

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΜΙΑΣ
ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ
ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ,
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**



Σπουδαστές: *Ανυφαντάκη Παναγούλα*

Αραμπατζής Θανάσης

Σακκογιάννη Αναστασία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: *Δρ Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη*

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2013

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την παρούσα πτυχιακή εργασία, οφείλω το μεγαλύτερο ευχαριστώ στην υπεύθυνη καθηγήτρια μας Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη, η οποία είναι μια καθηγήτρια δίκαιη, συνεπής, με πλούτο γνώσεων και κοντά στους φοιτητές. Αισθάνομαι πολύ περήφανη που συνεργάστηκα μαζί της και πήρα τόσα πολλά πράγματα!

Ευχαριστώ όλους καθηγητές του τμήματος που παρά τις δυσκολίες των καιρών προσπαθούν να κάνουν σωστά το έργο τους. Με την αγάπη τους για την διδασκαλία αποτελούν φερέφωνο της γνώσης και της αφοσίωσης για το επάγγελμα στους σπουδαστές. Αισθάνομαι πολύ χαρούμενη που οι σπουδές μου στην κοινωνική εργασία ολοκληρώνονται και είμαι σίγουρη ότι ποτέ δεν θα ξεχάσω όλους αυτούς τους καθηγητές που με έκαναν να αγαπήσω πραγματικά το επάγγελμα!

Ευχαριστώ επίσης τον Αλέξανδρο Δαρδανίδη, για την αμέριστη υποστήριξη και αγάπη του, ο οποίος μου έδωσε μια διαφορετική ώθηση στην κριτική σκέψη και ικανότητα, τον ψυχοθεραπευτή Ηλία Ρήγο για τις πολύτιμες καθοδηγήσεις του, την οικογένεια μου για την ηθική και υλική υποστήριξη όλα αυτά τα χρόνια, αλλά και την καλύτερη μου φίλη που γνώρισα και αγάπησα στο Ηράκλειο, Αναστασία, χωρίς εκείνη τίποτα δεν θα ήταν το ίδιο!

Τέλος, ευχαριστώ τον φίλο και συνάδερφο Θανάση Αραμπατζή! Η συνεργασία μαζί του ήταν μια καταπληκτική εμπειρία, η οποία μου έδωσε πολλά σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο. Είμαι σίγουρη πως, τώρα ως πτυχιούχος, θα πλουτίσει με την αγάπη του και τις γνώσεις του το επάγγελμα! Του εύχομαι κάθε προσωπική και επαγγελματική επιτυχία γιατί το αξίζει!!

Ανυφαντάκη Πέγκυ

Με την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας ταυτόχρονα ολοκληρώνεται η φοίτησή μου στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης. Αυτή λοιπόν τη στιγμή που με κατακλύζουν σκέψεις, αναμνήσεις και έντονα συναισθήματα νιώθω την ανάγκη αλλά και την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένα άτομα που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση τόσο της πτυχιακής όσο και των σπουδών μου.

Πρώτα απ' όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια, Καλαϊτζάκη Ε. Αργυρούλα, που μας εμπιστεύθηκε και δέχτηκε να συνεργαστεί μαζί μας για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, την ευχαριστώ για την επιστημονική, πνευματική και ηθική υποστήριξη που παρείχε τόσο σε προσωπικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής. Με τις γνώσεις της, την αμέριστη βοήθειά της αλλά και τη συνέπεια και τον επαγγελματισμός που τη διακρίνει, συνέβαλε καταλυτικά στην ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Ευχαριστώ τη συνάδελφο και φίλη Σακκογιάννη Νατάσα για τη συνεργασία που είχαμε, αποδεικνύοντας ταυτόχρονα πως η απόσταση δεν αποτελεί εμπόδιο για την ολοκλήρωση μιας επίπονης μεν αλλά και επιτυχημένης εργασίας, όταν επιδεικνύεται επαγγελματισμός. Της εύχομαι καλή επιτυχία σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την εξαιρετική συνάδελφο και φίλη Ανυφαντάκη Πέγκυ για τη δημιουργική συνεργασία που είχαμε, την κατανόηση που έδειξε, ενώ παράλληλα τη συγχαίρω για το ήθος που τη διακρίνει. Της εύχομαι μέσα από την καρδιά μου να πραγματοποιηθούν οι επαγγελματικοί και προσωπικοί της στόχοι αλλά και να συνεχίσει με τον ίδιο ζήλο την πορεία της στο επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους μου στο Ηράκλειο Κρήτης, χωρίς την παρουσία, την υποστήριξη και την ανεκτικότητα των οποίων δε θα κατάφερα να υλοποιήσω τους στόχους μου.

Ένα ακόμα ευχαριστώ οφείλω να πω στους φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας που συμμετείχαν στην έρευνα, αναγνωρίζοντας τη συνεισφορά στην περάτωση της πτυχιακής.

Σε μια πράξη ευγνωμοσύνης, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στην οικογένειά και ιδίως στους γονείς μου, για την οικονομική και ηθική στήριξη που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια.

Κλείνοντας, θα ήθελα να αφιερώσω την παρούσα πτυχιακή εργασία σε αυτούς που αγωνίζονται για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και για τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας.

Αραμπατζής Θάνος

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας Δρ. Αργυρούλα Καλαϊτζακη, για την αμέριστη βοήθεια, την καθοδήγηση και τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε για την υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας. Η υποστήριξη, η υπομονή και η εποπτεία της, συνέβαλαν αποφασιστικά στην αντιμετώπιση δυσχερειών που προέκυψαν μέχρι την ολοκλήρωση της.

Έπειτα, τους σπουδαστές και μελλοντικούς συναδέλφους Ανυφαντάκη Παναγούλα και Αραμπατζή Αθανάσιο για την πολύτιμη συνεργασία και στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της μελέτης μας.

Επίσης, όλους τους σπουδαστές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, όπου η συμμετοχή τους στην έρευνα μας, βοήθησε καταλυτικά στην ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για τη συμπαράσταση τους, υλική και ψυχολογική, καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Σακκογιάννη Αναστασία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ (Θεωρητικό)

Κεφάλαιο πρώτο: Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

<i>1.1 Ιστορική αναδρομή της σχιζοφρένειας.....</i>	18
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	19
1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	20
1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	22
<i>1.4.1 Διαταραχή της σκέψης.....</i>	22
<i>1.4.2 Διαταραχή της αντίληψης.....</i>	23
<i>1.4.3 Διαταραχή του συναισθήματος και της βούλησης.....</i>	23
<i>1.4.4 Διαταραχή της αίσθησης του εαυτού.....</i>	24
<i>1.4.5 Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο.....</i>	24
<i>1.4.6 Ψυχοκινητικότητα.....</i>	24
1.5 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	25
1.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	31
1.6.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	31
<i>1.6.1.1 Γενετικοί Παράγοντες.....</i>	31
<i>1.6.1.2 Βιολογικοί Παράγοντες.....</i>	32
<i>1.6.1.3 Νευροαναπτυξιακή Θεωρία.....</i>	33
<i>1.6.1.4 Μητρική Υγεία.....</i>	34
<i>1.6.1.5 Εγκεφαλικό Τραύμα.....</i>	35

1.6.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ & ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	36
1.6.2.1 Μοντέλο Προδιάθεσης – Στρες.....	36
1.6.2.2 Ψυχοδυναμική Θεωρία.....	37
1.6.2.3 Φύλο.....	38
1.6.2.4 Οικογενειακοί Παράγοντες.....	38
1.6.2.5 Κοινωνικοί Παράγοντες.....	39
1.6.3 ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ.....	40
1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	42
1.7.1 Ιστορική Αναδρομή.....	42
1.7.2 Είδη Θεραπείας.....	44
1.7.3 Φαρμακευτική αγωγή.....	45
1.7.4 Κλινική εκτίμηση.....	46
1.7.5 Η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής.....	46
1.7.6 Αποτυχία στη φαρμακευτική θεραπεία.....	49
1.7.7 Συζήτηση για τη φαρμακευτική αγωγή με τους ασθενείς.....	50
1.7.8 Θεραπευτική ομάδα.....	50
1.7.9 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT).....	51
1.7.10 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.....	52
1.7.11 Η ψυχοθεραπεία.....	54
1.7.12 Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία.....	56
1.8 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ: ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΣΙΑ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ.....	57
1.8.1 Ατομική αξιολόγηση του ασθενή.....	58
1.8.2 Κλίμακες και ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας.....	59
1.8.3 Αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω της δοκιμασίας Frontal Assessment Battery.....	60

Κεφάλαιο δεύτερο: ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΣ & ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	61
2.2.ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	64
2.2.1 Ο δράκος του Ντίσελντορφ.....	64

2.2.2 Ψυχώ.....	65
2.2.3 Ένας υπέροχος άνθρωπος.....	66
2.2.4 Στη φωλιά του κούκου.....	68
2.2.5 Ο σολίστας.....	69
2.2.6 Proof.....	69
2.2.7 Η σιωπή των αμνών.....	70
2.2.8 Ο ένοικος.....	70
2.2.9 Ο στοιχειωμένος πύργος.....	71
2.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟ.....	72

Κεφάλαιο τρίτο: ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε & ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΥ

3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	75
3.1.1 Η θεωρία της ετικετοποίησης και της κοινωνικής αντίδρασης του Thomas Scheff.....	77
3.1.1.2 Η τροποποιημένη θεωρία της ετικετοποίησης.....	77
3.1.1.3 Στίγμα και διακρίσεις απέναντι στο άτομο με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις.....	78
3.1.1.4 Οι επιπτώσεις του στίγματος, των προκαταλήψεων και των διακρίσεων στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των χρόνιων ψυχικά ασθενών.....	78
3.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΜΜΕ) ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	79
3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΤΙΚΟΤΕΡΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	86
3.4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	87
3.4.1 Η αρνητική επίδραση του κινηματογράφου.....	88
3.4.2 Η θετική επίδραση του κινηματογράφου	89

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ (Ερευνητικό)

Κεφάλαιο τέταρτο

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	92
4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	93
4.3 ΔΕΙΓΜΑ.....	95
4.4 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	95
4.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	96

Κεφάλαιο πέμπτο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑΝ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ.....	97
5.1.1 <i>Τροποποίηση απόψεων μετά την προβολή της ταινίας προς τη θετική κατεύθυνση.....</i>	98
5.1.2 <i>Τροποποίηση απόψεων μετά την προβολή της ταινίας προς την αρνητική κατεύθυνση.....</i>	103
5.1.3 <i>Απόψεις που δεν τροποποιήθηκαν μετά την προβολή της ταινίας</i>	106
5.2 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑΝ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΟΥΣ.....	108
5.2.1 <i>Απόψεις που λειτουργούν στιγματιστικά για την ασθένεια της σχιζοφρένειας.....</i>	109
5.2.2 <i>Απόψεις που δεν λειτουργούν στιγματιστικά για την ασθένεια της σχιζοφρένειας.....</i>	120

Κεφάλαιο έκτο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	123
6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	125
6.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	126
6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	130
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)	132
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΔΙΕΘΝΗΣ)	133
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ, ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	136

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α: Το 1ο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα.....	139
Παράρτημα Β: Το 2ο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα.....	141
Παράρτημα Γ: Η αφίσα που χρησιμοποιήθηκε για την προσέλευση των φοιτητών στην προβολή της ταινίας.....	142

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Τροποποίηση απόψεων μετά την προβολή της ταινίας προς τη θετική κατεύθυνση.....	100
Πίνακας 2: Η τροποποίηση των απόψεων των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας προς το καλύτερο.....	102
Πίνακας 3: Τροποποίηση απόψεων μετά την προβολή της ταινίας προς την αρνητική κατεύθυνση.....	104
Πίνακας 4: Οι απόψεις των φοιτητών του δείγματος που δεν τροποποιήθηκαν μετά την προβολή της ταινίας.....	106
Πίνακας 5: Οι απόψεις με τις οποίες συμφωνούν οι φοιτητές του δείγματος.....	107
Πίνακας 6: Απόψεις με τις οποίες διαφωνούν οι φοιτητές του δείγματος.....	107
Πίνακας 7: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών ως προς την ικανότητα αναγνώρισης της συμπτωματολογίας της σχιζοφρένειας πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....	109
Πίνακας 8: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....	110
Πίνακας 9: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους), πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....	111
Πίνακας 10: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά / δαιμονικά πνεύματα, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....	111
Πίνακας 11: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....	112
Πίνακας 12: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ., να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν), πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....	112
Πίνακας 13: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....	113

- Πίνακας 14:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....114
- Πίνακας 15:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....114
- Πίνακας 16:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....115
- Πίνακας 17:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....115
- Πίνακας 18:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....116
- Πίνακας 19:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....117
- Πίνακας 20:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....117
- Πίνακας 21:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....118
- Πίνακας 22:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....118
- Πίνακας 23:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....119
- Πίνακας 24:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την επιθυμία τους για ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....120
- Πίνακας 25:** Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....121

Πίνακας 26: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....121

Πίνακας 27: Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας.....122

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Κατανομή του δείγματος ανά φύλο.....95

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Τροποποίηση απόψεων των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας προς τη θετική κατεύθυνση.....101

Σχήμα 2: Τροποποίηση απόψεων των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας προς την αρνητική κατεύθυνση.....105

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσουμε το κατά πόσο μια κινηματογραφική ταινία μπορεί να επηρεάσει τις απόψεις των σπουδαστών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης σχετικά με την ψυχική νόσο της σχιζοφρένειας. Συγκεκριμένα, θέλαμε να εξετάσουμε αφενός το κατά πόσο οι απόψεις των σπουδαστών αντανακλούν μύθους και στερεότυπες αντιλήψεις αναφορικά με διάφορες παραμέτρους της σχιζοφρένειας, όπως τα συμπτώματα, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα και πιθανή πορεία της νόσου και αφετέρου, να τις συγκρίνουμε μετά την προβολή της κινηματογραφικής ταινίας «Ένας υπέροχος άνθρωπος». Για το λόγο αυτό, δημιουργήσαμε ερωτηματολόγιο, το οποίο χορηγήθηκε πριν και μετά την προβολή της ταινίας.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 184 σπουδαστές από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης. Το δείγμα επιλέχθηκε με τυχαίο τρόπο και η έρευνα διεξήχθη το εαρινό εξάμηνο του 2012. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι οι απόψεις των φοιτητών του δείγματος για την ασθένεια της σχιζοφρένειας είναι κατά κύριο λόγο μη στιγματιστικές. Η κινηματογραφική ταινία είχε τόσο θετική, όσο και αρνητική επίδραση, παρόλα αυτά η θετική ήταν μεγαλύτερη στις απόψεις των φοιτητών. Οι φοιτητές που βρίσκονται σε μικρότερο έτος σπουδών βρέθηκε ότι είχαν περισσότερο στιγματιστικές απόψεις για την ασθένεια της σχιζοφρένειας, συγκριτικά με τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές. Ακόμη, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές, επηρεάστηκαν από την ταινία θετικά, μειώνοντας τις στιγματιστικές απόψεις τους. Παρόλα αυτά, βρέθηκε ότι κάποιες από τις απόψεις των νέων προπτυχιακών φοιτητών, τόσο πριν όσο και μετά την προβολή της ταινίας, είναι περισσότερο στιγματιστικές συγκριτικά με τις απόψεις των μεγαλύτερων προπτυχιακών φοιτητών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η ψυχιατρική έχει αποτελέσει – και αποτελεί - ένα συχνό αντικείμενο ενασχόλησης για τους σκηνοθέτες και το κοινό, προβάλλοντας με συναρπαστικό και έντονα συναισθηματικό τρόπο ψυχικές διαταραχές, οι οποίες συχνά δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (Larmer, 2000). Μια από τις χρόνιες και πιο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές που έχει προβληθεί περισσότερο στον κινηματογράφο, είναι η σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ψυχική νόσο η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχή στη σκέψη, στην αντίληψη, στη διάθεση και στη συμπεριφορά (Lewis & Buckanan, 2000). Παρόλα αυτά, η έγκαιρη πρόγνωση και θεραπεία μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα ασθενείς με καλή λειτουργικότητα (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2007). Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια νόσο της οποίας ο επιπολασμός παγκοσμίως κυμαίνεται από 0.5 έως 1% (Drake κ.ά. 1998). Η σχιζοφρένεια πλήττει το ίδιο τους άντρες όσο και τις γυναίκες, με την διαφορά ότι εντοπίζονται διαφοροποιήσεις στην ηλικία έναρξης της νόσου και της συμπτωματολογίας σε κάποια σημεία, ενώ η αιτιολογία της ανευρίσκεται σε ένα φάσμα βιολογικών θεωριών (γενετικοί παράγοντες, νευροαναπτυξιακή θεωρία, μητρική υγεία και εγκεφαλικό τραύμα), όσο και σε προσωπικές & διαπροσωπικές θεωρίες (μοντέλο προδιάθεσης – στρες, ψυχοδυναμικές θεωρίες, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες), αλλά και πρόσφατα έχει καταδειχθεί ο ρόλος της κάνναβης στην ανάπτυξη ή στην εκδήλωση σχιζοφρένειας (Rigby & Alexander, 2008).

Όπως ειπώθηκε παραπάνω, η συγκεκριμένη ασθένεια, αποτέλεσε πηγή έμπνευσης πολλών σκηνοθετών του κινηματογράφου. Η πρώτη ταινία που προβλήθηκε στον κινηματογράφο με πρωταγωνιστή που πάσχει από σχιζοφρένεια ήταν αυτή του Fritz Lang το 1931, *Ο δράκος του Ντίσελντορφ* και τις επόμενες δεκαετίες ακολούθησαν πολλές ακόμα, κάποιες από αυτές αποτέλεσαν ρεαλιστική εκδοχή της σχιζοφρένειας, ενώ άλλες κατέδειξαν λανθασμένη εικόνα για τη συγκεκριμένη νόσο. Καθώς η σχιζοφρένεια είναι ασθένεια που εξελίσσεται σταδιακά, η εκδήλωση των ψυχωτικών επεισοδίων γίνεται με πολλούς τρόπους από τους οποίους συνήθως ο κινηματογράφος επιλέγει τους πιο ακραίους. Μερικές φορές, οι παραληρητικές ιδέες δίωξης είναι εξαιρετικά παράξενες ή αναίτια αποσπασματικές, ενώ οι φωνές και τα οράματα που ακούν και βλέπουν αντίστοιχα οι χαρακτήρες της οθόνης δεν είναι ακριβώς φανταστικές αλλά υποκειμενικά πραγματικές, δηλαδή δεν

υφίστανται στον φυσιολογικό κόσμο, όμως είναι γεγονότα αναμφισβήτητα για τους κινηματογραφικούς ήρωες που νοσούν από σχιζοφρένεια (Κεσίσογλου, 2007).

Εκτός αυτών, εντοπίζονται συχνά στις κινηματογραφικές ταινίες διάφοροι μύθοι για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Κάποιοι από τους συνηθέστερους μύθους είναι ότι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι μανιακοί δολοφόνοι ή επικίνδυνοι, αποτελούν απειλή για το κοινωνικό σύνολο, έχουν διπλή ή διχασμένη προσωπικότητα, έχουν νοητική υστέρηση, δεν μπορούν να εργαστούν, δεν μπορούν να έχουν ομαλή λειτουργικότητα, τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο. Έτσι, κάποιες κινηματογραφικές παραγωγές παρουσιάζουν το προφίλ του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια με τέτοιο τρόπο που διαστρεβλώνουν την πραγματική εικόνα και φύση της σχιζοφρένειας με αποτέλεσμα να σχηματίζεται λανθασμένη αντίληψη στον θεατή (Damjanovic κ.ά., 2009). Μια από αυτές τις ταινίες είναι το γνωστό σε πολλούς φιλμ *Η λάμψη*. Στη συγκεκριμένη ταινία, ο πρωταγωνιστής με όνομα Τόρενς (Jack Nicholson), προσλαμβάνεται επιστάτης σε ένα ξενοδοχείο στα βουνά του Κολοράντο, στο οποίο δέκα χρόνια πριν ο επιστάτης που εργαζόταν στο ξενοδοχείο είχε συμπτώματα σχιζοφρένειας και σκότωσε την οικογένειά του και έπειτα αυτοκτόνησε. Έπειτα από λίγο καιρό, ο Τόρενς αρχίζει να επηρεάζεται από την ιστορία του επιστάτη που συνέβη στο παρελθόν, με αποτέλεσμα να αναπτύξει συμπτώματα σχιζοφρένειας, τα οποία καταλήγουν σε εμμονή για εξόντωση της οικογένειάς του.

Παλαιότερη έρευνα (2009) που πραγματοποιήθηκε στο Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, από τις σπουδάστριες Γιανναδάκη Ναυσικά, Σαπουντζή Αγγελική-Κυριακή, με υπεύθυνη καθηγήτρια την Δρ. Καλαϊτζάκη Αργυρούλα, με θέμα τις απόψεις & στάσεις του φοιτητικού πληθυσμού του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης απέναντι στη σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, έδειξε ότι 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, η πλειοψηφία όμως των σπουδαστών έχουν λανθασμένες και μη επιστημονικές απόψεις για τη σχιζοφρένεια και την ψυχική ασθένεια. Σύμφωνα με τα παραπάνω μάς δημιουργήθηκε ο προβληματισμός για την πιθανή σύνδεση των απόψεων αυτών με την επιρροή που ασκούν οι κινηματογραφικές ταινίες που καταδεικνύουν κάποιον πρωταγωνιστή με σχιζοφρένεια. Έτσι, αποφασίσαμε να διερευνήσουμε εάν οι στάσεις των φοιτητών απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια αλλάζουν μετά την προβολή μίας σχετικής κινηματογραφικής ταινίας. Επιλέχθηκε να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση του

κινηματογράφου στις απόψεις των φοιτητών για τα άτομα με σχιζοφρένεια με αυτό τον τρόπο, ώστε να ελέγξουμε κατά πόσο μπορεί να λειτουργήσει ως μία δράση παρέμβασής. Η δράση αυτή στοχεύει περαιτέρω στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των συμμετεχόντων για τη φύση της ασθένειας με έναν ορθό και επιστημονικό τρόπο προκειμένου να οδηγήσει στην άρση πιθανών στερεοτύπων και στιγματιστικών απόψεων. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε μια προέρευνα με στόχο την επιλογή της κατάλληλης κινηματογραφικής ταινίας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:

Η ΑΣΘΕΝΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) ο Augustin (1860) είχε ονομάσει τη σχιζοφρένεια ως πρώιμη άνοια. Με το όνομα αυτό στη συνέχεια ο Kraepelin (1896) το είχε διαδώσει σε όλο τον κόσμο. Γρήγορα όμως, συνειδητοποιήσαν ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή και όχι για «άνοια». Έτσι, αργότερα προέκυψε από τον Bleuler (1911) ο όρος σχιζοφρένεια, αφού αναφέρεται στο «σχίσσιμο του μυαλού».

Ο Kraepelin και ο Bleuler ήταν οι δύο ευρωπαίοι ψυχίατροι που αρχικά διατύπωσαν την έννοια της σχιζοφρένειας. Το 1898 ο Kraepelin για πρώτη φορά περιέγραψε την πρώιμη άνοια, την σημερινή δηλαδή σχιζοφρένεια. Όρισε δύο βασικές ομάδες διαταραχών, τη μανιοκαταθλιπτική ασθένεια και την πρώιμη άνοια, οι οποίες ισχυρίστηκε ότι προκαλούνται από εσωτερικά αίτια. Η παρανοειδής άνοια, η κατατονία και η ηβηφρένεια, αποτελούν διαγνωστικές υποκατηγορίες της πρώιμης άνοιας. Την προηγούμενη όμως δεκαετία, οι κατηγορίες αυτές είχαν θεωρηθεί διακριτές από τους κλινικούς. Οι διαταραχές αυτές αν και έχουν διαφορετικά συμπτώματα, έχουν ως κοινά σημεία την έναρξη της διαταραχής σε νεαρή ηλικία (πρώιμη) και στην προοδευτική, αναπόφευκτη νοητική επιδείνωση (άνοια). Η «πρώιμη άνοια» δεν είναι η ίδια με την άνοια της τρίτης ηλικίας που σχετίζεται με την έντονη μνημονική ανεπάρκεια. Η άνοια στην οποία αναφέρεται ο όρος «πρώιμη άνοια», σχετίζεται με μια γενική «ψυχική εξασθένηση».

Ο Ελβετός ψυχίατρος Bleuler θεώρησε ότι ο περιγραφικός όρος «πρώιμη άνοια» δεν ήταν κατάλληλος. Έτσι, το 1908, πρότεινε τον δικό του όρο, τη σχιζοφρένεια, από τις ελληνικές λέξεις σχίζω («διαχωρίζω») και φρένα («νους»), δηλαδή το σχίσσιμο του μυαλού. Ο Bleuler έδωσε τον δικό του νέο όρο, αφού διαφοροποιήθηκε από τον Kraepelin σε δύο σημεία. Πρώτον, θεωρούσε ότι η διαταραχή δεν είχε αναγκαστικά πρώιμη έναρξη και δεύτερον, ότι δεν εξελίσσεται αναπόφευκτα σε άνοια. Έτσι, αντιμετώπισε ένα εννοιολογικό πρόβλημα, διότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορούσαν να διαφέρουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή. Για τον λόγο αυτό, έπρεπε να εξηγήσει το λόγο που τους τοποθετούσε όλους

σε μια κοινή διαγνωστική κατηγορία. Έτσι, λοιπόν, για τον σκοπό αυτό υιοθέτησε την μεταφορική έννοια «ρήξη των συνειρμικών αλυσίδων».

Οι συνειρμικές αλυσίδες, συνδέουν όχι μόνο τις λέξεις αλλά και τις σκέψεις. Έτσι, μόνο όταν αυτές οι υποθετικές δομές παραμένουν ακέραιες, είναι εφικτή η στοχοκατευθυνόμενη και παραγωγική σκέψη και επικοινωνία. Συνεπώς, η υπόθεση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν διαταραχή στις συνειρμικές αλυσίδες, μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, για να ερμηνευθούν όλες οι υπόλοιπες δυσκολίες.

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), σήμερα ονομάζεται σχιζοφρένεια 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, δηλαδή ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας, παρουσιάζεται με διαταραχές και συμπτώματα στην αντίληψη, τη σκέψη, τα συναισθήματα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.

Η σχιζοφρένεια αναπτύσσεται κυρίως στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Μπορεί, επιπλέον να αναπτυχθεί και σε μεγαλύτερη ηλικία, δηλαδή μετά τα 45. Επίσης, στις γυναίκες αρχίζει αργότερα, έχοντας πιο έντονα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης και καλύτερη πρόγνωση.

Ο επιπολασμός της ασθένειας είναι περίπου σταθερός και μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου τον υπολογίζουν από 0,5% ως 1%. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες και διαγιγνώσκεται συνήθως σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Οι λόγοι όμως για το τελευταίο δεν έχουν διευκρινισθεί. (Μάνος, 1997).

Έτσι, λοιπόν, παρόλο που η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχωτική διαταραχή αγνώστου καθολικής αιτιολογίας, σήμερα αποτελεί κυρίως εγκεφαλική διαταραχή, με ανατομικές και λειτουργικές βλάβες, οι οποίες συχνά είναι ορατές στις νευροαπεικονιστικές μελέτες, αλλά και απόρροια μιας γενετικής συνιστώσας, όπως προκύπτει από τις μελέτες διδύμων.

Η ασθένεια αυτή προκαλεί διαταραχές στην σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά. Όσον αφορά στη διαταραχή της σκέψης, το άτομο με σχιζοφρένεια δεν έχει αντικειμενική εικόνα για την πραγματικότητα, διαστρεβλώνοντας την, με

ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, συνοδευόμενες από κατακερματισμό των συνειρμών, που οδηγούν σε χαρακτηριστική διαταραχή του λόγου. Η διαταραχή της διάθεσης, χαρακτηρίζεται από αμφιθυμία και απρόσφορες ή περιορισμένες συναισθηματικές απαντήσεις. Η διαταραχή της συμπεριφοράς εκδηλώνεται μέσω απαθούς απόσυρσης ή παράδοξης δραστηριότητας, Επίσης, χαρακτηρίζεται από ελλειμματικά συμπτώματα τόσο θετικά (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς), όσο και αρνητικά (επιπέδωση του συναισθήματος, αλογία, αβουλησία και ανηδονία. Η σχιζοφρένεια παρά το γεγονός ότι δεν αποτελεί γνωσιακή διαταραχή, συχνά προκαλεί γνωσιακά ελλείμματα (π.χ συγκεκριμένη σκέψη, ελλειμματική επεξεργασία πληροφοριών). Η σχιζοφρένεια συνήθως είναι χρόνια, με πορεία που περιλαμβάνει πρόδρομη, ενεργό και υπολειμματική φάση. Η πρόδρομη και υπολειμματική φάση χαρακτηρίζονται από άμβλυση της μορφής των ενεργών συμπτωμάτων, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, καθώς και από ελλείμματα της φροντίδας του εαυτού και των διαπροσωπικών σχέσεων (Sadock & Sadock, 2004).

Ο αριθμός των ανθρώπων με σχιζοφρένεια στα νοσοκομεία έχει ελαττωθεί περισσότερο από 50% στα νοσοκομεία (απόϊδρυματοποίηση), από τη δεκαετία του 70'. Από τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, περισσότεροι από το 80% παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς (Sadock & Sadock, 2004).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) υπάρχει μεγάλη ποικιλία της κλινικής εικόνας των ανθρώπων με σχιζοφρένεια, από την διέγερση ως την απάθεια και από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. Για τον λόγο αυτό δεν πρέπει κανείς να βιαστεί και να δημιουργήσει μια συγκεκριμένη εικόνα για τα άτομα με σχιζοφρένεια που πολλές φορές εμπεριέχει στιγματιστικό χαρακτήρα, θα πρέπει να θυμόμαστε ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν την εκάστοτε εικόνα και συμπεριφορά εξαιτίας της νόσου.

1.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) για πολλά χρόνια οι ερευνητές προσπαθούσαν με κάθε τρόπο να οριοθετήσουν διαγνωστικά την σχιζοφρένεια. Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι πολύ σημαντικά καθώς βοηθούν τους ειδικούς στην πρόγνωση και θεραπεία του ατόμου με σχιζοφρένεια.

Το DSM- IV- TR είναι αυτό που περικλείει την πιο πρόσφατη προσπάθεια για να οριοθετήσει διαγνωστικά την σχιζοφρένεια. Έτσι λοιπόν τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας σύμφωνα με το DSM- IV-TR είναι τα εξής:

A. Δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, το καθένα από τα οποία είναι παρόν για σημαντικό τμήμα του χρόνου κατά τη διάρκεια μίας περιόδου ενός μηνός (ή λιγότερο αν αντιμετωπισθεί επιτυχώς)

(1) Παραληρητικές ιδέες

(2) ψευδαισθήσεις

(3) αποδιοργανωμένος λόγος π.χ συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία.

(4) έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

Σημείωση: Απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του κριτηρίου A. Αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μία φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνδιαλέγονται μεταξύ τους (Sadock & Sadock, 2004).

B. Κοινωνική/Επαγγελματική δυσλειτουργία: Για σημαντικό χρόνο από την έναρξη της διαταραχής, ένα ή περισσότερα από τα σημαντικότερα τμήματα της λειτουργικότητας, όπως είναι η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ή η αυτομέριμνα, είναι φανερά κατώτερα σε σχέση με πριν την έναρξη της διαταραχής (ή όταν η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων) (Sadock & Sadock, 2004).

Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Στους 6 αυτούς μήνες θα πρέπει να περιλαμβάνεται τουλάχιστον ένας μήνας συμπτωμάτων, (ή λιγότερο αν αντιμετωπισθούν επιτυχώς) τα οποία πληρούν το Κριτήριο A (δηλαδή ενεργός φάση των συμπτωμάτων) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά την πρόδρομη ή υπολειμματική φάση, η εκδήλωση της διαταραχής πραγματοποιείται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή παρατηρείται άμβλυση δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων που συγκαταλέγονται στο κριτήριο A (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα) (Sadock & Sadock, 2004).

Δ. Αποκλεισμός επίδρασης της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης: Η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωσικά Στοιχεία έχουν αποκλεισθεί διότι είτε (1) δεν υπήρχε παρουσία Μείζονος Καταθλιπτικού, Μανιακού ή Μικτού επεισοδίου ταυτόχρονα με την ενεργό φάση ή (2) αν υπήρχε παρουσία επεισοδίων της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου (Sadock & Sadock, 2004).

Ε. Αποκλεισμός επίδρασης ουσιών/ σωματικής νόσου: Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (Sadock & Sadock, 2004).

ΣΤ. Σχέση με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής ή άλλης Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο αν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) (Sadock & Sadock, 2004).

1.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει μεγάλο μέρος της ανθρώπινης λειτουργίας. Χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα που προσβάλλουν τις ανθρώπινες λειτουργίες σχετίζονται με την διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και των σχέσεων με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.ά. (Μάνος, 1997).

1.4.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Οι διαταραχές της σκέψης, εκδηλώνονται με την μορφή παραληρητικών ιδεών και είναι κοινές στην σχιζοφρένεια. Όσο πιο έντονες και 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 σαλάτα (Μάνος, 1997).

1.4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

Οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές, αποτελούν χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, που να προέρχονται μέσα ή έξω από το κεφάλι του ασθενή και είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια οι φωνές, συζητούν μεταξύ τους ή τον διατάζουν. Στην τελευταία περίπτωση, όπου οι φωνές τον διατάζουν, μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα επικίνδυνη, διότι μπορεί να του δώσουν εντολές, να κάνει κάτι επικίνδυνο στον εαυτό του ή σε άλλους. Για να θεωρήσουμε όμως το παραπάνω, ως σύμπτωμα της Σχιζοφρένειας, οι φωνές αυτές θα πρέπει να έχουν διάρκεια πολλών ημερών ή εβδομάδων, είτε συνέχεια είτε ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Μάνος, 1997).

1.4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΟΥΛΗΣΗΣ

Η διαταραχή των συναισθημάτων των ατόμων με σχιζοφρένεια, δηλαδή το αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ως σύμπτωμα. Ο λόγος της δυσκολίας αυτής έγκειται στο γεγονός ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα που χορηγούνται στους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, προκαλούν επιπέδωση του συναισθήματος, με αποτέλεσμα να μπερδεύει την διάγνωση (Μάνος, 1997).

Η διαταραχή της βούλησης, δυσκολεύει έντονα την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα παραγωγική λειτουργία. Το γεγονός αυτό έγκειται, στο ότι η διαταραχή εκδηλώνεται μέσω της ανεπάρκειας ενδιαφέροντος ή ανικανότητας να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών και τελικά να φτάσει στην λογική τους κατάληξη. Έτσι, σχεδόν πάντα υπάρχει σε κάποιο βαθμό διαταραχή στην αυτόνομη, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα.

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).

1.4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ

Συχνά, στα άτομα με σχιζοφρένεια διαταράσσεται η αίσθηση του εαυτού, η οποία δίνει το αίσθημα της ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης στα φυσιολογικά άτομα. Έτσι, συνεπάγεται την απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κ.α. (Μάνος, 1997).

1.4.5 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΧΩΡΟ

Ο ασθενής συχνά αποσύρεται από τον εξωτερικό κόσμο, ενώ παρατηρείται υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες, όπου η αντικειμενικότητα έχει χαθεί. Την κατάσταση αυτή, στην έντονη της μορφή την έχουν χαρακτηρίσει ως «αυτισμό». Έτσι, ο ασθενής συχνά περιγράφεται από τους οικείους του ή φίλους του σαν χαμένος στον κόσμο του και συναισθηματικά “αποκομμένος” από τους άλλους (Μάνος, 1997).

1.4.6 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ψυχοκινητικότητα χαρακτηρίζεται από ποικιλία διαταραχών, ιδιαίτερα του βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση ασθενή. 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 (Μάνος, 1997).

1.5. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Από χρόνια είναι γνωστό ότι η σχιζοφρένεια είναι μια διαγνωστική ομπρέλα που καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων που διαφέρουν στην συμπτωματολογία, στην κλινική πορεία και στην πρόγνωση. Έχουν προταθεί, έτσι, διάφορες κλινικές υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης που κανείς ακολουθεί.

1) *Παρανοϊκός Τύπος*

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

A. Επίμονη ενασχόληση με συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις, μονοθεματικές και συνήθως διωκτικές.

B. Κανένα από τα παρακάτω: ασυναρτησία, χάλαση συνειρμού, επιπέδωση ή έντονη απροσφορότητα του συναισθήματος, κατατονική ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

Γ. Πιο όψιμη έναρξη και καλύτερη πρόγνωση από τον κατατονικό και τον αποδιοργανωτικό τύπο.

Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού ασθενή συνήθως βλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και οι ασθενείς με παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να λειτουργήσουν ικανοποιητικά σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται. Η έναρξη αυτού του τύπου τείνει να συμβαίνει αργότερα στη ζωή απ' ότι των άλλων τύπων και τα χαρακτηριστικά του γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι συνήθως δίωξης ή μεγαλείου, αν και παραληρητικές ιδέες με άλλα θέματα, π.χ. ζήλεια, θρησκεία, σωματοποίηση, μπορεί να εμφανισθούν. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλαπλές, αλλά συνήθως οργανώνονται και συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Λεκτική ή σωματική επιθετικότητα, καχυποψία, υπερευαισθησία, θυμός, άγχος, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου και ο φόβος ότι θα θεωρηθεί ομοφυλόφιλο το άτομο συχνά χαρακτηρίζουν αυτό τον τύπο. Η πρόγνωση αυτού του τύπου είναι καλύτερη από αυτή των άλλων μορφών πάθησης (Μάνος, 1997).

2) Αποδιοργανωμένος Τύπος

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

(Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω συμπτώματα):

A) Ασυναρτησία, εκσεσημασμένη χάλαση συνειρμού, παλινδρομική ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

B) Επίπεδο ή εντόνως απρόσφορο συναίσθημα.

Γ) Πρώιμη έναρξη, παραμελημένη εμφάνιση.

Δεν πληρούνται τα κριτήρια του Κατατονικού Τύπου

Πρόκειται για τον τύπο της σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομάζονταν ηβηφρενικός. Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και ο αποδιοργανωμένος λόγος μπορεί να συνοδευτούν από απρόσφορο συναίσθημα. Εκλείπουν οι συστηματοποιημένες παραληρηματικές ιδέες, μπορεί όμως να υπάρχουν διάσπαρτες παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Μανερισμοί, υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και εκκεντρικότητες στη συμπεριφορά είναι συχνά. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση. (Μάνος, 1997)

3) Κατατονικός Τύπος

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

A) Κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερό με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με εμβροντησία.

B) Υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα).

Γ) Ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία.

Δ) Ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς.

Ε) Ηχολαλία ή ηχοπραξία.

Η καταληψία είναι η άκαμπτη διατήρηση μιας θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κηρώδης ευκαμψία είναι η εντύπωση που δίνεται κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή, ότι αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε. Η ηχολαλία είναι η επανάληψη σαν ηχώ (ή σαν ομιλία παπαγάλου) από τον ασθενή αυτών που λέει κάποιο άλλο άτομο. Η ηχοπραξία είναι η επαναληπτική μίμηση από τον ασθενή των κινήσεων ενός άλλου ατόμου. Κατά τη διάρκεια της εμβροντησίας ή της κατατονικής διέγερσης το άτομο χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και μπορεί να χρειασθεί ιατρική φροντίδα λόγω μη λήψη τροφής, εξάντλησης, υπερπυρεξίας, αυτοτραυματισμού κτλ. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας αν και συχνή πριν μερικές δεκαετίες, είναι πια σπάνια στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Για να διαγνωσθεί αυτός ο τύπος, θα πρέπει να πληροί όλα τα κριτήρια της Σχιζοφρένειας και επίσης να μην υπάρχει άλλη αιτιολογία για την κατατονία όπως κάποια ουσία (π.χ. νευροληπτικά), κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο. (Μάνος, 1997)

4) Αδιαφοροποίητος Τύπος

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM – IV είναι:

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο Α (χαρακτηριστικά συμπτώματα όπου πρέπει να πληρούνται δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός: παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα,

δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία) αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου, ή Κατατονικού Τύπου. Συχνά ασθενείς με διαταραχή σχιζοφρένειας που δεν μπορούν να καταταγούν με ευκολία σε έναν από τους άλλους τύπους, το DSM-IV τους ταξινομεί στον αδιαφοροποίητο τύπο (Sadock & Sadock, 2004).

5) Υπολειμματικός Τύπος

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

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

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

Ο τύπος αυτός αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά στην τωρινή κλινική εικόνα δεν υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά συμπτώματα ή εξασθενημένα θετικά. Αποτελεί χρόνια μορφή σχιζοφρένειας που προέκυψε συνέχεια ενός πρώιμου σταδίου που περιελάμβανε μια από τις προηγούμενες μορφές. Συχνά συμπτώματα αυτού του τύπου είναι «αρνητικά» στοιχεία, όπως συναισθηματική αμβλύτητα, απάθεια, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά και παράλογη σκέψη. Εάν υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις δεν προεξάρχουν και δεν συνοδεύονται από έντονα συναισθήματα (Μάνος, 1997).

6) Τύπος I και τύπος II

Σύμφωνα με ένα άλλο σύστημα, η σχιζοφρένεια ταξινομείται σε τύπο I και τύπο II. Αυτή η ταξινόμηση βασίζεται στην παρουσία ή απουσία αρνητικών συμπτωμάτων. Στα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: συναισθηματική αμβλύτητα ή επιπέδωση, φτωχή ομιλία ή περιεχομένου του λόγου, ανακοπές, αυτοπαραμέληση, έλλειψη κινήτρων, ανηδονία, κοινωνική απόσυρση, γνωσιακά

ελλείμματα και ελλείμματα προσοχής. Στα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: χάλαση του συνειρμού, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αλλόκοτη συμπεριφορά και διαταραχές του λόγου. Στον τύπο I οι ασθενείς έχουν κατά κύριο λόγο θετικά συμπτώματα, ενώ στον τύπο II κατά κύριο λόγο αρνητικά. (Μάνος, 1997)

7) Παραφρένεια

Ο τύπος αυτός αναφέρεται στο DSM –IV-. Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται κάποιες φορές ως συνώνυμο του όρου *σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου*. Μπορεί επίσης να αναφέρεται σε προοδευτικά επιδεινούμενη νόσο ή σε καλά οργανωμένο παραληρητικό σύστημα. Αυτή η πολυσημία έχει μειώσει τη χρησιμότητα του όρου (Sadock & Sadock, 2004).

8) Απλή Σχιζοφρένεια

Ο όρος απλή σχιζοφρένεια (στο DSM – IV – TR ονομάζεται απλή υποβαθμιστική διαταραχή) και χαρακτηρίζεται από ύπουλη και βαθμιαία απώλεια των κινήτρων και των φιλοδοξιών. Οι ασθενείς που πάσχουν απ' αυτή τη διαταραχή συνήθως δεν είναι έκδηλα ψυχωσικοί και δεν εμφανίζουν επίμονες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Το βασικό σύμπτωμα είναι η απόσυρση του ασθενούς από την κοινωνική και επαγγελματική ζωή (Sadock & Sadock, 2004).

Τέλος, το ICD-10 (International Classification of Diseases) καθορίζει δύο πρόσθετες υποκατηγορίες:

- 1) Μετά - σχιζοφρενής κατάθλιψη: Καταθλιπτικό επεισόδιο που προκύπτει ως συνέπεια μιας σχιζοφρενούς ασθένειας όπου μερικά χαμηλού επιπέδου σχιζοφρενή συμπτώματα μπορούν ακόμα να είναι παρόντα.
- 2) Απλή σχιζοφρένεια: Ξαφνική και προοδευτική εξέλιξη των προεξεχόντων αρνητικών συμπτωμάτων χωρίς ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων.

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της, οπότε η σύγχυση της με άλλες διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενή με οδυνηρές συνέπειες. Υπάρχουν πολλές διαταραχές που χρειάζεται να διαφοροδιαγνωσθούν από τη σχιζοφρένεια, μερικές από τις κυριότερες είναι η Ψυχωτική Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, η Ψυχωτική Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά στοιχεία και Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή., Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή, Διαταραχή της Διάθεσης με Κατατονικά Στοιχεία, Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης (π.χ. Αυτιστική Διαταραχή), Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας και Παραληρηματική Διαταραχή (Μάνος,1997).

1.6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι Rigby και Alexander το 2008 δημοσίευσαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση βασισμένοι στους ορισμούς της σχιζοφρένειας από το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV-) και το National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) του 2007, σύμφωνα με την οποία τα αίτια της σχιζοφρένειας όπως θα αναλυθούν παρακάτω, είναι τα εξής: γενετικοί παράγοντες, βιολογικοί παράγοντες, νευροαναπτυξιακή θεωρία, μητρική υγεία, εγκεφαλικό τραύμα, χρήση κάνναβης, προσωπικές και διαπροσωπικές θεωρίες της σχιζοφρένειας στις οποίες περιλαμβάνονται το μοντέλο προδιάθεσης – στρες, η ψυχοδυναμική θεωρία, το φύλο, οικογενειακοί παράγοντες και κοινωνικοί παράγοντες.

1.6.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

1.6.1.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρά την πιθανότητα η σχιζοφρένεια να είναι ένα σύνολο διαφορετικών διαταραχών, μπορεί να λεχθεί η γενίκευση ότι τα γονίδια είναι υπεύθυνα για την προδιάθεση που έχουν ορισμένα άτομα στη σχιζοφρένεια. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ένα μόνο γονίδιο για το φαινόμενο της σχιζοφρένειας, αλλά ένας συνδυασμός πολλών γονιδίων για τη δημιουργία της ευαλωτότητας στη σχιζοφρένεια. (Durand, 2001)

Η γενετική βάση της σχιζοφρένειας έχει υποστηριχθεί από μεγάλο αριθμό μελετών, οικογενειακών, διδύμων και υιοθετημένων. Οικογενειακές μελέτες δείχνουν ότι τα αδέρφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% πιθανότητα να αναπτύξουν σχιζοφρένεια. Αντίστοιχα, η πιθανότητα είναι 5-6% αν τα παιδιά έχουν ένα γονιό σχιζοφρενικό, 17% αν έχουν έναν αδερφό και ένα γονιό σχιζοφρενικούς και 46% αν έχουν δύο γονείς σχιζοφρενικούς. (Durand, 2001)

Αναφορικά με τις οικογενειακές μελέτες, το 1938 ο Franz Kallmann δημοσίευσε μια μελέτη σχετικά με τις οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρένεια. Ο Kallmann εξέτασε τις οικογένειες 1.000 ατόμων που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια σε ένα ψυχιατρείο του Βερολίνου. Ο Kallmann απέδειξε ότι η σοβαρότητα της διαταραχής του γονέα επηρεάζει τις πιθανότητες το παιδί να εμφανίσει σχιζοφρένεια. Όσο πιο σοβαρή μορφή σχιζοφρένειας παρουσιάζει ο γονέας, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα και τα παιδιά να εμφανίσουν τη διαταραχή. Μια ακόμη παρατήρηση ήταν εξίσου σημαντική, ότι όλες οι μορφές της

σχιζοφρένειας παρατηρούνταν στις οικογένειες, δηλαδή δεν φαίνεται να κληρονομείτε μία ευαλωτότητα για παράδειγμα, για παρανοειδή σχιζοφρένεια. Απεναντίας, είναι πιθανό να κληρονομούμε μια γενική ευαλωτότητα στην ίδια ή σε διαφορετική μορφή από αυτή που εμφανίζουν οι γονείς ενός ατόμου.

Μελέτες διδύμων σταθερά δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης σχιζοφρένειας και στους δύο διδύμους στους μονοζυγώτες (46%) παρά στους διζυγώτες (14%).

Μελέτες με υιοθετημένα άτομα δείχνουν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος στους βιολογικούς συγγενείς υιοθετημένων ατόμων που έχουν σχιζοφρένεια, από ότι στους βιολογικούς συγγενείς υγιών υιοθετημένων.

Παρόλα αυτά, υπάρχει έντονη έρευνα γύρω από την αναζήτηση γονιδίων που μπορεί να προκαλούν σχιζοφρένεια. Έτσι, υπάρχει η κληρονομική ή γενετική βάση στη σχιζοφρένεια αλλά ταυτόχρονα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό διζυγωτών αλλά και μονοζυγωτών δεν αναπτύσσεται σχιζοφρένεια και στα δύο μέλη του ζεύγους, γεγονός που δείχνει τη σημασία των μη γενετικών παραγόντων. (Μάνος, 1997)

1.6.1.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ντοπαμινική Υπόθεση: Η ντοπαμίνη αποτελεί οργανική ουσία και δρα στον εγκέφαλο ως νευροδιαβιβαστής η οποία χρησιμοποιείται από τα νευρικά κύτταρα για να επικοινωνούν μεταξύ τους. Η ντοπαμίνη συμμετέχει ενεργά στα συστήματα του εγκέφαλου που σχετίζονται με τον σκοπό μια πράξης. Υπάρχει η υπόθεση ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να προκαλούνται από αύξηση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας στο μεταιχμιακό σύστημα (δηλαδή στις ανατομικές δομές που βρίσκονται μεταξύ του φλοιού και του υποθαλάμου) και μείωση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας στους μετωπιαίους λοβούς (περιοχή του εγκεφάλου). Η συγκεκριμένη θεωρία στηρίζεται στην ψυχωσιογόνο δράση των φαρμάκων που αυξάνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης (π.χ. η αλοπεριδόλη που αποτελεί ένα συμβατικό αντιψυχωσικό φάρμακο) και στην αντιψυχωτική δράση των ανταγωνιστών των υποδοχέων της ντοπαμίνης (Sadock & Sadock, 2004).

Νορεπινεφρινική Υπόθεση: Η νορεπινεφρίνη αποτελεί νευροδιαβιβαστή, ο οποίος απελευθερώνεται από ορισμένους νευρώνες του εγκεφάλου. Στη σχιζοφρένεια, η αύξηση της συγκέντρωσης της νορεπινεφρίνης οδηγεί σε αυξημένη

ευαισθητοποίηση προς τα εισερχόμενα αισθητηριακά ερεθίσματα (Sadock & Sadock, 2004).

Υπόθεση του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA): Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ είναι ένα μη απαραίτητο αμινοξύ που βρίσκεται στον ανθρώπινο εγκέφαλο και τα μάτια. Σε περιπτώσεις έντονου στρες, ο εγκέφαλος απαντά αυξάνοντας την παραγωγή του γ-αμινοβουτυρικού οξέου. Η υπόθεση βασίζεται στο ότι η ελάττωση της δραστηριότητας του GABA προκαλεί αύξηση της δραστηριότητας της ντοπαμίνης (Sadock & Sadock, 2004).

Υπόθεση της σεροτονίνης: Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής του εγκεφάλου. Ο μεταβολισμός της σεροτονίνης φαίνεται να είναι διαταραγμένος σε κάποιους χρόνιους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι έρευνες σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης έχουν αναδείξει συμμετοχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας οι οποίες κάποιες φορές απαντώνται και στους ασθενείς με σχιζοφρένεια (Sadock & Sadock, 2004).

1.6.1.3 ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Πλήθος ενδείξεων υποστηρίζουν την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, που αν και εκδηλώνεται συχνότερα στην όψιμη εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή, έχει τις ρίζες της στην αρχή της ανάπτυξης. Διάφοροι παράγοντες κινδύνου επιδρούν ήδη από το πρώτο τρίμηνο της εμβρυϊκής ζωής αλλά και αργότερα, οδηγώντας τον εγκέφαλο σε ένα αποκλίνον αναπτυξιακό μονοπάτι με κατάληξη την ενεργό ψύχωση (Fatemi & Folsom, 2009). Έτσι, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά που αργότερα θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια, διαφέρουν σαν ομάδα από τα συνομήλικα τους σε ορισμένα χαρακτηριστικά. Αυτές οι διαφορές θα μπορούσαν να είναι συνέπεια της επίδρασης βλαπτικών παραγόντων σε άλλοτε διαφορετικό στάδιο της ανάπτυξης του εγκεφάλου, οι οποίοι αφήνουν το ίχνος της επίδρασης τους στον ίδιο τον εγκέφαλο αλλά και στη μορφογένεση άλλων δομών, όπως του κρανίου, του προσώπου, των άκρων χειρών και ποδών (Murray & Bramon, 2005).

Συγγενείς ανωμαλίες του εγκεφάλου ανευρίσκονται συχνότερα μεταξύ ασθενών με σχιζοφρένεια και φαίνεται ότι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Shenton κ.ά., 2001). Ελάχιστονες φυσικές ανωμαλίες παρατηρούνται επίσης σε σχετικά μεγάλη συχνότητα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και

υποδηλώνουν μια πιθανή βλαπτική επίδραση στο πρώτο τρίμηνο της κύησης (Lloyd κ.ά., 2008). Αναφορικά με τα ανωτέρω, τα παιδιά που αργότερα θα νοσήσουν εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό καθυστέρηση των κινητικών αναπτυξιακών σταδίων, ιδιαίτερα της βάδισης, προβλήματα στο λόγο, ιδιαίτερα στην κατανόηση, πενιχρή κοινωνική αλληλεπίδραση και προτίμηση στο μοναχικό παιχνίδι. Ακόμη, έχουν παρατηρηθεί προβλήματα στο συντονισμό των κινήσεων, αυξημένο άγχος και πτωχή επίδοση σε δοκιμασίες προσοχής καθώς και χαμηλότερος δείκτης νοημοσύνης σε μια γραμμική συσχέτιση με τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Murray & Bramon, 2005).

Τελευταίες μελέτες έχουν δείξει ότι ίσως η τελική οδός που οδηγεί στη νόσο είναι η ευαισθητοποίηση της ντοπαμινεργικής μεταβίβασης (Murray & Bramon, 2005). Από μελέτες σε ζώα έχει καταστεί δυνατή η πρόκληση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται στην εφηβεία και στην πρόωμη ενήλικη ζωή, κατόπιν βλαβών που προκαλούνται στον ιππόκαμπο κατά την ενδομήτριο ζωή. Ωστόσο, όπως είναι γνωστό, υπάρχουν περιπτώσεις όψιμης εμφάνισης σχιζοφρένειας. Εδώ, το γενετικό φορτίο είναι μικρότερο, όπως και το ποσοστό των πρόωμων περιβαλλοντικών επιδράσεων. Χρειάζεται αρκετή επιπλέον έρευνα ώστε να δύναται να περιληφθούν και αυτές οι περιπτώσεις σε ένα ικανοποιητικό ερμηνευτικό μοντέλο (Fatemi & Folsom, 2009)

1.6.1.4 ΜΗΤΡΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Σε ανασκόπηση του Brawn (2006) αναφέρονται τρεις λοιμώξεις οι οποίες σε περίπτωση προσβολής αυτών στην εγκυμονούσα γυναίκα ενδέχεται να προκαλέσουν ανάπτυξη σχιζοφρένειας στο βρέφος.

Η πρώτη λοίμωξη είναι η προγεννητική ερυθρά, η οποία είναι μια τερατογόνος ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος και η οποία ενδέχεται να ευθύνεται για ψυχιατρικές διαταραχές κατά την παιδική ηλικία.

Η δεύτερη λοίμωξη είναι η γρίπη, η οποία αποτελεί έναν πιθανό παράγοντα για ανάπτυξη σχιζοφρένειας. Έρευνα από τον Brawn κ.ά. (2004) έδειξε ότι η έκθεση σε γρίπη μεταξύ της πρόωμης και της μέσης κυοφορίας αύξησε την επικινδυνότητα για εκδήλωση σχιζοφρένειας.

Η τρίτη λοίμωξη είναι η τοξοπλάσμωση η οποία είναι ένα ενδοκυτταρικό παράσιτο το οποίο αποτελεί τερατογόνο παράγοντα για το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Έρευνα του Brawn κ.ά. (2005) έδειξε ότι η μητρική τοξοπλάσμωση αυξάνει το ποσοστό επικινδυνότητας εκδήλωσης σχιζοφρένειας από την μητέρα στο βρέφος.

1.6.1.5 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

Το εγκεφαλικό τραύμα ενδέχεται να έχει σχέση με αλλαγές στη διάθεση, στη προσωπικότητα και στη συμπεριφορά. Οι έρευνες μέχρι στιγμής συμβάλλουν στην υπόθεση ότι η σχέση εγκεφαλικού τραύματος και των παραπάνω αλλαγών μπορεί να είναι αιτιακή (Van Reekum κ.ά., 2000).

Το εγκεφαλικό τραύμα είναι αποτέλεσμα μηχανικών δυνάμεων που ασκούνται στο κρανίο και μεταδίδονται στον εγκέφαλο, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό του εγκεφάλου. Το εγκεφαλικό τραύμα μπορεί να προκαλέσει μια ποικιλία νευροαναπτυξιακών διαταραχών οι οποίες μπορεί να είναι από μικρά ελλείμματα της εγκεφαλικής λειτουργίας έως πολύ σοβαρές διανοητικές και συναισθηματικές διαταραχές. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει χρόνια κωματώδη κατάσταση. Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές που σχετίζονται με το εγκεφαλικό τραύμα μπορεί να είναι γνωστικές βλάβες, διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές άγχους, ψυχώσεις και συμπεριφοριστικά προβλήματα (Rao & Lyketsos, 2000).

Τα ψυχωτικά συμπτώματα δεν είναι σπάνια σε ασθενείς με εγκεφαλικά τραύματα. Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι το 0,7% έως 9,8% των ασθενών με εγκεφαλικό τραύμα ανέπτυξαν ψυχωτικά συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς δεν είχαν ιστορικό σχιζοφρένειας. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι το ποσοστό αυτό μπορεί να ανέβει στο 15%. Τα ψυχωτικά συμπτώματα που ακολουθούν ένα εγκεφαλικό τραύμα εκδηλώνονται με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, ιδέες αναφοράς και παράλογη σκέψη (Rao & Lyketsos, 2000).

Σε ανασκόπηση των David & Prince το 2005, αναφέρεται ότι οι έρευνες που έχουν σχέση με μελέτες ατομικών περιπτώσεων μπορούν να συμβάλλουν ελάχιστα στην ερώτηση αν το εγκεφαλικό τραύμα μπορεί να θεωρηθεί ως αιτιατός παράγοντας για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας. Απ' την άλλη, οι έρευνες που αφορούν εκτεταμένες παρακολουθήσεις ασθενών που έχουν υποστεί εγκεφαλικό τραύμα, δείχνουν να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά σχιζοφρένειας από τον γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, οι συγκεκριμένες έρευνες έχουν σημαντικές μεθοδολογικές ελλείψεις. Σε μια γενική

βάση και με την διαθέσιμη βιβλιογραφία, μπορεί να ειπωθεί ότι το εγκεφαλικό τραύμα δεν είναι σημαντικός παράγοντας για ανάπτυξη σχιζοφρένειας, παρά μόνο μια παράμετρος που ενδέχεται να επηρεάζει την ανάπτυξη της νόσου (David & Prince, 2005).

1.6.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ & ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

1.6.2.1 ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ - ΣΤΡΕΣ

Το στρες μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας και να επισπεύσει την υποτροπή πολλών ψυχιατρικών διαταραχών όπως ψύχωση μετά τον τοκετό, συναισθηματικές διαταραχές και εξάρτηση από το αλκοόλ (Corcoran κ.α., 2003).

Η εκδήλωση τους στρες προκύπτει από την ενεργοποίηση τριών παραγόντων, του υποθαλάμου, της υπόφυσης και της αδρεναλίνης. Ο υποθάλαμος είναι τμήμα του εγκεφάλου με αμφίδρομες οδούς επικοινωνίας από τον οποίο ελέγχονται οι περισσότερες πτυχές της συναισθηματικής συμπεριφοράς του ατόμου, η υπόφυση είναι ένας αδένας ο οποίος είναι μέρος του εγκεφάλου και παράγει ορμόνες με διάφορες δράσεις. Τέλος, η αδρεναλίνη είναι σημαντική ορμόνη και νευροδιαβιβαστής και βοηθά τον οργανισμό να κινητοποιήσει όλες τις πηγές ενέργειάς του, σε περιπτώσεις έντονης δραστηριότητας διεγείροντας το νευρικό σύστημα για επείγουσα ενέργεια. Υπάρχουν δεδομένα που συνηγορούν στο γεγονός ότι κάποιοι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν δυσλειτουργία στους παραπάνω τρεις παράγοντες. Ορισμένα χαρακτηριστικά των τριών αυτών παραγόντων καθιστούν ένα πιθανό άξονα το οποίο ελέγχει το στρες σε σχέση με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. (Walker & Diforio, 1997)

Παρόλο που ένα στρεσογόνο γεγονός ως παράγοντας επικινδυνότητας δεν έχει μελετηθεί καθεαυτό, έρευνες δείχνουν ότι ιστορικό παιδικής κακοποίησης προβλέπει στην εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών. Γενικές μελέτες πληθυσμού αυξημένης επικινδυνότητας δείχνουν ότι το παιδικό στρες αυξάνει την πιθανότητα για εκδήλωση σχιζοφρένειας. Ειδικότερα, παιδιά τα οποία έχουν μεγαλώσει σε κάποιο ίδρυμα ή σε υιοθετημένες οικογένειες οι οποίες είναι δυσλειτουργικές έχουν μεγάλη πιθανότητα να εκδηλώσουν σχιζοφρένεια (Corcoran κ.α., 2003)

Ακόμα περισσότερο, το στρες μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, να προκαλέσει υποτροπή και να συντελέσει στην γρηγορότερη έναρξη ενός ψυχωτικού επεισοδίου. Το στρες παρόλα αυτά μπορεί να προέλθει και πριν την γέννηση του παιδιού το οποίο ενδέχεται να έχει την μορφή του μητρικού στρες που μπορεί να αφορά θάνατο του πατέρα κατά την εγκυμοσύνη ή έκθεση σε πολέμους ή καταστροφές (Corcogan κ.ά., 2003). Επιπρόσθετα, έχουν βρεθεί μεγαλύτερα ποσοστά σχιζοφρένειας σε ανθρώπους όπου οι μητέρες τους κατά την κύηση έπασχαν από κατάθλιψη, είχαν αυξημένο βάρος ή δεν διατρέφονταν σωστά. Επίσης, το στρες κατά την παιδική ηλικία ενός παιδιού μπορεί να προκαλέσει ευαισθησία σε μεταγενέστερα στρεσογόνα γεγονότα και αλλαγές στην γενικότερη συμπεριφορά.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένο στρες τρεις βδομάδες πριν υποτροπιάσουν. Η υποτροπή της ασθένειας μπορεί να αποτελέσει καθεαυτή στρεσογόνο παράγοντα αφού πολλά από τα ψυχωτικά και συνωδά συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι τρομακτικά για τον ασθενή αλλά και να τον εμποδίζουν να έχει φυσιολογική λειτουργικότητα. Τέλος, η αρνητική συναισθηματική αντίδραση των συγγενών των ασθενών μπορεί να λειτουργήσει ως στρεσογόνος παράγοντας με αποτέλεσμα της υποτροπή της σχιζοφρένειας. (Corcogan κ.ά., 2003)

1.6.2.2 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η ψυχοδυναμική προοπτική της σχιζοφρένειας κινείται πιο μακριά από το βιολογικό μοντέλο και αφορά την συμπτωματολογία, όπως οι νοητικοί μηχανισμοί, οι οποίοι ενεργούν ως άμυνα εναντίον του θεμελιώδους άγχους. Αυτή η προσέγγιση προσβλέπει στο περιεχόμενο των συμπτωμάτων, όπως οι παραληρητικές πεποιθήσεις και οι ψευδαισθήσεις, ως κατανοητές εκφράσεις των συναισθημάτων και των εμπειριών του ασθενούς (Davison & Neale, 2001).

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της παιδικής σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης και της σχιζοφρένειας. Τα συμπτώματα εμφανίζονται ως έκφραση και αντίδραση στις παιδικές τραυματικές εμπειρίες. Παρόλα αυτά, τα συγκεκριμένα παιδικά τραύματα δεν οδηγούν απαραίτητα στην ανάπτυξη ασθενειών όπως αυτή της σχιζοφρένειας, αλλά το ψυχοδυναμικό μοντέλο μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν το νόημα των εμπειριών

τους και να αναπτύξουν χρήσιμες στρατηγικές αντιμετώπισης (Karon & VandenBos, 1981).

1.6.2.3 ΦΥΛΟ

Το φύλο φαίνεται να παίζει ρόλο σε σχέση με την εκδήλωση των συμπτωμάτων και την πορεία της σχιζοφρένειας (Rigby & Alexander, 2008).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Salem & Kring (1998) η σημαντικότερη διαφορά της σχιζοφρένειας ανάμεσα στο δύο φύλα είναι ότι τα συμπτώματα αυτής εκδηλώνονται χρονικά γρηγορότερα στους άντρες απ' ό τι στις γυναίκες. Στους άνδρες τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας εκδηλώνονται περίπου από τα 20 έτη έως τα 25, ενώ στις γυναίκες από τα 25 έτη έως τα 30. Οι γυναίκες με σχιζοφρένεια σε αντίθεση με τους άνδρες με σχιζοφρένεια έχουν λιγότερες εισαγωγές και μικρότερη διάρκεια παραμονής σε νοσοκομεία, μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας και λαμβάνουν λιγότερη ποσότητα φαρμακευτικής αγωγής πριν την εμμηνόπαυση.

Όσον αφορά την κλινική εικόνα, οι άνδρες έχουν περισσότερο αντικοινωνική συμπεριφορά από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων στη γυναίκα είναι χαμηλά (πριν την έμμηνο ρύση και μετά την εμμηνόπαυση), οι γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια τείνουν να έχουν όξυνση των συμπτωμάτων με αποτέλεσμα να μην διαφέρει η ένταση των συμπτωμάτων από τους άνδρες. Επιπρόσθετα, αναφορικά με τα οιστρογόνα, ενδέχεται να παίζουν ρόλο στη διαφορά της ηλικίας έναρξης των συμπτωμάτων συγκριτικά με τους άνδρες (Salem & Kring, 1998).

1.6.2.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σημαντικοί παράγοντες σε αυτή την κατηγορία αποτελούν το συναισθηματικό κλίμα μέσα σε μια οικογένεια. Η έκφραση συγκίνησης, τα θετικά σχόλια, η συναισθηματική ζεστασιά αποτελούν καλούς προγνωστικούς παράγοντες για την μη ανάπτυξη μιας ψυχικής νόσου. Από την αντίθετη μεριά, οι οικογενειακές επικρίσεις, η εχθρότητα, και η συναισθηματική υπερεμπλοκή, είναι στοιχεία που απαντώνται στις πρώιμες οικογενειακές σχέσεις πολλών ασθενών με σχιζοφρένεια (Vaughn & Leff, 1976).

Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις φαίνεται να επηρεάζουν και την πορεία της νόσου, δηλαδή την πιθανότητα για υποτροπή του ασθενή. Η θεωρία του «εκφραζόμενου συναισθήματος» αναφέρεται στη συναισθηματική στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον ασθενή. Η κριτική και η εχθρική απέναντι στον ασθενή μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της νόσου (Fallon & Pederson, 1985). Θεωρείται ότι στις οικογένειες που είναι επικριτικές απέναντι στον ασθενή και έχουν συχνές συγκρούσεις (υψηλό εκπεφρασμένο συναίσθημα) δημιουργείται ένα στρεσογόνο περιβάλλον, το οποίο πιέζει την εύθραυστη ικανότητα προσαρμογής του ατόμου με σχιζοφρένεια και έχει ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων.

Το ποσοστό υποτροπής μειώνεται όταν η συμπεριφορά της οικογένειας τροποποιηθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να μειωθεί το εκπεφρασμένο συναίσθημα. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι μελετητές πιστεύουν ότι η οικογενειακή δυσλειτουργία είναι μάλλον συνέπεια παρά αιτία της σχιζοφρένειας (Sadock & Sadock, 2004).

1.6.2.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η αναζήτηση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων ξεκίνησαν νωρίς στην ιστορία της έρευνας της σχιζοφρένειας. Τον 19ο αιώνα, εμφανίζονται αναφορές ότι η «τρέλα» σχετίζεται με την χαμηλή κοινωνική τάξη και τον 20ο αιώνα το συμπέρασμα αυτό περιορίστηκε για την νόσο της σχιζοφρένειας.

Το 1958 οι Hollingshead & Redlich πρότειναν ότι η χαμηλή κοινωνική τάξη δεν είναι το αίτιο για την εκδήλωση σχιζοφρένειας, παρόλα αυτά η χαμηλή κοινωνική τάξη και οι ψυχοπιεστικές συνθήκες ζωής αυξάνουν τον κίνδυνο για την εκδήλωση της νόσου. Η άποψη αυτή το 1963 αμφισβητήθηκε σε έρευνα των Goldberg & Morrison, οι οποίοι βασιζόμενοι σε εθνικά στοιχεία βρήκαν ότι το επάγγελμα των πατέρων των ασθενών ήταν παρόμοιο με αυτό του γενικότερου πληθυσμού.

Παρά την έλευση των δεκαετιών και των πολλών ερευνών για το συγκεκριμένο θέμα το ζήτημα δεν έχει διευκρινισθεί ακόμα. Παρόλα αυτά, τα στοιχεία προτείνουν ότι η κοινωνικοοικονομική θέση έχει μέτρια επίδραση για την εκδήλωση σχιζοφρένειας (Link κ.ά., 1986 & Dohrenwend κ.ά., 1992)

Παρόλα αυτά, εκτός από το αρχικό ζήτημα της κοινωνικής τάξης, οι ερευνητές έχουν διευρύνει τις έρευνες τους σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, περιβαλλοντικών και ψυχικών θεμάτων της σχιζοφρένειας, όπως είναι η κοινωνική και οικονομική θέση, οι τάσεις της κοινωνίας, η φτώχεια, η αστικοποίηση και η μετανάστευση. Αυτό που συνδέει αυτά τα στοιχεία είναι ότι το κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται να παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη μεταβολή της νόσου της σχιζοφρένειας.

Έχει προταθεί στη βιβλιογραφία ότι η σχιζοφρένεια είναι πιο κοινή στα κέντρα των πόλεων. Ο Van Os (2004) καταγράφει τον κοινωνικό κατακερματισμό, την κοινωνική απομόνωση και τις κοινωνικές ανισότητες ως πτυχές της «αστικοποίησης», η οποία μπορεί να παίζει ρόλο στην πρόκληση της διαταραχής. Είναι δύσκολο, παρόλα αυτά, να διερευνηθεί αν η σχέση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της κοινωνικής πίεσης είναι αιτιώδης ή αν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας οδηγούν τον ασθενή σε μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τους Preben Bo, κ.ά. (1999) υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο μέρος που ζει το άτομο και τον μήνα γεννήσεως του. Το άτομα που μεγαλώνουν σε μεγάλες πόλεις έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από τα άτομα που μένουν σε μη αστικές περιοχές και το ποσοστό εκδήλωσης σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερο σε άτομα που γεννήθηκαν τον Φεβρουάριο και τον Μάρτιο, ενώ ήταν μικρότερο αυτό το ποσοστό σε άτομα που γεννήθηκαν τον Αύγουστο και τον Σεπτέμβριο.

1.6.3 ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Σύμφωνα με την μετά - ανάλυση σε συστηματική ανασκόπηση των Semple κ.ά. (2005) προτείνεται ότι η χρήση κάνναβης αποτελεί παράγοντα κινδύνου, ο οποίος αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχώσεων. Οι παραπάνω υποστηρίζουν ότι η κάνναβη σχετίζεται με την εκδήλωση σχιζοφρένειας, αλλά παραμένει το ερώτημα, αν η κάνναβη πυροδοτεί την εκδήλωση σχιζοφρένειας ή αν επιταχύνει τον χρόνο εκδήλωσης της.

Οι Hall κ.ά. (1994) υποστηρίζουν ότι η χρήση κάνναβης μπορεί να επιταχύνει την ψύχωση με τους ακόλουθους τρόπους: α) η έντονη χρήση κάνναβης σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προτρέπει σε τοξική ή οργανική ψύχωση με συμπτώματα όπως σύγχυση και παραισθήσεις, β) η χρήση κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε έντονη ψύχωση, όμοια με μια έντονη σχιζοφρενικόμορφη κατάσταση, η οποία να μην έχει τα οργανικά χαρακτηριστικά μιας τοξικής ψύχωσης, γ) η χρήση κάνναβης μπορεί να

οδηγήσει σε χρόνια ψύχωση, η οποία ενδέχεται να εξακολουθεί να υφίσταται μετά την αποχή από την κάνναβη, δ) η μακροχρόνια χρήση κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε οργανική ψύχωση, η οποία μετά την αποχή από την κάνναβη να υποχωρήσει μερικώς και να αφήσει μια υπολειμματική κατάσταση, η οποία συναντάται και σε ανάλογα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα όπως μετά από παρατεταμένη κατάχρηση αλκοόλ και ε) η χρήση κάνναβης μπορεί να αποτελέσει παράγοντα επικινδυνότητας για σοβαρές ψυχικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια.

Είναι σαφή ότι ασθενείς με ψυχώσεις δεν έχουν κάνει όλοι χρήση κάνναβης και ότι όλα τα άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης δεν αναπτύσσουν ψυχωτικές διαταραχές. Αυτό δείχνει ότι η κάνναβη δεν είναι ούτε αναγκαία ούτε επαρκή αιτία για ανάπτυξη ψύχωσης και το πιο πιθανό είναι ότι η κάνναβη αποτελεί έναν από τους παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη ψυχωτικών διαταραχών (Henquet κ.ά. 2005). Οι Arseneault κ.ά. (2004) υποστηρίζουν την ίδια άποψη και συμπληρώνουν στην έρευνα τους ότι στις διαθέσιμες έρευνες πληθυσμού πάνω στο συγκεκριμένο θέμα βρέθηκε ότι η χρήση κάνναβης είναι συνδεδεμένη με την εκ των υστέρων εκδήλωση σχιζοφρένειας.

Σε ανασκόπηση των Hall & Degenhardt (1999) καταδεικνύονται δύο πιθανές επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης: Η πρώτη βασίζεται στο γεγονός ότι η χρήση κάνναβης επιταχύνει την εκδήλωση σχιζοφρένειας. Η συγκεκριμένη υπόθεση είναι αλληλένδετη με το μοντέλο προδιάθεσης – στρες. Η δεύτερη πιθανή επίπτωση είναι ότι η χρήση κάνναβης χειροτερεύει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Κλινικές αναφορές δείχνουν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που συνεχίζουν την χρήση κάνναβης σημειώνουν περισσότερα ψυχωτικά συμπτώματα και ανταποκρίνονται φτωχά σε νευροληπτικά φάρμακα και έχουν χειρότερη κλινική πορεία από τους ασθενείς που δεν κάνουν χρήση κάνναβης.

Έτσι, το βασικό ερώτημα που παραμένει είναι αν υφίσταται η ψύχωση προκαλούμενη από κάνναβη (cannabis psychosis) ή αν η κάνναβη επιταχύνει την εκδήλωση ψύχωσης.

1.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

1.7.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η θεραπεία για την ασθένεια της σχιζοφρένειας απασχόλησε τους εκάστοτε ειδικούς σε διάφορες χρονικές περιόδους του παρελθόντος. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για την εύρεση της θεραπείας έχουν διαφορετικούς προσανατολισμούς και πολλές φορές οι τεχνικές που ακολουθήθηκαν χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη σκληρότητα (Barlow & Durand, 2001). Χαρακτηριστικά παραδείγματα τεχνικών που ακολουθήθηκαν κατά περιόδους αποτελούν τα παρακάτω.

Τον 16^ο αιώνα ήταν γενικά αποδεκτό πως η διαταραγμένη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια οφείλονταν στην «πέτρα της τρέλας», όπου και αφαιρούνταν με πρωτόγονες χειρουργικές επεμβάσεις. Οι επεμβάσεις αυτές δε διέφεραν ιδιαίτερα από την προμετωπιαία λοβοτομή, δηλαδή την εκτομή ενός ή περισσοτέρων νευρικών δεματίων στην προμετωπιαία περιοχή του εγκεφάλου που πραγματοποιούνταν μέχρι και τη δεκαετία του '50. Η τεχνική αυτή φαίνεται ορισμένες φορές να ηρεμούσε τους ασθενείς, ωστόσο προκαλούσε γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές (Barlow & Durand, 2001).

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '30, θεραπευτική προσέγγιση αποτέλεσε η χορήγηση μαζικών δόσεων ινσουλίνης για την πρόκληση κόμματος στους σχιζοφρενικούς ασθενείς. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύονταν πως οι ασθενείς βοηθιούνταν, ενώ στην πραγματικότητα κινδύνευαν από σοβαρές ασθένειες ακόμα και από θάνατο. Στα τέλη της ίδιας δεκαετίας μεγάλη ανάπτυξη γνώρισε η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), που όμως αργότερα διαπιστώθηκε πως δεν βοηθούσε τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια. Στη σύγχρονη εποχή η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται στην περίπτωση των ατόμων με επεισόδια βαριάς κατάθλιψης (Barlow & Durand, 2001).

Στη δεκαετία του '50 σημειώθηκε μεγάλη εξέλιξη στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, με τη δημιουργία των νευροληπτικών φαρμάκων. Τα φάρμακα αυτά επιδρούν στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις) και λιγότερο στα αρνητικά και αποδιοργανωμένα συμπτώματα, όπως το κοινωνικό έλλειμμα (Barlow & Durand, 2001).

Πέρα από τις διαφορετικές τεχνικές που ακολουθούνταν κατά την πάροδο των χρόνων, το ίδιο διαπιστώνεται ανάλογα και με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά

των κοινωνιών. Για παράδειγμα ο Mustafa (1990 στο Barlow & Durand, 2001) ανέφερε πως οι γιατροί της φυλής Kisii στην Κένυα, ακούνε τους ασθενείς για να εντοπίσουν τη θέση των ψευδαισθήσεων στο κεφάλι τους, κατόπιν τους ναρκώνουν και αφαιρώντας ένα κομμάτι του κρανίου γδέρνουν το συγκεκριμένο σημείο.

Στη σύγχρονη εποχή, η θεραπεία που ακολουθείται στο δυτικό κόσμο αφορά στη μείωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας με τη λήψη νευροληπτικών φαρμάκων, σε συνδυασμό με διάφορες ψυχοκοινωνικές θεραπείες που αποσκοπούν στη μείωση των ποσοστών υποτροπής, την καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή και τη συνεργασία στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (Liverman κ.ά., 1994, στο Barlow & Durand, 2001).

1.7.2 ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Δεν ήταν λίγοι αυτοί που στο παρελθόν υποστήριζαν πως ανακάλυψαν τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, ωστόσο καμία δεν αποδείχτηκε αποτελεσματική. Στις μέρες μας όταν αναφερόμαστε στη θεραπεία της νόσου, εννοούμε τη θεραπευτική παρέμβαση που απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, τη θεραπευτική αντιμετώπιση συνθέτουν οι σωματικές και ψυχοκοινωνικές θεραπείες καθώς και τα προσεχτικά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα αυτών. Ο σκοπός των εν λόγω παρεμβάσεων είναι η επανάκτηση της λειτουργικότητας και της ψυχολογικής ακεραιότητας των ασθενών (Μάνος, 1997).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για το οικογενειακό του περιβάλλον και την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα (γιατρός, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές κ.ά.) που τον φροντίζουν. Ακόμη, η θεραπεία σηματοδοτεί τη μακρόχρονη παροχή ενός συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, το οποίο αποτελεί βάση για την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι ευνόητο πως δεν έχει ανακαλυφθεί η θεραπεία για την καθολική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, ωστόσο όταν η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συνδυάζονται μπορεί να επέλθει η λειτουργικότητα και η ψυχολογική ηρεμία του ασθενή σε σημαντικό βαθμό. Επίσης, είναι σημαντικό να ακολουθείται η φαρμακευτική θεραπεία στην ενεργό φάση και συστήνεται να συνεχιστεί από μια γραμμή συντήρησης συνδυαζόμενη από ένα σύνολο μέτρων ψυχοθεραπείας και κοινωνικής υποστήριξης (Marti κ.ά., χ.χ.).

Η θεραπεία του ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια με τις προαναφερθείσες θεραπευτικές μεθόδους, μπορεί να διεξαχθεί τόσο ενδονοσκομειακά όσο και εξωνοσκομειακά. Ενδείξεις για τη νοσηλεία του ασθενή αποτελούν ο βαθμός επικινδυνότητας προς τους άλλους, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η πιθανότητα αυτοτραυματισμού λόγω αποδιοργάνωσης, η αναγκαιότητα για διαγνωστική εκτίμηση, η μη θεραπευτική ανταπόκριση του ασθενή σε λιγότερο περιοριστικά πλαίσια, η πρόκληση επιπλοκών λόγω συνυπαρχουσών παθήσεων και οι μεταβολές σε σύνθετα θεραπευτικά σχήματα (Barlow & Durand, 2001).

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο για τη θεραπεία της ασθένειας της σχιζοφρένειας θα αναφερθούν δύο είδη θεραπείας και στη συνέχεια θα αναλυθούν περαιτέρω οι θεραπευτικές μέθοδοι της κάθε θεραπείας. Πιο αναλυτικά, το πρώτο είδος θεραπείας είναι η σωματική και οι μέθοδοι που ακολουθούνται είναι η φαρμακευτική αγωγή και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), ενώ το δεύτερο είδος είναι οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

1.7.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο Μάνος (1997) αναφέρθηκε στην αποτελεσματικότητα των ψυχοτρόπων φαρμάκων, οφειλόμενη στην πρόοδο της σύγχρονης φαρμακολογίας, παρά την αρχική αρνητική κριτική που ασκήθηκε.

Γενικότερα, τα ψυχοτρόπα φάρμακα στα οποία βασίζεται η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών αποτελούν χημικούς παράγοντες που επιδρούν στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες ή τη συμπεριφορά του ατόμου. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορούν να διακριθούν σε διάφορες κατηγορίες όπου η καθεμία ανακουφίζει συγκεκριμένες ομάδες συμπτωμάτων και μπορούν να διακριθούν στα αντιψυχωτικά, στα αντικαταθλιπτικά, στα αντιμανιακά, στα αγχολυτικά και στα ψυχοδιεγερτικά (Μάνος, 1997).

Όπως αναφέρεται παραπάνω, τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούν να θεραπεύσουν την ασθένεια, μπορούν όμως να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν τα θετικά συμπτώματά της όπως τη ψυχωτική σύγχυση, την αποδιοργάνωση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις. Με εξαίρεση ίσως κάποια νεώτερα αντιψυχωτικά, δεν μπορούν να επηρεάσουν καθόλου (ή επηρεάζουν πολύ λίγο) τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως την απομόνωση, την αβουλία κ.λπ. (Μάνος, 1997:151).

Η δράση των φαρμάκων μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο της αποτελεσματικότητάς τους μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Η μείωση της δόσης γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων υπό στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων. Μολονότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια υποτροπιάζουν και ενώ βρίσκονται σε αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης, εντούτοις η προφυλακτική χορήγηση αντιψυχωτικών μπορεί να προφυλάξει ένα σημαντικό αριθμό ατόμων με σχιζοφρένεια γι' αυτό και συνιστάται. Οι ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για 12 μήνες ή περισσότερο καθώς κι

αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης αξίζει με ιδιαίτερη προσοχή, να δοκιμάσουν μήπως δεν χρειάζονται φάρμακα διότι υπάρχει και ο φόβος της όψιμης δυσκινησίας (Μάνος, 1997:152).

1.7.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η κλινική εκτίμηση του ασθενή έχει πρωταρχική σημασία και η προσωρινή διάγνωση βασίζεται στους εξής παράγοντες: α) το προσεχτικό ιστορικό, που όταν η αξιοπιστία του ασθενή αμφισβητείται θα πρέπει να ζητείται βοήθεια από το οικογενειακό περιβάλλον, β) την σωματική εξέταση, όπου ένας παθολόγος γιατρός θα εκτιμήσει τη σωματική υγεία του ασθενή ώστε να αποκλειστούν υποκείμενες σωματικές διαταραχές που θα μπορούσαν να μιμούνται μια ψυχιατρική ασθένεια, γ) τον εργαστηριακό έλεγχο κατά τον οποίο αποκλείονται οι οργανικές αιτίες των ψυχιατρικών συμπτωμάτων καθώς επίσης με ειδικά διαγνωστικά τεστ προβλέπεται η απάντηση της φαρμακευτικής αγωγής, δ) την περίοδο παρατήρησης που διαρκεί μερικές ημέρες ή εβδομάδες ενώ δεν ακολουθείται φαρμακευτική αγωγή και εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με τα συμπτώματα της ασθένειας στην πάροδο του χρόνου και την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής (Μάνος, 1997).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ο γιατρός να γνωρίζει την πορεία της ασθένειας που έχει διαγνωστεί, διότι ορισμένες ψυχιατρικές καταστάσεις είναι αυτοπεριοριζόμενες και είναι προτιμότερο να θεραπεύονται υποστηρικτικά και χωρίς φάρμακα (όταν αυτό είναι ασφαλές), έως ότου η ασθένεια ολοκληρώσει την πορεία. Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επιμέρους κίνδυνοι από την εφαρμογή ή μη της φαρμακευτικής αγωγής, διότι υπάρχουν για παράδειγμα ορισμένα αντικαταθλιπτικά που αν ληφθούν σε μεγάλη δοσολογία προκαλούν θάνατο και δε θα πρέπει να χορηγούνται σε άτομα με αυτοκτονικές τάσεις (Μάνος, 1997).

1.7.5 Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου όπως προαναφέρθηκε επηρεάζει σημαντικά τη θεραπεία του ασθενή και γι' αυτό το λόγο ο ψυχίατρος θα πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεχτικός. Όταν αποφασιστεί η λήψη φαρμακευτικής αγωγής με ψυχοτρόπα φάρμακα, θα πρέπει να καθοριστεί η τάξη που θα χρησιμοποιηθεί. Αυτό εξαρτάται από τη διάγνωση και τα συμπτώματα του ασθενή. Όταν υπάρχει ποικιλία ειδικών φαρμάκων, η επιλογή θα βασιστεί σε παράγοντες εκτός των συμπτωμάτων που παρατηρήθηκαν (Μάνος, 1997).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των ψυχοτρόπων φαρμάκων είναι η απάντηση του ασθενή σε προηγούμενη θεραπεία, το ιστορικό λήψης παρόμοιων φαρμάκων από βιολογικούς συγγενείς, διότι η θεραπευτική απάντηση και οι ανεπιθύμητες ενέργειες καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Επίσης, το ιστορικό του ασθενή για ανεπιθύμητες ενέργειες, ώστε να εξακριβωθούν τα φάρμακα που ήταν τα λιγότερο δυσάρεστα για τον ίδιο αλλά και η εξοικείωση του γιατρού με ένα ειδικό φάρμακο καθότι θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένος για το φάρμακο που θα επιλέξει. Τέλος, ένας σημαντικός παράγοντας είναι το κόστος του φαρμάκου που θα πρέπει να προσεχθεί, ιδίως σε μακροχρόνιες θεραπείες (Μάνος, 1997).

Ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες (παρενέργειες) που εμφανίζονται κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγή είναι οι εξής: καταστολή, εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες (εξωπυραμιδικό σύνδρομο (ΕΠΣ), δυστονία, παρκινσονισμός, ακαθισία, ακινησία, όψιμη δυσκινησία, επιληπτικές κρίσεις, αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες, ορθοστατική υπόταση, αλλεργικές ή τοξικές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακοκκιοκυτταραιμία, δερματίτιδα, αλλεργική ηπατίτιδα, μεταβολικές ή ενδοκρινικές ανεπιθύμητες ενέργειες, τοξική αμφιβληστροειδοπάθεια, ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τους Sadock & Sadock (2004:142 πίνακας 8-10) άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του κατάλληλου αντιψυχωσικού φαρμάκου και πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη είναι η υποκειμενική ανταπόκριση του ασθενή, η ευαισθησία του ασθενή στις εξωπυραμιδικές παρενέργειες, η όψιμη δυσκινησία, η κακή συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή ή ο υψηλός κίνδυνος υποτροπής, η κύηση, τα γνωσιακά και τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας.

Έχει υποστηριχθεί πως τα φάρμακα δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικά σε όλους τους ανθρώπους. Συχνό φαινόμενο αποτελεί κλινικοί και ασθενείς να περνούν από μια διαδικασία δοκιμών και σφαλμάτων ώστε να καταλήξουν στο φάρμακο που λειτουργεί καλύτερα στην εκάστοτε περίπτωση, ωστόσο υπάρχουν άτομα που δεν ωφελούνται σημαντικά από κανένα νευροληπτικό φάρμακο (Barlow & Durand, 2001).

Η κλινική αντιμετώπιση του σχιζοφρενικού ασθενή με φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τα αντιψυχωσικά φάρμακα, τα οποία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, πρώτον τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης και τους

ανταγωνιστές της σεροτονίνης-ντοπαμίνης (SDAs), όπως η ρισπεριδόνη (Risperdal) και η κλοζαπίνη (Leronex) (Sadock & Sadock, 2004).

Αναφορικά με την πρώτη κατηγορία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ωστόσο σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν ανταποκρίνονται σε αυτά τα φάρμακα ή δεν μπορούν να τα ανεχθούν. Ο λόγος είναι πως τα αντιψυχωσικά υψηλής ισχύος πιθανότατα να προκαλέσουν εξωπυραμιδικές παρενέργειες (ακαθισία, οξεία δυστονία και τρόμο παρκινσονικού τύπου), ενώ τα αντιψυχωσικά χαμηλής ισχύος προκαλούν μεγαλύτερη καταστολή και υπόταση και έχουν εντονότερη αντιχολινεργική δράση. Τέλος προκαλείται όψιμη δυσκινησία σε ποσοστό 5% για κάθε έτος λήψης τους (Sadock & Sadock, 2004).

Η δεύτερη κατηγορία αποτελεί τη νέα γενιά αντιψυχωσικών, όπου συγκριτικά με τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης έχουν λιγότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες, μπορεί να είναι αποτελεσματικότερα στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων και είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσουν όψιμη δυσκινησία. Από την άλλη μεριά είναι πιθανόν να προκαλέσουν καταστολή και μεγαλύτερη αύξηση σωματικού βάρους σε σχέση με τα τυπικά αντιψυχωσικά. Τέλος, σε γενικές τα άτυπα αντιψυχωσικά είναι καλύτερα ανεκτά από τα τυπικά και χορηγούνται ευρύτατα στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ως φάρμακα πρώτης εκλογής (Sadock & Sadock, 2004).

Η επιλογή του κατάλληλου αντιψυχωσικού φαρμάκου βασίζεται αρχικά στο ιστορικό του ασθενή, στη συμμόρφωση του ασθενή με τη φαρμακευτική αγωγή και στις ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι λιγότερο πιθανό να ενοχλήσουν τον ασθενή (Μάνος, 1997).

Ολοκληρώνοντας, μια από τις κυριότερες ενδείξεις για τη χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων αποτελεί μεταξύ άλλων η νόσος της σχιζοφρένειας και οι σχετιζόμενες μ' αυτήν διαταραχές. Η χορήγηση γίνεται είτε από το στόμα είτε ενδομυϊκά, ωστόσο η τελευταία όταν αποσκοπεί στον έλεγχο της διέγερσης θεωρείται χημική καθήλωση και θα πρέπει να γίνεται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη μιας και αναδύονται θέματα περί δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων για τη συγκατάθεσή τους στη θεραπεία (Μάνος, 1997).

1.7.6 ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το ενδεχόμενο να αποτύχει η φαρμακευτική θεραπεία δεν αποκλείεται. Τα αίτια για τα οποία μπορεί να συμβεί αυτό είναι πολλά, με συχνότερα την λανθασμένη επιλογή λανθασμένου ως προς τον τύπο και τη δοσολογία του φαρμάκου, η μη προσπέλαση του προαπαιτούμενο χρονικού διαστήματος από την έναρξη της αγωγής, ώστε να παρουσιαστεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα καθώς και η μη επίτευξη της συνεργασίας του ασθενή στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Όταν ο γιατρός αντιληφθεί πως η φαρμακοθεραπεία αποτυγχάνει θα πρέπει να αξιολογήσει αν κάποιος από αυτούς τους παράγοντες ευθύνεται για την αποτυχία της θεραπείας (Μάνος, 1997).

Παρά την αισιοδοξία που δημιουργήθηκε λόγω της αποτελεσματικότητας των αντιψυχωτικών, τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά μόνο όταν γίνεται σωστή χρήση. Παρά ταύτα, πολλά άτομα με σχιζοφρένεια δεν παίρνουν τακτικά τα φάρμακά τους. Οι έρευνες για τον επιπολασμό της μη-συμμόρφωσης των ασθενών, δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ατόμων με σχιζοφρένεια σταματά τη λήψη των φαρμάκων περιστασιακά (Barlow & Durand, 2001). Πιο συγκεκριμένα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Hoge κ.ά. (1990 στο Barlow & Durand, 2001) βρέθηκε πως περίπου το 7% των ατόμων που πρέπει να παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα αρνούνται να τα παίρνουν όλα. Τα αίτια της μη συμμόρφωσης των ασθενών στις οδηγίες των γιατρών για τη φαρμακευτική αγωγή εντοπίζονται σε παράγοντες όπως οι αρνητικές σχέσεις ανάμεσα στους γιατρούς και τους ασθενείς, το κόστος των φαρμάκων, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης προς τους ασθενείς καθώς και οι παρενέργειες των φαρμάκων (Barlow & Durand, 2001).

Τα νέα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν ελπίδα για τους κλινικούς διότι δημιουργούν λιγότερες παρενέργειες και πίστευαν πως θα μετρίαζαν τις ανησυχίες. Ωστόσο, αν και σπάνια προκαλούνται ανεπιθύμητες παρενέργειες που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή και θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά Umbrichl & Kane (1996 στο Barlow & Durand, 2001). Στη συνέχεια νέα ελπίδα για τους ερευνητές αποτέλεσαν τα φάρμακα ενέσιμης μορφής, που χορηγούνται στον ασθενή κάθε λίγες εβδομάδες, ωστόσο και πάλι οι ασθενείς δεν επιστρέφουν στο νοσοκομείο ή στην κλινική για την επανάληψη της δόσης Weiden κ.ά. (1991 Barlow & Durand, 2001).

1.7.7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζει ο γιατρός στον ασθενή το θεραπευτικό του σχεδιασμό είναι πολύ σημαντικός για την ανάπτυξη της συνεργασίας μεταξύ τους. Όταν μάλιστα συστήνονται ψυχοτρόπα φάρμακα ο ασθενής θα πρέπει να αναφέρει στον γιατρό του αν η θεραπεία έχει ή όχι αποτέλεσμα. Σε αυτή τη συζήτηση είναι πιθανό να συμμετέχει κάποιο άτομο από το οικογενειακό ή και φιλικό περιβάλλον του ασθενή, όταν ο τελευταίος είναι συγχυτικός, μη αξιόπιστος ή ανίκανος να συμμορφωθεί με την αγωγή από μόνος του (Μάνος, 1997).

Κατά την εξήγηση του θεραπευτικού σχεδιασμού στον ασθενή είναι χρήσιμο να περιλαμβάνονται οι ακόλουθες πληροφορίες:

- Ποια συμπτώματα σκοπεύει να θεραπεύσει η θεραπεία.
- Ανεπιθύμητες ενέργειες που ενδεχομένως να προκύψουν (είναι χρήσιμο ο ασθενής να είναι προϊδρασμένος για το τι πρέπει να περιμένει, από την άλλη όμως να δεν πρέπει να τρομάζει με έναν ατελείωτο κατάλογο φοβερών πιθανοτήτων. Γενικά θα ήταν προτιμότερο να περιγραφούν οι πλέον κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες και να εξηγηθεί πως μπορεί ο ασθενής να της διαχειριστεί).
- Πιθανές τοξικές παρενέργειες ή άλλοι κίνδυνοι (θα πρέπει ο γιατρός να αναφέρει μόνο τις πιο κοινές όπως είναι η ζάλη ή ο ίλιγγος).

Πρωταρχική σημασία έχει να ξέρει ο ασθενής πως ο γιατρός είναι διαθέσιμος για ερωτήσεις ή προβλήματα που ενδεχομένως να προκύψουν, ειδάλως μπορεί άδικα να υποφέρει από ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες (Μάνος, 1997).

1.7.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Στη σύγχρονη ψυχιατρική η συνεργασία πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων έχει πρωταρχική σημασία για τη θεραπεία του ασθενή, τόσο ενδονοσοκομεικά (ψυχιατρική κλινική ψυχιατρικού νοσοκομείου, ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου) όσο και εξωνοσοκομειακά (κέντρο ψυχικής υγείας κ.λπ.). Τα μέλη που απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να βρίσκονται σε συνεννόηση μεταξύ τους και να εναρμονίζεται η παρέμβασή τους με την φαρμακευτική παρέμβαση (Μάνος, 1997).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή στόχο αποτελεί η χορήγηση της μικρότερης δυνατής δόσης που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά

λειτουργικό ή εφόσον είναι εφικτό κατόπιν λεπτομερής ενημέρωσης του ασθενή και βάση μιας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης με την θεραπευτική ομάδα να οδηγηθεί στην αυτορρύθμιση, δηλαδή ο ίδιος να αποφασίζει τη δοσολογία του φαρμάκου που χρειάζεται στην εκάστοτε περίπτωση (Μάνος, 1997).

1.7.9 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1938 από τους Cerletti και Bini και θεωρείται από πολλούς ως ένας βάρβαρος και απωθητικός χειρισμός, πράγμα που οφείλεται στην έλλειψη σύγχρονης ενημέρωσης για τον ορθό τρόπο εφαρμογής της (Μάνος, 1997).

Η συγκεκριμένη μέθοδος σύμφωνα με τον Μάνο (1997:152) «προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας κυρίως στην οξεία φάση/έξαρση» της ασθένειας, ενώ το ίδιο αναφέρεται και από τους Barlow & Durand (2001) κατά τους οποίους η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) θεωρείται αποτελεσματική στις οξείες ψυχώσεις και στον κατατονικό τύπο σχιζοφρένειας. Ωστόσο, αυτό που τονίζεται ιδιαίτερα είναι πως αφενός έχει συνεργική δράση με τα αντιψυχωσικά φάρμακα αφετέρου είναι υποσχόμενη για τα θετικά συμπτώματα της νόσου και σε ασθενείς που έχουν αναπτύξει σχιζοφρένεια σε διάστημα λιγότερο του ενός έτους (Barlow & Durand, 2001).

Γενικότερα οι ενδείξεις για την επιλογή της συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου είναι τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, η οξεία μανία και η σχιζοφρένεια. Σε σχιζοφρενικούς ασθενείς, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην περίπτωση που έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες καθώς και σε οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια με συναισθηματικά ή κατατονικά συμπτώματα (Μάνος, 1997).

Ο τρόπος με τον οποίο επιδρά θεραπευτικά η ηλεκτροσπασμοθεραπεία στον οργανισμό δεν είναι γνωστός. Εν τούτοις έρευνες έχουν δείξει πως επηρεάζει μια ποικιλία νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, συμπεριλαμβανομένων του GABA, της νορεπινεφρίνης, της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης καθώς και τα ενδογενή οπιοειδή (Μάνος, 1997).

Αρχικά, εφαρμοζόταν ενώ ο ασθενής ήταν ξύπνιος και χωρίς να προηγηθεί φαρμακευτική κάλυψη, πράγμα που προκαλούσε φόβο στους ασθενείς και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων και εξαρθρώσεων στη διάρκεια των σπασμών. Στις μέρες μας, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία πραγματοποιείται κατόπιν χορήγησης φαρμακευτικής

αγωγής για την ελάττωση των εκκρίσεων, γενικής αναισθησίας για τη μείωση του άγχους και της δυσανεξίας του ασθενή καθώς και ενός μυοχαλαρωτικού για την αποτροπή επιπλοκών των σπασμών (Μάνος, 1997).

Η προετοιμασία του ασθενή για ηλεκτροσπασμοθεραπεία απαιτεί α) την εξασφάλιση της συγκατάθεσής του, αφού πρώτα ενημερωθεί για το λόγο που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος, τα οφέλη της και οι πιθανοί κίνδυνοι από αυτήν, β) τη λήψη ιατρικού ιστορικού και σωματική εξέταση για να διαπιστωθεί αν υπάρχει καρδιαγγειακή νόσο, μυοσκελετικά τραύματα, νεόπλασμα του ΚΝΣ (αποτελεί την απόλυτη αντένδειξη) και ιστορικό πρόσφατης θεραπείας με φάρμακα που ελαττώνουν τις κατεχολαμίνες, γ) εργαστηριακό έλεγχο και δ) διακοπή ή ελαχιστοποίηση (αν δεν είναι εφικτή η διακοπή) της φαρμακευτικής αγωγής που χορηγούνταν στον ασθενή λίγο πριν και κατά τη διάρκεια της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Τέλος, ο ασθενής δε θα πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα για 8 ώρες πριν τη θεραπεία για να μειωθεί ο κίνδυνος εμέτου και εισρόφησης (Μάνος, 1997).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες (παρενέργειες) της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι η απώλεια μνήμης, πονοκέφαλοι, αύξηση σωματικού βάρους, αμηνόρροια ή άλλες διαταραχές της εμμηνορρυσίας, παροδική αύξηση της διαπερατότητας του αιματολογικού φραγμού, σημαντική (αλλά παροδική) συστηματική υπέρταση, άπνοια και καρδιακές αρρυθμίες (Μάνος, 1997).

1.7.10 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Παρά τις ελπίδες που προσφέρουν οι φαρμακευτικές θεραπείες, τα προβλήματα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, τη χρήση τους και την υποτροπή της ασθένειας υποδεικνύουν ότι μόνα τους τα φάρμακα ενδεχομένως να μην είναι αποτελεσματικά στις περιπτώσεις πολλών ατόμων (Barlow & Durand, 2001). Η θεραπεία της ασθένειας της σχιζοφρένειας είναι αποτελεσματικότερη όταν συνδυάζεται η χορήγηση της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής με ψυχοκοινωνικού τύπου παρεμβάσεις (Sadock & Sadock, 2004).

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια αποσκοπεί στην επίτευξη της λειτουργικότητας του ασθενή σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής του ζωής, όπως να εργάζεται, να διασκεδάζει, να αγαπά κ.ά. (Μάνος, 1997).

Ο Μάνος (1997:153) υποστηρίζει ότι:

«Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους -στην κοινότητα- είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες (και γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων)».

Η μακρά ασυλική νοσηλεία με την τυπική εικόνα των αποσυρμένων και παλινδρομημένων-ιδρυματοποιημένων ασθενών έχει αντικατασταθεί από προγράμματα επανένταξης στην κοινότητα. (Μάνος, 1997).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με σχιζοφρένεια περιλαμβάνει μέτρα από τη βελτίωση της κοινωνικής επάρκειας και τη δικτυωμένη κοινωνική υποστήριξη έως την οικογενειακή υποστήριξη. Κεντρική θέση σε αυτά τα μέτρα κατέχουν η στήριξη των δικαιωμάτων του ασθενούς, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια μέσω της ενημέρωσης της κοινής γνώμης και η ύπαρξη κατάλληλης νομοθεσίας (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, 2001).

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες διακρίνονται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές. Στις ενδονοσοκομειακές ανήκουν η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κ.ά. Στις εξωνοσοκομειακές ανήκουν η οικογενειακή θεραπεία η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία η συνέχιση της εκμάθησης των κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τους Sadock & Sadock (2004) οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις διακρίνονται σε θεραπεία συμπεριφοράς, ομαδική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, διαχείριση περιστατικού και ομάδες υποστήριξης.

1.7.11 Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην επιρροή της διάθεσης, της συμπεριφορά και των τρόπων ή των προτύπων συναισθηματικής αντίδρασης με τη χρήση λεκτικών ή μη ψυχολογικών μέσων και συνίσταται σε δομημένες παρεμβάσεις (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, 2001). Αποτελεί μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών κατά την οποία εγκαθιδρύεται μια συμφωνία συνεργασίας ανάμεσα σε ένα εκπαιδευμένο άτομο και τον ασθενή. Μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία ο πρώτος επιχειρεί να ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, να αντιστρέψει ή να μεταβάλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας (Μάνος, 1997). Τέλος, χρησιμοποιούνται προσεγγίσεις βασιζόμενες σε διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα και τα οποία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών όπως η συμπεριφορική, η γνωσιακή, η διαπροσωπική, η συμβουλευτική και η υποστηρικτική θεραπεία (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, 2001).

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται κατάλληλος για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι η υποστηρικτική (ατομική ή ομαδική). Σκοπός του θεραπευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της νόσου και τις συνέπειες που έχει στη ζωή του καθώς επίσης να προσαρμοστεί κατά το δυνατό καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Σε αυτόν τον τύπο ψυχοθεραπείας θεωρείται πρωταρχική η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και θεραπευτή. Σε αρκετές περιπτώσεις η ερμηνευτική βοήθεια προς τον ασθενή που πάσχει με σχιζοφρένεια για να κατανοήσει τα συναισθήματά του και τον τρόπο που τον οδηγούν σε εξωπραγματική σκέψη δεν αποκλείεται. Η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία πραγματοποιούνται συγχρόνως στην αρχή και αποσκοπούν στην απόδοση πραγματικότητας και στην κοινωνικοποίηση του ασθενή (Μάνος, 1997).

Στη συμπεριφορική θεραπεία εφαρμόζονται εκείνες οι αρχές της ψυχολογίας που έχουν επιστημονική βάση και ενδείκνυνται για τη λύση κλινικών προβλημάτων (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, 2001). Ειδικότερα, οι επιθυμητές συμπεριφορές επιβραβεύονται με συμβολικές ανταμοιβές (π.χ. άδειες εξόδου, προνόμια) αποσκοπώντας στη συνέχισή τους και μετά την έξοδο του ασθενή από την κλινική (Sadock & Sadock, 2004). Ακόμη η συγκεκριμένη θεραπεία είναι πολύ σημαντική για την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων διότι η

σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας εαυτού, εργασίας κλπ. (Μάνος, 1997).

Η ομαδική θεραπεία επικεντρώνεται στην υποστήριξη του ασθενή και στην ανάπτυξη των κοινωνικών του δεξιοτήτων (καθημερινές δραστηριότητες), ενώ παράλληλα οι ομάδες συμβάλουν στην ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης και στη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας (Sadock & Sadock, 2004).

Στην οικογενειακή θεραπεία μέσω των τεχνικών που αναπτύσσονται ελαττώνεται η συχνότητα των υποτροπών του πάσχοντος μέλους της και μειώνονται τα υψηλά επίπεδα του εκπεφρασμένου συναισθήματος μέσα στην οικογένεια. Επίσης ιδιαίτερα βοηθητικές είναι οι ομάδες οικογενειών των ασθενών με σχιζοφρένεια όπου συζητούν και μοιράζονται τις δυσκολίες τους (Sadock & Sadock, 2004). Επιπλέον, απευθύνεται στην αναγνώριση και στην προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν τη νόσου. Σημασία έχει η εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της σχιζοφρένειας καθώς και στους πρακτικούς αντιμετώπισης των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το μέλος με σχιζοφρένεια (Μάνος, 1997).

Η υποστηρικτική θεραπεία περιλαμβάνει συμβουλευτική, ενθάρρυνση, εκπαίδευση, παροχή προτύπων, οριοθέτηση και βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Μια μορφή αυτού του τύπου θεραπείας είναι η προσωπική θεραπεία, η οποία στηρίζεται στη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή (Sadock & Sadock, 2004).

Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες αποτελεί προσπάθεια βελτίωσης των κοινωνικών δεξιοτήτων και αντιμετώπισης των συναφών προβλημάτων με υποστηρικτικές θεραπείες (συχνά σε ομάδες) και στις οποίες δίνεται εργασία για το σπίτι, εφαρμόζονται τεχνικές για το παίξιμο ρόλων κ.ά. (Sadock & Sadock, 2004).

Στη διαχείριση περιστατικού αντιμετωπίζονται πρακτικές ανάγκες του σχιζοφρενικού ατόμου και συντονίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο υπεύθυνος για τη διαχείριση του περιστατικού (συνήθως κοινωνικός λειτουργός) συμμετέχει στο συντονισμό του θεραπευτικού προγράμματος και συμβάλει στην επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών (Sadock & Sadock, 2004).

Τέλος, στις ομάδες υποστήριξης ανήκουν οργανώσεις που παρέχουν υποστήριξη, πληροφορίες και εκπαίδευση στους ασθενείς και τις οικογένειές τους όπως η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς (National Alliance for the Mentally

III) στις ΗΠΑ, ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) στην Ελλάδα κ.ά. (Sadock & Sadock, 2004) κ.ά..

1.7.12 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η δυνατότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που διαμένει ο ασθενής με την οικογένειά του, στον ξενώνα κ.λπ. η οποία βασίζεται στη στενή παρακολούθησή του από ψυχιατρικούς νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς ψυχολόγους κ.ά. Ο λόγος που η δυνατότητα αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική είναι πως μπορεί να αποτρέψει τη νοσηλεία στο νοσοκομείο, εκτός βέβαια από τις φορές που αυτή είναι αναπόφευκτη (Μάνος, 1997).

Ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός καθυσύχασης, τοποθέτησης ορίων λεκτικά και ελάττωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (δωμάτιο απομόνωσης), ωστόσο μπορεί να χρειασθεί φυσική καθήλωση σε συνδυασμό με/ή χημική καθήλωση (Μάνος, 1997).

Καθώς τα οξέα συμπτώματα υποχωρούν, ο ασθενής πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής (θεραπευτική κοινότητα) που περιλαμβάνει ασθενείς, γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και κάθε άτομο που εργάζεται στην κλινική και στην οποία προάγεται η λειτουργικότητα και η κοινωνική αποκατάσταση του ασθενή (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997:154) «η θεραπεία περιβάλλοντος αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή η ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια». Έτσι λοιπόν το νοσοκομειακό περιβάλλον είναι θεραπευτικό διότι έχει σχεδιαστεί καθ' αυτόν τον τρόπο ούτως ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικές δεξιότητες, κοινωνικότητα κατάλληλη προετοιμασία για την εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση (Μάνος, 1997).

1.8 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ: ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΣΙΑ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Με τον όρο λειτουργικότητα περιγράφεται ο βαθμός ικανοποίησης των απαιτήσεων από συγκεκριμένους ρόλους όπως για παράδειγμα του εργαζομένου, του γονέα, του συζύγου κ.ά. Αποτελεί μια βασική έννοια που αφορά κυρίως τον χρόνιο ψυχικά ασθενή (Μαδιανός, 2005). Επιπλέον, στην έννοια της λειτουργικότητας υπεισέρχονται η μειονεξία από την ψυχοπαθολογία, η επακόλουθη ανικανότητα ή και η αναπηρία (Μαδιανός, 2005).

Η λειτουργικότητα ενός ψυχικά ασθενή για να εκτιμηθεί θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ορισμένα βασικά στοιχεία όπως η προνοσηρή λειτουργικότητα, το τωρινό επίπεδο αυτονομίας, κοινωνικών δεξιοτήτων, ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, εναισθησίας, τα κίνητρα που έχει το άτομο για αλλαγή καθώς και το οικογενειακό υποστηρικτικό σύστημα ως προς τη δυνατότητα αποκατάστασης του ατόμου (Μαδιανός, 2005).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) η νόσος της σχιζοφρένειας προκαλεί έκπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρειάζεται συγκεκριμένη παρέμβαση, ώστε να βοηθηθεί και να την επανακτήσει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό. Η έναρξη της διαδικασίας αποκατάστασης της χαμένης λειτουργικότητας σημειώνεται στο νοσοκομείο με ομαδική ψυχοθεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες, δόμηση της ημέρας κ.ά. ενώ συνεχίζεται ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά με εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση, εκπαίδευση στη φροντίδα του σπιτιού κ.ά. (Μάνος, 1997).

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, η ασθένεια της σχιζοφρένειας από τη φύση της απαιτεί συνεχή μετανοσοκομειακή φροντίδα (after care) στην κοινότητα (Μαδιανός, 2005). Ο βαθμός λειτουργικότητας του ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια συνδέεται άμεσα με τη μετανοσοκομειακή βοήθεια που χρειάζεται και η οποία ποικίλει ανάλογα με τον ασθενή. Έτσι λοιπόν, υπάρχουν ασθενείς που μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα με αυτονομία κι άλλοι που χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη σε βασικές λειτουργίες όπως στην αγορά τροφίμων, στη διαχείριση χρημάτων κ.ά. (Μάνος, 1997).

Ο Μαδιανός (2005) διαχωρίζει τη λειτουργικότητα του ασθενή που πάσχει από χρόνιο σχιζοφρενική διαταραχή σε τρία στάδια και περιγράφει τις αντίστοιχες παρεμβάσεις. Πιο συγκεκριμένα, στο στάδιο της έκπτωσης/μειονεξίας σημειώνεται

αύξηση στα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας και η παρέμβαση που μπορεί να πραγματοποιηθεί είναι η ψυχοθεραπεία, η φαρμακευτική αγωγή, η κοινωνιοθεραπεία και η πιθανή παρακολούθηση ημερήσιου θεραπευτικού προγράμματος. Ως Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα οι Παπαδόπουλος και Στυλιανίδης (2008) ορίζουν «το σύνολο των καθημερινών προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που αποσκοπεί αφενός στην κάλυψη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς, αφετέρου στην άσκηση και υποστήριξη του, προκειμένου να μπορέσει να ζήσει ως ενεργός πολίτης απολαμβάνοντας τα δικαιώματά του και τηρώντας τις κοινωνικές υποχρεώσεις».

Στο στάδιο της ανικανότητας παρατηρείται μείωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή και η παρέμβαση που πραγματοποιείται είναι η ανάπτυξη αυτών με τη βοήθεια του υποστηρικτικού συστήματος (Μαδιανός, 2005). Τέλος, στο στάδιο της αναπηρίας ο ασθενής υφίσταται την ανεργία και την κοινωνική απόσυρση ενώ η αντίστοιχη παρέμβαση που μπορεί να πραγματοποιηθεί με στόχο την καταπολέμηση αυτών βασίζεται σε προγράμματα επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005).

1.8.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η ατομική αξιολόγηση αποτελεί βασική έννοια στη ψυχιατρική και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή και αφορά το άτομο που μετέχει σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης. Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ατόμου γίνεται για να αναδειχθούν τα προσόντα, οι ικανότητές αλλά και οι αδυναμίες που έχει. Συνεπώς, η διαδικασία της αξιολόγησης του ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι σε αυτή βασίζεται ο ορθότερος προγραμματισμός της αποκατάστασης του, η τοποθέτησή του στην κατάλληλη ομάδα και τμήμα, η συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών για τη μελλοντική επανεκτίμηση του ασθενή, ο σωστός προγραμματισμός μελλοντικών στόχων και ο έλεγχος της προόδου που σημειώνει ο ασθενής καθώς και για πιθανές αλλαγές στο άμεσο περιβάλλον (Μαδιανός, 2005).

Οι μέθοδοι που ακολουθούνται για την εκτίμηση της κατάστασης του ατόμου βασίζονται σε παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του ατόμου από το θεραπευτή, σε αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, σε ελεύθερες ή δομημένες συνεντεύξεις, σε υπολογισμό της παραγωγικότητας και οτιδήποτε σχετίζεται με αυτήν καθώς και σε βιολογικές παραμέτρους (Μαδιανός, 2005).

Στον τομέα της εργασίας ο όρος της λειτουργικότητας του ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια, εκτιμάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Ορισμένοι από αυτούς είναι η συνέπεια που επιδεικνύει ο ασθενής στα ωράρια έλευσης και αποχώρησης από το χώρο εργασίας, η πρωτοβουλία που αναπτύσσει, η δημιουργικότητα, η συχνότητα λαθών, η ανάγκη επιτήρησης, η συνεργασία του με τους εργαζόμενους, το ενδιαφέρον, η προσοχή και η υπευθυνότητα που επιδεικνύει, το κίνητρο για εργασία κ.ά. (Μαδιανός, 2005). Αφού λοιπόν παρατηρηθούν οι παράγοντες αυτοί εκτιμάται η εικόνα του ασθενή και εξάγονται τα αντίστοιχα συμπεράσματα για το βαθμό λειτουργικότητας του στο συγκεκριμένο τομέα.

Αναφορικά με την κοινωνική προσαρμογή του ασθενή υπάρχουν επίσης παράμετροι που συνυπολογίζονται και οδηγούν στα ανάλογα συμπεράσματα. Τέτοιοι παράμετροι είναι η ικανότητα του ασθενή στη φροντίδα εαυτού (ατομική υγιεινή, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, πρωινή έγερση), η ικανότητά του σε οικιακές δραστηριότητες, εξωτερικές δουλειές και μετακινήσεις καθώς και στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων εντός και εκτός σπιτιού. Ακόμη, σημαντικοί παράγοντες είναι η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου (ενδιαφέροντα, συνήθειες, δραστηριότητες κ.ά.) και η διαχείριση των οικονομικών πόρων όπως ο τρόπος διάθεσης των χρημάτων, ψώνια-αγορές, αποταμίευση και διαχείριση περιουσιακών στοιχείων (Μαδιανός, 2005).

1.8.2 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στην προσπάθεια καλύτερης και αντικειμενικότερης αξιολόγησης της λειτουργικότητας του ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες, έχει αυξηθεί η χρήση ειδικών οργάνων/κλιμάκων και σύνθετων ερωτηματολογίων που αποβλέπουν σε αυτό (Μαδιανός, 2005).

Τα συγκεκριμένα όργανα μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες οι οποίες είναι α) εκτίμησης του επιπέδου λειτουργικότητας του ατόμου σε διάφορους τομείς, δραστηριότητες, σχέσεις και ρόλους, β) εκτίμησης της γενικής λειτουργικότητας σε συνάρτηση με την ψυχοπαθολογική κατάσταση του ατόμου και γ) μέτρησης των διαστάσεων και των επιπέδων του κοινοτικού και οικογενειακού υποστηρικτικού συστήματος (Μαδιανός, 2005).

1.8.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ FRONTAL ASSESSMENT BATTERY

Η συστοιχία εκτίμησης μετωπιαίων λειτουργιών (Frontal Assessment Battery) είναι μια νευροψυχολογική δοκιμασία και αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης διαταραχών των εκτελεστικών λειτουργιών (Σπυρίδη, 2011). Την FAB απαρτίζουν έξι υποδοκιμασίες (αντιληπτική ικανότητα, νοητική ευελιξία, προγραμματισμός κινήσεων, ευαισθησία στην παρεμβολή, ανασταλτικός έλεγχος και περιβαλλοντική αυτονομία). Οι υποδοκιμασίες αυτές είναι απαραίτητες για το συντονισμό της στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς και για την προσαρμογή του ατόμου σε νέες συνθήκες, οι οποίες οργανώνονται από το μετωπιαίο φλοιό. Από τη μέχρι τώρα χρήση της FAB έχει αποδειχτεί πως αποτελεί μια έγκυρη και αξιόπιστη δοκιμασία για την εκτίμηση των μετωπιαίων λειτουργιών σε ασθενείς με νευροεκφυλιστικές παθήσεις (Σπυρίδη, 2011).

Η διαταραχή των μετωπιαίων λειτουργιών αποτελεί χαρακτηριστικό της ασθένειας της σχιζοφρένειας, ωστόσο η διερεύνησή τους είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της χρήσης εκτενών και χρονοβόρων νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Οι δοκιμασίες αυτές είναι δύσκολο να ολοκληρωθούν εξαιτίας της εύκολης νοητικής κόπωσης, της διάσπαση προσοχής και της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης των ασθενών. Επομένως, γίνεται κατανοητή η ανάγκη για ένα σύντομο και εύχρηστο εργαλείο που θα επιτελεί το ίδιο σκοπό (Σπυρίδη, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΣ & ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

2.1 ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο κινηματογράφος ή αλλιώς σινεμά αποτελεί σήμερα την αποκαλούμενη και έβδομη τέχνη, δίπλα στη γλυπτική, τη ζωγραφική, το χορό, την αρχιτεκτονική, τη μουσική και τη λογοτεχνία. Αρχικά εμφανίστηκε περισσότερο ως μια νέα τεχνική καταγραφής της κίνησης και οπτικοποίησής της (Βαλούκος, 2003).

Είναι γεγονός πως επί σειρά ετών ο άνθρωπος πειραματίστηκε πάνω στην προσπάθεια απεικόνισης της κίνησης. Καταλυτικό ρόλο στην εξέλιξη της τεχνικής του κινηματογράφου διαδραμάτισε η ανακάλυψη και διάδοση της φωτογραφίας, στα μέσα του 19ου αιώνα. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1920, ο κινηματογράφος παρέμενε χωρίς ήχο (βουβός κινηματογράφος) και συχνά οι προβολές ταινιών συνοδεύονταν από ζωντανή μουσική (Rider, 2000).



Η ιστορία του ηχογραφημένου κινηματογραφικού ήχου ξεκίνησε το 1926, όταν η Warner Brothers παρουσίασε μία συσκευή (Vitaphone), η οποία έδινε τη δυνατότητα αναπαραγωγής μουσικής, μέσω ενός δίσκου που συγχρονιζόταν με την μηχανή προβολής της ταινίας. Βασισμένη σε αυτή τη νέα τεχνολογία, στα τέλη του 1927, κυκλοφόρησε η ταινία *The Jazz Singer*, η οποία αν και κατά το μεγαλύτερο μέρος της ήταν βουβή, υπήρξε η πρώτη που περιείχε διαλόγους (Rider, 2000).

Περίπου την ίδια περίοδο με την προσαρμογή του ήχου, ξεκίνησαν συστηματικές προσπάθειες για την προσθήκη χρώματος. Έγχρωμες ταινίες είχαν ήδη εμφανιστεί από τις αρχές του 20ου αιώνα, μέσω του χρωματισμού των κινηματογραφικών καρτέ με το χέρι, μέθοδος που εγκαταλείφθηκε σταδιακά, σε συνδυασμό με την αύξηση της διάρκειας των ταινιών. Ανάμεσα στις πρώτες συνθετικές μεθόδους προσθήκης χρώματος, υπήρξε η Technicolor, η οποία τελειοποιήθηκε το 1941 (Monopack Technicolor), αν και παρέμενε ανακριβή λόγω των περίπλοκων σταδίων διαχωρισμού και εμφάνισης των χρωμάτων. Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, εμφανίστηκε το έγχρωμο αρνητικό φιλμ της εταιρίας Eastman Kodak, το οποίο δεν απαιτούσε διαδικασία διαχωρισμού των χρωμάτων. Αν και μέχρι τη δεκαετία του 1950, η παραγωγή έγχρωμων ταινιών μειοψηφούσε, κατά τη δεκαετία του 1960 και χάρη στην ανάπτυξη της σχετικής τεχνολογίας, ο έγχρωμος κινηματογράφος επικράτησε (Rider, 2000).

Ο κινηματογράφος έγινε σύντομα μια καθιερωμένη μέθοδος ψυχαγωγίας και συχνά επιμόρφωσης για πολλούς ανθρώπους. Μέσω μιας κινηματογραφικής ταινίας ο θεατής μπορούσε να γελάσει με κωμικές σκηνές, να συγκινηθεί με δραματικά γεγονότα, να αισθανθεί έντονο άγχος και φόβο σε μια σκηνή τρόμου αλλά και να μάθει για άγνωστα μέχρι πρότινος ζητήματα, όπως είναι οι ψυχικές διαταραχές.

Από όλες τις διαταραχές που αναφέρονται στην Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV-TR μόνο λίγες από αυτές δεν έχουν ακόμα απεικονιστεί στις ταινίες. Οι ψυχικές διαταραχές και οι εκδηλώσεις τους έδωσαν γρήγορα σε σκηνοθέτες και σεναριογράφους υλικό για θέματα και σενάρια. Λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο ενδιαφέρον για τις ψυχικές διαταραχές που προβάλλονται στον κινηματογράφο, υπάρχει προβληματισμός για την εικόνα που καταδεικνύεται, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν για τις ψυχικές διαταραχές από τις κινηματογραφικές ταινίες (Poseck, 1996).

Μια από τις πιο χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές αποτέλεσε πηγή έμπνευσης πολλών σκηνοθετών του κινηματογράφου. Η πρώτη ταινία που προβλήθηκε στον κινηματογράφο με πρωταγωνιστή που πάσχει από σχιζοφρένεια ήταν αυτή του Fritz Lang το 1931, *Ο δράκος του Ντίσελντορφ*. Ακολούθησαν το 1945 *οι Άνθρωποι Γάτες*, το 1944 *οι Εφιάλτες*, το 1945 *η Νύχτα αγωνίας*, το 1948 *ο Λάκκος με τα Φίδια*, το 1949 *ο Μεγάλος Αμαρτωλός*, το 1951 *Λεωφορείο ο Πόθος* και η λίστα συνεχίζεται με πληθώρα ταινιών έως και σήμερα (<http://www.imdb.com/>).



Ο δράκος του Ντίσελντορφ (1931)

Καθώς η σχιζοφρένεια είναι ασθένεια που εξελίσσεται σταδιακά, η εκδήλωση των ψυχωτικών επεισοδίων γίνεται με πολλούς τρόπους από τους οποίους συνήθως ο κινηματογράφος επιλέγει τους πιο ακραίους. Μερικές φορές, οι παραληρητικές ιδέες δίωξης είναι εξαιρετικά παράξενες ή αναίτια αποσπασματικές, ενώ οι φωνές και τα οράματα που ακούν και βλέπουν αντίστοιχα οι χαρακτήρες της οθόνης δεν είναι ακριβώς φανταστικές αλλά υποκειμενικά πραγματικές, δηλαδή δεν υφίστανται στον φυσιολογικό κόσμο, όμως είναι γεγονότα αναμφισβήτητα για τον δικό τους κόσμο (Κεσίσογλου, 2007).

Οι ήρωες σχεδόν ποτέ δεν είναι ευτυχείς καθώς βιώνουν βασανιστικά οράματα, αρνητικές σκέψεις, ενοχές, μανία καταδίωξης ή απαισιοδοξία και αυτοτιμωρία. Επομένως, δεν υπάρχει ποτέ η πιθανότητα για πλήρη ή μερική υποχώρηση των συμπτωμάτων. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο ασθενής με σχιζοφρένεια γνωρίζει πως κάποια ψυχωτική κρίση είναι σε εξέλιξη, αδυναμεί ωστόσο να προσδιορίσει το μέγεθός της ή την αιτία που μπορεί να την προκαλεί (Κεσίσογλου, 2007).

2.2 ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Παρακάτω επιλέχθηκαν να αναλυθούν μερικές από τις πιο χαρακτηριστικές παραγωγές του παγκόσμιου κινηματογράφου που παρουσιάζουν χαρακτήρες με σχιζοφρενικές διαταραχές.

2.2.1 Ο ΔΡΑΚΟΣ ΤΟΥ ΝΤΙΣΕΛΝΤΟΡΦ

Πρωτότυπος τίτλος: M από τη γερμανική λέξη MOERDER (δολοφόνος)

Γυρισμένο στην Γερμανία το 1931, ο *δράκος του Ντίσελντορφ*, αποτέλεσε την πρώτη κινηματογραφική ταινία που προβλήθηκε με πρωταγωνιστή ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια. Η συγκεκριμένη ταινία εισήγαγε για πρώτη φορά στη μεγάλη οθόνη τον όρο «δολοφόνος κατά συρροή», καταδεικνύοντας έναν νεαρό άνδρα με παρανοειδή σχιζοφρένεια, ο οποίος δολοφονεί μικρά παιδιά τρομοκρατώντας όλη την κοινότητα του Ντίσελντορφ.



Ο πρωταγωνιστής (Πίτερ Λόρε) εμφανίζεται στην ταινία ως μοναχικός, ψυχρός και αποτραβηγμένος από την κοινωνία. Παρουσιάζεται ως ένας άνθρωπος που λόγω της ασθένειας του παρακινείται, χωρίς τη θέληση του, να διαπράττει δολοφονίες. Οι κάτοικοι της περιοχής σε μια προσπάθεια να βρεθεί ο δολοφόνος των μικρών παιδιών, πιέζουν τις αστυνομικές αρχές, αλλά τελικά ο πρωταγωνιστής συλλαμβάνεται άτυπα από μια μερίδα ανθρώπων σε μια εγκαταλελειμμένη βιομηχανία και καλείται να δικαστεί ενώπιον των παρευρισκομένων κατοίκων του

Ντίσελντορφ. Σε αυτή τη σκηνή ο πρωταγωνιστής αισθάνεται μια «απελπισμένη» τρυφερότητα και ζητά τον οίκτο και την συγχώρεση. Παρόλα αυτά, η απόφαση του «λαϊκού» δικαστηρίου είναι αμετάκλητη: θάνατος, ώστε να μην ξανά σκοτώσει ποτέ.

2.2.2 ΨΥΧΩ

Ένας από τους γνωστότερους χαρακτήρες της μεγάλης οθόνης με σχιζοφρένεια είναι ο Άντονι Πέρκινς στην ταινία *Ψυχώ* του Άλφρεντ Χίτσκοκ. Βασισμένη σε νουβέλα του Πήτερ Μπλόχ, η υπόθεση της ταινίας εξελίσσεται γύρω από τους φόνους που διαπράττονται σε ένα απομονωμένο μοτέλ από έναν «ψυχωτικό δολοφόνο».

Ο πρωταγωνιστής (Άντονι Πέρκινς) υποδύεται τον Νόρμαν Μπέιτς, ο οποίος παρουσιάζεται ως ιδιόρρυθμος και ντροπαλός, ένας νέος που ζει υποταγμένος στο μητρικό του σπίτι και διευθύνει ένα ξενοδοχείο μαζί τη μητέρα του. Το μητρικό του σπίτι καταδεικνύεται με μια τρομακτική ατμόσφαιρα εξαιτίας του επιβλητικού κτίσματος, όπου όλα βρίσκονται στημένα στη θέση τους.



Η μητέρα του, εμφανίζεται δεσποτική και ο ψυχικά ασταθής Νόρμαν αισθάνεται μπερδεμένος ανάμεσα σε ένα ηράκλειο φορτίο ενός οιδιπόδειου συμπλέγματος και ενοχών. Ο Νόρμαν βιώνει ένα αδιάκοπο διχασμό ταυτότητας και μέσα στο μητρικό του σπίτι καλλιεργείται η οργή στα συναισθήματα του. Ο πρωταγωνιστής καταλήγει να δολοφονήσει την μητέρα του και τον εραστή της και να αφήσει την σωρό της στο υπόγειο κάνοντας την μούμια. Στη συνέχεια, ντυμένος ως μητέρα, εμφανίζεται χωρίς συνείδηση εαυτού, υπακούοντας στις εντολές της νεκρής μητέρας του, να διαπράττει άγριες δολοφονίες. Στη παρούσα ταινία παρατηρούμε ότι

ο πρωταγωνιστής εξαιτίας της ασθένειας του έχει διπλή προσωπικότητα, δολοφονεί εν ψυχρώ την μητέρα του και στη συνέχεια μεταμφιέζεται με τα ρούχα της και καθοδηγείται από εκείνη, ενώ δεν βρίσκεται στη ζωή, ώστε να διαπράττει δολοφονίες (Κεσίσογλου, 2007).



2.2.3 ΕΝΑΣ ΥΠΕΡΟΧΟΣ ΑΝΘΡΩΠΟΣ

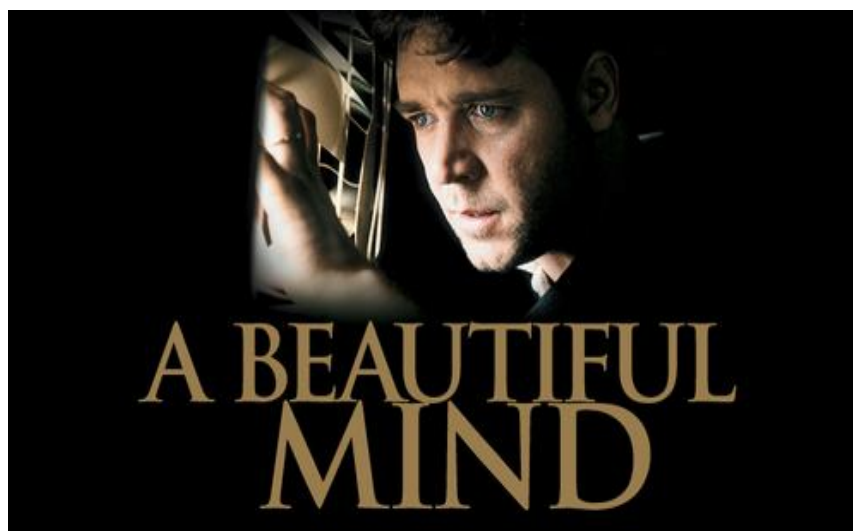
Το 2002 ο Ρον Χάουαρντ σκηνοθέτησε τη δραματική ταινία *ένας υπέροχος άνθρωπος*, που ερμηνεύεται ως ένα δημιουργικό παράδειγμα για την επιβίωση του ανθρώπου και η οποία απέσπασε από την Ακαδημία Κινηματογράφου τρία βραβεία Όσκαρ.

Ένας από τους πιο ιδιοφυείς νέους της εποχής του, ο φυσικομαθηματικός Τζον Φόρμπος Νας, ανακαλύπτει τον κόσμο και τα μυστικά του με ένα τρόπο μοναδικής μαθηματικής ακρίβειας που κανένας άλλος συμφοιτητής του στο πανεπιστήμιο δεν μπορεί να φανταστεί.

Ο Τζον Φ. Νας έγινε δεκτός το 1947 στο πανεπιστήμιο Princeton για σπουδές στα μαθηματικά. Ο Τζον παρουσιάζεται μυστηριώδης, ιδιαίτερα έξυπνος και καταφέρνει να μπει στην πιο αναγνωρισμένη ομάδα εργασίας, χωρίς προπαρασκευαστικές σπουδές και χωρίς χρήματα. Παρόλα αυτά, δεν καταφέρνει εύκολα να προσαρμοστεί στο νέο περιβάλλον και εμφανίζεται αρκετά αποσυρμένος σε κοινωνικές εκδηλώσεις, και συχνά δεν παρακολουθεί τα μαθήματα. Στόχος του είναι να βρει μια πρωτότυπη ιδέα καθώς είναι σίγουρος ότι μόνο έτσι θα έχει σημασία η ζωή του και οι σπουδές του.

Σε μια από τις σπάνιες εξόδους του σε ένα μπαρ, θα συλλάβει μια πραγματικά πρωτότυπη ιδέα, μελετώντας τον τρόπο που οι φίλοι του προσπαθούν να προσεγγίσουν μια όμορφη κοπέλα. Η παρατήρηση αυτή θα τον οδηγήσει σε μια σημαντική εργασία στη θεωρία παιγνίων και τα «μαθηματικά του ανταγωνισμού», ανατρέποντας 150 χρόνια θεωρίας στο χώρο αυτό. Η επιτυχία του αυτή θα του δώσει ερευνητική θέση διδάσκοντα στο Αμερικανικό πανεπιστήμιο MIT. Όμως, πολύ σύντομα διάφορες παραισθήσεις και παραληρητικές ιδέες θα αρχίσουν να επιβαρύνουν το μυαλό του, διακόπτοντας απότομα το επαναστατικό για την επιστήμη έργο του, καθώς βιώνει της συνέπειες της σχιζοφρένειας.

Ο Τζον Νας εν μέσω παραληρηματικών ιδεών και ψευδαισθήσεων επινοεί τον συγκάτοικο του Τσαρλς και εξασφαλίζει την είσοδο του στην κυβέρνηση με τη μορφή μιας άκρως απόρρητης αποστολής. Όμως, εξαιτίας της φαντασιακής «απόρρητης αποστολής» το άγχος του αυξάνεται διαρκώς και σύντομα καταλήγει σε ψυχιατρική κλινική. Όταν πια επιστρέφει στο σπίτι του όπου βρίσκονται η σύζυγος και το παιδί του, θα αρνηθεί να ακολουθήσει την φαρμακευτική αγωγή και έτσι πολύ σύντομα τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας θα επανεμφανιστούν. Όμως, την στιγμή που κινδυνεύει η οικογένεια του από τον ίδιο, θα αντιδράσει και θα αποκτήσει με τον καιρό εναισθησία. Με τις παραισθήσεις να επιμένουν, ο Τζον Νας προσπαθεί να αυτοσυντηρηθεί και αρχίζει να διδάσκει σε νέους μαθηματικούς την υπέρτατη αξία του να αποτελείς κομμάτι της ανθρωπότητας. Σε όλη τη πορεία της ζωής του Νας, ήταν η σύζυγος του η οποία καταδείχθηκε μέσω της ταινίας υποστηρικτική και υπομονετική.



Η παρούσα ταινία αποτελεί αληθινή ιστορία του διαπρεπούς Αμερικανού μαθηματικού Τζον Φορντ Νας Τζούνιορ (Κεσισόγλου, 2007).

2.2.4 ΣΤΗ ΦΩΛΙΑ ΤΟΥ ΚΟΥΚΟΥ

Το 1975 ο Τσέχος σκηνοθέτης Μίλς Φόρμαν, συνδύασε τη «σκληρότητα» του κοινωνικού συστήματος της εποχής με την ανθρώπινη τρυφερότητα και το χιούμορ. Η ταινία εμβαθύνει ρεαλιστικά στην ανθρώπινη συμπεριφορά και τις επιπτώσεις της υπό το καθεστώς καταπίεσης.

Στο Όρεγκον του 1963 ο 38χρονος Ράνταλ Πάτρικ ΜακΜέρφι (Τζακ Νίκολσον), παριστάνει τον ψυχικά ασθενή, όπου μετατίθεται από τη φυλακή που κρατείται για βιασμό, σε κρατική ψυχιατρική κλινική για να διαπιστωθεί αν είναι ψυχικά διαταραγμένος. Ο Μακ Μέρφι ελπίζει πως εκεί θα περάσει τους τελευταίους μήνες της ποινής του σε ένα περιβάλλον πιο ήρεμο και αποφεύγοντας τη σκληρή δουλειά της προηγούμενης φυλακής. Η πτέρυγα του Μακ Μέρφι διευθύνεται όμως από τη σκληρή και «άκαμπτη» νοσοκόμα Ρέιτσεντ, η οποία χρησιμοποιεί ανορθόδοξες ιατρικές μεθόδους προκειμένου να υποτάξει και να ταπεινώσει τους ασθενείς της. Ο Μακ Μέρφι ανακαλύπτει ότι οι ασθενείς φοβούνται περισσότερο τη Ρέιτσεντ από την επανένταξή τους στον έξω κόσμο και γρήγορα γίνεται αρχηγός μιας ομάδας ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί είναι ένας νέος που τραυλίζει από νευρικότητα, ένας άνδρας με συμπεριφορά και αντιδράσεις παιδιού, ένας άνδρας που έχει παραισθήσεις, ένας μορφωμένος παρανοϊκός και ένας πανύψηλος κωφός Αμερικανός ιθαγενής.



Ο Μακ Μέρφι συγκρούεται με τη νοσοκόμα Ρέιτσεντ και μια αντιπαράθεση ξεσπάει ανάμεσά τους. Μαζί με τους υπόλοιπους ασθενείς που καταφέρνει και

επιστρατεύει μαζί του, θα εξεγερθεί εναντίον του αυστηρού κατεστημένου και θα πάρει την εξουσία στα χέρια του, προκαλώντας την αυστηρή νοσοκόμα της κλινικής. Στο τέλος όμως οι συνέπειες θα είναι πολύ σοβαρές, όταν ένας νεαρός ασθενής θα αυτοκτονήσει και οι ισορροπίες θα ανατραπούν οριστικά (Κεσίσογλου, 2007).

2.2.5 Ο ΣΟΛΙΣΤΑΣ

Πρόκειται για την αληθινή ιστορία του ταλαντούχου αυστραλού πιανίστα Ντέιβιντ Χέλφγκοτ, στην ταινία *ο σολίστας* που προβλήθηκε στον κινηματογράφο το 1996.

Ο Ντέιβιντ Χέλφγκοτ, υπήρξε ένας ταλαντούχος πιανίστας, το ταλέντο του όμως δεν έφτασε ποτέ στα ύψη όπως όλοι ανέμεναν. Όταν ήταν παιδί, ο ψυχικά εύθραυστος Χέλφγκοτ, θεωρούνταν ο καλύτερος πιανίστας της γενιάς του και πιθανότατα μια επόμενη σπουδαία ανακάλυψη στο κλασσικό πιάνο.

Ξεκινώντας από τα παιδικά του χρόνια όπου βιώνει διαρκή καταπίεση και υπαρξιακή αδράνεια από τη βάνουση συμπεριφορά του καταπιεστικού πατέρα του, ο αποξενωμένος Χέλφγκοτ ανοίγει νέες διαστάσεις στη ζωή του δίπλα στον διάσημο δάσκαλο Σέσιλ Παρκς στις σπουδές του στην Αγγλία, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να αντιμετωπίσει τους εφιαλτικούς δαίμονες που περιτριγυρίζουν αδιάκοπα το μυαλό του. Όσο τα βιώματα από το παρελθόν του τον βασανίζουν, τόσο το ταλέντο του καταστρέφεται πριν προλάβει ακόμα να εξελιχθεί. Ίσως να μπορούσε να θεωρηθεί η επόμενη αποκάλυψη στο κλασσικό πιάνο, αν δεν είχε εγκλωβιστεί από την τρομακτική πίεση που ασκούσε απέναντί του ο πατέρας του, ο οποίος με τη σειρά του κουβαλούσε μνήμες από την τραγική απώλεια των γονιών του από τους Γερμανούς ναζιστές (Κεσίσογλου, 2007).

2.2.6 PROOF

Στην ταινία *Proof*, του 2005, παρουσιάζεται ο Ρόμπερτ Λουέλν (Άντονι Χόπκινς), ένας εφευρετικός μαθηματικός, ο οποίος πάσχει από σχιζοφρένεια. Η κόρη του, Κάθριν, παρουσιάζεται έντονα συναισθηματικά δεμένη με τον πατέρα της και αφιερώνει τα νεανικά της χρόνια στην φροντίδα του. Στην συγκεκριμένη ταινία παρατηρούμε την οικογενειακή επιβάρυνση που υφίστανται η νεαρή Κάθριν, καθώς ο πατέρας της με την πάροδο του χρόνου δεν μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του. Καθ' όλη την διάρκεια της συγκατοίκησης τους, η Κάθριν σταδιακά απομονώνεται συναισθηματικά από τον κοινωνικό περίγυρο της και ταυτόχρονα αισθάνεται φόβο

καθώς πιστεύει ότι θα κληρονομήσει την ασθένεια του πατέρα της. Τα συναισθήματα της Κάθριν την οδηγούν σε συναισθηματική κατάρρευση, ιδίως μετά τον θάνατο του πατέρα της, όπου αποφασίζει να αποσυρθεί από την ζωή.

2.2.7 Η ΣΙΩΠΗ ΤΩΝ ΑΜΝΩΝ

Σκηνοθετημένη το 1990, η *σιωπή των αμνών* αποτέλεσε μια πολυβραβευμένη ταινία στις πέντε σημαντικότερες κατηγορίες βραβείων Όσκαρ της Ακαδημίας Κινηματογράφου. Στη συγκεκριμένη ταινία, παρουσιάζεται ο ψυχικά διαταραγμένος Χάνιμπαλ Λέκτερ (Άντονι Χόπκινς), πρώην ψυχίατρος, ο οποίος κρατείται στην απομόνωση εξαιτίας των δολοφονιών που είχε διαπράξει, καθώς βρέθηκε ότι σκότωνε και έτρωγε τα θύματά του. Την ίδια περίοδο, συμβαίνουν κατ' εξακολούθηση δολοφονίες νεαρών γυναικών και το FBI ψάχνει χωρίς αποτέλεσμα τον δράστη. Έτσι, στέλνουν στο κελί της απομόνωσης την νεαρή ψυχολόγο του FBI Κλαρίς Στάρλινγκ, ώστε να εκμαιεύσει από τον Χάνιμπαλ Λέκτερ πιθανές πληροφορίες για τον δράστη, καθώς θεωρούν ότι εκείνος θα μπορεί εύκολα να φανταστεί ποια θα είναι η επόμενη κίνηση του (Κεσίσογλου, 2007).

2.2.8 Ο ΕΝΟΙΚΟΣ

Το 1976 ο Ρομάν Πολάνσκι σκηνοθέτησε την ταινία *ο ένοικος*, στην οποία πρωταγωνιστεί ένας νεαρός από την Πολωνία, ο Τρελκόφσκι. Ο πρωταγωνιστής νοικιάζει ένα διαμέρισμα σε ένα παλιό κτίριο του Παρισιού στο οποίο η πρώην ένοικος, Σιμόν Σουλ, έκανε απόπειρα αυτοκτονίας και βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση στο νοσοκομείο. Εξαιτίας μιας επίσκεψης του στην μονάδα όπου περιθάλπεται η Σιμόν Σουλ, γνωρίζει μια φίλη της, την Σοφία, την οποία ερωτεύεται. Αφού η Σιμόν Σουλ πεθαίνει, ο Τρελκόφσκι σταδιακά απομονώνεται κοινωνικά και πιστεύει ότι οι γείτονες του, μαζί με την Σοφία, τον παρακολουθούν και συνομωτούν εναντίον του ώστε να τον προτρέψουν να αυτοκτονήσει.

Ο πρωταγωνιστής συνεπαρμένος από τις παραληρητικές ιδέες του, ντύνεται με περούκα και ρούχα της Σιμόν Σουλ και αρχίζει να ταυτίζεται μαζί της, με αποτέλεσμα να αναπτύξει σχιζοφρένεια. Η μιμητική διαδικασία του Τρελκόφσκι ολοκληρώνεται όταν επιχειρεί να αυτοκτονήσει από το παράθυρο του διαμερισμάτος του, όπου παρά το βαρύ τραυματισμό του επιστρέφει στο σπίτι και επιχειρεί ξανά με τον ίδιο τρόπο να αυτοκτονήσει. Έτσι, ο Τρελκόφσκι καταλήγει στο νοσοκομείο, στην θέση της Σιμόν Σουλ, αργοπεθαίνοντας (Κεσίσογλου, 2007).

2.2.9 Ο ΣΤΟΙΧΕΙΩΜΕΝΟΣ ΠΥΡΓΟΣ

Γυρισμένη το 1963, η ταινία *ο στοιχειωμένος πύργος*, αφορά ένα σπίτι, το «Χιλ Χάουζ» το οποίο ήταν καταραμένο και κανείς ένοικος δεν έμεινε ποτέ εκεί παραπάνω από μερικές μέρες, καθώς όλοι έβρισκαν τραγικό θάνατο. Ο Δρ. Μάρκγουεϊ, ανθρωπολόγος, μαζί με την επιστημονική ομάδα του πηγαίνουν στο Χιλ Χάουζ για να εξηγήσουν επιστημονικά τι συμβαίνει στην πραγματικότητα σε αυτό το σπίτι. Ένα μέλος της ομάδας τους όμως, η Έλενορ Λέινς, παθαίνει νευρικό κλονισμό εξαιτίας των τρομακτικών γεγονότων που συμβαίνουν μέσα στο κτίσμα, με αποτέλεσμα να αναπτύξει σχιζοφρένεια. Η Έλενορ Λέινς καταλήγει να υπακούει στις «εντολές» του σπιτιού, θεωρώνοντας πως η ψυχή της ανήκει για πάντα εκεί και δεν μπορεί ηθελημένα –η μη- να το εγκαταλείψει (Κεσίσογλου, 2007).

2.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟ

Ο κινηματογράφος αποτελεί έναν διαδεδομένο τρόπο διασκέδασης, ψυχαγωγίας και ενίοτε επιμόρφωσης, το οποίο για αρκετές δεκαετίες έχει απεικονίσει και περιγράψει ποικίλες ψυχιατρικές ασθένειες όπως την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας έως διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας και σχιζοφρένεια. Παρόλο που η σκιαγράφιση των χαρακτήρων μπορεί να μην είναι πολλές φορές ρεαλιστική, είναι δυνατόν να είναι αρκετή για την κατανόηση και την ανάλυση των πτυχών των διαφόρων ψυχικών ασθενειών από το κοινό (Kalra, 2011).

Οι ψυχικές διαταραχές έχουν προβληθεί σε πολλά θρίλερ και ταινίες τρόμου. Παρόλα αυτά, η νόσος μιας ψυχικής ασθένειας δεν προϋποθέτει ότι θα οδηγήσει τον ασθενή σε φόνους, έτσι ο κινηματογράφος έχει λανθασμένα ταυτίσει τους ανθρώπους με κάποια ψυχική διαταραχή με κατά συρροή δολοφόνους. Αυτό ισχύει για κλασσικές ταινίες, όπως η *Henry, το πορτραίτο ενός κατά συρροή δολοφόνου* (1990), *Η σιωπή των αμνών* (1991), *Εφτά* (2000). Επιπρόσθετα, διάφορες ψυχικές διαταραχές έχουν γίνει αντιληπτές λανθασμένα ως ψυχώσεις σε αρκετές περιπτώσεις (Poseck, 2006). Ταινίες όπως το *Ψυχώ* (1960) υποστηρίζουν και ενισχύουν τη λανθασμένη αντίληψη για τη σχέση μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχής πολλαπλής προσωπικότητας. Το *Παρασκευή και 13* (1979) όπως και το *Εφιάλης στον δρόμο με τις λεύκες* (1980) είναι επίσης ταινίες οι οποίες ενισχύουν τους μύθους για άτομα που έχουν βγει από ψυχιατρικές κλινικές, οι οποίοι έχουν υπερβολικά επιθετικές τάσεις. Απ' την άλλη, η ταινία *Ο εξορκιστής* (1973) προβάλλει στο κοινό ότι η ψυχική ασθένεια υποκινείται από τον διάβολο. Ταινίες όπως το *Στη φωλιά του κούκου* (1975) προωθούν τα αντί - ψυχιατρικά συναισθήματα παρουσιάζοντας τους ψυχικά ασθενείς ως φυλακισμένους που έχουν στερηθεί κάθε ανθρώπινο δικαίωμα. Όλες αυτές οι ταινίες προκαταβάλλουν ακόμα περισσότερο τους θεατές και συμβάλλουν στον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών (Damjanovic κ.α., 2009).

Η διάκριση των ψυχιατρικών διαταραχών δεν είναι εύκολη από το κοινό και το λάθος που γίνεται συχνά στον κινηματογράφο είναι ότι η σχιζοφρένεια πάντα συνοδεύεται από βία ή ότι η ψύχωση και η πολλαπλή προσωπικότητα είναι συνώνυμα. Ένα καλό παράδειγμα αυτού του λάθους είναι η ταινία *Psychosis* του 2000 (Poseck, 2006). Άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα ταινίας που συγχέει την σχιζοφρένεια με την πολλαπλή προσωπικότητα, είναι η ταινία *Εγώ, ο εαυτός μου και*

η *Ιρένε* του 2000 η οποία πραγματεύεται τη ζωή του Τσάρλι ο οποίος αναπτύσσει σχιζοφρένεια και δημιουργεί μια δεύτερη προσωπικότητα η οποία είναι επιθετική και διαταραγμένη. Η ταινία έλαβε αρνητικές κριτικές στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Αμερικάνικο σύλλογο συνηγόρων των ανθρώπων με ψυχικές ασθένειες και των οικογενειών τους, (National Alliance For Mental Illness – NAMI) ο οποίος εξέθεσε την άποψη ότι οι τρεις κύριοι λόγοι που η ταινία είναι στιγματιστική, είναι ότι α) Η σχιζοφρένεια δεν αποτελεί πολλαπλή προσωπικότητα ή διχασμό αυτής, β) Η ασθένεια δεν έχει ως επακόλουθο σύμπτωμα την βιαιότητα και γ) Τα συμπτώματα και η θεραπεία της σχιζοφρένειας δεν θα έπρεπε να εκλαμβάνονται ως αστείο. Επιπρόσθετα ο NAMI κινείται εναντίον του στιγματισμού που επιφέρει η σχιζοφρένεια μέσω τέτοιων ταινιών (Byrne, 2000).

Εν συνεχεία, μπορούμε να πούμε ότι οι ταινίες που προβάλλουν ήρωες με κάποιο ψυχικό νόσημα έχουν και θετικές παραμέτρους, και αυτές είναι ότι οι δημοφιλείς ταινίες δεν ξεχνιούνται εύκολα, είναι προσιτές στο κοινό και έχουν μεγάλη επιρροή. Οι ταινίες δείχνουν ζωντανά παραδείγματα ψυχοπαθολογίας στην πραγματική ζωή και τις κάνουν πιο ελκυστικές από τις αφηγηματικές περιγραφές των κλινικών μελετών και των βιβλίων. Πολλοί άνθρωποι όπως φοιτητές, ασθενείς, οικογένειες και το γενικό κοινό, μπορούν να μάθουν με διαδραστικό τρόπο για τις ψυχιατρικές ασθένειες από τις ταινίες. Αυτός είναι ο λόγος που οι ταινίες μπορούν να λειτουργήσουν ως ένα ιδιαίτερο βοηθητικό μέσο στην εκμάθηση της σχιζοφρένειας (Rosenstock, 2003). Συγκεκριμένα η ταινία «Ένας υπέροχος άνθρωπος» του 2001 έχει θεωρηθεί από τον NAMI ως ένα πολύ ισχυρό εργαλείο εκμάθησης για την σχιζοφρένεια και αντιμετώπισης του στίγματος. Απ' την άλλη όμως αρκετοί ασθενείς που έχουν δει την συγκεκριμένη ταινία αναφέρουν ότι δεν είναι ρεαλιστική, ιδιαίτερα όσον αφορά τα υψηλά επιτεύγματα του πρωταγωνιστή (Rosenstock, 2003).

Μια άλλη ταινία, όχι τόσο διαδεδομένη, είναι το *Καθαρός και Ξυρισμένος* (Clean, Shaven) του 1995. Κάποιοι ψυχίατροι περιγράφουν την ερμηνεία του πρωταγωνιστή ως το καλύτερο παράδειγμα σχιζοφρένειας στον κινηματογράφο. Μέσα από τα άρθρα και την βιβλιογραφία γίνεται κατανοητό ότι η ταινία «Ένας υπέροχος άνθρωπος» είναι μια από τις πιο ενδεδειγμένες ταινίες για την αναπαράσταση ενός ανθρώπου με σχιζοφρένεια. Οι συγγραφείς Damjanovic κ.α. (2009) προτείνουν ότι οι ταινίες που καταδεικνύουν με τον περισσότερο ρεαλιστικό τρόπο την σχιζοφρένεια είναι οι ταινίες «Ένας υπέροχος άνθρωπος» και το «Clean, Shaven».

Άλλο παράδειγμα ταινίας που θα μπορούσε να βοηθήσει στην εκμάθηση της ασθένειας είναι το *The Fisher King* (1991) το οποίο παρουσιάζει διάφορα συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως οπτικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Παρόλα αυτά θεωρείται μέτρια ταινία όσον αναφορά την εγκυρότητα της πορείας και των συμπτωμάτων της ασθένειας. Ταινίες όπως το *The Snake Pit* (1948) και το *Birdy* (1984) θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε φοιτητές (π.χ. ιατρικής, ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας), ώστε να κατανοήσουν την έννοια της κατατονίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε & ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΥ

3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Το παρόν κεφάλαιο αναφέρεται στο στίγμα, τις στάσεις και τις αντιλήψεις που έχουν τα μέλη της κοινότητας για την ψυχική ασθένεια καθώς και για τη συμβολή τους στην κρατική και κοινωνική παραμέληση, στη συρρίκνωση των ατομικών δικαιωμάτων και στην περιθωριοποίηση των ψυχικά πασχόντων. Αρχικά, επιχειρείται ο προσδιορισμός εννοιών που σχετίζονται με το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας και παρουσιάζονται τα αίτια και οι συνέπειες του στίγματος στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στο ρόλο των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και του κινηματογράφου καθώς και στην επίδραση που ασκούν στην κοινή γνώμη. Τέλος, παρουσιάζονται τα προγράμματα και οι φορείς που ασχολούνται με την καταπολέμηση του στίγματος τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Η διαφορετικότητα αποτελεί μέρος της καθημερινής ζωής των ανθρώπων. Οι διαφορές μάλιστα εντοπίζονται σε διάφορα επίπεδα όπως το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό, μορφωτικό, γλωσσικό, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων, αναπηρίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, φυλής, φύλου κ.ά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αναπτύσσονται διακρίσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και στη συνέχεια οι ευπαθείς να οδηγούνται στην περιθωριοποίηση. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμος ο προσδιορισμός των εννοιών που σχετίζονται με το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας αλλά και η σημασία που έχουν αυτοί στο χώρο της ψυχικής υγείας, με απώτερο στόχο την καλύτερη κατανόηση των συνεπειών τους.

Ο όρος «στίγμα» έχει διττή σημασία, αφενός διακρίνει ένα ψυχικά ασθενή από τα υπόλοιπα άτομα, αφετέρου αποδίδει στο άτομο που έχει στιγματιστεί ορισμένα χαρακτηριστικά με επακόλουθη την απόρριψη και την απομόνωσή του (Μαδιανός, 2005). Επιπρόσθετα, ο Goffman (1963 στο Μαδιανός, 2005) αναφέρει πως το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη και δυσφημιστική ιδιότητα η οποία στερεί από το άτομο το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής συμμετοχής. Μάλιστα διακρίνει τρεις βασικές κατηγορίες του στίγματος οι οποίες είναι το φυσικό στίγμα, το στίγμα της εκφραζόμενης συμπεριφοράς και το φυλετικό στίγμα. Πιο αναλυτικά, στην πρώτη κατηγορία ο εμφανής τύπος του φυσικού στίγματος είναι πιθανό να προέρχεται από

μια χρόνια αρρώστια ή αναπηρία, με ορατά σημάδια. Στη δεύτερη κατηγορία εννοείται μια μη κοινωνικά αποδεκτή, παράδοξη συμπεριφορά ενώ τέλος, στην τρίτη κατηγορία το φυλετικό στίγμα βασίζεται στις βιολογικές διαφορές μεταξύ των φυλών, βάσει των οποίων διαχωρίζονται σε ανώτερες και κατώτερες.

Γενικότερα, το κοινωνικό στίγμα αναφέρεται σε γνωσιακές και συμπεριφορικές διαδικασίες που υφίσταται το άτομο από τον κοινωνικό του περίγυρο. Ωστόσο, μία ακόμα σημαντική έννοια είναι αυτή του αυτοστιγματισμού, όπου το άτομο βιώνει το στίγμα εξαιτίας των προσωπικών του νοητικών κατασκευών σχετικά με τον τρόπο που βλέπουν οι άλλοι την ασθένειά του έχοντας ως συνέπεια την ανάπτυξη αισθήματος ανικανότητας και αποθάρρυνσης (Μαδιανός, 2005). Σύμφωνα με τους Τριλίβα κ.ά. (2008) στιγματισμός είναι η ακραία μορφή στερεοτυπικής σκέψης που συνοδεύεται από έντονα αρνητικά συναισθήματα.

Τα ανωτέρω είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την έννοια των στερεοτύπων, της προκατάληψης και της διάκρισης. Ειδικότερα, οι Τριλίβα κ.ά. (2008) ορίζουν ως στερεότυπο την αντίληψη που παγιώνεται και μετατρέπεται σε πρόληψη και προκατάληψη και εξηγούν πως τα αρνητικά στερεότυπα οδηγούν στην προκατάληψη. Η Ιωαννίδου (2008) αναφέρθηκε στο φαινόμενο της προκατάληψης την οποία όρισε ως μια πρόωρη κρίση που βασίζεται στην αντίληψη του «διαφορετικού», δηλαδή εκείνων των χαρακτηριστικών που διαφοροποιούν τους ανθρώπους ή και τις καταστάσεις. Επίσης, η προκατάληψη ορίστηκε από τους Τριλίβα κ.ά. (2008) ως η δυσμενής αντίληψη εναντίον ενός ατόμου ή ομάδας και η διαδικασία πρόωρου χαρακτηρισμού του, εξαιτίας της εμφάνισής του, του τρόπου συμπεριφοράς ή προέλευσής, καταλήγοντας σε συμπεράσματα χωρίς επαρκείς ενδείξεις ή άμεση εμπειρία για αυτό.

Το αρνητικό επακόλουθο της προκατάληψης ή του στίγματος είναι η διάκριση, δηλαδή μια συμπεριφορά που εκδηλώνεται όταν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αποστερούνται κοινωνικά δικαιώματα ή αγαθά (Μαδιανός, 2005). Ακόμα, σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό διάκριση θεωρείται η συμπεριφορά που στηρίζεται στην προκατάληψη και οδηγεί στον αποκλεισμό, την αδικία και την άνιση αντιμετώπιση ατόμων (Τριλίβα κ.ά. 2008).

3.1.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ THOMAS SCHEFF

Η θεωρία της ετικετοποίησης αποτελεί μια θεωρητική προσέγγιση που επιχειρεί να ερμηνεύσει την άποψη της κοινωνιογένεσης της ψυχικής αρρώστιας. Πιο αναλυτικά ο Becker (1963 στο Μαδιανός, 2005) διαπίστωσε πως η παρεκτροπή δημιουργείται από τις κοινωνικές ομάδες μέσω της δημιουργίας κανόνων των οποίων η μη τήρηση οδηγεί στην παρεκτροπή.

Ο Scheff (1966 στο Μαδιανός, 2005) αναφέρει πως πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα κατατάσσονται ως στιγμιαίες παρεκκλίσεις από τον κανόνα, που υπό συγκεκριμένες συνθήκες αποδίδουν στο άτομο την ετικέτα του ψυχικά ασθενή με την πεποίθηση ότι η συμπεριφορά του είναι εκτός του κανόνα του φυσιολογικού. Η παρέκκλιση αυτή ονομάζεται υπολειπόμενη ή οριακή.

Υπογραμμίζεται πως η αντίδραση και οι προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην υπολειπόμενη παρεκτροπή, συνδέονται με τα στερεότυπα από την παιδική ηλικία και τον φόβο απέναντι στη ψυχική ασθένεια. Τέλος, η οριστικοποίηση της ετικέτας υπεισέρχεται με τον εγκλεισμό του ψυχικά ασθενή στο ψυχιατρείο (Μαδιανός, 2005).

3.1.2 Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η θεωρία της ετικετοποίησης του Scheff τροποποιήθηκε από τους Bruce Link, κ.ά. (1987, 1989, 1991 και 1997 στο Μαδιανός, 2005). Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την τροποποιημένη θεωρία η διαδικασία στιγματισμού αποτελείται από τρία στοιχεία: α) τις προσδοκίες απόρριψης λόγω κοινωνικών-πολιτιστικών παραγόντων, όπου ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών ενισχύεται από τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις και το άτομο θεωρεί πως η κοινωνία το απορρίπτει.

β) τις εμπειρίες απόρριψης, τις οποίες βιώνει ο ψυχικά ασθενής και που ποικίλουν σε ένταση.

γ) τις προσπάθειες αντιμετώπισης του στίγματος με απόκρυψη ή επιλεκτική αποκάλυψη ή και κοινωνική απόσυρση, οι οποίες ετικετοποιούν περισσότερο τον ψυχικά ασθενή και παράλληλα το οδηγούν στην ανεργία και στο χαμηλό εισόδημα.

3.1.3 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Ο Μαδιανός (1999 στο Μαδιανός, 2005) αναφέρει πως τόσο η κοινότητα όσο και οι επαγγελματίες διατηρούν μια αρνητική εικόνα για τους ψυχικά ασθενείς η οποία συνδέεται με ορισμένους μύθους γύρω από την ψυχική ασθένεια. Τέτοιοι μύθοι είναι για παράδειγμα πως οι οικογένειες είναι παθογόνες, οι ασθενείς δεν είναι ικανοί να αποκτήσουν νέες δεξιότητες, τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψύχωση παρουσιάζουν νοητική υστέρηση ή νοητική έκπτωση, οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι καθώς επίσης είναι ικανοί για χαμηλού κύρους επαγγέλματα κ.ά.

Αναφορικά με την ασθένεια της σχιζοφρένειας, το στίγμα δεν περιορίζεται μόνο στο άτομο που πάσχει από την ασθένεια αλλά εκτείνεται σε ευρύτερο επίπεδο. Δηλαδή, αφορά τη φαρμακευτική αγωγή και τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ασθένειας, το οικογενειακό περιβάλλον, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που φροντίζουν το άτομο καθώς και το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύεται (World Psychiatric Association-WPA 1998, στο Μαδιανός, 2005).

3.1.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ, ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Μαδιανός (2005) τα βιώματα του κοινωνικού στίγματος, των προκαταλήψεων και των επακόλουθων διακρίσεων απέναντι στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, αποτελούν τους κυριότερους σκοπέλους για την ολοκληρωμένη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αυτών. Μάλιστα, έχουν παρατηρηθεί κατά καιρούς φαινόμενα έντονης αντίδρασης και άρνησης από κατοίκους κοινοτήτων ως προς τη δημιουργία θεραπευτικών δομών ψυχικής υγείας στην περιοχή όπου κατοικούσαν. Με την άποψη αυτή συμφωνεί ο Sartorius (1998 στο Μαδιανός, 2005), ο οποίος αναφέρει πως τα σημαντικότερα εμπόδια για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη διασφάλιση της ποιότητας στη διαβίωση όσων πάσχουν από ψυχική νόσο, είναι ο στιγματισμός και η επακόλουθη διάκριση που αναπτύσσεται.

Τα αίτια από τα οποία πηγάζουν οι αρνητικές στάσεις των κατοίκων της κοινότητας είναι ο φόβος για την επιθετικότητα των ψυχικά ασθενών και η διασφάλιση της δικής τους σωματικής ακεραιότητας. Ακόμη πιστεύεται πως θα

προκληθεί αναταραχή από την εγκατάσταση των ασθενών στη ζωή της κοινότητας, θα υποτιμηθεί η αξία των ιδιοκτησιών τους, ενώ παράλληλα έχει υποστηριχθεί η άποψη πως τέτοιου είδους δομές θα πρέπει να δημιουργούνται μακριά από περιοχές που κατοικούν οικογένειες (Μαδιανός, 2005). Αυτού του είδους αντιδράσεις σημειώθηκαν τόσο στο εξωτερικό όπως για παράδειγμα στο Χονγκ Κονγκ όσο και στον ελλαδικό χώρο κατά την υλοποίηση του Προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός», που αποτελεί το Εθνικό Σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παρεχόμενη ασυλικού τύπου περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα, ωστόσο κάμφθηκαν οι αντιστάσεις και ξεπεράστηκαν οι όποιες αντιρρήσεις (Μαδιανός, 2005).

3.2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΜΜΕ) ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) ως θεσμός κοινωνικοποίησης ασκούν ιδιαίτερη επιρροή στο άτομο και επηρεάζουν τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Αναφορικά με την ψυχική ασθένεια και συγκεκριμένα για την ασθένεια της σχιζοφρένειας, έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν στην αναπαραγωγή και στη διαίωνιση του στίγματος με τη διαίωνιση στερεοτυπικών αντιλήψεων. Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου η ψυχική ασθένεια προβάλλονταν σε διάφορα προγράμματα, όχι για την ενημέρωση των τηλεθεατών αλλά για την ψυχαγωγία τους. Μάλιστα, στις προβολές αυτές συμμετείχαν επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι προέβαιναν σε αναξιόπιστες επιστημονικά διαγνώσεις και σύστηναν θεραπείες (Τσαλίκολου, 2007).

Στα ΜΜΕ εκτός από την τηλεόραση ανήκει και ο έντυπος τύπος, που ενδεχομένως να συντελεί στο στιγματισμό και στην επικινδυνopoίηση της ψυχικής ασθένειας. Αυτό συμβαίνει, ειδικότερα στην ασθένεια της σχιζοφρένειας, με το να τονίζεται η επικινδυνότητά της νόσου ενισχύοντας παράλληλα τα αντίστοιχα στερεότυπα (Τσαλίκολου, 2007).

Κυρίαρχο ρόλο στη διαμόρφωση αντιλήψεων συγκριτικά με τα υπόλοιπα ΜΜΕ έχει η τηλεόραση. Έχει παρατηρηθεί πως η προβαλλόμενη βία χαρακτηρίζεται από μια κοινωνική διαφοροποίηση. Πιο αναλυτικά, στα τηλεοπτικά προγράμματα εμφανίζονται ως περισσότερο αδικαιολόγητα βίαια τα άτομα μειονοτικών και περιθωριακών ομάδων. Μάλιστα στα προγράμματα με την υψηλότερη τηλεθέαση,

όταν εμφανίζονται άτομα με ψυχικές ασθένειες ενσαρκώνουν το ρόλο του κακού παρά του καλού ήρωα, περισσότερο ακόμα και από τις υπόλοιπες περιθωριοποιημένες κατηγορίες ατόμων. Το ανωτέρω έχει αποδειχθεί από σχετικές έρευνες που πραγματοποίησαν οι Lauren Fruth και Allan Padderud στην Αμερική και βρέθηκε πως στις 14 πιο δημοφιλείς σαπουνόπερες οι 6 στους 8 χαρακτήρες με ψυχική ασθένεια συνδέονται με τη βία και την επιθετικότητα. Στην πραγματικότητα, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν αποδείξει πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες δεν πρόκειται ποτέ να εγκληματήσει αλλά ούτε να βιαιοπραγήσει. Είναι γεγονός πως οι χαρακτήρες που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια και που προβάλλονται στα τηλεοπτικά προγράμματα εμφανίζονται δίχως επαγγελματική ιδιότητα, ωστόσο με αυτόν τον τρόπο διαμορφώνεται η αντίληψη πως οι ψυχικά ασθενείς στερούνται επαγγελματικής ιδιότητας (Τσαλίκολου, 2007).

Οι Nairn κ.ά. (2011) αναφέρουν πως τα MME αποτελούν πρωταρχική πηγή ενημέρωσης για το ευρύ κοινό αναφορικά με την ψυχική υγεία. Τις περισσότερες φορές λειτουργούν στιγματιστικά τόσο για την ψυχική ασθένεια, όσο και για τους ψυχικά πάσχοντες, διαστρεβλώνοντας την πραγματικότητα. Μάλιστα, επισημαίνονται τέσσερις πολιτισμικοί παράγοντες που συμβάλουν στη διαίωνιση των στιγματιστικών αναπαραστάσεων που προβάλλονται από τα MME. Οι παράγοντες αυτοί είναι η γλώσσα που χρησιμοποιείται, η κουλτούρα, οι κοινωνικές πρακτικές, τα ιδρύματα και είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι μεταξύ τους. Βασική προϋπόθεση για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας αποτελεί η κατανόηση των συγκεκριμένων παραγόντων και ιδιαίτερα από τα MME, τα οποία πολλές φορές ασχολούνται με συναφή θέματα. Συμπερασματικά αναφέρεται πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τη βιβλιογραφία σχετικά με τους τέσσερις παράγοντες που αναφέρθηκαν και να μην επηρεάζονται απ' αυτούς, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα στιγματιστικά μηνύματα που φέρουν οι εκάστοτε αναπαραστάσεις των MME, αποσκοπώντας στην καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας.

Οι Angermeyer κ.ά.. (2005) διερεύνησαν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της κατανάλωσης MME και της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση από τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2001 σε αντιπροσωπευτικό πληθυσμό της Γερμανίας μέσω δομημένων συνεντεύξεων και από τα MME επιλέχθηκαν η τηλεόραση και οι εφημερίδες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως πράγματι υπάρχει σχέση μεταξύ της κατανάλωσης των MME

και της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση από τα άτομα με σχιζοφρένεια, Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός πως ανάμεσα στα δύο MME που επιλέχθηκαν, βρέθηκε ότι η τηλεόραση επηρεάζει περισσότερο συγκριτικά με τις εφημερίδες. Οι πιθανοί λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό είναι ότι οι εικόνες (ιδίως οι κινούμενες) ασκούν περισσότερη επιρροή σε σχέση με το γραπτό λόγο, καθώς επίσης ότι το μήνυμα που εμπεριέχει συναίσθημα αποτυπώνεται ευκολότερα από ένα άλλο που είναι ορθολογικό. Τέλος, προτείνεται πως τα MME θα πρέπει να μεταφέρουν τα μηνύματα για την ψυχική ασθένεια με τρόπο όχι αρνητικό και στιγματιστικό, ώστε να συμβάλουν στην καταπολέμηση των στερεοτύπων και των διακρίσεων που υφίστανται οι ψυχικά πάσχοντες.

Οι Wahl & Lefkowitz (1989) διερεύνησαν τις επιπτώσεις που έχει μια τηλεοπτική ταινία στη διαμόρφωση των στάσεων για την ψυχική ασθένεια. Έρευνες που διεξήχθησαν κατά καιρούς απέδειξαν πως οι στάσεις του κοινού ήταν άλλοτε θετικές και άλλοτε αρνητικές ως προς την ψυχική ασθένεια ανάλογα από την εκάστοτε τηλεοπτική ταινία και τον τρόπο που αναπαριστανόταν ο ψυχικά ασθενής. Το αποτέλεσμα πάντως ήταν πως τα MME επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις στάσεις του κοινού. Στη συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποίησαν οι Wahl & Lefkowitz, επιλέχθηκε να προβληθεί σε φοιτητές του τμήματος ψυχολογίας μια ταινία που κυρίαρχο μήνυμά της ήταν ότι η θεραπεία, η περίθαλψη και η φροντίδα των «επικίνδυνων» ψυχικά πασχόντων, θα έπρεπε να γίνεται στο νοσοκομείο και όχι στην κοινότητα. Για τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας στην αρχή, στη μέση και στο τέλος της ταινίας οι υπεύθυνοι εξηγούσαν (μέσω ενός τρέιλερ) πως η ψυχική ασθένεια δεν προϋποθέτει βία και επιθετικότητα. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες όπου στην πρώτη προβλήθηκε η ταινία με το τρέιλερ, στη δεύτερη χωρίς και στην τρίτη προβλήθηκε μία άλλη ταινία που είχε ως κύριο στοιχείο τη δολοφονία και όχι την ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ασχέτως αν οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν το ενημερωτικό τρέιλερ, οι απόψεις τους έτειναν να είναι αρνητικές και στιγματιστικές ως προς την ψυχική ασθένεια. Επιβεβαιώνεται λοιπόν πως μια τηλεοπτική ταινία μπορεί να επηρεάζει τις απόψεις και τις στάσεις του κοινού. Επιπλέον, αποδείχτηκε πως περισσότερο επηρεάζει το κοινό μια ταινία διότι εμπλέκεται συναισθηματικά ο θεατής σε αυτήν και συνεπαίρνεται από τη μουσική, τη δράση, την πλοκή και όχι την επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφορία.

Τέλος, από τα αποτελέσματα της έρευνας προτείνονται στρατηγικές για τη μείωση του στιγματισμού από τα MME. Ειδικότερα, αυτό μπορεί να επιτευχθεί με

την παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας ως έχει στην πραγματικότητα και όχι με αρνητικό τρόπο. Ακόμη η συγκρότηση οργανώσεων/ομάδων πολιτών που θα αναγνωρίζουν τις στιγματιστικές παρουσιάσεις των ΜΜΕ και θα τις αναφέρουν στους παραγωγούς και στους εκδότες. Αυτό θα έχει ως απώτερο σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του προσωπικού που εργάζεται στα ΜΜΕ, σε θέματα κοινωνικού στιγματισμού της ψυχικής υγείας. Καταληκτικά, προτείνεται να συμμετέχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως σύμβουλοι, στα διάφορα μέσα επικοινωνίας.

Ο Anderson (2003) αναφέρεται στον τρόπο που παρουσιάζεται η ψυχική υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο, επισημαίνοντας μάλιστα πως η παρουσίαση αυτή χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από διάφορους επιστημονικούς κλάδους, όταν γίνεται από τα ΜΜΕ. Αυτό συμβαίνει διότι τα ΜΜΕ ασκούν ιδιαίτερη επιρροή στην κοινή γνώμη και όταν λειτουργούν στιγματιστικά απέναντι στην ψυχική ασθένεια, δημιουργούν αφενός στερεότυπα στο ευρύ κοινό, αφετέρου προβλήματα στην ένταξη και τη λειτουργία του ψυχικά ασθενή στην κοινότητα. Ωστόσο, εστίασε ιδιαίτερα στις κινηματογραφικές ταινίες και τον έντυπο τύπο (εφημερίδες), αποσκοπώντας στη διερεύνηση της επιρροής που ασκούν στο γενικό πληθυσμό. Τέλος, υπογραμμίζει πως οι κρατικές παρεμβάσεις με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τον αποστιγματισμό των ψυχικά πασχόντων θα είναι αποτελεσματικότερες, εάν γίνονται σε συνεργασία με εφημερίδες και κινηματογραφικές παραγωγές.

Ο Berny (2003) αναφέρει πως ο έντυπος τύπος, το διαδίκτυο, η τηλεόραση το ραδιόφωνο, οι ταινίες και γενικότερα τα ΜΜΕ συνδέονται με την ψυχιατρική, διότι αρκετά συχνά ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, φαίνεται να επικεντρώνονται περισσότερο σε εκείνα τα θέματα που προβάλλουν αρνητικά την ψυχική ασθένεια, διότι εγείρουν το ενδιαφέρον του κοινού. Ειδικότερα, για τις κινηματογραφικές ταινίες επισημαίνει πως ασκούν ιδιαίτερη επιρροή στο κοινό, περισσότερο από κάθε άλλο ΜΜΕ. Μάλιστα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπάρχουν κινηματογραφικές λέσχες στις οποίες προβάλλονται ταινίες σχετικές με την ψυχοπαθολογία, για την καλύτερη εκπαίδευση των ενδιαφερόμενων. Από την άλλη μεριά, τονίζει πως οι κινηματογραφικές ταινίες όταν προβάλλουν με αρνητικό τρόπο την ψυχική ασθένεια ενδεχομένως να λειτουργούν στιγματιστικά και να δημιουργούν προκαταλήψεις και στερεότυπα απέναντι στην ψυχική υγεία, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται προσεχτική επιλογή της ταινίας που θα προβληθεί. Τέλος, υπογραμμίζει πως επειδή και τα ΜΜΕ εν γένει επηρεάζουν το γενικό πληθυσμό, θα πρέπει να

αξιοποιούνται με τον κατάλληλο τρόπο και με ιδιαίτερη προσοχή από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ώστε να μη συμβάλλουν στη δημιουργία και διαίωνιση των προκαταλήψεων και στερεοτύπων, ιδίως για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν ως προς τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική ασθένεια, έδειξαν ότι γενικότερα ήταν αρνητικές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζει αρνητικά τις υπηρεσίες που προσφέρονται από την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Πιο αναλυτικά, στη συγκεκριμένη έρευνα οι Theriot και Lobato (2011) διερεύνησαν και σύγκριναν τις στάσεις των νέων προπτυχιακών φοιτητών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και άλλων φοιτητών του πανεπιστημίου του Τενεσί στις Η.Π.Α., απέναντι σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες, τα συναισθήματα τους για τα άτομα με διάφορες ψυχικές και σωματικές αναπηρίες καθώς και τις αντιλήψεις τους για το βαθμό επαγγελματικού κινδύνου κατά την άσκηση του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας και συναφών επαγγελμάτων. Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες α) νέους προπτυχιακούς φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας που παρακολούθησαν ένα σχετικό με την έρευνα εισαγωγικό μάθημα, β) πανεπιστημιακούς φοιτητές που δεν είχαν σχέση με την Κοινωνική Εργασία ωστόσο παρακολούθησαν το εισαγωγικό μάθημα και γ) πανεπιστημιακούς φοιτητές που δεν είχαν σχέση με την Κοινωνική Εργασία και δεν παρακολούθησαν το εισαγωγικό μάθημα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος κοινωνικής εργασίας, είχαν θετικότερη στάση απέναντι σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες συγκριτικά με τις άλλες ομάδες φοιτητών που συμμετείχαν. Ακόμη είχαν πιο θετικά συναισθήματα, μεγαλύτερη προθυμία να προσφέρουν βοήθεια καθώς και λιγότερο φόβο και διάθεση αποφυγής ως προς τους ψυχικά πάσχοντες. Αυτές οι συμπεριφορές είναι εναρμονισμένες με τις αξίες και τις αρχές της Κοινωνικής Εργασίας. Από την άλλη μεριά, βρέθηκε ότι οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δεν εξέλαβαν το άτομο με σχιζοφρένεια ως λιγότερο επικίνδυνο ή λιγότερο υπεύθυνο για την ασθένεια του συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες. Για την αντίληψη των επαγγελματικών κινδύνων δε βρέθηκαν ιδιαίτερες διαφορές ανάμεσα στις τρεις ομάδες. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας είναι ενήμεροι για την επικινδυνότητα του επαγγέλματος ή αντίθετα την αγνοούν.

Τέλος, σε έρευνα του Schulze & Angermeyer (2005, στο Theriot και Lobato 2011) διαπιστώθηκε πως οι στάσεις απέναντι σε ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από τα ΜΜΕ και τις δημοφιλείς κινηματογραφικές ταινίες. Όταν οι πηγές αυτές επικεντρώνονται στα αρνητικά χαρακτηριστικά της ψυχικής ασθένειας τότε δημιουργούνται στιγματιστικές αντιλήψεις και αρνητικά στερεότυπα για τους ψυχικά πάσχοντες.

Από τα ανωτέρω συνεπάγεται πως η διαστρεβλωμένη και επιστημονικά αναληθής εικόνα, που προβάλλεται από τα ΜΜΕ για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες δημιουργούν και αναπαράγουν στερεοτυπικές αντιλήψεις στο ευρύ κοινό. Γι' αυτό λοιπόν το λόγο, το 1996 υλοποιείται σε παγκόσμιο επίπεδο το Πρόγραμμα για την καταπολέμηση του Κοινωνικού Στίγματος της ασθένειας της σχιζοφρένειας από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) με την ονομασία «Schizophrenia: Open the doors» (Τσαλίκου, 2007). Το 1999 ξεκίνησε η λειτουργία του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας, ως μέρος του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΠΨΕ) για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Το συγκεκριμένο Πρόγραμμα ονομάστηκε «Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες» και την υλοποίησή του ανέλαβε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει επανειλημμένα ενημερώσει και ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη για τη διαίωνιση των μύθων της ασθένειας της σχιζοφρένειας, από τα ΜΜΕ. Επίσης, έχει προειδοποιήσει για τα στρεβλά και λανθασμένα στερεότυπα που αναγορεύουν τον ασθενή ως ένα εν δυνάμει επικίνδυνο και ανεξέλεγκτο υποκείμενο, με συνέπεια την περιθωριοποίησή του (Τσαλίκου, 2007).

Επιπρόσθετη δράση του Προγράμματος είναι η σύσταση ενός νέου δευτέρου Προγράμματος με την ονομασία «κυνηγοί στίγματος». Πιο αναλυτικά, οι «κυνηγοί στίγματος» είναι ένα δίκτυο ευαισθητοποιημένων και κινητοποιημένων πολιτών απέναντι στα ζητήματα αποστιγματισμού της ψυχικής διαταραχής. Σκοπός τους είναι η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει τη ψυχική νόσο και τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή, όπως αυτές παρουσιάζονται και αναπαράγονται σε τηλεοπτικές σειρές, δελτία ειδήσεων, ενημερωτικές ή ψυχαγωγικές εκπομπές, ταινίες, ραδιοφωνικές εκπομπές, τραγούδια, διαφημίσεις, παιδικά βιβλία, προϊόντα, εφημερίδες και περιοδικά. Αυτό επιτυγχάνεται με τον εντοπισμό του στιγματιστικού υλικού από τους «κυνηγούς του στίγματος» και

κατόπιν την ενημέρωση του Ελληνικού Προγράμματος, το οποίο στη συνέχεια αναλαμβάνει την αποστολή επιστολών σε κανάλια, δημοσιογράφους και στελέχη των ΜΜΕ, καθώς και σε επιχειρήσεις που χρησιμοποιούν με ακατάλληλο τρόπο τις ψυχικές ασθένειες για τη διαφημιστική προώθηση των προϊόντων τους (Σταμάτης και Κονίδα, 2006).

Σήμερα το Πρόγραμμα με την ονομασία «αντι-στίγμα» που επίσης υλοποιείται από το ΕΠΙΨΥ, έχει διευρύνει το πεδίο των δραστηριοτήτων του σε δύο ακόμη ψυχικές διαταραχές και συγκεκριμένα στη διπολική διαταραχή και την κατάθλιψη, δεδομένου ότι τα άτομα που πάσχουν από αυτές διακατέχονται από σημαντικό βαθμό κοινωνικού στιγματισμού. Το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» δραστηριοποιείται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας και έχει ως στόχο α) την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για την ασθένεια της σχιζοφρένειας καθώς και για τη θεραπεία της, β) τη προοδευτική βελτίωση των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού τόσο για τα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια της σχιζοφρένειας, όσο και για το οικογενειακό τους περιβάλλον και γ) την ανάπτυξη δράσεων για την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, χ.χ.).

«Στην αντίπερα όχθη υπάρχουν βέβαια έργα τέχνης που ενημερώνουν δίχως να στιγματίζουν και φέρνουν σε επαφή το κοινό με αποδραματοποιημένες και αποστιγματισμένες όψεις της σχιζοφρένειας» (Τσαλίκολου, 2007). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το ντοκιμαντέρ «Οι άνθρωποι με λένε τρελό» (People say I am crazy) του Τζον Κάντιγκαν, το οποίο προβλήθηκε στο 10^ο Διεθνές Φεστιβάλ Κινηματογράφου στην Αθήνα με πρωτοβουλία του προγράμματος για την καταπολέμηση του στίγματος της σχιζοφρένειας.

3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΤΙΚΟΤΕΡΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Για την ανάπτυξη θετικότερης στάσης και συμπεριφοράς από μέρους της κοινότητας απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν τα ΜΜΕ. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με το να ελέγχεται και επιλέγεται προσεχτικά η χρήση εικόνων, μηνυμάτων ή ιστοριών που θα προβάλλονται από τα ΜΜΕ και θα αφορούν άτομα με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, 2001).

Από την άλλη μεριά τα ΜΜΕ μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην ενημέρωση του κοινού, στην αλλαγή αντίληψης και στάσης του απέναντι στην ψυχική ασθένεια καθώς επίσης, να προπαγανδίσουν υπέρ της αλλαγής κοινωνικών, δομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, 2001).

Η δημοσιότητα είναι ένας σχετικά οικονομικός τρόπος για την ενημέρωση του κόσμου και τη διαμόρφωση του εκάστοτε προβλήματος στη συνείδηση των ατόμων, οδηγώντας στη στήριξη αντίστοιχων πρωτοβουλιών. Η προβολή θεμάτων σχετικά με την υγεία και κοινωνικών μηνυμάτων συμβάλει σημαντικά στη διαφοροποίηση των αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, 2001).

Ο Theriot (2013) με αφορμή την άποψη ότι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι έντονο στους φοιτητές πανεπιστημίου, οργάνωσε ένα καινοτόμο σεμινάριο στο πανεπιστήμιο του Τενεσί. Στόχος του σεμιναρίου ήταν η μείωση του κοινωνικού στίγματος στους νέους προπτυχιακούς φοιτητές ως προς τις σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Στο σεμινάριο αυτό προβλήθηκαν δημοφιλείς κινηματογραφικές ταινίες και έγινε χρήση άλλων ΜΜΕ, σε συνδυασμό με σχετικές διαλέξεις και συζήτηση. Τα αποτελέσματα του σεμιναρίου έδειξαν πως πράγματι υλοποίησε το στόχο του. Πιο αναλυτικά, οι στάσεις των φοιτητών για την ασθένεια της σχιζοφρένειας βελτιώθηκαν σημαντικά από την αρχή έως το τέλος του σεμιναρίου σε τομείς όπως το συναίσθημα του φόβου, η επικινδυνότητα και η επιθυμία για διαχωρισμό από τους ψυχικά ασθενείς. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα αποτελεί η σύγκριση των στάσεων που διαμόρφωσαν οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές που συμμετείχαν στο σεμινάριο με μία ομάδα φοιτητών που δε συμμετείχαν. Εκεί τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στάσεις των πρώτων ήταν θετικότερες συγκριτικά με

αυτές της δεύτερη ομάδας φοιτητών απέναντι σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Τέλος, το συγκεκριμένο σεμινάριο μπορεί να αποδειχθεί ένα σημαντικό εργαλείο για τη μείωση του στίγματος στους φοιτητές, οι οποίοι επηρεάζονται από τις αρνητικές απεικονίσεις των ψυχικών ασθενειών στα ΜΜΕ.

3.4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Αρχικά, αφού αναφερόμαστε στον κινηματογράφο, μπορούμε να κάνουμε μια αναφορά για τα είδη ταινιών που υπάρχουν και πως αυτές προβάλλουν την ψυχική ασθένεια, σύμφωνα με την παρακάτω έρευνα. Σύμφωνα λοιπόν, με την μελέτη των Fountoulakis et al (1998), οι ταινίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: (i) ηθογραφικές, (ii) «μαύρες» κωμωδίες, (iii) κωμωδίες, (iv) κοινωνικό δράμα, ψυχολογικό θρίλερ. Ο σκοπός της μελέτης, ήταν η διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών στον ελληνικό κινηματογράφο 1945-1971. Οι ταινίες που παρήχθησαν μετά το 1971, δεν συμπεριλήφθηκαν λόγω των μεγάλων αλλαγών στην ελληνική βιομηχανία του κινηματογράφου (Fountoulakis et al., 1998). Αξιολογήθηκαν συνολικά τριάντα ταινίες που παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές με άμεσο ή έμμεσο τρόπο. Κατά τη διαδικασία, έξι από τις ταινίες αυτές, δεν αποδείχθηκαν να είναι σχετικές. Βρέθηκαν συνολικά 25 χαρακτήρες με ψυχική διαταραχή. Ο προσδιορισμός της ψυχικής διαταραχής έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV (Fountoulakis et al., 1998).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι πέντε από τις προσδιορισμένες περιπτώσεις, προσποιούνταν ότι είχαν κάποια ψυχική διαταραχή, προκειμένου να κερδίσουν κάποιες παροχές. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις περιλάμβαναν επτά ψυχωσικές διαταραχές και δύο διασπαστικές (υστερική) διαταραχές. Οι άλλες οχτώ περιπτώσεις σχετίζονται με διαταραχές της προσωπικότητας ή του χαρακτήρα. Σε δύο από τις περιπτώσεις, η διάγνωση ήταν αδύνατο να πραγματοποιηθεί (Fountoulakis et al., 1998).

Αντιπαραθέτοντας τις κινηματογραφικές κατηγορίες ταινιών: η διανοητική διαταραχή παρουσιάζεται στις ηθογραφίες, σαν μια τιμωρία του υποκειμένου και του/της οικογένειας του, εκφραζόμενη με ρεαλισμό, σαν τρόπος ζωής στις "μαύρες" κωμωδίες, σαν προϊόν και υποδήλωση της ψυχολογικής σύγκρουσης που αντιμετωπίζει ο ίδιος ο ήρωας στα δράματα. Στα κοινωνικά δράματα η κλινική εικόνα δεν μπορεί να διακριθεί, καθώς συνυπάρχουν πολλά ετερογενή στοιχεία τα οποία

είναι συνδεδεμένα με ένα εξωτερικό ερέθισμα που είναι ο λόγος της διαταραχής. Αντίθετα στις μαύρες κωμωδίες η αιτιολογία δεν είναι ξεκάθαρη, καθώς στις κωμωδίες, όπως και στις ηθογραφίες η ψυχική διαταραχή, απλά προϋπάρχει (Fountoulakis et al., 1998).

3.4.1 Η ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΥ

Από σχετικές έρευνες που έχουν εκπονηθεί στον ελλαδικό χώρο, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες βρέθηκε πως οι γνώσεις γύρω από την ψυχική υγεία είναι ελλιπείς, οι αντιλήψεις και οι στάσεις των Ελλήνων για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι επηρεασμένες από μύθους, στερεότυπα και προκαταλήψεις (Οικονόμου, 2006).

Ο κινηματογράφος μέσω τις αρνητικής προβολής της ψυχικής ασθένειας συμβάλει στην διαίωνηση των μύθων, των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων όπως προαναφέρθηκε, προβάλλοντας συχνά τον ψυχικά ασθενή ως μανιακό (Hyer, Gabbard, & Schneider, 1991). Ταινίες όπως το *Nightmare on Elm Street*, το *Παρασκευή και 13* (και όλα τα επακόλουθα τους), συνδέουν την ψυχική ασθένεια με την επικινδυνότητα. Η έκταση της παρούσας παραπληροφόρησης σε πολλές από αυτές τις ταινίες θα ήταν κωμική, αν δεν ήταν τόσο στιγματική. Για παράδειγμα, ο Gus van Sant στην πρόσφατη επανέκδοση του *Psycho*, παρουσίαζε την αρνητική πλευρά της ασθένειας, διαιωνίζοντας έτσι τον μύθο, ότι η ψυχική ασθένεια συνδέεται άμεσα με τη βία. Επίσης, στην ταινία του Freddy Krueger, ο πρωταγωνιστής της *Nightmare on Elm Street*, φέρεται να συνελήφθη, όταν μια νεαρή μοναχή, ήταν κλειδωμένη σε ένα δωμάτιο, με μια ομάδα από παράφρονες εγκληματίες άνδρες, που προέβησαν στον κατ'επανάληψη βιασμό της. Ένας ανώνυμος συγγραφέας, σχολιάζοντας για την ταινία σε μια δημοφιλή ιστοσελίδα, έγραψε: «Η ψυχή [Krueger] ήταν το αποκορύφωμα του κακού, από όλους τους άλλους άνδρες. "Σχόλια, όπως αυτό αποδεικνύουν, ότι ο συγγραφέας γνωρίζει λίγα πράγματα σχετικά με την ψυχική ασθένεια, και ακόμα λιγότερο σχετικά με την αναπαραγωγική διαδικασία (Wedding and Niemiec, 2003).

Ο Otto Wahl (1995) σχολίασε σχετικά με τη μεροληπτική παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας σε ταινίες, επισημαίνοντας, ότι τα πραγματικά στοιχεία υποστηρίζουν πέντε βασικά στοιχεία: (α) Ορισμένοι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια είναι επικίνδυνοι, εντούτοις, (β) η συντριπτική πλειοψηφία δεν είναι βίαιη αλλά ούτε

και επικίνδυνη (γ) οι περιπτώσεις που θα προκαλέσουν βία είναι σπάνιες και δεν απευθύνονται σε αγνώστους (δ) Ο μεγάλος αριθμός των επικίνδυνων ατόμων στην κοινότητα δεν προέρχεται από τους ψυχικά ασθενείς.

και (ε) η εικόνα της ψυχικής ασθένειας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στον κινηματογράφο είναι εξαιρετικά ανακριβής.

Γενικά, η εικόνα της ψυχικής ασθένειας είναι παραπλανητική και χωρίς ενημέρωση, και η κινηματογραφική απεικόνιση των διαδικασιών, όπως ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι συχνά απαρχαιωμένη και ανακριβής (Wedding and Niemiec, 2003).

3.4.2 Η ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΥ

Ωστόσο, ο κινηματογράφος προβάλλοντας με θετικό και ορθό τρόπο την ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει θετικά την κοινή γνώμη. Έτσι λοιπόν, ο κινηματογράφος μπορεί να έχει και θεραπευτική χρήση. Ο όρος «Cinematotherapy» επινοήθηκε από τον Berg-Cross, Jennings, και τον Baruch (1990), ο οποίος ορίζεται ως μια θεραπευτική τεχνική, που περιλαμβάνει την επιλογή των ταινιών που θα δει ο πελάτης, ώστε να έχει άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα ή να χρησιμοποιηθεί ως ερέθισμα για συζήτηση και εξέταση σε μελλοντικές θεραπευτικές συνεδρίες. Η ανάπτυξη αυτής της έννοιας αναπτύχθηκε από την επιτυχία των προηγούμενων παρεμβάσεων, που αφορούν την βιβλιοθεραπεία (Wedding and Niemiec, 2003).

Συνεχίζοντας με αναφορά μας για τη δύναμη του κινηματογράφου να επηρεάζει θετικά και όχι μόνο αρνητικά την κοινή γνώμη, θα αναφερθούμε στη παρακάτω έρευνα των Kerby et al. (2008) οι οποίοι ισχυρίζονται, ότι μέσω των οπτικοακουστικών μέσων, τα οποία ασκούν μεγάλη επιρροή, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν παρεμβάσεις μέσω αντι-στιγματιστικών ταινιών με περιεχόμενο την ψυχική ασθένεια. Πράγματι, οι υπάρχουσες έρευνες δείχνουν ότι οι αντι-στιγματιστικές ταινίες προσφέρουν μια πιο αποτελεσματική προσέγγιση για τη μείωση του στίγματος. Έτσι, πραγματοποίησαν μια έρευνα, όπου ο ερευνώμενος πληθυσμός ήταν φοιτητές της ιατρικής σχολής του τέταρτου έτους. Η έρευνα διήρκεσε οχτώ εβδομάδες. Δημιούργησαν δύο ομάδες φοιτητών, όπου στην μια παρουσίαζαν ταινίες με άτομα με ψυχική ασθένεια και τα παρουσίαζαν ως επικίνδυνα, αντίκλινα να εργαστούν και να δημιουργήσουν σχέσεις και στην άλλη ομάδα ταινίες που παρουσίαζαν θετικά την ψυχική ασθένεια (Kerby et al., 2008).

Σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσουν, εάν δύο αντι-στιγματιστικές ταινίες μπορούν να επηρεάσουν τις στάσεις φοιτητών ιατρικής, σχετικά με τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Μέτρησαν τις στάσεις τους απέναντι στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, την αντιλαμβανόμενη επικινδυνότητα, την κοινωνική απόσταση και τις στάσεις τους απέναντι στην ψυχιατρική πριν, μετά την προβολή των ταινιών και οχτώ εβδομάδων μετά. (Kerby et al., 2008). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ταινίες βελτίωσαν σημαντικά τις γενικές στάσεις των φοιτητών απέναντι στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές και την κοινωνική απόσταση από τα άτομα αυτά. Βρέθηκε επίσης μία τάση μείωσης της αντιλαμβανόμενης επικινδυνότητας των ατόμων αυτών. Η επίδραση αυτή βρέθηκε να εξασθενεί κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης των φοιτητών, γεγονός που υποδεικνύει μία αλληλεπίδραση με την κλινική τους εμπειρία (Kerby et al., 2008).

Βασιζόμενοι λοιπόν, στην θετική επίδραση που μπορεί να έχει ο κινηματογράφος στην κοινή γνώμη για την ψυχική ασθένεια, από το 2008 έχουν οργανωθεί 4 ετήσια αφιερώματα με προβολές ταινιών, που είχαν ως θεματολογία την ψυχική νόσο, από τον Κινηματογράφο Τριανόν και το Ελληνικό Κέντρο Κινηματογράφου στα πλαίσια του Κλάδου «Τέχνη και Ψυχιατρική» της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΕΨΕ). Πιο συγκεκριμένα, καλύφθηκαν θεματικές ενότητες με τη ψύχωση, τις συναισθηματικές διαταραχές, τις εκδηλώσεις βίαιης συμπεριφοράς καθώς και τη σχέση της ψυχικής διαταραχής με τις εικαστικές τέχνες. Σκοπός της κινητοποίησης αυτής, ήταν η ευαισθητοποίηση του κοινού, αναφορικά με την ψυχική υγεία, όπου θα επιτυγχάνονταν τόσο με την προβολή ταινιών, όσο και με σχετικές συζητήσεις. Αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας, ήταν η κατανόηση και καταπολέμηση του στίγματος, καθώς και η ερμηνεία των ψυχοκοινωνικών φαινομένων (Κρασανάκης, 2011).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσουμε το κατά πόσο μια κινηματογραφική ταινία μπορεί να επηρεάσει τις απόψεις των σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης σχετικά με την ψυχική νόσο της σχιζοφρένειας. Συγκεκριμένα, θέλαμε να εξετάσουμε αφενός το κατά πόσο οι απόψεις των σπουδαστών αντανakλούν μύθους και στερεοτυπικές αντιλήψεις αναφορικά με διάφορες παραμέτρους της σχιζοφρένειας, όπως τα συμπτώματα, η αιτιολογία, η κλινική εικόνα και η πιθανή πορεία και αφετέρου, να τις συγκρίνουμε μετά την προβολή της κινηματογραφικής ταινίας «Ένας υπέροχος άνθρωπος». Για το λόγο αυτό, δημιουργήσαμε ερωτηματολόγιο, το οποίο χορηγήθηκε πριν και μετά την προβολή της ταινίας. Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε μετά την προβολή της ταινίας ήταν το ίδιο με το αρχικό, μόνο που περιείχε μία ακόμα ερώτηση, «Η άποψη μου για την σχιζοφρένεια μετά από την προβολή της ταινίας τροποποιήθηκε».

Πριν από την έρευνα, πραγματοποιήσαμε μια προέρευνα με στόχο την επιλογή της κατάλληλης κινηματογραφικής ταινίας. Παρακολουθήσαμε τις ταινίες *Ψυχώ*, *η Λάμψη*, *Misery*, *I am a cyborg but that's ok*, *Ένας υπέροχος άνθρωπος*, *Proof*, *American Psycho*, *Ο κόκκινος δράκος* και *Η σιωπή των αμνών* και διαβάσαμε κριτικές στο βιβλίο του κριτικού κινηματογράφου Στέλιο Κεσίσογλου (2007) για τις παραπάνω ταινίες όσο και για κάποιες ακόμα, *Ρέκβιεμ για ένα όνειρο*, *Μέσα από το σπασμένο παράθυρο*, *Ο ένοικος*, *Ο λόγος*, *Ο σολίστας*, *Zodiac*, *Νύχτα αγωνίας*, *Αποστροφή*, *Ο ένοικος*, *Ο δράκος του Ντίσελντορφ*, *Το σκοτεινό εγώ*, *Donnie Darco*, *Η μαμά παραμονεύει στο σκοτάδι*, *Τα δύο πρόσωπα του Καϊν*, *The exorcist* και *Ο ταξιτζής*.

Με τα παραπάνω δεδομένα καταλήξαμε στην κινηματογραφική ταινία «Ένας υπέροχος άνθρωπος» καθώς αποτελεί μια καταξιωμένη ταινία, η σκιαγράφηση του προφίλ (π.χ. συμπτωματολογία) και της ζωής του πρωταγωνιστή που πάσχει από σχιζοφρένεια καταδεικνύεται με περισσότερο επιστημονικά ορθό τρόπο συγκριτικά με υπόλοιπες ταινίες και εξίσου σημαντική παράμετρος, υπήρξε το γεγονός ότι αναδεικνύονται τα θετικά στοιχεία του πρωταγωνιστή και της λειτουργικότητας του (π.χ. στην εργασία, στις διαπροσωπικές του σχέσεις κ.ά.)

Συγκεκριμένα η ταινία «Ένας υπέροχος άνθρωπος» του 2001 έχει θεωρηθεί από τον Αμερικανικό Σύλλογο Συνήγορων των ανθρώπων με ψυχική νόσο και των οικογενειών τους (National Alliance For Mental Illness - NAMI) ως ένα πολύ ισχυρό εργαλείο εκμάθησης για την σχιζοφρένεια και αντιμετώπισης του στίγματος (Rosenstock, 2003).

Μέσα από τα άρθρα και την βιβλιογραφία γίνεται αντιληπτό ότι η ταινία «Ένας υπέροχος άνθρωπος» είναι μια από τις πιο ενδεδειγμένες ταινίες για την αναπαράσταση ενός ανθρώπου με σχιζοφρένεια. Οι συγγραφείς Damjanovic κ.ά. (2009) προτείνουν ότι οι ταινίες που καταδεικνύουν με τον περισσότερο ρεαλιστικό τρόπο την σχιζοφρένεια είναι οι ταινίες «Ένας υπέροχος άνθρωπος» και το «*Clean, Shaven*».

4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο μας χορηγήθηκε δύο φορές, πριν την προβολή της ταινίας, και μετά την προβολή αυτής. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 21 ερωτήσεις, οι οποίες εκφράζουν ποικίλες θέσεις για την σχιζοφρένεια και για τους ανθρώπους οι οποίοι νοσούν από την συγκεκριμένη διαταραχή. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στα συμπτώματα, την λειτουργικότητα, τον στιγματισμό, την αιτιολογία, την αντιμετώπιση και σε μύθους για τη συγκεκριμένη νόσο.

Οι ερωτήσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε 6 ενότητες ανάλογα με το περιεχόμενό τους. Η 1^η ενότητα αποτελείται από 5 ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, τμήμα, σχολή και έτος φοίτησης).

Η 2^η ενότητα αποτελείται από 5 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τα συμπτώματα και την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας, όπως: «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή», «Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους)».

Η 3^η ενότητα αποτελείται από 4 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την λειτουργικότητα της σχιζοφρένειας όπως: «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση», «Ένα άτομο με

σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί», «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή».

Η 4^η ενότητα αποτελείται από 4 ερωτήσεις οι οποίες αντανακλούν μύθους για την σχιζοφρένεια, όπως: «Το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά / δαιμονικά πνεύματα», «Υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ., να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν)», «Τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα».

Η 5^η ενότητα αποτελείται από 4 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την αιτιολογία της σχιζοφρένειας όπως: «Η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική», «Η σεξουαλική ή και σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια», «Στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια».

Η 6^η ενότητα αποτελείται από 3 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την θεραπεία και την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας οι οποίες αφορούν την θεραπεία και την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, όπως: «Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν», «Η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα», μια 1 ερώτηση που αφορά τον στιγματισμό της νόσου, «Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται».

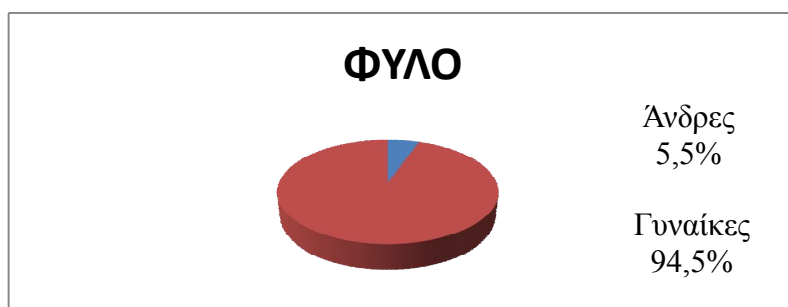
Η 2^η χορήγηση δόθηκε μετά την προβολή της ταινίας και αποτελείται από τις ίδιες ερωτήσεις, μόνο που στο τέλος περιείχε άλλη μία: «Η άποψη μου για τη σχιζοφρένεια μετά από την προβολή της ταινίας τροποποιήθηκε»

Οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα τύπου likert scale πέντε διαβαθμίσεων (1= Συμφωνώ Απόλυτα, 2= Συμφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4= Διαφωνώ, 5= Διαφωνώ Απόλυτα).

4.3 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελείται από 184 σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης. Το 5,5% του δείγματος αποτελείται από άνδρες και το 94,5% από γυναίκες. Η ηλικία του δείγματος κυμάνθηκε από 18 έως 38 με μέσο όρο τα 20,7 χρόνια (Τ.Α. = 2,38). Επιπρόσθετα, το 70,3% του δείγματος βρίσκεται στο 1^ο έτος σπουδών, το 2,4% στο 2^ο έτος, το 15,8% στο 3^ο έτος, το 9,1% στο 4^ο έτος, το 1,2% στο 5^ο έτος και το 1,2 στο 6^ο έτος.

Γράφημα 1: Κατανομή του δείγματος ανά φύλο



4.4 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. Ποιες είναι οι απόψεις των φοιτητών για την σχιζοφρένεια;
2. Κατά πόσο οι απόψεις των φοιτητών αντανακλούν στερεοτυπικές και στιγματιστικές απόψεις για τη σχιζοφρένεια;
3. Κατά πόσο η προβολή μιας κινηματογραφικής ταινίας μπορεί να αλλάξει την άποψη των φοιτητών για την σχιζοφρένεια;
4. Κατά πόσο οι απόψεις των φοιτητών έχουν διαμορφωθεί από προσωπικές εμπειρίες ή άλλους παράγοντες (π.χ. εκπαίδευση) σχετικά με την σχιζοφρένεια;

Αναμένουμε ότι οι απόψεις των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης για την σχιζοφρένεια, δεν θα είναι επιστημονικά ορθές στα μικρότερα έτη (1^ο & 2^ο) και οι απόψεις τους θα εκφράζουν στερεότυπες αντιλήψεις. Όσο μεγαλύτερο είναι το έτος (3^ο +) οι απόψεις που θα διαμορφωθούν θα είναι περισσότερο επιστημονικά ορθές.

Επίσης, θεωρούμε ότι μετά την προβολή της ταινίας, οι απόψεις των σπουδαστών για την σχιζοφρένεια θα εκφράζουν λιγότερες προκαταλήψεις και μύθους.

4.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η επεξεργασία των στοιχείων και η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω του προγράμματος SPSS 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑΝ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ

Τα αποτελέσματα που ακολουθούν είναι χωρισμένα σε τρεις ομάδες. Ο διαχωρισμός βασίστηκε ως προς το εάν τροποποιήθηκε ή όχι η εκάστοτε απάντηση των φοιτητών, μετά την προβολή της ταινίας. Πιο αναλυτικά, η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τις απαντήσεις των φοιτητών που τροποποιήθηκαν μετά την προβολή της ταινίας προς θετική κατεύθυνση μετά την προβολή της ταινίας, η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τις απαντήσεις των φοιτητών που τροποποιήθηκαν προς αρνητική κατεύθυνση και η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει τις απόψεις των φοιτητών που δεν τροποποιήθηκαν ούτε προς θετική ούτε προς αρνητική κατεύθυνση.

Τέλος, η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα, μετράει τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στην ασθένεια της σχιζοφρένειας και οι απαντήσεις της οποίας ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα και κυμαίνονται από 1 (=συμφωνώ) έως 5 (=διαφωνώ), με την τιμή 3 να δηλώνει ουδέτερη στάση.

5.1.1 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΘΕΤΙΚΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ

Για την ερώτηση «Θα επέλεγα να έχω φιλική σχέση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=8,164$ $df=168$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.= 3,16 έναντι 2,59).

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=12,278$ $df=165$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.= 2,89 έναντι 1,84).

Για την ερώτηση «Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=-2,34$ $df=167$ $p=0,02$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **διαφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.= 2,86 έναντι 3,05).

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=-7,867$ $df=164$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **διαφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.= 3,16 έναντι 3,82).

Για την ερώτηση «Η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=-5,414$ $df=168$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του

δείγματος **διαφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=4,01 έναντι 4,36).

Για την ερώτηση «Η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t = -4,542$ $df = 165$ $p = 0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **διαφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=2,93 έναντι 3,27).

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t = 8,739$ $df = 168$ $p = 0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=2,74 έναντι 1,97).

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα»

Βρέθηκε οριακή στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t = -1,925$ $df = 167$ $p = 0,056$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **διαφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=2,99 έναντι 3,14).

Για την ερώτηση «Η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t = -2,699$ $df = 166$ $p = 0,008$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **διαφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=3,78 έναντι 4,00).

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t = -3,758$ $df = 162$ $p = 0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **διαφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=3,48 έναντι 3,80).

Για την ερώτηση «Ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια»

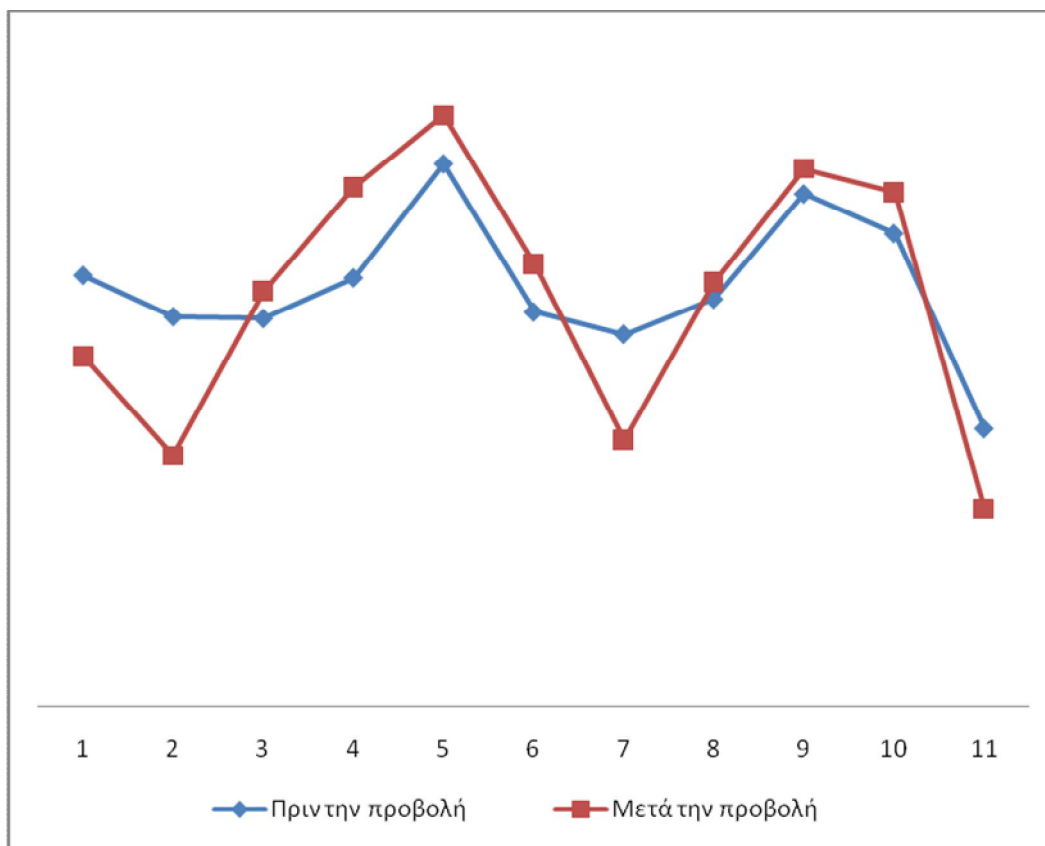
Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=7,760$ $df=168$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (Μ.Ο.=2,03 έναντι 1,46).

Πίνακας 1. Τροποποίηση απόψεων μετά την προβολή της ταινίας προς τη θετική κατεύθυνση

Θετική κατεύθυνση
1. Θα επέλεγα να έχω φιλική σχέση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια
2. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση
3. Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται
4. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας
5. Η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική
6. Η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια
7. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί
8. Τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα
9. Η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα
10. Τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά
11. Ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια

Στο Σχήμα 1 παρατηρείται μεγαλύτερη βελτίωση της άποψης των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας στις ερωτήσεις 2 («Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση») και 7 («Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί»).

Σχήμα 1. Τροποποίηση απόψεων των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας προς τη θετική κατεύθυνση



Σημείωση: Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρήθηκε βελτίωση της άποψης των φοιτητών. Στις ερωτήσεις 1, 2, 7 και 11 οι τιμές μετά την προβολή της ταινίας είναι **χαμηλότερες** από τις τιμές πριν την προβολή της ταινίας, καθώς οι φοιτητές μετά την προβολή συμφωνούν ακόμα περισσότερο με τη **μη-στιγματική** αυτή άποψη (π.χ. Θα επέλεγα να έχω φιλική σχέση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια). Αντίθετα, στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 8, 9 και 10, οι τιμές μετά την προβολή της ταινίας είναι **υψηλότερες** από τις τιμές πριν την προβολή της ταινίας, καθώς οι φοιτητές μετά την προβολή διαφωνούν ακόμα περισσότερο με τη **στιγματική** αυτή άποψη (π.χ. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας).

Πίνακας 2. Η τροποποίηση των απόψεων των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας προς το καλύτερο

Τροποποίηση απόψεων	%
Πάρα πολύ	22,5
Πολύ	40,2
Μέτρια	23,7
Λίγο	7,1
Καθόλου	6,5
Σύνολο	100

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι μετά την προβολή της ταινίας στο 22,5% του δείγματος τροποποιήθηκε πάρα πολύ η άποψη τους, στο 40,2% πολύ, στο 23,7% μέτρια, στο 7,1% λίγο και στο 6,5% δεν τροποποιήθηκε καθόλου. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι το 62,7% του δείγματος επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την ταινία που προβλήθηκε.

5.1.2 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=2,727$ $df=169$ $p=0,007$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=2,28 έναντι 2,07).

Για την ερώτηση «Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους)»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=4,717$ $df=169$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=2,38 έναντι 2,02).

Για την ερώτηση «Το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά/δαιμονικά πνεύματα»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=4,563$ $df=167$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.= 4,20 έναντι 3,76).

Για την ερώτηση «Υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ. να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν)»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=7,534$ $df=167$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.= 3,39 έναντι 2,65).

Για την ερώτηση «Στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια»

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=6,142$ $df=163$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=3,02 έναντι 2,48).

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης»

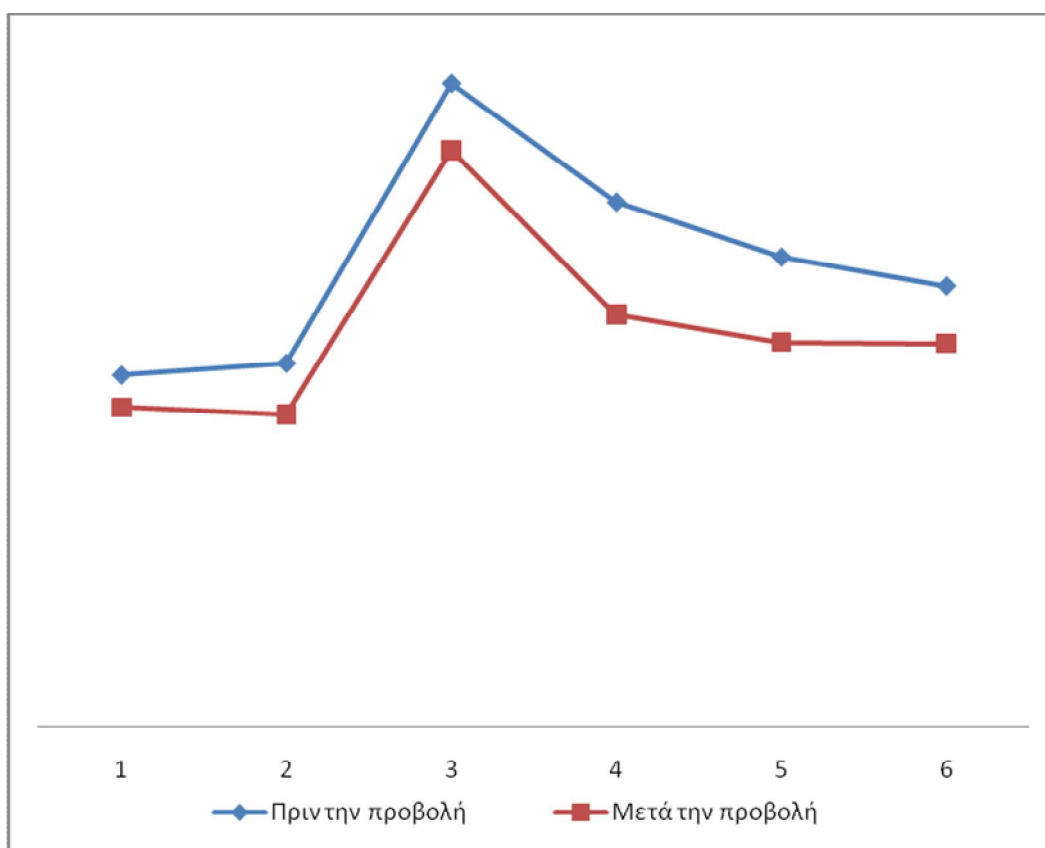
Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=5,008$ $df=168$ $p=0,001$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φοιτητές του δείγματος **συμφωνούν** περισσότερο με αυτή την άποψη, μετά την προβολή της ταινίας (M.O.=2,83 έναντι 2,48).

Πίνακας 3. Τροποποίηση απόψεων μετά την προβολή της ταινίας προς την αρνητική κατεύθυνση

Αρνητική κατεύθυνση
1. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή
2. Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους)
3. Το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά/δαιμονικά πνεύματα
4. Υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ. να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν)
5. Στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια
6. Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης

Στο Σχήμα 2 παρατηρείται μεγαλύτερη επιδείνωση της άποψης των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας στις ερωτήσεις 4 («Υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ. να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν)») και 5 («Στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια»).

Σχήμα 2. Τροποποίηση απόψεων των φοιτητών μετά την προβολή της ταινίας προς την αρνητική κατεύθυνση



5.1.3 ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ

Για την ερώτηση «Θα μπορούσα να αναγνωρίσω μερικά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε ένα άτομο που πάσχει από αυτήν»

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=1,749$ $df=169$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων.

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν»

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t= -0,127$ $df=166$), μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων.

Για την ερώτηση «Επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια»

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t= -1,603$ $df=168$) μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων.

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή»

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t=0,367$ $df=168$) μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης απάντησης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 4. Οι απόψεις των φοιτητών του δείγματος που δεν τροποποιήθηκαν μετά την προβολή της ταινίας

Δεν τροποποιήθηκαν

1. Θα μπορούσα να αναγνωρίσω μερικά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε ένα άτομο που πάσχει από αυτήν
 2. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν
 3. Επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια
 4. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή
-

Πίνακας 5. Οι απόψεις με τις οποίες συμφωνούν οι φοιτητές του δείγματος

Συμφωνούν
Θα επέλεγα να έχω φιλική σχέση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια
Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση
Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί
Ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια

Πίνακας 6. Απόψεις με τις οποίες διαφωνούν οι φοιτητές του δείγματος

Διαφωνούν
Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται
Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας
Η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική
Η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια
Τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα
Η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα
Τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά

5.2 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑΝ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΟΥΣ

Οι φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με το έτος φοίτησής τους για να διερευνηθεί εάν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους φοιτητές μικρότερων και μεγαλύτερων ετών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας. Ειδικότερα, η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από πρωτοετείς και δευτεροετείς φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, ενώ η δεύτερη ομάδα περιελάμβανε προπτυχιακούς φοιτητές που φοιτούσαν στο τμήμα από τρία χρόνια και πάνω. Με βάση το διαχωρισμό των φοιτητών ανάλογα με το έτος σπουδών τους, η πρώτη ομάδα ονομάστηκε «νέοι προπτυχιακοί φοιτητές» και η δεύτερη «μεγαλύτεροι προπτυχιακοί φοιτητές».

Τα αποτελέσματα που ακολουθούν είναι χωρισμένα σε δύο ομάδες. Ο διαχωρισμός βασίστηκε ως προς το εάν η άποψη που εξετάζεται κάθε φορά θεωρείται ή όχι στιγματιστική για την ασθένεια της σχιζοφρένειας. Συνεπώς η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τις απόψεις που είναι στιγματιστικές για την ασθένεια της σχιζοφρένειας και η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τις απόψεις που δεν είναι στιγματιστικές για την ασθένεια της σχιζοφρένειας. Για την κάθε άποψη που εξετάζεται κάθε φορά παρατίθενται τα αποτελέσματα σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων πριν και μετά την προβολή της ταινίας, ώστε να γίνεται παράλληλα η σύγκριση τους.

Τέλος, για την καλύτερη κατανόηση των παρακάτω αποτελεσμάτων κρίνεται σκόπιμη η αναφορά στην κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα. Πιο αναλυτικά, η αθροιστική βαθμολογία της κλίμακας μετρούσε τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στην ασθένεια της σχιζοφρένειας, οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα και κυμαίνονται από 1 (=συμφωνώ) έως 5 (=διαφωνώ), με την τιμή 3 να δηλώνει ουδέτερη στάση.

Για την ερώτηση «Θα μπορούσα να αναγνωρίσω μερικά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε ένα άτομο που πάσχει από αυτήν»

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους νέους προπτυχιακούς φοιτητές και τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές, ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίσουν συμπτώματα της ασθένειας της σχιζοφρένειας ($t_1=3,319$ $p_1=0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές υποστηρίζουν ότι μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε μικρότερο βαθμό (Μ.Ο.=2,53) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=2,16).

Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους νέους προπτυχιακούς φοιτητές και τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές, ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ($t_2=0,256$ $p_2=0,799$).

Πίνακας 7. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών ως προς την ικανότητα αναγνώρισης της συμπτωματολογίας της σχιζοφρένειας πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Ικανότητα αναγνώρισης της συμπτωματολογίας της σχιζοφρένειας πριν και μετά την προβολή της ταινίας					
Έτη σπουδών	Μ.Ο. ₁	Μ.Ο. ₂	Τ.Α. ₁	Τ.Α. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	2,53	2,30	0,7	0,8	3,319(0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	2,16	2,26	0,6	0,9	0,256(0,799)

5.2.1 ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες των φοιτητών, ως προς την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή ($t_1= -5,883$ $p_1=0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (Μ.Ο.=2,03) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=3,00). Μετά την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών,

ως προς αυτή την άποψη ($t_2 = -3,486$ $p_2 = 0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι φοιτητές συνεχίζουν να έχουν στιγματιστική άποψη διότι συμφωνούν περισσότερο (Μ.Ο.=1,94) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=2,52).

Πίνακας 8. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή					
Έτη σπουδών	Μ.Ο. ₁	Μ.Ο. ₂	Τ.Α. ₁	Τ.Α. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	2,03	1,94	0,8	0,8	-5,883(0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,00	2,52	1,0	1,0	-3,486 (0,001)

Για την ερώτηση «Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους)».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους) ($t_1 = -2,251$ $p_1 = 0,026$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (Μ.Ο.=2,28) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=2,62).

Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους νέους προπτυχιακούς φοιτητές και τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές, ως προς αυτή την άποψη ($t_2 = -1,538$ $p_2 = 0,126$).

Πίνακας 9. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους), πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Έτη σπουδών	Αντικοινωνική συμπεριφορά του ατόμου με σχιζοφρένεια				t(p)
	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	
Νέοι φοιτητές	2,28	1,95	0,8	0,8	-2,251 (0,026)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	2,62	2,19	0,9	1,0	-1,538 (0,126)

Για την ερώτηση «Το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά / δαιμονικά πνεύματα».

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά / δαιμονικά πνεύματα πριν ($t_1 = -1,363$ $p_1 = 0,175$) και μετά ($t_2 = 1,270$ $p_2 = 0,206$) την προβολή της ταινίας.

Πίνακας 10. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά / δαιμονικά πνεύματα, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Έτη σπουδών	Το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά / δαιμονικά πνεύματα				t(p)
	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	
Νέοι φοιτητές	4,08	3,83	1,0	1,3	-1,363 (0,175)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	4,31	3,52	0,8	1,4	1,270 (0,206)

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν».

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν πριν ($t_1=1,673$ $p_1=0,099$) και μετά ($t_2=1,212$ $p_2=0,230$) την προβολή της ταινίας.

Πίνακας 11. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,73	3,69	0,9	0,9	1,673 (0,099)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,42	3,45	1,1	1,2	1,212 (0,230)

Για την ερώτηση «Υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ., να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν)».

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ., να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν) πριν ($t_1=0,725$ $p_1=0,471$) και μετά ($t_2= -0,372$ $p_2=0,710$) την προβολή της ταινίας.

Πίνακας 12. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ., να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν), πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ., να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν)					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,45	2,67	1,2	1,6	0,725 (0,471)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,27	2,78	1,5	1,6	0,372 (0,710)

Για την ερώτηση «Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται».

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται πριν ($t_1=1,535$ $p_1=0,127$) και μετά ($t_2=0,725$ $p_2=0,470$) την προβολή της ταινίας.

Πίνακας 13. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Έτη σπουδών	Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται				t(p)
	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	
Νέοι φοιτητές	2,96	3,09	1,0	1,1	1,535 (0,127)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	2,69	2,95	0,9	1,1	0,725 (0,470)

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας ($t_1= -2,731$ $p_1=0,007$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=3,03) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=3,49).

Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς αυτή την άποψη ($t_2= -1,219$ $p_2=0,225$).

Πίνακας 14. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,03	3,79	1,0	0,9	-2,731 (0,007)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,49	4,00	0,9	1,0	-1,219 (0,225)

Για την ερώτηση «Η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική».

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική ($t_1 = -3,116$ $p_1 = 0,002$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=3,86) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=4,29).

Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική ($t_2 = 0,024$ $p_2 = 0,981$).

Πίνακας 15. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,86	4,34	0,8	0,7	-3,116 (0,002)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	4,29	4,33	0,7	0,7	0,024 (0,981)

Για την ερώτηση «Η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι η σεξουαλική ή και η σωματική

κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια ($t_1=2,748$ $p_1=0,008$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=2,79) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=3,27).

Μετά την προβολή της ταινίας η διαφορά διατηρήθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών ($t_2= -2,479$ $p_2=0,014$).

Πίνακας 16. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	2,79	3,15	0,8	0,9	-2,748 (0,008)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,27	3,55	1,0	1,0	-2,479 (0,014)

Για την ερώτηση «Στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια».

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια πριν ($t_1= -0,916$ $p_1=0,361$) και μετά ($t_2= -1,374$ $p_2=0,172$) την προβολή της ταινίας.

Πίνακας 17. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,03	2,43	0,9	0,9	-0,916 (0,361)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,18	2,66	0,9	1,0	-1,374 (0,172)

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα ($t_1 = -2,378$ $p_1 = 0,02$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=2,92) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=3,29).

Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς αυτή την άποψη ($t_2 = -1,249$ $p_2 = 0,213$).

Πίνακας 18. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	2,92	3,05	0,8	0,8	-2,378 (0,02)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,29	3,24	0,9	0,9	-1,249 (0,213)

Για την ερώτηση «Η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα»

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα ($t_1 = -4,040$ $p_1 = 0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=3,62) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=4,27).

Μετά την προβολή της ταινίας βρέθηκε οριακή στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών ως προς τη συγκεκριμένη άποψη ($t_2 = -1,944$ $p_2 = 0,054$), με τους νέους προπτυχιακούς φοιτητές να συμφωνούν περισσότερο με αυτή (M.O.=3,86) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=4,17).

Πίνακας 19. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,62	3,86	0,9	0,8	-4,040 (0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	4,27	4,17	0,9	0,9	-1,944 (0,054)

Για την ερώτηση «Επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια».

Μετά την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια ($t_1 = -3,590$ $p_1 = 0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=3,71) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=4,24).

Μετά την προβολή της ταινίας η διαφορά διατηρήθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς αυτή την άποψη ($t_2 = -3,121$ $p_2 = 0,002$).

Πίνακας 20. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	M.T. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,71	3,87	0,9	0,9	-3,590 (0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	4,24	4,36	0,8	0,8	-3,121 (0,002)

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης».

Δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης πριν ($t_1 = 1,864$ $p_1 = 0,064$) και μετά ($t_2 = -0,236$ $p_2 = 0,813$) την προβολή της ταινίας.

Πίνακας 21. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	M.T. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	2,90	2,46	0,6	0,9	1,864 (0,064)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	2,69	2,50	0,7	0,8	-0,236 (0,813)

Για την ερώτηση «Τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά ($t_1 = -4,717$ $p_1 = 0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=3,31) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=4,02).

Μετά την προβολή της ταινίας διατηρήθηκε η διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς αυτή την άποψη ($t_2 = -2,598$ $p_2 = 0,01$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά (M.O.=3,65) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=4,10).

Πίνακας 22. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,31	3,65	0,9	0,9	-4,717 (0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	4,02	4,10	0,8	1,0	-2,598 (0,01)

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή».

Πριν την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή ($t_1 = -1,365$ $p_1 = 0,177$).

Μετά την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή ($t_2 = -2,909$ $p_2 = 0,004$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές συμφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (Μ.Ο.=3,14) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=3,74).

Πίνακας 23. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

	Ικανότητα του ατόμου με σχιζοφρένεια να είναι λειτουργικό και χωρίς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής				
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,25	3,14	0,8	1,1	-1,365 (0,177)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	3,49	3,74	1,1	1,2	-2,909 (0,004)

5.2.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Για την ερώτηση «Θα επέλεγα να έχω φιλική σχέση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την επιθυμία τους για ανάπτυξη φιλικής σχέσης με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια ($t_1=4,002$ $p_1=0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές είναι περισσότερο αρνητικοί να αναπτύξουν φιλική σχέση με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια (Μ.Ο.=3,36) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=2,73). Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την επιθυμία τους για ανάπτυξη φιλικής σχέσης με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια ($t_2=1,785$ $p_2=0,076$).

Πίνακας 24. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την επιθυμία τους για ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Επιθυμία για ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια					
Έτη σπουδών	Μ.Ο. ₁	Μ.Ο. ₂	Τ.Α. ₁	Τ.Α. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,36	2,64	0,9	0,8	4,002 (0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	2,73	2,38	0,8	0,7	1,785 (0,076)

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση»

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση ($t_1=3,299$ $p_1=0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές διαφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (Μ.Ο.=3,01) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=2,44).

Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς αυτή την άποψη ($t_2=0,022$ $p_2=0,983$).

Πίνακας 25. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	3,01	1,84	0,9	0,8	3,299 (0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	2,44	1,83	1,0	0,8	0,022 (0,983)

Για την ερώτηση «Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί ($t_1=4,385$ $p_1=0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές διαφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (M.O.=2,91) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (M.O.=2,20).

Μετά την προβολή της ταινίας η διαφορά διατηρήθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς αυτή την άποψη ($t_2=2,680$ $p_2=0,008$).

Πίνακας 26. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί					
Έτη σπουδών	M.O. ₁	M.O. ₂	T.A. ₁	T.A. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	2,91	2,08	0,9	0,8	4,385 (0,001)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	2,20	1,69	0,9	0,8	2,680 (0,008)

Για την ερώτηση «Ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια».

Πριν την προβολή της ταινίας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς την άποψη ότι ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την

πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια ($t_1=2,182$ $p_1=0,001$). Ειδικότερα, οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές διαφωνούν περισσότερο με αυτή την άποψη (Μ.Ο.=2,16) από τους μεγαλύτερους προπτυχιακούς φοιτητές (Μ.Ο.=1,82).

Μετά την προβολή της ταινίας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φοιτητών, ως προς αυτή την άποψη ($t_2=1,815$ $p_2=0,073$).

Πίνακας 27. Διαφορά ανάλογα με το έτος σπουδών και την άποψη ότι ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια, πριν και μετά την προβολή της ταινίας

Ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια					
Έτη σπουδών	Μ.Ο. ₁	Μ.Ο. ₂	Τ.Α. ₁	Τ.Α. ₂	t(p)
Νέοι φοιτητές	2,16	1,51	0,9	0,7	2,182 (0,031)
Μεγαλύτεροι φοιτητές	1,82	1,33	0,9	0,5	1,815 (0,073)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα μελέτη προκειμένου να ολοκληρωθεί αποτέλεσε μια επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία και παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς τους οποίους θα αναφέρουμε συνοπτικά. Αρχικά, συναντήσαμε ιδιαίτερη δυσκολία κατά την προ – έρευνα και ειδικά στην αναζήτηση ταινιών και πηγών, καθώς στη βιβλιογραφία υπάρχουν λιγιστές αναφορές για το συγκεκριμένο θέμα.

Σχετικά με το δείγμα, η βασικότερη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν ο τρόπος με τον οποίο οι σπουδαστές θα συμφωνούσαν να συμμετέχουν στη συγκεκριμένη έρευνα, καθώς έπρεπε να παρακολουθήσουν μια ταινία και ταυτόχρονα να απαντήσουν σε δύο ερωτηματολόγια. Γι' αυτό το λόγο λοιπόν, προβήκαμε σε διάφορες ενέργειες με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των φοιτητών του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης για την έρευνά μας. Αναλυτικότερα, κατασκευάσαμε αφίσα στην οποία ανακοινώναμε την προβολή της ταινίας και την τοιχοκολλήσαμε στο Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης. Παράλληλα, ανακοινώσαμε την προβολή της ταινίας και το σκοπό αυτής, σε χώρους κοινωνικής δικτύωσης που επισκέπτονταν οι φοιτητές. Παρά ταύτα, δεν υπήρξε προσέλευση στην προβολή από άλλους σπουδαστές εκτός του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Μια ακόμη παρατήρηση για το δείγμα της έρευνας αποτελεί το έτος σπουδών στο οποίο βρίσκονταν οι φοιτητές. Ειδικότερα, αν και οι συμμετέχοντες φοιτούσαν σε διάφορα έτη, βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος βρίσκονταν στο πρώτο έτος σπουδών (70,3% του δείγματος), οι φοιτητές που φοιτούσαν στο δεύτερο έτος ανέρχονταν σε ποσοστό 2,4% στο τρίτο σε 15,8% στο τέταρτο σε 9,1% στο πέμπτο σε 1,2% και στο έκτου σε 1,2%. Αυτό σημαίνει πως το δείγμα της έρευνας δεν ήταν αντιπροσωπευτικό για τους φοιτητές από όλα τα έτη σπουδών και κατά συνέπεια τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε όλους τους φοιτητές.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός είναι το γεγονός ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε όλους τους σπουδαστές της Ελλάδας, καθώς το δείγμα της έρευνας δεν είναι απαραίτητα αντιπροσωπευτικό σε εθνικό επίπεδο. Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητο να διευκρινιστεί πως το συγκεκριμένο δείγμα δεν

επελέγη ως αντιπροσωπευτικό για όλους του σπουδαστές της χώρας καθώς ούτε και του γενικού πληθυσμού. Το δείγμα των φοιτητών που συμμετείχε στην έρευνα μας προερχόταν από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης και ενδεχομένως να διαφέρει από τους σπουδαστές άλλων σχολών, όπως και άλλων τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας.

Επιπρόσθετα, αναφορικά με την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, οι άντρες μειοψηφούσαν έναντι των γυναικών (94,5% γυναίκες και 5,5% άνδρες-γράφημα 1) εξαιτίας του ότι το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ως γνωστόν, απαρτίζεται από γυναίκες. Επομένως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε όλους τους φοιτητές.

Τέλος, επειδή η συγκεκριμένη έρευνα αφορά ευαίσθητα θέματα όπως είναι η ψυχική ασθένεια και συγκεκριμένα η σχιζοφρένεια, είναι πιθανό ορισμένοι συμμετέχοντες να αισθάνθηκαν δυσφορία ή άλλα αρνητικά συναισθήματα κατά τη συμμετοχή τους στην έρευνά μας. Ο λόγος που ενδεχομένως συνέβη αυτό, είναι μια πιθανή συγγενική ή φιλική σχέση των σπουδαστών με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και γι' αυτό ίσως να μην απάντησαν με ειλικρίνεια σε κάποιες ερωτήσεις. Ακόμη, ελλοχεύει ο κίνδυνος οι συμμετέχοντες να προσπάθησαν να δώσουν «ψευδείς θετικές» απαντήσεις, αλλοιώνοντας εσκεμμένα κάποιες απαντήσεις προκειμένου να μην χαρακτηριστούν αρνητικά.

6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας και της στατιστικής τους ανάλυσης προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Οι απόψεις των φοιτητών του δείγματος για την ασθένεια της σχιζοφρένειας είναι κατά κύριο λόγο μη στιγματιστικές.
2. Η κινηματογραφική ταινία είχε θετική επίδραση στην τροποποίηση των απόψεων που είχαν οι φοιτητές για τη σχιζοφρένεια, καθότι ενίσχυσε προς τη θετική κατεύθυνση τις απόψεις που είχαν πριν από την προβολή της ταινίας.
3. Συγκεκριμένα η ταινία επέδρασε θετικά στις απόψεις των φοιτητών αναφορικά με την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με ψυχικά πάσχοντες, τη συμπεριφορά του ασθενή και τον κοινωνικό στιγματισμό της οικογένειάς του. Οι απόψεις που παρουσιάζονται περισσότερο επιστημονικά ορθές μετά την προβολή της ταινίας, σχετίζονται με τη λειτουργικότητα του ασθενή, την κλινική εικόνα, την αιτιολογία, τη συμπτωματολογία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας.
4. Οι απόψεις που επηρεάστηκαν αρνητικά μετά την προβολή της ταινίας αφορούν στην κλινική εικόνα (ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο ανά πάσα στιγμή αλλά και να συμπεριφερθεί αντιθέτως με τους κοινωνικούς κανόνες), στη συμπτωματολογία (το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από υπερφυσικές δυνάμεις ή από δαιμονικά πνεύματα) και στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας (στρεσογόνοι παράγοντες ενδέχεται να προκαλέσουν την ανάπτυξη της νόσου).
5. Οι φοιτητές που βρίσκονται σε μικρότερο έτος σπουδών επηρεάστηκαν από την ταινία θετικά, μειώνοντας τις στιγματιστικές απόψεις τους για την ασθένεια της σχιζοφρένειας. Παρόλα αυτά, βρέθηκε ότι κάποιες απόψεις, τόσο πριν όσο και μετά την προβολή της ταινίας, είναι περισσότερο στιγματιστικές **συγκριτικά** με τις απόψεις των φοιτητών μεγαλύτερων ετών.

6.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της έρευνας μας σε πολλά σημεία συμφωνούν με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί, για τη διερεύνηση της επίδρασης του κινηματογράφου στις απόψεις των θεατών απέναντι στη σχιζοφρένεια. Στη συνέχεια αυτής της ενότητας θα προχωρήσουμε σε μια κατά το δυνατόν διερεύνηση – σύγκριση των αποτελεσμάτων μας με αυτά των άλλων ερευνών.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας προέκυψε ότι οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας του δείγματος έχουν κατά κύριο ρόλο μη στιγματιστικές απόψεις για την σχιζοφρένεια. Σε έρευνα των Palha κ.α. (2008) μελετήθηκαν οι απόψεις σπουδαστών από τμήματα νομικής, ψυχολογίας, επιστημών υγείας και οικονομικών για την σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι σπουδαστές θεωρούσαν ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνοι για το κοινωνικό σύνολο, απρόβλεπτοι, δύσκολοι στην επικοινωνία και δεν μπορούν εύκολα να καλυτερεύσουν με κάποια μορφή θεραπείας. Παρόλα αυτά, οι φοιτητές των τμημάτων επιστημών υγείας είχαν περισσότερο αρνητικές απόψεις για την σχιζοφρένεια από τους υπόλοιπους σπουδαστές, ιδίως όσον αφορά την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Από την σύγκριση των μελετών παρατηρούμε ότι οι σπουδαστές του δείγματος μας είχαν θετικότερες και μη – στιγματιστικές απόψεις για την σχιζοφρένεια, σε αντίθεση με τους φοιτητές της παραπάνω έρευνας, ενδεχομένως γιατί οι φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι και ενημερωμένοι μέσω της εκπαίδευσής τους, των προσωπικών τους εμπειριών και της πρακτικής τους εμπειρίας που προσφέρεται από την σχολή, σε θέματα ψυχικής υγείας.

Ένα άλλο, βασικό αποτέλεσμα της έρευνάς μας είναι ότι οι φοιτητές που συμμετείχαν, επηρεάστηκαν από την προβολή της κινηματογραφικής ταινίας (το 62,7% του δείγματος επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την ταινία που προβλήθηκε- Πίνακας 2). Συμπεραίνουμε ότι μια ταινία επηρεάζει τους φοιτητές τόσο προς τη θετική όσο και προς την αρνητική κατεύθυνση (Πίνακες 1 & 3 αντίστοιχα), καθώς επίσης ότι κάποιες απόψεις τροποποιήθηκαν σε περισσότερο επιστημονικά αποδεκτές (Πίνακες 5 & 6 αντίστοιχα), ενώ κάποιες άλλες τροποποιήθηκαν αντιστρόφως (Πίνακας 3). Στη συνέχεια, παρατηρούμε ότι η ταινία επέδρασε θετικά στις απόψεις των φοιτητών αναφορικά με την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με ψυχικά πάσχοντες, τη συμπεριφορά του ασθενή και τον κοινωνικό στιγματισμό της

οικογένειάς του. Οι απόψεις που παρουσιάζονται περισσότερο επιστημονικά ορθές μετά την προβολή της ταινίας, σχετίζονται με τη λειτουργικότητα του ασθενή, την κλινική εικόνα, την αιτιολογία, τη συμπτωματολογία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας.

Σε έρευνα των Kerby κ.α. (2008) όπου εξέτασαν εάν η προβολή κάποιων ταινιών μπορεί να επηρεάσει τις απόψεις των φοιτητών της ιατρικής σχολής, βρέθηκε ότι οι ταινίες βελτίωσαν σημαντικά τις απόψεις των φοιτητών απέναντι στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, τόσο σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά της ψυχοπαθολογίας, όσο και σε σχέση με την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών.

Σε άλλη έρευνα, ο Theriot (2013) με αφορμή την άποψη ότι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι έντονο στους φοιτητές πανεπιστημίου, οργάνωσε ένα σεμινάριο στο πανεπιστήμιο του Τενεσί με στόχο τη μείωση του στίγματος. Στο σεμινάριο αυτό προβλήθηκαν δημοφιλείς κινηματογραφικές ταινίες και έγινε χρήση άλλων MME, σε συνδυασμό με σχετικές διαλέξεις και συζήτηση. Με το τέλος του σεμιναρίου οι στάσεις των φοιτητών για την ασθένεια της σχιζοφρένειας βελτιώθηκαν σημαντικά σε τομείς όπως το συναίσθημα του φόβου, η επικινδυνότητα και η επιθυμία για διαχωρισμό από τους ψυχικά ασθενείς. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα αποτελεί η σύγκριση των στάσεων που διαμόρφωσαν οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές που συμμετείχαν στο σεμινάριο με μία ομάδα φοιτητών που δε συμμετείχαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στάσεις των πρώτων ήταν θετικότερες συγκριτικά με αυτές της δεύτερης ομάδας φοιτητών απέναντι σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες.

Σε άλλη έρευνα, των Theriot & Lobato (2011) διερευνήθηκαν και συγκρίθηκαν, μεταξύ άλλων, οι απόψεις των νέων προπτυχιακών φοιτητών του τμήματος κοινωνικής εργασίας και άλλων φοιτητών του πανεπιστημίου του Τενεσί των Η.Π.Α., απέναντι στις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές. Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες α) νέους προπτυχιακούς φοιτητές του τμήματος κοινωνικής εργασίας που παρακολούθησαν ένα σχετικό με την έρευνα εισαγωγικό μάθημα, β) πανεπιστημιακούς φοιτητές που δεν είχαν σχέση με την κοινωνική εργασία ωστόσο παρακολούθησαν το εισαγωγικό μάθημα και γ) πανεπιστημιακούς φοιτητές που δεν είχαν σχέση με την κοινωνική εργασία και δεν παρακολούθησαν το εισαγωγικό μάθημα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας βρέθηκε ότι οι νέοι προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος κοινωνικής εργασίας, είχαν θετικότερη στάση απέναντι σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες συγκριτικά με τις άλλες ομάδες φοιτητών που συμμετείχαν. Ακόμη είχαν

πιο θετικά συναισθήματα, μεγαλύτερη προθυμία να προσφέρουν βοήθεια καθώς και λιγότερο φόβο και διάθεση αποφυγής ως προς τους ψυχικά πάσχοντες.

Ένα άλλο αποτέλεσμα της έρευνας μας, είναι ότι η ταινία που προβάλαμε στους φοιτητές του δείγματος επέδρασε και αρνητικά σε συγκεκριμένους τομείς της σχιζοφρένειας αναφορικά με την κλινική εικόνα, την συμπτωματολογία και την αιτιολογία αυτής. Οι Wahl & Lefkowitz (1989) διερεύνησαν τις επιπτώσεις που έχει μια ταινία στη διαμόρφωση των στάσεων για την ψυχική ασθένεια. Επιλέχθηκε να προβληθεί σε φοιτητές του τμήματος ψυχολογίας μια ταινία που κυρίαρχο μήνυμά της ήταν ότι η θεραπεία, η περίθαλψη και η φροντίδα των «επικίνδυνων» ψυχικά πασχόντων, θα έπρεπε να γίνεται στο νοσοκομείο και όχι στην κοινότητα. Πριν την προβολή της ταινίας, εξηγούνταν μέσω ενός τρέιλερ ότι η βία και η επιθετικότητα δεν αποτελούν χαρακτηριστικό των ψυχικά ασθενών. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες όπου στην πρώτη προβλήθηκε η ταινία με το τρέιλερ, στη δεύτερη χωρίς και στην τρίτη προβλήθηκε μία άλλη ταινία που είχε ως κύριο στοιχείο τη δολοφονία και όχι την ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ασχέτως αν οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν το ενημερωτικό τρέιλερ, οι απόψεις τους έτειναν να είναι αρνητικές και στιγματιστικές ως προς την ψυχική ασθένεια. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται σε συμφωνία με το δικό μας, πως μια ταινία μπορεί να επηρεάσει και αρνητικά τις απόψεις του κοινού, ακόμα και όταν το δείγμα προέρχεται από σχολές με ανθρωπιστικό γνωστικό αντικείμενο.

Ένα άλλο εύρημα της έρευνας μας έδειξε ότι οι φοιτητές που βρίσκονται σε μικρότερο έτος σπουδών επηρεάστηκαν από την ταινία θετικά, μειώνοντας τις στιγματιστικές απόψεις τους για την ασθένεια της σχιζοφρένειας. Παρόλα αυτά, βρέθηκε ότι κάποιες απόψεις, τόσο πριν όσο και μετά την προβολή της ταινίας, είναι περισσότερο στιγματιστικές **συγκριτικά** με τις απόψεις των φοιτητών μεγαλύτερων ετών (βλ. κεφάλαιο 5.2). Στην έρευνα των Theriot & Lobato (2011) βρέθηκε από τα αποτελέσματά τους ότι ακόμα και μετά την προβολή της ταινίας και την παρακολούθηση του εισαγωγικού μαθήματος, οι φοιτητές κοινωνικής εργασίας να μεν τροποποίησαν τις απόψεις τους προς το καλύτερο για τις ψυχιατρικές διαταραχές, από την άλλη διατήρησαν κάποιες στιγματιστικές απόψεις όσο αναφορά την επικινδυνότητα διαφόρων ψυχικών ασθενειών.

Σε άλλη έρευνα, των Schulze & Angermeyer (2005, στο Theriot και Lobato 2011) βρέθηκε ότι οι απόψεις απέναντι σε ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από τις δημοφιλείς κινηματογραφικές ταινίες.

Όταν οι πηγές αυτές επικεντρώνονται στα αρνητικά χαρακτηριστικά της ψυχικής ασθένειας τότε δημιουργούνται στιγματιστικές αντιλήψεις και αρνητικά στερεότυπα για τους ψυχικά πάσχοντες. Το παραπάνω συμπέρασμα, έρχεται σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα, καθώς παρατηρήσαμε ότι ενώ πριν την προβολή της ταινίας, κάποιοι φοιτητές διατηρούσαν είτε ουδέτερες, είτε μη – στιγματιστικές απόψεις για τη σχιζοφρένεια, μετά την προβολή κάποιες από τις απόψεις τους έγιναν περισσότερο στιγματιστικές (Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή / Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους) κ.λ.π.). Αυτό πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι σε κάποια σημεία της ταινίας ο πρωταγωνιστής παρουσιαζόταν να συμπεριφέρεται αντίθετα με τους κοινωνικούς κανόνες, εκθέτοντας έτσι τον εαυτό του τόσο σε προσωπικό, όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Χαρακτηριστικά παραδείγματα των παραπάνω ήταν όταν ο Τζόν Νας επηρεασμένος από τις ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, παραμέλησε το νεογέννητο παιδί του, θέτοντας το σε κίνδυνο, όσο βρισκόταν σε μια γεμάτη μπανιέρα από νερό. Άλλο παράδειγμα στην ταινία, ήταν όταν ο Τζόν Νας βρισκόταν στο πανεπιστήμιο MIT και είχε ζητήσει ακρόαση προκειμένου να του παραχωρήσουν χώρο στο πανεπιστήμιο για να εργάζεται άτυπα, αλλά εξαιτίας των ακουστικών και οπτικών ψευδαισθήσεων, βρέθηκε σε ένα προαύλιο του MIT να φωνάζει σε έναν ανύπαρκτο άνθρωπο, μπροστά στους φοιτητές που τον παρατηρούσαν έκπληκτοι.

6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Σύμφωνα με την μελέτη μας, προκύπτει ότι το στιγματιστικό στοιχείο υπάρχει έντονο στην κοινή γνώμη για την ψυχική ασθένεια. Το στίγμα αυτό της ψυχικής ασθένειας όμως, διαιώνίζεται με τη συμβολή του κινηματογράφου και των Μ.Μ.Ε, καθώς με την προβολή ταινιών που παρουσιάζουν αρνητικά την ψυχική ασθένεια, επηρεάζουν αρνητικά την κοινή γνώμη.

Ωστόσο, τα Μ.Μ.Ε και ο κινηματογράφος ασκούν έντονη επιρροή στην κοινή γνώμη, επομένως με την ορθή παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας θα μπορούσε να επηρεάσει θετικά την κοινή γνώμη, λειτουργώντας έτσι εκπαιδευτικά και εξαλείφοντας το στίγμα.

Σχετικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη η οποία σχετίζεται με την πρόληψη, έχει να κάνει κυρίως με την ενημέρωση της κοινότητας. Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα με σκοπό να εντοπίσει τα ανεπιθύμητα κοινωνικά φαινόμενα. Στη συνέχεια, προτείνει λύσεις για τη δημιουργία, οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης με στόχο τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας της κοινότητας (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 1999).

Επιπρόσθετα, τα παραπάνω προάγονται και με τη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού, αλλά 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 πρόληψη. Οι φορείς με τους οποίους μπορεί να συνεργαστεί ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να είναι δημόσιοι οργανισμοί, εκκλησία, υγειονομικές υπηρεσίες, σχολεία, εργοδότες, κ.λ.π.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει σε προγράμματα τα οποία αφορούν την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των πολιτών για την ψυχική ασθένεια (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 1999).

Συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιώντας την έρευνα μας και τα αποτελέσματα της, μπορεί να προτείνει την προβολή ταινιών που θα έχουν ως περιεχόμενο την σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη ψυχική ασθένεια. Η ψυχική ασθένεια θα παρουσιάζεται με θετικό τρόπο και θα απευθύνεται σε ένα ευρύ ηλικιακό κοινό, δημιουργώντας έτσι μια ολοκληρωμένη και ορθή άποψη για τη σχιζοφρένεια ή τις άλλες ψυχικές ασθένειες.

Σχετικά με τα Μ.Μ.Ε ο κοινωνικός λειτουργός με την επιστημονική του ομάδα, μπορεί να οργανώσει σύντομα «έξυπνα» σποτ, τα οποία σε λίγα λεπτά θα παρουσιάζουν την σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχικές ασθένειες με θετικό τρόπο τον αντίκτυπο του στίγματος στους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες και τις οικογένειες τους.

Τέλος, σημαντική μπορεί να είναι η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στα πλαίσια του σχολείου. Σε κάθε σχολείο, μπορούν να προβάλλονται ταινίες. Σε μικρότερες τάξεις μπορούν να προβληθούν μικρού μήκους κινούμενα σχέδια τα οποία περιγράφουν τη σχιζοφρένεια και τον αντίκτυπο του στίγματος. Στις μεγαλύτερες τάξεις θα υπάρχει η δυνατότητα της προβολής ταινιών, όπως και αυτή που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (χ.χ.) ΜΟΝΑΔΑ: Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών - «αντι-στίγμα» http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/ [πρόσβαση 1 Απριλίου 2013].

Ιωαννίδου - Johnson Αμαλία (2008). *Προκατάληψη ποιός, εγώ; Η δυναμική ανάμεσα στην προκατάληψη και την ψυχολογική ωριμότητα*. Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ.Γ. (2005). *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*. Αθήνα: Καστανιώτη.

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

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001). *Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001, Ψυχική υγεία: νέα αντίληψη, νέα ελπίδα..* Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Παπαδόπουλος, Δ. και Στυλιανίδης, Σ. (2008). Μια εξατομικευμένη συμπεριφοριστικής έμπνευσης προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. *Ψυχιατρική*. 19: 165-176.

Σταμάτης, Β. και Κονιδά, Β. (2006). *Στίγμα και ψυχική ασθένεια αντιλήψεις και στάσεις της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και στην ψυχική νόσο*. <http://esyypsypo.gr/index.php/arthra/genika/71-stigma-kai-psyxikh-astheneia> [πρόσβαση 1 Απριλίου, 2013].

Τριλίβα Σ., Αναγνωστοπούλου, Τ. και Χατζηνικολάου, Σ. (2008). *Ούτε καλύτερος, ούτε χειρότερος...απλά διαφορετικός!* Ασκήσεις ευαισθητοποίησης στη διαφορετικότητα για παιδιά δημοτικού και γυμνασίου. Gutenberg.

Τσαλίκογλου, Φ. (2007). *Σχιζοφρένεια και φόνος, αναζητώντας το χαμένο παράδεισο*. Αθήνα: Λιβάνη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΔΙΕΘΝΗΣ)

Anderson, M. (2003). One flew over the psychiatric unit: mental illness and the media. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10(3): 297-306.

Angermeyer, M.C., Dietrich, S., Pott, D. and Matschinger, H. (2005). Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry. The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 20(3): 246-250.

Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J. and Murray, R.M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 184: 110-117.

Barlow, D.H. and Durand, M.V. (2001). 2nd ed. *Abnormal Psychology. An integrative Approach*. Cengage Advantage Books.

Brown, A.S., Schaefer, C.A., Wyatt, R.J., Goetz, R., Begg, M.D., Gorman, J.M. and Susser, E.S. (2000). Maternal Exposure to Respiratory Infections and Adult Schizophrenia Spectrum Disorders. A Prospective Birth Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*. 26 (2): 287-295.

Brown, A.S. (2006). Prenatal Infection as a Risk Factor for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 32 (2): 200-202.

Byrne, P. (2000). Schizophrenia in the cinema: Me, Myself and Irene. *Psychiatric Bulletin*. 24: 364-365.

Byrne, P. (2003). Psychiatry and the media. *Advances in Psychiatric Treatment*. 9:135-143.

Corcoran, C., Walker, E., Huot, R., Mittal, V., Tessner, K., Kestler, L. and Alaspina, D. (2003). The Stress Cascade and Schizophrenia: Etiology and Onset. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4): 671-692.

David, A.S. and Prince, M. (2005). Psychosis Following Head Injury: A Critical Review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry*. 76(S1): i53-60.

Degenhardt, L., Hall, W. and Lynskey, M. (2003). Testing hypotheses about relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*. 71 (1): 37-48.

Fatemi, H.S. and Folsom, T.D. (2009). The Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia, Revisited. *Schizophrenia Bulletin*. 35 (3): 528-548.

Fountoulakis, K., Kogiopoulos, K. and Lerodiakonou, Ch. (1998). The concept of mental disorder in Greek cinema. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 98 (4): 336-340.

Hall, W., Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34 (1): 26-34.

Henquet, C., Murray, R., Linszen, D. and Van Os, J. (2005). The environment and Schizophrenia: The role of cannabis use. *Schizophrenia Bulletin*. 31(3): 608-612.

Hollingshead, A.B. (1961). Some Issues in the Epidemiology of Schizophrenia. *American Sociological Review*. 26 (1): 5-13.

Kalra, G. (2011). Psychiatry movie club: A novel way to teach psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*. 53(3): 258-260.

Kerby, J., Calton, T., Dimambro, B., Flood, C. and Glazebrook, C. (2008) Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental. *The Psychiatrist*. 32: 345-349.

Kring A. M., Davison G.C., Neale J.M., Johnson, S. L. (2010). Ψυχοπαθολογία (Επιμ. Αυδή Ε. & Ρούση Π.). Αθήνα: Γ. Δάρδανος - Κ. Δάρδανος Ο.Ε.

Marti, F.J.M. (χ.χ.) «Οι ψυχικές διαταραχές» στο: Γιαννέλου, Π. και Λουκάτος, Γ. (επιμ.) Σύγχρονη ψυχολογία. Αθήνα: Ευρωεκδοτική-ινστιτούτο ιστορικών και πολιτιστικών μελετών, σ. 609-628.

Mortensen, P.B., Pedersen, C.B., Westergaard, T., Wohlfahrt, J., Ewald, H., Mors, O., Andersen, P.K. & Melbye, M., (1999). Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*. 340 (8): 603-608.

Murray, R.M. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *British Medical Journal*. 295 (6600): 681-682.

Murray, R.M., Jones, P.B., Susser, E., Van Os, J. and Cannon, M. (eds.) (2003). *The epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge University Press.

Nairn, R., Coverdale, S. & Coverdale, J. H. (2011). A framework for understanding media depictions of mental illness. *The Journal Of The American Association Of Directors Of Psychiatric Residency Training And The Association For Academic Psychiatry Academic Psychiatry*. 35(3): 202-206.

Poseck, B.V. (2006). Insanity and Cinema: Keys to understand a complicated affair. *Journal of Medicine and Movies*. 2(3): 80-88.

Rao, V. and Lyketsos, C. (2000). Neuropsychiatric Sequelae of Traumatic Brain Injury. *Psychosomatics*. 41(2): 95-103.

Rigby, P. and Alexander, J. (2008). Understanding schizophrenia. *Nursing Standard*. 22 (28): 49-56.

Rosenstock, J. (2003). Beyond A Beautiful Mind: Film Choices for Teaching Schizophrenia Academic Psychiatry: *The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for the Academic Psychiatry*. 27 (2): 117-122.

Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2004). 3rd ed. *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Salem, J.E. and Kring, A.M. (1998). The Role of Gender Differences in the Reduction of Etiologic Heterogeneity in Schizophrenia. *Clinical Psychology Review*. 18(7): 795-819.

Semple, D.M., McIntosh, A.M. and Lawrie, S.M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology*. 19(2): 187–194.

Theriot, M. T. (2013). Using popular media to reduce new college students' mental illness stigma. *Social Work in Mental Health*. 11(2): 118–140.

Theriot, M. T. & Lodato, G. A. (2012). Attitudes about mental illness and professional danger among new social work students. *Journal of Social Work Education*. Vol. 48 (3): 403-423.

Van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R.V., de Graaf, R., and Verdoux, H. (2002). Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-based Study. *American Journal of Epidemiology*. 156 (4): 319-327.

Van Reekum, R., Cohen, T. and Wong, J. (2000). Can Traumatic Brain Injury Cause Psychiatric Disorders? *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*. 12 (3): 316-327.

Wahl, O. & Lefkowitz, J. Y. (1989). Impact of a Television Film on Attitudes Toward Mental Illness. *American Journal of Community Psychology*. 17 (4): 521-528.

Walker, E.F. and Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A Neural Diathesis-Stress Model. *Psychological Review*. 104(4): 667-685.

Wedding, D. and Niemiec, R. (2003). The Clinical Use of Films in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 59 (2):207-215.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ, ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Κρασανάκης, Σ. (2011) «Τέσσερα χρόνια αφιερώματος, κινηματογράφος και ψυχιατρική» 21^ο Πανελλήνιο συνέδριο ψυχιατρικής, Αθήνα: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ), σ. 59.

Οικονόμου, Μ. (2006) «Ο κοινωνικός στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας στον ελλαδικό χώρο: μελέτες στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες-οργάνωση Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)» 19^ο Πανελλήνιο συνέδριο ψυχιατρικής, Αθήνα: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ), σ. 122.

Σπυρίδη, Σ.. (2011) «Νευροψυχολογικές παρεμβάσεις στη σχιζοφρένεια» 21^ο Πανελλήνιο συνέδριο ψυχιατρικής, Αθήνα: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ), σ.70.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Α' Μέρος: Το 1^ο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Σχιζοφρένεια στον κινηματογράφο»

Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης στην έρευνα

Αγαπητέ φοιτητή/φοιτήτρια,
το παρόν ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας μας με τίτλο «Σχιζοφρένεια στον κινηματογράφο» από σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης και εξετάζει τις απόψεις των φοιτητών του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης για την σχιζοφρένεια. Πριν από τη συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **προαιρετική**.
- Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι **εμπιστευτικές** και **ανώνυμες**. Ο κωδικός που θα δημιουργήσετε (βλ. παρακάτω) μπορεί να αναγνωριστεί μόνο από εσάς τους ίδιους.
- Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούνται περίπου 10 λεπτά.

Σας προσκαλούμε λοιπόν να συμβάλετε σε αυτή την προσπάθεια με τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας.

Οι σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας
Ανυφαντάκη Παναγούλα
Αραμπατζής Αθανάσιος
Σακκογιάννη Αναστασία

ΠΡΙΝ ΞΕΚΙΝΗΣΕΤΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ΣΑΣ

Κωδικός: _____

Ημερομηνία συμπλήρωσης: ___/___/___

Οδηγίες δημιουργίας κωδικού:

- [1] το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς σας από την μητέρα σας
- [2] το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού σας από τον πατέρα σας
- [3] η ημερομηνία γέννησής σας (σε διψήφιο νούμερο)
- [4] τα δύο αρχικά γράμματα του τόπου γέννησής σας

π.χ. [1] Μ (από το Μαρία)

- [2] Α (από το Ανδρέας)
 [3] 05 (στις 05 του μήνα)
 [4] ΡΕ (από το Ρέθυμνο)
 * ΜΑ05ΡΕ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Φύλο: Άντρας ___ Γυναίκα ___

Ηλικία:

Σχολή φοίτησης: _____

Τμήμα φοίτησης:

Έτος φοίτησης: 1 2 3 4 5 6+

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις, κυκλώνοντας την απάντησή σας:

1= Συμφωνώ απόλυτα

2= Συμφωνώ

3= Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4= Διαφωνώ

5= Διαφωνώ απόλυτα

- | | |
|---|-----------|
| 1. Θα μπορούσα να αναγνωρίσω μερικά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε ένα άτομο που πάσχει από αυτήν. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να χάσει τον έλεγχο οποιαδήποτε στιγμή. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, η οποία είναι αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. φωνάζουν σε δημόσιους χώρους). | 1 2 3 4 5 |
| 4. Θα επέλεγα να έχω φιλική σχέση με ένα άτομο με σχιζοφρένεια. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να δημιουργήσει ή/και να διατηρήσει μία συντροφική/συζυγική σχέση. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Το άτομο με σχιζοφρένεια καθοδηγείται από κακά / δαιμονικά πνεύματα. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να θεραπευτούν. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Υπερφυσικές δυνάμεις υποκινούν τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν οπτικές ή και ακουστικές ψευδαισθήσεις (δηλ., να βλέπουν ή και να ακούν πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν). | 1 2 3 4 5 |
| 9. Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με σχιζοφρένεια στιγματίζονται. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κάνουν παιδιά, λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας. | 1 2 3 4 5 |
| 11. Η σχιζοφρένεια είναι εξολοκλήρου (μόνο) κληρονομική. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Η σεξουαλική ή και η σωματική κακοποίηση σε παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να εργαστεί. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Στρεσογόνοι παράγοντες όπως το να χάσεις την δουλειά σου, μπορεί να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια. | 1 2 3 4 5 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. Τα άτομα με σχιζοφρένεια διαπράττουν συχνά βίαια εγκλήματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Η καλύτερη αντιμετώπιση για ένα άτομο με σχιζοφρένεια, είναι ο εγκλεισμός του σε ίδρυμα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Επιτυχημένοι άνθρωποι σπάνια αναπτύσσουν σχιζοφρένεια. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Τα άτομα με σχιζοφρένεια, ποτέ δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ο υποστηρικτικός κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργικότητα ή την πορεία του ατόμου με σχιζοφρένεια | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και χωρίς φαρμακευτική αγωγή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B' Μέρος: Το 2^ο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ήταν ίδιο με αυτό της 1^{ης} χορήγησης, με την επιπρόσθετη ερώτηση 22 στο τέλος αυτού

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 22. Η άποψη μου για την σχιζοφρένεια μετά από την προβολή της ταινίας τροποποιήθηκε εν μέρει, προς το καλύτερο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

Γ' Μέρος: Η αφίσα που χρησιμοποιήθηκε για την προσέλευση των φοιτητών στην προβολή της ταινίας



Σας προσκαλούμε την

Παρασκευή 25/05

στις 14:30

στο **Αμφιθέατρο 3** (στα καινούργια κτίρια) του Τ.Ε.Ι Κρήτης,

στην προβολή της κινηματογραφικής ταινίας

«Ένας Υπέροχος Άνθρωπος»

Υπόθεση ταινίας: Ο Τζών Νάς είναι μια ιδιοφυΐα των μαθηματικών που καλείται απ' τις μυστικές υπηρεσίες της κυβέρνησης ώστε να ξεσκεπάσει μια μυστηριώδη συνωμοσία κατά του έθνους.

Με καθοδηγητή του έναν κορυφαίο πράκτορα, ανακαλύπτει ένα τρομερό μυστικό που τον ωθεί σε μια λογική του παραλόγου.

Όσο το νήμα ξετυλίγεται, τόσο ο Νάς μπλέκεται σε ένα παράξενο και εσωστρεφή κόσμο.

Πρόκειται για μια πραγματική πολιτική συνωμοσία ή όλα αυτά είναι ένα παιχνίδι της οξυμένης φαντασίας του που τελικά τον εγκλωβίζει στην παράνοια;

Πως είναι άραγε να σκέφτεσαι, να ξυπνάς και να κοιμάσαι με την σχιζοφρένεια; Πώς αρχίζουν όλα και ποιο το τέλος; Ας επιχειρήσουμε λοιπόν, με τον ανάλογο ενθουσιασμό και την πρέπουσα προσοχή που αρμόζει, μια κάθοδο στα πιο σκοτεινά κομμάτια του ανθρώπινου μυαλού.



Η ταινία θα προβληθεί στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας. Πριν και μετά την προβολή της ταινίας θα δοθούν σύντομα ερωτηματολόγια τα οποία παρακαλείσθε να συμπληρώσετε.

*Οι σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας,
Ανφαντάκη Πέγκυ
Αραμπατζής Θάνος
Σακκογιάννη Νατάσσα*