

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Διδακτορική διατριβή

ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ
ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ
ΚΥΠΡΟ

Χάρις Καϊτέ

Λεμεσός 2015

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ
ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Χάρις Καϊτέ

Λεμεσός 2015

ΈΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Διδακτορική διατριβή

ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Παρουσιάστηκε από τη Χάρις Καϊτέ

Συμβουλευτική επιτροπή

**Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Επίκουρη Καθηγήτρια, (κύρια
επιβλέπουσα) Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό
Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσογλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Δρ. Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Εξεταστική επιτροπή

Πρόεδρος:

**Δρ Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς, Καθηγητής, Αντιπρύτανης
Πανεπιστήμιο Λευκωσίας**

**Δρ. Νίκος Μίτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο
Κύπρου**

**Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Επίκουρη Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο
Κύπρου**

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ιούνιος 2015

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα μου Δρ Μαρία Καρανικόλα, η οποία ήταν εκεί να με στηρίζει με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο σε όλα τα στάδια της ολοκλήρωσης της συγγραφής της διατριβής. Επίσης, ευχαριστώ ιδιαίτερα την οικογένεια μου, η οποία με υποστήριξε και με εμπύχωνε με σκοπό να ολοκληρώσω τη διατριβή μου σε όλες τις στιγμές που αποθαρρυνόμουν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η κατανόηση των προβλημάτων των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο είναι δύσκολο να επιτευχθεί από τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα οι ψυχικά πάσχοντες να μη δείχνουν εμπιστοσύνη σε αυτούς και στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων και νοημάτων των ψυχικά πασχόντων σχετικά με: α) τη νόσο τους, συνολικά, β) την προσωπική τους εικόνα στο πλαίσιο της νόσου τους, γ) τις κοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν, λόγω της νόσου τους και δ) την ποιότητα των διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας /επαγγελματίες υγείας.

Υλικό & Μέθοδος: Εφαρμόστηκε ποιοτική μεθοδολογία βάσει φαινομενολογικής μεθόδου κατά van Manen. Το δείγμα, το οποίο επιλέχθηκε με σκόπιμη δειγματοληψία και βάσει του κριτηρίου του θεωρητικού κορεσμού, αποτέλεσαν 10 άτομα με παγιωμένη ψυχική νόσο, τα οποία χρησιμοποιούσαν κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγείας σε επαρχιακή πόλη της Κύπρου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ατομικών συνεντεύξεων. Οι συνεντεύξεις βασίστηκαν πάνω σε ημι-δομημένο οδηγό, ο οποίος αναπτύχθηκε βάση βιβλιογραφίας και ελέγχθηκε ως προς την καταλληλότητα της κάθε ερώτησης από ομάδα ειδικών.

Αποτελέσματα: Ως πυρηνικό θέμα της βιωμένης εμπειρίας της σοβαρής ψυχικής νόσου, αναδύθηκε η επιγένεση της προσωπικότητας και η απόκτηση μιας νέας προοπτικής για τη ζωή. Αυτό φάνηκε να αφορά σε μια εσωτερική διαδικασία και να συνιστά το συνολικό αποτέλεσμα της πορείας του ατόμου στη νόσο και της μακρόχρονης προσπάθειάς του να αποδεχτεί: α) την αποτελεσματικότητα και αναγκαιότητα της φαρμακοθεραπείας και β) τη φύση και τους περιορισμούς της νόσου. Περαιτέρω, περιγράφηκαν έξι κύρια θέματα και αρκετά επιμέρους υποθέματά. Ως προς το νόημα της ψυχικής νόσου διατυπώθηκαν τα παρακάτω επιμέρους θέματα: α) η επιλογή του ψευδωνύμου, β) η ανυπόφορη ψυχική νόσος, γ) ψυχική νόσος: μία εξωτερική προς το άτομο οντότητα, δ) οι αιτίες της ψυχικής νόσου, ενώ

ως προς τη *φαρμακοθεραπεία*: α) οι διαφορετικές φάσεις της νόσου στο χρόνο με σημείο αναφοράς τη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή, β) η αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής, γ) οι αιτίες διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής. Περαιτέρω, ως προς την *αντίληψη της ατομικής εικόνας στο πλαίσιο της νόσου*, ταυτοποιήθηκαν τα εξής: α) η αντίληψη της προσωπικής εικόνας στο πλαίσιο της νόσου, β) οι διαφορετικές πτυχές της ατομικής οντότητας στην πορεία της νόσου και η συνεπακόλουθη αλλαγή της αντίληψης της προσωπικής εικόνας, γ) η κατακερματισμένη υπόσταση του ατόμου στο πλαίσιο της νόσου, δ) η αντίληψη της προσωπικής αξίας και των προσωπικών ικανοτήτων στην πορεία της νόσου: η δυσάρεστη αλλαγή στην αντίληψη της ατομικής εικόνας. Αναφορικά με τις *επιπτώσεις λόγω της νόσου*, αυτές φάνηκε να προκύπτουν είτε λόγω *κοινωνικού στιγματισμού* (κοινωνική υποτίμηση της προσωπικής αξίας, πτώση αυτοεκτίμησης, περιορισμένη προσωπική και ρομαντική ζωή, περιορισμένη επαγγελματική ζωή και σταδιοδρομία, κοινωνική ζωή και οικονομική ζωή), ενώ οι *απώλειες λόγω της φύσης της νόσου* αφορούσαν κύρια σε διαστάσεις της: α) κοινωνικής ζωής, β) προσωπικής ζωής, γ) επαγγελματικής ζωής και εκπαίδευσης. Άλλα κύρια θέματα αφορούσαν στις *Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας* (ένα μέσο για την ευεξία & την ασφάλεια και η τραυματική εμπειρία της νοσηλείας στο νοσοκομείο Αθαλάσσας, στις *σχέσεις με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας* (η δυναμική της σχέσης με τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, ο βαθμός ικανοποίησης από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα) και στην *ανάγκη των συμμετεχόντων να ακουστούν*.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη επισημαίνεται η σπουδαιότητα της αλλαγής του τρόπου με τον οποίο λειτουργούσε και υφίστατο η προσωπικότητα του ατόμου πριν από την έναρξη της σοβαρής ψυχικής νόσου και της θεραπείας της, προκειμένου ο πάσχων να αποκτήσει μία αντίληψη για την κανονικότητα. Το δεδομένο αυτό μπορεί να αποτελέσει εφαλτήριο για τη διαμόρφωση στοχευόμενων παρεμβάσεων ενδυνάμωσης των ψυχικά πασχόντων. Παράλληλα, στη μελέτη αυτή αναδύθηκε η σπουδαιότητα παρεμβάσεων ενδυνάμωσης της προσωπικής ταυτότητας, όπως φαίνεται να εκφράζεται αυτή στις διαφορετικές φάσεις της νόσου και της θεραπείας της. Επιπλέον, επισημαίνεται η ανάγκη περαιτέρω μελετών διερεύνησης του τρόπου αντίληψης της εικόνας του εαυτού στις διαφορετικές φάσεις της νόσου. Συνολικά, τα ευρήματα της μελέτης φαίνεται να συμβάλλουν στην ενίσχυση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τις εξατομικευμένες ανάγκες των ψυχικά πασχόντων, δεδομένου ότι αναδείχθηκαν νέες

διαστάσεις της εμπειρίας αυτής. Επιπλέον, αναγκαίες θεωρούνται περαιτέρω μελέτες παρέμβασης περιορισμού του κοινωνικού στίγματος για τη ψυχική νόσο, τόσο σε κοινωνικό επίπεδο, όσο και αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας συνολικά.

Λέξεις κλειδιά: Van manen, ατομική ταυτότητα, διπολική διαταραχή, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, κατάθλιψη, κοινωνικές επιπτώσεις, κοινωνικό στίγμα, νοσηματοδότηση, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, πάσχοντες, ποιοτική μεθοδολογία, σχιζοφρένεια, φαινομενολογία.

ABSTRACT

Background: research shows that understanding the problems of people with serious mental illness (SMI) is difficult for health professionals to achieve. As a result, people with mental health problems do not show confidence in healthcare professionals and in the provided services.

Aim: The exploration of mentally ill patients' perceptions and meanings regarding: a) their illness, in total, b) their self-image throughout their illness, c) the lived social implications following their illness and d) the quality of the inter personal therapeutic relationship with mental health nurses/health professionals.

Design & Method: A qualitative methodological approach based on Van Manen was employed. The sample which was selected through purposive sampling and based on theoretical saturation, consisted with 10 people with serious mental illness, that they were recruited from a Day Center in a district of Cyprus. Data collection was conducted via personal interviews. Interviews were based on a semi structured interview guide, which was based on literature and was tested for the suitability of each question by a panel of experts.

Results: As the core theme of the lived experience of serious mental illness epi-genesis of the personality and of gain of a new prospective of life, was revealed. This seemed to relate to an internal process and to propose the result of the totality of the individual's disease course and the lengthy period of trying to accept the effectiveness and the necessity of medication, as well as the nature of the disease and its limitations. In addition, six main themes and several subthemes were described. As far as the meaning of mental illness, the following subthemes were defined: a) the selection of pseudonym, b) the unbearable mental illness, c) mental illness as an external entity towards the person, d) the causes of mental illness, while as far as the pharmacotherapy: a) the different phases of illness in time with pharmacotherapy as a bookmark, b) the necessity of pharmacotherapy, c) reasons for stopping pharmacotherapy. In addition, as far as the perception of personal image through the continuum of illness, the following were identified: a) the perception of personal image within the context of illness, b) the different aspects of the individual's entity through the continuum of illness and the consequent change of it's personal image, c) the fragmented individuals status within the

context of the illness, d) the perception of personal value and personal abilities through the continuum of the illness: the unpleasant change in the perception of one's personal image. As far as the consequences due to the illness, those seemed to be the result, either of the social stigma (social devaluation of the personal value, due to low self-esteem, due to deteriorating personal and romantic life, due to deteriorating professional and career life, social life and financial life), while other losses due to the nature of the illness were mainly referred to the dimensions of a) social life, b) personal life and c) professional life and education. Other main themes concerned the Community Mental Health Services (a means for happiness and safety and the traumatic experience of hospitalization (Athlassa Hospital), and the relationship with mental health nurses (a dynamic relationship with Mental Health Nurses, the degree of satisfaction of the provided nursing care) and participants need to be heard.

Conclusions: This study highlights the importance of changing the way in which the personality of the person was functioning and existed before the onset of serious mental illness and its treatment, in order for the sufferer to obtain a notion of normality. This data could enhance the formation of targeted Cognitive Behavioral Intervention for the mentally ill. Furthermore, within the current study, the importance of empowerment interventions of the self-identity emerged, which seems to express the different phases of illness and its therapy. Additionally, it has emerged the way a person perceives his personal image throughout the different phases of the illness. Overall, the findings appeared to contribute to the enhancement of the health professional's empathy in relation to the individual's needs, based on the fact that new perspectives of such experience. In addition, further intervention studies of limiting mental illness stigma, both in social level and in relation to health professionals in total, are considered to be essential.

Keywords: bipolar disorder, depression, mental health professionals, meaning, mental health nurses, mental health patients, phenomenology, Qualitative methodology, self-identity, schizophrenia social stigma, social consequences, van Manen.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT.....	viii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xvi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	xvi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	xvii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	xviii
ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ	xix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	31
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	37
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	37
1. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	37
1.1 ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ	37
1.2 ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	39
1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	41
ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	42
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	42
2.1. ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ.....	42
2.1.1. Περιγραφική φαινομενολογία	46
2.1.2. Ερμηνευτική Φαινομενολογία.....	47
2.1.3 Υπαρξιστική φαινομενολογία.....	48

2.1.4. Σχολές της Φαινομενολογίας.....	48
2.2 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΚΟΠΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	50
2.3 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ CARL ROGERS ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΚΟΠΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	51
2.4 ΘΕΩΡΙΑ ΡΕΡΛΑΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΚΟΠΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	52
2.5 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	53
2.5.1 Μέθοδος ανασκόπησης	54
2.5.2 Κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των υπό επιλογή μελετών με το εργαλείο CASP	56
2.5.3 Αποτελέσματα	57
2.5.4 Ευρήματα Ανασκόπησης.....	58
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	69
3 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	69
3.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	69
3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	69
3.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	70
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	75
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	75
4.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	75
4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ.....	75
4.2.1. Εφαρμογή της Φαινομενολογικής μεθόδου van Manen στην παρούσα μελέτη	75
4.2.1.1 Στροφή προς την φύση της βιωμένης εμπειρίας	75

4.2.1.2 Προσανατολισμός στο φαινόμενο	76
4.3. Υπαρξιακή Διερεύνηση.....	78
4.3.1 Εφαρμογή της υπαρξιακής διερεύνησης	78
4.3.1.1 Η προσωπική εμπειρία ως σημείο έναρξης	78
4.3.1.2 Το βιωματικό πλαίσιο του ερευνητή	78
4.3.1.3 Μελέτες διερεύνησης της εμπειρίας της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο	79
4.3.1.4 Αποτελέσματα	81
4.3.2 Ψάχνοντας Ιδιωματικές φράσεις σχετικά με την ψυχική νόσο	82
4.3.3 Βιωματικές περιγραφές της ψυχικής νόσου στη λογοτεχνία, τέχνη κ.λ.π.....	84
4.3.3.1 Ποίηση.....	91
4.3.3.2 Τραγούδια.....	94
4.3.3.3 Ζωγραφική.....	101
4.3.3.4 Κινηματογραφικές ταινίες.....	120
4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ	134
4.4.1 Διαδικασία διεξαγωγής συνεντεύξεων	134
4.4.2 Συναισθήματα, βιώματα ερευνήτριας κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας των συνεντεύξεων.....	139
4.4.3 Λήψη σχετικών αδειών διεξαγωγής μελέτης.....	140
4.4.4 Πληθυσμός μελέτης.....	141
4.4.5 Ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων	141
4.4.6 Μέγεθος δείγματος	142
4.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	153
4.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	157
ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	163

5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	163
5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	163
5.2 ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ	163
5.2.1 ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΘΕΜΑ: «Επιγένεση της Προσωπικότητας και νέα προοπτική ζωής»	163
5.3 ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ	169
5.3.1 ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	169
5.4. Η ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	177
5.4.1 Οι διαφορετικές φάσεις της νόσου στον χρόνο με σημείο αναφοράς τη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή.	177
5.4.2 Η αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής.....	178
5.4.3 Αιτίες διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής.....	180
5.5 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	181
5.5.1 Η αντίληψη της προσωπικής εικόνας στο πλαίσιο της νόσου.....	181
5.5.2 Οι διαφορετικές πτυχές της ατομικής οντότητας στην πορεία της νόσου και η συνεπακόλουθη αλλαγή της αντίληψης της προσωπικής εικόνας.	182
5.5.3 Η κατακερματισμένη υπόσταση του ατόμου στο πλαίσιο της νόσου	183
5.5.4 Η αντίληψη της προσωπικής αξίας και των προσωπικών ικανοτήτων στην πορεία της νόσου: η δυσάρεστη αλλαγή στην αντίληψη της ατομικής εικόνας.	183
5.6. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	187
5.6.1 Απώλειες και επιπτώσεις λόγω κοινωνικού στιγματισμού	187
5.6.2 Απώλειες λόγω της φύσης της νόσου.....	191
5.7. ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	192
5.7.1. Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: ένα μέσο για την ευεξία & την ασφάλεια	192

5.7.2 Η τραυματική εμπειρία της νοσηλείας στο νοσοκομείο Αθαλάσσης	194
5.8. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	195
5.8.1 Η δυναμική της σχέσης με τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας	195
5.8.2 Βαθμός ικανοποίησης από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.....	196
5.9 Η ΑΝΑΓΚΗ ΝΑ ΑΚΟΥΣΤΟΥΝ: Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.....	197
ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	198
6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	198
6.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων	198
6.1.1 Επιγένεση προσωπικότητας	198
6.1.2 Φαρμακευτική αγωγή	198
6.2 Νέα θέματα που προέκυψαν	200
6.2.1 Η ανάγκη να ακουστούν.....	200
6.2.2 Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: Ένα μέσο για την ευεξία και την ασφάλεια.	202
6.2.3 Η τραυματική εμπειρία της νοσηλείας στο νοσοκομείο Αθαλάσσης.	202
6.3 Νοσηματοδότηση νόσου	203
6.4 Αιτίες νόσου.....	204
6.5 Η αντίληψη της προσωπικής εικόνας στο πλαίσιο της νόσου	206
6.6 Απώλειες	209
6.7 Αντίληψη των σχέσεων με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας	212
ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	213
7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	213
7.1. Σύνοψη ευρημάτων	213

7.2 Εισηγήσεις για μελλοντικές έρευνες.....	214
7.3 Περιορισμοί.....	215
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	216
Ελληνική Βιβλιογραφία	216
Διεθνής βιβλιογραφία.....	219
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	258
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	259
ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ	259
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	263
ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ	263
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	264
ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	264
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV	265
ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΩΘΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	265
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VΙ	266
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΡΟΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ	266
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VΙΙ	268
ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ	268
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VΙΙΙ	285
ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ	285

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.....	65
Πίνακας 2: Rihanna –Disturbia (Kennedy et al. 2008).....	94
Πίνακας 3: Monster Eminem (Marshall et al. 2013).....	97
Πίνακας 4: Κύρια θέματα και υποθέματα	167

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Barred window (van Gogh 1989a).....	103
Εικόνα 2: Cemetery in the rain (Van Gogh 1889e).....	104
Εικόνα 3: Wheatfield with crows (van Gogh 1890a)	104
Εικόνα 4: Cypresses (van Gogh 1889f).....	106
Εικόνα 5: Starry night (van Gogh 1889g).....	107
Εικόνα 6: Self –Portrait with a Bandaged Ear (van Gogh 1889h).....	109
Εικόνα 7: Rain (van Gogh 1889h).....	110
Εικόνα 8: The raising of Lazarus (van Gogh 1890d)	111
Εικόνα 9: The scream (Munch 1893)	112
Εικόνα 10: The Flower of Pain (Munch 1897).....	113
Εικόνα 11: By the Death bed (Fever) (Munch 1893)	114
Εικόνα 12: Untitled 4 (Rothko 1964)	115
Εικόνα 13: Self-portraits 6th May 1991 (Charnley 1991a)	116
Εικόνα 14: Self-portraits 24th May 1991 (Charnley 1991b).....	117
Εικόνα 15: Self-portraits 27th June 1991 (Charnley 1991c)	118
Εικόνα 16: Pyramid of skulls (Cezanne 1900a)	119

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Διάγραμμα ροής Μελετών Διερεύνησης της εμπειρίας της Ψυχικής Νόσου	55
Σχήμα 2: Διάγραμμα ροής Μελετών διερεύνησης της εμπειρίας της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο.....	81
Σχήμα 3: Συσχέτιση Πυρηνικού με κύρια θέματα.....	165
Σχήμα 4: Απεικόνιση πυρηνικού σχήματος.....	166

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

CASP: Critical Appraisal Skills Programme

DALY s: Disability-adjusted life years

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ΕΨΥ: Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας

PCR διάγνωση: Polymerase Chain Reaction διάγνωση

QSR NUD IST Qualitative Research Software Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorizing'.

SCID-I: Standardized Interview for DSM-IV

SCID-P: Standardised Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patient Edition

ΣΠΨΝ: Σοβαρή και Παγιωμένη Ψυχική Νόσος

ΥΨΥ: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ

Αγχώδεις διαταραχές: κατηγορία ψυχικών διαταραχών η οποία χαρακτηρίζεται από παθολογικό άγχος και υπερβολική αγωνία, συνεχή φόβο και ανησυχία. Οι αγχώδεις διαταραχές δύναται να οδηγήσουν σε φυσική και σωματική εξουθένωση (Pedersen 2012).

Ανθρωπιστική θεραπεία: μία προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία η οποία στοχεύει στο να βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει τις δυνατότητες του, την δημιουργικότητα του και να επικεντρωθεί στο παρόν (Νέστορος και Βαλλιανάτου 1996).

Ακούσιες νοσηλείες: (υποχρεωτικές νοσηλείες). Στην Κύπρο, σύμφωνα με τον (Ο περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμος του 1997, Ν77 (I)/1997, άρθρο 9): «Οι πρόνοιες του νόμου αυτού εφαρμόζονται στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής πάσχει από σοβαρή ψυχική διαταραχή, για την οποία μόνο σε ασφαλές ψυχιατρικό κέντρο θα μπορούσε να παρασχεθεί η κατάλληλη νοσηλεία. (Ο περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμος 1997 (Ν77/Ι/1997)).

Άνοια: Γνωσιακή διαταραχή η οποία σχετίζεται με τη δυσλειτουργία του εγκεφάλου, επιφέρει πλήρη εκφυλισμό της σκέψης και επηρεάζει τη μνήμη, προσοχή, γλώσσα και επίλυση των προβλημάτων (Παπαδόπουλος 2005).

Απεριόριστη θετική εκτίμηση: θεραπευτικός κανόνας κατά Rogers (1959) όπου ο ψυχοθεραπευτής δείχνει στον πελάτη την αποδοχή του και ταυτόχρονα τον εκπαιδεύει στο να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, χωρίς να φοβάται ότι θα χάσει την εκτίμηση του θεραπευτή.

Αποϊδρυματοποίηση: μια μακροπρόθεσμη τάση στην Ψυχική Υγεία η οποία αποσκοπεί στην επανένταξη των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα και την παροχή λιγότερων θεραπειών ψυχικής υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία (Encyclopedia of Mental Disorders n.d)

Αυτοπραγμάτωση: το ιδανικό σημείο ανάπτυξης ενός ανθρώπου, όπου έχει ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες και τις μεταανάγκες του με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε πλήρη ηρεμία και επικοινωνία με το περιβάλλον από το οποίο είναι ανεξάρτητο (Rogers 1959).

Βελονισμός: τεχνική τοπικής αναισθησίας κυρίως με βελόνα η οποία αναπτύχθηκε στην Κίνα και περιλαμβάνει τον ερεθισμό σε ένα σημείο του σώματος ο οποίος προκαλεί αναισθησία ή θεραπεία σε ένα άλλο σημείο (Παπαδόπουλος 2005).

Βιοκόσμος: (lifeworld), έννοια κεντρική για μια υπαρξιακά προσανατολισμένη φαινομενολογία, η οποία στοχεύει στην περιγραφή και ανάλυση των τρόπων με τον οποίο τα φαινόμενα εμφανίζονται στην ζώσα εμπειρία (lived experience), στην ανθρώπινη ύπαρξη κατά τον Husserl (1970) (Husserl 1970 cited in van Manen 1990).

Βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο: Ως φιλοσοφία της κλινικής φροντίδας αποτελεί τον τρόπο κατανόησης του πως η νόσος επηρεάζεται από πολλαπλά επίπεδα οργάνωσης (από κοινωνικό έως μοριακό). Σε πρακτικό επίπεδο αποτελεί τον τρόπο κατανόησης της υποκειμενικής εμπειρίας του πάσχοντος ως ουσιαστικό παράγοντα, ο οποίος συμβάλλει στην ακριβή διάγνωση, έκβαση αλλά και ανθρωπιστική φροντίδα (Borrel-Cárrio et al. 2004).

Βιωμένη εμπειρία: το επίκεντρο της φαινομενολογίας συνυφασμένη σύμφωνα με τον Husserl «με τα πράγματα αυτά καθ'αυτά» (Munhall 1994). Σύμφωνα με τον Dilthey (1985), η βιωμένη εμπειρία περιλαμβάνει την άμεση, προ-της-ανάκλησης συνείδηση της ζωής. Η βιωμένη εμπειρία αποτελεί την αρχή και το τέλος της φαινομενολογικής έρευνας (Dilthey 1985 cited in Munhall 1994).

Διαταραχές Διάθεσης : οι διαταραχές κατά τις οποίες η διάθεση του ατόμου είναι ανάρμοστη ή υπερβολική για την κατάσταση που βιώνει. Μπορεί να έχει επίδραση στη συμπεριφορά του ατόμου καθώς και να επηρεάσει την προσωπικότητα, αλλά και κοσμοθεωρία του. Περιλαμβάνει τις Καταθλιπτικές Διαταραχές και τις Διπολικές Διαταραχές (Pedersen 2012).

Διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών: κατηγορία διαταραχών η οποία σχετίζεται με την κατάχρηση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας ή κάποιου φαρμάκου και τοξίνης παρά τις κοινωνικές επιπτώσεις, τις επιπτώσεις στην εργασία αλλά και τις νομικές επιπτώσεις και ενδεχόμενο κίνδυνο στον εαυτό ή τους άλλους (Pedersen 2012).

Διαταραχές ύπνου: κατηγορία διαταραχής η οποία σχετίζεται με ανωμαλίες στην κατάσταση του ύπνου και η οποία προκαλεί σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας (Γκοτζαμάνης 2004).

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας: διαταραχή της οποίας κύριο χαρακτηριστικό είναι η απροσεξία και η υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα. Η κλινική εικόνα ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του ατόμου (Pedersen 2012).

Διαταραχή της προσωπικότητας: διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς ο οποίος παρεκκλίνει σημαντικά από τη κουλτούρα του ατόμου, είναι εκτεταμένος και άκαμπτος, αρχίζει στην εφηβεία ή νεαρή ενήλικη ζωή και οδηγεί σε υποκειμενική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση (American Psychiatric Association 2013).

Διπολικές διαταραχές : πρώιμος όρος μανιοκατάθλιψη. Μια διαταραχή κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει συνεχή διακύμανση της διάθεσης. Για παράδειγμα, για ένα διάστημα είναι παθολογικά χαρούμενο και επιδεικτικό, ενώ για άλλο διάστημα είναι παθολογικά λυπημένο με έντονη αυτομομφή (Pedersen 2012).

Δραματοθεραπεία : χρήση τεχνικών του θεάτρου για την απόκτηση αυτογνωσίας ή την αύξηση της αυτό-έκφρασης σε ομάδες (Corsini & Wedding 1995).

Εικαστική θεραπεία : η θεραπευτική χρήση της τέχνης μέσα σε μια θεραπευτική σχέση, από άτομα τα οποία βιώνουν μια ασθένεια, τραύμα, ή έντονα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή τους (Gussak 2007).

Έκπτωση Γνωστικών Λειτουργιών: οι γνωστικές λειτουργίες αναφέρονται στο σύνολο των φαινομένων οι οποίες συνδέονται με τη γνώση (αντίληψη, νόηση, μνήμη, αποτύπωση, ανάκληση, επανάληψη κλπ) (Παπαδόπουλος 2005). Ο βαθμός έκπτωσης (γνωστικά ελλείμματα), ελέγχεται κατά την Εξέταση Ψυχικών Λειτουργιών (Μαδιάνος 2004).

Ειλικρίνεια: ικανότητα του θεραπευτή να είναι αυτός που είναι και να μεταφέρει στον πελάτη τα ειλικρινή του συναισθήματα χωρίς να υιοθετεί μια επαγγελματική πρόσοψη ή μια ανταρχική απομάκρυνση (Rogers 1959).

Εμμονή με τον θάνατο: τάση προσκόλλησης στην ιδέα του θανάτου, η οποία μπορεί να σημαίνει και αυτοκτονικό ιδεασμό δηλαδή να συνοδεύεται από σκέψεις αυτοκτονίας (Παπαδόπουλος 2005).

Εναισθησία: η αναγνώριση και κατανόηση του πάσχοντα της νόσου ή των προβλημάτων του η οποία εξετάζεται από μία σειρά ερωτήσεων κατά την εξέταση ψυχικών λειτουργιών (Μαδιάνος 2004).

Ενεργητική ακρόαση: μια διαδικασία αλληλεπίδρασης η οποία απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία επικοινωνίας (προσοχή, κατανόηση, ενσυναίσθηση και ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας) (Φραδέλος και Στάϊκος 2013).

Ενόραση: όρος στην Φαινομενολογική έρευνα ο οποίος χρησιμοποιείται για να δώσει το νόημα ότι ο ερευνητής τώρα «βλέπει» και να τον βοηθήσει να ερμηνεύσει την βιωμένη εμπειρία σε γενικές γραμμές (van Manen 2011).

Ενσυναίσθηση: μια γνωστική διαδικασία, κατά την οποία κάποιος προσπαθεί να αναγνωρίσει και να κατανοήσει τις δηλώσεις, συμπεριφορές ή αυτά που αισθάνεται κάποιος άλλος, και ταυτόχρονα να μεταδώσει αυτή την προσπάθεια κατανόησης του ιδιαίτερου βιώματος του άλλου (Hojat 2007).

Ενσωμάτωση του ρόλου: στη θεωρία της ετικετοποίησης ο όρος αναφέρεται στο πώς η ταυτότητα του ατόμου βασίζεται στον ρόλο που υποθέτει και αναλαμβάνει, αντικαθιστώντας τους άλλους ρόλους (Schür 2001).

Εξέταση Ψυχικών Λειτουργιών: εκτίμηση της παρούσας ψυχικής κατάστασης του πάσχοντα. Συγκεκριμένα εξετάζεται η ψυχική λειτουργικότητα του πάσχοντα στο εδώ και τώρα (Μαδιάνος 2004).

Επιληπτικές κρίσεις: επεισόδια κινητικών ή αισθητικών εμπλοκών με ή χωρίς σπασμούς, με ή χωρίς απώλεια συνείδησης και με κινητικές αισθητικές ή γνωστικές δυσλειτουργίες, τα οποία οφείλονται σε απορρύθμιση του εγκεφάλου (Porter 2011).

Επιληψία κροταφικού λοβού: χρόνια νευρολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες επιληπτικές κρίσεις, οι οποίες εστιάζονται στον κροταφικό λοβό του εγκεφάλου και προκαλούν αισθητηριακές αλλαγές ή δυσλειτουργία στην μνήμη (Μιχαηλίδης 2005).

Ερμηνευτική Φαινομενολογία: προσέγγιση της φαινομενολογίας η οποία: α) χρησιμοποιεί περιγραφική φαινομενολογική μεθοδολογία εφόσον αναφέρεται στο πώς εμφανίζονται τα

πράγματα αλλά και αφήνει τα πράγματα να μιλήσουν από μόνα τους, β) είναι ερμηνευτική επειδή ισχυρίζεται ότι δεν υπάρχουν τέτοια πράγματα, όπως ανερμήνευτα φαινόμενα (van Manen 1990).

Εσωτερικευμένο στίγμα: η υποτίμηση, η ντροπή, μυστικότητα και απόσυρση, η οποία πυροδοτείται από την εσωτερίκευση των κοινωνικών στερεοτύπων στον εαυτό (Corrigan 1998; Link & Phelan 2001; Michalak et al. 2012; Wang 2011).

Θεραπευτική Σχέση: το θεμέλιο της ψυχικής υγείας, αλλά και της προοδευτικής μεταβολής της στάσης του ασθενούς απέναντι στη νόσο, την αλλαγή συμπεριφοράς και της προοπτικής προς το μέλλον (Φραδέλος & Στάϊκος, 2013).

Θεωρία Διαπροσωπικών Σχέσεων: Θεωρία της νοσηλευτικής (Peplau 1991), η οποία έχει τις ρίζες της στη θεωρία του Harry Stack Sullivan (1953) και υποστηρίζει ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι μεγάλης σημασίας ιδιαίτερα στον τομέα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας και ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν μια ασφαλή σχέση, έτσι ώστε ο πάσχοντας να μπορεί να εξετάζει τα ανεξερευνήτα συναισθήματα του.

Θεωρία της Συμβολικής Διάδρασης: Θεωρία της Κοινωνιολογίας (Blumer 1986), η οποία υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι δεν είναι δέκτες εξωτερικών παραγόντων που καθορίζουν την συμπεριφορά τους, αλλά αυτόβουλοι ενεργητικοί οργανισμοί.

Θεωρία της ετικετοποίησης: Θεωρία της κοινωνιολογίας η οποία δείχνει πως η ατομική ταυτότητα και συμπεριφορά των ατόμων μπορεί να καθορισθεί ή να επηρεαστεί από το τι του υποβάλλουν οι άλλοι (Scheff 1963).

Θεωρία της προσκόλλησης: Θεωρία της Εξελικτικής Ψυχολογίας η οποία τονίζει την σημασία της ανάπτυξης ενός υγιούς δεσμού με την μητέρα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός βρέφους (Bowlby 1988).

Θεωρία των ρόλων: Θεωρία της κοινωνιολογίας (Parsons 1951) η οποία υποστηρίζει ότι η ασθένεια αποτελεί κοινωνικό φαινόμενο αλλά και απορρέει από τις γενικές αξίες μιας κοινωνίας.

Ιδεαλισμός: ομάδα φιλοσοφικών θεωρήσεων οι οποίες υποστηρίζουν ότι η συνείδηση, το πνεύμα, η ψυχή, η βούληση και ο ψυχικός κόσμος είναι περισσότερο πραγματικά απ'ότι τα αντικείμενα του υλικού κόσμου (Πελεργίνης 2011).

Ιδέες: βάση όλων των φιλοσοφικών αναζητήσεων οι οποίες: α) δεν μπορούν να διαμορφωθούν στην πραγματικότητα, β) δεν είναι απαραίτητες για την γνώση ή την επικοινωνία και γ) είναι ασυνεπείς και ως εκ τούτου ασύλληπτες (Beckerley 1988).

Ιδέες μεγαλείου: υπερβολικές ιδέες για τη σπουδαιότητα ή ταυτότητα του ατόμου, οι οποίες χαρακτηρίζονται κυρίως από υπερφυσικό ή θρησκευτικό θέμα (π.χ. «Είμαι ο Μεσσίας») (American Psychiatric Association 2000).

Καταθλιπτικές Διαταραχές: τύποι διαταραχών της διάθεσης. Περιλαμβάνουν: α) τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, β) τη Δυσθυμική διαταραχή και γ) τη Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, (Pedersen 2012).

Κέντρα Ημέρας: ενδιάμεσες δομές στην κοινότητα που σκοπό έχουν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη χρόνιων ασθενών με σκοπό να επανενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο (Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Κύπρου 2010).

Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας: δομές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες βρίσκονται στην κοινότητα και εστιάζονται στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών με στόχο την αποφυγή της χρονιότητας της νόσου (Εκθεση Υπουργείου Υγείας 2010).

Κύρια ερευνήτρια: ο όρος παραπέμπει στη υποψήφια διδάκτωρ Χάρης Καϊτέ, η οποία και πραγματοποίησε την παρούσα μελέτη.

Λειτουργικές Ψυχώσεις: τύποι ψυχώσεων οι οποίοι διαφέρουν από τη λεγόμενη οργανική ψύχωση και τις ψυχογενείς ψυχώσεις. Οι Λειτουργικές Ψυχώσεις, ταξινομούνται λαμβάνοντας υπόψη την αιτιολογία της νόσου. Η Σχιζοφρένεια αποτελεί την κύρια διαταραχή σε αυτή την ομάδα (Παπαγεωργίου 2004).

Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή: διαταραχή της διάθεσης η οποία χαρακτηρίζεται ανάμεσα σε άλλα από ανηδονία, καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (American Psychiatric Association 2000).

Μελαγχολία: η ετυμολογία της λέξης πηγάζει από την μέλαινα=μαύρη χολή και συνδέεται με τα σωματικά υγρά και τις ισορροπίες τους στο σώμα (Παπαδόπουλος 2005).

Μετα-Ιμπρεσιονιστής ζωγράφος: Ο όρος Μετα-Ιμπρεσιονισμός αναφέρεται στο καλλιτεχνικό ρεύμα το οποίο αναπτύχθηκε κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και χαρακτηρίζεται από την απόδοση στα έργα εξαιρετικού συναισθηματισμού. Από τους κύριους Μετα-Ιμπρεσιονιστές ζωγράφους υπήρξε μεταξύ άλλων ο Paul Cezanne (1839-1906) και ο Vincent van Gogh (1853-1890).

Μηχανισμοί άμυνας: ψυχικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται από το άτομο για μείωση του άγχους το οποίο δημιουργείται από εσωτερικές συγκρούσεις. Είναι ασυνείδητοι και διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα (Παπαδόπουλος 2005).

Μετασύνθεση: η σύνθεση μιας ομάδας ποιοτικών μελετών η οποία έχει κατά κύριο λόγο ερμηνευτικό χαρακτήρα με σκοπό την κατανόηση και εξήγηση κάποιων φαινομένων. Ο όρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τους Stern and Harris (1985) (Stern & Harris, 1985 cited in Walsh & Downe, 2005).

Μετ αιχμιακή βλάβη: βλάβη στο μετ αιχμιακό σύστημα η οποία προκαλεί δυσλειτουργίες στην μνήμη (πρόδρομη αμνησία, παλίνδρομη αμνησία) και μπορεί να προκληθεί από εγκεφαλίτιδα, έρπητα ή αλκοολισμό (Μαδιάνος 2004).

Μουσικοθεραπεία: εναλλακτική μορφή θεραπείας η οποία χρησιμοποιεί κλινικές παρεμβάσεις με σκοπό την επίτευξη των ατομικών στόχων μέσα σε μια θεραπευτική σχέση από ένα εγκεκριμένο επαγγελματία υγείας ο οποίος έχει ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα μουσικοθεραπείας (American Music Therapy Association n.d.)¹

Νευροβιολογική βάση: η βιολογική βάση μιας διαταραχής ή συμπεριφοράς η οποία σχετίζεται με την ανατομία, φυσιολογία και παθολογία του νευρικού συστήματος (Lopez & Andreasen 2007).

Νεύρωση: διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει το άγχος και τις ενδοψυχικές του συγκρούσεις (Παπαδόπουλος 2015).

¹ Διευκρινίζεται ότι ο όρος αναφέρεται σε δημοσίευτα στοιχεία τα οποία δίνει ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Μουσικοθεραπείας για τον ορισμό της Μουσικοθεραπείας. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από: American Music Therapy Association n.d., *What is Music Therapy*, viewed 5 May 2015, <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>

Νοσοκομείο Αθαλάσσης: η μεγαλύτερη μονάδα τμήματος εσωτερικής νοσηλείας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας της Κύπρου η οποία καλύπτει τις ανάγκες Παγκύπρια. Οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο Αθαλάσσης εισάγονται υποχρεωτικά ή προαιρετικά σύμφωνα με τις διατάξεις του Περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας (Τροποποιητικός Νόμος 2003, 2007).

Ντοπαμίνη: κατεχολαμίνη η οποία λειτουργεί ως νευροδιαβιβαστής και σχετίζεται με την σχιζοφρένεια. Θεωρείται σημαντική για τα συστήματα κινητικού ελέγχου και τη δραστηριότητα του κινητικού συστήματος (Παπαδόπουλος 2005).

Νούμμενα: τα πράγματα καθ'αυτά, στην ουσία τους για τα οποία σύμφωνα με τον Καντ δεν γνωρίζουμε τίποτα (Πελεγρίνης 2011).

Ολιστική φροντίδα (ολιστική κατανόηση του ατόμου): παροχή νοσηλευτικής φροντίδας η οποία έχει ως στόχο την φροντίδα του όλου ατόμου και λαμβάνει υπόψη της το νου, σώμα, πνεύμα, συναίσθημα και περιβάλλον του ατόμου (Klebanoff & Hess 2013).

Οξεία φάση της νόσου: χαρακτηρίζεται από σοβαρά συμπτώματα τα οποία επιβάλλουν ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Δύναται να αφορούν την έναρξη της ψυχικής νόσου ή την επιδείνωση των προϋπαρχόντων συμπτωμάτων (Victoria's mental health services n.d.)²

Παραισθήσεις: αντίληψη ενός πραγματικού γεγονότος ή αντικειμένου στο οποίο δίνεται λανθασμένο νόημα ανάλογα με τη διάθεση του ατόμου (Lopez & Andreasen 2007).

Παραληρητική διαταραχή: ψυχωτική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από διάφορους τύπους μη αλλόκοτων παραληρητικών ιδεών (δίωξης, ζηλοτυπίας, μεγαλείου). Η διάγνωση της παραληρητικής διαταραχής γίνεται όταν οι παραληρητικές ιδέες δεν οφείλονται στη χρήση ουσιών ή σε άλλη γενική ιατρική κατάσταση (Γκοτζαμάνης 2004).

² Διευκρινίζεται ότι ο ορισμός αυτός αναφέρεται σε αδημοσίευτα στοιχεία τα οποία δίνει η Κυβέρνηση της Πολιτείας της Αυστραλίας, Βικτώρια σε πληροφοριακό δελτίο αναφορικά με τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της συγκεκριμένης πολιτείας αλλά και της ψυχικής νόσου. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από: Victoria's Mental Health Services n.d, *A Guide to Mental Health Terminology*, viewed 5 May 2015, <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/terminology.htm>

Παράνοια (Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας): διαταραχή της προσωπικότητας όπου το άτομο κυρίως εκδηλώνει έντονη καχυποψία και δυσπιστία στους άλλους (Saddock & Saddock 2007).

Πελατοκεντρική Θεραπεία: μια μορφή ψυχοθεραπείας η οποία αναπτύχθηκε από τον Carl Rogers και στηρίζεται στην άνευ όρων αποδοχή. Ο πελάτης (σε αντίθεση με τον ασθενή), ενθαρρύνεται να κινητοποιήσει τις δικές του ψυχικές δυνάμεις με σκοπό να επιλύσει τα δικά του προβλήματα, όπως ο ίδιος τα βλέπει (Παπαδόπουλος 2005).

Περιγραφική Φαινομενολογία: προσέγγιση στη φαινομενολογία η οποία στοχεύει στην προσέγγιση του αληθινού νοήματος μέσω της εμπλοκής στην πραγματικότητα, (Lopez & Willis 2004).

Περιχάρáκωση (bracketing): η διαδικασία για διασφάλιση της αξιοπιστίας της μελέτης, κατά την οποία ο ερευνητής καλείται να ακολουθήσει καθ'όλη τη πορεία της μελέτης (Dowling 2007).

Πρώιμη άνοια: όρος ο οποίος χρησιμοποιήθηκε από τον Krepelin (1919) για να περιγράψει την σχιζοφρένεια και ειδικότερα την πρώιμη γνωσιακή έκπτωση που φαινόταν να χαρακτηρίζει τους ασθενείς. Ο όρος δεν χρησιμοποιείται πλέον (Παπαδόπουλος 2005).

Ρεαλισμός: φιλοσοφικό ρεύμα το οποίο πίστευε ότι ορίζεται η εξωτερική πραγματικότητα, η οποία υπάρχει ανεξάρτητα από τη νόηση και την αισθητηριακή εμπειρία (Πελεgrίνης 2011).

Ρόλος: στην κοινωνική ψυχολογία σχετίζεται με κάθε μορφή συμπεριφοράς η οποία εμπερικλείει δικαιώματα και καθήκοντα, τα οποία το κοινωνικό σύνολο επιβάλλει ή αναμένει από το άτομο. Οι ρόλοι εσωτερικεύονται και μαθαίνονται από το άτομο, με σκοπό να ανταποκριθεί σε αυτούς (Παπαδόπουλος 2005).

Σοβαρή ψυχική διαταραχή: οποιαδήποτε ψυχική δυσλειτουργία κατά DSM-IV-TR (2000) τα συμπτώματα της οποίας προκαλούν σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας (Jöhnsson 1997; US Department of Health and Human Sciences 2007).

Σχιζοειδής ψύχωση: διαταραχή της προσωπικότητας με κύριο χαρακτηριστικό την αποστασιοποίηση του ατόμου από τις κοινωνικές σχέσεις και το περιορισμένο εύρος συναισθημάτων (Γκοτζαμάνης 2004).

Σχιζοφρένεια: μια πολύπλοκη διαταραχή η οποία είναι το αποτέλεσμα νευροβιολογικών παραγόντων παρά κάποιων ψυχολογικών τραυμάτων. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαχωρίζονται σε: α) θετικά και αφορούν κυρίως τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις και β) αρνητικά (μεταξύ άλλων συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλησία (Sadock & Sadock 2007).

Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή: ψυχωσική διαταραχή, πιο βραχείας διάρκειας (τουλάχιστον ένα μήνα, λιγότερο από 6 μήνες), η οποία δεν επιφέρει κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση (Γκοτζαμάνης 2004).

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή: ψυχωσική διαταραχή, η οποία περιλαμβάνει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 2 βδομάδες, απουσία προεξάρχοντων συμπτωμάτων της διάθεσης) και των συμπτωμάτων της διαταραχής της διάθεσης (μανία ή κατάθλιψη). (Γκοτζαμάνης 2004).

Stupor (εμβροντησία): ακραία κατάσταση πλήρους κινητικής αναστολής, η οποία παρατηρείται κυρίως στη σχιζοφρένεια και σε διαταραχές της διάθεσης (Μαδιάνος 2004).

Σωματόμορφες διαταραχές: ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων και προτείνουν κάποια ιατρική κατάσταση αλλά δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως από αυτή αλλά ούτε και από τα αποτελέσματα κάποιας ουσίας ή άλλης ψυχικής διαταραχής (Γκοτζαμάνης 2004).

Τρυπανισμός: τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου κατά την Νεολιθική εποχή, ο οποίος χρησιμοποιούνταν για να διώξει τα κακά πνεύματα. Συνεχίστηκε μέχρι τον Μεσαίωνα (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Υποτροπή: επιστροφή του συμπτώματος κάποιας νόσου ή η επανάληψη κάποιας συμπεριφοράς η οποία φαίνεται να βλάπτει το άτομο (Παπαδόπουλος 2005).

Υστερία: νεύρωση την οποία μελέτησε ο Freud. Ανήκει σήμερα στις σωματόμορφες διαταραχές και ονομάζεται Σωματοποιητική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από πολλαπλά

σωματικά συμπτώματα τα οποία υποτροπιάζουν και διαρκούν για χρόνια αλλά και παρουσιάζονται με δραματικό τρόπο (Sadock & Sadock 2007).

Υπαρξιακή Φαινομενολογία: φιλοσοφικό ρεύμα το οποίο έχει τις βάσεις του το 1927 στην δουλειά του Martin Heidegger, *Being and Time* ο οποίος πιστεύει ότι η φαινομενολογία θα πρέπει να βασίζεται στην παρατήρηση και ανάλυση των Dasein (“είμαι εκεί”), διερευνώντας την θεμελιώδη οντολογία του βιοκόσμου, το οποίο διέπει όλες τις λεγόμενες παρεμφερείς οντολογίες των ειδικών επιστημών (Holloway&Wheeler 2010).

Φαινομενολογία: η επιστήμη των φαινομένων, φιλοσοφικό κίνημα. Για τον Husserl, η φαινομενολογία είναι ένα κίνημα το οποίο προσπαθεί να περιγράψει πως ο κόσμος αποτελείται και βιώνεται μέσα από συνειδητές πράξεις αλλά και απαντά στο ερώτημα ποιο είναι το νόημα ενός πράγματος (van Manen 1990).

Φαινόμενα: Κατά τον Καντ το φαινόμενο είναι η γνώση των γεγονότων ή των αντικειμένων που ερμηνεύονται δια μέσου κατηγοριών και η βάση για τη γνώση της πραγματικότητας (Παπαδόπουλος 2005).

Φαινομενολογική κατάφαση: κριτήριο επιβεβαίωσης κατά Munhall (1994). Η φαινομενολογική κατάφαση συμβαίνει όταν κάποιος συμμετέχοντας κατά κύριο λόγο, διαβάζει ή ακούει τα αποτελέσματα της μελέτης και συμφωνεί με αυτά.

Ψευδαισθήσεις: συμπτώματα των ψυχώσεων, τα οποία χαρακτηρίζονται από την αίσθηση χωρίς εξωτερικό ερέθισμα (Sadock & Sadock 2007).

Ψυχαναλυτικό κίνημα: κίνημα στην Ψυχολογία, ιδρυτής του οποίου ήταν ο Sigmund Freud (1856-1939). Κύρια θέση του κινήματος ήταν ότι στην συμπεριφορά διαδραματίζουν ρόλο οι ασυνείδητες διαδικασίες (Νέστορος & Βαλλιανάτου 1996).

Ψυχιατρική: ο παλαιότερος κλάδος της ιατρικής επιστήμης ο οποίος ασχολείται με την διερεύνηση των αιτιών, τη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχιατρικών νόσων, οι οποίες προκαλούν δυσλειτουργία σε διάφορους τομείς της λειτουργικότητας (Μαδιάνος 2004).

Ψυχοθεραπεία: μέθοδοι παρέμβασης βάση των ψυχικών διαδικασιών σε συμφωνία με το ενδιαφερόμενο άτομο και ψυχοθεραπευτή με σκοπό την συστηματική παρακολούθηση των διαταραχών ή προβλημάτων και την εξάλειψη των συμπτωμάτων τους (Παπαδόπουλος 2005).

Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις: θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες αποτελούνται από τα drug free προγράμματα καθώς και ομάδες αυτοβοήθειας (Μαδιάνος 2005).

Ψυχοτρόπα φάρμακα: κατηγορία φαρμάκων τα οποία επιδρούν στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες ή τη συμπεριφορά του ατόμου. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα τυπικά αντιψυχωτικά, οι ανταγωνιστές της σεροτονίνης κλπ. (Stahl 2009).

Ψύχωση: διαταραχή οφειλούμενη σε οργανικά ή άλλα ψυχικά αίτια. Περιλαμβάνει την παρουσία των εξής συμπτωμάτων: α) απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα ή διαστρέβλωση της πραγματικότητας και β) έλλειψη επίγνωσης της νοσηρότητας της κατάστασης (Pedersen 2012).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Νευροψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν τη δεύτερη αιτία απώλειας ετών ζωής λόγω κοινωνικής αναπηρίας (δείκτης DALYs) στην Ευρώπη, μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα (World Health Organization Region 2000-2012). Ειδικότερα, η μονοπολική κατάθλιψη αποτελεί τη δεύτερη αιτία επιβάρυνσης σε παγκόσμια κλίμακα (World Health Organization Region 2000-2012).

Ως σοβαρή ψυχική διαταραχή θεωρείται οποιαδήποτε ψυχική δυσλειτουργία κατά DSM-IV-TR (2000), τα συμπτώματα της οποίας προκαλούν σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας (Jöhnsson 1997; US Department of Health and Human Sciences 2007). Τα κυριότερα νοσήματα αυτής της κατηγορίας είναι: α) η ψύχωση (σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή), β) οι διαταραχές της διάθεσης (καταθλιπτικές και Διπολικές Διαταραχές) και γ) οι αγχώδεις διαταραχές.

Σύμφωνα με τους Wittchen et al. (2011), στη διάρκεια ενός έτους περίπου το 38 τοις εκατό, συνολικά, των Ευρωπαίων πολιτών θα υποφέρουν από κάποια μορφής ψυχική νόσο. Εάν, μάλιστα, το ποσοστό αυτό εκφραστεί σε απόλυτους αριθμούς προκύπτει ότι 164.8 δισεκατομμύρια άνθρωποι νοσούν από κάποια ψυχική διαταραχή στη διάρκεια ενός έτους. Σε σύγκριση με δεδομένα του 2005, παρατηρείται μια αύξηση του δέκα τοις εκατό περίπου, λόγω 14 νέων διαταραχών, που έχουν καταγραφεί και οι οποίες αφορούν σε άτομα τόσο της παιδικής, εφηβικής ηλικίας όσο και της τρίτης ηλικίας καθώς και στη συμπερίληψη νέων Ευρωπαϊκών χωρών στις μελέτες αυτές (Wittchen et al. 2011). Οι περισσότερες συχνές διαταραχές είναι: α) οι αγχώδεις διαταραχές (14.0%), β) οι διαταραχές ύπνου (7.0%), γ) η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (6.9%), δ) οι σωματόμορφες διαταραχές (6.3%), ε) οι διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών και κύρια με το αλκοόλ, στ) η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (5%), και ζ) η άνοια (1-30%, ανάλογα με την ηλικία) (Wittchen et al. 2011). Εξαιρουμένων των διαταραχών σχετιζόμενων με τη χρήση ουσιών και των διαταραχών νοητικής στέρησης, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό των νοσημάτων αυτών μεταξύ των διαφορετικών χωρών (Wittchen et al. 2011). Επιπλέον, αρκετές πηγές, συμπεριλαμβανομένων των διεθνών προγραμμάτων

ασφάλειας υγείας, αναφέρουν αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων πρόωρης συνταξιοδότησης και του ποσοστού των εφαρμοζόμενων θεραπειών λόγω ψυχικής διαταραχής, στις χώρες της Ευρώπης (Knapp et al. 2007 cited in Wittchen et al. 2011).

Περαιτέρω, στατιστικά στοιχεία του οργανισμού National Alliance on Mental Illness των ΗΠΑ δείχνουν ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες βιώνει κάποιας μορφής σοβαρή ψυχική διαταραχή στη διάρκεια ενός έτους (National Institute on Mental Illness Fact Sheet n.d.).³

Περαιτέρω, περίπου 13,6 εκατομμύρια άτομα στη χώρα αυτή βιώνουν κάποιας μορφής σοβαρή ψυχική νόσο, όπως η σχιζοφρένεια, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και η διπολική διαταραχή (National Institute on Mental Illness Fact Sheet n.d.).⁴

Συγκεκριμένα, το 1,1 τοις εκατό των ενήλικων Αμερικανών είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, περίπου 2.6 τοις εκατό με διπολική διαταραχή και 6.7 με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (United States Census Bureau 2011).

Μάλιστα, σύμφωνα με άλλες το 60 τοις εκατό των ενηλίκων και σχεδόν οι μισοί νεαροί ηλικίας 8-15 με ψυχική διαταραχή, δεν φαίνεται να λαμβάνουν θεραπεία από τις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ΥΨΥ) στην διάρκεια του τελευταίου έτους (National Institute of Health n.d.).

³ Διευκρινίζεται ότι αυτά τα στατιστικά στοιχεία αναφέρονται σε αδημοσίευτα στατιστικά τα οποία προέρχονται από τον οργανισμό National Alliance on Mental Illness (n.d.) και αφορούν το Fact Sheet: Mental Illness FACTS AND NUMBERS, viewed 10 May 2015, http://www2.nami.org/factsheets/mentalillness_factsheet.pdf Η πρωτογενής πηγή στην οποία αναφέρονται είναι: National Institutes of Health, (n.d.), *Statistics: Any Disorder Among Adults*, viewed 7 April 2015, <http://www.nimh.nih.gov/statistics/1ANYDIS_ADULT.shtml>.

⁴ Διευκρινίζεται ότι αυτά τα στατιστικά στοιχεία αναφέρονται σε αδημοσίευτα στατιστικά τα οποία προέρχονται από τον οργανισμό National Alliance on Mental Illness (n.d.) και αφορούν το Fact Sheet: Mental Illness FACTS AND NUMBERS, viewed 10 May 2015, http://www2.nami.org/factsheets/mentalillness_factsheet.pdf Η πρωτογενής πηγή στην οποία αναφέρονται είναι: National Institute of Mental Health. (n.d.), *Use of Mental Health Services and Treatment Among Children.*, viewed 9 May 2015, <http://www.nimh.nih.gov/statistics/1NHANES.shtml>

Μάλιστα, παρά τα δεδομένα που δείχνουν ότι ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών έχει αυξητική τάση σε όλες τις ηλικίες και τις χώρες του Δυτικού κόσμου, οι μελέτες αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ψυχικά πάσχοντες βιώνουν τις δυσκολίες και τους περιορισμούς λόγω της νόσου τους είναι μάλλον περιορισμένες (Andersen et al.2003; Davidson et al. 2005; Dundon 2006; Holt and Tickle 2014; Leamy et al. 2011; Sells et al. 2004; Silverstein & Bellack 2008; Warner et al. 2009; Wisdom et al. 2008; Zolneriek 2011).

Επίσης, περιορισμένες φαίνεται να είναι και οι μελέτες αναφορικά με τις παρεμβάσεις που προάγουν την έγκαιρη πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα αρχικά στάδια της νόσου (National Institute of Mental Health 2005) ή την παραμονή του πάσχοντος ατόμου στην κατάλληλη θεραπεία (National Institute of Mental Health 2005).

Ειδικότερα, αναφορικά με τις επιπτώσεις των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, η κατάθλιψη αποτελεί τον τρίτο συχνότερο παράγοντα νοσοκομειακής περίθαλψης στις ΗΠΑ, τόσο για τα παιδιά όσο και τους ενήλικες ηλικίας 18-44 (Wier 2009). Επίσης έχει φανεί ότι τα άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων γενικών παθολογικών διαταραχών (Colton&Manderscheid 2006), και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (DE Hert et al.2011; Thornicroft 2013).

Τα υψηλά αυτά ποσοστά ψυχικών νοσημάτων στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ υποδηλώνουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες σχετικά με τις διαταραχές αυτές (National Institute of Mental Health 2005). Μάλιστα, η αναγκαιότητα αυτή επιτείνεται και από το γεγονός ότι παραμένουν σοβαρές δυσκολίες στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων που αφορούν στα νοσήματα αυτά, όπως: α) ο κοινωνικός στιγματισμός (Schomerus et al. 2012), β) η ανεργία και γ) η περιπλάνηση (Drake et al. 2014). Επίσης, σοβαρά προβλήματα έχουν καταγραφεί αναφορικά με ζητήματα θεραπείας, όπως το υψηλό ποσοστό πασχόντων που διακόπτουν την θεραπεία (National Institute of Mental Health 2005), ή το χαμηλό ποσοστό πασχόντων με ύφεση συμπτωμάτων (Warner 2004).

Οι ενήλικες οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με κάποια σοβαρή ψυχική νόσο φαίνεται ότι ζουν λιγότερο κατά 25 χρόνια περίπου συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό μέσο όρο 25 χρόνια (Thornicroft 2013), καθώς παρατηρείται συννοσηρότητα με άλλα σοβαρά χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα όπως ο διαβήτης τύπου 2 (Schoepf et al. 2013).

Ωστόσο, οι πάσχοντες από κάποια σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο, φαίνεται να λαμβάνουν λιγότερο συχνά φροντίδα για τα ιατρικά τους προβλήματα, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Mitchell & Lord 2010) χωρίς να είναι μελετημένοι οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό.

Επιπλέον, αν και η αυτοκτονία, μια από τις σοβαρότερες επιπτώσεις της ψυχικής νόσου (Hor & Taylor 2010), συνιστά τη δέκατη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ για τα άτομα όλων των ηλικιών, η βιωμένη εμπειρία των νεαρών ατόμων και εφήβων, καθώς και των ηλικιωμένων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, δεν είναι επαρκώς μελετημένη (Drapeau & McIntosh 2012). Δεδομένου, μάλιστα του γεγονότος ότι τα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν έχουν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές (American Association of Suicidology 2012), Είναι εμφανής η ανάγκη να γίνουν κατανοητά τα συναισθήματα και οι σκέψεις που υποδηλώνουν και υποκρύπτουν τέτοιου είδους παρορμητική συμπεριφορά, ή ακόμη και η δυναμική των παραγόντων, πέρα από την παθοφυσιολογία της νόσου, που πυροδοτεί αυτή τη συμπεριφορά.

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ατόμων με σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα αυτά έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρεθούν σε συνθήκες ανεργίας ή φτώχειας (Eriksson et al.2011; Maniglio 2009). Ωστόσο, οι παράγοντες που ενδεχομένως δυσχεραίνουν ή διευκολύνουν την κοινωνική λειτουργικότητα των ψυχικά πασχόντων, καθώς και ο τρόπος που βιώνουν τις κοινωνικές σχέσεις και απαιτήσεις δεν έχουν μελετηθεί ακόμη σε βάθος (Martin-Subero et al. 2014).

Την ίδια στιγμή, φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων με ψυχικό νόσημα, το οποίο μετά τη θεραπεία παραμένει σε κατάσταση ύφεσης κυμαίνεται από 11 έως 33 τοις εκατό (Jääskeläinen et al. 2013; Warner 2004), γεγονός που υποδηλώνει τη δυσκολία αποτελεσματικής αντιμετώπισης της νόσου, αλλά και το ότι υπάρχουν ακόμη αδιευκρίνιστα ζητήματα αναφορικά με τη διαδικασία της αποκατάστασης και της θεραπείας.

Συνολικά, φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετά σημεία που αναμένεται να αποσαφηνιστούν αναφορικά με την πορεία των πασχόντων στο συνεχές ψυχική νόσος υγεία. Στο πλαίσιο, αυτό σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της σοβαρής ψυχικής νόσου στην Κύπρο, και συγκεκριμένα, των αντιλήψεων και νοημάτων των ψυχικά πασχόντων σχετικά με:

1. τη νόσο τους, συνολικά,

2. την προσωπική τους εικόνα στο πλαίσιο της νόσου τους
3. τις κοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν, λόγω της νόσου τους
4. την ποιότητα των διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Περιγραφή περιεχομένων επιμέρους κεφαλαίων

Στο πρώτο κεφάλαιο διατυπώνεται το ερευνητικό πλαίσιο και τεκμηριώνεται η σπουδαιότητα της διερεύνησης της βιωμένης εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων στην Κύπρο. Συγκεκριμένα, διευκρινίζεται η πρωτοτυπία και χρησιμότητα της μελέτης αυτής μέσα από μια σειρά ερευνητικών δεδομένων, σχετικά με το υπό μελέτη θέμα στον διεθνή και εθνικό χώρο. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στην Ετήσια Έκθεση του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου (2010), όπου αναφέρεται η χρησιμότητα της μελέτης στον Κυπριακό χώρο. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού αναφέρεται με σαφήνεια ο σκοπός της μελέτης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά: 1) στη Φαινομενολογία και στις τρεις προσεγγίσεις της Φαινομενολογίας: α) Περιγραφική Φαινομενολογία, β) Ερμηνευτική Φαινομενολογία, γ) Υπαρξιστική Φαινομενολογία, 2) στο θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης, το οποίο αφορά την Φαινομενολογία και τις επιμέρους θεωρίες της Replau (1952) και του Carl Rogers (1959), σε σχέση με τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, παρατίθεται βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών διερεύνησης της εμπειρίας της ψυχικής νόσου.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή των ορισμών των βασικών εννοιών, αλλά και αναφορά στον λειτουργικό ορισμό της σοβαρής και εμμένουσας ψυχικής νόσου. Ειδικότερα, το κεφάλαιο αυτό ξεκινά με την ιστορική αναδρομή γύρω από τις αντιλήψεις και θεραπείες της σοβαρής και παγιωμένης ψυχικής νόσου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο σκοπό της παρούσας μελέτης, στο είδος του σχεδιασμού, τη μέθοδο δειγματοληψίας και στο δείγμα. Περιγράφεται το περιβάλλον, τα εργαλεία μέτρησης, ο τρόπος συλλογής και η ανάλυσης των δεδομένων, καθώς και το πώς ελέγχθηκε η ακρίβεια και ποιότητα της μελέτης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, περιγράφονται τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Αναφέρεται το πυρηνικό θέμα καθώς και τα κύρια θέματα και τα υποθέματα αυτών. Το πυρηνικό και τα κύρια θέματα υποστηρίζονται από τα αντίστοιχα αποσπάσματα των αφηγήσεων των συμμετεχόντων. Παρατίθενται τα αντίστοιχα σχήματα και πίνακας της συσχέτισης μεταξύ του πυρηνικού και των κύριων θεμάτων.

Στο έκτο κεφάλαιο συζητούνται τα αποτελέσματα της μελέτης σε σχέση με άλλα θεωρητικά, ψυχολογικά και κοινωνικά πλαίσια, καθώς και άλλες μελέτες και πηγές, με έμφαση στα νέα θέματα τα οποία προέκυψαν αλλά και αντιπαράθεση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία.

Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται μια σύνοψη των ευρημάτων σε συμπεράσματα και σύνδεση τους με αποτελέσματα μέσω διαφόρων εισηγήσεων για παρεμβάσεις. Επίσης συζητούνται τα αποτελέσματα σε σχέση με εισηγήσεις για μελλοντική έρευνα και παρατίθενται οι περιορισμοί της μελέτης.

Τέλος, τεκμηριώνεται η Βιβλιογραφία η οποία χρησιμοποιήθηκε για να υποστηριχτεί η συγγραφή της παρούσας διατριβής. Στα παραρτήματα εμφανίζονται: α) η Φόρμα Συναίνεσης μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή στην έρευνα, β) η Γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου, γ) Επιστολή Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, δ) Επιστολή Έγκρισης Επιτροπής Επιστημονικής Επιτροπής Προώθησης Ερευνών Υπουργείου Υγείας, ε) Διαδικασία ροής των συμμετεχόντων, στ) τα κύρια χαρακτηριστικά των μελετών διερεύνησης της ανάρρωσης και ζ) παρατίθενται οι δημοσιεύσεις από τη παρούσα διατριβή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

1.1 ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ

Η θεμελιώδης αρχή της παροχής φροντίδας στην ψυχική υγεία είναι η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ πάσχοντα και επαγγελματία υγείας (Peplau 1952 cited in Stockman 2005; Watson 1988). Στο πλαίσιο αυτό, η παροχή φροντίδας προϋποθέτει την ολιστική κατανόηση του ατόμου, καθώς, επίσης, και των ανησυχιών και αντιλήψεων του (Rogers 1959). Η κατανόηση των ψυχικά πασχόντων τις περισσότερες φορές είναι δύσκολο να επιτευχθεί από τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα οι πάσχοντες πολλές φορές να μην δείχνουν εμπιστοσύνη προς αυτούς, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, όπως επίσης, και προς το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, γενικότερα (Shattell 2007). Επομένως, η σε βάθος κατανόηση του ιδιαίτερου βιώματος της ψυχικής νόσου από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ΕΨΥ), ενδεχομένως να προάγει την ικανότητά τους για εκδήλωση ενσυναίσθησης, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης (Barker & Buchanan-Barker 2011; Barkham 2002; Davies 2014; Hewitt & Coffey 2005; Kieft et al. 2014; Määttä 2006; McCabe 2004; Yu & Kirk 2008). Περαιτέρω, αναμένεται πως η ενδυνάμωση της ενσυναισθησιακής ικανότητας των ΕΨΥ θα συμβάλλει στην ενίσχυση της δέσμευσης των ψυχικά πασχόντων στη θεραπευτική διαδικασία και κατ'έκταση στη βελτίωση της κλινικής πορείας τους (Allen et al. 2003; Day et al. 2005; Deegan & Drake 2006; Happell et al. 2004; Kopelowicz & Liberman 2003; Malins et al. 2006; Mueser et al. 2002).

Αναφορικά με το ζήτημα του βαθμού κατανόησης της εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων, προηγούμενες μελέτες είτε επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες πτυχές της ψυχικής νόσου (Baker et al. 2009; Green et al. 2003; Maurtiz & van Mejel 2009), είτε στην βιωμένη εμπειρία

των ακούσιων νοσηλειών κατά την οξεία φάση της νόσου (Williams 2008; Wood & Pistrang 2004). Επιπλέον, μεγάλος αριθμός μελετών επικεντρώνεται στην βιωμένη εμπειρία της διαδικασίας αποκατάστασης (Aston et al.2010; Dilks et al.2010; Jensen &Wadkins, 2007; Turton et al. 2011), καθώς και στους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιούν οι πάσχοντες με σκοπό να αντεπεξέλθουν στη νόσο (Green et al. 2003; Yangarber-Hicks 2004; Webb et al. 2011), ή ακόμα και στις στάσεις των πασχόντων σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή (Gale et al. 2012; Piat et al. 2009; Sajatovic & Jenkins 2007).

Επιπλέον, υπάρχουν μελέτες οι οποίες αναφέρονται στη σχέση μεταξύ των ψυχικά πασχόντων και των επαγγελματιών υγείας (Borg & Krinstiansen 2004; Cleary et al. 2012; Gahnström-Strandqvist et al. 2004; Mcloughen & O'Brien 2011; Schroeder 2013) .

Επίσης, αν και υπάρχει πλήθος ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση των αναγκών των ψυχικά πασχόντων, όπως αυτές αξιολογούνται από τους επαγγελματίες υγείας (Fontaine 2008; Kneisl et al.2006; Maddocks et al. 2010), ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο γίνονται οι αντιληπτές οι ανάγκες αυτές από τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες δεν είναι γνωστός σε βάθος. Γενικά, αφανείς παραμένουν και οι ιδιαίτερες διαστάσεις της εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς τις περισσότερες φορές, οι μελέτες εστιάζονται στην ποσοτική αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες αυτές (Henderson 2003). Επίσης, δεν έχει διευκρινιστεί μέχρι σήμερα ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι ψυχικά πάσχοντες τη φροντίδα σε ολιστικό επίπεδο, καθώς και σε σχέση με τους νοσηλευτές.

Επιπλέον, πληθώρα θεωρητικών ερμηνειών σχετικά με την ψυχική ασθένεια έχουν δοθεί κατά καιρούς. Πριν από μερικές δεκαετίες, μερικές από αυτές περιλάμβαναν την κατοχή πνευμάτων ή την οργή των Θεών (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007). Τέτοιες αντιλήψεις, έχουν οδηγήσει στον στιγματισμό και την απομόνωση ατόμων με ψυχικές νόσους (Thompson 2007). Αντίθετα, τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη νευρο-βιολογική βάση των ψυχικών διαταραχών (Charney et al. 2013; Thompson 2007). Το γεγονός αυτό, έχει αποτελέσει τη βάση για την εφαρμογή της φαρμακευτικής μεθόδου για τη θεραπεία των προβλημάτων ψυχικής υγείας (World Health Organization 2009). Ωστόσο, η πλειοψηφία αυτών εξακολουθεί να μην λαμβάνει υπόψη τη βιωμένη εμπειρία των ψυχικά πασχόντων (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007). Επιπλέον, οι μέθοδοι θεραπείας των ψυχικών

διαταραχών δεν έχουν αναπτυχθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ψυχικά πασχόντων (Barker Buchanan Barker 2011; Jacobson 2001; Warne & Andrew 2010). Συνεπώς, θέματα που συνδέονται με την ποιότητα ζωής, καθώς και την ορθή εφαρμογή της θεραπείας, παραμένουν επίκαιρα και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης (Corring & Cook 2007; Fleck et al. 2005; Gale et al. 2012; Gee et al. 2003; Haddad et al. 2014; Manwani et al. 2007; Piat et al. 2009).

1.2 ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Εκτός, όμως, από το διεθνή χώρο, περιορισμένα παραμένουν τα δεδομένα και για τον Ελλαδικό και Κυπριακό χώρο. Συγκεκριμένα, υπάρχουν μελέτες οι οποίες αναφέρονται είτε γενικά στην έννοια της φροντίδας (Παπασταύρου και συν. 2010), είτε αφορούν σε συγκεκριμένες πτυχές της ψυχικής νόσου, όπως στις κοινωνικές επιπτώσεις είτε περιορίζονται στις στάσεις και στις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας ή του γενικού πληθυσμού (Panayiotopoulos & Kerfoot 2013).

Συνολικά, οι προηγούμενες μελέτες σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία της σοβαρής ψυχικής νόσου, αν και περιγράφουν ποικίλες εμπειρίες, ωστόσο πηγάζουν από συγκεκριμένες κουλτούρες και συστήματα υγείας. Επομένως, δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσον οι εμπειρίες αυτές διαφοροποιούνται από εκείνες των Κυπρίων πασχόντων, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν προηγούμενα σχετικά δεδομένα. Μέσα από αυτή την μελέτη αποσκοπούμε να φτάσουμε στον πυρήνα των εμπειριών και να κατανοήσουμε το φαινόμενο στην ουσία του.

Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας της Κύπρου (2010), ως κεντρικό σημείο της πολιτικής των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας είναι η μετάθεση του βάρους των υπηρεσιών από το Νοσοκομείο Αθαλάσσας, το οποίο αποτελεί το ψυχιατρικό νοσοκομείο της Κύπρου, στη κοινότητα, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Ήδη, το 2010 σημειώθηκε σοβαρή μείωση του αριθμού των πασχόντων, οι οποίοι νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας, εφόσον αυτοί οι πάσχοντες μεταφέρθηκαν σε Κοινοτικές δομές. Επομένως θεωρήθηκε ενδιαφέρον να διερευνηθεί στο πλαίσιο της μελέτης αυτής, κατά πόσο έχει τροποποιηθεί η εμπειρία των ψυχικά πασχόντων σχετικά με τη νόσο

τους, δεδομένης της αλλαγής του τύπου και του αριθμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΥΨΥ), σε επίπεδο επιπτώσεων από τη νόσο, προσαρμογής σχετικά με τους περιορισμούς από τη νόσο, αλλά και της σχέσης τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Ειδικότερα, τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας στοχεύουν στην πρόληψη και αποφυγή της χρονιότητας της νόσου με όλα τα επακόλουθα της. Επιπλέον, σε μια προσπάθεια οι υπηρεσίες να είναι σε αρμονία με τις κατευθυντήριες συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γίνεται εδώ και καιρό μια προσπάθεια αλλαγής του τρόπου θεραπευτικής προσέγγισης, η οποία προαπαιτεί την κατανόηση των ιδιαίτερων ανησυχιών του πάσχοντα, με βάση το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο. Επομένως, το δεδομένο αυτό καθιστά έναν επιπλέον λόγο που αιτιολογεί την αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης, δεδομένου ότι η παρούσα μελέτη διερευνά την βιωμένη εμπειρία των ψυχικά πασχόντων (Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Κύπρου 2010).

Επιπλέον, γίνεται μια προσπάθεια εκπαίδευσης του κοινού στα προβλήματα και στις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων, με απώτερο στόχο την καταπολέμηση της προκατάληψης για την ψυχική νόσο, αλλά και την προαγωγή ευρύτερων παρεμβάσεων περιορισμού του κοινωνικού στίγματος για την ψυχική νόσο. Επομένως δεδομένα σχετικά με τα ζητήματα αυτά θεωρείται να αποτελούν το στόχο μελετών, όπως της παρούσας (Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Κύπρου 2010).

Συνολικά, λαμβάνοντας υπόψη τις υφιστάμενες δομές στην Κύπρο αλλά και τους στόχους των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, η παρούσα μελέτη αναμένεται να συμβάλλει στην προαγωγή της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, εφόσον εστιάζεται στις ανάγκες των ιδίων των πασχόντων σε σχέση με την νόσο τους.

Στοιχεία τα οποία έχουν συλλεχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποδεικνύουν ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ των πόρων που διατίθενται στις Ευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με την ψυχική νόσο και της οικονομικής επιβάρυνσης η οποία προκαλείται την ίδια στιγμή από τα προβλήματα της ψυχικής νόσου (World Health Organization 2001 cited in World Health Organization 2004).

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν εξαιρετικά δύσκολη τη διασφάλιση του γεγονότος ότι οι ταχέως μεταβαλλόμενες κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες Παγκόσμια υποστηρίζουν, αντί να απειλούν την ψυχική νόσο. Το γεγονός αυτό, βασίζεται μερικώς μόνο

στην έλλειψη σαφών εννοιών ή στην ύπαρξη επαρκών στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών προαγωγής της υγείας. Αυτό, σχετίζεται άμεσα με την έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σχετικά με τον ρόλο τους στην κοινωνία και των προσδοκιών της κοινωνίας από αυτούς. Στην περίπτωση της ψυχικής νόσου, αυτό σχετίζεται με την απροθυμία τους να συζητήσουν επαρκώς τα θέματα ψυχικής υγείας και την αδυναμία τους επομένως να αντιμετωπίσουν την περιπλοκότητα των αναγκών των ψυχικά πασχόντων (World Health Organization 2004).

Διάφοροι τύποι στοιχείων τεκμηριώνουν την αναγκαιότητα της βελτίωσης της ψυχικής νόσου σε συνάρτηση με τις προγραμματισμένες ή απρόβλεπτες αλλαγές στο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Παρά ταύτα, υπάρχει ικανοποιητική τεκμηρίωση για παρεμβάσεις προγραμμάτων και πολιτικής στρατηγικής οι οποίες συνοδεύονται από την αξιολόγηση της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων της εφαρμογής τους σε χώρες με χαμηλό ή υψηλό οικονομικό εισόδημα. Επίσης, επιτακτική θεωρείται η ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής των επιπτώσεων της ψυχικής νόσου σε συνάρτηση με τις κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές αλλαγές σε κάθε χώρα, με σκοπό την ανάπτυξη εξατομικευμένων στρατηγικών παρεμβάσεων ψυχικής υγείας σε κάθε χώρα (World Health Organization 2004).

1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων και νοημάτων των ψυχικά πασχόντων σχετικά με:

1. τη νόσο τους, συνολικά,
2. την προσωπική τους εικόνα στο πλαίσιο της νόσου τους,
3. τις κοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν, λόγω της νόσου τους,
4. την ποιότητα των διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας /επαγγελματίες υγείας

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1. ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ

Η φαινομενολογία, ως φιλοσοφική προσέγγιση, προέρχεται από τις λέξεις «φαινόμενο» και «λόγος», και σημαίνει επεξήγηση και κατανόηση της εμφάνισης των πραγμάτων και των γεγονότων που μας περιβάλλουν (Holloway & Wheeler 2010). Αρχικά, ο όρος αναπτύχθηκε από τον φιλόσοφο Ιμανουέλ Καντ, προκειμένου να περιγράψει τη φιλοσοφική προσέγγιση αναφορικά με το ερώτημα κατά πόσο μπορούμε ποτέ να έχουμε μια πλήρη και ολοκληρωμένη εικόνα για το πώς είναι τα πράγματα γύρω μας (Warburton 2012).

Ειδικότερα, ένα από τα βασικά φιλοσοφικά ερωτήματα του Ι. Καντ σε σχέση με τη φαινομενολογία ήταν η εικόνα και ο τρόπος αντίληψης της πραγματικότητας. Ειδικότερα, ο Καντ θεωρούσε ότι υπάρχουν δύο διαστάσεις του κόσμου, και συγκεκριμένα ο νοούμενος κόσμος και ο φαινομενικός κόσμος. Ο φαινομενικός κόσμος είναι ο κόσμος που γίνεται αντιληπτός και βιώνεται μέσω των σωματικών αισθήσεων, και αφορά αυτό το κομμάτι του κόσμου για τον οποίο μπορούμε να κατέχουμε πληροφορίες. Αυτό είναι και το κομμάτι του κόσμου που βιώνουν οι άνθρωποι και του οποίου κατέχουν την εμπειρία (Warburton 2012).

Αντίθετα, ο νοούμενος κόσμος αφορά ότι βρίσκεται πίσω από τα φαινόμενα, και συγκεκριμένα σε ένα βαθύτερο επίπεδο κατανόησης συγκριτικά με την εμπειρία, μέσω των σωματικών αισθήσεων (Warburton 2012).

Η αποκάλυψη αυτού του κόσμου, του νοούμενου κόσμου, συνιστά τον σκοπό των ερευνητών που χρησιμοποιούν την φαινομενολογική μέθοδο (Καρανικόλα και Παπαθανάσογλου 2015). Θα έλεγε κανείς ότι η ερμηνεία της εμπειρίας συνιστά για τον Καντ τον νοούμενο κόσμο, και την πρόκληση της αποκάλυψης της σύνθετης γνώσης (Πελεγρίνης 2011). Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Καντ, η συνθετική γνώση αφορά σε εκείνο το κομμάτι της νέας πληροφορίας που αποτελεί προϊόν εμπειρίας ή παρατήρησης, και το οποίο δεν συνίσταται σαν νόημα των λέξεων ή των συμβόλων που χρησιμοποιούνται. Για παράδειγμα, γνωρίζουμε ότι η ψυχική νόσος είναι μια νόσος που επιφέρει κοινωνικό στιγματισμό, αλλά μόνο επειδή τα άτομα την

έχουν βιώσει την περιγράφουν ως τέτοια. Δεν είναι αληθές εξ' ορισμού, και επομένως η πληροφορία αυτή δεν είναι μια αναλυτική γνώση, δηλαδή μία αληθής εξ'ορισμού πληροφορία. Οι αναλυτικές δηλώσεις είναι οι ορισμοί, και απλώς δηλώνουν αυτό που υποστηρίζεται βάσει του τρόπου που έχει οριστεί η έννοια. Για παράδειγμα, η δήλωση: «η ψυχική νόσος αφορά σε διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών» είναι μια αναλυτική πληροφορία. Ειδικότερα δε, προκειμένου να περιγράψει ο Καντ τη γνώση εκείνη που μας αποκαλύπτει την αλήθεια για τον κόσμο, η οποία συνιστά νέα πληροφορία, και την ίδια στιγμή δεν είναι προϊόν εμπειρίας, εισήγαγε την συνθετική «a priori γνώση», τον στόχο της οποίας αποτελεί η φαινομενολογική μεθοδολογία στην ποιοτική επιστημονική έρευνα (Καρανικόλα και Παπαθανάσογλου 2015).

Συνολικά, ο Καντ πρέσβευε ότι «μπορούμε με την δύναμη του ορθού λόγου να αποκαλύψουμε γνωρίσματα του νου, που χρωματίζουν όλη την εμπειρία μας» (Warburton 2012, σελ. 144), και με τον τρόπο αυτό να έχουμε πρόσβαση στο «νοούμενο» κομμάτι της πραγματικότητας, διερευνώντας τη συνειδητή επίγνωση μας για τον «φαινομενικό» κόσμο.

Οι έννοιες, τις οποίες χρησιμοποιούμε για να διαμορφώσουμε συγκεκριμένες σκέψεις για τον κόσμο και τα πράγματα που μας περιβάλλουν δεν είναι σταθερές ή ταυτόσημες με τα πράγματα αυτά καθ'αυτά. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει πραγματική έννοια της αλήθειας σύμφωνα με τον Καντ, για την οποία να είμαστε σίγουροι. Για μερικά πράγματα θα πρέπει να κάνουμε εικασίες και να τα λαμβάνουμε σύμφωνα με τον τρόπο που έχουν ήδη οριστεί (Berger & Luckman 1966).

Επομένως, ο Καντ διακρίνει την εσωτερική, στηριζόμενη στη νόηση σφαίρα, και την εξωτερική, την αντικειμενική και ανεξάρτητη από το μυαλό σφαίρα της πραγματικότητας (Warburton 2012).

Υποστηρίζει δε, ότι όλα αυτά που αντιλαμβανόμαστε με τις σωματικές αισθήσεις, δεν είναι τίποτε άλλο από διαβήματα ή εμφανίσεις. Καλεί αυτή την σφαίρα της αντίληψης, σφαίρα της διαίσθησης ή ευαισθησία. Τα αντικείμενα της αντίληψης (ή διαίσθησης, ή αίσθησης), ονομάζονται «φαινόμενα» (Πελεγρίνης 2011). Με τον όρο φαινόμενα ο Καντ περιγράφει και τη γνώση των γεγονότων, καθώς τα φαινόμενα αποτελούν τη βάση και τη γνώση της πραγματικότητας (Πελεγρίνης 2011).

Αυτή η θέση του Καντ είναι παρόμοια με την θέση των Locke και του Berkeley σχετικά με τις «ιδέες». Όμοια με τον Berkeley, ο Kant υποστηρίζει ότι τα φαινόμενα είναι ανεξάρτητα από το μυαλό. Εάν πάψουμε να υπάρχουμε, τα φαινόμενα θα έπαυαν επίσης να υπάρχουν (Πελεγρίνης 2011).

Σε αντίθεση με τα φαινόμενα, τα «νούμενα» αφορούν στα πράγματα καθ'αυτά στην ουσία τους. Για αυτά, όπως περιγράφει ο Καντ, δεν γνωρίζουμε τίποτα. Εάν μπορούσαμε να γνωρίσουμε τα νούμενα, θα γνωρίζαμε τα πράγματα «όπως είναι», ενώ το να γνωρίζει κανείς τα φαινόμενα συνεπάγεται να γνωρίζει τα πράγματα «όπως εμφανίζονται» (Πελεγρίνης 2011).

Περαιτέρω, ο Καντ διακρίνει μεταξύ αυτού που καλεί «Ιδεαλισμό», δηλαδή τη θέση ότι η ύπαρξη των εξωτερικών αντικειμένων είναι αμφίβολη, και του «Ρεαλισμού», της θέσης ότι η ύπαρξη των εξωτερικών αντικειμένων είναι βέβαιη (Πελεγρίνης 2011).

Βέβαια, οι ρίζες της φαινομενολογίας εντοπίζονται στον Πλάτωνα, στον Σωκράτη και στον Αριστοτέλη (Fochtman 2008). Ο Σωκράτης, ως πατέρας της φιλοσοφίας ήταν ο πρώτος που διαχώρισε τον «φαινομενικό», από τον «πραγματικό» κόσμο. Περαιτέρω, ο μαθητής του, ο Πλάτων, διατύπωσε ότι η φύση της πραγματικότητας αποκαλύπτεται μέσα από τη διάνοηση και όχι μέσω των σωματικών αισθήσεων (Warburton 2012). Για να περιγράψει τις θέσεις του αυτές, ο Πλάτων συνέγραψε την Πλατωνική θεωρία των Ιδεών (Δήμας 2000). Στην συνέχεια, όμως, ο Αριστοτέλης αμφισβήτησε τη θέση του Σωκράτη και του Πλάτωνα ότι ο κόσμος που βλέπουμε είναι μια θαμπή ανάκλιση της αληθινής πραγματικότητας και ότι η πραγματικότητα προσεγγίζεται μονάχα μέσω του φιλοσοφικού στοχασμού και της διάνοησης. Συγκεκριμένα, ο Αριστοτέλης θεωρούσε ότι για να κατανοήσουμε ένα φαινόμενο θα πρέπει να «κοιτάξουμε», να μελετήσουμε, τη βιωμένη μέσω των αισθήσεων εκδοχή του φαινομένου, και όχι την Ιδέα του φαινομένου. Ο Καντ, φαίνεται να ενσωμάτωσε στη θέση του τόσο την τοποθέτηση του Σωκράτη και του Πλάτωνα για το διαχωρισμό του φαινομενικού κόσμου, αλλά και την προσέγγιση του Αριστοτέλη για τη σπουδαιότητα της μελέτης της βιωμένης εμπειρίας των φαινομένων (Καρανικόλα και Παπαθανάσογλου 2015).

Συνολικά, η Φαινομενολογία αφορά στη θεωρία της γνώσης και στο επιστημολογικό ερώτημα «πώς γνωρίζουμε;», καθώς, επίσης, και στη σχέση μεταξύ του ατόμου που γνωρίζει εκ των έσω και του τι είναι εφικτό να μάθουμε σχετικά (McLeod 2001). Συνδέεται, επίσης, με το

οντολογικό ερώτημα «τι είναι η ύπαρξη;». Το οντολογικό αυτό ερώτημα διαπραγματεύεται τη φύση της πραγματικότητας και τη γνώση μας για αυτήν «πως είναι πραγματικά τα πράγματα».

Συνολικά, η Φαινομενολογία στοχεύει στη βαθύτερη κατανόηση της φύσης ή της σημασίας των καθημερινών βιωμάτων (Munhall 2012), και ως εκ τούτου θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η μελέτη των αποσταγμάτων της εμπειρίας, με σκοπό την κατανόηση της συνολικής εμπειρίας. Οι ευκαιρίες για ενόραση, ως δυνατότητα αντίληψης ενός βαθύτερου επιπέδου κατανόησης φέρνουν τον ερευνητή σε μια πιο άμεση επαφή με τον κόσμο. Επομένως, όταν η γλώσσα του βιώματος ξυπνά σε κάποιον για την σημασία της εμπειρίας, αυτός ή αυτή, αποκτά πληρέστερη κατανόηση για το τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος. Όσο πιο βαθιά κάποιος κατανοεί την ανθρώπινη εμπειρία, τόσο πιο ολοκληρωμένα και μοναδικά γίνεται άνθρωπος. Αυτά τα άτομα μαθαίνουν να παρατηρούν και να αποδίδουν νόημα στις διάφορες πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης. Φυσικά, όσο πιο συχνά ένα άτομο εμπλέκεται με τέτοια προσοχή σε τέτοια βιώματα και εμπειρίες περισσότερο θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τις λεπτομέρειες, καθώς και τις παγκόσμιες διαστάσεις της ζωής. Το συμπέρασμα είναι ότι τα «θεωρούμενα ως δεδομένα» φαινόμενα, εμπεριέχουν πιο πλούσιο νόημα, η αποκάλυψη του οποίου είναι ο στόχος της φαινομενολογικής έρευνας (Munhall 2012).

Ο σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι να καταλήξει ο ερευνητής σε μια βαθύτερη κατανόηση της φύσης του νοήματος της καθημερινής εμπειρίας μας. Αυτή η ενισχυμένη κατανόηση, τελικά, θα μας βοηθήσει να γίνουμε πιο ανθρώπινοι και να νοιαζόμαστε περισσότερο, όσο διερευνώντας τη συνειδητή επίγνωση μας και την ενσυναίσθηση μας (Munhall 1994).

Γενικότερα, η Φαινομενολογία έχει χαρακτηριστεί ως «η επιστήμη των παραδειγμάτων». Οι φαινομενολογικές περιγραφές συχνά αποτελούνται από παραδείγματα, τα οποία επιτρέπουν στους αναγνώστες «να δουν» το βαθύτερο νόημα ή τη δομή του βιώματος που περιγράφεται (Munhall 2012).

Σύμφωνα δε με τον VanManen (1990), αφορά σε “μια φιλοσοφία ή μια θεωρία του μοναδικού», διότι σε αντίθεση με την παραδοσιακή, πειραματική έρευνα, τα αποτελέσματα της φαινομενολογίας δεν είναι γενικεύσιμα (van Manen 1984, σελ. 37).

Περαιτέρω, η Φαινομενολογία εκτός από φιλοσοφική προσέγγιση είναι και ερευνητική μέθοδος (Holloway & Wheeler 2010). Σύμφωνα με τον van Manen (1990) στόχος της

φαινομενολογίας ως ερευνητικής μεθόδου βασισμένης στο αντίστοιχο φιλοσοφικό ρεύμα, είναι η προσπάθεια κατανόησης της ουσιαστικής φύσης μίας κατάστασης ή ενός φαινομένου, και ειδικότερα αυτών των διαστάσεων του, χωρίς τις οποίες αυτό το φαινόμενο δεν θα ήταν αυτό που είναι (ουσία του φαινομένου).

Υπάρχουν ποικίλες προσεγγίσεις στη Φαινομενολογία, μεταξύ των οποίων υπάρχουν κοινά σημεία, αλλά και ευδιάκριτες διαφορές. Οι τρεις βασικές προσεγγίσεις στη Φαινομενολογία είναι: α) η περιγραφική φαινομενολογία, με κύριο εκπρόσωπο τον θετικιστή Edmund Husserl (1859-1938), β) η Ερμηνευτική φαινομενολογία, με κύριο εκπρόσωπο τον Martin Heidegger (1889-1976), και γ) η υπαρξιστική φαινομενολογία, με κύριους εκφραστές τον μετά-θετικιστή Merleau Ponty (1908-1961) και τον Jean Paul Satre (1905-1980), αλλά και τον δομιστή Gadamer (Holloway&Wheeler 2010).

2.1.1. Περιγραφική φαινομενολογία

Η περιγραφική φαινομενολογία στοχεύει στην προσέγγιση του αληθινού νοήματος μέσω της εμπλοκής στην πραγματικότητα (Lopez & Willis 2004). Ο Husserl αποτιμούσε υψηλά την εμπειρία του φαινομένου, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από την ανθρώπινη συνείδηση, και η οποία πρέπει να αποτελεί αντικείμενο επιστημονικής μελέτης (Lopez & Willis 2004).

Στις επιστήμες υγείας, ο Jaspers (1963) αναφέρει ότι ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της περιγραφικής φαινομενολογίας είναι η συνειδητή αξιολόγηση της υποκειμενικής εμπειρίας. Ειδικότερα, σε σχέση με την παρατήρηση και κατηγοριοποίηση των παθολογικών ψυχικών διεργασιών και εσωτερικών εμπειριών και συμπεριφορών του πάσχοντος ατόμου, στόχος είναι η παρατήρηση και η κατανόηση του ψυχολογικού δρώμενου ή φαινομένου, με τρόπο που ο παρατηρητής να μπορεί να γνωρίσει πως βιώνεται η εμπειρία του πάσχοντα.

Με άλλα λόγια, η περιγραφική φαινομενολογία ασχολείται με την κατανόηση της αντίληψης της προσωπικής σημασίας της υποκειμενικής εμπειρίας του πάσχοντος ατόμου, και περιλαμβάνει την έννοια της ενσυναίσθησης, την ικανότητα επομένως του ερευνητή να κατανοεί την υποκειμενική εμπειρία. Η ερμηνεία περιλαμβάνει την εξωτερική παρατήρηση και την επεξεργασία αιτιολογικών συσχετίσεων με επιστημονικό τρόπο (Sims et al. 2007)

Περαιτέρω, η υποκειμενική εμπειρία στο πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας συνιστάται από δύο διακριτές διαστάσεις: α) τη μορφή, η οποία αφορά στη δομή βάσει φαινομενολογικών όρων και β) το περιεχόμενο, το οποίο αναφέρεται στο ψυχοκοινωνικό περιβαλλοντικό πλαίσιο,

μέσα στο οποίο ο πάσχων περιγράφει τη μορφή της εμπειρίας. Το περιεχόμενο καθορίζεται από τη φύση της ψυχικής νόσου και από τους αιτιολογικούς της παράγοντες. Εξαρτάται, επίσης, από την κουλτούρα και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει ο πάσχων. Συνολικά, η υποκειμενική εμπειρία της νόσου είναι καθοριστική για την κλινική πορεία και πρόγνωση της ψυχικής νόσου (Καϊτέ και Καρανικόλα 2015).

Κεντρικές έννοιες στην περιγραφική φαινομενολογία είναι ο βιοκόσμος «lifeworld», και η βιωμένη εμπειρία (lived experience), των ανθρώπων. Οι έννοιες αυτές επικεντρώνονται στις εμπειρίες των ανθρώπων, στις εξατομικευμένες καθημερινές εμπειρίες τους και σε συγκεκριμένα παραδείγματα των εμπειριών αυτών. Μετά την καταγραφή των εμπειριών, ακολουθεί η προβληματική και η ανάλυση των επιμέρους δομικών στοιχείων της εμπειρίας, και τελικά αναδύονται πιο γενικές ιδέες για το φαινόμενο. Οι ερευνητές, οι οποίοι χρησιμοποιούν περιγραφική φαινομενολογία στοχεύουν στην περιγραφή ουσιαστικών και καθολικών δομών εμπειριών, πρεσβεύουν, επίσης, την σπουδαιότητα της περιχαράκωσης (bracketing) και απομόνωσης των προϋπαρχουσών της επαφής με το υπό διερεύνηση φαινόμενο των σκέψεων και απόψεων του ερευνητή (Καρανικόλα και Παπαθανάσογλου 2007).

2.1.2. Ερμηνευτική Φαινομενολογία

Οι ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν την ερμηνευτική φαινομενολογία θεωρούν ότι οι προηγούμενες εμπειρίες του ερευνητή θα μπορούσαν να γίνουν πηγές γνώσης και να ευαισθητοποιήσουν τον ερευνητή στις έννοιες που παρουσιάζονται στις αφηγήσεις των εμπειριών των συμμετεχόντων. Αυτό το σημείο, μάλιστα, συνιστά μια βασική διαφορά με την φαινομενολογία του Husserl. Περαιτέρω, η Ερμηνευτική φαινομενολογία χρησιμοποιεί τον όρο «σύντηξη οριζόντων», ο οποίος έχει τις ρίζες του στην προσέγγιση του Gadamer για την υποκειμενικότητα. Συγκεκριμένα, αφορά στο σημείο της τομής μεταξύ των ερμηνειών των ερευνητών και των ιδεών/εμπειριών των συμμετεχόντων. Και οι δύο έχουν μεμονωμένες απόψεις σχετικά με κάποιο φαινόμενο, αλλά, επίσης, ζουν σε ένα κοινό κόσμο, με κοινές αντιλήψεις. Η ερμηνευτική φαινομενολογία καθώς έχει τις ρίζες της στη φιλοσοφία του Heidegger, υποδηλώνει ότι η ερμηνεία των βιωμάτων περιλαμβάνει, αρχικά, μέρος μόνο της βιωμένης εμπειρίας. Στη συνέχεια, η ανάλυση περιλαμβάνει ξανά το σύνολο της εμπειρίας απαρτίζοντας σπειροειδή διαδικασία, το τέλος της οποίας επιτυγχάνεται όταν ο ερευνητής έχει

αποκτήσει μια λογική κατανόηση για το νόημα των εμπειριών συνολικά (Holloway & Wheeler 2010).

2.1.3 Υπαρξιστική φαινομενολογία

Ο Jean Paul Satre (1905-1980), υπήρξε η κύρια μορφή της υπαρξιστικής φαινομενολογίας. Η ιδέα της «ύπαρξης» και της «ουσίας» αποτελούν βασικές έννοιες στην προσέγγιση του Satre. Συγκεκριμένα, ο Satre υποστηρίζει ότι η πραγματική συνείδηση του ατόμου προϋπάρχει της συμπεριφοράς του (ύπαρξη) και του χαρακτήρα του (ουσία) (Cohen 1987 στους Holloway & Wheeler 2010). Υπό αυτή την οπτική, η έρευνα θα πρέπει να επικεντρώνεται στις δομημένες σκέψεις και συμπεριφορές πριν από τις φανταστικές ή εξιδανικευμένες ποιότητες των αποσταγμάτων της εμπειρίας. Στο έργο του Satre εντοπίζεται, επίσης, ο όρος «της εκ προθέσεως». Ο όρος αναφέρεται στην αναγκαιότητα της συνείδησης να υπάρχει ως η συνειδητή επίγνωση κάποιου αντικειμένου ή γεγονότος, και όχι ως αποτέλεσμα αυτής καθαυτής (Holloway & Wheeler 2010).

2.1.4. Σχολές της Φαινομενολογίας

2.1.4.1 Duquense School

Η σχολή της Duquense βασίζεται στις ιδέες του Husserl σχετικά με την ιδεατή δομή των φαινομένων. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Giorgi (1985), η περιγραφή του φαινομένου, από τους Κοινωνικούς επιστήμονες θα πρέπει να γίνεται όπως ακριβώς παρουσιάζεται σε αυτούς, χωρίς να προστίθεται ή να αφαιρείται κάτι στην περιγραφή του. Η συμβολή του Giorgi (1985) στην προσέγγιση αυτή αφορά στο ότι αναγνώρισε ότι η περιγραφή δεν σταματά ποτέ (Giorgi 1985 στους Holloway & Wheeler 2010).

Η σχολή Dusquense επηρέασε κατά πολύ την ποιοτική έρευνα και ειδικότερα τη Νοσηλευτική Επιστήμη. Συγκεκριμένα, η σχολή Duquense του Πανεπιστημίου του Pittsburgh, η οποία απαρτιζόταν από ψυχολόγους, όπως οι Giorgi, Colaizzi και dvanKaam πρότειναν μια ερευνητική μέθοδο, η οποία περιελάμβανε κύρια την περιγραφή και την αναζήτηση των ουσιαστικών δομών των φαινομένων. Σκοπός ήταν η καθιέρωση ερευνητικών μεθόδων για την υπαρξιακή φαινομενολογική προσέγγιση, προκειμένου να καλυφθούν τα κενά του εμπειρισμού (Giorgi 2000). Γενικά, οι υποστηρικτές αυτής της σχολής, ανέπτυξαν περαιτέρω ποικίλες ερευνητικές μεθόδους, οι οποίες χρησιμοποιούν παρόμοια σειρά βημάτων.

Βάσει αυτών: α) οι αρχικές περιγραφές διαιρούνται σε επιμέρους ενότητες, β) οι επιμέρους ενότητες μετασχηματίζονται από τον ερευνητή σε νοήματα και εκφράζονται μέσω ψυχολογικών και φαινομενολογικών εννοιών και γ) οι μετασχηματισμοί συνδυάζονται με σκοπό τη δημιουργία μιας γενικής περιγραφής της εμπειρίας (Holloway & Wheeler, 2010).

2.1.4.2 Ολλανδική Σχολή της Ουτρέχτης

Η σχολή της Ουτρέχτης αποτελείτο από μια ομάδα φαινομενολογικά προσανατολισμένων ψυχολόγων, εκπαιδευτικών, παιδαγωγών, παιδιάτρων, κοινωνιολόγων, εγκληματολόγων, δικηγόρων, ψυχιάτρων και άλλων γιατρών. Παιδαγωγοί, όπως ο Van den Berg (1966, 1972), ο Beets (1952/75), ο Langeveld (1983), ο Linschoten(1987) και ο Buytendijk (1943), ενσωμάτωσαν τη φαινομενολογική μέθοδο στη γλώσσα και στις δομές των ειδικοτήτων τους. Μακριά από τεχνικά φιλοσοφικά ζητήματα, ο Max van Manen ενδιαφέρθηκε για τη φαινομενολογία ως κύρια ερευνητικής μεθόδου, αναστοχασμού. (van Manen 2007). Γενικότερα, οι διάφοροι εκπρόσωποι της σχολής της Ουτρέχτης ενδιαφέρθηκαν για την φαινομενολογία ως μέσο των επαγγελματικών τους κατευθύνσεων ή γενικότερα ως πρακτική της καθημερινής τους ζωής (van Manen 2007).

Ο Max van Manen υπήρξε ένθερμος αντιπρόσωπος της σχολής αυτής. Η φαινομενολογική μέθοδος, την οποία προτείνει, απαρτίζεται από ένα συνδυασμό περιγραφικής και ερμηνευτικής φαινομενολογίας (Cohen & Omery 1994). Ο van Manen χρησιμοποιεί τον όρο «περιγραφή» με σκοπό να συμπεριλάβει τόσο ερμηνευτικά στοιχεία όσο και περιγραφικά φαινομενολογικά στοιχεία, καθώς θεωρεί ότι η περιγραφή εμπεριέχει το στοιχείο της ερμηνείας εγγενώς (van Manen 1990). Όμοια με τον Heidegger, ο van Manen, δεν ενστερνίζεται την περιχαράκωση του ερευνητή καθώς, όπως υποστηρίζει, άμα ξεχάσουμε ότι «ξέρουμε», αυτό επανέρχεται στην περιγραφή του φαινομένου με λανθάνοντα τρόπο (van Manen 1990). Γενικότερα, αναφορικά με την περιχαράκωση των προσωπικών απόψεων του ερευνητή, ο van Manen (1990) υποστηρίζει ότι δεν είναι απαραίτητο να «περιχαράκωνουμε» τις πληροφορίες, αλλά οι ερευνητές έχουν την ευθύνη να καταστήσουν τη γνώση του φαινομένου ολοκληρωμένη και άμεση. Επομένως, η προηγούμενη γνώση και εμπειρία του ερευνητή με το φαινόμενο μπορεί να καταστεί χρήσιμη για την βαθύτερη αντίληψη του φαινομένου. Η φαινομενολογική μεθοδολογία κατά van Manen χρησιμοποιείται ευρέως σε

συνδυασμό με άλλες φαινομενολογικές μεθόδους στη σύγχρονη νοσηλευτική έρευνα (Holloway & Wheeler 2010).

2.2 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΚΟΠΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η επιλογή της φαινομενολογίας ως μεθοδολογικής προσέγγισης στην παρούσα μελέτη έγκειται στο γεγονός ότι στόχος της παρούσας μελέτης είναι η προσπάθεια να περιγραφεί και να κατανοηθεί σε βάθος η συνολική εμπειρία της σοβαρής ψυχικής νόσου, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας και της θεραπείας της όπως βιώνεται από τους ίδιους τους πάσχοντες (Draucker 1999; Geanellos 1998; Maggs-Rapport 2000; Moran 2000; Orbanic 1999; Wojnar & Swanson 2004).

Ειδικότερα, στόχος της παρούσας μελέτης είναι η προσπάθεια εντοπισμού ομοιοτήτων και διαφορών στην εμπειρία των ανθρώπων με Σοβαρή και Παγιωμένη Ψυχική Νόσο στην Κύπρο, και κατ'επέκταση καθολικών γνωρισμάτων του φαινομένου αυτού. Απώτερος σκοπός είναι η διεύρυνση της συνειδητής επίγνωσης αναφορικά με το βίωμα αυτό, στόχος ο οποίος συνάδει με τη θεωρητική, φιλοσοφική και μεθοδολογική προσέγγιση της φαινομενολογίας.

Συγκεκριμένα, η επιλογή της περιγραφικής φαινομενολογίας κατά van Manen (1990) στην παρούσα μελέτη, βασίζεται στο γεγονός ότι ο κύριος ερευνητής και οι συνερευνητές είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και επομένως θεωρήθηκε χρήσιμο να ενσωματωθεί η προηγούμενη εμπειρία τους με το φαινόμενο στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Wojnar & Swanson 2007).

2.3 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ CARL ROGERS ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΚΟΠΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σαφώς επηρεασμένος από τη φιλοσοφία της φαινομενολογίας και το κίνημα του ανθρωπισμού, ο Carl Rogers (1959) θεωρείται ο κύριος εκφραστής της θεωρητικής προσέγγισης της αυτοπραγμάτωσης, υποστηρίζοντας ότι το κύριο χαρακτηριστικό του ανθρώπου είναι η τάση του να εκπληρώνει τις ικανότητες του (Rogers 1959).

Αναφορικά με τη βιωμένη εμπειρία μιας κατάστασης σύμφωνα με τον C. Rogers (1959), και σε αρμονία με την φαινομενολογία, παρά την ύπαρξη μιας οποιασδήποτε αντικειμενικής πραγματικότητας, εκείνο που επηρεάζει τη συμπεριφορά ενός ατόμου δεν είναι κατ'ανάγκη αυτό που είναι αλήθεια, αλλά «αυτό που νομίζει το άτομο πως είναι αλήθεια» (Νέστορος & Βαλλιανάτου 1996, σελ. 280).

Κατ'αναλογία, το άτομο προσπαθεί να αντιληφθεί και να πραγματώσει τον εαυτό του σύμφωνα με την πραγματικότητα γύρω του. Υπό αυτό το πρίσμα, ο τρόπος που συμπεριφέρεται ο άνθρωπος σε θέματα υγείας και ασθένειας, ενδέχεται, επίσης, να επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη του και την πραγματικότητα. Κατ'επέκταση και ο τρόπος με τον οποίο θα αντιδράσει σε σχέση με τη θεραπεία σχετίζεται με τον τρόπο που ερμηνεύει την ασθένεια και τις μεθόδους θεραπείας.

Βάση των ανωτέρω διατυπώθηκε το βασικό ερώτημα της παρούσας μελέτης αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ψυχικά πάσχοντες νοσηματοδοτούν την νόσο και την θεραπεία της στην Κύπρο, δεδομένου ότι ήδη υπάρχουν σχετικές μελέτες οι οποίες όμως αναφέρονται σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα (Güner 2014; Gwinner et al. 2013; Ko et al. 2013; Kooij 2009; Mazor & Doron 2011; McCann & Clark 2004; Mizock et al. 2014; Noiseux & Ricard 2008; Nyström & Nyström 2007; Pollack & Aponte 2001; Palsusny 2000; Sanseeha et al. 2009; Shea 2009; Schön 2009).

Περαιτέρω, στην ίδια βάση της θεώρησης της υποκειμενικής αντίληψης της πραγματικότητας και της προσπάθειας αυτό-πραγμάτωσης του ατόμου δομήθηκε και το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης αναφορικά με τις κοινωνικές επιπτώσεις της ψυχικής νόσου. Συγκεκριμένα, εάν ληφθεί υπόψη το ότι το άτομο προσπαθεί να πραγματώσει τον εαυτό του σύμφωνα με την πραγματικότητα την οποία αντιλαμβάνεται, αναλογίζεται κανείς ότι η

πραγματικότητα των επιπτώσεων της ψυχικής νόσου, όπως αυτή βιώνεται από τους ίδιους τους πάσχοντες, θα πρέπει να αποκαλυφθεί από τους ίδιους προκειμένου να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζεται η συμπεριφορά του ψυχικά πάσχοντα από τη νόσο, και περαιτέρω να διαμορφωθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης δυσλειτουργικών στάσεων.

Περαιτέρω και σε συνέχεια της σχέσης της θεωρίας του Carl Rogers (1959) με τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης κανείς θα πρέπει να επισημάνει τη θέση του ότι η ανάπτυξη της προσωπικότητας και η αντίληψη της προσωπικής εικόνας επηρεάζεται από την κοινωνία, με την έννοια ότι η εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του επηρεάζεται καθοριστικά από τον βαθμό στον οποίο ενσωματώνει και αφομοιώνει τις αντιλήψεις των σημαντικών προσώπων του περιγύρου του. Επομένως, εύλογα ανακύπτει το ερώτημα της παρούσας μελέτης αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει η σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσος την αντίληψη των πασχόντων για την ατομική τους εικόνα. Δεδομένου ότι η επιρροή του κοινωνικού περιγύρου σε επίπεδο κοινωνικού στίγματος και ετικετοποίησης υφίσταται σε Παγκόσμια κλίμακα (Mc Daid 2008).

2.4 ΘΕΩΡΙΑ PEPLAU ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΚΟΠΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η Hidegard Peplau (1952), θεωρείται η κύρια θεωρητικός και «μητέρα» της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Η καίρια συμβολή της απορρέει από τον τομέα της φροντίδας των πασχόντων με χρόνιες παθήσεις, καταδεικνύοντας ότι η θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και πάσχοντα είναι σημαντική ως προς τη βελτίωση της κλινικής πορείας των πασχόντων (Hogan & Shattel 2007; Wheeler 2004). Η θεωρητική της προσέγγιση, η οποία αφορά στη Θεωρία των Διαπροσωπικών Σχέσεων, στηρίχτηκε πάνω στην θεωρία του Harry Stack Sullivan (1953). Συγκεκριμένα, η προσέγγιση της υποστηρίζει ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ πασχόντων και θεραπευτών είναι μεγάλης σημασίας στον τομέα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές πρέπει να προάγουν την αντίληψη ασφάλειας στη σχέση τους με τους πάσχοντες προκειμένου εκείνοι να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους (Peplau 1991).

Περαιτέρω, η Perlau (1952) τονίζει την σπουδαιότητα όχι μόνο της θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, αλλά και της ανάπτυξης της ικανότητας των νοσηλευτών να κατανοήσουν τη δική τους στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, προκειμένου να ενισχυθεί η αυτογνωσία τους και περαιτέρω η ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τους πάσχοντες να αντιληφθούν οι ίδιοι τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω της νόσου τους.

Στο πλαίσιο αυτό, η θεωρητική προσέγγιση της Perlau (1952) θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη αναφορικά με τον γενικότερο σκοπό της παρούσας μελέτης, δεδομένου ότι απώτερος στόχος της είναι η ενίσχυση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το βίωμα της Σοβαρής και παγιωμένης ψυχικής νόσου.

Περαιτέρω με βάση το δεδομένο κατά την Perlau (1952) ότι ο σκοπός της νοσηλευτικής έρευνας στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι η αποκαλύψη της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ψυχικά πασχόντων και των νοσηλευτών δομήθηκε το τρίτο ερώτημα της παρούσας μελέτης, το οποίο αφορά στην αποκάλυψη της εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων με τους θεραπευτές, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (Carlsson et al. 2000; Hellzen et al. 1995; Latvala & Jahonen 1997).

2.5 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Προκειμένου να διατυπωθούν τα παρόντα ερευνητικά ερωτήματα, διερευνήθηκαν οι προηγούμενες ποιοτικές μελέτες αναφορικά με το ζήτημα της βιωμένης εμπειρίας της ΣΠΨΝ, και επομένως πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η αναγκαιότητα αυτής, προήλθε από το γεγονός ότι προηγούμενες ανασκοπήσεις (Zolneriek 2011) είχαν συμπεριλάβει μόνο φαινομενολογικές μελέτες σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία από τη σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο, μη έχοντας συμπεριλάβει ποιοτικές μελέτες με άλλο σχεδιασμό αναφορικά με το θέμα αυτό. Επίπλεον, άλλες μετασυνθέσεις (Dundon 2006; Holt & Tickle, 2014), επικεντρώνονταν είτε στα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την εφηβική ηλικία είτε σε συγκεκριμένες πτυχές της εμπειρίας της ψυχικής ασθένειας (π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις) και όχι στην προσέγγιση της συνολικής εμπειρίας της ΣΠΨΝ.

2.5.1 Μέθοδος ανασκόπησης

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε μεταξύ Μαΐου και Ιουλίου 2014 στις βάσεις δεδομένων CINAHL, Medline, PubMed, PsychInfo και Psychology and Behavioral Science Collection, με λέξεις κλειδιά όπως “mental illness” ή “mental disorders” ή “mental health” ή “serious mental illness” ή “severe and persistent mental illness” ή “chronic mental illness” ή “schizophrenia” ή “schizoaffective” ή “bipolar” ή “depression” και “lived experience” ή “narrative” ή “self-stories” ή “life-history methods” ή “phenomenological hermeneutics” ή “autobiography” ή “ethnography” ή “interpretative phenomenological analysis” ή “subjective experience” ή “hermeneutic phenomenology” ή “in depth interview” ή “qualitative research” ή “focus groups” ή “grounded theory” ή “open ended” ή “narratives” ή “perception of illness” ή “illness experience” ή “experiences and expressions” και “service user” ή “client” ή “psychiatric consumer” ή “mental health consumer” και συνδυασμό αυτών.

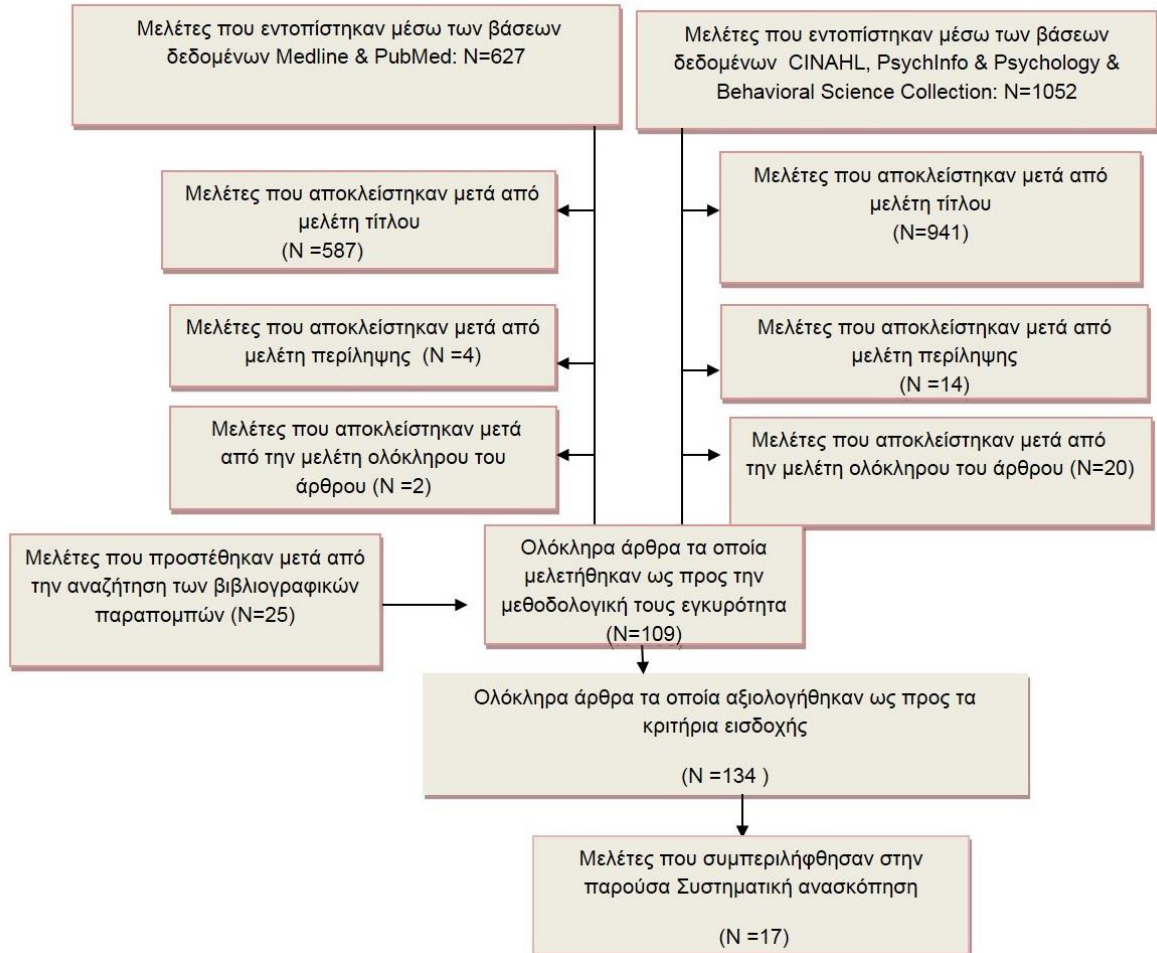
Κριτήρια εισδοχής ήταν: α) δημοσίευση i) κατά το χρονικό διάστημα 2000 και 2014, ii) στην Αγγλική γλώσσα, iii) σε περιοδικό με σύστημα κριτών, β) ακολουθούσε ποιοτικό σχεδιασμό με σκοπό την διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας από τη σοβαρή ψυχική νόσο, κυρίως τη διπολική νόσο ή τη ψύχωση και γ) τα στοιχεία της μελέτης αυτής θα έπρεπε να βασίζονται στην ανάλυση της εμπειρίας από το ίδιο το άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο.

Οι μελέτες οι οποίες απερρίφθησαν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση είχαν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Μελέτες περίπτωσης και μελέτες διερεύνησης συγκεκριμένων πτυχών της ΣΠΨΝ.
2. Μελέτες των οποίων το δείγμα περιορίστηκε μόνο σε άτομα που έπασχαν από άλλα είδη σοβαρής ψυχικής διαταραχής, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κατάχρηση ουσιών ή επιλόχεια κατάθλιψη, καθώς και μελέτες που επικεντρώνονται στις διαταραχές προσωπικότητας ή άλλες μορφές DSM II ψυχικών διαταραχών.
3. Μελέτες που ήταν μελέτες περίπτωσης ενός ατόμου, ή περιελάμβαναν την ιστορία ζωής ενός ατόμου.

4. Μελέτες των οποίων ο σκοπός ήταν η διερεύνηση συγκεκριμένων θεμάτων της εμπειρίας της ψυχικής διαταραχής όπως στίγμα, απώλεια ή θλίψη.
5. Μελέτες που χρησιμοποιούσαν την προοπτική της βιωμένης εμπειρίας της σοβαρής ψυχικής νόσου ενός δευτέρου προσώπου (π.χ. οικογένεια, επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή άλλους θεραπευτές).
6. Μελέτες των οποίων η αξιολόγηση δεν πληρούσε την μεθοδολογική επάρκεια και αξιοπιστία βάση του εργαλείου κριτικής αξιολόγησης CASP (n.d.).

Η διαδικασία της αναζήτησης φαίνεται στο διάγραμμα ροής (βλ. σχήμα 1).



Σχήμα 1: Διάγραμμα ροής Μελετών Διερεύνησης της εμπειρίας της Ψυχικής Νόσου

Από τις 1569 μελέτες, οι οποίες βρέθηκαν αρχικά βάσει των λέξεων κλειδιών που προαναφέρθηκαν, τελικά με βάση τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού, αλλά και την αξιολόγηση της ποιότητας της μεθοδολογίας αυτών, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν 17 ποιοτικές μελέτες (εικ.1).

2.5.2 Κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των υπό επιλογή μελετών με το εργαλείο CASP

Όλες οι μελέτες οι οποίες ελήφθησαν υπόψη για συμπερίληψη στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση αξιολογήθηκαν σε σχέση με την μεθοδολογική τους επάρκεια και αξιοπιστία με το εργαλείο κριτικής αξιολόγησης CASP (n.d.). Αυτό αποτελεί μια μορφή εργαλείου το οποίο αναπτύχθηκε, δοκιμάστηκε και προτάθηκε από το Εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Britten et al. 2002). Το εργαλείο CASP (n.d.), παρέχει την κατηγοριοποίηση ακαδημαϊκών άρθρων βάσει της μεθοδολογικής τους επάρκειας. Περιλαμβάνει 10 αντικείμενα, κάθε ένα από τα οποία υποδηλώνει μια ερώτηση μεθοδολογικού περιεχομένου. Τα πρώτα δύο αντικείμενα είναι ερωτήσεις διερεύνησης, και εφόσον απαντηθούν θετικά ο ερευνητής είναι σε θέση να προχωρήσει με τα υπόλοιπα οκτώ αντικείμενα, κατηγοριοποιώντας την μελέτη σε μία από τις δύο κατηγορίες ποιότητας. Οι ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν με «ναι», «όχι», ή «δεν μπορώ να απαντήσω».

Όπως αναφέρθηκε πιο πριν, σύμφωνα με τις απαντήσεις που δίνονται, τα ακαδημαϊκά άρθρα κατηγοριοποιούνται σε δύο κατηγορίες. Οι μελέτες οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία Α χαρακτηρίζονται από χαμηλού ρίσκου μεροληψία, δεδομένου ότι πληρούν 9 από τα 10 προτεινόμενα αντικείμενα. Η ανάθεση των μελετών στην Β κατηγορία σημαίνει ότι πληρούν μερικώς τα υιοθετούμενα κριτήρια, παρουσιάζοντας ενός μέτριου βαθμού μεροληψία. Οι μελέτες περίπτωσης και οι μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούν δείγμα ευκολίας, ανήκουν σε αυτή την κατηγορία.

Σύμφωνα με τα δέκα αντικείμενα του εργαλείου CASP (n.d.), όλες οι μελέτες στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση έχουν κατηγοριοποιηθεί στην κατηγορία Α. Συγκεκριμένα σε όλες τις μελέτες: α) ο σκοπός ήταν ξεκάθαρος, β) η ποιοτική μεθοδολογία ήταν η καταλληλότερη για το υπό μελέτη φαινόμενο, γ) ο μεθοδολογικός ποιοτικός σχεδιασμός ο οποίος εφαρμόστηκε ήταν ο καταλληλότερος σε σχέση με τους στόχους της μελέτης, δ) η μέθοδος στρατολόγησης ήταν η καταλληλότερη σχετικά με τους στόχους της μελέτης, ε) τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τρόπο ο οποίος εξασφάλιζε την απαιτούμενη κάλυψη του υπό-μελέτη

φαινομένου, στ) η σχέση μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων είχε ληφθεί επαρκώς υπόψη, ζ) τα ηθικά θέματα είχαν ληφθεί υπόψη, η) η ανάλυση των δεδομένων ήταν επαρκώς τεκμηριωμένη, θ) υπήρχε ξεκάθαρη αναφορά των αποτελεσμάτων και ι) η συνεισφορά και η εφαρμογή των ευρημάτων που προκύπτουν από την μελέτη, καθώς και οι περιορισμοί συζητιούνται επαρκώς. Δεν υπήρξε καμία διαφωνία μεταξύ των δύο ερευνητών σχετικά με το ποιες μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής, αλλά και τα κριτήρια του εργαλείου CASP.

2.5.3 Αποτελέσματα

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ενσωματώνει τα αποτελέσματα 17 μελετών, αναφορικά με 242 συμμετέχοντες, η πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες, ηλικίας 18-64 ετών. Οι συμπεριληφθείς μελέτες είχαν διεξαχθεί στις πιο κάτω χώρες: μία στην Νορβηγία, πέντε στη Σουηδία, δύο στην Αυστραλία, μία στην Βραζιλία και Χιλή, μία στην Ταϊλάνδη, μία στο Ηνωμένο Βασίλειο, τέσσερις στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, δύο στην Ταϊβάν και μία στην Τουρκία. Οι περισσότεροι από τους ερευνητές χρησιμοποιούν εις βάθος, ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ενώ μία βασίστηκε στις ερμηνείες φωτογραφιών και εικόνων που είχαν επιλεγεί από τους συμμετέχοντες, προκειμένου να παραθέσουν τι σημαίνει να ζει κανείς με χρόνια ψυχική νόσο (photo-voice⁵), και μια άλλη χρησιμοποίησε τον συνδυασμό διαφόρων μεθόδων συλλογής δεδομένων (ημερολόγια, πολλαπλές ατομικές συνεντεύξεις, σκίτσα και έργα τέχνης).

Σε πέντε μελέτες, οι συμμετέχοντες είχαν επιλεγθεί από ενδονοσοκομειακές δομές (πανεπιστήμια ή δημόσια νοσοκομεία), σε τρεις μελέτες από ένα μη-κυβερνητικό οργανισμό. Σε τέσσερις μελέτες, οι συμμετέχοντες είχαν επιλέξει τον τόπο διεξαγωγής της συνέντευξης (π.χ. σπίτι τους, καφετέριες, ήσυχο δωμάτιο κλπ.), σε μία μελέτη κατά την διάρκεια της μουσικοθεραπείας, σε δύο μελέτες από την κοινότητα, σε μία άλλη μελέτη μέσω διαφημιστικών φυλλαδίων και σε μια άλλη μελέτη μέσω μιας καλλιτεχνικής έκθεσης.

⁵ Η μέθοδος photovoice έχει χρησιμοποιηθεί στην μελέτη των Thompson et al. (2008). Η προαναφερόμενη μέθοδος αφορά μια μέθοδο η οποία ενσωματώνει τη φωτογραφία και την γραφή, λειτουργώντας ως ένα πολύτιμο μέσο για την καταγραφή των αφηγήσεων των ατόμων με ψυχική νόσο.

2.5.4 Ευρήματα Ανασκόπησης

Μια συμμετοχική, υπαρξιστική φαινομενολογική μελέτη διεξήχθη στη Νορβηγία από τους Borg & Davidson (2008) με σκοπό να διερευνηθούν το πώς βιώνεται η σοβαρή ψυχική νόσος (ΣΨΝ) μέσα στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής. Γι'αυτόν το σκοπό, οι ερευνητές διενήργησαν ανοικτού τύπου ερωτήσεις σε 13 άτομα με ΣΨΝ. Ο τόπος διεξαγωγής της συνέντευξης επιλέχθηκε από τους συμμετέχοντες και οι ερωτήσεις επικεντρώνονταν σε υπαρξιακά, κοινωνικά και υλικά θέματα της υγείας και της ασθένειας. Ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε «η προσπάθεια για αποκατάσταση και κανονικότητα». Τα επί μέρους κύρια θέματα, τα οποία εντοπίστηκαν αφορούσαν τη σπουδαιότητα: (α) του να έχει κάποιος μια φυσιολογική ζωή, το οποίο αφορούσε στο χρόνο που δαπανάται σε περιβάλλοντα, όπου αναμένεται από τα άτομα, καθώς και στην εμπλοκή σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως διατήρηση της καθαριότητας σπιτιού, η πληρωμή των λογαριασμών, και η εκπλήρωση των κοινωνικών και οικογενειακών και επαγγελματικών ρόλων, β) στο να κάνει κανείς κάτι συγκεκριμένο για να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας του, όπως η εύρεση πηγών ελπίδας και έμπνευσης παρά τους περιορισμούς, οι οποίοι απορρέουν από τη νόσο, γ) των χρήσιμων στρατηγικών για να γίνει η ζωή του πάσχοντα πιο εύκολη, όπως της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενός σταθερού εισοδήματος και ενός σπιτιού, αλλά και της ενασχόλησης με ευχάριστες δραστηριότητες με νόημα, δ) της αξίας σχετικά με το να είναι κάποιος δεκτικός προς τον εαυτό του και ε) το να είναι κανείς δεκτικός με τους άλλους, και να προσφέρει ευχάριστες δραστηριότητες στον εαυτό του.

Περαιτέρω, ο Güner (2014) διεξήγαγε μια μελέτη με σκοπό να διερευνήσει τις αντιλήψεις για τη νόσο ατόμων με σχιζοφρένεια. Τα κύρια θέματα τα οποία εντοπίστηκαν ήταν: 1) η σχιζοφρένεια ως μία πολύπλοκη νόσος η οποία προκαλεί αφόρητο πόνο και φόβο, 2) η σχιζοφρένεια ως μια μυστηριώδης νόσος, δεδομένου ότι οι πάσχοντες δεν κατανοούν τις ακριβείς αιτίες της και εικάζουν διάφορους λόγους (γενετική προδιάθεση, ανεπαρκής ντοπαμίνη, τραύματα στο κεφάλι και συνεπακόλουθες επιληπτικές κρίσεις, μοναξιά, θέλημα θεού, διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια, ακαδημαϊκή αποτυχία, και συνδυασμό αυτών των παραγόντων), 3) απώλεια της προ της νόσου ζωής, και της δυνατότητας συνέχισης αυτής, με αποτέλεσμα βιώματα οργής, 4) η αποκατάσταση από τη νόσο ως ένα δυναμικό ταξίδι μέσω υποστηρικτικών σχέσεων με την οικογένεια, α) αποδοχής της φαρμακοθεραπείας ως σημαντικής για την αποφυγή της υποτροπής, β) προσωπικής ευθύνης για ενασχόληση με

δραστηριότητες και ανάπτυξη ενδιαφερόντων, γ) της πνευματικότητας και ουσιαστικής σχέσης με τη θρησκεία αλλά και δ) των υποστηρικτικών σχέσεων με τους γιατρούς οι οποίοι θα μπορούσαν να εκπαιδεύσουν την οικογένεια και να ακούσουν τις ανησυχίες των συμμετεχόντων, 5) οι ανασταλτικοί παράγοντες για την αποκατάσταση (οικογενειακές στάσεις, στίγμα, φόβος στέρησης δικαιωμάτων, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, οικονομικά και ασφαλιστικά θέματα, 6) δυναμική της αποκατάστασης η οποία περιλαμβάνει αλλαγές στις αντιλήψεις για τη σχιζοφρένεια, αρχικά φόβος και στη συνέχεια οικειότητα και αποδοχή, 2) αποδοχή της νόσου και της λήψης φαρμακευτικής αγωγής, 3) απόδοση θετικού νοήματος στη νόσο, και σύνδεση της με θετικές εμπειρίες ζωής.

Οι Gwinner et al. (2013) διεξήγαγαν μια μελέτη με σκοπό να αναδείξουν την πολυπλοκότητα της σοβαρής ψυχικής νόσου και της αποκατάστασης της ως μιας ολοκληρωμένης ανθρώπινης εμπειρίας μέσα από τις αφηγήσεις πασχόντων καλλιτεχνών. Ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: « η αντίληψη της προσωπικότητας ως μιας οντότητας χωρίς περιορισμούς από την ψυχική ασθένεια». Ως κύρια θέματα αναφέρθηκαν τα εξής: α) η διαδικασία της αυτογνωσίας, πέρα από την ετικετοποίηση λόγω της νόσου, και η επικράτηση της ταυτότητας του καλλιτέχνη, ως μέσο αυτοπραγμάτωσης και αυτοσεβασμού, β) η αντίληψη του υποφέρειν εαυτού και η νόσος ως συμπλήρωμα του εαυτού, γ) η νοηματοδότηση της αποκατάστασης ως μιας διαδικασίας με διακυμάνσεις, δ) τα εμπλεκόμενα συστήματα τα οποία αφορούν στις κλινικές παρεμβάσεις και στην προσπάθεια για κανονικότητα και λειτουργικότητα, ε) η αποκατάσταση ως μια συνεχής πορεία και η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, στ) η πολυδιάστατη ταυτότητα, η οποία αφορά στην συνύπαρξη της ταυτότητας του ατόμου ως καλλιτέχνη ψυχικά πάσχοντα.

Περαιτέρω, σε μια άλλη μελέτη οι Hirschfield et al. (2005) διερεύνησαν τις εμπειρίες και τα νοήματα έξι αντρών με ψύχωση, από τη νόσο τους. Ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: η δυναμική των προσωπικών και διαπροσωπικών αλλαγών. Ως κύρια θέματα αναδείχθηκαν: α) η εμπειρία της ψύχωσης, η οποία περιελάμβανε τον αυτοκτονικό ιδεασμό και έντονα καταθλιπτικά συναισθήματα, καθώς επίσης ανασφάλεια και φόβο, β) η ανάπτυξη και η εφαρμογή μηχανισμών άμυνας, γ) οι προσωπικές και οι διαπροσωπικές αλλαγές, οι οποίες αφορούσαν σε βιώματα απώλειας, μοναξιάς και αποξένωσης από τον εαυτό και τους άλλους, δ) οι προσωπικές ερμηνείες σχετικά με την έναρξη της ψύχωσης κατά τις οποίες αναδύθηκαν: i) ο

ρόλος της προ της ψύχωσης ατομικής ταυτότητας, ii) οι στρεσογόνοι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονταν με την ποιότητα των σχέσεων με τις γυναίκες.

Σε μια άλλη μελέτη (Jöhnsson et al. 2008), με σκοπό τη διερεύνηση του νοήματος της βιωμένης εμπειρίας ΣΠΨΝ, ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: « η μετακίνηση εμπρός-πίσω προς την αποδοχή της νόσου». Τα κύρια θέματα τα οποία εντοπίστηκαν αφορούσαν: (α) στις αντιλήψεις σχετικά με τη νόσο, (β) στην διαδικασία αποδοχής της νόσου, (γ) στο βίωμα της ανασφάλειας για τον εαυτό, το οποίο πηγάζει από το φόβο της υποτροπής ή λόγω διακρίσεων, (δ) στην προσπάθεια κατανόησης των αιτιών και της πορείας της νόσου, (ε) στη διαχείριση της νόσου μέσα από την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η έκφραση των συναισθημάτων, η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και η θετική σκέψη και (στ) στην αντίληψη του μέλλοντος, είτε ως αβέβαιου λόγω των περιορισμών της νόσου, είτε ως ελπιδοφόρου βάσει των προσδοκιών των συμμετεχόντων να επανενσωματωθούν στην κοινωνία ως μέλη της.

Στη μελέτη των Ko et al. (2013), με σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων των ατόμων με ΣΠΨΝ στην Ταιβάν, ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η προσπάθεια για επανενσωμάτωση στην κοινωνία». Ως κύρια θέματα αναγνωρίστηκαν τα εξής: α) αντικατοπτρίζοντας την εμπειρία της νόσου, β) ζώντας με την εμπειρία της νόσου, γ) μαθαίνοντας για την εμπειρία της νόσου.

Η Kooij (2009) περιγράφει ως κύρια θέματα τα εξής: α) η χαμένη ταυτότητα έναντι της ταυτότητας στη φάση της αποκατάστασης, β) απώλεια ελέγχου συνολικά, γ) προσπάθεια για κοινωνική δέσμευση έναντι κοινωνικής απομόνωσης.

Σε μελέτη των McCann & Clark (2004), υπαρξιακή φαινομενολογική μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας νεαρών ατόμων με σχιζοφρένεια, ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η νόσος ως καταστροφική εμπειρία». Τα επιμέρους κύρια θέματα τα οποία αναδύθηκαν, αφορούσαν: α) στο δια του σώματος βιωμένο χρόνο, όπου η νόσος περιγράφηκε ως καταστροφική εμπειρία, β) στη διά του σώματος βιωμένη σχετικότητα, όπου η νόσος περιγράφηκε ως διάμεσο των κοινωνικών σχέσεων και γ) στη διά του σώματος βιωμένη θεραπεία, όπου επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής περιγράφηκαν ως απεχθείς.

Περαιτέρω, «η εμπειρία της καταπίεσης και της αδυναμίας» αναδύθηκε ως πυρηνικό θέμα σε μια υπαρξιακή, φαινομενολογική μελέτη στη Βραζιλία και στη Χιλή (Moreira & Coehlo

2003). Ως κύρια θέματα περιγράφηκαν τα εξής: (α) η εμπειρία της σχιζοφρένειας ως μια εμπειρία καταπίεσης και αδυναμίας, καθώς οι συμμετέχοντες βίωναν τον εαυτό τους ως συναισθηματικά και σωματικά αδύναμο, (β) το βίωμα του εγκλωβισμού στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, καθώς οι συμμετέχοντες βίωναν αμφιθυμία σχετικά με την έλλειψη ελευθερίας, γ) η συνεχής λήψη ισχυρής φαρμακευτικής αγωγής: αμφιθυμία σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής, δ) μοναξιά και υποφέρειν λόγω του στίγματος και της φύσης της ψυχικής νόσου, ε) η σχέση μεταξύ των ιδεών καταδίωξης και της κουλτούρας, όπου περιγράφηκε ως καθοριστικό το βίωμα της ψυχικής νόσου ως κατοχής από τα πνεύματα.

Σε μια ερμηνευτική φαινομενολογική μελέτη, των Nyström et al. (2002), βασισμένη στη θεώρηση του Gadamer, διερευνήθηκε η εμπειρία της ψύχωσης ατόμων που ζούσαν στην κοινότητα. Ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η αντίληψη της ανικανότητας για προσωπική και συναισθηματική ανάπτυξη». Τα ακόλουθα πέντε θέματα περιγράφηκαν από τους ερευνητές: α) απροθυμία για προσωπική ανάπτυξη και αλλαγή, β) βιώματα περιθωριοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και έλλειψη συναισθηματικής στήριξης, γ) ανεκπλήρωτες ψυχολογικές ανάγκες (ασφάλεια και θετική αυτοεκτίμηση), δ) μοναξιά, ε) δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις (Nyström et al. 2002).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον ήταν το πυρηνικό θέμα το οποίο αναδύθηκε στην μελέτη των Nyström & Nyström (2007) ως «η παράλυση». Περαιτέρω, τα κύρια θέματα, τα οποία περιγράφηκαν ήταν τα εξής: α) αποξένωση από τον εαυτό και τους άλλους, με συνοδή απώλεια της αντίληψης της ολότητας της ύπαρξης, β) δυσκολία των συμμετεχόντων να κατανοήσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης και να επικοινωνήσουν τον πόνο τους στους γύρω τους, γ) αίσθηση παράλυσης και απομόνωση και αποκλεισμός από την καθημερινή ζωή, δ) αίσθημα αφόρητου πόνου καθώς το άτομο περιγράφει να μην αντέχει ούτε ζωντανό ούτε νεκρό, ε) ένας αγώνας απέναντι στους διαρκείς περιορισμούς και στην τήρηση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, στ) αποξένωση από τον εαυτό και τους άλλους, καθώς οι συμμετέχοντες περιγράφουν ότι δεν ήταν σε θέση να είναι παρόντες στη ζωή των άλλων και να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις, βιώνοντας μια ζωή χωρίς νόημα, ζ) βιώματα εξευτελισμού, μίσους για τον εαυτό και χαμηλής αυτοεκτίμησης, η) ανάγκη να εξαφανιστεί κανείς με αξιοπρέπεια, χωρίς επιβάρυνση προς τους άλλους, αυτοκτονικός ιδεασμός λόγω της ενοχής ότι κανείς είναι βάρος για την οικογένεια (Nyström & Nyström 2007).

Η ανάλυση περιεχομένου στη μελέτη των Pollack & Aronte (2001), κατέδειξε ως πυρηνικό θέμα: την πάλη για αποδοχής της νόσου και ως κύρια θέματα τα εξής: (α) αντιμετωπίζοντας τη διάγνωση: ο χρόνιος αγώνας για την αναγνώριση και την αποδοχή της διπολικής διαταραχής, (β) η σημασία των προσωπικών μεταφορών: ο χρόνιος αγώνας για την ανάπτυξη των προσωπικών ερμηνειών, προκειμένου οι συμμετέχοντες να επεξηγήσουν τη νόσο τους, και η σχέση τους με τη διαδικασία αποδοχής της νόσου, γ) η επικράτηση του ιατρικού μοντέλου, η επικέντρωση της θεραπείας γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή.

Η σχιζοφρένεια «ως υπερφυσική εμπειρία» αναδύθηκε ως πυρηνικό θέμα σε μια άλλη μελέτη, στην Ταϊλάνδη από τους Sanseeha et al. (2009). Τα κύρια θέματα τα οποία εντοπίστηκαν ήταν: α) η αντίληψη των αιτιών της νόσου βάσει πολιτισμικών και πνευματικών πεποιθήσεων, β) βιώματα κοινωνικών διακρίσεων καθώς οι συμμετέχοντες βιώνουν απομόνωση, απόρριψη και δυσπιστία από την κοινωνία και γ) προσπάθεια αποδοχής της σχιζοφρένειας μέσω ανάπτυξης στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως εξάσκηση της θετικής σκέψης, διαλογισμό και προσευχή.

Η κατανόηση της αιτιολογίας της νόσου ως το «πιεσμένο μυαλό και η ψυχή», αναδύθηκε ως πυρηνικό θέμα στη μελέτη της Schön 2009. Η αιτιολογία της νόσου φαίνεται να διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών, εφόσον για τους άνδρες τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, τα οποία φαίνεται να εκλαμβάνονταν ως αιτίες της νόσου αποδίδονταν σε α) τραυματικά γεγονότα της παιδικής τους ηλικίας, όπως η έλλειψη αγάπης από τη μητέρα και ο χωρισμός από τον έναν εκ των δύο γονέων, β) η κληρονομικότητα και γ) η προσωπική ανασφάλεια. Σε αντίθεση, οι γυναίκες απέδιδαν τη νόσο κυρίως στην κληρονομικότητα και σε μια στρεσογόνο παιδική ηλικία. Παρ' όλους τους διαφορετικούς παράγοντες που περιγράφηκαν ως αιτιολογικοί, όποιοι και να ήταν αυτοί, γίνονταν αντιληπτοί ως ορόσημα της εμπειρίας του «υποφέρειν» για τους συμμετέχοντες. Επιπλέον, η νόσος περιγράφηκε από τους συμμετέχοντες ως «καταπίεση», με όρους σεξουαλικής βίας, φυσικής βίας ή καταπίεσης του εαυτού κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της ενήλικης ζωής. Διαφορές, επίσης, μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφορικά με τους παράγοντες που πυροδότησαν τη νόσο. Για τους άνδρες αναγνωρίστηκαν οι επαγγελματικές και οι οικονομικές ευθύνες, ενώ για τις γυναίκες η συναισθηματική πίεση. Αναφορικά με τη νοσηματοδότηση της νόσου σημειώθηκαν και εδώ διαφορές. Οι άνδρες περιέγραφαν τη νόσο «ως επίθεση», «ως εχθρό», «ως ευπάθεια» και «ως πλήρη έλλειψη υπεράσπισης ενάντια στα συναισθήματα», ενώ οι γυναίκες περιέγραφαν τη

νόσο «ως μέσο δημιουργικότητας», «οδυνηρή», αλλά επίσης και «ως απελευθέρωση και αιτία αναστοχασμού αναφορικά με το πώς πραγματικά είναι κάποιος». Η αντίληψη της προσωπικής ευθύνης περιγράφηκε από τους άνδρες σε σχέση με την ανάπτυξη της νόσου, ενώ οι γυναίκες περιέγραφαν έναν πιο παθητικό ρόλο, ως δέκτες των στρεσογόνων ερεθισμάτων στα οποία είχαν εκτεθεί. Τέλος, διαφορές περιγράφηκαν αναφορικά με τους στόχους της αποκατάστασης. Για τους άνδρες ως στόχος ήταν (α) η πρόληψη της υποτροπής και (β) ο έλεγχος των συμπτωμάτων, ενώ για τις γυναίκες ήταν οι ψυχοσωματικές προσαρμογές σε μια αντιληπτή διά βίου ευπάθεια (Schön 2009).

Μια μελέτη στις ΗΠΑ (Thompson et al. 2008), κατέδειξε ως πυρηνικό θέμα: «την αντίληψη των συμμετεχόντων ως παρεξηγημένων ατόμων και αόρατων». Ως κύρια θέματα αναδύθηκαν τα εξής: (α) η ανάγκη να γίνονται αντιληπτοί οι συμμετέχοντες ως άτομα και όχι μόνο ως ψυχικά πάσχοντες, β) η προσπάθεια των συμμετεχόντων να αποκτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους και να είναι ασφαλείς, γ) η συνεχής προσπάθεια για ανύψωση και επανάκτηση της αυτοεκτίμησης και δ) εφαρμογή διαφόρων δεξιοτήτων αντιμετώπισης, θετικών όπως του χιούμορ, ή αρνητικών όπως της απόσυρσης.

Μια επιπλέον μελέτη στις ΗΠΑ, από τον Ward (2011), με σκοπό τη διερεύνηση σχετικά με το πώς είναι να ζει κάποιος με διπολική διαταραχή και συνοδό χρήση ουσιών, ανέδειξε ως πυρηνικό θέμα: «την προσπάθεια να ξεφύγει κανείς». Κύρια θέματα ήταν τα εξής: (α) η ζωή είναι δύσκολη λόγω των αρνητικών επιπτώσεων της διπολικής διαταραχής (εγκλεισμός σε ψυχιατρείο, συναισθηματική αστάθεια, προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις), (β) το βίωμα των επιπτώσεων (απώλεια θέσεων εργασίας, σπιτιού, παιδιών και του σεβασμού των άλλων), (γ) προσπάθεια να ξεφύγει κανείς μέσω της αυτο-θεραπείας, (δ) πνευματική στήριξη ως μηχανισμός αντιμετώπισης, (ε) ώθηση πέρα από τα όρια (σκέψεις αυτοκτονίας, λόγω του αφόρητου πόνου και των έντονων συναισθημάτων), (στ) το στίγμα της διάγνωσης και απόρριψη από την κοινωνία (Ward 2011).

Τέλος, σε μια ακόμη μελέτη στην Ταϊβάν (Wang 2012) ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η άρνηση της αρρώστιας». Ως κύρια θέματα αναδύθηκαν τα εξής: (α) οι ρόλοι και οι ταυτότητες των χρηστών υπηρεσιών υγείας, (β) οι αντιλήψεις για την ψυχική νόσο και (γ) οι προσωπικές εμπειρίες για το στίγμα (Wang 2012).

Τα κύρια χαρακτηριστικά των μελετών που ανασκοπήθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα 1 που ακολουθεί.

Πίνακας 1: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία
Borg & Davidson (2008)	Νορβηγία	Διερεύνηση του βιώματος της παγιωμένης ψυχικής νόσου στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής.	Υπαρξιακή φαινομενολογία και συμμετοχική έρευνα, 13 άτομα με ΣΨΝ και 5 άτομα ως ομάδα αναφοράς, ανοικτού τύπου ερωτήσεις.
Güner (2014)	Τουρκία	Διερεύνηση των αντιλήψεων των ατόμων με σχιζοφρένεια σχετικά με την νόσο τους.	Περιγραφική μελέτη διερεύνησης 9 άτομα με σχιζοφρένεια Ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση περιεχομένου.
Gwinner (2013)	Αυστραλία	Διερεύνηση της πολυπλοκότητας της νόσου και της αποκατάστασης.	Συμμετοχική μελέτη 8 καλλιτέχνες με ψυχική νόσο Ημερολόγια, πολλαπλές ατομικές συνεντεύξεις, παρατήρηση, σκίτσα τέχνης των συμμετεχόντων.
Jönsson et al. (2008)	ΗΠΑ	Διερεύνηση του νοήματος σχετικά με το πώς είναι να ζει κάποιος με διπολική διαταραχή.	Περιγραφική μεθοδολογία, 18 συμμετέχοντες, δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση περιεχομένου.
Hirschfeld et al. (2005)	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση των εμπειριών και των νοημάτων νεαρών ατόμων με ψύχωση.	Θεμελιωμένη θεωρία, 6 άνδρες με σχιζοφρένεια, ημι-δομημένες συνεντεύξεις.
Ko et al. (2013)	Ταϊβάν	Διερεύνηση των αντιλήψεων ατόμων με σχιζοφρένεια.	Ερμηνευτική φαινομενολογία 15 άτομα με

				σχιζοφρένια, ημερολόγια, συνεντεύξεις, παρατήρηση.
Kooij (2009)	Καναδάς	Διερεύνηση των τραγουδιών που γράφτηκαν από ενήλικες με ΣΨΝ κατά τη διάρκεια μουσικοθεραπείας.	των που	Ερμηνευτική Φαινομενολογία 3 άτομα με ΣΨΝ ανοικτού τύπου ερωτήσεις
McCann & Clark (2004)	Αυστραλία	Διερεύνηση του βιώματος των ατόμων με σχιζοφρένια .	με	Υπαρξιακή φαινομενολογία (Husserl και Merleau- Ponty), 9 άτομα με σχιζοφρένια, ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση Giorgi.
Moreira & Coelho (2003)	Βραζιλία και Χιλή	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων με σχιζοφρένια.	με	Υπαρξιακή φαινομενολογία (Merleau Ponty), 50 άτομα (20 στη Βραζιλία και 30 στη Χιλή), ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση Giorgi
Nyström & Nyström (2007)	Σουηδία	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας ατόμων με κατάθλιψη.	με	Περιγραφική Φαινομενολογία 10 Άτομα με Κατάθλιψη Μη δομημένες συνεντεύξεις Ανάλυση Giorgi
Nyström & Nyström (2002)	Σουηδία	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη.	που	Φαινομενολογία, 10 άτομα με κατάθλιψη, μη δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση Giorgi
Pollack & Aponte	ΗΠΑ	Διερεύνηση των αντιλήψεων ατόμων με	των με	Περιγραφική μεθοδολογία, 15 άτομα με διπολική διαταραχή, ημι-

(2001)		διπολική διαταραχή για την ασθένειά τους.	δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση περιεχομένου.
Sanseeha et al. (2009)	Ταϊλάνδη	Διερεύνηση σχετικά με το πώς τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους σε σχέση με την ασθένειά τους.	Ερμηνευτική φαινομενολογία (Heidegger), σε βάθος συνεντεύξεις και παρατήρηση, 18 άτομα.
Schön (2009)	Σουηδία	Διερεύνηση των διαφορών στην ερμηνεία της σοβαρής ψυχικής νόσου μεταξύ των ανδρών και των γυναικών και πώς αυτό το νόημα επηρεάζει την αποκατάστασή τους.	Θεμελιωμένη θεωρία, 30 άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο, σε βάθος συνεντεύξεις.
Thompson et al. (2008)	ΗΠΑ	Διερεύνηση του πώς βιώνει κάποιος τη χρόνια ψυχική νόσο.	Ποιοτική περιγραφική μεθοδολογία, 7 άτομα με χρόνια ψυχική νόσο. Συνεντεύξεις βασισμένες σε φωτογραφίες επιλογής των συμμετεχόντων, με σκοπό να αντικατοπτρίσουν τι σημαίνει να ζεις με χρόνια νόσο, ανάλυση περιεχομένου.
Ward (2011)	ΗΠΑ	Διερεύνηση του πώς είναι να ζει κάποιος με διπολική διαταραχή και συνοδό χρήση ουσιών.	Περιγραφική φαινομενολογία, 13 άτομα με διπολική διαταραχή, σε βάθος συνεντεύξεις, μέθοδος Colaizzi.
Wang (2011)	Ταϊβάν	Διερεύνηση της προσωπικής εμπειρίας και	Ποιοτική περιγραφική μεθοδολογία, 10 άτομα με σχιζοφρένεια διπολική

των απόψεων για τις ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή,
υπηρεσίες ψυχικής υγείας ημι-δομημένες συνεντεύξεις,
ατόμων με ψυχική ανάλυση περιεχομένου.
ασθένεια

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Το Εθνικό Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (National Institute of Mental Health 1987) κατηγοριοποιεί ως πάσχοντες από σοβαρή ψυχική νόσο, τα άτομα τα οποία φέρουν τα τρία παρακάτω κριτήρια: α) διάγνωση μη οργανικής ψύχωσης ή διαταραχή της προσωπικότητας, β) παρατεταμένη διάρκεια νόσου και ανάγκη για μακροπρόθεσμη θεραπεία, και γ) τουλάχιστον διετές ιστορικό ψυχικής νόσου ή θεραπείας και αναπηρία (επικίνδυνη ή ενοχλητική κοινωνική συμπεριφορά, μετρίου βαθμού ανικανότητα στην εργασία και στις υπόλοιπες δραστηριότητες, καθώς και ήπια αδυναμία εκπλήρωσης των βασικών αναγκών).

Περαιτέρω, σύμφωνα με τους Ruggieri et al. (2000) η σοβαρή μορφή ψυχικής νόσου συνοδεύεται από μείωση της λειτουργικότητας βάσει των εργαλείων Global Assessment of Functioning (GAF) (American Psychiatric Association 2000, σελ. 34), κάτω από το 50% και από αναλογία και από ανάγκη για χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεγαλύτερης των 2 χρόνων.

3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, ως πάσχοντες με παγιωμένη ψυχική νόσο θεωρήθηκαν άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, τα οποία χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της Κύπρου για χρονικό διάστημα λιγότερο των δύο ετών, λόγω του ότι είχαν διαγνωστεί κατά DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000), με κάποιο από τα παρακάτω ψυχικά νοσήματα: Α. Ψύχωση (Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή, Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή) και Β. Διαταραχή της Διάθεσης: (Καταθλιπτική μονοπολική Διαταραχή, Διπολική Διαταραχή τύπου Ι και τύπου ΙΙ. Παράλληλα τα άτομα αυτά βίωναν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση

στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας (Jöhnsson 1997; US Department of Health and Human Sciences 2007).

3.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στην προϊστορία, θεωρείτο ότι η ψυχική νόσος προερχόταν από υπερφυσικά μαγικά πνεύματα, τα οποία αναστάτωναν το μυαλό. Οι Σαμάνοι εκτελούσαν τελετουργικά ξόρκια και χρησιμοποιούσαν ψυχοτρόπα φάρμακα σε μια προσπάθεια να επικοινωνήσουν με ή να εξορκίσουν αυτά τα πνεύματα (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Αρχαιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι οι Νεολιθικοί άνθρωποι ανέπτυξαν μια πρωτόγονη μορφή χειρουργείου, πιθανότατα με την πρόθεση να θεραπεύσουν την ψυχική νόσο, κατά την οποία άνοιγαν μια οπή στο κρανίο, προφανώς για να ελευθερώσουν το κακό πνεύμα, το οποίο είχε παγιδευτεί μέσα στο κρανίο του πάσχοντα. Η χειρουργική αυτή πράξη ονομαζόταν «τρυπανισμός». Αποδεικτικά στοιχεία αυτής της πρακτικής βρίσκονται στα απολιθώματα ανθρώπινων κρανίων στην Νότια Αμερική και Ευρώπη, τα οποία χρονολογούνται από το 10.000 π.Χ. Το γεγονός ότι το οστό μεγάλωνε για να καλύψει την οπή σε ορισμένα κρανία, υποδεικνύει ότι οι πάσχοντες είχαν ένα εκπληκτικό ποσοστό επιβίωσης (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Από το 2000 π.Χ. στην Αρχαία Αίγυπτο, στις Ινδίες και στην Κίνα, οι ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζονταν με εξορκισμούς, φάρμακα, ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) και βελονισμό (Κίνα). Ειδικότερα, οι αρχαίοι Αιγύπτιοι πίστευαν ότι οι ψυχικές ασθένειες οφείλονταν στη μαγεία, αλλά λόγω της πίστης τους στη μεταθάνατο ζωή έδιναν και μια θρησκευτική διάσταση. Επίσης, διαχώριζαν την ψυχική από τη σωματική κατάσταση και απέδιδαν όλες τις νόσους σε φυσικά αίτια. Ειδικότερα, για τις ψυχικές διαταραχές πίστευαν ότι προκαλούνται από δυσλειτουργία της καρδιάς, ή οφείλονταν σε δαιμονική κατοχή, ή στην οργή των Θεών (Thompson 2007). Το μυαλό και η ψυχή ήταν από κοινού στο πολιτισμικό αυτό πλαίσιο σημαντικοί παράγοντες γενικής υγείας στην αρχαία Αίγυπτο, και ως εκ τούτου, στο πολιτισμικό αυτό πλαίσιο αναπτύχθηκε μια μαγικό-θρησκευτική ερμηνεία της ψυχικής νόσου, η οποία διατηρήθηκε για αρκετές χιλιάδες χρόνια επηρεάζοντας αρκετούς άλλους πολιτισμούς (Thompson 2007).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αρχαίοι Αιγύπτιοι, ήταν οι πρώτοι οι οποίοι εγκαθίδρυσαν ψυχιατρεία σε ναούς, και συνέγραψαν ψυχιατρικά κείμενα, ενώ και ο πρώτος γιατρός-ψυχίατρος έχει καταγραφεί στην αρχαία Αίγυπτο (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Ο Ιουδαϊκός πολιτισμός θεωρούσε ότι οι ψυχικές νόσοι ήταν σταλμένες από τον Θεό, όπως η ασθένεια του Σαούλ, η οποία μοιάζει με διπολική διαταραχή, αλλά και του Βαβυλώνας, ο οποίος φαντάζεται τον εαυτό του ως λύκο, κατάσταση η οποία εικάζεται ότι ήταν μια μορφή μελαγχολίας (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Οι αρχαίοι Έλληνες αντιλαμβάνονταν ότι η ψυχική νόσος οφειλόταν σε υπερφυσικά φαινόμενα. Ο Όμηρος (1200 π.Χ.) πίστευε ότι ο Θεός έπαιρνε το μυαλό του ψυχικά πάσχοντα και ότι δεν υπήρχε θεραπεία. Ο Αισχύλος (525-456 π.Χ.) αποδίδει την ψυχική νόσο σε δαιμονική κατοχή και πρότεινε τον εξορκισμό ως θεραπεία. Ο Σωκράτης (469-399 π.Χ.) πίστευε ότι είναι δώρο Θεού και ως εκ τούτου ευλογία η οποία δεν χρειαζόταν θεραπεία (Ahonen 2014).

Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) θεωρούσε ότι η ψυχική νόσος προέρχεται από την αλληλεπίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών, οι οποίοι ήταν το αίμα, η μαύρη χολή, η κίτρινη χολή και το φλέγμα και οι οποίοι αντιστοιχούσαν στις τέσσερις βασικές ιδιότητες της φύσης, και συγκεκριμένα στη θερμότητα, στο ψύχος, στην υγρασία και στη ξηρασία. Κατ'έπекταση και οι άνθρωποι κατατάσσονται σε τέσσερις ιδιοσυγκρασίες και ειδικότερα στον αιματώδη τύπο, τον χολερικό τύπο, τον μελαγχολικό τύπο και τον φλεγματικό τύπο. Μάλιστα, η μαύρη χολή θεωρείτο υπεύθυνη για την ψυχική ασθένεια, και για τον λόγο αυτό χορηγείτο κατάλληλο καθαρτικό προκειμένου να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά (Ahonen 2014).

Περαιτέρω, ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές (φρενίτιδες), ως «υστερία», «μανία», «μελαγχολία», «άνοια» και «παράνοια». Ο Πλάτωνας (428-348 π.Χ.) και ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) θεωρούν την κάθαρση ως βασικό τρόπο θεραπείας, με τον Πλάτωνα να τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης και τον Αριστοτέλη (384-322 π.Χ.) να τη θεωρεί ως φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη (Ahonen 2014).

Στους επόμενους αιώνες, ο Ασκληπιάδης από την Μ.Ασία διαχωρίζει τις ψευδαισθήσεις από τις παραισθήσεις, και ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των πασχόντων, προτείνοντας

θεραπεία μουσικής και διέγερση των πνευματικών ενδιαφερόντων των πασχόντων. Ο Γαληνός (130-200 μ.Χ.) διατυπώνει ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ του λογικού, του παράλογου και του ηδονιστικού τμήματος της ύπαρξης (Thompson 2007).

Περαιτέρω, οι Ρωμαίοι, δημιουργούν νόμους για τους ψυχοπαθείς, και επί Ιουστινιανού δημιουργούν τον θεσμό εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα, τα οποία ήταν κοινά για τους απόρους και για τους πάσχοντες (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Επίσης, δύο γιατροί της εποχής εκείνης, οι οποίοι ξεχώρισαν ήταν ο Αρεταίος της Καππαδοκίας (1^ο αιώνας μ.Χ.) ο οποίος διαχώρισε τους μελαγχολικούς, τους μανιακούς, παρανοϊκούς και απομονωμένους ασθενείς, και ο Sorano (2^ο αιώνα μ.Χ.) ο οποίος περιέγραψε τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και το stupor, ενώ παράλληλα εισήγαγε ανθρωπιστικές μεθόδους για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχασθενών (συμπάθεια, ησυχία, ψυχόδραμα, διάβασμα) (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Κατά τον Μεσαίωνα, συνεχίζει να υφίσταται η θεώρηση των αρχαίων Ελλήνων περί χυμών, ταυτόχρονα με προλήψεις, και φανατικές θρησκευτικές πεποιθήσεις. Μάλιστα, οι απόψεις σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της ψυχικής νόσου, οι οποίες έρχονταν σε αντίθεση με τις θέσεις της εκκλησίας θεωρούνταν αιρέσεις. Υπό το πρίσμα αυτό, η Ρωμαιοκαθολική Ιερά Εξέταση, ένα δικαστήριο που είχε συσταθεί στη Ρώμη από τον Πάπα Ιννοκέντιο III (1160-1216) με σκοπό να ανακρίνει και να τιμωρήσει τους καθ'υποψία αιρετικούς, διέταξε να καεί μέχρι θανάτου ο Pietro d' Abano (1250-1316) ο οποίος υπήρξε ένας Ιταλός φυσικός, φιλόσοφος και αστρολόγος της εποχής εκείνης και πίστευε ότι ένας καλός ιατρός θα πρέπει να είναι και φιλόσοφος, αλχημιστής αλλά και αστρολόγος με σκοπό να κατανοήσει όλες τις πτυχές της ιατρικής πρακτικής. Δίδασκε επίσης ότι η ανθρώπινη ύπαρξη, πρέπει να θεωρείται ως ένα ενιαίο στοιχείο σε ένα οργανικό εναρμονισμένο σύμπαν (Tsoucalas et al. 2010).

Ο Pietro d' Abano χρέωνε υπέρογκα ποσά για τις υπηρεσίες του και αυτό μαζί με τις ανορθόδοξες απόψεις του σχετικά με την ανθρώπινη ψυχή, οι προσπάθειες του να δώσει φυσικές εξηγήσεις για τα θαύματα και το ενδιαφέρον του για την αστρολογία τον οδήγησε στην Ιερά Εξέταση δύο φορές. Την πρώτη φορά αθωώθηκε, την δεύτερη φορά κρίθηκε ένοχος και κήκε μέχρι θανάτου (Tsoucala et al. 2010).

Η περίοδος του Μεσαίωνα (1350-1500) ήταν μια καταστροφική εποχή για τους ψυχικά πάσχοντες, οι οποίοι έγιναν θύματα διώξεων και είχαν κατηγορηθεί λόγω της νόσου τους για

ηθική αδυναμία, κατοχή από δαιμονικά πνεύματα ή ότι επιδίδονταν σε απαγορευμένες ενώσεις με το διάβολο, γεγονός που οδηγούσε στην αποτυχία της θεραπείας τους. Λόγω της ευρέως δεδομένης πεποίθησης για την μαγεία σε ολόκληρη την Ευρώπη, πολλά άτομα με ψυχική νόσο είχαν κατηγορηθεί ως μάγοι ή ότι είχαν καταληφθεί από δαίμονες. Η εκκλησία δε, έκανε λόγο μεταξύ ακούσιας και εκούσιας κατοχής, υποστηρίζοντας ότι η ακούσια κατοχή ήταν απόρροια της τιμωρίας των αμαρτιών τους και οι ιερείς χρησιμοποιούσαν εξορκισμούς, κατάρες και προσευχή καθώς και δέσιμο των χεριών για να διαλυθεί ο διάβολος. Η εκούσια κατοχή ήταν αντιληπτή ως το αποτέλεσμα μιας συνειδητής και εκούσιας συμφωνίας με το διάβολο με σκοπό το κέρδος, και τα άτομα τα οποία θεωρείτο ότι είχαν κάνει μια τέτοια «μαγική» συμφωνία απαγχονίστηκαν ή κάηκαν στην πυρά (Thompson 2007).

Ο 17^{ος} και ο 18^{ος} αιώνας χαρακτηρίζεται από κλινική αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων και από σοβαρές προσπάθειες ταξινόμησης των νόσων αυτών. Ωστόσο και την περίοδο αυτή, οι ψυχικά πάσχοντες θεωρούνταν υπάνθρωποι, και γι' αυτόν τον λόγο τους έδεναν, τους θεράπευαν με ανορθόδοξους τρόπους, όπως εναλλασσόμενα κρύα με ζεστά μπάνια ή αφαιμάξεις, ενώ τους εξέθεταν και σε κοινή θέα (Thompson 2007).

Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, ο Philippe Pinel (1745-1826) διαμορφώνει την ηθική θεραπεία, η οποία στοχεύει στην συναισθηματική, ψυχολογική και ταυτόχρονα ηθική διάσταση του πάσχοντος (ανθρωπιστική θεραπεία) (Million 2004).

Η ανθρωπιστική θεραπεία οδηγεί στη δημιουργία πολλών ασύλων στις Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ, τα οποία λόγω οικονομικών δυσκολιών και μεγάλου αριθμού πασχόντων μετατράπηκαν σε ιδρύματα εγκλεισμού (Thompson 2007).

Από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα μέχρι τα μέσα του 20^{ου}, ο Emil Kraepelin (1855-1926), κυριαρχεί για δύο δεκαετίες στη Γερμανία και στο εξωτερικό, ενώ στο βιβλίο του περιγράφει με σαφήνεια τη διάκριση μεταξύ της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης από την πρώιμη άνοια (dementia praecox), περιγραφή που αντιστοιχεί στην σχιζοφρένεια. επίσης καταγράφεται ότι οι πάσχοντες από πρώιμη άνοια είναι αθεράπευτοι (Kent 2003; Million 2004; Thompson 2007).

Το ψυχαναλυτικό κίνημα με ιδρυτή τον Sigmund Freud (1856-1939) αποτέλεσε τη μεγάλη επανάσταση της Ψυχιατρικής Επιστήμης. Ανάμεσα σε αυτούς που δέχθηκαν την επίδραση του

Freud στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και οι οποίοι αργότερα δημιούργησαν ξεχωριστές σχολές είναι οι Adler, Jung και Rank (Thompson 2007).

Άλλης ψυχαναλυτικής προσέγγισης επιστήμονες των πρώτων δεκαετιών του 20^{ου} αιώνα είναι ο Jean Charcot (1825-1893), ο Karl Jaspers (1883-1969), ο Eugen Bleuler (1857-1939) και ο Adolf Meyer (1866-1950) (Thompson 2007).

Ο 20^{ος} αιώνας έφερε σημαντικές εξελίξεις στην ψυχιατρική στην ψυχοθεραπεία, χειρουργικές επεμβάσεις, στην φαρμακολογία, στην απεικόνιση του εγκεφάλου και έρευνα στον τομέα της γενετικής και των περιβαλλοντικών επιρροών, κατακτήσεις που συνέβαλαν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων (Thompson 2007).

Βέβαια, η σημαντικότερη εξέλιξη που στηρίχθηκε και υλοποιήθηκε λόγω αυτών των επιτευγμάτων της επιστήμης, είναι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και κατ'επέκταση η αποϊδρυματοποίηση και ανάπτυξη κοινοτικών δομών. Το αποτέλεσμα της σε αρκετές χώρες ήταν να κλείσουν τα ψυχιατρικά άσυλα όπως στην Τεργέστη της Ιταλίας. Οι πρώτες οργανωμένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δημιουργούνται στην Μελβούρνη της Αυστραλίας, στο Santos και στο Rio Grande do Sol της Βραζιλίας, στη Λίλλη της Γαλλίας, στη Siauliai της Λιθουανίας, στην Αστούρια και τη Μαδρίτη της Ισπανίας, στο Λονδίνο και στο Μπίρμινγχαμ του Ηνωμένου Βασιλείου (World Health Organization 2003).

Συνολικά στον 21ο αιώνα έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις ως προς τη βελτίωση της φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Την ίδια στιγμή, πρόοδος των κοινωνικών επιστημών, μας βοηθά να κατανοήσουμε καλύτερα τις κοινωνικές αιτίες των ψυχικών διαταραχών, όπως της κατάθλιψης και του άγχους, της αναπτυξιακής προσέγγισης των προβλημάτων που οφείλονται σε δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία και συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές ενηλίκων, τα αποτελεσματικότερα ψυχοτρόπα φάρμακα και την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ως προς τη σταθεροποίηση ή ανάρρωση από ψυχικές διαταραχές (World Health Organization 2003).

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων και νοημάτων των ψυχικά πασχόντων σχετικά με:

1. τη νόσο τους, συνολικά,
2. την προσωπική τους εικόνα στο πλαίσιο της νόσου τους,
3. τις κοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν, λόγω της νόσου τους,
4. την ποιότητα των διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας /επαγγελματίες υγείας

4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος φαινομενολογικής έρευνας κατά Max van Manen (1984). Σύμφωνα με τον Max van Manen (1984) η φαινομενολογία είναι η μελέτη του βιωμένου κόσμου, όπως την βιώνουν αυτοί που την ζουν και όχι όπως την αντιλαμβάνεται εκ των έξω ο ερευνητής. Η Φαινομενολογία στοχεύει σε μια βαθύτερη κατανόηση της φύσης ή της σημασίας των καθημερινών βιωμάτων (Munhall 2012).

4.2.1. Εφαρμογή της Φαινομενολογικής μεθόδου van Manen στην παρούσα μελέτη

Η εφαρμογή της φαινομενολογικής μεθόδου κατά van Manen (1990) περιλαμβάνει δύο βασικές φάσεις. Η πρώτη αφορά στη στροφή προς τη φύση της βιωμένης εμπειρίας και η δεύτερη στην υπαρξιακή διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας του φαινομένου. Κάθε μία από αυτές έχει επιμέρους βήματα, τα οποία περιγράφονται παρακάτω.

4.2.1.1 Στροφή προς την φύση της βιωμένης εμπειρίας

Η βιωμένη εμπειρία είναι η εμπειρία η οποία εμφανίζεται στον βιοκόσμο του ατόμου πριν αυτός ονοματίσει την εμπειρία (van Manen 1990). Επομένως, προκειμένου κάποιος να κατανοήσει το νόημα της εμπειρίας, προαπαιτείται ο προσανατολισμός στο φαινόμενο.

4.2.1.2 Προσανατολισμός στο φαινόμενο

Το πρώτο βήμα κατά van Manen (1990) αφορά στην επιλογή συγκεκριμένου φαινομένου προς μελέτη. Στη συγκεκριμένη περίπτωση επιλέχθηκε η βιωμένη εμπειρία των ψυχικά πασχόντων στην Κύπρο από την νόσο τους. Είναι σημαντικό να θυμηθούμε ότι η φαινομενολογική έρευνα, στη φάση αυτή, οδηγείται από μία δέσμευση ως προς τη μελέτη του συγκεκριμένου φαινομένου και μια ιδιαίτερη αγωνία, σχετικά με την αποκάλυψη των ιδιαίτερων πτυχών του. Προϋποθέτει, επιπλέον, την ικανότητα της προσεκτικής παρακολούθησης και της βαθιάς αμφισβήτησης προκατασκευασμένων στερεοτύπων σχετικά με μία συγκεκριμένη πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης, της ΣΨΝ στην περίπτωση αυτή.

I. Διαμόρφωση φαινομενολογικών ερωτήσεων

Σε αυτό το στάδιο ο ερευνητής διαμορφώνει τη φαινομενολογική ερώτηση, ώστε αυτή να στοχεύει στο «βίωμα» του φαινομένου (van Manen 1990). Επομένως, η ερώτηση που υποβάλλεται στους συμμετέχοντες θα πρέπει να συνδέεται με τη ζωή και τις εμπειρίες τους. Με βάση τις προϋποθέσεις αυτές, η διερεύνηση της εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων στην Κύπρο από τη νόσο τους άρχισε από την προσεκτική περίσκεψη της ερώτησης, και συγκεκριμένα από την προσπάθεια να βιώσουν οι ίδιοι οι ερευνητές την ερώτηση. Καθοδηγούμενοι από την φαινομενολογία, οι ερευνητές δεν ορίζουν απλά την ερώτηση, αλλά συνεχώς επιστρέφουν στην ερώτηση ή στην ίδια την εμπειρία της ψυχικής νόσου, μέχρις ότου αποκτήσει κάθε ερευνητής την αίσθηση της φύσης του θέματος υπό μελέτη.

II. Αποκάλυψη και ανάλυση των πρώτων εμπειριών και γνώσεων, πρότερων αντιλήψεων των ερευνητών

Η ποιοτική έρευνα συνολικά, υπαγορεύει ότι ο ερευνητής θα πρέπει να αφήσει πίσω την σχέση του με το υπό μελέτη θέμα, και να απομονώσει τις δικές του εμπειρίες, γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με αυτό. Αντίθετα, όπως περιγράφηκε στο Κεφάλαιο 2, ο van Manen (1990) υποστηρίζει ότι δεν είναι δυνατή η ολιστική απομόνωση των πρότερων αντιλήψεων. Αντίθετα, αυτές θα πρέπει να αποτελέσουν υλικό που διευκολύνει την ενόραση και ερμηνεία του φαινομένου. Επομένως, παρατίθεται η εμπειρία της ερευνήτριας με το υπό μελέτη θέμα.

Η κύρια ερευνήτρια άρχισε να σκέφτεται για το βίωμα της ψυχικής νόσου αρκετά χρόνια πριν, από το προπτυχιακό επίπεδο και κατά την κλινική της άσκησης σε Θεραπευτήριο Ψυχικών παθήσεων, όπου ερχόταν σε επαφή με άτομα με ψυχική νόσο. Επίσης, κατά την

εργασία της στον κλινικό χώρο είχε έρθει σε επαφή με αρκετά άτομα από διαφορετικά περιβάλλοντα και διαφορετικές ψυχικές παθήσεις. Αυτές οι μνήμες κρατήθηκαν βαθιά χαραγμένες στο μυαλό της, καθώς και τα σχέδια που τις είχαν δωρίσει άτομα με ψυχικές παθήσεις, τα οποία και αντικατοπτρίζουν την βιωμένη τους εμπειρία.

Στη φαινομενολογία, ο ερευνητής είναι μέλος της διαδικασίας, εφόσον μια ποικιλία από γραπτές και προφορικές πληροφορίες συλλέγονται και γίνεται μέρος της διαδικασίας.

Ένα πρόβλημα με την φαινομενολογική έρευνα είναι η προδιάθεση μας να χρησιμοποιούμε εικασίες, υποθέσεις και επιστημονικές πληροφορίες για να ερμηνεύσουμε τη φύση του φαινομένου, προτού ακόμα έρθουμε σε επαφή με το φαινομενολογικό ερώτημα. Ο ερευνητής πρέπει να είναι σαφής σχετικά με τις υποθέσεις πριν και κατά τη διάρκεια της μελέτης, έτσι ώστε να μπορεί να τις περιχαρακώσει.

Στην παρούσα μελέτη, δεδομένου ότι η κύρια ερευνήτρια είχε προηγούμενη επαφή λόγω της ιδιότητας της με τη βιβλιογραφία αναφορικά με το υπό μελέτη θέμα, υπέθεσε πως οι πάσχοντες θα περιέγραφαν με λεπτομέρεια του πως βίωναν την περίοδο της οξείας φάσης και θα ονομάτιζαν την νόσο τους (π.χ. έχω Κατάθλιψη, έχω Σχιζοφρένεια, έχω Διπολική Διαταραχή). Για παράδειγμα, στην περίπτωση της ψύχωσης, η κύρια ερευνήτρια ανέμενε ότι θα αναφέρονταν με λεπτομέρεια στη σοβαρή διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος, της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς τους. Επιπλέον, ανέμενε ότι οι πάσχοντες θα αναφέρονταν στις επιπτώσεις αυτών των συμπτωμάτων και συγκεκριμένα στην ανικανότητα τους να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινής τους ζωής, ως ακριβώς και με ποιο τρόπο επιτύγχαναν να είναι λειτουργικοί με το να αποκρύπτουν τις παραληρητικές τους ιδέες.

Γενικότερα, η κύρια ερευνήτρια, θεώρησε πιθανό ότι λόγω της χρονιότητας της νόσου τους και του γεγονότος ότι είχαν επισκεφθεί διάφορους θεραπευτές, θα χρησιμοποιούσαν ακόμα και επιστημονικούς όρους για να περιγράψουν την κατάσταση τους π.χ. «είχα παραισθήσεις», «είχα ψευδαισθήσεις». Επιπλέον, θα περιέγραφαν: α) το πώς αισθάνονταν στην περίπτωση που αυτά τα ψυχωτικά συμπτώματα, για παράδειγμα οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, ήταν παρούσες και β) το πώς αντιδρούσαν ίσως για να τις ελέγξουν με λεπτομέρεια και χρησιμοποιώντας το πρώτο πρόσωπο κατά τις περιγραφές τους.

4.3. Υπαρξιακή Διερεύνηση

Η δεύτερη φάση της διαδικασίας, είναι η υπαρξιακή διερεύνηση. Αυτή η φάση αφορά κύρια στη συλλογή δεδομένων, το οποίο σύμφωνα με τον van Manen (1990) αποτελεί μέσο για εκπαιδευτική ανάπτυξη του ερευνητή.

«Όλες οι αναμνήσεις της εμπειρίας, οι περιγραφές της εμπειρίας, οι μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις σχετικά με την εμπειρία ή τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα σχετικά με την εμπειρία, αποτελούν όλα τον μετασχηματισμό αυτής της εμπειρίας.» (van Manen 1990, σελ. 54). Ο van Manen προτείνει τέσσερις πηγές για τη συλλογή δεδομένων, οι οποίες παρατίθενται παρακάτω.

4.3.1 Εφαρμογή της υπαρξιακής διερεύνησης

4.3.1.1 Η προσωπική εμπειρία ως σημείο έναρξης

Το πρώτο βήμα στη συλλογή δεδομένων αφορούσε στην καταγραφή από την κύρια ερευνήτρια του αναστοχασμού της προσωπικής της εμπειρίας σχετικά με άτομα με ψυχική νόσο. Όσο συλλέγονταν δεδομένα από τους συμμετέχοντες, οι περιγραφές των βιωμάτων της ερευνήτριας συγκρίθηκαν προσεκτικά με τις περιγραφές των συμμετεχόντων.

Με τη συχνή αναθεώρηση των προσωπικών εμπειριών θεωρείται ότι θα είναι λιγότερο πιθανό για τον ερευνητή να εισάγει τις δικές του προκαταλήψεις στις συνομιλίες με τους άλλους ή στην ανάλυση των δεδομένων.

4.3.1.2 Το βιοματικό πλαίσιο του ερευνητή

Κατά τις προπτυχιακές μου σπουδές είχα τη ευκαιρία να τοποθετηθώ σε Θεραπευτήριο Χρόνιων Ψυχικών Παθήσεων και ως εκ τούτου, ως εκπαιδευόμενη ψυχολόγος είχα επαφή με άτομα με παγιωμένη ψυχική νόσο. Στη νοσοκομειακή μονάδα στην οποία είχα τοποθετηθεί επικρατούσαν άσχημες συνθήκες. Ο κύριος λόγος γι' αυτό ήταν ότι οι συνθήκες, οι οποίες επικρατούσαν συνιστούσαν ανασταλτικούς παράγοντες για την ανάρρωση από οποιαδήποτε ψυχική νόσο. Επιπλέον, δεν φαινόταν να υφίσταται κανενός είδους θεραπευτική σχέση μεταξύ πασχόντων και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα οι πάσχοντες, ζούσαν σε κάτι κτίρια, τα οποία ήταν γεμάτα περιττώματα, περιτριγύριζαν στους χώρους καπνίζοντας αρειμανίως. Αρκετές φορές έβλεπα ανθρώπους να προσπαθούν στην περίπτωση που έρχονταν

να τους επισκεφτούν οι οικείοι τους, να φύγουν μαζί με τους. Άμεσα παρέμβαιναν τα μέλη του προσωπικού.

Οι πάσχοντες ήταν «φακελωμένοι» και ταμπελοποιημένοι ως «ψυχοπαθείς και επικίνδυνοι», τους οποίους και είχα οδηγίες από το προσωπικό να μην πλησιάζω πολύ εφόσον ήταν αρκετά επικίνδυνοι για μια μικρόσωμη κοπέλα σαν εμένα. Παρά ταύτα, εγώ είχα τότε ασχοληθεί με το θέμα της Σχιζοφρένειας στην πτυχιακή μου και ήθελα να αποκτήσω όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούσα για το θέμα. Γι'αυτό τον λόγο, προσπαθούσα να τους πλησιάσω, πράγμα το οποίο και έγινε με αποτέλεσμα ορισμένοι από αυτούς να μου χαρίσουν και τα σχέδια τους.

Μέχρι σήμερα, δεν είχα καμία άλλη ουσιαστική επαφή με νοσοκομειακές δομές φροντίδας ψυχικά πασχόντων συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου. Εντούτοις, κατά την μία και μοναδική μου επίσκεψη σε νοσοκομειακή δομή ξύπνησαν οι μνήμες από τον καιρό των προπτυχιακών μου σπουδών, καθότι οι κτηριακές εγκαταστάσεις ήταν ακατάλληλες για διαβίωση τόσων ανθρώπων και ειδικότερα ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το περιβάλλον ήταν μουντό και υπήρχαν περιορισμένες δυνατότητες για αποθεραπεία.

4.3.1.3 Μελέτες διερεύνησης της εμπειρίας της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο

Δεδομένου ότι η διαδικασία της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο συνιστά μια σημαντική φάση στην πορεία της υγείας-ψυχικής ασθένειας, θεωρήθηκε ότι η διερεύνηση των μελετών που εξετάζουν τη βιωμένη εμπειρία της ανάρρωσης από σοβαρή ψυχική νόσο θα παρείχε σημαντικά στοιχεία αναφορικά με την εμπειρία από τη σοβαρή ψυχική νόσο συνολικά. Για το σκοπό αυτό παρατίθεται πίνακας, ο οποίος περιλαμβάνει τις μελέτες αυτές, ο οποίος εμφανίζεται ως παράρτημα VII. Επισημαίνεται ότι για τον σκοπό αυτό, η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε τον Ιανουάριο του 2015. Συγκεκριμένα, ανατρέξαμε στις εξής βάσεις δεδομένων: Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL, Medline, PsychInfo και PubMed με τις εξής λέξεις κλειδιά: “recovery from severe mental illness” AND “qualitative studies”.

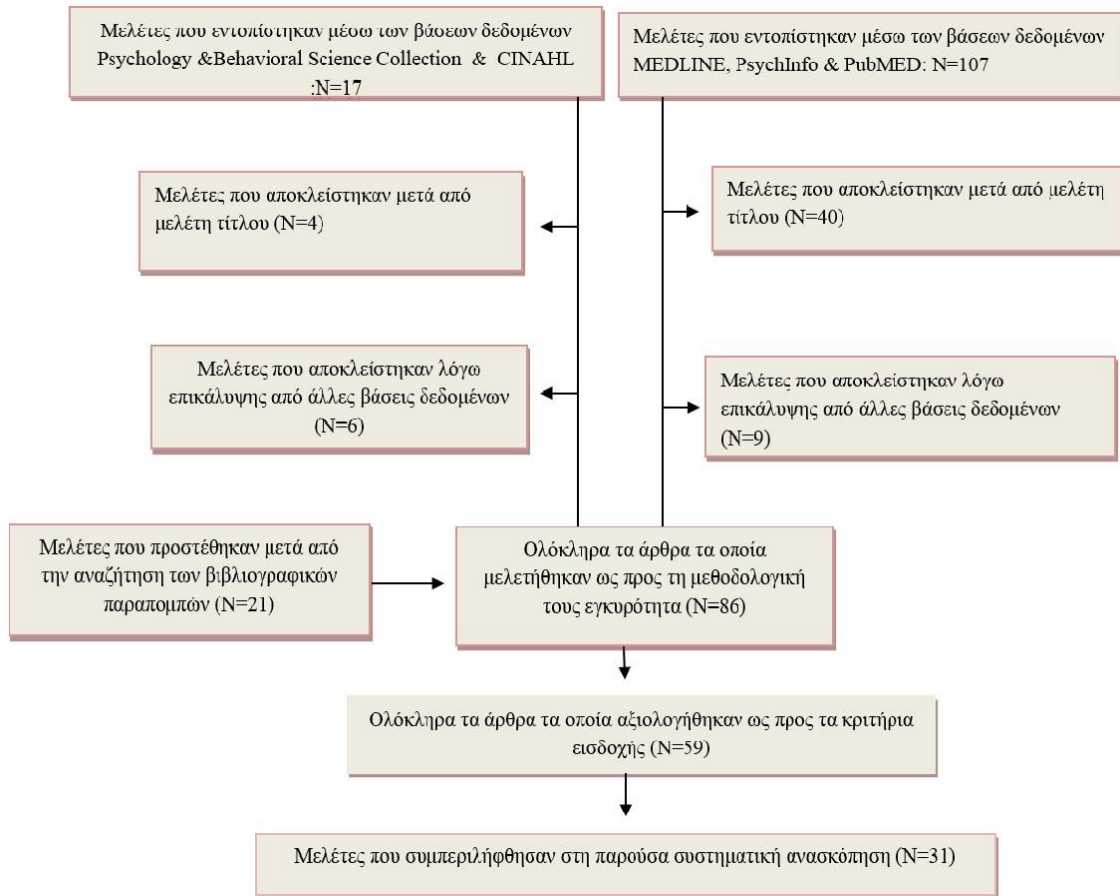
Κριτήρια εισδοχής ήταν: α) δημοσίευση i) κατά το χρονικό διάστημα 2000 και 2014, ii) στην Αγγλική γλώσσα, iii) σε περιοδικό με σύστημα κριτών, β) ακολουθούσε ποιοτικό σχεδιασμό με σκοπό την διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας από τη διαδικασία της ανάρρωσης, κυρίως

από διπολική διαταραχή ή ψύχωση και γ) τα στοιχεία της μελέτης αυτής θα έπρεπε να βασίζονται στην ανάλυση της εμπειρίας της διαδικασίας αυτής από το ίδιο το άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο.

Οι μελέτες οι οποίες απερρίφθησαν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση είχαν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Το δείγμα περιορίζετε μόνο σε: i) άτομα τα οποία είχαν διαγνωστεί με άλλου είδους ψυχική διαταραχή, όπως Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, επιλόχεια κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας ή άλλα είδη του άξονα II και ii) σε άστεγους.
2. Αφορούσαν την μελέτη περίπτωσης ενός ατόμου ή συμπεριελάμβαναν το life history ενός μόνο ατόμου λόγω των συγκεκριμένων περιορισμών που εγείρονται από τέτοιου είδους σχεδιασμούς όπως: α) το γεγονός ότι η οπτική του συγκεκριμένου φαινομένου είναι περιορισμένη και τα αποτελέσματα τα οποία πηγάζουν από αυτό τον σχεδιασμό δεν μπορούν να αναπαραχθούν, β) υπάρχει μεγαλύτερο ρίσκο εμφάνισης του σφάλματος του ερευνητή σε σύγκριση με άλλους τύπους ποιοτικών σχεδιασμών, εφόσον υπάρχουν περιορισμένες δυνατότητες για έλεγχο της ακρίβειας των αποτελεσμάτων.
3. Τα δεδομένα στηρίζονταν σε αφηγήσεις άλλων: π.χ. μελών της οικογένειας, επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή άλλους θεραπευτές.
4. Διατριβές λόγω της διαθεσιμότητας τους.

Η διαδικασία της αναζήτησης φαίνεται στο διάγραμμα ροής (βλ. σχήμα 2).



Σχήμα 2: Διάγραμμα ροής Μελετών διερεύνησης της εμπειρίας της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο

Από τις 124 μελέτες, οι οποίες βρέθηκαν αρχικά βάσει των λέξεων κλειδιών που προαναφέρθηκαν, τελικά με βάση τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού, αλλά και την αξιολόγηση της ποιότητας της μεθοδολογίας αυτών, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν 31 ποιοτικές μελέτες.

4.3.1.4 Αποτελέσματα

Η ανασκόπηση η οποία και αφορά την ανάρρωση ενσωματώνει τα αποτελέσματα 31 μελετών, αναφορικά με 657 συμμετέχοντες, η πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες, ηλικίας 25-74 ετών. Η χώρα διεξαγωγής, ο σκοπός, η μεθοδολογία και τα κύρια αποτελέσματα αναφέρονται στον πίνακα, οποίος βρίσκεται στο παράρτημα VII, και ως εκ τούτου δεν κρίνεται σκόπιμο να επεκταθούμε περαιτέρω στο παρόν κείμενο.

4.3.2 Ψάχνοντας Ιδιωματικές φράσεις σχετικά με την ψυχική νόσο

Πολύ συχνά προκαλεί έκπληξη το πόσο διδακτική είναι η γλώσσα, εάν εφιστήσουμε την προσοχή μας στις πιο κοινές εκφράσεις, οι οποίες συνδέονται με το υπό μελέτη φαινόμενο (Σαραντάκος 1997). Οι ιδιωματικές φράσεις, συνολικά, πηγάζουν από τη βιωμένη εμπειρία και αποτελούν μια σημαντική πηγή φαινομενολογικής ανάλυσης. Για παράδειγμα, λέμε «έγινε άλλος άνθρωπος» αναφερόμενοι στην ριζική μεταβολή (μόνιμη ή παροδική) του χαρακτήρα ή της συμπεριφοράς ενός ανθρώπου, τόσο προς το καλύτερο όσο και προς το χειρότερο, θέλοντας να περιγράψουμε ίσως τις διαφορετικές πτυχές του εαυτού στην νόσο (Σαραντάκος 1997). Επίσης, λέμε: «Του έστριψε η βίδα», εννοώντας ότι τρελάθηκε, παρομοιάζοντας τον εγκέφαλο με μηχανή που δεν δουλεύει καλά όταν μια βίδα είναι χαλαρή (Σαραντάκος 1997). Χρησιμοποιούμε όμοια τη φράση «Είναι για τα πανηγύρια», για έναν άνθρωπο ο οποίος παραλογίζεται. Η έκφραση αυτή, φαίνεται να πηγάζει από το γεγονός ότι στα πανηγύρια των παλιών χρόνων, την ημέρα της γιορτής κάποιου Αγίου, κουβαλούσαν ψυχοπαθείς για να γιατρευτούν (Σαραντάκος 1997). Περαιτέρω, θέλοντας να δώσουμε μεγαλύτερη έμφαση στην ένταση των συμπτωμάτων που παρουσιάζει κάποιος, και περιγράφοντας την ανάγκη εγκλεισμού κάποιου στο ψυχιατρικό νοσοκομείο λέμε: «Είναι για τα σίδερα», εννοώντας ότι είναι τρελός σε επικίνδυνο βαθμό, τόσο που πρέπει να τον αλυσοδέσουν (Σαραντάκος 1997). Θέλοντας, επίσης, να διαχωρίσουμε τους σώφρονες από τους παράφρονες λέμε: «Δεν τα έχει τετρακόσια» (Σαραντάκος 1997). Η λέξη «τετρακόσια» αφορά στα δράμια της οκάς. Επομένως, όταν κάποιος «δεν τα έχει τετρακόσια» σημαίνει ότι ο νους του είναι ελλιποβαρής (Σαραντάκος 1997).

Χαρακτηριστική είναι, επίσης, η φράση: «Χρωστάει της Μιχαλούς» η οποία σημαίνει ότι κάποιος τρελός και δεν είναι στα καλά του. Σύμφωνα με την πιο διαδεδομένη εκδοχή, η Μιχαλού ήταν μια γυναίκα, η οποία είχε πανδοχείο στο Ναύπλιο κατά τα πρώτα χρόνια του ελληνικού κράτους, και κατεδίωκε τόσο επίμονα και ανελέητα όσους της άφηναν βερεσέδια που στο τέλος τους τρέλαινε (Σαραντάκος 1997).

Επιπλέον, στην Κυπριακή διάλεκτο χρησιμοποιούνται και οι εξής ιδιωματικές φράσεις: «χάνει η παττίχα του», με σκοπό να περιγράψουν κάποιον ο οποίος δεν τα πάει καλά, δεν μιλά

λογικά, λέει παράλογα πράγματα. Η παττίχα σημαίνει το κεφάλι⁶. Επίσης, χρησιμοποιείται η φράση: «πελλανίσκω» και σημαίνει τρελαίνομαι.⁷

Μεταξύ άλλων χρησιμοποιούνται επίσης και οι εξής φράσεις: 1) «Τότε εκαταλάβαν την πως εν'φαλλαρισμένη», φαλλαρισμένος σημαίνει παραλαλισμένος, που τα 'χει χαμένα και πηγάζει από το ρήμα «φαλλάρω» που σημαίνει πλανώμαι, συγχύζομαι, ζαλίζομαι, χάνω τα λογικά μου, αντίστοιχη είναι η φράση «εφάλλαρεν ο νους μου», που σημαίνει «έχω χάσει τα λογικά μου» (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 504), 2) «Να πελλάνεις τζαι να φας τες φτείρες σου» ή «Να πελλάνεις τζαι να πκιάσεις τα μαύρα όρη» από το ρήμα πελλανίσκω που σημαίνει τρελαίνομαι (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 643), 3) «πελλός για δέσιμον» που σημαίνει τρελλός για δέσιμο: Όι γιε μου τούτος εν πελλός για δέσιμον (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 643), 4) «πελλάραν που 'σεις πάνω σου», (για κάποιον που ενοχλεί με ανοησίες) ή αντίστοιχα, «πελλάραν που σεις πάνω σου, δοξάζω σε Θεέ μου» (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 643), 5) «Πελλόν γαίμαν», που σημαίνει μολυσμένο αίμα, εφόσον είναι του τρελλού, αντίστοιχα η φράση «Να βκει το γαίμαν πελλόν, ν'αλλάξουμε την βάση μας», στ) «πελλόν όραμαν» που σημαίνει ανόητο όνειρο ή αντίστοιχα η φράση: «Πελλός εποτζοιμήθης, πελλόν όραμαν είδες», 6) «πελλόν τον σηκώνει, πελλόν τον καθίσκει», που χρησιμοποιείται για κάποιον που αποκαλούμε συνέχεια και παντού τρελλό ή αντίστοιχα η φράση: «Τζαι πελλόν τον σηκώνει, τζαι πελλόν τον καθίσκει» (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 643), 7) «Πελλός που σου πιστεύκει», η οποία χρησιμοποιείται για καθολικά αποδεκτές αλήθειες, ή αντίστοιχα η φράση: «Ε νεν καλή παραντζιελιά, πελλός που σου πιστεύκει (ή σε ρώτησε, ή σου μίλησε) (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 643), 8) «πελλογυρίζω » που σημαίνει τριγυρνά σαν τρελλός (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 352), 9) «Είσαι/είναι βιδάτος» που σημαίνει είσαι ανισόρροπος, εκκεντρικός (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 98), 10) «είσαι πελλολαωμένος», που σημαίνει είσαι τρελλός (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 352), 11) «πελλολόιν» που σημαίνει άθροισμα τρελλών (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 352), 12) «πελλόλοος» που σημαίνει μιλά με μη φρόνιμα λόγια (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 352), 12)

⁶ Οι ιδιωματικές φράσεις οι οποίες αφορούν την Κυπριακή διάλεκτο, σχετίζονται με ανεπίσημες αναφορές στην πιο κάτω ιστοσελίδα: <http://wikipriaka.com/cy/dict/11>

⁷ Η φράση αφορά στην Κυπριακή διάλεκτο και σχετίζεται σε ανεπίσημες αναφορές στην πιο κάτω ιστοσελίδα: <http://users.ntua.gr/ar97617/>

«είσαι πελλούτσα» που σημαίνει τρελλή, απερίσκεπτη (Γιαγκουλλής 2009, σελ. 352) και 13) «είναι πελλοφυσανέμης», που σημαίνει άστατος, επιπόλαιος.

Οι συγκεκριμένες ιδιωματικές φράσεις αντανακλούν το κοινωνικό στίγμα, το οποίο φέρουν οι ψυχικά πάσχοντες και τους χαρακτηρισμούς που τους προσδίδονται. (Σαραντάκος 1997)

4.3.3 Βιωματικές περιγραφές της ψυχικής νόσου στη λογοτεχνία, τέχνη κ.λ.π.

Ο VanManen (1990) υποστήριξε ότι η πεζογραφία, η ποίηση και οι υπόλοιπες μορφές καλλιτεχνίας μπορεί να λειτουργήσουν ως πηγή εμπειρίας, από τις οποίες το άτομο το οποίο διεκπεραιώνει φαινομενολογική έρευνα, μπορεί να αποκτήσει ιδέες για το υπό μελέτη φαινόμενο. Η φαινομενολογική αξία ενός μυθιστορήματος, για παράδειγμα, καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο μπορεί να ενισχύσει την ευαισθητοποίηση και την ενόραση του αναγνώστη, σχετικά με κάποιο φαινόμενο. Το ίδιο ισχύει και για την ποίηση, η οποία αποτελεί μια λογοτεχνική μορφή, η οποία μετατρέπει τη βιωμένη εμπειρία στην ποιητική γλώσσα, του στίχου. Η ποίηση επιτρέπει την έκφραση των πιο έντονων συναισθημάτων. Για το λόγο αυτό, τη συναντάμε συχνά στη φαινομενολογική γραφή, όπως ακριβώς συναντάμε και την ζωγραφική, αλλά και άλλες μορφές καλλιτεχνίας. Κάθε καλλιτεχνικό μέσο έχει τη δική του γλώσσα έκφρασης. Τα αντικείμενα της τέχνης μπορεί να είναι οπτικά, απτικά, ακουστικά-κινητικά, κείμενα τα οποία δεν αποτελούνται από την λεκτική γλώσσα, αλλά μια γλώσσα, μια γλώσσα με δική της γραμματική. Λόγω του ότι οι καλλιτέχνες δίνουν σχήμα στην βιωμένη τους εμπειρία, τα προϊόντα της τέχνης είναι κατά μία έννοια, η βιωμένη εμπειρία η οποία μετατρέπεται σε αξεπέραστες διαμορφώσεις.

Ο van Manen (1990) περιγράφει διάφορες πηγές συλλογής δεδομένων, ανάμεσα τους και η ποίηση, η ζωγραφική, το τραγούδι αλλά και τα μυθιστορήματα.

Αποσπάσματα από το βιβλίο του Αύγουστου Κορτώ: «Το βιβλίο της Κατερίνας», (2013)

Σε αυτό το βιβλίο περιγράφεται η προσωπική ιστορία της Κατερίνας Χατζοπούλου, η οποία διεγνώσθη με Διπολική Διαταραχή στην Ελλάδα, και η οποία αυτοκτόνησε λόγω της νόσου της. Τα αποσπάσματα που ακολουθούν είναι αυτούσια από το βιβλίο και σχετίζονται με το βίωμα της.

«Δεν ξέρω. Ξέρω μονάχα πως όταν ξυπνάω το πρωί εύχομαι να ‘χα πεθάνει στον ύπνο μου. Και έπειτα κάθομαι ακίνητη, σαν νεκρή, και κοιτάζω το ταβάνι γιατί δεν μπορώ να κουνηθώ,

νοιώθω το σεντόνι να ζυγίζει όσο δέκα λαμαρίνες, το δωμάτιο, το σπίτι, η ζωή μου, όλα με πλακώνουν. Αισθάνομαι το βάρος της γης, αυτό ξέρω. Και ζηλεύω τους πάντες, τους αγνώστους στο δρόμο, που φαντάζουν τόσο ευτυχισμένοι, ακόμα κι'αν δεν το ξέρουν, ακόμα κι αν κατεβάζουν τα μούτρα, οι αχάριστοι. Δεν έχω καν την δύναμη να μεθοδεύσω τον θάνατο που τόσο λαχταρώ. Ναι, ναι, κατάθλιψη βαρβάτη. Αλλά που να το ξέρω εν έτει 1967;» Για μένα είναι μια λέξη, αν την γνωρίζω κιόλας; Ο υπερθετικός της θλίψης» (σελ. 74).

«Ζω και θα συνεχίσω να ζω για κάμποσα χρόνια ακόμα, με δύο-τρεις ώρες ύπνο το πολύ, κάτι που θεωρώ απολύτως φυσιολογικό, δείγμα της νιότης και της ατίθασης ιδιοσυγκρασίας μου. «Ο ύπνος είναι για τους πεθαμένους» [...] Έχω τόση ενέργεια, τόσον ελεύθερο χρόνο να γεμίσω, που στην έκτη γυμνασίου, αρχίζω να εμφανίζομαι και στο σχολείο που ως τότε έβλεπε μόνο τα δίδακτρα μου [...] Χρόνια μετά, διαβάζοντας νυχθημερόν ένα χοντρό αμερικάνικο βιβλίο ψυχιατρικής, ο γιος μου, θα μου εξηγήσει πως αυτή η απίστευτη, υπεράνθρωπη σχεδόν υπερδραστηριότητα, την οποία θα εξακολουθώ να βιώνω ανάμεσα σε αβύσσους κατάθλιψης είναι εξίσου κομμάτι της αρρώστιας μου, και λέγεται υπομανία. [...] συν το «μανία» -και την τελευταία την έχω ζήσει στο πετσί μου (και στο πετσί του άντρα και του γιου μου) και ξέρω καλά ότι είναι παθολογική» (σελ. 90).

«Μου λείπει ένας άλλος όρος της ψυχιατρικής, η εναισθησία. Και έτσι μια ζωή, όταν είμαι καλά, κόβω τα χάπια. Κι όταν ξαναπέφτω, θα τα παίρνω διπλά και τριπλά. Ούτε άλογο δεν θ'άντεχε» (σελ. 91).

«Όμως το στηθοσκόπιο που περιμένω μ'ανατριχίλα δεν έρχεται. Αντ'αυτού, νοιώθω τα γυμνά δάχτυλα του δρος Γ. να παιδεύονται με το κούμπωμα του σουτιέν μου, κι'έπειτα μόλις αυτό λύνεται και χαλαρώνει, το δεξί του χέρι χουφτώνει το μικρό μου στήθος και μου λέει να πάρω βαθιά ανάσα. Εγώ υπακούω, μα αντί για εκπνοή βγάζω μια διαπεραστική κραυγή. Στίγμα, τραύμα. Πόσο αβασάνιστα χρησιμοποιούμε αυτές τις λέξεις. Τριάντα πέντε χρόνια θα παλέψω με την μανιοκατάθλιψη και θα χάσω. Κι αυτό γιατί δεν θα εμπιστευτώ ποτέ ξανά ψυχίατρο. Μακάρι να ήμουν το ίδιο επιφυλακτική κι απέναντι στα χάπια» (σελ. 72).

«Η τρέλα, ο μεγαλύτερος μου φόβος.-Το τέλος του κόσμου. Η ιδέα του ν'ακούς φωνές, που μπορεί να σου λένε να γεμίσεις τις τσέπες σου με πέτρες και να πέσεις στο ποτάμι. Και η άγνωστη, φριχτή λέξη: «σχιζοφρενής». Κάτι μες στο μυαλό σου να σκίζεται, σαν το

δερμάτινο κάθισμα του παλιού λεωφορείου, απ'το αόρατο δάχτυλο της τρέλας. Για πρώτη φορά, μα δυστυχώς όχι για τελευταία, θ'αναρωτηθώ: «Κι'αν είμαι σχιζοφρενής;» (σελ. 63).

«Κόλαση ε; Έλα να ζήσεις μέσα στο μυαλό μου μια μέρα, έναν μήνα, τριάντα χρόνια και θα σου πω εγώ «Κόλαση» (σελ. 68).

«Εγώ πηγαίνω και παίρνω κρυφά πότε μισό πότε ολόκληρο απ'τα Stedon που μου 'χει γράψει ο Κωστάκης ο Λεμονής, ο οικογενειακός ψυχίατρος των Χωριανών, και πίνω και μια μπίρα μονορούφι : μόνο έτσι ηρεμώ κάπως. Κι ας με στραβοκοιτάει ο Τάσος, κι ας μου γουρλώνει τα μάτια ότι θα ταράξω το παιδί. Προκειμένου να με βλέπει να τρέμω σύγκρομη, ή να μπήξω τα κλάματα, ξαφνικά, και να το λαχταρήσω το αγγελούδι μου, χίλιες φορές χαπακωμένη και ήρεμη» (σελ. 152).

«Μπορώ και το αντιμετωπίζω πιο αποτελεσματικά χάρη στο νέο φάρμακο που παίρνω: ένα αντικαταθλιπτικό ονόματι Minitran, που έχει και λίγο ηρεμιστικό μέσα, και που το παίρνω πρωί-μεσημέρι-βράδυ. Μαζί , ο Κωστάκης ο Λεμονής μου'χει γράψει και πιο δυνατά Stedon, αλλά μ'έχει βάλει να υποσχεθώ πως τα Stedon θα τα έχω μόνο για ώρα ανάγκης, άμα δεν με παίρνει ο ύπνος με τίποτε, ας πούμε ή αν νοιώθω ότι θα με πιάσει πανικός [...] εννοείται όσο υπάκουσαν οι Πρωτόπλαστοι, άλλο τόσο θα υπακούσω κι'εγώ» (σελ. 170).

«[...] Παίρνω ένα πουκάμισο απ'την ντουλάπα της κρεβατοκάμαρας, το κρεμάω στην εντοιχισμένη κρεμάστρα του χολ, το περιλούζω με φωτιστικό οινόπνευμα και του βάζω φωτιά [...] ενόσω εγώ, κακέτυπο βλαμμένου Νέρωνα, κάθομαι απέναντι στις φλόγες μ'ένα πανικόβλητο χαμόγελου θριάμβου και παραφροσύνης. Φάε μια βδομάδα κλινική να μάθεις» (σελ. 196).

«Και κόβω τα χάπια μαχαίρι, επί μια ολόκληρη εβδομάδα. Και την όγδοη μέρα ξυπνώ εν εξάλλω κατάσταση, κι αρπάζοντας έναν μεγάλο σταυρό απ'το εικονοστάσι, παίρνω τους δρόμους ξυπόλητη, φορώντας μόνο ένα μπλουζάκι και γυμνή απ'τη μέση και κάτω, και πιάνω περαστικούς και τους λέω να φιλήσουν τον σταυρό γιατί έρχεται το τέλος του κόσμου (Αυτό ακριβώς συμβαίνει εντός μου: ο γιός μου φεύγει κι'ο κόσμος μου τελειώνει)» (σελ. 246).

« Θεέ μου, φύλαγε το μυαλό μου το ταλαίπωρο. Μη μ'αφήσεις να τρελλαθώ. Θεέ μου, συγχώρεσε με για τα κρίματά μου. Μην με στέλλεις στην κόλαση. Αυτά προσεύχομαι κάθε βράδυ, γονατιστή στα παλιά σανίδια της κρεβατοκάμαρας, ώσπου τα γόνατα μου πληγιάζουν και ανοίγουν και κάνουν κάκαδο» (σελ. 208).

«Κι'έπειτα ήμουν εγώ η τρελλή, η άρρωστη, η ακατάλληλη» (σελ. 164).

«Ο Τάσος αρχίζει να ξινίζει ελαφρώς τα μούτρα του (και με το δίκιο του: δεν φτάνει που τον αγνώω τελείως, έχω γίνει κι ελεεινή νοικοκυρά, που βαριέμαι να πάω το πεσμένο ρούχο από δω εκεί, ή να φτιάξω ένα φαί της προκοπής που να μην προορίζεται για νήπιο δυο ετών) αποφασίζω πως είμαι πολύ κοντά να κλατάρω κι ότι χρειάζομαι βοήθεια» (σελ. 135).

Αποσπάσματα από το Βιβλίο της Margarite Sechechaye (1998): «Μια Σχιζοφρενής Αφηγείται».

Το βιβλίο αυτό αποτελεί την πραγματική ιστορία μιας σχιζοφρενούς, γνωστής ως «Ρενέ» , όπως την αφηγήθηκε μετά την ανάρρωση της, και περιλαμβάνει την αντίληψη της για τη χρονιότητα της νόσου.

«[...] Ήταν ένα όνειρο (το όνειρο της βελόνας) που εμφανιζόταν συχνά, ειδικά όταν είχα πυρετό και μου προκαλούσε την πιο τρομερή αγωνία. Αργότερα, συνέδεα πάντα τις μη πραγματικές εντυπώσεις μου, με το όνειρο της βελόνας» (σελ. 15).

«Αυτό που συνέβη κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού με το σχοινί ήταν το ίδιο πράγμα: υπερένταση, κάτι που μεγαλώνει υπέρμετρα και άγχος. Από τότε, το διάλειμμα στο σχολείο ήταν συχνά πηγή της αίσθησης του μη πραγματικού» (σελ. 16).

«Μερικές φορές, τράνταζα το κιγκλίδωμα σαν να μην υπήρχε άλλος τρόπος να βγω έξω, σαν να ήμουν μια τρελή, σκεφτόμουν, που ήθελε να επιστρέψει στην πραγματική ζωή» (σελ. 16).

«Υπέφερα απ'αυτήν την φοβέρα, αλλά δεν ήξερα πώς να ελευθερωθώ» (σελ. 17)

«Το αξιοσημείωτο είναι ότι, όταν τύχαινε να επιστρέψω στην πραγματικότητα, δεν σκεφτόμουν πια τις φοβερές αυτές στιγμές. Δεν τις ξεχνούσα, αλλά δεν τις σκεφτόμουν. Κι' ωστόσο επαναλαμβάνονταν πολύ συχνά, διαποτίζοντας ένα ολοένα μεγαλύτερο κομμάτι της ζωής μου» (σελ. 18).

«Στις ενοχλητικές αυτές συνθήκες, με καταλάμβανε και πάλι η αίσθηση του μη πραγματικού. Κατά τη διάρκεια του μαθήματος, στην ησυχία της ώρας εργασίας, άκουγα τους ήχους του δρόμου ένα περαστικό τρόλεϊ, ανθρώπους που συζητούσαν, ένα άλογο που χλιμίντριζε, μια κόρνα που σφύριζε, καθένα ξεκομμένο, αμετακίνητο, αποκομμένο από την πηγή του, χωρίς νόημα. Γύρω μου, τα άλλα παιδιά με τα κεφάλια τους σκυμμένα πάνω από τη δουλειά τους,

ήταν ρομπότ ή μαριονέτες που κινούνται από έναν αόρατο μηχανισμό. Στην έδρα, ο καθηγητής, επίσης, καθώς μιλούσε χειρονομούσε, σηκωνόταν να γράψει στον πίνακα, ήταν ένα γελοίο νευρόσπαστο. Και πάντα αυτή η τρομακτική σιωπή, που την έσπαγαν εξωτερικοί ήχοι από μακριά, ο αδυσώπητος ήλιος που ζέσταινε το δωμάτιο, η άψυχη ακινησία. Ένας τρομερός φόβος με έπνιγε. Ήθελα να ουρλιάξω» (σελ. 20).

«Πόση ανακούφιση ένοιωθα όταν τα πράγματα παρέμεναν στο συνηθισμένο πλαίσιο τους, όταν οι άνθρωποι ήταν ζωντανοί και φυσιολογικοί και ειδικά όταν είχα επαφή μαζί τους» (σελ. 22).

«Μερικές φορές, χάρη στις καθημερινές δουλειές και στη ζεστασιά και στη γεύση του φαγητού, η πραγματικότητα επανέρχεται. Τόσο μεγάλη είναι η χαρά, τόσο πολύτιμη η αίσθηση της ευεξίας που μου προσφέρεται με τόση φειδώ, με τσιγγουνιά, που δεν θέλω να πάω στο κρεβάτι» (σελ. 28)

«Θα προτιμούσα να δραπετεύσω στην τρέλα για να αποφύγω τον καταλυτικό αυτόν Φόβο. Δυστυχώς δεν ήξερα τι έλεγα. Μέσα στην άγνοια μου πίστευα ότι η τρέλα ήταν μια κατάσταση αναισθησίας, όπου δεν υπήρχε ούτε πόνος, ούτε ταλαιπωρία, ούτε χαρά αλλά, κυρίως, ούτε ευθύνη. Ποτέ, ούτε για μια στιγμή, δεν είχα φανταστεί καν τι σημαίνει στην πραγματικότητα να χάσει κανείς τα λογικά του. Και τώρα βρισκόμουν στη μέση ενός τρομερού αγώνα για να μη γλιστρήσω στην τρέλα, να μην βουλιάξω στο «ηλεκτρικό φως» (σελ. 32).

«Για μένα η τρέλα δεν ήταν μια κατάσταση αρρώστιας. Δεν πίστευα ότι ήμουν άρρωστη. Ήταν μάλλον μια χώρα, αντίθετη από την Πραγματικότητα, όπου βασίλευε ένα αδυσώπητο φως, εκτυφλωτικό, που δεν άφηνε χώρο για σκιές. Ένας τεράστιος χώρος, χωρίς όρια, απεριόριστος, επίπεδος. Ένα μεταλλικό, σεληνιακό τοπίο, κρύο σαν τις ερήμους του Βόρειου Πόλου. Στην απέραντη αυτή ερημιά, τα πάντα είναι αμετάβλητα, ακίνητα, παγωμένα, αποκρυσταλλωμένα. Τα αντικείμενα είναι στολίδια ενός σκηνικού, τοποθετημένα εδώ και εκεί, γεωμετρικοί κύβλοι χωρίς νόημα» (σελ. 33).

«Και εγώ: εγώ είμαι χαμένη μέσα σ' αυτό, απομονωμένη, παγωμένη, ξεγυμνωμένη, χωρίς κανένα σκοπό και λόγο ύπαρξης. Ένας μπρούτζινος τοίχος με χωρίζει από όλους και όλα. Μέσα σ' αυτήν την απόγνωση, στην απερίγραπτη δυστυχία, στην απόλυτη μοναξιά είμαι τρομακτικά μόνη. Κανείς δεν έρχεται να με βοηθήσει. Αυτή λοιπόν είναι η τρέλα. Ο

Διαφωτισμός είναι η επίγνωση της αίσθησης του Μη Πραγματικού. Τρέλα είναι να ανακαλύπτεις πως βρίσκεσαι μόνιμα σε μια αίσθηση ότι τίποτα δεν είναι πραγματικό, μια αίσθηση που αγκαλιάζει τα πάντα. Την κατάσταση αυτή την ονόμασα «Χώρα του Φωτός» λόγω του έντονου, εκτυφλωτικού αστρικού παγωμένου φωτός και της εξαιρετικής έντασης στην οποία βρίσκονταν τα πάντα συμπεριλαμβανομένου του εαυτού μου. Ήταν λες και ένα ηλεκτρικό ρεύμα εξαιρετικής ισχύος διαπερνούσε κάθε αντικείμενο, κάθε κτίριο, μέχρι που όλα ανατινάσσονταν σε μια τρομακτική έκρηξη» (σελ. 33).

«[...] Ζούσα μια περίοδο όπου υπέφερα πολύ. Τα πάντα ήταν ζωντανά, με αψηφούσαν και με «ακύρωναν». Έξω στο δρόμο, οι άνθρωποι τρελαίνονταν, κινούνταν εδώ κι'εκεί χωρίς λόγο, συναντούσαν ο ένας τον άλλον και τα πράγματα που είχαν γίνει πιο αληθινά από τους ίδιους. [...] με διέτασε να κάψω το δεξί χέρι μου ή το κτίριο στο οποίο βρισκόμουν» (σελ. 43)

«Μάλλον τις ένοιωθα. Μου φαινόταν ότι το στόμα μου ήταν γεμάτο πουλιά τα οποία συνέθλιβα ανάμεσα στα δόντια μου και τα φτερά τους, το αίμα και τα σπασμένα τους κόκκαλα με έπνιγαν. Ή έβλεπα ανθρώπους τους οποίους είχα θάψει μέσα σε ένα μπουκάλι από γάλα, να αποσυντίθενται και εγώ έτρωγα τα σπασμένα κουφάρια τους. Ή καταβρόχθιζα το κεφάλι μιας γάτας, η οποία στο μεταξύ ροκάνιζε τα ζωτικά μου όργανα. Ήταν τρομακτικό, αβάσταχτο» (σελ. 44).

«Για μένα, οι διανοητικά άρρωστοι ήταν οι «φωτισμένοι» και η είσοδος σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα σήμαινε ότι ήταν κανείς απόλυτα «φωτισμένος». Συχνά έλεγα στη Μαμά: «Φοβάμαι, έρχονται να με πάρουν να με βάλουν με τους «φωτισμένους» (σελ. 47).

«[...] η οποία αργότερα έγινε η «Μαμά» μου. Μόνο κοντά της ένοιωθα ασφαλής, ειδικά από τη στιγμή που άρχισε να κάθεται δίπλα μου στο ντιβάνι και να βάζει το χέρι της γύρω από τους ώμους μου. Ω, τι χαρά, τι ανακούφιση. Νοιώθω τη ζωή, τη ζεστασιά, την πραγματικότητα» (σελ. 34).

«[...] Με όλη τη δύναμη μου αντιστεκόμουν στην διαταγή. Τηλεφωνούσα στη Μαμά να της μιλήσω γι' αυτό. Η φωνή της, που με παρότρυνε να ακούσω εκείνη και όχι το Σύστημα με καθησύχαζε. Αν το Σύστημα γινόταν υπερβολικά απαιτητικό έπρεπε να τρέξω σ' εκείνη. Αυτό με ηρεμούσε αισθητά, αλλά δυστυχώς μόνο για μια στιγμή» (σελ. 43).

« [...] Μου έπαιρναν την μοναδική μου νησίδα της πραγματικότητας, το μοναδικό μου καταφύγιο» (σελ. 59)

«Είχε πάει διακοπές, προκαλώντας μου ένα τρομερό σοκ. Ολόκληρη τη νύχτα έκλαιγα από θυμό και θλίψη. Ολόκληρος ο κόσμος μου είχε γίνει κομμάτια. Η απουσία της ήταν απλούστατα αβάσταχτη και το μαρτύριο μου είχε γίνει οδυνηρό. Επιπλέον ήμουν θυμωμένη με την μαμά γιατί την άφησε να φύγει. Παρόλο που εκείνη την εποχή πήγα να περάσω ορισμένες εβδομάδες στο σπίτι της Μαρίας, ένιωθα μια απόλυτη αίσθηση εγκατάλειψης, γιατί ήταν η νοσοκόμα που με τάλιζε, με έντυνε και με έκανε να δουλεύω λίγο» (σελ. 89).

«Η ανάγκη να μπω σε ένα νοσοκομείο για ψυχασθενείς ή, για την ακρίβεια σε οποιοδήποτε νοσοκομείο, ήταν εξαιρετικά ενοχλητική. Ωστόσο, ήμουν ευγνώμων που δεν με έβαλαν με τη βία στο νοσοκομείο, πράγμα που θα μπορούσε να είχε συμβεί» (σελ. 47).

«Στην αρχή ένιωσα έντονη ανακούφιση στο καταφύγιο αυτό, προφυλαγμένη καθώς ήμουν από τις εντολές του Συστήματος, γιατί δεν μου επέτρεπαν να μπω στην κουζίνα ή σε οποιοδήποτε μέρος υπήρχε φωτιά ή σπίρτα» (σελ. 49).

«Τρομερό άγχος με κατέλαβε στη σκέψη ότι θα έμπαινα σε ένα νοσοκομείο για «φωτισμένους ανθρώπους». Μου φαινόταν ότι η ύψιστη είσοδος μου στη «Χώρα του Διαφωτισμού» είχε σφραγιστεί» (σελ. 51).

«[...] Όταν με έσπρωξαν στο εξεταστήριο και είδα τις μεγάλες μπάρες στα παράθυρα, τις γυναίκες που ούρλιαζαν, κλαψουρίζοντας ή ακινητοποιημένες σε παράξενες στάσεις, παγωμένες σαν αγάλματα, ήξερα ότι θα πέθαινα από την αγωνία. Χωρίς ούτε ένα αντίο, η νοσοκόμα μου είχε εξαφανιστεί. Παρέμεινα μόνη καταμεσής σ' αυτό το φανταστικό σκηνικό, συντετριμμένη από τον τρόπο και την απελπισία που με παρέλυε» (σελ. 52).

«[...] Έτρεμα από το κρύο, την κούραση και τη φρίκη, σαν πουλάκι που πέφτει από τη φωλιά του, περιτριγυρισμένο από θανάσιμο κίνδυνο» (σελ. 52).

«[...] Μια ατέρμονη φωνή μέσα μου επαναλάμβανε ξανά και ξανά: «Αυτό είναι Ρενέ, αυτό σου έκανε το Σύστημα! Βλέπεις Ρενέ, σε έχει κλειδώσει στη Χώρα του Διαφωτισμού. Είσαι μόνη στην τιμωρία σου. Είμαι μόνη και φοβάμαι. Η Ρενέ φοβάται» (σελ. 53).

«Και στις τρελές κραυγές του, στους ικετευτικούς λυγμούς του, βίωνα το δικό μου μαρτύριο. Πόσο ατέλειωτο οίκτο ένιωθα για εκείνον, πόσο ήθελα να τον βοηθήσω! Και με τον οίκτο

αυτό μεγάλωνε ο φόβος μου ότι σύντομα και εγώ θα πήγαινα να τον συντροφέψω στη «Χώρα του Διαφωτισμού» (σελ. 66).

«[...] απολάμβαναν μια ελευθερία στη ζωή, την οποία εγώ είχα στερηθεί. Πήγαιναν εκδρομές, σε πάρτυ, στον κινηματογράφο, ενώ εγώ, εγώ πάλευα μόνη με τις απειλητικές φωνές ή παρέμενα ακίνητη, παγωμένη, άβολα καθισμένη σε μια καρέκλα» (σελ. 89).

«Γρήγορα ανακάλυψα ότι η πραγματικότητα ήταν πλούσια σε μεθόδους θεραπείας των ασθενειών: κομπρέσες, φάρμακα, γαργάρες, μια ανακάλυψη που μου προκάλεσε ακόμα μεγαλύτερη αγάπη και εκτίμηση για την πραγματικότητα και άρχισα να γίνομαι ολοένα και περισσότερο «ενήλικη» και ανεξάρτητη από τη Μαμά. Με την νίκη αυτή, η σταθεροποίηση της σχέσης μου με την υπέροχη πραγματικότητα προχώρησε με τεράστια άλματα» (σελ. 104).

«Μόνο εκείνοι που έχουν χάσει την πραγματικότητα και έχουν ζήσει για χρόνια στη Χώρα του σκληρού απάνθρωπου Διαφωτισμού μπορούν να γευτούν αλήθεια τη χαρά της ζωής. Μόνο εκείνοι μπορούν να εκτιμήσουν τι υπέρτατη αξία έχει να αποτελείς ένα κομμάτι της ανθρωπότητας» (σελ. 108).

4.3.3.1 Ποίηση

Στίχους, οι οποίοι αφορούν σε ψυχική νόσο και ιδιαίτερα στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικό νοσοκομείο συναντάμε σε αρκετά ποιήματα διακεκριμένων ποιητών όπως του Γεώργιου Βιζυηνού (1849-1896), ο οποίος διαγνώστηκε με γενική παράλυση των φρένων και νοσηλεύτηκε στο Δρομοκαΐτειο (Βιζυηνός 1849 στη Μάρβιν, 2012).

«Σαν μ'αρπάχθηκε η χαρά που εχαιρόμουν μια φορά, έτσι σε μιαν ώρα, μες σ'αυτή τη χώρα, όλα άλλαξαν τώρα! Και από τότε που θρηνώ, το ξανθό και γαλανό και ουράνιο φως μου μετεβλήθη εντός μου, και ο ρυθμός του κόσμου» (Στίχοι του φρενοκομείου στη Μάρβιν, 2012).

Ο Ρώμος Φιλύρας, το 1920 λόγω αφροδισιακού νοσήματος υπέστη ψυχική διαταραχή και ακολούθησε ο εγκλεισμός του στο Δρομοκαΐτειο Νοσοκομείο, όπου και δεν σταμάτησε να γράφει. Άλλοτε έγραφε καλά και στρωτά και άλλοτε παντελώς αλλοπρόσαλλα ποιήματα, τα οποία συνέγραφε σε χαρτί του ψυχιατρείου και τα χάριζε στους επισκέπτες (Φιλύρας 1920 στη Μάρβιν 2012).

Οι καταγεγραμμένες εντυπώσεις του ποιητή από το Δρομοκαΐτειο, αποτυπώνονται ως εξής: «Θέλουν να σας κάνουν καλό. Αλίμονο, εκεί φτάνει ο παραλογισμός των λογικών. Καλά, δηλαδή να γυρίσετε πίσω, έξω στην τέφρινη πραγματικότητα, να ξαναδείτε πίσω με την κρίση του ακέρατου μυαλού την πιο αβάσταχτη, την πιο αρμολογημένη αλλόφρονη λογική της ζωής που σκοτώνει την ανθρώπινη καρδιά [...] Μα τι θα βάλετε στη θέση του μεγάλου οράματος εσείς οι λογικοί; [...] Καλοπροαίρετοι γιατροί μου, αν επιμένετε να με γιατρέψετε από κάτι, γιατρέψετε με από την λογική» (σελ. 177). Ο Φιλύρας δεν είναι έτσι απλά «τρελός», μα ένας πάσχων που βρίσκεται παράλληλα μέσα και έξω από την ασθένειά του (Φιλύρας 1920 στη Μάρβιν 2012).

Στη δεκαετία του 1980, ο γνωστός τραγουδοποιός Νικόλας Άσιμος διαγιγνώσκεται με σχιζοειδή ψύχωση. Ο ίδιος είχε το βίωμα του εγκλεισμού στο Ψυχιατρείο, καθότι κατηγορήθηκε για τον βιασμό μιας κοπέλας, οπότε και οδηγήθηκε αρχικά στο Ψυχιατρείο και στη συνέχεια στις Φυλακές Κορυδαλλού. Στο τέλος κρεμάστηκε στο σπίτι του, αφού προηγουμένως, είχε επανειλημμένα προειδοποιήσει για την αυτοχειρία του (Άσιμος 1980 στη Μάρβιν 2012).

Στα τραγούδια του συναντάμε μια προσπάθεια να υπερασπιστεί την απόκλιση από την κανονικότητα. Συγκεκριμένα στο «Σχιζοφρενοβλαβίωση» λέει: «Είμαι παλιάνθρωπος», «Είμαι υπάνθρωπος, αντικοινωνικός και άρρωστη σχιζοφρενοβλαβίωση. Με κατατάξατε σε ταξινόμηση για λοβοτόμηση και επαναδιάρθρωση των σκέψεων. Κυρίως, όταν σας μιλώ πως δεν χρειάζομαι γιατρό και ο παλαβός δεν είμαι εγώ, γελάτε. Γελάτε σαρδανιακά, φτωχά μου ανδρόποδα φρικτά, μ'εγκέφαλο αλλιώςτικα τρυπάτε» (Σχιζοφρενοβλαβίωση, Άσιμος 1980 στη Μάρβιν 2012).

Ένας άλλος ποιητής, ο Λευτέρης Πούλιας, από τους βασικότερους εκπρόσωπους της γενιάς του '70, έγραψε αρκετά ποιήματα ενώ νοσηλευόταν για ψυχιατρική διαταραχή, ένα από αυτά είναι το Μαγνητικό Βουνό (1977):

«Τούτες οι γραμμές στο τρελλάδικο χαραγμένες ηχούν τόσο πιο εμφατικά όσο οι μάσκες από σφυρήλατο χρυσάφι κάνουν σινιάλα ζωής. Κι η στάση μου, ανθρώπου που γνώρισε επιτέλους διεργασία στο υποσυνείδητο. Ενός κάρου σανού που το οδηγεί ο Ιερώνυμος Μπος [...]. Το δωμάτιο σ'ένα πηγάδι, οι ώρες σ' εμπόλεμη κατάσταση, η μνήμη αναποδογυρίζει

τρακαρισμένα αυτοκίνητα [...] Θα σας δείξω δρόμους χαραγμένους σε παράξενη παιδικότητα, θα σας μοιράσω τους θησαυρούς μου, της σχιζοφρένειας» (Πούλιος 1977 στη Μάρβιν 2012).

Ο Ζεράρ ντε Νερβάλ ήταν ένας Γάλλος συγγραφέας, ποιητής και δοκιμιογράφος, πρόδρομος του σουρεαλισμού, ο οποίος χρησιμοποίησε για πρώτη φορά αυτή τη λέξη στη λογοτεχνία και επηρέασε πολλούς σύγχρονους συγγραφείς. Από τα 32 του χρόνια ο Νερβάλ παρουσίασε υποτροπιάζοντα ψυχωτικά επεισόδια σε έδαφος μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και νοσηλεύεται αρκετές φορές όπου και στο τέλος αυτοκτόνησε λόγω της νόσου. Η ψυχική του ασθένεια επηρέασε τα έργα του, κάτι που συναντάμε στην αυτοβιογραφία του «Αυρήλια» (Gerard de Nerval, Αυρήλια, στο Κάσσοσ 2000).

«Θα προσπαθήσω να περιγράψω τις εντυπώσεις μιας μακρόχρονης ασθένειας που εκδηλώθηκε ολόκληρη μες στα μυστήρια του πνεύματος μου και δεν ξέρω γιατί χρησιμοποιώ τον όρο ασθένεια, μια και σε ότι αφορά εμένα τον ίδιο, ποτέ δεν αισθάνθηκα να είμαι καλύτερα. Φορές-φορές ένοιωθα τη δύναμη μου και τη δραστηριότητα μου διπλασιασμένες. Μου φαίνονταν πως τα ήξερα όλα, πως όλα τα καταλάβαινα, η φαντασία μου έφερνε την ατέλειωτη ηδονή. Ξαναποχτώντας αυτό που οι άνθρωποι ονομάζουν λογικό θα πρέπει να λυπάμαι που την έχω χάσει;» (Gerard de Nerval, Αυρήλια στο Κάσσοσ 2000).

Οι σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας περιγράφονται μέσα από ποιήματα της Κατερίνας Γώγου (1940-1993), η οποία βίωσε αρκετούς εγκλεισμούς σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και αυτοκτόνησε με χάπια και αλκοόλ σε ηλικία 53 ετών (Γώγου, 1940-1993 στη Μάρβιν, 2012).

«Καλημέρα γιατρέ μου. Μη. Μη σηκώνεστε. Άλλωστε δεν έχω τίποτα σοβαρό. Τα γνωστά. Γράψτε βάλιουμ, μαντράξ, στεντόν, τριπτιζόλ, ξέρετε τώρα εσείς. Κάντε με κοινωνικό πρόσωπο, βολέψτε με τέλος πάντων με τους ομοίους σας, περάστε με στους χαφιέδες σας, πηδήξτε με αν θέτε, ωραίες οι γραβούρες στους τοίχους σας. Τσάκα τώρα στα σβέλτα το χιλιάρικο και φερτ'τη συνταγή, γιατί τέρμα η υπομονή μου παλιόπουστε, κι όπου να 'ναι θα εκραγεί. Μη. Μη σηκώνεστε γιατρέ μου. Δεν είναι σοβαρό. Ευχαριστώ. Καλημέρα σας» (Γώγου στη Μάρβιν 2012).

4.3.3.2 Τραγούδια

Στο τραγούδι της Rihanna με τίτλο «Disturbia»⁸ περιγράφεται μια ψυχική διαταραχή, μια «τρέλλα», η οποία είναι τόσο δυνατή, με αποτέλεσμα να ελέγχει και να κυριαρχεί στο μυαλό της ύπαρξης (Kennedy et al. 2008).

Πίνακας 2: Rihanna –Disturbia (Kennedy et al. 2008)

What's wrong with me?	Τι πρόβλημα έχω;
Why do I feel like this?	Γιατί αισθάνομαι έτσι;
I'm going crazy now	Τρελαίνομαι
No more gas, in the rig, can't even get it started	Όχι άλλο καύσιμο, βρίσκομαι στο 'κόκκινο' έχω φορτσάρει
Nothing heard, nothing said, can't even speak about it	Τίποτα δεν έχει ακουστεί, τίποτα δεν έχει λεχθεί, δεν μπορώ να μιλήσω για αυτό
On my life, on my head, don't wanna think about it	Όλη μου η ζωή ξετυλίγεται μέσα στο κεφάλι μου, δεν θέλω ούτε να τα σκέφτομαι
Feels like I'm going insane, yeah	Αισθάνομαι ότι τα χάνω, ναι
It's a thief in the night to come and grab you	Είναι ένας κλέφτης μέσα στη νύχτα που έρχεται να σ'αρπάξει
It can creep up inside you and consume you	διεισδύει μέσα σου και σε καταναλώνει
A disease of the mind, it can control you	αρρώστια του μυαλού, μπορεί να σε κυριεύσει
It's too close for comfort	βρίσκεται πολύ κοντά, μου προκαλεί ανησυχία
Throw on your break lights, you're in the city of wonder	Άναψε τα δυνατά σου φώτα, βρίσκεσαι στην πόλη της κατάπληξης
Aint gon play nice, watch out you might just	Δεν θα είναι ευχάριστο θέαμα,

⁸ Από πλευράς στίχου, το τραγούδι, αναφέρεται σε εμπειρίες αγωνίας, άγχους και σύγχυσης. Δεν γίνεται αναφορά σε κάποιο λεξικό με δόκιμο όρο στα Ελληνικά. Εντούτοις, άλλου είδους ανεπίσημων στοιχείων υποστηρίζουν ότι η ετυμολογία της λέξης προέρχεται από το “suburbia”, το οποίο σημαίνει: προάστια και από το “disturb”, το οποίο σημαίνει ενόχληση και χρησιμοποιείται για να περιγράψει την σκοτεινή πλευρά του καλού στις προαστιακές γειτονιές. Άλλοι δε, υποστηρίζουν ότι χρησιμοποιείται για τον φόβο ή το σοκ το οποίο επέρχεται της συνειδητοποίησης ότι κάτι που συνήθως θεωρείται φυσιολογικό και ασφαλές, στην πραγματικότητα είναι φρικτά επικίνδυνο και λάθος. Διευκρινίζεται ότι η πηγή του ορισμού προέρχεται από ανεπίσημες αναφορές: Urban dictionary (n.d.) *Disturbia*, viewed 10 May 2015, <http://www.urbandictionary.com/define.php?term=Disturbia>

go under	πρόσεχε μπορεί κάλλιστα να εξαφανιστείς (να χαθείς)
Better think twice, your train of thought will be altered	Καλύτερα να σκεφτείς δύο φορές, ο ρους της σκέψης σου θα αλλοιωθεί
So if you must falter be wise	Γι 'αυτό αν πρέπει να αναρωτηθείς, να είσαι προσεκτικός (μυαλωμένος)
Your minds in disturbia, it's like the darkness is light	Το μυαλό σου βρίσκεται σε αναταραχή, είναι σαν το σκοτάδι νάναι φως
Disturbia, am I scaring you tonight?	Disturbia, μήπως σε τρομάζω απόψε?
Disturbia, aint used to what you like	Disturbia, δεν είναι όπως αυτά που αγαπάς και γνωρίζεις
Disturbia, disturbia	Disturbia, Disturbia
Bum Be Dum Bum De Dum Dum x4	
Faded pictures on the wall, it's like they talking to me	Ξεθωριασμένες εικόνες πάνω στον τοίχο, είναι σαν να μου μιλούν
Disconnecting on calls, the phone don't even ring	Καμιά κλήση, το τηλέφωνο δεν κτυπά
I gotta get out or figure this sh** out	Πρέπει να φύγω απ' εδώ ή να καταλάβω
It's too close for comfort, oh	είναι πολύ αργά, μου προκαλεί ανησυχία, ωοο
It's a thief in the night to come and grab you	Είναι ένας κλέφτης μέσα στη νύχτα που έρχεται να σ'αρπάξει
It can creep up inside you and consume you	διεισδύει μέσα σου και σε καταναλώνει
A disease of the mind it can control you	αρρώστια του μυαλού, μπορεί να σε κυριεύσει
I feel like a monster, oh	αισθάνομαι σαν τέρας, ωοο
Throw on your break lights, you're in the city of wonder	Άναψε τα δυνατά σου φώτα, βρίσκεσαι στην πόλη της κατάπληξης
Aint gon play nice, watch out you might just go under	Δεν θα είναι ευχάριστο θέαμα, πρόσεχε μπορεί κάλλιστα να εξαφανιστείς (να χαθείς)
Better think twice, your train of thought will be altered	Καλύτερα να σκεφτείς δύο φορές, ο ρους της σκέψης σου θα αλλοιωθεί
So if you must falter be wise	Γι αυτό αν πρέπει να αναρωτηθείς, να είσαι προσεκτικός (μυαλωμένος)
Your minds in disturbia, it's like the darkness is light	Το μυαλό σου βρίσκεται σε αναταραχή, είναι σαν το σκοτάδι νάναι φως
Disturbia, am I scaring you tonight?	Disturbia, μήπως σε τρομάζω απόψε?
Disturbia, ain't used to what you like	Disturbia, δεν είναι όπως αυτά που αγαπάς και γνωρίζεις
Disturbia, disturbia, disturbia	Disturbia, disturbia, disturbia

Bum Be Dum Bum De Dum Dum x4

Release me from this curse I'm in

Trying to maintain but I'm struggling

If you can't go-o-o

I think I'm gonna ah, ah, ah, ah

Throw on your break lights, you're in the city
of wonder

Aint gon play nice, watch out you might just
go under

Better think twice, your train of thought will
be altered

So if you must falter be wise

Your minds in disturbia, it's like the darkness
is light

Disturbia, it's like the darkness is light

Disturbia, am I scaring you tonight?

Disturbia, ain't used to what you like?

Disturbia, disturbia

Απελευθέρωσε με από αυτήν την
κατάρα που έπεσε πάνω μου

προσπαθώ να κρατηθώ αλλά είναι
πολύ δύσκολο, πνίγομαι

εάν δεν φύγεις εσύ

νομίζω ότι θα φύγω εγώ, ναι αι

Άναψε τα δυνατά σου φώτα,
βρίσκεσαι στην πόλη της κατάπληξης
Δεν θα είναι ευχάριστο θέαμα,
πρόσεχε μπορεί κάλλιστα να
εξαφανιστείς (να χαθείς)

Καλύτερα να το σκεφτείς δυο φορές,
ο ρους της σκέψης σου θα αλλοιωθεί
Γι αυτό αν πρέπει να αναρωτηθείς, να
είσαι προσεκτικός (μυαλωμένος)

Το μυαλό σου βρίσκεται σε
αναταραχή, είναι σαν το σκοτάδι
νάσαι φως

Disturbia, είναι σαν το σκοτάδι νάσαι
φως

Disturbia, μήπως σε τρομάζω απόψε?

Disturbia, δεν είναι όπως αυτά που
αγαπάς και γνωρίζεις

Disturbia, disturbia

Στο τραγούδι του Eminem «Monster», σύμφωνα με ανεπίσημες πηγές, γίνεται αναφορά σε κοινωνικά θέματα, αλλά και μνεία στην προσωπική εμπειρία του τραγουδιστή από την διαχείριση της φήμης (Marshall et al. 2013).

Πίνακας 3: Monster Eminem (Marshall et al. 2013)

[Chorus]	[Χορωδία]
I'm friends with the monster	Είμαι φίλος με το τέρας
That's under my bed	που βρίσκεται κάτω από το κρεβάτι μου
Get along with the voices inside of my head	τα πάω καλά με τις φωνές μέσα στο κεφάλι μου
You're trying to save me	προσπαθείς να με σώσεις
Stop holding your breath	σταμάτα να κρατάς την αναπνοή σου
And you think I'm crazy	και νομίζεις ότι είμαι τρελός
Yeah, you think I'm crazy	ναι, νομίζεις ότι είμαι τρελός (τρελός)
[Verse 1 - Eminem:]	[Εμινεμ – Βερσιόν 1]
I wanted the fame, but not the cover of Newsweek	Ήθελα τη φήμη, όχι όμως να γίνω και εξώφυλλο στο Newsweek
Oh, well, guess beggars can't be choosey	Εε καλά, υποθέτω οι ζητιάνοι δεν μπορεί να είναι επιλεκτικοί
Wanted to receive attention for my music	Ήθελα να έχω την προσοχή για τη μουσική μου
Wanted to be left alone in public. Excuse me	Ήθελα να μη με ενοχλούν δημοσίως, συγχωρέστε με που ήθελα την τούρτα,
Been wanting my cake, And eat it too	και ήθελα να τη φάω κιόλας
Fame made me a balloon 'cause my ego inflated	Η φήμη με έκανε ένα μπαλόνι επειδή το 'εγώ' μου φούσκωσε
When I blew; see, but it was confusing	Όταν έσκασα ήταν μπερδεμένο
Cause all I wanted to do is be the Bruce Lee of loose leaf	Επειδή το μόνο που ήθελα ήταν να είμαι ο Bruce Lee του χαρτιού
Abused ink, used it as a tool when I blew steam	Καταχρασμένο μελάνι, το χρησιμοποίησα ως εργαλείο όταν έσκασα σαν ατμός
Hit the lottery (oh wee)	Έπιασα τον πρώτο λαχνό (Οο ναι)
With what I gave up to get was bittersweet	Με όλα όσα έδωσα σε σχέση με ότι πήρα, η γεύση ήταν γλυκόξινη,
It was like winning a huge meet	ήταν σαν να κέρδιζα ένα τεράστιο θρίαμβο
Ironic 'cause I think I'm getting so huge I need a shrink	ειρωνεία όμως γιατί νομίζω ότι έγινα τόσο 'μεγάλος' που πρέπει να συρρικνωθώ
I'm beginning to lose sleep: one sheep, two sheep	έχω αρχίσει να χάνω τον ύπνο μου: ένα προβατάκι, δύο προβατάκια

Going cuckoo and cookey as Kool Keith	να τρελαίνομαι σαν τον Kool Keith Όμως στην πραγματικότητα είμαι ακόμη πιο παράξενος απ'ότι νομίζεις
But I'm actually weirder than you think [Chorus] I'm friends with the monster That's under my bed Get along with the voices inside of my head You're trying to save me Stop holding your breath And you think I'm crazy Yeah, you think I'm crazy	Επειδή είμαι [Χορωδία] Είμαι φίλος με το τέρας που βρίσκεται κάτω από το κρεβάτι μου τα πάω καλά με τις φωνές μέσα στο κεφάλι μου προσπαθείς να με σώσεις σταμάτα να κρατάς την αναπνοή σου και νομίζεις ότι είμαι τρελός
Well, that's nothing oh Well, that's nothing oh	Εε αυτό δεν είναι τίποτα Ωο, Ωο, Ωο, Ωο Εε αυτό δεν είναι τίποτα Ωο, Ωο, Ωο, Ωο
[Eminem - Verse 2] Now I ain't much of a poet But I know somebody once told me to seize the moment And don't squander it Cause you never know when it could all be over Tomorrow so I keep conjuring Sometimes I wonder where these thoughts spawn from (Yeah, ponder it, do you want this? there's no wonder you're losing your mind the way you're wandering?) I think you've been wandering off down yonder and stumbled onto Jeff VanVonderen	Εμινεμ – Βερσιόν 2] Τώρα δεν είμαι και τόσο καλός ποιητής Όμως ξέρω κάποιος κάποτε μου είπε να αδράξω τη στιγμή Και να μην την σπαταλώ Επειδή δεν ξέρεις πότε όλα μπορεί να τελειώσουν αύριο Έτσι συνεχίζω να ξορκίζω Μερικές φορές διερωτώμαι από πού Ξεφυτρώνουν όλες αυτές οι σκέψεις (Ναι, αι αναρωτήσου, το θέλεις πραγματικά αυτό; Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι χάνεις το μυαλό σου με τον τρόπο που πορεύεσαι; Νομίζω ότι περιπλανιόσουν σε λημέρια όπου έπεσες πάνω στον Jeff VanVonderen
Cause I needed an interventionist to intervene between me and this monster And save me from myself and all this conflict Cause the very thing that I love is killing me and I can't conquer it My OCD is conking me in the head	επειδή χρειαζόμουν ένα μεσάζοντα ο οποίος να μεσολαβήσει ανάμεσα σε μένα και το τέρας και να με σώσει από τον εαυτό μου και όλη αυτή τη διένεξη Επειδή αυτό που αγαπώ με σκοτώνει και αδυνατώ να το νικήσω Η ιδεοψυχαναγκαστική (ΙΨΔ) διαταραχή

Keep knocking, nobody's home, I'm sleepwalking	μου κτυπά το κεφάλι συνεχίζει να κτυπά, κανένας δεν είναι μέσα, υπνοβατώ
I'm just relaying what the voice in my head saying	απλά μεταφέρω τι λέει η φωνή μέσα στο κεφάλι μου
Don't shoot the messenger, I'm just friends with the...	μην πυροβολείτε τον ταχυδρόμο, είμαι απλά φίλος με
Chorus]	[χορωδία]
I'm friends with the monster	Είμαι φίλος με το τέρας
That's under my bed	που βρίσκεται κάτω από το κρεβάτι μου
Get along with the voices inside of my head	τα πάω καλά με τις φωνές μέσα στο κεφάλι μου
You're trying to save me	προσπαθείς να με σώσεις
Stop holding your breath	σταμάτα να κρατάς την αναπνοή σου
And you think I'm crazy	και νομίζεις ότι είμαι τρελός
Well, that's nothing	Εε αυτό δεν είναι τίποτα
oh	Ωο, Ωο, Ωο, Ωο
Well, that's nothing	Εε αυτό δεν είναι τίποτα
oh	Ωο, Ωο, Ωο, Ωο
[Eminem - Verse 3]	[Εμινεμ – Βερσιόν 3]
Call me crazy, but I had this vision	Αποκάλεσε με τρελό, όμως είχα αυτό το όραμα
One day that, I'd walk amongst you a regular civilian	Μια μέρα ότι θα περπάταγα ανάμεσα σας ως φυσιολογικός πολίτης
But, until then,	Όμως, μέχρι τότε,
drums get killed and I'm Coming straight at Emcees, blood get spilled and I	Τα τύμπανα σκοτώνονται και γω γυρίζω κατευθείαν πίσω στους Emcees, το αίμα χύνεται
Take it back to the days that, I get on a Dre track	και με πάει πίσω στις μέρες που πέρασα με ένα τραγούδι του Dre
Give every kid who got played at Pumped the feeling and shit to say back	Δώσε σε κάθε παιδί που ξεγελάστηκε Και τίποτα σ'αυτά που τα ξεγέλασαν
To the kinds who played 'em	
I ain't here to save the fucking children	Δεν είμαι εδώ για να σώσω τα παιδιά
But if one kid out of a hundred million	Αλλά αν ένα παιδί από τα εκατοντάδες που περνά απ' αυτό το λούκι
Who are going through a struggle feels and it relates that's great	Είναι αμοιβή,
It's payback, Russell Wilson falling way back	αφήνοντας πολύ πίσω τον Russell Wilson,
In the draft, turn nothing into something still, can make that	που μετέτρεψε με το φύσημα του αέρα το τίποτα σε κάτι, Ακόμη μπορώ να το κάνω αυτό
In the draft, turn nothing into something still, can make that	Ακόμη μπορώ να το κάνω αυτό,
Straw in the gold chump I will spend	να μετατρέψω το άχυρο σε ντάνα,

Rumpelstiltskin in a hay stack	χρυσού θα ξοδέψω το Rumpelstiltskin σε ντάνα άχυρου.
Maybe I need a straightjacket, face facts	Μπορεί να χρειάζομαι ζουρλομανδύα, να αντιμετωπίσω την πραγματικότητα,
I am nuts for real, but I'm okay with that	είμαι αλήθεια τρελός, αλλά είμαι εντάξει
It's nothing, I'm still friends with the... Bridge]	με αυτό, είμαι ακόμη φίλος με [Γέφυρα]
I'm friends with the monster ⁹	Είμαι φίλος με το τέρας

⁹ Αναφορικά με τους στίχους του τραγουδιού “Monster”, του Eminem ανεπίσημα στοιχεία υποστηρίζουν ότι το τραγούδι πραγματεύεται κοινωνικά θέματα, όπως το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας και μιας αγάπης η οποία πονά, αλλά και θέματα τα οποία δύναται να οδηγήσουν σε ψυχική διαταραχή όπως η υπερβολική δόξα.

Στους στίχους, ο Eminem κάνει μνεία στον σταθμό της ζωής του και πως διαχειρίζεται την δόξα, ενώ η Rihanna μπαίνει στο ρεφρέν εξιστορώντας την «φιλία» με το τέρας κάτω από το κρεβάτι. Το τέρας αυτό σύμφωνα πάντα με τις ίδιες πηγές, δεν φαίνεται να αποτελεί ένα αποκύημα της φαντασίας της ή κάποιο ανατριχιαστικό πλάσμα που βγαίνει μόνο τη νύχτα. Το τέρας δεν μπορεί να αποτελεί αποκύημα της φαντασίας της, αλλά να είναι μέρος του μυαλού της, από την οπτική ότι, ότι δεν μπορούμε να δούμε, είναι συχνά πιο τρομακτικό από αυτό που μπορούμε να δούμε. Περαιτέρω, πολλές διασημότητες είχαν πρόβλημα διαχείρισης των παραφρόνων επιπέδων της δόξας. Ο βάνουσος κύκλος της δόξας δύναται να χειροτερέψει μια ήδη τραυματισμένη ψυχή. Εδώ, ο Eminem εισηγείται ότι προτιμά την επιτυχία με το πάθος του για τη μουσική, παρά τη δόξα, αλλά δεν μπορεί να αποδράσει από τη δεύτερη. Αυτό από μόνο του μπορεί να είναι εθισμός. Άνκαι το γνωρίζει αυτό ο Eminem, εντούτοις ότι συμβαίνει μέσα στο μυαλό του και στα αυτιά του είναι αυτό που καταλαμβάνει την σκέψη του. Η δόξα είναι κάτι που όλοι αναζητούν αλλά πολλοί δεν είναι σε θέση να το διαχειριστούν και ο ράπερ φαίνεται να συνειδητοποιεί ότι υπάρχει μια λεπτή ισορροπία μεταξύ της επιτυχίας και της φήμης, κάτι το οποίο γνωρίζει ότι θα πρέπει να ελέγξει με προσοχή, εφόσον και τα δύο μπορεί να εξαφανιστούν ανά πάσα στιγμή. Από την άλλη, για την Rihanna, το τέρας κάτω από το κρεβάτι της φαίνεται να είναι ο εαυτός της. Είναι αναπόσπαστο κομμάτι του εαυτού της και δεν χρειάζεται να το αποφύγει ή να το αρνηθεί. Εξάλλου, η αποδοχή των προβλημάτων και των περιορισμών ενός ατόμου ή μιας νόσου γενικότερα οδηγεί στην βελτίωση.

Διευκρινίζεται ότι τα ανωτέρω αποτελούν ανεπίσημα στοιχεία από την πηγή: Eminem, n.d., *The Monster' Feat. Rihanna – Song Meaning*, viewed 10 May 2015, <http://popcrush.com/eminem-the-monster-song-meaning/?trackback=tsmclip>

Στο τραγούδι γίνονται αναφορές σε διάφορες διασημότητες οι οποίοι δεν κατάφεραν όπως φαίνεται να διαχειριστούν τη δόξα όπως ο ράπερ Kool Keith, ο οποίος νοσηλευόταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σύμφωνα με ανεπίσημες πηγές που αφορούν την πηγή: Trainor, J n.d., *Kool Keith: Genius or Madman? Examining the evidence on a hip hop legend*, viewed 10 May 2015, <http://www.bendsource.com/bend/kool-keith-genius-or-madman-examining-the-evidence-on-a-hip-hop-legend/Content?oid=2132861>

That's under my bed	που βρίσκεται κάτω από το κρεβάτι μου
Get along with the voices inside of my head	τα πάω καλά με τις φωνές μέσα στο κεφάλι μου
I'm friends with the monster	Είμαι φίλος με το τέρας
That's under my bed	που βρίσκεται κάτω από το κρεβάτι μου
(Get along with)	(Τα πάω καλά με)
Get along with the voices inside of my head	τα πάω καλά με τις φωνές μέσα στο κεφάλι μου
(You're tryna)	(προσπαθείς να)
You're trying to save me	προσπαθείς να με σώσεις
Stop holding your breath	σταμάτα να κρατάς την αναπνοή σου
And you think I'm crazy	και νομίζεις ότι είμαι τρελός
Yeah, you think I'm crazy	ναι, νομίζεις ότι είμαι τρελός (τρελός)
Well, that's nothing	Εε αυτό δεν είναι τίποτα

4.3.3.3 Ζωγραφική

Μέσω της ζωγραφικής, οι καλλιτέχνες εκφράζουν τις δικές τους σκέψεις, τα δικά τους βιώματα, αισθήματα και διάθεση. Συγκεκριμένα, καλλιτέχνες όπως ο Mark Rothko, Edward Munch και ο Bernard Buffet δήλωσαν ότι η δουλειά τους αντανάκλασε την καταθλιπτική τους διάθεση. Ιστορικοί της τέχνης και συγγραφείς έχουν ερμηνεύσει τους πίνακες κάποιων καλλιτεχνών, συμπεριλαμβανομένου και του Paul Cezanne, Vincent van Gogh και του Jackson Pollock ως βιώματα της νόσου τους (Jamison 1993 στον Rustin 2008).

Vincent van Gogh

Ο Vincent Van Gogh φαίνεται να διαγνώστηκε με επιληψία του κροταφικού λοβού, η οποία προήλθε από την κατάχρηση ενός αλκοολούχου ποτού, του Absinthe, παρουσία μεταιχμιακής βλάβης. Προηγουμένως, ο van Gogh φαίνεται ότι βίωσε αντιδραστική κατάθλιψη, ενώ υπάρχουν και διπολικά στοιχεία στο ιστορικό του (Blumer 2002).

Σε αρκετά από τα έργα του είναι εμφανής η επηρεασμένη του από τη νόσο του αντίληψη, οι εναλλαγές στην διάθεση, η εμμονή του με τον θάνατο και η ψύχωση, αλλά και το βίωμα του από τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

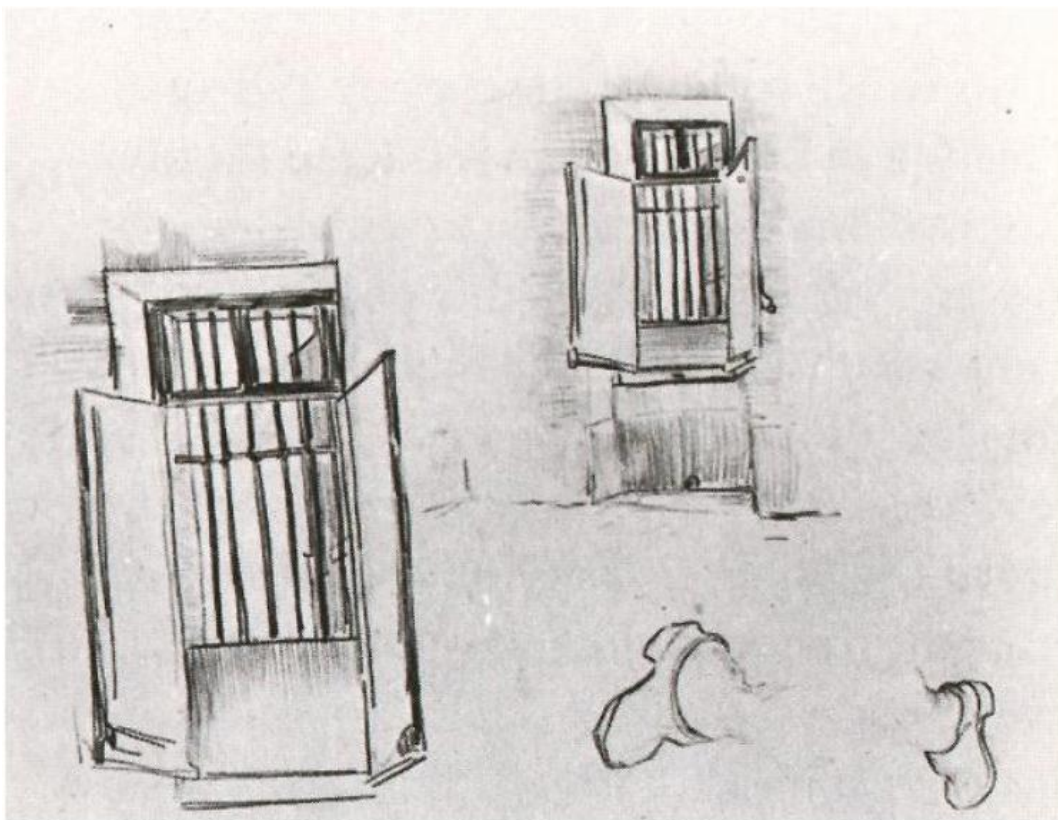
Εξάλλου, σύμφωνα με τεκμηριωμένα ερευνητικά στοιχεία, η δημιουργικότητα σχετίζεται με διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η Διπολική Διαταραχή (Thys et al.2013).

Το βίωμα του από την νόσο του περιγράφεται και σε αρκετές από τις επιστολές που αντάλλαξε με τον αδερφό του Theo, ο οποίος και τον φρόντιζε. Συγκεκριμένα, σε μία επιστολή του ο Theo περιγράφει τον Van Gogh ως εξής: «Φαίνεται σαν να ήταν δύο πρόσωπα: το ένα, υπέροχο, ταλαντούχο, τρυφερό και εκλεπτυσμένο, το άλλο εγωιστής και με σκληρή καρδιά. Οι εαυτοί παρουσιάζονται με εναλλαγή, έτσι ώστε ο ένας να ακούει τον άλλον να μιλά με έναν τρόπο, και μετά με έναν άλλο, και πάντα με επιχειρήματα και οι δύο πλευρές. Είναι κρίμα που ο εαυτός του είναι ο εχθρός του. Διότι κάνει την ζωή δύσκολη όχι μόνο για τους άλλους, αλλά και για τον εαυτό του (Hulsker 1977 στην Blumer 2002). Ακόμα και έτσι, ο Vincent επέμενε στην τελειοποίηση της τέχνης του.

Αποσπάσματα από επιστολές μετά την πρώτη νευρική κρίση, καταγράφουν την νοητική του κατάσταση: «Δεν είμαι σε θέση να περιγράψω επακριβώς τι μου συμβαίνει, τώρα και τότε είχα φριχτές κρίσεις άγχους, προφανώς χωρίς αιτία ή αλλιώς ένα αίσθημα κενού και κούραση στο κεφάλι. Και μερικές φορές έχω κρίσεις μελαγχολίας, και αποτρόπαιες τύψεις. Υπάρχουν στιγμές που σαλεύω ανάμεσα στον ενθουσιασμό ή την τρέλα ή την προφητεία, όπως ένα Ελληνικό μαντείο. Και τότε έχω μεγάλη ετοιμότητα λόγου» (Van Gogh-Bongers JG 1988 στην Blumer 2002).

Το βίωμα του από τον εγκλεισμό στο Ψυχιατρείο του Saint Remy στην Γαλλία αποτυπώνεται μέσα από διάφορους πίνακες συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω:

- Το Barred window (van Gogh 1889a), ο οποίος είναι ζωγραφισμένος με μαύρη κιμωλία, και ο οποίος φαίνεται να απεικονίζει τον αυτοεπιβαλλόμενο εγκλεισμό του καλλιτέχνη σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.



Εικόνα 1: Barred window (van Gogh 1989a)

- Stone steps in the garden of St Paul's Hospital at Saint Remy (van Gogh 1889b)
- Vestibule of St Paul's Hospital at Saint Remy (van Gogh 1889c)
- Window of Vincent's Studio at the asylum (van Gogh 1889d)

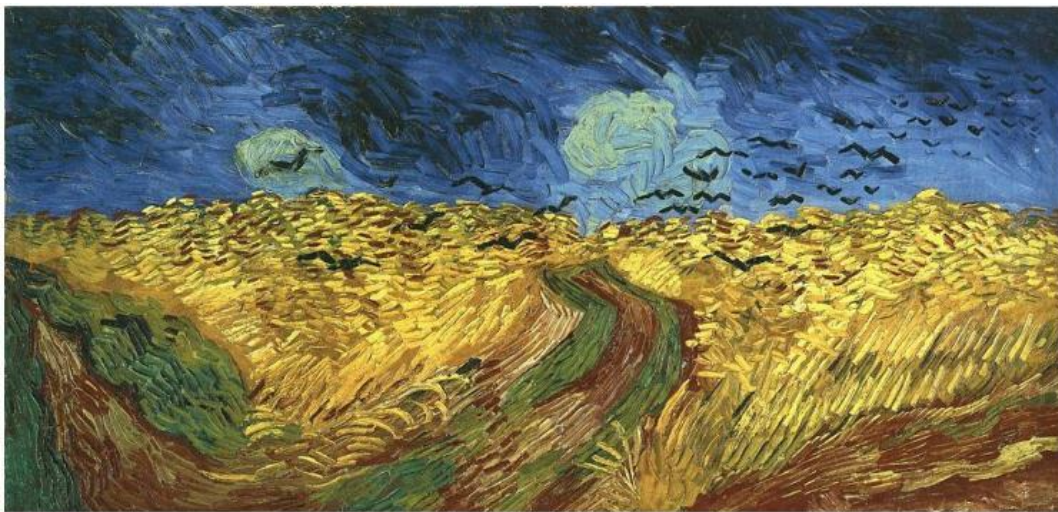
Βίωμα καταθλιπτικής διάθεσης και εμμονής με τον θάνατο βλέπουμε στα έργα του:

- Κοιμητήριο στην βροχή (Cemetery in the rain, van Gogh 1889e)



Εικόνα 2: Cemetery in the rain (Van Gogh 1889e)

- Κρεμασμένος σκελετός με γάτα (Hanging skeleton with cat, van Gogh, 1887)
- Χωράφι από σιτάρι με κοράκια (Wheat field with crows, van Gogh 1890a)



Εικόνα 3: Wheatfield with crows (van Gogh 1890a)

Συγκεκριμένα, ο πιο πάνω πίνακας «Χωράφι από σιτάρι με κοράκια», απεικονίζει ένα συννεφιασμένο ουρανό, γεμάτο με κοράκια πάνω στο σιτάρι. Το βίωμα της απομόνωσης αντανακλάται στο ζωγραφισμένο μονοπάτι, το οποίο δεν οδηγεί πουθενά, αλλά και από την

αβέβαιη κατεύθυνση της πτήσης που κάνουν τα κοράκια. Ο πίνακας φαίνεται να εκφράζει τη λύπη και το αίσθημα της ζωής που πλησιάζει στο τέλος, Τα κοράκια χρησιμοποιούνται από τον van Gogh, ως σύμβολα του θανάτου και αναγέννησης ή ανάστασης. Ο καλλιτέχνης φαίνεται να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσα από την νόσο του σε αυτό τον πίνακα ως ηττημένο.

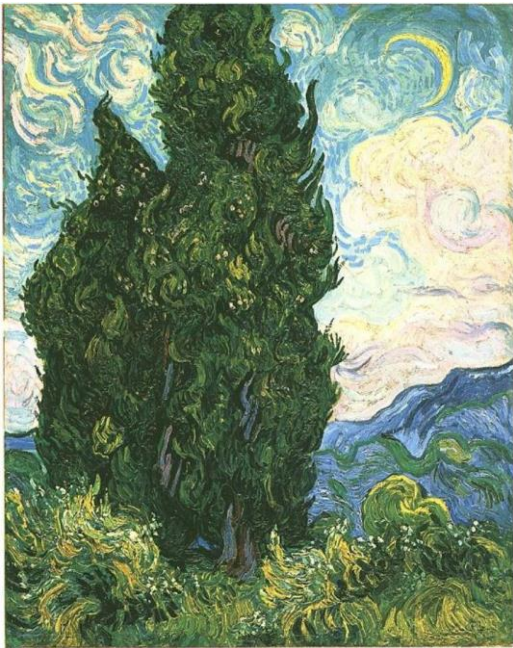
Στο πίνακα αυτό τα υπόλοιπα μονοπάτια φαίνεται να αντικατοπτρίζουν το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της ζωής του καλλιτέχνη. Το αριστερό και το δεξί μονοπάτι φαίνεται να αφηφούν τη λογική και να προέρχονται από το πουθενά, ως και να οδηγούν στο πουθενά, αντανακλώντας τη σύγχυση, την οποία βίωνε ο van Gogh αναφορικά με την πορεία που είχε πάρει η ζωή του.

Ο ουρανός, εμφανίζεται σκοτεινός, ίσως λόγω της δικής του ψυχικής κατάστασης. Τα κοράκια από την άλλη, ίσως να είναι και η πιο ισχυρή εικόνα μέσα από τον πίνακα, στις επιστολές τουλάχιστον του ζωγράφου δεν φαίνεται να εμφανίζονται ως προάγγελοι του θανάτου, εφόσον ο ίδιος ο ζωγράφος είχε μια ιδιαίτερη εκτίμηση προς όλα τα στοιχεία της φύσης (The Vincent van Gogh Gallery n.d., Letter 70, 5).¹⁰

Ο πίνακας αυτός, «Κυπαρίσσια» (van Gogh 1889f) αντικατοπτρίζει δύο κυπαρίσσια, σε ένα ηλιόλουστο τοπίο, γρασίδι λόφους, βουνά και καταγάλανο ουρανό. Τα δέντρα είναι καταθλιπτικά, μεγάλα, σκούρα και επιβλητικά. Ο ζωγράφος φαίνεται να βιώνει το αίσθημα του κινδύνου, της δύναμης αλλά και της αναταραχής, ωστόσο το φωτεινό φόντο το καθιστά ανθρώπινο και όμορφο. Τα χρώματα που χρησιμοποιεί, πράσινα δέντρα με μαύρο, αντικατοπτρίζουν τους κινδύνους που ελλοχεύονται. Γενικότερα, ο πίνακας φαίνεται να

¹⁰ Διευκρινίζεται ότι η συγκεκριμένη επιστολή στάλθηκε από τον van Gogh (1853-1890) ένα, Ολλανδό Μετά-Ιμπρεσιονιστή ζωγράφο (Brodskaiā 2010), στον αδερφό του Theo για να περιγράψει τον πίνακα 'Wheatfield with Crows' («Χωράφι με κοράκια». Η επιστολή αυτή αφορά την πηγή: The Vincent van Gogh Gallery, n.d., *The Letters from Vincent to Theo, Letter 70, 5 July 2876*, viewed 10 April 2015, <http://www.vggallery.com/letters/080_V-T_070.pdf>. Η ολοκληρωμένη συλλογή των επιστολών του van Gogh βρίσκεται στην εξής έκδοση: *The Complete Letters of Vincent van Gogh (3 volume set, 2000, MN, Bullfinch Press, USA.*

αντικατοπτρίζει μια αντίθεση ανάμεσα στον κίνδυνο και στην ασφάλεια, την συναισθηματική αναταραχή και την ευτυχία (van Gogh 1889f).



Εικόνα 4: Cypresses (van Gogh 1889f)

Στοιχεία από τον νοσηρό του εαυτό και βιώματα παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων διαφαίνονται στους πιο κάτω πίνακες:



Εικόνα 5: Starry night (van Gogh 1889g)

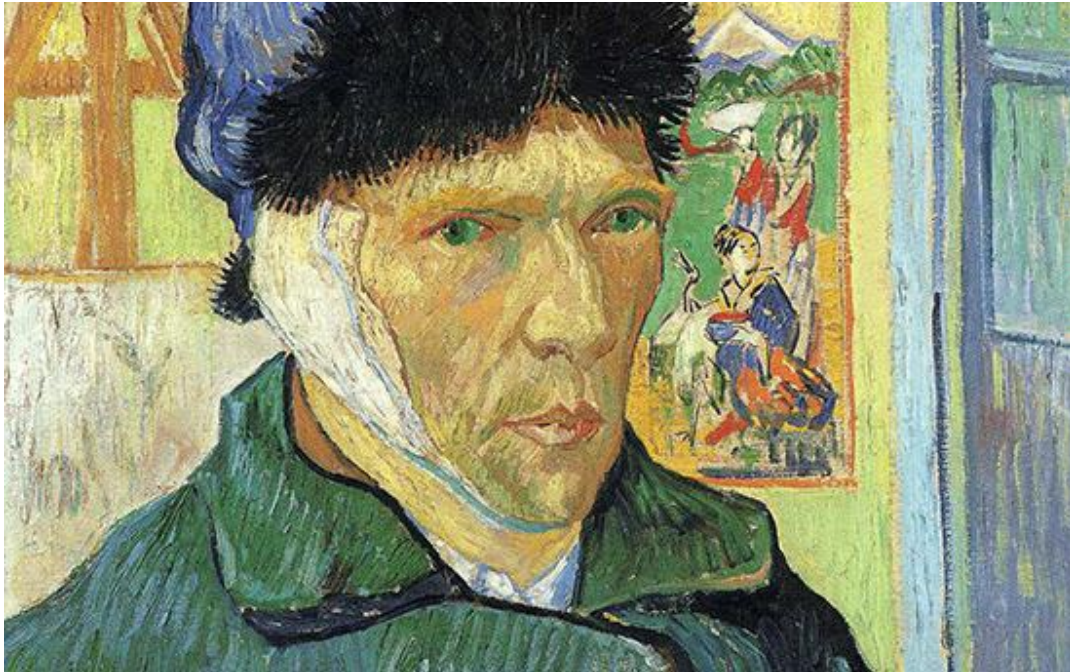
Ο πίνακας αυτός, εκφράζει το βίωμα της συναισθηματικής του έντασης, του άγχους του. Το φεγγάρι και τα αστέρια φαίνονται τόσο μεγάλα που δίνουν την εντύπωση ότι ο ουρανός είναι έτοιμος να πέσει πάνω μας. Τα κυπαρίσσια, τα οποία χρησιμοποιούνται, συνήθως στα κοιμητήρια, φαίνονται σχεδόν απειλητικά. Φαίνεται ότι ο VanGogh εκφράζει την δική του αίσθηση της πραγματικότητας, δίνοντας έμφαση στα αντικείμενα, τα οποία ήταν σημαντικά γι'αυτόν, ακόμα και αν αυτό είχε ως αποτέλεσμα την διαστρέβλωση τους. Μια ερμηνεία του πίνακα θα μπορούσε να ήταν ότι τα κυπαρίσσια αντιπροσωπεύουν την εσωτερική του αγωνία. Τα μικρά σπίτια από την άλλη φαίνονται όμορφα. Υπάρχουν φώτα και όλοι κοιμούνται, αγνοώντας τον νυχτερινό ουρανό, ο οποίος σφύζει από ζωή και τα κυπαρίσσια λικνίζονται μπροστά τους. Αυτό απεικονίζει κάποιο είδος αλλοτρίωσης και άγνοιας (van Gogh 1889g).

Πολλοί αναλυτές υποστηρίζουν ότι ο εν λόγω πίνακας αντιπροσωπεύει την θρησκευτικότητα του van Gogh, όπου χρησιμοποιεί μια ιστορία από την Παλαιά Διαθήκη. Στο βιβλίο «Γένεσις», ο Ιωσήφ είχε ένα όνειρο ότι έντεκα αστέρια, ο ήλιος και το φεγγάρι, συμβόλιζαν τα αδέρφια και τους γονείς του να πέφτουν στα γόνατα του (Παλαιά Διαθήκη n.d.).¹¹

Σε επιστολή του προς τον αδερφό του Theo, ο ίδιος ο van Gogh γράφει για τον συγκεκριμένο πίνακα: «Είναι καλό για μένα να εργάζομαι σκληρά. Αλλά αυτό δεν με εμποδίζει από το να έχω ανάγκη για πίστη. Έπειτα, βγαίνω έξω την νύχτα για να ζωγραφίσω τα αστέρια» (James & Beach 1991, p.259).

Όλα τα πορτραίτα του Van Gogh στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο απεικονίζουν τον καλλιτέχνη από την αριστερή πλευρά χωρίς να διαφαίνεται το ακρωτηριασμένο του αυτί. Το πορτραίτο του van Gogh με τον επίδεσμο στο αυτί “Self-Portrait with a Bandaged Ear” το ζωγράφησε όταν άρχισε να έχει σοβαρή ψυχική νόσο, συμπεριλαμβανομένων ψυχωτικών επεισοδίων. Το πορτραίτο αυτό δημιουργήθηκε μετά από ένα ψυχωτικό επεισόδιο, κατά το οποίο ο van Gogh κυνήγησε και απείλησε τον Gauguin με ένα μαχαίρι. Μετά από αυτό το επεισόδιο, ο Van Gogh επέστρεψε σπίτι, έκοψε το αυτί του και το προσέφερε σε μια πόρνη ως δώρο (van Gogh 1889h).

¹¹ Διευκρινίζεται ότι η συγκεκριμένη παράγραφος, η οποία αντιστοιχεί στην συγκεκριμένη πηγή: Παλαιά Διαθήκη, n.d. ‘ Η ιστορία του Ιωσήφ και των αδερφών του’ στο *Γένεσις*, viewed 29 Απριλίου 2015, http://users.sch.gr/aiasgr/Palaia_Diathikh/Genesis/Genesis.htm αφορά αδημοσίευτα στοιχεία. Χρησιμοποιείται εδώ, για να περιγράψει τη θέση διαφόρων αναλυτών, οι οποίοι δεν διευκρινίζεται ποιοι είναι και υποστηρίζουν ότι ο πίνακας του van Gogh ‘Starry Night’ (van Gogh 1889g) αντιπροσωπεύει τη θρησκευτικότητα του van Gogh μέσα από μια ιστορία από την Παλαιά Διαθήκη, η οποία είναι η αρχαιότερη από τις δύο συλλογές βιβλίων που αποτελούν την Αγία Γραφή και αναφέρεται στην αποκάλυψη του Θεού και στην αρχική συνδιαλλαγή του με το έθνος του Ισραήλ με σκοπό να ευλογηθεί ολόκληρη η ανθρωπότητα. Συγκεκριμένα, οι αναλυτές υποστηρίζουν ότι ο van Gogh δανείζεται μια ιστορία από τα βιβλία του κανόνα της Παλαιάς Διαθήκης, το βιβλίο «Γένεσις», όπου ο Ιωσήφ είχε ένα όνειρο ότι έντεκα αστέρια, ο ήλιος και το φεγγάρι, συμβόλιζαν τα αδέρφια και τους γονείς του να πέφτουν στα γόνατα του.



Εικόνα 6: Self –Portrait with a Bandaged Ear (van Gogh 1889h)

Το πορτραίτο που ζωγράφησε το (1889), είναι ένα από τα τελευταία του πορτραίτα. Το πορτραίτο αυτό το φιλοτέχνησε κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού του στο Saint Remy, από τον Ιούλιο του 1889 λόγω ενός ψυχωτικού επεισοδίου. Το επεισόδιο αυτό τον κατέστησε ανίκανο να ζωγραφίσει για αρκετές εβδομάδες οπότε μόλις ξαναεπανήλθε ζωγράφησε το συγκεκριμένο πορτραίτο.

Το συγκεκριμένο πορτραίτο απεικονίζει το βίωμα της αγωνίας του. Το έντονο στροβιλίζων φόντο συνιστά την αντίληψη του ζωγράφου για τον εξωτερικό κόσμο, ως χαοτικού (van Gogh 1889h).

Στοιχεία Μανίας και Διπολικής Διαταραχής διαφαίνονται στους πίνακες:

- Rain (van Gogh 1889i)



Εικόνα 7: Rain (van Gogh 1889h)

- Poppies with butterflies (van Gogh 1890b)
- Village street in Auvers (van Gogh 1890c)
- The raising of Lazarus. Ειδικότερα ο πίνακας “The raising of Lazarus”, φαίνεται να απεικονίζει το βίωμα του van Gogh ως ζωντανού και νεκρού, όπως βίωσε τη νόσο του (van Gogh 1890d).

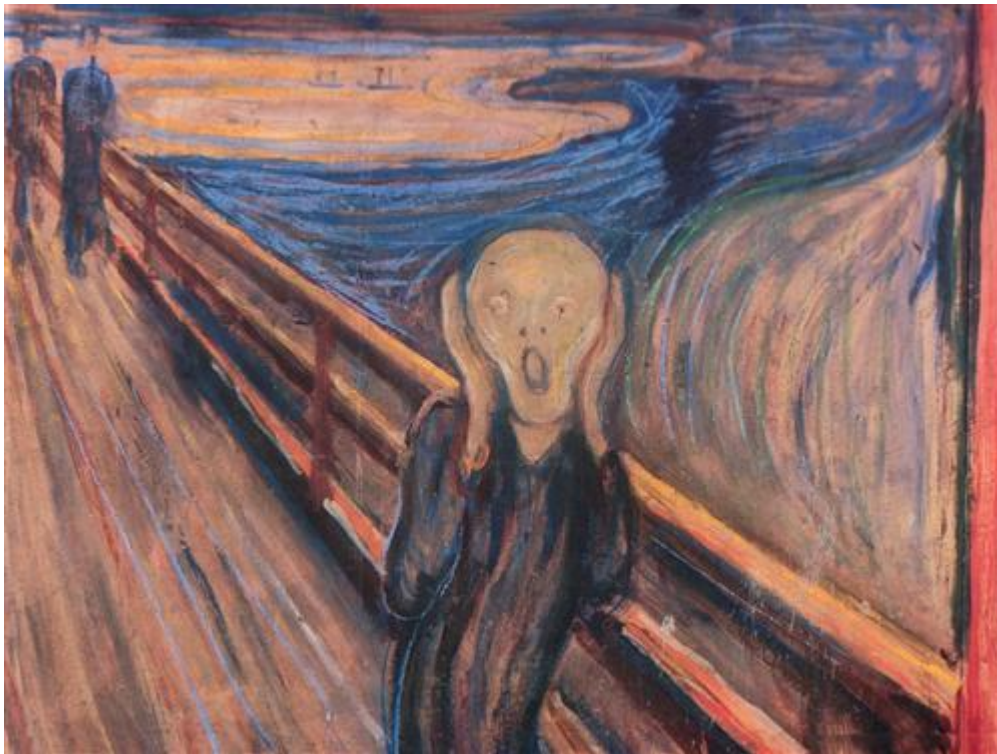


Εικόνα 8: The raising of Lazarus (van Gogh 1890d)

Edward Munch

Άλλοι Μετά-Ιμπρεσιονιστές έχουν εκφράσει, επίσης, το βίωμα της ψυχικής τους νόσου μέσα από τη δουλειά τους. Το πιο διάσημο έργο είναι «Η κραυγή» (the scream, Munch 1893) του Edvard Munch, το οποίο απεικονίζει ένα απελπισμένο άντρα, να ωρύεται στην απελπισία του. Ο πίνακας φαίνεται να αντανακλά το εσωτερικό άγχος του ίδιου του καλλιτέχνη, την προσωπική του υπαρξιακή κρίση. Στο φόντο, διαφαίνονται δύο άνθρωποι που περπατούν μακριά, προς μια άλλη κατεύθυνση, αντανακλώντας το βίωμα απομόνωσης και φόβου. Χρησιμοποιούνται τα χρώματα για να εκφραστούν οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ζωγράφου, όπως «κόκκινος ουρανός» και «μπλε μαύρο φιόρδ», τα οποία περιγράφονται σαν μια μαύρη τρύπα στην κόλαση, όπου «γλώσσες της φωτιάς» άγρια γλείφουν το άτομο που δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε ως άντρα ή γυναίκα. Στην περιγραφή του πίνακα, ο καλλιτέχνης χρησιμοποιεί συνεχώς τη λέξη «αίμα», σε συνδυασμό με το στροβίλισμα, κάτι που φαίνεται

να δείχνει τη σωματική και ψυχική βία, αλλά και την συνεχή οδύνη (Munch 1893 στον Rothenberg 2001).



Εικόνα 9: The scream (Munch 1893)

Άλλοι πίνακες του Munch, οι οποίοι φαίνεται να αντανakλούν την καταθλιπτική του διάθεση, την εμμονή του με τον θάνατο, αλλά και τις φοβίες του περιλαμβάνουν τους εξής:

- The Flower of Pain (Munch 1897), ο οποίος απεικονίζει τον καλλιτέχνη να δημιουργεί μέσα από τα βάσανα και την ωδίνη. Το λουλούδι το οποίο αντλεί τροφή από αυτό τον πόνο, συμβολίζει την τέχνη. Η τέχνη και η ζωή με αυτό τον τρόπο γίνονται ένα.



Εικόνα 10: The Flower of Pain (Munch 1897)

- Vampire (Munch 1895)
- Anxiety (Munch 1894)
- Melancholy (Munch 1892)
- Self-portrait in distress (Munch 1919)

By the Death bed (Fever), ο οποίος επικεντρώνεται στους τεθλιμμένους συγγενείς, οι οποίοι περιτριγυρίζουν μια κρυμμένη φιγούρα που κάθεται και η οποία θεωρείται ότι είναι η αδερφή του καλλιτέχνη, την θέση της οποίας έχει λάβει η φυσική ασθένεια (Munch 1893). Τα σκυμμένα κεφάλια και τα απαλά χρώματα απεικονίζουν τη μελαγχολική διάθεση στο δωμάτιο. Όλοι φαίνονται βυθισμένοι στις σκέψεις και στον πόνο τους. Το κρεβάτι παραμένει απεριποίητο με λίγο ίχνος αίματος πάνω στο μαξιλάρι, το οποίο απεικονίζει την φύση της ασθένειας. Ο τρόπος με τον οποίο ο Munch τοποθετεί τους συγγενείς, τονίζει την απομονωμένη φύση της θλίψης, την αίσθηση της μοναξιάς, ακόμα και όταν περιτριγυρίζεται από άλλους, καθιστώντας στον θεατή σαφές ότι εκτυλίσσεται μια τραγωδία. Η ασθένεια είναι μια απόκλιση από την υγεία, την καλοσύνη, τη δύναμη, την τελειότητα, την ομορφιά, αυτό εξηγεί τις αντιδράσεις των μελών της οικογένειας. Όπως το παραδοσιακό μοντέλο των κοινωνικών δομών, η οικογένεια είναι αυτή που μας στηρίζει στο να χτίσουμε τις ζωές μας. Ο Munch από την άλλη βιώνει το ρόλο της οικογένειας ως φυλακής, ενός ζουρλομανδύα που κάνει την ατομική ελευθερία αδύνατη. Ο Munch χρησιμοποιεί την ασθένεια ως έναν τρόπο

για να φέρει στο προσκήνιο την σύγκρουση του ατόμου με την κοινωνία, μια σύγκρουση που τον στοιχειώνει καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του (Dolores & Blanco 2012).



Εικόνα 11: By the Death bed (Fever) (Munch 1893)

Ο ίδιος ο καλλιτέχνης αντιλαμβάνεται την νόσο του ως «από τους πιο φοβερούς εχθρούς της ανθρωπότητας», «ως ένα από τους μαύρους αγγέλους μαζί με τον θάνατο που στέκονταν στην κούνια του».

Mark Rothko

Ο Mark Rothko(1903-1970) χρησιμοποιεί σκοτεινά χρώματα όπως μαύρο και σκούρο μπλέ στους πίνακες του εκφράζοντας το βίωμα της κατάθλιψης του. Ο Rothko επηρεασμένος από έργα του Γερμανού Φιλόσοφου Νίτσε, αντικατοπτρίζει στους πίνακες του μια αντίθεση ανάμεσα στο ορθολογικό και συναισθηματικό στοιχείο.

Untitled 4, Untitled (Rothko 1964,1969).



Εικόνα 12: Untitled 4 (Rothko 1964)

Bryan Charnley

(Bryan Charnley 1991 στον Hur 2014)

«Νοιώθω ότι είμαι πάντοτε διχασμένος εναντίον του εαυτού μου και από τον εαυτό μου».

Ο Bryan Charnley βίωσε τη σχιζοφρένεια μέσα από τους πίνακες του, μετά από εθελούσια παύση της φαρμακευτικής αγωγής, για την οποία υποστήριζε ότι μείωνε τη δημιουργικότητα του. Τα πορτραίτα του εαυτού του, συνοδευόμενα από ένα ημερολόγιο των σκέψεων και συναισθημάτων του, δείχνουν την εξέλιξη της νόσου. Μέρους αυτών παρατίθενται παρακάτω.

6 Μαΐου 1991

[...] «Οι άνθρωποι γύρω μου δεν μπορούν να καταλάβουν γιατί ήμουν τόσο ηλίθιος και δεν μπορούν με συγχωρέσουν. Μπορώ μόνο να πω ότι δεν μπορώ να κοινωνικοποιηθώ καθόλου, λόγω της λεκτικής μου αδυναμίας και αυτό προκαλεί μια τραγωδία. Έτσι είμαι ένας στόχος. Τα νύχια στα μάτια μου εκφράζουν το ότι δεν μπορώ να δω, ενώ οι υπόλοιποι άνθρωποι έχουν μια έξτρα αισθητηριακή αντίληψη, και είμαι τυφλός από την άποψη αυτή. Η αγάπη πονάει. Κρατώ τις αποστάσεις μου από τις γυναίκες με συμβουλή του ψυχιάτρου μου. Στα δύο δισκία Deripol συν δύο δισκία αντικαταθλιπτικών Tryptisol» (Charnley 1991a).



Εικόνα 13: Self-portraits 6th May 1991 (Charnley 1991a)

24 Μαΐου 1991

«Ίσως η σπασμένη μου καρδιά είναι η αιτία για τα πάντα. Σίγουρα πονάει. Αυτό εκφράζεται καλύτερα από την αριστερή πλευρά. Οι αράχνες στα δεξιά είναι για να εκφράσω τις αναστολές μου και το συναίσθημα που έρχεται σαν να αναδύονται οι σκέψεις μου στην επιφάνεια και εκπέμπουν. Τρομακτικό. Τώρα, αισθάνομαι όλη την ώρα ότι είμαι όλο και πιο κοντά σε μια πιο οξεία έκφραση της σχιζοφρένειας μου. Από τις 19 Μαΐου του 1991 είχα μειώσει τη φαρμακευτική μου αγωγή σε 1 ½ καρτέλα Deripol συν μια καρτέλα 25mg Tryptisol» (Charnley 1991b)



Εικόνα 14: Self-portraits 24th May 1991 (Charnley 1991b)

27 Ιουνίου 1991

«[...] Οι αισθήσεις μου έχουν καμφθεί από φόβο μην πέσω σε ψευδαισθήσεις. Όπως οι βλεφαρίδες, οι οποίες είναι ένα σημείο κάμψης στην περιφέρεια της έκφρασης μου. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο ένοιωθα τυφλός όλη την ώρα. Ο θυμός: «Είναι θυμωμένος μαζί σας, είναι τρελός». Είναι η αιτία του φόβου. ο θυμός είναι σε μια λανθάνουσα, ασυνείδητη κατάσταση, αλλά προκαλεί παράνοια, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε χαρακτηριστικά συμπτώματα σχιζοφρενικών ψευδαισθήσεων. Αλλά είμαι ακόμα σε μια οξεία κοινωνικά μειονεκτική θέση. Μπορεί αυτό να αλλάξει ποτέ ή ο θυμός θα παραμείνει πάντα; Έχω την πρόθεση να καταγράψω την πορεία μου με περισσότερα πορτραίτα του εαυτού μου, τα οποία θα καταγράψουν ως ένα σημαντικό έγγραφο του τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος και σχιζοφρενής» Ένα 1 ¼ Depixon (3mg το καθένα) από την 22^η Ιουνίου 1991 (Charnley 1991c).

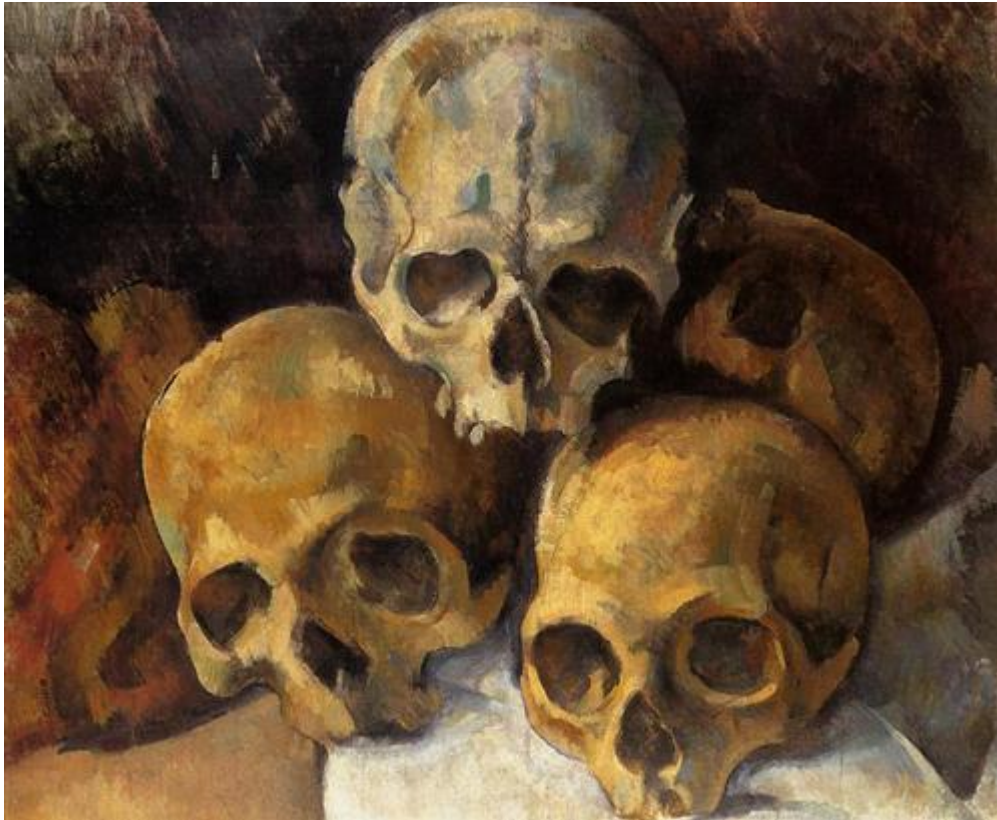


Εικόνα 15: Self-portraits 27th June 1991 (Charnley 1991c)

Paul Cezanne

Ο Paul Cezanne, βίωσε κατάθλιψη, την οποία αναπαριστούσε μέσα από διάφορους πίνακες όπως:

- Pyramid of Skulls (Cezanne 1900a)



Εικόνα 16: Pyramid of skulls (Cezanne 1900a)

- The murder (Cezanne 1868)
- Three skulls on an Oriental rug (Cezanne 1900b)
- Young man and skull (Cezanne 1898)
- Self Portrait (Cezanne 1903)

Ο ίδιος αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Ο κόσμος δεν με καταλαμβαίνει και δεν καταλαβαίνω τον κόσμο, γι'αυτό τον λόγο αποσύρομαι από αυτόν» (Cezanne n.d).

«Θα πρέπει να είμαι περισσότερο λογικός και να αντιληφθώ ότι στην ηλικία μου, οι ψευδαισθήσεις μετά δυσκολίας επιτρέπονται και πάντα θα με καταστρέφουν» (Cezanne n.d.).¹²

Η εμμονή του Cezanne με τον θάνατο διαφαίνεται μέσα από τα έργα του, τα οποία αναπαριστούν κρανία και πορτραίτα του εαυτού του. Η μάζα του κρανίου τονίζεται τόσο στα πορτραίτα του εαυτού του, στο κάτω μισό του προσώπου του το οποίο επισκιάζεται από την γενειάδα του, ενώ τα κρανία στερούνται κάτω γνάθου. Τα κρανία που ζωγράφιζε θα μπορούσαν, επίσης, να ήταν στοιχεία της θρησκευτικότητας του, εφόσον αποτελούσαν σύμβολα της πίστης για τους καθολικούς.

4.3.3.4 Κινηματογραφικές ταινίες

« Ο φύλακας της αδελφής μου» (My sister's keeper), η οποία είναι μια ταινία βασισμένη στην αληθινή ιστορία που καταγράφεται στο βιβλίο της Margaret Moorman (2002) για ένα κορίτσι, το οποίο από παιδική ηλικία βιώνει σοβαρή ψυχική νόσο. Μπαινοβγαίνει σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, παλεύει για ανεξαρτησία ενάντια στην μητέρα της, η οποία της ασκεί έλεγχο. Μετά τον θάνατο της μητέρας της, η αδελφή της, η οποία είχε αποκοπεί από την οικογένεια της λόγω της ψυχικής νόσου της αδελφής της, προσπαθεί να ισορροπήσει τις ανάγκες της αδελφής της, με τις δικές της ανάγκες,

Απόσπασμα από την ταινία (My sister's keeper 2002):

«Τα φάρμακα το μόνο που κάνουν είναι να μεταμφιέζουν ότι υπάρχει μέσα μου» (The medicines only mask what's inside me).

¹² Διευκρινίζεται ότι το συγκεκριμένο απόσπασμα αναφέρεται στις ψευδαισθήσεις που βίωσε ο Paul Cezanne (1839-1906), ο οποίος υπήρξε Γάλλος Μετα-Ιμπρεσιονιστής ζωγράφος (Brodskaiā 2010) και φέρεται να υπέφερε από κατάθλιψη. Η πηγή στην οποία αναφέρεται αφορά:

Cezanne, P, n.d., *Paul Cezanne Quotes*, viewed 10 April 2010, <http://www.brainyquote.com/quotes/authors/p/paul_cezanne_2.html>

«Ένα υπέροχο μυαλό» (A Beautiful Mind).

Η ταινία αυτή περιγράφει την ιστορία του John Nash ενός εφυσού μαθηματικού, στον οποίο απονεμήθηκε το βραβείο Νόμπελ το 1993, στα οικονομικά. Ο John Nash, του οποίου η δουλειά επηρεάστηκε από το βίωμα της Σχιζοφρένειας φαίνεται να παλεύει με τη νόσο και να βελτιώνεται. Βασισμένη στο βιβλίο της Nasar (1998).

Αποσπάσματα από το Βιβλίο A Beautiful Mind

«Το διάστημα που ακολουθούσε μετά από μακροχρόνιο εγκλεισμό σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, επιτέλους άφηνα τις παραληρητικές ιδέες μου και επανερχόμουν στην σκέψη του εαυτού μου ως ανθρώπου που ανήκε σε περισσότερες συμβατικές περιστάσεις» (Nash 1995 στη Nasar 1998, σελ. 295).

«Ήταν πολύ περίεργος. Πίστευε ότι υπήρχαν μαγικοί αριθμοί, επικίνδυνοι αριθμοί, ότι με τον τρόπο αυτό έσωζε τον κόσμο» (Nash 1995 στη Nasar 1998, σελ.320).

« Οι στιγμές του παραλογισμού μου» (Nash 1995 στη Nasar 1998, σελ. 325-326).

«Οι μόνες περιόδους όπου ήταν σχετικά ελεύθερος από παραληρητικές ιδέες και άλλα και από την διάβρωση της βούλησης του, ήταν οι περιόδους είτε μετά την αγωγή της ινσουλίνης είτε της χρήσης των αντιψυχωτικών. Με άλλα λόγια τα φάρμακα παρά να τον μετατρέψουν σε ζόμπι, φαινόταν ότι μείωναν την συμπεριφορά «ζόμπι» (Nasar 1998, σελ.155).

Για τον Nash, η ανάκτηση της καθημερινής ορθολογικής του σκέψης, παρήγαγε μια αίσθηση της μείωσης και της απώλειας. Βίωσε την διαύγεια της σκέψης του ως επιδείνωση.

« Η ορθολογική σκέψη επιβάλλει ένα όριο στην αντίληψη του ατόμου από την σχέση του με το σύμπαν. Αναφέρεται στις υφέσεις, όχι σαν χαρούμενη επιστροφή σε ένα υγιές στάδιο αλλά ως πρελούδια τρόπων τινά, του αναγκαστικού ορθολογισμού» (Nasar 1998, σελ. 141).

«The Virgin Suicides» (Οι αυτοκτονίες των παρθένων)

Το «The Virgin Suicides», αποτελεί το πρώτο μυθιστόρημα του Jeffrey Eugenides, το οποίο γράφτηκε το 1993. Η ιστορία διαδραματίζεται στο Grosse Pointe, του Michigan κατά το 1970, και αφορά στην διήγηση του τελευταίου χρόνου της ζωής πέντε αδελφών κοριτσιών. Ειδικότερα, το μυθιστόρημα αφορά στην ιστορία της οικογένειας Lisbons, μιας Καθολικής οικογένειας, η οποία ζει στα προάστια του Grosse Pointe, στο Michigan και των οποίων η

ζωή αλλάζει δραματικά μέσα σε ένα καλοκαίρι, όταν η Cecilia, μια στωική και έξυπνη κοπέλα, η οποία χαρακτηρίζεται ως «απροσάρμοστη», αποπειράται να αυτοκτονήσει κόβοντας τις φλέβες της στην μανιέρα. Την προλαβαίνουν και επιζεί. Μερικές βδομάδες αργότερα, οι γονείς επιτρέπουν στα κορίτσια να κάνουν ένα πάρτυ, με σκοπό να ευθυμίσουν την Cecilia. Ωστόσο, η Cecilia φεύγει και πηδά από το παράθυρο του δεύτερου ορόφου του υπνοδωματίου της, πεθαίνει καθώς καρφώνεται σε μια από τις σιδερένιες αιχμές του φράκτη παρακάτω. Το συμβάν, κάνει περισσότερο υπερπροστατευτικούς τους γονείς της. Οι αδελφές της, εν τω μεταξύ, φλερτάρουν ασύστολα με κάποια αγόρια και κλείνουν ραντεβού να τα συναντήσουν. Ενώσω τα αγόρια περιμένουν τα κορίτσια, τα κορίτσια αυτοκτονούν μετά από μια προσυμφωνημένη αυτοχειρία μέσα στο σκοτάδι. Το ένα κορίτσι απαγχονίζεται, το άλλο κάνει κατάχρηση χαπιών και το τρίτο πεθαίνει μετά από δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα, αφού είχε κλειδωθεί στο γκαράζ με τον σκοπό αυτό. Το τέταρτο κορίτσι, διαπράττει απόπειρα αυτοκτονίας με το να βάλει το κεφάλι της στον φούρνο, αλλά αυτό ήταν μια αποτυχημένη προσπάθεια. Τα αγόρια, τα οποία και επισκέφτηκαν το σπίτι, φεύγουν όταν βρίσκουν το πρώτο κορίτσι στο υπόγειο κρεμασμένο. Μετά από ένα μήνα, το τέταρτο και τελευταίο κορίτσι καταφέρνει να πεθάνει, καθώς κάνει κατάχρηση χαπιών, την ίδια μέρα που πέθανε η αδελφή της σε ένα γειτονικό πάρτυ. Μη γνωρίζοντας πώς να αντιδράσουν, οι γείτονες συνεχίζουν την ζωή τους. Οι εφημερίδες καταγράφουν το συμβάν με έμφαση στο ότι οι αυτοχειρίες διαπράχθηκαν, ένα χρόνο μετά την πρώτη απόπειρα της πρώτης αδελφής, της Cecilia και χαρακτηρίζοντας τα κορίτσια αυτά ως «πλάσματα τόσο αποκομμένα από τη ζωή, όπου ο θάνατος δεν αποτελούσε μεγάλο μέρος αλλαγής». Μετά τις κηδείες των κοριτσιών, οι γονείς τους εγκαταλείπουν την γειτονιά, μαζί με κάθε προσπάθεια να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή (Eugenides 1993).

Η ιστορία γυρίστηκε σε ταινία το 1999 και σκηνοθετήθηκε από την Sofia Coppola, η οποία και παρουσιάστηκε στο φεστιβάλ των Καννών. Η ταινία βασίστηκε σε πολύ μεγάλο μέρος στο ίδιο το μυθιστόρημα και φαίνεται να παρουσιάζει και να πραγματεύεται τα προβλήματα των εφήβων (Coppola 1999).

Αποσπάσματα από το βιβλίο (The Virgin Suicides, 1993)

«[...] Όπου πήγαν για να είναι μόνες για όλο τον χρόνο, μόνες στην αυτοκτονία, η οποία είναι βαθύτερη από τον θάνατο, και όπου δεν θα βρούμε ποτέ τα κομμάτια τους για να τα συνδέσουμε».¹³

«Στο μεταξύ, ένα τοπικό τηλεοπτικό πρόγραμμα επικεντρώθηκε στο θέμα της αυτοκτονίας των εφήβων, προσκαλώντας δύο κορίτσια και ένα αγόρι να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους έκαναν απόπειρες. Τους ακούσαμε, αλλά ήταν καθαρό ότι είχαν λάβει αρκετή θεραπεία για να μάθουν την αλήθεια» (Eugenides 1993, Chapter 3, p. 97).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Qin et al. 2002) το βιβλίο αφορά σε μεταδοτικές/μιμητικές αυτοκτονίες, εφόσον η αυτοκτονία της πρώτης αδελφής, θεωρείται ως καταλυτική για τις υπόλοιπες. Τα ερευνητικά δεδομένα (Qin et al. 2002), υποστηρίζουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της απόπειρας της αυτοκτονίας και της κοινής οικογενειακής ψυχοπαθολογίας (π.χ. κατάθλιψη και ικανότητας για αυτοκτονία) και της γενετικής προδιάθεσης. Αυτό μπορεί να υποστηρίξει το γεγονός ότι αυτές οι παρόμοια καταστροφικές ενέργειες των κοριτσιών (κάπνισμα στα κρυφά, πρόκληση των αγοριών να δουν τον θάνατο τους, οι υποσυνείδητες αποφάσεις τους, οι οποίες τελικά τις οδήγησαν στον θάνατο) ήταν βιολογικά προκαθορισμένες. Φυσικά, άλλα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι μεταδοτικές/μιμητικές αυτοκτονίες είναι αποτέλεσμα των γενετικών παραγόντων, κάτι το οποίο σημαίνει ότι οι αυτοκτονίες των υπόλοιπων κοριτσιών δεν ήταν αποτέλεσμα της μίμησης αυτής, οι οποίες ξεκίνησαν ως αλυσιδωτές αντιδράσεις της τραγωδίας αυτής, αλλά είχαν βιολογική προδιάθεση (Baldessarni & Hennen 2004).

¹³ Διευκρινίζεται ότι το πιο πάνω απόσπασμα αναφέρεται σε αυτούσιο απόσπασμα από το βιβλίο του Eugenides J 1993, *The Virgin Suicides*, Farrar Straus and Giroux, United States, εντούτοις δεν αναφέρονται σελίδες εφόσον σχετίζεται με την δευτερογενή πηγή: *The virgin suicides* n.d., viewed 17 June 2015, https://en.wikiquote.org/wiki/The_Virgin_Suicides

«Veronica Decides to Die» (Η Βερόνικα αποφασίζει να πεθάνει)

Το μυθιστόρημα αυτό του Paulo Coelho (2011), πραγματεύεται την ιστορία μιας 24χρονης από την Σλοβενία, της Βερόνικα, η οποία έχει τα πάντα αλλά αποφασίζει να πεθάνει με το να κάνει κατάχρηση χαπιών. Επίσης, ενώ περιμένει να πεθάνει, αποφασίζει να διαβάσει ένα περιοδικό και τυχαία βρίσκει ένα άρθρο για την Σλοβενία. Τότε, λαμβάνει την απόφαση να γράψει ένα γράμμα στον Τύπο, τεκμηριώνοντας ότι η αυτοκτονία της ήταν αποτέλεσμα του ότι οι άνθρωποι δεν ήξεραν που είναι η Σλοβενία. Το σχέδιο αυτοκτονίας της αποτυγχάνει και ξυπνά σε ένα Ψυχιατρικό νοσοκομείο, το Vilette, στην Σλοβενία, όπου της λένε ότι έχει μόνο μερικές μέρες ακόμα να ζήσει. Η παρουσία της επηρεάζει και τους άλλους χαρακτήρες του μυθιστορήματος, άλλους ψυχικά ασθενείς στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο όπου νοσηλεύεται, και συγκεκριμένα μια ασθενή με κλινική κατάθλιψη και μια με κρίσεις πανικού, καθώς και έναν άντρα με Σχιζοφρένεια, τον οποίο και ερωτεύεται. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στο Ψυχιατρικό νοσοκομείο αντιλαμβάνεται ότι δεν έχει τίποτα να χάσει και ως εκ τούτου μπορεί να κάνει ότι θέλει, να λέει ότι θέλει χωρίς να ανησυχεί για το τι σκέφτονται οι άλλοι για εκείνη. Άλλωστε, ως ψυχικά ασθενής δεν πρόκειται να την γίνει αντικείμενο αρνητικής κριτικής. Λόγω αυτού του γεγονότος, η ηρωίδα ανακαλύπτει όλα τα πράγματα, τα οποία δεν επέτρεπε στον εαυτό της να βιώσει, συμπεριλαμβανομένου του μίσους. Στο μεσοδιάστημα, ο ψυχίατρος της, Dr. Igor, επιχειρεί ένα προκλητικό πείραμα: μπορείς να «σοκάρεις» κάποιον με το να τον κάνεις να θέλει να ζήσει αφού τον έχεις πείσει ότι επικείται ο θάνατος του; Η «πρόγνωση» του ψυχίατρου, σηματοδοτεί την νέα εκτίμηση του κόσμου από την Βερόνικα (Coelho 2011).

Το μυθιστόρημα στηρίζεται εν μέρει στην βιογραφία του Coelho, και συγκεκριμένα στην εμπειρία του από διάφορα ψυχιατρικά ιδρύματα (Agiás 2001), και πραγματεύεται την τρέλλα. Το κεντρικό νόημα είναι: «η συλλογική τρέλα ονομάζεται λογική».

Το «Veronica Decides to Die» γυρίστηκε και σε ταινία (Young 2009).

Αποσπάσματα από την ταινία (Veronica Decides to Die 2009)¹⁴.

«Δεν ήμουν ο εαυτός μου ψες το βράδυ. Ή μάλλον ήμουν. Τίποτα δεν βγάζει νόημα πλέον» (Veronica στην Young 2009).

«Θέλω ο κόσμος να ξέρει ότι σκοτώνω τον εαυτό μου παρά ότι συμμετέχω σε αυτή την συλλογική τρέλα του κόσμου στον οποίο ζούμε. Αυτό δεν είναι ο πραγματικός κόσμος» (Veronica στην Young 2009).

«Λοιπόν αφού αποφασίσατε ότι έχω κατάθλιψη, ή οτιδήποτε άλλο, θα μου δώσετε φαρμακευτική αγωγή σωστά; Καλά, ξέρω εκατοντάδες ανθρώπους οι οποίοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και είναι όλοι τους μια χαρά. Πραγματικά, θα επιστρέψω πίσω στη δουλειά μου με τα καινούρια μου αντικαταθλιπτικά, θα τρώω δείπνο με τους γονείς μου και θα τους πείσω ότι επέστρεψα πίσω και είμαι μια κανονική γυναίκα η οποία δεν τους δημιουργεί ποτέ προβλήματα» (Veronica στην Young 2009).

Αποσπάσματα από το βιβλίο «Veronica Decides to Die» (Η Βερόνικα αποφασίζει να πεθάνει)¹⁵

«Να είσαι τρελλός! Αλλά μάθε πώς να είσαι τρελλός χωρίς να είσαι το κέντρο της προσοχής. Να είσαι θαραλλέος αρκετά να ζήσεις διαφορετικά» (Coehlo 2011).

«Είσαι κάποιος που είναι διαφορετικός, αλλά θέλει να είναι όπως όλοι οι άλλοι. Και αυτό είναι κατά την άποψη μου η σοβαρή ψυχική νόσος. Ο Θεός σε επέλεξε να είσαι διαφορετικός. Για ποιο λόγο δυσαρεστείς τον Θεό με αυτή την στάση;» (Coehlo 2011).

«Εάν κάποια μέρα καταφέρω να βγω από εδώ μέσα, θα επιτρέψω στον εαυτό μου να είναι τρελλός. Ο καθένας είναι πράγματι τρελλός, αλλά οι πιο τρελλοί είναι αυτοί οι οποίοι δεν

¹⁴ Διευκρινίζεται ότι τα αποσπάσματα αφορούν στην ταινία Veronica Decides to Die, Young E 2009, Veronica Decides to Die, First Look International & Entertainment One films, United States. και προέρχονται από την δευτερογενή πηγή: Veronica Decides to Die Quotes, viewed 18 June 2015, http://www.imdb.com/title/tt1068678/quotes?ref_=tt_q1_3

¹⁵ Διευκρινίζεται ότι τα αποσπάσματα αφορούν στο βιβλίο του Coehlo P 2011, Veronica Decides to Die, Harper Collins Publishers, New York αλλά προέρχονται από δευτερογενή πηγή: Goodreads, n.d. Veronica Decides to Die Quotes, viewed 18 June 2015, <http://www.goodreads.com/work/quotes/3287043-veronika-decide-morrer>

γνωρίζουν ότι είναι τρελλοί. Απλά συνεχίζουν να επαναλαμβάνουν τι τους είπαν οι άλλοι» (Coelho 2011).

«Έχεις δύο επιλογές, να ελέγχεις τον μυαλό σου ή να αφήσεις το μυαλό σου να σε ελέγχει».

«Θέλω να συνεχίσω να είμαι τρελός, να ζω τη ζωή μου όπως την ονειρεύτηκα, και όχι όπως θέλουν οι άλλοι να είναι η ζωή μου» (Coelho 2011).

«Η συλλογική τρέλα, ονομάζεται λογική» (Coelho 2011).

«Δεν ήξερε πραγματικά ποια ήταν η σχέση μεταξύ των ανισόρροπων και του φεγγαριού, αλλά θα πρέπει να είναι ισχυρή, εφόσον χρησιμοποιούν μια τέτοια λέξη για να περιγράψουν τους παράφρονες» (Coelho 2011).

«Αυτή τη φορά δεν θα σας πω μια ιστορία. Θα πω απλά ότι η παραφροσύνη είναι η ανικανότητα να επικοινωνείς τις ιδέες σου. Είναι όπως να ήσουν σε μια ξένη χώρα, ικανός να βλέπει και να κατανοεί τα πάντα τα οποία συμβαίνουν γύρω σου αλλά ανίκανος να εξηγήσεις το τι θα ήθελες να γνωρίζεις ή τι θα σε βοηθήσει, διότι δεν γνωρίζεις τη γλώσσα που μιλούν εκεί» (Coelho 2011).

«Λες ότι δημιουργούν την δική τους πραγματικότητα», είπε η Veronica. «Αλλά ποια είναι η πραγματικότητα;» (Coelho 2011).

«Όποιος ζει στον δικό του κόσμο είναι τρελός. Όπως οι Σχιζοφρενείς, οι ψυχοπαθείς, οι μανιακοί. Εννοώ τα άτομα τα οποία είναι διαφορετικά από τους άλλους. Όπως εσένα; Από την άλλη, συνέχισε η Zedka, το να προσποιείσαι ότι δεν έχεις ακούσει την παρατήρηση, έχεις τον Einstein να λέει ότι δεν υπήρχε χρόνος και διάστημα, αλλά ένας συνδυασμός των δύο. Ή τον Κολόμπο να επιμένει ότι στην άλλη πλευρά του κόσμου, δεν ορίζεται η άβυσσος, αλλά μια ήπειρος. Ή τον Edmund Hillary, να είναι πεπεισμένος ότι ο άνθρωπος μπορεί να φτάσει στην κορυφή του Everest. Ή τους Beatles, οι οποίοι έχουν δημιουργήσει διάφορα είδη μουσικής και ντύνονται σαν άτομα άλλης εποχής. Αυτά τα άτομα, και χιλιάδες άλλοι, όλοι ζουν στον κόσμο τους» (Coelho 2011).

«Ήθελα να ζήσω την έχθρα και την αγάπη, την απελπισία και την ανία, αυτά όλα απλά, τα οποία εντούτοις είναι ανόητα πράγματα, τα οποία μπορούν να φτιάξουν την καθημερινότητα σου, αλλά προσθέτουν πίεση στην ύπαρξη σου» (Coelho 2011).

«Εάν όλοι μπορούσαν να γνωρίζουν και να ζουν με την εσωτερική τους τρέλα. Θα ήταν ο κόσμος χειρότερος; Όχι κόσμε, θα ήταν πιο δίκαιος και πιο ευτυχισμένος» (Coelho 2011).

«Όλοι ζούμε στον κόσμο μας. Αλλά εάν κοιτάξεις τον έναστρο ουρανό, θα δεις ότι όλοι οι διαφορετικοί κόσμοι εκεί πάνω, συνδυάζονται για να σχηματίσουν αστερισμούς, ηλιακά συστήματα, γαλαξίες» (Coelho 2011).

«*Girl Interrupted*» (Το κορίτσι που άφησα πίσω-Kaysen 1994)

Το βιβλίο επικεντρώνεται σε μια μικρή περίοδο της ζωής της συγγραφέως (Kaysen 1994), η οποία στην ηλικία των 18 ετών είχε νοσηλευτεί για μια περίοδο 2 ετών στο McLean Hospital στην Βοστώνη. Το νοσοκομείο αυτό θεωρείται ένα από τα καλύτερα σε επίπεδο κτηριακών εγκαταστάσεων, αυτό όμως δεν σημαίνει πως δεν είχε αντίκτυπο στην ταυτότητα της. Η διάγνωση της ήταν Μεταιχμιακή προσωπικότητα και πέρασε αρκετό χρονικό διάστημα προσπαθώντας να κατανοήσει τη λεπτή γραμμή μεταξύ της νόσου και των παραισθήσεων της νιότης (White 2008). Γενικά, η βιογραφία της συγγραφέως φαίνεται να αποτελεί μια δήλωση κατά του στιγματισμού των ψυχικά πασχόντων, ζητώντας μια αλλαγή μέσα από την δική της μοναδική οπτική γωνία. Επιπλέον, υπογραμμίζει την σημασία της αντίληψης του εαυτού μέσα από τα διαφορετικά στάδια της νόσου (White 2008). Περαιτέρω, η συγγραφέας προσπαθεί να κατανοήσει τις τραυματικές εμπειρίες της νόσου και να εκφράσει δημόσια την ανάγκη να ακουστούν αυτές οι ιστορίες, ενάντια ίσως στις ιατρικές και κοινωνικές κοινότητες οι οποίες φαίνεται να αμφισβητούν την υποκειμενικότητα των αφηγήσεων των ατόμων με ψυχικό νόσημα. Αυτή η ανάγκη να ακουστούν οι εμπειρίες των ψυχικά πασχόντων, ωθεί τη συγγραφέα να δώσει και μια λεπτομερή περιγραφή σχετικά με τις σχέσεις της με τους άλλους ασθενείς μέσα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

«Παρατηρήσαμε την επιστροφή της Cynthia από τη θεραπεία με ηλεκτροσοκ, η οποία επέστρεφε μια φορά την εβδομάδα κλαίγοντας. Παρατηρήσαμε την Polly να έχει ρίγος, εφόσον την είχαν τυλίξει σε παγωμένα σεντόνια. Εντούτοις, ένα από τα χειρότερα πράγματα που παρατηρήσαμε ήταν την Lisa να βγαίνει από την απομόνωση» (Kaysen 1994, p. 21).

Η Kaysen (1994) φαίνεται να βιώνει τις επιδράσεις της κατάρρευσης του εαυτού της από την νόσο και τη θεσμική απομόνωση.

«Θα φτάναμε στο τέλος της γραμμής. Δεν έχουμε τίποτε περισσότερο να χάσουμε. Η ιδιωτικότητα μας, η ελευθερία μας, η αξιοπρέπεια μας: όλα αυτά είχαν χαθεί» (Kaysen 1994, p.94).

Είναι ευρέως τεκμηριωμένο ότι πριν αμφισβητηθεί κάποιος κοινωνικά, πρέπει να ανακτήσει την αυτοεκτίμηση του. Ενώσω η ανάρρωση του εαυτού αρχίζει, η αναγεννημένη ταυτότητα του εαυτού συχνά έρχεται σε σύγκρουση με τις εικόνες που οι άλλοι έχουν για αυτόν. Στο βιβλίο, η Kaysen περιγράφει μία σύγκρουση μεταξύ του πως αντιλαμβάνεται η ίδια την κατάσταση της και πως οι γονείς της και οι ιατροί. Αρχικά, είχε νοσηλευτεί λόγω έλλειψης οράματος για το μέλλον της. Συγκεκριμένα τα ιατρικά της αρχεία τα οποία συμπεριλαμβάνονται στο βιβλίο περιγράφουν: «έλλειψη οράματος για τη ζωή, επιπόλαια, θα μπορούσε να αυτοκτονήσει ή να μείνει έγκυος» (Kaysen 1994, p.11). Η ίδια για την διάγνωση της ως μεταιχμιακή προσωπικότητα περιγράφει τα εξής: «Είδα τον εαυτό μου, ορθά, ως ακατάλληλο για το εκπαιδευτικό και κοινωνικό σύστημα. Αλλά οι γονείς μου και οι δασκάλοι μου δεν μοιράστηκαν την ίδια εικόνα του εαυτού μου. Η εικόνα τους για εμένα ήταν ασταθής, εφόσον ήταν εκτός της πραγματικότητας και στηριζόταν στις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες» (Kaysen 1994, p. 155). Συνολικά, η βιογραφία της Kaysen (1994) φαίνεται να αποτελεί την αντίληψη του εαυτού όπως αυτή θέλει να γίνεται αντιληπτή από το ίδιο το άτομο με ψυχική νόσο (White 2008).

Περαιτέρω, παρατηρεί κανείς πως η ανάγκη της συγγραφέως να «ακουστούν» οι ιστορίες των ψυχικά πασχόντων και φυσικά η ανάγκη της να μοιραστεί την προσωπική της ιστορία με το κοινό, σπάζοντας κάθε ταμπού, φαίνεται να απορρέει και από την παράθεση των προσωπικών της ιατρικών στοιχείων μέσα από αυτούσιες φωτοτυπίες των εισαγωγών της και των ψυχιατρικών εκθέσεων για την κατάσταση της (White 2008). Σε αυτά τα ιατρικά αρχεία, μπορεί κανείς να δει στοιχεία για προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, μια σημείωση από μια νοσηλεύτρια η οποία περιγράφει την σεξουαλική της συμπεριφορά και μια περιγραφή ενός έντονου πανικού. Επιπλέον μέσα από την βιογραφία της Kaysen (1994), μπορεί κανείς να δει την αντιμετώπιση από το ίδιο το άτομο, της επί καθημερινής βάσεως λήψη λίθιου για την θεραπεία της διπολικής διαταραχής.

Φυσικά, υπάρχουν και άλλοι ερευνητές (Adams 2005), οι οποίοι και υποστηρίζουν ότι η έκθεση και ταυτόχρονη προβολή των ιατρικών της φακέλων φαίνεται να αποτελεί την ανάγκη

της συγγραφέα να διασφαλίσει ότι είχε διαγνωστεί λάθος αλλά και την ανάγκη της να αποδείξει ότι το ιατρικό σύστημα είναι ύποπτο. Φυσικά, διαφαίνεται και η ανάγκη της να προσφέρει στους αναγνώστες της αποδεικτικά στοιχεία, προκειμένου να τεκμηριώσει τη φιλοσοφική θέση ότι όλοι μας έχουμε κάποια πτυχή της μεταιχμιακής προσωπικότητας, ότι όλες οι ενέργειες της ως άτομο με μεταιχμιακή προσωπικότητα θα μπορούσαν να αντιστοιχούν σε όλες τις έφηβες κοπέλες και πως για την «ύποπτη» συμπεριφορά της ευθυνόταν ο εγκλεισμός της σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (Adams 2005).

Γενικά, στον τίτλο του βιβλίου «Girl interrupted», το αίσθημα αυτό της «διακοπής», μερικοί υποστηρίζουν (Adams 2007), ότι συνδέεται με την ανικανότητα της να κρίνει την ροή του χρόνου, εφόσον αυτό μπορεί να σχετίζεται με την διακοπή η οποία είναι πολύ συντομότερη από το χρονικό διάστημα του ανάμιση χρόνου τον οποίο και πέρασε στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, άνκαι με άλλη έννοια, η «διακοπή» αυτή θα μπορούσε να γίνει αντιληπτή, ως τα χρόνια μεταξύ του εξιτηρίου και των προσπαθειών της να γράψει την αυτοβιογραφία της.

Αποσπάσματα από το βιβλίο (Kaysen 1994).

«Η παραφροσύνη διαχωρίζεται σε δύο βασικές ποικιλίες: την αργή και την γρήγορη, είναι πτυχές της καθεμίας μέσα στην άλλη. Τόσο η ταχύτητα όσο και το ιξώδες, αποτινάσσουν το χρονοδιάγραμμα ενός ατόμου, λόγω της δυσκολίας στην επεξεργασία των σκέψεων, σε οποιαδήποτε κατάσταση». (Kaysen 1994 στον Adams 2005).

«Κάτι επίσης συνέβαινε σχετικά με την αντίληψη μου για τους άλλους ανθρώπους. Όταν κοιτάζα το πρόσωπο κάποιου, συχνά δεν διατηρούσα μια αδιάσπαστη σύνδεση με την αντίληψη του προσώπου. Μόλις αρχίσεις να αναλύεις ένα πρόσωπο, είναι ένα παράξενο αντικείμενο, με πολλούς αεραγωγούς και υγρά σημεία. Αυτό ήταν το αντίθετο του προβλήματος μου με τα μοτίβα. Αντί να βλέπω τόσο πολύ νόημα, δεν έβλεπα κανένα νόημα» (Kaysen 1994, p. 41 στον Adams 2005).

«Τώρα ήμουν ασφαλής, τώρα ήμουν πραγματικά τρελή, και κανένας δεν μπορούσε να με βγάλει από κει μέσα» (Kaysen 1994, p.135 στον Adams 2005).

«Της είπα κάποτε ότι δεν ήμουν καλή για τίποτα. Μου είπε η επιβίωση είναι ταλέντο» (Kaysen 1994)¹⁶

«Ήμουν ποτέ τρελή; Ίσως. Ή ίσως είναι η ζωή... Η τρέλα δεν είναι το να σπάσεις ή να καταπιείς ένα μυστικό. Είναι εσύ ή εγώ ενισχυμένοι. Είναι το εάν έχεις πει ποτέ ψέμα και το απόλαυσες. Εάν είχες ευχηθεί ποτέ ότι θα ήθελες να είσαι παιδί για πάντα. Δεν ήταν τέλειοι, αλλά ήταν οι φίλοι μου» (Kaysen 1994).

«Ο μόνος τρόπος να παραμείνεις λογικός είναι να γίνεις λίγο τρελός» (Kaysen 1994).

«Ήταν η τρέλα απλά ένα θέμα εγκατάλειψης της πράξης;» (Kaysen 1994).

«Όταν είσαι λυπημένος, χρειάζεσαι να ακούσεις την θλίψη σου δομημένη σε ήχο» (Kaysen 1994).

«Έχετε ποτέ συγχύσει το όνειρο με τη ζωή; Ή κλέψατε κάτι όταν είχατε μετρητά; Έχετε ποτέ αισθανθεί λυπημένος; Ή νομίζατε ότι το τραίνο κινείτο ενώ καθόσασταν ακόμα; Ίσως ήμουν λίγο τρελός. Ίσως ήταν το '60. Ή ίσως ήταν ένα κορίτσι... που είχε διακοπεί» (Kaysen 1994).

«Στην πραγματικότητα ήταν μόνο ένα μέρος του εαυτού μου που ήθελα να σκοτώσω: το μέρος που ήθελε να σκοτώσει τον εαυτό της, το οποίο με έβαλε στον αυτοκτονικό ιδεασμό και μετέτρεψε κάθε παράθυρο, κουζίνα και σταθμό του τραίνου σε μια πρόβα τραγωδίας» (Kaysen 1994).

«Η ψυχική νόσος φαίνεται να είναι ένα πρόβλημα επικοινωνίας μεταξύ των διερμηνέων ένα και δύο. Ένα παράδειγμα αυτής της σύγχυσης είναι το πιο κάτω:

Διερμηνέας 1: Είναι μια τίγρη στην γωνιά.

Διερμηνέας 2: Όχι, δεν είναι τίγρη, αυτό είναι ένα γραφείο.

Διερμηνέας 1: Είναι μία τίγρη, είναι μια τίγρη!

Διερμηνέας 2: Μην είσαι γελοίος, ας πάμε να τη δούμε.

¹⁶ Διευκρινίζεται ότι τα αποσπάσματα που ακολουθούν αφορούν στο βιβλίο της Kaysen, S 1994, *Girl Interrupted*, Vintage, New York και σχετίζονται με την δευτερογενή πηγή *Susanna Kaysen Quotes* (n.d.), viewed 18 June 2015, http://www.goodreads.com/author/quotes/4376.Susanna_Kaysen γι' αυτό και δεν παρατίθενται σελίδες.

Έπειτα όλοι οι δενδρίτες και οι νευρώνες και τα επίπεδα σεροτονίνης και οι διερμηνείς συγκεντρώνονται και τρέχουν πίσω από την εστία. Δεν είστε τρελός, ο ισχυρισμός του δεύτερου διερμηνέα, ότι αυτό είναι γραφείο, θα μπορούσε να είναι αποδεκτό για τον πρώτο διερμηνέα. Εάν είσαι τρελός, ο ισχυρισμός του πρώτου διερμηνέα για την θεωρία της τίγρης θα επικρατήσει. Το πρόβλημα εδώ είναι ότι ο πρώτος διερμηνέας στην ουσία βλέπει μια τίγρη. Τα μηνύματα τα οποία στέλλονται μεταξύ των νευρώνων είναι λανθασμένα κατά κάποιον τρόπο. Οι χημικές ουσίες, οι οποίες τα έχουν προκαλέσει, ήταν λανθασμένες ή οι παλμοί είχαν λάθος συνδέσεις. Προφανώς, αυτό συμβαίνει συχνά, αλλά ο δεύτερος διερμηνέας μπαίνει στην συζήτηση, προκειμένου να ισορροπήσει την κατάσταση» (Kaysen 1994).

«Όταν θα έπρεπε υποτίθεται να είμαι ξύπνια, κοιμόμουν. Όταν υποτίθεται θα έπρεπε να κοιμάμαι, ήμουν σιωπηλή. Όταν μου προσφερόταν μια απόλαυση, την απέφευγα» (Kaysen 1994).

Girl Interrupted-Ταινία (Mangold 2000)

Το πιο πάνω βιβλίο γυρίστηκε και σε ταινία, η οποία διαπραγματεύεται το τι σημαίνει να είσαι γυναίκα με ψυχική νόσο, τις εσωτερικές ψυχολογικές και συναισθηματικές πτυχές της εμπειρίας της ανάρρωσης ή της αποτυχίας της ανάρρωσης και τους τρόπους με τους οποίους ενσωματώνεται η τρέλα στις γυναίκες (Chouinard 2009). Η ταινία επίσης υπογραμμίζει το ότι οι ιατρικές πρακτικές από μόνες τους μπορεί να προκαλούν το υποφέρειν και τον πόνο. Γενικότερα, δίνει έμφαση μέσα από διάφορες σκηνές στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και ειδικότερα σε βιώματα καταπίεσης και καταναγκασμού (Chouinard 2000).

Αποσπάσματα από την ταινία

«Οι παράφρονες σχετίζονται με τη καθορισμένη επιτυχία. Συχνά, μια ολόκληρη οικογένεια είναι τρελοί, αλλά εφόσον μια ολόκληρη οικογένεια δεν μπορεί να πάει στο ψυχιατρείο, ένα άτομο έχει οριστεί ως τρελό και πηγαίνει μέσα. Στη συνέχεια, ανάλογα με το υπόλοιπο της οικογένειας, είναι η αίσθηση ότι το πρόσωπο κρατείται εντός ή αφήνετε έξω, με σκοπό να αποδείξει κάτι για την ψυχική υγεία της οικογένειας» (Mangold 2000-Girl Interrupted Faber & Faber Screenplays).

«Απλά ο εαυτός τους σε μεγέθυνση» (Sussana στην Chouinard 2000, σελ. 797).

«Πολλοί άνθρωποι πηγαίνουν εκεί (στο Ψυχιατρικό νοσοκομείο), ακόμα και συγγραφείς σαν εσένα» (Chouinard 2000, σελ. 797).

«Donnie Darko»

Η ταινία αυτή του Richard Kelly (2001), είναι μια Αμερικάνικη ταινία Επιστημονικής Φαντασίας η οποία πραγματεύεται της περιπέτειες του Donnie Darko, αποκύημα της φαντασίας του σεναριογράφου, ο οποίος αναζητεί την έννοια πίσω από τα καταραμένα οράματα του. Συγκεκριμένα στις 2 Οκτωβρίου του 1988, ο Donnie Darko, ένας προβληματικός έφηβος, ο οποίος διαμένει στο Middlesex της πολιτείας Virginia αφυπνίζεται από ένα τερατώδες κουνέλι το οποίο συστήνεται ως ο «Frank» και του λέει ότι το τέλος του κόσμου θα έρθει σε 28 μέρες, 6 ώρες, 42 λεπτά και 12 δευτερόλεπτα. Την αυγή, ο Donnie επιστρέφει στο σπίτι του, για να βρεί ένα κινητήρα τζετ, ο οποίος συνετρίβη στο δωμάτιο του. Η μεγαλύτερη του αδελφή Ελίζαμπεθ, τον πληροφορεί ότι οι ερευνητές της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας της Πολιτικής Αεροπορίας της Αμερικής (FAA), δεν γνωρίζουν από πού προήλθε.

Ο Donnie επισκέπτεται μια ψυχοθεραπεύτρια, την Δρ. Θέρμαν, στην οποία εκμυστηρεύεται τις συνεχείς επισκέψεις του Frank. Ο ήρωας, ενεργώντας υπό την επιρροή του Frank, πλημμυρίζει το σχολείο του καταστρέφοντας μία αντλία νερού. Ταυτόχρονα, συνάπτει ρομαντική σχέση με την Gretchen Ross, μία νέα μαθήτρια η οποία έχει μετακομίσει από μια άλλη πόλη με την μητέρα της, στο πλαίσιο μιας νέας ταυτότητας, με σκοπό να ξεφύγει από τον βίαιο πατριό της. Ένας από τους δασκάλους του Donnie κατηγορεί τον ίδιο ότι διάβασε ένα διήγημα «Οι καταστροφείς» το οποίο και τους δίδαξε μια άλλη καθηγήτρια τους. Ο Donnie, στο μεταξύ εφόσον είχε σχετική συζήτηση με τον Frank για το ταξίδι στον χρόνο ζητά επιπλέον πληροφορίες από τον καθηγητή της επιστήμης του, ο οποίος και του δίνει το βιβλίο «The Philosophy of Time Travel» προκειμένου να το μελετήσει.

Η Δρ. Θέρμαν ενημερώνει τους γονείς του Donnie ότι είναι αποκομμένος από την πραγματικότητα και ότι τα οράματα του σχετικά με τον Frank, αποτελούν «παραισθήσεις στο φως της μέρας», συμπτώματα παρανοειδούς σχιζοφρένειας. Ο Donnie παρακωλύει μία ομιλία ενός εμψυχωτή προσβάλλοντας τον μπροστά στο φοιτητικό σώμα και μετά καίει το σπίτι του εμψυχωτή κάτω από τις οδηγίες του Frank. Όταν η αστυνομία βρίσκει αποδεικτικά στοιχεία για παιδική πορνογραφία στο σπίτι του εμψυχωτή, αυτός συλλαμβάνετε. Κατά τη διάρκεια

υποθεραπείας, ο Donnie ομολογεί τα εγκλήματα του στην Δρα. Θέρμαν και την προειδοποιεί ότι σύντομα ο Frank θα σκοτώσει κάποιον.

Γενικά, η πιο πάνω ταινία, άνκαι επιστημονικής φαντασίας, πραγματεύεται την συμπτωματολογία της παρανοειδούς σχιζοφρένειας (Kelly 2001).

*Αποσπάσματα από την ταινία*¹⁷:

Donnie: «Έχω κάνει ένα νέο φίλο».

Dr Thurman: «Πραγματικό ή φανταστικό;»

Donnie: «Φανταστικό».

Donnie: «Θα πρέπει να τον υπακούω. Μου έσωσε τη ζωή. Θα πρέπει να τον υπακούω, διαφορετικά θα μείνω μόνος. Και μετά... Και μετά δεν θα μπορέσω να καταλάβω τι είναι όλα αυτά. Δεν θα είμαι σε θέση να γνωρίζω το κυρίως σχέδιο του.

Dr. Lilian Thurman: «Εννοείς το κυρίως σχέδιο του Θεού; Πιστεύεις στον Θεό;»

Donnie: «Έχω την δύναμη να κτίσω μια μηχανή του χρόνου».

Dr. Lilian Thurman: «Πώς είναι αυτό δυνατό; Πώς είναι δυνατό να ταξιδεύεις στο χρόνο; Donnie?»

Donnie: «Ο χρόνος τελείωσε, είπε ο Frank».

Dr. Lilian Thurman: «Πότε θα συμβεί αυτό;»

Donnie: «Σ-Σ-Σύντομα».

Dr. Lilian Thurman: «Τι θα συμβεί;»

Donnie: [κλαίγοντας]. Ο Frank θα σκοτώσει.

Dr. Lilian Thurman: «Ποιον θα σκοτώσει;» «Ποιον θα σκοτώσει; Donnie;»

Donnie: [βλέπει τον Frank]. «Μπορώ να τον δω τώρα (τον Frank)».

¹⁷ Διευκρινίζεται ότι τα αποσπάσματα αφορούν ανεπίσημα στοιχεία τα οποία και εμφανίζονται στην εξής ιστοσελίδα: *Donnie Darko Quotes* (n.d.), viewed 17 June 2015, <http://www.imdb.com/title/tt0246578/quotes>

4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

4.4.1 Διαδικασία διεξαγωγής συνεντεύξεων

Με σκοπό την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και ηθικής για την επιστημονική έρευνα, λήφθηκε μέριμνα για την τήρηση του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας, και ως εκ τούτου για την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

Αναλυτικότερα, σε πρώτη φάση διευθετήθηκε μια πρώτη συνάντηση στις 29/3/2012 με την επικεφαλής Κοινοτικής Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας Επαρχιακής πόλης της Κύπρου και παρουσία της επιβλέπουσας καθηγήτριας και των ατόμων που επισκέφτηκαν εκείνη την μέρα τη συγκεκριμένη Κοινοτική δομή για μια αρχική γνωριμία και επεξήγηση των σκοπών και των στόχων της έρευνας. Συγκεκριμένα, για τη συνάντηση αυτή είχε προηγουμένως ετοιμαστεί μία παρουσίαση σε πρόγραμμα power point σε απλή γλώσσα, το οποίο απευθυνόταν στα μέλη και στους εργαζομένους της κοινοτικής δομής. Συγκεκριμένα, στην παρουσίαση απαντώνταν ερωτήματα που αφορούσαν στην έρευνα, όπως τα παρακάτω; «ποιοι διεξάγουν την μελέτη;», «Ποιος είναι ο σκοπός της μελέτης;», «Σε τι θα μας βοηθήσει η έρευνα;», «Ποιοι μπορούν να συμμετέχουν στην μελέτη;», «Για ποιο λόγο να συμμετάσχει κανείς στην μελέτη;», «Ποια είναι τα δικαιώματα μου;», «Υπάρχει κίνδυνος από την συμμετοχή μου στην μελέτη;», «Θα υπάρχει εμπιστευτικότητα;», «Υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις;», «Για ποιο λόγο να ηχογραφείται η συνέντευξη;», «Πόσο θα διαρκέσει η συνέντευξη;», «Που θα γίνει η συνέντευξη;», «Θα χρειαστεί να δώσω 2^η συνέντευξη;», «Με ποιο τρόπο μπορώ να επικοινωνώ σε περίπτωση που έχω απορίες;». Τελικά, αυτά τα ερωτήματα τέθηκαν προφορικά με απλό τρόπο με έμφαση στην διατήρηση της εμπιστευτικότητας.

Έπειτα, τα άτομα τα οποία ήθελαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, υπέγραφαν τη Φόρμα συναίνεσης μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή σε έρευνα, καταγράφοντας ένα ψευδώνυμο, χωρίς οποιοδήποτε άλλο στοιχείο που να υποδηλώνει την ακριβή ταυτότητά τους, και στη συνέχεια διευθετείτο προσωπική συνάντηση με την κύρια ερευνήτρια σε τόπο δικής τους επιλογής.

Την συγκεκριμένη ημέρα της παρουσίασης των στόχων της μελέτης, 21 άτομα ήταν παρόντες στην συνάντηση και οι 20 από αυτούς εκδήλωσαν ενδιαφέρον για συμμετοχή στην έρευνα,

υπογράφοντας τη σχετική φόρμα. Διευκρινίζεται ότι η συγκεκριμένη Κοινοτική δομή κατά την περίοδο συλλογής δεδομένων (4/12-8/13), είχε 40 μέλη και ο μέσος όρος καθημερινά των ατόμων που επισκέπτονται τη συγκεκριμένη δομή ήταν περίπου 20 άτομα. Διευκρινίζεται ότι λόγω της φύσης της ψυχικής νόσου, τα μέλη που χρησιμοποιούσαν τη δομή δύναται να πέσουν σε υποτροπή και για μεγάλα χρονικά διαστήματα να μην μπορούν να επισκεφτούν τη δομή, είτε ακόμη και να μη το επιθυμούν.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι οι συμμετέχοντες επέλεξαν το χώρο της κοινοτικής υπηρεσίας της οποίας ήταν μέλη ως τόπο διεξαγωγής της συνέντευξης. Για το σκοπό αυτό παραχωρήθηκε από την κοινοτική υπηρεσία ένα σχετικά ήσυχο και απομονωμένο γραφείο, όπου δεν υπήρχε οποιαδήποτε παρέμβαση από τρίτο άτομο για σκοπούς προφύλαξης της ιδιωτικότητας και διατήρησης της εμπιστευτικότητας.

Διευκρινίζεται ότι πέραν των ατόμων που ήταν παρόντα και συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη κατά την ημέρα της παρουσίασης της μελέτης, κατά τις επόμενες φορές που η κύρια ερευνήτρια επισκεπτόταν την κοινοτική υπηρεσία για προγραμματισμένη συνέντευξη, πλησίαζε άλλους ψυχικά πάσχοντες, οι οποίοι και παραπέμπονταν από τους νοσηλευτές, και πιθανόν να πληρούσαν τα κριτήρια, τους ενημέρωνε για τους σκοπούς και τους στόχους της μελέτης και εάν συμφωνούσαν ακολουθείτο η προγραμματισμένη διαδικασία.

Συνολικά, η κύρια ερευνήτρια είχε τηλεφωνική επικοινωνία με τα 19 άτομα που επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα, όπου ξανά περιγράφονταν ο σκοπός και οι διαδικασίες της μελέτης. Ακολούθως, εφόσον ο πάσχων συμφωνούσε να συμμετέχει, προγραμματιζόταν συνάντηση με την κύρια ερευνήτρια. Στη συνάντηση, επεξηγούνταν ξανά ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας, καθώς και το γεγονός ότι ο συμμετέχων διατηρούσε το δικαίωμα να αποσυρθεί από την μελέτη οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσε, χωρίς αυτό να είχε οποιεσδήποτε επιπτώσεις στη θεραπεία του ή στις σχέσεις του με την επαγγελματική ομάδα της δομής την οποία χρησιμοποιούσε. Στην συνέχεια, ο συμμετέχων έχοντας διαβάσει την φόρμα συναίνεσης μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή στην έρευνα (βλέπε παράρτημα Ι), η οποία ήταν γραμμένη σε απλή και κατανοητή γλώσσα, και εφόσον είχε δοθεί στον συμμετέχοντα η ευκαιρία να λάβει απαντήσεις σε όλα τα σχετικά ερωτήματα που έθετε, η συμπλήρωση της ημερομηνίας και η καταγραφή ενός ψευδωνύμου, το οποίο επέλεγε ο ίδιος, συνιστούσε την αποδοχή της εθελοντικής συμμετοχής του στην παρούσα μελέτη.

Έπειτα, εφόσον οι συμμετέχοντες συναινούσαν, πραγματοποιούνταν η αξιολόγηση του πιθανού συμμετέχοντα βάσει των κριτηρίων εισόδου στη μελέτη. Κύρια, τα κριτήρια εισδοχής ελέγχονταν με ένα σύνολο ερωτήσεων, οι οποίες επικεντρώνονταν στις γνωστικές λειτουργίες και στο βαθμό εναισθησίας του ατόμου, οι οποίες και περιγράφονται με λεπτομέρεια στα κριτήρια εισδοχής στη σελ. 164. Εφόσον, το άτομο πληρούσε τα κριτήρια εισόδου ξεκινούσε η διαδικασία της συνέντευξης. Διευκρινίζεται ξανά ότι δεδομένου ότι είχαν επιλεγεί από τους συμμετέχοντες ψευδώνυμα από την αρχή, οι συνεντεύξεις κωδικοποιούνταν, και η ταυτότητά τους δεν αναφερόταν σε κανένα σημείο της μελέτης, σε γραπτό κείμενο κατά την ανάλυση ή την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο που να υποδηλώνει έμμεσα την ταυτότητά τους, με στόχο τη διατήρηση της ανωνυμίας. Η κύρια ερευνήτρια είχε την ευθύνη της συλλογής των εντύπων της συναίνεσης μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή στην έρευνα. Εφόσον, η μελέτη αφορούσε σε ενήλικες με ψυχικό νόσημα, και οι οποίοι δεν βρίσκονταν υπό ακούσια νοσηλεία, δεν θεωρείτο απαραίτητη η συγκατάθεση των οικογενειών ή των σημαντικών προσώπων που τους αφορούν προκειμένου να συμμετάσχουν στη μελέτη.

Αναφορικά με τη συλλογή των δεδομένων υπήρξαν ορισμένες δυσκολίες, εφόσον από τα 20 άτομα τα οποία συναίνεσαν να συμμετάσχουν στην μελέτη αρχικά, τρία άτομα τελικά δεν θέλησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, χωρίς όμως να αναφέρουν τους λόγους, μία κυρία ακύρωνε συνεχώς τις συναντήσεις και στο τέλος είπε ότι επειδή συμβουλευτήκε τον ψυχίατρό της, ο οποίος και της είπε ότι δεν θα ήταν καλό για την ίδια να συμμετάσχει στη μελέτη, δεν επιθυμούσε τελικά να συμμετάσχει. Επιπλέον, τρία άτομα αποκλείστηκαν λόγω διάγνωσης (ένα άτομο με στοιχεία αυτισμού, δύο άτομα με οριακή νοημοσύνη), ενώ δύο άτομα αποκλείστηκαν λόγω περιορισμένης εναισθησίας. Ενώ, ένα ακόμη άτομο ακύρωνε επανειλημμένα τις συναντήσεις και έπειτα υπέπεσε σε υποτροπή.

Αναφορικά με τον ρόλο της κύριας ερευνήτριας σε σχέση με τους συμμετέχοντες, έγινε προσπάθεια ώστε να μην λειτουργεί βάσει της επαγγελματικής της ιδιότητας ως ψυχολόγος, δηλαδή να προβαίνει σε ψυχολογική αξιολόγηση/ παρεμβάσεις, αλλά να παραμένει επικεντρωμένη στους σκοπούς της μελέτης, και στην ανάδειξη της εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Επομένως, από τις πρώτες κιόλας στιγμές της αρχικής συνάντησης με τους συμμετέχοντες, η κύρια ερευνήτρια διευκρίνιζε το ρόλο της, και ως εκ τούτου γινόταν σαφής διαχωρισμός της επαγγελματικής της ιδιότητας από τον

ερευνητικό ρόλο της. Βέβαια, υπήρξαν φορές κατά την ερευνητική συνέντευξη όπου αναδύονταν συγκεκριμένα θέματα, τα οποία έχρηζαν ψυχολογικής παρέμβασης. Στις περιπτώσεις αυτές, γινόταν υπενθύμιση στους συμμετέχοντες ότι αυτά αφορούσαν τους οικείους επαγγελματίες υγείας και όχι την ίδια, και ότι δεν θα μπορούσαν να συζητηθούν μέσα στο πλαίσιο της έρευνας. Επίσης, επισημαίνονταν και πάλι ο ερευνητικός σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης. Στο πλαίσιο αυτό, η κύρια ερευνήτρια διατηρούσε στάση ακροατή των προσωπικών και καθημερινών βιωμάτων, προβλημάτων, απλών και σύνθετων σκέψεων των συμμετεχόντων (Schutz 1967, σελ. 74). Την ίδια στιγμή, παρατηρούσε τις εκφράσεις των χεριών, του προσώπου, τον τόνο της φωνής, και γενικά το σύνολο της εξωλεκτικής έκφρασης των συμμετεχόντων, προκειμένου να αποφύγει οποιεσδήποτε επιφανειακές ερμηνείες.

Επιπλέον, οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε τόπο, ώρα και μέρα της επιλογής του συμμετέχοντα, προκειμένου να διευκολυνθούν οι συμμετέχοντες και ταυτόχρονα να διασφαλιστούν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζονταν με σεβασμό και διακριτικότητα, γι' αυτό τον λόγο οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να μιλήσουν για το βίωμα τους, μέχρι το σημείο στο οποίο ένοιωθαν οι ίδιοι άνετα να μιλήσουν. Σε περιπτώσεις που ανέφεραν οποιαδήποτε ζητήματα τα οποία θεωρούσαν μετά ότι ήταν αρκετά προσωπικά για να συμπεριληφθούν στην ανάλυση, διαγράφονταν και φυσικά υπήρχε μια άτυπη συζήτηση με την παραμονή του ερευνητή στον χώρο ούτως ώστε ο συμμετέχοντας να αποφορτιστεί. Επίσης, διευκρινίζονταν συνέχεια ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία έθετε η κύρια ερευνήτρια.

Τονίζεται ότι οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν, επίσης, μετά από τη συγκατάθεση του συμμετέχοντα. Επιπλέον, υπήρξε και συμμετέχων, ο οποίος ζήτησε από ένα σημείο και έπειτα να μην χρησιμοποιηθεί το κασετόφωνο για καταγραφή, αλλά έδωσε την συγκατάθεση του να γράφει δια χειρός ο ερευνητής την αφήγηση. Συνολικά, οι μαγνητοφωνημένες και οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις διατηρήθηκαν κλειδωμένες σε ερμάρι στο οποίο πρόσβαση είχε μόνο η κύρια ερευνήτρια και η επικεφαλής της μελέτης (επιβλέπουσα καθηγήτρια).

Ενδεχόμενοι κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες στη μελέτη σχετίζονται με την ανάκληση εμπειριών-αναμνήσεων με πιθανά προβληματικό ή/και τραυματικό περιεχόμενο για τους συμμετέχοντες ή/και τον ερευνητή (Morse 1988). Ωστόσο, η βιβλιογραφία φαινομενολογικών ερευνών με άτομα που πάσχουν από παγιωμένη ψυχική νόσο αναφέρονται κυρίως θεραπευτικά οφέλη για τους συμμετέχοντες, πάσχοντες και ερευνητές (Papathanassoglou & Patiraki 2003).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να παραμείνουν στο χώρο για όσο χρόνο χρειαζόταν, με σκοπό να αποφορτιστούν από τυχόν συναισθηματική ένταση λόγω ανάκλησης συγκεκριμένων εμπειριών. Στο διάστημα αυτό, η αλληλεπίδραση με τον ερευνητή γινόταν σε ένα πλαίσιο ενσυναίσθησης και εκδήλωσης πραγματικού ενδιαφέροντος για την ψυχική τους ένταση, χωρίς όμως να λαμβάνει χώρα κάποια μορφή ερμηνευτικής συζήτησης ή επεξεργασίας των βιωμάτων των συμμετεχόντων από την πλευρά του ερευνητή.

Μάλιστα, δεδομένου ότι υπήρχαν συμμετέχοντες οι οποίοι περιέγραψαν τραυματικές εμπειρίες, τις οποίες μάλιστα συνέδεσαν με την έναρξη και την πορεία της νόσου, η προσπάθεια της ερευνήτριας για περαιτέρω αποφορτισμό ήταν αναγκαία. Αρχικά, ο συμμετέχων διαβεβαιωνόταν για ακόμη μία φορά για τη διατήρηση του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας, σε σχέση με τις αναφερόμενες πληροφορίες, δεδομένου ότι αυτές δεν αφορούσαν σε ποινικό αδίκημα ή σε απειλή της σωματικής ακεραιότητας. Στη συνέχεια, εκφραζόταν με ενσυναίσθητικό τρόπο η υποστήριξη της ερευνήτριας προς τα συναισθήματα οδύνης που τυχόν βίωνε ο συμμετέχων, και περαιτέρω, επισημαινόταν ο ρόλος της ερευνήτριας, ο διαχωρισμός της ερευνητικής από την επαγγελματική της ιδιότητα και ως εκ τούτου δινόταν έμφαση στην ανάγκη για περαιτέρω σύνδεση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας της συγκριμένης δομής, για επεξεργασία της τυχόν οδυνηρής εμπειρίας. Μάλιστα, σε μία περίπτωση, όπου τα λεκτικά και τα εξωλεκτικά μηνύματα του συμμετέχοντα υποδήλωναν σοβαρή συναισθηματική φόρτιση, διακόπηκε η συνέντευξη, εφόσον έγιναν όλα τα ανωτέρω, και ζητήθηκε η άδεια του συμμετέχοντα, ώστε να ενημερωθεί σχετικά η ερευνητική ομάδα για περαιτέρω διασύνδεση και υποστήριξη, όπως και έγινε. Μάλιστα, την επομένη ημέρα που η ερευνήτρια ήρθε σε επαφή με τον συμμετέχοντα, ο ίδιος εξέφρασε την επιθυμία του να συνεχιστεί η συνέντευξη. Μάλιστα, όταν πραγματοποιήθηκε η δεύτερη συνέντευξη, η ερευνήτρια δεν αναφέρθηκε στο επίμαχο γεγονός, όπως επίσης και ο ίδιος ο συμμετέχων.

Διευκρινίζεται ότι, αναφορικά με την παραμονή των συμμετεχόντων στον χώρο μετά το πέρας της συνέντευξης, και για τις περιπτώσεις όπου δεν υπήρχε συναισθηματική φόρτιση, τα θέματα τα οποία συζητούνταν μετά το πέρας της συνέντευξης δεν είχαν σχέση με τα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα, και εφόσον η παραμονή των συμμετεχόντων στον χώρο είχε τη μορφή μιας άτυπης, κοινωνικής συζήτησης.

Εδώ επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι στη παρούσα μελέτη προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εξέφρασε την ανάγκη τους να επικοινωνούν τις εμπειρίες τους, τις ανησυχίες τους και τα συναισθήματα τους, δίνοντας έμφαση στη θεραπευτική φύση της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, κάτι το οποίο δείχνει τη σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της διεξαγωγής τέτοιου είδους μελετών.

4.4.2 Συναισθήματα, βιώματα ερευνήτριας κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας των συνεντεύξεων

Οι ερευνητές κατά την διεκπεραίωση μελετών ποιοτικής φύσεως έρχονται αντιμέτωποι με ένα αριθμό προκλήσεων σύμφωνα με έρευνα (Dickinson-Swift et al. 2007) η οποία έγινε με τη χρήση θεμελιωμένης θεωρίας με σκοπό την κατανόηση της εμπειρίας 30 Αυστραλών ερευνητών οι οποίοι διεκπεραίωναν έρευνα ποιοτικής φύσεως σε ευαίσθητα θέματα. Αυτές οι προκλήσεις αφορούσαν: α) την ανάπτυξη rapport, β) την αυτό-αποκάλυψη του ερευνητή, γ) το να είναι ακροατές κάποιων ιστοριών οι οποίες ήταν ανείπωτες, δ) αισθήματα ενοχής και τρωτότητας, ε) την λήξη της ερευνητικής σχέσης αλλά και την σωματική και συναισθηματική εξάντληση του ερευνητή (Dickinson-Swift et al. 2007).

Η ερευνήτρια παρά την προηγούμενη εμπειρία της με ποιοτικές μελέτες, για μία ακόμη φορά ήρθε αντιμέτωπη με τις ανωτέρω προκλήσεις, τις οποίες προσπάθησε να αντιμετωπίσει με τρόπο εποικοδομητικό προς την ίδια αλλά και τους συμμετέχοντες. Κατά ένα μέρος, χρησιμοποιούσε επίσης και το επάγγελμα της ως ψυχολόγου, όπου είχε εκπαιδευτεί να αποστασιοποιείται από αυτές τις καταστάσεις. Εντούτοις, με σκοπό την διατήρηση της ισορροπίας του ερευνητή και την προστασία του από την οποιαδήποτε συναισθηματική κόπωση και το αυξημένο στρες το οποίο συνεπάγεται αυτής της διαδικασίας, ακολουθήθηκε το εξής πρωτόκολλο: α) γνωρίζαμε εις περίπτωση που κάποιος από τους συμμετέχοντες χρειαζόταν να παραπεμφθεί για άλλα θέματα που προέκυπταν κατά την ερευνητική συνέντευξη και δεν αφορούσαν τα ερευνητικά ερωτήματα, σε ποιον να παραπέμψουμε για

περαιτέρω συζήτηση των εν λόγω θεμάτων (επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρακολουθούσαν τον συγκεκριμένο συμμετέχοντα), χωρίς βέβαια να αίρεται το απόρρητο, β) υπήρχε κάποιου είδους άτυπη υποστήριξη από την επιβλέπουσα καθηγήτρια και σε ορισμένες περιπτώσεις από τους 2 άλλους ανεξάρτητους ερευνητές οι οποίοι ήταν γνώστες της φαινομενολογικής έρευνας και ιδιαίτερα της διερεύνησης του βιώματος. Η άτυπη αυτή υποστήριξη περιλάμβανε την συνεχή καθοδήγηση, επίβλεψη της διαδικασίας, αποφόρτιση σε ορισμένες περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο (άνκαι δεν υπήρξαν στιγμές ιδιαίτερης συναισθηματικής φόρτισης), αλλά και γνώριζε η κύρια ερευνήτρια ότι θα μπορούσε να έχει προγραμματισμένα διαστήματα διακοπών, με την έννοια ότι θα μπορούσε να προγραμματίζει τις συνεντεύξεις σε διάφορα διαστήματα με σκοπό την δική της αποφόρτιση. Γενικότερα, αυτά τα διαστήματα, θα βοηθούσαν την ερευνήτρια να επεξεργαστεί τις πληροφορίες οι οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν επιβλαβείς για την ίδια. Διευκρινίζεται ότι σε καμία περίπτωση η κύρια ερευνήτρια δεν ένοιωσε συναισθηματική κόπωση ή αρνητικά συναισθήματα λόγω των συνεντεύξεων. Αντίθετα, σε συμφωνία με την βιβλιογραφία, η ερευνητική διαδικασία ήταν ιδιαίτερα καθαρική τόσο για την ίδια όσο και για τους συμμετέχοντες (Sque 2000).

4.4.3 Λήψη σχετικών αδειών διεξαγωγής μελέτης

Αρχικά, πριν από την έναρξη συλλογής δεδομένων προηγήθηκε η υποβολή του πρωτοκόλλου της μελέτης για αξιολόγηση στις αρμόδιες επιτροπές, σχετικά με τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας και προστασίας δικαιωμάτων. Σε πρώτη φάση, η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου. Στη συνέχεια, το πρωτόκολλο κατατέθηκε στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Βάσει γνωμοδότησης της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου η μελέτη δεν εμπίπτει στη σφαίρα των αρμοδιοτήτων της επιτροπής για αξιολόγηση (βλέπε παράρτημα II). Επομένως προχωρήσαμε στην υποβολή του πρωτοκόλλου στην Επιτροπή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Πραγματοποιήθηκε Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/Εναρξης Επεξεργασίας, η οποία έχει καταχωρηθεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος βάσει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου (βλέπε

παράρτημα ΙΙΙ). Τέλος, έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης ελήφθη και από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Όλα τα σχετικά έγγραφα παρουσιάζονται στο παράρτημα (βλέπε παράρτημα ΙV). Στη τελευταία φάση, σχετική άδεια λήφθηκε και από τους αρμόδιους επικεφαλής λειτουργούς της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας στην οποία διεξήχθη η συλλογή των δεδομένων.

4.4.4 Πληθυσμός μελέτης

Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν τα άτομα με σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο, τα οποία χρησιμοποιούσαν τις κοινοτικές δομές και υπηρεσίες που λειτουργούν στο πλαίσιο των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΥΨΥ) σε Παγκύπρια κλίμακα.

Διευκρινίζεται ότι στον πληθυσμό στόχο δεν συμπεριλήφθησαν άτομα που χρησιμοποιούν τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων και τις Θεραπευτικές Μονάδες Εξαρτημένων Ατόμων, καθώς και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας των φυλακών.

4.4.5 Ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων

Προκειμένου να διερευνηθεί η εμπειρία της ΣΠΨΝ, αναπτύχθηκε ημι-δομημένος οδηγός συνέντευξης, ο οποίος διαμορφώθηκε βάσει της βιβλιογραφίας (Bradshaw et al. 2006; Kowlesslar & Corbett 2009; Mason et al. 2005; Rusner et al. 2009; Shattell et al. 2006; Tylee, 2001). Ο Οδηγός περιελάμβανε ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, και στη συνέχεια δόθηκε στην ομάδα ειδικών (μέλη της τριμελούς επιτροπής), προκειμένου να αξιολογηθεί η καταλληλότητα κάθε ερώτησης πριν την διεξαγωγή της μελέτης. Τα σχόλια της τριμελούς αφορούσαν τον περιορισμό των ερωτήσεων αλλά και την απλοποίηση της γλώσσας στην οποία θα τίθονταν τα ερωτήματα. Ο έλεγχος έγινε κατά την περιεκτική εξέταση της κύριας ερευνήτριας, η οποία διεξάγεται ως προνοούν οι κανόνες του Διδακτορικού προγράμματος. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι αφαιρέθηκαν αρκετές επιμέρους ερωτήσεις με σκοπό να αφεθεί ο συμμετέχων να αναφέρει ότι ο ίδιος ήθελε να αναφέρει σύμφωνα με τους κανόνες της Φαινομενολογίας.

Ο οδηγός συνέντευξης παρουσιάζεται πιο κάτω:

1. Περιγράψτε μου σας παρακαλώ πως είναι να έχει κανείς ψυχική νόσο (Σχιζοφρένεια/Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή/Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή/Παραληρητική διαταραχή ή Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή/Διπολική Διαταραχή);

2. Τί σημαίνει για εσάς να έχετε ψυχική νόσο;
3. Πώς αντιλαμβάνεστε τον εαυτό σας στο πλαίσιο της νόσου σου;/Πώς επηρεάζει η νόσος σου τις σκέψεις που κάνετε και αυτά που νομίζετε για τον εαυτό σας;
4. Με ποιο τρόπο έχει επηρεάσει η νόσος τη ζωή σας;
5. Ποιες είναι οι εμπειρίες σας από την επαφή και τη σχέση σας με τους νοσηλευτές;/Τί συναισθήματα βιώνετε από την επαφή σας με τους νοσηλευτές;

Η πορεία κάθε συνέντευξης καθορίστηκε κατά κύριο λόγο, από τον εκάστοτε συμμετέχοντα.

4.4.6 Μέγεθος δείγματος

Εφαρμόστηκε σκόπιμη δειγματοληψία η οποία χρησιμοποιείται κατά κόρον στην ποιοτική έρευνα και ειδικότερα όταν μελετούνται άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά για να διατηρήσει την ομοιογένεια του δείγματος και προτείνεται να μελετήσει περιπτώσεις που βιώνουν μια συγκεκριμένη εμπειρία (Μερκούρης 2008). Στην μελέτη συμμετείχαν τελικά 10 άτομα (8 άντρες & 2 γυναίκες), οι οποίοι πληρούσαν τα παρακάτω κριτήρια, αλλά και θέλησαν να συμμετάσχουν. Η διαδικασία ροής των συνεντεύξεων περιγράφεται διεξοδικά και τεκμηριώνεται πιο πάνω (διαδικασία δειγματοληψίας, σελ. 134). Εμφανίζεται δε, σε πίνακα ως παράρτημα (βλ. παράρτημα VII). Αξίζει σε αυτό το σημείο, να επισημάνουμε ότι αντίστοιχες μελέτες στο εξωτερικό με μεγαλύτερα δείγματα, όπως η μελέτη των Moreira & Coehlo (2003), διεξήχθησαν σε δύο μεγάλες χώρες, την Βραζιλία και την Χιλή με δείγμα 50 ατόμων (Σχιζοφρενής Παρανοϊκού Τύπου) και από δύο δημόσια νοσοκομεία (20 στο Σάο Πάολο και στο Σαντιάγκο και 30 στην Χιλή). Εκ των προτέρων αναφερόμαστε σε μεγαλύτερο πληθυσμό από αυτό της Κύπρου, σε περισσότερες υπηρεσίες και φυσικά στην ευκολία πρόσβασης των ίδιων των ερευνητών. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Bradshaw et al. (2007), στις ΗΠΑ με δείγμα 60 ατόμων το οποίο έγινε μέσω ΜΚΟ και εδώ μιλάμε για μεγαλύτερο πληθυσμό αλλά και για ευκολία πρόσβασης εφόσον υπήρχε η δυνατότητα να συλλεχθούν τα δεδομένα από ΜΚΟ. Το ίδιο ισχύει και για την μελέτη των Bromley et al. (2013) η οποία και διεξήχθη επίσης στις ΗΠΑ με δείγμα 30 ατόμων, με τη διαφορά ότι το μέγεθος του δείγματος αφορά στο ότι ήταν διαχρονική μελέτη με μικτό σχεδιασμό η οποία έγινε στο Los Angeles με

γενικό δείγμα N=477 άτομα κύρια με Ψυχωτικές Διαταραχές ή Διπολική Διαταραχή. Επιπλέον, στη μελέτη των Liberman et al. (2002) η οποία και διεξήχθη επίσης στις ΗΠΑ με δείγμα 23 άτομα με σχιζοφρένεια, το μέγεθος του δείγματος συνδέεται με την ευκολία πρόσβασης των ερευνητών εφόσον ήταν από δική τους κλινική. Στις ΗΠΑ βλέπουμε επίσης ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος, 23 άτομα και συγκεκριμένα στη μελέτη των Mizock et al. (2014), τα οποία αναφέρονται σε άτομα στα οποία οι ερευνητές είχαν ήδη πρόσβαση, εφόσον στρατολογήθηκαν από ένα ψυχοκοινωνικό εκπαιδευτικό κέντρο αποκατάστασης. Επιπλέον, στη μελέτη των Piat et al. (2009), με 66 άτομα δείγμα, το μέγεθος του δείγματος αποδίδεται στο ότι η μελέτη διεξήχθη σε τρεις μεγάλες πολιτείες του Καναδά και σε μεγάλα νοσοκομεία: Μόντρεαλ, στο Douglas Mental Health University Institute, β)Guelph Waterloo, στο Οντάριο και συγκεκριμένα από ένα ΜΚΟ (Mental Health Association and Self-Help), και 3 στο Quebec, πρόγραμμα d'encadrement Clinique en h'bergement (PECH), ένα κοινοτικό οργανισμό ο οποίος παρείχε στέγαση και υπηρεσίες υποστήριξης. Τώρα, στη μελέτη των Roe et al. (2004), όπου τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 43 άτομα με ψυχωτικά συμπτώματα, η συλλογή έγινε από 4 νοσοκομεία της Ψυχιατρικής μονάδας του Yale στις ΗΠΑ, ενώ στη μελέτη της Schön et al. (2009) στη Σουηδία, αυτή αφορά σε 3 διαφορετικές μελέτες οι οποίες διεξήχθησαν από τους ίδιους τους συγγραφείς κατά την περίοδο 1995-2003, όπου εκ των προτέρων μιλάμε για χρονικό διάστημα 8 χρόνων και για σύνολο δείγματος 58 ατόμων. Τέλος, στην μελέτη των Tooth et al. (2003), η οποία και διεξήχθη στην Αυστραλία με 57 άτομα πάλι μπορούμε να πούμε ότι το μέγεθος δείγματος έγινε σε μια χώρα με σαφή μεγαλύτερο πληθυσμό.

Στη διεθνή βιβλιογραφία (Heiman 2002) εγείρεται και το θέμα του volunteer bias effect, όπου αυτοί που εθελούσια συμμετέχουν σε μελέτες ποιοτικής φύσεως, τείνουν να προέρχονται: α) από υψηλά κοινωνικές τάξεις, β) να είναι ευφυείς, γ) να παρουσιάζουν αυξανόμενη ανάγκη για έγκριση, δ) να είναι λιγότερο αυταρχικοί και ε) να προσαρμόζονται πιο εύκολα στην ερευνητική διαδικασία. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι αυτοί που εθελούσια συμμετέχουν, α) βρίσκουν αρκετά ενδιαφέρον το θέμα και β) αναμένουν ότι θα αξιολογηθούν με θετικότητα. Σε αυτό το σημείο επισημαίνουμε ότι στη παρούσα μελέτη δεν υπήρξε μεγάλη διαφορά στο μορφωτικό επίπεδο αυτών που εθελούσια συμμετείχαν από αυτούς που αποφάσισαν ότι δεν θα συμμετάσχουν ή απερρίφθησαν για κάποιο λόγο όπως τεκμηριώνεται πιο πάνω, εφόσον ως

επί το πλείστον είχαν πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Επίσης, στην φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης διευκρινίζετο ότι: «τυχόν άρνηση ή διακοπή της συμμετοχής σε οποιοδήποτε στάδιο, δεν επρόκειτο να έχει οποιοδήποτε είδους επίπτωση στη θεραπεία ή στην αντιμετώπιση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας ή να συζητηθεί με κάποιο από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που τους παρακολουθούσε». Επιπλέον, διευκρινίζετε ότι: «δεν υπάρχει κάποιο άμεσο πλεονέκτημα από τη συμμετοχή στη παρούσα μελέτη. Ωστόσο ευελπιστούμε πως η ορθολογική χρησιμοποίηση των τελικών αποτελεσμάτων θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ψυχικά πάσχοντες». Φυσικά σημειωνόταν και το γεγονός ότι: «δεν κρίνονταν από το προσωπικό υγείας ή τις παρεχόμενες υπηρεσίες με οιοδήποτε τρόπο, αλλά ούτε και επηρεάζεται η θεραπεία τους με κάποιον τρόπο».

Στην μελέτη επίσης, συμμετείχαν λιγότερες γυναίκες (2) από άντρες (8). Αυτό φαίνεται να συνάδει και με τη βιβλιογραφία εφόσον στην ανασκόπηση των Rosenthal & Rosnow (1975), σημειώνεται ότι οι γυναίκες είναι μεν περισσότερο εφικτό να συμμετάσχουν εθελούσια σε μελέτες απ'ότι οι άντρες, αλλά είναι λιγότερο πιθανόν να συμμετάσχουν σε μελέτες οι οποίες είναι φυσικά ή συναισθηματικά στρεσογόνες, μελέτες που αφορούν σεξουαλικά θέματα ή την διερεύνηση της επήρειας κάποιων φαρμάκων (Rosenthal & Rosnow 1975).

Το μέγεθος του δείγματος, το οποίο βασίστηκε στη μέθοδο του θεωρητικού κορεσμού, ήταν δέκα άτομα. Ο θεωρητικός κορεσμός ήταν εμφανής όταν δεν προέκυπταν νέα θέματα από τις τελευταίες συνεντεύξεις. Η κύρια ερευνήτρια συνεχίζει να είναι εναρμονισμένη με το φαινόμενο, ακόμα και μετά την λήξη της συλλογής των δεδομένων.

Αναφορικά με το κριτήριο του θεωρητικού κορεσμού γίνεται μεγάλη συζήτηση στην διεθνή βιβλιογραφία καθότι αρκετές μελέτες φαίνεται να χρησιμοποιούν αυτό το κριτήριο, χωρίς να δικαιολογούν το πώς έφτασαν σε αυτό το θεωρητικό κορεσμό. Για παράδειγμα η μελέτη της Schön (2010), η οποία και διεξήχθη στη Σουηδία με σκοπό τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφορετικής αντίληψης μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι αναγνωρίζονται καθοριστικοί κατά τη διαδικασία της ανάρρωσης, η ερευνήτρια σημειώνει: «Ωστόσο, το ενδιαφέρον για τη συμμετοχή ήταν μεγαλύτερο από τις ανάγκες στον αριθμό των συμμετεχόντων, έτσι μετά από λίγο η δειγματοληψία επηρεάστηκε από την πρόθεση να επιλέξουμε συμμετέχοντες που ενδεχομένως αντιπροσωπεύουν αντιφάσεις με τα

προκαταρκτικά ευρήματα και να φτάσουμε στο θεωρητικό κορεσμό των κατηγοριών». Αντίστοιχα, στη μελέτη των Borba et al. (2011) στις ΗΠΑ, με σκοπό την διερεύνηση των συναισθημάτων και εμπειριών των γυναικών με χαμηλό εισόδημα και με ψυχική νόσο, οι ερευνητές σημειώνουν: «Οι γυναίκες στρατολογήθηκαν έως ότου φτάσαμε στο θεωρητικό κορεσμό (Glaser & Strauss 1977; Strauss & Corbin 1990 στη Borba et al. 2011), ο οποίος μας έδωσε 30 άτομα δείγμα. Επιπλέον, στη μελέτη της Shea (2009), με σκοπό τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της αλλαγής της ταυτότητας από άτομα με σχιζοφρένεια τα οποία βρισκόνταν δε διαφορετικά στάδια κοινωνικής προσαρμογής, η ερευνήτρια σημειώνει: «η διαδικασία των συνεντεύξεων συνεχίστηκε, μέχρις ότου επιτεύχθηκε θεωρητικός κορεσμός». Όμοια παρουσιάζεται χωρίς να διευκρινίζεται ο θεωρητικός κορεσμός στην μελέτη των Kang & Kim (2014), με σκοπό τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας από την ζωή σε ένα clubhouse και της νοηματοδότησης της ανάρρωσης των ατόμων με ΣΨΝ. Οι ερευνητές συγκεκριμένα σημειώνουν: «η δειγματοληψία συνεχίστηκε μέχρις ότου επιτεύχθηκε θεωρητικός κορεσμός [...] αυτή η επαναληπτική διαδικασία συνεχίστηκε έως ότου επιτεύχθηκε θεωρητικός κορεσμός και κανένα νέο θέμα ή νέα έννοια δεν αναδύθηκε». Σε αυτό το σημείο, θα μπορούσαμε να παραθέσουμε και άλλες μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το κριτήριο του θεωρητικού κορεσμού χωρίς να είναι σε θέση να τεκμηριώσουν με σαφήνεια την χρήση του λόγω της ιδιαίτερης φύσης του. Φυσικά, σύμφωνα με τους Ritchie et al. (2003), οι ποιοτικές έρευνες γενικότερα, χρησιμοποιούν μικρότερα δείγματα απ'ότι οι ποσοτικές έρευνες, ενόσω η μελέτη προχωρά, η συλλογή περισσότερων δεδομένων δεν σημαίνει απαραίτητα και την συλλογή περισσότερων πληροφοριών για το υπό μελέτη φαινόμενο. Επιπλέον, οι Ritchie et al. (2003) παραθέτουν και άλλους παράγοντες οι οποίοι δύνανται να επηρεάσουν το μέγεθος του δείγματος και ειδικότερα το φαινόμενο του θεωρητικού κορεσμού: α) την ετερογένεια στον πληθυσμό, β) τον αριθμό των κριτηρίων εισόδου, γ) ομάδες ειδικών ενδιαφερόντων οι οποίες απαιτούν διεξοδική μελέτη, δ) διαφορετικά δείγματα σε μια μελέτη, ε) τον τύπο της συλλογής δεδομένων και τη χρηματοδότηση αλλά και τους διαθέσιμους πόρους. Γενικά, υπάρχουν και κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με το μέγεθος του δείγματος στη ποιοτική έρευνα. Συγκεκριμένα στις μελέτες οι οποίες ακολουθούν φαινομενολογικό σχεδιασμό, ο Cresswell (1998, σελ. 64), προτείνει ότι το μέγεθος του δείγματος θα πρέπει να κυμαίνεται από 5-25 άτομα, ενώ ο Morse (1994, σελ. 225), προτείνει ότι το μέγεθος του δείγματος θα πρέπει να

περιλαμβάνει τουλάχιστον 6 άτομα, όμοια με τον Denzin (1994). Επιπρόσθετα, ο Kuzel (1999) προτείνει ότι το μέγεθος του δείγματος θα πρέπει να κυμαίνεται από 6-8 άτομα και ο Morse (2000), από 6-10 άτομα.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση του Mason (2010) με σκοπό να διερευνηθεί το μέγεθος τους δείγματος σε Διδακτορικές διατριβές οι οποίες ακολούθησαν ποιοτική μεθοδολογία και αφού τα δεδομένα συγκρίθηκαν με τις γενικές κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με το μέγεθος του δείγματος σε ποιοτικές μελέτες, βρέθηκε ότι όλες οι φαινομενολογικές μελέτες είχαν τουλάχιστον 6 συμμετέχοντες, όπως εισηγείται ο Morse (1994), ενώ τα δύο τρίτα απαρτίζονταν από 5- 25 άτομα, όπως εισηγείτο ο Creswell (1998).

Γενικά, ο θεωρητικός κορεσμός, ο οποίος αναπτύχθηκε αρχικά για μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούσαν τη θεμελιωμένη θεωρία αλλά έπειτα εφαρμόστηκε σε όλες τις ποιοτικές μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούν συνεντεύξεις, συνεπάγεται την εισαγωγή νέων συμμετεχόντων στη μελέτη, μέχρις ότου τίποτα νέο δεν παρουσιάζεται σχετικά με τις πληροφορίες που δίνουν οι συμμετέχοντες (Bowen 2008).

Ενώ δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών που χρησιμοποιούν ποιοτική μεθοδολογία, αναφορικά με το ακριβές μέγεθος του δείγματος, γενικά συμφωνούν ότι ένας αριθμός παραγόντων δύναται να επηρεάσει τον αριθμό των συνεντεύξεων που απαιτούνται για την επίτευξη του θεωρητικού κορεσμού. Εκτός από τον σκοπό της μελέτης, κάποιοι άλλοι παράγοντες δύναται να επηρεάσουν το μέγεθος του δείγματος το οποίο απαιτείται προς την επίτευξη θεωρητικού κορεσμού: α) η ποιότητα των συνεντεύξεων, β) ο αριθμός των συνεντεύξεων για κάθε συμμετέχοντα, γ) η μέθοδος της δειγματοληψίας και δ) η εμπειρία του ερευνητή (Lincoln & Cuba 1985; Morse 2000; Patton 2002; Richardson et al. 2005; Sandelowski 1995).

Επιπλέον, στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν και εισηγήσεις για τρεις μεθόδους οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να τεκμηριωθεί ο αριθμός των συνεντεύξεων στη ποιοτική έρευνα: α) η πρώτη αφορά την αναφορά στις γενικές κατευθυντήριες γραμμές. Στη παρούσα μελέτη, μπορεί να ληφθούν υπόψιν οι γενικές κατευθυντήριες για την φαινομενολογία του Creswell (1998) (5-25 άτομα), στην παρούσα ήταν 10, αλλά και του Morse (1994), τουλάχιστον 6 άτομα, β) η δεύτερη μέθοδος αφορά την παράθεση προηγούμενων μελετών με ίδιο αριθμό μεγέθους δείγματος, με παρόμοιο σχεδιασμό και

προβλήματα. Στην παρούσα μελέτη έγινε εκτενής αναφορά σε προηγούμενες μελέτες με τον ίδιο σχεδιασμό αλλά με μεγαλύτερα δείγματα και τεκμηριώθηκε η παρουσία αυτών των μεγαλύτερων δειγμάτων (περιγράφηκε αναλυτικά πιο πάνω), ενώ παραθέτουμε και τις μελέτες που είχαν τον ίδιο σχεδιασμό και το ίδιο μέγεθος δείγματος (Anthony 2008; Nyström & Nyström 2007; Sun Kyung & Eun Hee 2014;) γ) ένας άλλος τρόπος είναι η εσωτερική τεκμηρίωση και περιλαμβάνει τη στατιστική παρουσίαση του θεωρητικού κορεσμού μέσα στο σύνολο των δεδομένων (Marshall et al. 2013).

4.4.6.1 Κριτήρια εισόδου στη μελέτη

Περαιτέρω, ως προς την επιλογή του δείγματος εφαρμόστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια εισδοχής:

Οι συμμετέχοντες έπρεπε να:

1. είχαν διαγνωστεί κατά DSM-5 (2013) με κάποιο από τα παρακάτω ψυχικά νοσήματα:

A. Ψύχωση: Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, Παραληρητική διαταραχή, Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

B. Διαταραχή της διάθεσης: Καταθλιπτικές Διαταραχές και Διπολικές Διαταραχές.

2. χρησιμοποιούν εκούσια τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

3. ήταν ηλικίας άνω των 18 ετών

4. γνώριζαν την Ελληνική γλώσσα επαρκώς και να διάθεταν Κυπριακή Ιθαγένεια¹⁸, δεδομένου μάλιστα του γεγονότος ότι στις περιπτώσεις που συμμετέχουν αιρετοί πληθυσμοί απαιτείται ειδικός μεθοδολογικός σχεδιασμός, όπως για παράδειγμα εθνο-μεθοδολογίας.

¹⁸ Διευκρινίζεται ότι θα έπρεπε να διαθέτουν Κυπριακή Ιθαγένεια εφόσον η έρευνα αφορούσε το πώς βιώνουν οι ψυχικά πάσχοντες την νόσο τους στην Κύπρο και φυσικά το εργαλείο ήταν στην Ελληνική γλώσσα. Εάν υπήρχαν άτομα τα οποία ναι μεν, γνώριζαν την Ελληνική αλλά χρειάζονταν διευκρινήσεις εφόσον ήταν ξένοι υπήκοοι τότε θα έπρεπε να γίνει διαδικασία μετάφρασης με όλα τα προβλήματα τα οποία συνεπάγεται αυτή η διαδικασία. Σε καμία περίπτωση δεν εξυπηρετούσε το εργαλείο να ήταν ήδη μεταφρασμένο εφόσον το περιεχόμενο των συνεντεύξεων καθοριζόταν σε μεγάλο βαθμό από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Επίσης, ένα άλλο θέμα το οποίο εγείρεται από την ύπαρξη μεταφραστών κατά την διάρκεια της συνέντευξης ήταν ότι εφόσον είχαμε να κάνουμε με ευαίσθητο πληθυσμό, θα ήταν ακόμα πιο δύσκολο να διεξάγονταν οι συνεντεύξεις παρουσία διερμηνέων. Εξάλλου και η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι το να δουλεύεις με διερμηνείς στην ποιοτική έρευνα εγείρει μεθοδολογικά ζητήματα (Karborg & Berterö, 2002; Marshall & While 1994; Wallin & Ahlstrom 2006 στους Ingvarstotter et al. 2010). Συγκεκριμένα, η εμπλοκή ενός διερμηνέα στην διεξαγωγή της συνέντευξης δύναται να επηρεάσει το αποτέλεσμα της συνέντευξης και την συλλογή των δεδομένων από την συνέντευξη (Larkin et al. 2007; Temple & Edwards 2002). Από την άλλη η χρήση μη-επίσημων διερμηνέων, οι οποίοι είναι οικείοι στους συμμετέχοντες δύναται να αναστείλει τους συμμετέχοντες και να τους εμποδίσει από το να μιλήσουν για πολύ προσωπικά τους θέματα (Murray & Wynne 2001). Επίσης, η επιλογή του διερμηνέα θα

5. διέθεταν ικανότητα και διάθεση να περιγράψουν και να επικοινωνήσουν τις εμπειρίες τους με τους ερευνητές

6. είχαν τουλάχιστον 2ετή εμπειρία χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας

πρέπει να ληφθεί υπόψη το φύλο, η τάξη, η γενεά, η θρησκεία και η εθνικότητα του (Hennings et al. 1996). Επιπλέον, είναι ευρέως γνωστόν ότι τόσο οι λεκτικές εκφράσεις, όσο και η μη λεκτική επικοινωνία δύναται να παρερμηνευθούν κατά την διάρκεια μιας διαπολιτισμικής συνέντευξης (Branco 2005). Για παράδειγμα στη μελέτη των Ingvastotter et al. (2010) η οποία διερευνούσε την ψυχική νόσο σε μια διαπολιτισμική γειτονιά με τη χρήση διερμηνέων, υπήρχαν στιγμές όπου ο διερμηνέας συζητούσε με τον συμμετέχοντα, αποκλείοντας τον ερευνητή. Επιπλέον, έκανε αξιολογικές παρατηρήσεις και προσπαθούσε να υποβάλει στον συμμετέχοντα τι να απαντήσει, παρόλο που είχε γίνει μια προηγούμενη εκπαίδευση των διερμηνέων για το εάν ήταν εντάξει να μην απαντούν οι συμμετέχοντες στις ερωτήσεις όπως τους είχαν τεθεί (Ingvastotter et al. 2010). Ένα άλλο θέμα το οποίο εγείρεται στη χρήση διερμηνέων είναι η χρήση διαφορετικών διαλέκτων μεταξύ του διερμηνέα και του συνεντευξιζόμενου όπως έγινε στην προαναφερθείσα μελέτη, όπου ο διερμηνέας χρησιμοποιούσε μια διάλεκτο η οποία χρησιμοποιούνταν από τους μορφωμένους ενώ ο συμμετέχοντας προερχόταν από μια αγροτική περιοχή και μιλούσε μια άλλη διάλεκτο (Ingvastotter et al. 2010).

Στην ποιοτική έρευνα οι διαφορές στην γλώσσα μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα εφόσον οι έννοιες στην μια γλώσσα, δύναται να γίνουν αντιληπτές διαφορετικά σε μια άλλη γλώσσα (Nes et al. 2010). Επιπλέον, με σκοπό να συλληφθεί ο πλούτος των εμπειριών στη γλώσσα, οι συμμετέχοντες συχνά χρησιμοποιούν ιδιωματικές φράσεις (Polinghorne 2005). Οι ιδιωματικές φράσεις διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα και είναι επικεντρωμένες στην γλώσσα (Lakoff & Johnson 1980 στους Nes et al. 2010). Γενικότερα, η γλώσσα επηρεάζει επίσης το τι εκφράζεται και μερικοί γλωσσολόγοι υποστηρίζουν ότι το βίωμα της κοινωνικής πραγματικότητας είναι μοναδικό για κάθε γλώσσα, αυτοί που μιλούν διαφορετικές γλώσσες, αντιλαμβάνονται και τον κόσμο διαφορετικά (Charman 2006). Εδώ φαίνεται να τεκμηριώνεται και το γεγονός ότι εφόσον η παρούσα μελέτη διερευνά την βιωμένη εμπειρία στην Κύπρο κατά συνέπεια διερευνά και την αντίληψη της πραγματικότητας σε σχέση με την Κύπριακή Κουλτούρα, κάποιος ο οποίος έχει διαφορετική Ιθαγένεια, όπως βλέπουμε πιο πάνω, δεν θα αντιλαμβάνεται με τον ίδιο τρόπο την νόσο του.

Αντίστοιχα, στην μελέτη της Skärsäter et al. (2003) η μελέτη διεξήχθη στη Σουηδία και σε γυναίκες που μιλούσαν Σουηδικά με σκοπό τη διερεύνηση μέσα από μία salutogenic προσέγγιση της αντίληψης των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ζωή από γυναίκες με μείζων καταθλιπτική διαταραχή με τη βοήθεια επαγγελματιών υγείας και καθορισμένης υποστήριξης, επίσης στην μελέτη των Ng et al. (2008), η οποία και διεξήχθη στο Χονγκ Κονγκ με σκοπό τη διερεύνηση της νοσηματοδότησης της διαδικασίας της ανάρρωσης μέσα από την οπτική ατόμων από την Κίνα τα οποία πάσχουν από Σχιζοφρένεια και ζουν στο Χονγκ Κονγκ, ένα από τα κριτήρια εισόδου αφορούσε το να έχουν Κινέζικη Ιθαγένεια και να μιλούν τη διάλεκτο Cantonese.

4.4.6.2 Κριτήρια αποκλεισμού

Ως κριτήρια αποκλεισμού είχαν οριστεί τα εξής:

1. Κατάσταση υποτροπής και οξείας φάσης
2. Σοβαρού βαθμού έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, όπως αυτή προέκυπτε από ένα σύνολο ερωτήσεων σχετικά με την:
 - Ικανότητα προσανατολισμού (π.χ. Τι ημερομηνία έχουμε σήμερα;)
 - Μνήμη (άμεση: ο πάσχοντας επαναλάμβανε μια σειρά από τυχαίους αριθμούς, πρώτα κανονικά και μετά ανάποδα, β) ο πάσχοντας ανέφερε τρία μη σχετιζόμενα αντικείμενα και μετά από μερικά λεπτά τα επαναλάμβανε, γ) απώτερη: Πείτε μου σας παρακαλώ ονόματα προέδρων της Κυπριακής Δημοκρατίας), δ) απόθεμα γνώσης: π.χ. Ποια είναι τα χρώματα της Κυπριακής σημαίας;
 - Αφαιρετική Ικανότητα: π.χ. Πείτε μου σας παρακαλώ το νόημα αυτής της παροιμίας: φασούλι, φασούλι γεμίζει το σακούλι.
 - Κριτική Ικανότητα: π.χ. Τι θα κάνατε σε περίπτωση που μυρίζατε καπνό στο σπίτι σας;
3. Διάγνωση κατά άξονα II του DSM-IV-TR (APA, 2000)
4. Πενία λόγου.
5. Περιορισμένη εναισθησία, όπως αυτή προέκυπτε από τον οδηγό ερωτήσεων:
 - 1) Για ποιό λόγο βρίσκεστε εδώ; / γνωρίζετε για ποιό λόγο βρίσκεστε εδώ;
 - 2) Για ποιό λόγο παίρνετε αυτά τα φάρμακα; / για ποιό λόγο κάνετε αυτή τη θεραπεία;
 - 3) Πιστεύετε ότι χρειάζεστε βοήθεια για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που έχετε αυτό τον καιρό;
6. Ανεπαρκής κατανόηση του περιεχομένου και των στόχων της μελέτης.

4.4.6.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχτηκαν από κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγείας επαρχιακής πόλης της Κύπρου κατά την περίοδο Απριλίου 2012 και Αυγούστου 2013. Παρόλο που οι συμμετέχοντες

στην παρούσα φάση χρησιμοποιούσαν τη συγκεκριμένη κοινοτική υπηρεσία, ωστόσο λόγω της χρονιότητας της νόσου, αλλά και των διαφορετικών φάσεων της, είχαν χρησιμοποιήσει τόσο νοσοκομειακές όσο και κοινοτικές υπηρεσίες.

Σε πρώτο στάδιο γινόταν παραπομπή των υποψήφιων συμμετεχόντων στο δείγμα της μελέτης από μία νοσηλεύτρια η οποία είχε οριστεί από την υπεύθυνη της συγκεκριμένης Κοινοτικής δομής ως το αρμόδιο άτομο για να συνεργαστεί με την κύρια ερευνήτρια. Η συγκεκριμένη νοσηλεύτρια θεωρείται και η υπεύθυνη στη συγκεκριμένη Κοινοτική δομή. Στη συνέχεια, η ερευνήτρια επέλεγε ορισμένα άτομα βάσει των προαναφερόμενων κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού. Οι συνεντεύξεις έγιναν σε χώρο και χρόνο επιλογής του εκάστοτε συμμετέχοντα, σε περιβάλλον χωρίς θορύβους και χωρίς να υπάρχουν παρεμβάσεις από τρίτα άτομα, ώστε να διατηρηθεί η ατομικότητα. Διευκρινίζεται ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες επέλεξαν οι συνεντεύξεις να διεξαχθούν στο χώρο της κοινοτικής δομής παρόλο που προτάθηκε να χρησιμοποιηθεί και το γραφείο της κύριας ερευνήτριας, σε ώρες φυσικά που δεν θα ήταν ανοιχτό το Πανεπιστήμιο με σκοπό να διατηρηθεί η εμπιστευτικότητα. Για αυτό τον σκοπό παραχωρήθηκε από την κοινοτική δομή ένα γραφείο στο οποίο δεν είχαν πρόσβαση άλλα άτομα κατά τις ώρες διεύθησης διεξαγωγής των συνεντεύξεων. Ακόμα και μια συμμετέχουσα η οποία αρχικά επέλεξε τις γραφειακές εγκαταστάσεις του Πανεπιστημίου, έπειτα αποφάσισε ότι ήθελε να διεξαχθεί η συνέντευξη στο γραφείο της κοινοτικής δομής. Αξίζει να αναφερθεί ότι κανένας από τους συμμετέχοντες δεν επέλεξε το σπίτι του, ή κάποιο άλλο μέρος. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω επαναλαμβανομένων φαινομενολογικών ημι-δομημένων συνεντεύξεων με ανοικτές ερωτήσεις, με στόχο την εστίαση στους σκοπούς της μελέτης. Οι αρχικές συνεντεύξεις διενεργήθηκαν μεταξύ Απριλίου 2012 και Αυγούστου 2013, ενώ οι Επαναληπτικές συνεντεύξεις¹⁹ με σκοπό τη

¹⁹ Διευκρινίζεται ότι η διαδικασία ακολουθούσε την εξής ροή: διενεργούνταν οι πρώτες-αρχικές συνεντεύξεις με τον συμμετέχοντα, ο οποίος είχε ενημερωθεί ότι πιθανόν να ακολουθούσε επαναληπτική συνέντευξη. Ενθαρρυνόταν δε, να κρατήσει σημειώσεις για ότι άλλο ήθελε να μας πει, μέχρις ότου τον καλέσουμε για επαναληπτική συνέντευξη, β) αφού οι ερευνητές ανέλυναν τη συνέντευξη του, τότε στη περίπτωση διαφωνιών μεταξύ τους, καταγράφονταν διευκρινιστικές ερωτήσεις, οι οποίες τίθονταν στο συμμετέχοντα κατά την επαναληπτική συνέντευξη, γ) ο συμμετέχων διατηρούσε το δικαίωμα να προσθέσει οτιδήποτε άλλο θεωρούσε

διασφάλιση της ακρίβειας της μελέτης διενεργήθηκαν στις 20 Νοεμβρίου 2014, εφόσον οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί και συναινέσει γι' αυτό κατά τις αρχικές συνεντεύξεις. Το περιεχόμενο των συνεντεύξεων σε μεγάλο βαθμό καθορίστηκε από τους συμμετέχοντες, σύμφωνα με τους κανόνες της φαινομενολογίας. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να αναφέρουν παραδείγματα από τις εμπειρίες τους, ώστε να καταστεί δυνατή η εμβάθυνση στα νοήματα της εμπειρίας. Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων (προς το τέλος) συλλέγονταν και δημογραφικά στοιχεία (π.χ. δομές ή υπηρεσίες που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες, το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή τους κατάσταση αλλά και η διάγνωση). Η κύρια ερευνήτρια, διενήργησε τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις και είχε την ευθύνη της καταγραφής των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν δύο ψηφιακοί καταγραφείς φωνής και ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής, όπου διαφυλάσσονταν τα δεδομένα και καταγράφηκε η ανάλυση των δεδομένων. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ένα ήσυχο δωμάτιο της δομής από την οποία και παρακολουθούνταν και είχαν διάρκεια από 30 λεπτά-1ώρα.

Δόθηκε επαρκής χρόνος για να διεξαχθεί η συνέντευξη με σκοπό να δημιουργηθεί μια σχέση όπου οι συμμετέχοντες θα μπορούσαν να εκφραστούν ελεύθερα και να αφηγηθούν την εμπειρία τους. Δόθηκε επίσης επαρκής χρόνος για τυχών ερωτήσεις που αφορούσαν στην έρευνα πριν την συνέντευξη, καθώς και κατέστη σαφές ότι θα μπορούσαν να αποσυρθούν από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή εάν αυτό έκριναν αναγκαίο.

Η κύρια ερευνήτρια είχε φροντίσει να δημιουργηθεί ένα κλίμα ασφάλειας για την διεξαγωγή της συνέντευξης με το να ενημερώσει τους συμμετέχοντες ότι το όνομα τους δεν θα χρησιμοποιείτο πουθενά σε κανένα γραπτό κείμενο καθώς και γενικότερα για την διασφάλιση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Επίσης, έγινε αναφορά στους συμμετέχοντες ότι θα έπρεπε να αφηγηθούν ότι ένοιωθαν άνετα να αφηγηθούν. Καταγράφονταν τόσο τα λεκτικά όσο και τα εξωλεκτικά μηνύματα²⁰.

σημαντικό κατά την επαναληπτική συνέντευξη ή οτιδήποτε δεν είχε σημειώσει κατά τη πρώτη συνέντευξη και θα ήθελε να σημειώσει.

²⁰ Σε αυτό το σημείο διευκρινίζεται ότι τα εξωλεκτικά μηνύματα, χρησιμοποιήθηκαν κατά την διάρκεια της ανάλυσης και ειδικότερα των συζητήσεων μεταξύ των ατόμων (4^{ov} ανεξάρτητων ερευνητών) οι οποίοι και

Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και καταγράφηκαν. Ανήλθαν περίπου σε 210 σελίδες γραπτού κειμένου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν προέκυψε κανένα πρόβλημα κατά την διεξαγωγή των συνεντεύξεων σε σχέση με το φύλο της ερευνήτριας.

4.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε από τέσσερις ανεξάρτητους ερευνητές: α) την κύρια ερευνήτρια (υποψήφια διδάκτωρ), β) την επιβλέπουσα καθηγήτρια (δεύτερη ερευνήτρια), η οποία είναι Επίκουρη καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας και διαθέτει επαρκή εκπαίδευση και εμπειρία στη φαινομενολογική ανάλυση, γ) μια διδάκτορα Νοσηλευτικής με εμπειρία και ερευνητικό έργο στη φαινομενολογική ανάλυση (Τρίτη ερευνήτρια) και δ) μια ψυχολόγο, με εμπειρία στη φαινομενολογική ανάλυση (τέταρτη ερευνήτρια).

Αρχικά έγινε αποκάλυψη και ανάλυση των πρώτων εμπειριών και γνώσεων των ερευνητών σχετικά με το υπό μελέτη θέμα. Ο van Manen υποστηρίζει ότι: «κατά τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας, ο ερευνητής γνωρίζει ότι οι δικές του εμπειρίες είναι της δυνατό να είναι και εμπειρίες των άλλων» (van Manen 1990). Ο van Manen, σε αντίθεση με τον Husserl ο οποίος και υποστήριξε την απομόνωση ή περιχαράκωση («bracketing»), υποστηρίζει ότι «εάν προσπαθήσουμε να ξεχάσουμε ή να αγνοήσουμε αυτά που γνωρίζουμε μέχρι τώρα, μπορεί να ανακαλύψουμε ότι οι προ-κατανοήσεις επιστρέφουν επίμονα της συλλογισμούς της. Είναι καλύτερο να καταστήσουμε ρητές της αντιλήψεις, πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, υποθέσεις, προϋποθέσεις και θεωρίες. Προσπαθούμε να συμβιβαστούμε με της υποθέσεις της, όχι για να της ξεχάσουμε και πάλι, αλλά να της κρατήσουμε σκόπιμα ή και ακόμα να της μετατρέψουμε

συμμετείχαν στην ανάλυση εάν και εφόσον υπήρχαν διαφωνίες ή χρειαζόνταν διευκρινήσεις αναφορικά με τα λεγόμενα του συμμετέχοντα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ενός νεαρού συμμετέχοντα, προκειμένου να τονιστεί εφόσον ζητήθηκε διευκρίνιση του θυμού που βίωνε αλλά και της αγανάκτησης λόγω της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής και της έντονης επιθυμίας του να τα διακόψει, κατά την συνάντηση με τους άλλους συνερευνητές, η κύρια ερευνήτρια επισήμανε την βαρύτητα στον τόνο της φωνής και το χτύπημα στο τραπέζι την ώρα που έλεγε: «Ναι» (δυναμώνει η ένταση της φωνής και ο τόνος γίνεται πιο επιβλητικός) .

σε γνώση ενάντια στον εαυτό της, της ήταν, εκθέτοντας έτσι τον επιφανειακό ή κρυμμένο χαρακτήρα της» (van Manen 1990, σελ.47).

Περαιτέρω, τα κείμενα των συνεντεύξεων απομαγνητοφωνήθηκαν με έμφαση, εκτός από της αμιγείς λεκτικές εκφράσεις, στον τόνο της φωνής, της παύσεις και άλλα συνοδά σημαντικά στοιχεία.

Περαιτέρω, προκειμένου να ελεγχθεί η υποκειμενικότητα του ερευνητή, η δεύτερη ερευνήτρια άκουσε ξανά της ηχογραφημένες συνεντεύξεις και διάβαζε προσεκτικά τα καταγεγραμμένα δεδομένα. Στη συνέχεια, οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις δόθηκαν σε όλους της ερευνητές/αναλυτές και ξεκίνησε η διαδικασία. Κάθε ερευνητής πραγματοποιούσε μόνος του την ανάλυση και στη συνέχεια, αφού καθένας είχε ολοκληρώσει πραγματοποιούνταν μια συνάντηση και των τεσσάρων ερευνητών. Στόχος της συνάντησης της ήταν η τεκμηρίωση του προσδιορισμού των κύριων θεμάτων, αναθεωρώντας τα αποτελέσματα σε συνάρτηση με τα αποσπάσματα των συμμετεχόντων από την καταγραφή.

Εδώ, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι πραγματοποιήθηκαν συνολικά πέντε συναντήσεις οι οποίες αναλυτικά έγιναν: α) η πρώτη τον Δεκέμβριο 2013, β) η δεύτερη τον Ιανουάριο του 2013, γ) η Τρίτη τον Φεβρουάριο του 2013, δ) η τέταρτη τον Μάρτιο του 2013 και ε) η Πέμπτη Δεκέμβριο του 2014 (για επαναληπτικές συνεντεύξεις). Οι ερευνητές είχαν επικοινωνία τόσο τηλεφωνικά όσο και μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας για την διευθέτηση των συναντήσεων. Επισημαίνουμε ότι οι συναντήσεις γίνονταν μέσω skype και καταγράφονταν σε αρκετές περιπτώσεις στο κασετόφωνο.

Με σκοπό την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε πρότυπο συνεντεύξεων το οποίο ήταν σε μορφή αρχείου word και το οποίο περιλάμβανε δύο στήλες. Η μία εκ αριστερών είχε αύξοντες αριθμούς αρχίζοντας με 001 και στα δεξιά καταγράφονταν τα σχόλια τα οποία αφορούσαν και αντιστοιχούσαν της γραμμές αυτές. Οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις αποστέλλονταν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και είχαν χρόνο οι δύο ανεξάρτητοι, οι οποίοι βρίσκονταν στην Ελλάδα να επεξεργαστούν πρώτα μόνοι της, της άλλωστε και όλοι η ερευνητές την ανάλυση.

Κατά τις συναντήσεις συζητούνταν οι συνεντεύξεις αφού η κύρια ερευνήτρια άρχιζε να διαβάζει την προγραμματισμένη/προγραμματισμένες συνεντεύξεις. Ο χρόνος κάθε συνάντησης επεξεργασίας της ανάλυσης δεν προκαθοριζόταν, αντίθετα, αφορούσε τον χρόνο

στον οποίο οι ερευνητές ήταν σε θέση να συνεχίσουν δεδομένου προσωπικών της υποχρεώσεων και φυσικά δεδομένης της έκτασης κάθε συνέντευξης.

Αφού η κύρια ερευνήτρια διάβαζε γραμμή με γραμμή της συνεντεύξεις σταματούσαμε για σχόλια. Σε ορισμένες περιπτώσεις δε, χρειάστηκε να ξανακούσουμε συγκεκριμένα αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις καθότι υπήρχαν άτομα τα οποία λόγω της φαρμακευτικής αγωγής, της οποίας και λάμβαναν είχαν δυσχέρεια στην ομιλία και ήταν δυσνόητα κάποια πράγματα. Γινόταν συζήτηση πάνω στο θέμα και καταγράφονταν τα σχόλια.

Συγκεκριμένα, κατά την ανάγνωση, η κύρια ερευνήτρια αναφερόταν στην γραμμή αλλά και την σελίδα της απομαγνητοφώνησης της συγκεκριμένης συνέντευξης. Έπειτα, ο καθένας από τους ερευνητές εξέφραζε τα σχόλια του για την συγκεκριμένη γραμμή και σελίδα. Γινόταν συζήτηση προκειμένου να επεξηγηθούν και να τεκμηριωθούν τα σχόλια. Σε αρκετές περιπτώσεις, γινόταν και σύνδεση με της γραμμές και σελίδες της οποίες υπήρχε η ίδια τεκμηρίωση των σχολίων ή και σύνδεση με προηγούμενες συνεντεύξεις προκειμένου να έρθουν οι ερευνητές σε συμφωνία.

Υπήρξαν και περιπτώσεις όπου σημειώθηκαν και διαφωνίες. Στην περίπτωση αυτή κάθε ερευνητής εξέφραζε τη θέση του, τον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόταν και ερμήνευε την αντίστοιχη εμπειρία, καθώς και ποια άλλα δεδομένα/ εμπειρίες τον οδηγούσαν προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση. Εάν η συγκεκριμένη ανάλυση δεν έβρισκε σύμφωνη την ομάδα, τότε δεν λαμβανόταν υπόψη. Συνολικά, η συνεργασία μεταξύ των τεσσάρων ερευνητών σχετικά με την ανάλυση αλλά και ως στοιχείο συναντίληψης σχετικά με την τελική απόφαση για την κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων ήταν μία συνεχής και αέναη διαδικασία.

Συγκεκριμένα, τα κείμενα κατηγοριοποιήθηκαν με βάση της κατηγορίες των εμπειριών, τα θέματα και τα νοήματα που αναδύθηκαν. Η κατηγοριοποίηση των επιλεγθέντων στοιχείων αναθεωρείτο, αναμορφωνόταν καθώς προστίθεντο όλο και περισσότερα στοιχεία, ώστε αναδύθηκαν τα κοινά θέματα της εμπειρίας. Επιπρόσθετα, αναζητήθηκε το πυρηνικό θέμα της εμπειρίας, το οποίο αναγνωρίστηκε ως το κοινό εννοιολογικό υπόβαθρο των επιμέρους θεμάτων. Οι σχέσεις του πυρηνικού θέματος με τα υπόλοιπα κοινά θέματα διερευνήθηκαν. Τα αποσπάσματα από της συνεντεύξεις (quotas) που αναδεικνύουν τα κοινά θέματα σημειώθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για την επιβεβαίωση της ανάλυσης.

Σε κάθε φάση της μελέτης χρησιμοποιούνταν το γενικό κριτήριο επιβεβαίωσης κατά Munhall (1994) που ονομάζεται «φαινομενολογική κατάφαση». Για τον έλεγχο της ακρίβειας και της ποιότητας της ανάλυσης εφαρμόστηκαν τα τέσσερα κριτήρια της Burns (1989) και τα εννέα κριτήρια φαινομενολογίας της Munhall (1994).

Συγκεκριμένα τα πέντε κριτήρια της Burns (1989) αφορούν: α) στην ζωντάνια της περιγραφής (descriptive vividness), β) στη μεθοδολογική αντιστοιχία (methodological congruence), γ) στην αναλυτική ακρίβεια (analytic preciseness), δ) τη θεωρητική συνεκτικότητα (theoretical connectedness) και ε) στη σημασία των ευρημάτων (Heuristic relevance).

A) Η ζωντάνια της περιγραφής αφορά το κείμενο, το οποίο θα πρέπει να περιγράφει παραστατικά την εμπειρία, να περιέχει σημαντικές πληροφορίες με σαφήνεια και εις βάθος.

B) Η μεθοδολογική αντιστοιχία αφορά στην ύπαρξη: i) της ακρίβειας της καταγραφής, δηλαδή την παρουσίαση του σκοπού, τεκμηρίωση της σπουδαιότητας της μελέτης του συγκεκριμένου φαινομένου, την ύπαρξη ερευνητικών υποθέσεων, να τεκμηριώνεται με σαφήνεια ο ρόλος του ερευνητή. Ii) τήρηση διαδικαστικών κανόνων: ο ερευνητής θα πρέπει να καταστήσει σαφή τα μέτρα που λήφθηκαν για να διασφαλιστούν τα δεδομένα, αν καταγράφηκαν με ακρίβεια και την αντιπροσωπευτικότητα των δεδομένων, iii) Ηθική ακρίβεια: να έχουν τηρηθεί όλοι οι κανόνες δεοντολογίας (φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης κλπ), iv) ελεγχιμότητα: να έχει γίνει εκτενής περιγραφή της συλλογής των δεδομένων, οι θεωρητικές προσεγγίσεις να συνδέονται με τα δεδομένα κλπ.

Γ) Αναλυτική ακρίβεια, αφορά στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, η οποία και θα πρέπει να συνάδει με τα αποτελέσματα, να υπάρχει μια λογική κατηγοριοποίηση των ευρημάτων και να βρίσκονται σε συνοχή.

Δ) Θεωρητική συνεκτικότητα, αφορά στο θεωρητικό σχήμα το οποίο αναπτύχθηκε από τη μελέτη το οποίο και θα πρέπει να εκφράζει με σαφήνεια τα δεδομένα.

E) Σημασία των ευρημάτων: τα αποτελέσματα θα πρέπει να έχουν ενδιαφέρον για τον αναγνώστη (σημασία θεωρητικού πλαισίου, εφαρμογή στη νοσηλευτική επιστήμη, σημασία για μελλοντικές έρευνες). Η σημασία των ευρημάτων διαχωρίζεται σε επιπλέον τρεις διαστάσεις: α) Διαισθητική αναγνώριση, όπου το θεωρητικό σχήμα θα πρέπει να έχει νόημα κατά την προσωπική άποψη των αναγνωστών και να αναγνωρίζει τη σχέση της θεωρίας, β) να υπάρχει σχέση με την υφιστάμενη βιβλιογραφία (συσχέτιση μεταξύ θεωρητικού υπόβαθρου

και υφιστάμενης γνώσης, επεξεργασία και τεκμηρίωση των διαφορών), γ) εφαρμοσιμότητα, τα αποτελέσματα να έχουν εφαρμογή για την νοσηλευτική επιστήμη, να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη μιας νοσηλευτικής θεωρίας αλλά και να δίνουν εισηγήσεις για μελλοντικές έρευνες.

4.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Προκειμένου να διασφαλιστεί ο μέγιστος βαθμός ακρίβειας και ποιότητας της μελέτης εφαρμόστηκαν συγκεκριμένες τεχνικές για να περιοριστεί το σφάλμα λόγω υποκειμενικότητας του ερευνητή. Αρχικά, ο ερευνητής περιέγραψε την προσωπική του οπτική και εμπειρία σχετικά με το φαινόμενο που μελετήθηκε. Στόχος ήταν να γίνει κατανοητό το ακριβές και ιδιαίτερο νόημα που φέρει η εμπειρία αυτή για τον ίδιο τον ερευνητή, και ο τρόπος με τον οποίο ενδέχεται οι θέσεις αυτές να επηρεάσουν την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Περαιτέρω, η ακριβής περιγραφή του βιοματικού πλαισίου, επιτρέπει και ωθεί τον ερευνητή να προσεγγίσει βαθύτερα επίπεδα κατανόησης του φαινομένου, και ταυτόχρονα να αναγνωρίσει τα διαφορετικά επίπεδα νοήματος και ερμηνείας που έχουν διαμορφωθεί μέσα στο προσωπικό του σύστημα αντιλήψεων και απόψεων.

Επιπλέον, προκειμένου να προσεγγιστεί αυτούσια η εμπειρία κάθε συμμετέχοντα, χωρίς να αποπροσανατολίζεται ο ερευνητής ή να συμβαίνουν παρανοήσεις και παρεμβολή των προσωπικών του απόψεων στα δεδομένα, τέθηκαν ερωτήσεις όπως: «Πες μου τι εννοείς λέγοντας» ή «Περιέγραψε μου και άλλες φορές πως ένιωσες έτσι». Επιπλέον, ζητήθηκαν σχετικά παραδείγματα (Oiler 1982). Επίσης, η ενίσχυση της εισχώρησης στην έννοια του φαινομένου έγινε με το να επιδιώκει ο ερευνητής να αναρωτιέται για τα δεδομένα, και να αφήνει τον εαυτό του να νοιώσει πως βρίσκεται σε σύγκρουση, μπερδεμένος, σε αβεβαιότητα, και περαιτέρω να ρωτά και άλλους σχετικά με την γνώμη τους για κάποιο θέμα (Oiler 1982).

Εκτός από την διερεύνηση, τη διευκρίνιση, την αναφορά σε επεξηγηματικά παραδείγματα και την περιγραφή, η διαβίβαση αισθήματος ουσιαστικού ενδιαφέροντος προς τον συμμετέχοντα είναι ένας τρόπος προσέγγισης που ενίσχυσε την ακρίβεια της μελέτης (Jasper 1994). Σε ένα τέτοιο κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης, αποδοχής και οικειότητας, οι συμμετέχοντες

αφέθηκαν να περιγράψουν ακόμη και ιδιαίτερα προσωπικές τους σκέψεις και βιώματα, ακόμη και ενοχλητικά για αυτούς κάποιες φορές.

Επιπλέον, μια άλλη τεχνική που εφαρμόστηκε για τη διασφάλιση της ακρίβειας της μελέτης ήταν η χρήση αποσπασμάτων από τις συνεντεύξεις επιβεβαιώνοντας συγκεκριμένο εύρημα ή που το περιγράφουν, η εξασφάλιση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου βαθμού αυθόρμητης περιγραφής της προ-της-ανάκλησης βιωμένης εμπειρίας πραγματοποιήθηκε με προσεκτική περιγραφή του θέματος της μελέτης, αλλά και διατύπωσης των ερωτήσεων, ώστε να αποφευχθούν αναφορές ή λέξεις που δύναται να δράσουν καθοδηγητικά στις περιγραφές των συμμετεχόντων. Για παράδειγμα, δεν χρησιμοποιήθηκαν λέξεις όπως, «αυτοεικόνα», «προσωπική ταυτότητα», «επιπτώσεις», «θεραπευτική σχέση» κτλ.

Ειδικότερα ο van Manen (1990) αναφέρει ότι σχετικά με την ακρίβεια της καταγραφής της βιωμένης εμπειρίας, χρησιμοποιούνται τα εξής κύρια θέματα ποιότητας: α) ο προσανατολισμός (orientation), β) η δύναμη (strength) γ) ο πλούτος (richness) και δ) το βάθος (depth).

Ο προσανατολισμός αναφέρεται στη συμμετοχή του ερευνητή στον κόσμο των συμμετεχόντων, στην έρευνα και στις αφηγήσεις τους. Για το σκοπό αυτό, η κύρια ερευνήτρια μετά το πέρας κάθε συνέντευξης παρέμενε στο χώρο της συνέντευξης με τον συμμετέχοντα και συνέχιζε την συζήτηση με άτυπο τρόπο.

Η δύναμη αναφέρεται στην πειστική ικανότητα του κειμένου να αντιπροσωπεύσει τον πυρήνα της πρόθεσης της κατανόησης των εγγενών εννοιών, όπως αυτές εκφράζονται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα μέσω των αφηγήσεων. Για τον σκοπό αυτό έγινε προσπάθεια να εφαρμοστεί η νατουραλιστική γραφή και να δοθεί έμφαση στην ένταση των αφηγήσεων.

Ο πλούτος χρησιμεύει στην αισθητική ποιότητα του κειμένου και αναφέρεται στο κατά πόσον το κείμενο αφηγείται παραστατικά τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Για το σκοπό αυτό έγινε προσπάθεια να διατηρηθεί το ύφος των περιγραφών.

Το βάθος, είναι η ικανότητα του κειμένου να διεισδύει προς τα κάτω και να εκφράζει τις εσώτερες των προθέσεων των συμμετεχόντων. Για τον σκοπό αυτό έγινε προσπάθεια να αποδοθεί με ακρίβεια ο τρόπος σύνδεσης των κύριων θεμάτων και το εννοιολογικό κοινό σημείο της.

Περαιτέρω, ο έλεγχος της αξιοπιστίας της μελέτης πραγματοποιήθηκε με βάση τα κριτήρια της Munhall (1994), τα οποία διασφαλίζουν και επιβεβαιώνουν:

A) Την αρμονία της μελέτης (resonancy), η οποία υποδηλώνει πως η γραπτή απόδοση του νοήματος της εμπειρίας βρίσκεται σε συνοχή και αρμονία με το βίωμα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, στη φάση των επαναληπτικών συνεντεύξεων²¹ και της παρουσίασης των ευρημάτων στους συμμετέχοντες, εκείνοι επιβεβαίωσαν την ανάλυση χρησιμοποιώντας τις εκφράσεις όπως: «Ναι μου ακούγεται σωστό ή Ναι, βλέπω σε κάποια σημεία τον εαυτό μου» ή «Αυτό ισχύει για εμένα» ή ακόμη «Ναι, αυτό ήθελα να πω ή Αυτά τα έχω περάσει».

B) Η λογική των ευρημάτων (reasonableness), η οποία αφορά στο βαθμό που οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την απόδοση της εμπειρίας από τον ερευνητή ως λογική και πιθανή. Η λογική των ευρημάτων επιβεβαιώθηκε στη φάση των επαναληπτικών συνεντεύξεων και της παρουσίασης των ευρημάτων στους συμμετέχοντες και συγκεκριμένα μέσα από εκφράσεις: «Ναι, μου φαίνεται λογικό» ή «Ναι το βλέπω πως λειτουργεί έτσι όπως το περιγράφεις». Επίσης σε όλα τα στάδια της ανάλυσης υπάρχει μια λογική αιτία για την οποία ακολουθήθηκαν συγκεκριμένα βήματα και τα οποία τις περισσότερες φορές ήταν η ανάγκη των συμμετεχόντων να περιγράψουν συγκεκριμένα βιώματα. Το γεγονός αποτέλεσε την αιτία για να προσεγγίσει ο ερευνητής βαθύτερα στάδια κατανόησης. Επιπρόσθετα, αναγνώστες που δεν συμμετείχαν στη μελέτη θεώρησαν τα ευρήματα ως λογικά και αποκαλυπτικά.

Γ) Η αντιπροσωπευτικότητα (representativeness), σύμφωνα με την οποία το αποτέλεσμα της ανάλυσης των δεδομένων αντιπροσωπεύει σε επαρκή έκταση τις ποικίλες πτυχές της βιωμένης εμπειρίας. Με στόχο να επιτευχθεί υψηλή αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η διακοπή της συλλογής του υλικού πραγματοποιήθηκε όταν

²¹ Διευκρινίζεται ότι οι επαναληπτικές συνεντεύξεις διενεργήθηκαν στις 20 Νοεμβρίου του 2014 με τα άτομα που συμμετείχαν στον πρώτο γύρο των συνεντεύξεων εφόσον κατά την συλλογή των δεδομένων μεταξύ Απριλίου 2012 και Αυγούστου 2013 είχαν πληροφορηθεί οι συμμετέχοντες για τις επαναληπτικές και είχαν συναινέσει γι' αυτό. Οι επαναληπτικές συνεντεύξεις χρησιμοποιούνται με σκοπό να αντληθούν περισσότερες πληροφορίες για το υπό μελέτη θέμα, εφόσον πιθανότατα η πρώτη συνέντευξη χρησιμοποιείται για να κτιστεί η εμπιστοσύνη. Οι επαναληπτικές συνεντεύξεις προάγουν την οικειότητα και το αληθινό ενδιαφέρον του ερευνητή προς τους συμμετέχοντες (Munhall 1994).

διαπιστώθηκε πως η προσθήκη περαιτέρω δεδομένων συνέβαλε με ουσιαστικό τρόπο στην αποκάλυψη νέων στοιχείων, φαινόμενο που έχει οριστεί ως θεωρητικός κορεσμός (Munhall 1994). Περαιτέρω, σε κάθε συνέντευξη με σκοπό να καλυφθούν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό όλες οι πτυχές και οι οπτικές της εμπειρίας του συμμετέχοντα, ο ερευνητής ζητούσε από κάθε συμμετέχοντα να περιγράψει την εμπειρία του σε έκταση και βάθος μέχρι να μην έχει απολύτως τίποτα άλλο να πει (Beck 1992).

Δ) Η αναγνωρισιμότητα (recognizability), που αναφέρεται στο βαθμό που η μελέτη περιέχει εμπειρίες και ερμηνείες αναγνωρίσιμες ακόμη και από άτομα που δεν έχουν βιώσει το φαινόμενο. Η αναγνωρισιμότητα των ευρημάτων επιβεβαιώθηκε μέσω της παρουσίασης των ευρημάτων σε άλλους ψυχικά πάσχοντες²² και μη ψυχικά πάσχοντες και συγκεκριμένα μέσα από εκφράσεις: «Αυτό που μου περιγράφεις, το έχω δει να συμβαίνει».

Ε) Η διερεύνηση της συνειδητής επίγνωσης, η οποία αναφέρεται στην επέκταση της αντιληπτικότητας και των πνευματικών οριζόντων των αναγνωστών της μελέτης (raised consciousness). Η διεύρυνση της συνειδητής επίγνωσης είναι μία διαδικασία με την οποία ο ερευνητής βίωσε καθ' όλη την πορεία της συλλογής δεδομένων και της ανάλυσης. Η επαφή με τις ανθρώπινες εμπειρίες των συμμετεχόντων βιώθηκε ως μια δυναμική διαδικασία που όχι μόνο διεύρυνε την ενσυναίσθηση, αλλά και το βαθμό κατανόησης και την επαφή του ερευνητή με τις οπτικές του φαινομένου που δεν έχει αντιληφθεί ποτέ πως υπήρχαν. Ανάλογα συναισθήματα αναμένεται να περιγραφούν από τα περισσότερα άτομα που με οποιοδήποτε

²² Διευκρινίζεται ότι κατά τις επαναληπτικές συνεντεύξεις αρχικά γινόταν μια παρουσίαση των αποτελεσμάτων στους συμμετέχοντες με αυτούσια τα αποσπάσματα, μέσω μιας εκτυπωμένης σε power point παρουσίασης και έπειτα ρωτούσαμε τις συγκεκριμένες ερωτήσεις που είχαμε να ρωτήσουμε τον καθένα ξεχωριστά μετά τις διευκρινήσεις που είχαμε καταγράψει οι 4ς ανεξάρτητοι ερευνητές κατά την ανάλυση των αρχικών συνεντεύξεων. Ως παράδειγμα να αναφέρουμε την εξής περίπτωση. Κατά την παρουσίαση του αποσπάσματος από τη συνέντευξη μιας συμμετέχουσας, η οποία έκανε σαφή αναφορά στον κοινωνικό στιγματισμό λόγω της νόσου και της συνεπακόλουθης θεραπείας με ψυχοτρόπα φάρμακα, η ανταπόκριση κατά την παρουσίαση προς τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, και συγκεκριμένα από έναν μεσήλικα άνδρα με διαταραχή διάθεσης ήταν: «Θέλει να πει εδώ ότι την πείραζε το ψυχιατρείο. Έτσι και μένα. Ιδίως εγώ και εκεί πάνω, παντού που έκανα. Ντρεπόμουν άμα είχε κάποιο και με ήξερε να με δει ότι είμαι εκεί μέσα. Έφευγα, πήγαινα να μην με δει. Είχε προκατάληψη. Είχε πολλή προκατάληψη».

τρόπο, είτε ως ερευνητές, είτε ως συμμετέχοντες, είτε ως αναγνώστες που θα έρθουν σε επαφή με τη μελέτη.

ΣΤ) Η ευαναγνωσιμότητα της καταγραφής (readability) όπου προκειμένου να ελεγχθεί η αμεσότητα και η εκφραστικότητα του χαρακτήρα γραφής της μελέτης, το κείμενο δόθηκε σε συναδέλφους και σε ορισμένους συμμετέχοντες για να διαπιστωθεί ο βαθμός κατανόησης του. Επίσης, για τη γραπτή παρουσίαση της μελέτης επιλέχθηκε ένας νατουραλιστικός τρόπος γραφής.

Ζ) Η σχετικότητα της μελέτης με τους στόχους της φαινομενολογίας (relevance) καθώς το συμπέρασμα της μελέτης αναφέρετε στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με παγιωμένη ψυχική νόσο αντιλαμβάνονται την ασθένεια τους και τον τρόπο με τον οποίο αυτό αλληλεπιδρά στη σχέση τους με τους σημαντικούς άλλους, τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, στην καθημερινότητα τους κλπ. Επιπλέον διερευνήθηκε η σχετικότητα της μελέτης με τις αντιλήψεις του ερευνητή.

Η) η υπευθυνότητα (responsibility), που αφορά στο βαθμό υπευθυνότητας ως προς τα ηθικά ζητήματα της μελέτης. Συγκεκριμένα, λήφθηκε μέριμνα για συγκεκριμένα θέματα. Η συγκατάθεση των συμμετεχόντων επιβεβαιώθηκε σε όλη την πορεία της μελέτης. Η επεξεργασία των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε με ευαισθησία και σεβασμό, ώστε να διατηρηθεί η αυθεντικότητα των δεδομένων και η μη διαστρέβλωση τους κατά την ανάλυση και την παρουσίαση τους. Για το λόγο αυτό, όλα τα αποσπάσματα των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκαν στην συγγραφή της μελέτης μετά από συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των στοιχείων διασφαλίστηκε με τη χρήση ψευδωνύμων, έτσι ώστε μόνο οι κύριοι ερευνητές να γνωρίζουν την πηγή των συνεντεύξεων. Η αναφορά στους συμμετέχοντες τόσο κατά την συνέντευξη και καθ'όλη τη διαδικασία της ανάλυσης και της επεξεργασίας έγινε με την χρήση ψευδωνύμων που επέλεξαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες. Επίσης τα αποσπάσματα τα οποία ήταν ιδιαίτερα ευαίσθητα, δεν χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη, εκτός και αν ο συμμετέχων είχε δώσει την άδεια του. Τέλος, παρουσιάστηκε στους συμμετέχοντες η τελική μορφή του κειμένου προκειμένου να επιβεβαιωθεί η συγκατάθεση τους για τη χρήση των αποσπασμάτων των συνεντεύξεων τους.

Επιπλέον, λόγω τόσο της φύσης της μεθοδολογίας που αφορά την περιγραφή των βιωματικών εμπειριών, όσο και της ιδιαιτερότητας του φαινομένου της μελέτης και με σκοπό να

περιοριστεί όσο το δυνατόν η πιθανότητα συναισθηματικής φόρτισης των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να μιλήσουν μέχρι το βαθμό που αισθάνονταν άνετα να το κάνουν. Σε περίπτωση που υπήρχαν συμμετέχοντες οι οποίοι φορτίζονταν συναισθηματικά τους προτεινόταν η διακοπή της συνέντευξης καθώς η ανάκληση της εμπειρίας ενδέχεται να τους προκαλέσει συναισθηματική φόρτιση. Παρά ταύτα, εάν κάτι τέτοιο συνέβαινε, γινόταν ταυτόχρονη επικοινωνία με τον ερευνητή και αυτό βιωνόταν ως θεραπευτική διαδικασία «αδειάσματος», «μοιράσματος», ή «συναισθηματικής αποφόρτισης». Με την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων, οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να παραμείνουν στο χώρο για όσο χρόνο χρειαζόταν για να αποφορτιστούν.

Στο διάστημα αυτό, η αλληλεπίδραση με τον ερευνητή έγινε σε ένα πλαίσιο ενσυναίσθησης και εκδήλωσης πραγματικού ενδιαφέροντος για την ψυχική τους ένταση, χωρίς όμως να λαμβάνει χώρα κάποια μορφή ερμηνευτικής συζήτησης ή επεξεργασίας των βιωμάτων των συμμετεχόντων από την πλευρά του ερευνητή.

Θ) η ανταποκρισιμότητα (responsiveness) στη μελέτη, ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίθηκαν οι συμμετέχοντες στην μελέτη. Οι συμμετέχοντες επιβεβαίωσαν τόσο την ακρίβεια των περιγραφών και της ερμηνείας του φαινομένου όπως πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή, όσο και την αντιπροσωπευτικότητα των δεδομένων συγκριτικά με τον τρόπο που αντιλήφθηκαν οι ίδιοι την βιωμένη εμπειρία και το φαινόμενο. Η διαδικασία αυτή ήταν καθοριστική, καθώς μέσα από τις διευκρινήσεις και τα σχόλια των συμμετεχόντων επιτεύχθηκε ένα ακόμη βαθύτερο επίπεδο κατανόησης της ουσίας του φαινομένου σε αρκετά σημεία του.

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Όπως διαφαίνεται σε πίνακα ο οποίος βρίσκεται στο παράρτημα VI λήφθηκε συνέντευξη από 10 άτομα (2 Γυναίκες και 8 άντρες) οι οποίοι παρακολουθούνταν από Κοινοτική Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο. Ήταν ηλικίας 26-65 ετών και στην πλειοψηφία τους ήταν άγαμοι. Ένας ήταν διαζευγμένος ενώ τρεις ήταν έγγαμοι με παιδιά και ένας ήταν διαζευγμένος. Τρεις είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση και οι υπόλοιποι την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Στην πλειοψηφία τους δεν εργάζονταν, ενώ ένας ήταν συνταξιούχος, ένας εργαζόταν ως Λιμενεργάτης και ο άλλος είχε δική του δουλειά. Επιπλέον αναφορικά με την διάγνωση, στην πλειοψηφία τους είχαν διαγνωσθεί με ψυχωτικά στοιχεία ενώ ένας είχε Διπολική Διαταραχή.

5.2 ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ

5.2.1 ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΘΕΜΑ: «Επιγένεση της Προσωπικότητας και νέα προοπτική ζωής»

Ως πυρηνικό θέμα της βιωμένης εμπειρίας της σοβαρής ψυχικής νόσου αναδύθηκε η αντίληψη των συμμετεχόντων για επί-γένεση της προσωπικότητάς τους και η απόκτηση μίας νέας προοπτικής για τη ζωή μέσα από το βίωμα της ψυχικής νόσου. Η πρόθεση “Επί” χρησιμοποιείται για κάτι που υφίσταται «πάνω από κάτι», «στην κορυφή», και κύρια αντανακλά την αλλαγή πάνω σε κάτι που προϋπήρχε. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν όρους όπως «γέννηση», «ανάσταση», «αναγέννηση», «νέα οπτική» και «μεταμόρφωση», προκειμένου να περιγράψουν τον τρόπο που αισθάνονται σήμερα, μετά από μία αποτελεσματική θεραπεία, κύρια φαρμακευτική.

Πιο συγκεκριμένα, αυτή η νέα προοπτική για τη ζωή φάνηκε να πηγάζει κύρια από την αποδοχή της νόσου και των περιορισμών της, και κατά κύριο λόγο από την αποδοχή της αποτελεσματικότητας, και συνεπακόλουθα την αναγκαιότητα, της φαρμακοθεραπείας. Την

ίδια στιγμή, αυτή η νέα προοπτική ζωής φάνηκε να συνιστά την βασική προϋπόθεση για την επαν-ενσωμάτωση των συμμετεχόντων στην κοινωνική ζωή και κατά συνέπεια στην κανονικότητα. Τα ανωτέρω περιγράφηκαν πολύ χαρακτηριστικά από τους συμμετέχοντες:

Λιοντάρι: «Ένοιωθα ότι ήμουν κακός άνθρωπος και έγινα καλός[...].»

Χρίστος Αναστάση: «Όταν έπαιρνα εκείνο το φάρμακο,[...] σαν να γεννήθηκα, σαν να 'γινε νεκρανάσταση. Μου έφυγε η μελαγχολία, ήμουν ένας φυσιολογικός άνθρωπος».

ΑΕΛ: «Η νόσος μου είχε σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή μου, επειδή είδα τη ζωή με άλλο φακό [...].»

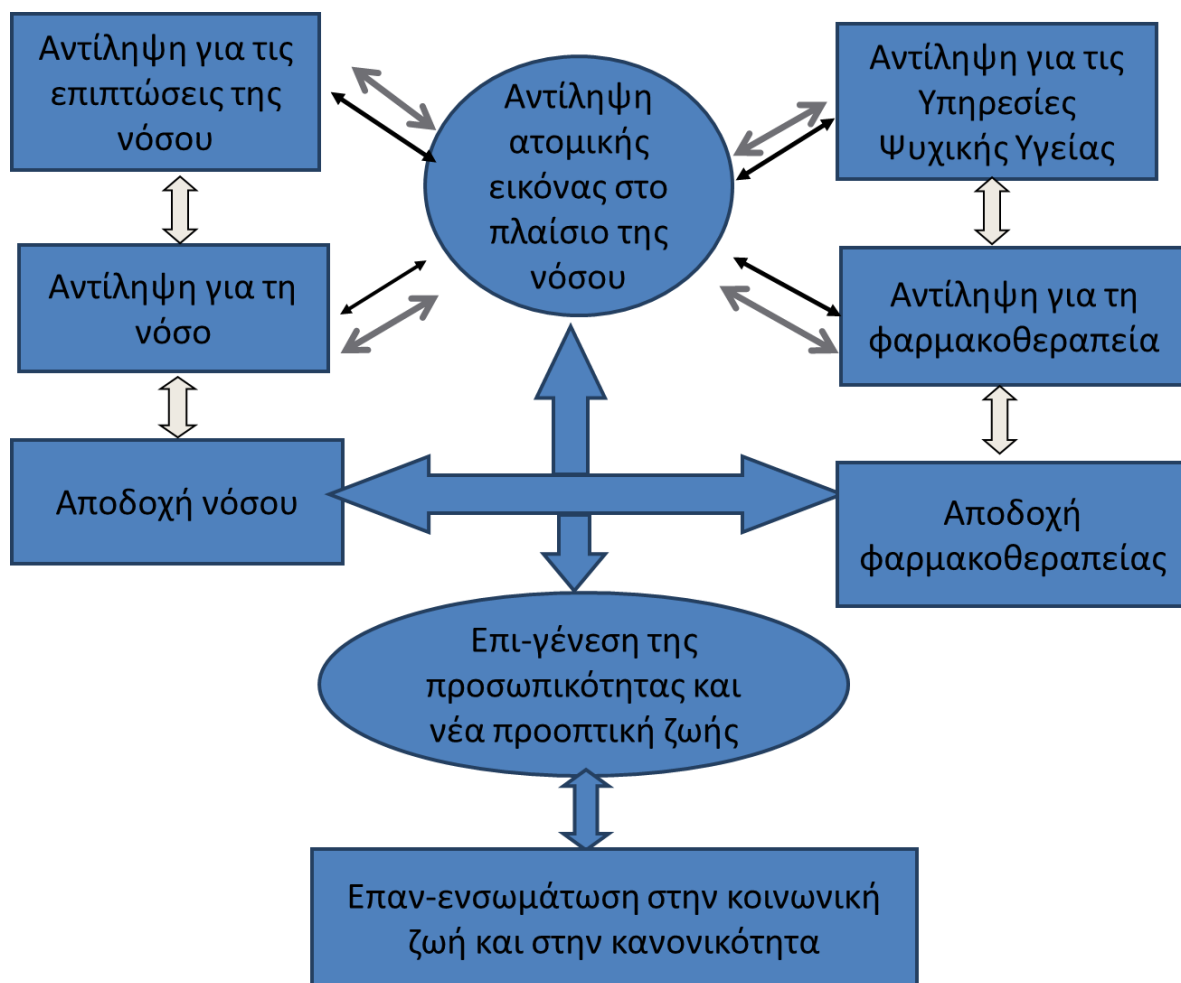
ΑΕΛ: « [...] Σαν να γεννιούνται, γίνονται ένα μωρό που ο προσωπικός του σκοπός είναι να ζήσει την ζωή του από την αρχή».

Κώστας Θεοφάνους: «Με βοήθησαν τα φάρμακα στο να ξαναγεννηθώ, να αναστηθώ [...].»

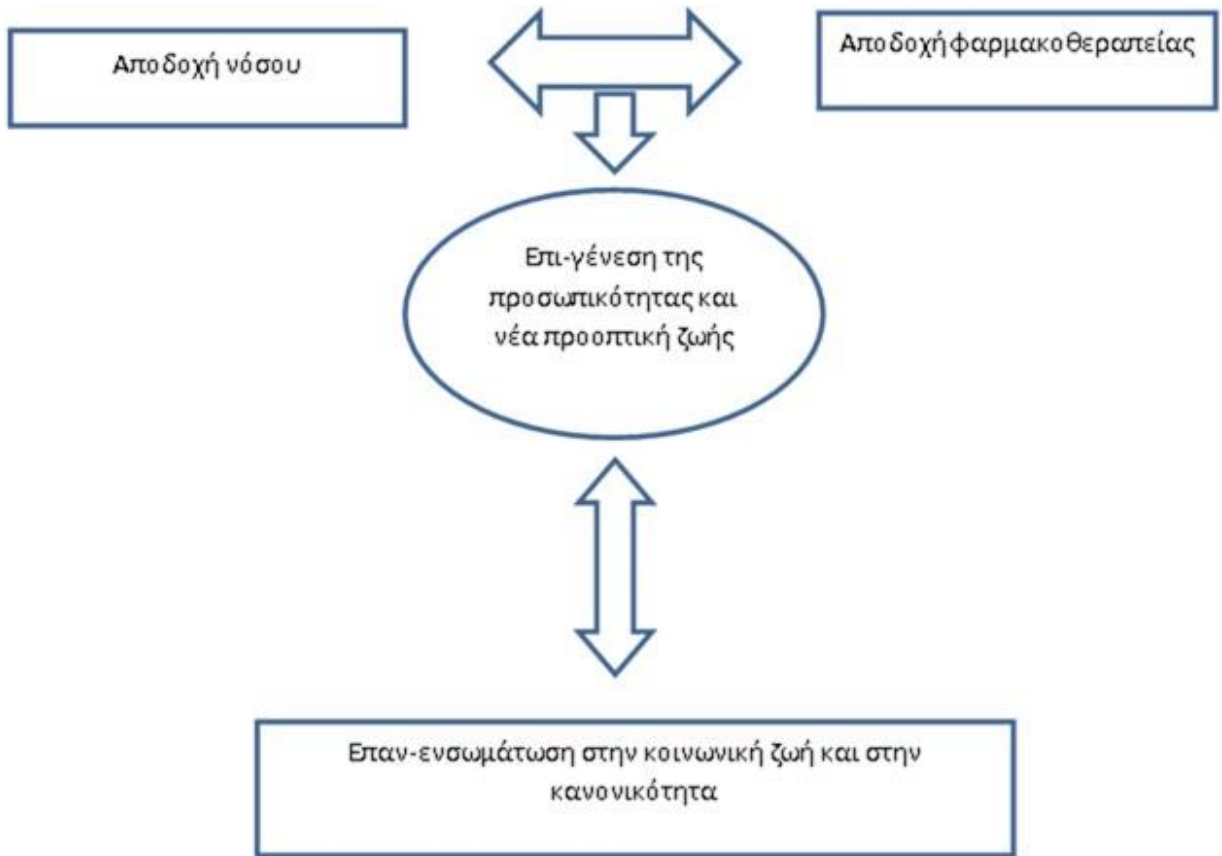
Σε συνάρτηση, τώρα, με το πυρηνικό θέμα, προέκυψαν συγκεκριμένα κύρια θέματα, καθώς και υποθέματα αυτών, τα οποία ομαδοποιήθηκαν κύρια σε 4 κατηγορίες, και βάσει των ερευνητικών μας ερωτημάτων. Εκτός από το θέμα της αντίληψης της ύπαρξης στο πλαίσιο της νόσου από όπου προέκυψε το πυρηνικό θέμα, τα άλλα θέματα αφορούσαν στη νοηματοδότηση της νόσου συνολικά, όπου δόθηκε έμφαση στη νοηματοδότηση της φύσης των συμπτωμάτων και της θεραπείας της, στις επιπτώσεις λόγω της νόσου, όπου πάλι οι περιγραφές εστιάστηκαν στις επιπτώσεις λόγω στίγματος αλλά και λόγω της φύσης των συμπτωμάτων, ενώ η τέταρτη ομάδα θεμάτων αφορούσε στις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας με έμφαση στις κοινοτικές υπηρεσίες έναντι των νοσοκομειακών και στη σχέση των θεραπευομένων με τους ΝΨΥ. Η απεικόνιση της συσχέτισης του πυρηνικού με τα κύρια θέματα εμφανίζεται στο πιο κάτω σχήμα (βλ. σχήμα 3). Η απεικόνιση του πυρηνικού φαίνεται στο σχήμα 4 αλλά και στον πίνακα 4 διαφαίνονται τα κύρια θέματα και τα υποθέματα τους.

Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η ομάδα θεμάτων η οποία αφορούσε τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν ήταν στην πρόθεση των ερευνητών να διερευνηθεί. Παρά ταύτα, μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε ως ένα από τα κύρια θέματα. Το ίδιο συνέβη και με το κύριο θέμα που αφορούσε την επίδραση της ερευνητικής

διαδικασίας στους συμμετέχοντες, κάτι το οποίο υποδηλώνει άμεσα την σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της διεξαγωγής τέτοιου είδους μελετών.



Σχήμα 3: Συσχέτιση Πυρηνικού με κύρια θέματα



Σχήμα 4: Απεικόνιση πυρηνικού σχήματος

Πίνακας 4: Κύρια θέματα και υποθέματα

ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΘΕΜΑ (Επί-γένεση της προσωπικότητας και νέα προοπτική για τη ζωή)

ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ

A. ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

1. Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1 Η επιλογή του ψευδωνύμου.

1.2 Η ανυπόφορη ψυχική νόσος.

1.3 Ψυχική νόσος: μία εξωτερική προς το άτομο οντότητα.

1.4 Οι αιτίες της ψυχικής νόσου.

2. Η ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1 Οι διαφορετικές φάσεις της νόσου στον χρόνο με σημείο αναφοράς τη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή.

2.2 Η αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής.

2.3 Αιτίες διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής.

B. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

1. Η αντίληψη της προσωπικής εικόνας στο πλαίσιο της νόσου.

2. Οι διαφορετικές πτυχές της ατομικής οντότητας στην πορεία της νόσου και η συνεπακόλουθη αλλαγή της αντίληψης της προσωπικής εικόνας.

3. Η κατακερματισμένη υπόσταση του ατόμου στο πλαίσιο της νόσου.

4. Η αντίληψη της προσωπικής αξίας και των προσωπικών ικανοτήτων στην πορεία της νόσου: η δυσάρεστη αλλαγή στην αντίληψη της ατομικής εικόνας.

Γ. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

1. Απώλειες και επιπτώσεις λόγω κοινωνικού στιγματισμού.

1.1 Κοινωνική υποτίμηση της προσωπικής αξίας.

1.2 Πτώση αυτοεκτίμησης.

1.3 Περιορισμένη προσωπική και ρομαντική ζωή.

1.4 Επαγγελματική ζωή και σταδιοδρομία.

1.5 Κοινωνική ζωή.

1.6 Οικονομική ζωή.

2. Απώλειες λόγω της φύσης της νόσου.

2.1 Κοινωνική ζωή.

2.2 Προσωπική ζωή.

2.3 Επαγγελματική ζωή και εκπαίδευση.

Δ. ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: ένα μέσο για την ευεξία & την ασφάλεια.

2. Η τραυματική εμπειρία της νοσηλείας στο νοσοκομείο Αθαλάσσης.

Ε. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Η δυναμική της σχέσης με τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας.

2. Βαθμός ικανοποίησης από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

ΣΤ. Η ΑΝΑΓΚΗ ΝΑ ΑΚΟΥΣΤΟΥΝ: Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

5.3 ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ

5.3.1 ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

5.3.1.1 Η ασθένεια

5.3.1.1.1 Η επιλογή του ψευδώνυμου

Πιο συγκεκριμένα τώρα, και αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα ως προς τον τρόπο με τον οποίο ερμήνευαν οι συμμετέχοντες τη νόσο τους, τα αποτελέσματα ομαδοποιήθηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η μία αφορά: στη φύση της ασθένειας και η άλλη στη θεραπεία της. Ως προς τη φύση της ασθένειας, ένα από τα βασικά υποθέματα αφορούσε στην επιλογή του ψευδώνυμου. Ειδικότερα, τα ψευδώνυμα, τα οποία επέλεξαν οι συμμετέχοντες προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα φαίνεται ότι συνδέονται άμεσα με τη βιωμένη εμπειρία της νόσου τους. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι για τους περισσότερους συμμετέχοντες το ψευδώνυμο αντανακλούσε το νόημα που απέδιδαν στην ψυχική νόσο και τις προσδοκίες αναφορικά με την έκβαση της νόσου και της θεραπείας της. Συνολικά, η επιλογή ψευδώνυμου φάνηκε ότι αποτελούσε τον έμμεσο τρόπο για να εκφράσουν οι συμμετέχοντες τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονταν και ερμήνευαν την ψυχική νόσο τους, το παιχνίδι με τα ψευδώνυμα μεταβάλλεται σε παιχνίδι με τις έννοιες τους.

Χαρακτηριστικά, τα ψευδώνυμα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

1. Χριστόφορος Κατάπελλος (πελλός =τρελός)
2. Χρίστος Αναστάση
3. Βιβή
4. Μητέρα
5. Λιοντάρι
6. ΑΕΛ
7. Κώστας Θεοφάνους
8. Κλείτος
9. Γιώργος
10. Κωνσταντίνος

Αρχικά, φάνηκε ότι το είδος του ψευδώνυμου που επέλεξαν οι συμμετέχοντες σχετιζόταν με το είδος των συμπτωμάτων που βίωναν. Συγκεκριμένα, τα άτομα στα οποία κυριαρχούσαν τα

ψυχωτικά συμπτώματα, και τα οποία παρουσίαζαν διαταραχές σκέψης παρανοειδούς περιεχομένου επέλεξαν ψευδώνυμο με φανερά συμβολικό χαρακτήρα, όπως για παράδειγμα «Χριστόφορος Κατάπελλος» ή «Μητέρα». Αντίθετα, στα άτομα στα οποία κυριαρχούσαν συμπτώματα διαταραχών διάθεσης επέλεξαν ως ψευδώνυμο κοινότυπα ονοματεπώνυμα, σχετικά μάλιστα τις περισσότερες φορές με το συγγενικό τους περιβάλλον. Για παράδειγμα: «Κωνσταντίνος», «Γιώργος», «Κλείτος» ή «Κώστας Θεοφάνους».

Οι προσδοκίες σχετικά με την έκβαση της νόσου, αλλά και το νόημα που αποδίδεται στη νόσο συνολικά, φαίνονται στα αποσπάσματα που ακολουθούν:

Χρίστος Αναστάση: «Ο Χριστός Αναστήθηκε, και μου ήρθε στο μυαλό να βάλω το ψευδώνυμο αυτό, ότι ο Χριστός, δηλαδή Χρίστος Ανέστη. Χριστός Ανέστη. [...] Με τη βοήθεια του Θεού και τη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή που κάνω [...] θα φύγουν οι σκέψεις του ταλαιπωρημένου ανθρώπου, του ταλαιπωρημένου Χρίστου. Και όταν θα φύγουν όλα αυτά, θα μου έρθει Ανάσταση. Ο Χριστός σταυρώθηκε, υπόφερε πολύ πάνω στον Σταυρό, ταπεινώθηκε. Έζησε την ταπείνωση, μετά τον μαρτυρικό Θάνατο, αναστήθηκε. Δηλαδή, πήγε στους Ουρανούς. [...] Τώρα είναι ένα φώς. [...] Έτσι και' γω θα νοιώθω, περίπου το ίδιο. Θα αναστηθώ.»

Ειδικότερα, μέσα από την επιλογή του ψευδωνύμου «Χρίστος Αναστάση», ο συγκεκριμένος συμμετέχων, φάνηκε να ταυτίζει την πορεία του στο συνεχές της υγείας-ασθένειας με την πορεία του μαρτυρίου του Χριστού. Μάλιστα, περιγράφει τον εαυτό του ως ταλαιπωρημένο. Εκτός, όμως, από τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύει την νόσο του, η επιλογή του ψευδωνύμου φάνηκε να εξυπηρετεί ένα δραματικό τρόπο έκφρασης των προσδοκιών του, της «ανάστασης», την οποία φαίνεται να αντιλαμβάνεται να έρχεται μέσα από την εξάλειψη των δυσλειτουργικών του σκέψεων, και επομένως την ύφεση των συμπτωμάτων.

Η σχέση μεταξύ ψευδωνύμου, προσδοκιών και νοηματοδότησης φαίνεται και στον παρακάτω συμμετέχοντα ο οποίος επέλεξε το ψευδώνυμο Λιοντάρι. Σύμφωνα με τον ίδιο, οι προσδοκίες του στην πορεία της νόσου είναι να παραμείνει δυνατός, όπως ο άρχοντας της Ζούγκλας, υπονοώντας τις δυσκολίες και ενδεχομένως και τις «παγίδες» που συνεπάγεται η διάγνωση της νόσου, και η αντιμετώπιση των οποίων φαίνεται να απαιτεί σθένος και ρώμη.

Λιοντάρι: «Λιοντάρι θεωρώ ότι είναι ο Βασιλιάς της Ζούγκλας και πιστεύω ότι μπορώ να καταταχτώ σε έτσι, σε Λιοντάρι [...] και θέλω να είμαι δυνατός πολύ και κάνω τα πάντα για αυτό».

Περαιτέρω, η επιλογή ως ψευδωνύμου ενός συνηθισμένου ονοματεπωνύμου στην Κυπριακή κοινωνία από κάποιους άλλους συμμετέχοντες φάνηκε να αντανακλά όχι μόνο την αντίληψη τους για την ψυχική νόσο ως μιας κοινής αρρώστιας, όπως ακριβώς και το ψευδώνυμο το οποίο επέλεξαν, αλλά και την ανάγκη τους να μην διαφοροποιούνται από τον γενικό πληθυσμό ή τους υπολοίπους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Γιώργος: «Θεωρώ τον εαυτό μου σαν όλους τους άλλους [...]. Όλος ο κόσμος έχει κατάθλιψη, απλά για άλλους είναι 10%, άλλους 20%, άλλους 50%, άλλους τους φαίνεται, άλλους δεν τους φαίνεται. Άλλοι το λένε, άλλοι το κρύβουν. Θεωρώ τον εαυτό μου νορμάλ».

Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι παρόλο που φάνηκε ότι η επιλογή του ψευδωνύμου σχετιζόταν με τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονταν και ερμήνευαν οι συμμετέχοντες την κατάσταση της διανοητικής υγείας τους, οι περισσότεροι θεωρούσαν τυχαία την επιλογή αυτή.

Μητέρα: «Μου ήρθε στο νου, δεν μπορώ να απαντήσω. Στο μυαλό. Ιδέα μου».

Κλείτος: «Όχι, δεν σημαίνει τίποτα για μένα. Ήταν κάποιος που φρόντιζε ο αδερφός μου στο γηροκομείο».

Παρόλο που οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες αρνήθηκαν την σκόπιμη επιλογή του ψευδωνύμου τους, ωστόσο φαίνεται σε όλους τους συμμετέχοντες αυτό να αντανακλά τις γενικότερες προσδοκίες τους αναφορικά με το νόσημά τους, όπως στο τελευταίο απόσπασμα. Στην περίπτωση αυτή, μέσα από το συγκεκριμένο ψευδώνυμο και αυτό το οποίο αντιπροσωπεύει φαίνεται η προσδοκία παροχής φροντίδας από τα συγγενικά πρόσωπα στο πλαίσιο των αναγκών που αφορούν σε νοσοκομειακή νοσηλεία, και η οποία συχνά είναι αναγκαία στο πλαίσιο της νόσου. Όσο τα συμπτώματα ψυχικής δυσλειτουργίας παραμένουν σε ύφεση, τα άτομα διαμένουν στην κοινότητα και χρησιμοποιούν τις Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Αντίθετα, η νοσοκομειακή νοσηλεία εφαρμόζεται σε καταστάσεις υποτροπής και κλιμάκωση των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής, και φαίνεται να συνιστά αναγκαιότητα που προβληματίζει τους πάσχοντες.

Με ανάλογο τρόπο και οι παρακάτω συμμετέχουσες οι οποίες επέλεξαν τα ψευδώνυμα «Μητέρα» και «Βιβή» αντίστοιχα, αν και επιβεβαίωσαν την τυχαία επιλογή τους, ωστόσο, μέσα από τις αφηγήσεις τους φαίνεται μια σαφής σύνδεση, όχι μόνο με τις προσδοκίες τους αλλά και με τον τρόπο που ερμήνευαν συνολικά την νόσο. Συγκεκριμένα, μέσα από την αφήγηση της «Μητέρας» φάνηκε η έντονη επιθυμία της να προχωρήσει στην προσωπική ζωή της, δεδομένου ότι η έναρξη της νόσου εμπόδιζε την αποκατάσταση της μέσα από το γάμο της με τον αγαπημένο της. Η «Βιβή» έχει επιλέξει ως ψευδώνυμο το όνομα της μητέρας της, περιγράφοντας μία μάλλον συγκρουσιακή και ανταγωνιστική σχέση μαζί της, σχετίζοντας την με την πυροδότηση της νόσου. Την ίδια στιγμή, εκφράζει την ανάγκη για μία ισορροπημένη σχέση μαζί της, ακόμη και σήμερα.

Μητέρα: «[...] Θέλω να δημιουργήσω οικογένεια. Θέλω ένα άντρα κοντά μου να μου συμπαρασταθεί σε αυτό που έχω, να εκφραστώ, να μιλήσω μαζί του [...] Νοιώθω ότι θέλω να γίνω μητέρα. Θέλω να γίνω μητέρα αλλά δεν μπορώ».

Βιβή: «Είναι η μάμα μου Παρασκευή και έτσι στα ελληνικά [...] Το φωνάζουν το όνομα της Παρασκευής ως Βιβή [...] Η μάμα μου δεν είναι έτσι [...] να μου μιλάς πούμε: «αγάπη μου», «γλύκα μου», «μωρό μου» [...] με αναστάτωνε συνέχεια [...] Ήθελα να έχω μια φιλική σχέση [...] με τη μάμα μου και αυτό δεν το είχα».

Για τον συμμετέχοντα «Κώστα Θεοφάνους», η επιλογή ως ψευδωνύμου του ονόματος ενός συνασθενή και φίλου του, του οποίου όμως οι άλλοι δεν γνώριζαν την ταυτότητα και το γεγονός ότι ήταν και αυτός πάσχων, αλλά και την ίδια στιγμή ενός αρκετά συνηθισμένου ονοματεπωνύμου, φαίνεται να εκφράζει την προσδοκία του για κανονικότητα και απαλλαγή από τον στιγματισμό της ψυχικής ασθένειας. Μάλιστα, ο συγκεκριμένος συμμετέχων, σε άλλο σημείο της συνέντευξης του περιγράφει το τραυματικό βίωμα του κοινωνικού στιγματισμού, καθώς το πραγματικό του όνομα φαίνεται να δηλώνει την ασθένειά του, καθώς οι άλλοι, οι μικροί και οι μεγάλοι, τον γνωρίζουν ως τον Κώστα τον Ψυχασθενή, και τον κοροϊδεύουν με το να τον φωνάζουν με το όνομα του.

Κώστας Θεοφάνους: «Το είπα έτσι, του αέρα. Δεν ξέρω αν ζει ο Κώστας τώρα. Αν υπάρχει εκείνος που σου είπα. Δεν σημαίνει τίποτε για μένα το ψευδώνυμο».

Για ένα άλλο συμμετέχοντα, το ψευδώνυμο ΑΕΛ, το οποίο είναι το όνομα μιας αρκετά δημοφιλούς ποδοσφαιρικής ομάδας στην Κύπρο, φαίνεται να αντανακλά την προσδοκία του

για κανονικότητα, και συγκεκριμένα φαίνεται να αντανακλά τον τρόπο που θέλει να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως νέου άντρα με ενδιαφέρον στο ποδόσφαιρο, όπως δηλώνουν οι περισσότεροι άντρες στην Κύπρο.

ΑΕΛ: «Είναι η ομάδα μου».

5.3.1.1.2 Η ανυπόφορη ψυχική νόσος

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα και αναφορικά με τη φύση της ασθένειας, το νόημα το οποίο φάνηκε να αποδίδουν οι συμμετέχοντες στη νόσο τους αναδείχθηκε μέσα από τις περιγραφές που χρησιμοποιήθηκαν, οι οποίες ήταν αρκετά έντονες και συναισθηματικά φορτισμένες.

ΑΕΛ: «Είναι πολύ απαίσιο πράγμα».

Χρίστος Αναστάση: «[...]Υποφέρεις συνέχεια». Από τα τόσα φάρμακα που ήπια, μου έχει γίνει ο πόνος συνήθεια».

Κώστας Θεοφάνους: «Παρά να είσαι ψυχασθενής καλύτερα να είσαι ανάπηρος».

Κλείτος: «Ο Ψυχικός πόνος είναι χειρότερος από τον παθολογικό. Η παθολογική νόσος υποφέρεται».

Χρίστος Αναστάση: «[...] είπε κάποτε κάποιος φιλόσοφος: «Δεν έχει μεγαλύτερο πόνο από τον ψυχικό πόνο».[...] Αυτό τα λέει όλα».

Λιοντάρι: «Τραυματίστηκε η ζωή μου».

Συνολικά, φάνηκε ότι ο τρόπος με τον οποίο οι συμμετέχοντες βίωναν την κατάσταση τους ήταν δραματικός. Για κάποιους συμμετέχοντες, η στέρηση των καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής που προσδίδουν μια αντίληψη της κανονικότητας ήταν το σημείο από το οποίο ξεκινούσε το βίωμα του υποφέρειν. Κάποιοι άλλοι συμμετέχοντες περιέγραφαν πιο έντονα την κατάσταση που βίωναν, και συγκεκριμένα την απέδιδαν ως μια συνεχή πάλη με τα «θηρία» του διαταραγμένου ψυχικού κόσμου. Η αίσθηση του πόνου και του υποφέρειν ήταν εμφανής στην πλειοψηφία των αφηγήσεων.

Γιώργος: «Σου στερεί διάφορες δραστηριότητες, να τις κάνεις σε μεγάλο βαθμό. [...]».

Μάλιστα, το βίωμα της ψυχικής νόσου περιγράφηκε ως μία συνεχής κατάσταση πάλης και ένας συνεχής αγώνας, ο οποίος μάλιστα φαίνεται να απαιτεί και συναγωνιστές, όπως είναι για παράδειγμα τα φάρμακα ή το υποστηρικτικό δίκτυο. Μια κατάσταση, για την οποία φαίνεται να μην υπάρχει τέρμα, και «γιατρεία». Βέβαια, η αντίληψη του ψυχικού κόσμου ως αντιπάλου απέναντι στη οντότητα του ατόμου και η ερμηνεία των συμπτωμάτων ως θηρίων αναδεικνύουν το βάθος και την ένταση του πόνου, όπως προκύπτει όταν «κατασπαράζονται» οι ανθρώπινες ιδιότητες του ατόμου.

ΑΕΛ: «Στην ψυχική νόσο παλεύεις με θηρία, ενώ στον παθολογικό τομέα μπορεί να υπάρχει μια θεραπεία που να σε γιάνει. Εξελίχτηκε η ιατρική, ενώ στο ψυχολογικό πρέπει να πολεμάς και εσύ συνεχώς με τα θηρία. Οι διάφορες σκέψεις, οι κακές, ο ίδιος σου ο ψυχικός κόσμος».

Γιώργος: «Συνεχής πάλη. Είναι μια δοκιμασία από τον Θεό. Μας στέλλει κάτι, ένα νόσημα ο Θεός, να είμαστε προσγειωμένοι, ταπεινοί, απλοί, να προσπαθούμε για το καλύτερο με ότι έχουμε, οτιδήποτε νοσήματα είναι αυτά».

Ωστόσο, παρά την τραγικότητα του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες περιέγραψαν το βίωμα της νόσου τους, ήταν εμφανής και η ανάγκη τους να αναγάγουν την ασθένειά τους σε μια κοινότυπη, συχνή κατά τα άλλα, κατάσταση. Κάτι τέτοιο φάνηκε να αντανακλά την γενικότερη ανάγκη τους να ξεορκίσουν, όχι μόνο το υποφέρουν που συνοδεύει την ψυχική νόσο, αλλά ενδεχομένως και το στίγμα της ψυχικής νόσου, προβάλλοντας την ανάγκη να μην ξεχωρίζουν ως χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους υπολοίπους πάσχοντες.

Γιώργος: «[...] τις περισσότερες φορές υπάρχουν διάφορα ψυχικά νοσήματα, όπως η κατάθλιψη, η μανιοκατάθλιψη, το άγχος, η ψυχολογική κούραση, που λόγω της ζωής που ζούμε σήμερα το 2012, όλος ο κόσμος έχει προβλήματα, και πιστεύω ότι όλος ο κόσμος πάσχει από ψυχολογικά. Άλλοι το λένε, άλλοι δεν το λένε. Άλλοι είναι εσωστρεφείς, άλλοι είναι εξωστρεφείς. Τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες».

5.3.1.1.3 Η ψυχική νόσος: μία εξωτερική προς το άτομο οντότητα

Επιπλέον, αναφορικά με τη φύση της νόσου, μέσα από αρκετές αφηγήσεις ήταν έκδηλο ότι η νόσος γινόταν αντιληπτή ως μία εξωτερική προς το άτομο κατάσταση, η οποία τις περισσότερες φορές εισέβαλλε στην οντότητα του ατόμου, ενώ άλλοτε φαινόταν ότι το άτομο

εισέβαλλε σε αυτήν. Σε κάθε περίπτωση όμως, οι επιδράσεις στην οντότητα του ατόμου ήταν σαφής.

Χρίστος Αναστάση: «[...] Η νόσος σε επηρεάζει».

Βιβή: «[...] Έχω μπει στην ψυχιατρική (νόσο) [...]. Βελτιώνομαι [...] σε άνθρωπο που έχει βρει τα πόδια του, που έχει βρει τα χέρια του, που έχει βρει τον εαυτό του. Είχα χάσει το μυαλό μου [...]».

Γιώργος: «[...] Σε κάνει νωχελικό, το νόσημα [...]».

5.3.1.1.4 Οι αιτίες της ψυχικής νόσου

Οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν με τους ερευνητές την ανάγκη τους να κατανοήσουν την αιτιολογία της νόσου τους, δίνοντας ταυτόχρονα, φώς σε μια άλλη διάσταση της νοσηματοδότησης της ψυχικής νόσου. Μίλησαν για στρεσογόνα γεγονότα ζωής, και κυρίως για τραυματικά γεγονότα της παιδικής τους ηλικίας αλλά και για δυσλειτουργικές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και με άτομα του φιλικού περιβάλλοντος. Κυρίαρχο συναίσθημα στις αφηγήσεις τους ήταν ο πόνος, η θλίψη και οι ενοχές.

Βιβή: «Λόγω του ότι είχα δύσκολα παιδικά χρόνια με τους γονείς μου [...] Είχα δύσκολα παιδικά χρόνια γιατί είχα γονείς με κακό χαρακτήρα [...] Πήγαιναν εναντίον μου σε ότι κάνω. [...] Η μαμά μου δεν είναι έτσι [...] να μου μιλά ας πούμε: «αγάπη μου», «γλύκα μου», «μωρό μου» [...] με αναστάτωνε συνέχεια [...] Λόγω του άστατου χαρακτήρα της μητέρας μου [...] Άρχισα και έπαιρνα χάπια. [...] Δεν με άφησε ποτέ ήσυχη».

Χρίστος Αναστάση: «Αυτά τα συμπτώματα μου τα προκάλεσε, τα έπαθα από την οικογένεια μου, από τους γονείς μου, τους απολίτιστους γονείς μου και από τους απολίτιστους εντός εισαγωγικών φίλους μου. Πληγωνόμουν πολύ. Μου έλεγαν κάτι και πληγωνόμουν. Στο σπίτι το ίδιο, και έτσι έμειναν μέσα στην μνήμη μου. Του είπαν του πατέρα μου, ότι ο γιος σου από σένα αρρώστησε και από την γυναίκα σου, που δεν έκοβε ο νους της και δεν του έδινε σημασία και αγάπη. Από τους φίλους του που τον κορόιδευαν [...]».

Κώστας Θεοφάνους: «[...] Με κατάντησαν [...] Εκείνοι με αρρώστησαν (τα αδέρφια του), όχι εγώ».

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μέσα από τις περισσότερες αφηγήσεις φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι η εκδήλωση της νόσου, σε μερικό ή και σε ολόκληρο βαθμό, είναι αποτέλεσμα προσωπικής τους υπαιτιότητας. Το στοιχείο της προσωπικής ευθύνης ως προς την πυροδότηση της νόσου άλλοτε περιγράφεται άμεσα και άλλοτε με πλάγιο τρόπο.

Λιοντάρι: «Ίσως να είμαι εγώ που επέλεξα να αρρωστήσω [...]».

ΑΕΛ: « [...] Ένοιωθα τύψεις και νόμιζα ότι έφταιγα εγώ για τον θάνατο του [...]».

Άλλοι συμμετέχοντες περιέγραψαν εξωγενείς τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες ως αιτίες της νόσου, όπως η σεξουαλική κακοποίηση και η θέα ενός τραυματικού γεγονότος και συγκεκριμένα ενός φόνου ή ενός θανατηφόρου ατυχήματος. Επίσης, η χρήση ουσιών περιγράφηκε ως η γενεσιουργός αιτία της ψυχικής νόσου.

ΑΕΛ: «Βασικά επειδή πέθανε ο αδερφός μου σε μικρή ηλικία. Ένοιωθα τύψεις και νόμιζα ότι έφταιγα εγώ για τον θάνατο του, επειδή πέθανε μπροστά στα μάτια μου. Έπαιξε ποδόσφαιρο μέσα στο δρόμο και χτύπησε στο πεζούλι του πεζοδρομίου, στον νωτιαίο μυελό».

Κωνσταντίνος: «[...] Το '92 αρρώστησα βαριά , μετά από ποτά συνέβηκε κάτι για να αρρωστήσω. Τσακώθηκαν κάποιοι και έπιασε ένας όπλα και σκότωσε το φίλο του, το φίλο του..άλλου. Αποδιοργανώθηκα εγώ.. εγώ κρύφτηκα [...] τα έχασα φοβερά».

Λιοντάρι: «[...] Με επηρέασε εκείνη η ταινία [...] που ήμουν μικρός [...] Πιστεύω ότι καταστράφηκα πολύ από μικρό παιδί. Από την ταινία που είδα . Με επηρέασε και πήγα σπίτι γεμάτος αίματα [...]. Μου ανοίχτηκε αιμορραγία [...]. Με κατέστρεψε σεξουαλικά».

Μητέρα: «Ξεκίνησε από το '95 [...] Με παρενοχλούσε, δεν με άφηνε ήσυχη. [...] Προσπάθησε να με βιάσει [...] Πράγμα το οποίο έκανε και ύστερα που συνήλθα συνειδητοποίησα ότι με πείραξε».

Χριστόφορος Κατάπελλος: «[...] Κάπνιζα χόρτο, μου έβαλαν μέσα LSD, χάπι [...]. Νόμιζα ότι γινόταν πόλεμος μεταξύ Ελλάδας και Αμερικής».

Συνολικά, είτε οι αιτίες που περιγράφηκαν αφορούσαν σε εξωγενείς παράγοντες είτε σε ατομική υπαιτιότητα, εντυπωσιακό θεωρείται το γεγονός ότι κανείς από τους συμμετέχοντες δεν αναφέρει παράγοντες όπως η γενετική προδιάθεση και η βιοχημική δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Η ανάγκη να αποδοθεί «χειροπιαστά» η ευθύνη της νόσου, σε κάτι που φαίνεται

και υπάρχει, ακόμη και στον ίδιο τον εαυτό σε κάποιες περιπτώσεις, ήταν η κυρίαρχη τάση στις περισσότερες αφηγήσεις.

5.4. Η ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.4.1 Οι διαφορετικές φάσεις της νόσου στον χρόνο με σημείο αναφοράς τη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή.

Όπως έχουμε αναφέρει πιο πάνω, ως προς το πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα και τον τρόπο με τον οποίο ερμήνευαν οι συμμετέχοντες τη νόσο τους, η δεύτερη κατηγορία αποτελεσμάτων αφορούσε τη θεραπεία της νόσου και κύρια τη φαρμακοθεραπεία. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τις διαφορετικές φάσεις της νόσου στον χρόνο, κάνοντας διάκριση μεταξύ της κατάστασης τους πριν την έναρξη της φαρμακο-θεραπείας, κατά τη φάση της φαρμακο-θεραπείας, αλλά και του τρόπου που προέβλεπαν να εξελιχθεί η νόσος τους στο μέλλον, περιγράφοντας τις προσδοκίες τους από τη φάση της αποθεραπείας.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου της φαρμακοθεραπείας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναγνώριζαν ότι μέσω της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και με την παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας, αρχίζει να σημειώνεται μια αλλαγή. Ενώ κατά την φάση της αποκατάστασης, που αφορά στο μέλλον, φαίνεται να αντιλαμβάνονταν ότι έχουν ακόμη δρόμο να διανύσουν προκειμένου να ενσωματωθούν στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Μάλιστα και σε αυτό το σημείο περιγράφουν την αναγκαιότητα διαφόρων παραγόντων, απαραίτητων για την αποθεραπεία τους, όπως της παρουσίας συντρόφου ή της βοήθειας του Θεού.

Χρίστος Αναστάση: «Πριν, δεν ένοιωθα να μαλακώνει η καρδιά μου. Ένοιωθα αδιαφορία για τον κόσμο, για τους ανθρώπους. Το είπα και στον γιατρό. Δεν νοιώθω καλά. Μου είπε είναι από τα ψυχολογικά τραύματα[...]. Τώρα με τη φαρμακευτική αγωγή που έφυγαν εκείνα τα (συμπτώματα) που ένοιωθα το μυαλό μου θολό, τις σκέψεις μου θολές, και η ψυχή μου [...] έτσι θλιμμένη. Τώρα νοιώθω διαφορετικά. Δεν νοιώθω έτσι [...]. Νοιώθω σιγά -σιγά και με τη βοήθεια του Θεού, άμα βρω μια κοπέλα, θα γίνω καλά. Θα γίνω ένας κανονικός, ένας τέλειος άνθρωπος».

Μητέρα: «Ενοιωθα αναστατωμένη, αγχώδης, νευρική, έσπαζα τα πάντα σπίτι μου. Τώρα, με τη βοήθεια του γιατρού είμαι λίγο καλύτερα. Τώρα είμαι καλά. Στο μέλλον, βλέπω τον εαυτό μου καλύτερα».

ΑΕΛ: «Περνάς σε διάφορες φάσεις [...]. Στην αρχή είναι σαν ένα μεγάλο φάντασμα. Είναι ο ψυχικός σου κόσμος σε καθρέφτη, τον βλέπεις και δεν τον αναγνωρίζεις. Νομίζεις ότι είσαι κάποιος άλλος. Μετά την θεραπεία, βάζεις τις σκέψεις σου σε δεύτερη φάση, σκέφτεσαι πιο θετικά, πιο εξελιγμένα, με την βοήθεια των ιατρών, των νοσηλευτών, το παραϊατρικό προσωπικό, νομίζω ότι και με την βοήθεια του Θεού, άμα πιστεύεις στον Θεό, μπορείς να θεραπευτείς».

Γιώργος: «Ήμουν νωχελικός, τώρα είμαι πιο δραστήριος. Αυτό τα λέει όλα. Το δραστήριος, τα λέει όλα, γενική δραστηριοποίηση».

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την παρουσία διακυμάνσεων στην κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, οι οποίες φαίνεται ότι επηρέαζαν την ποιότητα της ζωής τους, αλλά την ίδια στιγμή οριοθετούσαν την αναγκαιότητα για φαρμακευτική αγωγή και νοσηλεία.

Κλείτος: «Βέβαια. Εντάξει, τελευταίως περνώ όχι και πολύ καλά. Πάω πιο συχνά στην πτέρυγα, αρρωστώ πιο συχνά. Σκαμπανεβάσματα, ναι. [...]».

Βιβή: «[...]Υπάρχουν τα σκαμπανεβάσματα. [...] Κάπου τα έβρισκα και άμα τα έβρισκα νόμιζα ότι έβρισκα δύναμη και προχωρούσα. Άμα έβλεπα ότι τα έχανα,[...] να μην κόψεις και την θεραπεία. Δηλαδή να ακολουθήσεις το πρόγραμμα. [...] Μπήκα στο πρόγραμμα (θεραπείας) και όπου πάει. Και αυτό σημαίνει βελτίωση, νομίζω».

5.4.2 Η αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής

Επιπλέον, η δεύτερη κατηγορία, χωρίζεται και σε άλλα δύο υποθέματα τα οποία αφορούν: α) την αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής και β) τις αιτίες διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα, σε όλες τις συνεντεύξεις ήταν φανερό ότι οι συμμετέχοντες βίωναν μια συνεχή προσπάθεια αποδοχής της αποτελεσματικότητας φαρμακευτικής αγωγής. Η προσπάθεια αυτή φάνηκε να υφίσταται διακυμάνσεις ανάλογα με τη φάση στην πορεία της νόσου. Συνολικά, όμως, η αναγκαιότητα της αγωγής φάνηκε να πηγάζει από την αποτελεσματικότητα της αναφορικά με την ένταξη των συμμετεχόντων στο κοινωνικό σύνολο.

Λιοντάρι: [...] Κάποιος άνθρωπος που έχει ψυχική νόσο και δεν παίρνει φάρμακα, όσο κακό και να του κάνουν, ότι κακό και να του κάνουν τα φάρμακα, δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στον κόσμο [...].»

Βιβή: «Από τη στιγμή που ο άνθρωπος μπαίνει στην διαδικασία να δεχτεί φάρμακα από κάποιο γιατρό, δέχεται φάρμακα γιατί ανακάλυψαν ότι αυτό έχει ένα (αποτέλεσμα) [...]. Θέλω βοήθεια και ψυχολογικά και παθολογικά. Και λόγω του ότι πάω να βρω την λύση μου, παίρνω φάρμακα και δέχομαι την ένεση, και αφού μπαίνω σε αυτή την ρουτίνα, άρα βελτιώνομαι [...].»

Κλείτος: «Εμείς πίνουμε και τα χάπια μας, μας περνά. Νομίζω είναι αναγκαία.»

Μητέρα: «Τα φάρμακα με κάνουν να οδηγώ, να περνώ την ώρα μου, να συμμετάσχω στα προγράμματα.»

Βέβαια, χαρακτηριστικό ήταν το βίωμα της συνεχούς διαπραγμάτευσης για την αποδοχή της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής στην πορεία της νόσου. Άλλοτε οι συμμετέχοντες κατακυριεύονταν από τις παρενέργειες και τον κοινωνικό στιγματισμό της λήψης ψυχοτρόπων φαρμάκων, και άλλοτε αντιλαμβάνονταν την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ως τη βασική προϋπόθεση ένταξης στο κοινωνικό σύνολο και κατάκτησης της κανονικότητας.

Λιοντάρι: «Με βοηθούν, αλλά δεν μπορώ να δεχθώ ότι πίνω χάπια. Δεν μπορώ να το δεχθώ. Ακόμα και η ένεση με επηρεάζει.»

Χρίστος Αναστάση: «Απλώς εγώ ένοιωθα ένα πράγμα: ότι τα φάρμακα που πίνω με ηρεμούν και μου φέρνουν ύπνο [...] Το στόμα μου το πισσώνουν και κάποτε πικρίζει. Αν δεν με ηρεμούσαν θα ήμουν πολύ άρρωστος και αν δεν με ηρεμούσαν δεν θα κοιμόμουν».[...] Με βοηθούν (τα φάρμακα), αλλά και μου κάνουν κακό».

Συνολικά, φάνηκε ότι οι αρνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακοθεραπείας αποτελούσαν το βασικό στοιχείο της αμφιθυμίας που βίωναν οι συμμετέχοντες για την φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, παρότι τα ψυχοτρόπα φάρμακα αναγνωρίζονταν ως βασικά στοιχεία για την αποκατάσταση, εντούτοις, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η θεραπεία με φαρμακευτικούς παράγοντες αποκλειστικά δεν μπορεί να οδηγήσει στην αποκατάσταση. Αντίθετα, έμφαση δινόταν στην ατομική προσπάθεια και στην εφαρμογή υγιεινού τρόπου

ζωής, παράγοντες οι οποίοι μαζί με την φαρμακευτική αγωγή θα οδηγούσαν στην αποκατάσταση.

Χρίστος Αναστάση: «Πιστεύω ακόμα ότι [...] άμα δεν τρώω τροφές που έχουν δηλητήρια, οξέα, άλατα, δηλαδή, και τρώω τροφές που είναι υγιεινές [...]Ο,τι βλάφτει να μην το τρώω. Ό,τι με ωφελεί να το τρώω».

Γιώργος: «[...] ένας ο οποίος έχει 70% κατάθλιψη παίρνει τα φάρμακά του, συν τη δική του θέληση και τις δραστηριότητες [...] εγώ είδα ότι με βοηθούν τα φάρμακα».

Κλείτος: « Η φαρμακευτική αγωγή βοηθά. Ναι. Σε κάποιο σημείο, όμως, πρέπει να βοηθήσεις και τον εαυτό σου».

Βιβή: «[...] Είναι να έχεις ένα χαρακτήρα ότι θα τα καταφέρεις. Άμα νιώθεις ότι θέλεις να τα καταφέρεις, αφού θέλεις να βελτιωθείς από αυτό το θέμα [...] άμα λες ότι αφού πάω για να τα καταφέρω, με σκοπό, θα βγω νικητής».

5.4.3 Αιτίες διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν πολλές και διαφορετικές, αρκετές φορές, μεταξύ τους αιτίες αναφορικά με τους λόγους για τους οποίους διέκοπταν την φαρμακευτική αγωγή. Οι παρενέργειες των φαρμάκων φάνηκε να είναι η συχνότερη από αυτές.

Κώστας Θεοφάνους: «Τα ψυχιατρικά έκοψα. [...]Ήταν πολλά. Έπινα πολλά. Έκοψα τα μισά. Τα ψυχοτρόπα. Είχα παρενέργειες και τα μείωσα. Έχασα 19-20 χρόνια από τη ζωή μου. Η μισή μου ζωή πήγε πάνω στις παρενέργειες. [...]. Όταν με έπιαναν οι παρενέργειες δεν μπορούσα να κυκλοφορήσω πουθενά».

Μητέρα: «Έβαλα αρκετό βάρος. Γι' αυτό τα διέκοψα».

Επίσης, ιδιαίτερη βαρύτητα στην απόφαση τους αυτή φάνηκε να είχε και η πρόσκαιρη βελτίωση της κατάστασης τους, καθώς, επίσης, και η επιρροή του κοινωνικού περιβάλλοντος, τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι προσωπικές πεποιθήσεις.

Λιοντάρι: «Σταμάτησα τα φάρμακα και δεν ήμουν καλά. Τα σταμάτησα στο παλιό σπίτι. Μας είπε κάποιος άνθρωπος εκεί:«σταμάτα τα, γιατί θα γίνεις φυτό». Ένας ανιψιός μου, δεν ξέρω. Μας είπε ότι δεν είναι καλά τα φάρμακα, καταστρέφουν τον οργανισμό και έτσι σταμάτησα για λίγες μέρες, δεν άντεξα,όμως. Τα ήθελα».

Χρίστος Αναστάση: «[...] Άμα δεν τα πιείς τα χάπια, δεν έχεις καθόλου τις παρενέργειες. Αλλά η νόσος σε επηρεάζει [...]».

Συνολικά, φάνηκε ότι ακόμα και όταν γινόταν διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, οι περισσότεροι συμμετέχοντες περιέγραφαν ότι αυτό δεν τους ωφέλησε. Αντίθετα, χειροτέρεψε την κατάσταση τους.

5.5 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

5.5.1 Η αντίληψη της προσωπικής εικόνας στο πλαίσιο της νόσου

Αναφορικά με το δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα, και συγκεκριμένα με τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονταν οι πάσχοντες τον εαυτό τους στο πλαίσιο της νόσου, οι περιγραφές που χρησιμοποιήθηκαν ομαδοποιήθηκαν σε 3 επιμέρους κατηγορίες: α) οι διαφορετικές πτυχές της ατομικής οντότητας στην πορεία της νόσου και η συνεπακόλουθη αλλαγή της αντίληψης της προσωπικής εικόνας, β) η κατακερματισμένη υπόσταση του ατόμου στο πλαίσιο της νόσου και γ) η αντίληψη της προσωπικής αξίας και των προσωπικών ικανοτήτων στην πορεία της νόσου: η δυσάρεστη αλλαγή στην αντίληψη της ατομικής εικόνας.

Σε πρώτη φάση οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν επίθετα όπως «κακός», «νεκρός», «ταλαιπωρημένος», «ψυχασθενής», «ρημάδι», για να περιγράψουν τον εαυτό τους, επίθετα τα οποία φαίνεται να αντανakλούν τις επιπτώσεις της νόσου, όχι μόνο στην αντίληψη της ατομικής εικόνας τους, αλλά και γενικότερα στην ανθρώπινη υπόσταση τους. Μάλιστα, τέτοιοι χαρακτηρισμοί είναι ασυνήθιστοι αναφορικά με τις περιγραφές άλλων χρόνιων νοσημάτων. Η παθητικότητα και η απουσία ενέργειας και ικανότητας επικοινωνίας με το περιβάλλον, τα οποία αντανakλούν την απώλεια της ανθρώπινης ιδιότητας φάνηκε να κυριαρχούν στις περιγραφές των συμμετεχόντων. Από την άλλη, τα βάσανα, οι ταλαιπωρίες και η περιθωριοποίηση, ήταν, επίσης, εμφανή στις περισσότερες περιγραφές και μάλιστα καθοριστικοί παράγοντες για τη διαδικασία αυτή της από-ανθρωποποίησης.

Χρίστος Αναστάση: «[...] Σαν να έγινε νεκρανάσταση [...] θα φύγουν οι σκέψεις του ταλαιπωρημένου ανθρώπου».

Κώστας Θεοφάνους: «[...] Είσαι ψυχασθενής [...]».

Βιβή: «Βελτιώνομαι. Από ρημάδι, σε άνθρωπο νορμάλ της ζωής».

Κύρια, όμως, η αντίληψη του εαυτού ως επιζήμιου προς τους άλλους, και με μοχθηρές ίσως προθέσεις όπως απορρέει μέσα από τη φύση του επιθέτου «κακός», ήταν συνταρακτική. Το επίθετο αυτό, χρησιμοποιούνταν συχνά προκειμένου οι συμμετέχοντες να περιγράψουν τις πράξεις τους στις φάσεις της υποτροπής.

Χρίστος Αναστάση: « [...] Τώρα είμαι καλός».

Βιβή: «[...] Συμμετέχω σε ένα πρόγραμμα, σε μια ανύψωση του επιπέδου μου, του κακού χαρακτήρα που έχω ταλαιπωρηθεί τόσο καιρό».

Λιοντάρι: «[...] Ήμουν κακός άνθρωπος [...]».

Μητέρα: «Πριν να αρρωστήσω ήμουν καλά, αλλά μετά πήρα τον κατήφορο [...]».

5.5.2 Οι διαφορετικές πτυχές της ατομικής οντότητας στην πορεία της νόσου και η συνεπακόλουθη αλλαγή της αντίληψης της προσωπικής εικόνας.

Οι συμμετέχοντες περιέγραφαν ότι βίωναν διαφορετικές πτυχές του εαυτού τους στις πολλαπλές φάσεις της νόσου, ακολουθούμενες από αντίστοιχες αλλαγές στην αντίληψη της προσωπικής τους ταυτότητας.

Βιβή: «Έχω μπει στην Ψυχιατρική παιδί μου και ...Αχ! Από τότε ο εαυτός μου δεν ήταν στο επίπεδο της κοπέλας, της συζύγου. (Ήταν) στο επίπεδο να πίνει χάπια και αντιψυχωτικά. Έχει νοιώσει υποτίμηση, πέρασε τόσα για να τα βρει με τον εαυτό της και τώρα σιγά σιγά, λόγω του ότι μπαίνουν οι ενέσεις, είμαι σε πρόγραμμα. Παρακολουθώ το πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας. Βελτιώνομαι από ρημάδι σε άνθρωπο νορμάλ της ζωής. Σε άνθρωπο που έχει βρει τα πόδια του, που έχει βρει τα χέρια του, που έχει βρει τον εαυτό του. Τα είχα χάσει. Είχα χάσει το μυαλό μου. Είχα πάθει πανικό, είχα χάσει τον εαυτό μου. Αχ! Έχασα τη Βιβή που βοηθούσε τον εαυτό της, που ένοιωθε όμορφα».

ΑΕΛ: «Στην αρχή νόμιζα πως ήμουν κάτι το εξωπραγματικό, ότι δεν ήμουν γήινος ας πούμε, ότι ήμουν ο Θεός, ο διάβολος, ο άγγελος, ότι ήρθα στη γη για κάποιο σκοπό. Μετά, όταν σε κάποιο άλλο επίπεδο άρχισα να συνειδητοποιώ ότι αυτά δεν συμβαίνουν στην πραγματικότητα, ήταν της φαντασίας μου και ότι άκουα κάποιες φωνές, έτσι σιγά σιγά με την θεραπευτική αγωγή που μου παρείχαν στην Αθαλάσσα, άρχισα να συνειδητοποιώ ότι αυτό ήταν ένα ψέμα. Και μετά συνειδητοποίησα ότι είμαι ένας απλός άνθρωπος, με τις αδυναμίες του, με τα πιστεύω μου, και άρχισα να βρίσκω τον εαυτό μου ξανά».

Φαίνεται, ότι η νόσος και η θεραπεία της επηρεάζουν καθοριστικά την αντίληψη της εικόνας του εαυτού. Ο εαυτός γίνεται αντιληπτός όχι μόνο ως εξωτερική οντότητα προς το άτομο, αλλά και ως τεμαχισμένη οντότητα, τα χέρια, τα πόδια, ο εαυτός.

5.5.3 Η κατακερματισμένη υπόσταση του ατόμου στο πλαίσιο της νόσου

Ειδικότερα, κάποιοι συμμετέχοντες περιέγραψαν τον ψυχικό τους κόσμο στην οξεία φάση της νόσου ως ένα φάντασμα, αφήνοντας την ίδια στιγμή να εννοηθεί ότι η οντότητα τους έχει διασπαστεί ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων κάποια κομμάτια της υπόστασης τους ήταν ερωτά, ενώ άλλα όχι.

ΑΕΛ: «[...] Στην αρχή είναι σαν ένα μεγάλο φάντασμα. Είναι ο ψυχικός σου κόσμος σε καθρέφτη, τον βλέπεις και δεν τον αναγνωρίζεις. [...] Μετά την θεραπεία [...] σκέφτεσαι πιο θετικά, πιο εξελιγμένα [...] και άρχισα να βρίσκω τον εαυτό μου ξανά».

Βιβή: «[...] Είχα πάθει πανικό, είχα χάσει τον εαυτό μου [...].»

Η απώλεια της ατομικής ταυτότητας και η αποπροσωποποίηση φάνηκε να κυριαρχούν την περίοδο αυτή, επιφέροντας για τους περισσότερους συμμετέχοντες συναισθήματα φόβου και τρόμου, καθώς και μια αίσθηση αποξένωσης. Η επόμενη φάση, η οποία ακολουθεί τη θεραπεία, περιγράφηκε ως μια περίοδος κατά την οποία κυριαρχούν η οργανωμένη και θετική σκέψη και η εξέλιξη αυτή φάνηκε να ταυτίζεται με την αποθεραπεία. Και σε αυτή τη φάση όμως, ο εαυτός περιγράφηκε ως μια εξωτερική προς το άτομο οντότητα, καθώς οι συμμετέχοντες περιέγραφαν να «βρίσκουν τον εαυτό τους», σαν αυτός να βρισκόταν κάπου έξω, χαμένος. Τελικά φάνηκε ότι η αποπροσωποποίηση και η δυσκολία αντίληψης του ατόμου ως μια ενιαίας οντότητας ήταν παρούσα σε όλες τις φάσεις της νόσου.

Χρίστος Αναστάση: «Τώρα είμαι ένα νέο άτομο, είμαι καλύτερα. Βλέπω τον εαυτό μου [...].»

Κλείτος: «Οποσδήποτε πριν έβλεπα τον εαυτό μου καλύτερα. Δούλευα στην Αγία Νάπα».

5.5.4 Η αντίληψη της προσωπικής αξίας και των προσωπικών ικανοτήτων στην πορεία της νόσου: η δυσάρεστη αλλαγή στην αντίληψη της ατομικής εικόνας.

Για κάποιους συμμετέχοντες, η συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας και η εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας, γενικότερα, φάνηκε να επηρεάζουν την αντίληψη της προσωπικής τους αξίας.

Βιβή: «Διότι οι άλλοι δεν κάνουν αυτό το πρόγραμμα. Νοιώθεις υποτίμηση. Ο άλλος έχει σκοπούς, να πάει Πανεπιστήμιο, να πάει εξωτερικό, να ψωνίσει, έχει άλλο πρόγραμμα[...] άμα πηγαίνεις νοσοκομείο, ασχολείσαι με ενέσεις, με φάρμακα. Σίγουρα είσαι στον απέναντι δρόμο με εκείνον που θα πάει στο εξωτερικό να ψωνίσει και νοιώθει ανωτερότητα [...] ίσως (επειδή μπορεί) να ψωνίσει, να αγοράσει ρούχα, [...] θα βελτιωθεί ως άνθρωπος, θα πάρει ωραία ρούχα, ωραία παπούτσια. Εσύ νομίζεις, αφού τα βρεις ας πούμε με το νοσοκομείο και με την υγεία σου, βελτιώνεσαι ως υγιής άνθρωπος[...]».

Χαρακτηριστικά, φάνηκε ότι η εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας εμποδίζει το άτομο να συμμετάσχει στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, και μάλιστα αυτές που τονώνουν την αντίληψη της προσωπικής αξίας και καθιστούν το άτομο ίσο σε σχέση με τους άλλους. Η αντίληψη ότι κανείς βαδίζει στον ίδιο δρόμο με τους άλλους και όχι απέναντι φάνηκε να αναιρείται από τους περιορισμούς που επιβάλλει η ψυχική νόσος και θεραπεία της. Μάλιστα, φάνηκε πως ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας επηρεάζει την αντίληψη αυτή, υποδηλώνοντας την ανάγκη των συμμετεχόντων για αυτονομία μέσα στο πρόγραμμα θεραπείας. Κάτι τέτοιο, μάλλον θα ενίσχυε την αντίληψη των προσωπικών ικανοτήτων και της προσωπικής αξίας των συμμετεχόντων.

Συνολικά, η κανονικότητα φάνηκε να ταυτίζεται όχι μόνο με την ικανότητα απόλαυσης των υλικών αγαθών αλλά και με τη βελτίωση του εαυτού μέσα στην πορεία της ζωής και της θεραπείας. Η σύγκριση με τους άλλους ανθρώπους είναι αναπόφευκτη και παρούσα, επηρεάζοντας την αντίληψη της προσωπικής αξίας των πασχόντων σε όλες τις φάσεις της νόσου.

Χρίστος Αναστάση: «Τώρα είμαι ένα νέο άτομο, είμαι καλύτερα. Βλέπω τον εαυτό μου [...] Κάνω όλες τις δουλειές εγώ, πλένω τα ρούχα, τα απλώνω, μαζεύω, σκουπίζω, σφουγγαρίζω, μαγειρεύω, άρα λοιπόν είμαι καλός».

Ειδικότερα, αρκετά αποκαλυπτικές υπήρξαν οι περιγραφές των συμμετεχόντων αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο η φαρμακευτική αγωγή επηρέαζε την αντίληψη της προσωπικής εικόνας τους, συνολικά.

Βιβή: «Και τώρα βρίσκω τον δρόμο, να περπατήσω και να είμαι ένας άνθρωπος, ο εαυτός μου, με αυτές τις ενέσεις και με αυτά τα χάπια».

ΑΕΛ: [...] Σιγά σιγά με την θεραπευτική αγωγή που μου παρείχαν στην Αθαλάσσα [...] συνειδητοποίησα ότι είμαι ένας απλός άνθρωπος με τις αδυναμίες μου, με τα πιστεύω μου και άρχισα να βρίσκω τον εαυτό μου ξανά».

Κάποιες φορές η αλλαγή αυτή βιωνόταν συνολικά ως θετική, ενώ άλλες φορές ως δυσάρεστη.

Λιοντάρι: «[...]Τα φάρμακα με βοηθούν, αλλά δεν νοιώθω καλά. Νοιώθω ένα τίποτα. Είμαι ένας άνθρωπος χωρίς ψυχή».

Μητέρα: «Τα φάρμακα χάλασαν τον εαυτό μου[...] Πριν τα φάρμακα ήμουν καλά».

Περαιτέρω, η αντίληψη άλλων συμμετεχόντων για την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στην οντότητά τους, έδωσε φως σε μια άλλη διάσταση. Συγκεκριμένα, κάποιοι περιέγραψαν τις εθιστικές ιδιότητες της φαρμακευτικής αγωγής, διαχωρίζοντας την περίπτωση αυτή από την αναγκαιότητα της λήψης της λόγω αποτελεσματικότητας στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων. Εντυπωσιακός, ωστόσο, ήταν ο τρόπος περιγραφής αυτής της κατάστασης, καθώς φάνηκε ότι στην περίπτωση αυτή οι συμμετέχοντες βίωναν τη φαρμακευτική αγωγή ως μία οντότητα, εξωτερική προς το άτομο, η οποία καταλαμβάνει ένα μέρος του εαυτού του, απαραίτητο, όμως, για το βίωμα ολότητας και επάρκειας του ατόμου.

ΑΕΛ: «Πιστεύω ότι τα φάρμακα είναι ένα είδος ναρκωτικού. [...] εθίζεσαι στα φάρμακα και συνηθίζει ο οργανισμός σου και σου είναι αναγκαία, και ότι αν δεν τα πάρεις, θα λείπει ένα κομμάτι του εαυτού σου. [...]».

Βιβή: « [...] είμαι δέκτης των φαρμάκων [...]»

Σε άλλες περιπτώσεις, μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων φάνηκε ότι η δέσμευση σε ένα πρόγραμμα θεραπείας, και κύρια φαρμακοθεραπείας σηματοδοτούσε την μετάβαση σε μια άλλη κοινωνική ομάδα, διαφορετική από εκείνη του γενικού πληθυσμού, από την ομάδα των μέσων, καθημερινών ανθρώπων, αλλά αφορούσε στην ομάδα των «αρρώστων» ανθρώπων. Η μετάβαση αυτή ταυτιζόταν με όλες τις επιπτώσεις κοινωνικού στίγματος που επιφέρει κάθε είδους ετικετοποίηση, πόσο μάλλον αυτή του ψυχικού νοσήματος. Χαρακτηριστικά, η έναρξη της φαρμακοθεραπείας φάνηκε να συνιστά το ορόσημο για την απόκτηση της ταυτότητας του «ψυχασθενή» και την απώλεια της μέχρι τώρα δομημένης ατομικής και κοινωνικής ταυτότητας.

Βιβή: «Και εγώ για να μπω στο πρόγραμμα (θεραπείας) αντιδρούσα. Δεν ήθελα [...]να μπω στην φάση ότι ανήκω στους αρρώστους ανθρώπους. Ήθελα να είμαι στην φάση της γυναίκας, της γκόμενας, της νέας μητέρας[...]. Αφού παντρεύτηκα, έχω άντρα, έχω παιδιά, δεν θα μπω στην φάση ότι είμαι ένας άρρωστος άνθρωπος».

5.6. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

5.6.1 Απώλειες και επιπτώσεις λόγω κοινωνικού στιγματισμού

Αναφορικά με το τρίτο ερευνητικό μας ερώτημα και συγκεκριμένα με τις κοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν οι πάσχοντες λόγω της νόσου τους, τα αποτελέσματα ομαδοποιήθηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες όπως προαναφέραμε. Η μία αφορά στις απώλειες λόγω κοινωνικού στιγματισμού και η άλλη στις απώλειες λόγω της φύσης της νόσου.

Το μεγαλύτερο μέρος των επιπτώσεων που περιέγραψαν ότι βίωναν οι συμμετέχοντες φάνηκε να σχετίζεται με την ετικετοποίηση του ατόμου με ψυχικό νόσημα και τον συνεπακόλουθο κοινωνικό στιγματισμό. Ειδικότερα, περιγράφηκαν συγκεκριμένες αιτίες, οι οποίες σύμφωνα με τους συμμετέχοντες σχετίζονταν με την ετικετοποίηση αυτή. Οι αιτίες αυτές αφορούσαν στην ίδια τη νόσο και στη θεραπεία της, αλλά κύρια στον εγκλεισμό στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Αθαλάσσας, ακόμα και στη λήψη του Δημοσίου Βοηθήματος.

Λιοντάρι: « [...]σίγουρα συμβαίνει και αυτό, ναι. Άμα είσαι ψυχικά καλά, ο άλλος σε βλέπει με άλλο τρόπο».

ΑΕΛ: «Ναι, όταν κάποιος περάσει από μια ψυχική νόσο, όλοι τον χαρακτηρίζουν «τρελλό», «πελλό». Α! να αυτός πήγε Αθαλάσσα είναι τελείως πελλός. Είναι απόβρασμα, είναι χασικλής. Έτσι, όταν είσαι άρρωστος όλοι θέλουν να λένε ότι, πώς να σας το πω, σε στιγματίζουν. Η κοινωνία, γενικά, και το κράτος ακόμα καμιά φορά με το επίδομα. Τάχα είσαι ανίκανος να δουλέψεις».

5.6.1.1 Κοινωνική υποτίμηση της προσωπικής αξίας

Φαινόμενα υποτίμησης των συμμετεχόντων από το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας κάποιες φορές, ήταν συχνά στις περιγραφές των συμμετεχόντων.

Βιβή: «Και ο άντρας μου [...] θέλει να με υποτιμά σαν άνθρωπο με Ψυχική νόσο, να με θεωρεί...[...] Δεν με θέλει ούτε στο γραφείο να πηγαίνω. [...] Είμαι η άρρωστη, η

υποτιμημένη του σπιτιού, είμαι αυτή που παίρνω χάπια αντιψυχωτικά, είμαι αυτή που βάζει ενέσεις».

Μητέρα: «Στο σπίτι με βλέπουν διαφορετικά, το βλέμμα τους είναι διαφορετικό. Δεν ξέρω τον λόγο. Έχασα φίλους τον καιρό που αρρώστησα, ύστερα έγινα, ήρθαν οι φίλοι μου πίσω».

Ειδικότερα, σε σχέση με τα φαινόμενα υποτίμησης της προσωπικής αξίας από τους επαγγελματίες υγείας, κάποιοι από τους συμμετέχοντες τα συνέδεσαν με τη συχνότητα των υποτροπών και των συνεπακόλουθων νοσοκομειακών νοσηλειών.

Χρίστος Αναστάση: «[...] αν και ξέρουν τώρα ότι πήγα μερικές φορές (στο ψυχιατρείο) οι νοσηλευτές, τους γιατρούς δεν τους ντρέπομαι και τόσο όσο τους νοσηλευτές, διότι (οι νοσηλευτές) τα διαβάζουν και τα ξέρουν όλα. Διότι, κοίταξε να δεις, άμα αργήσεις να πας στην (ψυχιατρική) κλινική (για νοσηλεία) σε λένε «κύριε» πάνω, «κύριε» κάτω. Αν σε λίγο χρονικό διάστημα ξαναπάς, σε λένε μόνο με το όνομα σου. Τάχα, αν δεν ξανααρρώστησες είσαι «κύριος» πάλι. Άμα ξαναρρωστήσεις και πας και πεις έχω τα ίδια, σαν να σε υποβαθμίζουν. Δεν σε λένε «κύριε», σε λένε με το όνομα σου. Σε υποβαθμίζουν».

Χρίστος Αναστάση «Ο γιατρός. Ας πούμε είχα θεραπευτεί, σχεδόν, όχι τελείως. Τα στίγματα υπάρχουν. [...]».

Βέβαια, υπήρχαν και συμμετέχοντες με διαφορετικές εμπειρίες αναφορικά με τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη ψυχική νόσο και τους πάσχοντες.

ΑΕΛ: «[...] Από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές δεν ένοιωσα κάποιο στιγματισμό, σε καμία φάση [...]».

5.6.1.2 Πτώση αυτοεκτίμησης

Η νοσηλεία στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Αθαλάσσας φάνηκε, εκτός από τραυματική εμπειρία, να σχετίζεται με συναισθήματα ντροπής από την πλευρά των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, μάλιστα, η έκθεση των συμμετεχόντων σε γνώριμα πρόσωπα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους πυροδοτούσε αντίληψη χαμηλής προσωπικής αξίας και κατωτερότητας, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να διατηρήσουν μυστική την εμπειρία της νοσηλείας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Χρίστος Αναστάση: «[...] την πείραξε το ψυχιατρείο. Έτσι και μένα [...]. Ντρεπόμουν άμα είχε κάποιος και με ήξερε να με δει εκεί μέσα. Έφευγα, πήγαινα να μην με δει. Είχε προκατάληψη. Είχε πολλή προκατάληψη. Ένοιωθα κατωτερότητα. Είτε πάνω στη κουβέντα μας να πω ότι έκαμα στο ψυχιατρείο; Για να εμπιστευθώ κάποιου ότι έκαμα στο ψυχιατρείο, πρέπει να είναι [...] ένα πρόσωπο καλό. Να'ναι μια ψυχολόγος, μία ψυχίατρος, μία νοσηλεύτρια [...].»

5.6.1.3 Περιορισμένη προσωπική και ρομαντική ζωή

Η αγωνία της απόρριψης σε όλα τα επίπεδα κοινωνικής συναναστροφής ήταν εμφανής σε αρκετές αφηγήσεις. Το στίγμα της ψυχικής νόσου φάνηκε να επηρεάζει καθοριστικά, όχι μόνο τα άτομα που επέλεξαν οι συμμετέχοντες να συναναστραφούν σε φιλικό επίπεδο, αλλά και να συνάψουν ερωτικές σχέσεις.

Κλείτος: «Με έχει καταστρέψει κοινωνικά [...]. Δηλαδή, φίλους έχω μόνο (άτομα) με ψυχολογικά προβλήματα. Δηλαδή, δύσκολα να συναναστραφώ με άτομα που δεν έχουν ψυχολογικά προβλήματα, διότι μου δημιουργεί ένα άγχος. Επειδή εκείνοι δεν έχουν ψυχολογικά προβλήματα. Προτιμώ να κάνω παρέα με άτομα με... (ψυχολογικά προβλήματα) για να έχω ένα κέρδος. Πρέπει να έχει ψυχολογικά προβλήματα. Διότι, ποια θα με ανεχτεί με χωρίς ψυχολογικά προβλήματα; Μπορεί και να είμαι λανθασμένος, δεν ξέρω».

5.6.1.4 Επαγγελματική ζωή και σταδιοδρομία

Η ψυχική νόσος φάνηκε ότι σε αρκετές περιπτώσεις προκαλούσε προβλήματα και περιορισμούς στην ικανότητα των ατόμων να εργοδοτηθούν, κυρίως λόγω έξαρσης συμπτωμάτων, ή λόγω αρνητικών ανεπιθύμητων ενεργειών των ψυχοτρόπων φαρμάκων. Παρά ταύτα, αρκετοί από τους συμμετέχοντες φάνηκε να αναφέρονται σε περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι δρούσαν ως εμπόδια στην επαγγελματική τους ζωή και σταδιοδρομία. Οι κυριότεροι από αυτούς αφορούσαν στον στιγματισμό και στην προκατάληψη, τα οποία περιγράφηκε να βιώνονται εντονότερα από τους συμμετέχοντες, συγκριτικά με πάσχοντες άλλου είδους χρόνιων νοσημάτων.

Κλείτος: «Διότι υπάρχει προκατάληψη για την ψυχολογική νόσο. Πάντα. Μπορεί να πιάσουν κάποιον καρδιακό ας πούμε, αλλά δεν θα πιάσουν (προσλάβουν) κάποιον με ψυχολογικά προβλήματα. Υπάρχει μια προκατάληψη για τα ψυχολογικά. Ένα στίγμα, που θα το

κουβαλούμε εφ'όρου ζωής. [...]. Ναι, έχασα αρκετές δουλειές λόγω του ψυχολογικού μου προβλήματος. Και ίσως είναι από εκεί που έχασα την δουλειά μου λόγω του ψυχολογικού προβλήματος».

Βέβαια, υπήρξαν και περιγραφές, οι οποίες έδειξαν ότι η υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο ήταν παρούσα και σημαντική για τη διατήρηση της επαγγελματικής ταυτότητας του ατόμου.

Γιώργος: «[...] Μπορώ να πω δεν βίωσα πολύ το κοινωνικό στίγμα, δηλαδή στην δουλειά μου ήμουν χρόνια, οι συνάδελφοι μου το ήξεραν, αλλά με βοηθούσαν».

5.6.1.5 Κοινωνική ζωή

Η επικετοποίηση και ο συνεπακόλουθος χλευασμός, καθώς επίσης η απομόνωση και η περιθωριοποίηση, αποδόθηκαν με έντονες και συναισθηματικά φορτισμένες περιγραφές από τους συμμετέχοντες. Η απουσία κοινωνικών σχέσεων, δικτύου στήριξης και αποδοχής υπήρξε ένας καθοριστικός περιορισμός στο πλαίσιο της νόσου, αλλά και πηγή τραυματικών εμπειριών.

Κώστας Θεοφάνους: «Ένα φίλο έχω. Δεν είχα άλλους φίλους. Με κοροΐδευαν, όχι μόνο οι Τούρκοι και οι Κύπριοι. Και τώρα με κοροϊδεύουν. Και τώρα μου το λένε. Βγήκε το όνομα μου, ότι είμαι άρρωστος».

ΑΕΛ: «Ναι, όταν κάποιος είναι ασθενής με ψυχική υγεία, στιγματίζεται πρώτα απ'όλα από την κοινωνία. Μπαίνει στο περιθώριο. Ναι, όταν ήμουν στο σχολείο. Επειδή ξεκίνησε από τα 17 μου η νόσος, ακόμα ήμουν στην Τρίτη Λυκείου και μερικοί συμμαθητές μου με απέφευγαν. Τάχα θα κάνουμε παρέα με τον «πελλό»; Άλλοι με βοηθούσαν».

Χρίστος Αναστάση: «[...] Μπορεί να κατάλαβαν ότι κάτι έχω για να είμαι έτσι και γι' αυτό να μην μου μιλούν [...] Δεν ενισχύουν, δεν με ενίσχυε το περιβάλλον».

5.6.1.6 Οικονομική ζωή

Οι συμμετέχοντες, επίσης, περιέγραψαν τις οικονομικές επιπτώσεις που βίωναν ως αποτέλεσμα της ψυχικής νόσου, πιθανότητα λόγω των περιορισμών στον επαγγελματικό τομέα.

Κλείτος: «Με έχει καταστρέψει [...] οικονομικά [...]».

5.6.2 Απώλειες λόγω της φύσης της νόσου

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν απώλειες στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή, ως αποτέλεσμα αυτή την φορά όχι του κοινωνικού στιγματισμού, αλλά της φύσης της ασθένειας και των συμπτωμάτων που την συνοδεύουν.

5.6.2.1 Κοινωνική ζωή

Σε επίπεδο κοινωνικής ζωής, η φύση της νόσου και η θεραπεία της φάνηκε να επηρεάζουν αρνητικά τις συναναστροφές των συμμετεχόντων και τις δυνατότητες τους να δημιουργήσουν νέους δεσμούς. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν εμπειρίες απώλειας των σχέσεων με τα άτομα του φιλικού περιβάλλοντος.

Μητέρα: « [...] Έχασα φίλους τον καιρό που αρρώστησα, ύστερα έγινα ήρθαν οι φίλοι μου πίσω».

5.6.2.2 Προσωπική ζωή

Σε επίπεδο προσωπικής ζωής, η φύση της νόσου και η θεραπεία της φάνηκε να επηρεάζουν τη σεξουαλική ζωή των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, περιγράφηκαν εμπειρίες διακοπής της σεξουαλικής επαφής και σχέσης με τους συντρόφους τους, και σε κάποιες περιπτώσεις αλλαγή της συζυγικής-ερωτικής σχέσης σε συντροφική.

Βιβή: «Δεν κάνουμε έρωτα με τον άντρα μου, κόψαμε, έχει καιρό που κόψαμε, αλλά έχουμε κάποιο έτσι, πώς να το πω, πως λέμε; ‘συζώ, συζώ’. Συζούμε με τον άντρα μου, δεν έχουμε το σεξ, έχουμε όμως ομιλίες, μιλούμε, όσον αφορά τα παιδιά μας[...]».

Συνολικά, από τις αφηγήσεις φάνηκε ότι ζητήματα αυτονόητα για τους περισσότερους ανθρώπους όπως μια υγιής σεξουαλική ζωή, η συντροφικότητα και η αμοιβαιότητα φάνταζαν «παράλογα» για τα άτομα με ψυχικό νόσημα.

Κώστας Θεοφάνους: «Προσπαθώ να κάνω τα αδύνατα δυνατά να είμαι λογικός. Να μην ζητώ παράλογα πράγματα, όπως γυναίκες για σεξ».

5.6.2.3 Επαγγελματική ζωή και εκπαίδευση

Σαφείς ήταν οι περιγραφές των συμμετεχόντων και για τις δυσκολίες να ακολουθήσουν κάποιο απαιτητικό πρόγραμμα σπουδών ή επαγγελματικής κατάρτισης λόγω των συμπτωμάτων της νόσου, ή ακόμη και να διατηρήσουν τη θέση εργασίας τους.

Γιώργος: «[...] Μπορούσα για 28 χρόνια να δουλεύω. Να βάζω Κοινωνικές Ασφαλίσεις. Και πιστεύω έκαμα ένα άθλο για αυτό το πράγμα».

Μητέρα: «Νοιώθω τον εαυτό μου να θέλω να ασχοληθώ με κάτι άλλα λίγο δύσκολο. Δύσκολα μπορώ να προσαρμοστώ στο πρόγραμμα που θέλω, αλλά προσπαθώ».

Κώστας Θεοφάνους: «Που την μέρα που έβλεπα κουκκίδες, δούλευα αλλά μερικές φορές. Μερικές φορές, μισή μέρα γιατί ήμουν μέσα στο κρεβάτι με κουκκίδες».

Από την άλλη, η ανάγκη για επαγγελματική αποκατάσταση φάνηκε να συνδέεται με την ανάγκη του ατόμου να ανήκει σε μια ομάδα, να αποτελεί ισότιμο μέλος αυτής, και την ίδια στιγμή αντανακλούσε την ανάγκη για απόκτηση επαγγελματικής ταυτότητας, τη στιγμή μάλιστα που η διατήρηση του επαγγελματικού ρόλου φάνηκε να συνδέεται με την θετική αντίληψη προσωπικών ικανοτήτων και επιτευγμάτων, αντιλαμβάνεται κανείς τις επιπτώσεις στην αντίληψη της προσωπικής αξίας λόγω των περιορισμών στην επαγγελματική δραστηριότητα του ατόμου.

Βιβή: «Ήθελα να ξαναπροσπαθήσω για εξετάσεις Πανεπιστημίου [...] και ήθελα να πάρω και εγώ έναν τίτλο, έστω και αισθητικού κομμώτρια. Να έχω ένα τίτλο, κάποια, μια δουλειά. Και να ανήκω με κάποιους ανθρώπους. [...] και να πάω και σε υπεραγορά να δουλέψω» .

Συνολικά, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες περιέγραψαν μια συνεχή πάλη προκειμένου να προσαρμόσουν τις προσωπικές και κοινωνικές τους ανάγκες στους συγκεκριμένους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη νόσο τους.

5.7. ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

5.7.1. Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: ένα μέσο για την ευεξία & την ασφάλεια

Αναφορικά με το τέταρτο ερευνητικό μας ερώτημα και συγκεκριμένα αναφορικά με τη ποιότητα των διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας/επαγγελματίες υγείας, αναδύθηκαν και άλλα θέματα τα οποία δεν είχαν αρχικά

συμπεριληφθεί στα ερευνητικά ερωτήματα της διατριβής και αφορούν: α) τις εμπειρίες των συμμετεχόντων από το σύστημα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και β) το βαθμό ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη φροντίδα από τους Νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

Ως προς τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (ΥΨΥ), σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν θετικές περιγραφές σχετικά με την ποιότητα των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΚΥΨΥ). Ο θεραπευτικός χαρακτήρας των ΚΥΨΥ περιγράφηκε σε επίπεδο κοινωνικοποίησης, δημιουργικότητας και αποκατάστασης.

Κώστας Θεοφάνους: «Εδώ έρχομαι (Κέντρο Ημέρας) για να αποφεύγω τις κακές εμπειρίες από τον κόσμο. Να μην σε κοροϊδεύουν [...] και να αποφεύγεις την ψυχιατρική πτέρυγα. [...] Από το να ήμουν στο Ψυχιατρείο...[...] Είμαι στην Ομάδα Αποκαταστάσεως. Και ξεκίνησαν από το μηδέν [...] είχαμε γίνει μωρά, τελείως μωρά, και γίναμε άνθρωποι σχεδόν. Σαν άνθρωποι ... [...] Ναι, περνώ ωραία [...] και κάνω παρέα.»

Βιβή: «Εγώ εδώ έκανα δημιουργίες, έχω 2-3 κάδρα στο σπίτι μου, που τα έκανα εδώ. Δηλαδή, ένοιωσα ωραία με τον χώρο, με τους ανθρώπους, δημιούργησα και τα κάδρα μου, τα βλέπω στο σπίτι μου, ένοιωθα ότι ήμουν κάτι σαν να γίνομαι και ζωγράφος. Πήγαινα σε ένα σχολείο, που ένοιωθα καλά».

ΑΕΛ: «Το Κέντρο Ημέρας είναι ένας οργανισμός του κράτους, που βοηθά διάφορα άτομα με ψυχικές ανάγκες να επανενταχτούν στην κοινωνία, ενώ η Αθαλάσσα είναι καθαρά ψυχιατρική μονάδα».

Μάλιστα, η επιθυμία και η ανάγκη των συμμετεχόντων να παραμείνουν στο Κέντρο Ημέρας παρά το όριο ηλικίας, ήταν ένας ακόμη τρόπος για να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις κοινοτικές δομές.

Κώστας Θεοφάνους: «[...] Διότι πέρασα τα 60. Θέλω να έρχομαι εδώ».

Βέβαια, παρά τα θετικά συναισθήματα των συμμετεχόντων αναφορικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, σαφείς ήταν και οι υποδείξεις τους για περαιτέρω ενίσχυση των παρεχομένων υπηρεσιών σε ποιότητα, αλλά και σε ποικιλία. Μάλιστα, η ανάγκη για εξατομίκευση των προσφερόμενων δραστηριοτήτων βάσει την ικανοτήτων, δυνατοτήτων και ενδιαφερόντων των συμμετεχόντων ήταν παρούσα σε αρκετές περιγραφές.

Γιώργος: «Να υπάρχει περισσότερη δραστηριοποίηση, παραπάνω ενδιαφέρον από τους Νοσηλευτές. Υπάρχει ενδιαφέρον, αλλά να γίνει ακόμα πιο πολύ. Είναι δουλειά των νοσηλευτών, σπούδασαν νοσηλευτική.»

ΑΕΛ: «Πιστεύω πως ο κάθε ασθενής πρέπει να εξετάζεται σαν ένα διαφορετικό άτομο, σαν ένα παιδί –μωρό. Σαν ένα μωρό. Δηλαδή πρέπει να έχει φροντίδα, να έχει τις ανέσεις, τα παιχνίδια, την τροφή, που είναι απαραίτητη, αυτονόητη [...]».

5.7.2 Η τραυματική εμπειρία της νοσηλείας στο νοσοκομείο Αθαλάσσιας

Αναφορικά με την εμπειρία της νοσηλείας στο νοσοκομείο Αθαλάσσιας, οι περιγραφές ήταν ιδιαίτερα σκληρές, δεδομένου ότι πρόκειται για τη δομή των ΥΨΥ στην οποία εφαρμόζεται η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας κατά την οξεία φάση της νόσου. Μάλιστα, ο στόχος της θεραπείας, συνολικά, βάσει των περιγραφών των συμμετεχόντων, θα έπρεπε να είναι η αποφυγή της νοσοκομειακής νοσηλείας.

Γιώργος: «Στην Αθαλάσσια είναι πιο κλειστά [...]. Είσαι κλειστός σε θάλαμο. Νοιώθεις όλο down, νοιώθεις κατάπτωση».

Βιβή: «[...]Η Αθαλάσσια είναι για πιο σοβαρές περιπτώσεις».

Χρίστος Αναστάση: «[...]Θα μπει (συγκριθεί) η Αθαλάσσια [...] με το Κέντρο Ημέρας; Εκεί μέσα, βλέπεις πράγματα, βλέπεις τους αρρώστους να παραμιλούν, βλέπεις τους αρρώστους λερωμένους [...] Έκανα και εκεί μέσα [...] ».

Κώστας Θεοφάνους: «Οι ασθενείς να πίνουν τα χάπια τους, να πίνουν τις ενέσεις τους, να συνεργάζονται για να αποφεύγουν την Ψυχιατρική πτέρυγα».

Ιδιαίτερα έντονες υπήρξαν οι περιγραφές αναφορικά με βιώματα καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από τους συμμετέχοντες, ακόμη και σε επίπεδο βασικών συνθηκών υγιεινής. Το σύστημα της εφαρμοζόμενης θεραπείας και οι ξενοδοχειακές συνθήκες που επικρατούν στη δομή αυτή φάνηκε να είναι οι κύριες πηγές δυσαρέσκειας, χωρίς να φωτογραφίζεται κάποια συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα.

ΑΕΛ: «Μπορεί να σε έχουν για 9 μήνες σε τόπο κλειστό [...] Σου στερούν την ελευθερία σου, δεν μπορείς να κάνεις τα αυτονόητα. Να έχεις ελευθερία γνώμης, να έχεις ελευθερία άποψης».

ΑΕΛ: « Στην Αθαλάσσα [...] πολλά χάπια, πολλές ενέσεις. Αισθανόμουν χάλια, ένα ερείπιο. Έτρεχαν τα σάλια σου, ήσουν με τα λερωμένα. Μπάνιο...Τα μπάνια τους ήταν αρχαία. Σιχαινόσουν να κάνεις μπάνιο. Ναι, και τώρα η κατάσταση είναι πολύ τραγική».

Κώστας Θεοφάνους: «Πήγα, ζήτησα ένα ψαλίδι να κόψω το μουστάκι μου και φοβήθηκαν και ήταν παράλογο γι' αυτούς, δεν μου έδωσαν το ψαλίδι. Ο γιατρός μου είπε να μπω μέσα στον κλειστό θάλαμο, ήταν σκάνδαλο. Έγινε σκάνδαλο με το ψαλίδι».

Χαρακτηριστικό ήταν το γεγονός ότι ακόμη και αρκετά χρόνια μετά την εμπειρία της νοσηλείας, οι τραυματικές αναμνήσεις παρέμεναν αρκετά ζωντανές, πυροδοτώντας ακόμη έντονα συναισθήματα.

Μάλιστα, οι περιγραφές των ατόμων που είχαν νοσηλευτεί στη δομή αυτή ήταν τόσο έντονες, αφού και άτομα που δεν είχαν την εμπειρία της νοσηλείας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο εκδήλωναν παρόμοιες αντιδράσεις αποστροφής. Ακόμη και οι φήμες αναφορικά με την εφαρμοζόμενη θεραπεία στο νοσοκομείο Αθαλάσσας ήταν ακραίες.

Μητέρα: «Οου. Δεν θέλω να έχω την εμπειρία . [...] . Δεν πάω καμία φορά, σε εσωκλείουν μόνη σου. Δύσκολα».

Λιοντάρι: «Η Αθαλάσσα δεν είναι καλό πράγμα, σε δένουν με ζουρλομανδύα [...] είναι δύσκολο. Το έβλεπα σε ταινία, μόνο ».

Κλείτος: «Δεν είχα εμπειρία από την Αθαλάσσα. Πήγε ο αδερφός μου εμένα. Είναι πολύ απαίσιο πράμα, σαν την φυλακή. Χειρότερο από την φυλακή».

5.8. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.8.1 Η δυναμική της σχέσης με τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες περιέγραψαν μια αναπτυξιακή διαδικασία όσον αφορά τη σχέση τους με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (ΝΨΥ), καθώς έκαναν αναφορά σε διαφορετικές φάσεις και συναισθήματα, όπως ο θυμός και οι συγκρούσεις, η απόσυρση και απομόνωση, και τέλος η υποστήριξη και η οικειότητα. Συνολικά, φάνηκε πως η φύση της νόσου και η ένταση των συμπτωμάτων σχετίζονταν με τις φάσεις αυτές.

Μητέρα: « [...]τους φώναζα (νοσηλευτές) λόγω της αρρώστιας μου [...] και καυγάδιζα μαζί τους και με έκαναν αποκοπή από το Κέντρο για δύο μήνες να μην έρχομαι [...] και μου είπαν να μείνω σπίτι για λίγο [...] μέχρι να μην είμαι πια θυμωμένη. Σήμερα με πιάνουν από κοντά, μου μιλούν, πως περνώ τις ώρες μου και τους λέω τα πάντα».

5.8.2 Βαθμός ικανοποίησης από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Δεδομένου ότι ο μεγαλύτερος αριθμός επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις κοινοτικές υπηρεσίες είναι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, σαφείς υπήρξαν και οι περιγραφές για το βαθμό ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη φροντίδα από αυτή την ομάδα επαγγελματιών.

Λιοντάρι: «Τους αγαπώ πολύ τους νοσηλευτές, όλες τις κοπέλες που είναι εδώ, θεωρώ ότι με βοηθούν».

Κλειτός: « [...] νοιάζονται για μας. [...]. Νοιώθω άνετα, δηλαδή αν έχω κανένα πρόβλημα μπορώ να τους μιλήσω. Ας πούμε για αυτό με τις τσέπες μου, που ελέγχω συνέχεια».

Βιβή: «Τα έχω βρει με αυτά τα παιδιά».

Μάλιστα, έμφαση δόθηκε στην παρεχόμενη στήριξη από τους νοσηλευτές, καθώς και στην αλληλοσυμπληρούμενη φύση του νοσηλευτικού και ιατρικού ρόλου.

Γιώργος: «Υπάρχει υποστήριξη από τους νοσηλευτές. Το ένιωθα από την αρχή»

Βιβή: «Δηλαδή. Για να γίνει και κάποιος νοσηλευτής, δεν είναι ότι είναι κατώτερος του γιατρού. Θέλεις και την βοήθεια του νοσηλευτή, θέλεις και την βοήθεια του γιατρού. Κάποιος ας πούμε νοιώθει πιο πολύ. [...] Και σίγουρα, θέλεις και τη βοήθεια και του νοσηλευτή και του γιατρού. Και αφού μορφώνεται αυτός ο άνθρωπος για να πάρει αυτόν τον τίτλο, σίγουρα είναι έγκυρος άνθρωπος που βελτιώθηκε δια μέσου της σπουδής του, βελτιώθηκε διαμέσου της δουλειάς του και ανάλογα με αυτόν και τον χαρακτήρα του, βελτιώνεσαι και εσύ. Γιατί του μιλάς [...]».

Βέβαια, παρά τα θετικά συναισθήματα των συμμετεχόντων αναφορικά με την ποιότητα των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών, και κατά κύριο λόγο από την προσφερόμενη στήριξη, σαφείς ήταν και οι υποδείξεις τους για περαιτέρω ενίσχυση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Γιώργος: «Να υπάρχει περισσότερη δραστηριοποίηση, παραπάνω ενδιαφέρον από τους Νοσηλευτές. Υπάρχει ενδιαφέρον, αλλά να γίνει ακόμα πιο πολύ. Είναι δουλειά των νοσηλευτών, σπούδασαν νοσηλευτική.»

5.9 Η ΑΝΑΓΚΗ ΝΑ ΑΚΟΥΣΤΟΥΝ: Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Αν και δεν ήταν στους αρχικούς μας στόχους να διερευνηθεί η επίδραση της ερευνητικής διαδικασίας στους συμμετέχοντες, ωστόσο το θέμα αυτό προέκυψε. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εξέφρασε την ανάγκη τους να επικοινωνούν τις εμπειρίες τους, τις ανησυχίες τους και τα συναισθήματα τους δίνοντας έμφαση στη θεραπευτική φύση της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, κάτι το οποίο δείχνει τη σπουδαιότητα και αναγκαιότητα διεξαγωγής τέτοιου είδους μελετών.

Κώστας Θεοφάνους: «Ευχαριστώ που με αποδέχτηκες [...] που σου περιέγραψα τα αισθήματα μου και θυμήθηκα στο παρελθόν. Και έβγαλα μερικά αποθέματα από πάνω μου που ήταν περιττά. Άμα μιλώ ηρεμώ. Ούτε τσιγάρο θέλω να πω, ούτε τίποτε».

Χρίστος Αναστάση: «[...] Και τώρα που σας τα είπα νοιώθω περισσότερο αναρρωμένος. Τα έχω αποβάλει [...] Θέλω να εισηγηθώ κάτι, όταν έχουν συνεδρίαση οι ψυχίατροι, να τους δώσετε τα αποτελέσματα και να ξέρουν και το πρόβλημα μου έμενα, όχι μόνο εμένα, αλλά όλους [...] Ότι σας είπα, είναι αλήθεια, δεν είναι ψέματα. Και 'σεις μου πιστέψατε, γι' αυτό δώσατε πολύ σημασία, γιατί αυτό το θέμα, ενδιαφέρει την ψυχιατρική επιστήμη».

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων

6.1.1 Επιγένεση προσωπικότητας

Στην παρούσα μελέτη: «Η επιγένεση της προσωπικότητας» φαίνεται να συνιστά μια ουσιαστική αλλαγή στην αντίληψη της ύπαρξης του πάσχοντος ατόμου, αλλά και στη νοηματοδότηση του συνόλου της εμπειρίας. Αυτή η νέα προοπτική ζωής, φαίνεται να είναι μια εσωτερική και μακροχρόνια προσπάθεια και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα της επιτυχούς θεραπείας, κύρια, φαρμακευτικής. Σε αντίθεση με τη μελέτη των Davidson et al. (2005), όπου αυτή η «ανοικοδόμηση του εαυτού», η οποία παρατίθεται ως το πυρηνικό θέμα της εν λόγω μελέτης συνιστά μια εξωτερική διαδικασία, η οποία ξεκινά από την αρχή και δεν στηρίζεται πάνω σε κάτι που προϋπήρχε, όπως είδαμε να συμβαίνει στη παρούσα μελέτη. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Gwinner et al. (2005), τονίζεται η διατήρηση της ταυτότητας στο πλαίσιο της νόσου, στη μελέτη των Mizock et al. (2014) γίνεται εστίαση στην απώλεια της χαμένης ταυτότητας και όχι στην αναγέννηση της και στις μελέτες των Mazor & Doron (2011), η «αναγέννηση» αφορά τη νοσοκομειακή θεραπεία/νοσηλεία και όχι το σύνολο της εμπειρίας της νόσου. Τέλος, στη μελέτη των Thompson et al. (2008) βλέπουμε μια συνεχή πάλη «επιδιόρθωσης» της θιγμένης αυτοεκτίμησης και όχι την «αναγέννηση» της ταυτότητας.

6.1.2 Φαρμακευτική αγωγή

Αναφορικά με το ρόλο της φαρμακευτικής αγωγής, στη παρούσα μελέτη αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα που διευκολύνει την επανενσωμάτωση στη κανονικότητα και καθοδηγεί την επιγένεση της προσωπικότητας, σε αντίθεση με τη μελέτη του Mancini (2007) όπου η φαρμακευτική αγωγή θεωρείται ως στοιχείο ετικετοποίησης και ως επιβαρυντική διαδικασία, ενώ στη μελέτη της Schön (2009), θεωρείται μεν καθοριστικής σημασίας αλλά παρουσιάζονται αμφιθυμικά συναισθήματα λόγω των παρενεργειών της. Επιπρόσθετα, στη μελέτη της Schön (2010), η Φαρμακευτική αγωγή θεωρείται ως δευτερεύουσας σημασίας, καθώς «η ανάκτηση» της κατοχής μιας ολοκληρωμένης ταυτότητας», πραγματοποιείται κύρια

μέσω της βοήθειας των κοινωνικών υποστηρικτικών σχέσεων. Επιπρόσθετα, στη μελέτη της McKay (2010), η φαρμακευτική αγωγή γίνεται αντιληπτή ως επιζήμια σωματικά και φαίνεται να μην ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πασχόντων.

Σημαντικό είναι ότι αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, οι Noiseux & Ricard (2008), υπογραμμίζουν ότι η Φαρμακευτική αγωγή, δεν είναι αρκετή από μόνη της προκειμένου να λειτουργήσει ως κινητήριος δύναμη για την «ανοικοδόμηση του εαυτού», κάτι το οποίο βλέπουμε να συμβαίνει και στη μελέτη των Spaniol et al. (2002). Στη μελέτη των Noiseux & Ricard (2008), δίνεται έμφαση στην ανάκληση των προηγούμενων εμπειριών, ενώ στη μελέτη των Spaniol et al.(2002) βλέπουμε την αναφορά και σε άλλους παράγοντες, όπως: α) τον ύπνο, β) το να συζητάς με ένα φίλο κλπ τα οποία βοηθούν επίσης στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, κύρια της διαταραγμένης σκέψης, των ακουστικών ψευδαισθήσεων, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή του άγχους.

Στην παρούσα μελέτη, όπως είδαμε, το πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα αφορά τη νοηματοδότηση της νόσου συνολικά και δίδεται έμφαση στη νοηματοδότηση της φύσης της θεραπείας της νόσου. Αναφορικά με τη θεραπεία της, για την οποία γίνεται συζήτηση σε αυτό το σημείο, το νέο στοιχείο το οποίο φαίνεται να φέρνει στο φως η παρούσα μελέτη σχετίζεται με τις διαφορετικές φάσεις της νόσου στον χρόνο με σημείο αναφοράς τη φαρμακευτική αγωγή, όπου κατά τη περίοδο της φαρμακοθεραπείας βλέπουμε μεν την σπουδαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και τη σημασία της παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, κατά τη φάση της αποκατάστασης βλέπουμε να γίνεται αναφορά και σε άλλους παράγοντες όπως της παρουσίας συντρόφου ή της βοήθειας του Θεού αλλά και την έμφαση στην ατομική προσπάθεια και στην εφαρμογή υγιεινού τρόπου ζωής.

Αναφορικά με την αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής αυτό φάνηκε να συνιστά μια συνεχή διαπραγμάτευση αποδοχής της, λόγω της αμφιθυμίας, εφόσον από τη μία γίνεται αναφορά στη θετική επίδραση της φαρμακοθεραπείας στον εαυτό και στη λειτουργικότητα των πασχόντων και από την άλλη στις αρνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες φαίνεται να οδηγούν στο στιγματισμό και στη κοινωνική απομόνωση όμοια με τη διεθνή βιβλιογραφία (Schön, 2009; 2010).

Τώρα, αναφορικά με τον πρωταρχικό ρόλο που δίδεται στη παρούσα μελέτη στη φαρμακοθεραπεία, αυτό βρίσκεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Piat et al. (2009), οι οποίοι

υποστηρίζουν ότι η μείωση ή και διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής οδηγεί στη πλήρη αποκατάσταση.

Οι αιτίες διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής στη παρούσα μελέτη φαίνεται να οφείλονται στην επιρροή: α) του κοινωνικού περιβάλλοντος, β) στην επιρροή στερεοτύπων και γ) προκαταλήψεων και προσωπικών πεποιθήσεων. Φυσικά, ως επί το πλείστον οφείλονταν στις αρνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακοθεραπείας και κύρια των ψυχοτρόπων φαρμάκων, τα οποία αποτελούσαν εμπόδιο στη κοινωνική και ρομαντική ζωή των συμμετεχόντων, όμοια με προηγούμενες μελέτες (Mansell et al. 2010; McCann & Clark 2004; Nyström & Nyström 2007).

6.2 Νέα θέματα που προέκυψαν

6.2.1 Η ανάγκη να ακουστούν

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο το οποίο φέρνει στο φως η παρούσα μελέτη, το οποίο ήταν πέραν από τους αρχικούς στόχους της μελέτης, είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ερευνητικής διαδικασίας στους συμμετέχοντες. Ωστόσο το θέμα αυτό προέκυψε και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εξέφρασε την ανάγκη τους να επικοινωνούν τις εμπειρίες τους, τις ανησυχίες τους και τα συναισθήματα τους, δίνοντας έμφαση στη θεραπευτική φύση της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, κάτι το οποίο δείχνει τη σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της διεξαγωγής τέτοιου είδους μελετών. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί την ερευνητική συνέντευξη ως «λυτρωτική», εφόσον χρησιμοποιούν φράσεις όπως: «και έβγαλα μερικά αποθέματα από πάνω μου, που ήταν περιττά». Αν θέλαμε να ορίσουμε τη λέξη απόθεμα, τότε αυτό σημαίνει κάτι που είχε συγκεντρωθεί σταδιακά και φυλάσσεται κάπου. Επίσης, χρησιμοποιούν φράσεις όπως: «Τώρα που σας τα είπα, νοιώθω περισσότερο αναρρωμένος. Τα έχω αποβάλει». Το ρήμα αποβάλλω σημαίνει ρίχνω κάπου άχρηστα υλικά και ουσίες. Την ίδια στιγμή, αυτή η ανάγκη τους να επικοινωνήσουν βρίσκει απήχηση από τον ερευνητή ο οποίος αντίθετα με τους θεραπευτές, κάνει άμεσα την ιστορία του συμμετέχοντα αποδεκτή, εφόσον η φύση της φαινομενολογικής συνέντευξης και ο ρόλος του ερευνητή στις φαινομενολογικές συνεντεύξεις αυτό απαιτούν. Συγκεκριμένα, η βασική αρχή της φαινομενολογικής συνέντευξης είναι το «να ακούς» και όχι να σκέφτεσαι τι θα ρωτήσεις μετά, «να ακούς» και να έχεις ξεκαθαρίσει και διαχωρίσει το ρόλο σου, ότι δε δρας ψυχοθεραπευτικά ή δεν παρεμβαίνεις νοσηλευτικά (Munhall 1994).

Φυσικά, ως ερευνητής θα πρέπει να είσαι πάντα συντονισμένος και προσαρμοσμένος στη ψυχολογική κατάσταση του συμμετέχοντα (Munhall 1994). Επιπλέον, στόχος αυτής της διαλογικής συζήτησης, η οποία και αποτελεί τη φαινομενολογική συνέντευξη δεν συνεπάγεται την ανταλλαγή εμπειριών, αλλά προτείνει ένα διάλογο, μέσα από τον οποίο ο ερευνητής, θα αναζητήσει περαιτέρω έννοιες, ειδικά μέσα από τις εμπειρίες άλλων προσώπων (Munhall 1994).

Τα θεραπευτικά οφέλη της ερευνητικής συνέντευξης βρίσκονται σε συνάρτηση με προηγούμενες μελέτες (Parathanassoglou & Patiraki 2003). Επιπλέον, αυτή σύμφωνα με άλλες μελέτες (Noiseux & Ricard 2008), θεωρείται σημαντική για την ανάπτυξη του αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας στον εαυτό και για τον σχεδιασμό του μέλλοντος, κάτι το οποίο φαίνεται να οδηγεί τους πάσχοντες στην αυτογνωσία, ειδικότερα σε σχέση με το πώς η νόσος και η θεραπεία τους κάνει να συμπεριφέρονται (van der Kolk et al. 1996).

Εξάλλου, αυτό αποτελεί και τη βασική αρχή των ψυχολογικών παρεμβάσεων όπου οι πάσχοντες ενθαρρύνονται να αναβιώσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες με σκοπό να έρθουν σε επαφή με τις εσωτερικές τους συγκρούσεις και συναισθήματα. Με αυτό τον τρόπο επιφέρουν την θεραπευτική αλλαγή στη ζωή τους (van der Kolk et al. 1996).

Για να επιτευχθεί αυτό είναι θεωρητικά και πρακτικά τεκμηριωμένο ότι θα πρέπει να εγκαθιδρυθεί η θεραπευτική σχέση η οποία και διέπεται σε μεγάλο βαθμό από τις πραγματικές ιδιότητες του θεραπευτή (π.χ. ευφυΐα, ευφράδεια) αλλά και από τις ιδιότητες που βρίσκονται στη φαντασία του θεραπευτή ή του θεραπευόμενου (μεταβίβαση ή αντιμεταβίβαση) (Νέστορος & Βαλλιανάτου 1996). Τα συναισθήματα που δημιουργούνται στον θεραπευτή και έχουν κάνουν με προηγούμενες εμπειρίες του θεραπευόμενου ή σημαντικά γεγονότα της ζωής του ορίζονται ως μεταβίβαση (Παπαδόπουλος 2005). Για παράδειγμα, ο θεραπευόμενος βελτιώνεται λόγω και μέσω της σχέσης που δημιουργεί με το θεραπευτή.

Στη νοσηλευτική δε, οι διαπροσωπικές θεραπευτικές σχέσεις σύμφωνα με την Peplau (1952) αποτελούν καίριο σημείο της νοσηλευτικής φροντίδας, και ειδικότερα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, με την έννοια ότι ο νοσηλευτής προάγει μια ασφαλή σχέση, με σκοπό ο πάσχων να μπορεί να αποφορτιστεί και να μοιραστεί τα συναισθήματα του (Peplau 1991).

Αντίστοιχα, ένας από τους θεραπευτικούς κανόνες της θεωρίας του Rogers (1959) είναι η ενσυναισθησιακή κατανόηση. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, με σκοπό την κατανόηση των χαρακτηριστικών που διέπουν μια «βοηθητική στην ανάρρωση» σχέση, στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και του τρόπου με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να έχουν μια πιο αποτελεσματική συνεργασία με τους πάσχοντες, διαφάνηκε ότι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά που ανέφεραν οι πάσχοντες ήταν η ενσυναίσθηση (Borg & Kristiansen 2004; Hart et al. 2005).

Επιπλέον, η αποτελεσματική επικοινωνία βασίζεται: α) στην ενεργητική ακρόαση, β) την προσωπική ακεραιότητα, γ) την επιλογή, δ) την διαπραγμάτευση και ε) την ενημέρωση διαφάνηκαν να είναι χαρακτηριστικά στοιχεία μεταξύ της αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών-πασχόντων (McCloughen et al. 2011), η οποία βοηθά εξάλλου στην εξωτερίκευση των βαθύτερων συναισθημάτων των πασχόντων.

6.2.2 Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: Ένα μέσο για την ευεξία και την ασφάλεια.

Ένα άλλο θέμα το οποίο προέκυψε από τη παρούσα μελέτη, αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κάτι το οποίο και πάλι ήταν πέραν από την πρόθεση των ερευνητών. Συγκεκριμένα βλέπουμε να γίνεται ευκρινής διαχωρισμός μεταξύ των Κοινοτικών Κέντρων και των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, κάτι το οποίο έχει μελετηθεί διεξοδικά στο εξωτερικό μέσα από μελέτες ποικίλης μεθοδολογίας, όπου οι κοινοτικές υπηρεσίες παρουσιάζονται ως περισσότερο αποτελεσματικές και με δυνατότητα εξατομικευμένης φροντίδας (Bromley et al. 2013; Lloyd et al. 2009; Sun Kyung & Eun Hee 2014).

Αντίθετα, υπάρχουν και μελέτες, όπως η μελέτη του Bradshaw et al. 2007, όπου τα Κέντρα Ημέρας φαίνεται να γίνονται αντιληπτά ως συνυφασμένα με το «νοσηρό εαυτό και την ασθένεια». Για το σκοπό αυτό οι συμμετέχοντες στην προαναφερθείσα μελέτη, επιλέγουν τις χαρτοπαικτικές λέσχες, τις ομάδες ελεύθερων ατόμων, την ορχήστρα, ή λέσχες βιβλίων ή ακόμα και εκκλησιαστικές ομάδες, προκειμένου να εμπλακούν σε δημιουργικές δραστηριότητες που θα τους βοηθήσουν στην ανάρρωση.

6.2.3 Η τραυματική εμπειρία της νοσηλείας στο νοσοκομείο Αθαλάσσης.

Επιπρόσθετα, ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο, εμφανίζεται επιζήμιος για τους πάσχοντες όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες. Σε αρμονία με την παρούσα μελέτη, βρίσκονται αρκετές άλλες μελέτες όπου εμφανής είναι η έλλειψη εστίασης στις ανάγκες των πασχόντων, η ανεπάρκεια

των προσφερόμενων υπηρεσιών αλλά και το βιώματα καταπίεσης και του καταναγκασμού (McKay 2010; Schön 2009; Schön 2013).

Φυσικά, εντοπίστηκαν και μελέτες (Mazor & Doron 2011), οι οποίες αναδεικνύουν την αναγκαιότητα και σημαντικότητα της συνεισφοράς του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, στη φάση της υποτροπής και των ενεργών συμπτωμάτων. Οι συμμετέχοντες στην προαναφερθείσα μελέτη αντιλαμβάνονται το νοσοκομείο ως την μητέρα και το πάσχοντα ως το παιδί. Επίσης, την επιστροφή στην κοινότητα ως ένα μικρό τραύμα λόγω της εξάρτησης στην νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ το ψυχιατρικό νοσοκομείο ως προστατευτικό θερμοκήπιο. Αυτή η προσκόλληση στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, χρησιμοποιείται στην προαναφερθείσα μελέτη μεταφορικά ως μέσο απαραίτητο για την ανάπτυξη του ατόμου.

6.3 Νοηματοδότηση νόσου

Αναφορικά με τη νοηματοδότηση της νόσου, το οποίο αποτελεί και το πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα, τα θέματα τα οποία προέκυψαν αφορούσαν: α) τη νοηματοδότηση της φύσης των συμπτωμάτων και β) τη θεραπεία της. Το κοινό στοιχείο σε όλες τις μελέτες (Güner 2014; Ko et al.2013; Kooij 2009; Nyström & Nyström 2007; Schön 2009) και στη παρούσα, είναι ο πόνος που βιώνουν οι πάσχοντες λόγω της νόσου τους, ο οποίος δε μπορεί να συγκριθεί με κανένα άλλο φυσικό πόνο. Αυτό δύναται να οφείλεται στο υψηλό επίπεδο στιγματισμού το οποίο συνδέεται με τη ψυχική νόσο παρά με οποιαδήποτε άλλη νόσο η οποία περιλαμβάνει φυσική ανικανότητα (Corrigan et al. 2004; Thornicroft et al. 2010).

Ωστόσο, στην διεθνή βιβλιογραφία διαφαίνονται και άλλοι τρόποι νοηματοδότησης της νόσου ως «διακοπής της ζωής» (Pollack & Apronte 2001), λόγω της αφόρητης έντασης που την συνοδεύει, ως «καταστροφική εμπειρία» (McCann & Clark 2004), λόγω του φόβου της υποτροπής και της συνεπακόλουθης αβεβαιότητας. Σε άλλες μελέτες δε, αναφέρεται η χρονιότητα και η πολυπλοκότητα της νόσου (Güner 2014). Επίσης, στην μελέτη των Sanseeha et al. (2009) διαφαίνεται το νόημα της χρονιότητας της νόσου, η οποία απαιτεί την εφ'ορου ζωής λήψη φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία.

Ένα άλλο νόημα το οποίο διαφαίνεται να αποδίδεται στην νόσο μέσα από την διεθνή βιβλιογραφία είναι αυτό της κατάστασης η οποία βρίσκεται εκτός ελέγχου και κατά συνέπεια δεν μπορεί να προβλεφθεί (Güner 2014; Ko et al.2013; Kooij 2009; McCann & Clark 2004;

Sanseeha et al. 2009). Επιπλέον, λόγω του ότι οι περισσότερες μελέτες φαίνεται να έχουν διεξαχθεί σε διαφορετικά θρησκευτικά περιβάλλοντα, φαίνεται η νοηματοδότηση της νόσου να συνδέεται άμεσα με αυτά, με κυρίαρχες τις υπερφυσικές δυνάμεις (Ko et al. 2013), ή ως «δώρο θεού» (Pollack & Aronte 2001).

Αναφορικά με τη νοηματοδότηση της νόσου, ένα άλλο σημαντικό στοιχείο το οποίο φαίνεται να αναδύθηκε από τη παρούσα μελέτη, αφορά και τη νοηματοδότηση της ψυχικής νόσου ως μιας εξωτερικής προς το άτομο κατάστασης. Σε αντίθεση με τη μελέτη των Gwinner et al. (2013) όπου η νόσος νοηματοδοτείται ως «συμπλήρωμα του εαυτού» και όχι ως εξωτερική οντότητα ή κάτι που θα μπορούσε να αφαιρεθεί, ή να εξαχθεί από την βιωμένη εμπειρία του πάσχοντος.

6.4 Αιτίες νόσου

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο το οποίο αναδείχθηκε από την παρούσα μελέτη είναι η απόδοση της ευθύνης στον ίδιο τον εαυτό, όμοια με την μελέτη του Elliot (2011). Στη παρούσα μελέτη ιδιαίτερο νόημα αποδίδεται μέσα από τον αποσυμβολισμό των λέξεων «επέλεξα», «ένοιωθα» και «νόμιζα ότι έφταιγα», ενώ στη μελέτη του Elliot (2011), η προσωπική υπαιτιότητα διαφαίνεται μέσα από «τη μη ενασχόληση με τα προβλήματα τους», «ως επιλογή μη συμμόρφωσης τους με την φαρμακευτική αγωγή» ή στην «προσωπική προδιάθεση προς τη ψυχική ασθένεια».

Φυσικά, είναι αναγκαίο να επισημάνουμε ότι στη παρούσα μελέτη δεν γίνεται αναφορά σε βιολογικούς παράγοντες αιτιολογίας της νόσου (Ridge & Ziebland 2006; Spaniol et al. 2002), αλλά ούτε και υπάρχει διάσταση μεταξύ των απόψεων των αιτιών που αποδίδει το ίδιο το άτομο και των αιτιών που αποδίδει ο ψυχίατρος (James et al. 2014), ή απόδοση των αιτιών στο θείο (Baker & Procter 2013; James et al. 2014; Ko et al. 2013). Η απόδοση των αιτιών στο θείο, οφείλεται στο γεγονός ότι οι μελέτες αυτές έχουν διεξαχθεί σε διαφορετικά θρησκευτικά περιβάλλοντα. Συγκεκριμένα η μελέτη των Baker & Procter (2013) η οποία και διεξήχθη στην Αυστραλία, χρησιμοποιούν μια αρνητική προσέγγιση του θείου όπως «δεν είχα αρκετή πίστη» και «ο Σατανάς μπήκε μέσα μου», κάτι το οποίο αποδίδεται σε κοινωνικές αναπαραστάσεις, οι οποίες φαίνεται να αποδίδονται και από τρίτους, λόγω δεισιδαιμονιών. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των James et al. (2014), η οποία και διεξήχθη στη Jamaica, οι επιδράσεις των υπερφυσικών δυνάμεων ως η κύρια απόδοση της νόσου φαίνεται να επηρεάζουν και την

θεραπεία, εφόσον καταφεύγουν σε παραδοσιακούς θεραπευτές αντί σε ψυχιάτρους. Γενικότερα, η κουλτούρα αλληλεπιδρά με το θείο στην αιτιολόγηση αλλά και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου όπως αναφέρουν γυναίκες Αφρικανικής καταγωγής (Spaniol et al. 2002) αλλά και σε άτομα Κινέζικης καταγωγής (Ko et al. 2013), όπου η πίστη στον Βουδισμό συνιστά την αιτία και το αποτέλεσμα ως επιδράσεις από το κάρμα. Στο πλαίσιο αυτό η ψυχική νόσος νοηματοδοτείται ως «τιμωρία ή επιστροφή για τις αμαρτίες που συνδέονται με την προηγούμενη ζωή» (Lin et al. 2008). Η κουλτούρα επηρεάζει και τις ιατρικές πεποιθήσεις των πασχόντων και γι'αυτό δεν αποτείνονται σε ιατρούς όπως στις Δυτικές κοινωνίες (Zhao 2009).

Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη, η οποία διεξάγεται σε μια Ελληνορθόδοξη κουλτούρα, το θείο γίνεται αντιληπτό ως υποστηρικτικός παράγοντας, όπου μαζί με τη φαρμακοθεραπεία θα οδηγήσει στην ανάρρωση. Χαρακτηριστικές είναι οι φράσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται στη παρούσα μελέτη «με τη βοήθεια του Θεού», «μια δοκιμασία από το Θεό». Όμοια, άλλες διεθνείς μελέτες υπογραμμίζουν την θετική σχέση με το θείο ως παράγοντα ή στρατηγική αντιμετώπισης της νόσου με σκοπό την αποκατάσταση (Bradshaw et al. 2007; Fallot 2007; Güner 2014; Henderson 2010; Huguelet et al. 2006; Koslander et al. 2012; McCann & Clark 2004; Mizock et al. 2014; Mohr et al. 2007; Smith 2000; Spaniol 2002; Starnino & Canda 2014; Tooth et al. 2003). Η θετική σχέση με το θείο θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα βοηθητική για τα άτομα με σχιζοφρένεια, μείζων καταθλιπτική διαταραχή λόγω της απώλειας ελέγχου αλλά και της έλλειψης ελπίδας που προκαλούν αυτού του είδους οι ψυχικές νόσοι (Teper et al. 2001).

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ ιδεών θρησκευτικού περιεχομένου στη Σχιζοφρένεια, ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σε άτομα με υψηλή πνευματικότητα (Huang et al. 2011), ενώ άλλες μελέτες δεν αναφέρουν καμία συσχέτιση μεταξύ της σχέσης αυτής (Rudaleviciene et al. 2008). Επιπλέον, σε μια ανασκόπηση (Gearing et al. 2011), το 43 % των μελετών που συμπεριλήφθησαν υποστήριζαν μια σχέση μεταξύ των ιδεών θρησκευτικού περιεχομένου και της θρησκείας αλλά και των υπερφυσικών πεποιθήσεων.

Άλλες μελέτες, υποστηρίζουν ότι οι θρησκευτικές δραστηριότητες και πεποιθήσεις εμφανίζονται περισσότερο σε άτομα με σοβαρά συμπτώματα ιδιαίτερα ψυχωτικά συμπτώματα

(Mohr et al. 2006) ενώ υπάρχουν και μελέτες που υποστηρίζουν ότι η αυξημένη θρησκευτική δραστηριότητα σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα των συμπτωμάτων (Terper 2001).

6.5 Η αντίληψη της προσωπικής εικόνας στο πλαίσιο της νόσου

Η αλλαγή στον τρόπο αντίληψης της προσωπικής εικόνας φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την διάρκεια παραμονής και εσωτερικής νοσηλείας ΥΨΥ, το οποίο οδηγεί στον αυτοστιγματισμό (Bradshaw et al. 2007; Hinshaw 2007; Sitvast et al. 2011).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα σχετικά με την αντίληψη της προσωπικής εικόνας ήταν η χρήση του χαρακτηρισμού «κακός», το οποίο πηγάζει μέσα από το σύνηθες στερεότυπο το οποίο συχνά προσδίδεται στους ψυχικά πάσχοντες ως επικίνδυνους (Corrigan & Kleinlein 2005). Σε αντίθεση με μελέτες οι οποίες αναφέρονται σε άλλες χρόνιες παθήσεις και χαρακτηρίζουν την κατάσταση αλλά όχι το άτομο «κάτι κακό», στη περίπτωση του καρκίνου του μαστού (Φελλάς και συν.2008). Επιπρόσθετα, η λήψη δημοσίου βοηθήματος φάνηκε να οδηγεί στην ετικετοποίηση, όμοια με τη μελέτη των Bradshaw et al. 2007 όπου η επιβολή του δημοσίου βοηθήματος κρατούσε τους συμμετέχοντες εξαρτημένους σε ένα σύστημα χειραφέτησης, το οποίο λειτουργούσε εν μέρει αρνητικά προς την κινητοποίηση τους για εξεύρεση εργασίας, εφόσον υπήρχε η δυνητική απειλή να χάσουν το δημόσιο βοήθημα.

Στην Κύπρο όπως και σε άλλες χώρες στη καθημερινότητα χρησιμοποιούνται διάφορες εκφράσεις για να υποδείξουμε στον άλλο ότι η συμπεριφορά του έχει αλλάξει και δεν είναι αποδεκτή κοινωνικά, όπως το «θα έπρεπε να πας στην Αθαλάσσα». Όμοια η ψυχική νόσος θεωρείται όταν αντιπαραβάλλεται με την κανονικότητα, ως υποτιμημένη κοινωνικότητα ή περιορισμένο κοινωνικό κεφάλαιο. Γενικότερα, η ψυχική νόσος στην Κύπρο θεωρείται ως μείωση της κοινωνικότητας και της προσωπικότητας (Constantinou στον Phella 2010). Αυτό παρατηρείται σε κοινωνίες όπου έχουν συλλογική κουλτούρα, δεν αποδέχονται τη διαφορετικότητα και οι άνθρωποι θέτουν ομαδικούς στόχους και κανόνες, με αποτέλεσμα τα άτομα τα οποία ξεχωρίζουν από την νόρμα να γίνονται περισσότερο εμφανή στην κοινότητα λόγω των υψηλότερων δεσμών. Σε τέτοιες κοινότητες, όπου υπάρχει λιγότερη γνώση για τα ψυχικά νοσήματα, φαίνεται να κυριαρχούν ισχυρότερες αρνητικές στάσεις (Galletly & Burton 2011; Papadopoulou et al. 2002; Pettigrew & Tropp 2006; Wolff et al. 1996).

Ως εκ τούτου, η αντίληψη για τον εαυτό είναι άρρηκτα συνδεδεμένη όπως διαφάνηκε και στην παρούσα μελέτη με το στίγμα το οποίο βιώνουν οι πάσχοντες (Corrigan & Wassel 2008;

Link & Phelan 2001). Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι πάσχοντες εσωτερικεύουν τα υποτιμητικά σχόλια των άλλων, έχοντας χάσει την δική τους ταυτότητα λόγω της νόσου.

Πληθώρα θεωριών γύρω από το θέμα αυτό έχουν αναπτυχθεί. Ο Goffman (1961) υποστήριξε ότι ο εαυτός είναι ένα κοινωνικό προϊόν. Η ερμηνεία αυτή αποδίδεται στο ότι το άτομο όταν βρίσκεται σε αλληλεπίδραση, διαμορφώνεται και επικυρώνεται σε συνθήκες δημόσιας ερμηνείας ενός ρόλου (Branaman 1997). Η προσκόλληση του ατόμου σε έναν εαυτό ο οποίος προέρχεται από κοινωνικά υποδεέστερη θέση, μπορεί να αποτελέσει την πηγή υποτίμησης του εαυτού (Goffman 1961).

Οι χαρακτηρισμοί που αποδίδουν οι ψυχικά πάσχοντες στην παρούσα μελέτη για τον εαυτό τους θα μπορούσαν να ερμηνευθούν και μέσω της θεωρίας της ετικετοποίησης (Scheff 1963). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι εφόσον οι ψυχικά πάσχοντες έχουν διαγνωσθεί, ετικετοποιηθεί και στιγματιστεί τόσο συνειδητά όσο και ασυνείδητα «δρουν» μέσα στον ρόλο του ψυχικά πάσχοντα. Το ετικετοποιημένο άτομο ενσωματώνει τον ρόλο του ψυχικά πάσχοντα βασισμένο στις προσδοκίες της κοινωνίας για την αναμενόμενη συμπεριφορά του ως ψυχικά πάσχοντα.

Αντίθετα, η θεωρία της Συμβολικής Διάδρασης κατά Blumer (1986) υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι δεν είναι δέκτες εξωτερικών παραγόντων που καθορίζουν την συμπεριφορά τους, αλλά αυτόβουλοι ενεργητικοί οργανισμοί. Με σκοπό δηλαδή να γίνει κατανοητή μια συμπεριφορά, π.χ. στην περίπτωση αυτή την αντίληψη του εαυτού των πασχόντων δεν αρκεί να προσδιοριστούν οι εξωτερικοί παράγοντες που την επηρεάζουν (π.χ. διάγνωση νόσου, νοσηλεία, κοινωνικό στίγμα) αλλά και το νόημα που τους αποδίδει το άτομο. Το νόημα όμως αυτό αναδύεται από τη διαδικασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων και δεν καθορίζεται από την κοινωνία, αλλά ακολουθεί μια ερμηνευτική διαδικασία. Μέσα από έναν εσωτερικό διάλογο, το άτομο επεξεργάζεται και τροποποιεί τα νοήματα αυτά, τα ελέγχει ή τα απορρίπτει ανάλογα με τις συνθήκες και τους στόχους του. Με άλλα λόγια, οι άνθρωποι δεν υιοθετούν κάποια κοινωνικά νοήματα αυτόματα, αλλά τα αναθεωρούν και τα προσαρμόζουν χρησιμοποιώντας τα ως εργαλεία καθοδήγησης της συμπεριφοράς τους.

Γενικότερα, το εσωτερικευμένο στίγμα αφορά γενικότερα την υποτίμηση, ντροπή, μυστικότητα και απόσυρση η οποία πυροδοτείται από την εσωτερίκευση των κοινωνικών

στερεοτύπων στον εαυτό (Corrigan 1998; Link & Phelan 2001; Michalak et al. 2012; Wang 2011).

Στη παρούσα μελέτη, έμφαση επίσης δίδεται στις διαφορετικές πτυχές του εαυτού τους στις πολλαπλές φάσεις της νόσου, ακολουθούμενες από αντίστοιχες αλλαγές στην αντίληψη της προσωπικής τους ταυτότητας. Στα πρόδρομα στάδια της διάγνωσης της νόσου, οι ψυχικά πάσχοντες αρνούνται ή μειώνουν τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν, συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους λιγότερο τυχερούς ανθρώπους και ως αποτέλεσμα βλέπουν τον εαυτό τους ως καλύτερο απ' ότι στους άλλους (Lally 1989). Η πιο πάνω διαπίστωση υποστηρίζεται στην παρούσα μελέτη, μέσα από ένα αίσθημα παντοδυναμίας το οποίο εκφράζεται με τις χαρακτηριστικές φράσεις «ήμουν κάτι το εξωπραγματικό», «ήμουν ο Θεός, ο διάβολος, ο άγγελος, ήρθα στη γη για κάποιο σκοπό».

Σημαντικά γεγονότα τα οποία συνδέουν την πρόδρομη φάση με την μέση φάση κατά την Lally (1989) περιλαμβάνουν την έναρξη των ψευδαισθήσεων και τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες. Στο μεσαίο στάδιο, οι ψυχικά πάσχοντες αρχίζουν να αποδέχονται ότι έχουν ψυχιατρικά προβλήματα ενώ ελαχιστοποιούν τις δυνητικά καταστροφικές συνέπειες τους εστιάζοντας στην κανονικότητα και την κοινότυπη μορφή της ψυχικής νόσου. Σύγκλιση των αποτελεσμάτων παρατηρούνται και στην παρούσα μελέτη στην οποία διαφαίνεται στο εξής απόσπασμα «όλος ο κόσμος έχει ψυχολογικά προβλήματα». Μεταβατικά γεγονότα σύμφωνα με την Lally (1989) που φαίνεται να οδηγούν στο τελικό στάδιο περιλαμβάνουν την διάγνωση και την παραίτηση τους στην μονιμότητα της νόσου. Στο τελικό στάδιο, («αληθινή ενσωμάτωση»), ένας ολοκληρωμένος ορισμός του εαυτού, ως του «ψυχικά πάσχοντα» εγκαθιδρύεται. Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από την απώλεια της ελπίδας, την έλλειψη αποδοχής της ζωής σε συνάρτηση με την νόσο, αλλά μια βαθιά θλίψη για την απώλεια της προηγούμενης και μελλοντικής ζωής χαρακτηρίζουν αυτό το στάδιο.

Ωστόσο, όπως περιγράφηκε και πιο πάνω, στην παρούσα μελέτη, κατά την περίοδο της θεραπείας και κύρια της φαρμακοθεραπείας σημειώνεται μια αλλαγή στην αντίληψη της προσωπικής εικόνας η οποία επιτυγχάνεται μέσα από την συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα τα οποία βοηθούν στην «εύρεση του εαυτού». Η Lally (1989) περιγράφει και άλλες τεχνικές τις οποίες το άτομο θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να αποτρέψει τις τοξικές συνέπειες της ενσωμάτωσης σε ένα νοσηρό εαυτό: α) την επιλογή μιας λιγότερο

στιγματισμένης ετικέτας, β) την μείωση του στίγματος από την ετικέτα, γ) το να δίνουν λιγότερη έμφαση στις ανεπαρκής πτυχές του εαυτού επαναπροσδιορίζοντας την συμπεριφορά τους ή/και την ετικέτα και δ) δίνοντας έμφαση στις επαρκής πτυχές του εαυτού και ε) διαχωρίζοντας αυτές τις δύο πτυχές του εαυτού.

Σημαντικό είναι επίσης, ότι στη παρούσα μελέτη ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα σε σχέση με την αντίληψη της προσωπικής εικόνας ήταν, ότι η μετάβαση σε ένα πρόγραμμα θεραπείας και κύρια φαρμακοθεραπείας, συνιστούσε τη μετάβαση σε μια άλλη ομάδα ανθρώπων, την ομάδα των αρρώστων ανθρώπων. Επίσης, φάνηκε ότι η έναρξη της φαρμακοθεραπείας συνιστούσε το ορόσημο για την ανάπτυξη της ταυτότητας του «ψυχασθενή». Αντίθετα, στις μελέτες των Mansell et al. (2010), η φαρμακοθεραπεία γινόταν αντιληπτή ως να «θολώνει τα νερά», μεταξύ της αντίληψης του εαυτού και της πραγματικότητας και του εαυτού κάτω από την επήρεια της φαρμακευτικής αγωγής, σε βαθμό που οι συμμετέχοντες δεν ήταν σίγουροι, στο αν θα έπρεπε να αποδώσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές τους σε προσωπικά τους χαρακτηριστικά ή στα αντιψυχωτικά φάρμακα (Mansell et al.2010). Επιπλέον, στη μελέτη των Spaniol et al. (2002), υπήρξαν συμμετέχοντες, οι οποίοι θεωρούσαν ότι η φαρμακευτική αγωγή, τους κρατούσε δέσμιους στο σύστημα ψυχικής υγείας.

6.6 Απώλειες

Γενικότερα, η κυρίαρχη απώλεια η οποία φάνηκε να προκύπτει από την νόσο, δεν είναι άλλη από εκείνη της ατομικής ταυτότητας προ της εκδήλωσης της νόσου, κάτι το οποίο διαφαίνεται κατά κόρον στη βιβλιογραφία (Gammel 2003; Hinatsu 2002 στην Dundon, 2006, James et al. 2014;Nyström & Nyström, 2007). Αισθητή επίσης στην παρούσα μελέτη ήταν και η υποτίμηση από το οικογενειακό περιβάλλον (Makdisi et al. 2013), αλλά και τους επαγγελματίες υγείας όπως υπογραμμίζεται και σε άλλες διεθνείς μελέτες (Bromley et al. 2013;Corrigan et al. 2014; Johansson & Lundman 2002;Makdisi et al. 2013; Schulze & Angermeyer 2003).

Επιπλέον, ως κύριος λόγος συναναστροφής άλλων ατόμων με ψυχικό νόσημα στην παρούσα μελέτη ήταν το στίγμα. Αντίθετα, στη μελέτη του Smith (2000) κρίνεται αναγκαία η συναναστροφή ατόμων με ψυχικό νόσημα καθότι τα άτομα τα οποία βιώνουν την ίδια ψυχική

νόσο φαίνεται να κατανοούν περισσότερο το ένα το άλλο και συνάμα να αντλούν δύναμη με το να βοηθούν ο ένας τον άλλον.

Στην παρούσα μελέτη, η αποφυγή της αλληλεπίδρασης με στόχο την αποφυγή του στιγματισμού λάμβανε χώρο κυρίως κατά την διαμονή τους στο ψυχιατρικό ίδρυμα. Αντίθετα, στην μελέτη της Henderson (2010), η στρατηγική της απομόνωσης, όντας άρρηκτα συνδεδεμένη με το στίγμα περιελάμβανε δύο στοιχεία: α) την μείωση ή ελαχιστοποίηση των κοινωνικών συναναστροφών και β) την απόκρυψη της διαταραχής. Το αν θα επιλέξει το άτομο την απόκρυψη ή όχι εξαρτάται από την αυτοεκτίμηση του και την ερμηνεία που δίδει στο πως τον βλέπουν οι άλλοι. Η απόκρυψη περιελάμβανε: α) την απόκρυψη της διάγνωσης και β) το ότι ακόμη βιώνουν συμπτώματα της νόσου. Η απόκρυψη έπαιρνε την μορφή της α) μη αποκάλυψης και β) της απόκρυψης. Παρά ταύτα, στην μελέτη της Henderson αυτό φάνηκε να μην είναι αμοιβαία αποκλειόμενο και οι συμμετέχοντες τα χρησιμοποιούσαν σε συνδυασμό. Η μη αποκάλυψη συνιστούσε το ότι δεν έλεγαν στην δουλειά τους ότι θα πάνε να δουν τον ψυχίατρο, αλλά ότι είχαν ραντεβού με ένα γιατρό ενώ στην περίπτωση της απόκρυψης οι συμμετέχοντες δεν έλεγαν ότι λαμβάνουν δημόσιο βοήθημα σε άτομα τα οποία είχαν συνάψει συντροφική σχέση, γιατί αυτό ήταν άρρηκτα συνδεδεμένο με την ψυχική διαταραχή, επέλεγαν να πουν ότι ήταν άνεργοι.

Το βίωμα του ψυχικά πάσχοντα βρέθηκε από αρκετές μελέτες να συνδέεται με αρνητικούς χαρακτηρισμούς όπως «τρελός». Αυτοί οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί, μαζί με το στίγμα οδηγούν στην απόρριψη, στιγματισμό, αποθάρρυνση, απαξίωση, υποτίμηση και το αίσθημα ότι οι άλλοι τους βλέπουν διαφορετικά (Ward 2011). Το στίγμα και οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί προκαλούσαν βαθύ συναισθηματικό πόνο, ο οποίος επηρέαζε την ευημερία και αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων.

Αυτή η ευπάθεια όχι μόνο καθιστά δύσκολη την οικοδόμηση της αυτοεκτίμησης, αντίθετα οδηγεί σε συναισθήματα ντροπής και την επιθυμία του ατόμου να κρύψει αυτή την ντροπή. Με αποτέλεσμα να αποφεύγει τους άλλους όπως έχει περιγραφεί στην παρούσα μελέτη αλλά και σε συνάρτηση με την μελέτη των Nyström & Nyström, (2007).

Τώρα, αναφορικά με τις ευκαιρίες εργοδότησης των πασχόντων στην παρούσα μελέτη, αυτές παρουσιάζονται μηδαμινές σε συνάρτηση με προηγούμενες μελέτες (Bassett et al. 2001; Inder et al. 2008; Nilsson et al. 2008; Stang et al. 2007), κάτι το οποίο συνδέεται άμεσα και με

επιζήμιες επιπτώσεις στα οικονομικά των πασχόντων (Kessler et al. 2008; Marcotte & Wilcox-Gok 2001).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι τα άτομα με ψυχικό νόσημα βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό την απώλεια της εργασίας τους, σε αντίθεση με άτομα που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές παθήσεις λόγω αυξημένου στιγματισμού, όμοια με ποσοτικές μελέτες (Solomon et al. 2007).

Επίσης, ποικίλες απώλειες φαίνεται να συνδέονται με τη φύση της νόσου και των συνεπακόλουθων συμπτωμάτων της: α) απώλεια των φιλικών δεσμών, όμοια με διεθνείς μελέτες (Chernomas et al. 2008; Hirschfield et al. 2005; Lewis 2004; Nilson et al. 2008; Noiseux & Ricard 2008), β) η διακοπή της σεξουαλικής επαφής αλλά και η αλλαγή της σχέσης σε συντροφική. Σε αυτό το σημείο, τα αποτελέσματα εμφανίζονται αντιφατικά σε σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία, εφόσον υπάρχουν μελέτες (Volman et al. 2007), που υποστηρίζουν ότι παρόλο που η νόσος έχει προσβάλει αρκετές πτυχές της σεξουαλικής ζωής των πασχόντων, αρκετοί συμμετέχοντες ήταν σε θέση να αναπτύξουν και να διατηρήσουν ουσιαστικές σχέσεις οικειότητας, καθώς και να κατασκευάσουν τους δικούς τους ορισμούς και νοήματα για τις σεξουαλικές σχέσεις (Volman et al. 2007).

Συνολικά, η απώλεια των σχέσεων από τους συντρόφους ή και συζύγους λόγω της νόσου περιγράφεται ευρέως στη βιβλιογραφία μέσα από διάφορες μελέτες (Dipple et al. 2002; Inder et al. 2008; Lim et al. 2004; Nilsson et al. 2008). Το ίδιο και η απώλεια του σεξουαλικού εαυτού, κυρίως σε άτομα τα οποία είχαν περάσει μεγάλο μέρος της ζωής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα (Davies 2001).

Βασιζόμενοι σε αυτό το εύρημα, θα πρέπει να αυξήσουμε την επίγνωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων και των συντρόφων τους για προσωπική ζωή. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε σεξουαλικά θέματα, μέσα από τη συμβουλευτική ζευγαριού.

Από την άλλη, εμφανής είναι η ανάγκη των συμμετεχόντων στη παρούσα μελέτη για κοινωνική αναγνώριση μέσω της απόκτησης ενός ρόλου. Παρά ταύτα, σύμφωνα με την θεωρία των ρόλων του Parsons (1951), η οποία υποστηρίζει ότι μια από τις υποχρεώσεις του ρόλου του ασθενή είναι η δικαιολογημένη αποχή από την εργασία. Στην παρούσα μελέτη,

βλέπουμε πως οι συμμετέχοντες δεν εφαρμόζουν το δικαίωμα τους να μην εργαστούν εφόσον παλεύουν για εργασία, μειώνοντας τη Φ.Α., λόγω αρνητικών ανεπιθύμητων ενεργειών.

6.7 Αντίληψη των σχέσεων με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα ήταν η βιωμένη εμπειρία των πασχόντων σε σχέση με τους ΝΨΥ, η οποία φάνηκε να χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις λόγω της φύσης της νόσου και των συμπτωμάτων. Αντίθετα στη μελέτη των Sun Kyung & Eun Hee (2014), αυτές οι διακυμάνσεις φαίνεται να οφείλονται στις διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις μεταξύ των πασχόντων και των θεραπειών.

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη διαφαίνεται ότι οι νοσηλευτές γίνονται αντιληπτοί ως βοηθητικοί/υποστηρικτικοί προς τους πάσχοντες, οι πάσχοντες νοιώθουν οικειότητα μαζί τους και γενικότερα βιώνουν πληθώρα θετικών συναισθημάτων έναντι των νοσηλευτών, οι οποίοι φαίνεται να είναι και τα κύρια πρόσωπα με τα οποία έρχονται σε επαφή σχεδόν καθημερινά, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Φράσεις όπως: «Καλή χημεία», «τα έχω βρει με αυτά τα παιδιά», χρησιμοποιήθηκαν για να περιγράψουν την βοήθεια που τους παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας, μέσα από μια σχέση συνεργασίας κατά την οποία υπάρχει η δυνατότητα διαπραγμάτευσης αλλά και μια αρμονική συνύπαρξη και συνταίριασμα, όμοια με τη μελέτη των Borg & Krinstiansen (2004).

Αναφορικά με τη θεραπευτική αξία αυτής της αλληλεπίδρασης, μπορεί να αποτελέσει ένα ασφαλές μέρος το οποίο θα βοηθήσει τον πάσχοντα να νοηματοδοτήσει το τι του συμβαίνει και να αποκτήσει βαθύτερη αυτογνωσία, η οποία θα τον βοηθήσει στην αλλαγή (Seikkula et al.2006). Όταν εδραιωθεί αυτή η ουσιαστική σχέση, η εμπειρία του ψυχικά πάσχοντα θα είναι θεραπευτική και περισσότερο δυνατόν να έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα (Barkham 2002; Hewitt & Coffey 2005).

Αρκετές μελέτες ποιοτικού χαρακτήρα οι οποίες έχουν διερευνήσει αυτή την σχέση συνιστούν την σπουδαιότητα της βιωμένης εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων από αυτή την σχέση, η οποία θεωρείται και ως καταλυτικής σημασίας προς την ανάρρωση (Anthony 2008; Bradshaw et al.2007; Borg & Krinstiansen 2004; Davidson et al. 2005; Ko et al. 2013; Liberman et al. 2002; Pitt et al. 2007; Schön 2010; Shattell et al. 2007; Skärsäter et al.,2003; Smith 2000; Spaniol et al.2002).

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1. Σύνοψη ευρημάτων

Φτάνοντας στα συμπεράσματα, θα πρέπει να επισημάνουμε την σπουδαιότητα της αλλαγής του τρόπου με τον οποίο λειτουργούσε και υφίστατο η προσωπικότητα του ατόμου κατά την ενεργώ φάση των συμπτωμάτων της ΣΕΨΝ και πριν από την έναρξη της θεραπείας, αλλαγή απαραίτητη προκειμένου ο πάσχων να επανενσωματωθεί στην κοινωνική ζωή και να αποκτήσει μια αντίληψη κανονικότητας. Το δεδομένο αυτό μπορεί να αποτελέσει εφιαλτήριο για τη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων ενδυνάμωσης των ψυχικά πασχόντων. Παράλληλα, στη μελέτη αυτή αναδύθηκε το βίωμα των διαφορετικών πτυχών του εαυτού στις πολλαπλές φάσεις της νόσου, οι οποίες ακολουθούνταν από αντίστοιχες αλλαγές στην αντίληψη της προσωπικής ταυτότητας, κάτι το οποίο τονίζει τη σπουδαιότητα παρεμβάσεων ενδυνάμωσης της προσωπικής ταυτότητας, όπως φαίνεται να εκφράζεται αυτή στις διαφορετικές φάσεις της νόσου και της θεραπείας της.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει επίσης τη διεθνής βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει ότι οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην δημιουργία και διατήρηση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, γι' αυτό φαίνεται να ευθύνεται όχι μόνο η παθοφυσιολογία της σοβαρής ψυχικής ασθένειας αλλά και το στίγμα, τα οποία οδηγούν στην απώλεια της αυτοεκτίμησης και την απομόνωση. Επομένως η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα παρεμβάσεων περιορισμού του κοινωνικού στίγματος, σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, αλλά και ΕΥ.

Σε σχέση τώρα με τους ΕΥ, η παρούσα μελέτη παρέχει δεδομένα που ενδέχεται να συμβάλλουν στην ενίσχυση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τις εξατομικευμένες ανάγκες των ψυχικά πασχόντων, κάτι το οποίο συνιστά και την ανάπτυξη

Αυτό μπορεί ενδεχομένως να συμβάλλει στην ενίσχυση της δέσμευσης των πασχόντων στη φαρμακευτική αγωγή.

Από την άλλη πλευρά, μπορεί κανείς να πει ότι μέσα από αυτά τα δεδομένα, έχουμε αποκτήσει μια εικόνα για τους λόγους για τους οποίους οι ψυχικά πάσχοντες διακόπτουν την ΦΑ, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην διαμόρφωση Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Παρεμβάσεων, με στόχο την ενίσχυση της ορθής εφαρμογής της.

Επιπλέον, έχουμε ρίξει φως στις διάφορες φάσεις της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ των νοσηλευτών-πασχόντων, η οποία είναι επίσης ένα σημαντικό θέμα που αφορά στη συμμετοχή των θεραπευομένων στη σχέση, και ως εκ τούτου στη δέσμευσή τους στη θεραπευτική διαδικασία.

Τέλος, το βίωμα της υποτίμησης και η έλλειψη υποστήριξης από την ίδια την οικογένεια, όπως διαφάνηκε από τη παρούσα μελέτη, δύναται να οδηγήσει σε αυξανόμενα επεισόδια υποτροπής και μη συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή. Επομένως, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα παρεμβάσεων με επίκεντρο τα μέλη της οικογένειας των ψυχικά πασχόντων, σε επίπεδο στιγματισμού αλλά και αποτελεσματικής επικοινωνίας.

7.2 Εισηγήσεις για μελλοντικές έρευνες

Βάσει των δεδομένων της παρούσας μελέτης, προτείνεται η διεξαγωγή μελετών:

1. Διερεύνησης της εικόνας του εαυτού στις διαφορετικές φάσεις της νόσου, εφόσον στη παρούσα μελέτη έχουμε εντοπίσει αυτή τη διαφορετική αντίληψη του εαυτού, αυτό θα μπορούσε να μελετηθεί διεξοδικά περαιτέρω.
2. Διερεύνησης της βιωμένης εμπειρίας μεταξύ των δύο φύλων, εφόσον στη Κύπρο, δεν έχει μελετηθεί κάτι τέτοιο και οι μόνες έρευνες που εντοπίζουμε είναι στη Σουηδία από τη Schön (2009a,b).
3. Διερεύνησης της μη ύπαρξης της αιτιολόγησης της ψυχικής νόσου σε βιολογικούς παράγοντες στη Κύπρο.

4. Σχεδιασμός τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών με τη χρήση της ψυχοεκπαίδευσης της οικογένειας με σκοπό τη μείωση των επεισοδίων υποτροπών και της ορθής εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας.
5. Διερεύνησης μέσω ποιοτικών μελετών των γνώσεων/στάσεων/αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού έναντι των ψυχικά πασχόντων.
6. Διερεύνησης της βιωμένης εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων αδικοπραγούντων με σκοπό να δούμε εάν βιώνουν διπλό στιγματισμό ως ψυχικά πάσχοντες και ως αδικοπραγούντες.

7.3 Περιορισμοί

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από μία μόνο γεωγραφική περιοχή της Κύπρου και από μία μόνο δομή, κάτι που θα μπορούσε να εκληφθεί ως περιορισμός της παρούσας μελέτης. Ωστόσο, παρόλο που κατά τη φάση της διεξαγωγής της μελέτης, οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν την συγκεκριμένη κοινοτική υπηρεσία, ωστόσο λόγω της χρονιότητας της νόσου, αλλά και των διαφορετικών φάσεων της, είχαν χρησιμοποιήσει τόσο νοσοκομειακές όσο και κοινοτικές υπηρεσίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γιαγκουλλής, Κ 2009, Θησαυρός κυπριακής διαλέκτου. Ερμηνευτικό, Ετυμολογικό Φρασεολογικό και Ονοματολογικό Λεξικό της Μεσαιωνικής και Νεότερης Κυπριακής, 3^η έκδοση, Βιβλιοθήκη Κυπρίων Λαϊκών Ποιητών Αρ. 74, Λευκωσία.

Γκοτζαμάνης, Κ 2004, DSM-IV Διαγνωστικά Κριτήρια: Α.Ρ.Α., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα.

Δήμας, Π 2000, 'Η φιλοσοφία του Πλάτωνα', στο: Σ. Βιρβιδάκης, κ.ά. (εκδ.), *Ελληνική Φιλοσοφία και Επιστήμη: από την αρχαιότητα έως τον 20ο αιώνα*, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα.

Ζεράρ ντε Νερβάλ, 1855, *Αυρήλια*, (Μετάφραση από τα Γαλλικά στα Ελληνικά) από Β. Κάσσο 2000, Αθήνα, Αιγόκερως.

Ζήση, Α 2001, 'Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ατόμων με Χρόνιες Ψυχιατρικές Δυσκολίες: Ερευνητικές Εξελίξεις και Νέες Προοπτικές', *Εγκέφαλος*, τομ. 38, σελ. 53-71.

Καϊτέ, Χ & Καρανικόλα, Μ 2015, 'Συστηματική ανασκόπηση ποιοτικών μελετών της βιωμένης εμπειρίας της ψυχικής νόσου', 'υπό έκδοση', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τομ. 32, σελ. 1-10.

Καρανικόλα, Μ & Παπαθανάσογλου Ε 2007, 'Εφαρμογή της φιλοσοφίας του Merleau-Ponty στη νοσηλευτική ποιοτική έρευνα', *Νοσηλεία και Έρευνα*, τομ. 19, σελ. 41-47.

Καρανικόλα, Μ & Παπαθανάσογλου Ε 2015, 'Το στίγμα της ψυχικής νόσου και ο νοούμενος κόσμος του Καντ', *Νοσηλεία και Έρευνα*, υπό δημοσίευση.

Κορτώ, Α 2013, Το βιβλίο της Κατερίνας, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

Μαδιάνος, Μ 2004, Κλινική Ψυχιατρική. Καστανιώτης: Αθήνα.

Μάρβιν, Π 2012, Στίχοι αντιμέτωποι με τη νόσο, viewed 10 April 2015, <<http://www.bookpress.gr/diabasame/poisi/stoixoi-entimetopoi-me-ti-noso>>.

Μερκούρης, Α 2008, Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Εκδόσεις «'ΕΛΛΗΝ»-Γ ΠΑΡΙΚΟΣ ΚΑΙ ΣΙΑ Ε.Ε., Αθήνα.

Μιχαηλίδης, Γ 2005, Αγγλοελληνικό, ελληνοαγγλικό λεξικό των ιατρικών όρων, 5^η εκδ, Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα.

Νέστορος, Ι & Βαλλιανάτου, Ν 1996, Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία ψυχοπαθολογίας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ο Περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμος 1997, Ν77 (Ι)/1997, άρθρο 9, 10, Κύπρος: Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας, viewed 30 April 2015, <http://www.cylaw.org/nomoi/arith/1997_1_077.pdf>

Παλαιά Διαθήκη, n.d. ' Η ιστορία του Ιωσήφ και των αδερφών του' στο Γένεσις, viewed 29 Απριλίου 2015, http://users.sch.gr/aiasgr/Palaia_Diathikh/Genesis/Genesis.htm

Παπαγεωργίου, ΕΓ 2004, Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα. .

Παπαδόπουλος, Ν 2005, Λεξικό της Ψυχολογίας: Εγκυκλοπαιδικό με τετράγλωσση ορολογία. Νέα έκδοση Αναθεωρημένη. Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα.

Παπασταύρου, Ε, Ευσταθίου, Γ, Νικηταρά, Μ, Τσαγκάρη, Χ, Μερκούρης, Α, Κάρλου, Χ, Palese, Α, Tomietto, Μ, Baloch, Ζ, Suchonen, Ρ, Leino-Kipli, Η, Jarosova, D & Πατηράκη, Ε 2010, 'Η έννοια της φροντίδας: αποτελέσματα από μια πιλοτική εργασία', Νοσηλευτική, τομ. 49, αρ. 4, σελ. 406-417.

Πελεγρίνης, ΘΝ 2011, Οι πέντε εποχές της φιλοσοφίας, Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Σαραντάκος, Ν 1997, Το Αλφαβητάρι των ιδιοματικών εκφράσεων, Δίαυλος, Αθήνα.

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Κύπρου 2010, Ετήσια Έκθεση, viewed 2 Μαΐου 2015, [http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/mhs.nsf/All/5E39356FE0B58FBBC2257AFD003684D9?](http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/mhs.nsf/All/5E39356FE0B58FBBC2257AFD003684D9?OpenDocument)

Φελλάς, Κ & Καϊτέ, Χ, 2008, Έρευνα για τις Εμπειρίες και Απόψεις των Ασθενών του Ογκολογικού Κέντρου της Τράπεζας Κύπρου, viewed 14 Απριλίου 2015, <http://www.rubsi.org/el/dhmosieysei/ereyna-empeiries-apopseis-asthenon>

Φραδέλος, Ε & Στάϊκος, Χ 2013, 'Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας', *Επιστημονικά Χρονικά*, τομ. 18, αρ. 4, σελ. 213-219.

Διεθνής βιβλιογραφία

- Adams, TD 2005, 'Borderline Personality: Autobiography and Documentary in Susanna Kaysen's *Girl Interrupted*, *Life Writing*, vol.2, no.2, pp. 119-137.
- Ahonen, M 2014, *Mental Disorders in Ancient Philosophy*, Springer International Publishing, Switzerland.
- Ailey ,SH, Marks, BA, Crisp, C & Hahn, JE 2003, 'Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities', *The Nursing clinics of North America*, vol.38, no.2, pp.229-252.
- Allen, MH, Carpenter, D, Sheets, JL, Miccio, S, Ross, R 2003, 'What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency?' *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 9, no. 1, pp. 39–58.
- Allen, PP, Johns, LC, Fu, CH, Broome, MR, Vythelingum, GN & McGuire, PK 2004, 'Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions', *Schizophrenia Research*, vol. 69, no. 2–3, pp. 277–287.
- American Association of Suicidology 2012, *Suicide in the USA Based on 2010 Data* , Washington, DC: American Association of Suicidology.
- American Music Therapy Association n.d, *What is Music Therapy*, viewed 5 May 2015, <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- American Psychiatric Association 2000, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Andersen, AJW & Larsen, IB 2012, 'Hell on Earth: Textual Reflections on the experience of mental illness', *Journal of Mental Health*, vol. 21, no. 2, pp. 174-181.
- Andreasen, N 1984, *The broken brain: The biological revolution*, New York, Harper Collins.
- Anthony, KH 2008, 'Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness', *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, vol. 46, no.7, pp. 25-33.

Antonovsky, A 1987, *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey-Bass.

Appelo, MT, Slooff, CJ, Woonings, FMJ, Carson, J & Louwerens, JW 1993, 'Grief: Its significance for rehabilitation in schizophrenia', *Clinical Psychology & Psychotherapy*, vol. 1, no. 1, pp. 53–59.

Arias J 2001, *Paulo Coelho: Confessions of a Pilgrim*, Harper Collins Publishers Ltd, New York.

Aston, V & Coffey, M 2012, 'What mental health nurses and service users say about the concept of recovery', *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 19, no. 3, pp. 257-63.

Baker, AE, Procter, N & Gibbons, T 2009, 'Dimensions of Loss from Mental Illness', *Journal of sociology and social welfare*, vol. 36, no.4, pp. 25-52.

Baker, AEZ & Procter, NG 2013, 'A qualitative inquiry into consumer beliefs about the causes of mental illness', *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, vol. 20, no.5, pp. 442-447.

Baldessarni, RJ & Hennen, J 2004, 'Genetics of suicide: an overview', *Harvard Review of Psychiatry*, vol.12, no.1, pp. 1-13.

Barker, P & Buchanan-Barker, P 2011, 'Myth of mental health nursing and the challenge of recovery', *International Journal of Mental Health Nursing*, vol.20, no.5, pp.337-344.

Barkham, M 2002, 'Common factors in psychological therapies', *Psychiatry*, vol. 1, no. 3, pp. 5–8.

Bassett, J, Lloyd, C & Bassett, H 2001, 'Work issues for young people with psychosis: barriers to employment', *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 64, no.2, pp. 66–72.

Bebbington, P & Kuipers, I 1994, 'The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis', *Psychological Medicine*, vol. 24, no.3, pp. 707–718.

Beck, A 1991, *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Penguin, United States of America.

- Beck, CT 1992, 'The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study', *Nursing Research*, vol. 41, no. 3, pp. 166-170.
- Beckerley, G & Woolhouse, R 1988, *Principles of Human Knowledge and Three Dialogues Between Hylas and Philonous*, Penguin Classics, USA.
- Berger, PL & Luckman, T 1966, *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Penguin Books, USA.
- Bernstein, D 1995, 'Transportation planning', in WF Chen (ed.), *The civil engineering handbook*, CRC Press, Boca Raton, pp. 231-61.
- Bjorkman, T, Angelman, T & Johnsson, M 2008, 'Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care', *Scandinavian journal of caring sciences*, vol. 22, no.2, no.170-177.
- Blumer, D 2002, 'The illness of Vincent van Gogh', *The American journal of psychiatry*, vol. 159, no. 4, pp. 519-526.
- Blumer, H 1986, *Symbolic interactionism: Perspective & method*, University of California Press, Oakland CA.
- Bobes, J, Garcia-Portilla, MP & Rejas, J 2003, 'Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side effects in patients with schizophrenia treated with Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, or Halperidol: the results of the EIRE study', *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 29, no.2, pp. 125-147.
- Borba, CPC, De Padilla, L, Druss BG, McCarthy FA, von Esenwein SA & Sterk, CE 2011, 'A Day in the Life of Women With a Serious Mental Illness: A Qualitative Investigation', *Women's Health Issues*, vol. 21, no.4, pp. 286-292.
- Borg, M & Davidson, L 2008, 'The nature of recovery as lived in everyday experience', *Journal of Mental Health*, vol. 17, no. 2, pp. 129-140.
- Borg, M & Krinstiansen, K 2004, 'Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services', *Journal of Mental Health*, vol. 13, no. 5, pp. 493-505.

- Borrell-Carrió, F, Suchman, AL & Epstein, RM 2004, 'The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry', *American Academy of Family Physicians*, vol. 2, no. 6, pp. 576-582.
- Bowen, GA 2008, 'Naturalistic inquiry and the saturation concept: A research note', *Qualitative research*, vol.8, no.1, pp. 137-152.
- Bowlby, J 1988, *A secure base—Clinical applications of attachment theory*, London, Tavistock/Routledge.
- Bradshaw, W, Roseborough, D & Armour, MP 2006, 'Recovery from Severe Mental Illness: The lived Experience of the Initial Phase of Treatment', *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, vol. 10, no.1, pp. 123-131.
- Bradshaw, W, Peterson, MA & Roseborough, D 2007, 'Finding A Place in the World: The Experience of Recovery from Severe Mental Illness', *Qualitative Social Work*, vol. 6, no.1, pp. 27-47.
- Branaman, A, 1997, 'Goffman 's Social Theory' στο Ch. Lemert και A. Branaman (επιμ.), *The Goffman Reader*, Λονδίνο, Blackwell.
- Branco, AU 2005, 'Peer Interactions, Language Development and Metacommunication', *Culture & Psychology*, vol.11, pp. 415-429.
- Britten, N, Campbell, R, Pope, C, Donovan, J & Myfanwy, M 2002, ' Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example', *Journal of health services research & policy*, vol. 7, no. 4, pp. 209-215.
- Brodskaiā,NV (ed) 2010, Post-Impressionism, In Art of Century Collection Parkstone International, New York, viewed 10 May 2015, <http://eds.b.ebscohost.com/eds/ebookviewer/ebook/bmxLYmtfXzQzNjIyN19fQU41?sid=1ffa90f1-6cf0-46bd-a34d-89718510d90e@sessionmgr111&vid=0&format=EB&rid=1>
- Bromley, E, Gabrielian, S, Brekke, B, Pahwa, R, Daly, KA, Brekke, JS & Braslow, JT 2013, 'Experiencing community: perspectives of individuals diagnosed as having serious mental illness', *Psychiatric services*, vol. 64, no.7, pp. 672-679.

- Burns, N 1989, 'Standards for qualitative research', *Nursing Science Quarterly*, vol. 2, no. 1, pp. 44-52.
- Butzlaff, RI & Hooley, JM 1998, 'Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis', *Archives of General Psychiatry*, vol. 55, no .6, pp. 547–552.
- Carlsson, G, Dahlberg, K & Drew, N 2000, 'Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge', *Issues in Mental Health Nursing*, vol.21, no.5, pp.533-545.
- Catalani, C & Minkler, M 2010, 'Photovoice: A review of the literature in health and public health', *Health Education & Behavior*, vol. 37,no 3, pp: 424–451.
- Cezanne, P 1868, *The murder*, oil on canvas, 65.5 x 80.7 cm, Walker Art Gallery, UK, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/paul-cezanne/the-murder>>.
- Cezanne, P 1898, *Young Man and Skull*, oil on canvas, 130 x 97.5 cm, The Barnes Foundation, USA, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/paul-cezanne/young-man-and-skull>>.
- Cezanne, P 1900a, *Pyramid of Skulls*, oil on canvas, Grand Palais, France, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/paul-cezanne/pyramid-of-skulls>>.
- Cezanne, P 1900b, *Three skulls on an Oriental rug*, 55x65cm, oil on canvas, Kunstmuseum Solothurn, Switzerland, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/paul-cezanne/three-skulls-on-a-patterned-carpet>>.
- Cezanne, P 1903-1906, *Self Portrait*, Musée du jeu de Paume, Paris, viewed 10 April 2010, <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paul_C%C3%A9zanne_Auto-retrato.jpg>.
- Cezanne, P n.d., *Paul Cezanne Quotes*, viewed 10 April 2010, <http://www.brainyquote.com/quotes/authors/p/paul_cezanne_2.html>.
- Chapman, S 2006, *Thinking about language;Theories of English*. Palgrave Macmillan, New York.
- Charney, DS, Nestler, EJ, Skar, P & Buxbaum, JD 2013, *Neurobiology of Mental Illness*, Oxford University Press, United Kingdom.

Charnley, B 1991a, *Self-portraits*, 6 th May 1991, viewed 10 April 2015, <<http://www.bryancharnley.info/7portriat.htm>>.

Charnley, B 1991b, *Self-portraits*, 24th May 1991, viewed 10 April 2015, <<http://www.bryancharnley.info/11portriat.htm>>.

Charnley, B 1991c, *Self-portraits*, 27th June 1991, viewed 10 April 2015, <<http://www.bryancharnley.info/15portriat.htm>>.

Chernomas, WM, Clarke, DE & Marchinko, S 2008, 'Relationship-based support for women living with serious mental illness', *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 29, no. 5, pp. 437-53.

Chouinard, V 2009, 'Placing the 'mad woman':troubling cultural representations of being a woman with mental illness in *Girl Interrupted*', *Social & Cultural Geography*, vol.10, no.7, pp.791-804.

Clandinin, DJ & Connelly, FM 2000, *Narrative inquiry*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Cleary, M, Hunt, GE, Horsfall, J & Deacon, M 2012, 'Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies', *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 33, no. 2, pp. 66-79.

Coelho P 2011, *Veronica Decides to Die*, Harper Collins Publishers, New York.

Cohen, MZ & Omery, A 1994, 'Schools of phenomenology: implications for research', in M Morse (ed.) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*, Thousand Oaks, CA, Sage, pp. 136-56.

Colton CW & Manderscheid, RW 2006, 'Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Preventing Chronic Disease', *Public Health Research, Practice and Policy*, vol. 3, no, 2, pp. 1-14.

Constantinou, CS 2010, 'The Anthropology of Personhood and Health in Greek-Cypriot Community', in CN Phellas (ed.), *Sociological Perspectives of Health and Illness*, Cambridge Schloar Publishing, United Kingdom, pp.78-97.

Cook, JA 2000, 'Sexuality and people with psychiatric disabilities', *Sexuality and Disability*, vol .18, no. 3,pp. 195–206.

- Corrigan, P & Wassel, A 2008, 'Understanding and influencing the stigma of mental illness', *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 46, no.1, pp. 42–48.
- Corrigan, PW & Kleinlein, P 2005, 'The impact of mental illness stigma', in P. W. Corrigan (ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, (pp. 11–44) Washington, DC: the American Psychological Association.
- Corrigan, PW 1998, 'The impact of stigma on severe mental illness', *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 5, no., pp. 201-222.
- Corrigan, PW, Markowitz, FE & Watson, A 2004, 'Structural levels of mental illness stigma and discrimination', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, no.3, pp. 481-492.
- Corrigan, PW, Mittal, D, Reaves, CM, Haynes, TF, Han, X, Morris, S & Sullivan, G, 2014, 'Mental health stigma and primary health care decisions', *Psychiatry Research*, vol. 218, no. 1-2, pp. 35–38.
- Corring, DJ & Cook, JV 2007, 'Use of Qualitative Methods to Explore the Quality-Of-Life Construct From a Consumer Perspective', *Psychiatric Services*, vol. 58, no.2, pp. 240-244.
- Covington, L & Cola, PA 2000, 'Clozapine vs. Haloperidol: antipsychotic effects on sexual function in schizophrenia', *Sexuality and Disability*, vol.18, no.1, pp. 41–48.
- Cresswell, J 1998, *Qualitative Inquiry and research design: Choosing among five traditions*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP), n.d., viewed 7 May 2015, <http://www.casp-uk.net/>
- Davidson, L, Marit, B, Marin, I, Topor, A, Mezzina, R & Sells, D 2005, 'Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study', *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol.8, no.3, pp.177-201.
- Davies, K 2001, 'Silent and censored travellers'? Patients' narratives and patients' voices: Perspectives on the history of mental illness since 1948', *Social History of Medicine*, vol.14, no.2, pp. 267-292.

Davies, N 2014, 'Empathic nursing: going the extra mile', *Practice Nursing*, vol. 25, no. 4, 198-202.

Day, JC, Bentall, RP, Roberts, C, Randall, F, Rogers, A, Cattell, D, Healy, D, Rae, P & Power, C 2005, 'Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals', *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, no. 7, pp.717-724.

DE Hert, M, Correll, CU, Bobes, J, Cetkovich-Bakmas, M, Cohen, D, Asai, I, Detraux, J, Gautam, S, Möller, HJ, Ndeti, DM, Newcomer, JW, Uwakwe, R & Leucht, S 2011, 'Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care', *World Psychiatry*, vol.10, no. 1, pp. 52-77.

De Maynard, VA 2007, 'An Ethnographic Study of Black Men Within an Inner London Area to Elicit Relatedness Between Black Human Condition and the Onset of Severe Mental Illness', *International Journal of Mental Health*, vol. 36, no. 4, pp. 26-45.

Deegan, PE & Drake, RE 2006, 'Shared decision making and medication management in the recovery process', *Psychiatric Services*, vol. 57, no. 11, pp. 1636-1639.

Denzin, NK & Lincoln, YS 1994, *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks.

Dickinson-Swift, V, Erica L, James, SK & Liamputtong, P 2007, 'Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face?' *Qualitative Research*, vol. 7, no. 3, pp. 327-353.

Dilks, S, Takser, F & Wren, B 2010, 'Managing the impact of psychosis: a grounded theory exploration of recovery processes in psychosis', *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 49, no. 1, pp. 87-107.

Dilthey, W 1985, *Poetry and experience*, Selected Works, Vol. V, Princeton University Press, Princeton.

Dipple, H, Smith, S, Andrews, H & Evans, B 2002, 'The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 37, no.7, pp. 336-340.

Donnie Darko, 2001, Directed by Richard Kelly [Film], USA, New Market Films.

- Dolores, M & Blanco, J 2012, 'Another beauty: representations of illness in Catalan art at the turn of the twentieth century', *Journal of Iberian and Latin American Studies*, vol. 18, no.2-3, pp.161-174.
- Dowdall, G 1999, *Mental Hospitals and Deinstitutionalization, Handbook of the Sociology of Mental Health*, edited by C. Aneshensel and J. Phelan. New York: Kluwer Academic.
- Dowling, M 2007, 'From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. A poststructuralist perspective', *Advances in Nursing Science*, vol. 11, no.4, pp. 69-77.
- Drake, RE & Whitley, R 2014, 'Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis', *Canadian Journal of Psychiatry*, vol.59, no.5, pp. 236-242.
- Drapeau, CW & McIntosh, JL 2014, U.S.A. suicide 2012: Official final data., Washington, DC: American Association of Suicidology, viewed 7 April 2015, <<http://www.suicidology.org>>.
- Draucker, CB 1999, The critique of Heideggerian hermeneutical nursing research, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, no. 2, pp. 360-373.
- Dundon, EE 2006, 'Adolescent Depression: A Metasynthesis', *Journal of pediatric health care*, vol. 20, no.6, pp. 384-392.
- Dunn, EC, Wewiorski, NJ & Rogers, ES 2008, 'The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 32, no. 1, pp. 59-62.
- Earle, S 2001, 'Disability, facilitated sex and the role of the nurse', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, no. 3, pp. 433-440.
- Economou, M, Richardson, C, Gramandani, C, Stalikas, A & Stefanis, C 2009, 'Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece', *The International journal of social psychiatry*, vol.55, no.4, pp. 361-371.
- Elliott, M, Maitoza, R & Swinger, E 2011, 'Subjective accounts of the causes of mental illness in the USA', *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 58, no.6, pp. 562-567.

Engel, GL 1977, 'The need for a new medical model: A challenge for biomedicine', *Science*, vol. 196, no. 4286, pp. 129-136.

Eriksson, A, Romelsjo, A, Stenbacka, M & Tengstrom, A 2011, 'Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35 year longitudinal cohort study', *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 46, no.9, pp.925-932.

EU Thematic conference, 2010, 'Mental Health and Well-being in Older People -Making it Happen' 19th- 20th April 2010, Madrid, Salutogenesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People, viewed 10 May 2015, http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_salutogenesis.pdf

Eugenides J 1993, *The Virgin Suicides*, Farrar Straus and Giroux, United States.

Fallot, RD 2007, 'Spirituality and religion in recovery: some current issues', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol.30, no.4, pp.261-270.

Fleck, DE, Keck, PE, Corey, KB & Strakowski, SM 2005, 'Factors associated with medication adherence in African American and White patients with bipolar disorder', *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66, no. 5, pp. 646–652.

Fochtman, D. 2008, 'Phenomenology in pediatric cancer nursing research', *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, vol. 25, no.4, pp. 185-192.

Folstein, MF, Folstein, SE & McHugh, PR 1975, 'Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician', *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12, no. 3, pp. 189–198.

Fontaine, KL 2008, *Mental Health Nursing*, 5th ed. Upper -Saddle River. NJ, Pearson Education Inc.

Fortier, P, Trudel, G, Mottard, JP & Piché, L 2000, 'The influence of schizophrenia and standard or atypical neuroleptics on sexual and sociosexual functioning: a review', *Sexuality and Disability*, vol. 18, no.2, pp. 85–104.

Gabbidon, J, Farrelly, S, Hatch, SL, Henderson, C, Williams, P, Bhugra, D, Dockery, L, Lassman, F, Thornicroft ,G & Clement, S 2014, 'Discrimination attributed to mental illness or

race-ethnicity by users of community psychiatric services', *Psychiatric services*, vol. 65, no.11, pp.1360-1366.

Gahnström-Strandqvist, K, Josephsson, S & Tham, K 2004, 'Stories of clients with mental illness: the structure of occupational therapists' interactions, *OTJR: Occupation, Participation and Health*, vol. 24, no. 4, pp. 134-143.

Gale, C, Baldwin, L, Staples, V, Montague, J & Waldram, D 2012, 'An exploration of the experience of mental health service users when they decide they would like to change or withdraw from prescribed medications', *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, vol. 19, no. 10, pp. 853-859.

Galletly, C & Burton, C 2011, 'Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 45, no. 6, pp. 473-476.

Geanellos, R 2015, 'Adversity as opportunity: living with schizophrenia and developing a resilient self', *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 14, no. 1, pp.7-15.

Gearing, RE, Alonzo, D, Smolak, A, McHugh, K, Harmon, S, Baldwin, S 2011, 'Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence', *Schizophrenia research*, vol. 126, no. 1-3, pp. 150-63.

Gee, L, Pearce, E & Jackson, M 2003, 'Quality of life in Schizophrenia: A grounded theory approach', *Health and quality of life outcomes*, vol. 16, no. pp. 1-31.

Gibb, SJ, Beutrais, AL & Surgenor, LJ 2010, 'Health-care staff attitudes towards self-harm patients', *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, vol. 44, no .8, pp. 713-720.

Giorgi, A 2000, 'Concerning the application of phenomenology to caring research', *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 14, no. 1, pp. 11-15.

Goffman, E 1961, *Asylums*, Penguin Books, Harmondsworth Middlesex.

Goffman, E 1967, *Interaction Ritual: essays on face-to-face behavior*, Anchor Books, USA.

Goffman, E. 1959, 'The moral career of the mental patient' *Psychiatry: Journal of Interpersonal Relations*, vol. 22, no. 2, pp. 123-142.

- Green, G, Hayes, C, Dickinson, D, Whittaker, A & Gilheany, B 2003, 'A mental health service users perspective to stigmatization', *Journal of Mental Health*, vol. 1, no. 3, pp. 223-234.
- Gussak, D 2007, 'The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations', *International journal of offender therapy and comparative criminology*, vol. 51, no.4, pp. 444-460.
- Gwinner, K, Knox, M & Brough, M 2013, 'Making Sense of Mental Illness as a Full Human Experience: Perspective of Illness and Recovery Held by People With a Mental Illness Living in the Community', *Social Work in Mental Health*, vol. 11, no.2, pp. 99-117.
- Göner, P, 2014, 'Illness Perception in Turkish Schizophrenia Patients: A Qualitative Explorative Study', *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 28, no. 6, pp. 405-412.
- Haddad, PM, Brain, C & Scott, J 2014, 'Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies', *Patient related outcome measures*, vol. 23, no. 5, pp. 43-62.
- Hamilton, LL 2003, Recognition of oriental medicine and traditional Chinese medicine From the National Institute of Health (NIH), viewed 14 April 2015, http://modernacupuncture.com/nih_who.htm
- Happell, B, Manias, E & Roper, C 2004, 'Wanting to be heard: Mental health consumers' experiences of information about medication' , *International Journal of Mental Health Nursing*, vol.13, no. 4, pp. 242–248.
- Harangozo, J, Reneses, B, Brohan, E, Sebes, J, Csukly, G, López-Ibor, JJ, Sartorius, N, Rose, D & Thornicroft, G 2014, 'Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services', *The International journal of social psychiatry*, vol.60, no.4, pp. 359-366.
- Hart, C 2004, *Nurses and Politics: The Impact of Power and Practice*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Heiman, GW 2002, *Research Methods in Psychology*, 3rd Edition, Houghton Mifflin Company, Boston & New York.

Hellzen, O, Norberg, A & Sandman, PO 1995, 'Schizophrenic patients' image of their carers and carers' image of their patients: An interview study', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 2, no.5, pp. 279–285.

Henderson, AR 2010, 'A substantive theory of recovery from the effects of severe persistent mental illness', *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 57, no.6, pp.564-573.

Henderson, C, Hales, H & Ruggeri, M 2003, 'Cross-cultural differences in the conceptualization of patients' satisfaction with psychiatric services', *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, vol. 38 ,no.3, pp. 142–148.

Hennings, J, Williams, J, Hague, BN 1996, 'Exploring the Health Needs of Bangladeshi Women: A Case Study in Using Qualitative Research Methods. *Health Education Journal*, vol.55, no.1, pp.11-23.

Hewitt, J & Coffey, M 2005, 'Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: Literature review', *Journal of Advanced Nursing*, vol.52, no.5, pp. 561- 570.

Hinshaw, SP 2007, *The Mark of Shame. Stigma of mental Illness and an Agenda for Change*, Oxford University Press, New York.

Hirschfeld , R, Smith, J, Trower, P & Griffin, C 2005, 'What do psychotic experiences mean for young men? A qualitative investigation', *Psychology and Psychotherapy*, vol. 78, no. 2, pp. 249-270.

Hogan, B & Shattell, M 2007, 'Psychiatric clinical nurse specialists, nurse practitioners, or the new practice doctorate: Meeting patients' needs?' *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 28, no.8,pp. 927-930.

Hojat, M 2007, *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and Outcomes*, Springer, New York.

Hojat, M, Spandorfer, J, Louis, DZ, Gonnella, JS, 2011, 'Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics', *Academic Medicine*, vol. 86, no. 8, pp. 989–995.

Holloway, I & Wheeler, S 2010, *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*, 3rd edn., Wiley-Blackwell, United Kingdom.

- Holt, L & Tickle, A 2014, 'Exploring the experience of hearing voices from a first person perspective: A meta-ethnographic synthesis', *Psychological Psychotherapy*, vol. 87 , no. 3, pp. 278-297.
- Hor, K & Taylor, M 2010, 'Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors', *Journal of psychopharmacology*, vol.24, no.4, pp.81-90.
- Hori, H, Richards, M, Kawamoto, Y & Kunugi, H 2011, 'Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan', *Psychiatry research*, vol. 186, no.2-3, pp. 183–189.
- Huang, CL, Shang, CY, Shieh, MS, Lin, HN, Su, JC 2011, 'The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan', *Psychiatry research*, vol. 187, no.3, pp.347-353.
- Huguelet, P, Mohr, S, Jung, V, Gillieron, C, Brandt, P-Y. & Borrás, L 2006, 'Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders', *European Psychiatry*, vol. 22, no. 3, pp. 188–194.
- Hur, JW, Kwon, JS, Lee, TY & Park, S 2014, 'The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: a meta-analytic review', *Schizophrenia research*, vol. 152, no.1, pp. 58-64.
- Inder, ML, Crowe, MT, Moor, S, Luty, SE, Carter, JD & Joyce, PR 2008, "I actually don't know who I am": The impact of bipolar disorder on the development of self', *Psychiatry*, vol. 71, no. 2, pp. 123-133.
- Ingvarsdotter, K, Johnsdotter S, Ostman, M 2010, 'Lost in Interpretation: The use of interpreters in research on mental ill health', *International Journal of Social Psychiatry*, vol.58,no. 1, pp.34-40.
- Isay, RA 2006, *Commitment and Healing: Gay Men and the Need for Romantic Love*, NJ,Wiley, USA.
- Jääskeläinen, E, Juola, P, Hirvonen, N, McGrath, JJ, Saha, S, Isohanni, M, Veijola, J & Miettunen, J 2013, 'A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia', *Schizophrenia bulletin*, vol.39, no.6, pp.1296-1306.

- Jacobson, N 2001, 'Experiencing Recovery: A Dimensional Analysis of Recovery Narratives', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24, no.3, pp. 248-256.
- James, CC, Carpenter, KA, Peltzer, K & Weaver S 2014, 'Valuing psychiatric patients' stories: belief in and use of the supernatural in the Jamaican psychiatric setting', *Transcultural Psychiatry*, vol.51, no.2, pp.247-263.
- James, LA & Beach, GK 1991, *An Examined Faith: Social Context and Religious Commitment*, Beacon Press, United States.
- Jasper, MA 1994, 'Issues in phenomenology for researchers of nursing', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 19, no. 2, pp.309-314.
- Jaspers, K 1963, *General Psychopathology*, Translated from the German Seventh Edition (1959) by J. Hoenig and M. W. Hamilton. Manchester University Press, Manchester.
- Jensen, LW & Wadkins, TA 2007, 'Mental Health Success Stories: Finding Paths to Recovery', *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 28, no.4, pp. 325-340.
- Johansson, IM & Lundman, B 2002, 'Patient's experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol.9, no.6, pp. 639-647.
- Jöhnsson, DL 1997, 'Overview of severe mental illness.', *Clinical Psychology review*, vol. 17, no. 3, pp. 247-257.
- Jönsson, PD, Wijk, H, Skärsäter, I & Danielson, E 2008, 'Persons living with bipolar disorder-their view of the illness and the future', *Issues of Mental Health Nursing*, vol. 29, no. 11, 1217-1236.
- Jump up ^ Gallese, Vittorio 2003, 'The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity', *Psychopathology*, vol. 36, no. 4, pp. 171-180.
- Kandel, ER 1998, 'A new intellectual framework for psychiatry', *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, no.4, pp. 457-469.
- Karp, DA 1992, 'Illness ambiguity and the search for meaning', *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 21, no.2, pp. 139-170.

- Kaysen, S 1994, *Girl Interrupted*, Vintage, New York.
- Kelley, H 1967, 'Attribution theory in social psychology', *Nevada Symposium on Motivation*, vol. 15, pp. 192–238.
- Kelly, M, Lamont, S & Brunero, S 2010, 'An Occupational Perspective of the Recovery Journey in Mental Health', *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 73, no.3, pp. 129-135.
- Kennedy, B, Brown, C, Allen, R & Meritt, A 2008, 'Disturbia', on *Good Girl Gone Bad* (CD), New York, The Island Def Jam Music Group.
- Kent, D 2003, *Snake Pits, Taking Cures & Magic Bullets: A History of Mental Illness*, United States, Twenty-Century Books.
- Kessler, RC, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Merikangas, KR & Walters, EE 2005, 'Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication', *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, no. 6, pp. 593-602.
- Kieft, R AMM, de Brouwer, B BJM, Francke, AL & Delnoij, D MJ 2014, 'How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study', *BMC Health Services Research*, vol. 14, no.1, pp. 118-137.
- Kim, SS, Kaplowitz, S & Johnston, MV 2004, 'The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance', *Evaluation and the health professions*, vol. 27, no. 3, pp. 237–251.
- Kinderman, P, Setzu, E, Lobban, F & Salmon, P 2006, 'Illness beliefs in schizophrenia', *Social Science and Medicine*, vol. 63, no. 7, pp. 1900-1911.
- Klebanoff, NA & Hess, D 2013, 'Holistic nursing: Focusing on the whole person', *American Nurse today*, vol. 8, no.10, viewed 5 May 2015, <http://www.americannursetoday.com/holistic-nursing-focusing-on-the-whole-person/>
- Kneisl, CR, Wilson, HS & Trigoboff, E 2006, *Contemporary Psychiatric- Mental Health Nursing*, New Jersey: Pearson Education Inc, Upper Saddle River.
- Ko, CJ, Smith, P, Liao, HY & Chiang, HH 2014, 'Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 23, no.3-4, pp.349-401.

- Kooij, CV 2009, 'Recovery themes in songs written by adults living with serious mental illnesses', *Canadian Journal of Music Therapy*, vol. 15, no.1, pp. 37-58.
- Kopelowicz, A & Liberman, RP 2003, 'Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses', *Psychiatric Services*, vol. 54, no. 11, 1491-1498.
- Korman, Y 2003, 'From being an illness to being a person: the search for identity, acceptance and control among outpatients with schizophrenia treated with atypical medications', Unpublished doctoral Dissertation, York University, Canada.
- Koslander, T, Lindström, UA & da Silva, AB 2012, 'The human being's spiritual experiences in mental healthcare context: their positive and negative meaning and impact on health-a hermeneutic approach', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 27, no. 3, pp.560-568.
- Kovess-Masféty, V, Xavier, M, Moreno Kustner, B, Suchocka, A, Sevilla-Dedieu, C, Dubuis, J, Lacalmontie, E, Pellet, J, Roelandt, JL & Walsh, D 2006, 'Schizophrenia and quality of life: a one year –follow-up in four EU countries', *BMC Psychiatry*, vol. 6, p.39.
- Kowlessar, OA & Corbett, KP 2009, 'The lived experience of mental health service users in a UK community rehabilitation scheme', *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, vol. 16, no.2, pp. 85-95.
- Kuzel, AJ 1999, 'Sampling in Qualitative Inquiry', in BF Cabtree & WL Miller (eds), *Doing Qualitative Research* (2nd ed.), Sage, Thousand Oaks, CA.
- Kübler-Ross, E 1969, *On Death and Dying*, New York, Macmillan.
- Laing, RD 1965, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Middlesex, Penguin Books.
- Laliberte-Rudman, D. Yu, B, Scott, E & Pajouhandeh, P 2000, 'Exploration of the perspectives of persons with schizophrenia regarding quality of life', *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 54, no. 2, pp. 137–147.
- Lally, SJ 1989, 'Does being here mean there is something wrong with me?' *Schizophrenia Bulletin*, vol. 15, no.2, pp.253-265.

- Larkin, PJ, Diercx de Casterle, B, Schotsmans, P 2007, 'Multilingual Translation Issues in Qualitative Research: Reflections on a Metaphorical Process', *Qualitative Health Research*, vol.17, no.4, pp.468-476.
- Latvala, E & Jahonen, S 1997, 'Patient's capable of managing—Basic process of psychiatric nursing in a hospital environment', *VaÊ rd i Norden*, vol. 4, no. 17, pp. 9–13.
- Lauber, C, Anthony, M, Jdacic-Gross, V & Rossler, W 2004, 'What about psychiatrists' attitude to mentally ill people?', *European Psychiatry*, vol. 19, no.7, pp. 423–427.
- Leamy, M, Bird, V, Le Boutillier C, Williams J & Slade, M 2011, ' Conceptual framework for personal recovery in mental health:systematic review and narrative synthesis', *British Journal of Psychiatry*,vol. 199, no. 6, pp. 445-52.
- Lee, DT, Kleinman, J & Kleinman, A 2007, 'Rethinking depression: an ethnographic study of the experiences of depression among Chinese', *Harvard review of psychiatry*, vol. 15, no. 1, pp. 1-8.
- Lewis, L 2004, 'Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia', *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol.68, no.3, pp. 231–244.
- Lewis, SE 1995, 'A search for meaning: Making sense of depression', *Journal of Mental Health*, vol. 4, no. 4, pp.369–382.
- Lieberman, RP, Kopelowicz, A, Ventura, J & Gutkind, D 2002, 'Operational criteria and factors related to recovery from Schizophrenia', *International Review of Psychiatry*, vol. 14, no.4, pp. 256-272.
- Lim, L, Nathan, P, O'Brien-Malone, A & Williams, S 2004, 'A qualitative approach to identifying psychosocial issues faced by bipolar patients', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, no. 12, pp. 810-817.
- Lin, C-LE, Kopelowicz, A, Chan, C-H & Hsiung, P-C 2008, 'A qualitative inquiry into the Taiwanese mentally ill persons' difficulties living in the community', *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 22, no. 5, pp.266–276.
- Lincoln, YS & Guba, EG 1985, *Naturalistic Inquiry*, Sage, Beverly Hills, CA.

Link, B & Phelan, J 2001, 'Conceptualising stigma', *Annual Review of Sociology*, vol. 27, pp. 363–385.

Liu, L, Xiquan, M & Xudong, Z 2012, 'What Do Psychotic Experiences Mean to Chinese Schizophrenia Patients?', *Quality Health Research*, vol. 22, no. 12, pp. 1707-1716.

Lloyd-Evans, B, Slade, M, Jagielska, D & Johnson, S 2009, 'Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review', *British Journal of Psychiatry*, vol.195, no. 2, pp. 109–117.

Lopez, KA & Willis, DG 2004, 'Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge', *Qualitative Health Research*, vol. 14, no.5, pp. 726-735.

Määttä, SM 2006, 'Closeness and distance in the nurse-patient relation: the relevance of Edith Stein's concept of empathy', *Nursing Philosophy*, vol.7 ,no. 1, pp. 3-10.

Maddocks, S, Johnson , S, Wright, N & Stickley, T 2010, 'A phenomenological exploration of the lived experience of mental health nurses who care for clients with enduring mental health problems who are parents', *Journal of psychiatric and mental health nursing*,vol. 17, no.8, pp.674-682.

Maggs-Rapport, F 2000, Combining methodological approaches in research: ethnography and interpretive phenomenology, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 219-225.

Makdisi, I, Blank, A, Bryant, W, Andrews, C & Franco L, Parsonage J 2013, 'Facilitators and barriers to living with psychosis:an exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users', *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 76, no. 9, pp. 418-426.

Malins, G, Oades, L, Viney, L & Aspden, S 2006,' What's in a service? Consumers' views of Australian mental health services', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 29, no.3, pp. 197–204.

Mancini, MA 2007, 'A Qualitative Analysis of Turning Points in the Recovery Process', *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 10, no.3, pp. 223-244.

Mancini, MA 2007, 'The Role of Self-Efficacy in Recovery from Serious Psychiatric Disabilities',*Qualitative Social Work*, vol. 6, no.1, pp. 49-74.

- Mancini, MA, Hardiman, ER & Lawson, HA 2005, 'Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities', *Psychiatric rehabilitation journal*, vol.29, no.1, pp.48-55.
- Mangold, J 2000, *Girl, interrupted*, Faber & Faber Screenplays, London.
- Maniglio, R 2009, 'Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review' *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol.119, no.3, pp.180-191.
- Mansell, W, Morrison AR, Anthony, P, Reid, G, Lowens, I & Tai, S 2007, 'The interpretation of, and responses to, changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders', *Cognitive Psychotherapy*, vol. 35, no.5, pp. 515-539.
- Mansell, W, Powell, S, Pedley, R, Thomas, N & Jones SA 2010, 'The process of recovery from bipolar I disorder: a qualitative analysis of personal accounts in relation to an integrative cognitive model' *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 49, no.2, pp. 193-215.
- Manwani, SG, Szilagyi, KA, Zablotzky, B, Hennen, J, Griffin, ML & Weiss, RD 2007, 'Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorders', *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, no. 8, 1172-1176.
- Marcotte, DE & Wilcox-Gok, V 2001, 'Estimating the employment and earnings cost of mental illness: Recent developments in the United States', *Social Science & Medicine*, vol. 53, no.1, pp. 21-27.
- Marshall, B, Cardon, P, Poddar A, Fontenot, R 2013, 'DOES SAMPLE SIZE MATTER IN QUALITATIVE RESEARCH? A REVIEW OF QUALITATIVE INTERVIEWS IN RESEARCH', *Journal of Computer Information Systems*, vol.54, no. 1, p11-22.
- Marshall, M, Bryan F, Bebe, R, Aaron, K, Athanasiou M, Fenty R & Bellion J, 2013, 'The Monster', on *The Marshall Mathers LP2 (CD)*, Santa Monica California, Aftermath Entertainment, Shady Records, and Interscope Records.
- Martín-Subero, M, Berk, L, Dodd, S, Kamalesh, V, Maes, M, Kulkarni, J, De Castella, A, Fitzgerald, PB & Berk M 2014, 'Quality of life in bipolar and schizoaffective disorder--a naturalistic approach', *Comprehensive psychiatry*, vol. 55, no. 7, pp. 1540-1545.

- Maslow, AH 1943, 'A theory of human motivation', *Psychological Review*, vol. 50, no. 4, pp. 370-396.
- Mason, M 2010, 'Sample Size and Saturation in PhD Students Using Qualitative Interviews', *Qualitative Social Research*, vol. 11, no.3, pp.1-19.
- Mason, W, Rice, MJ & Records, K 2005, 'The Lived Experience of Postpartum Depression in a Psychiatric Population', *Perspectives in Psychiatric Care* ,vol. 41, no. 2, pp. 52-61.
- Mattsson, M, Topor, A, Cullberg, J & Forsell, Y 2008, 'Association between financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 43, no. 12, pp. 947–952.
- Mauritz, M & van Meijel , B 2009, 'Loss and Grief in Patients With Schizophrenia: On Living in Another World', *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 23, no. 3, pp. 251-260.
- Mazor, U & Doron, I 2011, 'The meaning of community rehabilitation for schizophrenia patients in Israel', *Community Mental Health Journal*, vol. 47, no.3, pp. 351-360.
- Mc Daid, D 2008, Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe, viewed 7 May 2015, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf
- McCabe, C 2004, ' Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, no. 1, pp. 41-49.
- McCann , TV & Clark, E 2004, 'Embodiment of severe and enduring mental illness: finding meaning in schizophrenia', *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 25, no. 8, pp. 83-98.
- McCann, E 2000, 'The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no.1, pp. 132–138.
- McCloughen, A, Gillies, D & O'Brien, L 2011, 'Collaboration between mental health consumers and nurses: shared understandings, dissimilar experiences.', *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 20, no. 1, pp. 147-155.

- McDonald, J. & Badger, TA 2002, 'Social function of persons with schizophrenia', *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 40, no.6, pp. 42–50.
- McKay, EA 2010, 'Rip that book up, I've changed:Unveiling the experiences of women living with and surviving enduring mental illness', *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 73, no. 3, pp. 96-105 .
- McLeod, J. 2001, *Qualitative Methods in Counselling and Psychotherapy*, Sage, London.
- Merleau-Ponty, M 1968, *The visible and the invisible*, North-western University Press, Evanston.
- Michalak, E, Hole, R, Holmes, C, Velyvis, V, Austin, J, Pesut, B & Hou S 2012, 'Implications for Psychiatric Care of the Word 'Recovery' in People with Bipolar Disorder', *Psychiatric Anals*, vol. 42, no.5, pp.173-178.
- Milbourn, BT, McNamara , BA & Buchanan, AJ 2014, 'Do the everyday experiences of people with severe mental illness who "are hard to engage" reflect a journey of personal recovery? *Journal of Mental Health*, vol. 23, no.5, pp. 241-245.
- Million, T 2004, *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millenium*, New Jersey, New Willey & Sons Inc.
- Minas, H, Zamzam, R, Midin, M & Cohen, A 2011, 'Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes', *BMC Public Health*, vol.14, no. 11, pp. 317.
- Mitchell, AJ & Lord, O 2010, 'Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis', *Journal of psychopharmacology*, vol. 24, no.4, pp. 69-80.
- Mizock, L, Russinova, Z & Shani, R 2014, 'New roads paved on losses:photovoice perspectives about recovery from mental illness', *Qualitative Health Research*, vol. 24, no.11, pp. 1481-1491.
- Mohr, S, Brandt, PY, Borrás, L, Gilliéron, C, Huguelet, P 2006, 'Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia', *American Journal of Psychiatry*, vol.163, no.11, pp.1952-1959.

- Mohr, S, Gillieron, C, Borrás, L, Brandt, P-Y & Huguelet, P 2007, 'The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 195, no. 3, pp.247–253.
- Moorman, M 2002, *My sister's Keeper: Learning to Cope with a Sibling's Mental Illness*, W. W. Norton & Company, New York.
- Moran, D 2000, *Introduction to Phenomenology*, Roudledge, New York.
- Moreira, V & Coelho, N 2003, 'The Phenomenology of Schizophrenic Experience: a Cross-Cultural Critical Study Brazil-Chile', *TERAPIA PSICOLÓGICA*, vol. 21, no. 2, pp. 75-86.
- Morse, J 1988, 'Commentaries on special issue', *Western Journal of Nursing Research*, 10, 2, 213-216.
- Morse, J 1994, 'Designing funded qualitative research', in Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd. Ed., pp.220-235), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morse, J 2000, 'Determining sample size', *Qualitative Health Research*, vol. 10, no.1, pp.3-5.
- Mouzas, OD, Angelopoulos, NV & Liakos, A 2008, 'Public opinions about mental illness in a Greek area: the influence of socio-demographic factors' *Psychiatriki* vol.19, no.4, pp.337-349.
- Mueser, KT, Corrigan, PW, Hilton, DW, Tanzman, B, Schaub, A, Gingerich, S, Essock, SM, Tarrrier, N, Morey, B, Vogel-Scibilia, S & Herz, MI 2002, 'Illness management and recovery: A review of the research', *Psychiatric Services*, vol. 53, no. 10, pp. 1272–1284.
- Munch, E 1892, *Melancholy*, oil on Canvas, 64x96cm, National Gallery, Norway, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/melancholy-1892>>.
- Munch, E 1893, *By the Death bed (Fever)*, pastel, 60x80 cm, The Munch Museum, Norway, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/by-the-deathbed-fever-1893>>.
- Munch, E 1893, *The Scream*, oil on Canvas, 91x73.5 cm, National Gallery, Oslo, viewed 29 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/the-scream-1893>>

Munch, E 1894, *Anxiety*, oil on canvas, 94x74cm, The Munch Museum, Norway, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/anxiety-1894>>.

Munch, E 1895, *Death in the sick chamber*, lithography, 39 x 55.5 cm, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/the-death-chamber-1896>>.

Munch, E 1895, *Vampire*, oil on Canvas, 91x109 cm, The Munch Museum, Norway, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/vampire-1895>>

Munch, E 1897, *The Flower of Pain*, watercolor, 50 x43 cm, The Munch Museum, Norway, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/search/Edvard%20Munch/2#supersized-search-185458>>.

Munch, E 1919, *Self-Portrait (in distress)*, oil on Canvas, 151x130cm, The Munch Museum, Norway, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/self-portrait-in-distress-1919>>.

Munhall, P 1994, *Revisioning Phenomenology: Nursing and Health Science Research*, New York, National League for Nursing Press.

Munhall, P 2012, *Nursing Research: A qualitative perspective*, 5th edn, Jones & Barlett, Canada.

Murray, CD & Wynne, J, 2001, 'Researching Community, Work and Family with an Interpreter', *Work Family*, vol.4, pp.157-170.

My sister's keeper, 2002, Directed by Nick Casavettes [Film], USA, Lions Gate.

Nasar, S 1998, *A Beautiful Mind: a Biography of John Forbes Nash, Jr., Winner of the Nobel Prize in Economics, 1994*, Simon & Schuster, United States.

National Alliance for the Mentally Ill 2010, viewed 14 April 2015, <http://www.nami.org>

National Alliance on Mental Illness (n.d.), *Fact Sheet: Mental Illness FACTS AND NUMBERS*, viewed 10 May 2015, http://www2.nami.org/factsheets/mentalillness_factsheet.pdf

National Institute of Mental Health 1987, *Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System*, Washington, DC: NIMH.

- National Institute of Mental Health 2005, *Mental Illness Exact Heavy Toll, Beginning in Youth*, viewed 2 May 2015, <http://www.nih.gov/news/pr/jun2005/nimh-06.htm>
- Ng, RM, Pearson, V, Lam, M, Law, CW, Chiu, CP & Chen, EY 2008, 'What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of long-term patients', *The International journal of social psychiatry*, vol. 54, no.2, pp. 118-130.
- Nilsson, B, Nåden, D & Lindström, UA, 2008, 'The tune of want in the loneliness melody—loneliness experienced by people with serious mental suffering', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 22, no. 2, pp. 161-169.
- Noiseux, S & Ricard, N 2008, 'Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 45, no. 8, pp. 1148-1162.
- Nordt, C, Rossler, W & Lauber, C 2006, 'Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 32, no.4, pp. 709–714.
- Nyström, M, Dahlberg, K & Segesten, K 2002, 'The enigma of severe mental illness: a Swedish perspective', *Issues in mental health nursing*, vol. 23, no. 2, pp. 121-134.
- Nyström, MES & Nyström, M 2007, 'Patients' experiences of recurrent depression', *Issues in mental health nursing*, vol.28, no. 7, pp. 673-690.
- O'Day, B & Killen, M 2002, 'Does U.S Federal Policy Support Employment and Recovery for People with Psychiatric Disabilities?', *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 20, no.6, pp. 559-583.
- Oiler, C 1982, 'The phenomenological approach in nursing research', *Nursing Research*, vol. 31, no. 3, pp. 178-181.
- Orbanic, SD 1999, 'The Heideggerian view of person: a perspective conducive to the therapeutic encounter', *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 13, no.3, pp. 137-144.
- Östman, M 2008, 'Severe depression and relationships: the effect of mental illness on sexuality', *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 23, no.4, pp.355–363.

- Padgett, DK, Henwood, B, Abrams, C & Davis, A 2008, 'Engagement and retention in services among formerly homeless adults with co-occurring mental illness and substance abuse: voices from the margins', *Psychiatric rehabilitation journal*, vol.31, no.3, pp. 226-233.
- Panayiotopoulos, C & Kerfoot, M 2013, 'Evaluative Survey of Service Users and Professional Experiences of a Vocational Rehabilitation Unit for the Mentally Ill in Cyprus', *International Journal of Mental Health*, vol. 42, no.2-3, pp.3-16.
- Papadopoulos, C, Foster, J & Caldwell, K 2013, 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma', *Community Mental Health Journal*, vol.49, no.3, pp.270-280.
- Papadopoulos, C, Leavey, G, & Vincent, C 2002, 'Factors influencing stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 37, no. 9, pp. 430–434.
- Papadopoulos, I 2000 'An exploration of health beliefs, lifestyle behaviours and health needs of the London-based Greek Cypriot Community', *Journal of Transcultural Nursing*, vol.11, no.3, pp.182-190.
- Papadopoulos, I 1999, 'Health and illness beliefs of Greek Cypriots living in London', *Journal of Advanced Nursing*, vol.29, no.5, pp.1097-1104.
- Papathanassoglou, ED & Patiraki, EI 2003, 'Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical illness', *Nursing in critical care*, vol. 8, no.1, pp.13-21.
- Parker, C 2001, 'First person account: Landing a Mars lander', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 27, no.4, pp. 717-718.
- Parsons, T 1951, *The Social System*, Free Press, New York.
- Patton, MQ 2002, *Qualitative Research & Evaluation Methods*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Pedersen, DD 2012, *Psych Notes, Clinical Pocket Guide*, 3rd edition, F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Peplau, H 1952, *Interpersonal relations in nursing*, New York, G.P. Putnam.

- Peplau, HE 1991, *Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*, New York, Springer Publishing Co, Inc.
- Peplau, HE 1992, 'Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice', *Nursing science quarterly*, vol.5, no.1, pp.13-18.
- Peplau, HE 1997, 'Peplau's theory of interpersonal relations', *Nursing science quarterly*, vol.10, no.4, pp. 162-167.
- Perry, B & Wright, E 2006, 'The sexual partnerships of people with serious mental illness', *Journal of Sex Research*, vol. 43, no.2, pp. 174–181.
- Pettigrew, TF & Tropp, LR 2006, 'A meta-analytic test of intergroup contact theory', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.90, no. 5, pp. 751–783.
- Piat, M, Sabetti, J, Couture, A, Sylvestre, J, Provencher, H, Botschner, J & Stayner, D 2009, 'What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol.32, no.3, pp.199-207.
- Pitt, L, Kilbride, M, Nothard, S, Welford, M & Morrison, AP 2007, 'Researching recovery from psychosis: a user-led project', *Psychiatric Bulletin*, vol. 31, no.2, pp. 55-60.
- Polkinghorne, D 2005, 'Language and meaning: data collection in qualitative research', *Journal of Counselling Psychology*, vol.52, no.2, pp.137-145.
- Pollack, LE & Aponte, M 2001, 'Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting', *The Psychiatric quarterly*, vol. 72, no. 2, pp. 167-179.
- Polsusny, SM 2000, 'Street Music or the Blues? The Lived Experience and Social Environment of Depression', *Public Health Nursing*, vol. 17,no. 4, pp.292-299.
- Porter, RS 2011, (ed.), *The Merck Manual*, 19th ed, Merck Research Laboratories, USA.
- Provencher, HL, Gregg, R, Mead, S & Mueser, KT 2002, 'The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 26, no.2, pp. 132-144.

- Qin, P, Agerbo, E, Mortesen, PB 2002, 'Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers', *Lancet*, vol.360, no.9340, pp. 1126-1130.
- Rebeiro, K 2006, *Enablers and barriers to recovery: implications for OT*, Toronto, ON, University of Ontario, Department of Occupational Therapy.
- Richardson, L & St. Pierre, EA 2005, 'Writing: A method of Inquiry', in NK Denzin & YS Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rd ed.), Sage, Thousand Oaks, CA.
- Ridge, D & Ziebland, S 2006, 'The old me could never have done that: how people give meaning to recovery following depression', *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.
- Ritchie, J, Lewis, J, Elam, G 2003, 'Designing and selecting samples', in Jane Ritchie & Jane Lewis (Eds.), *Qualitative research practice. A guide for social sciences students and researchers*, pp. 77-108, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Roe, D, Chopra, M & Rudnick A 2004, 'Persons with Psychosis as Active Agents Interacting with their Disorder', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 28, no.2, pp. 122-128.
- Rogers, C 1959, 'A Theory of therapy, personality relationships as developed in the client-centered framework' in Koch S (ed.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context*, Volume 3, New York, McGraw Hill.
- Rosenthal, R & Rosnow, RL 1975, *The volunteer subject*, New York, John Willey & Sons.
- Rothenberg, A 2001, 'Bipolar illness, creativity and treatment', *Psychiatric Quarterly*, vol.72, no.2, pp. 131-147.
- Rothko, M 1964, *Untitled no.4*, abstract painting, 264.1 x 226.5 cm, USA, National Gallery of Art, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/mark-rothko/no-4-1964>>.
- Rothko, M 1969, *Untitled*, abstract painting, oil, USA, San Fransisco Museum of Modern Art, viewed 10 April 2015, <<http://www.wikiart.org/en/mark-rothko/untitled-1969>>.
- Rowe, MM & Allen, RG 2004, 'Spirituality as a means of coping with chronic illness', *American Journal of Health Studies*, vol. 19, no. 1, pp. 62-66.

- Rowlands, P 1995, 'Schizophrenia and sexuality', *Sexual and Marital Therapy*, vol. 10, no.1, pp. 47–61.
- Rudaleviciene, P, Stompe, T, Narbekovas, A, Raskauskiene, N, Bunevicius, R 2008, 'Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia?' *Medicina (Kaunas)*, vol.44, no. 7, pp.529-535.
- Ruggeri, M, Leese, M, Thornicroft, G, Bisoffi, G & Tansella, M 2000, 'Definition and prevalence of severe and persistent mental illness', *British Journal of Psychiatry*, no.177, pp. 149-155.
- Rusner, M, Gunilla, C, Brunt, D & Nyström, M 2009, 'Extra dimensions in all aspects of life- the meaning of life with bipolar disorder', *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol.4, no.3, pp.1-11.
- Russinova Z, Bloch PP, Lyass A 2007, 'Patterns of employment among individuals with mental illness in vocational recovery', *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, vol. 45, no.12, pp. 48-54.
- Rustin, TA 2008, Using artwork to understand the experience of mental illness: Mainstream artists and Outsider artists, *Psycho-social medicine*, vol. 8, no.5, pp.1-14.
- Sadock, BJ & Sadock, VA 2007, *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσαζ, Αθήνα.
- Sajatovic, M & Jenkins, JH 2007, 'Is antipsychotic medication stigmatizing for people with mental illness?' *International review of psychiatry*, vol. 19, no. 12, pp. 107-112.
- Sandelowski, M 1995, 'Sample size in qualitative research', *Research in Nursing and Health*, vol.18, no.2, pp. 179-183.
- Sanseeha L, Chontawan R, Sethabouppha H, Disayavanish C, Turale S 2009, 'Illness perspectives of Thais diagnosed with schizophrenia', *Nursing & health sciences*, vol. 11, no. 3, pp. 306-311.
- Sayre, J 2000, 'The patient's diagnosis: Explanatory models of mental illness', *Qualitative Health Research*, vol. 10, no.1, pp. 71–83.

- Scheff, TJ 1963, 'The role of the mentally ill and the dynamics of mental disorder: A research framework', *Sociometry*, vol.26, no.4, pp. 436–453.
- Schmitt, A & Falkai, P, 2014, 'Comorbidity, stigma and emotional perception in psychiatric Disorders', *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, vol. 264, no.1,pp. 1-2.
- Schoepf , D, Uppal, H, Potluri, R & Heun R 2013, 'Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions' , *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, vol. 264, no.1, pp. 3-28.
- Schomerus, G, Schwahn, C, Holzinger, A, Corrigan , PW, Grabe, HJ, Carta ,MG & Angermeyer, MC 2012, 'Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.125, no.6, pp.440-452.
- Schön, UK 2009, 'How men and women in recovery give meaning to severe mental illness' , *Journal of Mental Health*, vol. 18, no. 5, pp. 433-440.
- Schön, UK 2010, 'Recovery from severe mental illness:a gender perspective', *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 24, no. 3, pp. 557-564.
- Schön, UK 2013, 'Recovery in involuntary psychiatric care:Is there a gender difference?' *Journal of Mental Health*, vol. 22, no.5, pp. 420-427.
- Schroeder, R 2013, 'The seriously mentally ill older adult: perceptions of the patient-provider relationship', *Perspectives of Psychiatric Care*, vol. 49, no. 1, pp. 30-40.
- Schulze, B & Angermeyer MC 2003, 'Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals', *Social Science and Medicine*, vol. 56, no.2, pp. 299–312.
- Schür, E 2001, *Labeling deviant behavior: Its sociological implications*, New York, Harper & Row.
- Schutz, A. 1967, *The phenomenology of the social world*, Evanston: IL:Northwestern University Press.
- Sechehaye, M 1998, *Μια Σχιζοφρενής αφηγείται*, Μετ. Ανδρεοπούλου, Σ, Δίοδος, Αθήνα.

Sells D, Borg M, Marin I, Mezzina, R, Topor A, Davidson L 2004, 'Arenas of recovery for persons with severe mental illness', *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 9, no.1, pp. 3-16.

Shattell, MM, McAllister, S, Hogan, B & Thomas, SP 2006, 'She Took the Time to Make Sure She Understood. Mental Health Patients Experiences of Being Understood.', *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 20, no.5, pp. 234-241.

Shattell, MM, Starr, S & Thomas, SP 2007, 'Take my hand, help me out' Mental health service experience of the therapeutic relationship', *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 16, no. 4, pp. 274-284.

Shea, JM 2009, 'Coming Back Normal:The Process of Self-Recovery in Those With Schizophrenia', *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, vol. 16, no. 1, pp. 43-51.

Sims, A, Mundt, C, Berner, P & Barocka, A 2007, 'Περιγραφική φαινομενολογία', in Gelder, MG, Lopez-Ibor, J & Andreasen, N 2007, Σύγχρονη Ψυχιατρική . Επιστ. Επιμ. Σολδάτος, Κ, Αντωνίου, ΑΣ, Αγγελόπουλος, Ν, Καπρίνης, Γ, Λειβαδίτης, Ε. Λύκουρας, Β. Μαυρέας κ.ά. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, σελ. 69-92.

Sitvast, JE, Abma, TA & Widdershoven, GA 2011, 'Living with severe mental illness: perception of sickness', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no.10, 2170-2179.

Skärsäter, I, Dencker, K, Bergbom, I, Häggström, L & Fridlund, B 2003, 'Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach', *Issues in mental health nursing*, vol.24, no.4, pp. 419-439.

Smith, MK 2000, 'Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol.24, no.2, pp.149-158.

Solomon, C, Poole, J, Palmer, KT & Coggon, D 2007, 'Health related job loss: Findings from a community-based survey', *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 64, no.3, pp. 144-149.

Spaniol, L & Wewiorski , NJ 2012, 'Phases of the Recovery Process From Psychiatric Disabilities', *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, vol. 17, no.1, pp. 10.

Spaniol, L, Wewiorski, NJ, Gagne, C & Anthony, WA 2002, 'The process of recovery from schizophrenia', *International Review of Psychiatry*, vol.14, no. 4, pp.327-336.

Spitzer, RL, Williams, JBW, Gibbon, M & First, MD 1990, *Structured clinical interview for DSM-R Patient Edition (SCID-P)*, Version 1.0. DC: American Psychiatric Press, Washington.

Sque, M, 2000, 'Researching the Bereaved: An Investigator's Experience', *Nursing Ethics*, vol.7, no.1, pp. 23-33.

Stahl, SM & Crady, MM 2009, *Βασική ψυχοφαρμακολογία: οδηγός συνταγογράφησης, μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά*, Χ. Καλαϊτζή, Πασχαλίδης, Αθήνα.

Stang, P, Frank, C, Yood, MU, Wells, K & Burch, S 2007, 'Impact of bipolar disorder: Results from a screening study', *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 9, no. 1, pp. 42-47.

Starnino, VR & Canda, ER 2014, 'The Spiritual Developmental Process for People in Recovery from Severe Mental Illness', *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, vol. 33, no.3-4, pp. 274-299.

Stockmann, C 2005, 'A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau', *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 26, no.9, pp. 911-919.

Sullivan, HS 1953, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, USA, Routledge.

Sun Kyung, K & Eun Hee, K 2014, 'A Phenomenological Study of the Lived Experiences of Koreans with Mental Illness', *Journal of Social Service Research*, vol. 40, no. 4, pp. 468-480.

Temple, B & Edwards, R 2002, 'Interpreters/Translators and Cross-Language Research: Reflexivity and Border Crossings', *International Journal of Qualitative Methods*, vol.1, no.2, pp.1-12.

Tepper, L, Rogers, SA, Coleman, EM & Malony, HN 2001, 'The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness', *Psychiatric Services*, vol.52, no.5, pp.650-655.

The Vincent van Gogh Gallery, n.d., *The Letters from Vincent to Theo, Letter 70, 5 July 2876*, viewed 10 April 2015, < http://www.vggallery.com/letters/080_V-T_070.pdf>.

- The Virgin Suicides*, 1999, Directed by Sofia Copola [Film], USA, Paramount Classics.
- Thomas, S Shattell, M & Martin, T 2002, 'What's therapeutic about the therapeutic milieu?' *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 16, no.3, pp. 99-107.
- Thompson , ML 2007, *Mental Illness: Health and Medical Issues Today*, Westport, Conn, Greenwood Press.
- Thompson, NC, Hunter, EE, Murray, L, Ninci, L, Rolfs , EM & Pallikkathayil, L 2008, 'The Experience of Living With Chronic Mental Illness: A Photovoice Study', *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 44, no.1, pp. 14-24.
- Thornicroft, C, Wyllie, A, Thornicroft, G & Mehta, N 2014, 'Impact of the "Like Minds, Like Mine" anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, no. 4, 360–370.
- Thornicroft, G 2013, 'Premature death among people with mental illness', *BMJ*, 346:f3423.
- Thornicroft, G, Mehta, N, Brohan, E & Kassam, A 2010, 'Stigma and discrimination' in C Morgan & D Bhurga (eds.), *Principles of Social Psychiatry*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- Thys, E , Sabbe, B & De Hert, M. 2013, 'Creativity and psychiatric illness: the search for a missing link--an historical context for current research', *Psychopathology*, vol. 46, no. 3, pp. 136-44.
- Titchener, EB 2014, 'Introspection and empathy Dialogues in Philosophy', *Mental and Neuro Sciences*, vol. 7, no.1, pp. 25-30.
- Tzouvara, V & Papadopoulos C, 2014, 'Public stigma towards mental illness in the Greek culture', *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol.21, no.10, pp. 931-938.
- Tooth, B, Kalyanasundaram, V, Glover, H & Momezadah, S 2003, 'Factors consumer identify as important to recovery from Schizophrenia', *Australian Psychiatry*, vol.11, no.1, pp.S70-S77.
- Topor A, Borg M, Di Girolamo S, Davidson L 2011, 'Not just an individual journey: social aspects of recovery', *The International journal of social psychiatry*, vol. 57, no.1, pp. 90-99.

Tsoucalas, G, Karamanou, M & Androustos, G 2011, 'The eminent Italian scholar Pietro d'Abano (1250-1315) and his contribution in anatomy', *Italian Journal of Anatomy and Embryology*, vol. 116, no. 1, pp. 52-55.

Turner, B 1987, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, London.

Turton, P, Demetriou, A, Boland, W, Gillard, S, Kavuma, M, Mezey, G, Mountford, V, Turner, K, White, S, Zadeh, E & Wright, C 2011, 'One size fits all: or horses for courses? Recovery-based care in specialist mental health services', *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 46, no. 2, pp. 127-36.

Tylee, A 2001, 'Major depressive disorder (MDD) from the patient's perspective: overcoming barriers to appropriate care', *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 5, no. 1, pp. 537-542.

United States Census Bureau 2011, USA [State & County QuickFacts], viewed 2 May 2015, <http://quickfacts.census.gov/qfd/states/00000.html>

US Department of Health and Human Sciences 2007, Mental Health and Mental Disorders Terminology, viewed 8 April 2015, <<http://www.oas.samhsa.gov/MentalHealthHP2010/terminology.htm>> .

Van der Kolk, BA, McFarlane, AC & Weisaeth, L (eds.) 1996, *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, pp. 559-575, New York, Guilford Press.

Van Gogh V 1890b, *Poppies with Butterflies*, Oil on Canvas, Van Gogh Museum, Amsterdam, viewed 29 April 2015, <<http://www.vangoghgallery.com/catalog/Painting/450/Poppies-and-Butterflies.html>>

Van Gogh V 1890c, *Village Street in Auvres*, Oil on Canvas, Ateneum Art Museum, Finland, viewed 29 April 2015, < <http://www.vangoghgallery.com/catalog/Painting/714/Village-Street-in-Auvers.html>>.

Van Gogh, V 1887, *Hanging Skeleton with Cat*, van Gogh Museum, Amsterdam, viewed 10 April 2015, < http://www.vggallery.com/drawings/p_1361.htm>.

Van Gogh, V 1889a, *Barred Window*, Black Chalk, Van Gogh Museum, Amsterdam, viewed 10 April 2015, <<http://www.vangoghgallery.com/catalog/Drawing/804/Barred-Windows.html>>.

Van Gogh, V 1889b, *Stone steps in the garden of St. Paul's Hospital at Saint-Rémy*, Oil on Canvas, Museu de Arte de Sao Paulo, Brazil, viewed 10 April 2015, <<http://www.vangoghgallery.com/catalog/Painting/597/Stone-Bench-in-the-Garden-of-Saint-Paul-Hospital,-The.html>>.

Van Gogh, V 1889c, *Vestibule of St Paul's Hospital in Saint Remy*, Oil painting, viewed 10 April 2015, <http://www.jackygallery.com/index.php?main_page=index&cPath=4_31>.

Van Gogh, V 1889d, *Windows of Vincent's Studio at the asylum*, Watercolor, Black chalk gouache, van Gogh Museum, Amsterdam, viewed 10 April 2015, <<http://www.vangoghgallery.com/catalog/Watercolor/1911/Window-of-Vincent%27s-Studio-at-the-Asylum.html>>.

Van Gogh, V 1889e, *Cemetery in the rain*, viewed 10 April 2015, <https://www.google.com.cy/search?q=cemetery+in+the+rain&es_sm=93&biw=1440&bih=799&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=6p0nVbq4B8zpaP-XgrAI&ved=0CAYQ_AUoAQ#tbm=isch&q=cemetery+in+the+rain+van+Gogh&imgrc=HsIYqBhgjj6RNM%253A%3BFWZU-Kp-sUhbqM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.art-prints-on-demand.com%252Fkunst%252Fvincent_van_gogh%252Fcemetery-in-the-rain.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.art-prints-on-demand.com%252Fa%252Fvan-gogh-vincent%252Fvangoghcemeteryintheraind.html%3B600%3B366>.

Van Gogh, V 1889g, *Starry Night*, Oil on Canvas, Museum of Modern Art, New York, viewed 10 April 2015, <<http://www.vangoghgallery.com/painting/starry-night.html>>.

Van Gogh, V 1889h, *Self- Portrait with Bandaged Ear*, Oil on canvas, Courtauld Galleries, London, viewed 29 April 2015, < <https://www.khanacademy.org/humanities/becoming-modern/avant-garde-france/post-impressionism/a/van-gogh-self-portrait-with-bandaged-ear>>

Van Gogh, V 1889i, *Rain*, Oil on Canvas, Philadelphia Museum of Art, Philadelphia, viewed 29 April 2015, <http://www.philamuseum.org/collections/permanent/82820.html>

- Van Gogh, V 1890a, *Wheatfield with crows*, Oil on canvas, Van Gogh Museum, Amsterdam, viewed 10 April 2015, <<http://www.vangoghgallery.com/catalog/Painting/746/Wheat-Field-with-Crows.html>>.
- Van Gogh, V 1890d, *The raising of Lazarus*, Oil on canvas, van Gogh Museum, Amsterdam, viewed 29 April 2015, <<http://www.artbible.info/art/large/462.html>>.
- Van Gogh, V, 1889f, *Cypresses*, Oil on Canvas, Van Gogh Museum, Amsterdam, viewed 10 April 2015, <<http://www.vangoghgallery.com/catalog/Painting/92/Cypresses.html>>.
- Van Manen, M 1984, 'Practicing Phenomenological Writing', *Phenomenology and Paedagogy*, vol. 2, no. 1, pp. 36-69.
- Van Manen, M 1990, *Researching lived experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*, SUNY Press, New York.
- Van Manen, M 2007, 'Phenomenology of Practice', *Phenomenology & Practice*, vol. 1 no.1, p.11-30.
- Van Manen, M 2011, *Phenomenology Online, A Resource of Phenomenological Inquiry*, viewed 6 May 2015, <http://www.phenomenologyonline.com/?s=insight>
- Van Nes, F, Abma T, Jonsson H, Deeg D 2010, 'Language differences in qualitative research: is meaning lost in translation?' *European Journal of Ageing*, vol. 7, no.4, pp.313-316.
- Veronica Decides to Die*, 2009, Directed by Emily Young, USA, First Look International & Entertainment One films.
- Victoria's Mental Health Services n.d, *A Guide to Mental Health Terminology*, viewed 5 May 2015, <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/terminology.htm>
- Volman, L & Landeen, J 2007, 'Uncovering the sexual self in people with Schizophrenia', *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 14, no.4, pp. 11-17.
- Walsh, D & Downe S 2005, 'Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, no.2, pp. 204-211.
- Wang, JY 2011, 'Service user's personal experience and interpretation of mental illness: Oriental narratives', *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 58, no.4, pp. 425-432.

- Warburton, N 2012, *Μικρή ιστορία της φιλοσοφίας*, μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά, Γ. Λαμπράκος, Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη.
- Ward, TD 2011, 'The Lived Experience of Adults with Bipolar Disorder and Comorbid Substance Use Disorder', *Issues in mental health nursing*, vol. 32, no. 1, pp.20-27.
- Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D 2007, 'Connectedness and citizenship: redefining social integration', *Psychiatric Services*, vol. 58, no.4, pp.469-474.
- Warne, T & McAndrew, S 2010, 'Re-searching for therapy: The ethics of using what we are skilled in', *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 17, no. 6, pp. 503–509.
- Warner, R 2004, *Recovery of Schizophrenia: Psychiatry and Political, Economy*. London, Routledge.
- Watson, J 1988, *Nursing Human Science and Human Care: A theory of Nursing*, New York, National League of Nursing.
- Webb, M, Charbonneau, AM, McCann, RA & Gayle, KR 2011, 'Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness', *Journal of Clinical Psychology*, vol. 67, no.12, pp. 1161-1176.
- Wedenoja, W 1983, 'Jamaican psychiatry', *Transcultural Psychiatric Research Review*, vol. 20, no. 4, pp. 233–258.
- Weiner, B 1986, *An attributional theory of motivation and emotion*, New York: Springer-Verlag.
- Wheeler, K 2004, 'Development of psychiatric-mental health practitioner competencies: Opportunities for the 21st century', *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 10, no.3, pp. 129–138.
- White, L 2008, 'Narratives of Mental Illness: The “Autobiographical Manifestos” of Kate Mitlett, Susanna Kaysen and Kay Redfield Jamison', *Women and Language*, vol.31, no.1, pp. 4-12.

- Whitley R, Harris M, Drake RE 2008, 'Safety and security in small-scale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study', *Psychiatric Services*, vol. 59, no.2, pp. 165–169.
- Wier, LM (Thompson Reuters), et al. 2011, HCUP facts and figures: statistics on hospital-based care in the United States, 2009. Web.. Rockville, Md. Agency for Healthcare Research and Quality, viewed 7 April 2015, < <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports.jsp>>.
- Williams, CC 2008, 'Insight, Stigma and Post-Diagnosis Identities in Schizophrenia', *Psychiatry*, vol. 71, no.3, pp. 246-256.
- Wilson, DW 2010, 'Culturally competent psychiatric nursing care', *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 17, no. 8, pp. 715–724.
- Wittchen, HU, Jacobi, F, Rehm, J, Gustavsson, A, Svensson, M, Jönsson, B, Olesen, J, Allgulander, C, Alonso, J, Faravelli, C, Fratiglioni, L, Jennum, P, Lieb, R, Maercker, A, van Os, J, Preisig, M, Salvador-Carulla, L, Simon, R & Steinhausen, HC 2011, 'The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010', *European College of Neuropsychopharmacology*, vol. 21, no. 9, pp.655-679.
- Wittmann, D & Keshavan, M 2007, 'Grief and mourning in schizophrenia', *Psychiatry*, vol. 70, no.2, pp. 154-166.
- Wojnar, DM & Swanson, KM 2007, 'Phenomenology: an exploration', *Journal of Holistic Nursing*, vol. 25, no.3, pp.172-180.
- Wolff, G, Pathare, S, Craig, T & Leff, J 1996, 'Community attitudes to mental illness', *British Journal of Psychiatry*, vol. 168, no.2, pp. 183–190.
- Wood, D & Pistrang, N 2008, 'A Safe Place? Service User's Experiences of an Acute Mental Health Ward', *Journal of community & applied social psychology*, vol. 14, no. 1, pp. 16-28.
- World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO) & World Association for Sexology (WAS), 2000, Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. 19–22 May, viewed 16 April 2015, <http://www.2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/PSH.HTM>

World Health Organization 1948, *Definition of Health*, viewed 14 April 2015, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization Region 2000-2012, *Global Health Estimates 2014. Summary Tables: DALY by cause, age and sex*, viewed 7 April 2015, <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>>.

World Health Organization, 2003, *The mental health context, Mental Health Policy and Service Guidance Package*, Geneva, viewed 9 April 2015, <http://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf>.

World Health Organization, 2004, *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report*, viewed 9 May 2015, http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World Health Organization, 2009, *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*, viewed 9 April 2015, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547697_eng.pdf>.

Yangarber-Hicks, N 2004, 'Religious coping styles and recovery from serious mental illnesses', *Journal of Psychology and Theology*, vol. 32, no. 4, pp. 305-317.

Yu, J & Kirk, M 2008, 'Measurement of empathy in nursing research: systematic review', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 64, no. 5, pp. 440-454.

Zhao, X 2009, 'Mental health in contemporary China', in M Incayawar, R Wintrob & L Bouchard (eds.) *Psychiatric and Traditional Healers: Unwitting Partners* , Global Mental Health. Blackwell, Oxford, pp. 135–148.

Zolneriek, CD 2011, 'Exploring Lived Experiences of Persons with Severe Mental Illness: A Review of the Literature', *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 32, no.1, pp. 46-72.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

«ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΠΑΓΙΩΜΕΝΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ»

Επιστημονικός Υπεύθυνος:

Δρ. Μαρία Καρανικόλα

Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Τηλ: +35722001639

Email: maria.karanikola@cut.ac.cy

Κύριος Ερευνητής: Καϊτέ Χάρις

Το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, ξεκινά μια έρευνα για να διερευνηθεί η βιωμένη εμπειρία των ατόμων με παγιωμένη ψυχική νόσο. Η έρευνα θα διεξαχθεί στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής με επιβλέπουσα καθηγήτρια τη Δρ

Μαρία Καρανικόλα, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου. Κύριοι ερευνητές είναι η Δρ. Μαρία Καρανικόλα και η κ. Καϊτέ Χάρις, Ψυχολόγος, υποψήφια διδάκτωρ (κύρια ερευνήτρια) στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή είναι εθελοντική και τυχόν άρνηση ή διακοπή της συμμετοχής σας σε οποιοδήποτε στάδιο, δεν πρόκειται να έχει οποιοδήποτε είδους επίπτωση στη θεραπεία ή στην αντιμετώπιση σας από τις υπηρεσίες υγείας ή να συζητηθεί με κάποιο από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που σας παρακολουθεί.

Δεν υπάρχει κάποιος πιθανός ψυχολογικός ή κοινωνικός κίνδυνος από την συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη. Παράλληλα, δεν υπάρχει κάποιο άμεσο πλεονέκτημα από τη συμμετοχή σε αυτή τη μελέτη. Ωστόσο, ευελπιστούμε πως η ορθολογική χρησιμοποίηση των τελικών αποτελεσμάτων θα συμβάλει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ψυχικά πάσχοντες.

Σε κανένα σημείο της έρευνας δεν απαιτείται και δεν καταγράφεται το ονοματεπώνυμο σας ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο το οποίο θα μπορούσε να προσδιορίσει την ταυτότητα σας. Επιπλέον, σε κανένα στάδιο της μελέτης δεν πρόκειται να γίνει αναφορά στα νοσοκομεία ή στις υπηρεσίες που χρησιμοποιείτε, ή στα στοιχεία σας. Η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών θα προστατευθούν, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά το τέλος της ερευνητικής αυτής εργασίας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα θα περιλαμβάνει την εξής διαδικασία : αρχικά θα σας ζητηθεί να υποβληθείτε σε μία δοκιμασία αξιολόγησης των γνωστικών σας λειτουργιών (Folstein Mini-Mental State Exam)²³ , η οποία θα έχει διάρκεια περίπου 10 λεπτών, και θα

²³ Βάση ερευνητικού πρωτοκόλλου η ερευνήτρια θα εκπαιδευόταν από λειτουργό του Υπουργείου Υγείας, Ανώτερη Νοσηλευτική Λειτουργό Ψυχικής Υγείας, στην εφαρμογή του εργαλείου αξιολόγησης γνωστικών λειτουργιών MMSE (Folstein et al, 1975; Μαδιάνος, 2004), επικοινωνήσαμε με τους αρμόδιους για την εξασφάλιση όλων των απαιτούμενων αδειών και παρόλο που η εκπαίδευση διεξήχθη κανονικά, οι αρχικοί στόχοι τροποποιήθηκαν με αποτέλεσμα να μην χρησιμοποιηθεί το MMSE. Το MMSE δεν χρησιμοποιήθηκε επίσης λόγω ιδιαιτερότητας του συγκεκριμένου πληθυσμού. Οι γνωστικές λειτουργίες ελέγχθηκαν αντ' αυτού με απλές ερωτήσεις: π.χ. για την εξέταση επίγνωσης του χρόνου, τόπου και εαυτού (προσανατολισμός) χρησιμοποιήθηκαν

αφορά σε διάφορες ψυχικές λειτουργίες, όπως είναι η μνήμη, η αφαιρετική σκέψη και ο προσανατολισμός. Διευκρινίζεται ότι η αξιολόγηση αυτή δεν αντικαθιστά την εξέταση των ψυχικών λειτουργιών στην οποία σας υποβάλλει ο θεράπων ιατρός σας. Εάν και εφόσον κριθεί από τους ερευνητές κατάλληλη η συμμετοχή σας στην ερευνά αυτή βάσει της βαθμολογίας σας στην παραπάνω αξιολόγηση, θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε μία φόρμα με τα δημογραφικά σας στοιχεία, και στη συνέχεια θα συμμετέχετε σε ημι-δομημένη συνέντευξη. Όλα τα στοιχεία που θα συλλεχθούν με όλους τους παραπάνω τρόπους θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς σκοπούς, με διαφύλαξη της ανωνυμίας και βάσει της αρχής της εμπιστευτικότητας, όπως σας έχει επεξηγηθεί πιο πάνω.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις και δεν κρίνεστε ή δεν κρίνετε το προσωπικό υγείας ή τις παρεχόμενες υπηρεσίες με οιοδήποτε τρόπο, αλλά ούτε και επηρεάζεται η θεραπεία σας με κάποιον τρόπο.

Η διάρκεια και ο χώρος διεξαγωγής της συνέντευξης θα καθοριστεί και θα επιλεγεί από σας. Θα επιλεγεί ένα περιβάλλον άνετο, χωρίς θορύβους, όπου δεν θα υπάρχει οποιαδήποτε παρέμβαση από τρίτο άτομο, για σκοπούς προφύλαξης της ιδιωτικότητας και διατήρησης της εμπιστευτικότητας.

Αν έχετε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με την συμμετοχή σας ή με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνείτε σε ώρες γραφείου στον τηλεφωνικό αριθμό 22002032. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες.

Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες που αφορούν στην έρευνα στην οποία συμμετέχετε προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε την έρευνα ή ακόμα και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

οι εξής ερωτήσεις: 1) Τι ημερομηνία έχουμε σήμερα; 2) Πώς λέγεται αυτό το μέρος; 3) Πώς σας λένε; (αναγνώριση εαυτού), «Πώς με λένε; (Μαδιάνος 2004).

Έχοντας διαβάσει την περιγραφή της μελέτης και αφού μου δόθηκε η ευκαιρία να λάβω απαντήσεις σε όλα τα σχετικά ερωτήματα που έθεσα, η συμπλήρωση της ημερομηνίας και η καταγραφή ενός ψευδώνυμου συνιστά την αποδοχή της εθελοντικής συμμετοχής μου στην επικείμενη μελέτη.

Ημερομηνία :

Ψευδώνυμο:

Υπογραφή Ερευνητή

Υπογραφή Επιστημονικού Υπεύθυνου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2011.01.39
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

15 Νοεμβρίου 2011

Δρ. Μαρία Καρανικόλα
Βραγαδίνου 15
3041 Λεμεσός

Αξιότιμη Δρ. Καρανικόλα,

**Θέμα: «Φαινομενολογική διερεύνηση της εμπειρίας των ατόμων με παγιομένη
ψυχική νόσο στην Κύπρο»**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 09 Νοεμβρίου 2011, για το πιο πάνω θέμα και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι το αίτημα σας εξετάστηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) στην συνεδρίαση της ημερομηνίας 15 Νοεμβρίου 2011.

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (επιστολή προς την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, έντυπο συναίνεσης μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή στην έρευνα, δείγμα ημι-δομημένου οδηγού συνέντευξης και Σύνομη Εξέταση της Διανοητικής Κατάστασης) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, η ΕΕΒΚ έχει την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση,

π. Γεώργιος Ζήνωνος

Αντιπρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Αρ. Φακ. : 3.28.23
Αρ. Τηλ. : 22818303

9 Ιανουαρίου 2012
Κυρία Χάρις Καϊτέ
Ψυχολόγο

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας φοιτήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου κυρίας Χάρις Καϊτέ για διεξαγωγής έρευνας για την «Φαινομενολογική Διερεύνηση της Εμπειρίας των Ατόμων με Παγιωμένη Ψυχική Νόσο στην Κύπρο»

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με το ηλεκτρονικό μήνυμα σας με ημερομηνία 20.12.2011, καθώς και στα ηλεκτρονικά μηνύματα σας με ημερομηνίες 3.1.2012 και 9.1.2012 με τις διευκρινίσεις σας για το σημείο «Θ» σε σχέση με τα μέτρα ασφάλειας και προστασίας των δεδομένων.

Σας πληροφορώ ότι το περιεχόμενο της εν λόγω Γνωστοποίησης φαίνεται να είναι σύμφωνο με τις διατάξεις του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 37(I)/2003, στο εξής «ο Νόμος»).

Η πιο πάνω Γνωστοποίηση έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.3Ε Αρ. τηλ:22605738 Email:igeorgiou@moh.gov.cy

23/01/2012

Χάρης Καϊτέ ' Βραγαδίνου 15 3041 Λεμεσός

Κυρία,

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Φαινομενολογική διερεύνηση της εμπειρίας των ατόμων με παγιωμένη Ψυχική Νόσο στην Κύπρο» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 29/12/2011 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Νοείτε ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσετε η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεσης συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασίας σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

Με Εκτίμηση,

(Ειρήνη Γεωργίου) για Γενικό Διευθυντή Υπουργείου Υγείας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΡΟΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

a/a	Ψευδώνυμο	Ηλικία	Οικογενειακή Κατάσταση	Μορφωτικό Επίπεδο	Επάγγελμα	Διάγνωση	Συμμετείχε/Δεν συμμετείχε/Λόγος Μη συμμετοχής
1.	Μητέρα	39	Άγαμη	Πρωτοβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Συμμετέχων
2.	Χριστόφορος Κατάπελλος	26	Άγαμος	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Διπλή διάγνωση	Συμμετέχων
3.	Κώστας Θεοφάνους	58	Διαζευγμένος	Πρωτοβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Συμμετέχων
4.	Χρίστος Αναστάση	65	Έγγαμος	Πρωτοβάθμια	Συνταξιούχος	Ψυχωτικά στοιχεία	Συμμετέχων
5.	ΑΕΛ	36	Άγαμος	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Συμμετέχων
6.	Βιβή	37	Έγγαμη	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Συμμετέχων
7.	Γιώργος	47	Άγαμος	Δευτεροβάθμια	Λιμενεργάτης	Ψυχωτικά στοιχεία	Συμμετέχων
8.	Κλείτος	62	Άγαμος	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Διπολική Διαταραχή	Συμμετέχων
9.	Λιοντάρι	36	Άγαμος	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Συμμετέχων
10.	Κωνσταντίνος	54	Έγγαμος	Πρωτοβάθμια	Αυτοεργοδοτούμενος	Σχιζοφρένεια	Συμμετέχων
11.	Δεν έδωσε ψευδώνυμο	46	Άγαμος	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Δεν θέλησε τελικά να συμμετάσχει/Δεν αναφέρει λόγους.
12.	Δεν έδωσε ψευδώνυμο.	38	Άγαμος	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Δεν θέλησε να συμμετάσχει/Δεν αναφέρει λόγους.

13.	Δεν έδωσε ψευδώνυμο	31	Άγαμος	Τριτοβάθμια (3 ^ο έτος)	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Δεν θέλησε να συμμετάσχει/Δεν αναφέρει λόγους.
14.	Καταλίνα	51	Διαζευγμένη	Πρωτοβάθμια	Χωρίς εργασία	Διπολική Διαταραχή	Ακύρωσε αρκετές φορές τα προγραμματισμένα ραντεβού και στο τέλος είπε ότι συμβουλευτήκε τον ψυχίατρο της και της είπε να μην συμμετάσχει.
15.	Σκληροπυρηνικός Αλέξης	26	Άγαμος	Πρωτοβάθμια	Χωρίς εργασία	Στοιχεία Αυτισμού	Αποκλείστηκε λόγω διάγνωσης.
16.	Του Γεωργίου	32	Άγαμος	Πρωτοβάθμια	Χωρίς εργασία	Οριακή νοημοσύνη	Αποκλείστηκε λόγω διάγνωσης.
17.	Ψυχικά ασθενής	58	Άγαμος	Αναλόβητος	Χωρίς εργασία	Οριακή νοημοσύνη	Αποκλείστηκε λόγω διάγνωσης.
18.	Γυναίκα	53	Διαζευγμένη	Πρωτοβάθμια	Χωρίς εργασία	Διπολική Διαταραχή	Αποκλείστηκε λόγω περιορισμένης εναισθησίας.
19.	Παρασκευή Παυλίδου	58	Διαζευγμένη	Τριτοβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Αποκλείστηκε λόγω περιορισμένης εναισθησίας.
20.	Δεν έδωσε ψευδώνυμο.	59	Διαζευγμένη	Δευτεροβάθμια	Χωρίς εργασία	Ψυχωτικά στοιχεία	Ακύρωσε συνεχώς τα ραντεβού και μετά έπεσε σε υποτροπή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα
Anthony (2008)	ΗΠΑ	Διερεύνηση της κατανόησης της βιωμένης εμπειρίας ατόμων με ΣΨΝ από τις σχέσεις τους με τους θεραπευτές οι οποίες διευκολύνουν την αποκατάσταση.	Φαινομενολογία, 10 άτομα με διπολική διαταραχή, μείζων καταθλιπτική διαταραχή και σχιζοφρένεια. Χρήση του εργαλείου συνέντευξης (The Recovery Partnership Interview Tool, RPIT).	Πυρηνικό θέμα: Χαρακτηριστικά των βοηθητικών θεραπειών. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none">• Δίκτυα βοηθητικών συνεργασιών.• Διδασκαλία-μάθηση.• Πνευματικότητα.• Τάση δημιουργίας.• Χρόνος.• Τήρηση φαρμακοθεραπείας.
Borg & Krinstianse n (2004)	Νορβηγία	Διερεύνηση της κατανόησης των χαρακτηριστικών που διέπουν τις θεραπευτικές σχέσεις στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο οι θεραπευτές μπορούν να συνεργαστούν με αποτελεσματικό τρόπο με τους	Φαινομενολογία, 15 άτομα με κύρια διάγνωση Σχιζοφρένεια, ανοικτού τύπου ερωτήσεις.	Πυρηνικό θέμα: Αποπροσανατολισμός του τι σημαίνει να είσαι επαγγελματίας. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none">• Η ανθρώπινη διάκριση: αποκαλύπτοντας την ισότιμη ανθρωπότητα.• Διαθέσιμοι καθημερινά θεραπευτές.• Βιώνοντας το τι είναι «βοηθητικό».• Κόντρα στους κανόνες.

		χρήστες υπηρεσιών υγείας.		
Bradshaw et al. (2007)	ΗΠΑ	Διερεύνηση της αναπτυξιακής διαδικασίας της αποκατάστασης στην πορεία του χρόνου και κατανόηση των σημαντικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων, της νόσου, των επαγγελματιών υγείας, της οικογένειας και της κοινότητας, παράγοντες οι οποίοι βοηθούν ή παρεμποδίζουν την διαδικασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης.	Ερμηνευτική φαινομενολογία, 45 άτομα με Σχιζοφρένεια, Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διπολική διαταραχή και μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Ημι-δομημένες συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Βρίσκοντας μια θέση στην κοινότητα (Κοινωνική επανενσωμάτωση). Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Επανενσωμάτωση στην κοινότητα και έντονη επιθυμία κανονικότητας. • Επανενσωμάτωση με την οικογένεια και τους φίλους. • Επανενσωμάτωση με τους υπευθύνους της περίπτωσης. • Επανασύνδεση με τον εαυτό. • Εμπόδια στην κοινωνική ενσωμάτωση.
Bromley et al. (2013)	ΗΠΑ	Διερεύνηση του νοήματος και της αξίας της κοινότητας από άτομα με ΣΨΝ.	Θεμελιωμένη θεωρία, 30 άτομα με διπολική διαταραχή, κατάθλιψη και ψυχωτικές διαταραχές, ημι-δομημένες συνεντεύξεις.	Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Ζητώντας βοήθεια. • Ελαχιστοποιώντας το ρίσκο. • Αποφυγή του στίγματος. • Προσφέροντας πίσω.
Davidson et al. (2006)	Ιταλία, Νορβηγία, Σουηδία & ΗΠΑ.	Διερεύνηση της κατανόησης του νοήματος της ανάρρωσης από άτομα τα οποία	Πολυεθνική μελέτη, 12 άτομα με σχιζοφρένεια, μείζων καταθλιπτική διαταραχή με	Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Με ποιο το άτομο αντιμετωπίζει τα προβλήματα του. • Ο ρόλος των

		βιώνουν ψύχωση και προσπαθούν να τη διαχειριστούν.	ψυχωτικά στοιχεία ή παρανοειδή ψύχωση, ημι-δομημένες συνεντεύξεις.	υλικών πόρων. <ul style="list-style-type: none"> • Ο ρόλος των τυπικών και άτυπων συστημάτων υγείας. • Οι ρόλοι των σημαντικών άλλων. • Οι ρόλοι των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων.
Henderson (2010)	Αυστραλία	Διερεύνηση της διαδικασίας της ανάρρωσης μετά από τις επιπτώσεις της ΣΨΝ και των μηχανισμών μέσω των οποίων αυτές εμφανίζονται.	Θεμελιωμένη θεωρία, 15 άτομα με σχιζοφρένεια, μείζων καταθλιπτική διαταραχή και διπολική διαταραχή, μη-δομημένες συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Αντιμετώπιση της απώλειας. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • 1η Φάση: Επανάκτηση. • 2^η Φάση: Προχωρώντας μπροστά. • 3^η Φάση: Επιστρέφοντας πίσω. • Εσωτερικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης της απώλειας /Εξωτερικοί μηχανισμοί, οι οποίοι διευκολύνουν ή εμποδίζουν την αντιμετώπιση της απώλειας.
Sun Kyung & Eun Hee (2014)	Κορέα	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας από την ζωή σε ένα clubhouse και της νοσηματοδότησης της ανάρρωσης των ατόμων με ΣΨΝ.	Ερμηνευτική φαινομενολογία, 9 άτομα με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή, ημι-δομημένες και εις βάθος συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Έχοντας ένα καταφύγιο σαν πατρίδα. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Εισαγωγή στο καταφύγιο. • Ζώντας στο καταφύγιο.
Kooij	Καναδάς	Διερεύνηση της	Ερμηνευτική	Πυρηνικό θέμα: Το ταξίδι μεταξύ

(2009)		νοηματοδότησης των τραγουδιών ατόμων με ΣΨΝ.	φαινομενολογία, 3 άτομα, τα οποία έγραψαν ένα αριθμό τραγουδιών στα πλαίσια της μουσικοθεραπείας.	της νόσου και της ευεξίας. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Οι προορισμοί: νόσος και ευεξία. • Ταυτότητα : χαμένη και αποκατάσταση της ταυτότητας. • Έλεγχος: κανένα αίσθημα ελέγχου και λήψη ελέγχου. • Κοινωνική Δέσμευση: κοινωνική απομόνωση και κοινωνική ενσωμάτωση.
Liberman et al. (2002)	ΗΠΑ	Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της απόδοσης των αιτιών της ΣΨΝ από τα ίδια τα άτομα, των κλινικών χαρακτηριστικών και των νευρογνωστικών συσχετίσεων τα οποία συνδέονται με την ανάρρωση από σχιζοφρένεια.	Πιλοτική μελέτη, 23 άτομα με σχιζοφρένεια, δομημένες συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Λειτουργικός ορισμός της ανάρρωσης από την σχιζοφρένεια μέσα στο εύρος της κανονικότητας και της λειτουργικότητας. Κύρια θέματα/Υποθέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την συμπτωματική και κοινωνική ανάρρωση. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Οικογενειακοί παράγοντες. ✓ Αποφυγή χρήσης ουσιών. ✓ Μικρότερη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης. ✓ Συμμόρφωση με τη θεραπεία. ✓ Υποστηρικτική θεραπεία μέσω της δημιουργίας θεραπευτικής

				<p>συμμαχίας.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Νευρογνωστικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση της ανάρρωσης. ✓ Παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων στην πρόβλεψη της ανάρρωσης. ✓ Προνοσηρή ιστορία στην πρόβλεψη της ανάρρωσης. ✓ Πρόσβαση σε ολοκληρωμένη, συντονισμένη και συνεχή θεραπεία.
Makdisi et al. (2013)	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση του βαθύτερου νοήματος του τι είναι βοηθητικό για άτομα με ψύχωση.	Συμμετοχική μελέτη, Θεμελιωμένη Θεωρία, 2 ομάδες εστίασης, 13 άτομα με ψύχωση.	<p>Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως καλή ζωή με την ψύχωση μέσω της ισορροπίας του αισθήματος του εαυτού.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διευκολυντικοί παράγοντες και εμπόδια στην ψύχωση. • Ο κοινωνικός εαυτός. • Ο ενσωματωμένος εαυτός. • Ο εργασιακός εαυτός. • Ο μη υποστηρικτικός εαυτός. • Ο στιγματισμένος εαυτός. • Ο απομονωμένος εαυτός.
Mancini	ΗΠΑ	Διερεύνηση των	Θεμελιωμένη	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως

(2007)		σημαντικών σημείων καμπίς τα οποία θεωρούνται καθοριστικά κατά την διαδικασία της ανάρρωσης.	θεωρία, 16 άτομα με σχιζοφρένεια, Σχιζοσυναισθηματική ή διαταραχή, μείζων καταθλιπτική διαταραχή και διπολική διαταραχή, ημι-δομημένες συνεντεύξεις.	αναπτυξιακή διαδικασία εξέλιξης και μετασχηματισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από διάφορα σημεία καμπίς. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Προσέγγιση για βοήθεια και αποδοχή της βοήθειας. • Αντίσταση στην ετικετοποίηση λόγω ιδρυματοποίησης και περιορισμοί λόγω της μη-συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή. • Αμοιβαία υποστήριξη, υπεράσπιση και ακτιβισμός.
Mazor & Doron (2011)	Ισραήλ	Διερεύνηση της νοσηματοδότησης της ανάρρωσης και της επιστροφής στην κοινότητα υπό το πρίσμα της νέας νομοθεσίας στο Ισραήλ και της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων με σχιζοφρένεια.	Φαινομενολογία, 15 άτομα με σχιζοφρένεια, εις βάθος συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Αναγέννηση Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Ξεκινώντας από την κοινότητα : Η εμπειρία της έκθεσης στη νόσο. • Η νοσηλεία: από τη διαχείριση της νόσου στην αναγέννηση. • Επιστροφή στην κοινότητα. • Το πακέτο της αποκατάστασης: επιτρέποντας και ενισχύοντας τη νέα ζωή.
Mansell et al. (2010)	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της βιωμένης εμπειρίας,	Ερμηνευτική φαινομενολογία, 13 άτομα με διπολική	Πυρηνικό θέμα: Αμφιθυμία Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Προσεγγίσεις αμφιθυμίας:

μέσα από τη διαδικασία της ανάρρωσης σε άτομα με διπολική διαταραχή.	διαταραχή τύπου I, SCID ²⁴ –I συνέντευξη, συλλογή δημογραφικών, ανοικτού τύπου ερωτήσεις και ημι-δομημένες ερωτήσεις.	αποφυγή της μανίας. <ul style="list-style-type: none"> • Προσεγγίσεις αμφιθυμίας: Φαρμακευτική αγωγή. • Προσεγγίσεις αμφιθυμίας: Πρό της νόσου κατάσταση vs. Τρέχουσα ευεξία. • Προσεγγίσεις αμφιθυμίας: αίσθημα ταυτότητας. • Βοηθητικές προσεγγίσεις: κατανόηση. • Βοηθητικές προσεγγίσεις: θεμελιώδης αρχές τρόπου ζωής. • Βοηθητικές προσεγγίσεις: υποστήριξη και
--	--	--

²⁴ Διευκρινίζεται ότι το εργαλείο Standardized Clinical Interview (SCID-I), αποτελεί ένα εργαλείο Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης η οποία αφορά την διάγνωση Διαταραχών άξονα I (Ψύχωση: Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, Παραληρητική διαταραχή, Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διαταραχή της διάθεσης: Καταθλιπτικές Διαταραχές και Διπολικές Διαταραχές. κατά DSM IV-TR (2000). Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε μόνο η ενότητα A του SCID-I με σκοπό να αξιολογήσει κατά πόσον οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια.

Επιπλέον, το γνωστικό μοντέλο Integrative Cognitive Model (Mansell 2007), αναφέρεται σε μία γνωστική προσέγγιση η οποία αναπτύχθηκε από τον Mansell (2007), με σκοπό να γίνουν κατανοητές οι εναλλαγές της διάθεσης και η Διπολική Διαταραχή, μέσω της ερμηνείας των αλλαγών στην εσωτερική διαδικασία ως κεντρικό επεξηγηματικό παράγοντα. Το μοντέλο εξηγεί πως η ρύθμιση της διάθεσης διαταράσσεται μέσω πολλαπλών και συγκρουσιακών νοηματοδοτήσεων οι οποίες αποδίδονται στις εσωτερικές διαδικασίες. Τα άτομα καταβάλλουν αρκετές προσπάθειες για να ελέγξουν τις εσωτερικές αυτές διαδικασίες, οι οποίες παραδόξως προκαλούν περαιτέρω εσωτερικές μεταβολές, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο ο οποίος διατηρεί ή επιδεινώνει τα συμπτώματα. Αντιπαραγωγικές προσπάθειες ελέγχου κατατάσσονται είτε ως συμπεριφορές ανάβασης (αύξηση ενεργοποίησης), είτε ως συμπεριφορές καθόδου (φθίνουσα ενεργοποίηση). Υποστηρίζεται ότι οι εκτιμήσεις των ακραίων νοηματοδοτήσεων της νόσου επηρεάζονται από συγκεκριμένες πεποιθήσεις του ατόμου για τον εαυτό του και τις σχέσεις του με τους άλλους, το οποίο οδηγεί σε μια αλληλεπίδραση η οποία έχει ως αποτέλεσμα την υποτροπή.

				<p>συντροφικότητα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βοηθητικές προσεγγίσεις: κοινωνική αλλαγή.
McKay (2010)	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας γυναικών με ΣΨΝ και της εργασιακής τους λειτουργικότητας.	Μεθοδολογία life-history ²⁵ , 5 άτομα με διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια ή κατάθλιψη, 2 συνεντεύξεις (η μία ως επαναληπτική), ημερολόγιο καταγραφής των σκέψεων και συναισθημάτων του ερευνητή.	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρούσα ζωή. • Ρόλοι ζωής. • Σχέσεις. • Μεταβάσεις της νόσου. • Βοήθεια. • Πολιτισμικό περιβάλλον.
Michalak et al. (2012)	Καναδάς	Διερεύνηση της νοσηματοδότησης της ανάρρωσης από άτομα με Διπολική Διαταραχή.	Ομάδες εστίασης, 13 άτομα με Διπολική Διαταραχή, ανοικτού τύπου ερωτήσεις.	<p>Πυρηνικό θέμα: Νοσηματοδότηση της διαδικασίας της ανάρρωσης.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μετατόπιση πλαισίου. • Η τέχνη διαχείρισης της Διπολικής Διαταραχής. • Κατανοώντας το ταξίδι.
Milbourn et al. (2014)	Αυστραλία	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της ανάρρωσης από άτομα με ΣΨΝ τα οποία θεωρούνται	Φαινομενολογία, 11 άτομα με σχιζοφρένεια και κατάθλιψη ψυχωτικού τύπου,	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προσωπική κατανόηση του νοήματος της ανάρρωσης. • Δυναμική για βοήθεια.

²⁵ Διευκρινίζεται ότι το Life-History method είναι μια φεμινιστική μεθοδολογία έρευνας η οποία χρησιμοποιείται για την ευρύτερη και βαθύτερη κατανόηση της αντίληψης των γυναικών σε διάφορα θέματα, διά μέσου της ιστορίας τους και στην παρούσα φάση (Geiger 1986 cited in McKay 2010).

		«δύσκολα στην συμμετοχή» και τα οποία λαμβάνουν assertive community treatment (ACT).	μη δομημένες συνεντεύξεις, σημειώσεις πεδίου, ημερολόγια καταγραφής.	<ul style="list-style-type: none"> • Ρουτίνα καθημερινότητας.
Mizock et al. (2014)	ΗΠΑ	Διερεύνηση της αντιμετώπισης ζητημάτων στην διαδικασία ανάρρωσης ατόμων με ΣΨΝ.	Συνεντεύξεις βασισμένες σε φωτογραφίες επιλογής ²⁶ των συμμετεχόντων, 23 φωτογραφίες από πιλοτική μελέτη, παρέμβαση με φωτογραφίες για 10 εβδομάδες, 2 φορές με 10 άτομα, χρήση του λογισμικού μνημονικού SHOWED από τους συμμετέχοντες για βοήθεια στην αποτύπωση του περιεχομένου των αφηγήσεων.	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παροιμίες αναφορικά με τη ψυχική νόσο. • Απώλειες λόγω της ψυχικής νόσου. • Στρατηγικές ανάρρωσης. • Τα αποτελέσματα της ανάρρωσης. • Μηνύματα ανάρρωσης. • Παράγοντες διευκόλυνσης της ανάρρωσης.
Ng et al. (2008)	Χόνγκ Κονγκ	Διερεύνηση της νοηματοδότησης της	Συγχρονική μελέτη, 8 άτομα με	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση είναι μόνο ένα γλυκό όνειρο.

²⁶ Διευκρινίζεται ότι στην μελέτη των Mizock et al. (2014) χρησιμοποιήθηκε μία άλλη μορφή της μεθόδου Photovoice, η Recovery Narrative Photovoice (Mizock et al. 2014), η οποία επικεντρώνεται στις αφηγήσεις των ατόμων, σχετικά με την ταυτότητα τους και την ανάρρωση από ΣΨΝ. Το μνημονικό SHOWED (Catalani & Minkler 2010), χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός αποτύπωσης του περιεχομένου των αφηγήσεων και περιελάμβανε τις εξής ερωτήσεις: α) Τι βλέπεις εδώ; β) Τι πραγματικά συμβαίνει εδώ; γ) Πως αυτό συνδέεται με τη ζωή σου και τη ζωή μας; δ) Για ποιο λόγο αυτή η ανησυχία, κατάσταση, δυνατότητα υπάρχει; ε) Πως μπορούμε να ενισχυθούμε μέσα από αυτή την νέα οπτική κατανόησης; και στ) τι μπορούμε να κάνουμε;

		<p>διαδικασίας της ανάρρωσης μέσα από την οπτική απόμων από την Κίνα τα οποία πάσχουν από Σχιζοφρένεια και ζουν στο Χονγκ Κονγκ.</p>	<p>σχιζοφρένεια, ομάδες εστίασης.</p>	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο ορισμός της ανάρρωσης συνεπάγεται την ανάρρωση της λειτουργικότητας. • Αποδοχή και τεκμηρίωση της αναγκαιότητας της φαρμακοθεραπείας. • Απελπισία και απόγνωση αναφορικά με την ολοκληρωμένη ανάρρωση. • Παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάρρωση.
<p>Noiseux & Ricard (2008)</p>	<p>Καναδάς</p>	<p>Η ανάπτυξη ενός θεωρητικού πλαισίου επεξήγησης της διαδικασίας της ανάρρωσης απόμων με σχιζοφρένεια.</p>	<p>Θεμελιωμένη θεωρία, 16 άτομα με σχιζοφρένεια, ημι-δομημένες συνεντεύξεις και σημειώσεις πεδίου.</p>	<p>Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως μία διαδικασία η οποία περιλαμβάνει εγγενή, μη γραμμική εξέλιξη, η οποία κατά κύριο λόγο αναπτύσσεται μέσω του ρόλου του ατόμου ως ηθοποιού, τον οποίο υιοθετεί το άτομο με σκοπό την ανοικοδόμηση του αισθήματος του εαυτού, ως επίσης και του να διαχειριστεί την ανισορροπία μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων με στόχο την χαρτογράφηση μιας διαδρομής μέσω του κοινωνικού κόσμου και της ανάκτησης του αισθήματος της ευεξίας σε όλα τα βιοψυχοκοινωνικά επίπεδα.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η εμπειρία της σχιζοφρένειας ως «καθόδου στη κόλαση». • Ανάφλεξη μιας σπίθας

				ελπίδας.
				<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη ενόρασης. • Ενεργοποίηση του ενστίκτου καταπολέμησης. • Ανακαλύπτοντας τα κλειδιά της ευεξίας. • Διατηρώντας μια συνεχή ισορροπία μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων. • Αντίληψη φωτός στο τέλος του τούνελ.
Piat et al. (2007)	Καναδάς	Διερεύνηση της νοηματοδότησης της διαδικασίας της ανάρρωσης από την οπτική των παροχών υπηρεσιών, των ατόμων με ΣΨΝ και των κέντρων λήψης απόφασης.	54 άτομα, με διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια, 6 ημι-δομημένες συνεντεύξεις, θεματική ανάλυση.	<p>Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως διπλή πραγματικότητα: ως ψυχοκοινωνική διαδικασία και ως ιατρικό συμβάν.</p> <p>Κύρια θέματα/υποθέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ανάρρωση σε σχέση με τη νόσο. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ανάρρωση ως ίαση. ✓ Η ανάρρωση στηρίζεται στη ΦΑ. ✓ Νοηματοδότηση της ανάρρωσης ως επιστροφής στο σημείο που ήταν κανείς πριν. • Η ανάρρωση σε σχέση με την ευεξία. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Νοηματοδότηση της ανάρρωσης, ως

				<p>λαμβάνοντας τα ηνία της ζωής.</p> <p>✓ Νοηματοδότηση της ανάρρωσης, ως συμμετοχής σε μια διαδικασία.</p> <p>✓ Νοηματοδότηση της ανάρρωσης, ως εξέλιξης προς ένα νέο εαυτό.</p>
Pitt et al. (2007)	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της διαδικασίας της ανάρρωσης από τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.	Ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση, 7 άτομα με ψύχωση, συνεντεύξεις.	<p>Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως σταδιακή, άνιση διαδικασία και σχετική έννοια.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναδόμηση του εαυτού. • Αναδόμηση της ζωής. • Ελπίδα για ένα καλύτερο μέλλον.
Ridge & Ziebland (2006)	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση της νοηματοδότησης και των διαφορετικών διαδικασιών που συμπεριλαμβάνονται στην ανάρρωση.	Θεμελιωμένη θεωρία, 38 άτομα με κατάθλιψη, ανοικτού τύπου ερωτήσεις, εις βάθος συνεντεύξεις.	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η διαδικασία της ανάρρωσης. • Η νοηματοδότηση της ανάρρωσης. • Παλεύοντας με την ανάρρωση.
Roe et al. (2004)	ΗΠΑ	Διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης κατά την διαδικασία της ανάρρωσης.	Ποιοτική διαχρονική μελέτη, 43 άτομα με σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, ημι-δομημένες	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ρυθμίζοντας την ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα και τα εξωτερικά ερεθίσματα. • Στρατηγικές ελέγχου των συμπτωμάτων. • Αποφασιστικότητα και

			συνεντεύξεις.	ελπίδα.
Schön et al. (2009)	Σουηδία	Διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι θεωρούνται καθοριστικής σημασίας κατά την διαδικασία της ανάρρωσης.	Θεμελιωμένη θεωρία, 58 άτομα με σχιζοφρένεια, ψύχωση ή διπολική διαταραχή, ανοικτού τύπου ερωτήσεις.	<p>• Αλλαγή στη στάση και επιδιορθωτική διαδικασία.</p> <p>Πυρηνικό θέμα: Ανάκτηση μέσω μιας κοινωνικής διαδικασίας.</p> <p>Κυρία θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο κοινωνικός εαυτός. • Κοινωνικές παρεμβάσεις. • Σύνδεση με τους άλλους.
Schön (2010)	Σουηδία	Διερεύνηση της ύπαρξης διαφορετικής αντίληψης μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι αναγνωρίζονται ως καθοριστικοί κατά τη διαδικασία της ανάρρωσης.	Θεμελιωμένη θεωρία, 30 άτομα με ψύχωση, διπολική διαταραχή, διαταραχές προσωπικότητας, εις βάθος συνεντεύξεις.	<p>Πυρηνικό θέμα: Προσωπική πάλη ανάρρωσης.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητα ανάρρωσης . • Νοσηματοδότηση. • Διά του σώματος ανάρρωση. • Σύνδεση.
Schön (2013)	Σουηδία	Διερεύνηση της αντίληψης των γυναικών και αντρών σχετικά με την επίδραση της ακούσιας νοσηλείας στην διαδικασία της ανάρρωσης από ΣΨΝ.	Θεμελιωμένη θεωρία, 30 άτομα με σχιζοφρένεια, ψύχωση, διαταραχή της προσωπικότητας ή διπολική διαταραχή, ανοικτού τύπου ερωτήσεις.	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αμφιθυμία. • Εμπειρίες καταπίεσης. • Απουσία θεραπείας. • Η Φαρμακοθεραπεία ως απαραίτητη στη διαδικασία της ανάρρωσης. •
Shea (2009)	ΗΠΑ	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της αλλαγής της ταυτότητας από	Θεμελιωμένη θεωρία (μέρος μιας μεγαλύτερης ποσοτικής	<p>Πυρηνικό θέμα: Η θεωρία της ανάρρωσης του εαυτού.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Είσοδος στην περιοχή.

		<p>άτομα με σχιζοφρένεια τα οποία βρίσκονταν δε διαφορετικά στάδια κοινωνικής προσαρμογής.</p>	<p>συγχρονικής μελέτης), 10 άτομα με σχιζοφρένεια, ημι-δομημένες συνεντεύξεις.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πάλη για έλεγχο. • Ενεργός φροντίδα του εαυτού. • Αναζήτηση κοινωνικής προσαρμογής. • Ελέγχοντας τον εαυτό. • Επιστροφή στην κανονικότητα.
Skärsäter et al. (2003)	Σουηδία	<p>Διερεύνηση μέσα από μία salutogenic²⁷ προσέγγιση της αντίληψης των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ζωή από γυναίκες με μείζων καταθλιπτική διαταραχή με τη</p>	<p>Φαινομενογραφική περιγραφική μελέτη, 13 γυναίκες που μιλούσαν Σουηδικά με μείζων Καταθλιπτική διαταραχή, δομημένες συνεντεύξεις.</p>	<p>Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση από την κατάθλιψη ως εμπειρία ανάπτυξης και συνεχούς διαδικασίας μετακίνησης μπρος-πίσω.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ίαση του εαυτού. • Επιβεβαίωση του εαυτού. • Η ανάγκη να είναι ορατοί. • Διαχείριση.

²⁷ Στην μελέτη της Skärsäter et al. (2003) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Salutogenic η οποία παρέχει μια συγκεκριμένη προοπτική για τον τρόπο θεώρησης της υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην ανακάλυψη και χρήση των προσωπικών πόρων, είτε ως εσωτερική διαδικασία, είτε στο περιβάλλον τα οποία διατηρούν μια υγιή κατάσταση. Αυτή η προσέγγιση βρίσκεται σε αντίθεση με την παραδοσιακή άποψη της φροντίδας της υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην αναζήτηση των αιτιών της νόσου. Ειδικότερα οι θεωρίες οι οποίες στηρίζονται σε αυτή την μέθοδο, έχουν ως στόχο να εξηγήσουν την αιτιολογία γιατί μερικοί άνθρωποι νοσούν ενώ άλλοι όχι. Διευκρινίζεται ότι τα στοιχεία που παρατίθενται εδώ αναφορικά με τον ορισμό της μεθόδου Salutogenic προέρχονται από αδημοσίευτη πηγή: EU Thematic conference, 2010 “Mental Health and Well-being in Older People -Making it Happen” 19th- 20th April 2010, Madrid, *Salutogenesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People*, viewed 10 May 2015, http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_salutogenesis.pdf Στη μελέτη των Skarsater et al. (2013) δεν επεξηγείται επακριβώς πως χρησιμοποιήθηκε αυτή η μέθοδος.

		βοήθεια επαγγελματιών υγείας και καθορισμένης υποστήριξης.		<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη κοινωνικής υποστήριξης. • Βρίσκοντας το νόημα.
Smith (2000)	ΗΠΑ	Διερεύνηση: α) της νοηματοδότησης της διαδικασίας της ανάρρωσης, β) των κρίσιμων παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία της ανάρρωσης, γ) εμπόδια στην ανάρρωση και δ) στρατηγικών αντιμετώπισης κατά την ανάρρωση.	10 άτομα με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση με το λογισμικό ποιοτικής ανάλυσης QSR NUD IST.	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Νοηματοδότηση της ανάρρωσης. • Σημεία καμπής στην ανάρρωση. • Κριτικοί παράγοντες, οι οποίοι εμπλέκονται στην ανάρρωση. • Μια ομάδα υποστηρικτικών ατόμων. • Δημιουργικές δραστηριότητες. • Αίσθημα ελέγχου και ανεξαρτησίας. • Έντονη αποφασιστικότητα να παραμείνουν σε ανάρρωση. • Μια θετική θεώρηση του παρόντος και τους παρελθόντος. • Εμπόδια στην ανάρρωση. • Στρατηγικές ανάρρωσης.
Spaniol et al. (2002)	ΗΠΑ	Διερεύνηση των θεμάτων που σχετίζονται με τη βελτίωση της λειτουργίας και τη βιωμένη εμπειρία από την διαδικασία της ανάρρωσης	Ποιοτική διαχρονική μελέτη, 12 άτομα με σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, ανοικτού τύπου ερωτήσεις οι οποίες υποβάλλονταν κάθε	<p>Πυρηνικό θέμα: Ζώντας πέρα από την νόσο.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καταβεβλημένοι από την αναπηρία. • Παλεύοντας με την αναπηρία.

		ατόμων με σχιζοφρένεια.	4 με 8 μήνες για περίοδο τεσσάρων χρόνων.	<ul style="list-style-type: none"> • Ζώντας με την αναπηρία. • Αναζήτηση μιας επεξήγησης για την κατάσταση τους. • Προσπάθεια ελέγχου της αναπηρίας. • Προσπάθεια υιοθέτησης νέων ρόλων με νόημα. • Προκλήσεις στην ανάρρωση. • Υποστήριξη για ανάρρωση. • Νοηματοδότηση της ανάρρωσης.
Tooth et al. (2003)	Αυστραλία	Διερεύνηση των σημαντικών παραγόντων που εμπλέκονται στο ταξίδι της ανάρρωσης και η νοηματοδότηση της ανάρρωσης από άτομα με σχιζοφρένεια.	Ποιοτική μελέτη τεσσάρων φάσεων, 57 άτομα με σχιζοφρένεια (44 άντρες και 16 γυναίκες σε ανάρρωση), ομάδες εστίασης, ημι-δομημένες συνεντεύξεις και χορήγηση του SCID-P ²⁸ , θεματική	<p>Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως μια διαδικασία μεταμόρφωσης και πολύπλοκη διαδικασία. Η αναγκαιότητα να βοηθήσει κάποιος τον εαυτό του.</p> <p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παράγοντες οι οποίοι συνεισφέρουν στην ανάρρωση. • Εμπόδια στην ανάρρωση. • Νοηματοδότηση των πασχόντων για την

²⁸ Στη μελέτη της Tooth et al. (2003) χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Κλινικής Δομημένης συνέντευξης (SCID-P) το οποίο αναφέρεται στην αναδρομική διάγνωση της Σχιζοφρένειας και η διαδικασία βαθμολόγησης στη προαναφερθείσα μελέτη προσαρμόστηκε με σκοπό να συνάδει με το DSM IV. Τα δεδομένα που παρατίθενται εδώ για το συγκεκριμένο εργαλείο αφορούν την πρωτογενή πηγή: Spitzer, RL, Williams, JBW, Gibbon, M & First, MD 1990, Structured clinical interview for DSM-R Patient Edition (SCID-P), Version 1.0. DC: American Psychiatric Press, Washington.

ανάλυση.

ανάρρωση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Συστηματική ανασκόπηση ποιοτικών μελετών της βιωμένης εμπειρίας της ψυχικής νόσου

Οι εμπειρίες των ατόμων με σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο (ΣΠΨΝ) τις περισσότερες φορές είτε δεν γίνονται αντιληπτές από τη διεπιστημονική ομάδα είτε δεν λαμβάνονται υπόψη στο θεραπευτικό πλάνο. Για το σκοπό αυτόν εφαρμόστηκε (α) συστηματική ανασκόπηση των ποιοτικών μελετών που έχουν διερευνήσει τη βιωμένη εμπειρία της ψυχικής νόσου μέσα από αφηγήσεις ατόμων με ΣΠΨΝ βάσει του εργαλείου CASP. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε μεταξύ Μαΐου και Ιουλίου 2014 στις βάσεις δεδομένων CINAHL, Medline, PubMed, PsycINFO και Psychology and Behavioral Science Collection, από 2000–2014. Συμπεριλήφθηκαν 13 μελέτες. Συγκεκριμένα, διαφάνηκε ότι τα άτομα με ΣΠΨΝ τις περισσότερες φορές βιώνουν μια σύγκρουση μεταξύ της προσωπικής τους ταυτότητας και των απαιτήσεων της νέας πραγματικότητας που επιφέρει η νόσος. Στο πλαίσιο αυτό, περιέγραψαν απώλεια της προσωπικής και της κοινωνικής ταυτότητας, καθώς και των ρόλων που τις συνοδεύουν, μείωση της αυτοεκτίμησης και ανασφάλεια. Τα βιώματα αυτά μπορεί να γίνουν αντιληπτά ως μια συνεχής και επίπονη προσπάθεια, προκειμένου να ανακτήσει κάποιος την προσωπική του ταυτότητα και να ενταχθεί στην κοινωνία. Η αναγνώριση της σπουδαιότητας της προσωπικής ταυτότητας στο συνεχές θα πρέπει να αποτελέσει το επίκεντρο στοχευμένων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Επίπλέον, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα της ενδυνάμωσης των ψυχικά πασχόντων με απώτερο στόχο την ενίσχυση της ορθής εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Εθνικό Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (National Institute of Mental Health)¹ κατηγοριοποιεί τα άτομα ως σοβαρά ψυχικά πάσχοντες εάν πληρούν μεταξύ άλλων τα εξής κριτήρια: (α) διάγνωση μη οργανικής ψύχωσης ή διαταραχής της προσωπικότητας και (β) με «διάρκεια», η οποία χαρακτηρίζεται ως «παρατεταμένη νόσος και μακροπρόθεσμη θεραπεία» και λειτουργικά ως διετής ή με περισσότερο μακροχρόνιο ιστορικό ψυχικής νόσου ή θεραπείας και αναπηρία (επικίνδυνη ή ενοχλητική κοινωνική συμπεριφορά, μετρίου βαθμού ανικανότητα στην εργασία και τις δραστηριότητες μη εργασίας), αλλά και ήπια εξασθένηση στις βασικές ανάγκες.¹

Επί πλέον, πληθώρα θεωρητικών ερμηνειών σχετικά με την ψυχική ασθένεια έχουν δοθεί κατά καιρούς. Πριν από κάποιες δεκαετίες, μερικές από αυτές περιελάμβαναν την κατοχή πνευμάτων ή την οργή των Θεών.²⁻⁴ Τέτοιες αντιλήψεις έχουν οδηγήσει στο στιγματισμό και την απομόνωση

των ατόμων με ψυχικές νόσους.⁴ Αντίθετα, τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη νευρο-βιολογική βάση των ψυχικών διαταραχών.^{4,5}

Το εν λόγω γεγονός έχει αποτελέσει τη βάση για την εφαρμογή της φαρμακευτικής μεθόδου σχετικά με τη θεραπεία των προβλημάτων ψυχικής υγείας.⁶ Ωστόσο, παρά την πληθώρα διαθέσιμων επιλογών θεραπείας, η πλειοψηφία αυτών, περιλαμβανομένης και της φαρμακευτικής αγωγής, εξακολουθεί να μη λαμβάνει υπ' όψη τη βιωμένη εμπειρία των ψυχικά πασχόντων.²⁻⁴ Επί πλέον, οι μέθοδοι θεραπείας των ψυχικών διαταραχών δεν έχουν αναπτυχθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ψυχικά πασχόντων.⁷⁻⁹ Συνεπώς, τα θέματα που συνδέονται με την ποιότητα ζωής καθώς και την ορθή εφαρμογή της θεραπείας τίθενται πολύ συχνά.¹⁰⁻¹⁶

Αναφορικά με τη βιωμένη εμπειρία μιας κατάστασης, κάποιος θα υποστήριζε ότι υπάρχει μόνο μια αντικειμενική πραγματικότητα, αντιληπτή προς τους περισσότερους. Σύμ-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(4):451–460
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(4):451–460

Χ. Καϊτέ,
Μ. Καρανικόλα

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Λεμεσός, Κύπρος

Systematic review of qualitative studies of the lived experience of severe mental illness

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Βιωμένη εμπειρία
Πάσχοντες
Σοβαρή ψυχική ασθένεια
Συστηματική ανασκόπηση

Υποβλήθηκε 19.12.2014
Εγκρίθηκε 12.1.2015

φωνα με τον Rogers,¹⁷ παρά την ύπαρξη της οποιασδήποτε αντικειμενικής πραγματικότητας, εκείνο που επηρεάζει τη συμπεριφορά ενός ατόμου δεν είναι κατ' ανάγκη αυτό που είναι αλήθεια, αλλά «αυτό που νομίζει ότι είναι αλήθεια».¹⁸ Κατ' αναλογία, το άτομο προσπαθεί να πραγματώσει και να αντιληφθεί τον εαυτό του σύμφωνα με την πραγματικότητα την οποία αντιλαμβάνεται. Υπό αυτό το πρίσμα, ο τρόπος που συμπεριφέρεται ο άνθρωπος σε θέματα υγείας και ασθένειας ενδέχεται επίσης να επηρεάζεται από την αντίληψή του για την πραγματικότητα. Κατ' επέκταση, ο τρόπος με τον οποίο κάποιος θα αντιδράσει σε σχέση με τη θεραπεία συσχετίζεται με τον τρόπο που ερμηνεύει την ασθένειά του και τις μεθόδους θεραπείας.¹⁹

Προηγούμενες ανασκοπήσεις²⁰ έχουν συμπεριλάβει μόνο φαινομενολογικές μελέτες σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία από τη σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο. Επί πλέον, άλλες μετασυνθέσεις^{21,22} επικεντρώνονται είτε στα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την εφηβική ηλικία είτε σε συγκεκριμένες πτυχές της εμπειρίας της ψυχικής ασθένειας (π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις).

Λαμβάνοντας υπ' όψη τα παραπάνω, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι (α) η συστηματική ανασκόπηση και (β) η ποιοτική αξιολόγηση των ποιοτικών μελετών που έχουν διερευνήσει τη βιωμένη εμπειρία της ψυχικής νόσου μέσα από αφηγήσεις ατόμων με σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο (ΣΠΨΝ).

Εφαρμόστηκε (α) συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων και (β) κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των υπό επιλογή μελετών με το εργαλείο Critical Appraisal Skills Programme (CASP).²³

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε μεταξύ Μαΐου και Ιουλίου 2014 στις βάσεις δεδομένων CINAHL, Medline, PubMed, PsycINFO και Psychology and Behavioral Science Collection, με λέξεις κλειδιά όπως “mental illness” ή “mental disorders” ή “mental health” ή “serious mental illness” ή “severe and persistent mental illness” ή “chronic mental illness” ή “schizophrenia” ή “schizoaffective” ή “bipolar” ή “depression” ΚΑΙ “lived experience” ή “narrative” ή “self-stories” ή “life-history methods” ή “phenomenological hermeneutics” ή “autobiography” ή “ethnography” ή “interpretative phenomenological analysis” ή “subjective experience” ή “hermeneutic phenomenology” ή “in depth interview” ή “qualitative research” ή “focus groups” ή “grounded theory” ή “open ended” ή “narratives” ή “perception of illness” ή “illness experience” ή “experiences and expressions” ΚΑΙ “service user” ή “client” ή “psychiatric consumer” ή “mental health consumer” και συνδυασμό αυτών.

Κριτήρια εισδοχής ήταν τα εξής: (α) Η δημοσίευση (i) κατά το χρονικό διάστημα 2000–2014, (ii) στην αγγλική

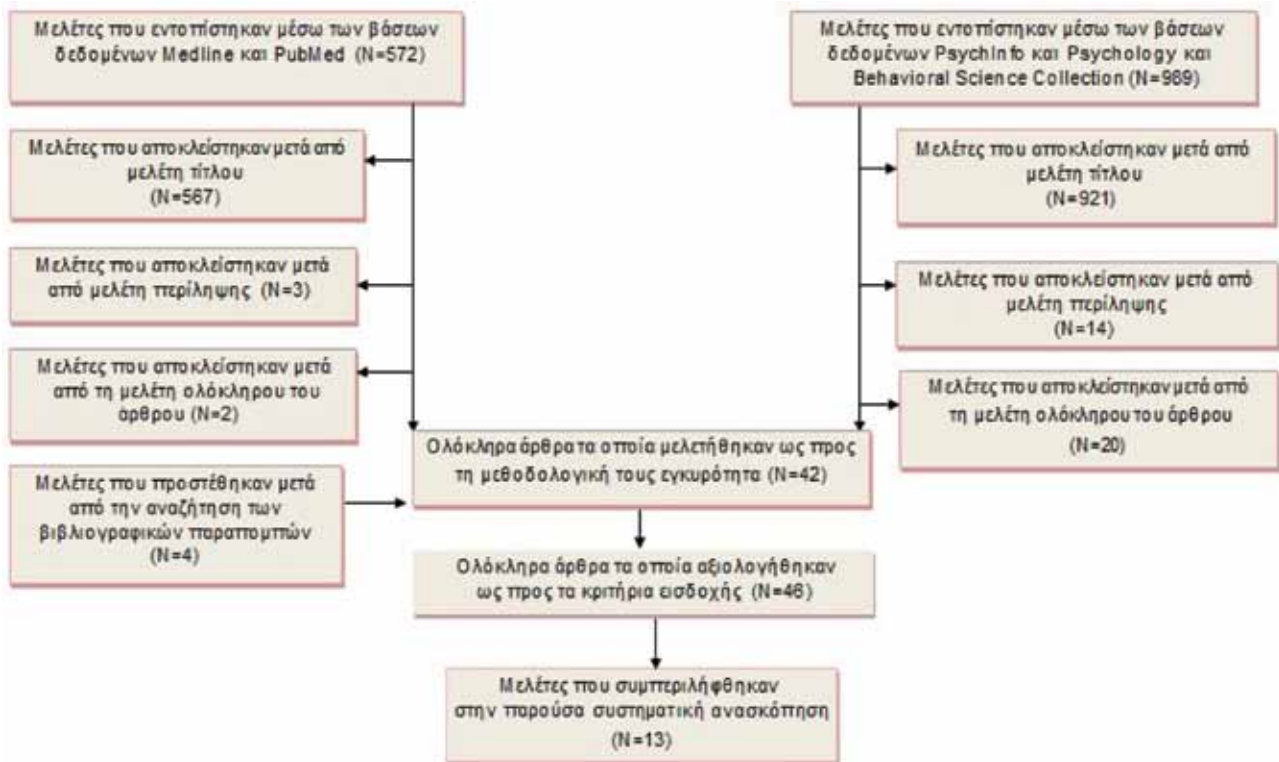
γλώσσα και (iii) σε περιοδικό με σύστημα κριτών. (β) Ακολουθούσε ποιοτικός σχεδιασμός, με σκοπό τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας από τη σοβαρή ψυχική νόσο, κυρίως τη διπολική νόσο ή την ψύχωση, και (γ) τα στοιχεία της εν λόγω μελέτης θα έπρεπε να βασίζονται στην ανάλυση της εμπειρίας από το ίδιο το άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο.

Οι μελέτες οι οποίες απορρίφθηκαν από την παρούσα μετασύνθεση είχαν τα εξής χαρακτηριστικά: (α) Μελέτες περίπτωσης και μελέτες διερεύνησης συγκεκριμένων πτυχών της ΣΠΨΝ απορρίφθηκαν. (β) Μελέτες των οποίων το δείγμα περιορίστηκε μόνο σε άτομα που έπασχαν από άλλα είδη σοβαρής ψυχικής διαταραχής, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κατάχρηση ουσιών ή η επιλόχεια κατάθλιψη, καθώς και μελέτες που επικεντρώνονταν στις διαταραχές προσωπικότητας ή σε άλλες μορφές DSM II ψυχικών διαταραχών. (γ) Μελέτες που ήταν μελέτες περίπτωσης ενός ατόμου ή περιελάμβαναν την ιστορία ζωής ενός ατόμου. (δ) Μελέτες των οποίων ο σκοπός ήταν η διερεύνηση συγκεκριμένων θεμάτων της εμπειρίας της ψυχικής διαταραχής, όπως στίγμα, απώλεια ή θλίψη. (ε) Μελέτες που χρησιμοποιούσαν την προοπτική της βιωμένης εμπειρίας της σοβαρής ψυχικής νόσου ενός δεύτερου προσώπου (π.χ. οικογένεια, επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή άλλους θεραπευτές).

Η διαδικασία της αναζήτησης φαίνεται στο διάγραμμα ροής της εικόνας 1. Από τις 1.561 μελέτες, οι οποίες βρέθηκαν αρχικά βάσει των λέξεων κλειδίων που προαναφέρθηκαν, τελικά με βάση τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού, αλλά και την αξιολόγηση της ποιότητας της μεθοδολογίας αυτών, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν 13 ποιοτικές μελέτες (εικ. 1).

1.1. Κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των υπό επιλογή μελετών με το εργαλείο CASP

Όλες οι μελέτες οι οποίες ελήφθησαν υπ' όψη για συμπερίληψη στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση αξιολογήθηκαν σε σχέση με τη μεθοδολογική τους επάρκεια και αξιοπιστία με το εργαλείο κριτικής αξιολόγησης CASP.²³ Αυτό αποτελεί μια μορφή εργαλείου το οποίο αναπτύχθηκε, δοκιμάστηκε και προτάθηκε από το εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.²⁴ Το εργαλείο CASP²³ παρέχει την κατηγοριοποίηση ακαδημαϊκών άρθρων βάσει της μεθοδολογικής τους επάρκειας. Περιλαμβάνει δέκα αντικείμενα, κάθε ένα από τα οποία υποδηλώνει μια ερώτηση μεθοδολογικού περιεχομένου. Τα πρώτα δύο αντικείμενα είναι ερωτήσεις διερεύνησης, και εφ' όσον απαντηθούν θετικά ο ερευνητής είναι σε θέση να προχωρήσει με τα υπόλοιπα οκτώ αντικείμενα, κατηγοριοποιώντας τη μελέτη σε μία από τις δύο κατηγορίες ποιότητας. Οι ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν με «ναι», «όχι», ή «δεν μπορώ να απαντήσω».



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής.

Όπως αναφέρθηκε πιο πριν, σύμφωνα με τις απαντήσεις που δίνονται, τα ακαδημαϊκά άρθρα κατηγοριοποιούνται σε δύο κατηγορίες. Οι μελέτες οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία Α χαρακτηρίζονται από χαμηλού κινδύνου μεροληψία, δεδομένου ότι πληρούν 9 από τα 10 προτεινόμενα αντικείμενα. Η κατάταξη των μελετών στη Β κατηγορία σημαίνει ότι πληρούν μερικώς τα υιοθετούμενα κριτήρια, παρουσιάζοντας ενός μέτριου βαθμού μεροληψία. Οι μελέτες περίπτωσης και οι μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούν δείγμα ευκολίας ανήκουν στη συγκεκριμένη κατηγορία.

Σύμφωνα με τα δέκα αντικείμενα του εργαλείου CASP,²³ όλες οι μελέτες στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση έχουν κατηγοριοποιηθεί στην κατηγορία Α. Συγκεκριμένα, σε όλες τις μελέτες (α) ο σκοπός ήταν σαφής, (β) η ποιοτική μεθοδολογία ήταν η καταλληλότερη για το υπό μελέτη φαινόμενο, (γ) ο μεθοδολογικός ποιοτικός σχεδιασμός που εφαρμόστηκε ήταν ο καταλληλότερος σε σχέση με τους στόχους της μελέτης, (δ) η μέθοδος στρατολόγησης ήταν η καταλληλότερη σχετικά με τους στόχους της μελέτης, (ε) τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τρόπο ο οποίος εξασφάλιζε την απαιτούμενη κάλυψη του υπό μελέτη φαινομένου, (στ) η σχέση μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων είχε ληφθεί επαρκώς υπό όψη, (ζ) τα ηθικά θέματα είχαν ληφθεί υπό όψη, (η) η ανάλυση των δεδομένων ήταν επαρκώς τεκμηριωμένη, (θ) υπήρχε σαφής αναφορά των

αποτελεσμάτων και (ι) η συνεισφορά και η εφαρμογή των ευρημάτων που προκύπτουν από τη μελέτη, καθώς και οι περιορισμοί, συζητούνται επαρκώς. Δεν υπήρξε κάποια διαφωνία μεταξύ των δύο ερευνητών σχετικά με το ποιες μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου, αλλά και τα κριτήρια του εργαλείου CASP.

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ενσωματώνει τα αποτελέσματα 13 μελετών με 206 συμμετέχοντες, η πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες, ηλικίας 18–67 ετών. Οι συμπεριληφθείσες μελέτες είχαν διεξαχθεί στις ακόλουθες χώρες: μία στη Νορβηγία, πέντε στη Σουηδία, μία στην Αυστραλία, μία στη Βραζιλία και τη Χιλή, μία στην Ταϊλάνδη, μία στο Ηνωμένο Βασίλειο, τρεις στις ΗΠΑ και μία στην Ταϊβάν. Οι περισσότεροι από τους ερευνητές χρησιμοποιούν σε βάθος ημιδομημένες συνεντεύξεις, ενώ μία βασίστηκε στις ερμηνείες φωτογραφιών και εικόνων που είχαν επιλεγεί από τους συμμετέχοντες, προκειμένου να παραθέσουν τι σημαίνει να βιώνει κάποιος μια χρόνια ψυχική νόσο (photo-voice). Όλες οι μελέτες είχαν δημοσιευτεί μετά το 2000.

Σε πέντε μελέτες οι συμμετέχοντες είχαν επιλεγεί από ενδονοσοκομειακές δομές (πανεπιστήμια ή δημόσια νοσοκομεία) και σε μία μελέτη από ένα μη κυβερνητικό οργανισμό. Σε τρεις μελέτες οι συμμετέχοντες είχαν επιλέξει τον τόπο διεξαγωγής της συνέντευξης (π.χ. στην οικία τους, σε

καφετέριες, σε ήσυχο δωμάτιο κ.λπ.), σε δύο από τις μελέτες οι συμμετέχοντες είχαν επιλεγεί από την κοινότητα, ενώ σε μία μελέτη η επιλογή τους έγινε μέσω διαφημιστικών φυλλαδίων. Τα κύρια χαρακτηριστικά των μελετών που ανασκοπήθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

2. Η ΒΙΩΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΚΑΙ ΠΑΓΙΩΜΕΝΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μια υπαρξιστική φαινομενολογική και συμμετοχική μελέτη διεξήχθη στη Νορβηγία από τους Borg και Davidson,²⁵

με σκοπό να διερευνηθούν το πώς βιώνονται οι προκλήσεις της σοβαρής ψυχικής νόσου (ΣΨΝ) μέσα στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής. Γ' αυτόν το σκοπό, οι ερευνητές διενήργησαν ανοικτού τύπου ερωτήσεις σε 13 άτομα με ΣΨΝ. Ο τόπος διεξαγωγής της συνέντευξης επιλέχθηκε από τους συμμετέχοντες και οι ερωτήσεις επικεντρώνονταν σε υπαρξιστικά, κοινωνικά και υλικά θέματα της υγείας και της ασθένειας. Ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε «η προσπάθεια για αποκατάσταση και κανονικότητα». Τα επί μέρους κύρια θέματα τα οποία εντοπίστηκαν αφορούσαν στα εξής: (α) *Στη σπουδαιότητα του να έχει κάποιος μια φυσιολογική ζωή:*

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά μελετών στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία
Borg & Davidson ²⁵	Νορβηγία	Διερεύνηση του βιώματος της παγιωμένης ψυχικής νόσου στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής	Υπαρξιακή φαινομενολογία και συμμετοχική έρευνα, 13 άτομα με ΣΨΝ και 5 άτομα ως ομάδα αναφοράς, ανοικτού τύπου ερωτήσεις
Jönsson et al ²⁶	ΗΠΑ	Διερεύνηση του νοήματος σχετικά με το πώς είναι να ζει κάποιος με διπολική διαταραχή	Ποιοτική περιγραφική μεθοδολογία, 18 συμμετέχοντες Δομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση περιεχομένου
Hirschfeld et al ²⁷	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση των εμπειριών και των νοημάτων νεαρών ατόμων με ψύχωση	Θεμελιωμένη θεωρία, 6 άνδρες με σχιζοφρένεια, ημιδομημένες συνεντεύξεις
McCann & Clark ²⁸	Αυστραλία	Διερεύνηση σχετικά με το πώς τα άτομα με σχιζοφρένεια βιώνουν και νοηματοδοτούν την ασθένειά τους	Υπαρξιακή φαινομενολογία (Husserl και Merleau-Ponty), 9 άτομα με σχιζοφρένεια Ημιδομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση Giorgi
Moreira & Coelho ²⁹	Βραζιλία και Χιλή	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων με σχιζοφρένεια	Υπαρξιακή φαινομενολογία (Merleau Ponty), 50 άτομα (20 στη Βραζιλία και 30 στη Χιλή), ημιδομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση Giorgi
Nyström et al, 2002 ³⁰	Σουηδία	Διερεύνηση του υπαρξιακού νοήματος της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων με παγιωμένη ψυχική νόσο	Ερμηνευτική φαινομενολογία (Gadamer), 7 άτομα με ψύχωση, ανοικτές ερωτήσεις
Nyström & Nyström ³¹	Σουηδία	Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη	Φαινομενολογία, άτομα με κατάθλιψη, μη δομημένες συνεντεύξεις, ¹⁰ ανάλυση Giorgi
Pollack & Aponte ³²	ΗΠΑ	Διερεύνηση των αντιλήψεων ατόμων με διπολική διαταραχή για την ασθένειά τους	Ποιοτική περιγραφική μεθοδολογία, 15 άτομα με διπολική διαταραχή, ημιδομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση περιεχομένου
Sanseeha et al ³³	Ταϊλάνδη	Διερεύνηση σχετικά με το πώς τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους σε σχέση με την ασθένειά τους	Ερμηνευτική φαινομενολογία (Heidegger), σε βάθος συνεντεύξεις και παρατήρηση, 18 άτομα
Schon ³⁴	Σουηδία	Διερεύνηση των διαφορών στην ερμηνεία της σοβαρής ψυχικής νόσου μεταξύ των ανδρών και των γυναικών και πώς αυτό το νόημα επηρεάζει την αποκατάστασή τους	Θεμελιωμένη θεωρία, 30 άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο, σε βάθος συνεντεύξεις
Thompson et al ³⁵	ΗΠΑ	Διερεύνηση σχετικά με το πώς βιώνει κάποιος τη χρόνια ψυχική νόσο	Ποιοτική περιγραφική μεθοδολογία, 7 άτομα με χρόνια ψυχική νόσο. Συνεντεύξεις βασισμένες σε φωτογραφίες επιλογής των συμμετεχόντων, με σκοπό να αντικατοπτρίσουν τι σημαίνει να ζεις με χρόνια νόσο, ανάλυση περιεχομένου
Ward ³⁶	ΗΠΑ	Διερεύνηση σχετικά με το πώς είναι να ζει κάποιος με διπολική διαταραχή και συνοδό χρήση ουσιών	Φαινομενολογία, 13 άτομα με διπολική διαταραχή, σε βάθος συνεντεύξεις, μέθοδος Colaizzi
Wang ³⁷	Ταϊβάν	Διερεύνηση της προσωπικής εμπειρίας και των απόψεων για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ατόμων με ψυχική ασθένεια	Ποιοτική περιγραφική μεθοδολογία, 10 άτομα με σχιζοφρένεια, διπολική ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ημιδομημένες συνεντεύξεις, ανάλυση περιεχομένου

ξοδεύοντας χρόνο σε φυσιολογικά περιβάλλοντα, όπου η κανονικότητα αναμένεται από τα άτομα, η εμπλοκή σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως η καθαριότητα, η πληρωμή των λογαριασμών, όπως ακριβώς και η εκπλήρωση των κοινωνικών και οικογενειακών ρόλων, η εργασία κ.λπ. (β) *Αλλά, κάνουντάς το*: να κάνουν κάτι συγκεκριμένο για να βελτιωθεί η κατάστασή τους, όπως η εύρεση πηγών ελπίδας και έμπνευσης παρά τους περιορισμούς οι οποίοι απορρέουν από τη νόσο. (γ) *Χρήσιμες στρατηγικές για να γίνει η ζωή τους πιο εύκολη*, αναφερόμενοι στη συμβολή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σε ένα σταθερό εισόδημα και σε ένα σπίτι, αλλά και στην ενασχόληση με δραστηριότητες με νόημα, καθώς και σε ευχάριστες δραστηριότητες. (δ) *Η αξία σχετικά με το να είναι καλοί με τον εαυτό τους*, αναφερόμενοι σε έναν υγιή τρόπο ζωής. (ε) *Το να είναι καλοί με τους άλλους, αλλά και την προσφορά ευχάριστων δραστηριοτήτων στον εαυτό τους*.

Σε μια άλλη μελέτη, με σκοπό τη διερεύνηση του νοήματος της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων με διπολική διαταραχή, με την ανάλυση περιεχομένου μέσα από δομημένες συνεντεύξεις με 18 συμμετέχοντες, ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η μετακίνηση εμπρός-πίσω προς την αποδοχή της νόσου». Τα κύρια θέματα τα οποία εντοπίστηκαν αφορούσαν (α) *στις αντιλήψεις σχετικά με τη νόσο*, (β) *στην αποδοχή της νόσου*, (γ) *στο βίωμα της ανασφάλειας για τον εαυτό*, το οποίο πηγάζει από το φόβο της υποτροπής ή λόγω διακρίσεων, (δ) *στην προσπάθεια κατανόησης των αιτιών και της πορείας της νόσου*, (ε) *στη διαχείριση της νόσου μέσα από την ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών*, όπως η έκφραση των συναισθημάτων, η φαρμακευτική αγωγή και η θετική σκέψη και (στ) *στην αντίληψη του μέλλοντος*, είτε ως ένα αβέβαιο μέλλον λόγω των περιορισμών της νόσου είτε ως ελπιδοφόρο μέλλοντος βασισμένου στις προσδοκίες τους να είναι μέλος της κοινωνίας.²⁶

Σε μια μελέτη με τη χρήση της θεμελιωμένης θεωρίας διερευνήθηκαν οι εμπειρίες και τα νοήματα που προσδίδουν 6 νεαροί άνδρες στην ψύχωση. Οι συνεντεύξεις, οι οποίες στηρίχθηκαν σε ημιδομημένο οδηγό που αναπτύχθηκε από τους ερευνητές, διενεργήθηκαν σε εξωνοσοκομειακές δομές. Ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «οι προσωπικές και διαπροσωπικές αλλαγές». Ως κύρια θέματα σημειώθηκαν τα εξής: (α) *η εμπειρία της ψύχωσης*, η οποία περιελάμβανε το αίσθημα του αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και των καταθλιπτικών συναισθημάτων, όπως ακριβώς και της ανασφάλειας και του φόβου, (β) *η ανάπτυξη και η χρήση μηχανισμών άμυνας*, (γ) *οι προσωπικές και οι διαπροσωπικές αλλαγές*: αισθήματα απώλειας, μοναξιάς και αποξένωσης, τα οποία οδηγούσαν στην αποξένωση των νεαρών ανδρών από τον εαυτό τους και από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, (δ) *οι προσωπικές επεξηγήσεις σχετικά με την έναρξη*

της ψύχωσης: (i) η συμβολή της προσωπικής αντίληψης πριν από την έναρξη της ψύχωσης και (ii) οι στρεσογόνοι παράγοντες, οι οποίοι συσχετίζονται με την ποιότητα των σχέσεων στις γυναίκες.²⁷

Σε μια άλλη ποιοτική μελέτη, με τη χρήση της υπαρξιστικής φαινομενολογίας των Husserl και Merleau-Ponty σε 9 άτομα με σχιζοφρένεια, με σκοπό τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας νεαρών ατόμων με σχιζοφρένεια από τη νόσο τους, όπως ακριβώς και τη νοηματοδότηση της νόσου, ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η νόσος ως καταστροφική εμπειρία». Τα επί μέρους κύρια θέματα τα οποία αναδύθηκαν αφορούσαν (α) *στην ενσωματωμένη χρονικότητα*: η νόσος ως καταστροφική εμπειρία, (β) *στην ενσωματωμένη σχετικότητα*: η νόσος ως μεσολαβητής των κοινωνικών σχέσεων και (γ) *στην ενσωματωμένη θεραπεία*: επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής ως επαχθούς.²⁸

Επί πλέον, η εμπειρία της καταπίεσης και της αδυναμίας αναδύθηκε ως πυρηνικό θέμα σε μια υπαρξιστική φαινομενολογική μελέτη στη Βραζιλία και τη Χιλή.²⁹ Ως κύρια θέματα σημειώθηκαν τα εξής: (α) *η εμπειρία της σχιζοφρένειας ως μια εμπειρία καταπίεσης και αδυναμίας*: οι συμμετέχοντες βίωναν τον εαυτό τους ως συναισθηματικά και σωματικά αδύναμο, (β) *το αίσθημα εγκλωβισμού στα ψυχιατρικά νοσοκομεία*: όπου βίωναν την έλλειψη ελευθερίας, (γ) *η συνεχής λήψη ισχυρής φαρμακευτικής αγωγής*: αμφιθυμία σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, (δ) *μοναξιά και υποφέρειν λόγω του στίγματος και της ψυχικής νόσου*: απόρριψη και μοναξιά, (ε) *η σχέση μεταξύ των ιδεών καταδίωξης και της κουλτούρας τους*: το βίωμα της ψυχικής νόσου ως κατοχής από τα πνεύματα.²⁹

Ακόμη, σε μια ερμηνευτική φαινομενολογική μέθοδο, βασισμένη στη θεώρηση του Gadamer, μέσω ανοικτού τύπου ερωτήσεων σε 7 άτομα με ψύχωση στην κοινότητα, ως πυρηνικό θέμα της μελέτης αναδύθηκε: «το αίσθημα της ανικανότητας για προσωπική και συναισθηματική ανάπτυξη». Τα ακόλουθα πέντε θέματα περιγράφηκαν στο ερμηνευτικό κείμενο: (α) *Αποφυγή/απροθυμία για προσωπική ανάπτυξη/αλλαγή*. (β) *Όντας ένας ξένος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας/έλλειψη συναισθηματικής στήριξης*. (γ) *Σταθερές ανεκπλήρωτες ανάγκες (αναζήτηση των συναισθημάτων) ασφαλούς και θετικής αυτοεκτίμησης*. (δ) *Υπαρξιακή μοναξιά*. (ε) *Δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις*.³⁰

Σε μια άλλη μελέτη,³¹ ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η παράλυση». Ως κύρια θέματα περιγράφηκαν τα εξής: (α) *αίσθημα αποξένωσης από τον εαυτό και τους άλλους*: απώλεια της αίσθησης του να είναι κάποιος ολοκληρωμένο πρόσωπο, (β) *δυσκολία να κατανοήσουν και να γίνουν κατανοητοί*: δυσκολία στην κατανόηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και στην επικοινωνία του πόνου τους, (γ) *αί-*

σθημα σαν να ήταν πίσω από μια αόρατη οθόνη σε κατάσταση παράλυσης: να κλειδώνονται και να αποκλείονται από την καθημερινή ζωή, (δ) *αίσθημα αφόρητου πόνου*: το άτομο δεν μπορεί ούτε ζωντανό ούτε νεκρό, (ε) ένας αγώνας με και ενάντια στους διαρκείς περιορισμούς: η τήρηση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, (στ) *αποξένωση από τον εαυτό και τους άλλους*: δεν είναι σε θέση να είναι παρόντες στη ζωή ενός ατόμου και είναι δύσκολο να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις, γεγονός που τους οδηγεί σε μια ζωή χωρίς νόημα, (ζ) *αίσθημα εξευτελισμού*: μίσος για τον εαυτό και χαμηλή αυτοεκτίμηση, καθώς και αισθήματα ενοχής, (η) *ανάγκη να εξαφανιστούν με αξιοπρέπεια, χωρίς επιβάρυνση για τους άλλους*: αυτοκτονικός ιδεασμός λόγω της ενοχής του ότι είναι βάρος για την οικογένεια.³¹

Σε μια μελέτη διερεύνησης των αντιλήψεων για τη νόσο 15 ατόμων με διπολική διαταραχή σε ένα δημόσιο νοσοκομείο μέσω δομημένων συνεντεύξεων, η ανάλυση περιεχομένου κατέδειξε ως πυρηνικό θέμα: «την πάλη για αποδοχή της νόσου» και ως κύρια θέματα τα εξής: (α) *Αντιμετωπίζοντας τη διάγνωση*: ο χρόνιος αγώνας για την αναγνώριση και την αποδοχή της διπολικής διαταραχής. (β) *Η σημασία των προσωπικών μεταφορών*: ο χρόνιος αγώνας για την ανάπτυξη των προσωπικών μεταφορών, προκειμένου να επεξηγήσουν τη νόσο τους. Οι προσωπικές μεταφορές φαίνεται να επηρεάζουν την αποδοχή της νόσου. (γ) *Η ενασχόληση με το ιατρικό μοντέλο*: η θεραπεία εστιάζεται στη φαρμακευτική αγωγή.³²

Η σχιζοφρένεια ως υπερφυσική εμπειρία αναδύθηκε ως πυρηνικό θέμα σε μια άλλη μελέτη στην Ταϊλάνδη.³³ Τα κύρια θέματα τα οποία εντοπίστηκαν ήταν: (α) *Η αντίληψη της ψυχικής νόσου ως χρόνιας κατάστασης, η οποία απαιτεί συνεχή λήψη φαρμακευτικής αγωγής και θεραπεία*, (β) *η αντίληψη των αιτιών της νόσου*: πολιτιστικές και πνευματικές πεποιθήσεις, οι οποίες αποδίδονται σε υπερφυσικές δυνάμεις, (γ) *αντιλήψεις διακρίσεων*: γίνονται αντιληπτοί ως διαφορετικοί από τους άλλους, απομονωμένοι από την κοινωνία, απόρριψη και δυσπιστία από την κοινωνία και (δ) *προσπάθεια να ζήσουν με τη σχιζοφρένεια*: ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η εξάσκηση της θετικής σκέψης, ο διαλογισμός και η προσευχή.³³

Η κατανόηση της αιτιολογίας της νόσου ως το «πιεσμένο μυαλό και η ψυχή» αναδύθηκε ως πυρηνικό θέμα σε μια άλλη μελέτη.³⁴ Η αιτιολογία της νόσου φαίνεται να διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών, εφ' όσον για τους άνδρες τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής τα οποία φαίνεται να εκλαμβάνονταν ως οι αιτίες της νόσου αποδίδονταν σε τραυματικά γεγονότα της παιδικής τους ηλικίας, όπως η έλλειψη αγάπης από τη μητέρα και ο χωρισμός από έναν εκ των γονέων, στην κληρονομικότητα και στην προσωπική ανασφάλεια.

Σε αντίθεση, οι γυναίκες απέδιδαν τη νόσο κυρίως στην κληρονομικότητα αλλά και σε μια στρεσογόνο παιδική ηλικία. Παρ' όλους τους διαφορετικούς παράγοντες που συνέβαλαν, οι εν λόγω παράγοντες γίνονταν αντιληπτοί ως ορόσημα της εμπειρίας του «υποφέρειν» για τα άτομα με ψυχική νόσο. Επί πλέον, η νόσος κατηγοριοποιήθηκε από τους συμμετέχοντες ως «η νόσος», «η ψύχωση» και ως καταπίεση με όρους σεξουαλικής βίας, φυσικής βίας ή καταπίεσης του εαυτού κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της ενήλικης ζωής. Διαφορές επίσης σημειώθηκαν, σύμφωνα με το φύλο, για τους λόγους που πυροδότησαν τη νόσο: για τους άνδρες αναγνωρίστηκαν οι επαγγελματικές και οι οικονομικές ευθύνες, ενώ για τις γυναίκες η συναισθηματική πίεση. Αναφορικά με τη νοσηματοδότηση της νόσου σημειώθηκαν και εδώ διαφορές. Οι άνδρες περιέγραφαν τη νόσο «ως επίθεση», «ως εχθρό», «ως ευπάθεια» και «ως πλήρη έλλειψη υπεράσπισης ενάντια στα συναισθήματα», ενώ οι γυναίκες περιέγραφαν τη νόσο «ως μέσο δημιουργικότητας», «οδυνηρή», αλλά επίσης και «ως απελευθέρωση και συμβολή αναφορικά με το πώς πραγματικά είναι κάποιος». Το αίσθημα της προσωπικής ευθύνης περιγράφηκε από τους άνδρες σε σχέση με την ανάπτυξη της νόσου, ενώ οι γυναίκες περιέγραφαν έναν πιο παθητικό ρόλο, ως δέκτες των στρεσογόνων ερεθισμάτων στα οποία είχαν εκτεθεί. Τέλος, διαφορές περιγράφηκαν αναφορικά με τους στόχους της αποκατάστασης: για τους άνδρες ως στόχος ήταν (α) η πρόληψη της υποτροπής και (β) ο έλεγχος των συμπτωμάτων, ενώ για τις γυναίκες ήταν οι ψυχοσωματικές προσαρμογές σε μια αντιληπτή διά βίου ευπάθεια.³⁴

Μια μελέτη με ποιοτική περιγραφική μεθοδολογία στις ΗΠΑ³⁵ κατέδειξε ως πυρηνικό θέμα: «το αίσθημα ότι είναι παρεξηγημένοι και αόρατοι». Ως κύρια θέματα αναδύθηκαν τα εξής: (α) *η ανάγκη να τους βλέπουν οι άλλοι ως άτομα και όχι μόνο ως ψυχικά πάσχοντες*, (β) *η προσπάθεια να αποκτήσουν τον έλεγχο και να είναι ασφαλείς μέσω διαφόρων δράσεων και δραστηριοτήτων*, (γ) *η συνεχής προσπάθεια να επανακτήσουν την αυτοεκτίμησή τους και (γ) η χρήση διαφόρων δεξιοτήτων αντιμετώπισης*, θετικών, όπως το χιούμορ, ή αρνητικών, όπως η απόσυρση.³⁵

Μια φαινομενολογική μελέτη στις ΗΠΑ, με δείγμα 13 ατόμων με διπολική διαταραχή, με σκοπό τη διερεύνηση σχετικά με το πώς είναι να ζει κάποιος με διπολική διαταραχή και συνοδό χρήση ουσιών, ανέδειξε ως πυρηνικό θέμα: «προσπαθώντας να ξεφύγουν». Κύρια θέματα ήταν τα εξής: (α) *Η ζωή είναι δύσκολη λόγω των αρνητικών επιπτώσεων της διπολικής διαταραχής* (εγκλεισμός σε ψυχιατρείο, συναισθηματική αστάθεια, προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις). (β) *Νοιώθοντας τις επιπτώσεις* (απώλεια θέσεων εργασίας, σπιτιού, παιδιών και του σεβασμού των άλλων.

(γ) Προσπαθώντας να ξεφύγουν μέσω της αυτο-θεραπείας. (δ) Πνευματική στήριξη ως μηχανισμός αντιμετώπισης. (ε) Ώθηση πέρα από τα όρια (σκέψεις αυτοκτονίας λόγω του αφόρητου πόνου και των έντονων συναισθημάτων). (στ) Μια αρνητική χροιά, το στίγμα της διάγνωσης της διπολικής διαταραχής, καθώς και αρνητικές έννοιες όπως «τρελός» ή «ρωγμή στο κεφάλι», με αποτέλεσμα την απόρριψη από την κοινωνία.³⁶

Τέλος, σε μια μελέτη στην Ταϊβάν³⁷ ως πυρηνικό θέμα αναδύθηκε: «η άρνηση του ότι είσαι άρρωστος». Ως κύρια θέματα αναδύθηκαν τα εξής: (α) *Οι ρόλοι και οι ταυτότητες των χρηστών υπηρεσιών υγείας*, (β) *οι αντιλήψεις για την ψυχική νόσο και (γ) οι προσωπικές εμπειρίες για το ψυχιατρικό στίγμα*.³⁷

Παρά το γεγονός ότι το παρόν άρθρο αποτελεί την πρώτη ανασκόπηση σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία της σοβαρής και παγιωμένης ψυχικής νόσου, υπάρχουν συγκεκριμένοι περιορισμοί, οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη. Ο πρώτος πηγάζει από το γεγονός ότι οι μελέτες που έχουν συμπεριληφθεί ήταν αποκλειστικά στην αγγλική γλώσσα. Ως αποτέλεσμα, αντιφατικά αποτελέσματα τα οποία έχουν δημοσιευτεί σε γλώσσα άλλη εκτός της αγγλικής να μην έχουν ληφθεί υπ' όψη.

Επί πλέον, εντοπίζεται μια ανομοιογένεια ως προς τις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις και τα ποικίλα θεωρητικά και φιλοσοφικά περιβάλλοντα, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τα αποτελέσματα.

Για παράδειγμα, στη μελέτη των Borg και Davidson²⁵ οι ερευνητές είχαν χρησιμοποιήσει ένα συνδυασμό μεταξύ φαινομενολογίας και συμμετοχικής έρευνας. Η συμμετοχική έρευνα, βάσει ορισμού, θεωρεί τους συμμετέχοντες ως ενεργά μέλη της ερευνητικής ομάδας. Επομένως, η ερμηνεία των δεδομένων από τους ερευνητές χαρακτηρίζεται από «θετική» στάση, σημειώνοντας πόσο κοντά προσεγγίζουν οι συμμετέχοντες την «κανονικότητα».²⁵

Από την άλλη πλευρά, η μελέτη των Nyström et al,³⁰ η οποία ακολουθεί μια περισσότερο ψυχαναλυτική προσέγγιση, παρουσιάζει έναν πιο «απαισιόδοξο» τρόπο ανάλυσης, ο οποίος θεωρεί τους ψυχικά πάσχοντες παθητικούς και αδύναμους να διαφύγουν από τους περιορισμούς που τίθενται από τη νόσο.

Ωστόσο, πραγματοποιήσαμε την ανάλυση των αποτελεσμάτων βασισμένοι στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, αντί στις ερμηνείες των ερευνητών.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση είχε ως σκοπό

τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της σοβαρής και παγιωμένης ψυχικής νόσου σε ποιοτικές μελέτες με διαφορετικούς σχεδιασμούς. Παρ' όλες τις προηγούμενες μελέτες που διεξήχθησαν με στόχο τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της ΣΨΝ, αυτή είναι η πρώτη ανασκόπηση σχετικά με το υπό μελέτη θέμα.

Η αντίληψη των πασχόντων ότι η ιστορία της ζωής τους είχε διακοπεί έχει έως τώρα τονιστεί ως το κεντρικό χαρακτηριστικό της εμπειρίας τους. Το υποφέρειν φάνηκε να είναι αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης των απωλειών που ακολουθούν την έναρξη των συμπτωμάτων. Ο κυρίαρχος λόγος ήταν η διαταραγμένη αίσθηση του εαυτού και, συγκεκριμένα, η αντίληψη ενός εαυτού άλλου, διαφορετικού, αλλοτριωμένου. Η αλλαγή της αντίληψης του εαυτού ακολούθησε άλλες απώλειες, όπως η απώλεια των κοινωνικών σχέσεων και των ρόλων, ο έλεγχος αναφορικά με τη ζωή του ατόμου, η εκτίμηση από τον εαυτό και τους άλλους.²⁶

Το παρόν εύρημα επιβεβαιώνεται μέσα από άλλες μελέτες, όπου οι ψυχικά πάσχοντες φαίνεται να βιώνουν την ασθένειά τους «ως μια κάθοδο στην κόλαση»,³⁸ περιγράφοντας ένα συνεχές υποφέρειν και τον αποκλεισμό από τους φίλους και τις οικογένειές τους.³⁶ Επιτακτική επομένως θεωρείται η ανάγκη ανοικοδόμησης της νέας ταυτότητας του εαυτού, με σκοπό την αποδοχή των περιορισμών της ασθένειας. Όταν αυτή η διαδικασία γινόταν αντιληπτή ως πρόκληση, οι ψυχικά πάσχοντες ήταν σε θέση να επιτύχουν την ανακούφιση.

Περαιτέρω, η επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και της πνευματικότητας, φάνηκε να είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη του εν λόγω στόχου. Επομένως, ο τρόπος αντίληψης της εικόνας του εαυτού στις διαφορετικές φάσεις της νόσου αποτελεί σημαντικό σημείο σε σχέση με την προσαρμογή στις νέες συνθήκες που προκαλούνται από τη ΣΨΝ. Λαμβάνοντας υπ' όψη αυτό το εύρημα, θεωρείται επιτακτική η ανάγκη εκπόνησης περαιτέρω μελετών, επικεντρωμένων στη διερεύνηση του τρόπου αντίληψης της εικόνας του εαυτού στις διαφορετικές φάσεις της νόσου. Επίσης, είναι σημαντικό να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχει οποιαδήποτε σχέση μεταξύ της αντίληψης του εαυτού και της ορθής εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας. Επί πλέον, χρήσιμο θα ήταν να αναπτυχθούν στρατηγικές στοχευμένων παρεμβάσεων ενδυνάμωσης.

Εμπειρίες απώλειας των κοινωνικών δεσμών από την οικογένεια και τους φίλους περιγράφηκαν ως πολύ οδυνηρές. Το στίγμα και η ετικετοποίηση φαίνεται να ήταν παρόντα σε όλες τις μελέτες που ανασκοπήθηκαν.^{26,28,33} Πράγματι, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι σοβαρά ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζουν δυσκολία στη δημιουργία και τη διατήρηση των διαπροσωπικών σχέσε-

ων.^{27,28,30,31,33,36,39} Οι λόγοι γι' αυτό απορρέουν όχι μόνο από την παθοφυσιολογία της σοβαρής ψυχικής ασθένειας,^{5,40} αλλά και από το στίγμα και την ετικετοποίηση, τα οποία συχνά οδηγούν στην απώλεια της αυτοεκτίμησης των ψυχικά πασχόντων^{28,29,33} και στη συνέχεια στην απόσυρση. Ωστόσο, η συνεκτικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους είναι απαραίτητο στοιχείο σε όλη τη ζωή ενός ατόμου, δεδομένου ότι η δυνατότητα να αναπτύξουν και να διατηρήσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις αποτελεί βασικό συστατικό της ψυχικής υγείας.⁴¹ Με άλλα λόγια, η αποκατάσταση περιλαμβάνει την ικανότητα δημιουργίας κοινωνικών σχέσεων. Πράγματι, η ανάγκη αποδοχής της ψυχικής ασθένειας από την κοινωνία, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη αμοιβαίων διαπροσωπικών σχέσεων, φαίνεται να αποτελεί καίρια προϋπόθεση προς την αποκατάσταση.^{26,35} Λαμβάνοντας υπ' όψη τα παραπάνω, επιτακτική θεωρείται επίσης η ανάγκη παρεμβάσεων περιορισμού του κοινωνικού στίγματος.⁴²⁻⁴⁴

Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενισχύσουν την ενσυναίσθησή τους και κατά

συνέπεια την άνευ όρων αποδοχή των ψυχικά πασχόντων, πέραν των προκαταλήψεών τους για την ψυχική νόσο.⁴⁵ Πράγματι, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε σχέση με την ευρεία κοινωνία, διατηρούν ακόμη στερεότυπα σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές.⁴⁶⁻⁴⁸ Παρ' όλα αυτά, η ποιότητα των θεραπευτικών σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ψυχικά πασχόντων είναι σημαντική για την καλύτερη κλινική πορεία των ψυχικά πασχόντων.^{49,50} Έτσι, η ενδυνάμωση αυτής της σχέσης, αλλά και η ανάπτυξη παρεμβάσεων του κοινωνικού στίγματος, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, θεωρείται επιτακτική.

Ωστόσο, οι περισσότερες από τις σχετικές μελέτες δεν ρίχνουν φως στον πυρήνα των εν λόγω εμπειριών, για να βοηθήσουν την περαιτέρω κατανόηση του φαινομένου της σοβαρής ψυχικής ασθένειας (SMI) και του υποφέρειν στην ουσία του.^{25-37,51-54}

Λαμβάνοντας υπ' όψη το πιο πάνω, η ανάγκη διενέργειας μιας μετασύνθεσης θεωρείται σημαντική.

ABSTRACT

Systematic review of qualitative studies of the lived experience of severe mental illness

C. KAITE, M. KARANIKOLA

Department of Nursing, University of Technology, Limassol, Cyprus

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(4):451-460

The experiences of people with severe and persistent mental illness (SMI) are neglected by the multidisciplinary therapeutic team or are not included in the treatment plan. Thus a systematic literature review and critical assessment of selected papers was undertaken in relation to qualitative studies of the lived experiences of severe mentally ill persons. The riger of the included studies was assessed by the standardized tool Critical Appraisal Skills Programme (CASP). The literature review was made between May and July 2014. The search took place in the databases CINAHL, Medline, PubMed, PsycInfo and Psychology and Behavioral Science Collection. This review, which integrated the findings from 13 papers, revealed that severely mentally ill persons experience conflict between their self-identity prior to illness and the limitations pased by their illness, loss of their personal and social role identity, diminished self-esteem and insecurity. These experiences may be conceptualized as an ongoing and painful struggle to regain self-identity and integration into society. Recognition of the significance of personal identity in the continuum of SMI could lead to the development of targeted psychosocial interventions. In addition, the review highlights the need for the empowerment of the mentally ill persons in order to enhance their engagement into the therapeutic process.

Key words: Lived experience, Mentally ill, Serious mental illness, Systematic review

Βιβλιογραφία

1. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Towards a model for a comprehensive community-based mental health system*. NIMH, Washington, DC, 1987
2. KENT D. *Snake pits, talking cures and magic bullets: A history of mental illness*. Twenty Century Books, United States, 2003
3. MILLION T. *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millenium*. John Wiley & Sons Inc, New Jersey, 2004

4. THOMPSON ML. *Mental illness: Health and medical issues today*. Greenwood Press, Westport, Conn, 2007
5. CHARNEY DS, NESTLER EJ, SKLAR P, BUXBAUM JD. *Neurobiology of mental illness*. Oxford University Press, United Kingdom, 2013
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. WHO, Geneva, 2009. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547697_eng.pdf
7. BARKER P, BUCHANAN-BARKER P. Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *Int J Ment Health Nurs* 2011, 20:337–344
8. JACOBSON N. Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatr Rehabil J* 2001, 24:248–256
9. WARNE T, McANDREW S. Re-researching for therapy: The ethics of using what we are skilled in. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010, 17:503–509
10. CORRING DJ, COOK JV. Use of qualitative methods to explore the quality-of-life construct from a consumer perspective. *Psychiatr Serv* 2007, 58:240–244
11. FLECK DE, KECK PE Jr, COREY KB, STRAKOWSKI SM. Factors associated with medication adherence in African American and white patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:646–652
12. GALE C, BALDWIN L, STAPLES V, MONTAGUE J, WALDRAM D. An exploration of the experience of mental health service users when they decide they would like to change or withdraw from prescribed medications. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012, 19:853–859
13. GEE L, PEARCE E, JACKSON M. Quality of life in schizophrenia: A grounded theory approach. *Health Qual Life Outcomes* 2003, 16:1–31
14. HADDAD PM, BRAIN C, SCOTT J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: Challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 2014, 5:43–62
15. MANWANI SG, SZILAGYI KA, ZBLLOTSKY B, HENNEN J, GRIFFIN ML, WEISS RD. Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:1172–1176
16. PIAT M, SABETTI J, COUTURE A, SYLVESTRE J, PROVENCHER H, BOTSCHNER J ET AL. What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatr Rehabil J* 2009, 32:199–207
17. ROGERS C. A theory of therapy, personality relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch S (ed) *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context*. Volume 3. McGraw Hill, New York, 1959:184–256
18. ΝΕΣΤΟΡΟΣ ΙΝ, ΒΑΛΛΙΑΝΑΤΟΥ ΝΓ. *Συνθετική ψυχοθεραπεία (με στοιχεία Ψυχοπαθολογίας)*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996:280
19. BECK AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin, New York, 1991
20. ZOLNIEREK CD. Exploring lived experiences of persons with severe mental illness: A review of the literature. *Issues Ment Health Nurs* 2011, 32:46–72
21. DUNDON EE. Adolescent depression: A metasynthesis. *J Pediatr Health Care* 2006, 20:384–392
22. HOLT L, TICKLE A. Exploring the experience of hearing voices from a first person perspective: A meta-ethnographic synthesis. *Psychol Psychother* 2014, 87:278–297
23. CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP). Available at: <http://www.casp-uk.net/>
24. BRITTEN N, CAMPBELL R, POPE C, DONOVAN J, MORGAN M, PILL R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: A worked example. *J Health Serv Res Policy* 2002, 7:209–215
25. BORG M, DAVIDSON. The nature of recovery as lived in every experience. *J Ment Health* 2008, 17:129–140
26. JÖNSSON PD, WIJK H, SKÄRSÄTER I, DANIELSON E. Persons living with bipolar disorder – their view of the illness and the future. *Issues Ment Health Nurs* 2008, 29:1217–1236
27. HIRSCHFELD R, SMITH J, TROWER P, GRIFFIN C. What do psychotic experiences mean for young men? A qualitative investigation. *Psychol Psychother* 2005, 78:249–270
28. McCANN TV, CLARK E. Embodiment of severe and enduring mental illness: Finding meaning in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2004, 25:783–798
29. MOREIRA V, COELHO N. The phenomenology of schizophrenic experience: A cross-cultural critical study Brazil-Chile. *Ter Psicol* 2003, 21:75–86
30. NYSTRÖM M, DAHLBERG K, SEGESTEN K. The enigma of severe mental illness: A Swedish perspective. *Issues Ment Health Nurs* 2002, 23:121–134
31. NYSTRÖM ME, NYSTRÖM M. Patients' experiences of recurrent depression. *Issues Ment Health Nurs* 2007, 28:673–690
32. POLLACK LE, APONTE M. Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting. *Psychiatr Q* 2001, 72:167–179
33. SANSEEHA L, CHONTAWAN R, SETHABOUPPHA H, DISAYAVANISH C, TURALE S. Illness perspectives of Thais diagnosed with schizophrenia. *Nurs Health Sci* 2009, 11:306–311
34. SCHON UK. How men and women in recovery give meaning to severe mental illness. *J Ment Health* 2009, 18:433–440
35. THOMPSON NC, HUNTER EE, MURRAY L, NINCI L, ROLFS EM, PALLIKATHAYIL L. The experience of living with chronic mental illness: A photovoice study. *Perspect Psychiatr Care* 2008, 44:14–24
36. WARD TD. The lived experience of adults with bipolar disorder and comorbid substance use disorder. *Issues Ment Health Nurs* 2011, 32:20–27
37. WANG JY. Service users' personal experience and interpretation of mental illness: Oriental narratives. *Int J Soc Psychiatry* 2012, 58:425–432
38. NOISEUX S, RICARD N. Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:1148–1162
39. FORRESTER-JONES R, BARNES A. On being a girlfriend not a patient: The quest for an acceptable identity amongst people diagnosed with a severe mental illness. *J Ment Health* 2008, 17:153–172
40. MAZZA M, CATALUCCI A, PINO MC, GIUSTI L, NIGRI A, POLLICE R ET AL. Dysfunctional neural networks associated with impaired social interactions in early psychosis: An ICA analysis. *Brain Imaging Behav* 2013, 7:248–259
41. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. APA Press, Arlington,

- VA, 2013
42. DRAKE RE, WHITLEY R. Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Can J Psychiatry* 2014, 59:236–242
 43. MIZOCK L, RUSSINOVA Z, MILLNER UC. Acceptance of mental illness: Core components of a multifaceted construct. *Psychol Serv* 2014, 11:97–104
 44. SCHEYETT A, DeLUCA J, MORGAN C. Recovery in severe mental illnesses: A literature review of recovery measures. *Soc Work Res* 2013, 37:286–303
 45. CLEARY M, HUNT GE, HORSFALL J, DEACON M. Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues Ment Health Nurs* 2012, 33:66–79
 46. BEN-ZEEV D, YOUNG MA, CORRIGAN PW. DSM-V and the stigma of mental illness. *J Ment Health* 2010, 19:318–327
 47. CORRIGAN PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Prac* 2000, 7:48–67
 48. SCHULZE B, ANGERMEYER MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003, 56:299–312
 49. HOGAN BK, SHATTELL MM. Psychiatric clinical nurse specialists, nurse practitioners, or the new practice doctorate: Meeting patients' needs? *Issues Ment Health Nurs* 2007, 28:927–930
 50. WHEELER K. Development of psychiatric-mental health nurse practitioner competencies: Opportunities for the 21st century. *J Am Psych Nurse Assoc* 2004, 10:129–138
 51. ANDERSEN AJW, LARSEN IB. Hell on earth: Textual reflections on the experience of mental illness. *J Ment Health* 2012, 21:174–181
 52. DE MAYNARD VA. An ethnographic study of Black Men within an inner London area onto elicit relatedness between black human condition and the onset of severe mental illness: What about the black human condition? *Int J Ment Health* 2007, 36:26–45
 53. LEE DT, KLEINMAN J, KLEINMAN A. Rethinking depression: An ethnographic study of the experiences of depression among Chinese. *Harv Rev Psychiatry* 2007, 15:1–8
 54. LIU L, MA X, ZHAO X. What do psychotic experiences mean to Chinese schizophrenia patients? *Qual Health Res* 2012, 22:1707–1716
- Corresponding author:*
- C. Kaite, University of Technology, 15 Vragadinou street, CY-3041 Limassol, Cyprus
 e-mail: charis.kaite@cut.ac.cy

FILE MESSAGE

Ignore Delete Reply Reply All Forward More Meeting

Move to: ? To Manager Team Email Done Reply & Delete Create New

Rules OneNote Actions Move Mark Unread Categorize Follow Up Translate Find Related Select

Zoom Zoom

 Τρί 21/7/2015 4:43 πμ.
 Elsevier <corrections.esi@elsevier.spitech.com>
 Proofs of [YAPNU_50731]

To Charis Kaite; Charis Kaite
 You forwarded this message on 21/7/2015 10:16 πμ.

Action Items + Get more apps

PLEASE DO NOT REPLY TO THIS EMAIL OR ALTER THE SUBJECT LINE OF THIS E-MAIL

Dear Dr. Kaite,

Thank you for publishing with Archives of Psychiatric Nursing. We are pleased to inform you that the proof for your upcoming publication is ready for review via the link below. You will find instructions on the start page on how to make corrections directly on-screen or through PDF.

<http://live.elsevierproofcentral.com/authorproofs/SPIN25a4426739ec1d0860c1bc5981e4caf61>

Please open this hyperlink using one of the following browser versions:
 ? Firefox 3.0+
 ? IE 8.0+
 ? Google Chrome 5.0+
 ? Safari 5.0+
 (Note: IE8 in compatibility mode is not supported.)

We ask you to check that you are satisfied with the accuracy of the typesetting, copy-editing, and with the completeness and correctness of the text, tables and figures. To assist you with this, copy-editing changes have been highlighted.

You can save and return to your article at any time during the correction process. Once you make corrections and hit the SUBMIT button you can no longer make further corrections. When multiple authors are expected to make corrections, it important to note that each person does not click the SUBMIT button at the end of their corrections.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. The sooner we hear from you, the sooner your corrected article will be published online. You can expect your corrected proof to appear online in within a week after we receive your corrections.

We very much look forward to your response.

Elsevier No Items 



Contents lists available at ScienceDirect

Archives of Psychiatric Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/apnu

“An Ongoing Struggle With the Self and Illness”: A Meta-Synthesis of the Studies of the Lived Experience of Severe Mental Illness

Charis P. Kaite*, Maria Karanikola, Elizabeth D.E. Papathanassoglou, Anastasios Merkouris

Cyprus University of Technology Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of technology, 3041-Limassol, Cyprus

ABSTRACT

The diverse experiences of severely mentally ill persons, most of the times, have not been taken into account, or integrated to the treatment procedures. This meta-synthesis aimed to examine what is like to live with severe mental illness narratives by employing a meta-ethnographic synthesis of seventeen published peer reviewed qualitative studies. Third order analysis revealed as core theme “An ongoing struggle for reconciliation with the self and the illness”. Other themes included amongst others: loss of identity, pain of having had one's life stolen, being an outcast. The identification of the importance of the alterations of self-identity throughout the continuum of the severe mental disorder may be the focus of targeted psychosocial interventions.

© 2015 Published by Elsevier Inc.

BACKGROUND

Despite the plethora of available treatment options for the management of severe mental illness (SMI), many are still in some point weakly associated with to the lived experience of mentally ill people (Kent, 2003; Million, 2004; Thompson, 2007). Moreover, the treatment methods of mental disorders have not been developed in accordance to the special needs and wishes of mentally ill individuals (Barker, 2011; Jacobson, 2001; Warne & McAndrew, 2010). Thus, issues linked to quality of life and adherences to therapy are very often raised (Corring & Cook, 2007; Fleck, Keck, Corey, & Strakowski, 2005; Gale, Baldwin, Staples, Montague, & Waldram, 2012; Gee, Pearce, & Jackson, 2003; Haddad, Brain, & Scott, 2014; Manwani et al., 2007; Piat, Sabetti, & Bloom, 2009; Piat, Sabetti, & Couture, 2009).

In relation to the lived experience of a situation, despite that many would argue that only an objective reality exists, according to Rogers (1959), what shapes a person's behavior is not necessarily what is true, but “what the individuals thinks is true” (Nestoros & Vallianatou, 1996, p. 280). As a result, the person tries to perceive and conceptualize oneself in accordance with his/her perception of reality (Rogers, 1959). Under this scope, the way a person behaves in health and in illness issues, may also be influenced by his/her perception of the reality (Beck, 1991). Thus, the way one may react in relation to the therapy may be relevant to the way he/she interprets his/her illness and the treatment methods implemented (Beck, 1991).

Taken into consideration the above, one may assume that there are various contexts of reference in which to understand an individual's lived experience of mental illness and of its treatment. Indeed, previous literature focuses on specific aspects of mental disorder experience and from diverse backgrounds (Baker, Procter, & Gibbons, 2009; Green, Hayes, Dickinson, Whittaker, & Gilheany, 2003; Mauritz & van Meijel, 2009). In particular, a number of studies look at the lived experience of involuntary hospitalizations during the acute phase of the disease (Williams, 2008; Wood & Pistrang, 2008). In contrast, a vast amount of literature explores solely the lived experience of the recovery process (Aston & Coffey, 2012; Dilks, Takser, & Wren, 2010; Jensen & Wadkins, 2007; Turton et al., 2011), or the coping mechanisms used to combat mental illness (Green, Hayes, Dickinson, Whittaker, & Gilheany, 2002; Webb, Charbonneau, McCann, & Gayle, 2011; Yangarber-Hicks, 2004), whilst others investigate the ambivalent relationship between medication and quality of life (Gale et al., 2012; Piat, Sabetti, & Bloom, 2009; Piat, Sabetti, & Couture, 2009; Sajatovic & Jenkins, 2007). Furthermore, some other studies describe the relationship between mentally ill people and health care professionals (Borg & Krinstiansen, 2004; Cleary, Hunt, Horsfall, & Deacon, 2012; Gahnström-Strandqvist, Josephsson, & Tham, 2004; McCloughen, Gillies, & O'Brien, 2011; Schroeder, 2012).

Despite the diverse objectives of studies on lived experience of mental illness, in most of them it is revealed that severely mentally ill people experience their disease as “a descent to hell” (Noiseux & Ricard, 2008, p. 1152), describing enormous suffering and exclusion from friends and families (Andersen & Larsen, 2012). The emotions frequently reported are shame, isolation (Liu, Ma, & Zhao, 2012) and powerlessness (Borg & Davidson, 2008). However, most of these studies do not shed light on the core of these experiences, and help us further understand the phenomenon of severe mental illness (SMI) and suffering in its essence (Andersen & Larsen, 2012; Borg & Davidson, 2008; De Maynard, 2007; Hirschfeld, Smith, Trower, & Griffin, 2005; Jönsson et al., 2008; Lee, 69

* Corresponding Author: Charis P. Kaite, PhD, Cyprus University of Technology Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of technology 15, 3041-Limassol, Cyprus.

E-mail addresses: charis.kaite@cut.ac.cy (C.P. Kaite), maria.karanikola@cut.ac.cy (M. Karanikola), e.papathanassoglou@cut.ac.cy (E.D.E. Papathanassoglou), anastasios.merkouris@cut.ac.cy (A. Merkouris).

70 Kleinman, & Kleinman, 2007; Liu et al., 2012; McCann & Clark, 2004;
 71 Moreira & Coelho, 2003; Nyström, Dahlberg, & Segesten, 2002; Nyström
 72 & Nyström, 2007; Pollack & Aponte, 2001; Sanseeha, Chontawan,
 73 Sethabouppha, Disayavanish, & Turale, 2009; Schön, 2009; Thompson
 74 et al., 2008; Wang, 2011; Ward, 2011). Overall, prior literature, theoret-
 75 ical explanations and historical perspectives present a variety of data re-
 76 garding the lived experience of mental disorders, depending on the
 77 diverse study objectives, culture and backgrounds, and structures of
 78 the health care systems (Andersen & Larsen, 2012; Borg & Davidson,
 79 2008; De Maynard, 2007; Hirschfeld et al., 2005; Jönsson et al., 2008;
 80 Lee et al., 2007; Liu et al., 2012; McCann & Clark, 2004; Moreira &
 81 Coelho, 2003; Nyström & Nyström, 2007; Nyström et al., 2002; Pollack
 82 & Aponte, 2001; Sanseeha et al., 2009; Schön, 2009; Thompson et al.,
 83 2008; Wang, 2011; Ward, 2011). In the contrary, it is through meta-
 84 synthesis that we can achieve greater understanding of the core of
 85 these experiences and shed some light on the phenomenon of SMI
 86 and suffering in its fundamental nature (Allen, Carpenter, Sheets,
 87 Miccio, & Ross, 2003; Barker & Buchanan-Barker, 2011; Barkham,
 88 2002; Davies, 2014; Day et al., 2005; Deegan & Drake, 2006; Happell,
 89 Manias, & Roper, 2004; Hewitt & Coffey, 2005; Kieft, de Brouwer,
 90 Francke, & Delnoij, 2014; Kopelowicz & Liberman, 2003; Määttä, 2006;
 91 Malins, Oades, Viney, & Aspden, 2006; McCabe, 2004; Mueser et al.,
 92 2002; Yu & Kirk, 2008).

93 Thus, a number of reviews on the subject of the lived experience of
 94 SMI exist in international literature. However, most of these studies
 95 have certain limitations, such as inclusion of studies of solely one type
 96 of design i.e. phenomenology, or are focusing on a particular aspect of
 97 the experience of SMI excluding others, include participants other
 98 than mentally ill people, such as family members or health care profes-
 99 sionals, or do not use any inclusion criteria or quality appraisal tools for
 100 the estimation of the rigour of the studies included in their sample
 101 (Andersen, Oades, & Caputi, 2003; Davidson, O'Connell, Tondora,
 102 Lawless, & Evans, 2005; Dundon, 2006; Holt & Tickle, 2014; Leamy,
 103 Bird, Le Bouillier, Williams, & Slade, 2011; Sells et al., 2004; Silverstein
 104 & Bellack, 2008, 2011; Warner, 2009; Wisdom, Bruce, Saedi, Weis, &
 105 Green, 2008; Zolneriek, 2011).

106 Under this scope, in this paper we aim to synthesize qualitative re-
 107 search findings that explore the lived experience of SMI in order to un-
 108 derstand the phenomenon from a different angle compared to that of a
 109 single study's (Dixon-Woods & Fitzpatrick, 2001; Paterson, Thorne,
 110 Canam, & Jillings, 2001; Walsh & Downe, 2005). A novel synthesis of al-
 111 ready given data has been attempted.

112 To the best of our knowledge this is the first study to synthesize
 113 studies that used a variety of qualitative methodologies in order to un-
 114 derstand how people with SMI experience their disease.

115 METHODS

116 The present meta-synthesis encompassed three distinct phases: a) a
 117 systematic literature search, b) critical assessment of the selected pa-
 118 pers, and c) a meta-ethnographic synthesis, according to Noblit and
 119 Hare (1988).

120 Search, inclusion and exclusion criteria

121 A comprehensive literature search was undertaken between May
 122 2014 and January 2015 in the following Databases: CINAHL, MEDLINE,
 123 PubMed, Psych Info, Psychology and Behavioral Science Collection.
 124 The following search terms were used singularly and in combination
 125 in each database:

126 "mental illness" OR "mental disorders" OR "mental health" OR
 127 "serious mental illness" OR "severe and persistent mental illness" OR
 128 "chronic mental illness" OR "schizophrenia" OR "schizoaffective" OR
 129 "bipolar" OR "depression" AND "lived experience" OR "narrative"
 130 OR "self-stories" OR "life-history methods" OR "phenomenological her-
 131 meneutics" OR "autobiography" OR "ethnography" OR "interpretative

phenomenological analysis" OR "subjective experience" OR "hermeneu-
 132 tic phenomenology" OR "in depth interview" OR "qualitative research"
 133 OR "focus groups" OR "grounded theory" OR "open ended" OR "narr-
 134 atives" OR "perception of illness" OR "illness experience" OR "experi-
 135 ences and expressions" AND "service user" OR "client" OR "psychiatric
 136 consumer" OR "mental health consumer"
 137

The studies included in the sample of the present meta-synthesis:

- 138 1) had been published i) from 2000 to present, ii) in the English lan-
 139 guage, and iii) in a peer-reviewed journal, 140
- 141 2) had a qualitative design, 141
- 142 3) were aiming to explore the lived experience or interpretation of
 143 severe mental disorder, including the process of recovery in
 144 their objectives, mainly bipolar disorder or psychosis, 144
- 145 4) were based on data that had been collected solely from individ-
 146 uals with severe mental disorders. 146

The studies that were excluded from the sample of the present
 147 meta-synthesis had the following characteristics: 148

- 149 1) The sample was limited: i) to people who were suffering from
 150 different types of severe mental disorder than psychosis or bipo-
 151 lar disease, such as OCD, substance abuse, postpartum depres-
 152 sion, personality disorders or other types of DSM Axon II
 153 mental disorder, ii) to people who were homeless. 153
- 154 2) The samples were single person case-studies or included the life
 155 history of one person, due to certain limitations following these
 156 study designs, such as: a) the fact that the perspective regarding
 157 a particular phenomenon is limited and the results deriving from
 158 such study designs are difficult to be replicated, b) there is a
 159 greater risk for "research bias", compared to other types of qual-
 160 itative study designs, since there are limited opportunities for
 161 assessing the rigorous of the results. 161
- 162 3) The aim was to investigate specific aspects of mental disorder ex-
 163 perience, such as stigma, loss, grief, or specific aspects of recovery
 164 such as work, housing, medication management, as well as solely
 165 pre-diagnosis of first episode experiences, thus "recovery" was
 166 not included in search term. 166
- 167 4) studies that were evaluating the effectiveness of interventions
 168 e.g. art programmes, help-programmes and clubhouse support 168
- 169 5) Data were based on narratives different than the patients' per-
 170 spective of the lived experience of severe mental illness (e.g. fam-
 171 ily members, mental health professionals or other therapists). 171
- 172 6) Dissertations because of the availability of data 172

The combined search strategies returned 1679 records. The titles,
 173 the abstracts, as well as the full texts were studied and 1568 papers
 174 were excluded. The remaining 109 papers, as well as 25 papers added
 175 after citation searching, were further examined in detail. After taking
 176 into consideration the inclusion and exclusion criteria, as well as the
 177 quality appraisal standards, 17 papers remained for the sample of the
 178 present meta-synthesis (Fig. 1). 179

Quality appraisal of retrieved papers 180

All the papers that were considered for inclusion in the sample of the
 181 present meta-synthesis were assessed in terms of methodological ade-
 182 quacy and rigor by the standardized tool Critical Appraisal Skills Pro-
 183 gramme (CASP). This is a form instrument that has been developed,
 184 tested and recommended by the National Health System of the United
 185 Kingdom (Schön, 2010). 186

The CASP provides classification of scholar papers according to their
 187 methodological adequacy. It consists of 10 items, each of them stating a
 188 question about a particular methodological feature. The first two items
 189 are screening questions and, if they are answered positively, the re-
 190 searcher is able to proceed with the remaining eight items, classifying
 191 the study in one of the two quality categories. The questions can be an-
 192 swered with "yes", "no" or "can't tell". 193

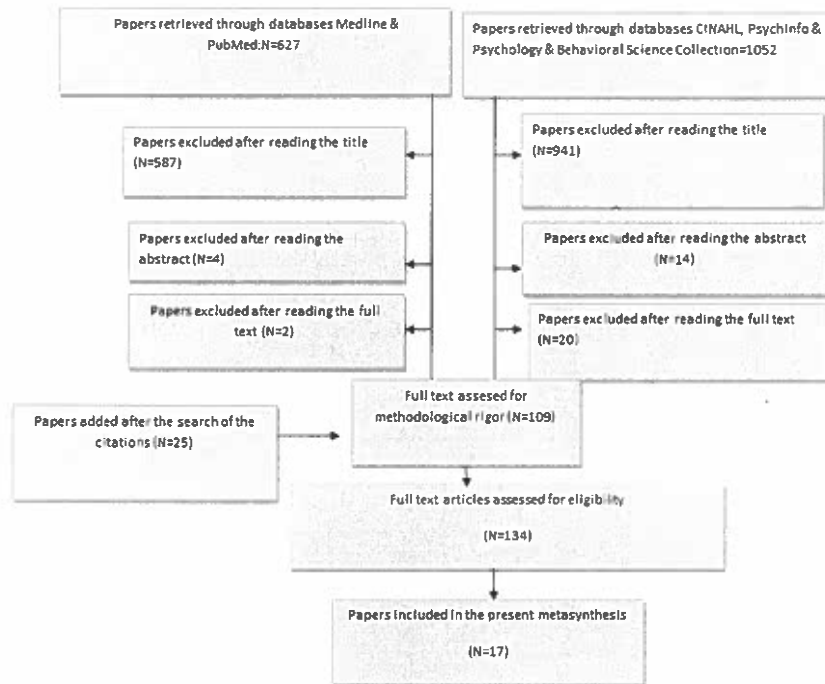


Fig. 1. Process of data collection.

194 As mentioned earlier, according to the answers given, scholar papers
 195 are classified in two categories. Studies in category A are characterized
 196 by a low risk of type I or II error, as they meet at least 9 of the 10
 197 items proposed. Studies in category B meet more than 5 but less than
 198 9 of the 10 items proposed. Assignment of studies to category B status
 199 means that they partially meet adopted criteria, presenting a moderate
 200 risk of bias, mainly of type II. Case studies and studies with convenience
 201 samples belong to this category.

202 All papers were reviewed by three reviewers (1st, 2nd, 3rd author),
 203 independently to address inter-rater reliability. The first author is a PhD
 204 psychologist, familiar with qualitative research as she has been a re-
 205 search assistant for several years (since 2008). The first author has expe-
 206 rience in drafting research proposals, collecting qualitative data,
 207 performing data analysis and writing final reports. The first author,
 208 also has a number of publications on qualitative research. In addition,
 209 the second author is an assistant professor in Mental Health Nursing,
 210 has been the supervisor of the first author on her doctoral dissertation
 211 and has a substantial education and experience in qualitative analysis,
 212 as well as a number of qualitative publications. Further, the 3rd author,
 213 is a professor in Nursing, has been a principal investigator in many stud-
 214 ies, a member or leader of research teams and her strong area of interest
 215 focuses on qualitative research and in particular the phenomenological
 216 investigation of the lived experience. Moreover, the 3rd author, has a re-
 217 cord of over 80 publications in peer reviewed journals, is a member of
 218 the editorial board of 3 international and 1 national peer-review journal
 219 and reviews for over 17 nursing and biomedical journals. Her published
 220 work has received over 1,050 publications.

221 At first, each researcher (author), was reading single papers and was
 222 using a separate copy of CASP checklist in order to assess the paper.
 223 When each researcher completed his own assessment, a meeting was
 224 held with all three researchers (1st, 2nd, 3rd author), in order to docu-
 225 ment on identification of key issues and come to an agreement. As there

226 was no disagreement between the three researchers as to which studies
 227 were fulfilling the inclusion criteria, only one meeting was held. At this
 228 point, we must highlight that the initial screening questions were of sig-
 229 nificant importance in identifying papers as suitable for inclusion in the
 230 present synthesis. If answers to the summary questions were all positive
 231 then assessment continued.

232 More specifically, according to the ten items of the CASP tool (CASP),
 233 all studies included in the present meta-synthesis were classified in
 234 category A. In particular, in all studies 1) the aim was clearly stated,
 235 2) the qualitative methodology that was used was the appropriate one
 236 for the phenomenon under study, 3) the methodological qualitative
 237 design that was implemented was the appropriate one according to the
 238 objectives of the study, 4) the recruitment strategy was the appropriate
 239 one according to the aims of the study, 5) data were collected in a way
 240 that assured adequate coverage of the topic under study, 6) the relation-
 241 ship between the researchers and the participants had been adequately
 242 considered, 7) the ethical issues had been taken under consideration,
 243 8) data analysis was sufficiently rigor, 9) there was clear report of find-
 244 ings and 10) the contribution and the implications of the findings gener-
 245 ated by the study, as well as the limitations, were adequately discussed.

246 There were no disagreements between the three researchers as to
 247 which studies were fulfilling the inclusion criteria, as well as the criteria
 248 of the CASP tool.

249 *Meta-ethnographic synthesis of data*

250 Meta-ethnography was chosen as the most appropriate method of
 251 synthesizing the data in the present study since it i) has its underpin-
 252 nings in the interpretive paradigm from which qualitative methodology
 253 stems, ii) provides a higher level of analysis and interpretation, iii) gen-
 254 erates new research questions, and iv) reduces duplication of research
 255 (Britten, Campbell, Pope, Donovan, & Myfanwy, 2002). Moreover, this

Table 1
The Concepts Identified Across the Studies Which are Included in the Present Meta-Synthesis (First Order Interpretation).

	Borg & Davidson, 2008	Güner et al., 2014	Gwinner et al., 2013	Hirschfeld et al., 2005	Jönsson et al., 2008	Ko et al., 2013	Kooj, 2009	McCann & MSoSci, 2004	Morreira & Coelho, 2003	Nyström & Nyström, 2002	Nyström & Nyström, 2007	Pollack & Aponic, 2001	Sansecha et al., 2009	Schön, 2009	Thompson et al., 2008	Wang, 2011	Ward, 2011	
Concepts																		
The meaning of mental illness:																		
an interruption of life							X	X				X						
Interruption of life/catastrophic experience/attack from enemy							X	X				X						
Chronic illness/complexity	X						X	X					X					
Uncontrollable/unpredictable situation	X						X	X					X					
Suffering/Painful experience	X						X	X					X					
An asset/A special gift from God							X	X					X					
Paradoxes (Opposites)							X	X					X					
A supplement in one's self							X	X					X					
Feelings/Perceptions: Being an outcast																		
Fear of relapse/insecurity/frustration	X																	
Loss of self-confidence																		
Alienation from self																		
Feeling invisible																		
Suspicious/Altered thinking																		
Alienated from others/isolation																		
Loss (job/home)																		
Social consequences: Loss of respect																		
Stigmatized																		
Labeling																		
Rejection/Loneliness																		
Interrupted family relations																		
Causes of illness: Misfortunes that lead to tribulations																		

method is the most widely cited in the healthcare research of qualitative data synthesis, and in particular with regard to patients' experiences of illness (Schön, 2009, Schroeder, 2012). Furthermore, meta-ethnography as suggested by Noblit and Hare (1988) is more suitable for meta-synthesis involving a small number of studies.

Noblit and Hare (1988) suggested seven stages for conducting a meta-ethnographic synthesis. These were followed in the present study in the adopted version for health research by Britten et al. (2002). These steps are:

1. Getting started, which involves the writing of the research question
2. Deciding what is relevant to the initial interest, which involves the search and selection of the studies of the sample based on certain criteria
3. Reading the studies, which involves an in-depth study of the included papers in order to identify the main themes (concepts) in each of them
4. Determining how the studies are related, which involves identification of the common themes across the included studies, as well as how these themes are presented in each paper (first-order interpretation)
5. Translating the studies into one another, which includes the interpretation of the relationship between the common themes in each study (second-order interpretation)
6. Synthesizing translations, which include the interpretation of the way in which second order interpretations are related to one another (third-order analysis)
7. Expressing the synthesis which includes illumination and writing of the synthesis

More specifically, we applied first, second and third level analysis of data (Schutz, 1962). First order analysis involved i) the identification of the main themes in each included paper, as a summary of the original findings of each study, ii) the search of the common themes across all included studies, and iii) the interpretation of the common themes across all included studies. Then, we searched for a theory that could integrate the expressions of the common themes in each paper in a meaningful way. This was our second order analysis. Then we developed our third order analysis by writing our views and interpretations that were revealing a possible relationship among all included studies, in terms of the themes and concepts that had been illuminated in the second order analysis (Dixon-Woods & Fitzpatrick, 2001; Paterson et al., 2001). We have used a matrix to compare the themes emerged in all three levels of analysis, with lines and arrows to indicate possible relationships between constructs and themes across different studies (Britten et al., 2002; Campbell et al., 2003).

In general, consensus was achieved in a second meeting with all three authors that were contributing to the assessment of the paper and were all qualitative researchers (first meeting was held for the classification of papers using the CASP tool). During the second meeting, researchers first read all the second order interpretations independently, then all three of them, met to discuss the third order analysis, by revisiting second order analysis and the quotes associated with it. After that, they reached a consensus by discussing in detail all the study differences and similarities for each single paper, in order to produce an integrated scheme and a new interpretative context that derived from the key concepts and the second order interpretations.

The concepts identified across the studies which are included in the present meta-synthesis second and third order analysis are presented in Table 1. The matrix categories for the third order analysis are presented in Table 3.

RESULTS

Search results and initial assessment

The current meta-synthesis integrated the findings from seventeen papers regarding 242 subjects of the papers, the majority of them

being women, aged from 18 to 64 years old. The included studies were conducted in the following countries: one in Norway, five in Sweden, two in Australia, one in Brazil and Chile, one in Thailand, one in the UK, four in the USA, and two in Taiwan and one in Turkey. Most of the researchers used in-depth, semi-structured interviews. One study was based on interpretations of pictures and photos selected by the subjects of the papers in order to represent what it has been like to live with chronic mental illness (photo-voice), and another used a combination of data collection methods (visual diaries, in depth interviews, observation notes of the notes and planning as well as exhibiting processes and the artists sketches and designs, finished artwork). All studies were published after 2000.

In five studies, the subjects of the papers were recruited from inpatient facilities (university or public hospitals), in three studies from a non-governmental organization, in four studies, the subjects of the papers, had chosen the place of interview (e.g. home, cafes, private room etc.), in one study from music therapy, in two studies, the subjects of the papers, were recruited from the community, in one study through flyers and in another study from an annual art exhibition hosted by Mental Illness Fellowship Queensland (MIFQ).

The main features of the included studies are presented in the Table 2.

INTERPRETATION OF FINDINGS

The third order interpretation, which included the synthesis of second order translations (Holt & Tickle, 2014), revealed as the core theme of the lived experience of severe mental illness the "ongoing struggle for reconciliation with the self and illness" (Fig. 2, Table 3).

Severely mentally ill patients seemed to experience a harsh encounter with the illness and its consequences. In particular, they seemed to experience a continuous suffering, mainly arising from stigma, loss of their credibility and social status, isolation, powerlessness and hopelessness. The synthesis of the second order interpretations into third order interpretations is presented in Table 3 below.

"It would have been best if I could have stayed feeling OK, but there is this kind of feeling that drags you down until you feel bad, a feeling that you can't do much about..." (Jönsson et al., 2008, p. 1226).

"I wish the rest of the world could see that seeking help for mental health (problems) is not a bad thing or something to joke about or judge me" (Thompson et al., 2008, pp. 17–18).

"I've even tried committing suicide once [..]. It is very hard to see a future with this illness." (McCann & Clark, 2004, p. 789).

Additionally, severely mentally ill patients stated their need to be accepted by the society, and further take back and maintain a normal life.

"[...] (telling about the illness) I don't know how it would sound to them what they would think of me after I told them, so I think it's unnecessary. Why should they be informed? As long as I behave normally, or they consider that I behave normally, there's no need to run around and tell them that I've been like this or that." (Jönsson et al., 2008, p. 1226).

Evident was also their need to be accepted by themselves, in terms of normality:

"I want to get married and have children and live a good life. I want to work. I don't want to receive social welfare payments [...] I want to live a normal life [...]" (Jönsson et al., 2008, p. 1230).

More importantly, such an acceptance was perceived as an essential step towards recovery:

Table 2
Main Features of the Studies in the Current met Synthesis.

	Author/Date	Aim	Methodology	Core theme/Main themes
r2.1 r2.2	1. Borg & Davidson, 2008	To explore how the challenges of severe mental illness are experienced within the context of everyday life	-Existential phenomenology & participatory research -13 people with severe mental illness & reference group of 5 persons -Open-ended questions focused on existential, social, material, health & illness issues	Core theme: Striving for recovery & normality Main themes <ul style="list-style-type: none"> • The importance of having a normal life: spending time in ordinary environments where normality is expected from individuals (vs. psychiatric settings) -cleaning, paying bills etc. -fulfilling social & family roles -having a job • Just doing it: doing something concrete to improve one's situation: finding sources of hope & inspiration despite the limitations stemming from the illness • Helpful people/situations/strategies towards making life easier: -the contribution of mental health care practitioners -a stable income & having a home -being occupied with meaningful & pleasurable activities • The value of being good to yourself -a healthy lifestyle -being good to others -offering to one's self pleasurable activities
Q6	2. Güner, 2014	To determine the illness perceptions of patients with schizophrenia in remission	-Descriptive exploratory design -9 patients with schizophrenia (8 males and 1 female) -semi-structured interviews	Main themes: <ul style="list-style-type: none"> •Schizophrenia is a complicated illness that causes indescribable pain and fear •Schizophrenia is a mystery, patients not having a good understanding of the causes of schizophrenia and speculated on numerous reasons (genetic, brain not releasing sufficient dopamine, blows to the head and subsequent seizure, loneliness, an act of God, poor family relationships, academic failure, economic hardship and/or stress, excessive studying during childhood, not placing importance on one's social life, obsessing about certain things, personality traits (introversion), depressive and oppressive settings, working in difficult jobs, being subjected to ill-treatment, loss of loved ones and combination of those factors) •Loss of life: life passes away without having lived and there was nothing in their lives but schizophrenia. Emotions: hurtful feelings and exasperation. •A dynamic journey toward recovery, varying from patient to patient and defined as the cessation of symptoms and the disappearance of all negative consequences of the illness Factors facilitating recovery: supporting family attitudes, drug therapy as important in order to prevent relapses, personal responsibility (engage in activities, hobbies etc.) Spirituality & positive relationship with God Helping relationships with doctors that could educate family & listen to their concerns Factors that Hinder Recovery (family attitudes, stigmatization, fear of being deprived of certain rights, the quality of health care and financial/social security issues) •A process of recovery (1. Changes in perception of schizophrenia, first fear now came familiar and accepted, 2. Learning to live with illness, able to take medications, 3. Deriving meaning from illness, giving positive meaning to schizophrenia) Positive life experiences: Schizophrenia protected her from other negative things and if it had not been schizophrenia she may have lost.
Q7	3. Gwinner et al., 2013	To share the complexities of illness and recovery as a full human experience derived through a collaborative process aimed at improving and understanding the lives of each person living in the community.	-Participatory Action Research (PAR) -Eight adults identified as artists and diagnosed with mental illness -Visual diaries, three in-depth interviews with each of eight artists, observation notes of the notes and planning and exhibiting processes, the artists sketches/designs and finished artwork	Core theme: The sense of personhood inclusive in mental illness Main themes: <ul style="list-style-type: none"> •To know who me is (beyond the label of mental illness, the identity of artist as a sense of accomplishment and self-respect). •I can't separate it (Perception of the sufferer's self in relation to illness as a supplement of oneself) •Meaning of recovery (recovery as a fluctuating process) •Systems (descriptions in relation to clinical interventions, normality and functioning in order to meet conventions)

Table 2 (continued)

	Author/Date	Aim	Methodology	Core theme/Main themes
r2.7				prescribed in mental health) •A Bit more better (recovery as an ongoing aspect and the development of coping strategies) •Layered Identity (the persons identity as an artist is luminous over the mental illness identity) Core theme: Personal and Interpersonal changes Main themes
r2.7	4. Hirschfeld et al., 2005	To explore the experiences and meanings of young men with psychosis.	-Grounded theory -6 men with schizophrenia -Semi-structured interviews with open-ended questions	• Experience of psychosis: suicidal and depressive feelings, as well as insecurity and fear. • Development and use of coping strategies • Personal and Interpersonal changes: feelings of loss, loneliness and alienation leading to alterations in young men's perception of themselves and their relationships • Personal explanations regarding the onset of psychosis: the contribution of i) self-perception prior to psychosis onset, ii) stressors associated with the quality of relationships with women. Core theme: Moving back and forth towards acceptance of illness Main themes
r2.8	5. Jönsson et al., 2008	To explore the meaning of living with Bipolar Disorder, focusing on individuals' perceptions about the illness and the future	-Content analysis -18 participants -structured interviews	• Perceptions regarding the illness -Accepting the illness -Being insecure in ones' self, stemming from the fear of becoming ill again or due to discrimination -Striving for understanding the causes and course of the illness -Managing the illness through the development of coping strategies, such as expressing feelings, medication and positive thinking • Perception of the future -An uncertain future due to limitations set by the illness -A hopeful future based on expectations about being part of a society. Core theme: Searching for re-integration Main themes:
Q8	6. Ko et al., 2013	To explore illness experiences of people living with schizophrenia within Taiwanese culture	-Interpretative Phenomenological Approach -15 participants with schizophrenia -Sharing experiences on events in the participant's personal lives or family life, participant's personal diaries, informal interviews, repeat observations and one in-depth face to face interview	•Reflecting on illness experiences -Loss of self-control (losing one's mind, unable to control one's behavior) -Sense of unbearable suffering (unbearable suffering and a feeling that no-one understand them) -Connecting with spiritual world (causes of illness as possession of spirits or punishment and repayment of sins connected to previous life) •Living with illness experience -Regaining control (coping mechanisms: supporting families, medications controlling symptoms, professional relationships based on trust, involving the patient in treatment by taking consideration patient's own opinion and a feeling of engagement in therapeutic relationships) -Searching for inner peace (religion and strong belief in god as coping mechanisms) •Learning from illness experience -Reframing of self-expectations (one's own health as a priority in contrast to one's career goals that are hindered by illness) -Redefining the value of life (family bonds as supporting and empowering to continue fighting mental illness. Core theme: The journey between illness and health Main themes:
r2.10	7. Kooij, 2009	To understand what the songs written by adult music therapy participants diagnosed with SMI reveal about their lived experience of mental illness	-Hermeneutic Phenomenology -3 participants (2 female and 1 male) who had written substantial body of songs diagnosed with schizophrenia, major depression, bipolar disorder and anxiety disorder -Open-ended interviews	•The Destinations (illness and health) -Illness as time spent in jail, as a rushing flood or a nightmare, a constant battle, hell, a black hole, or a black death vs health as freedom, peace, embracing life and light. •Identity (lost vs restored identity) •Control (no perceived control vs taking control) •Social Engagement (social isolation vs social connection) Core theme: Illness as a catastrophic experience Main themes
r2.11	8. McCann & Clark, 2004	To explore how young people with schizophrenia experience their illness, and find meaning into it.	-Existential Phenomenology -Husserl and Merleau Ponty approach -9 adults with schizophrenia -Semi-structured interviews -Giorgi analysis	

Table 2 (continued)

	Author/Date	Aim	Methodology	Core theme/Main themes
t2.12				<ul style="list-style-type: none"> Embodied temporality: illness as a catastrophic experience Embodied relationality: illness as a mediator of social relationships Embodied treatment: medications side effects as burdensome
t2.12	9. Moreira & Coelho, 2003	To explore the lived experience of schizophrenia in Brazil-Chile people.	<ul style="list-style-type: none"> -Existential Phenomenology -Merleau Ponty approach -50 individuals (20 in Brazil and 30 in Chile) -Semi-structured interviews -Giorgi's analysis adapted by Moreira (2001) 	<p>Core theme: An experience of oppression and powerlessness</p> <p>Main themes</p> <ul style="list-style-type: none"> An experience of oppression and powerlessness: emotionally and somatically tired and weak Feeling trapped in psychiatric hospitals: lack of freedom Taking strong medication constantly: ambivalent feelings about medication Loneliness and suffering from the stigma of mental illness: rejection and loneliness The relation between persecutory hallucinations and political and cultural history: possession of spirits
Q9				
t2.13	10. Nyström et al., 2002	To explore the existential meaning of living with severe mental illness	<p>Phenomenology of hermeneutics</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gadamer approach -7 individuals with psychosis -Open-ended questions 	<p>Core theme: unable for personal & emotional development</p> <p>Main themes</p> <ul style="list-style-type: none"> Avoidance/unwillingness for personal development/change Being an outsider during childhood/lack of emotional support Constant unmet needs (search of feelings) of secure & positive self-esteem Existential loneliness Dysfunctional social relationships
t2.14	11. Nyström & Nyström, 2007	To explore the lived experience of individuals who are suffering from recurrent depression	<ul style="list-style-type: none"> -Phenomenological method of Giorgi -10 participants with depression -Unstructured interviews 	<p>Core theme: Paralysis</p> <p>Main themes</p> <ul style="list-style-type: none"> Feeling alienated from oneself and others: loss of sense of being a holistic person Difficulty in understanding and making oneself understood: difficulties in understanding depressive symptoms and in communicating one's suffering Feelings as if being behind an invisible screen in a state of paralysis: being locked up and excluded from ordinary life Unbearable pain: the person can not neither live nor die A struggle with and against perpetual limitations: medication adherence Unable to be with oneself or others: not being able to be present in one's own life and difficult to maintain social relationships, leading to a sense of meaningless life Sense of indignity: self-hatred and low self-esteem, as well as feelings of guilt A need to vanish with dignity, without strain on others: suicidal thinking due to guilt of being a burden to the family.
Q10	12. Pollack et al., 2001	To explore the perceptions of illness in people being treated for bipolar disorder in a public hospital	<ul style="list-style-type: none"> -Exploratory study -15 patients with bipolar disorder -Structured interviews -Content analysis 	<p>Core theme: Struggling to accept illness</p> <p>Main themes</p> <ul style="list-style-type: none"> Facing the diagnosis: chronic struggle for identifying and accepting Bipolar Disorder The importance of personal metaphors: development of personal metaphors in order to explain their illness. Personal metaphors seem to influence the acceptance of the illness Dealing with the medical model: treatment focused on medication
t2.16	13. Sanseeha et al., 2009	To explore how people diagnosed with schizophrenia perceive themselves in relation to their illness in north-eastern Thailand	<ul style="list-style-type: none"> -Hermeneutic phenomenology -Heideggerian approach -In-depth interviews and observations -18 participants 	<p>Core theme: Schizophrenia as a supernatural experience</p> <p>Main themes</p> <ul style="list-style-type: none"> Perception of mental illness: chronic conditions that require continuous medication and treatment Perceptions of causes of illness: cultural and spiritual beliefs attributed to supernatural powers Perceptions of discrimination: perceived as different to others, isolated from society, rejected and distrusted by society

Table 2 (continued)

12.17	Author/Date	Aim	Methodology	Core theme/Main themes
12.17	14. Schön, 2009	To explore the differences in interpretation of severe mental illness between men and women, and how this meaning-making influences the recovery	-Grounded theory -30 patients with severe mental illness -In-depth interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Attempting to live with schizophrenia: developing coping strategies, such as practicing mindfulness or positive concentration, meditation and praying Core theme: Reason for illness. The stressed brain & soul Main themes
12.18	15. Thompson et al., 2008	To explore what it is like to live with chronic mental illness.	-Qualitative Descriptive method -7 patients with chronic mental illness -Interviews based on photos selected by the participants in order to represent what it has been like to them to live with chronic illness -Content analysis	<ul style="list-style-type: none"> • Causes of the illness: (men) loss of love from mother, separation from a parent, heredity, personal insecurity arising from childhood experiences, (women) vulnerability, biological illness, heredity and stressful childhood • Categorizing the illness: "the illness", "the psychosis", as oppression in terms of sexual abuse, physical abuse, or self-oppression during childhood or adulthood • Gendered illness triggers: (men) professional and financial responsibilities, (women) emotional stress • Illness values: (men) "illness as attack", "illness as an enemy", "illness as vulnerability", "total lack of defense against emotions", (women) "illness as a mean for creativity", "painful but also freeing and contributing to who one really is". • Personal responsibility: (men) active agents in developing the illness, (women) receptors of the stress to which they had been exposed • Recovery goal: (men) prevention of relapse and control of symptoms, (women) psychosocial adjustments to a perceived lifelong vulnerability Core theme: Feeling misunderstood and invisible Main themes
12.19	16. Ward, 2011	To explore what it is like to live with bipolar disorder and comorbid substance used disorder	-Phenomenology -13 patients with Bipolar Disorder -in -depth interviews -Colaizzi's method for data analysis	<ul style="list-style-type: none"> • Need to be seen as individuals and not solely as mentally ill persons • Attempting to gain control and be safe through various actions and activities • Making an ongoing effort to repair injured self-esteem • Using various coping skills, positive such as humour, or negative, such as withdrawal Core theme: trying to escape Main themes
12.20	17. Wang, 2011	To explore the personal illness experience and views of mental healthcare of people with mental illness	-Qualitative study -10 voluntary research participants with schizophrenia, bipolar or major depression -semi-structured in depth interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Life is hard due to the negative impact of BD (confinement in a mental hospital, emotional instability, problems in social relationships) • Feeling the effects: loss of the job, home, children and the respect of others • Trying to escape, through self-medicating • Spiritual support, as a coping mechanism • Being pushed beyond the limits: having suicidal thoughts due to the unbearable pain and intense symptoms • A negative connotation: stigma of being diagnosed with BD, as well as negative meanings such as "crazy" or "crack head", resulting in rejection from society Core theme: The denial of being ill Main Themes: -Mental health service users roles and identities -Perceptions of mental illness -Personal experience of psychiatric stigma

379 "I also feel rejected by my family, they are indifferent. That hurts. It also
 380 affects me in my bodily and mental development, let's say, to carry on a
 381 more normal activity" (Moreira & Coelho, 2003, p. 82).

382
 383 Overall, the effort to accept the illness was perceived as an ongoing
 384 struggle through the different phases of the disease, evoking subse-
 385 quent feelings of denial, anger and hopelessness (Kübler-Ross, 1969).
 386 Further, this procedure was described as a continuous fluctuation be-
 387 tween acceptance and non-acceptance.

388 The translation of the concepts identified in the first order analysis led to
 389 six themes produced in the second order analysis, which is presented below.

390 A. Loss of identity and the pain of having had one's life stolen

The meaning of mental illness as it was revealed through the experi- 391
 ences of people with severe mental illness encompassed a sense of a ti- 392
 tanic disruption in one's life. 393

"[...]An interruption of life", "like having your poles reversed" (Pollack & 394
 Aponte, 2001, pp. 173-174). 395
 396

"It is an elusive suffering, consisting of opposites, paradoxes and com- 397
 plexity" (Nyström & Nyström, 2007, p. 679). 398
 399

The consequences of this change in one's life seemed to include particular 400
 alterations in one's personal and social life. These changes maybe 401

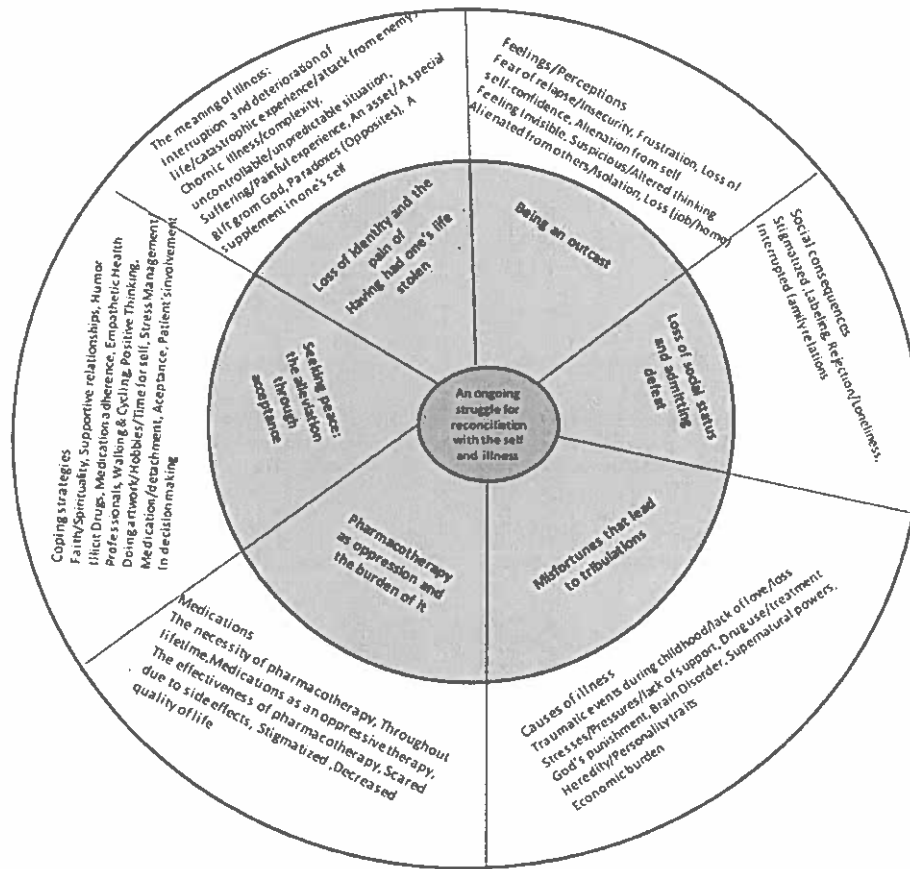


Fig. 2. An ongoing struggle for reconciliation with the self and illness.

402 integrated in a process of transformation of self-identity prior to illness as
 403 a new identity, the "sick identity" that followed the onset of the illness. In
 404 some cases this was described as alienation from the self and others.

406 "I am being alienated from myself and others" (Nyström et al., 2002,
 407 p. 679).

408
 409 Furthermore, this loss of the prior to illness self-identity seemed to
 410 cause an enormous confusion to participants regarding who they
 411 are now, and why they are differentiated from others (Kooij, 2009).
 412 This loss of identity and roles related to it seemed to be a source of
 413 enormous suffering and pain since their previous life had been
 414 taken away once and for all.

415 B. Being an outcast

416 A plethora of feelings were described by the people with severe
 417 mental illness. Most of these were connected with experiences of
 418 suffering. Anger, pain, sadness, helplessness, hopelessness and deni-
 419 al were some of them.

420 "My wife would probably tell you that I won't admit it and I think it's like
 421 that with many forms of mental illness, you don't want to admit that you
 422 have such an illness . . .that's my opinion" (Jönsson et al., 2008, p. 1225).

424 "It would have been best if I could have stayed feeling OK, but there is
 425 this kind of feeling that drags you down until you feel bad, a feeling that
 426 you can't do much about. . ." (Jönsson et al., 2008, p. 1226).

428 [...] "I had a brief period of time were I used to get angry because of the
 429 symptoms starting to show, at an early stage, when my mental illness

430 was developing. I did not really want to be experiencing them, and
 431 showing anger was one way of, I don't know, asking for help in a way,
 432 or just earn reinforcing, [...]. I was not happy about the things in my
 433 mind at the time" (Hirschfeld et al., 2005, p. 258).

435 "[...] help me or I'm going to kill myself, because I don't want to live like
 436 this anymore." (Ward, 2011, p. 24).

437
 438 Moreover, feelings of constant fear of becoming ill again and subse-
 439 quent insecurity caused to the majority of participants, further feel-
 440 ings of powerlessness:

441 "The worst aspect of it is not being confident with your own mind.
 442 Knowing that you can lose it, as it happened before. I am conscious
 443 of the fact that it can happen again . . . For me, that is the worst
 444 thing." (McCann & Clark, 2004, p. 788).

446 "I am worried and fearful of becoming psychotic again" (Nyström
 447 et al., 2002, p. 129).

449 [...] "But there is always that chance of slipping back into depression,
 450 but you have just to find another way to avoid that" (Hirschfeld et al.,
 451 2005, p. 257).

452
 453 Overall, the sense of being an outsider to life was evident in
 454 people's narratives. Loneliness and feelings of being isolated, even
 455 rejected, were described in a dramatic way. Additionally, a
 456 feeling of meaninglessness seemed to be evident in the majority of
 457 description reviewed.

Table 3
Synthesis of Second Order Interpretations into Third Order Interpretations.

Concepts	Second order interpretations	Third order interpretations
The meaning of mental illness: An interruption of life	Loss of identity and the pain of having had one's life stolen	Ongoing struggle for reconciliation with the self and illness
Interruption and deterioration of life/catastrophic experience/ attack from enemy		
Chronic illness/complexity		
Uncontrollable/unpredictable situation		
Suffering/Painful experience		
An asset/A special gift from God		
Paradoxes (Opposites)		
A supplement in one's self		
Feelings/Perceptions	Being an outcast	
Fear of relapse/insecurity/Frustration		
Loss of self-confidence		
Alienation from self		
Feeling invisible		
Suspicious/alterd thinking		
Alienated from others/isolation		
Loss (job/home)		
Social consequences	Loss of social status and admitting defeat	
Stigmatized		
Labeling		
Rejection/Loneliness		
Interrupted family relations		
Causes of illness	Misfortunes that lead to tribulations	
Traumatic events during childhood/lack of love/loss		
Stresses/Pressures/lack of support		
Drug use		
God's punishment		
Brain disorder		
Supernatural powers		
Hereditiy/Personality traits		
Medications	Pharmacotherapy as oppression, and the burden of it	
The necessity of pharmacotherapy throughout lifetime		
Medications as an oppressive therapy		
The effectiveness of pharmacotherapy		
Scared due to side effects		
Stigmatized		
Decreased quality of life		
Coping Strategies	Seeking peace: The alleviation through acceptance	
Faith/Spirituality		
Supportive relationships		
Humor		
Illicit Drugs		
Medication adherence		
Empathetic Health Professionals		
Walking & Cycling		
Positive thinking		
Doing artwork/Hobbies/Time for self		
Stress management/Meditation/detachment		
Acceptance/Patient's involvement in decision making		

"I feel bad [...], why am I going to lie to you. . . I feel bad, I feel lonely . . . you feel as if you are empty, as if no one wants you, no one has any interest in you. There's very little motivation to make you carry on" (Moreira & Coelho, 2003, p. 82).

C. Loss of social status and admitting defeat

With regard to the social consequences of the illness, experiences of loss of ties with the family and friends were mainly described. Most of the times, that seemed to be irreversible and somehow to symbolize a case of defeat from the mental illness, mainly in terms of respect from other and loss of social status.

"They backed off. They did not want anything to do with me. Most of my friends disappeared" (McCann & Clark, 2004, p. 791).

"It destroyed the relationship I had with my family, including my son. It destroyed every element of it over the years [...]" (McCann & Clark, 2004, p. 791).

"[...] We'd fought with each other a few times. I lost my daughter. But, I'm gonna' get her back. I'm still beating myself up about that. My son, I have a 24-year-old boy, and he just wouldn't have anything to do with me" (Ward, 2011, p. 24).

Furthermore, participants disclosed long, vivid descriptions regarding social stigma and labeling.

"[...] that's the way it is with mental illness. They say that there are no prejudices anymore, because people are so enlightened, but that isn't true" (Jönsson et al., 2008, p. 1225).

"From my feelings, society does not trust people who are "phee-bha" (insane) (Sanseea et al., 2009, p. 309).

More importantly, social stigma and labeling were revealed as factors inhibiting any effort to accept mental illness:

"[...] They look askance at you and think "Hmm she's mentally ill and her behavior is different [...]...and that may be the reason why I find it difficult to accept the illness" (Jönsson et al., 2008, p. 1225).

D. Misfortunes that lead to tribulations

Participants shared their need to understand the causes of their illness. They talked about stressful life events, such as economic burden, work pressure, drug misuse and traumatized events during childhood. Additionally, supernatural powers, brain damages and heredity were also identified as factors that were associated with the onset of the mental disease.

Overall, despite the different types of mental disorder contributors, these factors were perceived as the milestones of the suffering experience of severely mentally ill persons.

"Bipolar disorder is a condition caused by stress. A lack of rest, a lack of eating and a lack of economic support" (Pollack & Aponte, 2001, p. 173).

"Well I am not sure, but it might have been the drugs I was taking" (Hirschfeld et al., 2005, p. 261).

"My illness [was] caused by black magic. I believed that someone disliked me and envied me" (Sanseea et al., 2009 p. 308).

"It's related to genetics, that's why I am ill. My grandmother's and grandfather's." (Sanseea et al., 2009, p. 309).

"I lacked basic love and care during childhood" (Nyström et al., 2002, p. 126).

E. Pharmacotherapy as oppression and the burden of it

The side effects of pharmacotherapy were acknowledged as huge limitations to the struggle of reconciliation with the illness. In particular, psychotropic medicines seemed to be an obstacle in participant's social and romantic life. Overall, medications were perceived as a heavy weight, dragging down the body and mind, as well as an intense, bearing load that needs to be carried all the way through the illness.

"I asked, and also begged, my doctor to stop prescribing them [...]. I can take it for my whole life as long as there are no side-effects" (Sanseea et al., 2009, p. 307).

"[...] because I intend to get married [...]. The medicine was making me physically weak [...]. A man's physical part. So I said, let's stop" (Moreira & Coelho, 2003, p. 82)

"Sexually, my medication affects my ability to ejaculate ..." (McCann & Clark, 2004, p. 793).

In some cases, medications were also described as necessary, since they control illness and its symptoms. Thus, despite the negative effects of pharmacotherapy in mentally ill patient's personal and social life, many of them acknowledged the therapeutic effect of psychotropic medicines:

"[...] my head is fine because of the medicines, if it weren't for the medicines, I'd be crazy" (Moreira & Coelho, 2003, p. 82).

"[...] I feel better when I take drugs, but if I stop taking it, I will feel dizzy after a while. So it is necessary to rely on drugs to control the illness" (Wang, 2011, p. 5).

F. Seeking peace: The alleviation through acceptance

During the ongoing effort to manage the limitations of the illness, participants seemed to develop various coping strategies. Towards reconciliation, participants appeared to have articulated a new identity of their selves in order to accept the illness. More importantly, they seemed willing to embrace their new identity posed by the illness and integrate the limitations into it.

Spirituality and a positive relationship with religion seemed to be a valuable way of finding peace in one's life under the scope of illness.

"A lot of people have religion, but that's not it. [...] Since I had this relationship with Jesus, it has really come good [life now looks more promising].... I find that, where it all matters, is in the spirit. If I've got my spirit alive, then everything else comes in." (McCann & Clark, 2004, p. 790).

"I've got a spiritual relationship with God, true. When your mind is sort of being tormented, He's the only thing—I say Him—that can reach deep down and say 'You are all right'." (McCann & Clark, 2004, p. 790).

"Praying helps improve the quality of my mind. My mind is more peaceful." (Sanseea et al., 2009, p. 309).

"[...] Anytime I get in a tight situation or whatever, I can go to God. It helps me for some reason; it calms me down where I can be able to function." (Ward, 2011, p. 25).

Overall, reconciliation with the self and illness seemed to be the ultimate prerequisite of finding peace in one's life. This process of acceptance of the limitations of the illness seemed to be mediated by the endeavor to build a new identity through the ill health.

"you know I have matured a lot more. You become aware of what is around you, and you understand illnesses and all the ins and outs. So obviously, yah you change a lot" (Hirschfeld et al., 2005, p. 260).

"I have perhaps been able to come to terms with and accept some things, but it's difficult. Probably it doesn't matter what illness it is. It'll perhaps become a suffering for people with diabetes to not be able to eat chocolate. And then perhaps, finally you realize that, perhaps I don't need that chocolate any longer and then you don't suffer any more" (Nyström et al., 2002, p. 682).

DISCUSSION

This meta-synthesis aimed to appraise and synthesize current qualitative research data on the lived experience of SMI. Despite that several studies have been conducted in order to investigate the lived experience of SMI, this is the first meta-synthesis on the subject, to our knowledge. The majority of the participants in the studies reviewed disclosed their continuous suffering due to the symptoms of the illness, as well as their perception of loss of self-identity and life previous to illness. Thus, in this meta-synthesis we enlightened the need for reconciliation with the new identity of self, as posed by the limitations and challenges of the illness. The ongoing struggle towards this equilibrium was revealed as the inner essence of the experience of the ill health. Moreover, this dynamic development seemed to involve a re-conceptualization of mental illness as one aspect of one's multi-dimensional identity, instead of capturing his/her entire personal perception, leading to the formation of the "mental patient" self-identity.

In more detail, in the current meta-synthesis the perception of participants that their life history had been disrupted was highlighted as a central element of their experience. Suffering, seemed to result from patients' awareness of the losses following the onset of the symptoms; the first and foremost of them was associated with an unfamiliar

sense of the self. This alteration of the perception of the self was followed by other losses, such as loss of social relationships and roles, control over one's life or esteem from self and others. Overall, the need to rebuild one's self identity was revealed as essential for accepting the limitations of the illness. When this procedure was perceived as a challenge, mentally ill persons were able to achieve alleviation.

Thus, the issue of self-identity throughout the continuum of ill health appears to be crucial with regards to adjustment to the new conditions caused by the symptoms of severe mental disorders. Based on this finding, further research is needed in order to explore the way mentally ill people perceive their self-image through the different phases of the illness. Moreover, interventions aiming to enhance a positive self-perception through the different stages of the illness may also be useful.

Furthermore, the effect of medication towards alleviation from the symptoms of SMI was revealed as a main theme in the present meta-synthesis. Although adherence to pharmacotherapy was widely perceived as a necessary and essential means for control of the symptoms and prevention of relapse (Lieberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002; Mansell, Powell, Pedley, Thomas, & Jones, 2010; McKay, 2010; Piat, Sabetti, & Bloom, 2009; Piat, Sabetti, & Couture, 2009; Ridge & Ziebland, 2006; Schön, 2010; Shea, 2009), the way in which medication facilitates transformation of self-identity, and further acceptance of the limitations following SMI was not enlightened in the present study (Noiseux & Ricard, 2008; Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002). Thus, it may also be interesting to explore whether or not exists any relationship between self-perception during different phases of the illness and adherence to pharmacotherapy.

In relation to other effective means for the management of SMI it was found that spirituality and a positive relationship with religion had a major impact towards this goal. Previous studies (Makdisi et al., 2013), have described coping strategies for relieve from SMI as internal and external. Internal factors are related to one's effort for self-determination and initiatives taken for independence, such as spirituality or engagement in positive thinking. On the other hand, medication adherence (Lieberman et al., 2002; Mansell et al., 2010; McKay, 2010; Piat, Sabetti, & Bloom, 2009; Piat, Sabetti, & Couture, 2009; Ridge & Ziebland, 2006; Schea, 2009; Schön, 2010) and religiosity (Mizock, Russinova, & Millner, 2014; Mizock, Russinova, & Shani, 2014), are identified as external factors.

Another main theme that was addressed in the present study involved the social consequences of SMI. The social consequences of mental illness regarded damaged family, social and romantic relationships, and were highlighted as really painful. Indeed, there are data supporting that severely mentally ill persons experience difficulty in creating and maintaining interpersonal relationships (Forrester-Jones & Barnes, 2008; Hirschfeld et al., 2005; Linz & Sturm, 2013; McCann & Clark, 2004; Nyström & Nyström, 2007; Nyström et al., 2002). The reasons for that lie not only in the pathophysiology of severe mental illness but in the stigma and labeling as well. In particular, the isolation following the symptoms of SMI may be further enlarged by the effects of stigma and labeling, which frequently lead to the loss of self-esteem (McCann & Clark, 2004; Moreira & Coelho, 2003; Sanseeha et al., 2009) and subsequently to withdrawal. However, interpersonal relationships and connectedness to others are necessary throughout a person's life, since the ability to develop and maintain interpersonal relationships is a key component of mental health (Lieberman et al., 2002). Thus, recovery encompasses the capacity of creating social relationships. Indeed, the need of acceptance of mental ill people from society, together with mutual relationships, was highlighted as a precondition for recovery (Jönsson et al., 2008; Thompson et al., 2008).

Based on this, interventions aiming to social rehabilitation maybe need to transform their philosophy and adopt a more genuine towards social acceptance character (Drake & Whitley, 2014; Linz & Sturm, 2013; Mizock, Russinova, & Millner, 2014; Mizock, Russinova, & Shani, 2014; Scheyett, DeLuca, & Morgan, 2013). This means that mental health care professionals need to enhance their empathic

understanding and subsequently unconditional acceptance of mentally ill individuals, liberated from their preconceptions regarding mental illness (Cleary et al., 2012; Dilks et al., 2010). Indeed, there is evidence which shows that mental health care professionals, in accordance with the wider society, still hold strong stereotypes regarding mental disorders (Ben-Zeev, Young, & Corrigan, 2010; Corrigan, 2000; Schulze & Angermeyer, 2003). Nevertheless, the quality of the therapeutic relationship between mental health care professionals and patient is important for optimal clinical outcomes (Hogan & Shattell, 2007; Wheeler, 2004). Thus, strengthening this relationship, as well as lives of mentally ill individuals within society, need to be the focus of mental health care policies, including the elimination of stigma.

LIMITATIONS

Despite that this is the first meta-synthesis concerning the experience of people with severe mental illness, there are particular limitations which have to be taken under consideration. The first one stems from the fact that the studies included were solely in English language. As a result, contradictory findings published in other languages might have not been taken into consideration. Moreover, the fact that there were included studies following all kinds of qualitative design may have caused some degree of heterogeneity in the data produced in the second order analysis. In particular, one has to mention that the aforementioned results derive from a number of studies reviewed, which followed diverse methodological approaches and consequently were influenced by various theoretical and philosophical underpinnings. Thus, one may deduce that the special theoretical and philosophical background may affect the analysis in a subtle way, and therefore the interpretation of data reviewed. For example in the study of Borg and Davidson (2008), researchers used a combination of phenomenology and participatory research. Participatory research by definition, considers participants as active members of the research team. Thus, it is not surprising that the interpretation of the data by the researchers themselves is possessed by "optimism", noting how close to "normalcy" the participants are. On the other hand, the study of Nyström et al. (2002), which seems to follow a rather psychoanalytical background, presents a more "pessimistic" approach to the interpretation of the results, or rather seems to adopt an interpretation that wants mentally ill individuals passive and unable to escape from the limitations of the illness. However, we performed second order analysis based on participants' narratives, rather than on researchers' interpretations. Thus, we proposed a novel interpretation of the reviewed data.

Another limitation is associated with the fact that the studies that were aiming to explore solely the process of recovery from SMI were not included. This may have influenced the interpretation of our data since such studies include important information regarding a vital period in the continuum of ill-health, and therefore associated with the experience of the illness. However, we decided not to include these studies because the scope of the present metasynthesis was to reveal the essence of the entire experience of SMI, and not to focus on a particular phase of it.

Thus, our results may be more pertinent to the acute rather than to the recovery phase of SMI.

CONCLUSIONS

The present study shed some light on different aspects of the lived experience of SMI, and identified the importance of the self-identity throughout the continuum of the illness and in particular how the altered self-identity may become a mean for reconciliation between the self and the demands of the illness. This issue might be the focus of targeted psychosocial interventions, aiming to alleviate experiences of suffering of the mentally ill people.

The present findings might usefully contribute to the knowledge of health professionals working with SMI persons in order to help

604 strengthen their empathy in relation to the SMI persons' individual
605 needs. Further, researches are required to learn more about both
606 sexes needs.

607 Future studies aiming to synthesize qualitative data solely on the
608 subject of recovery from SMI may be of great interest providing insight
609 to the main themes of this particular period during the illness.

610 Abbreviations

611 CASP Critical Appraisal Skills Programme
612 DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
613 SMI Severe mental illness
614

615 COMPETING INTERESTS

616 Authors declare that there are no conflicts of interest.

Q24 617 UNCITED REFERENCE

618 Pound et al., 2005

619 References

- 620 Allen, M. H., Carpenter, D., Sheets, J. L., Miccio, S., & Ross, R. (2003). What do consumers
621 say they want and need during a psychiatric emergency? *Journal of Psychiatric*
622 *Practice*, 9, 39–58.
- 623 Andersen, A. J., & Larsen, I. B. (2012). Hell on earth: Textual reflections on the experience
624 of mental illness. *Journal of Mental Health*, 21, 174–181.
- 625 Andersen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia:
626 towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand*
627 *Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.
- 628 Aston, V., & Coffey, M. (2012). What mental health nurses and service users say about the
629 concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 257–263.
- 630 Baker, A. E., Procter, N., & Gibbons, T. (2009). Dimensions of loss from mental illness.
631 *Journal of Sociology and Social Welfare*, 36, 25–52.
- 632 Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the chal-
633 lenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 337–344.
- 634 Barkham, M. (2002). Common factors in psychological therapies. *Psychiatry*, 1, 5–8.
- 635 Beck, A. (1991). *Cognitive therapy and emotional disorders*. United States of America:
636 Penguin.
- 637 Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental ill-
638 ness. *Journal of Mental Health*, 19, 318–327.
- 639 Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience.
640 *Journal of Mental Health*, 17, 129–140.
- 641 Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relation-
642 ships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, 493–505.
- 643 Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., & Myfanwy, M. (2002). Using meta ethnog-
644 raphy to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of Health Services*
645 *Research & Policy*, 7, 209–215.
- 646 Campbell, R., Pound, P., Pope, C., Britten, N., Pill, R., Morgan, M., et al. (2003). Evaluating
647 meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes
648 and diabetes care. *Social Science & Medicine*, 56, 671–684.
- 649 Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (d). [cited 2015 June 16]. Available from:
650 <http://www.casp-uk.net/>
- 651 Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute
652 adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies.
653 *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 66–79.
- 654 Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for re-
655 search methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48–67.
- 656 Corring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality-of-life
657 construct from a consumer perspective. *Psychiatric Services*, 58, 240–244.
- 658 Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in
659 serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology:*
660 *Research and Practice*, 36, 480–487.
- 661 Davies, N. (2014). Empathic nursing: going the extra mile. *Practice Nursing*, 25, 198–202.
- 662 Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., & Cattell, D. (2005). Attitudes to-
663 ward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships
664 with health professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62, 717–724.
- 665 De Maynard, V. A. (2007). An ethnographic study of black Men within an inner London
666 area to elicit relatedness between black human condition and the onset of severe
667 mental illness. *International Journal of Mental Health*, 36, 26–45.
- 668 Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management
669 in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636–1639.
- 670 Dilks, S., Takser, F., & Wren, B. (2010). Managing the impact of psychosis: a grounded the-
671 ory exploration of recovery processes in psychosis. *The British Journal of Clinical*
672 *Psychology*, 49, 87–107.
- 673 Dixon-Woods, M., & Fitzpatrick, R. (2001). Qualitative research in systematic reviews has
674 established a place for itself. *BMJ*, 323, 765–766.

- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and
675 analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 236–242.
- Dundon, E. E. (2006). Adolescent's depression: a meta-synthesis. *Journal of Pediatric*
677 *Health Care*, 20, 384–392.
- Fleck, D. E., Keck, P. E., Corey, K. B., & Strakowski, S. M. (2005). Factors associated with
679 medication adherence in African American and White patients with bipolar disorder.
680 *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 646–652.
- Forrester-Jones, R., & Barnes, A. (2008). On being a girlfriend not a patient: The quest for
682 an acceptable identity amongst people diagnosed with a severe mental illness.
683 *Journal of Mental Health*, 17, 153–172.
- Gahnström-Strandqvist, K., Josephsson, S., & Tham, K. (2004). Stories of clients with men-
685 tal illness: the structure of occupational therapists' interactions. *OTJR: Occupation,*
686 *Participation and Health*, 24, 134–143.
- Gale, C., Baldwin, L., Staples, V., Montague, J., & Waldram, D. (2012). An exploration of the
688 experience of mental health service users when they decide they would like to
689 change or withdraw from prescribed medications. *Journal of Psychiatric and Mental*
690 *Health Nursing*, 19, 853–859.
- Gee, L., Pearce, E., & Jackson, M. (2003). Quality of life in schizophrenia: A grounded the-
692 ory approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1–31.
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2002). The role and im-
694 pact of social relationships upon well being reported by mental health service users:
695 A qualitative study. *Journal of Mental Health*, 11, 565–579.
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2003). A mental health
697 service user's perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health*, 12, 223–234.
- Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in
699 schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome*
700 *Measures*, 23, 43–62.
- Happell, B., Manias, E., & Roper, C. (2004). Wanting to be heard: Mental health consumers'
702 experiences of information about medication. *International Journal of Mental Health*
703 *Nursing*, 13, 242–248.
- Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic relationships with people with schizophrenia.
705 *Journal of Advanced Nursing*, 52, 1–10.
- Hirschfeld, R., Smith, J., Trower, P., & Griffin, C. (2005). What do psychotic experiences
707 mean for young men? A qualitative investigation. *Psychology and Psychotherapy*, 78,
708 249–270.
- Hogan, B., & Shattell, M. (2007). Psychiatric clinical nurse specialists, nurse practitioners,
710 or the new practice doctorate: Meeting patient's needs? *Issues in Mental Health*
711 *Nursing*, 28, 927–930.
- Holt, L., & Tickle, A. (2014). Exploring the experience of hearing voices from a first person
713 perspective: A meta-ethnographic synthesis. *Psychology and Psychotherapy*, 87,
714 278–297.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narra-
716 tives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 248–256.
- Jensen, L. W., & Wadkins, T. A. (2007). Mental health success stories: Finding paths to re-
718 covery. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 325–340.
- Jönsson, P. D., Wijk, H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2008). Persons living with bipolar
720 disorder – their view of the illness and the future. *Issues in Mental Health Nursing*,
721 29, 1217–1236.
- Kent, D. (2003). *Snake pits, taking cures & magic bullets: A history of mental illness*. United
723 States: Twenty-Century Books.
- Kieft, R. A. M. M., de Brouwer, B. B. J. M., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. J. (2014). How
725 nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of
726 care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14, 118–137.
- Kooij, C. V. (2009). Recovery themes in songs written by adults living with serious mental
728 illnesses. *Canadian Journal of Music Therapy*, 15, 37–58.
- Kopelowicz, A., & Liberman, R. P. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for
730 persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54, 1491–1498.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. (New York, Macmillan).
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework
733 for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The*
734 *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199, 445–452.
- Lee, D. T., Kleinman, J., & Kleinman, A. (2007). Rethinking depression: An ethnographic
736 study of the experiences of depression among Chinese. *Harvard Review of*
737 *Psychiatry*, 15, 1–8.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and
739 factors related to recovery from Schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14,
740 256–272.
- Linz SJ, Sturm BA: The phenomenon of social isolation in the Severely Mentally Ill. Per-
742 spectives in Psychiatric Care, 49: 243–254. Q26
- Liu, L., Ma, X., & Zhao, X. (2012). What Do psychotic experiences mean to Chinese schizo-
744 phrenia patients? *Qualitative Health Research*, 22, 1707–1716.
- Määttä, S. M. (2006). Closeness and distance in the nurse-patient relation: the relevance
746 of Edith Stein's concept of empathy. *Nursing Philosophy*, 7, 3–10.
- Makdisi, L., Blank, A., Bryant, W., Andrews, C., Franco, L., & Parsonage, J. (2013). Facilitators
748 and barriers to living with psychosis: an exploratory collaborative study of the per-
749 spectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy*, 76,
750 418–426.
- Malins, G., Oades, L., Viney, L., & Aspden, S. (2006). What's in a service? Consumers' views
752 of Australian mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 197–204.
- Mansell, W., Powell, S., Pedley, R., Thomas, N., & Jones, S. A. (2010). The process of
754 recovery from bipolar I disorder: a qualitative analysis of personal accounts in rela-
755 tion to an integrative cognitive model. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49,
756 193–215.
- Mánwani, S. G., Szilagyi, K. A., Zablotsky, B., Hennen, J., Griffin, M. L., & Weiss, R. D. (2007).
758 Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-
759 occurring substance use disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1172–1176.

- Mauritz, M., & van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: On living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 251-260.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.
- McCann, T. V., & Clark, E. (2004). Embodiment of severe and enduring mental illness: Finding meaning in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 783-798.
- McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 47-55.
- McKay, E. A. (2010). Rip that book up, I've changed: Unveiling the experiences of women living with and surviving enduring mental illness". *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 96-105.
- Million, T. (2004). *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*. New Jersey: New Wiley & Sons Inc.
- Mizock, L., Russinova, Z., & Millner, U. C. (2014a). Acceptance of mental illness: core components of multifaceted construct. *Psychological Services*, 11, 97-104.
- Mizock, L., Russinova, Z., & Shani, R. (2014b). New roads paved on losses: photovoice perspectives about recovery from mental illness. *Qualitative Health Research*, 24, 1481-1491.
- Moreira, V., & Coelho, N. (2003). The phenomenology of schizophrenic experience: A cross-cultural critical study Brazil-Chile. *Terapia Psicológica Santiago/Chile*, 21, 75-86.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Nestoros, I., & Vallianatou, N. (1996). *Syntheitiki psyxotherapeia me stoixeia psyxopathologias (transl. from Greek)*. Athens: Ellinika Grammata.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. London: Sage Publications.
- Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1148-1162.
- Nyström, M., Dahlberg, K., & Segesten, K. (2002). The enigma of severe mental illness: a Swedish perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 121-134.
- Nyström, M. E. S., & Nyström, M. (2007). Patients' experiences of recurrent depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 673-690.
- Paterson, B., Thorne, S., Canam, C., & Jillings, C. (2001). *Meta-study of qualitative health research*. London: Sage.
- Piat, M., Sabetti, J., & Bloom, D. (2009a). The importance of medication in consumer definitions of recovery from serious mental illness. A qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 482-490.
- Piat, M., Sabetti, J., & Couture, A. (2009b). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 199.
- Pollack, L. E., & Aponte, M. (2001). Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting. *The Psychiatric Quarterly*, 72, 167-179.
- Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G., et al. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine*, 61, 133-155.
- Ridge, D., & Ziebland, S. (2006). "The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression. *Qualitative Health Research*, 16, 1038-1053.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context, Volume 3*. New York: McGraw Hill.
- Sajarovic, M., & Jenkins, J. H. (2007). Is antipsychotic medication stigmatizing for people with mental illness? *International Review of Psychiatry*, 19, 107-112.
- Sanseeha, L., Chontawan, R., Sethabouppha, H., Disayavanish, C., & Turale, S. (2009). Illness perspectives of Thais diagnosed with schizophrenia. *Nursing & Health Sciences*, 11, 306-311.
- Scheyett, A., DeLuca, J., & Morgan, C. (2013). Recovery in severe mental illnesses: A literature review of recovery measures. *Social Work Research*, 37, 286-303.
- Schön, U. K. (2009). How men and women in recovery give meaning to severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18, 433-440.
- Schön, U. K. (2010). Recovery from severe mental illness: a gender perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 557-564.
- Schroeder, R. (2012). The seriously mentally ill older adult: Perceptions of the patient-provider relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, 30-40.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Schutz, A. (1962). *Collected papers. The Problem of Social Reality, Vol. 1*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Sells, D., Borg, M., Marin, I., Mezzina, R., Topor, A., & Davidson, L. (2004). Arenas of recovery for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 3-16.
- Shea, J. M. (2009). Coming back normal: The process of self-recovery in those with schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16, 43-51.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychologist*, 28, 1108-1124.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336.
- Thompson, M. L. (2007). *Mental illness: Health and medical issues today*. Westport Conn: Greenwood Press.
- Thompson, N. C., Hunter, E. E., Murray, L., Ninci, L., Rofls, E. M., & Pallikkathayil, L. (2008). The experience of living with chronic mental illness: A photovoice study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 14-24.
- Turton, P., Demetriou, A., Boland, W., Gillard, S., Kawma, M., Mezey, G., et al. (2011). One size fits all: or horses for courses? Recovery-based care in specialist mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 127-136.
- Walsh, D., & Downe, S. (2005). Meta-synthesis method for qualitative research: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 204-211.
- Wang, J. Y. (2011). Service user's personal experience and interpretation of mental illness: Oriental narratives. *The International Journal of Social Psychiatry*, 1-8.
- Ward, T. D. (2011). The lived experience of adults with bipolar disorder and comorbid substance use disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 20-27.
- Warne, T., & McAndrew, S. (2010). Re-searching for therapy: The ethics of using what we are skilled in. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 503-509.
- Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 374-380.
- Webb, M., Charbonneau, A. M., McCann, R. A., & Gayle, K. R. (2011). Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1161-1176.
- Wheeler, K. (2004). Development of psychiatric-mental health practitioner competencies: Opportunities for the 21st century. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10, 129-138.
- Williams, C. C. (2008). Insight, stigma and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry*, 71, 246-256.
- Wisdom, J. P., Bruce, K., Saedi, G. A., Weis, T., & Green, C. A. (2008). Stealing me from myself: identity and recovery in personal accounts of mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 489-495.
- Wood, D., & Pistrang, N. (2008). A safe place? Service user's experiences of an acute mental health ward. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14, 16-28.
- Yangarber-Hicks, N. (2004). Religious coping styles and recovery from serious mental illnesses. *JPT*, 32, 305-317.
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 440-454.
- Zolneriek, C. D. (2011). Exploring lived experiences of persons with severe mental illness: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 46-72.

Preview

From: srivera6@gmail.com

To: charis.kaite@cut.ac.cy

CC:

Subject: Journal of the American Psychiatric Nurses Association JAPNA-2015-RP-037

Body: 27-May-2015

Dear Mrs. Kaite:

Your manuscript entitled "The lived experience of Greek-Cypriot mentally ill patients of their illness: preliminary results of a phenomenological study." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Journal of the American Psychiatric Nurses Association.

Your manuscript ID is JAPNA-2015-RP-037.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/japna> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/japna>.

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of the American Psychiatric Nurses Association.

Sincerely,
Journal of the American Psychiatric Nurses Association Editorial Office

Date Sent: 27-May-2015

Dashboard

- To submit a new manuscript, click on the "Submit a Manuscript" link below.
- To re-submit a manuscript that has been returned to you by the editorial office, click the "Unsubmitted Manuscripts" link in the "My Manuscripts" list, then click the "Continue Submission" button. You may make changes as needed and re-submit your manuscript to the editorial office.
- Clicking on the various manuscript status links under "My Manuscripts" will display a list of all the manuscripts in that status at the bottom of the screen.
- To continue a submission already in progress, click the "Continue Submission" link in the "Unsubmitted Manuscripts" list.

My Manuscripts	Author Resources
<ul style="list-style-type: none"> 0 Unsubmitted and Manuscripts in Draft 0 Revised Manuscripts in Draft 1 Submitted Manuscripts 0 Manuscripts with Decisions 0 Manuscripts I Have Co-Authored 0 Withdrawn Manuscripts 0 Invited Manuscripts 	<p><input checked="" type="checkbox"/> Click here to submit a new manuscript</p> <p>This section lists the subjects of the five most recent e-mails that have been sent to you regarding your submission(s). To view an e-mail, click on the link. To delete an e-mail from this list, click the delete link.</p> <p>Journal of the American Psychiatric Nurses Association JAPNA-2015-RP-037 (27-May-2015) Delete</p>

Submitted Manuscripts

Manuscript ID	Manuscript Title	Date Created	Date Submitted	Status
JAPNA-2015-RP-037	The lived experience of Greek-Cypriot mentally ill patients of their illness: preliminary results of a phenomenological study. [View Submission]	27-May-2015	27-May-2015	ME: Rivera, Stephanie Eleanor • Awaiting Final Decision

[▲ top](#)

Journal of the American
Psychiatric Nurses Association

**The lived experience of Greek-Cypriot mentally ill patients
of their illness: preliminary results of a phenomenological
study.**

Journal:	<i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i>
Manuscript ID:	JAPNA-2015-RP-037
Manuscript Type:	Research Paper
Keywords:	bipolar disorder, Depression, Mental Health Nurses, phenomenology, van Manen
Abstract:	<p>BACKGROUND: research shows that understanding the problems of people with serious mental illness is difficult for health professionals to achieve and people with mental health problems do not show confidence in healthcare professionals and in the provided services. OBJECTIVES: to explore the perceptions and meanings of mentally ill people in Cyprus regarding: a) their illness, b) their self-image throughout the illness, c) the social consequences following their illness and d) their experience with mental health services. DESIGN: A qualitative methodological approach based on Van Manen's phenomenology was employed through a purposive sample with ten people with serious mental illness, recruited from a Day Center in a district of Cyprus. Data collection was conducted via personal interviews, based on a semi structured interview guide. RESULTS: four main themes and several subthemes were described. The main themes were: a) the meaning of mental illness, b) the perceptions of self-image during the continuum of ill-health, c) Social consequences following the diagnosis of mental illness and personal diminished self-value and d) perceptions regarding mental health professionals and services. CONCLUSIONS: This study highlights the importance of changing the way in which the personality of the person was functioning and existed before the onset of serious mental illness and its treatment, in order for the sufferer to obtain a notion of normality that could enhance the formation of targeted Cognitive Behavioral Intervention for the mentally ill. Overall, the findings appeared to contribute to the enhancement of the health professional's empathy in relation to the individual's needs.</p>

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3 **The lived experience of Greek-Cypriot mentally ill patients of**
4 **their illness: preliminary results of a phenomenological study.**
5
6
7
8

9
10 **Abstract**

11 **BACKGROUND:** research shows that understanding the problems of people
12 with serious mental illness is difficult for health professionals to achieve and people
13 with mental health problems do not show confidence in healthcare professionals
14 and in the provided services. **OBJECTIVES:** to explore the perceptions and meanings
15 of mentally ill people in Cyprus regarding: a) their illness, b) their self-image
16 throughout the illness, c) the social consequences following their illness and d) their
17 experience with mental health services. **DESIGN:** A qualitative methodological
18 approach based on Van Manen's phenomenology was employed through a
19 purposive sample with ten people with serious mental illness, recruited from a Day
20 Center in a district of Cyprus. Data collection was conducted via personal interviews,
21 based on a semi structured interview guide. **RESULTS:** four main themes and several
22 subthemes were described. The main themes were: a) the meaning of mental illness,
23 b) the perceptions of self-image during the continuum of ill-health, c) Social
24 consequences following the diagnosis of mental illness and personal diminished self-
25 value and d) perceptions regarding mental health professionals and services.
26 **CONCLUSIONS:** This study highlights the importance of changing the way in which
27 the personality of the person was functioning and existed before the onset of serious
28 mental illness and its treatment, in order for the sufferer to obtain a notion of
29 normality that could enhance the formation of targeted Cognitive Behavioral
30 Intervention for the mentally ill. Overall, the findings appeared to contribute to the
31 enhancement of the health professional's empathy in relation to the individual's
32 needs.
33
34
35
36
37
38
39
40
41

42 **Keywords:** bipolar disorder, depression, mental health nurses,
43 phenomenology, van Manen.
44
45
46
47

48 The basic principle of care in mental health is the development of a
49 therapeutic relationship between clients and health professionals (Peplau 1952 cited
50 in Stockman, 2005; Watson, 1988). This in turn, requires a holistic understanding of
51 the individual that is of his concern, and perceptions (Rogers, 1959). However,
52 research shows that understanding the problems of people with Severe Mental
53 Illness (SMI), is difficult for health professionals to achieve. As a result, people with
54 mental health problems do now show confidence in healthcare professionals and in
55 the provided services (Shattell, 2007). Therefore, an in-depth understanding of the
56
57
58
59
60

1
2
3 lived experience of mental illness by mental health professionals, might promote
4 health professional's empathy (Barker & Buchanan-Barker, 2011; Barkham, 2002;
5 Davies, 2014; Hewitt & Coffey, 2005; Kieft et al, 2014; Määttä, 2006; McCabe, 2004;
6 Yu & Kirk, 2008). In addition, it will help the mentally ill individuals stay in the
7 therapeutic process and therefore improve their clinical outcome (Allen et al., 2003;
8 Day et al., 2005; Deegan & Drake, 2006; Happell et al., 2004; Kopelowicz & Liberman,
9 2003; Malins et al., 2006; Mueser et al., 2002).

10
11
12
13 Regarding the degree of understanding of the experience of the mentally ill,
14 previous studies either focus on specific aspects of mental illness (Baker et al., 2009;
15 Green et al., 2003; Maurtiz & van Mejel, 2009), or the lived experience of involuntary
16 hospitalization during the acute phase of the illness (Williams, 2008; Wood &
17 Pistrang, 2004).

18
19
20
21 In addition, a vast amount of literature focuses on the lived experience of the
22 recovery process (Aston & Coffey, 2012; Dilks et al., 2010; Jensen & Wadkins, 2007;
23 Turton et al., 2011), as well as the coping mechanisms that mentally ill use in order
24 to combat mental illness, (Green et al., 2003; Yangarber-Hicks, 2004; Webb et al.,
25 2011), whilst others investigate the attitudes of mentally ill in regard to
26 pharmacotherapy (Gale et al., 2012; Piat et al., 2009; Sajatovic & Jenkins, 2007).

27
28
29
30 Furthermore, there are studies that focus to the relationship between
31 mentally ill and health professionals (Borg & Krinstiansen, 2004; Cleary et al., 2012;
32 Gahnström-Strandqvist et al., 2004; Mcloughen & O'Brien, 2011; Schroeder, 2013).

33
34
35 Also, there is a plethora of theoretical interpretations in relation to mentall
36 illness. A decade ago, some of these included the possession of spirits or God's rage
37 (Kent, 2003; Million, 2004; Thompson, 2007). Such perceptions have led to labeling
38 and therefore isolation of persons with mental illness (Thompson, 2007).

39
40
41 On the contrary, during the last decades, there was a particular emphasis
42 given on the neurobiological basis of mental health disorder's (Charney et al., 2013;
43 Thompson, 2007). This, was the result of the implementation of pharmacotherapy as
44 a treatment method for mentally ill individuals (World Health Organization, 2009).
45 However the majority of previous studies, is still not taking under consideration the
46 lived experience of mentally ill (Kent, 2003; Million, 2004; TThompson, 2007).

47
48
49
50 In addition, therapy methods of mental disorders have not been developed in
51 regard to the needs and wishes of person's with mental illness (Barker Buchanan
52 Barker, 2011; Jacobson, 2001; Warne & Andrew, 2010). Therefore, issues concerning
53 the quality of life and the correct application of the treatment, remain relevant and
54 should be further developed (Corring & Cook, 2007; Fleck et al., 2005; Gale et al.,
55 2012; Gee et al., 2003; Haddad et al., 2014; Manwani et al., 2007; Piat et al., 2009).

Method

Study Design

A phenomenological approach based on Munhall's methodology, which has its underpinnings on Van Manen's steps was employed (Munhall, 1994; Van Manen, 1984, 1990). The core of phenomenology, as a research method there is the attempt to describe and understand phenomena of caring and healing, as well as wholeness through the lived experience of individuals (Draucker, 1999; Geanellos, 1998; Maggs-Rapport, 2000; Moran, 2000; Orbanic, 1999; Wojnar & Swanson, 2004).

Specifically, the choice of the phenomenological method of van Manen, includes both hermeneutic and descriptive elements (Van Maanen, 1990). More particular, according to van Manen phenomenology 'provides a description of how one "orients" or turns to understand, and focuses on the lived experience of phenomena and its essences. On the other hand, hermeneutics provide a description of how one interprets the lived experience (Van Manen, 1990, p.4). Van Manen's phenomenology is widely used in combination with other phenomenological methods in nursing literature (Brajtman, 2005; Brett 2004; Fielden, 2003; Hassouneh-Philips, 2003; Hilton & Henderson, 2003; Thome et al., 2004).

The aim of the current study was to explore the perceptions and meanings of mentally ill people in Cyprus regarding: a) their illness, b) their self-image throughout the illness, c) the social consequences following their illness and d) their experience with mental health services.

Sample

Participants were recruited from a Day Center in one of the four main Greek-Cypriot cities, and during the period between April of 2012 and August of 2013.

The sample was chosen using purposive sampling, according to theoretical saturation (Holloway & Wheeler 2010). Particular inclusion criteria were set:

- a) Participants had been diagnosed according to DSM- VI (2013) with psychosis, mainly schizophrenia and/or mood disorder, mainly bipolar disorder,
- b) were voluntary using community mental health services,
- c) over 18 years of age,
- d) knew the Greek language well and had a Cypriot citizenship,
- e) had the capacity to reflect their experiences,

- 1
2
3 f) had the ability and desire to describe and communicate their
4 experiences with researchers.
5

6 Exclusion criteria involved:
7

- 8 a) remission,
9
10 b) a severe impairment of cognitive functioning,
11
12 c) axis II of DSM-IV-TR (APA, 2000),
13
14 d) poverty of speech,
15
16 e) lack of insight,
17
18 f) insufficient understanding of the content and goals of the
19 study.
20
21
22

23 **Data Collection**

24
25 Data collection was performed with repeated phenomenological semi-
26 structured interviews based on a guide developed according to relevant literature
27 (Bradshaw et al., 2007; Kowlesslar & Corbett, 2009; Mason et al., 2005; Rusner et al.,
28 2009; Shattell et al., 2007; Tylee, 2001). The interview guide was given to a panel of
29 experts in order to evaluate the appropriateness of each question prior to the study.
30 However, the content of each interview was set by each participant, according to the
31 rules of phenomenology. Participants were encouraged to refer to examples of their
32 experiences in order to enable the deepening of the meaning of their experience. At
33 the end, demographic data were collected (e.g. sex and age). Both verbal and non-
34 verbal messages were transcribed. Each interview had a duration of approximately
35 one hour.
36
37
38
39

40 **Data analysis**

41
42 Data analysis was performed by four independent researchers: a) the PhD
43 candidate (main researcher), b) the supervisor Professor, who is an assistant
44 professor of Mental Health Nursing and has a number of substantial publications on
45 phenomenological analysis, c) a PhD nurse with experience in phenomenological
46 analysis and d) a Psychologist with an experience in phenomenological analysis.
47
48
49

50
51 Furthermore, in order to control the subjectivity of the researcher, the
52 second researcher listened again the recorded interviews and read the transcripts.
53

54 Simultaneously there was a revelation and analysis of the first experiences
55 and knowledge's of the four researchers who participated in data analysis. At this
56 point, it is essential to underline that compared to Heidegger; Van Manen is not
57
58
59
60

embracing the bracketing of the researcher and states that when we forget what we know this reverts (Van Manen, 1990). More generally, regarding bracketing of personal views of a researcher, Van Manen (1990) argues that is not necessary to “bracket” information, but researchers have the responsibility to make explicit the knowledge of the phenomenon.

Data were transcribed verbatim. The texts were coded according to the categories of experience, meanings and emotions that emerged. The encoding data analysis began shortly after the initiation of the study. The categorization of the selected concepts was revised and reshaped when more concepts were added in order to emerge the common themes of the experience. Overall, first, second and third order analysis was performed (Schutz, 1962). Then, the common themes, amongst all researchers were grouped into perception and feelings: a) about the illness, b) the self, c) the consequences following the illness and d) mental health nurses. These four groups of initial themes were further discussed and analysed, and finally the essential themes emerged.

The rigour of the study was established by applying all nine Munhall’s criteria of research rigour (Munhall, 1994), as well as the four criteria of Van Manen that include: a) orientation of the researcher, b) the strength of the text, c) the richness of the text as well as the depth of the text (Van Manen, 1990).

Human Subject Issues

The study protocol was assessed by the Cyprus National Bioethics Committee. Additionally approval was obtained by the Data Protection Committee. Participants were informed for the purpose of the study prior to their participation (article 11(1), Law 138 (1)/2001).

Further, an approval from the Scientific Committee of Research of the Ministry of Health of Cyprus was obtained in order to gain access to all outpatient mental health services over the island of Cyprus.

With regard to data collection ethical issues, all actions were taken into consideration in order to preserve anonymity and confidentiality. When the participant met the inclusion criteria, they read the informative consent form and had the opportunity to ask further questions to the researcher as far as the research was concerned.

Moreover, interviews were coded. The identity of the participants was not revealed anywhere during the study or in any written material in order to establish their anonymity. Thus, prior to the beginning of each interview the participants were asked to choose a pseudonym in order to participate in the study.

1
2
3 The main researcher had the responsibility of collecting the informed consent
4 forms. Interviews were tape-recorded if the participant consented there to, and
5 were safely kept in a locked drawer at the office of the PhD candidate's supervisor.
6 Interviews were carried out at a place and time chosen by each participant, in a
7 comfortable environment, and in a place that there was no interference by a third
8 person thus establishing privacy and preserving confidentiality.
9
10

11 12 13 14 **Results**

15
16
17 Ten individuals agreed to participate in the study, two females and eight
18 males. Their mean age was approximately 42 years old and they were using mental
19 health services for approximately 18.5 years.
20

21 The essential themes identified through the analysis of the participant's
22 narratives were grouped in four categories, according to the research questions of
23 the study.
24

25 26 **A. *The meaning of mental illness***

27 28 **1. *The Pseudonym***

29
30
31 Participants selected a pseudonym, which turned out to be directly linked to
32 their illness lived experience, and for the most of them this was related to their
33 expectations regarding the clinical outcome of the illness. Overall, the pseudonym
34 seemed to represent participant's indirect way to express their interpretation of the
35 illness.
36

37
38 "Jesus Christ was Resurrected, and it crossed my mind to use this
39 pseudonym, coming from Christ, that is to say Christos Anesti. [...] With the help
40 of God and the pharmacotherapy [...] these thoughts of the tantalized person, of
41 the tantalized Christos will go away. And when all these (symptoms) will have
42 gone away, there will happen Resurrection for me. Christ was crucified. He
43 suffered a lot on the Cross, and He was humiliated. He lived the experience of
44 humiliation. And after His martyrdom, He was resurrected. That is to say He went
45 to Heaven [...] Now, He is a light. [...] I will feel the same way, about the same. I
46 will be resurrected."
47
48
49
50

51 52 **2. *The unbearable mental illness***

53
54 Participants contributed long, vivid and emotional descriptions of their
55 experience of the mental illness. Most importantly, participants described that the
56 illness was formed into an experience when they started to receive psychotropic
57 medication.
58
59
60

1
2
3 "A horrible thing".
4

5 "Difficult, a really difficult situation".
6

7 "Ongoing suffering...".
8

9 "My life has been traumatized...".
10

11 "It is better to be handicapped than to be mentally ill".
12
13

14 15 16 **3. The different phases of the illness in time** 17

18 Further, participants described concretely the different phases of the illness
19 in time, making a clear distinction between the past and their situation before the
20 beginning of treatment, the present and how they feel during the treatment phase,
21 the future and which their expectations about themselves and illness outcome are.
22
23

24 During the healing phase, all participants described that it is through
25 medication and their own contribution and initiative as well, that a change will be
26 achieved, while in recovery phase, which concerns the future, it appeared that a long
27 way step by step was necessary in order to be integrated into the community.
28
29

30 "[...] now, since I started taking that medication, where those
31 (symptoms) have gone away, that feeling of my brain being muddy... my
32 thoughts being muddy, and my soul [...] so sad. Now I feel differently. I do not
33 feel that way. I believe that gradually, and with the help of God, and if I find a
34 nice girl, I will become well. I will become a normal, a perfect person."
35
36
37

38 39 **4. The effectiveness of pharmacotherapy: a bargaining through the continuum 40 of illness** 41

42 Throughout all interviews it was evident that participants were in an ongoing
43 strive to accept the effectiveness of the medication treatment, which seemed to
44 follow the distinct phases of the illness, and of the transformation of the self-image
45 perception.
46
47

48 "If I don't take my pills, I feel bad. [...] Now I feel very good. [...] I
49 believe it is the pills. That I must take them as prescribed. [...] They help me,
50 but I can't accept the fact that I take pills [...] I can't accept it. Even the
51 injection has an effect on me. [...] I take the pills and my physician tells me
52 'Use the injection and stop the pills'. This is not right. I should take pills in a
53 low quantity."
54
55
56
57
58
59
60

B.1. *The perceptions of self-image during the continuum of ill-health*

The way in which the participants perceived their self- image during the continuum of ill health was revealed through the descriptions they were using in order to reflect the way they were feeling when the symptoms of the illness were in remission:

“[...] it will be like a resurrection; [...] the thought of the tantalized person will go away [...]”.

“[...] I am improved. From being a log to a normal human being [...]”.

“[...] I attend a rehabilitation program in order to improve my existence, my bad character because of which I have been tantalized for so long”.

The majority of descriptions revealed that the participants were perceiving their self as being dehumanized due to the effects of the illness, leading to an altered self-identity and perception at lowered of self -appraisal.

B. *Perception of self within the illness*

2. *The different aspects of the self within the illness*

Furthermore, participants described the experience of different aspects of the self-expression through the illness multiple stages followed by subsequent alterations in their perception of self-identity.

“I have entered the Psychiatry world my darling and... Ahhh ! Since then, myself had never been in that level (of existence), as that of the young woman, or the spouse. (My self) was in the level of taking pills and antipsychotics, myself has felt devalued, has gone through so much to reach the point to make peace with herself, and now, step-by-step, due to these injections, I am attending a rehabilitation program. [...] of the Day Center. I am improved. From being a log to a normal human being. To a person who has found his legs, his hands, himself. I had lost all these. I had lost my mind. I was in panic, I had lost myself. Ohhh! I lost Vivi who was helping herself, who was feeling nice”.

C. *Social consequences following the diagnosis of mental illness and personal diminished self value*

1. *Mental illness: a case of stigma*

Participants described several consequences of their illness. The main one was labeling and subsequent stigma. According to them, a significant contributor to the social stigma was the fact that they were receiving psychotropics, along with

1
2
3 medications side effects. Experiences of diminished self value due even from family
4 members, were described very often by the participants.
5

6
7 “My husband [...] he wants to demean me, being a person with
8 mental illness [...] He doesn’t even want me to go to his office. [...] I am the
9 sick one, I am the demeaned of the house, I am the one that takes
10 antipsychotic pills, the one who is been given injections.”
11

12 13 **2. Mental illness: learning how to adjust personal and social needs**

14
15 Most of the participants described an ongoing struggle to adjust their
16 personal and social needs to the particular limitations set by their illness.
17

18
19 “I wanted to try again and take the exams to get into the University
20 [...] and I wanted a title for myself too, even that of a beautician or a
21 hairdresser. To have a title, any kind, a job. To be a part of certain people.
22 [...] And I would also go to a supermarket to work.”
23

24
25 “I try to make my utmost to be reasonable. Not to ask for absurd
26 things, such as women for sex.”
27

28 29 **D. Perceptions regarding mental health professionals and services**

30 31 **1. The Community Mental Health Center: a means for happiness and safety**

32
33 Almost all the participants used constructive and encouraging descriptions
34 about the quality of services provided in the community, in contrast to their
35 descriptions of Cyprus’ Psychiatric Hospital, called Athalassa, which was as dramatic
36 as for their illness. Most importantly, one has to note that acute settings, covering
37 the entire island are based in Athalassa hospital, thus all involuntary admissions take
38 place there.
39
40

41
42 “I come here (Day Care Center) to avoid the bad experiences coming
43 from the outside world... like laughing at you [...] and to avoid the psychiatric
44 unit. [...] Rather than being in the Psychiatric hospital (Athalassa) [...] I attend
45 the rehabilitation group. And they (the health professionals) had to start
46 from the zero [...] we had become like babies, completely babies, and we
47 became persons almost... like persons... Yes, I have a good time here [...] and I
48 keep company.”
49
50

51
52 “The climate that prevailed in Athalassa? [...] Little food. Many pills,
53 many injections... I was feeling awful. A ruin, drooling, you were in dirty
54 clothes... Bath? Their bathrooms were ancient. You felt disgusted to have a
55 shower... Yes, even now the situation is very tragic.”
56
57
58
59
60

2. The relationship with the PHMNs: a dynamic process

Most of the participants described a developmental process regarding their relationship with PMHNS, including different phases and emotions analogous to their illness, such as anger and conflict, withdrawal and isolation, and finally support and coziness.

“I was yelling at them (nurses) because of my illness [...] and I was arguing with them [...] and they told me to stay home for a while, [...] until I was no longer angry [...] and I didn’t go there for two months. Today, nurses [...] are close to me, they ask me how Am I doing and I tell them everything....”

3. The need to be heard: the therapeutic effect of the research interview

The majority of the participants expressed their need to communicate their experiences, concerns and feelings about being mentally ill, giving emphasis to the therapeutic nature of the procedure, although this was beyond the intention of the researchers.

“I would like to thank you too, because you accepted me. Yes, because I described my feelings to you and I remembered the past... And I expelled some residues off me, which were useless. When I talk, I calm down. I neither want to have a cigarette, nor anything”.

Interestingly, some of the participants expressed their desire the results of this study to be distributed to the members of their therapeutic team, in order to enhance their understanding and empathy regarding patient’s experiences of their illness.

Discussion

The findings of the current study suggest that individuals with severe mental illness (SMI) experience a continual interplay between several aspects of illness impacts and experiences such as self-identity and pharmacotherapy.

The loss of self and identity was found to be connected to mental illness, intensified by social and self stigma, as well as strongly related to the onset of illness (Kooij, 2009; Yanos et al., 2010). One of the main findings of the present study was the selection of pseudonym that was found to be strongly related to the onset of illness and represented an indirect way to express the insight to the illness. Prior literature stressed the need for acknowledging the person behind the diagnosis and therefore its uniqueness and individuality (James et al., 2014, Thompson et al., 2008), this might be the reason why, in the current study, participants have chosen in their majority, common Cypriot names. Another reason for choosing common names might be the fact that participants needed to perceive their illness as a common illness.

The meaning of mental illness within the current study encompassed a suffering/painful experience, congruent to previous studies (Güner, 2014; Ko et al., 2013; Kooij, 2009; Nyström & Nyström, 2007; Schön, 2009), as well as a complexity (Güner, 2014; Sanseeha, 2009). At this point, it is important to note that there were participants stressing and differentiating the suffering that stems from physical or pathological conditions with the suffering from mental illness. Researchers postulate that this might be due to the high levels of stigma associated with mental illness than with any other physical disability (Corrigan et al., 2004; Thornicroft et al., 2010).

Other studies attribute the following meanings to mental illness: a) a catastrophic experience/interruption of life/attack from enemy (McCann & Clark, 2004; Pollack & Aponte, 2001; Kooij, 2009; Schön, 2009), b) an uncontrollable/unpredictable situation (Güner, 2014; Ko et al. 2013; Kooij, 2009; McCann & Clark 2004; Sanseeha et al., 2009), c) an asset/special gift from God (Pollack & Aponte, 2001; Schön, 2009), d) as paradoxes/opposites (Pollack & Aponte, 2001), and e) as a supplement in one's self (Gwinner et al., 2013).

The perception of self within the illness and therefore, the different aspect of self within the illness is the second main theme identified through participant's interviews. Adjectives used such as "log" seems to reflect the impact of the illness, not only in the perception of participant's personal image but generally in their humanity. Indeed, such characterizations are unusual regarding the descriptions of other chronic diseases. The passivity and lack of energy and communication skills with the environment that reflect the loss of human capacity seemed to be dominant within the participant's descriptions. Suffering and marginalization was

1
2
3 also evident within their descriptions and even determinants for the process of de-
4 humanization.
5

6
7 At this point, it seems that illness and treatment, impact the perception of
8 ones' self. The loss of individual identity and depersonalization seemed to dominate
9 this period, leading most of the participants to fear and a sense of alienation from
10 the self, congruent to Nyström et al., (2002). On the contrary, within the study of
11 Gwinner et al., (2013) participants seem to thirst for an understanding of an identity
12 beyond the limitations of mental illness and in some cases their identity as an artist
13 enhanced a sense of accomplishment and self-respect. In other cases, participants
14 perceived their self in relation to illness as a supplement of one's self and therefore
15 not perceived as an external entity nor something that could be removed or deduced
16 from their experiences.
17
18
19

20
21 Loss of self was also described in the study of Shea (2009) and was further
22 linked to the onset of the illness, whereas in the study of Mansell et al., (2010)
23 medication treatment was strongly associated with the "sick self". Mizock et al.
24 (2014) identified loss of self and further losses following the onset of illness as
25 notifying the development of future outcomes. Recovery is further described as
26 identity transformation that involves the meaning making from the losses of mental
27 illness and represented a journey of declaring and merging one's former identity
28 with a new sense of self. Within the study of Kooij (2009), the loss of identity seemed
29 to cause an enormous confusion to participants, regarding who they are now, and
30 why they differentiate from others (Kooij, 2009).
31
32
33
34

35
36 Moreover, findings of Skärsäter et al. (2003) study support that patients feel
37 invisible and devalued as a medical case and express their need to be seen and
38 further acknowledged as a whole person, who could further help them to increase
39 self-resilience.
40

41
42 In our study, the next phase, which follows treatment, was described as a
43 period during which organized and positive thinking were dominant. This
44 development seemed to be identified within the recovery process. However, at this
45 stage, the self was described as an external to the individual entity, due to the fact
46 that the participants were describing "finding themselves", as if the self was
47 somewhere out or lost. Eventually, it appeared that depersonalization and difficulty
48 in individual's perception as a single entity were present during all stages of the
49 illness.
50
51
52

53
54 On the contrary, within the study of Piat et al. (2009), a sense of change of
55 the self was underlined, giving further sense of progress in order to become a person
56 who one always wanted to be through positive thinking and by reclaiming what they
57 could of their previous identity, struggling at the same time to gain positive meaning
58
59
60

1
2
3 from illness itself. This feeling of positive alteration (change) is also emphasized
4 within the study of Pitt et al. (2007), which lies in rebuilding the self, making
5 important improvements and changes as well as moving from the unknown to
6 greater awareness of self and other that would be accomplished through reading
7 self-help books, spirituality etc. Similarly, Mazor & Doron (2011) present this sense
8 of change through rebirth and return to sanity, a transformation process from being
9 mentally ill and returning to sanity after hospitalization. Patients within the same
10 study perceived to be dependent on hospitalization and during recovery struggling
11 for returning to sanity. Moreover, Michalak et al. (2012) stressed the transformation
12 of the self, the complete change of the self in a good way as well as the rebuild of
13 the self: the self is built again after it has been damaged by the illness, as well as it
14 evolves in normal. Further, within the study of Mancini (2007), recovery notions
15 were described through the change of the labeled identity linked to illness towards
16 empowered identities of health and well-being.
17
18
19
20
21
22

23 A significant contributor identified to social stigma was the fact that
24 participants were receiving psychotropics, that led them to social devaluation and
25 marginalization as well as to the lose of structured personal and social identity;
26 congruent with the study of Spaniol et al. (2002), that related medications to mental
27 illness, and Mansell et al. (2010), that related medications to the "sick self".
28
29

30 In contrast, to the studies of McCann & Clark, (2004) and Ward (2011), where
31 experiences of interrupted family and friends relationships were mainly described as
32 a consequence of the illness and therefore fueled feelings of rejection and
33 loneliness. Labeling was also evident within prior literature (Johnson et al., 2008;
34 Moreira & Coehlo, 2003; Sanseeaha et al., 2009).
35
36
37

38 As far as pharmacotherapy is concerned, participants within the current
39 study described the presence of variations in their mental health state, which
40 seemed to affect their quality of life and at the same time demarcate the necessity
41 of medication and hospitalization. Typical was the experience of continuous
42 bargaining for accepting the effectiveness of pharmacotherapy through the
43 continuum of illness. Sometimes participants were conquered of the side effects and
44 stigma of psychotropic drugs and other times perceived taking medication as the
45 main prerequisite for joining the community and conquest normality. Overall, it
46 seemed that the negative side effects of medication were the key element of
47 ambivalence experienced by the participants to medication.
48
49
50
51

52 On the other hand, the necessity of medications in controlling symptoms,
53 improvement of cognitive functioning, prevention of relapse and important to
54 recovery were stressed within the international literature (Lieberman et al., 2002;
55 McKay, 2010; Mansell et al., 2010; Ng et al., 2008; Ridge and Ziebland, 2006; Schön,
56 2010; Shea, 2009; Schön, 2013). Further, Piat et al. (2009) have underlined the need
57
58
59
60

1
2
3 of medications as a mean of transforming the self and as a mean of hope but
4 highlighted that medications are not so successful. Ambivalent feelings of the use of
5 medications were also emphasized within the study of Schön (2010) where
6 discrimination between men and women was made. Women expressed ambivalent
7 feelings trying to recover without medications. In addition, within the study of
8 McKay (2010) medications were perceived as not addressing participant's needs, as
9 a way of silencing participants and as damage to their body. The main reason of
10 quitting medications was their side-effects (Mansell et al.2010).
11
12
13

14
15 Further, participants seemed to perceive and accept mental illness as a
16 supplement in one's self, congruent with the study of Gwinner et al. (2013).
17 Participants in our study, tried to acquire a title within society. The "supplement"
18 seemed to be inferior to the title. However, participants' perceived that they didn't
19 have a title, a role within the world and strived to build a new identity through the ill
20 health. They were trying to adjust within the limitations set by the illness through
21 amending their expectations and dreams. Thus, by not having a title and therefore a
22 "place" within the world, felt and perceived their selves as inferior. The need for
23 vocational rehabilitation was associated with participants' need of belonging, to be
24 member of a group, and at the same time reflected their need to acquire
25 professional identity, especially since maintenance of a professional role was
26 associated with positive perception of personal abilities and achievements where
27 one realizes the impact on the perception of self-worth because of restrictions on
28 the individual's professional activity.
29
30
31
32
33

34
35 Engagement to work was one of the coping strategies used in order to
36 maintain balance in life and preventing relapse, thus an essential component to
37 recovery period and normality (Borg & Davidson, 2008; Henderson, 2010; Makdisi et
38 al., 2013; Mckay, 2010; Smith, 2000; Spaniol, 2002; Piat et al., 2009). Mizock et al.
39 (2014) underlined several losses as a result of mental illness amongst them the loss
40 of work whereas Piat et al., (2009) linked recovery and work in the sense that
41 recovery meant regaining their ability to work. A sense of self efficacy and positive
42 identity followed engagement in occupation (McKay, 2010), as well as a sense of
43 order, confidence and achievement (Makdisi et al., 2013). However in some studies
44 (Bradshaw et al., 2007), returning to previous occupation after diagnosed as
45 mentally ill, fueled further stigmatization.
46
47
48
49

50
51 Within our study, some of the participants have underlined personal
52 initiative and effort against the limitations set by the illness as a perquisite for
53 recovery, along with the effectiveness of pharmacotherapy. Obvious issues for most
54 people such as healthy sex, life companionship and reciprocity seemed "irrational"
55 for people with mental illness. The stigma of mental illness seemed to have a
56 decisive influence in person's sexual life and participants seemed unable to build
57
58
59
60

1
2
3 equal relationships. A finding supported by prior literature stresses that less intimacy
4 and commitment characterize relationships of people with SMI, mainly due to illness
5 symptoms, medication adverse effects and stigma, facts that could further influence
6 patient's self- image and self- esteem (östman, 2008; Perry and Wright, 2006).
7
8

9
10 Moreover, consequences of mental illness seemed to have a dimension in
11 time, place and identity for participants in the current study. Sex abstinence had a
12 time and identity dimension since participants were now able to control their
13 choices and choose to live by their personal strengths and limits. They now seem to
14 have control over their life and personal desires due to maturity. Personal growth,
15 understanding and confidence were also underlined within the study of Hirschfield
16 et al. (2005).
17
18

19
20 Findings from the current study, present the therapeutic character of the
21 community Mental Health Center, in a level of socialization, creativity and
22 rehabilitation. Participants seemed to have a choice, to be aware of what a
23 Psychiatric ward and a community are, to have a choice in the sense of "living".
24 Consequences of mental illness helped them to have a choice. Attending a
25 community mental health center and therefore reducing pharmacotherapy seemed
26 to express the total need of survival within "normality" and functioned as a mean of
27 discredit stigma and illness. Similar findings were presented within the study of Kang
28 & Kim (2014) where attending a clubhouse enhanced patient's sense of belonging.
29
30
31

32
33 On the contrary, participants' narratives in our study, in relation to their
34 experience of the psychiatric hospital called Athalassa, were very harsh; underlying
35 that is the only Mental Health structure where involuntary hospitalization is applied
36 during acute phase of the disease. Particularly striking were the descriptions
37 regarding experiences of human rights violation even at the level of basic hygiene.
38 The system of applied treatment and facilities seemed to be the main sources of
39 dissatisfaction, without picturing a particular professional group. Our findings are
40 congruent with Johansson & Lundman (2002) that illuminate the experience of being
41 subjected to involuntary care as being restricted in autonomy, being violated by
42 intrusion on physical integrity and human value and overall being unable to defend
43 one's self. However, within the same study positive experiences of hospitalization
44 are also described such as experiences of patient's involvement in care. Further, an
45 important finding of the same study is the perception that involuntary care could
46 also act as a mean of protection in cases where there is a risk of self-harm. A positive
47 perception about hospitalization was also the perception of hospital as the
48 protecting wound, as well as the first and essential component of recovery.
49 However, Mckay (2010) findings sustain the notion of sick environments that were
50 causing insecurity, anger and terror. Furthermore, Moreira and Coehlo (2003)
51 underlined the experience of illness as an experience of oppression and
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 powerless that was interrelated with the perception of feeling trapped in
4 psychiatric hospitals that were violating their human right of freedom, same as the
5 study of Schön (2013) where women experienced hospitalization as oppressive and
6 linked to forced medication that were therefore causing them intimidation, in
7 contrast to men that experienced it as something necessary but at the same time felt
8 defeated, and failed. As far as the care provided within psychiatric hospital it was
9 experienced linked only to medication, thus for women was experienced in the base
10 of interacting with professional staff that were lacking understanding and failed to
11 provide reassurance making them at the same time feeling misunderstood and
12 disrespected. Within the study of Bromley et al. (2013) hospitalization was strongly
13 related to social stigma.
14
15
16
17

18
19 Furthermore, a lot of emphasis was also given to another external factor
20 facilitating recovery: the therapeutic relationship with health professionals, the
21 importance of which is underlined by lots of studies (Anthony, 2008, Borg &
22 Krinstiansen, 2004, Schön, 2010, Shattell et al. 2007). The importance of developing
23 helping relationships with health professionals that could educate family and listen
24 to patients' concerns could further enhance understanding and reassurance, as well
25 as give patients a sense of acceptance that will facilitate further their social
26 integration (Davidson et al., 2006; Ko et al., 2014; Liberman et al., 2002; Mazor &
27 Doron, 2011; Makdisi et al., 2013, Pitt, et al., 2007; Smith, 2002, Schön et al., 2009;
28 Shattell, 2007; Thompson et al., 2008).
29
30
31
32

33 Within the current study, it was obvious that the nature of the illness and the
34 intensity of the symptoms were related to different phases and emotions expressed
35 by participants.
36
37

38 Within international literature empathy, respect and availability of health
39 professionals were described as basic elements of the therapeutic relationship (Borg
40 & Krinstiansen 2004). In addition, this good climate was further highlighted within
41 the study of Bradshaw et al. (2007) where participants perceived health
42 professionals as persons so close to them as their family and therefore as persons
43 who could trust similar to the findings of Kooij (2009). On the contrary, unavailable
44 health professionals were perceived as a barrier to recovery (Smith, 2000).
45
46
47

48 A final theme found in this study was linked to the therapeutic effect of the
49 research interview. Although potential risks in those kind of studies are related to
50 the recollection of memories of traumatic experiences, participants perceived the
51 therapeutic nature of the procedure similar to the study of Papathanassoglou &
52 Patiraki (2003).
53
54
55

56 Overall, one should locate the current study in comparison to previous
57 literature that involves mainly studies coming from different cultural backgrounds
58
59
60

1
2
3 and different health care systems. Only, then, should we realize that the current
4 study has shed light into the lived experience of people in Cyprus, a small island with
5 a collective culture (Papadopoulos et al.,2002), in which stigma and negative
6 attitudes towards mentally ill are widespread. Furthermore, the current study has
7 revealed the lived experience of mentally ill in relation to the recent psychiatric
8 reforms in Cyprus, were according to a recent report of the Mental Health Services
9 of Cyprus (2010), the focal point of the policies of mental health services is the
10 transfer of services from the Athalassa Hospital in the community, resulting in a
11 change in the type and the staffing and number of Health services, which is widely
12 supported, within the current study, by the narratives in relation to Athalassa
13 hospital and the individual needs of people living with SMI.
14
15
16
17
18

19 In addition, the current study is of international interest in the fact that it
20 provides substantial evidence that could enhance continuous monitoring and
21 recording of the effects of mental illness in terms of social, economic and
22 environmental changes as it is proposed by the World Health Organization (2004),
23 since the study was conducted in a period where the economic crisis began (2012)
24 and unemployment rose to 16.3% (Iordanidou & Samaras, 2014). As a result, one
25 might postulate that we had an increase in cases of anxiety disorders and other
26 disorders in general, although that we can only speak of experience. The economic
27 crisis in Cyprus could have also operated inversely in terms of medication adherence
28 since mentally ill could have been in a worst financial position to pay for their
29 medication and therefore be in remission (Mattson et al. 2008).
30
31
32
33
34
35
36

37 ***Implications for interventions and research***

38 Taken under consideration all the above further interventions should include:
39 a) the formation of cognitive behavioral interventions, in order to enhance the
40 correct implementation of pharmacotherapy, b) the development of training
41 programs with experiential character in order to strengthen the role of health
42 professionals in general, c) provide the option of working in mentally ill, despite
43 receiving public assistance in order to be socially included, e) the need for sigma
44 reduction interventions and f) the development of training programs for the
45 mentally ill in sexual matters through couple's therapy.
46
47
48
49

50 In addition, further studies should: a) investigate the lived experience of the
51 mentally ill offenders who experience a double stigmatization as mentally ill and
52 offenders and b) investigate the lived experience of mental illness between genders.
53 Also, the development of further randomized clinical trials using the family
54 psychoeducation in order to reduce episodes of relapse and the correct application
55 of pharmacotherapy.
56
57
58
59
60

Limitations

One limitation could be the small sample size of the current research. However, to our knowledge, there is no research evidence to support that culture or socio-cultural conditions are substantially differentiated between the different municipalities of Cyprus. Additionally, even though participants at the time of data collection were using the specific community service due to the severity of the illness they had prior experience with inpatient and outpatient mental health services all over Cyprus.

Conclusions

The present study provides evidence for the enhancement of the empathic understanding of health care professionals in relation to concerns and needs of psychiatric patients.

Moreover, targeted interventions towards issues of self-identity and adherence to pharmacotherapy may be developed according to the present findings.

Overall, the empowerment of patients may be achieved through such interventions.

References

Allen, M.H., Carpenter, D., Sheets, J.L., Miccio, S., & Ross, R. (2003). What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *Journal of Psychiatric Practice*, 9 (1), 39–58.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anthony, K.H. (2008). Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46 (7), 25-33.

Aston, V., & Coffey, M. (2012). What mental health nurses and service users say about the concept of recovery? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19 (3), 257-263.

Baker, A.E., Procter, N., & Gibbons, T. (2009). Dimensions of Loss from Mental Illness. *Journal of sociology and social welfare*, 36 (4), 25-52.

Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (5), 337-344.

Barkham, M. (2002). Common factors in psychological therapies. *Psychiatry*, 1 (3), 5–8.

Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17 (2), 129-140.

Borg, M., & Krinstiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13 (5), 493-505.

Bradshaw, W., Peterson, M.A. & Roseborough, D. (2007). Finding A Place in the World: The Experience of Recovery from Severe Mental Illness. *Qualitative Social Work*, 6 (1), 7-47.

Brajtman, S. (2005). Helping the family through the experience of terminal restlessness. *Journal and Hospice and Palliative Nursing*, 7 (2), 72–81.

Brett, J. (2004). The journey to accepting support: how parents of profoundly disabled children experience support in their lives. *Paediatric Nurse*, 15 (8), 14–18.

Bromley, E., Gabrielian, S., Brekke, B., Pahwa, R., Daly, K.A., Brekke, J.S., & Braslow, J.T. (2013). Experiencing community: perspectives of individuals diagnosed as having serious mental illness. *Psychiatric services*, 64 (7), 672-679.

1
2
3 Charney, D.S., Nestler, E.J., Skar, P., & Buxbaum, J.D. (2013). *Neurobiology of*
4 *Mental Illness*. Oxford University Press: United Kingdom.

6 Cleary, M., Hunt, G.E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient
7 interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of
8 qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 (2), 66-79.

11 Corring, D.J., & Cook, J.V. (2007). Use of Qualitative Methods to Explore the
12 Quality-Of-Life Construct From a Consumer Perspective. *Psychiatric Services*, 58 (2),
13 240-244.

16 Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., & Watson, A. (2004). Structural levels of
17 mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), 481-492.

19 Davies, K. (2001). Silent and censored travellers'? Patients' narratives and
20 patients' voices: Perspectives on the history of mental illness since 1948. *Social*
21 *History of Medicine*, 14 (2), 267-292.

24 Davidson, L., Marit, B., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005).
25 Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study.
26 *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8 (3), 177-201.

29 Day, J.C., Bentall, R.P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., Healy,
30 D., Rae, P. & Power, C. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication: the
31 impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of*
32 *General Psychiatry*, 62 (7), 717-724.

35 Deegan, P.E. & Drake, R.E. (2006). Shared decision making and medication
36 management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57 (11), 1636-1639.

39 Dilks, S., Takser, F., & Wren, B. (2010). Managing the impact of psychosis: a
40 grounded theory exploration of recovery processes in psychosis. *British Journal of*
41 *Clinical Psychology*, 49 (1), 87-107.

44 Draucker, C.B. (1999). The critique of Heideggerian hermeneutical nursing
45 research. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 360-373.

47 Fielden, J.M. (2003). Grief as a transformative experience: weaving through
48 different lifeworlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of*
49 *Mental Health Nursing*, 12 (1), 74-85.

52 Fleck, D.E., Keck, P.E., Corey, K.B., & Strakowski, S.M. (2005). Factors
53 associated with medication adherence in African American and White patients with
54 bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5), 646-652.

1
2
3 Gahnström-Strandqvist, K., Josephsson, S., & Tham, K. (2004). Stories of
4 clients with mental illness: the structure of occupational therapists' interactions.
5 *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24 (4), 134-143.
6

7
8 Gale, C., Baldwin, L., Staples, V., Montague, J., & Waldram, D. (2012). An
9 exploration of the experience of mental health service users when they decide they
10 would like to change or withdraw from prescribed medications. *Journal of Psychiatric*
11 *Mental Health Nursing*, 19 (10), 853-859.
12

13
14 Geanellos, R. (2015). Adversity as opportunity: living with schizophrenia and
15 developing a resilient self. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 (1), 7-
16 15.
17

18
19 Gee, L., Pearce, E. & Jackson, M. (2003). Quality of life in Schizophrenia: A
20 grounded theory approach. *Health and quality of life outcomes*, 16, 1-31.
21

22
23 Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2003). A
24 mental health service user's perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health*,
25 1 (3), 223-234.
26

27
28 Güner, P. (2014). Illness Perception in Turkish Schizophrenia Patients: A
29 Qualitative Explorative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28 (6), 405-412.
30

31
32 Gwinner, K., Knox, M., & Brough, M. (2013). Making Sense of Mental Illness
33 as a Full Human Experience: Perspective of Illness and Recovery Held by People with
34 a Mental Illness Living in the Community, *Social Work in Mental Health*, 11 (2), 99-
35 117.
36

37
38 Haddad, P.M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic
39 medication in schizophrenia: challenges and management strategies, *Patient related*
40 *outcome measures*. 23 (5), 43-62.
41

42
43 Happell, B., Manias, E., & Roper, C. (2004). Wanting to be heard: Mental
44 health consumers' experiences of information about medication. *International*
45 *Journal of Mental Health Nursing*, 13 (4), 242-248.
46

47
48 Hassouneh-Phillips, D. (2003). Strength and vulnerability: spirituality in
49 abused American Muslim women's lives. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (6-7),
50 681-694.
51

52
53 Henderson, A.R. (2010). A substantive theory of recovery from the effects of
54 severe persistent mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (6),
55 564-573.
56

57
58 Hewitt, J. & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people
59 with schizophrenia: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 52 (5), 561- 570.
60

1
2
3 Hilton, E., & Henderson, L. (2003). Lived female experience of chronic bladder
4 cancer: a phenomenologic case study. *Urologic Nursing*, 23 (5), 349–354.
5

6 Hirschfield, R., Smith, J., Trower, P. & Griffin, C. (2005). What do psychotic
7 experiences mean for young men? A qualitative investigation. *Psychology and*
8 *Psychotherapy*, 78 (2), 249-270.
9

10 Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and*
11 *Healthcare* (3rd ed.). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
12

13 Iordanidou, S. & Samaras N.A. (2014). Financial Crisis in the Cyprus Republic.
14 *Javnost-The Public (European Institute for Communication & Culture (EURICOM)*, 21
15 (4), 63-76.
16

17 Jacobson, N. (2001). Experiencing Recovery: A Dimensional Analysis of
18 Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 248-256.
19

20 James, C.C., Carpenter, K.A., Peltzer, K. & Weaver, S. (2014). Valuing
21 psychiatric patients' stories: belief in and use of the supernatural in the Jamaican
22 psychiatric setting. *Transcultural Psychiatry*, 51 (2), 247-263.
23

24 Jensen, L.W., & Wadkins, T.A. (2007). Mental Health Success Stories: Finding
25 Paths to Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (4), 325-340.
26

27 Johansson, I.M. & Lundman, B. (2002). Patient's experience of involuntary
28 psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and*
29 *Mental Health Nursing*, 9 (6), 639-647.
30

31 Jönsson, P.D., Wijk, H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2008). Persons living
32 with bipolar disorder--their view of the illness and the future, *Issues of Mental*
33 *Health Nursing*, 29 (11), 1217-1236.
34

35 Kang, S.K. & Eun, H. (2014). A phenomenological study of the lived
36 experiences of Koreans with mental illness. *Journal of Social Service Research*, 40 (4),
37 468-480.
38

39 Kent, D. (2003). *Snake Pits, Taking Cures & Magic Bullets: A History of Mental*
40 *Illness*. United States: Twenty-Century Books.
41

42 Kieft, R. A.M.M., de Brouwer, B. B.J.M., Francke, A.L., & Delnoij, D. M.J.
43 (2014), How nurses and their work environment affect patient experiences of the
44 quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14 (1), 118-137.
45

46 Kooij, C.V. (2009). Recovery themes in songs written by adults living with
47 serious mental illnesses. *Canadian Journal of Music Therapy*, 15 (1), 37-58.
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Ko, C.J., Smith, P., Liao, H.Y., & Chiang, H.H. (2014). Searching for
4 reintegration: life experiences of people with schizophrenia, *Journal of Clinical*
5 *Nursing*, 23 (3-4), 349-401.

6
7
8 Kopelowicz, A., & Liberman, R.P. (2003). Integrating treatment with
9 rehabilitation for persons with major mental illnesses'. *Psychiatric Services*, 54 (11),
10 1491-1498.

11
12
13 Kowlessar, O.A. & Corbett, K.P. (2009). The lived experience of mental health
14 service users in a UK community rehabilitation scheme, *International Journal of*
15 *Therapy and Rehabilitation*, 16 (2), 85-95.

16
17
18 Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2002), Operational
19 criteria and factors related to recovery from Schizophrenia, *International Review of*
20 *Psychiatry*, 14 (4), pp. 256-272.

21
22
23 Määttä, S.M. (2006), Closeness and distance in the nurse-patient relation: the
24 relevance of Edith Stein's concept of empathy, *Nursing Philosophy*, 7 (1), 3-10.

25
26 McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients'
27 experiences'. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 41-49.

28
29
30 McCann, T.V., & Clark, E. (2004). Embodiment of severe and enduring mental
31 illness: finding meaning in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 25 (8), 83-
32 98.

33
34
35 McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L (2011). Collaboration between
36 mental health consumers and nurses: shared understandings, dissimilar experiences.
37 *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (1), 147-155.

38
39
40 Maggs-Rapport, F. (2000). Combining methodological approaches in research:
41 ethnography and interpretive phenomenology, *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1),
42 219-225.

43
44
45 McKay, E.A. (2010). Rip that book up, I've changed: Unveiling the experiences
46 of women living with and surviving enduring mental illness. *British Journal of*
47 *Occupational Therapy*, 73 (3), 96-105 .

48
49
50 Makdisi, I., Blank, A., Bryant, W., Andrews, C., Franco, L., & Parsonage, J.
51 (2013). Facilitators and barriers to living with psychosis: an exploratory collaborative
52 study of the perspectives of mental health service users, *British Journal of*
53 *Occupational Therapy*, 76 (9), 418-426.

54
55
56 Malins, G., Oades, L., Viney, L., & Aspden, S. (2006). What's in a service?
57 Consumers' views of Australian mental health services, *Psychiatric Rehabilitation*
58 *Journal*, 29 (3), 197-204.

1
2
3 Mancini, MA 2007, A Qualitative Analysis of Turning Points in the Recovery
4 Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10 (3), 223-244.
5

6 Mansell, W., Powell, S., Pedley, R., Thomas, N., & Jones, S.A. (2010). The
7 process of recovery from bipolar I disorder: a qualitative analysis of personal
8 accounts in relation to an integrative cognitive model. *British Journal of Clinical*
9 *Psychology*, 49 (2), 193-215.
10
11

12 Manwani, S.G., Szilagyi, K.A., Zablotsky, B., Hennen, J., Griffin, M.L., & Weiss,
13 R.D. (2007). Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and
14 without co-occurring substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (8),
15 1172-1176.
16
17

18 Mason, W., Rice, M.J., & Records, K. (2005). The Lived Experience of
19 Postpartum Depression in a Psychiatric Population. *Perspectives in Psychiatric Care*,
20 41 (2), 52-61.
21
22

23 Mattsson, M., Topor, A., Cullberg, J., & Forsell, Y (2008). Association between
24 financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis,
25 *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (12), 947-952.
26
27

28 Mauritz, M. & van Meijel, B. (2009). Loss and Grief in Patients with
29 Schizophrenia: On Living in Another World. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (3),
30 251-260.
31
32

33 Mazor, U., & Doron, I. (2011). The meaning of community rehabilitation for
34 schizophrenia patients in Israel. *Community Mental Health Journal*, 47 (3), 351-360.
35
36

37 Mental Health Services of Cyprus (2010). *Annual report*. Retrieved from:
38 [http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/mhs.nsf/All/5E39356FE0B58FBBC2257AFD0036](http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/mhs.nsf/All/5E39356FE0B58FBBC2257AFD003684D9?OpenDocument)
39 [84D9?OpenDocument](http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/mhs.nsf/All/5E39356FE0B58FBBC2257AFD003684D9?OpenDocument)
40
41

42 Michalak, E., Hole, R., Holmes, C., Velyvis, V., Austin, J., Pesut, B., & Hou, S.
43 (2012). Implications for Psychiatric Care of the Word 'Recovery' in People with
44 Bipolar Disorder. *Psychiatric Anals*, 42 (5), 173-178.
45
46

47 Million, T. (2004). *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness*
48 *from Ancient Times to the New Millennium*. New Jersey: New Willey & Sons Inc.
49

50 Mizock, L., Russinova, Z., & Shani, R. (2014). New roads paved on losses:
51 photovoice perspectives about recovery from mental illness. *Qualitative Health*
52 *Research*, 24 (11), 1481-1491.
53
54

55 Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A.,
56 Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. & Herz, M.I.,
57
58
59
60

1
2
3 (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric*
4 *Services*, 53 (10), 1272–1284.

5
6 Moran, D. (2000). *Introduction to Phenomenology*. New York: Roudledge.

7
8
9 Moreira, V. & Coelho, N. (2003). The Phenomenology of Schizophrenic
10 Experience: a Cross-Cultural Critical Study Brazil-Chile, *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 21 (2),
11 75-86.

12
13
14 Munhall, P. (1994). *Revisoning Phenomenology: Nursing and Health Science*
15 *Research*. New York: National League for Nursing Press.

16
17 Ng, R.M., Pearson, V., Lam, M., Law, C.W., Chiu, C.P., & Chen, E.Y. (2008).
18 What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of long-term patients.
19 *The International journal of social psychiatry*, 54 (2), 118-130.

20
21
22 Nyström, M., Dahlberg, K., & Segesten, K. (2002). The enigma of severe
23 mental illness: a Swedish perspective, *Issues in mental health nursing*, 23 (2), 121-
24 134.

25
26
27 Nyström, M.E.S. & Nyström, M. (2007). Patients' experiences of recurrent
28 depression. *Issues in mental health nursing*, 28 (7), 673-690.

29
30 Orbanic, S.D. (1999). The Heideggerian view of person: a perspective
31 conducive to the therapeutic encounter. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13 (3), 137-
32 144.

33
34
35 Östman, M. (2008). Severe depression and relationships: the effect of mental
36 illness on sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 23 (4), 355–363.

37
38
39 Papadopoulos, C., Leavey, G., & Vincent, C. (2002). 'Factors influencing
40 stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness
41 in north London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (9), 430–434.

42
43
44 Papathanassoglou, E.D., & Patiraki, E.I. (2003). Transformations of self: a
45 phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical
46 illness. *Nursing in critical care*, 8 (1), 13-21.

47
48
49 Perry, B., & Wright, E. 2006. The sexual partnerships of people with serious
50 mental illness. *Journal of Sex Research*, 43 (2), 174–181.

51
52 Piat, M., Sabetti, J., Couture, A., Sylvestre, J., Provencher, H., Botschner, J., &
53 Stayner, D. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian
54 mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (3), 199-207.

1
2
3 Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A.P. (2007).
4 Researching recovery from psychosis: a user-led project. *Psychiatric Bulletin*, 31 (2),
5 55-60.
6

7
8 Pollack, L.E., & Aponte, M (2001). Patients' perceptions of their bipolar illness
9 in a public hospital setting. *The Psychiatric quarterly*, 72 (2), 167-179.
10

11 Ridge, D. & Ziebland, S. (2006). The old me could never have done that: how
12 people give meaning to recovery following depression. *Qualitative Health Research*,
13 16 (8), 1038-1053.
14

15
16 Rogers, C. (1959). A Theory of therapy, personality relationships as developed in the
17 client-centered framework. In Koch S (Ed.), *Psychology: A study of a science.*
18 *Formulations of the person and the social context*, Volume 3, New York:
19 McGraw Hill.
20
21
22
23

24 Rusner, M., Gunilla, C., Brunt, D., & Nyström, M. (2009). Extra dimensions in all
25 aspects of life-the meaning of life with bipolar disorder. *International Journal*
26 *of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4 (3), 1-11.
27
28
29

30 Sanseeha, L., Chontawan, R., Sethabouppha, H., Disayavanish, C. & Turale, S. (2009).
31 Illness perspectives of Thais diagnosed with schizophrenia. *Nursing & health*
32 *sciences*, 11 (3), 306-311.
33
34
35

36 Sajatovic, M., & Jenkins, J.H. (2007). Is antipsychotic medication stigmatizing for
37 people with mental illness? *International review of psychiatry*, 19 (12), 107-
38 112.
39
40
41

42 Shattell, M.M., McAllister, S., Hogan, B., & Thomas, S.P. (2006), She Took the Time to
43 Make Sure She Understood. Mental Health Patients Experiences of Being
44 Understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, (5) 234-241.
45
46
47

48 Shattell, M.M., Starr, S., & Thomas, S.P. (2007). 'Take my hand, help me out' Mental
49 health service experience of the therapeutic relationship. *International*
50 *Journal of Mental Health Nursing*, 16 (4), 274-284.
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 Shea, J.M. (2009). Coming Back Normal: The Process of Self-Recovery in Those With
4 Schizophrenia. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 16 (1),
5 43–51.
6
7
8
9 Schön, U.K. (2009). How men and women in recovery give meaning to severe mental
10 illness. *Journal of Mental Health*, 18 (5), 433-440.
11
12
13 Schön, U.K. (2010). Recovery from severe mental illness:a gender perspective.
14 *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24 (3), 557-564.
15
16
17
18 Schön, U.K. (2013). Recovery in involuntary psychiatric care:Is there a gender
19 difference?. *Journal of Mental Health*, 22 (5), 420-427.
20
21
22 Schroeder, R. (2013). The seriously mentally ill older adult: perceptions of the
23 patient-provider relationship. *Perspectives of Psychiatric Care*, 49 (1), 30-40.
24
25
26 Schutz, A. (1962). *Collected papers*, vol 1. The Hague: Martinus Nijhoff.
27
28
29 Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Häggström, L., & Fridlund, B. (2003). Women's
30 conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative,
31 salutogenic approach. *Issues in mental health nursing*, 24 (4), 419-439.
32
33
34
35 Smith, M.K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a
36 qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 149-158.
37
38
39 Spaniol, L., Wewiorski, N.J., Gagne, C., & Anthony, W.A. (2002). The process of
40 recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14 (4), 327-
41 336.
42
43
44
45
46 Stockmann, C. (2005). A literature review of the progress of the psychiatric nurse-
47 patient relationship as described by Peplau. *Issues in Mental Health Nursing*,
48 26 (9), 911-919.
49
50
51
52 The Processing of Personal Data (Protection of Individuals) Law 138 (I) /2001.
53 Retrieved from:
54
55 <http://www.dataprotection.gov.cy/dataprotection/dataprotection.nsf/697e7>
56
57
58
59
60

[0c0046f7759c2256e8c004a0a49/f8e24ef90a27f34fc2256eb4002854e7/\\$FILE/138%28I%29-2001_en.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2812929/pdf/0c0046f7759c2256e8c004a0a49/f8e24ef90a27f34fc2256eb4002854e7/$FILE/138%28I%29-2001_en.pdf)

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
- Thome, B., Esbensen, B.A., Dykes, A.K., & Hallberg, I.R. (2004). The meaning of cancer in old age. *European Journal of Cancer Care, 13*, 399–408.
- Thompson, M.L. (2007). *Mental Illness: Health and Medical Issues Today*. Westport Conn: Greenwood Press.
- Thompson, N.C., Hunter, E.E., Murray, L., Ninci, L., Rolfs, E.M., & Pallikkathayil, L. (2008). The Experience of Living with Chronic Mental Illness: A Photovoice Study'. *Perspectives in Psychiatric Care, 44* (1), 14-24.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Brohan, E., & Kassam, A. (2010). Stigma and discrimination. In C. Morgan & D. Bhurga (Eds.), *Principles of Social Psychiatry*, Chichester: Wiley-Blackwell.
- Turton, P., Demetriou, A., Boland, W., Gillard, S., Kavuma ,M., Mezey, G., Mountford, V., Turner ,K., White, S., Zadeh, E., & Wright, C. (2011). One size fits all: or horses for courses? Recovery-based care in specialist mental health services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46* (2), 127-36.
- Tylee, A. (2001). Major depressive disorder (MDD) from the patient's perspective: overcoming barriers to appropriate care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 5* (1), 537-542.
- Van Manen, M. (1984). Practicing Phenomenological Writing. *Phenomenology and Paedagogy, 2* (1), 36-69.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: Sunny Press.
- Ward, T.D. (2011). The Lived Experience of Adults with Bipolar Disorder and Comorbid Substance Use Disorder. *Issues in mental health nursing, 32* (1), 20-27.

- 1
2
3 Warne, T., & McAndrew, S. (2010). Re-searching for therapy: The ethics of using
4 what we are skilled in. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 17
5 (6), 503–509.
6
7
8
9 Watson, J. (1988). *Nursing Human Science and Human Care: A theory of Nursing*.
10 New York: National League of Nursing.
11
12
13 Webb, M., Charbonneau, A.M., McCann, R.A., & Gayle, K.R. (2011). Struggling and
14 enduring with God, religious support, and recovery from severe mental
15 illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (12), 1161-1176.
16
17
18
19 Williams, C.C. (2008). Insight, Stigma and Post-Diagnosis Identities in Schizophrenia.
20 *Psychiatry*, 71 (3), 246-256.
21
22
23
24 Wood, D., & Pistrang, N. (2008). A Safe Place? Service User's Experiences of an
25 Acute Mental Health Ward. *Journal of community & applied social*
26 *psychology*, 14 (1), 16-28.
27
28
29
30 World Health Organization, (2004). *Promoting mental health : concepts, emerging*
31 *evidence, practice : summary report*. Retrieved from World Health
32 Organization Website:
33 http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
34
35
36
37
38 World Health Organization (2009). *Pharmacological treatment of mental disorders in*
39 *primary health care*. Retrieved from World Health Organization website:
40 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547697_eng.pdf
41
42
43
44 Wojnar, D.M., & Swanson, K.M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of*
45 *Holistic Nursing*, 25 (3), 172-180.
46
47
48
49 Yangarber-Hicks, N. (2004). Religious coping styles and recovery from serious mental
50 illnesses. *Journal of Psychology and Theology*, 32 (4), 305-317.
51
52
53
54 Yanos, P.T., Roe, D., & Lysaker, P.H. (2010). The Impact of Illness Identity on
55 Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric*
56 *Rehabilitation*, 13 (2), 73-93.
57
58
59
60

1
2
3 Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic
4
5 review. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (5), 440-454.
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

For Peer Review