και οι διακρίσεις που συνυπάρχουν προς τα άτομα που πάσχουν απο ψυχικές διαταραχές και ειδικότερα απο σχιζοφρένεια.

Η αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων απαιτεί μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, στην οποία εμπλέκεται η εκπαίδευση όλων των εργαζομένων στην υγεία, το κλείσιμο των ψυχιατρικών ιδρυμάτων που συντηρούν ή ενδυναμώνουν το στίγμα, η προσφορά ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο, η εφαρμογή νομοθεσίας που

προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, καθώς επίσης η πραγματοποίηση αλλαγής κάποιων νόμων και η αύξηση της νομικής προστασίας για τους ψυχικά ασθενείς. (Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Επιπροσθέτως, για να περιορισθεί το στίγμα και οι διακρίσεις που αφορούν την σχιζοφρένεια είναι αναγκαίο, να βελτιωθούν οι θεραπείες, πράγμα το οποίο μεταφράζεται στην ύπαρξη καταρτισμένου προσωπικού, υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος και αποτελεσματικών φαρμάκων. (Οικονόμου, Γραμαγδάνη & συνεργάτες, 2006).

Τέλος, σύμφωνα με την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (2001), η μάχη κατά του στίγματος απαιτεί επίσης εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές.

2.6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Οι διάφορες μορφές των ΜΜΕ είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για να καλλιεργηθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές της κοινότητας προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Υπάρχει η δυνατότητα να αναληφθεί δράση για να ελεγχθεί ή να προληφθεί η χρήση εικόνων, μηνυμάτων, ή ιστοριών στα μέσα, που δυνητικά θα είχαν αρνητικές επιπτώσεις σε όσους πάσχουν απο ψυχικές διαταραχές.

Επιπλέον, τα μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πληροφόρηση του κοινού, για να προκαλέσουν αλλαγή συμπεριφοράς και στάσης των ατόμων, να προπαγανδίσουν υπέρ της αλλαγής κοινωνικών, δομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ψυχικές διαταραχές. (Έκθεση για την παγκόσμια Υγεία ,2001).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την Έκθεση για την παγκόσμια Υγεία (2001), η διαφήμιση είναι χρήσιμο εργαλείο για την ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προλήψεων. Μέσω της δημοσιότητας, οι ειδήσεις προσελκύουν την προσοχή του κοινού, μορφοποιούν ένα πρόβλημα στην κοινή συνείδηση και οδηγούν σε στήριξη σχετικών πρωτοβουλιών. Παρεμβάλλοντας θέματα και κοινωνικά μηνύματα για την

υγεία, στα ψυχαγωγικά μέσα υποβοηθιέται η αλλαγή των στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών.

2.7 Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ

Τόσο η διαμόρφωση όσο και η αλλαγή των στάσεων είναι από τους κύριους στόχους κάθε κοινωνίας. Η διαμόρφωση των στάσεων των ενηλίκων περιορίζεται στους τομείς εκείνους, όπου δεν έχουν σχηματίσει κάποια γνώμη, σε αντίθεση με την αλλαγή των στάσεων, η οποία συνίσταται στην προσπάθεια αντικατάστασης μιας ήδη υπάρχουσας στάσης από μια διαφορετική. Οι προσπάθειες για την αλλαγή των στάσεων είναι εμφανείς σε κάθε κοινωνία.

Σύμφωνα με τον Γεώργα (1995), η αλλαγή των στάσεων των πολιτών, όσον αφορά κρίσιμα ζητήματα της κοινωνίας, είναι κύριο μέλημα κάθε κράτους. Συνεχίζει λέγοντας, ότι στην πραγματικότητα, οι φορείς του κράτους δεν συνειδητοποιούν οτι το πρόβλημα είναι ουσιαστικά η αλλαγή των στάσεων. Αντίθετα, προσπαθούν να αλλάξουν κατευθείαν τη συμπεριφορά των πολιτών. Δεν γνωρίζουν δηλαδή, τη συνάρτηση της συμπεριφοράς με τη στάση- ότι η συμπεριφορά κατευθύνεται , τόσο από το γνωστικό στοιχείο, όσο και από το συναισθηματικό στοιχείο της στάσης.

Η αλλαγή λοιπόν, των στάσεων κι έπειτα της συμπεριφοράς των πολιτών, αποτελεί ένα σημαντικότατο στόχο της κάθε κοινωνίας. Επισημαίνεται οτι, με τον όρο στάσεις, νοούνται τα τρία στοιχεία: το γνωστικό στοιχείο, το συναισθηματικό στοιχείο και η συμπεριφορά, οπότε η αλλαγή ενός από τα τρία στοιχεία ενδέχεται να έχει επιπτώσεις στα υπόλοιπα δύο.

Η πρώτη θεωρία της αλλαγής των στάσεων εκπονήθηκε από τον Αριστοτέλη στη Ρητορική Τέχνη. Σύμφωνα μ'εκείνον, τα τρία στοιχεία της ρητορικής τέχνης είναι: το ήθος του ρήτορα, η συγκίνηση που προκαλεί στον ακροατή και τα πειστικά ή φαινομενικά πειστικά επιχειρήματα του ρήτορα.

Οι συστηματικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την αλλαγή των στάσεων του καθηγητή C. Hovland από το Πανεπιστήμιο Yale δε διαφέρουν σημαντικά από τη θεωρία του Αριστοτέλη.

Οι επόμενες υποενότητες οργανώνονται, σύμφωνα με το πρότυπο του Hovland. Αρχικά, θα αναφερθεί η *πηγή του μηνύματος*, δηλαδή ο ομιλητής. Στην

συνέχεια, θα αναφερθούν τα *χαρακτηριστικά του μηνύματος*. Έπειτα, θα αναλυθούν τα *χαρακτηριστικά* όσο και η αντίδραση του *στόχου*, δηλαδή του ακροατή. Τέλος, θα αναλυθούν οι *συνθήκες* που βρίσκεται ο ακροατής. (Γεώργας, 1995).

2.7.1 Η ΠΗΓΗ ΤΟΥ ΜΗΝΥΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον παραπάνω συγγραφέα, ο όρος πηγή του μηνύματος, αναφέρεται σ'εκείνον που μεταδίδει τη στάση. Η πηγή του μηνύματος ενδέχεται να είναι ένα άτομο ή μια κοινωνική ομάδα ή ένα περιοδικό ή μια εφημερίδα, όπως επίσης το ραδιόφωνο ή τηλεόραση.

Οι σύγχρονες έρευνες, διερευνούν τις κρίσιμες παραμέτρους σχετικά με την αποτελεσματικότητα της πηγής του μηνύματος, στο να αλλάξουν τις στάσεις του στόχου, δηλαδή των ακροατών.

Τα αποτελέσματα, ασπάζονται την άποψη του Αριστοτέλη, οτι η αξιοπιστία του ομιλητή είναι μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους. Όσο περισσότερο θεωρείται αξιόπιστος ο ομιλητής, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να μπορέσει να αλλάξει τις στάσεις τους.

Με την σειρά της η αξιοπιστία έχει δύο επιμέρους παραμέτρους, τις γνώσεις και τις εμπειρίες της πηγής και την εμπιστοσύνη του ακροατή στην πηγή, οι οποίες θα αναφερθούν συνοπτικά στην συνέχεια. (Γεώργας, 1995).

- Οι γνώσεις και οι εμπειρίες

Όταν η πηγή έχει μεγάλο κύρος, ενδέχεται να επηρεάσει τη γνώμη κάποιου, έστω κι αν το μήνυμα της είναι παράλογο. Άν για παράδειγμα, ο ομιλητής είναι ένας καθηγητής, η γνώμη του θα θεωρηθεί πιο αξιόπιστη απ' ότι η γνώμη κάποιου γνωστού μας.

Έτσι λοιπόν, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως όσο περισσότερο είναι ειδικός ο ομιλητής, τόσο ευκολότερα έχει τη δυνατότητα να αλλάξει τις στάσεις μας για κάποιο θέμα.

Τέλος, κατά τη θεωρία των French και Raven, ο ειδήμονας έχει την *κοινωνική δύναμη της εμπειρίας και της γνώσης*, η οποία ενδέχεται να επηρεάσει την αλλαγή των στάσεων. (Γεώργας, 1995).

- Η εμπιστοσύνη

Μεταξύ της παραμέτρου της εμπειρίας και γνώσης βρίσκεται η παράμετρος της εμπιστοσύνης. Υπάρχει κάποια συνάρτηση, η οποία δεν είναι αμφίδρομη. Αυτό σημαίνει, ότι έχουμε εμπιστοσύνη στη γνώμη του ειδήμονα λόγω του κύρους του. Παρολ' αυτά, η εμπιστοσύνη που έχουμε στον ομιλητή δεν βρίσκεται σε συνάρτηση με τις γνώσεις που ο ίδιος κατέχει.

Οι Β. Βασιλείου και Γ. Βασιλείου, έχουν δείξει πόσο ισχυρός είναι ο ρόλος της ομάδας του «κύκλου των δικών», η εσω-ομάδα, στην αλλαγή των στάσεων στην ομάδα. Στην Ελλάδα, τοποθετούμε τους ανθρώπους σε δύο κατηγορίες: στους «δικούς μας ανθρώπους» και στους «ξένους» ή τους «άλλους». Οι «δικοί μας» αποτελούνται απο την εκτεταμένη οικογένεια και τους φίλους της οικογένειάς μας, στους οποίους έχουμε εμπιστοσύνη επειδή θα μας συμπαρασταθούν σε ώρα ανάγκης.

Επομένως, η εμπιστοσύνη που έχουμε στους «δικούς μας» ανθρώπους θα έχει ως αποτέλεσμα τον ενδεχόμενο επηρεασμό των στάσεών μας από αυτούς. (Γεώργας, 1995).

2.7.2 ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ

Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, το περιεχόμενο του λόγου έχει αποδεικτική δύναμη, όταν τα επιχειρήματα είναι πειστικά και αληθή. Η κοινωνική ψυχολογία, έχει μελετήσει συστηματικά τα χαρακτηριστικά του μηνύματος, τα οποία θα αναλυθούν στη συνέχεια. (Γεώργας, 1995).

- Μονόπλευρα ή αντίθετα επιχειρήματα

Ο Αριστοτέλης, έχει την πεποίθηση ότι ο ρήτορας πρέπει να είναι προετοιμασμένος να υποστηρίξει και τις αντίθετες απόψεις ενός ζητήματος.

Σύμφωνα με την ομάδα του Hovland, βρέθηκε ότι η αποτελεσματικότητα των δύο τακτικών, μονόπλευρα επιχειρήματα ή αντίθετα επιχειρήματα, βρίσκεται σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά των ακροατών, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι εάν οι ακροατές είναι οπαδοί του ομιλητή, τότε είναι φανερή η αποτελεσματικότητα των μονόπλευρων επιχειρημάτων στην αλλαγή των στάσεων.

Δηλαδή, επειδή ο ομιλητής ήδη θεωρείται αξιόπιστος από τους ακροατές, τότε τα μονόπλευρα επιχειρήματα ενισχύουν τη γενική εμπιστοσύνη που έχουν οι ακροατές προς την πηγή, με αποτέλεσμα οι ακροατές να αλλάζουν εύκολα τις στάσεις τους.

Ο Hovland βρήκε ότι, «όταν οι ακροατές είναι αντίπαλοι ή εχθρικοί προς τον ομιλητή, τότε η χρήση αντίθετων επιχειρημάτων είναι πιο αποτελεσματική ως προς την αλλαγή των στάσεων των ακροατών» (Γεώργας, 1995,176).

Τα παραπάνω σημαίνουν ότι σε κάποιο δύσπιστο ή εχθρικό περιβάλλον, η αποτελεσματικότερη τακτική του ομιλητή, θα είναι πρώτα να αναπτύξει ο ομιλητής τα επιχειρήματα και των δύο πλευρών, και κατόπιν με τη χρήση της λογικής, είτε να αποδείξει την ανωτερότητα των επιχειρημάτων που στηρίζουν τη δική του άποψη, είτε να αποδείξει της αδυναμίες της αντίθετης τοποθέτησης.

Όμως, το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συνάρτηση με κοινωνικές παραμέτρους . Η κύρια κοινωνική παράμετρος που μεσολαβεί σ' αυτό το εύρημα είναι η μόρφωση των ακροατών. Οπότε, στους ακροατές που έχουν ανώτερη μόρφωση, η παρουσίαση των αντίθετων επιχειρημάτων είναι πιο αποτελεσματική στην αλλαγή των στάσεων , ανεξάρτητα από την αρχική τους στάση. Δηλαδή, ο άνθρωπος που είναι πιο μορφωμένος ενδέχεται να αλλάξει στάσεις, εάν τα επιχειρήματα είναι λογικά, επειδή απαιτεί να ακούσει και τις δύο πλευρές του ζητήματος.

Αντίθετα, στους ακροατές με κατώτερη εκπαίδευση, μέσω της μονόπλευρης παρουσίασης των επιχειρημάτων, επιτυγχάνεται η αλλαγή των στάσεων ευκολότερα απο ό,τι η παρουσίαση των αντίθετων επιχειρημάτων.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι διάφορες έρευνες στο ζήτημα αυτό –τα τελευταία 30 χρόνια- επιβεβαιώνουν το πόρισμα αυτό. (Γεώργας, 1995).

- Η σειρά των αντίθετων επιχειρημάτων

Στη συγκεκριμένη υποενότητα, θα μελετήσουμε τι συμβαίνει όταν η πηγή παρουσιάζει τα επιχειρήματα του αντιπάλου και θα προσπαθήσουμε να οδηγηθούμε στην αποτελεσματικότερη μέθοδο. Θα πρέπει να προηγούνται τα επιχειρήματα που υποστηρίζουν τη θέση της ή τα αντίθετα προς τη θέση της επιχειρήματα;
Ο Αριστοτέλης, υποστηρίζει ότι θα πρέπει να προηγείται η θέση του ομιλητή και να ακολουθούν τα αντίθετα επιχειρήματα.

Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες, σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα, συμπέραναν ότι και οι δύο τακτικές ενδέχεται να είναι αποτελεσματικές, επειδή εξαρτώνται από άλλες παραμέτρους.

Ο Τριάντης (1971), υποστηρίζει ότι, εάν η θέση και τα επιχειρήματα του ομιλητή είναι άγνωστα στο ακροατήριο, τότε σαφέστατα η καλύτερη τακτική είναι του Αριστοτέλη, δηλαδή πρώτα τα δικά του επιχειρήματα και μετά τα αντίθετα.

Σύμφωνα με τον McGuire, πρέπει πρώτα να παρουσιάζονται τα ευχάριστα επιχειρήματα και δεύτερα τα δυσάρεστα για τον ακροατή. Έτσι, το αποτέλεσμα των ευχάριστων επιχειρημάτων έχει ως στόχο να δημιουργήσει στον ακροατή τη θέληση να παρακολουθήσει τον ομιλητή. (Γεώργας, 1995).
Οι Miller και Campbell, υιοθετούν την άποψη ότι εάν ο σκοπός του ομιλητή είναι να ενισχύσει κάποια υπάρχουσα στάση του ακροατηρίου, τότε η αποτελεσματικότερη τακτική είναι να παρουσιαστεί πρώτα η θέση του ομιλητή. Βέβαια, εάν οι ακροατές δεν έχουν πάρει μια σαφή θέση , τότε η καλύτερη τακτική μπορεί να είναι, ο ομιλητής να παρουσιάσει τις θέσεις του μετά από τις αντίθετες θέσεις.

Κλείνοντας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις όσον αφορά το ζήτημα της σειράς των επιχειρημάτων. (Γεώργας, 1995).

- Οι προθέσεις της πηγής

Στην παρούσα υποενότητα, θα αναφερθεί ένα ακόμα στοιχείο του μηνύματος, το οποίο ενδέχεται να επηρεάσει τις στάσεις του ακροατή και είναι οι προθέσεις της πηγής, όπως τις αντιλαμβάνεται ο ακροατής.

Σύμφωνα με τον Γεώργα (1995), εάν ο ομιλητής παίρνει μια αντίθετη με τα συμφέροντά του θέση, τότε το αποτέλεσμα είναι ότι γίνεται περισσότερο αξιόπιστος στην αντίληψη των ακροατών, με συνέπεια τα επιχειρήματά του να είναι πιο πειστικά.

- Ασυμφωνία μηνύματος και στόχου

Η δυνατότητα του μηνύματος να αλλάξει τη στάση του στόχου, βρίσκεται σε συνάρτηση με το κατά πόσο συμφωνούν το μήνυμα και η υπάρχουσα στάση της πηγής.

Σύμφωνα με τις θεωρίες του Heider και Festinger, δηλαδή της γνωστικής συνέπειας των στάσεων και της γνωστικής ασυμφωνίας, αντίστοιχα, προβλέπουν ότι, όταν το μήνυμα καταφέρει να δημιουργήσει μια κατάσταση γνωστικής ανισορροπίας στον ακροατή, τότε δημιουργείται στον ίδιο μια τάση μείωσης της γνωστικής έντασης, με αποτέλεσμα την ενδεχόμενη αλλαγή της στάσης του ακροατή.

Όμως, η ενδεχόμενη αλλαγή της στάσης του, βρίσκεται σε συνάρτηση με το μέγεθος της ασυμφωνίας μεταξύ μηνύματος και υπάρχουσας στάσης του στόχου.

Σημειώνεται ότι, κάτω από συνθήκες γνωστικής ασυμφωνίας μεταξύ μηνύματος της πηγής και στάσης του στόχου, η ενδεχόμενη αλλαγή της στάσης του στόχου κατορθώνεται, όταν το μέγεθος της ασυμφωνίας είναι μικρό. Σε περίπτωση όπου το μέγεθος της ασυμφωνίας είναι υπερβολικά μεγάλο, τότε αντί να αλλάξει ο στόχος τη στάση του, λύνει τον προβληματισμό του με το να αμφιβάλλει για την αξιοπιστία της πηγής.

Αξίζει να αναφερθεί ότι το φαινόμενο του μεγέθους της ασυμφωνίας ουσιαστικά αναφέρεται στο γνωστικό στοιχείο των στάσεων, πράγμα το οποίο σημαίνει οτι το περιεχόμενο του γνωστικού στοιχείου του μηνύματος , είναι ασύμφωνο με το γνωστικό στοιχείο της στάσης του στόχου.

Κατά συνέπεια, η δυνατότητα αλλαγής των στάσεων εξαρτάται ουσιαστικά απο τα λογικά επιχειρήματα της πηγής. (Γεώργας, 1995).

- Η χρήση του φόβου

Σύμφωνα με τον παραπάνω συγγραφέα, μια ακόμα διαφορετική τακτική για την αλλαγή των στάσεων, συνίσταται στην αλλαγή του συναισθηματικού στοιχείου. Η συχνότερη τακτική που χρησιμοποιείται είναι ο φόβος.

Μετά από μια σειρά πειραμάτων από τους Janis και Fesbach, ο McGuire, συνοψίζει τα ευρήματα ακολούθως: Σε περιπτώσεις όπου το μέγεθος του φόβου είναι πολύ μικρό, τότε ενδεχόμενο είναι οι στάσεις να μην αλλάξουν. Όταν το μέγεθος του φόβου είναι μέτριο, ενδεχόμενο είναι ότι οι στάσεις θα αλλάξουν. Βέβαια, με υπερβολικό φόβο, το μήνυμα διεγείρει τόσο υπερβολικό άγχος στο στόχο, ώστε το άτομο να παραλύει από φόβο. Το αποτέλεσμα είναι, ότι οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ μεσολαβούν για να μειώσουν την απειλή προς το εγώ, με συνέπεια να αλλοιωθεί η δύναμη του μηνύματος.

- Η συχνότητα του μηνύματος

Σύμφωνα με τον Γεώργα (1995), μια ακόμα παράμετρος που προέρχεται από τον συμπεριφορισμό, αφορά τη συχνότητα του μηνύματος, δηλαδή το πόσο αποτελεσματική είναι η συστηματική επανάληψη του μηνύματος ως προς την αλλαγή των στάσεων. Το ζήτημα αυτό αφορά κυρίως τα μέσα μαζικής επικοινωνίας.

Ένα κεντρικό αξίωμα του συμπεριφορισμού, αναφέρει ότι η συχνή επανάληψη ενός μηνύματος, έχει αποτέλεσμα τη μάθησή του από μέρος του στόχου. Το συγκεκριμένο αξίωμα λειτουργεί, επειδή στην πρώτη εμφάνιση, το μήνυμα είναι ασυνήθιστο και καινούριο, οπότε ελκύει την προσοχή του ακροατή.

Μετά από πολλές επαναλήψεις που το μήνυμα έχει μαθευτεί, η συχνή επανάληψη μπορεί να έχει το αντίθετο αποτέλεσμα. Αυτό σημαίνει, πως όταν έχουμε μάθει μια στάση ή όταν στην προσπάθεια αλλαγής των στάσεων το ίδιο μήνυμα επαναλαμβάνεται συχνά, τότε χάνει τη δύναμη του, επειδή δεν είναι πια καινούριο και γίνεται βαρετό.

Κατά συνέπεια, πρέπει να υπάρχει κάποια συστηματική και προγραμματισμένη συχνότητα επανάληψης του μηνύματος για να κινεί το ενδιαφέρον του κοινού και να πετυχαίνει στο σκοπό του, της αλλαγής των στάσεων.

2.7.3 Ο ΣΤΟΧΟΣ

Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, η συναισθηματική κατάσταση του ακροατηρίου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, για τις επιδράσεις που θα δεχθεί από το ρήτορα. Θα πρέπει να δημιουργούμε τόσο στον εαυτό μας όσο και στο ακροατήριο μια ορισμένη διάθεση και να μην δίνουμε σημασία μόνο στα λογικά και πειστικά μας επιχειρήματα. Όταν οι ακροατές διάκεινται φιλικά προς τον ομιλητή, τότε είναι ανάλογες και οι διαθέσεις τους. Σε περίπτωση που οι ακροατές είναι οργισμένοι ή έχουν εχθρικά συναισθήματα, τότε είναι άλλες οι διαθέσεις τους.

Σ' αυτό το σημείο, αξίζει η υπενθύμιση ότι οι στάσεις αποτελούνται από τρία διαφορετικά στοιχεία: το γνωστικό στοιχείο, το συναισθηματικό στοιχείο και τη συμπεριφορά, άρα οι προσπάθειες επηρεασμού των στάσεων του στόχου απευθύνονται κυρίως σε κάποιο απ' αυτά τα τρία στοιχεία.

Η θεωρία του Festinger, υποστηρίζει ότι η αλλαγή του γνωστικού στοιχείου θα έχει ως συνέπεια, την επακόλουθη αλλαγή τόσο του συναισθηματικού στοιχείου, όσο και της συμπεριφοράς του ατόμου. Το αντίστοιχο θα πρέπει να συμβεί εάν το συναισθηματικό στοιχείο αλλάξει.

Στόχος λοιπόν, των ερευνών είναι δύο φαινόμενα που χαρακτηρίζουν το στόχο του μηνύματος. Στην συνέχεια, θα αναλυθούν, οι ατομικές διαφορές, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ακροατών οι οποίοι, είναι άλλοι εύπιστοι κι άλλοι δύσπιστοι. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι ψυχολογικοί μηχανισμοί και ο τρόπος που λειτουργούν για να διευκολύνουν την αλλαγή των στάσεων και για να ενισχύσουν την άμυνα του ατόμου στην προσπάθειά του να μην αλλάξει στάσεις. (Γεώργας, 1995).

- Η νοημοσύνη

Μια υπόθεση σχετικά με τις ατομικές διαφορές, υποστηρίζει ότι οι πιο ευφυείς άνθρωποι είναι πιο δύσπιστοι από εκείνους που είναι λιγότερο ευφυείς. Παρολ' αυτά, δεν υπάρχει καμία σταθερή ένδειξη συνάρτησης μεταξύ νοημοσύνης και αλλαγής στάσεων.

Δηλαδή, κάποιοι θα προέβλεπαν ότι ο πιο μορφωμένος, ο πιο ευφυής, αναλύει λογικά τα επιχειρήματα της πηγής, με αποτέλεσμα να είναι σε θέση να δεχθεί ή να αποκρούσει την προσπάθεια αλλαγής της στάσης του. Αντίθετα, τόσο ο πιο ευφυής όσο και ο λιγότερο ευφυής είναι ευάλωτος σε αλλαγές στάσεων. Κατά συνέπεια, δεν είναι ζήτημα νοημοσύνης αλλά τακτικής της πηγής. Επίσης, άλλα ευρήματα υποστηρίζουν ότι οι πιο μορφωμένοι ακροατές προτιμούν να σχηματίσουν τη δική τους γνώμη με βάση τα επιχειρήματα του μηνύματος, σε αντίθεση με τους λιγότερο μορφωμένους, οι οποίοι προτιμούν μηνύματα τα οποία καταλήγουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα.

Βέβαια, και τα δύο αυτά ευρήματα βρίσκονται σε στενή συνάρτηση με τις άλλες παραμέτρους που αναφέρθηκαν. Εξαρτάται δηλαδή από τα χαρακτηριστικά της πηγής, από το μήνυμα, και από τις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Ακόμα, ορισμένα άτομα ή ορισμένες κοινωνίες είναι πιο ευαίσθητες στο συναισθηματικό στοιχείο απ' ότι είναι στο γνωστικό στοιχείο.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι, η σχέση νοημοσύνης και αλλαγής των στάσεων είναι πολύπλοκη και δεν εξηγείται με μια απλή συνάφεια ανάμεσά τους. (Γεώργας, 1995).

- Η προσωπικότητα

Όσον αφορά την συνάφεια μεταξύ προσωπικότητας και αλλαγής των στάσεων, τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με εκείνα που επισημάνθηκαν παραπάνω για την νοημοσύνη. Αυτό σημαίνει ότι είναι μικρή η συνάφεια μεταξύ γνωρισμάτων της προσωπικότητας και της αλλαγής των στάσεων.

Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με αυταρχική προσωπικότητα επηρεάζονται περισσότερο από πηγές που διαθέτουν κύρος και κοινωνική δύναμη. Η πλειοψηφία των ερευνών στο χώρο της προσωπικότητας, αφορούν τη σχέση αυτοεκτίμησης και αλλαγής των στάσεων.

Η αυτοεκτίμηση βρίσκεται σε στενή συνάρτηση με την αυτοσυνειδησία ή το ψυχαναλυτικό εγώ του ατόμου. Δηλαδή, άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν αυτοπεποίθηση, θετική εικόνα για τον εαυτό τους καθώς επίσης βασίζονται στη δική τους κρίση και υποθέτουμε ότι δεν αλλάζουν με ευκολία τις στάσεις τους. Είναι

σαφές, ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση επηρεάζονται ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.

Σύμφωνα με έρευνες του Asch και του McGuire, η αυτοεκτίμηση δεν επηρεάζει την αλλαγή των στάσεων όταν το μήνυμα είναι ή πολύ εύκολο ή πολύ δύσκολο. Αντίθετα, όταν το μήνυμα είναι μέτριας δυσκολίας, τότε το άτομο με υψηλή αυτοεκτίμηση αντιλαμβάνεται το γνωστικό στοιχείο του μηνύματος. Από την άλλη πλευρά το άτομο με υψηλή αυτοεκτίμηση δεν θα επηρεαστεί εύκολα από τις προσπάθειες του άλλου, ενώ ακριβώς το αντίθετο συμβαίνει με άτομα χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Τέλος, τα ευρήματα στον χώρο των ατομικών διαφορών δείχνουν ότι άλλες παράμετροι, όπως τα χαρακτηριστικά της πηγής και τα χαρακτηριστικά του μηνύματος, διαδραματίζουν ουσιαστικότερο ρόλο στην αλλαγή των στάσεων από τη νοημοσύνη και την προσωπικότητα. Κατά συνέπεια, η προσοχή πρέπει να στραφεί στους ψυχολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους, διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την αλλαγή των στάσεων. (Γεώργας, 1995).

- Η αντίσταση στην αλλαγή των στάσεων

Στην αντίσταση της αλλαγής των στάσεων, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει ο βαθμός αφοσίωσης του ατόμου προς τη στάση, και ο βαθμός εμπέδωσης της στάσης. Όταν κάποιος δεν είναι πιστά αφοσιωμένος σε μια στάση, η αλλαγή της είναι εύκολη. Αντίθετα, όταν μια στάση είναι βαθιά εμπεδωμένη στο αξιοκρατικό μας σύστημα, τότε αντιστέκεται στην αλλαγή.

Σύμφωνα με τον Freedman (1978) και άλλους, υποστηρίζεται ότι τέσσερις είναι οι παράμετροι που προσδιορίζουν το επίπεδο αφοσίωσης του ατόμου στη στάση.

1) οι ενέργειες, δηλαδή η εκδηλωμένη συμπεριφορά του ατόμου που είναι συνεπής με τη στάση αυξάνουν την αφοσίωση του ατόμου στη στάση.
2) Η εκφραζόμενη άποψη για κάποια τοποθέτηση δεσμεύει το άτομο να την υποστηρίξει.

3) Όταν το άτομο διαμορφώνει εκούσια κάποια στάση, τότε είναι περισσότερο αφοσιωμένο στην υποστήριξη της, απ' όσο θα ήταν εάν υιοθετούσε μια στάση κάτω από την έμμεση ή άμεση επιρροή της ομάδας του.
4) Το επίπεδο της αφοσίωσης του ατόμου στη στάση του βρίσκεται σε στενή συνάρτηση με το πόσο στενά συνδεδεμένη είναι η στάση του με το αξιοκρατικό του σύστημα καθώς επίσης και με την καθημερινή του συμπεριφορά.

Έτσι λοιπόν, η ενδεχόμενη αλλαγή μιας στενά ριζωμένης στο ολικό αξιοκρατικό σύστημα στάσης, θα απαιτούσε την ολοκληρωτική αλλαγή του συστήματος, πράγμα το οποίο είναι δύσκολο.

Ο Freedman και οι συνεργάτες του (1978), περιγράφουν πέντε συγκεκριμένες τακτικές που έχουν παρατηρηθεί, οι οποίες θα παρουσιαστούν ακολούθως.

Α) η πρώτη τακτική βασίζεται στη χρήση των *λογικών επιχειρημάτων.* Το άτομο προσπαθεί να προσκομίσει λογικά επιχειρήματα με σκοπό να αντισταθεί στην προσπάθεια αλλαγής των στάσεών του. Η υποστήριξη των στάσεών μας με λογικά επιχειρήματα αποτελεί καθημερινό γεγονός.

Η αποτελεσματικότητα της αντίστασης με λογικά επιχειρήματα, εξαρτάται από την αξιοπιστία της πηγής και τα χαρακτηριστικά του μηνύματος.

Η συγκεκριμένη τακτική, αποτελεί την χαρακτηριστικότερη αντίσταση στην προσπάθεια αλλαγής των στάσεων.

Β) η *προσπάθεια εξευτελισμού ή εξύβρισης ή μείωσης του κύρους της πηγής* , αποτελεί την δεύτερη τακτική αντίστασης στην αλλαγή των στάσεων. Μια απο τις αποτελεσματικότερες παραμέτρους αλλαγής των στάσεων, είναι η αξιοπιστία της πηγής, δηλαδή η εμπιστοσύνη του στόχου στη γνώμη της πηγής. Σε περίπτωση που ο στόχος δεν έχει τη δυνατότητα να αντικρούσει την επιχειρηματολογία της πηγής, τότε προσπαθεί να μειώσει την αξιοπιστία, το προσωπικό κύρος της.

Γ) υπάρχει μια τάση στον άνθρωπο να αντιλαμβάνεται τα φαινόμενα υποκειμενικά. Κατά συνέπεια, μια τρίτη τακτική είναι να *διαστρεβλώνει το μήνυμα.* Το φαινόμενο αυτό συμβαίνει ασυνείδητα. Βλέπουμε και ακούμε αυτό που θέλουμε. Το ίδιο ισχύει για την αντίληψη των μηνυμάτων. Σε περίπτωση που η διαστρέβλωση είναι υπέρ μιας θέσης μας, τότε ονομάζεται από τους Hovland και Sherif, αφομοίωση. Αντίθετα, όταν η διαστρέβλωση του μηνύματος κατά της θέσης μας, ονομάζεται αντίθεση. Η

συγκεκριμένη τακτική, μειώνει τη γνωστική ασυμφωνία μεταξύ του μηνύματος και της στάσης του στόχου.

Δ) η χρήση των *μηχανισμών άμυνας του εγώ*, είναι μια άλλη τακτική αντίστασης. Δηλαδή, όταν το μήνυμα είναι γνωστικά ασύμφωνο με τη στάση του, τότε ο στόχος ενδέχεται να χρησιμοποιήσει ασυνείδητα τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι θα μειώσουν το προερχόμενο από τη γνωστική ασυμφωνία άγχος. Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί άμυνας του εγώ, οι οποίοι μεσολαβούν ασυνείδητα σκοπεύοντας να προστατεύσουν την ακεραιότητα του εγώ από απειλές.

Ε) η τελευταία τακτική αντίστασης ονομάζεται απόρριψη. Η συγκεκριμένη τακτική συνίσταται στην κατηγορηματική απόρριψη του μηνύματος από το άτομο. Δηλαδή το άτομο απλώς απορρίπτει την προσπάθεια αλλαγής της στάσης του, χωρίς καμιά αιτιολογία, χωρίς επιχειρηματολογία ή άλλη μορφή αντίστασης. (Γεώργας, 1995).

2.7.4 ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Μια ακόμα καθοριστική παράμετρος σε σχέση με την αλλαγή των στάσεων, είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες βρίσκεται το άτομο, αυτό που ο Lewin περιγράφει ως «ψυχολογικό χώρο»-«χρόνο» και «ξένος κέλυφος». Οι προσπάθειες δηλαδή, αλλαγής των στάσεων του ατόμου γίνονται μέσα σε κάποιο ψυχολογικό χώρο-χρόνο, ο οποίος επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα το άτομο να αλλάξει τις στάσεις του.

Ο Τριάντης και ο Βασιλείου (1972), αναφέρονται στη μεγάλη δύναμη της Ελληνικής εσω-ομάδας, δηλαδή των «δικών μας ανθρώπων». Γεγονός είναι οτι οι «δικοί μας άνθρωποι» επηρεάζουν την αλλαγή των στάσεών μας.

Τέλος, όπως επισημαίνει ο Τριάντης (1972) σε σχέση με τον υποκειμενικό πολιτισμό, οι αλλαγές των στάσεων επηρεάζονται από τις γενικές παραμέτρους της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο. (Γεώργας, 1995).

2.8 ΤΡΟΠΟΙ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τις πραγματικές ελλείψεις σε κοινωνικές και επαγγελματικές ικανότητες του ψυχικά ασθενούς πληθυσμού, γίνεται αντιληπτό πόσο απαραίτητες είναι οι προσπάθειες για την εκπαίδευση των συγκεκριμένων ατόμων.

Όταν αναφερόμαστε σε προσπάθειες αλλαγής της στάσης του κοινού, στο να αναγνωρίζει δηλαδή δικαιώματα στους ψυχικά ασθενείς στους τομείς της εργασίας, της εκπαίδευσης, της ψυχαγωγίας ή όποιας άλλης κοινοτικής δραστηριότητας, συνεπάγεται ότι θα πρέπει να γίνεται η σωστή κοινωνική επανεκπαίδευση των ψυχικά ασθενών ώστε να κατορθώσουν να ασκήσουν τα δικαιώματα αυτά.

Είναι σαφές, ότι χρειάζεται προσπάθεια για την σωστή ενημέρωση του κοινού σε θέματα ψυχικής ασθένειας. Η ενημέρωση του κοινού θα πρέπει να είναι σωστά δομημένη και το περιεχόμενό της να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με τις πραγματικές διαστάσεις της ψυχικής ασθένειας, όπου θα συμπεριλαμβάνονται φυσικά και οι πιθανοί κίνδυνοι. Αυτή η εκπαίδευση λοιπόν, αποτελεί κρατική ευθύνη καθώς επίσης και κοινοτικών και εκπαιδευτικών φορέων. (Στογιαννίδου, Παπαδάτου, 1987).

Οι ποικίλες απόψεις που υπάρχουν για τη φύση της ψυχικής ασθένειας στηρίζονται σε διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την αιτιολογία της. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, έχει φανεί ότι μέσα από το πλήθος των συγκρουόμενων αιτιολογικών απόψεων του κοινού, ξεχωρίζουν δύο διιστάμενες απόψεις, οι οποίες αντιστοιχούν στο ιατρικό και το κοινωνικό-περιβαλλοντικό μοντέλο αιτιολογίας, όπως ορίζονται από τους επιστήμονες ψυχικής υγιεινής. (Farina, 1986).

Με απλά λόγια, σύμφωνα με το πρώτο μοντέλο, τα ψυχικά προβλήματα θεωρούνται «ασθένειες», οι οποίες προέρχονται από γενετικούς ή βιολογικούς παράγοντες και δε διαφέρουν ουσιαστικά από τις οργανικές ασθένειες.

Σύμφωνα με το κοινωνικό-περιβαλλοντικό μοντέλο, τα ίδια προβλήματα θεωρούνται ενδείξεις διαπροσωπικών δυσκολιών και έχουν τις ρίζες τους κυρίως στην ποιότητα των οικογενειακών και κοινωνικών εμπειριών του ατόμου κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του. (Στογιαννίδου, 1987).

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα ψυχικά ασθενές άτομο αξιολογείται με ευνοϊκότερη διάθεση, όταν το κοινό έχει την πεποίθηση ότι τα προβλήματα του ατόμου αυτού προέρχονται από την αδυναμία του να λειτουργήσει σε διαπροσωπικό

επίπεδο και να αντιμετωπίσει καθημερινές δυσκολίες, γεγονός το οποίο δεν συμβαίνει όταν το κοινό πιστεύει ότι τα προβλήματα προέρχονται από κάποια ασθένεια. (Rothaus et al, 1963).

Η αποδοχή του ενός ή του άλλου μοντέλου έχει επιπτώσεις και στους ίδιους τους ασθενείς. Στην περίπτωση που τα άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια υιοθετήσουν κοινωνικές-περιβαλλοντικές απόψεις, νιώθουν μεγαλύτερη ευθύνη για την κατάστασή τους και αναλαμβάνουν προσπάθειες για την βελτίωσή τους. Αντίθετα, τα άτομα που υιοθετούν το άλλο μοντέλο, τείνουν να έχουν παθητική στάση και πλήρη εξάρτηση από τους φορείς που τους περιθάλπουν. (Farina & Fisher, 1982/Morrison et.al., 1977).

Όπως έχουμε επισημάνει, το κοινό έχει συγκεχυμένες απόψεις για την ψυχική ασθένεια και εκδηλώνει αρκετό άγχος σε θέματα που σχετίζονται μ' αυτήν. Έτσι λοιπόν, είναι πρόθυμο να δεχθεί νέες πληροφορίες και να μεταβάλλει τις απόψεις του. (Farina & Fisher, 1982, Nunnaly, 1961).

Επιτυχείς μπορούν να θεωρηθούν, οι προσπάθειες για να στραφούν οι απόψεις του κοινού προς το κοινωνικό-περιβαλλοντικό μοντέλο. Οι Morrison και Becker (1975), κατάφεραν να στρέψουν τον προσανατολισμό του προσωπικού μιας μεγάλης ψυχιατρικής μονάδας μετά από ένα 4ωρο διδακτικό σεμινάριο. Μάλιστα, το προσωπικό διατήρησε τις ίδιες κοινωνικές-περιβαλλοντικές απόψεις και μετά από επανεξέταση 9 εβδομάδων καθώς και 8 μηνών αργότερα. Τα ίδια αποτελέσματα είχε κι ένα σύντομο ενημερωτικό κείμενο σχετικά με την αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας προς Αμερικάνους φοιτητές (Farina et al 1978/Farina&Fisher 1986).

Μια ακόμα παράμετρος που επηρεάζει τη στάση απέναντι στα ψυχικά ασθενή άτομα, είναι ο βαθμός και το μέγεθος της επαφής που έχει το κοινό μ' αυτά.

Σύμφωνα με τους Gelfand και Ullman (1961α και 1961β), η σύντομη επαφή φοιτητών με ψυχιατρικούς ασθενείς βελτίωσε τις στάσεις των φοιτητών, οι οποίοι έδειχναν μεγαλύτερη αποδοχή των ασθενών αυτών.

Σε μια άλλη μελέτη, των Wright και Klein (1965), διαπιστώθηκε ότι οι στάσεις των εργαζομένων σε ψυχιατρικά ιδρύματα ήταν ευνοϊκότερη απέναντι σε ψυχικές διαταραχές από ότι οι στάσεις των κατοίκων της κοινότητας. Αυτό συμβαίνει προφανώς επειδή οι εργαζόμενοι έρχονται σε επαφή με ψυχιατρικούς ασθενείς. (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1987).

Μια ακόμα ένδειξη, η οποία έρχεται να επιβεβαιώσει τον παραπάνω συλλογισμό, είναι ότι το μη ειδικευμένο προσωπικό που είχε συχνή επαφή με τους ασθενείς, είχε

ευνοϊκότερες στάσεις από ό,τι το προσωπικό παρόμοιων ιδρυμάτων, το οποίο είχε σχετικά μικρή επαφή με τους γονείς.

Κλείνοντας, σκόπιμο είναι να επισημάνουμε ότι η μεγαλύτερη πρόκληση για τους ειδικούς της ψυχικής υγιεινής είναι η διεύρυνση της επαφής του ψυχικά ασθενούς πληθυσμού με τον γενικό πληθυσμό της κοινότητας κι όχι απλώς με ειδικές ομάδες, όπως οι φοιτητές και το προσωπικό των επιστημόνων ψυχικής υγείας. Ένα πρώτο μέσο για την επίτευξη του σκοπού αυτού, είναι η δημιουργία εθελοντικών ομάδων της κοινότητας με σκοπό την κοινωνική επαφή με τον ψυχικά ασθενή πληθυσμό. (Στογιαννίδου, Παπαδάτου, 1987).

2.9 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ο Nunnally (1961) ήταν ένας από τους πρώτους ερευνητές που ασχολήθηκαν με τη μελέτη των στάσεων και πεποιθήσεων του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Ο παραπάνω ερευνητής –λοιπόν- διαπίστωσε ότι οι αντιλήψεις του κοινού ήταν ασαφείς και αρκετές ήταν οι φορές που χαρακτηρίζονταν από αντιφάσεις. Στην Ελλάδα, οι σχετικές έρευνες των Βασιλείου και Βασιλείου και συν. (1978), έχουν καταλήξει σε παρεμφερή συμπεράσματα με τα παραπάνω.

Ο τομέας στον οποίο οι κοινωνικές απόψεις για την ψυχική ασθένεια έχουν τις πρακτικές άρα και σοβαρότερες επιπτώσεις, είναι εκείνος της εργασίας.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βοστώνη των ΗΠΑ (Olshansky, Grob & Malamud, 1958), βρέθηκε ότι από 200 εργοδότες, το 25% αρνήθηκε ανοιχτά να προσλάβει κάποιον πρώην ψυχικά ασθενή. Στην ίδια έρευνα, το 40% δήλωσε οτι θα τον χρησιμοποιούσε ίσως σε μη απαιτητικές εργασίες, ενώ μόνο 5 από τους 200 θα ήταν πρόθυμοι να προσλάβουν το συγκεκριμένο άτομο.

Σε μια άλλη έρευνα, το ίδιο άτομο ζήτησε δουλειά από 16 βιοτέχνες. Έδωσε σε όλους τα ίδια βιογραφικά στοιχεία, αλλά στους 9 ανέφερε ότι τους 9 τελευταίους μήνες ήταν τρόφιμος ψυχιατρείου, ενώ στους άλλους μισούς ισχυρίσθηκε ότι ταξίδευε. Το συγκεκριμένο άτομο δέχθηκε προσφορά εργασίας από τους εργοδότες της δεύτερης κατηγορίας. (Farina & Felner, 1973).

Μία ακόμα έρευνα των Farina και συνεργατών (1971), χρησιμοποίησε ως υποκείμενα πρώην τρόφιμους ψυχιατρείου. Όλοι οι πρώην ψυχικά ασθενείς έλαβαν μέρος σε μια σειρά από συνεντεύξεις επιλογής, με σκοπό την εύρεση εργασίας. Τα

μισά από τα υποκείμενα πληροφορήθηκαν από τους ερευνητές ότι οι συνεντευκτές-εργοδότες γνωρίζουν το ψυχιατρικό ιστορικό τους, ενώ τα υπόλοιπα είχαν την πεποίθηση ότι οι εργοδότες δεν είχαν καμία πληροφορία. Τα άτομα της πρώτης ομάδας δήλωσαν ότι αισθάνονταν ότι ο συνεντευκτής τα εκτιμούσε λιγότερο, βρήκαν αρκετά δύσκολη τη διαδικασία της συνέντευξης και η απόδοσή τους ήταν πολύ χαμηλή. (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1987).

Αντίστοιχα οι συνεντευκτές χαρακτήριζαν τα ίδια άτομα περισσότερο νευρικά, αγχώδη και απροσάρμοστα από τα άτομα της δεύτερης ομάδας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, έχουν σημαντικές προεκτάσεις για την αποκατάσταση και τις δυνατότητες λειτουργικότητας των ψυχικά ασθενών ατόμων.

Ουσιαστικά, υποδηλώνουν ότι οι αρνητικές στάσεις του κοινού που έρχεται σε επαφή με τον ψυχικά ασθενή πληθυσμό, δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που εμποδίζει την κοινωνική ένταξη του πληθυσμού αυτού.

Το ίδιο σημαντικά με τα προβλήματα της επαγγελματικής αποκατάστασης είναι κι εκείνα που αφορούν την εύρεση κατοικίας. Τα ερευνητικά ευρήματα μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην εύρεση κατοικίας και στην αποδοχή από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον τους. (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1987)

Σε μια έρευνα που διεξάχθηκε, μια ερευνήτρια τηλεφωνούσε σε 180 ιδιοκτήτες διαμερισμάτων μιας αμερικανικής πόλης, οι οποίοι ζητούσαν ενοικιαστές. Στο 1/3 από τους ιδιοκτήτες δεν είπε τίποτα το ασυνήθιστο για τον εαυτό της, στο 1/3 είπε ότι πρόκειται να βγει από κάποιο ψυχιατρείο, ενώ στους υπόλοιπους είπε ότι χρειαζόταν το διαμέρισμα για τον αδελφό της που επρόκειτο να βγει από την φυλακή. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα ακόλουθα: τις περισσότερες θετικές απαντήσεις τις έλαβε από τους ιδιοκτήτες της πρώτης κατηγορίας. Στις άλλες δύο περιπτώσεις, δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των θετικών απαντήσεων, οι οποίες ήταν ελάχιστες. (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1987).

Σύμφωνα με μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (www.epipsy.gr), αφορά τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού για τη σχιζοφρένεια και τις στάσεις του απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 1119 άτομα από αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού της χώρας. Τα αποτελέσματα ήταν τα ακόλουθα:

- 8 στους 10 πολίτες έχουν εντελώς λανθασμένες απόψεις για την ασθένεια, γεμάτες μύθους για τους ασθενείς (για παράδειγμα: ότι έχουν διχασμένη προσωπικότητα ή ότι είναι βίαιοι και επικίνδυνοι).
- 3 στους 10 δε θα έπιαναν κουβέντα με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια και δε θα ήθελαν να μένουν στην ίδια γειτονιά.
- 1 στους 2 είναι αντίθετος στην προοπτική δημιουργίας ξενώνα στη γειτονιά του (51,3%), αλλά οι κάτοικοι περιοχών όπου λειτουργούν τέτοιου είδους μονάδες είχαν θετικότερη στάση στο ζήτημα αυτό.
- Η βασική πηγή πληροφόρησης για την ασθένεια είναι η τηλεόραση (66%) στην οποία συνήθως κυριαρχούν αρνητικές περιγραφές για τους ασθενείς.
- Το 81% των Ελλήνων πιστεύει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν διχασμένη προσωπικότητα.
- Το 74,6% θεωρεί ότι είναι βίαιοι και επικίνδυνοι.
- Το 78% ότι δεν μπορούν να εργαστούν.
- Το 32,9% δε θα έπιανε μαζί τους κουβέντα.
- Το 35,2% θα φοβόταν να μένει στην ίδια γειτονιά.
- Το 61% δε θα τους πρόσφερε εργασία.
- Το 75% δε θα έμενε μαζί τους.

Το μέγεθος του συγκεκριμένου προβλήματος στη χώρα μας είναι φανερό, συγκρινόμενο με έρευνες παρόμοιας μεθοδολογίας σε χώρες του Δυτικού κόσμου (Ελλάδα, Γερμανία, Καναδάς). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι Έλληνες, σε σχέση με τους Γερμανούς και τους Καναδούς, έχουν τις περισσότερο λανθασμένες πεποιθήσεις για τα άτομα με σχιζοφρένεια και τις πιο αρνητικές στάσεις απέναντί τους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας άλλης έρευνας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής που έγινε σε 655 μαθητές σε όλη τη χώρα βρέθηκε ότι μαθητές και μαθήτριες:

- Ενημερώνονται για τη σχιζοφρένεια από την τηλεόραση (34%) και όχι από το σχολείο (7.4%).
- Έχουν ελλιπείς γνώσεις για τη σχιζοφρένεια και στρεβλές πεποιθήσεις για τους ασθενείς
- Διατηρούν στιγματιστικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς.

Όμως, μετά από ειδική παρέμβαση που πραγματοποίησε η επιστημονική ομάδα του Προγράμματος κατά του Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας, οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις, αλλά και οι στάσεις των μαθητών βελτιώθηκαν σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα , τα αποτελέσματα φαίνονται στους παρακάτω πίνακες:

Πεποιθήσεις των μαθητών για τα άτομα με σχιζοφρένεια		
Τα άτομα με σχιζοφρένεια…	**Πριν την παρέμβαση (%)**	**Μετά την παρέμβαση (%)**
έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα	71.7	24.6
μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές	18.7	66.1
είναι βίαια και επικίνδυνα	50.0	20.6
έχουν νοητική υστέρηση ή χαμηλή νοημοσύνη	40.5	19.0

P<0.001

Στάσεις των μαθητών απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια		
	Πριν (%)	**Μετά (%)**
Θα φοβόσουν να πιάσεις κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια	47.4	31.3
Θα σε ενοχλούσε να είσαι στο ίδιο σχολείο μαζί του	36.8	20.9
Θα τον καλούσες στο πάρτι σου	39.6	53.1
Θα έμενες στο ίδιο δωμάτιο σε σχολική εκδρομή	18.3	40.1

P<0.0001

Σε αντίθεση των παραπάνω αποτελεσμάτων, σε έρευνα που έγινε σε 160 φοιτητές της Ιατρικής πριν και μετά την εκπαίδευση στην Ψυχιατρική έδειξε αμφιθυμικές ή και στιγματιστικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς, οι οποίες δε διαφοροποιούνται σε σημαντικό βαθμό μετά την εκπαίδευσή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ

Όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι απόψεις του κοινού για την ψυχική ασθένεια χαρακτηρίζονται στην πλειονότητά τους από σύγχυση, προκατάληψη και πολλές φορές φόβο. Ο ρόλος που παίζουν οι απόψεις για την ψυχική ασθένεια είναι πολύ σημαντικός, γιατί μπορούν να επηρεάσουν τις προσπάθειες για θεραπεία και αντιμετώπιση των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές (Στογιαννίδου, 1986).

Οι αρνητικές αυτές στάσεις του κοινού, επηρεάζουν καταρχήν την αποιδρυματοποίηση του χρόνια ψυχικά ασθενούς και στην κοινωνική και επαγγελματική του επανένταξη. Επίσης το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια εμποδίζει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να αναζητήσει βοήθεια από τις υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η κατάσταση αυτών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και οι οποίες, θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από τα πρώτα στάδια της εμφάνισης τους.

Η Κοινωνική Εργασία είναι μια σχετικά νέα επιστήμη, η οποία εξελίσσεται τα τελευταία χρόνια στον Ελληνικό χώρο και ασχολείται ιδιαίτερα με το θέμα των προκαταλήψεων και του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών και έχει σαν απώτερο στόχο την εξάλειψη αυτών, της φοβίας για την ασθένεια, του στιγματισμού των ασθενών και την απόρριψη.

Αφού λοιπόν το κοινό έχει συγκεχυμένες απόψεις για την ψυχική ασθένεια και εκδηλώνει αρκετό άγχος σε σχετικά θέματα εξαιτίας της άγνοιας, η Κοινωνική Εργασία προσπαθεί με τις κατάλληλες παρεμβάσεις (τόσο με τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένειά του αλλά και με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο) να προωθήσει όλες εκείνες τις διαδικασίες για την άμεση επαφή των ψυχικά ασθενών με το κοινό, ώστε να μεταβάλλει τις απόψεις του και να το κάνει πρόθυμο να δεχτεί νέες πληροφορίες για την ψυχική ασθένεια, χωρίς να υπάρχουν προκαταλήψεις.

Ωστόσο, η γνώση για την Κοινωνική Εργασία και τους ρόλους του κοινωνικού λειτουργού είναι περιορισμένοι, και πολλές φορές εσφαλμένοι τόσο στο ευρύ κοινό , όσο και στους επαγγελματίες γενικά, με τους οποίους ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται.

3.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς είναι πρωταγωνιστικός, αφού όλες οι ψυχοπαθολογικές διεργασίες εκπηγάζουν και καταλήγουν σε αυτήν. Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο αναπτύσσεται, υιοθετεί συμπεριφορές, αρχές, στάσεις και πολλές φορές τα αισθήματα, και οι συμπεριφορές των ατόμων είναι αποτέλεσμα είτε της πίεσης από τις άσχημες ενδοοικογενειακές σχέσεις είτε της υποστήριξης που προκύπτει από τις σχέσεις αυτές.

Από τη στιγμή που η οικογένεια άρχισε να θεωρείται το βασικό σύστημα φροντίδας του ατόμου που εμφανίζει μια ψυχική διαταραχή, το οποίο προσπαθεί να μάθει να ζει με το άτομο αυτό, να ανταποκρίνεται και να καλύπτει τις συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες και συμπεριφορές του, άρχισε να μελετάται όλο και περισσότερο η επίδραση που έχει η παρουσία της οικογένειας.

Έτσι η οικογένεια, δεν περιορίζεται μόνο στον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων και των αλλαγών στη συμπεριφορά του ασθενούς, αντίθετα επεκτείνεται και στη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών για την αποκατάστασή του και την αποφυγή της υποτροπής. Δεν είναι λοιπόν δυνατόν να μένει έξω από οποιαδήποτε παρέμβαση που στοχεύει στην κοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά άρρωστου μέλους της.

Οι ειδικοί ψυχικής υγείας, στους οποίους απευθύνονται οι οικογένειες με άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες για αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης, και που οι ίδιοι εντάσσονται στα πλαίσια μιας υπηρεσίας έγκαιρης πρόληψης και αποκατάστασης της ψύχωσης, θα πρέπει να θέτουν στον ψυχοθεραπευτικό τους σχεδιασμό και το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Άλλωστε, η οικογένεια είναι αυτή που καλείται να φροντίσει τον ασθενή, άρα κρίνεται σημαντικό να της δοθούν οι απαραίτητες οδηγίες ή ακόμα και η εκπαίδευση. Με τον τρόπο αυτό θα επιτευχθεί η εμπλοκή και η βοήθεια της οικογένειας στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία είναι η νεότερη ψυχοθεραπευτική τεχνική που κατ΄ εξοχήν ασκείται στην κοινοτική ψυχική υγιεινή από ειδικά εκπαιδευμένα μέλη. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας και δεν έχει ένα συγκεκριμένο μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης, αλλά περισσότερα, που προέρχονται από τις διάφορες θεωρίες γύρω από την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια και την θεραπεία της. Στην οικογενειακή θεραπεία θεωρείται πως η οικογένεια είναι ο "άρρωστος" ως σύνολο. Οι βασικές προσεγγίσεις έχουν ψυχοδυναμικό, συστηματικό, δομικό ή αναπτυξιακό χαρακτήρα. Οι τεχνικές της παρέμβασης ποικίλουν, όλες όμως απαιτούν από τον εκάστοτε ειδικό ενεργητική στάση (Παπαδιώτη –Αθανασίου, 2000).

Κάποιες ενδεικτικές τεχνικές που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές της οικογενειακής θεραπείας είναι οι ακόλουθες:

- *Αναπαράσταση (Reenactment)*: ο θεραπευτής ζητάει από τα μέλη της οικογένειας που αναφέρουν ένα πρόβλημα, να το «παίξουν» μπροστά του προκειμένου να διαπιστώσει ο ίδιος το πρόβλημα.
- *Οι εργασίες στο σπίτι (Homework)*: αφορούν τις ενέργειες, τις οποίες ζητάει ο θεραπευτής από τα μέλη της οικογένειας να κάνουν στο σπίτι τους, στο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των συνεδριών (επικοινωνία οικογένειας, δημιουργία συμμαχιών, εξάλειψη της απόστασης μεταξύ των μελών της)
- *Τα οικογενειακά γλυπτά (Family sculpting):* συνίστανται στην παρουσίαση της εικόνας που η οικογένεια έχει για τον εαυτό της στο χώρο και το χρόνο, εικόνα που δίνεται από την τοποθέτηση των σωμάτων τους στο χώρο, από τις μεταξύ τους αποστάσεις, τις εκφράσεις τα βλέμματα κ.α.
- *Το γενεόγραμμα (Geneograms):* οι θεραπευτές ενδιαφέρονται για το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας και πως αυτό επηρεάζει τις σχέσεις μέσα σε ένα σύστημα. Η τεχνική αυτή βοηθάει την οικογένεια να θέσει όρια μέσα σε αυτήν αλλά και με τον έξω κόσμο

- *Τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς (Behavior modification techniques):* βασίζονται στην αρχή της αύξησης της ανταμοιβής και της μείωσης του κόστους
- *Πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία (Multiple family therapy):* στηρίζεται στην παράλληλη θεραπεία πολλών οικογενειών μαζί από τον ίδιο τον θεραπευτή και επιτρέπει στα μέλη μιας οικογένειας να δουν ότι και οι άλλες οικογένειες έχουν παρόμοια προβλήματα (Καλαϊτζάκη, Α.Ε. , 2003)

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σαν τον ειδικό που παρεμβαίνει άμεσα στην οικογένεια, είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Διερευνά τα οικογενειακά συναισθήματα και τις στάσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια και απέναντι στον ασθενή (αντιμετώπιση στρες, ενίσχυση μηχανισμών άμυνας κ.α). Δίνει έμφαση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την τακτική συνεργασία με τους υπόλοιπους ειδικούς (ψυχίατρο), για την πληροφόρηση της φύσης και της πορείας της ασθένειας, το ρόλο των φαρμάκων κλπ. Βοηθά την οικογένεια να απενοχοποιήσει τυχόν αρνητικά συναισθήματα (θυμό, άρνηση, ντροπή, ενοχή, φόβο), καθώς επίσης να κάνει γνωστό σε αυτήν ότι η εκάστοτε συμπεριφορά του ατόμου είναι σύμπτωμα της ασθένειας του. Εκπαιδεύει την οικογένεια για την αναγνώριση των πρόδρομων παθογνωμονικών συμπτωμάτων (σωματικά ενοχλήματα, άγχος, επιθετικότητα, εγκατάλειψη στόχων, αποξένωση από το οικείο περιβάλλον κλπ) και την έγκαιρη αντιμετώπιση τους.

Ο ίδιος ο κοινωνικός λειτουργός, έχει τη δυνατότητα να παρέμβει σε καταστάσεις κρίσεις (αντιμετώπιση της συμπεριφοράς του ασθενή και ενέργειες για την καταστολή. Επίσκεψη σε ψυχίατρο, εισαγωγή σε νοσοκομείο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής κλπ). Προσαρμόζει τις προσδοκίες της οικογένειας σε σχέση με την κοινωνική λειτουργικότητα του αρρώστου και προσπαθεί να αλλάξει τους παθολογικούς τρόπους επικοινωνίας της οικογένειας, που αναζωπυρώνουν την ασθένεια του ατόμου (ελάττωση της επικριτικότητας, οριοθέτηση και τήρηση των κανόνων, αποθάρρυνση οικογένειας για αντικρουόμενα και αντιφατικά μηνύματα). Επίσης βοηθά στα προβλήματα των μελών της οικογένειας έτσι ώστε να φροντίζουν τον εαυτό τους καλύτερα (δευτερογενές όφελος για τον ασθενή).

Σαν βασικό «σύμμαχο» στη θεραπευτική διαδικασία, ο κοινωνικός λειτουργός έχει την οικογένεια του ασθενούς, η οποία ως ένας ιδιαίτερα ενδιαφέρων παράγοντας που σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια της νόσου, αποτελεί πεδίο παρέμβασης στη θεραπευτική αποκατάσταση του ασθενούς. Η συνεργασία με την οικογένεια υπήρξε πάντα ένα από τα κύρια μελήματα του κοινωνικού λειτουργού. Ο κοινωνικός λειτουργός, λοιπόν μαζί με την οικογένεια και σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς οργανώνει τη θεραπευτική διαδικασία που θα ακολουθήσει. Η εμπλοκή της οικογένειας και η ενεργός συμμετοχή της στην θεραπευτική διαδικασία θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Η οικογενειακή θεραπεία αφού συμπεριλαμβάνει τις απόψεις όλων των μελών για το τι θεωρούν πρόβλημα στο παρόν και τι προσδοκίες υπάρχουν για την θεραπεία, αξιοποιεί τεχνικές όπως αυτή της αναπλαισίωσης, της οριοθέτησης και της αποτριγωνοποίησης (Παπαδιώτη –Αθανασίου, 2000).

Επίσης στόχος του κοινωνικού λειτουργού οφείλει να είναι η στήριξη και η διατήρηση του ασθενή και της οικογένειάς του μέσα στον κοινωνικό ιστό. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός ευαισθητοποιεί σε θέματα πρόληψης της υποτροπής την οικογένεια, αναλαμβάνει επίσης για ένα χρονικό διάστημα την παρακολούθηση του ασθενή (follow-up) και την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου και τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός κάνει χρήση των πόρων και πηγών της κοινότητας με σκοπό την επίλυση των πρακτικών θεμάτων του ατόμου. Έρχεται έτσι σε επαφή με οργανισμούς χορήγησης επιδομάτων, στεγαστικά προγράμματα, κέντρα ημερήσιας φροντίδας και γενικά με δίκτυα υπηρεσιών που αφορούν τη παροχή βοήθειας στο άτομο και την οικογένειά του.

3.1.1. ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ

Σύμφωνα με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (www.epipsi.gr) έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους που έχουν συμμετάσχει σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες παρουσιάζουν βελτίωση στην πρόληψη των υποτροπών, στη «συμμόρφωση» με τη φαρμακευτική αγωγή, στην καλύτερη

κοινωνική προσαρμογή, στην ικανοποίηση από τη φαρμακευτική αγωγή, στην καλύτερη ενημέρωση για την ασθένειά τους, και στην απομυθοποίηση και αποστιγματοποίηση της ψυχικής νόσου. Με απλό τρόπο αλλά με πλήρη επιστημονική τεκμηρίωση, δίνεται μία πλήρης πληροφόρηση σε όλα τα θέματα που αφορούν την ψυχική νόσο και ειδικότερα την σχιζοφρένεια. Εξετάζονται τα αίτια της ασθένειας, οι τρόποι αντιμετώπισης, τα φάρμακα, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, η ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση, η πορεία και η εξέλιξη της νόσου, ο ρόλος της οικογένειας, και η κληρονομικότητα. Η ψυχοεκπαιδευτική ομάδα δίνει ταυτόχρονα την δυνατότητα στους συμμετέχοντες, να εκφράσουν την προσωπική τους εμπειρία, να ανταλλάξουν απόψεις, να αισθανθούν το «κοινό» του προβλήματος, να βγούνε από την απομόνωση, και να βρούνε λύσεις σε προβλήματα που μέχρι τώρα τους οδηγούσαν πολύ συχνά σε αδιέξοδο.

Σημαντική προϋπόθεση για την καλύτερη αντιμετώπιση ενός θέματος, είναι η κατά το δυνατόν καλύτερη γνώση του. Η άγνοια της ασθένειας, της φαρμακευτικής αγωγής, της ψυχιατρικής προσέγγισης, μπορεί να δημιουργήσει ένα μύθο. Το μύθο της τρέλας, των θρησκευτικών - δαιμονικών δοξασιών, του φάρμακου - δηλητηρίου και των πιο περίεργων απόψεων για τον ψυχίατρο και τις ψυχοθεραπείες. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα τον φόβο που οδηγεί τον μεν ασθενή στη άρνηση της αρρώστιας και στη μείωση την συνεργασίας του στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, την δε κοινότητα στην στιγματοποίηση. Καταστάσεις που με την σειρά τους ενισχύουν τον φόβο, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο, που σαν αποτέλεσμα έχει την απόρριψη της ασθένειας από τον ασθενή και του ασθενούς από την κοινότητα. Η ψυχοεκπαίδευση στοχεύει ακριβώς σε αυτό το σημείο. Στην γνώση της νόσου, που οδηγεί στην απομυθοποίηση της και επομένως στην καλύτερη αντιμετώπισή της.

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια είναι αποτελεσματικές σε ότι αφορά στην πρόληψη της υποτροπής ή την καθυστέρηση εμφάνισης υποτροπών, ιδίως στον πληθυσμό των ασθενών που έχουν επαφή με τους συγγενείς τους. Συνοπτικά, οι στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης στην οικογένεια είναι:

- Υποστήριξη στην οικογένεια: διερεύνηση οικογενειακών συναισθημάτων και στάσεων στην οικογένεια

- Ενημέρωση για τη φύση και την πορεία της νόσου
- Έμφαση στη συμμόρφωση προς τη φαρμακευτική αγωγή
- Έλεγχος θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου
- Πρόληψη της υποτροπής και των επανεισαγωγών με την εκπαίδευση της οικογένειας στην αναγνώριση πρόδρομων συμπτωμάτων υποτροπής
- Παρέμβαση στην κρίση από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και μείωσης του stress
- Προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς
- Εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς.

Ψυχοεκπαιδευτικές και υποστηρικτικές ομάδες συγγενών

Τα τελευταία χρόνια με το κίνημα του αποϊδρυματισμού και την αντιμετώπιση του ασθενή έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα, ο ρόλος της οικογένειας γίνεται ακόμη πιο σημαντικός αφού η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και τη βασική και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας. Για να βοηθηθούν οι οικογένειες ν' αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ψυχικής διαταραχής έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια, όπως οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συγγενών, οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών και οι ομάδες αυτοβοήθειας.

Σύμφωνα με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (www.sopsi.gr) οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών βοηθούν τους συγγενείς να νοιώσουν ανακούφιση από το βάρος της αρρώστιας, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τα άγχη και τις αγωνίες τους, να συμφιλιωθούν με την αρρώστια και να παλέψουν το στίγμα και την κοινωνική προκατάληψη. Αυτές οι ομάδες υποστήριξης αποτελούν συνήθως τη βάση για τη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας συστάθηκαν από οικογένειες για οικογένειες που έχουν ανάγκη βοήθειας αλλά και από ειδικούς που αναγνωρίζουν την ανάγκη αυτή. Στηρίζονται περισσότερο στη βοήθεια από τα μέλη που έχουν το ίδιο πρόβλημα και λιγότερο στη

βοήθεια από τους ειδικούς. Οι ειδικοί πάντως είναι απαραίτητοι κυρίως στις ψυχοεκπαιδευτικές και τις υποστηρικτικές ομάδες.

Όλες αυτές οι ομαδικές παρεμβάσεις είναι ένας σημαντικός κρίκος στην αλυσίδα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σοβαρής ψυχικής ασθένειας που αναφέρονται στη οικογένεια. Ο εκπαιδευτικός και υποστηρικτικός τους ρόλος έχει ανεκτίμητη θεραπευτική αξία.

Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση των ατόμων με σχιζοφρένεια

Όσον αφορά στα ίδια τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στο θεραπευτικό πρόγραμμα όταν έχουν παίξει κάποιο ρόλο στο σχεδιασμό του και κατανοούν τη σημασία του περιεχομένου του. Πρέπει να καταλάβουν τουλάχιστον τα βασικά ζητήματα σχετικά με τα αίτια της ασθένειας και τις διάφορες θεραπευτικές στρατηγικές. Επίσης τα πάνε καλύτερα, όταν αντιλαμβάνονται τις εμπειρίες τους με όρους της ασθένειας και το πώς το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα θα μειώσει τα συμπτώματα και θα τους βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων τους. Πρέπει να γνωρίζουν πώς η ασθένεια θα μειώσει την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα και τον τρόπο για να αντιμετωπίσουν τους αγχογόνους παράγοντες και την επίδρασή τους στα σχέδιά τους για το μέλλον. Η εκπαίδευση παρέχεται είτε ατομικά είτε ομαδικά.

Ο ασθενής χρειάζεται εξατομίκευση της θεραπευτικής του μεταχείρισης. Η ποικιλομορφία των ψυχωτικών συμπτωμάτων αλλά και η ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενούς θα πρέπει να διαμορφώνουν το θεραπευτικό πλάνο, ως προς τη φαρμακευτική αγωγή αλλά και την ψυχοθεραπεία. Η κάθε ψυχοθεραπευτική σχολή χρησιμοποιεί τις τεχνικές που είναι βοηθητικές στον ασθενή. Πολλές θεραπείες περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό χειρισμών από διαφορετικές σχολές όπως γνωσιακής συμπεριφοράς, ψυχοδυναμικής, οικογενειακής θεραπείας, θεωρώντας ότι η σύνθεση αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η υποστηρικτική καθοδηγητική θεραπεία θεωρείται περισσότερο κατάλληλη σε άτομα με ψυχωτικά συμπτώματα. Κοινός στις διάφορες προσεγγίσεις είναι και ο

εκπαιδευτικός ρόλος του θεραπευτή. Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει τρόπους αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων, επίλυσης των καθημερινών προβλημάτων με αναζήτηση των εναλλακτικών λύσεων. Η μείωση του άγχους ευνοεί στην ύφεση των συμπτωμάτων, την καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή και κάνει πιο αποδοτική την ψυχοθεραπεία. Σημαντικές θεωρούνται οι γνώσεις που θα δοθούν από τον ειδικό σχετικά με την ασθένεια, όπως οι λόγοι για την φαρμακοθεραπεία, οι παρενέργειες των φαρμάκων, η αναγνώριση από τον ασθενή των συμπτωμάτων σε περίοδο υποτροπών, η αναγκαιότητα της συνεργασίας με το γιατρό, η ενθάρρυνση για περιποίηση του εαυτού του και η συντήρηση χρόνιων συνηθειών του. Για τη μειοψηφία των ασθενών που παρουσιάζουν συχνές υποτροπές και των οποίων οι ανάγκες υπερβαίνουν τις δυνατότητες των μελών της οικογένειας και των νοσηλευτών, απαραίτητη είναι η εξασφάλιση ειδικής εντατικής φροντίδας.

3.1.2 ΠΡΟΤΥΠΑ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με την Βερονίκη- Καρύδη (2004), έχουν αναπτυχθεί πολλά πρότυπα ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην οικογενειακή παρέμβαση, τα βασικότερα των οποίων αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω:

1. **πρότυπο Leff - Vaughn για οικογένειες:** επικεντρώνεται στην κατάσταση της οικογένειας μετά τη νοσηλεία. Τα στάδια του προτύπου των Leff και Vaughn συνίστανται: α) στην κοινή συνάντηση με την οικογένεια, αμέσως μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, β) στην εκπαίδευση στα θέματα της ψυχωσικής διεργασίας και γ) στη συνάντηση με ομάδα συγγενών κάθε δυο εβδομάδες. Δίνεται έμφαση στην επίλυση κάθε πιθανού προβλήματος «στο εδώ και τώρα», ενώ οι συγγενείς μαθαίνουν να διαχειρίζονται τις πιθανές κρίσεις στις σχέσεις τους με το ψυχωτικό μέλος, τις αγωνίες τους για το μέλλον και εκπαιδεύονται στην αναγνώριση των πρόδρομων συμπτωμάτων.
2. **πρότυπο Faloon για οικογένειες:** αυτό το πρότυπο επικεντρώνεται στην εκπαίδευση επικοινωνίας της οικογένειας και στην εκπαίδευση επίλυσης

προβλημάτων. Η παρέμβαση περιλαμβάνει συμπεριφορικές τεχνικές στο πλαίσιο της θεωρίας του οικογενειακού συστήματος και εστιάζεται στα εξής στάδια: α) εκτίμηση της οικογένειας, β) εκπαίδευση της οικογένειας γύρω από τη σχιζοφρένεια, γ) εκπαίδευση σε τομείς επικοινωνίας δ) εκπαίδευση των μελών στην επίλυση προβλημάτων και ε) πρόσθετες συμπεριφορικές τεχνικές με τη μορφή ενισχύσεων, τοποθέτησης ορίων και τυποποίησης των συμπεριφορών.

3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι μια βασική επιδίωξη της κοινοτικής εργασίας. Προς την κατεύθυνση αυτή μπορούν να αναπτυχθούν προγράμματα συλλογικής συμμετοχής, δράσης και ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ένταξης, τα οποία θα συμβάλλουν στην ανάπτυξη επικοινωνίας ανάμεσα στα άτομα αυτά και στην ευρύτερη κοινωνία, με τρόπο που θα αποτρέπει το στιγματισμό των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων (Ζαϊμάκης, 2002)

Είναι γνωστό ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν φραγμούς στην κοινωνική τους ένταξη οι οποίοι προέρχονται από το ευρύτερο κοινό και βιώνουν μια κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς αποκλείονται από την κοινωνική ενσωμάτωση, την κατανάλωση, τις κοινωνικές αλληλοδράσεις και τις καθημερινές ανταλλαγές με αποτέλεσμα να βιώνουν ποικίλες διακρίσεις (Ζαιμάκης, 2002). Για την αποφυγή του στίγματος, του αποκλεισμού, των διακρίσεων αλλά και όλων των προκαταλήψεων που βιώνουν καθημερινά τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από την κοινότητα εξ αιτίας της άγνοιας και της σύγχυσης που επικρατεί σχετικά με τα θέματα ψυχικής υγιεινής, έχουν προταθεί ειδικά μέτρα για την ενημέρωση, την πληροφόρηση καθώς και την εκπαίδευση της κοινότητας.

Η εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αποτελεί τη βάση κάθε προσπάθειας για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγιεινής της κοινότητας. Οι εκπαιδευτικές

προσπάθειες απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, στοχεύοντας στην άνοδο του επιπέδου ψυχικής υγιεινής και στην πρόληψη εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων. Στόχοι της εκπαίδευσης του πληθυσμού μιας κοινότητας σε αυτά τα θέματα είναι: α) να πληροφορήσει το κοινό και τις τοπικές αρχές για τη φύση των ψυχικών διαταραχών και τις αντίστοιχες θεραπευτικές μεθόδους, να προσφέρει ενημέρωση για το μέγεθος και την ποιότητα των σχετικών ζητημάτων και να κινητοποιήσει τους κατοίκους προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των τρόπων φροντίδας και αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενούς πληθυσμού. β) να βελτιώσει το επίπεδο της ψυχικής υγιεινής της κοινότητας με την προώθηση κατάλληλων προληπτικών μέτρων (Στογιαννίδου, Παπαδάτος, 1987)

Εκτός λοιπόν από την άμεση παρέμβαση της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας στον ίδιο τον ψυχικά ασθενή, ένας επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός έχει τη δυνατότητα παρέμβασης στον κοινοτικό χώρο (Κοινοτική Εργασία) στον οποίο θα επανενταχθεί το άτομο, και μέσω κατάλληλων ενεργειών θα συμβάλλει στον αποστιγματισμό του ασθενούς και στην αποδοχή του από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Στο πρώτο επίπεδο περίθαλψης που αφορά την πρόληψη ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έχει να κάνει κυρίως με την προαγωγή της πρόληψης και την ενημέρωση της κοινότητας.

Ο κοινωνικός λειτουργός στο στάδιο αυτό συμμετέχει σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα με σκοπό να εντοπίσει τα ανεπιθύμητα κοινωνικά φαινόμενα, να καταγράψει τις ανάγκες (ελλείψεις, οικονομικές δυσκολίες, παροχές, συναισθηματική στήριξη) και να ανιχνεύσει τις υπάρχουσες δομές που έχουν σχέση με το αντικείμενο. Στη συνέχεια, προτείνει λύσεις για τη δημιουργία, οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης με στόχο τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας της κοινότητας.

Επιπρόσθετα, τα παραπάνω προάγονται τόσο με τη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού, όσο και ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας, με φορείς της κοινότητας. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν στους

θεσμούς και τους φορείς με σκοπό την προαγωγή της πρόληψης. Οι φορείς με τους οποίους μπορεί να συνεργαστεί ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να είναι δημόσιοι οργανισμοί, εκκλησία, υγειονομικές υπηρεσίες, σχολεία, εργοδότες, κλπ.

Ο κοινωνικός λειτουργός επίσης συμμετέχει σε προγράμματα τα οποία αφορούν την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση για την έγκαιρη αποτροπή, εκδήλωση της νόσου, με ομιλίες, διάφορα έντυπα, μέσω των Μ.Μ.Ε, προβολές ταινιών, ανοιχτές συζητήσεις, επισκέψεις σε φορείς, με στόχο την εξάλειψη των προκαταλήψεων, της φοβίας για την ασθένεια, του στιγματισμού των ασθενών και την απόρριψη.

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού έχει να κάνει και με την αποκατάσταση του ατόμου στην κοινωνία. Ο κοινωνικός λειτουργός αλλά και ο κάθε επαγγελματίας που ασχολείται με την αποκατάσταση θα συναντήσει πολλά εμπόδια και δυσκολίες λόγω άγνοιας, προκαταλήψεων και αδικαιολόγητων φόβων που έχει η κοινότητα για την ψυχική ασθένεια.

Βασικό μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι στο στάδιο αυτό η διατήρηση του ασθενή αλλά και η θεμελίωση και διατήρηση από τον ασθενή μιας σειράς δεξιοτήτων που θα τους προσφέρουν ένα ικανοποιητικό και αξιοπρεπές επίπεδο ζωής (Χριστοδούλου & συνεργάτες, 1999). Για να επιτευχθούν τα παραπάνω είναι απαραίτητη η ύπαρξη και λειτουργία ενδιάμεσων δομών και προγραμμάτων με σκοπό την αποκατάσταση των ατόμων. Οι ενδιάμεσες αυτές δομές είναι ξενώνες μεταβατικοί ή μακράς διαρκείας παραμονής, κοινωνικές λέσχες, κέντρα επαγγελματικής προεργασίας και κατάρτισης, εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης, παραγωγικά εργαστήρια και καταστήματα προώθησης των προϊόντων τα οποία κατασκευάζονται. Οι παραπάνω μονάδες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μεμονωμένα είτε αλληλένδετα.

Σε επίπεδο συνεργασίας με τους φορείς της κοινότητας αναζητά πηγές βοήθειας, υποστηρίζει φορείς που ασχολούνται με την αποκατάσταση και εργάζεται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου. Η συμβολή – συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση έγκειται και στα εξής:

α. στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την ψυχική νόσο και τον ασθενή. Η αγωγή της κοινότητας είναι απαραίτητη γιατί αν τα μέλη της κοινότητας δεν είναι έτοιμα να αποδεχθούν το άτομο όσα προγράμματα αποκατάστασης και να γίνουν δεν θα έχουν επιτυχία. Σημαντικό είναι επίσης εκτός από την αποδοχή των ψυχικά

ασθενών στην κοινότητα και η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας και των μελών της στη παραμονή και αποκατάσταση την γενικότερη των ατόμων αυτών.

β. στην κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση του πολιτικού κόσμου για τη δημιουργία περισσότερων δομών ενδιάμεσων που θα προετοιμάζουν κατάλληλα τον ασθενή, αναπτύσσοντας τη λειτουργικότητα, ώστε να ενταχθεί στην κοινότητα.

γ. προσπάθεια για τη βελτίωση των υπαρχόντων δομών και τη συνεχή βελτίωση και ενημέρωσή τους για νέες θεραπευτικές μεθόδους και για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, βασισμένες στην αρχή του σεβασμού, της προσωπικότητας του ατόμου.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να γνωρίζει καλά το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, τις οικονομικές ενισχύσεις που δικαιούνται, καθώς και τους εργασιακούς χώρους όπου έχουν προτεραιότητα για κάλυψη θέσεων.

3.2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με τη Βερονίκη- Καρύδη (2004), ποικιλία προγραμμάτων έχουν αναπτυχθεί τα οποία στοχεύουν στην ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση του κοινωνικού στιγματισμού. Τα προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα στοχεύουν:

- Στην πρόληψη: συνήθως πρόκειται για οργανωμένες προσπάθειες ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του κοινού και των φορέων της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας.
- Στην ενεργό εμπλοκή της κοινότητας στο χώρο της ψυχικής υγείας στο χώρο της ψυχικής υγείας μέσα από τη δημιουργία δημόσιων, ιδιωτικών δικτύων ή μη κυβερνητικών φορέων, καθώς και φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης.
- Στη παροχή επιστημονικής γνώσης γύρω από την ψυχική υγεία και νόσο, ώστε να καταρριφθούν κατά το δυνατόν οι μύθοι και τα στερεότυπα, και στην άμβλυνση των συναισθημάτων φόβου και της τάσης για περιθωριοποίηση.

Ενδεικτικά θα αναφέρουμε 3 προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα:

1. Πρόγραμμα καταπολέμησης του στίγματος για τη ψυχική νόσο

Πρόκειται για ένα επιστημονικό πρόγραμμα που δραστηριοποιείται στους τομείς έρευνας, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας. Οι βασικοί του στόχοι είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τις ψυχικές διαταραχές και η ανάπτυξη δράσεων για την αλλαγή των αρνητικών απόψεων, τη βελτίωση των στάσεων και τη μείωση των προκαταλήψεων. Στη χώρα μας το πρόγραμμα ενάντια στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας υλοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) από το 2000 (Economou et al., 2005)

2. Προγράμματα εκπαίδευσης εθελοντών

Η ανάπτυξη του εθελοντισμού ως ενδιάμεσου φορέα κοινωνικής φροντίδας, τείνει να διαμορφώσει μορφές αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας εκεί που απουσιάζουν ή έχουν ατονήσει. Στο χώρο της ψυχικής υγείας ιδιαίτερα, η ανθρωπιστική βοήθεια είναι αναγκαία και για τη στήριξη των ίδιων των ασθενών και για την εξάλειψη των αρνητικών αντιδράσεων που η ψυχική νόσος επιφέρει. Οι εθελοντές προσφέρουν στους ασθενείς την αίσθηση της συμμετοχής της κοινότητας στα προβλήματα που δευτερογενώς τους βαραίνουν, «συναλλάσσονται» έτσι με την κοινότητα, ενώ παράλληλα εθελοντές και κοινότητα ευαισθητοποιούνται στα θέματα της ψυχικής ασθένειας (Economou et al., 2005)

3. Σύλλογοι χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και σύλλογοι οικογενειών ασθενών ψυχικής υγείας

Τα σωματεία αυτοοργάνωσης ασθενών ή των οικογενειών τους έχουν εντάξει στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων τους οργανωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας από την εμπειρία τους στα προγράμματα ψυχοεκπαιδευσης που συνήθως παρακολουθούν. Αναπτύσσουν δράσεις θεραπευτικού, πολιτιστικού-μορφωτικού και ψυχαγωγικού χαρακτήρα (Economou et al., 2005)

3.2.2 ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Προκειμένου να λειτουργήσει σωστά μια κοινωνική υπηρεσία και να καταφέρει να μειώσει σημαντικά τον χρόνο διάγνωσης και αποκατάστασης της ψύχωσης πρέπει να έχει άμεση διασύνδεση με κάποιες άλλες υπηρεσίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν ψυχωσικά περιστατικά. Σημαντικό ρόλο καλούνται να διαδραματίσουν και οι ομιλίες ευαισθητοποίησης που θα διεξαχθούν, αλλά, μέχρι να αποδώσουν, η διασύνδεση κρίνεται απαραίτητη. Επειδή γίνεται λόγος για τη δημιουργία μιας καινούριας δομής, αυτονόητο είναι πως θα πρέπει όλοι όσοι ασχολούνται με την ευαίσθητη ομάδα των ασθενών που μπορεί να αντιμετωπίσουν ψυχωσικό επεισόδιο, να μάθουν για τη λειτουργία της και τις υπηρεσίες που προσφέρει. Τέλος, η σωστή διασύνδεση θα βοηθήσει και στην αμεσότερη ενημέρωση του κοινού μέσω της προβολής της ιστοσελίδας της υπηρεσίας στις ήδη αναρτημένες και έγκυρες ιστοσελίδες των δομών με τις οποίες θα αναπτυχθεί συνεργασία. Οι φορείς που πρέπει μια κοινωνική υπηρεσία έγκαιρης πρόληψης να έχει επαφή είναι:

- Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, όπου συνήθως απευθύνονται τα άτομα που αντιμετωπίζουν για πρώτη φορά ψυχωσικό επεισόδιο.
- Υπηρεσίες που ως στόχο τους έχουν την εξυπηρέτηση νέων κυρίως ατόμων, όπως ΟΑΕΔ κ.α.
- Οικογενειακοί γιατροί, και γενικά παθολόγοι που συνήθως απευθύνονται οι γονείς κατά την πρώτη παρατήρηση ασυνήθιστης συμπεριφοράς.
- Σύλλογοι καθηγητών και γονέων και κηδεμόνων, μια και έχουν τη δυνατότητα να εντοπίσουν τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά ή την επίδοση των νέων

3.3. Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Κάποια από τα πιο πρόσφατα και ελπιδοφόρα μηνύματα στην έρευνα για τη σχιζοφρένεια προέρχονται από μελέτες στον τομέα της ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης. Νέες μελέτες φαίνεται να αίρουν πολλούς καθιερωμένους μύθους στην ψυχιατρική περί της ανικανότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια για αποθεραπεία. Σήμερα διαφαίνεται ότι τέτοιοι μύθοι, που συντηρούν μια γενικότερη απαισιοδοξία γύρω από την έκβαση της θεραπείας, μειώνουν σημαντικά τις προσδοκίες των ασθενών για βελτίωση και αποθεραπεία. Στην πράξη, οι μακροχρόνιες προοπτικές γύρω από τη σχιζοφρένεια συμβάλλουν στην ανανέωση της ελπίδας και της αισιοδοξίας.

Οι μελλοντικοί στόχοι των επιστημόνων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των διαταραχών της σχιζοφρένειας, είναι η πληρέστερη διερεύνηση του μηχανισμού εκδήλωσης της νόσου και ο προσδιορισμός των περιβαλλοντικών παραγόντων που αναστέλλουν την εκδήλωσή της. Επιπλέον, η σημαντική πρόοδος της μοριακής βιολογίας και των απεικονιστικών τεχνικών αναμένεται να δώσει στην ψυχοφαρμακολογία τη δυνατότητα ανακάλυψης αποτελεσματικότερων φαρμάκων στο πλαίσιο της φαρμακογενετικής. Νέες και καλύτερες φαρμακοθεραπείες συνεχίζουν να ανακαλύπτονται της νόσου.

3.3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Οι επιστήμονες που διερεύνησαν τη μακροχρόνια πορεία και την πρόγνωση της διαταραχής, μας παρουσιάζουν τώρα μια τελείως διαφορετική εικόνα της σχιζοφρένειας που δεν έχει να κάνει σε τίποτα με το ζοφερό σενάριο που επικρατούσε τα προηγούμενα χρόνια.

Η πρόοδος στην έρευνα για την εξεύρεση σαφέστερων και πιο σίγουρων δεδομένων σχετικά με το βιολογικό υπόβαθρο της σχιζοφρένειας περνάει μέσα από την ανακάλυψη γονιδίων τα οποία συμβάλουν στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Η κατεύθυνση αυτή στην έρευνα περνάει από τρία σημεία.

Πρώτον, σήμερα γίνονται μεγάλες έρευνες πεδίου που προσπαθούν να αναγνωρίσουν, να κατηγοριοποιήσουν και να διαγνώσουν επακριβώς τα συμπτώματα

σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό οικογενειών. Η διαδικασία αυτή θα επιφέρει ακρίβεια και στατιστική σημαντικότητα στα αποτελέσματα των ερευνών αυτών. Επίσης, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στα πλαίσια της μοριακής βιολογίας. Το τρίτο επίπεδο έρευνας αφορά το σχεδιασμό νέων μεθόδων στατιστικής ανάλυσης. Οι μέθοδοι αυτοί που σήμερα αναπτύσσονται με πολύ γοργούς ρυθμούς αυξάνουν την πιθανότητα για μια πιο ασφαλή ανίχνευση της σύνδεσης ανάμεσα στη νόσο και τις περίπλοκες εγκεφαλικές διαταραχές.

Με τα σημερινά ερευνητικά δεδομένα φαίνεται πως η σχιζοφρένεια είναι μια οικογενειακή διαταραχή και επιπλέον μια νόσος που κατά πολύ μεγάλο ποσοστό οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Από έρευνες έχει φανεί ότι η επίδραση της οικογένειας δεν παίζει μόνο ρόλο στην εμφάνιση σχιζοφρένειας, αλλά και άλλων διαταραχών της προσωπικότητας οι οποίες πολλές φορές μοιάζουν με τη σχιζοφρένεια, όπως και άλλων ψυχώσεων. Σήμερα γίνονται μεγάλες έρευνες οι οποίες χαρτογραφούν τα γονίδια που πιθανόν να οφείλονται για τη νόσο. Οι έρευνες αυτές βασίζονται στις ανακαλύψεις της μοριακής βιολογίας μαζί με τις στρατηγικές της στατιστικής ανάλυσης και τις διάφορες διαγνωστικές διαδικασίες. Υπόσχονται ότι θα βρεθούν τουλάχιστον κάποια από τα γονίδια τα οποία ευθύνονται για την νόσο. Οι ερευνητές θεωρούν ότι ακόμα και περιορισμένη επιτυχία στο πεδίο αυτό θα επιτρέψει την καλύτερη αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, αλλά και την πληρέστερη μελέτη της νόσου στο μέλλον.

3.3.2 Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η επιστήμη εισχωρεί με αλματώδη βήματα στα άδυτα του εγκεφάλου και προσφέρει νέες και αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια. Αντίθετα, η κοινωνία δεν έχει αλλάξει στάση απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του καθώς διατηρεί λανθασμένες και αστήρικτες απόψεις, μύθους, προκαταλήψεις και στερεότυπα. Το στοίχημα των επιστημόνων παραμένει να

μπορέσουν να αλλάξουν τη στάση της κοινωνίας και να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας και προγράμματα αποκατάστασης στα άτομα με σχιζοφρένεια. Τα προγράμματα αποκατάστασης αύξησαν σημαντικά το επίπεδο ζωής και τις πιθανότητες λειτουργικής ανάρρωσης των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης θεωρείται αξιόλογη και απαραίτητη για τη μείωση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και την αποιδρυματοποίηση του ασθενούς.

Μέχρι σήμερα λοιπόν, δεν έχει ολοκληρωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όχι μόνο γιατί δεν έχουν κλείσει όλα τα άσυλα και δεν έχουν λειτουργήσει οι κοινοτικές υπηρεσίες αλλά γιατί συνεχίζει η κοινωνία να έχει στιγματικές αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Τα αίτια αυτής της κατάστασης αποτελεί αντικείμενο μελλοντικών ερευνών και μελετών.

Το στίγμα έχει ερευνηθεί ως φαινόμενο και έχει δοθεί περιγραφή της διαδικασίας εμφάνισης και διατήρησης του. Υπάρχουν τρεις άξονες για μελλοντικές έρευνες γύρω από το στίγμα. Στον πρώτο, στόχος θα είναι η εμβάθυνση του θέματος, με την διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν το στίγμα. Ο δεύτερος άξονας ερευνών αφορά τη διερεύνηση της «γνώσης» και τον εντοπισμό της ποσότητας και του είδους των πληροφοριών που συντελούν στην μείωση του στίγματος. Ο τρίτος άξονας μελετών αφορά την σύνδεση συμπεριφοράς και στάσης. Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στη μελέτη στιγματικών συμπεριφορών όπως εκδηλώνονται στην καθημερινή ζωή που θα συντελέσει στη δημιουργία μοντέλων για τη σχέση στάσεων και συμπεριφοράς. (Μερτίκα, Οικονόμου & συνεργάτες, 2006).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσουμε τις απόψεις και τις στάσεις που έχουν οι φοιτητές του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης σε σχέση με τη σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, θέλαμε να ερευνήσουμε τις απόψεις των σπουδαστών σχετικά με τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, ποια είναι πορεία – πρόγνωσή τους, η αιτιολογία του προβλήματος, η θεραπεία, η νομοθεσία – κρατική μέριμνα και ποια η αντιμετώπιση από το περιβάλλον. Για τον σκοπό αυτό δημιουργήσαμε σχετικό ερωτηματολόγιο, η ανάλυση του οποίου θα βοηθήσει στην εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας μας. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν με γραφικές παραστάσεις και πίνακες.

4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Το ερωτηματολόγιο

Αποτελείται από 64 προτάσεις οι οποίες εκφράζουν ποικίλες θέσεις για την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς . Οι προτάσεις αναφέρονται στα χαρακτηριστικά, τα αίτια και την επίδραση της ψυχικής ασθένειας στην κοινωνική συμπεριφορά, καθώς και στα μέτρα που η κοινωνία πρέπει να παίρνει για τη θεραπεία, Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε εφτά (7) μέρη.

Το 1ο Μέρος αποτελείται από 15 ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά δεδομένα (δηλαδή το φύλο, την ηλικία, το τμήμα και την σχολή φοίτησης, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση κ.α).

Το 2ο Μέρος, αποτελείται από 12 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τα συμπτώματα και την κλινική εικόνα όπως : «Η σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή τους», «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση», και «μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά όπως π.χ να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο κ.α».

Το 3ο Μέρος αφορά στην πορεία – πρόγνωση και αποτελείται από 3 ερωτήσεις «Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής», « Άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άνδρες κ.α».

Στο 4ο Μέρος αναφέρεται η αιτιολογία της σχιζοφρένειας κι αποτελείται απο 11 ερωτήσεις, όπως: «Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας – όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς», «Η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο κ.α».

Το 5^{ο} Μέρος που αφορά την θεραπεία απαρτίζεται απο 14 ερωτήσεις, όπως: «Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία», «Συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές)» κ.α.

Το 6^{ο} Μέρος αφορά την Νομοθεσία- κρατική μέριμνα και αποτελείται από 9 ερωτήσεις, όπως: «Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια», «Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια» κ.α.

Τέλος, το 7^{ο} Μέρος, το οποίο αφορά την αντιμετώπιση από το περιβάλλον απαρτίζεται από 14 ερωτήσεις «Όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά κάνοντας στείρωση», «Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί» κ.α. Όλες οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου εκτός από τις ερωτήσεις που αφορούν το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας όπως επίσης την σχολή και το τμήμα φοίτησης.

Οι ερωτήσεις που αξιολογούν τις απόψεις και τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα και σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι τύπου likert scale πέντε απαντήσεων (1= Συμφωνώ Απόλυτα, 2= Συμφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4= Διαφωνώ, 5= Διαφωνώ Απόλυτα).

4.3 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελείται από 200 φοιτητές/τριες του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης στο Ηράκλειο. Συγκεκριμένα το 50% του δείγματος, δηλαδή οι 100, είναι φοιτητές/τριες της ΣΕΥΠ (Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και Νοσηλευτικής) και οι υπόλοιποι φοιτητές προέρχονται από άλλες σχολές (ΣΔΟ: 20,5%, ΣΤΕΦ: 15,5%, ΣΤΕΓ: 14%) και οι οποίοι επιλέχθηκαν κατά τυχαίο τρόπο (βλέπε πίνακα 1 παρακάτω). Στον πίνακα 2 βλέπουμε την ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά σχολή και τμήμα φοίτησης. Το 49,7% προέρχεται από την σχολή υγείας και πρόνοιας, το 20,6% προέρχεται από την σχολή διοίκησης επιχειρήσεων, το 15,1% από την σχολή τεχνολογία γεωπονίας και το υπόλοιπο 14% από την σχολή τεχνολογικών εφαρμογών. Πιο συγκεκριμένα βλέπουμε ότι το 28,1% του δείγματος προέρχεται από το τμήμα κοινωνικής εργασίας, το 21,6% από το τμήμα νοσηλευτικής και το 14,6% από τμήμα λογιστικής. Το υπόλοιπο ποσοστό του δείγματος προέρχεται από τα υπόλοιπα τμήματα (Διοίκηση επιχειρήσεων, Διοίκηση τουριστικών επιχειρήσεων, Δομικών έργων, Ηλεκτρολογίας, Πληροφορικής, Θερμοκηπίων καλλιεργειών & ανθοκομίας, Μηχανολογίας, Τουριστικών και Φυτικής παραγωγής).

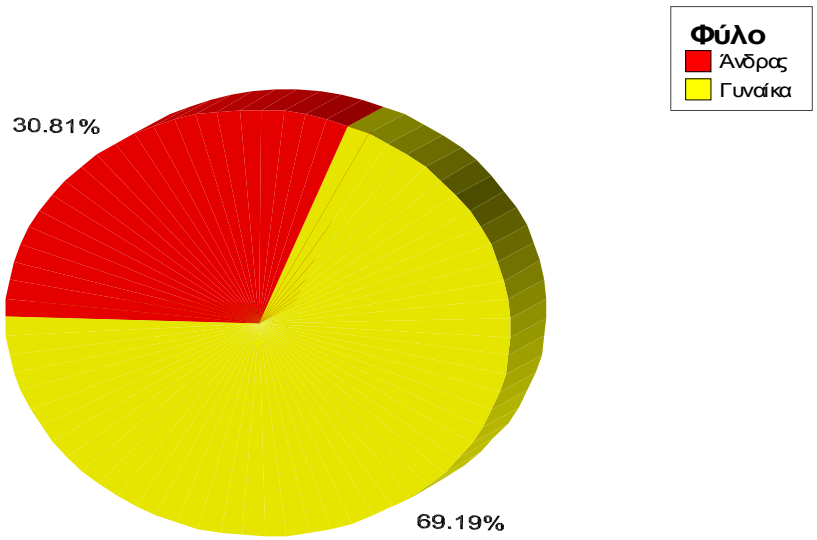
Το 69,2% του δείγματος είναι γυναίκες και το 30,8 άνδρες όπως φαίνεται στο γράφημα 1. Η ηλικία του δείγματος κυμάνθηκε από 18 έως 28 με μέσο όρο τα 2,4 χρόνια (τ.α = 2,0). Ακόμα στο γράφημα 3 παρατηρούμε ότι το 91,9% του δείγματος είναι ελεύθεροι. Επιπλέον από το γράφημα 4 παρατηρούμε ότι το 87,4% του δείγματος δηλώνει ότι έχει αδέλφια. Επιπρόσθετα, από το 87,4% του δείγματος που έχει αδέλφια (βλ. πίνακα 3) παρατηρούμε ότι το 44,5% έχει έναν ακόμα αδελφό/η, το 24,3% δύο ακόμα αδέλφια, ενώ το 19,1% τρία ακόμα αδέλφια . Το 31,5% των πατέρων του δείγματος έχει απολυτήριο λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής, το 23,4% είναι απόφοιτοι δημοτικού και το 19% έχει πτυχίο ανώτερης ή ανώτατης σχολής (Πίνακας 4). Αντίστοιχα, το επίπεδο σπουδών της μητέρας έχει ως εξής (πίνακας 5): το 26,9% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 24,2% έχει απολυτήριο λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής και το 12,4% έχει πτυχίο ανώτερης ή ανώτατης σχολής. Από τον πίνακα 6 (Παράρτημα Δ) βλέπουμε ότι το 19,2% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 13,5% δημόσιοι υπάλληλοι. Αντίστοιχα από τον πίνακα 7 (Παράρτημα Δ) παρατηρούμε για το επάγγελμα της μητέρας ότι το 48,7% ασχολείται με τα οικιακά, το 17,8% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 8,9% δημόσιοι υπάλληλοι. Στον Πίνακα 8 φαίνεται ότι το 24% του δείγματος δηλώνει ως τόπο μόνιμης κατοικίας το Ηράκλειο

Κρήτης, το 25,5% του δείγματος το υπόλοιπο της Κρήτης, ενώ το 14,1% την Αθήνα. Ουσιαστικά το 49% του δείγματος κατοικεί μόνιμα στην Κρήτη ενώ το υπόλοιπο 51% στην υπόλοιπη Ελλάδα. Ακόμα βλέπουμε ότι το 94,6% του δείγματος δηλώνει ως τόπο προσωρινής διαμονής το Ηράκλειο Κρήτης.

Πίνακας 1: Σχολή φοίτησης

Σχολή φοίτησης	N	%
ΣΤΕΓ	28	14,0
ΣΔΟ	41	20,5
ΣΕΥΠ	100	50,0
ΣΤΕΦ	31	15,5
Σύνολο	200	100,0

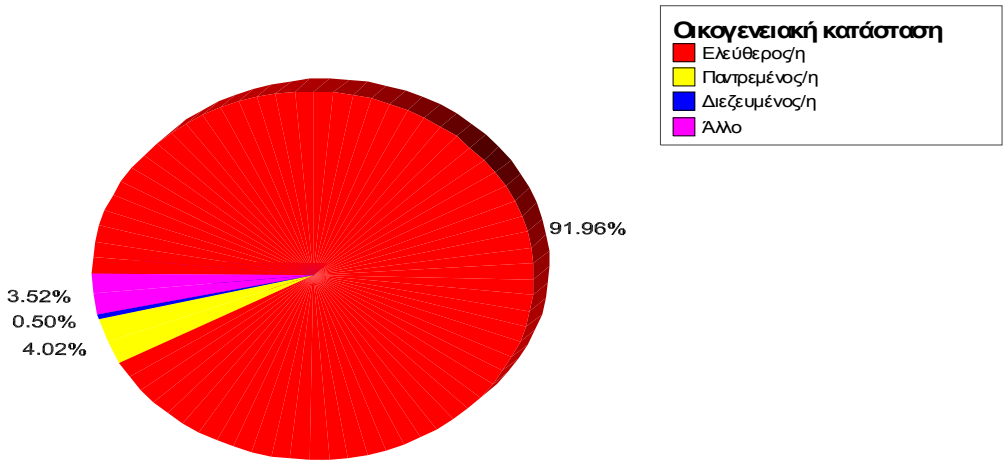
Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος ανά φύλο.



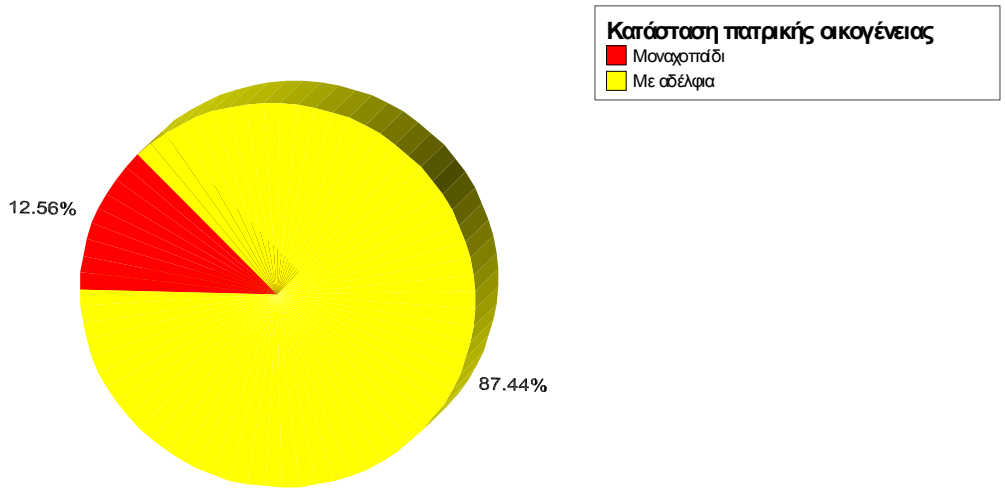
Πίνακας 2: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών ανά τμήμα

Τμήματα ανά σχολή	%
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ	
Διοίκηση επιχειρήσεων	3,5
Λογιστικής	14,6
Διοίκηση τουριστικών επιχειρήσεων	2,0
Τουριστικών επιχειρήσεων	0,5
ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ	
Ηλεκτρολογία	2,0
Δομικών έργων	5,0
Μηχανολογία	2,5
Εφαρμοσμένης πληροφορικής & πολυμέσων	5,0
ΣΧΟΛΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ	
Κοινωνικής εργασίας	28,1
Νοσηλευτικής	21,6
ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ	
Θερμοκηπιών καλλιεργειών & ανθοκομίας	4,5
Φυτικής παραγωγής	10,1
…..	0,5
Σύνολο	100,0

Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 3: Κατάσταση πατρικής οικογένειας



Πίνακας 3: Αριθμός Αδελφών

Πλήθος αδελφών	%
Ένα	44,5
Δύο	24,3
Τρία	19,1
Τέσσερα	6,4
Πέντε	3,5
Έξι	1,7
Εφτά	0,6
Σύνολο	**100,0**

Πίνακας 4: Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	%
Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού	2,7
Απόφοιτος Δημοτικού	23,4
Λίγες τάξεις Γυμνασίου ή Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)	23,4
Απολυτήριο Λυκείου ή Μέσης Τεχνικής Σχολής (ή απολυτήριο παλ	31,5
Πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής	19,0
Σύνολο	**100,0**

Πίνακας 5: Το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	%
Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού	1,6
Απόφοιτος Δημοτικού	26,9
Λίγες τάξεις Γυμνασίου ή Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)	24,2
Απολυτήριο Λυκείου ή Μέσης Τεχνικής Σχολής (ή απολυτήριο παλ	34,9
Πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής	12,4
Σύνολο	**100,0**

*<u>Σημείωση:</u> οι πίνακες **6** και **7** βρίσκονται στο Παράρτημα Δ στη σελίδα **222***

Πίνακας 8: Τόπος μόνιμης διαμονής

Διαμονή	%
Αθήνα	14,1
Πειραιάς	2,6
Υπόλοιπο Αττικής	0,5
Στερεά Ελλάδα	3,1
Θεσσαλονίκη	1,6
Υπόλοιπο Μακεδονίας	6,3

Πάτρα	2,6
Υπόλοιπο Πελοποννήσου	3,6
Ηράκλειο Κρήτης	24,0
Υπόλοιπο Κρήτης	25,5
Λάρισα	3,6
Βόλος	1,0
Υπόλοιπο Θεσσαλίας	1,0
Ιωάννινα	0,5
Υπόλοιπο Ηπείρου	0,5
Δωδεκάνησα	5,2
Κυκλάδες	1,6
Υπόλοιπο Αιγαίου	1,6
Επτάνησα	1,0
Σύνολο	**100,0**

4.4 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα βασικότερα ερευνητικά ερωτήματα/υποθέσεις της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι τα ακόλουθα:

1) Ποια είναι η άποψη των σπουδαστών/στριών του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης για τη σχιζοφρένεια και για την ψυχική ασθένεια γενικότερα;

2) Οι απόψεις και στάσεις που υιοθετούν οι σπουδαστές/στριες για τη σχιζοφρένεια συγκλίνουν με αυτές που υιοθετούν για την ψυχική ασθένεια γενικότερα;

3) Σε ποιο βαθμό και σε ποια έκταση οι απόψεις που υιοθετούνται απο τους σπουδαστές/στριες του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης είναι επιστημονικές ή μη, παλαιότερες ή σύγχρονες;

4) Διαφοροποιούνται οι απόψεις των σπουδαστών/στριών για τη σχιζοφρένεια και την ψυχική ασθένεια γενικότερα , ανάλογα με τη σχολή φοίτησης;

5) Σε ποιους ειδικότερους τομείς που σχετίζονται με την κατανόηση της σχιζοφρένειας (π.χ. συμπτωματολογία, αιτιολογία, θεραπεία, διάκριση, κρατική μέριμνα) οι απόψεις και στάσεις των σπουδαστών/στριών είναι πιο αρνητικές;

6) Σε ποιους ειδικότερους τομείς της λειτουργικότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια εντοπίζονται οι πιο αρνητικές απόψεις και στάσεις των σπουδαστών/στριών (π.χ υγιεινή, εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, γάμος);

Αναμένουμε ότι οι σπουδαστές/στριες του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης θα έχουν γενικά αρνητικές στάσεις και απόψεις (προκαταλήψεις) για την ψυχική ασθένεια και ειδικότερα για τη σχιζοφρένεια. Οι σπουδαστές/στριες της Σ.Ε.Υ.Π θα έχουν πιο θετικές στάσεις και απόψεις απο τους σπουδαστές άλλων σχολών και θα υιοθετούν πιο σύγχρονές και επιστημονικές απόψεις από τους σπουδαστές/στριες άλλων σχολών. Οι προκαταλήψεις των σπουδαστών θα αφορούν όλους τους τομείς της λειτουργικότητας (π.χ. υγιεινή, εργασία) των ατόμων με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές διαταραχές, αλλά και όλους τους τομείς που σχετίζονται με την κατανόησή τους (π.χ. συμπτωματολογία, θεραπεία).

4.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων, τα δεδομένα εισήχθησαν στο πρόγραμμα Ecxel της Microsoft. Η επεξεργασία των στοιχειών (στατιστική ανάλυση) έγινε μέσω του προγράμματος SPSS. Τέλος οδηγηθήκαμε σε ερμηνεία των αποτελεσμάτων και εξαγωγή των συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στους παρακάτω πίνακες όταν χρησιμοποιούμε την φράση 'το δείγμα συμφωνεί' εννοούμε ότι το δείγμα συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ενώ όταν χρησιμοποιούμε την φράση 'το δείγμα διαφωνεί' εννοούμε ότι το δείγμα διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα.

Το 56,7% απάντησε θετικά ότι έχει παρακολουθήσει κάποιο μάθημα που σχετίζεται με ψυχικές ασθένειες / διαταραχές. Τα περισσότερα άτομα από αυτά απάντησαν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο μάθημα ψυχολογίας ή ψυχιατρικής.

Πίνακας 9: Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με ψυχικές ασθένειες / διαταραχές

Θεωρητική γνώση για τις ψυχικές ασθένειες / διαταραχές	N	%
Ναι	68	56,7
Όχι	52	43,3
Σύνολο	**120**	**100,0**

Σημείωση: Για τις παρακάτω ενότητες που παρουσιάζουμε υπάρχουν συνοπτικοί πίνακες στην σελίδα 146 οι οποίοι μας δίνουν μια συνολική εικόνα για την κατάσταση που υπάρχει σε κάθε ενότητα.

Α) Συμπτώματα – Κλινική Εικόνα ψυχικών διαταραχών και σχιζοφρένειας

Από τον πίνακα 10 παρατηρούμε ότι το 76,6% του δείγματος συμφωνεί ότι η σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή τους και το 5,3% διαφωνεί. Σημαντικό ποσοστό (18,1%) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί

Πίνακας 10: Αλλοίωση της πραγματικότητας

Επαφή με την πραγματικότητα	%
Συμφωνώ απόλυτα	17,0
Συμφωνώ	59,6
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	18,1
Διαφωνώ	3,7
Διαφωνώ απόλυτα	1,6
Σύνολο	**100,0**

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας σύμφωνα με την αντίληψη των ερωτώμενων. Το 70,3% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα χαρακτηριστικό είναι οι παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα) ενώ το 20,5% δεν έχει άποψη. Το 35,1% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα χαρακτηριστικό είναι η έκπτωση μνήμης ενώ το 40,9% δεν έχει άποψη. Το 73,7% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα χαρακτηριστικό είναι οι ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, σωματικές, γευστικές) ενώ το 14% δεν έχει άποψη. Το 58,1% του δείγματος διαφωνεί ότι ένα χαρακτηριστικό είναι ο έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ενώ το 22,5% δεν έχει άποψη. Το 60,5% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα χαρακτηριστικό είναι ο αποδιοργανωμένος λόγος (ασυνάρτητος λόγος) ενώ το 26,4% δεν έχει άποψη. Το 36,3% του δείγματος διαφωνεί ότι ένα χαρακτηριστικό είναι η αδυναμία να αναγνωρίσει αντικείμενα ενώ το 39,7% δεν έχει άποψη. Το 36,9% του δείγματος διαφωνεί ότι ένα χαρακτηριστικό είναι ότι παρουσιάζει υπερβολική υπνηλία ενώ το 35,8% δεν έχει άποψη.

Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας

Παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα)	Συμφωνώ απόλυτα	26,7%
	Συμφωνώ	44,6%
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	20,5%
	Διαφωνώ	5,6%
	Διαφωνώ απόλυτα	2,6%
Σύνολο		100,0%

Έκπτωση μνήμης	Συμφωνώ απόλυτα	12,2%
	Συμφωνώ	22,9%
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	40,4%
	Διαφωνώ	17,6%
	Διαφωνώ απόλυτα	6,9%
Σύνολο		100,0%
Ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, σωματικές, γευστικές)	Συμφωνώ απόλυτα	35,5%
	Συμφωνώ	38,2%
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	14,0%
	Διαφωνώ	9,7%
	Διαφωνώ απόλυτα	2,7%
Σύνολο		100,0%
Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος	Συμφωνώ απόλυτα	5,2%
	Συμφωνώ	14,1%
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	22,5%
	Διαφωνώ	31,9%
	Διαφωνώ απόλυτα	26,2%
Σύνολο		100,0%
Αποδιοργανωμένος λόγος (ασυνάρτητος λόγος)	Συμφωνώ απόλυτα	20,7%
	Συμφωνώ	39,4%
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	26,4%
	Διαφωνώ	10,9%
	Διαφωνώ απόλυτα	2,6%
Σύνολο		100,0%
Αδυναμία να αναγνωρίσει αντικείμενα	Συμφωνώ απόλυτα	5,8%
	Συμφωνώ	18,9%
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	38,9%
	Διαφωνώ	22,6%
	Διαφωνώ απόλυτα	13,7%
Σύνολο		100,0%
Παρουσιάζει υπερβολική υπνηλία	Συμφωνώ απόλυτα	10,2%
	Συμφωνώ	17,1%
	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	35,8%
	Διαφωνώ	23,0%
	Διαφωνώ απόλυτα	13,9%
Σύνολο		100,0%

Από τον πίνακα 12 παρατηρούμε ότι το 69,5% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση, και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά τους ενώ το 20% δεν εκφέρει άποψη

Πίνακας 12: Προσωπική υγιεινή και εμφάνιση

Υγιεινή και εμφάνιση	%
Συμφωνώ απόλυτα	26,3
Συμφωνώ	43,2
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	20,0
Διαφωνώ	7,9
Διαφωνώ απόλυτα	2,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 13 παρατηρούμε ότι το 54,5% του δείγματος συμφωνεί ότι τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψης συναναστροφής με το κοινωνικό τους περίγυρο (αποφεύγουν / δεν επιθυμούν κοινωνικές συναναστροφές) ενώ το 31,2% δεν εκφέρει άποψη

Πίνακας 13: Έλλειψη συναναστροφής με το κοινωνικό περίγυρο τους

Συναναστροφή με το κοινωνικό περίγυρο	%
Συμφωνώ απόλυτα	13,8
Συμφωνώ	40,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	31,2
Διαφωνώ	13,2
Διαφωνώ απόλυτα	1,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 14 παρατηρούμε ότι το 57,4% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια παρουσιάζει έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα) ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα ενώ το 32,1% δεν έχει άποψη

Πίνακας 14: Έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες

Ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες	%
Συμφωνώ απόλυτα	13,7
Συμφωνώ	43,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	32,1
Διαφωνώ	7,4
Διαφωνώ απόλυτα	3,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 15 παρατηρούμε ότι το 39,2% του δείγματος συμφωνεί ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν, το 37,6% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 23,3% διαφωνεί με την άποψη αυτή

Πίνακας 15: Συναισθηματική ωριμότητα

Ωριμότητα	%
Συμφωνώ απόλυτα	10,6
Συμφωνώ	28,6
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	37,6
Διαφωνώ	17,5
Διαφωνώ απόλυτα	5,8
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι το 21,1% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας πολύ σπάνια εκδηλώνει άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα και το 23,2% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 16: Σωματική επιθετικότητα

Επιθετικότητα	%
Συμφωνώ απόλυτα	7,4
Συμφωνώ	13,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	23,2
Διαφωνώ	35,3
Διαφωνώ απόλυτα	20,5
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 17 παρατηρούμε ότι το 30,2% του δείγματος συμφωνεί ότι ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, το 28% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 41,8% διαφωνεί με την άποψη αυτή

Πίνακας 17: Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά

Συγκροτημένη συμπεριφορά	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,8
Συμφωνώ	25,4
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	28,0
Διαφωνώ	29,1
Διαφωνώ απόλυτα	12,7
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 18 παρατηρούμε ότι το 53,7% του δείγματος συμφωνεί ότι η καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας ενώ το 33,2 % δεν εκφέρει άποψη

Πίνακας 18: Διαπροσωπικές επαφές

Επαφές με άλλους	%
Συμφωνώ απόλυτα	11,1
Συμφωνώ	42,6
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	33,2

Διαφωνώ	10,5
Διαφωνώ απόλυτα	2,6
Σύνολο	**100,0**

Όπως φαίνεται στον πίνακα 19, το 39,9% του δείγματος συμφωνεί ότι υπάρχει κάτι που έχουν οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους και το 30,3 ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν.

Πίνακας 19: Διαφορές των ανθρώπων με σχιζοφρένεια

Διαφορές των ανθρώπων	%
Συμφωνώ απόλυτα	10,1
Συμφωνώ	29,8
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	30,3
Διαφωνώ	19,7
Διαφωνώ απόλυτα	10,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 20 παρατηρούμε ότι το 82,1% του δείγματος συμφωνεί ότι αν και τα άτομα με σχιζοφρένεια στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περίεργους τρόπους δεν είναι σωστό να τα περιγελάμε , το 9% διαφωνεί ενώ το 8,9% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 20: Η συμπεριφορά μας απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια

Συναναστροφή απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια	%
Συμφωνώ απόλυτα	60,0
Συμφωνώ	22,1
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	8,9
Διαφωνώ	7,4
Διαφωνώ απόλυτα	1,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 21 παρατηρούμε ότι το 18,9% του δείγματος συμφωνεί ότι οι αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, το 40% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 41% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 21: Αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου

Η ταυτότητα του φύλου	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,8
Συμφωνώ	12,1
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	40,0
Διαφωνώ	24,7
Διαφωνώ απόλυτα	16,3
Σύνολο	**100,0**

Β) Πορεία – Πρόγνωση

Από τον πίνακα 22 παρατηρούμε ότι το 38,6% του δείγματος συμφωνεί ότι τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής, το 47,6% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 13,8% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 22: Χρόνος εμφάνισης της σχιζοφρένειας

Στιγμή εμφάνισης της σχιζοφρένειας	%
Συμφωνώ απόλυτα	9,0
Συμφωνώ	29,6
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	47,6
Διαφωνώ	12,2
Διαφωνώ απόλυτα	1,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 23 παρατηρούμε ότι το 33,3% του δείγματος συμφωνεί ότι άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άνδρες, το 48,1% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 18,5% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 23: Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα

Τα δύο φύλα	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,3
Συμφωνώ	27,0
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	48,1
Διαφωνώ	14,3
Διαφωνώ απόλυτα	4,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 24 παρατηρούμε ότι το 43,4% του δείγματος συμφωνεί ότι οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρεία δεν είναι πιο επικίνδυνοι από το μέσο άνθρωπο, το 40,7% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 24: Επικινδυνότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια

Βαθμός επικινδυνότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια	%
Συμφωνώ απόλυτα	8,5
Συμφωνώ	34,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	40,7
Διαφωνώ	11,1
Διαφωνώ απόλυτα	4,8
Σύνολο	**100,0**

Γ) Αιτιολογία

Από τον πίνακα 25 παρατηρούμε ότι το 78,5% του δείγματος συμφωνεί ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας - όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς ενώ το 14,3% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 25: Αιτιολογία της σχιζοφρένειας

Βαθμός αιτιολόγησης της σχιζοφρένειας	%
Συμφωνώ απόλυτα	27,5
Συμφωνώ	50,8
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	14,3
Διαφωνώ	4,2
Διαφωνώ απόλυτα	3,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 26 παρατηρούμε ότι το 23,8% του δείγματος συμφωνεί ότι η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο, το 32,3% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 43,4% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 26: Χαμηλό βιοτικό επίπεδο

Βιοτικό επίπεδο	%
Συμφωνώ απόλυτα	5,8
Συμφωνώ	18,0
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	32,3
Διαφωνώ	32,8
Διαφωνώ απόλυτα	11,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 27 παρατηρούμε ότι το 59,5% του δείγματος συμφωνεί ότι υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στην σχιζοφρένεια ενώ το 28,9% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 27: Κληρονομική ή γενετική βάση της σχιζοφρένειας

Προέλευση της σχιζοφρένειας	%
Συμφωνώ απόλυτα	16,3
Συμφωνώ	43,2
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	28,9
Διαφωνώ	7,4

Διαφωνώ απόλυτα	4,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 28 παρατηρούμε ότι το 42,3% του δείγματος συμφωνεί ότι οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς προέρχονται από οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς ενώ το 35,4% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 28: Οικογενειακές σχέσεις των ατόμων με σχιζοφρένεια

Καταγωγή των ανθρώπων της σχιζοφρένειας	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	10,6
Συμφωνώ	31,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	35,4
Διαφωνώ	18,0
Διαφωνώ απόλυτα	4,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 29 παρατηρούμε ότι το 23,7% του δείγματος συμφωνεί ότι τα συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε "δαιμονοληψία", το 35,8% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 40,6% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 29: Δαιμονοληψία ως αίτιο της σχιζοφρένειας

Συμπτώματα	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	5,8
Συμφωνώ	17,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	35,8
Διαφωνώ	23,2
Διαφωνώ απόλυτα	17,4
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 30 παρατηρούμε ότι το 43,1% του δείγματος συμφωνεί ότι τα συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών

στρεσσογόνων επιδράσεων του περιβάλλοντος, το 40% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 16,8% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 30: Στρεσογόνοι παράγοντες ως αίτιο της σχιζοφρένειας

Τα συμπτώματα οφείλονται σε στρεσσογόνες επιδράσεις	%
Συμφωνώ απόλυτα	8,9
Συμφωνώ	34,2
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	40,0
Διαφωνώ	12,6
Διαφωνώ απόλυτα	4,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 31 παρατηρούμε ότι το 32,8% του δείγματος συμφωνεί ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο, το 43,9% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 23,3% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 31:Η μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο ως αίτιο της σχιζοφρένειας

Η μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο	%
Συμφωνώ απόλυτα	11,1
Συμφωνώ	21,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	43,9
Διαφωνώ	17,5
Διαφωνώ απόλυτα	5,8
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 32 παρατηρούμε ότι το 61% του δείγματος συμφωνεί ότι μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο ασθενής με την οικογένεια του, ώστε να αποφευχθεί η νοσηλεία του σε νοσοκομείο ενώ το 23,7% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 32: Η ικανότητα άμεσης παρέμβασης

Άμεση παρέμβαση	%
Συμφωνώ απόλυτα	22,1
Συμφωνώ	38,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	23,7
Διαφωνώ	11,1
Διαφωνώ απόλυτα	4,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 33 παρατηρούμε ότι το 40,2% του δείγματος διαφωνεί ότι αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα γίνονταν πιθανόν και αυτά πάσχοντες ενώ το 34,4% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 33: Ο ρόλος του περιβάλλοντος στην σχιζοφρένεια

Το περιβάλλον	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,2
Συμφωνώ	21,2
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	34,4
Διαφωνώ	27,5
Διαφωνώ απόλυτα	12,7
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 34 παρατηρούμε ότι το 55% του δείγματος διαφωνεί ότι μερικές φορές τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν τιμωρία για κακές πράξεις ενώ το 27% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 34: Η σχιζοφρένεια ως τιμωρία

Απόψεις για την προέλευση	%
Συμφωνώ απόλυτα	3,7
Συμφωνώ	14,3

Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	27,0
Διαφωνώ	24,3
Διαφωνώ απόλυτα	30,7
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 35 παρατηρούμε ότι το 55,7% του δείγματος διαφωνεί ότι η σχιζοφρένεια είναι ένας μύθος που κατασκευάστηκε για να μπορούν οι κοινωνικά ισχυροί να εξουσιάζουν τους κοινωνικά αδύναμους ενώ το 25,8% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 35: Η σχιζοφρένεια είναι μύθος

Ο μύθος της σχιζοφρένειας	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	8,9
Συμφωνώ	9,5
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	25,8
Διαφωνώ	26,8
Διαφωνώ απόλυτα	28,9
Σύνολο	**100,0**

Δ) Θεραπεία

Από τον πίνακα 36 παρατηρούμε ότι το 46,6% του δείγματος συμφωνεί ότι η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία ενώ το 37% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 36: Η καλύτερη θεραπεία είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία

Θεραπεία	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	16,4
Συμφωνώ	30,2
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	37,0
Διαφωνώ	12,7
Διαφωνώ απόλυτα	3,7
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 37 παρατηρούμε ότι το 46% του δείγματος διαφωνεί ότι τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές) ενώ το 30,7% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 37: Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με λοβοτομή

Λοβοτομή	%
Συμφωνώ απόλυτα	3,2
Συμφωνώ	20,1
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	30,7
Διαφωνώ	25,9
Διαφωνώ απόλυτα	20,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 38 παρατηρούμε ότι το 30,7% του δείγματος συμφωνεί ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή, το 34,9% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 34,4% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 38: Η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ασθένεια

Ανίατη ασθένεια	%
Συμφωνώ απόλυτα	9,0
Συμφωνώ	21,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	34,9
Διαφωνώ	23,8
Διαφωνώ απόλυτα	10,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 39 παρατηρούμε ότι το 45% του δείγματος συμφωνεί ότι η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και το 39,7% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 39: Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία	%
Συμφωνώ απόλυτα	13,2
Συμφωνώ	31,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	39,7
Διαφωνώ	10,6
Διαφωνώ απόλυτα	4,8
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 40 παρατηρούμε ότι το 67,6% του δείγματος συμφωνεί ότι ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων στο περιβάλλον του ασθενή ενώ το 23,9% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 40: Ενδείξεις νοσηλείας

Νοσηλεία	%
Συμφωνώ απόλυτα	18,6
Συμφωνώ	48,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	23,9
Διαφωνώ	5,3
Διαφωνώ απόλυτα	3,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 41 παρατηρούμε ότι το 52,6% του δείγματος διαφωνεί ότι το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας ισοδυναμεί με το να αποτύχει στην ζωή του ενώ το 24,2% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 41: Η εισαγωγή σε ψυχιατρείο ισοδυναμεί με αποτυχία

Ψυχιατρείο	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,8
Συμφωνώ	16,3

Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	24,2
Διαφωνώ	32,1
Διαφωνώ απόλυτα	20,5
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 42 παρατηρούμε ότι το 27,5% του δείγματος συμφωνεί ότι η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ψυχοθεραπεία, το 40,2% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 32,2% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 42: Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ψυχοθεραπεία

Ψυχοθεραπεία	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	9,5
Συμφωνώ	18,0
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	40,2
Διαφωνώ	24,3
Διαφωνώ απόλυτα	7,9
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 43 παρατηρούμε ότι το 64% του δείγματος συμφωνεί ότι η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας ενώ το 23,3% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 43: Η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας

Συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	23,3
Συμφωνώ	40,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	23,3
Διαφωνώ	7,4
Διαφωνώ απόλυτα	5,3
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 44 παρατηρούμε ότι το 49,2% του δείγματος διαφωνεί ότι η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική ενώ το 27% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 44: Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική

Εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,3
Συμφωνώ	17,5
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	27,0
Διαφωνώ	27,0
Διαφωνώ απόλυτα	22,2
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 45 παρατηρούμε ότι το 47,4% του δείγματος διαφωνεί ότι η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με την πίστη στο θεό ενώ το 32,6% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 45: Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με την πίστη στο θεό

Η πίστη στο θεό	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,7
Συμφωνώ	15,3
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	32,6
Διαφωνώ	25,3
Διαφωνώ απόλυτα	22,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 46 παρατηρούμε ότι το 30,5% του δείγματος διαφωνεί ότι τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα ενώ το 43,2% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 46: Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι επικίνδυνα

Βαθμός επικινδυνότητας	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,3
Συμφωνώ	20,0
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	43,2
Διαφωνώ	24,2
Διαφωνώ απόλυτα	6,3
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 47 παρατηρούμε ότι το 74% του δείγματος διαφωνεί ότι τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό ενώ το 13,3% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 47: Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό

Εξορκισμός	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,3
Συμφωνώ	8,5
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	13,3
Διαφωνώ	24,5
Διαφωνώ απόλυτα	49,5
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 48 παρατηρούμε ότι το 70,3% του δείγματος διαφωνεί ότι ο καλύτερος τρόπος χειρισμού των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές με συμπτώματα σχιζοφρένειας, είναι να τους έχουν κλειδαμπαρωμένους ενώ το 16,4% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 48: Ο καλύτερος τρόπος νοσηλείας των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι η απομόνωση

Η απομόνωση	%
Συμφωνώ απόλυτα	8,5
Συμφωνώ	4,8
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	16,4
Διαφωνώ	19,0

Διαφωνώ απόλυτα	51,3
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 49 παρατηρούμε ότι το 55,9% του δείγματος συμφωνεί ότι στους νοσηλευόμενους των ψυχιατρείων με σχιζοφρένεια θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση ενώ το 27,1% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 49: Πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος στους νοσηλευόμενους με σχιζοφρένεια

Περισσότερος χώρος στους νοσηλευόμενους με σχιζοφρένεια	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	15,4
Συμφωνώ	40,4
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	27,1
Διαφωνώ	9,0
Διαφωνώ απόλυτα	8,0
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 50 παρατηρούμε ότι το 75,5% του δείγματος συμφωνεί ότι τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν το άτομο με σχιζοφρένεια να αισθάνεται όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του ενώ το 15,4% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 50: Οργάνωση ψυχιατρείων

Οργάνωση	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	36,2
Συμφωνώ	39,4
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	15,4
Διαφωνώ	4,3
Διαφωνώ απόλυτα	4,8
Σύνολο	**100,0**

Ε) Νομοθεσία / Κρατική μέριμνα

Από τον πίνακα 51 παρατηρούμε ότι το 77,4% του δείγματος συμφωνεί ότι το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια ενώ το 15,8% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 51: Καθήκον του κράτους

Το κράτος	%
Συμφωνώ απόλυτα	38,4
Συμφωνώ	38,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	15,8
Διαφωνώ	5,3
Διαφωνώ απόλυτα	1,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 52 παρατηρούμε ότι το 77,8% του δείγματος συμφωνεί ότι το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια ενώ το 16,4% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 52: Ο ρόλος του κράτους

Το κράτος	%
Συμφωνώ απόλυτα	43,4
Συμφωνώ	34,4
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	16,4
Διαφωνώ	3,7
Διαφωνώ απόλυτα	2,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 53 παρατηρούμε ότι το 47,6% του δείγματος διαφωνεί ότι το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια ενώ το 28% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 53: Το ενδιαφέρον του Ελληνικού κράτους

Το Ελληνικό κράτος	%
Συμφωνώ απόλυτα	7,9
Συμφωνώ	16,4
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	28,0
Διαφωνώ	28,0
Διαφωνώ απόλυτα	19,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 54 παρατηρούμε ότι το 28,4% του δείγματος συμφωνεί ότι ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή περίπτωση σχιζοφρένειας, το 37,9% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 33,7% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 54: Τα όρια του νόμου

Ο νόμος	%
Συμφωνώ απόλυτα	9,5
Συμφωνώ	18,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	37,9
Διαφωνώ	17,4
Διαφωνώ απόλυτα	16,3
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 55 παρατηρούμε ότι το 41,8% του δείγματος συμφωνεί ότι το δικαίωμα διαζυγίου με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, πρέπει να είναι νομικά κατοχυρωμένο ενώ το 30,7% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 55: Το δικαίωμα του διαζυγίου

Το διαζύγιο	%
Συμφωνώ απόλυτα	13,8
Συμφωνώ	28,0
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	30,7
Διαφωνώ	15,9
Διαφωνώ απόλυτα	11,6

Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 56 παρατηρούμε ότι το 33,9% του δείγματος συμφωνεί ότι στα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν και το 38,6% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 56: Το δικαίωμα της ψήφου

Η ψήφος	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	12,2
Συμφωνώ	21,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	27,5
Διαφωνώ	19,0
Διαφωνώ απόλυτα	19,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 57 παρατηρούμε ότι το 29,1% του δείγματος συμφωνεί ότι στα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού , το 29% δεν εκφέρει άποψη και το υπόλοιπο 41,9% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Πίνακας 57: Ελευθερία στην κίνηση

Ελευθερία	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	6,5
Συμφωνώ	22,6
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	29,0
Διαφωνώ	24,2
Διαφωνώ απόλυτα	17,7
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 58 παρατηρούμε ότι το 52,7% του δείγματος διαφωνεί ότι κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό ενώ το 31,9% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 58: Η σχιζοφρένεια ως ελαφρυντικό

Ελαφρυντικό	%
Συμφωνώ απόλυτα	7,4
Συμφωνώ	8,0
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	31,9
Διαφωνώ	30,9
Διαφωνώ απόλυτα	21,8
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 59 παρατηρούμε ότι το 41,8% του δείγματος διαφωνεί ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών ενώ το 33,3% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 59: Τα άτομα με σχιζοφρένεια απαλλάσσονται των ευθυνών τους

Οι ευθύνες των ατόμων με σχιζοφρένεια	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,3
Συμφωνώ	18,5
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	33,3
Διαφωνώ	27,0
Διαφωνώ απόλυτα	14,8
Σύνολο	**100,0**

ΣΤ) Αντιμετώπιση από το περιβάλλον

Από τον πίνακα 60 παρατηρούμε ότι το 45,8% του δείγματος διαφωνεί ότι όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά κάνοντας στείρωση ενώ το 30% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 60: Αναγκαιότητα στείρωσης των ατόμων με σχιζοφρένεια

Η στείρωση	%
Συμφωνώ απόλυτα	7,4
Συμφωνώ	16,8
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	30,0
Διαφωνώ	27,4

Διαφωνώ απόλυτα	18,4
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 61 παρατηρούμε ότι το 53,2% του δείγματος διαφωνεί ότι θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί ενώ το 21,6% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 61: Γάμος με ένα άτομο με σχιζοφρένεια

Ο γάμος	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	6,3
Συμφωνώ	18,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	21,6
Διαφωνώ	31,6
Διαφωνώ απόλυτα	21,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 62 παρατηρούμε ότι το 44,1% του δείγματος συμφωνεί ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν ενώ το 37,8% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 62: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν

Ικανότητα εργασίας	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	12,2
Συμφωνώ	31,9
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	37,8
Διαφωνώ	13,3
Διαφωνώ απόλυτα	4,8
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 63 παρατηρούμε ότι το 43,1% του δείγματος συμφωνεί ότι πολλά άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία, ακόμα και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένα ενώ το 33,5% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 63: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία

Εξειδικευμένη εργασία	%
Συμφωνώ απόλυτα	10,6
Συμφωνώ	32,4
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	33,5
Διαφωνώ	16,0
Διαφωνώ απόλυτα	7,4
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 64 παρατηρούμε ότι το 50,6% του δείγματος διαφωνεί ότι κάθε ψυχιατρείο που νοσηλεύει άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες ενώ το 26,8% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 64: Φρούρηση των ψυχιατρείων

Ασφάλεια	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,8
Συμφωνώ	15,8
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	26,8
Διαφωνώ	31,1
Διαφωνώ απόλυτα	19,5
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 65 παρατηρούμε ότι το 61,1% του δείγματος διαφωνεί ότι όπως και αν το δει κανείς τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι ενώ το 21,1% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 65: Η αντίληψη μας για τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα

Η αντίληψη μας	%
Συμφωνώ απόλυτα	5,8
Συμφωνώ	12,1
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	21,1
Διαφωνώ	30,0
Διαφωνώ απόλυτα	31,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 66 παρατηρούμε ότι το 44,2% του δείγματος διαφωνεί ότι οι περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι άξιες εμπιστοσύνης για να προσέχουν μικρά παιδιά ενώ το 36,3% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 66: Βαθμός εμπιστοσύνης των γυναικών με σχιζοφρένεια για την φροντίδα μικρών παιδιών

Απόψεις	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,7
Συμφωνώ	14,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	36,3
Διαφωνώ	28,9
Διαφωνώ απόλυτα	15,3
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 67 παρατηρούμε ότι το 47,5% του δείγματος διαφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί ότι πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για τους νοσηλευόμενους σε ένα ψυχιατρείο με σχιζοφρένεια πέρα από να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά ενώ το 36,3% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 67: Περιορισμοί των δυνατοτήτων διαβίωσης των νοσηλευομένων σε ένα ψυχιατρείο

Οι δυνατότητες του ψυχιατρείου	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,7
Συμφωνώ	14,7
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	36,3
Διαφωνώ	28,9
Διαφωνώ απόλυτα	15,3
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 68 παρατηρούμε ότι το 50,3% του δείγματος συμφωνεί ότι πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες ενώ το 27,5% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 68: Η αντιμετώπιση των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα ως εγκληματίες

Εγκληματίες;	%
Συμφωνώ απόλυτα	12,2
Συμφωνώ	38,1
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	27,5
Διαφωνώ	14,3
Διαφωνώ απόλυτα	7,9
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 69 παρατηρούμε ότι το 55% του δείγματος διαφωνεί ότι η σύναψη φιλικών σχέσεων ή ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι απαγορευμένη ενώ το 24,9% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 69: Σύναψη σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας

Οι σχέσεις	%
Συμφωνώ απόλυτα	5,8
Συμφωνώ	14,3
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	24,9
Διαφωνώ	34,9
Διαφωνώ απόλυτα	20,1
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 70 παρατηρούμε ότι το 47,4% του δείγματος διαφωνεί ότι η συνεργασία (επαγγελματικό - προσωπικό επίπεδο) με άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανέφικτο ενώ το 29,5% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 70: Η έλλειψη συνεργασίας με τα άτομα που παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα

Συνεργασία	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,3
Συμφωνώ	16,8
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	29,5
Διαφωνώ	31,6

Διαφωνώ απόλυτα	15,8
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 71 παρατηρούμε ότι το 57,2% του δείγματος διαφωνεί ότι τα μικρά παιδιά των ανθρώπων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται ενώ το 23,8% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 71: Απαγόρευση επισκέψεων των παιδιών των νοσηλευομένων

Τα παιδιά τους	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	4,8
Συμφωνώ	14,3
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	23,8
Διαφωνώ	30,2
Διαφωνώ απόλυτα	27,0
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 72 παρατηρούμε ότι το 47,1% του δείγματος διαφωνεί ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά ενώ το 30,7% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 72: Τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν πρέπει να τεκνοποιούν

Τεκνοποίηση	**%**
Συμφωνώ απόλυτα	4,2
Συμφωνώ	18,0
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	30,7
Διαφωνώ	27,5
Διαφωνώ απόλυτα	19,6
Σύνολο	**100,0**

Από τον πίνακα 73 παρατηρούμε ότι το 48,9% του δείγματος διαφωνεί ότι μολονότι τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία μπορεί να φαίνονται ότι είναι εντάξει, δεν πρέπει να παντρεύονται ενώ το 33,7% δεν εκφέρει άποψη.

Πίνακας 73: Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα μετα την έξοδό τους από το ψυχιατρείο δεν πρέπει να παντρεύονται

Γάμος	%
Συμφωνώ απόλυτα	5,8
Συμφωνώ	11,6
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	33,7
Διαφωνώ	28,4
Διαφωνώ απόλυτα	20,5
Σύνολο	**100,0**

Συνοπτικοί πίνακες για την κάθε ενότητα

Πίνακας 74: Συμπτώματα- κλινική εικόνα

	Συμφωνώ	**Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**
Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή τους	**76,0%**	18,1%	5,3%
Παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα)	**71,3%**	20,5%	8,2%
Έκπτωση μνήμης	35,1%	**40,4%**	24,5%
Ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, σωματικές, γευστικές)	**73,7%**	14%	12,4%
Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος	19,3%	22,5%	**58,1%**
Αποδιοργανωμένος λόγος (ασυνάρτητος λόγος)	**60,1%**	16,4%	13,5%
Αδυναμία να αναγνωρίσει αντικείμενα	24,7%	**38,9%**	36,3%
Παρουσιάζει υπερβολική υπνηλία	27,3%	35,8%	**36,9%**
Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση, και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά όπως π,χ να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο	**69,5%**	20%	10,5%
Τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας συνήθως	**54,5%**	31,2%	14,3%

χαρακτηρίζονται από έλλειψης συναναστροφής με το κοινωνικό τους περίγυρο (αποφεύγουν / δεν επιθυμούν κοινωνικές συναναστροφές)			
Ένα άτομο με σχιζοφρένεια παρουσιάζει έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα) ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα	**57,4%**	32,1%	10,5%
Οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνον τα συναισθήματα τους να τους κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν	**39,2%**	37,6%	23,3%
Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας πολύ σπάνια εκδηλώνει άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα	21,1%	23,1%	**55,8%**
Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	30,2%	28%	**41,8%**
Καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας	**53,7%**	33,2%	13,1%
Υπάρχει κάτι που έχουν οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους	**39,9%**	30,3%	29,8%
Αν και τα άτομα με σχιζοφρένεια στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περίεργους τρόπους δεν είναι σωστό να τα περιγελάμε	**81,8%**	8,9%	9%
Αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας	18,9%	40%	**40,9%**

Πίνακας 75: Πορεία – πρόγνωση

	Συμφωνώ	**Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**
Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής	38,1%	**47,7%**	13,8%
Άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι	32,0%	**48,7%**	18,5%

πιο συχνά άνδρες			
Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρεία δεν είναι πιο επικίνδυνοι από το μέσο άνθρωπο	**43,4%**	40,7%	15,9%

Πίνακας 76: Αιτιολογία της σχιζοφρένειας

	Συμφωνώ	**Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**
Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας - όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς	**78,6%**	14%	7,4%
Η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο	23,8%	32,3%	**43,4%**
Υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στην σχιζοφρένεια	**59,5%**	28,9%	11,6%
Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς προέρχονται από οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς	**42,3%**	35,4%	22,2%
Συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε "δαιμονοληψία"	23,7%	35,8%	**40,6%**
Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών στρεσσογόνων επιδράσεων του περιβάλλοντος	**43,1%**	40%	16,8%
Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο	32,8%	**43,9%**	23,3%
Μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο ασθενής με την οικογένεια του, ώστε να αποφευχθεί η νοσηλεία του σε νοσοκομείο	**61%**	23,7%	15,3%
Αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα γίνονταν πιθανόν και αυτά πάσχοντες	25,4%	34,4%	**40,2%**
Μερικές φορές τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν τιμωρία για κακές πράξεις	18%	27%	**55%**
Η σχιζοφρένεια είναι ένας μύθος που κατασκευάστηκε για να μπορούν οι κοινωνικά ισχυροί να εξουσιάζουν τους κοινωνικά αδύναμους	18,4%	25,8%	**55,7%**

Πίνακας 77: Θεραπεία

	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ
Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία	**46,6%**	37%	16,4%
Συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές)	23,3%	30,7%	**46%**
Η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή	30,7%	**34,9%**	34,6%
Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία	**45%**	39,7%	15,4%
Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων στο περιβάλλον του ασθενή	**67,6%**	23,9%	8,5%
Το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας ισοδυναμεί με το να αποτύχει στην ζωή του	23,2%	24,2	**53,5%**
Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ψυχοθεραπεία	27,5%	**40,2%**	32,2%
Η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας	**64%**	23,3%	12,7%
Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική	23,8%	27%	**49,2%**
Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με την πίστη στο θεό	20%	32,6%	**47,4%**
Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα	26,3%	**43,2%**	30,5%
Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό	12,8%	13,3%	**74%**
Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές με συμπτώματα σχιζοφρένειας, είναι να τους έχουν κλειδαμπαρωμένους	13,2%	16,4%	**71,4%**
Στους νοσηλευόμενους των ψυχιατρείων με σχιζοφρένεια θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους	**55,9%**	27,1%	17%

χρήση			
Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν το άτομο με σχιζοφρένεια να αισθάνεται όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του	**75,5%**	15,4%	9,1%

Πίνακας 78: Νομοθεσία - κρατική μέριμνα

	Συμφωνώ	**Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**
Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια	**77,4%**	15,8%	6,9%
Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια	**78,7%**	16,4%	5,8%
Το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια	24,3%	28%	**47,7%**
Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή περίπτωση σχιζοφρένειας	28,4%	**37,9%**	33,7%
Το δικαίωμα διαζυγίου με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, πρέπει να είναι νομικά κατοχυρωμένο	**41,8%**	30,7%	27,5%
Στα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν	33,9%	27,5%	**38,6%**
Στα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού	29,1%	29%	**41,9%**
Κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό	15,4%	31,9%	**54,1%**
Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών	24,9%	33,3%	**42,1%**

Πίνακας 79: Αντιμετώπιση από το περιβάλλον

	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ
Όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά κάνοντας στείρωση	24,2%	30%	**45,8%**
Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί	25,3%	21,6	**53,2%**
Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν	**44,1%**	37,8%	18,1%
Πολλά άτομα με σχιζοφρένειας είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία, ακόμα και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένα	**43,1%**	33,5%	23,4%
Κάθε ψυχιατρείο που νοσηλεύει άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες	22,6%	26,8%	**50,6%**
Όπως και αν το δει κανείς τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι	17,9%	21,1%	**61,1%**
Οι περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι άξιες εμπιστοσύνης για να προσέχουν μικρά παιδιά	19,5%	36,3%	**44,2%**
Πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για τους νοσηλευόμενους σε ένα ψυχιατρείο με σχιζοφρένεια πέρα από να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά	28,3%	24,1%	**47,5%**
Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες	**50,3%**	27,5%	22,2%
Η σύναψη φιλικών σχέσεων ή ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι απαγορευμένη	20,1%	24,9%	**55%**
Η συνεργασία (επαγγελματικό - προσωπικό επίπεδο) με άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανέφικτη	23,2%	29,5%	**47,4%**
Τα μικρά παιδιά των ανθρώπων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται	19%	23,8%	**57,2%**
Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά	22,2%	30,7%	**49%**
Τα θεραπευμένα άτομα που έπασχαν από σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν πρέπει να παντρεύονται	17,4%	33,7%	**48,9%**

5.1 ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΓΓΕΝΗ Η ΓΝΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ Η ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Από την ανάλυση βρήκαμε (Παράρτημα, Α μέρος) ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της μεταβλητής που αφορά αν οι φοιτητές έχουν συγγενή με σχιζοφρένεια και της άποψής τους ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές)' (X^2= 14,05, df =4, p = 0,007).

		Συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	3,2%	5,3%	1,6%	6,8%	18,4%
	Όχι	1,6%	16,8%	25,8%	23,2%	14,2%	81,6%
Σύνολο		3,2%	20,0%	31,1%	24,7%	21,1%	100,0%

χ^2=14,050, d,f,=4 , p= 0,007

Συγκεκριμένα το 43,4% του δείγματος που δεν έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή, σε σχέση με τα άτομα που έχουν κάποιο συγγενή (12%), συμφωνεί ότι η καχυποψία και η υπερευαισθησία στις διαπροσωπικές τους σχέσεις συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ενώ το 27,5% που δεν έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό σε σχέση με αυτούς που έχουν (5,8%) δεν εκφέρει άποψη γι αυτό.

		Καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	4,7%	7,3%	5,8%	0,5%	0,5%	18,8%
	Όχι	6,8%	36,6%	25,7%	9,9%	2,1%	81,2%
Σύνολο		11,5%	44,0%	31,4%	10,5%	2,6%	100,0%

χ^2=9,784, d,f,=4, p= 0,044

Επίσης το 32,5% που δεν έχουν κάποια εμπειρία σχετικά με τη σχιζοφρένεια σε σχέση με αυτούς που έχουν εμπειρία η οποία προέρχεται από γνωστούς και συγγενείς (11,5%), διαφωνεί ότι η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό

επίπεδο, ενώ το 29,8% των ατόμων που δεν έχουν εμπειρία μέσω συγγενών και γνωστών δεν εκφέρει άποψη.

		Η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	2,6%	2,6%	8,9%	2,6%	18,8%
	Όχι	3,7%	15,2%	29,8%	24,1%	8,4%	81,2%
Σύνολο		5,8%	17,8%	32,5%	33,0%	11,0%	100,0%

χ^2=10,366, d,f,=4, p= 0,035

Επιπρόσθετα διαφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα άτομα που δεν έχουν εμπειρία η οποία προέρχεται από συγγενή ή γνωστό που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή σχιζοφρένεια (27,8%) σε σχέση με τα άτομα που έχουν σχετική εμπειρία (6,8%) ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή. Ωστόσο, μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν εμπειρία από κάποιο συγγενή ή γνωστό (32,1%) σε σχέση με αυτούς που έχουν (2,1%) δεν εκφέρει άποψη ή συμφωνούν (21% και 10% αντίστοιχα).

		Η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	7,9%	2,1%	4,7%	2,1%	18,9%
	Όχι	6,8%	14,2%	32,1%	18,9%	8,9%	81,1%
Σύνολο		8,9%	22,1%	34,2%	23,7%	11,1%	100,0%

χ^2=14,881, d,f,=4, p= 0,005

Ακόμα συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα άτομα που δεν έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή σχιζοφρένεια (32,7%) σε σχέση με τα άτομα που έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό (12,1%) ότι η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή σχιζοφρένεια (35,3%) σε σχέση με αυτούς που έχουν (4,2%) δεν εκφέρει άποψη ή διαφωνούν (13,2% και 2,6% αντίστοιχα).

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	5,3%	6,8%	4,2%	2,6%		18,9%
	Όχι	7,4%	25,3%	35,3%	7,9%	5,3%	81,1%
Σύνολο		12,6%	32,1%	39,5%	10,5%	5,3%	100,0%

χ^2=14,452, d,f,=4, p= 0,006

Τέλος συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα άτομα που δεν έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή σχιζοφρένεια (49,2%) σε σχέση με τα άτομα που έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό (15,3%) ότι η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Ωστόσο, μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή σχιζοφρένεια (23,3%) σε σχέση με αυτούς που έχουν (0%) δεν εκφέρει άποψη ή διαφωνούν (9% και 3,2% αντίστοιχα).

		Η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	5,8%	9,5%		1,6%	1,6%	18,5%
	Όχι	19,6%	29,6%	23,3%	5,8%	3,2%	81,5%
Σύνολο		25,4%	39,2%	23,3%	7,4%	4,8%	100,0%

χ^2=13,656, d,f,=4, p= 0,008

5.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ Η ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ

Στο Β μέρος του Παραρτήματος βρέθηκε σχέση μεταξύ της μεταβλητής που αφορά αν έχουν παρακολουθήσει κάποιο μάθημα σχετικό με την σχιζοφρένεια και των ερωτήσεων 'Παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα)' (X^2 = 18,875, df =4, p =0,01), 'Οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν'(X^2 = 10,618, df = 4, p = 0,031), 'Το Ελληνικό κράτος

έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια' καθώς βρήκαμε (X^2 = 11,585, df = 4, p = 0,021) αντίστοιχα.

Πιο συγκεκριμένα το 29,2% που έχει γνώσεις πάνω στο θέμα της σχιζοφρένειας ή έχει πραγματοποιήσει πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή διαφωνεί ότι ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ενώ το 18,3% που δεν έχει γνώσεις συμφωνεί.

		Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταταχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	0,8%	17,5%	11,7%	10,8%	2,5%	43,3%
	Ναι	5,8%	10,8%	10,8%	20,0%	9,2%	56,7%
Σύνολο		6,7%	28,3%	22,5%	30,8%	11,7%	100,0%

χ^2=12,347, d,f,=4, p= 0,015

Επίσης ενώ συμφωνούν σε λίγο μεγαλύτερο ποσοστό όσοι έχουν γνώσεις στο θέμα της σχιζοφρένειας (40,8%) από αυτούς που δεν έχουν (34,2%) ότι η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Ωστόσο, μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν γνώσεις πάνω στη σχιζοφρένεια (10,8%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (8,3%) δεν εκφέρουν άποψη ή διαφωνούν (12,2% έναντι 0,8%, αντίστοιχα).

		Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή τους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταταχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	10,0%	24,2%	8,3%	0,8%		43,3%
	Ναι	10,0%	30,8%	10,8%	4,2%	0,8%	56,7%
Σύνολο		20,0%	55,0%	19,2%	5,0%	0,8%	100,0%

χ^2=2,947, d,f,=4, p= 0,567

Ακόμα, συμφωνούν σε λίγο μεγαλύτερο ποσοστό όσοι έχουν παρακολουθήσει μάθημα σχετικά με ψυχικές διαταραχές ή πραγματοποιούν πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή (44,9%) από αυτούς που δεν έχουν παρακολουθήσει σχετικό μάθημα ή πραγματοποιήσει πρακτική άσκηση σε σχετική δομή (26,3%) ότι η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες. Ωστόσο, μικρότερο ποσοστό αυτών που έχουν γνώσεις πάνω στη σχιζοφρένεια (6,8%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (12,7%) δεν εκφέρουν άποψη ή διαφωνούν (5% έναντι 4,2%, αντίστοιχα).

		Παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταταχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,1%	21,2%	12,7%	2,5%	1,7%	43,2%
	Ναι	26,3%	18,6%	6,8%	2,5%	2,5%	56,8%
Σύνολο		31,4%	39,8%	19,5%	5,1%	4,2%	100,0%

χ^2=17,567, d,f,=4, p= 0,001

Ακόμα συμφωνούν στο ίδιο ποσοστό όσοι έχουν παρακολουθήσει μάθημα σχετικά με ψυχικές διαταραχές ή πραγματοποιούν πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή (19,1%) και όσοι δεν έχουν παρακολουθήσει σχετικό μάθημα ή πραγματοποιήσει πρακτική άσκηση σε σχετική δομή (19,1%) ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν, ωστόσο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν γνώσεις πάνω στη σχιζοφρένεια (20,8%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (17,5%) δεν εκφέρουν άποψη ή διαφωνούν (16,8% έναντι 6,7%, αντίστοιχα).

		Οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταταχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	15,8%	17,5%	2,5%	4,2%	43,3%
	Ναι	5,8%	13,3%	20,8%	14,2%	2,5%	56,7%
Σύνολο		9,2%	29,2%	38,3%	16,7%	6,7%	100,0%

χ^2=9,763, d,f,=4, p= 0,045

Τέλος συμφωνούν σε μικρότερο ποσοστό όσοι έχουν παρακολουθήσει μάθημα σχετικά με ψυχικές διαταραχές ή πραγματοποιούν πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή (8,3%) από αυτούς που δεν έχουν παρακολουθήσει σχετικό μάθημα ή πραγματοποιήσει πρακτική άσκηση σε σχετική δομή (16,7%) ότι το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια. Ωστόσο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν γνώσεις πάνω στη σχιζοφρένεια (16,7%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (10,8%) δεν εκφέρουν άποψη ή διαφωνούν (27,7% έναντι 15,8%, αντίστοιχα).

		Το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταταχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,7%	10,0%	10,8%	7,5%	8,3%	43,3%
	Ναι	2,5%	5,8%	16,7%	21,7%	10,0%	56,7%
Σύνολο		9,2%	15,8%	27,5%	29,2%	18,3%	100,0%

χ^2= 11,585, d,f,=4, p= 0,021

5.3 ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Τέλος βρήκαμε (Παράρτημα, Γ΄ μέρος) ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της μεταβλητής που αφορά την σχολή φοίτησης και των ερωτήσεων ‘Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά’ (χ^2= 24,656, d,f,=12, p= ,017), ‘Συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε "δαιμονοληψία"’ (χ^2= 29,237, d,f,=12, p= ,004), ‘Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα’ (χ^2= 23,803, d,f,=12, p= ,022), ‘Το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια’ (χ^2= 23,328, d,f,=12, p= ,025), ‘Κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό’ (χ^2=27,931, d,f,=12, p= ,006), ‘Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό

επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί' (χ^2= 21,153, d,f,=12, p= ,048).

Πιο συγκεκριμένα παρατηρήσαμε ότι οι σπουδαστές οι οποίοι προέρχονται από την σχολή ΣΕΥΠ διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό για το ότι ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά σε σχέση με τους σπουδαστές των υπόλοιπων σχολών (ΣΤΕΓ, ΣΔΟ, ΣΤΕΦ).

		Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	0,5%	4,6%	3,0%	4,6%	0,5%	13,2%
	ΣΔΟ	0,5%	8,6%	6,6%	4,6%	0,5%	20,8%
	ΣΕΥΠ	3,6%	7,1%	13,7%	16,8%	9,1%	50,3%
	ΣΤΕΦ		5,1%	5,1%	3,0%	2,5%	15,7%
Σύνολο		4,6%	25,4%	28,4%	28,9%	12,7%	100,0%

χ^2= 24,656, d,f,=12, p= 0,01

Ακόμα οι σπουδαστές οι οποίοι προέρχονται από τις σχολές ΣΤΕΓ, ΣΤΕΦ και ΣΔΟ δεν εκφέρουν γνώμη για το ότι τα συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε δαιμονοληψία, ενώ οι σπουδαστές της ΣΕΥΠ διαφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους φοιτητές των άλλων τμημάτων.

		Συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε "δαιμονοληψία"					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	0,5%	3,0%	7,6%	1,0%	1,5%	13,6%
	ΣΔΟ	2,5%	2,5%	9,6%	4,0%	2,0%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,5%	6,1%	14,6%	14,1%	12,6%	50,0%
	ΣΤΕΦ		5,6%	4,0%	3,5%	2,5%	15,7%
Σύνολο		5,6%	17,2%	35,9%	22,7%	18,7%	100,0%

χ^2= 29,237, d,f,=12, p= 0,004

Οι σπουδαστές οι οποίοι προέρχονται από την σχολή ΣΕΥΠ δεν εκφέρουν άποψη και διαφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό για το ότι τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα σε σχέση με τους σπουδαστές των υπόλοιπων σχολών (ΣΤΕΓ, ΣΔΟ, ΣΤΕΦ).

		Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	5,6%	4,5%	1,0%	1,5%	13,6%
	ΣΔΟ	3,0%	4,0%	6,1%	5,6%	2,0%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,0%	8,6%	24,2%	12,6%	2,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	0,5%	2,5%	7,1%	5,6%		15,7%
Σύνολο		6,6%	20,7%	41,9%	24,7%	6,1%	100,0%

χ^2= 23,803, d,f,=12, p=0 ,022

Επιπλέον οι οποίοι προέρχονται από την σχολή ΣΕΥΠ διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό για το ότι το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια σε σχέση με τους σπουδαστές των υπόλοιπων σχολών (ΣΤΕΓ, ΣΔΟ, ΣΤΕΦ).

		Το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,0%	3,0%	1,5%	2,0%	3,6%	13,2%
	ΣΔΟ	2,5%	2,5%	7,1%	5,6%	3,0%	20,8%
	ΣΕΥΠ	2,0%	6,1%	15,2%	16,2%	10,7%	50,3%
	ΣΤΕΦ	0,5%	4,6%	4,1%	4,1%	2,5%	15,7%
Σύνολο		8,1%	16,2%	27,9%	27,9%	19,8%	100,0%

χ^2= 23,328, d,f,=12, p= 0,025

Ακόμα οι σπουδαστές οι οποίοι προέρχονται από την σχολή ΣΕΥΠ διαφωνούν ή δεν εκφέρουν άποψη σε μεγαλύτερο βαθμό για το ότι κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό σε σχέση με τους σπουδαστές των υπόλοιπων σχολών (ΣΤΕΓ, ΣΔΟ, ΣΤΕΦ).

		Κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	0,5%	6,6%	2,0%	3,6%	13,8%
	ΣΔΟ	3,1%	2,0%	7,1%	5,6%	3,1%	20,9%

	ΣΕΥΠ	3,1%	1,5%	14,3%	17,3%	13,3%	49,5%
	ΣΤΕΦ		3,6%	3,1%	6,1%	3,1%	15,8%
Σύνολο		7,1%	7,7%	31,1%	31,1%	23,0%	100,0%

χ^2=27,931, d,f,=12, p= 0,006

Τέλος οι σπουδαστές οι οποίοι προέρχονται από την σχολή ΣΕΥΠ διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό για το ότι θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί σε σχέση με τους σπουδαστές των υπόλοιπων σχολών (ΣΤΕΦ, ΣΤΕΓ, ΣΔΟ).

		Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	4,0%	4,0%	2,5%	1,5%	13,6%
	ΣΔΟ	2,5%	3,5%	2,0%	9,1%	3,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	1,0%	10,6%	12,6%	14,1%	11,6%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,0%	1,0%	3,5%	6,1%	4,0%	15,7%
Σύνολο		6,1%	19,2%	22,2%	31,8%	20,7%	100,0%

χ^2= 21,153, d,f,=12, p= 0,048

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η εκπόνηση της παρούσας έρευνας αποτέλεσε μια επίπονη διαδικασία, Χρειάστηκαν περίπου 6 μήνες τόσο για την χορήγηση όσο και για τη συλλογή των ερωτηματολογίων. Συνολικά μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια σε σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης που φοιτούν στις ακόλουθες σχολές: Σ.Ε.Υ.Π (Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας- Πρόνοιας), Σ.ΤΕ.Γ (Σχολή Τεχνολογίας- Γεωπονίας), Σ.Τ.ΕΦ (Σχολή Τεχνολογικών Εφαρμογών), Σ.Δ.Ο (Σχολή Διοίκησης Επιχειρήσεων).

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς τους οποίους θα αναφέρουμε συνοπτικά. Ένας σημαντικός περιορισμός αφορά στη σύσταση του δείγματος. Τα αποτελέσματα αναφέρονται στις απόψεις και στάσεις των σπουδαστών απέναντι στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα από σχιζοφρένεια και ενδεχομένως να μην ισχύουν στο γενικό πληθυσμό.

Από τους περισσότερο σημαντικούς ίσως περιορισμούς είναι το γεγονός ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε όλους τους σπουδαστές της Ελλάδας, καθώς δεν είναι απαραίτητα αντιπροσωπευτικοί ενός έθνους και σε καμία περίπτωση το συγκεκριμένο δείγμα δεν επελέγη ως αντιπροσωπευτικό όλων των σπουδαστών της χώρας καθώς επίσης και του γενικού πληθυσμού. Το δείγμα προέρχονταν από κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές επιστήμες και ενδεχομένως να διαφέρουν από τους σπουδαστές άλλων σχολών σε διαφορετική περιοχή φοίτησης (π.χ Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Καβάλα κλπ).

Όσον αφορά την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, οι άντρες μειοψηφούσαν έναντι των γυναικών (69,2% γυναίκες και 30,8% άνδρες- γράφημα 1) εξαιτίας του ότι η χορήγηση των ερωτηματολογίων ναι μεν έγινε ισόβαθμα (100 ερωτηματολόγια στη Σ.Ε.Υ.Π και 100 σε όλες τις υπόλοιπες σχολές), αλλά όπως είναι γνωστό οι κοινωνικές επιστήμες απαρτίζονται από γυναίκες.

Ένας ακόμη περιορισμός που αντιμετωπίσαμε ήταν η απροθυμία κάποιων σπουδαστών να λάβουν μέρος στην έρευνα. Αυτό συνέβη ενδεχομένως εξαιτίας της

ιδιαίτερης για τους σπουδαστές περιόδου που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια (εξεταστική περίοδος) λόγω των ανειλημμένων υποχρεώσεων που είχαν. Ενδεχομένως η απροθυμία κάποιων σπουδαστών να επηρέασε τα αποτελέσματα της έρευνας.

Επιπλέον θέμα που μας απασχόλησε σε πρακτικό επίπεδο ήταν το μέγεθος του ερωτηματολογίου και η κατά συνέπεια χρονοβόρα διαδικασία συμπλήρωσής του. Ίσως κάποιοι συμμετέχοντες αποθαρρύνθηκαν από το να συμμετέχουν στην έρευνα βλέποντας το μέγεθος του ερωτηματολογίου και αναλογιζόμενοι τον απαιτούμενο χρόνο, ο οποίος ήταν περιορισμένος τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Δυσκολίες για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν η εξεύρεση βιβλιογραφικού και ερευνητικού υλικού που να αφορά τις στάσεις και τις απόψεις των ατόμων απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα στη σχιζοφρένεια.

Μερικοί συμμετέχοντες ενδεχομένως να ένοιωσαν δυσάρεστα συναισθήματα, όπως ανησυχία, δυσφορία ή στεναχώρια λόγω ύπαρξης συγγενών ή γνωστών τους με σχιζοφρένεια, σε ορισμένες ερωτήσεις.

Αντίθετα, ως αποτέλεσμα της συμπλήρωσης αυτού του ερωτηματολογίου μερικοί συμμετέχοντες ίσως συνειδητοποίησαν ότι χρειάζονται βοήθεια για κάποιο άτομο από το συγγενικό ή το ευρύτερο περιβάλλον τους, το οποίο αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή. Επίσης μετά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου, κάποιοι σπουδαστές, έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον να ενημερωθούν για κάποια πτυχή του θέματος. Στα πλαίσια των δυνατοτήτων μας παρείχαμε και τις αντίστοιχες πληροφορίες.

6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας και τη στατιστική τους ανάλυση προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Γενικότερα, η πλειοψηφία των σπουδαστών του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης γνωρίζει βασικά στοιχεία για τη σχιζοφρένεια (π.χ. συμπτώματα, ορισμό) και την ψυχική ασθένεια.
2. Η πλειοψηφία των σπουδαστών του Α.Τ.Ε.Ι δεν γνωρίζει τι είναι σχιζοφρένεια.
3. Οι σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, όταν εκφέρουν άποψη για τη σχιζοφρένεια και την ψυχική ασθένεια τις περισσότερες φορές δεν είναι σωστή και επιστημονική.
4. Οι απόψεις των σπουδαστών δε φαίνεται να διαμορφώνονται από τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους (παρακολούθηση σχετικών μαθημάτων, σχολή φοίτησης, ύπαρξη συγγενή ή γνωστού).
5. Αρνητικές απόψεις/ στάσεις των σπουδαστών εντοπίζονται στους παρακάτω τομείς: πορεία - πρόγνωση, αιτιολογία, θεραπεία, αντιμετώπιση από το περιβάλλον και στη λειτουργικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια (προσωπική υγιεινή, εμφάνιση, εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, γάμος).
6. Στα συμπτώματα - κλινική εικόνα και την νομοθεσία - κρατική μέριμνα παρατηρούμε θετικότερες απόψεις/ στάσεις των σπουδαστών.
7. Οι απόψεις των σπουδαστών της Σ.Ε.Υ.Π δε διαφέρουν σημαντικά από τις απόψεις των σπουδαστών των υπόλοιπων σχολών (ΣΔΟ,ΣΤΕΦ, ΣΤΕΓ), παρά μόνο σε ελάχιστες ερωτήσεις, στις οποίες έχουν πιο θετικές και επιστημονικές απόψεις.

6.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνά μας σε αρκετές περιπτώσεις έρχονται να συμφωνήσουν με αποτελέσματα άλλων ερευνητών που ασχολήθηκαν με παρόμοια θέματα στάσεων και πεποιθήσεων του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια, ενώ σε άλλες περιπτώσεις παρουσιάζονται κάποιες διαφορές. Στην συνέχεια αυτής της ενότητας θα προχωρήσουμε σε μια κατά το δυνατόν διερεύνηση – σύγκριση των αποτελεσμάτων μας με αυτά των άλλων ερευνών.

Από την ανασκόπηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας που έγινε από την ομάδα μας αναφορικά με τις στάσεις – απόψεις των ατόμων για την ψυχική ασθένεια και τη σχιζοφρένεια ειδικότερα προέκυψαν λιγοστά ευρήματα. Επιπλέον εξαιρετικά δύσκολη ήταν και η προσπάθειά μας να βρούμε ερευνητικά στοιχεία που να αφορούν απόψεις και στάσεις που υιοθετεί ο γενικός πληθυσμός απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Στην συνέχεια τα αποτελέσματά μας συγκρίνονται με αυτά άλλων ερευνών.

Στο δείγμα των σπουδαστών που μελετήθηκε, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των σπουδαστών του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης γνωρίζει μεν τα βασικά στοιχεία για τη σχιζοφρένεια και την ψυχική ασθένεια (το 76% των σπουδαστών γνωρίζει ακριβώς τον ορισμό της σχιζοφρένειας), υψηλό ποσοστό είναι σε θέση να γνωρίζει ορθά τα βασικότερα συμπτώματά της (71,3% - παραληρητικές ιδέες, 73,7% - ψευδαισθήσεις, 60,1% - αποδιοργανωμένος λόγος) καθώς επίσης και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (64%) γνωρίζει ότι η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας, αλλά δεν έχει εξειδικευμένες γνώσεις. Ειδικότερα στην ενότητα της πορείας - πρόγνωσης βλέπουμε ότι στις 2 από τις 3 ερωτήσεις της ενότητας που αφορούν α) την ηλικία εμφάνισης της σχιζοφρένειας και β) τη συχνότητα που εμφανίζεται η σχιζοφρένεια ανάμεσα στα δυο φύλα, το 47,6% των σπουδαστών εκφράζουν άγνοια. Από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (www.epipsi.gr) σε 1119 άτομα που αφορά τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού για τη σχιζοφρένεια και τις στάσεις του απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, προέκυψε ότι 8 στους 10 πολίτες έχουν εντελώς λανθασμένες απόψεις για την ασθένεια. Επιπρόσθετα από μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ σε 655 μαθητές όλης της χώρας, βρέθηκε ότι μαθητές και μαθήτριες έχουν ελλιπείς γνώσεις για τη σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα της πρώτης έρευνας του ΕΠΙΨΥ δε συνάδουν με τα δικά μας, αλλά με αυτά της δεύτερης, καθώς στην έρευνά μας βρέθηκε ότι οι σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης έχουν ελλιπείς γνώσεις για τη σχιζοφρένεια καθώς είναι σε θέση να γνωρίζουν μόνο τα βασικά στοιχεία γι αυτήν.

Ο Nunnally (1961) ήταν ένας από τους πρώτους ερευνητές που ασχολήθηκαν με τη μελέτη των στάσεων και πεποιθήσεων του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Ο παραπάνω ερευνητής –λοιπόν- διαπίστωσε ότι οι αντιλήψεις του κοινού ήταν ασαφείς και αρκετές ήταν οι φορές που χαρακτηρίζονταν από αντιφάσεις. Στην

Ελλάδα, οι σχετικές έρευνες των Βασιλείου και Βασιλείου και συν. (1978), έχουν καταλήξει σε παρεμφερή συμπεράσματα με τα παραπάνω. Και από τα δικά μας αποτελέσματα προκύπτει ότι οι σπουδαστές όταν εκφέρουν άποψη για τη σχιζοφρένεια και την ψυχική ασθένεια τις περισσότερες φορές δεν είναι σωστή, επιστημονική. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, παρατηρήσαμε ότι το 40,2% των σπουδαστών διαφωνεί με την πρόταση « αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα γίνονταν πιθανόν και αυτά πάσχοντες», γεγονός το όποιο δείχνει ότι παίζουν ρόλο οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Όμως, το 59,5% υποστηρίζει ότι «υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στη σχιζοφρένεια» ενώ το 42,3% υποστηρίζει ότι «τα άτομα με σχιζοφρένεια προέρχονται από οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς». Παράλληλα το 43,1% υποστηρίζει ότι «τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών στρεσσογόνων επιδράσεων του περιβάλλοντος». Γενικά, παρατηρούμε ότι οι σπουδαστές θεωρούν την αιτιολογία της σχιζοφρένειας πολυπαραγοντική, καθώς το 78,6% υποστηρίζει ότι «η αιτιολογία της σχιζοφρένειας – όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς».

Στην ίδια έρευνα που αναφέρθηκε και παραπάνω από το ΕΠΙΨΥ σε 1119 άτομα βρέθηκε ότι: 3 στους 10 δε θα έπιαναν κουβέντα με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια και δε θα ήθελαν να μένουν στην ίδια γειτονιά. 1 στους 2 είναι αντίθετος στην προοπτική δημιουργίας ξενώνα στη γειτονιά του (51,3%), αλλά οι κάτοικοι περιοχών όπου λειτουργούν τέτοιου είδους μονάδες είχαν θετικότερη στάση στο ζήτημα αυτό. Το 74,6% θεωρεί ότι είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Το 78% ότι δεν μπορούν να εργαστούν. Το 61% δε θα τους πρόσφερε εργασία. Το 75% δε θα έμενε μαζί τους. Επιπλέον σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Pescosolido et al, (1999) το 61% των Αμερικανών πιστεύει ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιθανό να προβούν σε βίαιες πράξεις και το 89% πιστεύει ότι το κράτος οφείλει να μεριμνά για ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με το 96% του 2000 (doh.gov.uk./public/engl).

Όπως επίσης και στην έρευνα των Olshansky, Grob & Malamud (1958) βρέθηκε ότι από 200 εργοδότες, (το 25%) αρνήθηκε ανοιχτά να προσλάβει κάποιον πρώην ψυχικά ασθενή. Στην ίδια έρευνα, το 40% δήλωσε ότι θα τον χρησιμοποιούσε ίσως σε μη απαιτητικές εργασίες, ενώ μόνο 5 από τους 200 θα ήταν πρόθυμοι να προσλάβουν το συγκεκριμένο άτομο.

Επιπλέον και στην έρευνα των Farina & Felner (1973) το ίδιο άτομο ζήτησε δουλειά από 16 βιοτέχνες. Έδωσε σε όλους τα ίδια βιογραφικά στοιχεία, αλλά στους 9 ανέφερε ότι τους 9 τελευταίους μήνες ήταν τρόφιμος ψυχιατρείου, ενώ στους άλλους μισούς ισχυρίσθηκε ότι ταξίδευε. Το συγκεκριμένο άτομο δέχθηκε προσφορά εργασίας από τους εργοδότες της δεύτερης κατηγορίας.

Παράλληλα, παρατηρήσαμε και στη δική μας έρευνα, να εντοπίζονται αρνητικές απόψεις/στάσεις των σπουδαστών στην αντιμετώπιση από το περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, το 50,3% των σπουδαστών συμφωνεί ότι «πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες». Επίσης, οι σπουδαστές εκφέρουν λανθασμένες και μη επιστημονικές απόψεις στον τομέα της εργασίας, της εξειδικευμένης εργασίας καθώς επίσης όσον αφορά τον ενδιαφέρον του Ελληνικού κράτους για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια.

Επιπροσθέτως, παρατηρήσαμε ότι οι απόψεις των σπουδαστών της Σ.Ε.Υ.Π δε διαφέρουν σημαντικά από τις απόψεις των σπουδαστών των υπόλοιπων σχολών (ΣΔΟ,ΣΤΕΦ, ΣΤΕΓ), παρά μόνο σε ελάχιστες ερωτήσεις, στις οποίες έχουν πιο θετικές και επιστημονικές απόψεις. Επίσης, στην έρευνα που πραγματοποίησε η επιστημονική ομάδα του προγράμματος κατά του Στίγματος της Ψυχικής ασθένειας σε 160 φοιτητές της Ιατρικής πριν και μετά της εκπαίδευση στην ψυχιατρική, έδειξε στιγματιστικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς, οι οποίες δεν διαφοροποιούνται σε σημαντικό βαθμό μετά την εκπαίδευσή τους. Παρόλο που το δείγμα και των δυο ερευνών είναι σε θέση να γνωρίζει σχετικά με την ψυχική ασθένεια εξαιτίας της εκπαίδευσής του, διατηρεί στιγματιστικές τάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Επίσης φαίνεται ότι οι σπουδές/ γνώσεις δεν επηρεάζουν τις απόψεις τους.

Τέλος, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 100 άτομα (33 άνδρες – 67 γυναίκες, ηλικίας 17 έως 45 χρόνων από το τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης) από τον Χρήστο Σ. Μπαλιάτσα (Ψυχολόγο, απόφοιτο του Τμήματος Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης) και τον Ιωάννη Ν. Νέστορος (Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης) με σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων των φοιτητών ψυχολογίας απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, βρέθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: 1) Οι φοιτητές μεγαλύτερης ηλικίας και έτους αλλά και όσοι έχουν εξεταστεί επιτυχώς στο μάθημα «Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων», είναι λιγότερο προκατειλημμένοι απέναντι στη σχιζοφρένεια. 2) Οι φοιτητές που έχουν

διαβάσει το σύγγραμμα του καθηγητή κ. Ι. Ν. Νέστορος «Στον Κόσμο της Ψύχωσης», έχουν θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχοθεραπεία ως μέσο αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας. Παρατηρούμε ότι τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, έρχονται σε αντίθεση με τα δικά μας καθώς όπως αναφέραμε και παραπάνω οι απόψεις των σπουδαστών δεν διαμορφώνονται από τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους.

Ανεξάρτητα από το αν οι σπουδαστές έχουν ή δεν έχουν γνώσεις και εμπειρίες για την ψυχική διαταραχή και τη σχιζοφρένεια, παρατηρούμε ότι οι απόψεις τους είναι παρεμφερείς. Όσον αφορά τους σπουδαστές της Σ.Ε.Υ.Π., αναμέναμε να υιοθετούν πιο σωστές και επιστημονικές απόψεις, καθώς το πρόγραμμα σπουδών της συγκεκριμένης σχολής ναι μεν περιλαμβάνει μαθήματα και πρακτική άσκηση στον τομέα της ψυχικής υγείας, αλλά ωστόσο η συγκεκριμένη δομή του προγράμματος (χωρισμός δυο κατευθύνσεων: κλινική και τοπική) δίνει τη δυνατότητα μόνο στους σπουδαστές της κλινικής κατεύθυνσης να λάβουν ολοκληρωμένες γνώσεις και εμπειρίες για το συγκεκριμένο τομέα.

Επειδή τα αποτελέσματα βασίζονται σε μέσους όρους, τόσο δηλαδή στους σπουδαστές που πιθανότητα έχουν γνώσεις όσο και σε αυτούς που δεν έχουν, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας και αυτών των υπολοίπων σχολών.

Μια άλλη υπόθεση είναι ότι τα μαθήματα δεν βοηθούν τους σπουδαστές να διαμορφώσουν σωστές απόψεις για το θέμα. Κατά την προσωπική μας άποψη, αυτό πιθανότατα συμβαίνει εξαιτίας της απώλειας ενδιαφέροντος των σπουδαστών για τα μαθήματα ή ακόμα και της μη προσέλευσής τους σε αυτά. Ένας άλλος παράγοντας που θεωρούμε ότι συμβαίνει αυτό, είναι ο τρόπος διδασκαλίας των μαθημάτων από τους καθηγητές.

Όσον αφορά τις υπόλοιπες σχολές (ΣΔΟ, ΣΤΕΦ, ΣΤΕΓ), σαφέστατα θεωρούμε ότι το πρόγραμμα σπουδών δεν βοηθάει καθόλου στην απόκτηση και διαμόρφωση σωστών και επιστημονικών γνώσεων και απόψεων, καθώς δεν περιλαμβάνονται σχετικά μαθήματα και πρακτική άσκηση. Πιθανότατα, οι σπουδαστές φαίνεται να μη δείχνουν προσωπικό ενδιαφέρον για την ενημέρωση στο θέμα της ψυχικής υγείας, καθώς θα μπορούσαν να διαβάζουν σχετικά βιβλία ή να παρακολουθούν ανάλογες ημερίδες.

Συνεπώς καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι οι απόψεις και οι στάσεις των σπουδαστών δεν διαμορφώνονται από τις γνώσεις και εμπειρίες τους αλλά

ενδεχομένως από την κοινωνία (δηλαδή από τις στάσεις και απόψεις προτύπων, όπως οι γονείς και οι ομάδες συνομηλίκων, από την πληροφόρηση των ΜΜΕ). Ακόμα, επειδή οι απόψεις τους δεν είναι σωστές και επιστημονικές (όπως αναφέραμε και παραπάνω) ή έστω γνωρίζουν τα βασικά στοιχεία για τη σχιζοφρένεια, φαίνεται ότι διαμορφώνονται από προκαταλήψεις, καθώς λαμβάνουν στην καθημερινή τους ζωή μη επιστημονικά ερεθίσματα, δηλαδή απόψεις ατόμων που δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ):

Γεώργας, Δ. (1995). *Κοινωνική Ψυχολογία.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Δημητριάδης, Ε. (2002). *Στατιστικές Εφαρμογές με το Spss.* Αθήνα: Κριτική.

Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (2001). *Ψυχική υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα.* (Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ευάγγελος Ζαχαριάς. Μετάφραση: Γιώργος Πασαντωνόπουλος. Επιστημονική επιμέλεια: Πέτρος Σκαπινάκης). Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. www.epipsi.gr

Ευθυμίου, Κ. (2002). *Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας,* Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.

Ζαϊμάκης, Γ. (2002). *Κοινοτική εργασία και τοπικές κοινωνίες.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Javeau, C. (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο.* (Επιμέλεια και απόδοση στα ελληνικά Κατερίνα Τζαννόνε-Τζώρτζη). Αθήνα: Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδάνος.

Καλαϊτζάκη, Α.Ε. (2003). *Συμβουλευτική Οικογένειας.* Σημειώσεις του μαθήματος «Συμβουλευτική Οικογένειας» (Ακαδ. έτος 2003-2004). Ηράκλειο: Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Καναβιτσάς, Ε. (2007). Ιστορική αναδρομή ψυχοπαθολογίας. www.e-psychology.gr

Καραβάτος, Α., & Ανδρέου Χ,. (2004). Το στίγμα της ψυχικής νόσου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 21(3), 156-187.

Καρύδη, Μ.Β., Τζεδάκη, Μ., Παπακωνσταντίνου Κ., (2004). Μελέτη αξιολόγησης στιγματισμού σε ψυχωσικούς ασθενείς. *Τετράδια Ψυχιατρικής,* 87, 689-702.

Κοτανίδης, (2007). Σχιζοφρένεια. www.thepsypa.gr

Κουνιάς, Σ. (2000). *Εισαγωγή στην Στατιστική*. Αθήνα: Χριστοδουλίδη.

Κυλάκου, Κ. (2001). Κοινωνική επανένταξη και ανοιχτές πόλεις. Προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων. *Εμψύχωση*, 9, 5-6.

Lippa, R. (2003). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Έλλην.

Μαδιανός, Μ. (1994). *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ. (1996). *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μαδιανός, Μ. (1997). *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μερτίκα, Α., Οικονόμου, Μ., Σταλίκας, Α., Γραμαγδάνη, Χ. (2006). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και της σχιζοφρένειας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων. *Ψυχολογία*, 13 (3), 1-27 .

Μονάδα Υποστήριξης –Εμψύχωσης και Παρακολούθησης των φορέων υλοποίησης «Ψυχαργώς Α΄ φάση) www.mypep.gr

Μπουρουνίκος, Β. (2001). *Τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και η αντιμετώπισή τους σύμφωνα με τη γνωσιακή – συμπεριφορική προσέγγιση.* Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.

Νέστορος, Ι.Ν., Πλατρίτης, Κ.Ν., Τσούρης, Γ.Κ, Κατάκης, Γ.Κ. (1999). Αξιολόγηση των στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια: η κλίμακα των στάσεων απέναντι στην παρανοειδή σχιζοφρένεια. (άρθρο).

Νέστορος, Ι. Ν., Πλατρίτης, Κ. Ν., Σταμπουλίδης, Π. Γ., Τσούρης, Γ. Κ., & Κατάκης, Κ. Γ. (1999). Αξιολόγηση στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια: Η κλίμακα στάσεων απέναντι στην παρανοειδή σχιζοφρένεια. *Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*.

Νέστορος, Ι.Ν., Χαντζή, Α., Στυλιανού, Μ., Βαλλιανάτου, Δ.Γ., & Κανελλάκης, Π. (1992). Στάσεις απέναντι στην Ψυχική Αρρώστια των φοιτητών Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. *Ψυχολογικές Έρευνες στην Ελλάδα,* 1, 195-207.

Οικονόμου, Μ. (1992). *Συμπεριφοριστική αξιολόγηση οικογένειας σχιζοφρενούς. Πρόληψη υποτροπής Ι & Π. Εργασία.* Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπεία της Συμπεριφοράς.

Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε., Γιώτης, Λ, & Στεφανής, Κ. (2005). Στίγμα και ψυχική διαταραχή: ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Ψυχολογία*,13 (3) ,34.

Οικονόμου, Μ., Σταλίκας, Α. (2006). Στίγμα, ψυχική ασθένεια και κοινωνία: πρόκληση για αλλαγή. *Ψυχολογία*, 13 (3), p XI.

Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία www.worldpsychiatry.com

Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία www.sopsi.gr

Παπαδάτος, Γ., Στογιαννίδου, Α. (1987). *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Παπαδιώτη - Αθανασίου, Β. (2000). *Οικογένειες και όρια. Συστηματική προσέγγιση.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπακώστας, Ι. (1994). *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Θεραπεία και πράξη.* Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.

Σταθόπουλος, Π. Α. (2003). *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Έλλην.

Στογιαννίδου, Α., & Παπαδάτος, Γ. (1987, Οκτώβριος-Νοέμβριος). Γνώμες για την ψυχική υγεία. *Α΄Συνέδριο Εποπτών Δημόσιας Υγείας.* Αθήνα, σελ.85-98.

Χριστοδούλου, Γ.Ν., Αλεβίζος, Β., Μαυρέας, Β. (1999). *Οι ψυχικές διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση.* Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΔΙΕΘΝΗΣ):

American Psychiatric Association. (1999). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised (DSM III-R).* Washington DC: Author.

Andreasen, N.C. (1987). The diagnosis of schizophrenia. *Schizophr.* Bull 13(9), 696.

Bellack, A., Haas, G., Schooler, N. & Fory, L. (2000). Effects of Behavioural Family Management on family communication and patient outcomes in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 177,* 434-439.

Breier A., Schreider J., Janyse D. (1991). National Institute of Mental Health Longitudinal study of Chronic Schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiatry,* 48, 239- 246.

Carpenter W.T. (1987). *Approaches to knowledge and understanding of schizophrenia, Schizophrenia Bulletin*, 13, 1-8.

Economou, M. et al (2005). *Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece.* World Psychiatry.

Ekdawi M. & Conning A.(1998). *Ψυχιατρική αποκατάσταση*, εκδ. Έλλην

Falloon, I. & Pederson, J. (1985). Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: The Adjustment of the Family Unit. *British Journal of Psychiatry,* 147, 156-163.

Farina, A. , (1986). The stigma of mental disorders. In A.g Miller (Ed), In the eye of the beholder (pp. 340-394). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Farina, A., Fischer, E., Shermay, S., Smith, W., Groh, T., & Nermin, P. (1977). Physical attractiveness and mental illness. *Journal of Abnormal Psychology,* 86,510-517.

Hoening, J. (1974). The Schizophrenic patient at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 50, 297-308.

Kulkarni, J., Power, P. (1999). Initial treatment of first – episode psychosis. In Jackson, H., P.*, The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (pp.184- 205). New York: Cambridge University Press

McGorry, P, Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D., Singh, B., S. (1991). Posttraumatic stress disorders following recent – onset psychosis. An unrecognized post psychotic syndrome, *Journal of nervous & mental disease*, 179, 253-258.

National Institute of Mental Health www.mentalhealth.com

Rothaus, P., & Worchel, P. (1964). Ego-support communication, catharsis, and hostility. *Journal of Personality*, 32(29), 6-312.

Stogiannidou, A. (1986). Relationship between severity of behavior problems and views about psychological maladjustment in Greece and American students. Doctoral thesis. New York: Hofstra University

Wallach, H.S. (2004). Changes in attitudes towards mental illness following exposure. *Community Mental Health Journal*, 40 (3), 235-24

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

<u>Α Μέρος</u>: Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή

		Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή τους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	3,7%	10,1%	4,2%	0,5%		18,5%
	Όχι	14,3%	48,1%	14,3%	3,2%	1,6%	81,5%
Σύνολο		18,0%	58,2%	18,5%	3,7%	1,6%	100,0%

χ^2=1,41, d,f,=4, p=0 ,84

		Παραληρητικές ιδέες ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	6,4%	7,4%	2,7%	1,6%	1,1%	19,1%
	Όχι	19,7%	37,2%	18,6%	4,3%	1,1%	80,9%
Σύνολο		26,1%	44,7%	21,3%	5,9%	2,1%	100,0%

χ^2=5,307, d,f,=4, p= 0,257

		Έκπτωση μνήμης ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	0,6%	6,1%	6,6%	4,4%	2,2%	19,9%
	Όχι	12,2%	16,6%	33,7%	13,3%	4,4%	80,1%
Σύνολο		12,7%	22,7%	40,3%	17,7%	6,6%	100,0%

χ^2=7,157, d,f,=4, p= 0,128

		Ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, σωματικές, γευστικές) ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	9,4%	5,6%	3,3%	1,1%		19,4%
	Όχι	25,6%	32,8%	11,1%	8,9%	2,2%	80,6%
Σύνολο		35,0%	38,3%	14,4%	10,0%	2,2%	100,0%

χ^2=5,349, d,f,=4, p= 0,253

	Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	0,5%	1,1%	4,9%	5,4%	7,6%	19,6%
	Όχι	4,3%	12,5%	17,9%	26,6%	19,0%	80,4%
Σύνολο		4,9%	13,6%	22,8%	32,1%	26,6%	100,0%

χ^2=5,408, d,f,=4, p= 0,248

		Αποδιοργανωμένος λόγος (ασυνάρτητος λόγος) ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	5,9%	6,5%	3,8%	3,2%	0,5%	19,9%
	Όχι	14,5%	32,3%	23,1%	8,1%	2,2%	80,1%
Σύνολο		20,4%	38,7%	26,9%	11,3%	2,7%	100,0%

χ^2=4,507, d,f,=4, p= 0,342

		Αδυναμία να αναγνωρίσει αντικείμενα ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	3,8%	7,7%	4,4%	2,7%	19,7%
	Όχι	3,3%	14,8%	31,7%	19,1%	11,5%	80,3%
Σύνολο		4,4%	18,6%	39,3%	23,5%	14,2%	100,0%

χ^2=0,198, d,f,=4, p= 0,995

		Υπερβολική υπνηλία ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	4,4%	6,1%	5,6%	1,7%	18,9%
	Όχι	8,9%	12,2%	29,4%	18,3%	12,2%	81,1%
Σύνολο		10,0%	16,7%	35,6%	23,9%	13,9%	100,0%

χ^2=3,326, d,f,=4, p= 0,505

		Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση, και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά όπως π,χ να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	6,3%	8,9%	2,1%	1,6%		18,8%
	Όχι	20,9%	34,0%	17,3%	6,3%	2,6%	81,2%
Σύνολο		27,2%	42,9%	19,4%	7,9%	2,6%	100,0%

χ^2=3,535, d,f,=4, p= 0,473

		Τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψης συναναστροφής με το κοινωνικό τους περίγυρο (αποφεύγουν / δεν επιθυμούν κοινωνικές συναναστροφές)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	4,2%	4,2%	6,8%	3,2%	0,5%	18,9%
	Όχι	12,1%	35,3%	23,7%	9,5%	0,5%	81,1%
Σύνολο		16,3%	39,5%	30,5%	12,6%	1,1%	100,0%

χ^2=6,581, d,f,=4, p= 0,16

		Ένα άτομο με σχιζοφρένεια παρουσιάζει έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα) ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	3,7%	10,5%	4,2%	1,0%		19,4%
	Όχι	12,0%	31,4%	28,8%	5,2%	3,1%	80,6%
Σύνολο		15,7%	41,9%	33,0%	6,3%	3,1%	100,0%

χ^2=5,218, d,f,=4, p= 0,266

		Οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	3,2%	6,3%	5,8%	2,6%	0,5%	18,4%
	Όχι	8,4%	22,1%	31,1%	14,2%	5,8%	81,6%
Σύνολο		11,6%	28,4%	36,8%	16,8%	6,3%	100,0%

χ^2=2,987, d,f,=4, p= 0,560

		Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας πολύ σπάνια εκδηλώνει άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι		2,1%	5,2%	6,3%	5,2%	18,8%
	Όχι	7,3%	11,5%	17,8%	27,7%	16,8%	81,2%
Σύνολο		7,3%	13,6%	23,0%	34,0%	22,0%	100,0%

χ^2=4,571, d,f,=4, p= 0,334

		Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**

Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	0,5%	5,3%	4,7%	5,8%	2,6%	18,9%
	Όχι	4,2%	20,0%	24,7%	22,1%	10,0%	81,1%
Σύνολο		4,7%	25,3%	29,5%	27,9%	12,6%	100,0%

χ^2=0,941, d,f,=4, p= 0,919

		Υπάρχει κάτι που έχουν οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,6%	4,2%	6,9%	3,7%	1,6%	19,0%
	Όχι	8,5%	23,3%	24,3%	16,4%	8,5%	81,0%
Σύνολο		11,1%	27,5%	31,2%	20,1%	10,1%	100,0%

χ^2=1,243, d,f,=4, p= 0,871

		Αν και τα άτομα με σχιζοφρένεια στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περίεργους τρόπους δεν είναι σωστό να τα περιγελάμε					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	13,1%	2,6%	1,0%	1,6%	0,5%	18,8%
	Όχι	48,7%	17,8%	7,9%	5,2%	1,6%	81,2%
Σύνολο		61,8%	20,4%	8,9%	6,8%	2,1%	100,0%

χ^2=2,157, d,f,=4, p= 0,707

		Αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	1,6%	5,8%	5,8%	3,7%	18,8%
	Όχι	4,7%	10,5%	33,0%	19,9%	13,1%	81,2%
Σύνολο		6,8%	12,0%	38,7%	25,7%	16,8%	100,0%

χ^2=3,089, d,f,=4, p= 0,543

		Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	7,4%	7,9%	1,6%		18,9%
	Όχι	6,3%	22,1%	39,5%	11,6%	1,6%	81,1%
Σύνολο		8,4%	29,5%	47,4%	13,2%	1,6%	100,0%

χ^2=3,509, d,f,=4, p= 0,476

		Άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άνδρες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	6,3%	7,9%	1,6%	1,1%	18,9%
	Όχι	3,7%	18,9%	41,1%	13,2%	4,2%	81,1%
Σύνολο		5,8%	25,3%	48,9%	14,7%	5,3%	100,0%

χ^2=5,042, d,f,=4, p= 0,283

		Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρεία δεν είναι πιο επικίνδυνοι από το μέσο άνθρωπο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	8,9%	7,4%	1,6%		18,9%
	Όχι	7,9%	24,7%	34,7%	8,9%	4,7%	81,1%
Σύνολο		8,9%	33,7%	42,1%	10,5%	4,7%	100,0%

χ^2=5,404, d,f,=4, p=0,248

		Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας - όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	6,3%	8,9%	2,1%	1,1%		18,9%
	Όχι	22,6%	40,0%	12,1%	3,2%	3,2%	81,1%
Σύνολο		28,9%	48,9%	14,2%	4,2%	3,2%	100,0%

χ^2=6,494, d,f,=4, p= 0,261

		Υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στην σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	4,7%	8,9%	4,2%	0,5%	0,5%	18,8%
	Όχι	12,0%	34,0%	25,1%	6,3%	3,7%	81,2%
Σύνολο		16,8%	42,9%	29,3%	6,8%	4,2%	100,0%

χ^2=4,021, d,f,=4, p= 0,403

		Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς προέρχονται από οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι		6,3%	7,9%	3,7%	1,1%	18,9%
	Όχι	11,1%	25,8%	27,4%	14,7%	2,1%	81,1%

Σύνολο		11,1%	32,1%	35,3%	18,4%	3,2%	100,0%

χ^2=6,280, d,f,=4, p= 0,179

		Συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε "δαιμονοληψία"					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	3,7%	4,2%	5,8%	3,7%	18,8%
	Όχι	3,1%	13,6%	31,9%	16,8%	15,7%	81,2%
Σύνολο		4,7%	17,3%	36,1%	22,5%	19,4%	100,0%

χ^2=5,004, d,f,=4, p= 0,287

		Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών στρεσσογόνων επιδράσεων του περιβάλλοντος					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	0,5%	5,8%	8,4%	3,1%	1,0%	18,8%
	Όχι	8,9%	27,2%	32,5%	9,4%	3,1%	81,2%
Σύνολο		9,4%	33,0%	40,8%	12,6%	4,2%	100,0%

χ^2=3,092, d,f,=4, p= 0,543

		Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	4,2%	8,9%	2,6%	0,5%	18,4%
	Όχι	9,5%	17,9%	34,2%	14,7%	5,3%	81,6%
Σύνολο		11,6%	22,1%	43,2%	17,4%	5,8%	100,0%

χ^2=1,175, d,f,=4, p= 0,882

		Μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο ασθενής με την οικογένεια του, ώστε να αποφευχθεί η νοσηλεία του σε νοσοκομείο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	6,3%	7,9%	3,7%	1,0%		18,8%
	Όχι	16,8%	30,9%	19,9%	9,9%	3,7%	81,2%
Σύνολο		23,0%	38,7%	23,6%	11,0%	3,7%	100,0%

χ^2=5,278, d,f,=4, p= 0,26

		Αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα γίνονταν πιθανόν και αυτά πάσχοντες					

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	3,7%	6,8%	4,7%	2,1%	18,4%
	Όχι	3,2%	17,4%	27,9%	22,1%	11,1%	81,6%
Σύνολο		4,2%	21,1%	34,7%	26,8%	13,2%	100,0%

χ^2=,442, d,f,=4, p= 0,979

		Μερικές φορές τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν τιμωρία για κακές πράξεις					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	2,1%	5,8%	4,7%	5,3%	18,9%
	Όχι	2,1%	12,1%	20,0%	20,0%	26,8%	81,1%
Σύνολο		3,2%	14,2%	25,8%	24,7%	32,1%	100,0%

χ^2=1,760, d,f,=4, p= 0,780

		Η σχιζοφρένεια είναι ένας μύθος που κατασκευάστηκε για να μπορούν οι κοινωνικά ισχυροί να εξουσιάζουν τους κοινωνικά αδύναμους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,0%	2,1%	2,6%	7,3%	5,8%	18,8%
	Όχι	6,8%	7,9%	22,0%	19,9%	24,6%	81,2%
Σύνολο		7,9%	9,9%	24,6%	27,2%	30,4%	100,0%

χ^2=4,647, d,f,=4, p= 0,325

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	4,7%	10,0%	1,6%	1,6%	18,9%
	Όχι	16,3%	24,7%	26,8%	10,5%	2,6%	81,1%
Σύνολο		17,4%	29,5%	36,8%	12,1%	4,2%	100,0%

χ^2=9,247, d,f,=4, p= 0,055

		Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων στο περιβάλλον του ασθενή					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	4,2%	10,6%	2,6%	0,5%	0,5%	18,5%
	Όχι	15,9%	38,1%	20,6%	4,2%	2,6%	81,5%

Σύνολο		20,1%	48,7%	23,3%	4,8%	3,2%	100,0%

χ^2=2,628, d,f,=4, p= 0,622

		Το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας ισοδυναμεί με το να αποτύχει στην ζωή του					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	4,2%	3,1%	6,3%	3,7%	18,8%
	Όχι	5,8%	11,0%	20,9%	26,2%	17,3%	81,2%
Σύνολο		7,3%	15,2%	24,1%	32,5%	20,9%	100,0%

χ^2=2,580, d,f,=4, p= 0,630

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	4,2%	7,4%	3,7%	2,6%	18,9%
	Όχι	7,9%	13,7%	32,1%	21,1%	6,3%	81,1%
Σύνολο		8,9%	17,9%	39,5%	24,7%	8,9%	100,0%

χ^2=2,755, d,f,=4, p= 0,600

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	2,6%	3,2%	4,2%	6,8%	18,9%
	Όχι	4,2%	13,2%	23,7%	23,7%	16,3%	81,1%
Σύνολο		6,3%	15,8%	26,8%	27,9%	23,2%	100,0%

χ^2=7,162, d,f,=4, p= 0,128

		Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με την πίστη στο θεό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	,5%	2,1%	6,3%	3,7%	6,3%	18,8%
	Όχι	4,7%	13,1%	24,1%	20,9%	18,3%	81,2%
Σύνολο		5,2%	15,2%	30,4%	24,6%	24,6%	100,0%

χ^2=2,978, d,f,=4, p= 0,561

	Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα					
	Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**

Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	4,2%	7,3%	3,7%	2,1%	18,8%
	Όχι	4,7%	16,8%	34,6%	20,9%	4,2%	81,2%
Σύνολο		6,3%	20,9%	41,9%	24,6%	6,3%	100,0%

χ^2=2,553, d,f,=4, p= 0,635

		Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	2,1%	1,1%	3,7%	11,2%	19,1%
	Όχι	2,7%	5,9%	11,7%	20,2%	40,4%	80,9%
Σύνολο		3,7%	8,0%	12,8%	23,9%	51,6%	100,0%

χ^2=3,529, d,f,=4, p= 0,473

		Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές με συμπτώματα σχιζοφρένειας, είναι να τους έχουν κλειδαμπαρωμένους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	0,5%	2,1%	3,2%	11,6%	18,9%
	Όχι	6,3%	3,7%	14,7%	15,3%	41,1%	81,1%
Σύνολο		7,9%	4,2%	16,8%	18,4%	52,6%	100,0%

χ^2=1,775, d,f,=4, p= 0,777

		Στους νοσηλευόμενους των ψυχιατρείων με σχιζοφρένεια θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,6%	7,4%	5,8%	,5%	2,6%	19,0%
	Όχι	11,6%	34,4%	21,2%	8,5%	5,3%	81,0%
Σύνολο		14,3%	41,8%	27,0%	9,0%	7,9%	100,0%

χ^2=4,201, d,f,=4, p= 0,379

		Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν το άτομο με σχιζοφρένεια να αισθάνεται όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	10,1%	5,3%	1,6%	0,5%	1,1%	18,5%
	Όχι	28,6%	32,8%	13,2%	3,7%	3,2%	81,5%
Σύνολο		38,6%	38,1%	14,8%	4,2%	4,2%	100,0%

χ^2=5,295, d,f,=4, p= 0,258

		Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια					

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	7,9%	7,3%	2,6%	,5%	,5%	18,8%
	Όχι	33,0%	29,3%	13,1%	4,7%	1,0%	81,2%
Σύνολο		40,8%	36,6%	15,7%	5,2%	1,6%	100,0%

χ^2=1,085, d,f,=4, p= 0,897

		Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	7,9%	5,8%	2,6%	2,1%	0,5%	18,9%
	Όχι	37,9%	27,9%	12,6%	1,1%	1,6%	81,1%
Σύνολο		45,8%	33,7%	15,3%	3,2%	2,1%	100,0%

χ^2=9,341, d,f,=4, p= 0,053

		Το Ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	2,6%	4,2%	4,2%	6,3%	18,9%
	Όχι	6,3%	14,2%	22,6%	24,7%	13,2%	81,1%
Σύνολο		7,9%	16,8%	26,8%	28,9%	19,5%	100,0%

χ^2=5,669, d,f,=4, p= 0,225

		Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή περίπτωση σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	2,1%	9,4%	3,7%	2,1%	18,8%
	Όχι	8,4%	16,2%	29,3%	13,6%	13,6%	81,2%
Σύνολο		9,9%	18,3%	38,7%	17,3%	15,7%	100,0%

χ^2=3,544, d,f,=4, p= 0,471

		Το δικαίωμα διαζυγίου με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, πρέπει να είναι νομικά κατοχυρωμένο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,6%	3,7%	6,8%	3,2%	2,6%	18,9%
	Όχι	11,1%	24,2%	24,2%	12,1%	9,5%	81,1%

Σύνολο		13,7%	27,9%	31,1%	15,3%	12,1%	100,0%

χ^2=1,678, d,f,=4, p= 0,795

		Στα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	3,2%	3,2%	2,6%	5,8%	4,2%	18,9%
	Όχι	7,4%	18,9%	25,8%	13,2%	15,8%	81,1%
Σύνολο		10,5%	22,1%	28,4%	18,9%	20,0%	100,0%

χ^2=8,754, d,f,=4, p= 0,068

		Στα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	2,1%	7,0%	3,2%	5,3%	19,3%
	Όχι	4,8%	19,3%	23,0%	21,4%	12,3%	80,7%
Σύνολο		6,4%	21,4%	29,9%	24,6%	17,6%	100,0%

χ^2=6,756, d,f,=4, p= 0,149

		Κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	,5%	5,3%	7,9%	3,2%	18,5%
	Όχι	4,8%	6,9%	26,5%	23,8%	19,6%	81,5%
Σύνολο		6,3%	7,4%	31,7%	31,7%	22,8%	100,0%

χ^2=3,935, d,f,=4, p= 0,415

		Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	3,2%	6,8%	5,8%	1,6%	18,4%
	Όχι	5,8%	14,2%	26,3%	22,1%	13,2%	81,6%
Σύνολο		6,8%	17,4%	33,2%	27,9%	14,7%	100,0%

χ^2=1,585, d,f,=4, p= 0,811

		Όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά κάνοντας στείρωση					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με	Ναι	1,6%	1,6%	6,8%	5,8%	3,1%	18,8%

σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Όχι	5,2%	15,7%	24,6%	20,9%	14,7%	81,2%
Σύνολο		6,8%	17,3%	31,4%	26,7%	17,8%	100,0%

χ^2=2,796, d,f,=4, p= 0,592

		Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	3,7%	2,1%	6,8%	4,2%	18,8%
	Όχι	4,2%	14,7%	20,4%	25,1%	16,8%	81,2%
Σύνολο		6,3%	18,3%	22,5%	31,9%	20,9%	100,0%

χ^2=4,515, d,f,=4, p= 0,341

		Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,6%	6,8%	7,4%	1,6%	0,5%	18,9%
	Όχι	10,0%	25,8%	30,0%	11,1%	4,2%	81,1%
Σύνολο		12,6%	32,6%	37,4%	12,6%	4,7%	100,0%

χ^2=1,257, d,f,=4, p= 0,869

		Πολλά άτομα με σχιζοφρένειας είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία, ακόμα και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,6%	5,8%	5,8%	2,1%	2,1%	18,5%
	Όχι	8,5%	26,5%	28,0%	13,2%	5,3%	81,5%
Σύνολο		11,1%	32,3%	33,9%	15,3%	7,4%	100,0%

χ^2=1,841, d,f,=4, p= 0,765

		Κάθε ψυχιατρείο που νοσηλεύει άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	2,1%	2,6%	6,3%	6,3%	18,8%
	Όχι	6,3%	13,1%	23,6%	24,1%	14,1%	81,2%
Σύνολο		7,9%	15,2%	26,2%	30,4%	20,4%	100,0%

χ^2=6,809, d,f,=4, p= 0,146

	Όπως και αν το δει κανείς τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,0%	3,1%	1,0%	6,8%	6,8%	18,8%
	Όχι	4,7%	8,9%	19,4%	23,6%	24,6%	81,2%
Σύνολο		5,8%	12,0%	20,4%	30,4%	31,4%	100,0%

χ^2=6,384, d,f,=4, p= 0,172

		Οι περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι άξιες εμπιστοσύνης για να προσέχουν μικρά παιδιά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,0%	2,1%	7,3%	5,2%	3,1%	18,8%
	Όχι	2,6%	12,6%	28,3%	25,1%	12,6%	81,2%
Σύνολο		3,7%	14,7%	35,6%	30,4%	15,7%	100,0%

χ^2=1,072, d,f,=4, p= 0,899

		Πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για τους νοσηλευόμενους σε ένα ψυχιατρείο με σχιζοφρένεια πέρα από να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	1,6%	4,8%	7,4%	3,7%	19,1%
	Όχι	6,4%	18,6%	19,1%	21,8%	14,9%	80,9%
Σύνολο		8,0%	20,2%	23,9%	29,3%	18,6%	100,0%

χ^2=4,566, d,f,=4, p= 0,355

		Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	7,9%	5,8%	1,1%	2,1%	18,9%
	Όχι	10,5%	28,4%	22,1%	13,2%	6,8%	81,1%
Σύνολο		12,6%	36,3%	27,9%	14,2%	8,9%	100,0%

χ^2=3,118, d,f,=4, p= 0,538

		Η σύναψη φιλικών σχέσεων ή ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι απαγορευμένη					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	1,6%	5,2%	4,7%	5,8%	18,8%
	Όχι	3,7%	12,6%	20,4%	29,3%	15,2%	81,2%
Σύνολο		5,2%	14,1%	25,7%	34,0%	20,9%	100,0%

χ^2=4,968, d,f,=4, p= 0,291

		Η συνεργασία (επαγγελματικό - προσωπικό επίπεδο) με άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανέφικτη					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	2,1%	2,6%	4,7%	5,8%	3,7%	18,8%
	Όχι	3,1%	14,1%	25,1%	26,2%	12,6%	81,2%
Σύνολο		5,2%	16,8%	29,8%	31,9%	16,2%	100,0%

χ^2=3,8, d,f,=4, p= 0,434

		Τα μικρά παιδιά των ανθρώπων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,6%	1,6%	4,7%	5,8%	4,7%	18,4%
	Όχι	2,6%	12,6%	19,5%	24,7%	22,1%	81,6%
Σύνολο		4,2%	14,2%	24,2%	30,5%	26,8%	100,0%

χ^2=2,970, d,f,=4, p= 0,563

		Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	1,1%	3,7%	4,7%	5,8%	3,7%	18,9%
	Όχι	2,6%	14,2%	26,3%	22,6%	15,3%	81,1%
Σύνολο		3,7%	17,9%	31,1%	28,4%	18,9%	100,0%

χ^2=1,083, d,f,=4, p= 0,897

		Μολονότι τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία μπορεί να φαίνονται ότι είναι εντάξει, δεν πρέπει να παντρεύονται					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Ύπαρξη συγγενή με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική διαταραχή	Ναι	0,5%	1,6%	5,2%	7,3%	4,2%	18,8%
	Όχι	4,7%	10,5%	27,7%	22,5%	15,7%	81,2%
Σύνολο		5,2%	12,0%	33,0%	29,8%	19,9%	100,0%

χ^2=2,720, d,f,=4, p= 0,606

<u>Β μέρος</u>: Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή.

		Έκπτωση μνήμης					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,0%	9,5%	12,1%	10,3%	3,4%	41,4%
	Ναι	7,8%	13,8%	23,3%	7,8%	6,0%	58,6%
Σύνολο		13,8%	23,3%	35,3%	18,1%	9,5%	100,0%

χ^2=3,191, d,f,=4, p= 0,526

		Ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, σωματικές, γευστικές)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	15,8%	16,7%	5,3%	3,5%	0,9%	42,1%
	Ναι	25,4%	18,4%	6,1%	6,1%	1,8%	57,9%
Σύνολο		41,2%	35,1%	11,4%	9,6%	2,6%	100,0%

χ^2=1,088, d,f,=4, p= 0,896

		Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,4%	5,1%	10,3%	15,4%	7,7%	41,9%
	Ναι	1,7%	8,5%	8,5%	18,8%	20,5%	58,1%
Σύνολο		5,1%	13,7%	18,8%	34,2%	28,2%	100,0%

χ^2=6,143, d,f,=4, p= 0,189

		Αποδιοργανωμένος λόγος (ασυνάρτητος λόγος)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,9%	18,1%	13,8%	2,6%		41,4%
	Ναι	19,0%	19,8%	11,2%	6,0%	2,6%	58,6%
Σύνολο		25,9%	37,9%	25,0%	8,6%	2,6%	100,0%

χ^2=8,334, d,f,=4, p= 0,08

		Αδυναμία να αναγνωρίσει αντικείμενα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,2%	7,8%	15,5%	8,6%	4,3%	41,4%
	Ναι	2,6%	10,3%	18,1%	15,5%	12,1%	58,6%
Σύνολο		7,8%	18,1%	33,6%	24,1%	16,4%	100,0%

χ^2=4,906, d,f,=4, p= 0,297

		Παρουσιάζει υπερβολική υπνηλία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,5%	8,9%	14,3%	9,8%	4,5%	42,0%
	Ναι	8,0%	8,0%	18,8%	9,8%	13,4%	58,0%
Σύνολο		12,5%	17,0%	33,0%	19,6%	17,9%	100,0%

χ^2=4,084, d,f,=4, p= 0,395

		Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση, και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά όπως πχ να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	7,5%	25,0%	8,3%	1,7%	0,8%	43,3%
	Ναι	16,7%	20,8%	10,0%	6,7%	2,5%	56,7%
Σύνολο		24,2%	45,8%	18,3%	8,3%	3,3%	100,0%

χ^2=7,407, d,f,=4, p= 0,116

		Τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψης συναναστροφής με το κοινωνικό τους περίγυρο (αποφεύγουν / δεν επιθυμούν κοινωνικές συναναστροφές)				
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,7%	11,8%	15,1%	9,2%	42,9%
	Ναι	10,1%	25,2%	16,8%	5,0%	57,1%
Σύνολο		16,8%	37,0%	31,9%	14,3%	100,0%

χ^2=5,886, d,f,=4, p= 0,117

		Ένα άτομο με σχιζοφρένεια παρουσιάζει έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα) ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,0%	18,3%	16,7%	1,7%	1,7%	43,3%
	Ναι	15,0%	24,2%	13,3%	3,3%	,8%	56,7%
Σύνολο		20,0%	42,5%	30,0%	5,0%	2,5%	100,0%

χ^2=6,385, d,f,=4, p= 0,172

		Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας πολύ σπάνια εκδηλώνει άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,2%	4,2%	10,0%	14,2%	10,8%	43,3%
	Ναι	,8%	8,3%	12,5%	25,0%	10,0%	56,7%
Σύνολο		5,0%	12,5%	22,5%	39,2%	20,8%	100,0%

χ^2=6,281, d,f,=4, p= 0,179

		Καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,7%	17,5%	15,0%	3,3%	0,8%	43,3%
	Ναι	5,0%	28,3%	16,7%	5,8%	0,8%	56,7%
Σύνολο		11,7%	45,8%	31,7%	9,2%	1,7%	100,0%

χ^2=2,187, d,f,=4, p= 0,701

		Υπάρχει κάτι που έχουν οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,4%	12,6%	15,1%	10,9%	1,7%	43,7%
	Ναι	5,0%	10,9%	20,2%	10,9%	9,2%	56,3%
Σύνολο		8,4%	23,5%	35,3%	21,8%	10,9%	100,0%

χ^2=5,833, d,f,=4, p= 0,212

		Αν και τα άτομα με σχιζοφρένεια στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περίεργους τρόπους δεν είναι σωστό να τα περιγελάμε					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	27,5%	9,2%	3,3%	3,3%		43,3%
	Ναι	35,0%	12,5%	4,2%	3,3%	1,7%	56,7%
Σύνολο		62,5%	21,7%	7,5%	6,7%	1,7%	100,0%

χ^2=1,703, d,f,=4, p= 0,790

		Αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,0%	5,0%	16,7%	8,3%	8,3%	43,3%
	Ναι	3,3%	8,3%	22,5%	17,5%	5,0%	56,7%
Σύνολο		8,3%	13,3%	39,2%	25,8%	13,3%	100,0%

χ^2=5,307, d,f,=4, p= 0,257

		Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος που σχετικά με ψυχικές διαταραχές/ πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,2%	12,5%	19,2%	5,0%	2,5%	43,3%
	Ναι	5,0%	19,2%	25,8%	6,7%		56,7%
Σύνολο		9,2%	31,7%	45,0%	11,7%	2,5%	100,0%

χ^2=4,187, d,f,=4, p= 0,381

		Άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άνδρες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	10,0%	24,2%	5,0%	0,8%	43,3%
	Ναι	4,2%	16,7%	24,2%	9,2%	2,5%	56,7%
Σύνολο		7,5%	26,7%	48,3%	14,2%	3,3%	100,0%

χ^2=2,493, d,f,=4, p= 0,646

		Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρεία δεν είναι πιο επικίνδυνοι από το μέσο άνθρωπο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,8%	14,2%	17,5%	5,0%	0,8%	43,3%
	Ναι	5,8%	16,7%	25,0%	5,0%	4,2%	56,7%
Σύνολο		11,7%	30,8%	42,5%	10,0%	5,0%	100,0%

χ^2=2,408, d,f,=4, p= 0,661

		Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας - όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	9,2%	23,5%	5,9%	2,5%	1,7%	43,7%
	Ναι	21,0%	26,1%	4,2%	4,2%	0,8%	56,3%
Σύνολο		30,3%	49,6%	10,1%	6,7%	2,5%	100,0%

χ^2=5,968, d,f,=4, p= 0,309

		Η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,4%	7,6%	14,3%	10,9%	6,7%	42,9%
	Ναι	4,2%	10,1%	17,6%	21,8%	3,4%	57,1%
Σύνολο		7,6%	17,6%	31,9%	32,8%	10,1%	100,0%

χ^2=4,286, d,f,=4, p= 0,369

		Υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στην σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,7%	21,7%	10,8%	1,7%	2,5%	43,3%
	Ναι	9,2%	26,7%	13,3%	5,8%	1,7%	56,7%
Σύνολο		15,8%	48,3%	24,2%	7,5%	4,2%	100,0%

χ^2=2,29, d,f,=4, p= 0,683

		Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς προέρχονται από οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,0%	16,0%	13,4%	5,9%	2,5%	42,9%
	Ναι	3,4%	19,3%	17,6%	14,3%	2,5%	57,1%
Σύνολο		8,4%	35,3%	31,1%	20,2%	5,0%	100,0%

χ^2=3,261, d,f,=4, p= 0,515

		Συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε "δαιμονοληψία"					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	11,7%	15,0%	5,8%	7,5%	43,3%
	Ναι	4,2%	6,7%	18,3%	15,8%	11,7%	56,7%
Σύνολο		7,5%	18,3%	33,3%	21,7%	19,2%	100,0%

χ^2=6,760, d,f,=4, p= 0,149

		Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών στρεσσογόνων επιδράσεων του περιβάλλοντος					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	14,2%	20,0%	4,2%	1,7%	43,3%
	Ναι	7,5%	16,7%	23,3%	6,7%	2,5%	56,7%
Σύνολο		10,8%	30,8%	43,3%	10,8%	4,2%	100,0%

χ^2=1,255, d,f,=4, p= 0,869

		Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	8,3%	14,2%	12,5%	7,5%	,8%	43,3%
	Ναι	5,8%	11,7%	28,3%	8,3%	2,5%	56,7%
Σύνολο		14,2%	25,8%	40,8%	15,8%	3,3%	100,0%

χ^2=7,235, d,f,=4, p= 0,124

		Μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο ασθενής με την οικογένεια του, ώστε να αποφευχθεί η νοσηλεία του σε νοσοκομείο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	13,3%	13,3%	8,3%	5,8%	2,5%	43,3%
	Ναι	10,8%	25,8%	15,0%	2,5%	2,5%	56,7%
Σύνολο		24,2%	39,2%	23,3%	8,3%	5,0%	100,0%

χ^2=6,974, d,f,=4, p= 0,137

		Αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα γίνονταν πιθανόν και αυτά πάσχοντες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	1,7%	10,0%	11,7%	11,7%	8,3%	43,3%
	Ναι	1,7%	12,5%	21,7%	13,3%	7,5%	56,7%
Σύνολο		3,3%	22,5%	33,3%	25,0%	15,8%	100,0%

χ^2= 2,022, d,f,=4, p= 0,732

		Μερικές φορές τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν τιμωρία για κακές πράξεις					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,4%	5,0%	10,9%	10,9%	12,6%	42,9%
	Ναι		8,4%	13,4%	16,0%	19,3%	57,1%
Σύνολο		3,4%	13,4%	24,4%	26,9%	31,9%	100,0%

χ^2= 5,810, d,f,=4, p= 0,214

		Η σχιζοφρένεια είναι ένας μύθος που κατασκευάστηκε για να μπορούν οι κοινωνικά ισχυροί να εξουσιάζουν τους κοινωνικά αδύναμους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,8%	5,8%	11,7%	9,2%	10,8%	43,3%
	Ναι	3,3%	4,2%	13,3%	16,7%	19,2%	56,7%
Σύνολο		9,2%	10,0%	25,0%	25,8%	30,0%	100,0%

χ^2= 4,624, d,f,=4, p= 0,328

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	10,0%	12,5%	14,2%	5,8%	,8%	43,3%
	Ναι	5,0%	20,0%	21,7%	6,7%	3,3%	56,7%
Σύνολο		15,0%	32,5%	35,8%	12,5%	4,2%	100,0%

χ^2= 5,797, d,f,=4, p= 0,215

		Συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	0,8%	9,2%	16,0%	9,2%	7,6%	42,9%
	Ναι	0,8%	9,2%	21,0%	13,4%	12,6%	57,1%
Σύνολο		1,7%	18,5%	37,0%	22,7%	20,2%	100,0%

χ^2= 0,833, d,f,=4, p= 0,934

		Η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,4%	10,1%	12,6%	9,2%	7,6%	42,9%
	Ναι	4,2%	15,1%	16,8%	13,4%	7,6%	57,1%
Σύνολο		7,6%	25,2%	29,4%	22,7%	15,1%	100,0%

χ^2= 0,534, d,f,=4, p= 0,970

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	9,2%	9,2%	15,8%	6,7%	2,5%	43,3%
	Ναι	5,8%	20,8%	20,8%	5,8%	3,3%	56,7%
Σύνολο		15,0%	30,0%	36,7%	12,5%	5,8%	100,0%

χ^2= 5,322, d,f,=4, p= 0,256

		Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων στο περιβάλλον του ασθενή					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,8%	20,3%	12,7%	2,5%	,8%	43,2%
	Ναι	11,9%	30,5%	11,9%	,8%	1,7%	56,8%
Σύνολο		18,6%	50,8%	24,6%	3,4%	2,5%	100,0%

χ^2= 3,295, d,f,=4, p= 0,510

		Το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας ισοδυναμεί με το να αποτύχει στην ζωή του					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	4,2%	10,8%	13,3%	11,7%	43,3%
	Ναι	2,5%	7,5%	15,8%	19,2%	11,7%	56,7%
Σύνολο		5,8%	11,7%	26,7%	32,5%	23,3%	100,0%

χ^2= 1,562, d,f,=4, p= 0,816

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,2%	5,8%	17,5%	8,3%	7,5%	43,3%
	Ναι	4,2%	12,5%	20,8%	16,7%	2,5%	56,7%
Σύνολο		8,3%	18,3%	38,3%	25,0%	10,0%	100,0%

χ^2= 7,592, d,f,=4, p= 0,108

		Η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	10,1%	16,8%	9,2%	4,2%	3,4%	43,7%
	Ναι	16,0%	21,8%	12,6%	2,5%	3,4%	56,3%
Σύνολο		26,1%	38,7%	21,8%	6,7%	6,7%	100,0%

χ^2= 1,614, d,f,=4, p= 0,806

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	1,7%	7,5%	10,8%	14,2%	9,2%	43,3%
	Ναι	4,2%	8,3%	11,7%	15,8%	16,7%	56,7%
Σύνολο		5,8%	15,8%	22,5%	30,0%	25,8%	100,0%

χ^2= 2,002, d,f,=4, p= 0,735

		Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με την πίστη στο θεό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	4,2%	19,2%	7,5%	9,2%	43,3%
	Ναι	3,3%	8,3%	17,5%	12,5%	15,0%	56,7%
Σύνολο		6,7%	12,5%	36,7%	20,0%	24,2%	100,0%

χ^2= 2,865, d,f,=4, p= 0,581

		Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,2%	10,8%	17,5%	9,2%	1,7%	43,3%
	Ναι	2,5%	9,2%	23,3%	17,5%	4,2%	56,7%
Σύνολο		6,7%	20,0%	40,8%	26,7%	5,8%	100,0%

χ^2= 4,015, d,f,=4, p= 0,404

		Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	,8%	3,3%	6,7%	10,8%	21,7%	43,3%
	Ναι	2,5%	6,7%	6,7%	8,3%	32,5%	56,7%
Σύνολο		3,3%	10,0%	13,3%	19,2%	54,2%	100,0%

χ^2= 3,249, d,f,=4, p= 0,517

		Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές με συμπτώματα σχιζοφρένειας, είναι να τους έχουν κλειδαμπαρωμένους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	1,7%	5,8%	9,2%	23,3%	43,3%
	Ναι	4,2%	,8%	10,0%	10,0%	31,7%	56,7%
Σύνολο		7,5%	2,5%	15,8%	19,2%	55,0%	100,0%

χ^2= 1,207, d,f,=4, p= 0,877

		Στους νοσηλευόμενους των ψυχιατρείων με σχιζοφρένεια θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	10,2%	16,1%	9,3%	4,2%	2,5%	42,4%
	Ναι	7,6%	24,6%	19,5%	2,5%	3,4%	57,6%
Σύνολο		17,8%	40,7%	28,8%	6,8%	5,9%	100,0%

χ^2= 4,755, d,f,=4, p= 0,313

		Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν το άτομο με σχιζοφρένεια να αισθάνεται όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	20,2%	16,0%	5,9%	0,8%	0,8%	43,7%
	Ναι	23,5%	18,5%	9,2%	1,7%	3,4%	56,3%
Σύνολο		43,7%	34,5%	15,1%	2,5%	4,2%	100,0%

χ^2= 1,685, d,f,=4, p= 0,793

		Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	20,8%	14,2%	6,7%	0,8%	0,8%	43,3%
	Ναι	24,2%	20,0%	10,0%	1,7%	0,8%	56,7%
Σύνολο		45,0%	34,2%	16,7%	2,5%	1,7%	100,0%

χ^2= 0,500, d,f,=4, p= 0,973

		Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	20,8%	15,0%	5,0%	2,5%		43,3%
	Ναι	27,5%	15,8%	9,2%	2,5%	1,7%	56,7%
Σύνολο		48,3%	30,8%	14,2%	5,0%	1,7%	100,0%

χ^2= 2,512, d,f,=4, p= 0,642

		Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή περίπτωση σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,0%	6,7%	14,2%	7,5%	10,0%	43,3%
	Ναι	3,3%	13,3%	21,7%	11,7%	6,7%	56,7%
Σύνολο		8,3%	20,0%	35,8%	19,2%	16,7%	100,0%

χ^2= 4,789, d,f,=4, p= 0,310

		Το δικαίωμα διαζυγίου με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, πρέπει να είναι νομικά κατοχυρωμένο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	7,6%	7,6%	14,3%	6,7%	6,7%	42,9%
	Ναι	9,2%	14,3%	20,2%	10,1%	3,4%	57,1%
Σύνολο		16,8%	21,8%	34,5%	16,8%	10,1%	100,0%

χ^2= 3,636, d,f,=4, p= 0,458

		Στα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,9%	9,2%	12,6%	6,7%	8,4%	42,9%
	Ναι	8,4%	15,1%	11,8%	10,9%	10,9%	57,1%
Σύνολο		14,3%	24,4%	24,4%	17,6%	19,3%	100,0%

χ^2= 1,436, d,f,=4, p= 0,838

		Στα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,1%	7,6%	17,8%	5,9%	6,8%	43,2%
	Ναι	1,7%	11,0%	16,1%	13,6%	14,4%	56,8%
Σύνολο		6,8%	18,6%	33,9%	19,5%	21,2%	100,0%

χ^2= 7,558, d,f,=4, p= 0,109

		Κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,9%	4,2%	10,1%	12,6%	10,9%	43,7%
	Ναι	3,4%	2,5%	17,6%	19,3%	13,4%	56,3%
Σύνολο		9,2%	6,7%	27,7%	31,9%	24,4%	100,0%

χ^2= 3,936, d,f,=4, p= 0,414

		Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	2,5%	10,9%	10,9%	10,9%	8,4%	43,7%
	Ναι	2,5%	6,7%	21,0%	20,2%	5,9%	56,3%
Σύνολο		5,0%	17,6%	31,9%	31,1%	14,3%	100,0%

χ^2= 7,000, d,f,=4, p= 0,136

		Όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά κάνοντας στείρωση					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,2%	7,5%	10,8%	10,8%	10,0%	43,3%
	Ναι	,8%	9,2%	21,7%	15,8%	9,2%	56,7%
Σύνολο		5,0%	16,7%	32,5%	26,7%	19,2%	100,0%

χ^2= 6,348, d,f,=4, p= 0,175

		Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω και αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,2%	5,8%	6,7%	16,7%	10,0%	43,3%
	Ναι	0,8%	13,3%	13,3%	16,7%	12,5%	56,7%
Σύνολο		5,0%	19,2%	20,0%	33,3%	22,5%	100,0%

χ^2= 7,183, d,f,=4, p= 0,127

		Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,1%	12,7%	15,3%	7,6%	1,7%	42,4%
	Ναι	11,0%	17,8%	19,5%	8,5%	0,8%	57,6%
Σύνολο		16,1%	30,5%	34,7%	16,1%	2,5%	100,0%

χ^2= 1,872, d,f,=4, p= 0,759

		Πολλά άτομα με σχιζοφρένειας είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία, ακόμα και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένα					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή;	Όχι	9,3%	11,9%	13,6%	5,1%	2,5%	42,4%
	Ναι	5,1%	21,2%	20,3%	9,3%	1,7%	57,6%
Σύνολο		14,4%	33,1%	33,9%	14,4%	4,2%	100,0%

χ^2= 5,219, d,f,=4, p= 0,266

		Κάθε ψυχιατρείο που νοσηλεύει άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	4,2%	5,0%	12,5%	15,8%	5,8%	43,3%
	Ναι	3,3%	11,7%	9,2%	16,7%	15,8%	56,7%
Σύνολο		7,5%	16,7%	21,7%	32,5%	21,7%	100,0%

χ^2= 7,490, d,f,=4, p= 0,112

		Όπως και αν το δει κανείς τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	2,5%	6,7%	6,7%	11,7%	15,8%	43,3%
	Ναι	3,3%	7,5%	9,2%	14,2%	22,5%	56,7%
Σύνολο		5,8%	14,2%	15,8%	25,8%	38,3%	100,0%

χ^2= ,228, d,f,=4, p= 0,994

		Οι περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι άξιες εμπιστοσύνης για να προσέχουν μικρά παιδιά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	1,7%	8,3%	12,5%	11,7%	9,2%	43,3%
	Ναι	4,2%	8,3%	24,2%	13,3%	6,7%	56,7%
Σύνολο		5,8%	16,7%	36,7%	25,0%	15,8%	100,0%

χ^2= 4,29, d,f,=4, p= 0,368

		Πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για τους νοσηλευόμενους σε ένα ψυχιατρείο με σχιζοφρένεια πέρα από να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,4%	12,6%	7,6%	10,1%	10,1%	43,7%
	Ναι	4,2%	9,2%	12,6%	20,2%	10,1%	56,3%
Σύνολο		7,6%	21,8%	20,2%	30,3%	20,2%	100,0%

χ^2= 4,406, d,f,=4, p= 0,354

		Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	6,7%	20,8%	6,7%	6,7%	2,5%	43,3%
	Ναι	7,5%	22,5%	17,5%	5,8%	3,3%	56,7%
Σύνολο		14,2%	43,3%	24,2%	12,5%	5,8%	100,0%

χ^2= 4,113, d,f,=4, p= 0,391

		Η σύναψη φιλικών σχέσεων ή ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι απαγορευμένη					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,0%	7,6%	5,9%	16,8%	7,6%	42,9%
	Ναι	3,4%	7,6%	14,3%	18,5%	13,4%	57,1%
Σύνολο		8,4%	15,1%	20,2%	35,3%	21,0%	100,0%

χ^2= 4,281, d,f,=4, p= 0,369

		Η συνεργασία (επαγγελματικό - προσωπικό επίπεδο) με άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανέφικτη					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	5,0%	6,7%	10,0%	15,8%	5,8%	43,3%
	Ναι	0,8%	12,5%	15,0%	15,8%	12,5%	56,7%
Σύνολο		5,8%	19,2%	25,0%	31,7%	18,3%	100,0%

χ^2= 7,817, d,f,=4, p= 0,099

		Τα μικρά παιδιά των ανθρώπων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	2,5%	5,9%	10,1%	11,8%	13,4%	43,7%
	Ναι	3,4%	10,1%	15,1%	15,1%	12,6%	56,3%
Σύνολο		5,9%	16,0%	25,2%	26,9%	26,1%	100,0%

χ^2= 1,321, d,f,=4, p= 0,858

		Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	3,3%	8,3%	10,8%	14,2%	6,7%	43,3%
	Ναι	0,8%	10,0%	20,0%	13,3%	12,5%	56,7%
Σύνολο		4,2%	18,3%	30,8%	27,5%	19,2%	100,0%

χ^2= 5,375, d,f,=4, p= 0,251

		Μολονότι τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία μπορεί να φαίνονται ότι είναι εντάξει, δεν πρέπει να παντρεύονται					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Παρακολούθηση μαθήματος σχετικά με ψυχικές διαταραχές / πρακτική άσκηση σε ψυχιατρική δομή	Όχι	1,7%	5,8%	11,7%	15,8%	8,3%	43,3%
	Ναι	3,3%	8,3%	17,5%	15,8%	11,7%	56,7%
Σύνολο		5,0%	14,2%	29,2%	31,7%	20,0%	100,0%

χ^2= 1,150, d,f,=4, p= 0,886

<u>Γ μέρος</u>: Σχολή φοίτησης

		Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή τους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,6%	7,7%	2,6%			13,8%
	ΣΔΟ	5,6%	10,2%	3,6%	1,0%		20,4%
	ΣΕΥΠ	7,7%	28,6%	10,7%	2,6%	0,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,5%	11,2%	2,0%		1,0%	15,8%
Σύνολο		18,4%	57,7%	18,9%	3,6%	1,5%	100,0%

χ^2= 15,821150, d,f,=12, p=0 ,200

		Παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,6%	6,2%	3,1%	0,5%	0,5%	13,8%
	ΣΔΟ	3,6%	9,7%	6,7%		0,5%	20,5%
	ΣΕΥΠ	17,9%	20,0%	7,2%	3,1%	1,5%	49,7%
	ΣΤΕΦ	1,5%	8,7%	3,6%	2,1%		15,9%
Σύνολο		26,7%	44,6%	20,5%	5,6%	2,6%	100,0%

χ^2= 20,146, d,f,=12, p= 0,064

		Έκπτωση μνήμης					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,6%	3,2%	5,9%	2,7%		13,3%

	ΣΔΟ	2,1%	4,8%	6,9%	4,3%	0,5%	18,6%
	ΣΕΥΠ	5,9%	12,8%	21,3%	6,9%	5,3%	52,1%
	ΣΤΕΦ	2,7%	2,1%	6,4%	3,7%	1,1%	16,0%
Σύνολο		12,2%	22,9%	40,4%	17,6%	6,9%	100,0%

χ^2= 8,545, d,f,=12, p=0 ,741

Ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, σωματικές, γευστικές)							
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	5,9%	4,8%	1,6%	1,6%		14,0%
	ΣΔΟ	5,4%	8,1%	3,8%	1,6%		18,8%
	ΣΕΥΠ	20,4%	19,4%	5,4%	4,3%	2,2%	51,6%
	ΣΤΕΦ	3,8%	5,9%	3,2%	2,2%	0,5%	15,6%
Σύνολο		35,5%	38,2%	14,0%	9,7%	2,7%	100,0%

χ^2= 8,750, d,f,=12, p= 0,724

Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος							
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,1%	2,6%	4,7%	2,6%	2,1%	14,1%
	ΣΔΟ	0,5%	3,1%	3,7%	6,8%	4,7%	18,8%
	ΣΕΥΠ	2,1%	5,8%	11,5%	15,7%	16,2%	51,3%
	ΣΤΕΦ	,5%	2,6%	2,6%	6,8%	3,1%	15,7%
Σύνολο		5,2%	14,1%	22,5%	31,9%	26,2%	100,0%

χ^2= 14,763, d,f,=12, p= 0,255

Αποδιοργανωμένος λόγος (ασυνάρτητος λόγος)							
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,6%	6,7%	4,1%	1,0%		14,5%
	ΣΔΟ	2,1%	7,3%	7,8%	1,0%	0,5%	18,7%
	ΣΕΥΠ	14,5%	18,1%	10,4%	6,7%	1,6%	51,3%
	ΣΤΕΦ	1,6%	7,3%	4,1%	2,1%	0,5%	15,5%
Σύνολο		20,7%	39,4%	26,4%	10,9%	2,6%	100,0%

χ^2= 14,735, d,f,=12, p= 0,256

Αδυναμία να αναγνωρίσει αντικείμενα							
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**

Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	0,5%	3,7%	5,3%	4,2%		13,7%
	ΣΔΟ	3,2%	2,6%	7,9%	3,2%	2,1%	18,9%
	ΣΕΥΠ	2,1%	8,9%	19,5%	12,6%	8,4%	51,6%
	ΣΤΕΦ		3,7%	6,3%	2,6%	3,2%	15,8%
Σύνολο		5,8%	18,9%	38,9%	22,6%	13,7%	100,0%

χ^2= 18,722, d,f,=12, p= 0,095

	Παρουσιάζει υπερβολική υπνηλία						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,6%	2,7%	5,3%	2,7%	1,6%	13,9%
	ΣΔΟ	2,7%	3,2%	8,6%	3,7%	1,1%	19,3%
	ΣΕΥΠ	4,8%	5,9%	18,7%	12,8%	8,6%	50,8%
	ΣΤΕΦ	1,1%	5,3%	3,2%	3,7%	2,7%	16,0%
Σύνολο		10,2%	17,1%	35,8%	23,0%	13,9%	100,0%

χ^2= 13,847, d,f,=12, p= 0,335

	Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση, και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά όπως π,χ να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,5%	7,6%	2,0%		0,5%	13,6%
	ΣΔΟ	4,5%	10,1%	4,5%	1,5%		20,7%
	ΣΕΥΠ	14,6%	19,7%	9,1%	5,1%	1,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	4,0%	6,6%	3,5%	1,0%	0,5%	15,7%
Σύνολο		26,8%	43,9%	19,2%	7,6%	2,5%	100,0%

χ^2= 7,099, d,f,=12, p=0 ,851

	Τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψης συναναστροφής με το κοινωνικό τους περίγυρο (αποφεύγουν / δεν επιθυμούν κοινωνικές συναναστροφές)						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,5%	5,1%	3,6%	1,5%	0,5%	13,2%
	ΣΔΟ	3,6%	8,1%	5,1%	4,1%		20,8%
	ΣΕΥΠ	8,6%	22,8%	14,7%	4,1%		50,3%
	ΣΤΕΦ	1,0%	3,6%	7,6%	3,0%	0,5%	15,7%
Σύνολο		15,7%	39,6%	31,0%	12,7%	1,0%	100,0%

χ^2= 18,290, d,f,=12, p= 0,107

	Ένα άτομο με σχιζοφρένεια παρουσιάζει έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται / συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα) ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	5,1%	5,6%	1,5%	0,5%	14,1%
	ΣΔΟ	1,5%	9,1%	8,6%	1,0%		20,2%
	ΣΕΥΠ	9,6%	21,7%	14,6%	3,0%	1,0%	50,0%
	ΣΤΕΦ	2,5%	6,6%	3,5%	1,5%	1,5%	15,7%
Σύνολο		15,2%	42,4%	32,3%	7,1%	3,0%	100,0%

χ^2= 13,576, d,f,=12, p= 0,329

	Οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνον τα συναισθήματα τους να τους κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	4,6%	5,1%	1,0%	1,0%	13,7%
	ΣΔΟ	2,5%	5,6%	8,6%	2,0%	2,0%	20,8%
	ΣΕΥΠ	6,1%	11,7%	18,3%	11,2%	2,5%	49,7%
	ΣΤΕΦ	0,5%	6,6%	5,1%	3,0%	0,5%	15,7%
Σύνολο		11,2%	28,4%	37,1%	17,3%	6,1%	100,0%

χ^2= 11,746, d,f,=12, p= 0,466

	Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας πολύ σπάνια εκδηλώνει άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	1,5%	3,5%	5,1%	1,5%	13,6%
	ΣΔΟ	2,0%	3,0%	4,0%	5,1%	6,6%	20,7%
	ΣΕΥΠ	1,5%	7,6%	12,1%	19,7%	9,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,5%	1,0%	4,0%	4,5%	4,5%	15,7%
Σύνολο		7,1%	13,1%	23,7%	34,3%	21,7%	100,0%

χ^2= 14,083, d,f,=12, p= 0,295

	Καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	6,1%	4,5%	0,5%	0,5%	13,6%
	ΣΔΟ	4,0%	7,6%	6,1%	2,0%	1,0%	20,7%
	ΣΕΥΠ	3,5%	23,2%	15,2%	7,1%	1,0%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,5%	6,1%	7,1%	1,0%		15,7%
Σύνολο		11,1%	42,9%	32,8%	10,6%	2,5%	100,0%

χ^2= 11,896, d,f,=12, p=0 ,454

		Υπάρχει κάτι που έχουν οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	5,1%	3,1%	2,6%	1,0%	13,3%
	ΣΔΟ	2,6%	7,7%	5,6%	3,6%	1,5%	20,9%
	ΣΕΥΠ	5,1%	13,8%	15,3%	9,2%	6,6%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,5%	2,0%	6,6%	4,6%	1,0%	15,8%
Σύνολο		10,7%	28,6%	30,6%	19,9%	10,2%	100,0%

χ^2= 10,048, d,f,=12, p= 0,612

		Αν και τα άτομα με σχιζοφρένεια στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περίεργους τρόπους δεν είναι σωστό να τα περιγελάμε					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	6,6%	4,5%	,5%	1,5%	0,5%	13,6%
	ΣΔΟ	13,1%	4,0%	2,5%	1,0%		20,7%
	ΣΕΥΠ	32,3%	9,6%	4,0%	2,5%	1,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	8,6%	3,0%	1,5%	2,5%		15,7%
Σύνολο		60,6%	21,2%	8,6%	7,6%	2,0%	100,0%

χ^2= 11,792, d,f,=12, p= 0,463

		Αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	0,5%	5,1%	4,0%	2,0%	13,6%
	ΣΔΟ	1,5%	1,5%	8,1%	5,6%	4,0%	20,7%
	ΣΕΥΠ	3,0%	7,6%	19,2%	14,1%	6,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ	,5%	3,0%	7,1%	1,0%	4,0%	15,7%
Σύνολο		7,1%	12,6%	39,4%	24,7%	16,2%	100,0%

χ^2= 15,765, d,f,=12, p=0 ,202

		Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	4,1%	6,1%	2,0%		13,7%
	ΣΔΟ	1,0%	6,6%	11,2%	2,0%		20,8%
	ΣΕΥΠ	3,6%	16,2%	24,4%	5,1%	0,5%	49,7%
	ΣΤΕΦ	2,5%	2,5%	6,1%	3,6%	1,0%	15,7%
Σύνολο		8,6%	29,4%	47,7%	12,7%	1,5%	100,0%

χ^2= 15,722, d,f,=12, p=0 ,204

		Άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άνδρες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	3,0%	6,1%	3,0%		13,7%
	ΣΔΟ	0,5%	4,6%	11,7%	2,0%	2,0%	20,8%
	ΣΕΥΠ	3,0%	15,2%	22,3%	6,1%	3,0%	49,7%
	ΣΤΕΦ	1,0%	3,0%	8,6%	3,0%		15,7%
Σύνολο		6,1%	25,9%	48,7%	14,2%	5,1%	100,0%

χ^2= 12,414, d,f,=12, p=0 ,413

		Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρεία δεν είναι πιο επικίνδυνοι από το μέσο άνθρωπο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,0%	4,1%	5,1%	1,5%		13,7%
	ΣΔΟ	1,0%	7,6%	10,2%	1,5%	0,5%	20,8%
	ΣΕΥΠ	5,1%	16,2%	19,8%	5,6%	3,0%	49,7%
	ΣΤΕΦ		5,6%	7,1%	2,0%	1,0%	15,7%
Σύνολο		9,1%	33,5%	42,1%	10,7%	4,6%	100,0%

χ^2= 12,923, d,f,=12, p= 0,375

		Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας - όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	5,1%	6,6%	1,0%	0,5%	0,5%	13,7%
	ΣΔΟ	3,6%	11,2%	3,6%	1,5%	0,5%	20,8%
	ΣΕΥΠ	17,8%	22,3%	6,1%	2,5%	1,0%	49,7%
	ΣΤΕΦ	2,0%	9,6%	3,0%		1,0%	15,7%
Σύνολο		28,4%	49,7%	13,7%	4,6%	3,0%	100,0%

χ^2= 18,049, d,f,=12, p= 0,260

		Η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	1,5%	5,6%	2,0%	3,0%	13,7%
	ΣΔΟ	1,5%	4,6%	6,6%	6,1%	1,5%	20,3%
	ΣΕΥΠ	2,5%	8,6%	14,7%	19,8%	4,6%	50,3%
	ΣΤΕΦ	0,5%	2,5%	6,6%	4,6%	1,5%	15,7%
Σύνολο		6,1%	17,3%	33,5%	32,5%	10,7%	100,0%

χ^2= 12,965, d,f,=12, p= 0,372

Υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στην σχιζοφρένεια

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	4,0%	4,0%	4,0%	1,0%	0,5%	13,6%
	ΣΔΟ	2,0%	10,1%	7,1%	1,5%		20,7%
	ΣΕΥΠ	7,6%	21,2%	15,2%	3,5%	2,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	2,5%	7,6%	3,0%	1,0%	1,5%	15,7%
Σύνολο		16,2%	42,9%	29,3%	7,1%	4,5%	100,0%

χ^2= 10,987, d,f,=12, p= 0,530

	Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς προέρχονται από οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	4,1%	4,1%	3,0%	1,0%	13,7%
	ΣΔΟ	2,5%	8,6%	5,6%	3,6%	0,5%	20,8%
	ΣΕΥΠ	4,6%	15,2%	18,3%	10,2%	2,0%	50,3%
	ΣΤΕΦ	2,0%	4,1%	7,1%	1,5%	0,5%	15,2%
Σύνολο		10,7%	32,0%	35,0%	18,3%	4,1%	100,0%

χ^2= 6,937, d,f,=12, p=0,862

	Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών στρεσσογόνων επιδράσεων του περιβάλλοντος						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	4,5%	6,6%	1,5%		13,6%
	ΣΔΟ	1,0%	7,1%	8,6%	3,5%	0,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	6,6%	16,2%	20,7%	5,1%	1,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	,5%	5,6%	5,6%	2,0%	2,0%	15,7%
Σύνολο		9,1%	33,3%	41,4%	12,1%	4,0%	100,0%

χ^2= 13,305, d,f,=12, p=0 ,347

	Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,5%	4,1%	4,6%	2,0%	0,5%	13,7%
	ΣΔΟ	2,5%	2,5%	11,7%	3,6%	0,5%	20,8%
	ΣΕΥΠ	4,1%	10,7%	22,8%	8,1%	4,1%	49,7%
	ΣΤΕΦ	2,0%	5,1%	4,6%	3,6%	,5%	15,7%
Σύνολο		11,2%	22,3%	43,7%	17,3%	5,6%	100,0%

χ^2= 12,927, d,f,=12, p= 0,374

		Μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο ασθενής με την οικογένεια του, ώστε να αποφευχθεί η νοσηλεία του σε νοσοκομείο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,5%	4,5%	2,5%	3,0%	1,0%	13,6%
	ΣΔΟ	5,6%	8,1%	6,1%	,5%	0,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	11,6%	20,7%	11,1%	5,1%	1,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	3,0%	5,6%	4,0%	2,0%	1,0%	15,7%
Σύνολο		22,7%	38,9%	23,7%	10,6%	4,0%	100,0%

χ^2= 10,045, d,f,=12, p=0 ,612

		Αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα γίνονταν πιθανόν και αυτά πάσχοντες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	3,0%	4,6%	2,5%	2,0%	13,7%
	ΣΔΟ	0,5%	6,1%	7,1%	6,1%	1,0%	20,8%
	ΣΕΥΠ	1,0%	10,2%	18,3%	12,7%	8,1%	50,3%
	ΣΤΕΦ	1,0%	1,5%	5,1%	5,1%	2,5%	15,2%
Σύνολο		4,1%	20,8%	35,0%	26,4%	13,7%	100,0%

χ^2= 12,673, d,f,=12, p= 0,393

		Μερικές φορές τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν τιμωρία για κακές πράξεις					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,0%	3,0%	4,1%	3,0%	13,7%
	ΣΔΟ	1,5%	2,0%	6,6%	7,1%	3,6%	20,8%
	ΣΕΥΠ	0,5%	6,6%	12,2%	10,7%	20,3%	50,3%
	ΣΤΕΦ		3,0%	4,1%	2,5%	5,6%	15,2%
Σύνολο		3,6%	13,7%	25,9%	24,4%	32,5%	100,0%

χ^2= 20,008, d,f,=12, p= 0,067

		Η σχιζοφρένεια είναι ένας μύθος που κατασκευάστηκε για να μπορούν οι κοινωνικά ισχυροί να εξουσιάζουν τους κοινωνικά αδύναμους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	2,5%	4,0%	2,0%	3,0%	13,6%
	ΣΔΟ	2,0%	2,5%	5,1%	6,6%	4,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	3,5%	3,5%	10,6%	14,1%	18,2%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,0%	1,0%	5,1%	4,0%	4,5%	15,7%
Σύνολο		8,6%	9,6%	24,7%	26,8%	30,3%	100,0%

χ^2= 11,342, d,f,=12, p= 0,500

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,0%	3,6%	3,6%	3,0%	,5%	13,7%
	ΣΔΟ	4,1%	5,1%	8,1%	2,5%	1,0%	20,8%
	ΣΕΥΠ	7,1%	15,2%	18,8%	6,1%	2,5%	49,7%
	ΣΤΕΦ	2,5%	5,6%	6,6%	1,0%		15,7%
Σύνολο		16,8%	29,4%	37,1%	12,7%	4,1%	100,0%

χ^2= 7,592, d,f,=12, p=0 ,816

		Συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές)					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,0%	2,5%	4,6%	3,0%	13,7%
	ΣΔΟ	1,0%	3,6%	6,6%	5,1%	4,1%	20,3%
	ΣΕΥΠ	0,5%	9,1%	15,7%	13,2%	11,7%	50,3%
	ΣΤΕΦ		4,6%	6,6%	2,0%	2,5%	15,7%
Σύνολο		3,0%	19,3%	31,5%	24,9%	21,3%	100,0%

χ^2= 16,271, d,f,=12, p=0 ,179

		Η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,0%	4,6%	4,1%	1,5%	13,7%
	ΣΔΟ	2,0%	4,1%	6,6%	6,6%	1,0%	20,3%
	ΣΕΥΠ	4,6%	12,7%	16,8%	10,7%	5,6%	50,3%
	ΣΤΕΦ	0,5%	4,1%	6,1%	2,5%	2,5%	15,7%
Σύνολο		8,6%	22,8%	34,0%	23,9%	10,7%	100,0%

χ^2= 7,664, d,f,=12, p= 0,811

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,5%	5,6%	2,5%	1,5%	13,7%
	ΣΔΟ	4,6%	7,6%	6,6%	1,5%	,5%	20,8%
	ΣΕΥΠ	5,1%	16,8%	22,8%	3,0%	2,0%	49,7%
	ΣΤΕΦ	1,5%	5,1%	5,1%	3,0%	1,0%	15,7%
Σύνολο		12,7%	32,0%	40,1%	10,2%	5,1%	100,0%

χ^2= 16,584, d,f,=12, p= 0,166

		Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων στο περιβάλλον του ασθενή					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,1%	5,1%	3,6%	0,5%	1,0%	13,3%
	ΣΔΟ	3,6%	12,2%	3,1%	1,5%	0,5%	20,9%
	ΣΕΥΠ	11,2%	24,5%	11,2%	2,0%	1,0%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,5%	7,7%	5,1%	1,0%	,5%	15,8%
Σύνολο		19,4%	49,5%	23,0%	5,1%	3,1%	100,0%

χ^2= 9,196, d,f,=12, p=0 ,686

		Το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας ισοδυναμεί με το να αποτύχει στην ζωή του					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	3,5%	13,6%
	ΣΔΟ	2,0%	3,0%	4,5%	9,1%	2,0%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,5%	8,1%	12,6%	13,6%	13,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ	0,5%	1,5%	4,5%	6,6%	2,5%	15,7%
Σύνολο		7,1%	15,7%	23,7%	32,3%	21,2%	100,0%

χ^2= 15,453, d,f,=12, p= 0,218

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ψυχοθεραπεία					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,5%	5,1%	2,5%	2,0%	13,7%
	ΣΔΟ	3,0%	2,0%	8,6%	6,1%	1,0%	20,8%
	ΣΕΥΠ	4,6%	11,2%	19,8%	11,2%	3,6%	50,3%
	ΣΤΕΦ		2,0%	6,6%	4,6%	2,0%	15,2%
Σύνολο		9,1%	17,8%	40,1%	24,4%	8,6%	100,0%

χ^2= 11,587, d,f,=12, p= 0,479

		Η καλύτερη θεραπεία για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	4,1%	6,1%	1,5%	1,5%	0,5%	13,8%
	ΣΔΟ	3,6%	8,7%	6,6%	1,0%	1,0%	20,9%
	ΣΕΥΠ	13,8%	19,9%	9,7%	3,1%	3,1%	49,5%
	ΣΤΕΦ	3,1%	5,1%	5,6%	1,5%	,5%	15,8%
Σύνολο		24,5%	39,8%	23,5%	7,1%	5,1%	100,0%

χ^2= 9,921, d,f,=12, p= 0,623

		Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	4,1%	2,0%	3,6%	2,5%	13,2%
	ΣΔΟ	0,5%	3,0%	6,6%	6,6%	4,1%	20,8%
	ΣΕΥΠ	3,0%	8,6%	12,2%	12,7%	13,7%	50,3%
	ΣΤΕΦ	1,5%	1,0%	5,6%	5,1%	2,5%	15,7%
Σύνολο		6,1%	16,8%	26,4%	27,9%	22,8%	100,0%

χ^2= 12,063, d,f,=12, p=0 ,441

		Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με την πίστη στο θεό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	2,5%	3,0%	4,0%	3,0%	13,6%
	ΣΔΟ	1,5%	2,5%	7,1%	4,5%	5,1%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,5%	6,1%	16,7%	11,6%	13,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ		3,5%	4,5%	4,5%	3,0%	15,7%
Σύνολο		5,1%	14,6%	31,3%	24,7%	24,2%	100,0%

χ^2= 6,175, d,f,=12, p= 0,876

		Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	0,5%	1,0%	1,5%	4,1%	5,6%	12,8%
	ΣΔΟ	1,0%	1,0%	3,1%	6,2%	9,7%	21,0%
	ΣΕΥΠ	2,1%	5,1%	5,6%	9,2%	28,2%	50,3%
	ΣΤΕΦ	0,5%	1,0%	2,6%	4,1%	7,7%	15,9%
Σύνολο		4,1%	8,2%	12,8%	23,6%	51,3%	100,0%

χ^2= 5,304, d,f,=12, p= 0,947

		Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές με συμπτώματα σχιζοφρένειας, είναι να τους έχουν κλειδαμπαρωμένους					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	1,5%	2,0%	2,5%	6,6%	13,7%
	ΣΔΟ	3,0%	,5%	2,5%	4,6%	10,2%	20,8%
	ΣΕΥΠ	3,6%	2,0%	9,1%	8,1%	27,4%	50,3%
	ΣΤΕΦ	0,5%	,5%	2,5%	3,0%	8,6%	15,2%
Σύνολο		8,1%	4,6%	16,2%	18,3%	52,8%	100,0%

χ^2= 7,890, d,f,=12, p=0 ,794

		Στους νοσηλευόμενους των ψυχιατρείων με σχιζοφρένεια θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	4,6%	3,6%	2,0%	1,5%	13,8%
	ΣΔΟ	2,6%	8,7%	5,6%	2,0%	1,5%	20,4%
	ΣΕΥΠ	7,7%	21,9%	14,3%	2,6%	4,1%	50,5%
	ΣΤΕΦ	3,1%	6,1%	3,6%	2,0%	,5%	15,3%
Σύνολο		15,3%	41,3%	27,0%	8,7%	7,7%	100,0%

χ^2= 6,101, d,f,=12, p=0 ,911

		Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν το άτομο με σχιζοφρένεια να αισθάνεται όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	6,1%	5,1%	1,5%	1,0%		13,8%
	ΣΔΟ	9,7%	5,6%	4,1%	1,0%	0,5%	20,9%
	ΣΕΥΠ	17,3%	20,4%	7,1%	2,0%	3,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ	5,1%	7,1%	2,0%		1,0%	15,3%
Σύνολο		38,3%	38,3%	14,8%	4,1%	4,6%	100,0%

χ^2= 8,997, d,f,=12, p=0 ,703

		Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	6,1%	6,6%		1,0%		13,6%
	ΣΔΟ	9,1%	7,6%	3,0%	0,5%	0,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	18,7%	18,2%	10,6%	2,0%	0,5%	50,0%
	ΣΤΕΦ	6,6%	5,1%	2,0%	1,5%	0,5%	15,7%
Σύνολο		40,4%	37,4%	15,7%	5,1%	1,5%	100,0%

χ^2= 11,692, d,f,=12, p=0 ,471

		Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	6,6%	5,1%	2,0%			13,7%
	ΣΔΟ	8,6%	9,6%	1,5%	1,0%		20,8%
	ΣΕΥΠ	23,9%	13,7%	9,6%	1,5%	1,5%	50,3%
	ΣΤΕΦ	6,1%	5,1%	2,5%	1,0%	0,5%	15,2%

Σύνολο		45,2%	33,5%	15,7%	3,6%	2,0%	100,0%

χ^2= 10,541692, d,f,=12, p= 0,569

		Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή περίπτωση σχιζοφρένειας					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	1,0%	5,1%	2,5%	3,0%	13,6%
	ΣΔΟ	3,5%	3,5%	6,6%	4,0%	3,0%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,0%	10,6%	20,2%	9,6%	7,6%	50,0%
	ΣΤΕΦ	2,0%	3,0%	7,1%	1,0%	2,5%	15,7%
Σύνολο		9,6%	18,2%	38,9%	17,2%	16,2%	100,0%

χ^2= 13,112, d,f,=12, p=0 ,361

		Το δικαίωμα διαζυγίου με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, πρέπει να είναι νομικά κατοχυρωμένο					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	4,6%	3,0%	2,0%	2,5%	13,7%
	ΣΔΟ	3,6%	5,6%	6,6%	3,0%	2,0%	20,8%
	ΣΕΥΠ	6,6%	14,2%	17,3%	7,6%	4,6%	50,3%
	ΣΤΕΦ	2,5%	3,0%	4,6%	2,5%	2,5%	15,2%
Σύνολο		14,2%	27,4%	31,5%	15,2%	11,7%	100,0%

χ^2=5,094, d,f,=12, p=0 ,955

		Στα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	3,6%	3,6%	1,5%	3,6%	13,7%
	ΣΔΟ	3,6%	3,6%	6,1%	5,1%	2,0%	20,3%
	ΣΕΥΠ	5,1%	11,7%	11,7%	9,6%	12,2%	50,3%
	ΣΤΕΦ	1,5%	2,5%	6,1%	3,6%	2,0%	15,7%
Σύνολο		11,7%	21,3%	27,4%	19,8%	19,8%	100,0%

χ^2=10,683, d,f,=12, p= 0,556

		Στα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	2,6%	3,6%	2,1%	4,1%	13,4%
	ΣΔΟ	1,0%	4,1%	5,7%	7,7%	2,6%	21,1%
	ΣΕΥΠ	1,5%	10,3%	15,5%	11,9%	10,8%	50,0%

	ΣΤΕΦ	2,6%	5,2%	4,6%	2,6%	,5%	15,5%
Σύνολο		6,2%	22,2%	29,4%	24,2%	18,0%	100,0%

χ^2=20,839, d,f,=12, p= ,053

Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών							
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	2,0%	7,1%	2,0%	1,5%	13,7%
	ΣΕΥΠ	4,1%	7,6%	17,8%	14,2%	6,1%	49,7%
	ΣΤΕΦ		3,6%	3,6%	5,1%	3,6%	15,7%
Σύνολο		6,6%	17,8%	33,5%	27,4%	14,7%	100,0%

χ^2= 12,750, d,f,=12, p= 0,388

	Όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά κάνοντας στείρωση						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	4,0%	2,0%	4,0%	1,0%	2,5%	13,6%
	ΣΔΟ	1,5%	5,1%	6,1%	6,6%	1,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	1,0%	7,6%	17,2%	13,6%	10,6%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,0%	2,5%	3,0%	6,1%	3,0%	15,7%
Σύνολο		7,6%	17,2%	30,3%	27,3%	17,7%	100,0%

χ^2= 33,726, d,f,=12, p= ,001

Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν							
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,6%	2,6%	5,1%	1,0%	2,6%	13,8%
	ΣΔΟ	2,0%	7,1%	8,7%	2,0%	0,5%	20,4%
	ΣΕΥΠ	7,1%	15,8%	17,9%	8,2%	1,5%	50,5%
	ΣΤΕΦ	1,0%	6,6%	5,6%	2,0%		15,3%
Σύνολο		12,8%	32,1%	37,2%	13,3%	4,6%	100,0%

χ^2= 20,543, d,f,=12, p= ,057

	Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία, ακόμα και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένα						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	3,6%	5,1%	2,0%	1,5%	1,0%	13,3%
	ΣΔΟ	2,6%	5,6%	6,6%	3,6%	2,0%	20,4%
	ΣΕΥΠ	3,6%	15,3%	19,9%	8,2%	3,6%	50,5%
	ΣΤΕΦ	1,5%	7,1%	4,6%	2,0%	,5%	15,8%

Σύνολο		11,2%	33,2%	33,2%	15,3%	7,1%	100,0%

χ^2= 15,019, d,f,=12, p= 0,240

		Κάθε ψυχιατρείο που νοσηλεύει άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	1,5%	5,1%	1,0%	4,0%	13,6%
	ΣΔΟ	2,0%	3,5%	4,5%	8,1%	2,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,5%	7,6%	11,6%	15,7%	12,6%	50,0%
	ΣΤΕΦ	1,0%	2,5%	5,1%	6,1%	1,0%	15,7%
Σύνολο		7,6%	15,2%	26,3%	30,8%	20,2%	100,0%

χ^2= 18,649, d,f,=12, p=0 ,097

		Όπως και αν το δει κανείς τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,0%	3,0%	4,0%	3,0%	13,6%
	ΣΔΟ	1,5%	3,0%	5,6%	5,6%	5,1%	20,7%
	ΣΕΥΠ	3,0%	5,1%	8,6%	15,7%	17,7%	50,0%
	ΣΤΕΦ		2,0%	3,5%	4,5%	5,6%	15,7%
Σύνολο		6,1%	12,1%	20,7%	29,8%	31,3%	100,0%

χ^2= 7,501, d,f,=12, p= 0,823

		Οι περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι άξιες εμπιστοσύνης για να προσέχουν μικρά παιδιά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**		3,0%	4,5%	5,1%	1,0%	13,6%
	ΣΔΟ	2,0%	3,0%	4,0%	7,1%	4,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,5%	6,6%	22,7%	12,1%	6,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ		1,5%	4,5%	5,6%	4,0%	15,7%
Σύνολο		4,5%	14,1%	35,9%	29,8%	15,7%	100,0%

χ^2= 20,089, d,f,=12, p=0 ,065

		Πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για τους νοσηλευόμενους σε ένα ψυχιατρείο με σχιζοφρένεια πέρα από να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,1%	1,5%	5,1%	2,6%	1,5%	12,8%
	ΣΔΟ	2,1%	4,1%	4,6%	6,2%	4,1%	21,0%
	ΣΕΥΠ	4,1%	9,2%	11,8%	15,4%	9,7%	50,3%

	ΣΤΕΦ	0,5%	4,6%	2,6%	5,1%	3,1%	15,9%
Σύνολο		8,7%	19,5%	24,1%	29,2%	18,5%	100,0%

χ^2= 9,983, d,f,=12, p= 0,617

	Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	2,0%	5,6%	1,5%	2,5%	1,5%	13,2%
	ΣΔΟ	2,5%	10,7%	5,1%	2,0%	0,5%	20,8%
	ΣΕΥΠ	4,6%	16,2%	16,8%	7,6%	5,1%	50,3%
	ΣΤΕΦ	3,0%	5,1%	4,1%	2,0%	1,5%	15,7%
Σύνολο		12,2%	37,6%	27,4%	14,2%	8,6%	100,0%

χ^2= 12,770, d,f,=12, p= 0,386

	Η σύναψη φιλικών σχέσεων ή ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι απαγορευμένη						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	0,5%	2,5%	4,6%	3,6%	2,5%	13,7%
	ΣΔΟ	2,0%	3,6%	3,0%	8,6%	3,0%	20,3%
	ΣΕΥΠ	1,5%	7,1%	15,2%	14,2%	12,2%	50,3%
	ΣΤΕΦ	1,5%	1,0%	2,0%	8,1%	3,0%	15,7%
Σύνολο		5,6%	14,2%	24,9%	34,5%	20,8%	100,0%

χ^2= 17,293, d,f,=12, p=0,139

	Η συνεργασία (επαγγελματικό - προσωπικό επίπεδο) με άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανέφικτη						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,5%	4,5%	2,5%	2,5%	13,6%
	ΣΔΟ	2,0%	3,0%	6,1%	9,1%	0,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,0%	9,1%	14,1%	14,6%	10,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ	0,5%	2,0%	5,1%	5,1%	3,0%	15,7%
Σύνολο		6,1%	16,7%	29,8%	31,3%	16,2%	100,0%

χ^2= 13,641, d,f,=12, p=0 ,324

	Τα μικρά παιδιά των ανθρώπων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται						
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	2,0%	3,0%	3,6%	4,1%	13,7%
	ΣΔΟ	1,5%	3,6%	4,1%	7,6%	4,1%	20,8%
	ΣΕΥΠ	2,0%	7,1%	13,7%	13,2%	13,7%	49,7%

	ΣΤΕΦ		1,5%	3,6%	5,1%	5,6%	15,7%
Σύνολο		4,6%	14,2%	24,4%	29,4%	27,4%	100,0%

χ^2= 7,118, d,f,=12, p=0 ,850

		Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,5%	2,0%	4,6%	3,6%	2,0%	13,7%
	ΣΔΟ	1,0%	3,6%	6,1%	6,6%	3,0%	20,3%
	ΣΕΥΠ	,5%	10,2%	15,2%	11,7%	12,7%	50,3%
	ΣΤΕΦ	1,0%	2,0%	5,1%	6,1%	1,5%	15,7%
Σύνολο		4,1%	17,8%	31,0%	27,9%	19,3%	100,0%

χ^2= 13,448, d,f,=12, p=0 ,337

		Μολονότι τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία μπορεί να φαίνονται ότι είναι εντάξει, δεν πρέπει να παντρεύονται					
		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**	**Σύνολο**
Σχολή φοίτησης	**ΣΤΕΓ**	1,0%	1,0%	7,1%	3,0%	1,5%	13,6%
	ΣΔΟ	1,5%	1,0%	7,1%	7,6%	3,5%	20,7%
	ΣΕΥΠ	2,5%	6,6%	15,2%	14,6%	11,1%	50,0%
	ΣΤΕΦ	,5%	3,0%	4,5%	4,0%	3,5%	15,7%
Σύνολο		5,6%	11,6%	33,8%	29,3%	19,7%	100,0%

χ^2= 10,659, d,f,=12, p= 0,558

<u>Δ μέρος :</u> Κατηγοριοποίηση επαγγέλματος των γονέων των σπουδαστών

Πίνακας 6: Η επαγγελματική θέση του πατέρα

Επάγγελμα πατέρα	**%**
Χειριστής μηχανημάτων	0,5
Αγρότης	11,9
Δάσκαλος	1,6
Δημοτικός υπάλληλος	1,0
Επιχειρηματίας	0,5
Επιπλοποιός	2,1
Ελεύθερος επαγγελματίας	6,2
Γιατρός	0,5

Εκπαιδευτής οδηγών	0,5
Δικαστής	0,5
Βυρσοδέψης	0,5
Έμπορος	0,5
Γουνεργάτης	0,5
Αρχιτέκτων μηχανικός	0,5
Εργάτης	1,0
Εργολάβος	1,0
Εργολάβος οικοδομών	0,5
Αρτοποιός	1,0
Δημόσιος υπάλληλος	13,5
Αυτοκινητιστής	1,6
Αστυνομικός	3,6
Ηλεκτρολόγος	2,1
Ηλεκτρολόγος μηχανικός	0,5
Ηλεκτρονικός	0,5
Πλοίαρχος	0,5
Πυροσβέστης	0,5
Πωλήτρια	0,5
Ιερέας	0,5
Κλωστοϋφαντουργός	0,5
Λογιστής	0,5
Κρεοπώλης	0,5
Ιδιωτικός υπάλληλος	19,2
Κυβερνήτης	0,5
Κτηνοτρόφος	0,5
Μάγειρας	0,5
Μαθηματικός	0,5
Μαρμαράς	0,5
Μεσίτης	0,5
Ναυτικός	1,0
Μηχανικός	1,6
Μηχανικός αυτοκινήτων	1,6
Μηχανολόγος πλοίων	0,5
Μηχανουργός	0,5
Οικοδόμος	3,6
Οικονομολόγος	0,5
Νοσοκόμος	0,5
Υπουργός άμυνας	0,5
Φιλόλογος	0,5

Τραπεζικός υπάλληλος	1,0
Συνταξιούχος	7,8
Στρατιωτικός	1,0
Φωτογράφος	0,5
Σύνολο	**100,0**

Πίνακας 7: Η επαγγελματική θέση της μητέρας

Επάγγελμα μητέρας	%
Δασκάλα	0,5
Γεωπόνος	1,0
Δημοτικός υπάλληλος	1,0
Επιχειρηματίας	1,0
Ζαχαροπλάστης	0,5
Ελεύθερος επαγγελματίας	4,2
Γιατρός	0,5
Εισοδηματίας	0,5
Άνεργος	1,6
Ενδυματολόγος	0,5
Έμπορος	0,5
Γουνεργάτης	0,5
Εργάτρια	0,5
Δημόσιος υπάλληλος	8,9
Παιδίατρος	0,5
Πωλήτρια	1,0
Καθαρίστρια	0,5
Καθηγήτρια	0,5
Λογίστρια	0,5
Ιδιωτικός υπάλληλος	17,8
Ξενοδοχοϋπάλληλος	1
Νηπιαγωγός	0,5
Οικιακά	48,7
Οικιακή βοηθός	0,5
Νοσοκόμα	1,0
Σεφ	0,5
Φιλόλογος	1,0
Τραπεζικός υπάλληλος	1,0
Συμβολαιογράφος	0,5

Συνταξιούχος	1,6
Σύνολο	**100,0**

<u>Ε μέρος:</u> Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

"Αξιολόγηση των απόψεων και στάσεων του φοιτητικού πληθυσμού του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, απέναντι στην σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές"

Ονοματεπώνυμο σπουδαστριών: **Γιανναδάκη Ναυσικά**
Σαπουντζή Αγγελική-Κυριακή

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη

ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με σκοπό να διερευνηθούν και να παρουσιαστούν οι απόψεις και στάσεις του φοιτητικού πληθυσμού στο Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης απέναντι στα άτομα που πάσχουν

από σοβαρές ψυχικές παθήσεις και συγκεκριμένα από σχιζοφρένεια, όσον αφορά τη λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και άλλους τομείς της καθημερινής τους ζωής.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς και μόνο.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην έρευνα!

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ.....

Δημιουργήστε το δικό σας κωδικό αριθμό ως εξής:

[1] το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς σας από τη μητέρα σας
[2] το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού σας από τον πατέρα σας
[3] ο μήνας γέννησής σας (σε διψήφιο νούμερο)
[4] τα δύο αρχικά γράμματα του τόπου γέννησής σας

π.χ [1] Α (από το Αικατερίνη)
[2] Ν (από το Νεοκλής)
[3] 05 (από το Μάιος)
[4] ΛΕ (από το Λευκωσία)
↳ ΑΝ05ΛΕ

Φύλο: ❒ Άρρεν ❒ Θήλυ

Ηλικία:.....

Σχολή φοίτησης:.....

Τμήμα:.....

Στην σχολή φοίτησής σας, παρακολουθείτε μαθήματα που σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες / διαταραχές ή πραγματοποιείτε πρακτική άσκηση σε κάποια ψυχιατρική δομή; Αν ναι, αναφέρετε ποια:

……

……

……

Έχετε κάποιο συγγενή ή γνωστό που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή σχιζοφρένεια;

❒ Ναι ❒ Όχι

Τόπος μόνιμης διαμονής *(εκεί που κατοικείτε ή κατοικούσατε και πρόκειται να κατοικήσετε μετά από προσωρινή μετακίνησή σας σε χώρο σπουδών ή για άλλους λόγους)*

1	❒ Αθήνα	11	❒ Λάρισα
2	❒ Πειραιάς	12	❒ Βόλος
3	❒ Υπόλοιπο Αττικής	13	❒ Υπόλοιπο Θεσσαλίας
4	❒ Στερεά Ελλάδα	14	❒ Ιωάννινα
5	❒ Θεσσαλονίκη	15	❒ Υπόλοιπο Ηπείρου
6	❒ Υπόλοιπο Μακεδονίας	16	❒ Δωδεκάνησα
7	❒ Πάτρα	17	❒ Κυκλάδες
8	❒ Υπόλοιπο Πελοποννήσου	18	❒ Υπόλοιπο Αιγαίου
9	❒ Ηράκλειο Κρήτης	19	❒ Επτάνησα
10	❒ Υπόλοιπο Κρήτης		

Τόπος προσωρινής διαμονής:.....

Οικογενειακή κατάσταση:
1) Ελεύθερος/η
2) Παντρεμένος/η
3) Διαζευγμένος/η
4) Άλλο

Κατάσταση πατρικής οικογένειας:
1) Μοναχοπαίδι
2) Με αδέλφια. Αναφέρατε αριθμό:.....

Επίπεδο σπουδών (βάλτε σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό):

	Πατέρας	Μητέρα
1. Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού	1	1
2. Απόφοιτος Δημοτικού	2	2
3. Λίγες τάξεις Γυμνασίου ή Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)	3	3
4. Απολυτήριο Λυκείου ή Μέσης Τεχνικής Σχολής (ή απολυτήριο παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου)	4	4
5. Πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής	5	5

Επάγγελμα γονέων:
1) Πατέρας:.....
2) Μητέρα:.....

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στην σχιζοφρένεια και τα άτομα που εμφανίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής. Υπάρχουν διάφορες τοποθετήσεις σχετικά με το θέμα αυτό. Θα θέλαμε τις δικές σας απαντήσεις στις προτάσεις που ακολουθούν.

Για κάθε πρόταση αντιστοιχεί μια κλίμακα με πέντε (5) διαβαθμίσεις:

1= Συμφωνώ Απόλυτα 2= Συμφωνώ 3= Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4= Διαφωνώ 5= Διαφωνώ Απόλυτα

Παρακαλούμε σημειώσατε το τετράγωνο που θεωρείτε ότι αντιπροσωπεύει την καταλληλότερη απάντηση σε κάθε μια από τις ακόλουθες προτάσεις. Για δική σας διευκόλυνση στη συμπλήρωση, το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε ενότητες.

<u>Α. Συμπτώματα-Κλινική Εικόνα</u>

1. Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή τους.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι τα ακόλουθα:

Α. Παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται/συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Β. Έκπτωση μνήμης	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Γ. Ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, σωματικές, γευστικές)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Δ. Έντονος φόβος του ατόμου, μήπως πάρει βάρος	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Ε. Αποδιοργανωμένος λόγος (ασυνάρτητος λόγος)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
ΣΤ. Αδυναμία να αναγνωρίσει αντικείμενα	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Ζ. Παρουσιάζει υπερβολική υπνηλία	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

3. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση, και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά όπως π.χ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψη συναναστροφής με τον κοινωνικό τους περίγυρο. (αποφεύγουν/ δεν επιθυμούν κοινωνικές συναναστροφές).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρουσιάζει έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες (ιδέες που οργανώνονται/ συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα) ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

6. Οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αφήνουν τα συναισθήματά τους να τούς κυβερνούν, ενώ τα κανονικά άτομα σκέφτονται τι κάνουν.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

7. Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας πολύ σπάνια εκδηλώνει άγχος, θυμό, λεκτική και σωματική επιθετικότητα.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8. Ένα άτομο με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν χαρακτηρίζεται από εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

9. Καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

10. Υπάρχει κάτι που έχουν οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ώστε εύκολα τους ξεχωρίζει κανείς από τους άλλους ανθρώπους.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

11. Αν και τα άτομα με σχιζοφρένεια στα ψυχιατρεία συμπεριφέρονται με περίεργους τρόπους δεν είναι σωστό να τα περιγελάμε.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

12. Αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Β. Πορεία-Πρόγνωση

13. Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

14. Άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άνδρες.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

15. Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρεία δεν είναι πιο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άνθρωπο.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Γ. Αιτιολογία

16. Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας –όπως και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών- περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

17. Η σχιζοφρένεια πιθανώς οφείλεται σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

18.Υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στην σχιζοφρένεια.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

19. Οι άνθρωποι με συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς προέρχονται από οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

20. Συμπτώματα σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε «δαιμονοληψία».

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

21. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών στρεσσογόνων επιδράσεων του περιβάλλοντος.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

22. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας πιθανώς οφείλονται σε μη φυσιολογική έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

23. Μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο ασθενής με την οικογένειά του, ώστε να αποφευχθεί η νοσηλεία του σε νοσοκομείο.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

24. Αν τα παιδιά υγιών γονέων μεγάλωναν με γονείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα γινόταν πιθανόν κι αυτά πάσχοντες.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

25.Μερικές φορές τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν τιμωρία για κακές πράξεις.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

26. Η σχιζοφρένεια είναι ένας μύθος που κατασκευάστηκε για να μπορούν οι κοινωνικά ισχυροί να εξουσιάζουν τους κοινωνικά αδύναμους.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Δ. Θεραπεία

27. Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

28.Συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοχειρουργική (λοβοτομές).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

29. Η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ψυχική διαταραχή.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

30. Η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

31. Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων στο περιβάλλον του ασθενή.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

32. Το να φτάσει κανείς να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, ισοδυναμεί με το να αποτύχει στη ζωή του.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

33. Η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια είναι η φαρμακοθεραπεία.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

34. Η καλύτερη θεραπεία για άτομα με σχιζοφρένεια είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

35. Η καλύτερη θεραπεία για σχιζοφρένεια είναι ο εγκλεισμός σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

36. Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα με πίστη στο Θεό.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

37.Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την παραμονή τους στα ψυχιατρεία δεν είναι επικίνδυνα.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

38. Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται καλύτερα με εξορκισμό.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

39. Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές δομές με συμπτώματα σχιζοφρένειας, είναι να τους έχουν κλειδαμπαρωμένους.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

40. Στους νοσηλευόμενους των ψυχιατρείων με σχιζοφρένεια θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

41. Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν το άτομο με σχιζοφρένεια να αισθάνεται όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Ε. Νομοθεσία/Κρατική μέριμνα

42. Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

43. Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με σχιζοφρένεια.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

44. Το ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με σχιζοφρένεια.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

45. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο για σοβαρή περίπτωση σχιζοφρένειας.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

46. Το δικαίωμα διαζυγίου με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, πρέπει να είναι νομικά κατοχυρωμένο.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

47. Στα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

48. Στα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

49. Κάποιος με σχιζοφρένεια που διαπράττει αδίκημα πρέπει να τιμωρείται χωρίς κανένα ελαφρυντικό.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

50. Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

ΣΤ. Αντιμετώπιση από το περιβάλλον

51.Όλα τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας στα ψυχιατρεία θα πρέπει να εμποδιστούν από το να έχουν παιδιά κάνοντας στείρωση.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

52. Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα να παντρευτεί έναν άντρα που είχε κάποτε ένα σοβαρό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας, έστω κι αν αυτός έδειχνε πλήρως ότι είχε αποκατασταθεί.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

53. Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ικανά να εργαστούν.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

54. Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία, ακόμα κι αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένα.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

55. Κάθε ψυχιατρείο που νοσηλεύει άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

56. Όπως κι αν το δει κανείς τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

57. Οι περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρείο με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι άξιες εμπιστοσύνης για να προσέχουν μικρά παιδιά.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

58.Πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για τους νοσηλευόμενους σε ένα ψυχιατρείο με σχιζοφρένεια πέρα από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

59. Πολλά άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

60. Η σύναψη φιλικών ή ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι απαγορευμένη.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

61. Η συνεργασία (επαγγελματικό-προσωπικό επίπεδο) με άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανέφικτη.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

62. Τα μικρά παιδιά των ανθρώπων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία με συμπτώματα σχιζοφρένειας, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

63. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

64. Μολονότι τα άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία μπορεί να φαίνονται ότι είναι εντάξει, δεν πρέπει να παντρεύονται.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Παρατηρήσεις:

……

……

……

…….

Παρακαλούμε εξετάστε αν έχετε απαντήσει σε όλες τις προτάσεις.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας!!