



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

**Ψυχική Ασθένεια και Κοινωνική Επανάταξη στην
Ελλάδα, με έμφαση στο φαινόμενο της αυτοκτονίας**

Διδακτορική Διατριβή

ΜΟΥΖΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Κόρινθος, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

**Ψυχική Ασθένεια και Κοινωνική Επανάταξη στην
Ελλάδα, με έμφαση στο φαινόμενο της αυτοκτονίας**

Διδακτορική Διατριβή

ΜΟΥΖΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δημόπουλος Χαράλαμπος, Καθηγητής (Επιβλέπων) Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης

Σουλιώτης Κυριάκος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Κασσαβέτης Δημοσθένης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δημόπουλος Χαράλαμπος, Καθηγητής (Επιβλέπων) Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης

Σουλιώτης Κυριάκος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Κασσαβέτης Δημοσθένης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης

Κοσμάτος Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης

Γείτονα- Κοντούλη Μαίρη, Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Παπαθεοδώρου Θεόδωρος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Copyright © Μαρία Μουζάκη, 2023.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 201, παράγραφος 2 του ν. 5343/1932).

Ευχαριστίες

Φθάνοντας στον προορισμό αυτού του ιδιαίτερου ταξιδιού, τα συναισθήματα μοιάζουν να είναι αντιφατικά, ίσως και οξύμωρα μεταξύ τους, λόγω ακριβώς της διαδρομής που έχει προηγηθεί. Μίας πολυετούς διαδρομής, έχοντας ως αφετηρία τις μεταπτυχιακές σπουδές μου, η οποία σημαδεύτηκε από αρκετούς «νέους τόπους» και «λιμάνια», όπως και από σημαντικές απώλειες αγαπημένων ανθρώπων. Απώλειες, οι οποίες «ηχούσαν» σαν άλλες Σειρήνες, που σε καλούσαν να αναθεωρήσεις στόχους και επιλογές, οδηγώντας σε ένα νέο διαφορετικό, αλλά εξίσου ξεχωριστό μονοπάτι.

Μία από αυτές τις απώλειες ήταν του Αείμνηστου Καθηγητή Β. Καρύδη, ο οποίος ήταν ο αρχικός πλοηγός σε αυτό το ταξίδι. Ένας άνθρωπος, ο οποίος στάθηκε ως αρωγός στην εκπλήρωση αυτού του εγχειρήματος, δίνοντας συχνά σχήμα και φωνή στις σκέψεις και στους στόχους μου.

Σε αυτό όμως το ταξίδι, υπήρχαν από την αρχή δύο ξεχωριστοί συνοδοιπόροι, ο κ. Χαράλαμπος Δημόπουλος, Καθηγητής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, ο οποίος δέχθηκε να αναλάβει την επίβλεψη της διατριβής μου και ο κ. Δημοσθένης Κασσαβέτης, Καθηγητής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Αμφότεροι, συνέβαλαν καθοριστικά στις πνευματικές μου αναζητήσεις και στα ακαδημαϊκά μου ενδιαφέροντα, ενεργοποιώντας συχνά την κοινωνιολογική μου σκέψη, ωθώντας με παράλληλα σε μία διαφορετική διεπιστημονική προσέγγιση του ζητήματος. Δύο καθηγητές, μέντορες, στους οποίους οφείλω πολλά περισσότερα από ένα ευχαριστώ και θα αποτελούν πάντα για μένα πρότυπα ακαδημαϊκών και ανθρώπων.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Καθηγητή και Κοσμήτορα του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την καθοδήγηση και την πολύτιμη συμβολή του στην οργάνωση και στη διεκπεραίωση της ερευνητικής διαδικασίας. Οι παρεμβάσεις και οι επισημάνσεις του βοήθησαν ουσιαστικά στη συγγραφή της παρούσας μελέτης.

Στην κόρη μου

Πίνακας περιεχομένων

Πίνακας Πινάκων	8
Πίνακας Διαγραμμάτων	10
Περίληψη.....	12
Abstract	13
Πρόλογος.....	14
Εισαγωγή	21
Κεφάλαιο 1	28
Μιλώντας για την ψυχική υγεία	28
1.1.Οι έννοιες της ψυχικής υγείας και ασθένειας.....	28
1.2 Θεωρίες για την Ψυχική Ασθένεια.....	33
1.2.1. Το Βιοϊατρικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας.....	33
1.2.2. Η ψυχαναλυτική Θεωρία.....	36
1.2.3. Το ψυχολογικό μοντέλο	39
1.2.4. Το κοινωνιολογικό μοντέλο	41
1.2.5. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.....	47
1.3. Παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχική υγεία.....	48
1.3. Έρευνα: Εξετάζοντας τις απόψεις της «κοινής γνώμης» για την ψυχική υγεία (lay view)	68
1.3.1. Μέθοδος Έρευνας.....	70
1.3.2. Αποτελέσματα Έρευνας	73
1.3.3. Συμπέρασμα Έρευνας.....	91
Κεφάλαιο 2	96
Η κοινωνική αντίδραση έναντι της ψυχικής ασθένειας.....	96
2.1. Η σχέση της ψυχικής ασθένειας με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.....	98
2.2. Το στίγμα.....	101
2.3. Ο πολλαπλός αποκλεισμός.....	109
2.4. Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης	115
2.4.1. Έρευνα: Ο τρόπος προβολής της ψυχικής ασθένειας μέσα από τον κινηματογράφο .	121
2.4.1.1. Σκοπός της Έρευνας.....	121
2.4.1.2. Μέθοδος της Έρευνας	126
2.4.1.3. Αποτελέσματα της Έρευνας.....	141
2.4.1.4. Συμπέρασμα Έρευνας.....	154
Κεφάλαιο 3	158

Κοινωνική Επανάταξη των ψυχικά ασθενών: Από το Άσυλο στην Κοινότητα.....	158
3.1. Η εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης.....	163
3.2. Η ελληνική εμπειρία.....	192
3.3. Η Κοινωνική Επανάταξη του ψυχικά ασθενούς	218
3.3.1. Η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου.....	221
3.3.2. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	226
3.4. Η περίπτωση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ).....	241
3.4.1. Οργάνωση των κοινωνικών σχέσεων εντός των ΚοιΣΠΕ.....	244
3.4.2. Τα οφέλη λειτουργίας των ΚοιΣΠΕ	253
Κεφάλαιο 4.....	256
Το φαινόμενο των αυτοκτονιών ως περίπτωση κοινωνικής παθογένειας.....	256
4.1. Η έννοια της αυτοχειρίας	259
4.2. Οι προσεγγίσεις για την αυτοκτονία.....	271
4.3. Οι πολλαπλές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης του 2008 στην ελληνική κοινωνία .	286
4.3.1. Η ψυχική υγεία στα χρόνια της κρίσης	298
4.3.2. Το φαινόμενο των αυτοκτονιών στην Ελλάδα	310
4.3.2.1. Τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση	314
4.3.2.2. Τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης.....	319
Συμπέρασμα	330
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	338
A. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	338
B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	346
Γ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	359

Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 1. Επιπολασμός κατάθλιψης: ποσοστιαία και ηλικιακή κατανομή πληθυσμού, ανά %, έτος 2014 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2015a.).....	59
Πίνακας 2. Συχνότητα βίαιης συμπεριφοράς σε διάφορες ψυχικές διαταραχές (πηγή: Eronen,Schuze,1998, Αλεβιζόπουλος,2005, αναφέρεται στο Τσόπελας,Μαρτινάκη, 2014:302).....	107
Πίνακας 3. Ο κατάλογος των εξεταζόμενων ταινιών.....	128
Πίνακας 4. Ταινίες που προβάλλουν το πρότυπο του «μανιακού», «ψυχοπαθή» δολοφόνου.....	142
Πίνακας 5. Αποτελέσματα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1980-2000 (πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης,2011b:76).....	204
Πίνακας 6. Αποτελέσματα Α' φάσης (1997-2001) Προγράμματος «Ψυχαργός» (πηγή: Στυλιανίδης και συν.,2007:52).....	205
Πίνακας 7. Αριθμός ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, 1984-2006 (πηγή: Madianos,Christodoulou,2007:17).....	207
Πίνακας 8. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανά περιφέρεια, έτος 2014 (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:4).....	211
Πίνακας 9. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ανά Νομικό Καθεστώς Φορέα & Περιφέρεια, έτος 2014 (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:148).....	213
Πίνακας 10. Ειδικές μονάδες και υπηρεσίες, έτος 2014 (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:149).....	214
Πίνακας 11. Συγκριτικά ποσοστά ακούσιων εισαγωγών ασθενών στα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:198).....	217
Πίνακας 12. Ποσοστό % ανέργων κατά ηλικιακή ομάδα, Δεκέμβριος 2014-2020 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2021a:3).....	289
Πίνακας 13. Ποσοστό % ανεργίας κατά φύλο, Μάιος 2016-Μάιος 2021 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2021b:2).....	289
Πίνακας 14. Οι δείκτες αυτοχειρίας σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες, ανά 100.000 κατοίκους, για τα έτη 2000 και 2012 (πηγή: WHO,2014).....	307
Πίνακας 15. Σύγκριση δεικτών αυτοχειρίας σε ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί από την οικονομική ύφεση, κατά την περίοδο 1998-2018 (πηγή: OECD).....	308
Πίνακας 16. Οι δείκτες αυτοχειρίας σε ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί από την οικονομική ύφεση, έτη 2011-2015 (πηγή: Eurostat).....	314
Πίνακας 17. Αριθμός αυτοκτονιών κατά φύλο, έτη 1999-2008 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ).....	315
Πίνακας 18. Σύγκριση δεδομένων αυτοκτονιών της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και της Ελληνικής Αστυνομίας (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,Στατιστικές Επετηρίδες Ελληνικής Αστυνομίας).....	319
Πίνακας 19. Αριθμός αυτοκτονιών κατά φύλο: έτη 2009-2018 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ).....	320

Πίνακας 20. Σύγκριση δεδομένων αυτοκτονιών της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και της Ελληνικής Αστυνομίας (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, Στατιστικές Επετηρίδες Ελληνικής Αστυνομίας)	321
Πίνακας 21. Αίτια πρόκλησης αυτοκτονίας ανά έτος (πηγή: Στατιστικές Επετηρίδες Ελληνικής Αστυνομίας)	324
Πίνακας 22. Δείκτες αυτοχειρίες για την Ελλάδα, ανά 100.000κατοίκους, έτη 1961-1970 (πηγή: ΟΟΣΑ)	328
Πίνακας 23. Δείκτες αυτοχειρίες για την Ελλάδα, ανά 100.000κατοίκους, έτη 1981-1990 (πηγή: ΟΟΣΑ)	328

Πίνακας Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Η μηνιαία απεικόνιση των αυτοκτονιών. Τα ποσοστά αυτά βασίζονται σε όλες τις περιπτώσεις αυτοχειρίας την περίοδο 1970 έως το 2001, όπως αντλήθηκαν από το μητρώο αιτιών θανάτου της Δανίας. Οι ερευνητές υπολόγισαν τη μηνιαία αναλογία αυτοκτονίας, σε σχέση με το Δεκέμβριο (πηγή: Woo et al.,2012)	66
Διάγραμμα 2. Ηλικιακή Κατανομή των Συμμετεχόντων	74
Διάγραμμα 3. Εργασιακή Κατάσταση των Συμμετεχόντων	75
Διάγραμμα 4. Ποιοι είναι οι παράγοντες που θεωρείτε ότι οδηγούν στην ανάπτυξη ψυχικών/συναισθηματικών διαταραχών.....	80
Διάγραμμα 5. Πόσο πιστεύετε ότι έχει αλλάξει η εικόνα του ψυχικά ασθενούς σε σχέση με το παρελθόν;.....	82
Διάγραμμα 6. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις του δείγματος, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα, σχετικά με το κατά πόσο έχει αλλάξει η εικόνα του ψυχικά ασθενούς σε σχέση με το παρελθόν.....	83
Διάγραμμα 7. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων σχετικά με το αν θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική/συναισθηματική διαταραχή.....	84
Διάγραμμα 8. Ποσοστά επί % των θετικών απαντήσεων, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα	85
Διάγραμμα 9. Ποσοστά επί % των αρνητικών απαντήσεων, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα.....	86
Διάγραμμα 10. Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο ρόλος της κοινωνίας στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς;.....	87
Διάγραμμα 11. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανά εκπαιδευτική βαθμίδα, σχετικά με το ρόλο της κοινωνίας στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς.....	88
Διάγραμμα 12. Θεωρείτε ότι η Πολιτεία, ανταποκρίνεται στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις αυτών των ανθρώπων;	89
Διάγραμμα 13. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το ρόλο των ΜΜΕ στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς	90
Διάγραμμα 14. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για το ρόλο των ΜΜΕ, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα.....	91
Διάγραμμα 15. Ποσοστά απασχόλησης ενηλίκων ηλικίας 18-64 ετών σε σχέση με την ψυχική τους υγεία (πηγή: Luciano,Meara,2014).....	111
Διάγραμμα 16. Τα είδη συναισθηματικής/ψυχικής διαταραχής που εμφανίζονται στις εξεταζόμενες ταινίες.....	147
Διάγραμμα 17. Δημόσιο χρέος και έλλειμμα στην Ελλάδα (δισ. ευρώ) (πηγή: World Economic Outlook, IMF, Απρίλιος 2015, αναφέρεται στο Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.,2015: 35)	287
Διάγραμμα 18. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στερήσεις κατά ομάδες ηλικιών: 2009, 2012, 2015, 2017, 2018, 2019 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2020b:1).....	291
Διάγραμμα 19. Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό: 2005, 2008 – 2019 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2020c:2).....	292

Διάγραμμα 20. Διαχρονική εξέλιξη των θανάτων και των γεννήσεων στην χώρα, από το 1932-2017 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2018:2)	294
Διάγραμμα 21. Ποσοστά κλήσεων στην Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη, με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση (πηγή: ΕΠΙΨΥ,2013)	305
Διάγραμμα 22. Αριθμός αναφορών αυτοκτονιών, σε ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης από το 2008-2013 (πηγή: Μουζάκη,2017).....	312
Διάγραμμα 23. Κατανομή αυτοκτονιών ανά ηλικία, το 2000	316
Διάγραμμα 24. Κατανομή αυτοκτονιών ανά ηλικία, το 2006	317
Διάγραμμα 25. Ηλικιακή Κατανομή αυτοκτονιών, το έτος 2007	317
Διάγραμμα 26. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2008	318
Διάγραμμα 27. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2010, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ.....	322
Διάγραμμα 28. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2012, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ.....	323
Διάγραμμα 29. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2014, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ.....	323
Διάγραμμα 30. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2016, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ.....	323
Διάγραμμα 31. Ποσοστιαία μεταβολή (%) των αυτοκτονιών από το 2001-2018 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ).....	326

Περίληψη

Επί δεκαετίες, το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας αποτελούσε ένα θέμα ταμπού για την ελληνική κοινωνία, το οποίο προσέκρουε σε πάγιες στερεοτυπικές αντιλήψεις, άρρηκτα συνδεδεμένες με την ίδια τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και το αξιακό σύστημα που τη διέπει. Η ψυχική ασθένεια συχνά ερμηνευόταν ως μία προσωπική/ατομική αδυναμία, συνέπεια του οικογενειακού περιβάλλοντος ή ακόμα και ως ένα «γονιδιακό ελάττωμα», το οποίο έπρεπε να υποβαθμιστεί, αν όχι να αποκρυφτεί, προκειμένου να μην επηρεαστεί η τιμή και το όνομα της οικογένειας.

Μία στάση που μαρτυρείται μέσα από το περιεχόμενο της κοινωνικοποίησης, όπου τα στερεότυπα περί επικινδυνότητας και ανικανότητας των ψυχικά πασχόντων συνεχίζουν να αναπαράγονται έχοντας αντίκτυπο σε όλο το φάσμα της κοινωνικής και της προσωπικής τους ζωής. Στερεότυπα που επηρεάζουν την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμησή τους και σχετίζονται με τις πολλαπλές διακρίσεις που βιώνουν στην πρόσβαση, αλλά και στην απόλαυση βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων. Φαινόμενα που δεν είναι ανεξάρτητα από τις εκάστοτε πολιτικές, όπως και με το γενικότερο ψυχιατρικό μοντέλο που εφαρμόστηκε στη χώρα.

Μόλις τη δεκαετία του 2000 αρχίζουν να πραγματοποιούνται οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες αποασυλοποίησης με τη θέσπιση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) να αποτελούν μία τομή στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης, ακριβώς λόγω του διπλού τους ρόλου. Συνιστούν ταυτοχρόνως θεραπευτικές και παραγωγικές, εμπορικές μονάδες, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην κοινωνική και στην επαγγελματική ένταξη των ψυχικά πασχόντων. Ήταν ωστόσο η οικονομική κρίση του 2008, που επανέφερε το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας και της διαχείρισής της στην ελληνική κοινωνία, με την περίπτωση των αυτοχειριών να καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή μίας ολοκληρωμένης και συστηματικής παρέμβασης σε επίπεδο πρόληψης, με την ελληνική κοινωνία να συνειδητοποιεί τα σημαντικά κενά του κράτους πρόνοιας.

Λέξεις-κλειδιά: ψυχική ασθένεια, στερεότυπα, ψυχιατρική περίθαλψη, ΚοιΣΠΕ, οικονομική κρίση, αυτοκτονίες.

Abstract

For decades, the issue of mental illness was a taboo subject for Greek society, which ran afoul of stereotypes, inextricably linked to the very structure of Greek society and the value system that governs it. Mental illness was often interpreted as a personal/individual weakness, a consequence of the family environment, or even a “genetic defect” that had to be downplayed, if not concealed, in order not to affect the family’s honor and name.

An attitude that is evidenced through the content of socialization, where stereotypes about danger and incapacity of mental patients continue to be reproduced, having an impact on the whole spectrum of their social and personal life. Stereotypes that affect their self-image and self-esteem and are related to the multiple discriminations they experience in accessing and enjoying basic social rights. Phenomena that are not independent of the respective policies, as well as the more general psychiatric model applied in the country.

It was not until the 2000s that the first systematic de-asylum efforts began to take place with the establishment of Social Cooperative of Limited Liability (KoiSPE) constituting a breakthrough in the field of psychiatric care, precisely because of their dual role. They combine therapeutic and productive, commercial units at the same time, effectively contributing to the social and professional integration of the mentally ill. However, the economic crisis of 2008 brought back the issue of mental illness and its management in Greek society, with the case of suicides determining the need for the implementation of a comprehensive and systematic intervention at the level of prevention, with Greek society realizing the important gaps of the welfare state.

Key words: mental illness, stereotypes, psychiatric care, KoiSPE, economic crisis, suicides.

Πρόλογος

Με την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου του 2010, η ελληνική κοινωνία έρχεται αντιμέτωπη με ένα σύνολο σφοδρών και απότομων μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας. Μέτρα που έχουν αντίκτυπο στην εθνική οικονομία, καθώς και στο βιοτικό επίπεδο χιλιάδων Ελλήνων, οι οποίοι σε πολλές περιπτώσεις βίωσαν σχεδόν κατά το ήμισυ την περικοπή του εισοδήματός τους, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Την ίδια περίοδο, η ελληνική κοινωνία παρακολουθεί σχεδόν εμβρόντητη την κλιμάκωση διαφόρων φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, με τα ελληνικά και τα διεθνή μέσα ενημέρωσης να αναφέρονται στην αύξηση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Μία αύξηση που αποδίδεται στις συνέπειες της κρίσης, κάνοντας λόγο για τους "αυτόχειρες της κρίσης".

Οι **αυτοκτονίες** γίνονται ένα προσφιλέθ θέμα στο δημόσιο λόγο, με αρκετούς επιστήμονες και δημοσιογράφους να επιχειρούν να ερμηνεύσουν τα αίτια και τα στάδια αυτής της απόφασης. Ένα φαινόμενο που μέχρι τότε αντιμετωπιζόταν ως ένα άκρως προσωπικό, οικογενειακό ζήτημα, το οποίο συχνά αποκρυπτόταν από το οικογενειακό περιβάλλον του αυτόχειρα, εξαιτίας κυρίως της εχθρικής κοινωνικής αντίδρασης απέναντι σε αυτή την πράξη. Μία αντίδραση που σε κάποιο βαθμό συναντάται μέχρι και σήμερα, εξαιτίας των θρησκευτικών πεποιθήσεων και του αξιακού συστήματος που διέπουν την ελληνική κοινωνία.

Παρά το γεγονός ότι οι αυτοχειρίες παρουσιάζονται διαχρονικά ως μία περίπτωση κοινωνικής παθογένειας, προκαλεί εντύπωση η άγνοια και η απουσία ενημέρωσης της κοινής γνώμης απέναντι σε ζητήματα ψυχικής ασθένειας. Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι αυξομειώσεις στους δείκτες αυτοχειρίας σημειώνονται ακόμα και σε περιόδους κοινωνικής ευημερίας και ανάπτυξης, έστω και αν δεν απασχολούσε ιδιαίτερα την ελληνική κοινωνία σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο μέχρι την εκδήλωση της ύφεσης και την προβολή τους από τον τύπο.

Στην πραγματικότητα, το φαινόμενο των αυτοκτονιών, όπως και η γενικότερη διαχείρισή του, μοιάζει να προσκρούσει σε χρόνιες στερεοτυπικές αντιλήψεις που εκφράζονται όχι μόνο σε πολιτικό επίπεδο, αλλά και σε κοινωνικό με τους ψυχικά πάσχοντες να αντιμετωπίζουν πολλαπλές διακρίσεις και περιορισμούς στην πρόσβαση των βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων τους. Μία άποψη που ενισχύεται από τα πορίσματα διαφόρων μελετών, όπως παρατίθενται στο **2^ο Κεφάλαιο** της

παρούσης, βάσει των οποίων άτομα με βαριές ψυχικές διαταραχές επισημαίνουν διακρίσεις σε όλο το φάσμα της προσωπικής τους ζωής, καθώς και στην αναζήτηση της εργασιακής τους αποκατάστασης. Η συντριπτική μάλιστα πλειοψηφία αυτών των ατόμων μαστίζονται από μακροχρόνια ανεργία, είτε βρίσκονται σε καθεστώς μερικής απασχόλησης, είτε εργάζονται σε επαγγέλματα δίχως ενδιαφέρον και προοπτικές εξέλιξης, που δεν προσφέρουν εσωτερική ικανοποίηση. Μία εικόνα που οφείλεται στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας, το οποίο καθορίζει όλους τους τομείς της κοινωνικής και της οικονομικής τους ζωής.

Οι παραπάνω επισημάνσεις αποτέλεσαν το έναυσμα για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, με σκοπό τη **διερεύνηση της επίδρασης του κοινωνικού περιβάλλοντος σε ζητήματα ψυχικής υγείας**. Μία σχέση που βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση και η οποία εμφανίζεται από τον επαναπροσδιορισμό της έννοιας της ψυχικής ασθένειας ανά τους αιώνες, σύμφωνα πάντα με τις εκάστοτε επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις, υποδεικνύοντας σε μεγάλο βαθμό την «κοινωνική» της διάσταση.

Αυτή η μορφοποιός δύναμη του κοινωνικού περιβάλλοντος γίνεται αντιληπτή στο περιεχόμενο της κοινωνικοποίησης και ειδικότερα μέσα από τις στερεοτυπικές αντιλήψεις που συνοδεύουν τη διάγνωση της ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας. Αντιλήψεις και πρότυπα, όπου αναπαράγονται και αποκρυσταλλώνονται στις στάσεις της κοινής γνώμης, με το ρόλο των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε αυτή τη διαδικασία να είναι καίριος. Ένας ρόλος που οφείλεται ακριβώς στην πολυδιάστατη και στην πολυσύνθετη λειτουργία που επιτελούν στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, «αντικαθιστώντας» σε πολλές περιπτώσεις άλλους βασικούς, παραδοσιακούς φορείς όπως είναι η οικογένεια και το σχολείο.

Υπό αυτές τις συνθήκες και με γνώμονα τη σφαιρική διερεύνηση του θέματος, η διατριβή προσεγγίζει **δύο βασικούς φορείς κοινωνικοποίησης**, εστιάζοντας στις αλλαγές που έχουν επέλθει στον προσδιορισμό και στον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας. Οι μεταβολές που διαπιστώνονται, ακολουθούν την εξέλιξη της ίδιας της κοινωνίας, επιδρώντας καθοριστικά πάνω στο άτομο και αναδιαμορφώνοντας τη συλλογική συνείδηση και συνοχή.

Ειδικότερα, η **πρώτη έρευνα** επιχειρεί να μελετήσει τις **αλλαγές που έχουν επέλθει σε κοινωνικό και αξιακό επίπεδο, μέσα από την εξέταση των απόψεων της κοινής**

γνώμης σε ένα σύνολο ζητημάτων ψυχικής υγείας. Στην ποιοτική έρευνα συμμετείχαν σαράντα πέντε (45) άτομα, οι οποίοι ζουν και εργάζονται στο Νομό Κορινθίας, παρουσιάζοντας αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στην επαγγελματική τους ταυτότητα και στην οικογενειακή τους κατάσταση. Το κύριο κριτήριο επιλογής του δείγματος ήταν η διερεύνηση των υποκειμενικών τους αντιλήψεων, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, με αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να διαιρούνται σε τρεις επιμέρους ισάριθμες κατηγορίες των δεκαπέντε (15) ατόμων: *απόφοιτοι πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.*

Η εν λόγω έρευνα, πάρα το μικρό της δείγμα, είναι αντιπροσωπευτική ως προς τις κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις που καλούνται να διαχειριστούν οι ψυχικά πάσχοντες, έστω και αν δεν παρουσιάζουν έντονη συμπτωματολογία. Διαπιστώνονται αισθητές διαφοροποιήσεις, οι οποίες ανεξάρτητα από το εκπαιδευτικό επίπεδο, θα μπορούσαν να ερμηνευθούν βάσει της ηλικιακής ομάδας και των εμπειριών του δείγματος, αναδεικνύοντας ουσιαστικά το αντίστοιχο κοινωνικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπου η συντριπτική πλειοψηφία είναι άνω των 50 ετών, παρουσιάζονται ιδιαίτερα επιφυλακτικοί και συχνά καχύποπτοι, έως και αρνητικοί, στους ψυχικά πάσχοντες, σε αντίθεση με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μία μελέτη που συνοδεύεται από την ανάλογη βιβλιογραφική επισκόπηση, η οποία μαρτυρά την ανάγκη ολιστικής ερμηνείας της ψυχικής ασθένειας, καθώς και την κοινωνιογένεσή της ιδίως όσον αφορά την αναδιαμόρφωση του περιεχομένου και του τρόπου διαχείρισής της ανά τους αιώνες, δίχως αυτό να σημαίνει ότι υποβαθμίζεται η ύπαρξη της ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας.

Ο στιγματισμός του ψυχικά πάσχοντα που παρατηρείται ιδίως στους συμμετέχοντες άνω των 50 ετών είναι εφάμιλλος του κοινωνικο-πολιτιστικού περιβάλλοντος, στο οποίο έχουν γαλουχηθεί από την πρώιμη παιδική τους ηλικία. Αντιλήψεις αποκρυσταλλωμένες τόσο βαθιά στη συνείδησή τους, που ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την ύπαρξη κοινωνικών διακρίσεων απέναντι σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη έρευνα αποτέλεσαν την αφορμή για την περαιτέρω διερεύνηση της κοινωνικής αντίδρασης σε ζητήματα ψυχικής υγείας, τα οποία επί δεκαετίες αποτελούσαν ένα θέμα ταμπού. Η ψυχική

ασθένεια αντιμετωπιζόταν ως μία προσωπική, οικογενειακή αποτυχία, ένα «όνειδος» που θα έπρεπε να περιοριστεί εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, προκειμένου να μην «προκαλέσει» την εχθρική κοινωνική αντίδραση. Ο ψυχικά πάσχων αντιμετωπιζόταν ως ένα εξαιρετικά επικίνδυνο και επιθετικό άτομο που «απειλούσε» ακόμα και τη δική του σωματική ακεραιότητα.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο σε αυτή τη στερεοτυπική απεικόνιση, εξαιτίας της πολυδιάστατης λειτουργίας τους. Δεν αποτελούν απλώς τα κύρια όργανα ενημέρωσης και πληροφόρησης. Έχουν επίσης τη δυνατότητα να ψυχαγωγούν, να κοινωνικοποιούν, καθώς και να δημιουργούν φαινόμενα πόλωσης, κοινωνικού αυτοματισμού, συμβάλλοντας στην κοινωνική περιθωριοποίηση και στον αποκλεισμό συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Μία διαδικασία που επιτυγχάνεται μέσω της προβολής αυτών των ατόμων ως μία απειλή για την προσωπική και την κοινωνική ασφάλεια. Μία απειλή που θα πρέπει έστω και άτυπα να περιοριστεί, αν όχι να κατασταλεί.

Η θεματολογία τους επεκτείνεται σε όλα τα ζητήματα που συνθέτουν την κοινωνική πραγματικότητα. Η ψυχοπαθολογία συνιστά ένα από τα προσφιλέστερα θέματα, μιας και καθημερινά προβάλλονται ζητήματα που αφορούν αυτά τα άτομα, δίχως να εμπεριέχουν πάντα αντικειμενικά και ιατρικά κριτήρια. Αντίθετα, η προβολή τους μοιάζει να είναι περισσότερο «εμπορική», έχοντας ως στόχο την προσέλκυση του κοινού και όχι την ενημέρωσή του.

Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία, παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον ο τρόπος προβολής της μέσα από τον κινηματογράφο, ο ρόλος του οποίου δεν περιορίζεται σε πολιτιστικό επίπεδο. Είναι ένα μέσο που αξιοποιώντας την τεχνολογική εξέλιξη, απευθύνεται στο σύνολο της αντιληπτικής εμπειρίας του θεατή, προκαλώντας με αυτό τον τρόπο μία άμεση αλληλεπίδραση. Η προβαλλόμενη ιστορία καλεί το θεατή να αναστοχαστεί, να αναζητήσει τον εαυτό του σε αυτή, μετατρέποντάς την σε ένα δικό του βίωμα, μία προσωπική ιστορία.

Το γεγονός αυτό υπήρξε το έναυσμα για τη **μελέτη του τρόπου προβολής της ψυχικής ασθένειας μέσα από τον κινηματογράφο**. Η δεύτερη αυτή έρευνα της παρούσας διατριβής επιβεβαίωσε τα πορίσματα προηγούμενων μελετών αναφορικά με τον τρόπο προβολής της ψυχικής ασθένειας στον κινηματογράφο, καταδεικνύοντας παράλληλα τη σημασία αυτού του μέσου στη διαμόρφωση και την

αναπαραγωγή κοινωνικών αντιλήψεων και στάσεων. Μέσα από την εξέταση σαράντα (40) ταινιών που καλύπτουν ένα ευρύ χρονικό πλαίσιο και ανταποκρίνονται σε όλο το φάσμα των κινηματογραφικών προτιμήσεων/επιλογών, διαπιστώθηκε ότι το πρότυπο του «μανιακού», «ψυχοπαθή» δολοφόνου παραμένει κυρίαρχο, με την ψυχική ασθένεια να γίνεται συνώνυμο των πιο επαχθών πράξεων. Μολονότι δε στις ταινίες ασκείται έντονη κριτική σε παλαιότερες τεχνικές και μεθόδους της ψυχιατρικής, στις περισσότερες προβάλλεται ιδιαίτερα η υποτροπή του πρωταγωνιστή ή χειρότερα η αναπόφευκτη εγκληματική του συμπεριφορά. Ένας τρόπος προβολής, ο οποίος δυσχεραίνει την κοινωνική του ένταξη, ενώ σχετίζεται άμεσα με την ύπαρξη του στίγματος στην κοινότητα.

Ο στερεοτυπικός τρόπος απεικόνισης των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών στον κινηματογράφο είναι εφάμιλλος των εκάστοτε κοινωνικών αντιλήψεων. Ο κινηματογράφος, ως ένα άλλο μέσο κοινωνικοποίησης, αναπαράγει τις επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις απέναντι σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα, ακολουθώντας τις όποιες μεταβολές έχουν επέλθει στο πρότυπο και στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς. Μία σχέση που επιβεβαιώνεται από τα πορίσματα των δύο παραπάνω μελετών, υποδεικνύοντας παράλληλα την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στη διαμόρφωση αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών. Μία επίδραση, η οποία εμφανίζεται και στη στάση της επίσημης Πολιτείας, όπως και στη γενικότερη διαχείριση των ζητημάτων ψυχικής υγείας.

Τα μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης που έχουν εφαρμοστεί διεθνώς κατά καιρούς ακολουθούν το κοινωνικό αξιακό σύστημα, δημιουργώντας συχνά στρεβλώσεις ως προς την εικόνα και την κατάσταση αυτών των ατόμων. Επί δεκαετίες, το μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης προσανατολιζόταν στην περιθωριοποίηση, αν όχι στην καταστολή της ψυχικής ασθένειας, περιορίζοντας τον ασθενή στο ασυλιακό περιβάλλον, υπό αντίξοες συνθήκες. Ένας τρόπος διαχείρισης που συνδεόταν με τη γενικότερη αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και σχετίζεται με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Μία συνθήκη που ευθύνεται για τον αυξημένο κίνδυνο φτώχειας που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες, καθώς και με τα φαινόμενα περιθωριοποίησης, πολλαπλού κοινωνικού αποκλεισμού και εξάρτησης από το οικογενειακό περιβάλλον.

Στο **3^ο Κεφάλαιο** διερευνάται η εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης, εστιάζοντας στις δυνατότητες κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά νοσούντων. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη χώρα μας, μόλις κατά τις τελευταίες δεκαετίες δόθηκε έμφαση στη θεραπεία του ασθενούς εντός της κοινότητας, σχεδιάζοντας ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Τα προγράμματα αυτά δεν περιορίζονται αποκλειστικά στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο και στην εποπτευόμενη διαβίωση των ασθενών. Επιδιώκουν επίσης την κοινωνική ένταξη και τη κάλυψη των βασικών τους αναγκών, περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο τις περιπτώσεις εξάρτησης από το οικογενειακό και το ιατρονοσηλευτικό περιβάλλον.

Με την προσπάθεια αποασυλοποίησης συνδέεται η νομοθετική πρόβλεψη του νέου θεσμού των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ), οι οποίοι αποτελούν τομή στην προσέγγιση και στην αντιμετώπιση της διαδικασίας της κοινωνικής και της επαγγελματικής επανένταξης των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι ΚοιΣΠΕ προσφέρουν ένα αξιόπιστο εργασιακό περιβάλλον, εναρμονισμένο με τις απαιτήσεις της αγοράς εργασίας, στο οποίο οι ασθενείς δεν χρειάζεται να αντιμετωπίσουν τα ενδεχομένως εχθρικά και συχνά αδιάκριτα βλέμματα των συναδέλφων τους. Είναι ένας θεσμός που συμβάλλει καθοριστικά στη διαχείριση του στίγματος, όπως και στον επαγγελματικό προσανατολισμό αυτών των ατόμων, περιορίζοντας ταυτόχρονα το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας και τον διπλό τους κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι **πολιτικές αποασυλοποίησης** που εφαρμόζονται, έχουν αντίκτυπο στη διαχείριση του φαινομένου των αυτοκτονιών, στο βαθμό που ο ψυχικά πάσχων δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως ένας παθητικός περιθωριοποιημένος δέκτης. Συνιστά ένα ενεργό, λειτουργικό μέλος της κοινότητας, συμμετέχοντας στα διάφορα προγράμματα που εφαρμόζονται. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός γίνεται γνωστός, με την κοινή γνώμη να ενημερώνεται και να ευαισθητοποιείται σε ένα σύνολο ζητημάτων ψυχικής υγείας, καθιστώντας σαφές ότι στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, η ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα συνιστά ένα καθολικό φαινόμενο, που «απαιτεί» στοχευόμενες δράσεις. Σχεδιάζονται νέες πολιτικές υγείας και δράσεις, εστιάζοντας σε επίπεδο πρόληψης, ειδικά προγράμματα κοινωνικής επανένταξης, όπου σε συνδυασμό με την ενεργό εμπλοκή και την ανάπτυξη του τρίτου τομέα της οικονομίας -ή αλλιώς της κοινωνικής οικονομίας- επιχειρούν να καλύψουν τα οποία

κενά του κράτους πρόνοιας, ενημερώνοντας την κοινή γνώμη αναφορικά με ζητήματα ψυχικής υγείας και ενδυναμώνοντας την ψυχοσυναισθηματική και την κοινωνική υγεία των ψυχικά πασχόντων.

Τέλος, αναδεικνύεται ο καθοριστικός **ρόλος των φορέων κοινωνικοποίησης** στη διαδικασία της κοινωνικής κατηγοριοποίησης, καθώς και στην αναπαραγωγή και στη διατήρηση φαινομένων κοινωνικής παθογένειας και στερεοτυπικών αντιλήψεων. Η **διαχείριση του στίγματος**, όπως και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιτυγχάνεται από την πρώιμη παιδική ηλικία, ώστε να αποφεύγεται η υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο χώρος της εκπαίδευσης, όπως και των μέσων ενημέρωσης μπορούν να συμβάλλουν όχι μόνο στην αναδιαμόρφωση του περιεχομένου της κοινωνικοποίησης αλλά και στην πληροφόρηση και στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.

Εισαγωγή

Η παρούσα διατριβή επιχειρεί να διερευνήσει το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας εστιάζοντας στις δυνατότητες κοινωνικής επανένταξης του ψυχικά πάσχοντα. Ένα θέμα το οποίο δεν είναι ανεξάρτητο από την περίπτωση των αυτοκτονιών, όπως αυτές αντιμετωπίζονται στο εκάστοτε κοινωνικοοικονομικό και ιστορικό πλαίσιο. Με αυτή την έννοια, το νόημα και το περιεχόμενο της ψυχικής ασθένειας μοιάζει να αναδιαμορφώνεται ανά τους αιώνες, αναδεικνύοντας σε μεγάλο βαθμό την κοινωνιογένεσή της, όπως εκδηλώνεται μέσα από τις εκάστοτε κοινωνικές αντιλήψεις. Αυτό δεν σημαίνει ότι υποβαθμίζεται η ύπαρξη των ατομικών και βιολογικών παραγόντων. Επισημαίνεται απλώς, η αναγκαιότητα της ολιστικής ερμηνείας και προσέγγισης της ψυχικής υγείας.

Αυτή η ιδιαίτερη αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται μεταξύ του κοινωνικού περιβάλλοντος και της ψυχικής ασθένειας, είναι έκδηλη μέσα από τη στάση της κοινωνίας απέναντι σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Μία στάση που μεταβάλλεται μέσα στο χρόνο και στο χώρο, η οποία φαίνεται να αναπροσαρμόζεται συχνά σύμφωνα με τα διάφορα κοινωνικοοικονομικά κριτήρια του ψυχικά πάσχοντα, οδηγώντας σε εσωτερικές κατηγοριοποιήσεις και ταξινομήσεις. Για την πλειονότητα ωστόσο των περιπτώσεων, είναι οι εκάστοτε κοινωνικές, ιστορικές και πολιτιστικές αντιλήψεις που διαμορφώνουν την αντίδραση απέναντι σε αυτά τα άτομα και οι οποίες εμφανίζονται μέσα από τις εκάστοτε κρατικές πολιτικές που εφαρμόζονται, καθώς και από το γενικότερο μοντέλο περίθαλψης.

Μία διαδικασία η οποία μαρτυρείται από τα διάφορα πρότυπα και ρόλους, που αποδίδει κατά καιρούς η κοινωνία στα άτομα με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές. Σε παλαιότερα, αλλά και σε πιο σύγχρονα συντηρητικά κοινωνικά πλαίσια, συναντάται ο «τρελός του χωριού». Ένα πρόσωπο οικείο, φιλικό, ευκολόπιστο και πλήρως ενταγμένο στην κοινότητα, όπου δέχεται τα πειράγματα των συγχωριανών του, «προσφέροντας» άφθονο γέλιο με τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά του. Αντίθετα, στο σύγχρονο αστικό τοπίο εμφανίζεται ο «τρελός της πόλης». Ένας περιθωριοποιημένος, επικίνδυνος, συναισθηματικά ασταθής άνθρωπος, με σημάδια βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς.

Η διάσταση αυτών των δύο προτύπων επιβεβαιώνει αρχικά, την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ερμηνεία αυτών των ζητημάτων. Διαπιστώνεται

επίσης, ότι το ίδιο το περιβάλλον είναι ικανό να συμβάλλει στην εκδήλωση και στην όξυνση των διανοητικών διαταραχών. Μία σχέση που μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από διάφορους κοινωνικούς παράγοντες και δη από το βαθμό συμμετοχής του ατόμου στον κοινωνικό βίο. Ένας άνθρωπος για παράδειγμα που έχει ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς, είναι πιο δύσκολο να οδηγηθεί στην πράξη της αυτοχειρίας, σε σχέση με έναν άνθρωπο που μένει μόνος του σε μία πόλη, μην έχοντας κάποιο δίκτυο επαφών. Ομοίως η ψυχοσυναισθηματική υγεία του ατόμου βελτιώνεται αισθητά όταν το άτομο συμμετέχει ενεργά στην κοινωνία, σε αντίθεση με τα άτομα που αποξενώνονται και περιθωριοποιούνται λόγω της ψυχοσυναισθηματικής τους ευαλωτότητας.

Από τους πρώτους μελετητές που επικεντρώθηκαν στη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος, ήταν ο Γάλλος κοινωνιολόγος E. Durkheim, ο οποίος ερμήνευσε το φαινόμενο των αυτοκτονιών με κοινωνικούς παράγοντες, συσχετίζοντάς το με το βαθμό κοινωνικής ενσωμάτωσης του ατόμου. Στο έργο του, εισάγει την έννοια της «ανομίας», προκειμένου να προσδιορίσει τα φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας που παρατηρούνται όχι μόνο σε περιόδους κοινωνικής και οικονομικής κρίσης, αλλά και διαστήματα κοινωνικής ευημερίας και ανάπτυξης. Ένα κοινωνικό φαινόμενο που διαπιστώνεται κυρίως στο σύγχρονο κόσμο, εξαιτίας των σφοδρών αλλαγών που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του παγκοσμιοποιημένου καπιταλιστικού οικονομικού συστήματος.

Μία θεωρία που φανερώνει ταυτοχρόνως τη σημασία της κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης των ψυχικά πασχόντων. Ένα ζήτημα, που επί δεκαετίες «αποσιωπούταν» και υποβαθμιζόταν επιμελώς από την επίσημη Πολιτεία, με τις πολιτικές που εφαρμόζονταν να χαρακτηρίζονται από προχειρότητα και να είναι αποσπασματικές. Πρωτοβουλίες μη συγκροτημένες, αποτέλεσμα των διεθνών πιέσεων τις περισσότερες φορές.

Το ψυχιατρικό μοντέλο περίθαλψης που εφαρμοζόταν στη χώρα μέχρι τέλη της δεκαετίας του 1990, περιοριζόταν εντός του ασυλιακού περιβάλλοντος, το οποίο όπως είναι φυσικό δυσχέραινε τις δυνατότητες κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων, ενώ ευθυνόταν σε μεγάλο βαθμό για την ανάπτυξη φαινομένων εξάρτησης εκ μέρους των ασθενών, όπως και για το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας».

Σήμερα, διαπιστώνεται μία «μεταστροφή» του ψυχιατρικού μοντέλου περίθαλψης, η οποία συνεχίζει εντούτοις να προσκρούει στις στερεοτυπικές αντιλήψεις που αναπαράγονται περί επικινδυνότητας και ανικανότητας αυτών των ατόμων. Αντιλήψεις που αναπαράγονται από ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της ελληνικής κοινωνίας, το οποίο παραμένει εξαιρετικά καχύποπτο και επιφυλακτικό, αν όχι εχθρικό, απέναντι σε αυτή την κοινωνική ομάδα. Στερεότυπα που επιφέρουν την κοινωνική περιθωριοποίηση και την αποξένωση αυτών των ατόμων, εντείνοντας την ψυχοσυναισθηματική τους ευαλωτότητα και «απειλώντας» την κοινωνική ευρυθμία.

Μιλώντας για την αναπαραγωγή στερεοτυπικών αντιλήψεων δεν θα μπορούσε να μην εξεταστεί ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης σε αυτή τη διαδικασία. Σχεδόν στο σύνολό τους, η προβολή θεματολογίας ζητημάτων ψυχικής ασθένειας φαίνεται να στηρίζεται σε εδραιωμένα κοινωνικά στερεότυπα περί επικινδυνότητας, επιθετικότητας και ανικανότητας αυτών των ατόμων, το οποίο προϊδεάζει αρνητικά το θεατή, δημιουργώντας στρεβλώσεις και αρνητικές ασυνείδητες σκέψεις για τους ψυχικά πάσχοντες. Αντιλήψεις, οι οποίες αναπαράγονται εντός της κοινότητας, περιορίζοντας την απόλαυση βασικών, ανθρώπινων δικαιωμάτων για αυτά τα άτομα, ενώ ευθύνονται και για την ύπαρξη φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, κοινωνικών διακρίσεων και αποκλεισμού που παρατηρούνται.

Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις, η διατριβή διαρθρώνεται σε τέσσερα κύρια Κεφάλαια, με σκοπό την καλύτερη διερεύνηση του ζητήματος. Στο Κεφάλαιο 1 μελετάται η πολυδιάστατη ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας, μέσα από την παράθεση των κυριότερων θεωρητικών προσεγγίσεων, οι οποίες θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, *τις βιολογικές, τις ψυχιατρικές-ψυχολογικές και τις κοινωνιολογικές*. Η κάθε κατηγορία προσεγγίζει και ερμηνεύει διαφορετικά την ψυχική και τη συναισθηματική νοσηρότητα, φτάνοντας στο εναλλακτικό βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που προτείνει ο Engel, το οποίο αποτελεί ουσιαστικά ένα συνδυασμό των παραπάνω ερμηνειών, ανταποκρινόμενο στη σύγχρονη ολιστική ερμηνεία της υγείας.

Η παρουσίαση των θεωρητικών προσεγγίσεων καθιστά σαφές ότι η ψυχική υγεία δεν μπορεί να εξετάζεται μονοδιάστατα με γνώμονα την παρουσία ή όχι ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών. Είναι ένα θέμα που επηρεάζει το σύνολο της

κοινωνικής και προσωπικής ζωής του ατόμου, με αποτέλεσμα να απαιτείται μία διεπιστημονική προσέγγιση.

Η ανάγκη ολιστικής ερμηνείας της ψυχικής υγείας εμφανίζεται μέσα από τη συσχέτισή της με διάφορους προσωπικούς (ατομικούς), κοινωνικο-πολιτιστικούς, οικονομικούς και ενδογενείς (ψυχολογικούς) παράγοντες. Δίνεται συγχρόνως, ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση διατομικών παραγόντων με τον επιπολασμό ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι το φύλο και η ηλικία.

Στο ίδιο Κεφάλαιο πραγματοποιείται μία σύντομη ποιοτική έρευνα, με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων της κοινής γνώμης στο νομό Κορινθίας, απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Στην έρευνα συμμετείχαν (45) άτομα, οι οποίοι ζουν και εργάζονται στο Νομό Κορινθίας, παρουσιάζοντας αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στην επαγγελματική τους ταυτότητα και στην οικογενειακή τους κατάσταση. Το κύριο κριτήριο επιλογής του δείγματος ήταν η μελέτη των υποκειμενικών τους αντιλήψεων ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, με αποτέλεσμα να διαιρούνται σε τρεις επιμέρους ισάριθμες κατηγορίες των δεκαπέντε (15) ατόμων: *απόφοιτοι πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Στις απαντήσεις τους διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, οι οποίες ανεξάρτητα από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, θα μπορούσαν να ερμηνευθούν βάσει της ηλικιακής ομάδας και των εμπειριών του δείγματος. Απόψεις οι οποίες «αντανακλούν» σε μεγάλο βαθμό τις κυριαρχούσες στερεοτυπικές αντιλήψεις, σε κάθε ηλικιακή ομάδα.

Έχοντας ως αφετηρία αυτά τα πορίσματα, το 2^ο Κεφάλαιο επιχειρεί να μελετήσει τον τρόπο διαμόρφωσης και αναπαραγωγής αυτών των στερεοτυπικών αντιλήψεων, εστιάζοντας στο ρόλο των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης σε αυτή τη διαδικασία και ειδικότερα του κινηματογράφου. Ακόμα και σήμερα, η ψυχική ασθένεια μοιάζει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον κοινωνικό στιγματισμό και την περιθωριοποίηση. Οι ψυχικά ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν εκτός από την ίδια τους τη νόσο, το κοινωνικό στίγμα, την προκατάληψη και το φόβο της κοινωνίας για αυτήν τους τη διαφορετικότητα.

Για ένα σημαντικό ποσοστό της ελληνικής –και όχι μόνο- κοινωνίας, τα άτομα αυτά είναι «επικίνδυνα», «βίαια», «ανίκανα», «συναισθηματικά ασταθείς» να εργαστούν. Στερεοτυπικές αντιλήψεις που «ευθύνονται» για τις πολλαπλές διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν, με την ετικετοποίηση να είναι εντονότερη σε

κάποιες μορφές διαταραχών και ιδίως στην περίπτωση των γενετήσιων ψυχικών παθήσεων, υπερβαίνοντας μάλιστα τη συμπτωματολογία της νόσου.

Μία κατάσταση που επηρεάζει δυσμενώς τη ζωή αυτών των ατόμων, εντείνοντας την ευαλωτότητά τους. Μία διαδικασία που επιφέρει την εσωτερίκευση του στίγματος, τον αυτοστιγματισμό τους, την ενσωμάτωση δηλαδή αυτών των αρνητικών χαρακτηριστικών, με τις επιπτώσεις να είναι έκδηλες στην αυτοεικόνα τους. Πολλά άτομα, εξαιτίας ακριβώς του στιγματισμού, αποφεύγουν να αναζητήσουν βοήθεια ή και να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους, όταν άλλες φορές είναι οι ίδιοι που υποτιμούν τον εαυτό και τις δεξιότητές τους, με αποτέλεσμα να απομονώνονται, να αυτοπεριθωριοποιούνται. Ένας τρόπος «άτυπης» ερμηνείας στις πολλαπλές διακρίσεις που βιώνουν.

Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στη διαμόρφωση στάσεων, προτύπων, αντιλήψεων και συμπεριφορών είναι αναμφισβήτητος, εξαιτίας ακριβώς των πολλαπλών λειτουργιών που επιτελούν στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα. Δεν θα ήταν υπερβολή να ειπωθεί ότι τα ΜΜΕ μοιάζουν να έχουν αντικαταστήσει παραδοσιακούς φορείς κοινωνικοποίησης, γεγονός που προβληματίζει περί της αξιοπιστίας και της αντικειμενικότητας του περιεχομένου των προγραμμάτων που προβάλλονται. Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση του κινηματογράφου, μιας και ο τρόπος προβολής οποιασδήποτε θεματολογίας, προβληματίζει, συγκινεί, αλλά και παρακινεί συναισθηματικά και γνωστικά το θεατή, αναπτύσσοντας με αυτό τον τρόπο μία «βιωματική» εμπειρία.

Η ψυχοπαθολογία αποτελεί μία θεματολογία που επιλέγεται σχεδόν εμμονικά στο χώρο του θεάματος. Μία προβολή που ωστόσο, φαίνεται να είναι εφάμιλλη των εκάστοτε κοινωνικών αντιλήψεων. Το πρότυπο του «μανιακού», «ψυχοπαθή» δολοφόνου συνεχίζει να παραμένει κυρίαρχο, με την ψυχική ασθένεια να γίνεται συνώνυμο των πιο επαχθών πράξεων, δημιουργώντας ένα σύνολο αντανάκλαστικών και ασυνείδητων αρνητικών σκέψεων στο θεατή. Ένα συμπέρασμα το οποίο προκύπτει μέσα από την εξέταση σαράντα (40) ταινιών, που καλύπτουν ένα ευρύ χρονικό πλαίσιο-από τη δεκαετία του 1930 μέχρι το 2017- και ανταποκρίνονται σε όλο το φάσμα των κινηματογραφικών προτιμήσεων/επιλογών. Μία έρευνα που βασίστηκε σε ένα συνδυασμό ποιοτικής-ποσοτικής μεθοδολογίας, επιβεβαιώνοντας

τα πορίσματα άλλων διεθνών μελετών, αναφορικά με τη στερεοτυπική απεικόνιση του ψυχικά ασθενή.

Το 3^ο Κεφάλαιο επικεντρώνεται στο ζήτημα της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην ελληνική κοινωνία, εστιάζοντας αρχικά στην εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρουσιάζεται ενδεικτικά ο τρόπος διαχείρισης των ψυχικά ασθενών σε άλλες χώρες, όπως και των πολιτικών που ακολουθήθηκαν, το οποίο καταδεικνύει εκ νέου τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος. Στη συνέχεια, γίνεται εκτενής αναφορά της πορείας του ψυχιατρικού μοντέλου περίθαλψης στη χώρα, παρακολουθώντας τη μετάβαση από το ασυλιακό περιβάλλον στην κοινότητα. Μία μετάβαση που «σημαδεύτηκε» από ένα σύνολο ιστορικών και πολιτιστικών συγκυριών, έχοντας αντίκτυπο στη γενικότερη εικόνα του εθνικού συστήματος υγείας.

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στο θεσμό των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ). Τα οφέλη λειτουργίας τους, ανταποκρίνονται στο σύνολο των κοινωνικών και οικονομικών αναγκών αυτών των ατόμων, καθώς και στην ανάπτυξη και στην ευημερία της τοπικής αγοράς εργασίας και οικονομίας. Ένας θεσμός που συμβάλλει έμπρακτα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αυτών των ατόμων, προάγοντας συγχρόνως την ισότητα, την απόλαυση βασικών δικαιωμάτων, την οικονομική ανεξαρτησία, την εργασιακή σταθερότητα και «καλύπτοντας» σημαντικά τα εκάστοτε κενά των κρατικών πολιτικών.

Οι ΚοιΣΠΕ ωστόσο δεν παύουν να συνιστούν επιχειρήσεις, ένα πιστό «αντίγραφο» εργασιακού περιβάλλοντος ελεύθερης αγοράς, το οποίο και τις καθιστά εξαιρετικά ευάλωτες στις τυχόν αναταράξεις του παγκόσμιου οικονομικού συστήματος. Μία συνθήκη που διαπιστώθηκε κατά την πρόσφατη οικονομική κρίση του 2008 που αντιμετώπισε η χώρα.

Τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και δη στην ψυχοσυναισθηματική υγεία της ελληνικής κοινωνίας μελετά το 4^ο Κεφάλαιο. Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές παρουσιάζουν σημαντική άνοδο, όπως και η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μία εικόνα που δεν προκαλεί εντύπωση, μιας και ανάλογη επίδραση στους ψυχοσυναισθηματικούς δείκτες παρουσιάζουν και άλλες χώρες, που εφάρμοσαν αυστηρά μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας. Ανάλογες αυξητικές τάσεις καταγράφονται και στους δείκτες αυτοχειρίας, κυρίως όσον αφορά

τον οικονομικά άνεργο πληθυσμό. Την ίδια περίοδο, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βιώνει σημαντικές περικοπές στο πλαίσιο των μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας, επηρεάζοντας τη δομή και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μία κατάσταση που επιβεβαιώνεται από την αύξηση του επιπολασμού των μολυσματικών ασθενειών, καθώς και από την εμφάνιση νέων ψυχότροπων ουσιών.

Διαμορφώνεται ένα ασφυκτικό κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο κυριαρχούν έντονα τα αρνητικά συναισθήματα και η εικόνα της κοινωνικής αποδιοργάνωσης. Η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα της κοινής γνώμης κλιμακώνεται από τα εκτενή ρεπορτάζ των ελληνικών και των διεθνών μέσων ενημέρωσης, τα οποία κάνουν λόγο για πρώτη φορά για τους «αυτόχειρες της κρίσης», συσχετίζοντας το φαινόμενο των αυτοκτονιών με τις επιπτώσεις της ύφεσης. Μία σχέση που ελλοχεύει τον κίνδυνο αύξησης των περιστατικών, λόγω των μιμητικών τάσεων που επιφέρει.

Μία εικόνα που αναδεικνύει τη μία πλευρά του φαινομένου, μιας και η στατιστική ανάλυση σε βάθος δεκαετιών πριν την ύφεση, κατέδειξε αξιοσημείωτες αυξομειώσεις ακόμα και σε περιόδους κοινωνικής ανάπτυξης και ευμάρειας. Ένα συμπέρασμα που υποδεικνύει την πολυδιάστατη και πολυσύνθετη φύση αυτού του φαινομένου. Μία απόφαση στην οποία μπορεί να οδηγηθεί το άτομο, εξαιτίας ενός συνόλου κοινωνικών, ατομικών και βιολογικών παραγόντων. Με αυτή την έννοια, η οποιαδήποτε μεταβολή συντελείται σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, κατά την οποία το άτομο καλείται να αναδιαμορφώσει τον κοινωνικό του ρόλο, είναι δυνατόν να «πυροδοτήσει» αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, ιδίως σε περιπτώσεις ύπαρξης ενός ψυχολογικού υποβάθρου.

Κεφάλαιο 1

Μιλώντας για την ψυχική υγεία

1.1. Οι έννοιες της ψυχικής υγείας και ασθένειας

Έννοιες όπως «περίεργος», «παράξενος», «τρελός», «ιδιότροπος», χρησιμοποιούνται συχνά, σε κάθε πολιτιστικό μόρφωμα, για να εκφράσουν την παρέκκλιση από τα κοινά αποδεκτά πρότυπα ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο μη-φυσιολογικό. Ένα φαινόμενο που οδηγεί στην κατηγοριοποίηση ανθρώπων, συμπεριφορών και χαρακτηριστικών, καθώς και στη διαμόρφωση της κοινωνικής πραγματικότητας και της «κοινωνικής ταυτότητας». Όταν ένας άνθρωπος διαθέτει ένα διαφορετικό χαρακτηριστικό από την «κοινωνική πλειοψηφία», εκλαμβάνεται και «κατηγοριοποιείται» εκείνη τη χρονική στιγμή ως ένα μειονέκτημα, μία μειονεξία, μία μειονεκτούσα συμπεριφορά. Μία κατηγοριοποίηση που συντελεί αναπόφευκτα στο στιγματισμό και στην πιθανή κοινωνική του αποξένωση, περιθωριοποίηση (Goffman,2001:64-70).

Την εξέλιξη της κοινωνικής αντίδρασης ανά τους αιώνες, απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας, μελέτησε ο Murphy (1976), αναδεικνύοντας ότι σχεδόν σε κάθε δυτική κοινωνία, υπήρχαν εξειδικευμένοι ρόλοι και πρακτικές, ώστε να περιγράφουν και να προσδιορίζουν άτομα που παρουσιάζουν συμπεριφορές, παρόμοιες με εκείνες που αποκαλούνται σήμερα ως «ψυχωτικές». Από την ύβρις των αρχαίων Ελλήνων, μέχρι τους «δαιμονισμένους» της μεσαιωνικής Ευρώπης, η έννοια της συναισθηματικής ή ψυχολογικής διαφορετικότητας απασχόλησε πλήθος μελετητών και φιλοσόφων, με το περιεχόμενό της να ερμηνεύεται και να αναδιαμορφώνεται από τις εκάστοτε κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες. Για τους αρχαίους λαούς της Μεσοποταμίας, η ψυχική διαταραχή αποδιδόταν σε κάποιο Θεό ή δαιμονικό πνεύμα, η οποία νοούνταν είτε ως κρίση, είτε ως τιμωρία (Λέκκα,2012:18).

Στην αρχαία ελληνική και ρωμαϊκή σκέψη, η ψυχική ασθένεια ερμηνευόταν ως αποτέλεσμα κακών πνευμάτων, τα οποία καταλάμβαναν τους ασθενείς και τους «ανάγκαζαν» να περιπλανώνται ή να αναπτύσσουν βίαιη, αντικοινωνική

συμπεριφορά (Pilgrim,Rogers,2004:28). Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης ανέπτυξαν μία πιο φιλολογική-φιλοσοφική αντίληψη, κατά την οποία η κάθαρση αποτελούσε το βασικό τρόπο θεραπείας, με τον Αριστοτέλη να τη θεωρεί ως μία «φυσιολογική εκτόνωση» για τα πάθη. Αντίθετα, ο Ιπποκράτης ισχυριζόταν ότι η ψυχική ασθένεια οφειλόταν σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού απορρίπτοντας οποιοδήποτε υπερφυσικό στοιχείο και προσδίδοντάς της, την ιατρική διάσταση. Υποστήριξε, ότι η ψυχική ασθένεια προέρχεται από τη διαντίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών, *αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα*, με την επίδραση του περιβάλλοντος. Περιέγραψε επίσης, τις βασικές ψυχικές διαταραχές, ως «φρενίτιδες», με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι και σήμερα, «*άνοια*», «*παράνοια*», «*μελαγχολία*», «*υστερία*», «*μανία*» (Μάνος,1997:18).

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα συνεχίστηκαν οι αντιλήψεις της κλασικής αρχαιότητας, προσαρμοσμένες ωστόσο στο Λόγο του Ευαγγελίου. Η ψυχική ασθένεια ερμηνευόταν άλλοτε ως έργο του διαβόλου και άλλοτε, σπανιότερα, ως μία «*θεϊκή μορφή τρέλας*», η οποία εκδηλωνόταν στους οσίους, στους μάρτυρες και στους προφήτες. Άλλοι ψυχικά πάσχοντες, ξεκίνησαν να έχουν ένα νέο πολιτικό και κοινωνικό ρόλο, όπως ήταν οι γελωτοποιοί, αλλά και οι «*πτωχοί τω πνεύματι*», που θεωρούνταν μακάριοι και ευνοούμενοι από τον Θεό (Λέκκα,2012:27-28).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η «*τρέλα*» θεωρήθηκε μία μορφή θεϊκής τιμωρίας, η οποία ισοδυναμούσε με τη σκληρή αντιμετώπιση και περιθωριοποίηση του πάσχοντα. Ιδιαίτερα από τον 14^ο μέχρι τον 15^ο αιώνα, διεξάγονταν τελετουργίες εξαγνισμού και διαπόμπευσης των ψυχικά ασθενών, με στόχο την εύρυθμη λειτουργία της κοινότητας (Foucault,2004:9). Πολλοί ψυχασθενείς θεωρήθηκαν αιρετικοί και θανατώθηκαν από την Ιερά Εξέταση (Μάνος,1997:19). Την ίδια περίοδο πραγματοποιούνται οι πρώτες απόπειρες εγκλεισμού σε ιδρύματα, εγκαταλελειμμένους χώρους, καθώς και σε μοναστήρια και φυλακές. Οι χώροι αυτοί δεν παρουσίαζαν κάποια ιδιαίτερη οργάνωση. Χαρακτηρίζονταν αντίθετα από πρόχειρες-άθλιες- συνθήκες διαβίωσης και από το συνωστισμό των εγκλειστών, οι οποίοι προέρχονταν από διάφορες ευπαθείς, περιθωριοποιημένες και αποκλίνουσες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των εγκληματιών, των ηλικιωμένων, των ορφανών και άλλων κοινωνικών ομάδων (Λέκκα,2012:29).

Υπήρχαν βέβαια και εξαιρέσεις. Το 1409 ιδρύθηκε στη Βαλένσια το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Έναν αιώνα σχεδόν αργότερα, το 1524 περίπου, ο Ισπανός Juan Luis Vives περιέγραψε τις προϋποθέσεις λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων, εισάγοντας τις έννοιες της αμφιθυμίας και των συνειρμών. Ο Johann Weyer περιέγραψε συστηματικά τις ψυχικές ασθένειες, ενώ ο Παράκελσος ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε στο ασυνείδητο και στη σημασία των σεξουαλικών παραγόντων στην παθογένεια της υστερίας και των νευρώσεων (Μάνος,1997:20). Ο Foucault (2004), τοποθετεί αυτή τη διάκριση ανάμεσα στη *φυσιολογικότητα* και στη *μη φυσιολογικότητα*, κατά τον 17ο αιώνα: είναι το διάστημα, όπου η «τρέλα» ιατρικοποιείται και πραγματοποιείται ο «Μεγάλος Εγκλεισμός».

Η νέα πολιτική που εμφανίζεται απέναντι στην ψυχική ασθένεια, οφείλεται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που εισήγαγε η Βιομηχανική Επανάσταση και στο πνεύμα του ορθολογισμού. Μέσα σε αυτή τη νέα εποχή, καθορίζονται τα όρια του φυσιολογικού και του μη-φυσιολογικού ατόμου, βάσει των δυνατοτήτων ένταξης του στην παραγωγική διαδικασία και στις νέες κοινωνικές τάξεις, με οποιαδήποτε ομάδα που δεν συμμετέχει, να τίθεται στο κοινωνικό περιθώριο. Μία νέα «κατηγοριοποίηση» που οδηγεί τους ψυχικά πάσχοντες στο κοινωνικό περιθώριο και στο στιγματισμό. Η εδραίωση της ιδρυματικής διαχείρισης της «τρέλας», συνέβαλε στη συγκρότηση και στην ανάπτυξη των επιστημών της Ψυχιατρικής και της Ψυχοπαθολογίας, έχοντας ως στόχο τη θεραπεία και τη διαχείρισή της (Μπαϊρακτάρης,2007:28-29).

Η εικόνα της ψυχικής υγείας μεταβάλλεται εκ νέου στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, όπου επιχειρείται μία πιο συστηματική προσπάθεια οικοδόμησής της. Μαζί με τα ιδιωτικά ιδρύματα δημιουργούνται ιδρύματα δημόσιου και φιλανθρωπικού χαρακτήρα, όπου οι τρόφιμοι ανήκουν στα μεσαία και στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα (Λέκκα, 2012:45). Οι αλλαγές αυτές, καθώς και η εισαγωγή νέων μεθόδων θεραπείας αναδιαμόρφωσαν το περιεχόμενο της ψυχιατρικής, με αποτέλεσμα, ήδη από τον 19^ο αιώνα να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα. Στην Αγγλία, ο ανθρωπισμός συμβάλει στην ανθρωπιστική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, μέσω των καλοκτισμένων νοσοκομείων, με τον όρο *moral insanity* (ηθική παραφροσύνη) να εισάγεται στην αγγλική νομοθεσία. Το 1844 ιδρύεται η Αμερικανική Ιατρο-Ψυχολογική Εταιρεία και το *American Journal of Insanity*, τα

οποία μετονομάστηκαν αργότερα στην American Psychiatric Association και στο American Journal of Psychiatry, αντίστοιχα (Μάνος,1997:23).

Οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες αλλαγής του ιδρυματικού χώρου πραγματοποιούνται κατά τον 20^ο αιώνα. Η εισαγωγή της «θεσμικής» ή «ιδρυματικής» ψυχοθεραπείας, σε συνδυασμό με τη χρήση νέων τεχνολογιών, απέβλεπαν στον «εξανθρωπισμό» των ασύλων, καθώς και στην περαιτέρω κατανόηση του ανθρώπινου σώματος. Αναδεικνύεται το «ψυχο-κοινωνικό» μοντέλο, στο οποίο γίνεται σύνδεση του κοινωνικού περιβάλλοντος, της οργάνωσης του κράτους, της κρατικής εξουσίας και του καταμερισμού εξουσιών με το ρόλο της Ψυχιατρικής, ως ένα εργαλείο κοινωνικού ελέγχου, αμφισβητώντας ταυτοχρόνως τη θεραπευτικότητα των ιδρυματικών χώρων (Μπαϊρακτάρης,2007:36-43).

Γίνεται αντιληπτό ότι οι έννοιες της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας δεν μπορούν να προσδιοριστούν εννοιολογικά από ένα μόνο κοινά αποδεκτό ορισμό. Η ψυχική ασθένεια φαίνεται να αναδιαμορφώνεται από τους εκάστοτε κοινωνικούς, πολιτισμικούς μετασχηματισμούς, επηρεάζοντας άμεσα το ατομικό, το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον. Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, η ψυχική ασθένεια ορίζεται ως το αποτέλεσμα αμοιβαία ενισχυόμενων δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και συμπεριφορών, οι οποίες εκδηλώνονται με συγκεκριμένα συμπτώματα και αρνητική διάθεση (Ζήση,2013:28).

Οι Becker (2000) και Scheff (1999), αναφέρθηκαν στο ρόλο των κοινωνικών ομάδων στην κατασκευή κανόνων, όπου η μη τήρησή τους επιφέρει την *παρεκτροπή*. Κατά τον Scheff (1999), πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα κατατάσσονται σαν στιγμιαίες παρεκκλίσεις, οι οποίες ερμηνεύονται ως μη φυσιολογικές συμπεριφορές, αποδίδοντας στο άτομο την ετικέτα του ψυχικά αρρώστου. Ο Thomas Szasz (1960) από την άλλη πλευρά, υποστήριξε ότι η ψυχική ασθένεια είναι ένας μύθος, αφού μόνο το σώμα μπορεί να ασθενήσει, ενώ το πνεύμα μπορεί να αρρωστήσει μόνο μεταφορικά. Υπάρχουν όμως, περιστατικά που φανερώνουν μία ισχυρή αλληλεπίδραση ανάμεσα στο πνεύμα και το σώμα, σε θέματα υγείας και ασθένειας. Οι φυσιολογικές αλλοιώσεις για παράδειγμα, είναι πιθανό να οδηγήσουν σε σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές, ενώ η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται ένα από τα αίτια που προκαλούν διάφορες ψυχοσωματικές ασθένειες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Pilgrim,Rogers,2004:32-33).

Η πολυδιάστατη ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας εντείνεται από την αδυναμία εύρεσης ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της ψυχικής υγείας. Η έννοια της ψυχικής υγείας, δεν μπορεί να ερμηνευθεί μονομερώς, από την απουσία ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών. Περιλαμβάνει επιπλέον, ένα σύνολο προκοινωνικών συμπεριφορών και θετικών ψυχολογικών καταστάσεων, με σημαντικές, εκτεταμένες και μακράς διάρκειας επιπτώσεις όχι μόνο σε μικρο-επίπεδο, αλλά και σε μακρο-επίπεδο (Χίου και συν.2005:123-124).

Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία περιλαμβάνει την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, την αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 450 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, αν και μόλις ένα μικρό ποσοστό λαμβάνει κάποιο είδος θεραπείας (WHO,2001).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association), με σκοπό να βοηθήσει στη διάγνωση, έχει εκδώσει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), όπου αποτελείται από πέντε εκδόσεις και περιλαμβάνει μία ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και των συμπτωμάτων τους. Το DSM-V χρησιμοποιείται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, για τη βελτίωση της διάγνωσης, της θεραπείας και της έρευνας. Η Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD), που εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι άλλο ένα εγχειρίδιο που χρησιμοποιείται για τις ψυχικές διαταραχές (ICD-10).

Υπό αυτές τις συνθήκες, σχεδιάζονται πολιτικές ψυχικής υγείας που αποσκοπούν στην προστασία και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, μέσω ενός αποκεντρωμένου, κρατικά προσανατολισμένου δικτύου υπηρεσιών. Στόχος είναι η έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Σε αρκετές χώρες ωστόσο, δεν δίνεται η ανάλογη έμφαση. Οι προϋπολογισμοί που διατίθενται για την ψυχική υγεία είναι πενιχροί, με αποτέλεσμα την απουσία ή την περιορισμένη εφαρμογή στρατηγικών και πολιτικών, που θα μπορούσαν να καλύψουν το πληθυσμιακό σύνολο της κοινότητας (Ζήση,2005:11-13). Το γεγονός αυτό «ανατροφοδοτεί» ένα φαύλο κύκλο προκαταλήψεων και στερεοτύπων, υπεύθυνο για την αναπαραγωγή φαινομένων ετικετοποίησης και περιθωριοποίησης

των ψυχικά ασθενών, όπως και άλλων φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, που «απειλούν» την κοινωνική ευρυθμία και συνοχή.

1.2 Θεωρίες για την Ψυχική Ασθένεια

Η έννοια της ψυχικής υγείας και το περιεχόμενό της, ακολούθησαν μία εξελικτική πορεία ανάλογη των εκάστοτε κοινωνικών, ιστορικών και πολιτιστικών εξελίξεων. Ορόσημο στην ιστορία της, υπήρξε η εμφάνιση της ψυχιατρικής κατά τον 18^ο αιώνα, που προσέφερε ένα επιστημονικό πλαίσιο εξέτασης και ερμηνείας των διανοητικών διαταραχών.

Με την κοινωνική εξέλιξη έγινε σαφές, ότι η ψυχική ασθένεια δεν πρέπει να ερμηνεύεται μονοδιάστατα, ως μία ασθένεια του εγκεφάλου, αλλά ως μία ασθένεια του πνεύματος, που επηρεάζει την ίδια την προσωπικότητα του ατόμου. Η προσωπικότητα του ατόμου αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια, μιας και συντίθεται από ένα σύνολο ψυχολογικών παραγόντων, η οποία αναπτύσσεται μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό σύστημα κανόνων και συμπεριφορών.

Οι διαπιστώσεις αυτές φανερώνουν την πολυδιάστατη και πολυσύνθετη ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας, γεγονός που συντέλεσε στη δημιουργία πολλών θεωρητικών προσεγγίσεων, οι οποίες θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, τις *βιολογικές*, τις *ψυχιατρικές-ψυχολογικές* και τις *κοινωνιολογικές*. Η κάθε κατηγορία προσεγγίζει και ερμηνεύει διαφορετικά τη νοσηρότητα, φτάνοντας στο εναλλακτικό *βιοψυχοκοινωνικό* μοντέλο που προτείνει ο Engel, το οποίο αποτελεί ουσιαστικά έναν συνδυασμό των παραπάνω ερμηνειών, ανταποκρινόμενο στη σύγχρονη ολιστική ερμηνεία της υγείας.

1.2.1. Το Βιοϊατρικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας

Το βιοϊατρικό μοντέλο συνδέεται με ένα σύνολο εκτεταμένων αλλαγών, που πραγματοποιήθηκαν στη Δυτική Ευρώπη κατά τον 18^ο αιώνα. Είναι το διάστημα όπου η διανοητική ασθένεια «απαγκιστρώνεται» από υπερφυσικά φαινόμενα. Εμφανίζεται η ψυχιατρική επιστήμη, αρμόδια για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών (Klerman,1977). Οι θεωρίες αυτού του μοντέλου βασίζονται στον καρτεσιανό διαχωρισμό σώματος-ψυχής και στη μηχανική

θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού. Αρχές που κυριάρχησαν κατά το μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα (Πράπα,Φακή,2008:40).

Η διανοητική ασθένεια ερμηνεύεται ως ένα αποτέλεσμα βιολογικών αιτιών, που οφείλεται στη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Με αυτή την έννοια οι ψυχικές διαταραχές ομαδοποιούνται, ταξινομούνται (DSM-V) και αντιμετωπίζονται, όπως μία σωματική ασθένεια (Γιωτάκος,2008:202,Thio,2003:370). Οι ασθενείς κάνουν χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων, ώστε να περιορίσουν τα συμπτώματα της ψύχωσης ή και να τη θεραπεύσουν, βελτιώνοντας με αυτό τον τρόπο την ποιότητα της ζωής τους, αλλά και την ένταξή τους στην κοινωνία (Scheff, 1999:3,Lehman,2010:64-65).

Πολλοί ερευνητές προτείνουν μία επαναταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Οι White et al. (2012), με γνώμονα τη σημαντική τεχνολογική πρόοδο, σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στο χώρο της ιατρικής και έχοντας ως κριτήριο τη δυσλειτουργία και την απόκλιση του νευρικού συστήματος, υποστηρίζουν ότι οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές θα πρέπει να συγχωνευτούν και να εξετάζονται από κοινού, ως διαταραχές του νευρικού συστήματος.

Οι υποστηρικτές του βιοϊατρικού προτύπου διερευνούν το ρόλο των γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών. Ένα πλήθος μελετών έχουν διαπιστώσει τον κίνδυνο εκδήλωσης της σχιζοφρένειας, ιδίως σε συγγενείς πρώτου βαθμού, υπογραμμίζοντας τη σημασία της κληρονομικότητας (Thompson et al,2005:85). Οι Tienari και Wynne (1994) συσχέτισαν την εκδήλωση της σχιζοφρένειας με την κληρονομικότητα, καταδεικνύοντας ότι το ποσοστό εμφάνισης της σχιζοφρένειας, σε υιοθετημένο δίδυμο ήταν εξαιρετικά αυξημένο, όταν η βιολογική μητέρα έπασχε από την ίδια νόσο. Άλλοι μελετητές κατέδειξαν ότι όταν ένας πανομοιότυπος δίδυμος υποφέρει από κατάθλιψη, ο άλλος αδελφός έχει περίπου, 78% πιθανότητες να υποφέρει από την ίδια πάθηση· αντίστοιχα, το ποσοστό μεταξύ των αδελφών κυμαίνεται στο 20%. Ο Παπαδημητρίου (2011:26) παρατηρώντας τη συχνότητα εμφάνισης της διπολικής διαταραχής, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι μολονότι στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα –περίπου 1%- στα αδέλφια οι πιθανότητες είναι στο 13% και στα παιδιά στο 15%. Σε περίπτωση, όπου αμφότεροι οι γονείς πάσχουν από διπολική διαταραχή, το ποσοστό εμφάνισης της νόσου ανέρχεται στο 44-74%.

Πέρα από τον παράγοντα της κληρονομικότητας, υπάρχουν ερευνητές που συνδέουν την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών με ορμονικές ανισορροπίες, για τις οποίες ευθύνονται διάφορες λοιμώξεις ή και διατροφικές διαταραχές. Οι Τσιλιάκου και συν. (2009:3-4) εστίασαν στο σεροτονεργικό και στο ντοπαμινεργικό σύστημα, αποδεικνύοντας την πιθανή συσχέτισή τους με την ανάπτυξη ψυχοπαθητικής-αντικοινωνικής συμπεριφοράς, αλλά και με την εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων. Κατά τη νεκροψία ατόμων που αυτοκτόνησαν, ανευρέθηκαν υψηλά επίπεδα 5-υδροξυντολοξεϊκού οξέος (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ελάττωση της δέσμευσης της ιμιπραμίνης στον μετωπιαίο φλοιό, υψηλά επίπεδα μεταβολιτών της κορτιζόλης στα ούρα και διογκωμένα επινεφρίδια, τα οποία εμφανίζονται κυρίως, σε περιστατικά βαριάς κατάθλιψης (Μάνος,1997:707). Τα ευρήματα αυτά, ενίσχυσαν την άποψη περί επιτυχίας της ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας. Μία τακτική που κυριάρχησε στον τομέα της ψυχιατρικής από τη δεκαετία του 1970, επηρεάζοντας αισθητά το θεραπευτικό μοντέλο που ακολουθήθηκε. Είναι ενδεικτικές οι περιπτώσεις του φαρμάκου Thorazine και άλλων αντιψυχωτικών φαρμάκων κατά τη δεκαετία του 1950, όπου η χρήση τους επέτρεψε σε αρκετούς ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια, να φύγουν από το νοσοκομείο (Thio, 2003:370).

Η αποτελεσματικότητα της ψυχοφαρμακοθεραπείας αμφισβητείται έντονα την εποχή του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Το κύριο επιχείρημα που προβάλλεται είναι ότι δεν αντιμετωπίζεται η αιτία της διανοητικής ασθένειας, αντ'αυτού επιτυγχάνεται μία «προσωρινή λύση» στα συναισθηματικά προβλήματα, οδηγώντας αναπόφευκτα στην όξυνση του προβλήματος μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Η χρόνια δε χρήση τους, φαίνεται να συνδέεται και με σοβαρά παθολογικά προβλήματα, όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, το Σύνδρομο Ελλειμματικής Λειτουργίας Προκαλούμενο από Ουσίες (DIDS), καθώς και με όψιμες ψυχώσεις¹ (Lehman,2010:67-68).

Οι διαπιστώσεις αυτές εγείρουν βασικούς προβληματισμούς στη χρήση του μοντέλου αυτού. Μία κριτική που εντείνεται από το γεγονός ότι δεν απαντάται από το βιοϊατρικό μοντέλο το πώς η φαρμακευτική θεραπεία, που βασίζεται στην αποκατάσταση της παθολογίας του οργανισμού, δεν θεραπεύει τη διαταραχή ή γιατί ένα άτομο, έχοντας κληρονομικό υπόβαθρο εκδήλωσης κατάθλιψης, δεν

¹ Οι όψιμες ψυχώσεις είναι ψυχολογικές διαταραχές, που μπορεί να εμφανιστούν είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας με νευροληπτικά, είτε κατά τη διάρκεια της διακοπής τους ή και αργότερα (Lehman,2010:68).

αρρωσταίνει. Τα ερωτήματα αυτά συντέλεσαν στην κριτική αντιπαράθεση της ψυχοφαρμακοθεραπείας, που εκφράστηκε μέσω της «θεσμικής ψυχοθεραπείας» στη Γαλλία και της Θεραπευτικής Κοινότητας του Maxwell Jones στην Αγγλία (Μπαϊρακτάρης,2007:37).

Αξιίζει να τονιστεί, ότι η αμφισβήτηση αυτού του μοντέλου έγκειται στη μονοδιάστατη προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας και όχι στην αναζήτηση βιολογικών αιτιών. Είναι πιθανόν, η βιολογική αιτιολογία να κρύβει μία «γενετική ευαλωτότητα», η οποία «πυροδοτείται» από ορισμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η συναισθηματική σύγκρουση ή το κοινωνικό άγχος (Thio,2003:371).

1.2.2. Η ψυχαναλυτική Θεωρία

Μία από τις σημαντικότερες προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί, είναι η ψυχαναλυτική θεωρία του Αυστριακού ιατρού, ψυχιάτρου Sigmund Freud, που για πολλούς μελετητές θεωρήθηκε ορόσημο στο χώρο της ψυχολογίας/ψυχιατρικής. Η προσέγγιση αυτή, που συναντάται και ως ψυχολογία του βάθους ή ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, άσκησε σημαντική επιρροή σε ένα πλήθος μελετών στις αρχές του 20ου αιώνα. Υπήρξαν ερευνητές που διαφώνησαν δημιουργώντας ξεχωριστές σχολές, ενώ άλλοι προχώρησαν σε ένα «συνδυασμό». Βασική αρχή της ψυχανάλυσης, όπως και σε άλλες σχολές στην ψυχολογία, είναι η συνεχής σύνδεση της φυσιολογικότητας με τη μη φυσιολογικότητα (Μάνος,1997:25,33,Thio,2003:371,Pilgrim,Rogers,2004:33).

Η θεωρία αυτή αποτελεί μία συστηματική μελέτη και γνώση των ψυχικών δυνάμεων και κινήτρων αναφορικά με τον τρόπο που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά². Η ψυχολογία του βάθους υποστηρίζει ότι το «ψυχικό όργανο» χωρίζεται σε συνειδητά και ασυνείδητα μέρη, με τη φύση της μεταξύ τους σχέσης να είναι εκείνη που προκαλεί την ψυχοπαθολογία. Δίνεται έμφαση, στο ρόλο των ασυνείδητων κινήτρων, όπου εκλαμβάνονται ως οι κύριες αιτίες της ανθρώπινης

² Με στόχο την κατανόηση της ψυχικής δομής και λειτουργίας, ο Freud ανέπτυξε δύο βασικά μοντέλα. Το *τοπογραφικό* μοντέλο, που προτείνει τρία επίπεδα ψυχικής λειτουργίας του ατόμου, το συνειδητό, το προσυνειδητό και το ασυνείδητο και το *δομικό μοντέλο* σύμφωνα με το οποίο η προσωπικότητα του ατόμου συντίθεται από το «Εκείνο», το «Εγώ» και το «Υπερεγώ». Στο πλαίσιο αυτών των δύο μοντέλων, περιγράφει επιπλέον, δύο τύπους διεργασίας της σκέψης: την *πρωτογενή διεργασία* και τη *δευτερογενή διεργασία*. Στο πρώτο στάδιο, η σκέψη είναι πρωτόγονη. Λειτουργεί κυρίως ασυνείδητα και σύμφωνα με την αρχή της ευχαρίστησης. Στο δεύτερο στάδιο, η σκέψη είναι λογική, οργανωμένη, προσανατολισμένη στην πραγματικότητα και πραγματοποιείται σε συνειδητό και προσυνειδητό επίπεδο (Μάνος,1997:33-37).

συμπεριφοράς, καθώς και στη λειτουργική σημασία των συναισθημάτων. Η ανθρώπινη συμπεριφορά θεωρείται ότι καθορίζεται από τα βιώματα του παρελθόντος, τη γενετική ιδιοσυστασία και την τρέχουσα πραγματικότητα. Τα αίτια της διανοητικής ασθένειας αναζητούνται στην «προσωπική ιστορία» του ατόμου και συγκεκριμένα σε κάποια άλυτη σύγκρουση, που συνέβη στην παιδική του ηλικία (Μάνος,1997:25,33,Pilgrim,Rogers,2004:33).

Για τον Freud (2010), η σύγκρουση είναι αναπόφευκτη, εξαιτίας ακριβώς της σύνθεσης της προσωπικότητας του κάθε ατόμου. Με βάση το δομικό μοντέλο που ανέπτυξε, η προσωπικότητα του ατόμου αποτελείται από τρία αντικρουόμενα μέρη- το *Εκείνο*, το *Υπερεγώ* και το *Εγώ*- που είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους και σχετίζονται με την εξέλιξη του κοινωνικού εαυτού. Το «Εκείνο» εσωκλείει τις βιολογικές ανάγκες και τις ενορμήσεις του ατόμου, περιλαμβάνοντας τα ζωώδη ένστικτα του σεξ και της επιθετικότητας, με τα οποία κάθε άνθρωπος έχει γεννηθεί. Καθοδηγείται από την *αρχή της ευχαρίστησης*: επιζητά την άμεση ευχαρίστηση και ικανοποίηση των επιθυμιών, χωρίς να ενδιαφέρεται για την αιτία, τη λογική ή την ηθική. Στον αντίποδα βρίσκεται το «Υπερεγώ», το οποίο εσωκλείει το σύνολο των κανόνων συμπεριφοράς, τις απαγορεύσεις και τις προσταγές που επιβάλλει η κοινωνία στα μέλη της και σχηματίζεται ήδη από το πρώτο έτος της ζωής του ατόμου. Διαιρείται σε δύο θεωρητικά τμήματα: *το καθαυτό υπερεγώ ή συνείδηση*, που αποτελεί τον κριτικό έλεγχο του ατόμου και *το ιδεώδες του εγώ*, που περιλαμβάνει τις ηθικές, θρησκευτικές αρχές του ατόμου, καθώς και τα ιδεώδη, τα ιδανικά και τις φιλοδοξίες του. Περιορίζει το «Εκείνο» για ηθικούς λόγους, αν και συχνά, μπορεί να γίνει τόσο παράλογο, όσο και το «Εκείνο». Η αυστηρή και τιμωρητική συμπεριφορά των γονέων ενδέχεται, να δημιουργήσει αισθήματα ντροπής, άγχους και ενοχής στο παιδί επηρεάζοντας όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της ενήλικης ζωής του. Το «Εγώ» είναι το τελευταίο μέρος που συνθέτει την προσωπικότητα του ατόμου. Αναπτύσσεται κατά τα πρώτα τρία έτη της ζωής, μέσω κυρίως της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το οικογενειακό περιβάλλον. Το «Εγώ» είναι το σύνολο των ψυχικών λειτουργιών, που διαμορφώνουν τη σχέση μας με το περιβάλλον, η συνειδητή πλευρά της προσωπικότητας, που διέπεται από την *αρχή της πραγματικότητας*. Παρεμβάλλεται ανάμεσα στις ενορμήσεις του «Εκείνο» και στις απαγορεύσεις ή προσταγές του «Υπερεγώ», θέτοντας περιορισμούς και όρια, που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Μάνος,1997:34-36,Thio,2003:371-372).

Τα στοιχεία αυτά βρίσκονται συχνά σε αντιπαράθεση, προκαλώντας συγκρούσεις που είναι ιδιαίτερα επίπονες στο άτομο και εκδηλώνονται με τη μορφή διαφόρων ψυχικών συμπτωμάτων, όπως είναι η κατάθλιψη και η βία, δημιουργώντας καταστάσεις άγχους και έντασης. Τις περισσότερες φορές μάλιστα, οι συγκρούσεις αυτές είναι δύσκολα ανιχνεύσιμες και διαχειρίσιμες, λόγω του ότι βρίσκονται «καταπιεσμένες» στο ασυνείδητο, με αποτέλεσμα το άτομο αρκετά συχνά, να τις «αγνοεί». Οι ψυχαναλυτές, χρησιμοποιώντας την ορολογία της παθολογίας, καλούνται αφενός να αναγνωρίσουν την παθολογία και αφετέρου να επαναφέρουν στην επιφάνεια αυτή τη σύγκρουση, ώστε ο ασθενής να μπορέσει να αντιληφθεί το πρόβλημα και να το επιλύσει (Thio,2003:373).

Το ερώτημα που τίθεται στην παραπάνω προσέγγιση, είναι πώς μπορεί να ελεγχθεί εμπειρικά, όταν διαπιστώνεται μία «εμμονή» στο ασυνείδητο και στα βιολογικά ένστικτα του ανθρώπου, τα οποία δεν μπορούν να ελεγχθούν εμπειρικά. Οι Pilgrim και Rogers (2004:33-34) παραθέτουν δύο αξιοσημείωτες αδυναμίες της ψυχαναλυτικής θεωρίας, δίχως να υποβαθμίζουν τη σημασία και τη σφαιρική αντίληψη που προσφέρει στην κατανόηση της ψυχικής υγείας. Η πρώτη αδυναμία έγκειται στην «ψυχολογικοποίηση» των πάντων-βιολογικών, προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων- και η δεύτερη, στην αδυναμία πρόβλεψης, αφού η ψυχανάλυση πραγματοποιείται, έπειτα από το τραυματικό γεγονός.

Ο Jung (2007), μελετώντας τη φύση των ψυχοπαθητικών φαινομένων εντοπίζει τα αίτιά τους στο ασυνείδητο και κυρίως στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στο *εγώ* και το *αυτό*. Περιέγραψε επίσης, διάφορους ψυχολογικούς τύπους, έχοντας ως κριτήριο τις βασικές ψυχονητικές λειτουργίες, όπως είναι το συναίσθημα, η σκέψη και η διαίσθηση. Πρόκειται για μία παραλλαγή της προσέγγισης του Freud, με την κύρια διαφορά να βρίσκεται στη διάκριση του ασυνείδητου σε *προσωπικό* και σε *ομαδικό*. Το *προσωπικό* περιλαμβάνει όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που προέρχονται από την απόθεση προσωπικών βιωμάτων και ψυχολογικών παραγόντων, τα οποία θα μπορούσαν να αποτελούν και συνειδητούς παράγοντες. Το *ομαδικό ασυνείδητο*, συντίθεται από ομαδικά συστατικά, με τη μορφή κληροδοτημένων κατηγοριών ή αρχετύπων, τα οποία βρίσκονται στο κατώτερο μέρος του ασυνείδητου και είναι διαρκώς, σε κατάσταση «λειτουργίας». Συνεπώς, η ψυχική παρέκκλιση ερμηνεύεται στο πλαίσιο της απόκλισης του *εγώ* από τις εικόνες του *ασυνείδητου*.

1.2.3. Το ψυχολογικό μοντέλο

Η ψυχαναλυτική θεωρία εντάσσεται γενικότερα στο ψυχολογικό μοντέλο που προσεγγίζει την έννοια της ψυχικής ασθένειας ως αποτέλεσμα ενδοψυχικών αιτιών. Στο χώρο της ψυχολογίας, έχουν διατυπωθεί μία πληθώρα ερμηνειών, που εστιάζουν κυρίως στη μελέτη της φυσιολογικής εμπειρίας και συμπεριφοράς, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη διάκριση ανάμεσα στη «φυσιολογική» και στη «μη φυσιολογική», «παθολόγνα» συμπεριφορά (Pilgrim,Rogers,2004:34).

Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα των έντονων δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και συμπεριφορών, όπου εκδηλώνονται με συγκεκριμένα συμπτώματα και αρνητική διάθεση. Τα γνωσιακά γεγονότα και οι γνωσιακές διαδικασίες καθορίζουν και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό, τις κρίσεις, τα συναισθήματα και τις υποκειμενικές επιλογές του ατόμου. Μία θεώρηση που στηρίζεται στο καρτεσιανό πρόγραμμα για την αυτόνομη ατομική λογικότητα και τις κλασικές θεωρίες μάθησης, κατά τις οποίες, η ανθρώπινη σκέψη διαμορφώνει τη συμπεριφορά του ατόμου, μέσα από διάφορα, περίπλοκα στάδια (Ζήση,2013:28).

Το μοντέλο αυτό αποτελεί ουσιαστικά ένα συνδυασμό γνωστικών και συμπεριφορικών αρχών, που βασίζεται σε συγκεκριμένες μεθόδους και στοχεύει στην εξάλειψη των αποκλίσεων στη συμπεριφορά του ατόμου ή των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει (Καλαντζή-Αζίζι). Οι βασικές αρχές που διέπουν το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, είναι οι ακόλουθες (Ευσταθίου,2003):

- Η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά.
- Η γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί.
- Οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές.

Ο Aaron Beck ανέδειξε την αποτελεσματική του εφαρμογή στην περίπτωση της κατάθλιψης, αναπτύσσοντας την καταθλιπτική, γνωστική τριάδα, η οποία αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και θεωρεί αρνητικά τον εαυτό του, τον κόσμο γύρω του και το μέλλον. Αποτέλεσμα αυτών των δυσλειτουργικών σκέψεων και στάσεων, είναι η συστηματική παραμόρφωση της πραγματικότητας, μέσα από αρνητικά σχήματα. Τα σχήματα αυτά λειτουργούν ασυνείδητα, επηρεάζοντας τον

τρόπο με τον οποίο το άτομο νοηματοδοτεί τις εμπειρίες του, δημιουργώντας γνωστικές στρεβλώσεις και διεργασιακά λάθη, που ευθύνονται για την κατάθλιψη. Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις, η θεραπεία που προτείνει επικεντρώνεται κυρίως, στις αυτόματες σκέψεις και στις γνωστικές παρορμήσεις (Ευθυμίου, Ψωμά, 2012:60).

Οι προσεγγίσεις της γνωσιακής κατεύθυνσης επιχειρούν να ερμηνεύσουν και να κατανοήσουν τη φύση των παραπλανητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων (Bell et al, 2006). Οι Garety και Freeman (1999) προσδιορίζουν τις παραπλανητικές ιδέες με τέσσερα διαφορετικά γνωσιακά μοντέλα: *ως ασυνήθιστα αντιληπτά φαινόμενα, ως ελλειμματική κατανόηση του νου, ως πρόβλημα πιθανολογικού συλλογισμού και ως υποκειμενική στρατηγική άμυνας*. Οι Bentall et al. (1994) υποστηρίζουν ότι οι παραπλανητικές ιδέες λειτουργούν αμυντικά, προστατεύοντας με αυτό τον τρόπο το άτομο από αυτό-επικριτικές σκέψεις.

Άλλοι μελετητές, επικεντρώνονται στο ρόλο των θετικών συναισθημάτων για την προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας, τονίζοντας παράλληλα τη συσχέτιση των αρνητικών συμπτωμάτων με την ανάπτυξη παθολογικής συμπτωματολογίας (Fredrickson, 1998). Για παράδειγμα, ο φόβος και το άγχος είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε αγχωτικές διαταραχές, όπως και η θλίψη σε κατάθλιψη (Öhman, 1993). Οι Nolen-Hoeksema et al. (1993) εξετάζοντας την ανταπόκριση των ατόμων στα καταθλιπτικά συμπτώματα κατέληξαν ότι ασθενείς οι οποίοι ήταν πρόθυμοι να εισέλθουν σε θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς, μάθαιναν τεχνικές που τους επέτρεπαν να αποφεύγουν καταθλιπτικές σκέψεις και να μπορούν να ελέγχουν παρόμοια συναισθήματα στο μέλλον. Σε μελέτη των Fredrickson et al. (2003), διαπιστώθηκε ότι άτομα με υψηλή ψυχολογική «ανθεκτικότητα», ακόμα και σε περιόδους ισχυρών και έντονων κρίσεων, κατάφεραν, όχι μόνο να προστατευτούν από την εκδήλωση ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών, αλλά και να ευημερήσουν, βιώνοντας θετικά συναισθήματα.

Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγει και ο Alfred Adler (1974: 232-233), ο οποίος έχοντας ως βασικό άξονα τη μοναδικότητα της προσωπικότητας του κάθε ατόμου, ερμηνεύει τη συμπτωματολογία της ψυχικής παρέκκλισης με τα αισθήματα της ανωτερότητας και της κατωτερότητας, που δημιουργούνται κατά την παιδική ηλικία. Ορίζοντας τη μελαγχολία και την παράνοια ως ψυχώσεις, υποστηρίζει ότι η εκδήλωσή τους, οφείλεται στους παρακάτω παράγοντες:

- Στις προκαταρκτικές και παραισθητικές παραστάσεις μιας επιθυμίας ή ενός φόβου, με σκοπό την εξασφάλιση.
- Στη μεροληπτική υποτίμηση της πραγματικότητας.
- Στην υπερδιέγερση της συνείδησης του Εγώ.
- Στον αγώνα εναντίον του στενού ή ευρύτερου περιβάλλοντος.
- Στη μεταφορά της σκηνης της δράσεως, από τη σφαίρα της κύριας δράσης στη σφαίρα της βοηθητικής.

Οι παραπάνω προσεγγίσεις αναδεικνύουν τη σχέση των έντονων συναισθηματικών εμπειριών με την ανάπτυξη των γνωσιακών παραποιήσεων, που οδηγούν σε διάφορα συμπτώματα ψυχικής παθολογίας. Στόχος της σύγχρονης ψυχολογίας είναι να καταστήσει το άτομο ικανό να αντιληφθεί και να κατανοήσει την προέλευση αυτών των στρεβλών ιδεών, να μπορέσει να τις ανταπεξέλθει και να αποφύγει τη βίωση ανάλογων συναισθημάτων στο μέλλον.

1.2.4. Το κοινωνιολογικό μοντέλο

Στον αντίποδα των παραπάνω ερμηνειών βρίσκονται οι κοινωνιολογικές θεωρίες, οι οποίες αναζητούν τα αίτια των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι θέσεις αυτές αναδεικνύουν τη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του και κυρίως, με την κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση της κοινωνίας. Διερευνούν τη σχέση της υγείας με φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας, όπως είναι η φτώχεια και η ανεργία, καθώς και το βαθμό ενσωμάτωσης των ατόμων σε κοινωνικές ομάδες και κοινωνικά δίκτυα.

Ο τρόπος με τον οποίο επιδρά η κοινωνική μειονεξία στην ψυχική ασθένεια των ατόμων που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα μελετάται κυρίως από το μοντέλο της κοινωνικής αιτιότητας (Pilgrim,Rogers,2004:44-45,Zήση,2013). Διερευνάται επίσης η σημασία, όπως και η επίδραση του πολιτισμού και του κοινωνικού γίνεσθαι στη διαμόρφωση κοινωνικών στάσεων, πεποιθήσεων και πρακτικών. Μία σχέση που αναδεικνύει την κοινωνιογένεση της ψυχικής υγείας (Zήση,2005:34).

Ο Κ. Μαρξ, αναλύοντας το καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής, υπήρξε από τους πρώτους κοινωνιολόγους, που χρησιμοποίησε την έννοια της αλλοτρίωσης, κατά την οποία ο άνθρωπος μετασχηματίζει τον εαυτό του σε ένα είδος, ένα ανταλλάξιμο

προϊόν. Η μετασχηματιστική αυτή δραστηριότητα είναι το αποτέλεσμα συγκεκριμένων, ανταγωνιστικών, κοινωνικών σχέσεων που εξελίσσονται εντός του καπιταλιστικού συστήματος ανάμεσα στους εργάτες και στους καπιταλιστές/κεφαλαιοκράτες που ελέγχουν και κατέχουν τα μέσα παραγωγής. Με την έννοια της αλλοτρίωσης αναφέρεται στην αντικειμενοποίηση της εργασίας, που συντελεί αναπόφευκτα στην αντικειμενοποίηση της ίδιας της ανθρώπινης φύσης. Το εργασιακό υποκείμενο, το άτομο δηλαδή, όντας αποξενωμένο από το προϊόν δημιουργίας του, οδηγείται στην ψυχική εξαθλίωση, που εκφράζεται μέσα από την ψυχοπαθολογία του υποκειμένου. Για τη μαρξιστική προσέγγιση, η αλλοτρίωση της εργατικής τάξης συνιστά την αλλοτρίωση ολόκληρης της κοινωνίας (Πανούσης και συν., 1985:82-83, Αντωνοπούλου, 2008:127-128).

Οι απόψεις του Μαρξ επηρέασαν τους κριτικούς θεωρητικούς του Ινστιτούτου Κοινωνικών Επιστημών της Φρανκφούρτης, οι οποίοι πρότειναν τη συγκρότηση μίας διεπιστημονικής θεωρίας της κοινωνίας, συνδυάζοντας τον ιστορικό υλισμό, με τη φροϋδική ψυχανάλυση και την πολιτιστική πραγματικότητα (Craib, 2009:424, Honneth, 2003:272-277). Οι θεωρητικοί αυτοί, δεν εστιάζουν στην ψυχική ασθένεια, αλλά σε αυτό που αποκαλούν ως «παθολογία της φυσιολογικότητας/του φυσιολογικού», που προκύπτει από την άρνηση προσαρμογής στην κοινωνικοπολιτιστική ζωή, στις νόρμες και από το καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής (Pilgrim, Rogers, 2004:52).

Την κοινωνική διάσταση του ψυχισμού εισήγαγαν και οι θεωρητικοί της Σχολής του Σικάγο και ιδίως οι κοινωνιολόγοι της «οικολογικής σχολής» του Σικάγο, υπογραμμίζοντας τον «κοινωνικό χαρακτήρα της προσωπικότητας». Η Σχολή του Σικάγο παρομοιάζει την πόλη με μία «μηχανή διαλογής», όπου η εγκατάσταση, η μετακίνηση και η επανεγκατάσταση σε κάθε περιοχή της, βασίζεται σε συγκεκριμένα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά (Giddens, 2002:620-621). Ο Wirth (1938), εξετάζοντας την *αστικότητα*, αυτόν το σύγχρονο τρόπο ζωής, υποστήριξε ότι καθημερινά τα άτομα αντιμετωπίζουν ένα πλήθος κοινωνικών και φυσικών ερεθισμάτων, τα οποία τα αναγκάζουν να αναπροσαρμόζουν διαρκώς την «κανονική τους συμπεριφορά», προκαλώντας τους συχνά, το σύνδρομο της «ψυχικής υπερφόρτωσης» (psychic overload), μιας κατάστασης που δημιουργεί άγχος και νευρική υπερένταση στα άτομα. Αυτός ο τρόπος ζωής, έχει ως συνέπεια την εμφάνιση φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, παρεκκλίνοσες συμπεριφορές, καθώς και την αύξηση περιστατικών

διανοητικών και συναισθηματικών διαταραχών (Wirth,1938:23-24,Knox,Pinch,2009: 280-281).

Ανάλογες είναι και οι θέσεις του Merton (1938:676-678), ο οποίος αναπτύσσει την έννοια της «δομικής ανομίας», ώστε να ερμηνεύσει φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας και παρεκκλίνουσες συμπεριφορές. Στην προσέγγισή του, παρουσιάζει ως «πηγή» των διανοητικών διαταραχών τους στρεσογόνους παράγοντες, που συνδέονται με το οικονομικό, πολιτιστικό περιβάλλον της κοινωνίας, αλλά και με τον τρόπο οργάνωσής της. Ο Durkheim, στο έργο του, *Le suicide. etude de sociologie* («Αυτοκτονία»), κατέδειξε ότι ορισμένες ανθρώπινες συμπεριφορές, όπως η πράξη της αυτοκτονίας, που αποτελεί μία εντελώς ατομική πράξη, μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από κοινωνικούς παράγοντες. Συσχέτισε την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά με το βαθμό κοινωνικής ενσωμάτωσης των αυτοχειρών, αποκλείοντας με αυτό τον τρόπο τις ψυχολογικές, ψυχαναλυτικές ή ψυχοπαθολογικές αναλύσεις, καθώς και τις κληρονομικές και φυλετικές ερμηνείες του φαινομένου. Στη θέση αυτή κατέληξε μέσα από τη μελέτη και τη στατιστική επεξεργασία 26.000 περιπτώσεων αυτοχειρίας, τις οποίες και ταξινόμησε με βάση κάποιους κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι το θρήσκευμα, η οικογενειακή και η εργασιακή κατάσταση (Αντωνοπούλου, 2008:29,Giddens,2002:57-58).

Ο Durkheim (1980) διαπίστωσε ότι σε κάθε πολιτιστικό μόρφωμα, εμφανίζεται μία συγκεκριμένη «ροπή» ή συχνότητα αυτοκτονιών, η οποία καταδεικνύει την άμεση σύνδεση της αυτοκτονικότητας με τις συνθήκες της συλλογικής ζωής. Στην προσέγγισή του, υποστηρίζει ότι τα αίτια των αυτοκτονιών εντοπίζονται στο ίδιο το κοινωνικό περιβάλλον, είτε στο *βαθμό της κοινωνικής ολοκλήρωσης* του ατόμου, είτε στο *σύστημα κοινωνικών κανόνων*. Οι παράγοντες αυτοί, τους οποίους αποκαλεί «courant suicidogène», αντιστοιχούν σε τέσσερις τύπους αυτοκτονίας: (α) στην *εγωιστική*, που οφείλεται στο χαμηλό βαθμό κοινωνικής ολοκλήρωσης (β) στην *αλτρουιστική*, η οποία προκαλείται όταν οι κοινωνικοί δεσμοί είναι πολύ υψηλοί, (γ) στην *ανομική*, που συναντάται σε περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης, όπου ο βαθμός συμμόρφωσης σε κοινωνικούς κανόνες είναι πολύ χαμηλός και (δ) στη *μοιρολατρική*, η οποία χαρακτηρίζεται από το μεγάλο βαθμό συμμόρφωσης στους κοινωνικούς κανόνες (Parsons,2015:445,Thio,2003:324-325).

Οι Henry και Short, ανέπτυξαν τη θεωρία των Τριών Παραγόντων, περιλαμβάνοντας κοινωνιολογικές, αλλά και ψυχολογικές ερμηνείες, ερμηνεύοντας την πράξη της αυτοχειρίας ως το αποτέλεσμα τριών διαφορετικών παραγόντων: του κοινωνιολογικού, του ψυχολογικού και του οικονομικού. Η έννοια του κοινωνιολογικού παράγοντα αναφέρεται αφενός, στο σύστημα σχέσεων εντός μίας κοινωνίας –που είναι ταυτόσημος με την έννοια της κοινωνικής ολοκλήρωσης στη σκέψη του Durkheim- και αφετέρου, στον αδύναμο εξωτερικό περιορισμό- ή αλλιώς στην ανεπάρκεια των κοινωνικών κανόνων- που αντιμετωπίζουν τα άτομα με υψηλή κοινωνική θέση. Διαπιστώνεται μία συσχέτιση των ποσοστών αυτοκτονίας με περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης, οικονομικής ύφεσης και μείωσής τους σε περιόδους οικονομικής ευμάρειας. Επιπλέον, η εσωτερίκευση των σκληρών απαιτήσεων των γονέων, καθώς και η πειθαρχία που αυτοί επιβάλλουν, έχουν αντίκτυπο στην ψυχολογία του ατόμου, οδηγώντας το συχνά όχι μόνο στην αυτοενοχή, αλλά και στην αυτοχειρία (Thio,2003:326-327,Gunn,Lester,2014:220-224).

Ο Sainsbury ανέπτυξε τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική απομόνωση και στην αυτοκτονία. Στο έργο του, *Suicide in London*, παρατήρησε ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών, ήταν αρκετά υψηλά σε περιοχές που παρουσίαζαν μεταβολές σε κοινωνικό –οικονομικό επίπεδο, όπως και γενικότερα υψηλά επίπεδα κοινωνικής αποδιοργάνωσης και φαινόμενα ανομίας (Douglas,1967:101-102). Σε έρευνα των Fryers et al. (2003), που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή του Ηνωμένου Βασιλείου διαπιστώθηκε ότι οι κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, συνδέονται με αρνητικούς επιδημιολογικούς δείκτες ψυχικής υγείας. Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν και σε μελέτη που πραγματοποίησαν το 2005 σχετικά με τις κοινωνικές ανισότητες στην Ευρώπη, όπου παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο χαμηλό εισόδημα, την ανεργία, καθώς και στο χαμηλό εκπαιδευτικό και βιοτικό επίπεδο, με την εμφάνιση των διανοητικών διαταραχών.

Οι παραπάνω θεωρίες φανερώνουν τις περιορισμένες ευκαιρίες και επιλογές αυτών των ατόμων, όπου σε συνδυασμό με τα περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα, έχουν ως αποτέλεσμα την περαιτέρω περιθωριοποίησή τους, δυσχεραίνοντας με αυτό τον τρόπο την ψυχική και την κοινωνική τους ευημερία (Ζήση,2013:108). Η έκθεση του ατόμου σε αυτές τις εξωγενείς ψυχοπιεστικές συνθήκες, δημιουργούν έντονο στρες, εξαιτίας της πίεσης που νιώθει να προσαρμοστεί εκ νέου σε αυτές τις αλλαγές. Η

ερμηνεία αυτή επιβεβαιώνεται και από τα πορίσματα πληθώραν ερευνών, όπου οι συσσωρευμένες αλλαγές στη ζωή ενός ατόμου, λόγω συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων, όπως η απώλεια, σχετίζεται με την εμφάνιση της κατάθλιψης, της γενικευμένης αγχώδους νεύρωσης και της σχιζοφρένειας (Ζήση,2013:34-35).

Ο Pearlin (1999, αναφέρεται στο Ζήση, 2013:37) εισάγει τον όρο «πολλαπλασιασμός των πηγών του στρες», προκειμένου να περιγράψει πως ένα αρνητικό γεγονός είναι ικανό να προκαλέσει μία διαδοχή από ανεπιθύμητες αλλαγές, οι οποίες γίνονται μόνιμες αντιξοότητες, επιφέροντας την ψυχική εξουθένωση του ατόμου. Τα επίπεδα του στρες και τα αποτελέσματά του, μπορούν να «ρυθμιστούν» μέσα από ένα σύνολο συγκεκριμένων προσωπικών και κοινωνικών παραγόντων, όπως είναι η ανθεκτικότητα, η αυτοεκτίμηση και το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης. Οι παράγοντες αυτοί λειτουργούν ως στρατηγικές που συμβάλλουν στη διαχείριση του στρες, καθώς και στις γενικότερες απροσδόκητες και αρνητικές αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου.

Άλλη μία κοινωνιολογική προσέγγιση που επηρέασε την κοινωνιολογική σκέψη είναι η θεωρία του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού, βάσει της οποίας η πραγματικότητα δεν είναι κάτι αυταπόδεικτο και σταθερό, αλλά ένα παράγωγο της ίδιας της ανθρώπινης δραστηριότητας. Οι εκπρόσωποι αυτής της σχολής, εξετάζοντας τη σύγχρονη κοινωνία, αμφισβητούν την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας, τονίζοντας τον έλεγχο της παρέκκλισης από την ψυχιατρική και την ανάδειξη της διαφορετικότητας, μέσω των υπηρεσιών και των επαγγελμάτων της ψυχικής υγείας (Pilgrim,Rogers,2004:54-56).

Το μοντέλο του κοινωνικού- κριτικού- ρεαλισμού, αντιτίθεται στον κοινωνικό κονστρουκτιβισμό, μιας και αποδέχεται την ύπαρξη της πραγματικότητας, καθώς και στη θεωρία της κοινωνικής αιτιότητας. Ο κριτικός ρεαλισμός εστιάζει στις συνειδητές ενέργειες, ασκώντας κριτική στο μεθοδολογικό ατομισμό (Pilgrim,Rogers,2004:57). Ο Bhaskar (2008:238) ακολουθώντας την υλιστική πραγματικότητα του Marx, αναφέρει ότι η κοινωνική πραγματικότητα προϋπάρχει της ανθρώπινης δράσης, με τα δρώντα υποκείμενα να αποκτούν στη συνέχεια πρωταγωνιστικό ρόλο στην αναπαραγωγή ή στη μεταβολή της κοινωνίας. Ο Bhaskar διακρίνοντας τις κοινωνικές με τις φυσικές δομές, επισημαίνει ότι οι πρώτες δεν είναι ανεξάρτητες από την αντίληψη του δρώντος υποκειμένου ή από τη δραστηριότητα που εξουσιάζουν,

υπογραμμίζοντας με αυτό τον τρόπο τη ρευστότητά τους. Οι κοινωνικές δομές μπορεί να είναι μόνο σχετικά σταθερές, αφού οι τάσεις που εκφράζουν είναι πιθανό να μην είναι διαρκώς αποδεκτές στη διάρκεια του χρόνου. Η εργασία στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι μέρος μιας κοινωνικής δομής. Σύμφωνα με τις παραπάνω παρατηρήσεις, η περιγραφή αυτής της εργασίας δεν μπορεί να είναι αντικειμενική και ανιδιοτελής, μιας και είναι οι απόψεις και η γνώση των επαγγελματιών που συμβάλλουν στην εγκαθίδρυση της εργασίας στο χώρο της ψυχικής υγείας και στις δομές της πρόνοιας. Ένα αντικείμενο εργασίας άμεσα συνυφασμένο με το εκάστοτε κοινωνικό, ιστορικό και γεωγραφικό πλαίσιο. Συνεπώς, οι κοινωνικοψυχιατρικές έρευνες αν και παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες, εντούτοις η εγκυρότητα και η εφαρμογή τους είναι «περιορισμένη» εντός του καθορισμένου χρονικού και κοινωνικού πλαισίου που χρησιμοποιούνται (Bhaskar,2011:83-85,PilgrimRogers,2004:58-59).

Εξαιρετικά ενδιαφέρουσα είναι η θεωρία του κοινωνικού στιγματισμού, η οποία επιχειρεί να ερμηνεύσει τις κοινωνικά αποκλειόμενες συμπεριφορές, μέσα από κοινωνικές κατηγοριοποιήσεις και νόρμες. Κάθε κοινωνία προχωρά στην κατηγοριοποίηση των ανθρώπινων γνωρισμάτων και συμπεριφορών, ορίζοντας εκείνα που θεωρούνται φυσιολογικά και κοινωνικά αποδεκτά, ενώ οτιδήποτε παρεκκλίνει από αυτά, στιγματίζεται, απαξιώνεται και περιθωριοποιείται (Goffman,2001:64-65).

Η περίπτωση της ψυχικής ασθένειας αποτελεί ένα ενδεικτικό παράδειγμα αυτής της κατηγοριοποίησης. Ο ορισμός και το περιεχόμενό της, ακολουθεί τα εκάστοτε κοινωνικά κριτήρια, με αποτέλεσμα να «αναδιαμορφώνεται» στο πέρασμα των αιώνων και να ερμηνεύεται ως κάτι διαφορετικό, το οποίο παρεκκλίνει από τα φυσιολογικά, κοινωνικά καθορισμένα πρότυπα. Ανάλογη είναι και η κοινωνική αντίδραση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Οι Radke-Yarrow et al. (1955) διερευνούν τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις των συζύγων ανδρών, οι οποίες αρνούνται την ύπαρξη συμπτωμάτων. Οι γυναίκες αυτές, με σκοπό να εξηγήσουν με λογικά κριτήρια την παρέκκλιση των συζύγων τους, προσέδιδαν διαφορετικές ερμηνείες στη συμπεριφορά τους. Η χρόνια χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, καθώς και η συχνή ταύτιση της συμπεριφοράς με τους έμφυλους ρόλους και ιδίως με το πρότυπο περί αρρενωπότητας, ήταν ανάμεσα στις κυριότερες ερμηνείες που προσέφευγαν. Υπήρξε ωστόσο ένα σημείο, σε όλες τις

περιπτώσεις, όπου η συμπεριφορά δεν μπορούσε να γίνει πλέον ανεκτή και οι σύζυγοι κατέληγαν στο συμπέρασμα της διαταραχής.

Οι Link et al (1991 αναφέρεται στο Ζήση,2013:56-57) εξέτασαν τις στρατηγικές που ανέπτυξαν οι ψυχικά πάσχοντες, για να διαχειριστούν το στίγμα και την αρνητική μεταχείριση που επέφερε η γνωμάτευση της νόσου. Οι τρεις πιο συχνές στρατηγικές που διαπίστωσαν είναι η συγκάλυψη, η αποσιώπηση και η αποφυγή. Στρατηγικές που είναι εντονότερες, κυρίως σε άτομα που νιώθουν ότι η κοινωνία τους απαξιώνει. Η αντίδραση αυτή των ψυχικά ασθενών ευθύνεται για την περαιτέρω επιδείνωση της κοινωνικοοικονομικής, ψυχικής και σωματικής τους κατάστασης και σχετίζεται με το φόβο των στιγματισμένων ατόμων για κοινωνική απόρριψη (απόδοση ψυχιατρικής ετικέτας).

Για άλλους μελετητές, η παρέκκλιση διαπιστώνεται νωρίτερα στα άτομα που έχουν ισχυρά κοινωνικά δίκτυα και από τα οποία εξαρτώνται άλλοι, σε σχέση με τα άτομα εκείνα που ο ρόλος τους κρίνεται λιγότερο απαραίτητος (Pilgrim,Rogers,2004:47). Ο Scheff (1999:57,72-73) από την άλλη πλευρά, χρησιμοποιεί τον όρο «υπολειμματική παρέκκλιση», ώστε να αποδείξει ότι οι ψυχιατρικές ετικέτες αποδίδονται κυρίως για «δευτερεύουσες παρεκκλίσεις», που συνάδουν με συγκεκριμένα κοινωνικά χαρακτηριστικά του ατόμου που παρεκκλίνει ή της ομάδας που ανήκει.

1.2.5. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το μοντέλο αυτό αποτελεί ένα συνδυασμό όλων των παραπάνω ερμηνειών, σύμφωνα με το οποίο η υγεία, καθώς και η γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου, εξαρτάται τόσο από βιολογικούς παράγοντες, όσο και από ψυχολογικούς και κοινωνικούς (Ματσούκας,2014:85). Ο Engel (1977:132), ως κύριος εκπρόσωπος αυτού του προτύπου, βασίστηκε στη θεωρία των συστημάτων και στην ιεραρχική οργάνωση των οργανισμών, υποστηρίζοντας ότι τα όρια ανάμεσα στην υγεία και την ασθένεια δεν είναι ευδιάκριτα. Στην πραγματικότητα, εξαρτώνται από πολιτισμικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (Λύκουρας,2011:34).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντικαθιστά ουσιαστικά το βιοϊατρικό πρότυπο, αναγνωρίζοντας τη σημασία των συναισθηματικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών διεργασιών (Λύκουρας,2011:34). Μέσα από τη βιολογική προσέγγιση διερευνάται το πώς νοσήματα που πηγάζουν από τις δυσλειτουργίες του σώματος, από ψυχολογικές

δυσλειτουργίες, όπως και το πώς οι διάφορες ψυχολογικές πλευρές των νοσημάτων σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και οι τρόποι με τους οποίους διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία (Ματσούκας,2014:85). Προωθείται μία ολιστική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο, δημιουργώντας μία σφαιρική παρέμβαση που θα συντελέσει στην αλλαγή τρόπου ζωής και σκέψης. Η χρήση μάλιστα αυτού του μοντέλου, είναι αρκετά συνηθισμένη στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

1.3. Παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχική υγεία

Έχοντας παρακολουθήσει τις κύριες ερμηνευτικές προσεγγίσεις για το ζήτημα της ψυχικής υγείας, θα ήταν χρήσιμο να παρακολουθήσουμε κάποιους από τους παράγοντες και τις κοινωνικές καταστάσεις, που εντείνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης παθολογικής συμπεριφοράς, όπως είναι το εργασιακό περιβάλλον. Παράγοντες που σχετίζονται ως επί το πλείστον με το κοινωνικό περιβάλλον και δημιουργούν έντονη συναισθηματική φόρτιση στον άνθρωπο, εξαιτίας των αλλαγών που επιφέρουν στην προσωπική του ζωή και στην κοινωνική του ταυτότητα.

Η **επαγγελματική κατάσταση** ενός ατόμου, όπως και το εργασιακό του περιβάλλον, μπορούν να επηρεάσουν αισθητά την ψυχική του υγεία. Αυτό οφείλεται στο σύνθετο ρόλο που διαδραματίζει η εργασία στη ζωή ενός ατόμου. Εκτός από το ότι αποτελεί το κύριο μέσο απόκτησης οικονομικών πόρων, καλύπτει εξίσου σημαντικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες του εργαζόμενου. Με αυτό τον τρόπο, το άτομο αποκτά την αίσθηση του «ανήκειν», την κοινωνική καταξίωση και την αναγνώρισή του, διαμορφώνοντας σε μεγάλο βαθμό την προσωπική και κοινωνική του ταυτότητα. Με λίγα λόγια είναι η επαγγελματική κατάσταση ενός ατόμου που του προσδίδει τον κοινωνικό του ρόλο, όπως και την κοινωνική του θέση (Καμινιώτη,2013:120). Όταν όμως ένας εργαζόμενος βρίσκεται αντιμέτωπος με το φάσμα της ανεργίας, τότε νιώθει τον κίνδυνο της απώλειας των κεκτημένων του, βιώνοντας παράλληλα ένα σύνολο σφοδρών αλλαγών σε κοινωνικό, οικονομικό και προσωπικό επίπεδο.

Πλήθος μελετών διερευνούν τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία από τις δεκαετίες του 1970 και 1980, δείχνοντας ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανέργων ήταν 25% υψηλότερο, από εκείνο των εργαζόμενων ισοδύναμου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Ευθυμίου και συν., 2013:23). Οι Paul και Moser

(2009) κατέδειξαν ότι ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα, ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%), σε αντίθεση με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Σε έρευνα που διεξήχθη σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαπιστώθηκε ότι, για κάθε 1% αύξηση στην ανεργία παρατηρήθηκε 0,79% αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών για ηλικίες κάτω των 65 ετών (Ευθυμίου και συν. 2013:28).

Οι Price et al. (2002:304) επικεντρώνονται στις συνέπειες που επιφέρει η ανεργία στην «αίσθηση προσωπικού ελέγχου», που νιώθει το άτομο. Η ανεργία δημιουργεί μία αλληλουχία συναισθημάτων, που «διαβρώνουν» σταδιακά την αίσθηση του «προσωπικού ελέγχου» και της αυτοεκτίμησης του ατόμου, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο τις πιθανότητες εύρεσης μίας νέας απασχόλησης. Τα συναισθήματα αυτά, όπως είναι φυσικό, αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και άλλων συναισθηματικών διαταραχών (Price et al,2002:307).

Εξίσου καθοριστικό ρόλο στην ψυχοσυναισθηματική υγεία των ατόμων, διαδραματίζουν οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες στο χώρο εργασίας. Υπάρχουν περιπτώσεις που το εργασιακό περιβάλλον είναι ικανό να επιφέρει έντονο στρες και άγχος στο εργασιακό υποκείμενο, προκαλώντας ακόμα και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out). Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να εκδηλώνεται κυρίως, σε απαιτητικά και στρεσογόνα εργασιακά περιβάλλοντα, δημιουργώντας συναισθηματική υπερφόρτωση στον εργαζόμενο. Μία συναισθηματική κατάσταση που επηρεάζει άμεσα την εργασιακή ικανοποίηση και την απόδοση του ατόμου και εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, από τη μη ανταπόκρισή του στις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος, φθάνοντας μέχρι και στη συναισθηματική του εξάντληση. Οι εργαζόμενοι σε δομές υγείας παρουσιάζονται εξαιρετικά ευάλωτοι στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω των αρμοδιοτήτων και της διαρκούς συναισθηματικής φόρτισης που βιώνουν (Κουτελέκος, Πολυκανδριώτη, 2007:4, Κυλούδης και συν.2011).

Τη σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών και εργασιακών συνθηκών με την ψυχική υγεία μελετά και το Καναδικό Ινστιτούτο για την Εργασία και την Υγεία (IWH,2019), λαμβάνοντας υπόψιν και προσωπικούς παράγοντες. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι ένα υψηλό ποσοστό εργασιακού ελέγχου, κοινωνικής στήριξης και εργασιακής

ασφάλειας, αύξαναν τις πιθανότητες από 8 έως 15% σε έναν εργαζόμενο να είναι απαλλαγμένος από κάποια ψυχική διαταραχή, έστω και αν οι υπόλοιποι παράγοντες παρέμεναν αμετάβλητοι. Αύξαναν επίσης τις πιθανότητες για έναν εργαζόμενο, να αναφέρει θετική ψυχική υγεία από 10 έως 14%. Οι ψυχολογικές απαιτήσεις δεν παρουσίαζαν κάποια ιδιαίτερη σύνδεση με την κακή ή την καλή ψυχική υγεία.

Η ύπαρξη **κοινωνικών δεσμών** και **ισχυρών κοινωνικών δικτύων** έχουν θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του ατόμου. Ομάδες αυτοβοήθειας αναπτύσσονται στον τομέα της ψυχικής υγείας, εξαιτίας των θετικών αποτελεσμάτων που επιφέρουν (Μπαϊρακτάρης,2007). Η οικογενειακή κατάσταση ενός ατόμου συμβάλλει θετικά στην ψυχοσυναισθηματική του υγεία, μειώνοντας αισθητά τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι ανύπαντροι άνδρες και γυναίκες από την άλλη πλευρά, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς, έχουν 47% και 97% περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν, οι διαζευγμένοι σύζυγοι και των δύο φύλων, καθώς και τα άτομα που «επιλέγουν» τη μοναχική διαβίωση (Stack,1998:514-515, Thio,2003:312). Αντίστοιχος είναι ο κίνδυνος και σε άλλα άτομα που παρουσιάζουν χαμηλή συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες και σε κοινωνικά δίκτυα, ακόμα και σε ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες, όπως είναι οι φροντιστές ατόμων με ψυχικά νοσήματα, που ενδεχομένως να αναπτύξουν ψυχικά νοσήματα (Robinson et al,2008:16).

Οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί προσφέρουν την απαραίτητη συναισθηματική υποστήριξη, προστατεύοντας παράλληλα την ψυχική υγεία ενός ατόμου. Μοιάζουν να λειτουργούν σαν ένα δίκτυ ασφαλείας, προστασίας των ατόμων απέναντι στα διάφορα ψυχοπιεστικά γεγονότα και στις όποιες αλλαγές συντελούνται σε κοινωνικοοικονομικό και προσωπικό επίπεδο, οι οποίες «απειλούν» τα κατεστημένα και τη συνολική τους ταυτότητα. Με τον όρο κοινωνικά δίκτυα προσδιορίζονται οι κοινωνικές σχέσεις του ανθρώπου, οι οποίες βάσει των χαρακτηριστικών τους επηρεάζουν αναλόγως τις συνήθειες, τον τρόπο σκέψης και τις συμπεριφορές τους. Οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί προσφέρουν την απαραίτητη συναισθηματική υποστήριξη, προστατεύοντας την ψυχική υγεία ενός ατόμου. Η ύπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου σε αλληλεπίδραση με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο μιας περιοχής, θεωρούνται αιτιακοί παράγοντες εμφάνισης πολλών ασθενειών, το οποίο και επιβεβαιώνεται από πληθώρα ερευνών. Στις περιοχές αυτές παρατηρείται χαμηλή θνησιμότητα από καρδιακές παθήσεις, κακοήθη νεοπλάσματα, ατυχήματα και

αυτοκτονίες, μικρότερη εκδήλωση μεταδοτικών ασθενειών και χαμηλοί δείκτες εγκληματικότητας (Παπάνης,2020).

Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα και εξαιτίας της ευρείας διάδοσης και χρήσης της τεχνολογίας, παρατηρείται συχνά πολλοί άνθρωποι να επιλέγουν τον εικονικό κόσμο. Πρόκειται για τα **μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media)**, ένα σύγχρονο φορέα κοινωνικοποίησης, απόρροια της εδραίωσης της κοινωνίας της πληροφορίας, που επιφέρει ρήξη σε παραδοσιακούς τρόπους επικοινωνίας, επηρεάζοντας όλο το φάσμα της κοινωνικής ζωής. Πολλοί χρήστες της κοινωνίας της πληροφορίας επιλέγουν την αλόγιστη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Μία επιλογή που προκαλεί σύγχυση και αντιφάσεις ανάμεσα στην κοινωνική και στην ψηφιακή πραγματικότητα και κατ' επέκταση στην πραγματική κοινωνική/προσωπική ταυτότητα του ατόμου και στην ψηφιακή εικόνα του. Αυτή η αλόγιστη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ευθύνεται για εσωστρεφείς συμπεριφορές, για την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, φαινομένων κοινωνικής απομόνωσης, εθισμού και διαστρέβλωσης της πραγματικότητας, καθώς και για την εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη.

Την παραπάνω εικόνα επιβεβαιώνουν και τα πορίσματα των Baker και Algorta (2016), όπου σε δείγμα 35.000 συμμετεχόντων ηλικίας μεταξύ 15 και 88 ετών από 14 διαφορετικές χώρες, διαπίστωσαν την ύπαρξη μίας πολύπλοκης σχέσης μεταξύ της online κοινωνικής δικτύωσης και της κατάθλιψης. Η μελέτη τους έδειξε ότι οι χρήστες των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (social media) είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη όταν (Baker,Algorta,2016:640-644):

- Ζηλεύουν παρατηρώντας τις αναρτήσεις των άλλων ατόμων στα social media.
- Αποδέχονται να έχουν διαδικτυακούς φίλους πρώην συντρόφους
- Κάνουν συχνά αναρτήσεις στα social media και ιδίως, αρνητικών καταστάσεων.
- Έχουν εμμονή με τη διαδικτυακή τους ταυτότητα.

Τις επιπτώσεις της εκτεταμένης χρήσης των έξυπνων συσκευών σε νεαρές ηλικίες, υπογραμμίζει και η έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΠΨΥ,2016), όπου σε δείγμα 4.141 εφήβων, έδειξε ότι το 54,5% των

ατόμων ηλικίας 11 έως 15 ετών, κυρίως αγόρια (60,3%) περνούν περισσότερες από πέντε ώρες την ημέρα μπροστά σε κάποια ηλεκτρονική συσκευή. Αξιίζει να επισημανθεί, ότι οι μαθητές σε ποσοστό 40,5%, απάντησαν ότι μπαίνουν στο διαδίκτυο όταν νιώθουν άκεφοι, το 35,9% προκειμένου να ξεφύγουν από άσχημες καταστάσεις και αρνητικά συναισθήματα, ενώ το 20,8% επισημαίνει τη δυσκολία που νιώθει να αποσυνδεθεί από το διαδίκτυο και το 20,1% ότι βιάζεται να τελειώσει την μελέτη του για να συνδεθεί.

Υπάρχουν βέβαια και μελέτες, που αναδεικνύουν τη θετική επίδραση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στην ανάπτυξη κοινωνικών, τεχνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νέων και εφήβων, όπως και στην εξοικείωσή τους με την τεχνολογία. Μόνο στην Ευρώπη το 77% των παιδιών ασχολούνται με ψηφιακές δραστηριότητες, με το διαδίκτυο να «μετατρέπεται» σε ένα εργαλείο που τους βοηθά να ανακαλύψουν ακόμα και το σώμα ή την ταυτότητά τους (Bond,2014). Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης δημιουργούν μία ψηφιακή κοινότητα, όπου χαρακτηρίζεται από την άμεση σύνδεση με φίλους, συνομηλίκους και άλλα άτομα με κοινά ενδιαφέροντα. Αυτή η ψηφιακή κοινότητα που συγκροτείται, καλύπτει ένα σύνολο αναγκών, επιθυμιών και σκοπών· από επικοινωνιακές, ενημερωτικές, καταναλωτικές ανάγκες μέχρι και την ευαισθητοποίηση και την κινητοποίηση των χρηστών απέναντι σε κοινωνικά ζητήματα.

Υπάρχει μία ισχυρή συσχέτιση της ψυχικής παρέκκλισης με διάφορα «**ψυχοπιεστικά γεγονότα**» όπως είναι οι μεταβολές σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Η **φοίτηση** για παράδειγμα, είναι ένα σημαντικό μεταβατικό στάδιο στη ζωή κάθε ατόμου, όπου πέρα από την απόκτηση προσωπικής και επαγγελματικής ταυτότητας, αποτελεί μια πρόκληση για την κατάκτηση προσωπικών, ακαδημαϊκών και επαγγελματικών στόχων, σε συνδυασμό με την ανάγκη για ανεξαρτητοποίηση του ατόμου από την οικογένεια (Παναγιώτου, Πασχάλη,2012:282).

Τα συναισθήματα αυτά, φαίνεται να προκαλούν μία αλληλουχία έντονων συναισθημάτων στους φοιτητές, οδηγώντας τους ακόμη και στην κατάθλιψη. Οι Evans et al. (2018:282-283), σε μελέτη που πραγματοποίησαν με δείγμα 2.279 φοιτητών, όπου η πλειοψηφία (90%) ήταν διδακτορικοί φοιτητές, ανέδειξαν τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών που παρουσίαζαν.

Ο κίνδυνος εκδήλωσης αυξημένων επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ήταν έξι φορές περισσότερος στους μεταπτυχιακούς και διδακτορικούς φοιτητές, από ότι στο γενικό πληθυσμό. Το 41% αποκάλυψε ότι αισθανόταν μέτριο έως σοβαρό άγχος και το 39% ότι αντιμετώπιζε συμπτώματα κατάθλιψης, όταν στο γενικό πληθυσμό το ποσοστό αυτό κυμαινόταν στο 6%. Ιδιαίτερα ευάλωτες παρουσιάζονται οι γυναίκες φοιτήτριες, όπου τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ανέρχονται στο 43% και 41% αντίστοιχα, έναντι των ανδρών, 34% και 35%.

Οι Lowe et al. (2009:26-27) διερευνώντας τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη στους φοιτητές του Πανεπιστημίου των Δυτικών Ινδιών, διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά κατάθλιψης στους φοιτητές ήταν αρκετά υψηλά -4 στους 10- σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυξημένα ποσοστά σημειώνουν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες όπως είναι οι γυναίκες, οι άνεργοι, άτομα που βρίσκονται σε μία ασταθή προσωπική σχέση, άτομα με χρόνια ασθένεια ή αναπηρία, καθώς και φοιτητές που η μητέρα τους έχει αποφοιτήσει από τη δευτεροβάθμια ή από άλλη χαμηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα. Οι Παναγιώτου και Πασχάλη (2012:282) υπογραμμίζουν τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους φοιτητές της νοσηλευτικής, εξαιτίας του αντικειμένου της εργασίας τους, που συχνά τους δημιουργεί αρνητικά και αγχωτικά συναισθήματα. Ο φόβος λάθους και η πρώτη επαφή με το «υποφέρειν» των ασθενών είναι ορισμένα από τα πρώτα συναισθήματα που βιώνουν κατά την έναρξη του επαγγελματικού τους βίου, συναισθήματα που ευθύνονται και για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out).

Άλλοι ερευνητές επισημαίνουν τον αυξημένο ρυθμό των αυτοκτονικών δεικτών στο φοιτητικό πληθυσμό, κυρίως για όσους σπουδάζουν στα καλύτερα πανεπιστήμια, λόγω του έντονου στρες που βιώνουν (Thio,2003:316). Ένα ικανοποιητικό ποσοστό φοιτητών φαίνεται να έχει σκεφτεί να αυτοκτονήσει με τον αυτοκτονικό ιδεασμό να κυμαίνεται από 24% έως 70%, φθάνοντας το 2011, οι αυτοκτονίες να αριθμούν την κύρια αιτία θανάτου για τους φοιτητές σε πανεπιστήμια στις Η.Π.Α. (Rao et al,2015). Ο Π.Ο.Υ. (2014) κατατάσσει την αυτοκτονία στη δεύτερη αιτία θανάτου σε ηλικίες 15-29 ετών, με τον CDC (2015) να εκτιμά ότι οι αυτοκτονικές σκέψεις μεταξύ των νέων ηλικίας 18 έως 25 ετών, διατηρούν αυξητικούς ρυθμούς. Οι Drum et al. (2009:216) συλλέγοντας δεδομένα από περισσότερους από 26.000 φοιτητές σε 70 κολλέγια και Πανεπιστήμια, κατέδειξαν ότι το 50% των προπτυχιακών και το 45% των μεταπτυχιακών φοιτητών είχαν ισχυρές αυτοκτονικές τάσεις, οι οποίες

επηρέασαν αισθητά την ακαδημαϊκή τους επίδοση, με την πλειοψηφία να αναφέρει ότι οι αυτοκτονικές ιδέες διήρκησαν για μία μέρα ή και λιγότερο.

Ένας επιπλέον στρεσογόνος παράγοντας στη ζωή ενός ατόμου είναι η **φυλάκιση** και γενικότερα ο εγκλεισμός σε κάποιο ίδρυμα. Μία κατάσταση που επιφέρει άμεσες και σφοδρές επιπτώσεις στη ζωή ενός ατόμου, επηρεάζοντας όλο το φάσμα της προσωπικής και της κοινωνικής του ζωής. Οι τρόφιμοι καλούνται να διαχειριστούν τη νέα πραγματικότητα και να συμβιβαστούν με αυτήν, όπου χαρακτηρίζεται από το αίσθημα της απομόνωσης, της απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και από την απουσία ισχυρών κοινωνικών δικτύων. Μία κατάσταση που δημιουργεί έντονη συναισθηματική φόρτιση, «πυροδοτώντας» πολλές φορές έντονα αρνητικά συναισθήματα, σκέψεις, αλλά και αντικοινωνικές συμπεριφορές. Οι εγκλειστοί στα σωφρονιστικά ιδρύματα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αυτοκτονικού ιδεασμού- ο κίνδυνος να αυτοκτονήσουν, είναι κατά μέσο όρο 7,5 φορές μεγαλύτερος, από ότι οι ελεύθεροι πολίτες- και κυρίως, όσοι ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, οι χρήστες ουσιών, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, εσωστρεφή, με ψυχολογικό υπόβαθρο, καθώς και εκείνοι που έχουν εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά στο παρελθόν (Thio,2003:316,WHO,IASP,2007,Fazel et al, 2016).

Οι γυναίκες τρόφιμοι φαίνεται να αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, σε σχέση με τους άνδρες κρατούμενους (73% και 55%, αντίστοιχα), όταν άλλοι ερευνητές συσχετίζουν την ύπαρξη διανοητικών διαταραχών, βάσει της εθνοτικής ή φυλετικής ομάδας στην οποία ανήκουν οι κρατούμενοι (James et al.,2006). Οι Suto και Arnaut (2010:303-304) επιχειρώντας να ερμηνεύσουν τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών, προσφεύγουν στις σκέψεις και στα συναισθήματα των κρατουμένων που προηγήθηκαν της πράξης, όπως οι επανειλημμένοι εγκλεισμοί, ο φόβος για αρνητική αξιολόγηση από την οικογένειά τους, η έλλειψη των κοινωνικών τους επαφών και άλλα αρνητικά γεγονότα.

Η συχνότερη μέθοδος αυτοχειρίας στα σωφρονιστικά ιδρύματα, είναι ο απαγχονισμός, ακολουθούμενος από το «κόψιμο των φλεβών» και τη λήψη υπερβολικής ποσότητας φαρμάκων³. Η άσχημη ψυχολογική τους κατάσταση, το

³Η εικόνα αυτή επιβεβαιώνεται και από τα πορίσματα μελέτης, που πραγματοποιήθηκε στην Κλειστή Φυλακή Πάτρας, όπου σε δείγμα 134 κρατουμένων, η πλειοψηφία σκεφτόταν να αυτοκτονήσει. Το

άγχος, ο φόβος της φυλακής και τα προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, είτε αφορά τη δράση τους εντός του σωφρονιστικού ιδρύματος, είτε εκτός, θεωρούνται οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν τους εγκλείστους στην αυτοκτονία (Suto, Arnaut, 2010).

Η προϋπάρχουσα ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα, η ύπαρξη δηλαδή ενός **ψυχολογικού υπόβαθρου** σχετίζεται άρρηκτα με την ανάπτυξη του αυτοκτονικού ιδεασμού. Είναι χαρακτηριστικό, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των αυτοχειρών περίπου το 90%, έπασχαν από κάποια ψυχική/συναισθηματική διαταραχή, ψυχώσεις και διαταραχές προσωπικότητας ή ήταν ουσιοεξαρτώμενοι. Την ίδια ώρα, μόλις το 40% των αυτοκτονικών ασθενών λαμβάνει, διεθνώς, κάποιας μορφής ψυχιατρικής θεραπείας (Henriksson et al., 1993). Το 80% αυτών των ατόμων, πάσχουν από κατάθλιψη ή άλλη διαταραχή του συναισθήματος, με τον αυτοκτονικό κίνδυνο να είναι είκοσι πέντε φορές μεγαλύτερος στους καταθλιπτικούς ασθενείς από ότι στο γενικό πληθυσμό. Αυξημένες πιθανότητες παρουσιάζουν και οι σχιζοφρενείς ασθενείς, οι οποίοι μπορούν να αυτοκτονήσουν, υπό την επήρεια ακουστικών παραισθήσεων, αντιπροσωπεύοντας περισσότερους από 1 στους 10 θανάτους αυτοκτονίας⁴, καθώς και εκείνοι με νευρωτική ετοιμότητα της τελειότητας και της ηθικής (Μπεκιάρη, Κατσαδώρας, b).

Απαιτείται εξαιρετική προσοχή το διάστημα μετά το εξιτήριο από μία ψυχιατρική δομή, εξαιτίας των συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Η απώλεια του προστατευτικού περιβάλλοντος, που προσέφερε το νοσοκομειακό περιβάλλον, όπως και ο αποχωρισμός των φροντιστών τους, επηρεάζουν δυσμενώς την ψυχοσυναισθηματική υγεία αυτών των ανθρώπων, εντείνοντας τον κίνδυνο ψυχιατρικής επανεισαγωγής, την εμφάνιση του αυτοκτονικού ιδεασμού, καθώς και άλλων αντικοινωνικών συμπεριφορών (Pompili et. al, 2007).

Στην περίπτωση μάλιστα των **ουσιοεξαρτώμενων ατόμων**, η συχνότητα τέλεσης αποπειρών αυτοκτονίας είναι πέντε φορές υψηλότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Τα άτομα αυτά, ίσως να έχουν βιώσει πρόσφατα κάποια απώλεια ενός

40,3% σκεφτόταν να αυτοκτονήσει διά απαγχονισμού, το 17,9% με κόψιμο των φλεβών, με το 25,4% να μην είχε κάποιο συγκεκριμένο σχέδιο για την τέλεσή της (Μπεκιάρη, Κατσαδώρας, a).

⁴ Σε μελέτη των Zaheer et al. (2018), όπου συνέλλεξαν δεδομένα αυτοχειριών από το Οντάριο του Καναδά, την περίοδο 1 Ιανουαρίου 2008 έως 31 Δεκεμβρίου 2018, διαπίστωσαν ότι μεταξύ 5.650 αυτοκτονιών, οι 663 (11,7%) έπασχαν από σχιζοφρένεια. Τα άτομα αυτά ήταν κυρίως ηλικίας 25-34 ετών, κατοικούσαν σε αστικές περιοχές, χαμηλού εισοδήματος και είχαν αυξημένες επαφές με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πριν το θάνατό τους.

αγαπημένου τους προσώπου, το οποίο και «πυροδοτεί», εντείνει, παρόμοιες, αντικοινωνικές συμπεριφορές.

Λαμβάνοντας υπόψιν την ολιστική ερμηνεία της υγείας, όπως έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ήδη από το 1946, γίνεται σαφές ότι η υγεία ορίζεται ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO,1958). Με αυτή την έννοια υπάρχει μία συσχέτιση της ψυχικής υγείας με την κατάσταση της **σωματικής υγείας**. Η ύπαρξη μίας νοσηρότητας και δη η χρόνια νοσηρότητα αποτελεί ένα στρεσογόνο παράγοντα, με πολυδιάστατες επιπτώσεις, επηρεάζοντας όλο το φάσμα της κοινωνικής και προσωπικής ζωής του ατόμου και γενικότερα την ποιότητα ζωής του. Έρευνα δείγματος 100 ασθενών με κατάθλιψη που κατέφυγαν σε ψυχογηριατρική υπηρεσία, αποκάλυψε ότι μόνο το 3% των ανδρών και το 20% των γυναικών είχαν καλή σωματική υγεία, με την πλειοψηφία να αντιμετωπίζει διάφορα σοβαρά προβλήματα, όπως καρκίνο, καρδιά, αγγειακές παθήσεις, αρθρίτιδα και αναπνευστικά προβλήματα (Pilgrim,Rogers,2004:180).

Οι Τόγκας και Αλεξιάς (2015) διερευνώντας την ψυχική υγεία ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, τη δεύτερη συχνότερη μορφή καρκίνου, κατέληξαν ότι οι ασθενείς αυτοί, εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και στιγματισμού σε σύγκριση με άλλες μορφές καρκίνου, με την κατάθλιψη να είναι η πιο κοινή μορφή διαταραχής (11-44%). Η ψυχολογική αντίδραση εξαρτάται από τη συμπτωματολογία, τη συννοσηρότητα, τον κυτταρικό τύπο, τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, τη θεραπεία. Άλλοι μελετητές αναδεικνύουν τη σχέση του αυτοκτονικού ιδεασμού με χρόνια νοσήματα, όπως είναι ο καρκίνος και το AIDS. Τη δεκαετία του 1990, η ετήσια αναλογία αυτοκτονιών των ανδρών ασθενών από AIDS στη Νέα Υόρκη, ήταν 681 αυτοκτονίες για κάθε 100.000 ασθενείς σε σύγκριση με μόνο 19 άνδρες που δεν έπασχαν από τον ιό του AIDS. Οι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και στιγματισμού, με την πιο συνήθη μορφή διαταραχής να είναι η κατάθλιψη (11-44%). Άλλοι παράγοντες που συντελούν στην πράξη της αυτοκτονίας, είναι ο πόνος, η απελπισία, η εξάντληση, το αίσθημα ανικανότητας, παραίτησης ή ακόμα το οικογενειακό ιστορικό πριν από την ασθένεια και η ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών δικτύων (Thio,2003:317).

Στη διεθνή βιβλιογραφία δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στους **βιολογικούς παράγοντες**, όπως η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα. Η τρίτη ηλικία συνδέεται με

φαινόμενα βιολογικής κατάπτωσης, καθιστώντας αυτά τα άτομα πιο επιρρεπή στην διανοητική τους υγεία. Σε μελέτη δε που διεξήχθη στην περιοχή του Λονδίνου, σε δώδεκα γηροκομεία, διαπιστώθηκε ότι το 38% των ενοίκων υπέφεραν από κατάθλιψη. Αντίστοιχα είναι τα πορίσματα και σε άλλες έρευνες, με το ποσοστό κατάθλιψης σε άτομα άνω των 65 ετών, να κυμαίνεται από 11 έως 15% (Pilgrim,Rogers,2004:179). Οι Στυλιανοπούλου και συν. (2010) σε δείγμα 360 ηλικιωμένων ατόμων -218 γυναίκες και 142 άνδρες- αποκάλυψαν ότι το 30,28% του δείγματος εμφάνισε καταθλιπτικά συμπτώματα, με το 8,06% να παρουσιάζει «σοβαρή» κλινικού τύπου κατάθλιψη και το 22,22% «μέτρια». Αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης εμφάνιζαν οι γυναίκες (70,6%), οι χήροι/ες, τα μοναχικά άτομα, οι «άτυποι» φροντιστές και τα άτομα με πολλαπλή παθολογία, σε αντίθεση με εκείνους που ασχολούνται με την φροντίδα των εγγονιών τους ή συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι αμφίδρομη της κοινωνικής αντίδρασης απέναντι σε αυτά τα άτομα. Το πρότυπο του μέσου ηλικιωμένου που πρεσβεύει η ελληνική κοινωνία, παρουσιάζει συχνά τα άτομα αυτά ως παθητικούς δέκτες των εξελίξεων, με τάσεις απομόνωσης και προβλήματα υγείας- η εικόνα του συνταξιούχου ηλικιωμένου που διαβάζει την εφημερίδα του σε ένα καφεενείο ή των γιαγιάδων με τα παιδιά στο σπίτι, είναι ενδεικτικές της στάσης της κοινής γνώμης απέναντι σε αυτά τα άτομα. Οι άνθρωποι αυτοί, που μέχρι πρότινος συγκαταλέγονταν στο ενεργό εργατικό δυναμικό της εκάστοτε χώρας, έχοντας πολυετή εργασιακή εμπειρία, καλούνται να προσαρμοστούν, σχεδόν «βίαια» στις νέες συνθήκες που τους επιβάλλονται. Πρόκειται ουσιαστικά για μία νέα κοινωνική συνθήκη, που επιφέρει τον επαναπροσδιορισμό της κοινωνικής και της προσωπικής τους ταυτότητας.

Δεν είναι ωστόσο μόνο η «απώλεια» της επαγγελματικής τους ταυτότητας και η εκμάθηση νέων κοινωνικών ρόλων. Είναι πιθανό, το ίδιο διάστημα, τα άτομα αυτά να βιώνουν σημαντικές αλλαγές στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή η απομάκρυνση του παιδιού τους, από την οικογενειακή εστία, είτε για επαγγελματικούς, εκπαιδευτικούς σκοπούς, είτε για προσωπικούς, είναι ορισμένες από τις κύριες αλλαγές, με άμεσο αντίκτυπο στην καθημερινότητά τους και στην ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον νιώθουν απομονωμένοι, αβοήθητοι, ανήμποροι να ανταπεξέλθουν στη νέα πραγματικότητα, το οποίο εκφράζεται μέσω έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων,

που μπορεί να οδηγήσει στην κοινωνική τους απομόνωση, στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, καθώς και στην ανάπτυξη του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Παρά τη συναισθηματική και ψυχολογική τους φόρτιση, υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν το χαμηλό κίνδυνο εκδήλωσης διανοητικών διαταραχών, σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες. Σε διεθνή μελέτη του 1992 βρέθηκε αισθητή αύξηση των περιπτώσεων βαριάς κατάθλιψης μεταξύ των νεότερων ηλικιών, το οποίο επιβεβαιώνεται από την πραγματικότητα, μιας και η κατάθλιψη εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στην εφηβεία, επιφέροντας δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική και στην κοινωνική ζωή του εφήβου (Thio,2003:357).

Στην Ελλάδα, σε δειγματοληπτική Έρευνα Υγείας του 2014 (Πίνακας 1) που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, το 4,7% του πληθυσμού δήλωσε κατάθλιψη, σημειώνοντας αύξηση κατά 80,8%, έναντι του 2009 (2,6%), με το 7,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω να πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και το 1,7% από άλλες ψυχικές μορφές. Σύμφωνα με την Κλίμακα η πλειοψηφία των ψυχικών διαταραχών έχουν ξεκινήσει πριν την ενηλικίωση του ατόμου, όπως και ότι το 50% των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην ενήλικη ζωή «πηγάζουν» από την παιδική ηλικία, όπου το 75% των παιδιών με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, δεν λαμβάνει την απαραίτητη αγωγή, αφού σχετίζονται με προβλήματα άλλης φύσης (ΔΕΠΥ).

Η αυξημένη συμπτωματολογία ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών σε νεαρές ηλικίες, θα μπορούσε να «αναζητηθεί» στις αλλαγές που βιώνουν σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Η εφηβεία αποτελεί μία μεταβατική περίοδο, όπου τα παιδιά «αρχίζουν» να κατακτούν πολλαπλούς κοινωνικούς ρόλους και να δρουν ως ανεξάρτητοι ενήλικοι. Η αλλαγή αυτή συμπίπτει με την απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό περιβάλλον, η οποία συνεπάγεται την ανάληψη ευθυνών και υποχρεώσεων, προκαλώντας τους έντονο στρες, άγχος, ανασφάλεια και συναισθηματική «υπερφόρτωση», που εκφράζεται μέσω των διαταραχών στη διάθεσή τους. Η συναισθηματική τους κατάσταση δυσχεραίνεται επίσης και από την παρακμή των παραδοσιακών φορέων κοινωνικής ολοκλήρωσης και κοινωνικών κανόνων, που παρατηρείται στη σύγχρονη κοινωνία (Thio,2003:316).

Πίνακας 1. Επιπολασμός κατάθλιψης: ποσοστιαία και ηλικιακή κατανομή πληθυσμού, ανά %, έτος 2014 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2015a.)

Ηλικιακή Κατανομή							
Κατάθλιψη (%)	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 και άνω
	1,7	2,0	3,4	3,8	5,2	8,1	10,2

Αντικρουόμενες μοιάζουν οι απόψεις όσον αφορά τον παράγοντα του φύλου, μιας και συχνά παρατηρείται μία ταύτιση των προτύπων συμπεριφοράς και της γενικότερης συμπτωματολογίας, με τα κοινωνικώς καθορισμένα πρότυπα της «ευαίσθητης, ευάλωτης γυναίκας» και του «οξύθυμου, υπερδραστήριου άνδρα». Πολλοί μελετητές, συσχετίζουν την παιδική ηλικία των αγοριών, με εξάρσεις θυμού και αντικοινωνική συμπεριφορά. Συμπεριφορές που ερμηνεύονται από το οικείο περιβάλλον, ως κάτι το εντελώς φυσικό και αναμενόμενο, συνώνυμο της «ανδρικής φύσης», αλλά και μία προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης και «απογαλακτισμού», απαραίτητο στάδιο για την «ανάπτυξη» και την κατάκτηση της ανδρικής ταυτότητας. Τα κορίτσια από την άλλη πλευρά, παρουσιάζονται πιο ευάλωτα ψυχοσυναισθηματικά, αναπτύσσοντας υψηλά ποσοστά επιπολασμού κατάθλιψης, διατροφικών διαταραχών και αυτοκτονικού ιδεασμού. Οποιαδήποτε διαφορετική συμπεριφορά εκδηλώνεται από τα δύο φύλα, στιγματίζεται και περιθωριοποιείται, αφού ισούται με απόκλιση από τα κοινωνικώς καθορισμένα πρότυπα και συμπεριφορές. Παρατηρείται δηλαδή μία συσχέτιση της γυναικείας συμπεριφοράς με συμπτώματα που κατευθύνονται προς τα «μέσα» -κατάθλιψη και κρίσεις άγχους- και της ανδρικής συμπεριφοράς με τη δράση –αντικοινωνική προσωπικότητα, παράνοια και διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών (WHO,2002,Thio,2003:354). Οι διαφορές αυτές είναι έκδηλες στον τρόπο, στο μέσο επιλογής, τέλεσης αυτοτραυματισμού και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, με τους άνδρες να

χρησιμοποιούν συνήθως πιο βίαιες μεθόδους, όπως όπλα και μαχαίρια, σε αντίθεση με τις γυναίκες που επιλέγουν τη δηλητηρίαση⁵.

Παρόλα αυτά, στις περισσότερες στατιστικές μελέτες και κοινοτικές έρευνες για την ψυχική υγεία, διαπιστώνεται μία «υπέρ- αντιπροσώπευση» των γυναικών, η οποία δεν είναι ανεξάρτητη από τους στερεοτυπικούς, κοινωνικά καθορισμένους ρόλους, που προσδίδονται σε κάθε πολιτιστικό περιβάλλον (Pilgrim,Rogers,2004:92-95). Για την πλειονότητα των δυτικών κοινωνιών, τα κορίτσια/γυναίκες συνεχίζουν να αντιμετωπίζονται ως εξαιρετικά ευαίσθητα, ευάλωτα άτομα που έχουν τη διαρκή ανάγκη για προσοχή, επιβεβαίωση και προστασία αρχικά, από το οικογενειακό τους περιβάλλον και στη συνέχεια από το σύζυγο. Σε χώρες δε της Ανατολής, οι γυναίκες προβάλλονται ως κατώτερα όντα από τον άνδρα, το οποίο επιβεβαιώνεται μέσα από τους επίσημους δείκτες ενδοοικογενειακής βίας και άλλων μορφών εκμετάλλευσης (Μουζάκη,2021).

Ο Busfield (1982:55-57) αναδεικνύει την παραπάνω κοινωνική αντίδραση, θέτοντας ως παράδειγμα διάφορους ορισμούς ψυχικών διαταραχών, όπως είναι οι φοβικές διαταραχές και η ανορεξία, που αν και δεν αναφέρονται σε φύλο, σκιαγραφούν εντούτοις τη γυναικεία φύση. Για τους φεμινιστές, αυτός ο κοινωνικός στιγματισμός, η εχθρική κοινωνική αντίδραση απέναντι στις γυναίκες έγκειται στην άρνηση, στη μη ανταπόκριση των ίδιων στους στερεοτυπικούς ρόλους της μητέρας και της νοικοκυράς, που γεννά από μόνη της, την εχθρική στάση απέναντί τους (Pilgrim,Rogers,2004:96).

Δεν θα πρέπει να αγνοηθεί ότι σε πολλά πολιτιστικά πλαίσια, ο ρόλος της γυναίκας είναι σχετικά περιοριστικός και καταπιεστικός, δημιουργώντας έντονο στρες και άγχος στις γυναίκες για τη συμπεριφορά τους. Η ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση εντείνεται από τους γρήγορους ρυθμούς της καθημερινότητας, σε συνδυασμό με τις πολλαπλές απαιτήσεις του οικείου περιβάλλοντος. Παρά τους πολλαπλούς κοινωνικούς ρόλους που κατέχουν οι γυναίκες, για την κάθε κοινωνία και δη την ελληνική, οι γυναίκες είναι πρωτίστως μητέρες, σύζυγοι και κόρες. Είναι υπεύθυνες δηλαδή για τη φροντίδα των υπολοίπων μελών της οικογένειας και για την

⁵ Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ για τον τρόπο τέλεσης της αυτοκτονίας το διάστημα 1999-2012, ο απαγχονισμός αποτέλεσε την πιο συχνή μέθοδο αυτοκτονίας –με ποσοστό πάνω από 50% και για τα δύο φύλα- ακολουθεί η χρήση καραμπίνας για τους άνδρες, με ποσοστό, περίπου, 30%, ενώ για τις γυναίκες η δηλητηρίαση, περίπου, για το 15% (Μουζάκη,2017).

ανατροφή των παιδιών, γεγονός που δυσχεραίνει την ισότιμη αντιμετώπισή τους στην αγορά εργασίας και ευθύνεται για τα υψηλά ποσοστά μερικής απασχόλησης των γυναικών, καθώς και για το φαινόμενο της γυάλινης οροφής. Μία κοινωνική κατάσταση που αναπαράγεται μέσω της εσωτερίκευσης αυτής της κοινωνικής ανισότητας (ως μειονεξίας) από το γυναικείο φύλο, με ότι αυτό συνεπάγεται για την κοινωνική και την προσωπική τους ζωή. Η χειραφέτηση των γυναικών, όπως και η συνεχώς αυξανόμενη γυναικεία απασχόληση, φαίνεται να επιδρά θετικά στην αντιμετώπιση του ψυχιατρικού τους άγχους, αλλά και στον επαναπροσδιορισμό του γυναικείου ρόλου στην κοινωνία, δίχως αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει «γεφύρωση» του έμφυλου χάσματος (Thio,2003:355).

Άλλοι μελετητές εστιάζουν στις επιπτώσεις των **στερεοτύπων** και των **προκαταλήψεων**, που βιώνουν οι **εθνοτικές ομάδες** και ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την αναπαραγωγή και τη διαίωση των κοινωνικών ανισοτήτων και των φαινομένων περιθωριοποίησης. Σε έρευνες για παράδειγμα, που διενεργήθηκαν στην Αγγλία διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά εισαγωγών στις ψυχιατρικές μονάδες ήταν υψηλότερα στο μεταναστευτικό πληθυσμό σε σχέση με τους γηγενείς (Cochrane,Bal, 1989,Dean et al.,1981). Μία θέση που δέχεται έντονη κριτική, αιτιολογώντας αυτή την υπερεκπροσώπηση ορισμένων μειονοτήτων ως ένας άλλος μηχανισμός κοινωνικού ελέγχου, ο οποίος ρυθμίζει και επιβλέπει τη ζωή αυτών των ατόμων (Pilgrim,Rogers,2004:142).

Η ύπαρξη της πολιτισμικής ετερότητας αποτελεί μία διαχρονική πραγματικότητα, που συναντάται σε κάθε πολιτισμό και επιβεβαιώνεται μέσα από ιστορικές μαρτυρίες, μύθους και θρύλους, ήδη από την αρχαιότητα. Αυτό δεν σημαίνει ότι η πολιτισμική διαφορετικότητα γίνεται πάντοτε αποδεκτή ή είναι έστω ανεκτή. Κατά το παρελθόν έχουν ακολουθηθεί ποικίλες πολιτικές και στρατηγικές, οι οποίες στοχοποιούσαν την πολιτισμική ετερότητα, «αναγκάζοντας» αυτά τα άτομα να απαρνηθούν την πολιτισμική τους ταυτότητα, το παρελθόν τους και να αφομοιωθούν στις επιταγές της πολιτισμικής ομοιογένειας.

Ακόμα και σήμερα, μετανάστες και πρόσφυγες ανήκουν στις λεγόμενες ευάλωτες, ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και καθίστανται εξαιρετικά ευάλωτοι στις όποιες πιέσεις του παγκόσμιου, οικονομικού συστήματος. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες κοινωνίες, τα άτομα αυτά «παραμένουν» στο περιθώριο της κοινωνίας, ζώντας σε

άθλιες συνθήκες, στερούμενοι των θεμελιωδών ανθρώπινων και πολιτικών δικαιωμάτων, με τις όποιες πολιτικές που εφαρμόζονται να είναι επιφανειακές, δίχως να στοχεύουν στην ουσιαστική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους. Ένα ικανοποιητικό ποσοστό αυτών των ατόμων συνεχίζει να απασχολείται στην κρυφή ή αδήλωτη εργασία, με χαμηλούς και πενιχρούς μισθούς, μην έχοντας και μην μπορώντας να καλύψουν το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Μουζάκη,2021)

Οι συνθήκες αυτές όπως είναι φυσικό, επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχοσυναισθηματική υγεία των μειονοτικών εθνοτικών ομάδων. Δεν είναι μόνο το κοινωνικό άγχος που βιώνουν. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν έντονη νοσηρότητα και χαμηλό προσδόκιμο ζωής, λόγω της απουσίας προληπτικών εξετάσεων, που οφείλεται στο υψηλό κόστος τους. Σύμφωνα με το Mental Health Foundation, οι μειονοτικές εθνοτικές ομάδες που ζουν στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι πιθανότερο να διαγνωστούν με προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά και να εγκαταλείψουν τη θεραπεία τους, εξαιτίας του κοινωνικού αποκλεισμού που αντιμετωπίζουν. Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγουν και άλλες αμερικανικές έρευνες, όπου φανερώνουν τα εξής (McGuire,Miranda,2008:393-394):

- Οι μειονότητες στις Η.Π.Α. ενδέχεται είτε να καθυστερήσουν, είτε να μην επιδιώξουν τη θεραπεία τους για ζητήματα ψυχικής υγείας.
- Μετά την είσοδό τους στην περίθαλψη, οι μειονοτικές ομάδες μπορεί να μην λάβουν τις καλύτερες διαθέσιμες θεραπείες για την κατάθλιψη και το άγχος.
- Οι Αφροαμερικανοί είναι πιο πιθανό να τερματίσουν πρόωρα τη θεραπεία τους.
- Υπάρχουν αναφορές, ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες μπορεί να μην λάβουν τις καλύτερες διαθέσιμες θεραπείες για την κατάθλιψη και το άγχος. Μεταξύ των ενηλίκων που νοσηλεύονται για ψυχικά προβλήματα ή βρίσκονται στη αποκατάσταση από την κατάχρηση ουσιών, το 37,6% των Λευκών λαμβάνει θεραπεία, αλλά μόνο το 22,4% των Λατινοαμερικανών και το 25,0% των Αφροαμερικανών.

Γίνεται αντιληπτό ότι διαπιστώνεται μία ισχυρή συσχέτιση του κοινωνικού περιβάλλοντος και συστήματος, με την ψυχική υγεία. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο θα ήταν άτοπο να μην εξεταστούν οι συνέπειες του **αστικού τρόπου ζωής** στον ψυχισμό των ατόμων. Μέχρι τη δεκαετία του 1990, οι περισσότερες μελέτες υποστήριζαν ότι το αστικό περιβάλλον ήταν ο κύριος υπαίτιος για την πρόκληση διανοητικών διαταραχών, σε αντίθεση με τις αγροτικές περιοχές που παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά. Οι ανωτέρω έρευνες εγείρουν βασικούς προβληματισμούς περί αξιοπιστίας των δεδομένων τους, αφενός εξαιτίας της μη πιθανής ύπαρξης κατάλληλων ψυχιατρικών υποδομών στην επαρχία και αφετέρου, λόγω του επικείμενου φόβου περί στιγματισμού, που παραμένει μέχρι και σήμερα (Thio,2003:356).

Υπάρχει μία αναμφισβήτητη αλληλεπίδραση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η υψηλή πληθυσμιακή πυκνότητα στις μεγάλες πόλεις, συνδέεται με την ανάπτυξη φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, με μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας, ατμοσφαιρικής ρύπανσης και θορύβου, καθώς και με φαινόμενα κοινωνικής απομόνωσης. Φαινόμενα που συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων στρες και κοινωνικού άγχους και σχετίζονται με προβλήματα στη γνωστική διαδικασία, με συναισθηματικές, ψυχολογικές και διατροφικές διαταραχές, καθώς και με τη μείωση της ευεξίας του ατόμου (Peen et al,2010, Ηλιάδου και συν.,2012). Ομοίως, ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξάνεται σε κοινότητες που υπάρχει έλλειμμα εμπιστοσύνης, απαξιώτικες προσωπικές σχέσεις, ανταγωνισμός και αποπροσωποποίηση (Παπάνης, 2020).

Η αμφίδρομη αυτή σχέση ανάμεσα στην ψυχοσυναισθηματική υγεία και στην ποιότητα ζωής, δεν είναι ανεξάρτητη από τους χαλαρούς κοινωνικούς δεσμούς, τις κοινωνικές σχέσεις και την κοινωνική συνοχή, που χαρακτηρίζουν τον αστικό τρόπο ζωής. Είναι οι γρήγοροι αγχωτικοί, ανταγωνιστικοί ρυθμοί της καθημερινότητας που διέπουν το αστικό τοπίο, όπου το άτομο δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο να αναπτύξει ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς, με αποτέλεσμα να «καλλιεργείται» η ατομικότητα, η ανωνυμία, η μοναχικότητα και η εσωστρέφεια. Αντίθετα, στις επαρχιακές περιοχές ο οικογενειακός δεσμός και ο φιλικός περίγυρος είναι ιδιαίτερα ισχυροί, προσδίδοντας στο άτομο την απαραίτητη συναισθηματική στήριξη.

Η **θρησκεία** είναι ένας άλλος βασικός κοινωνικός θεσμός και φορέας κοινωνικοποίησης. Η **θρησκευτική ταυτότητα**, η **πίστη** κάποιου, είναι καθοριστικής

σημασίας στη ζωή ενός ατόμου, μιας και προσφέρει την αίσθηση του ανήκειν. Για πολλά άτομα, λειτουργεί ως ένα συναισθηματικό καταφύγιο, που τους βοηθά να «βρουν» την απαραίτητη ψυχολογική, συναισθηματική και υλική στήριξη που επιζητούν, αντικαθιστώντας άλλους κοινωνικούς θεσμούς και καλύπτοντας σε ικανοποιητικό βαθμό τα κενά του κράτους πρόνοιας. Αξίζει δε να επισημανθεί ότι η θρησκεία προάγει ένα δικό της αξιακό σύστημα κανόνων και συμπεριφορών, που επηρεάζουν τα πρότυπα συμπεριφοράς των ομοθρήσκων και ενισχύουν τα ιδανικά και τις αξίες της κοινωνίας, διαμορφώνοντας με αυτό τον τρόπο τη συλλογική των πιστών και διατηρώντας την κοινωνική συνοχή.

Η προσέγγιση αυτή αναπτύχθηκε εκτενώς στο έργο του E.Durkheim για την κοινωνική ολοκλήρωση, εξετάζοντας τη θρησκευτική ταυτότητα με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Μέσα από τη μελέτη του, διαπιστώθηκε ότι ο θρησκευτικός φανατισμός μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια της προσωπικής ταυτότητας και σε μαζικές αυτοκτονίες, π.χ. οι αυτοκτονίες θρησκευτικών αιρέσεων (η περίπτωση της αλτρονιστικής αυτοκτονίας). Οι Προτεστάντες για παράδειγμα, έχουν υψηλότερα ποσοστά από τους Καθολικούς, το οποίο ερμηνεύεται από το ίδιο το δόγμα του προτεσταντισμού, που πρεσβεύει την ελευθερία στην ατομική σκέψη, ενώ ο καθολικισμός επιζητά τον έλεγχο και την πίστη στις παραδόσεις. Αντιστοίχως, οι Καθολικοί παρουσιάζουν αυξημένους δείκτες αυτοχειρίας, συγκριτικά με τους Εβραίους, εξαιτίας του βαθμού θρησκευτικής ολοκλήρωσης (Αντωνοπούλου,2008: 230, Thio,2003:310-311).

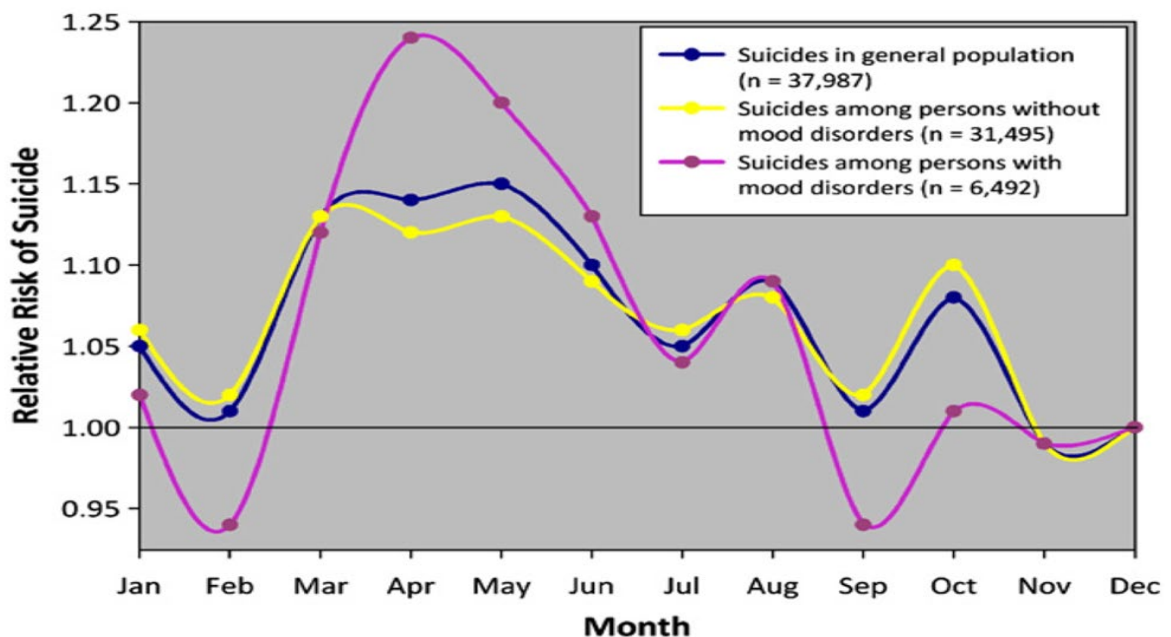
Η **οικονομική κρίση**, πέρα από τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις που επιφέρει, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ατόμου, στις σχέσεις του, αλλά και στην υγεία του, σωματική και ψυχική. Σε δύο από τις σοβαρότερες οικονομικές κρίσεις του 20ου αιώνα, όπως η Μεγάλη Ύφεση του 1929 στις Η.Π.Α. και η οικονομική κατάρρευση των πρώην σοβιετικών χώρων στις αρχές του 1990, σημειώθηκε δραματική αύξηση των αυτοκτονιών (Γιωτάκος και συν.,2011:110). Στην Ελλάδα, η πρόσφατη σχεδόν δεκαετούς διάρκειας οικονομική κρίση διαμόρφωσε ένα κλίμα απαισιοδοξίας, φόβου και απογοήτευσης. Ένα δυσμενές κοινωνικό κλίμα που εκφράζεται μέσω της αύξησης περιστατικών ψυχικών, αγχωτικών και συναισθηματικών διαταραχών, με τις αυτοκτονίες να καταγράφουν άνοδο κατά 40% το έτος 2013, για να ακολουθήσουν στη συνέχεια μία σταθερή καθοδική τάση, με αρκετές διακυμάνσεις (Μουζάκη,2021).

Πέρα από την περίπτωση μίας ενδογενούς κρίσης, απότομες αλλαγές σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μπορούν να προκύψουν έπειτα από την εκδήλωση μίας **πανδημίας**. Πρόκειται για μία εξωγενή κρίση, ικανή να επηρεάσει την κοινωνική, οικονομική, αλλά και τη σωματική και ψυχική υγεία των πολιτών. Η περίπτωση του νέου κορωνοϊού ή αλλιώς Covid-19, όπως ονομάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η λοίμωξη που επιφέρει ο ιός SARS-CoV-2, είναι ενδεικτική. Η παγκόσμια κοινότητα βρέθηκε αντιμέτωπη με μία πρωτόγονη συνθήκη, αφού στο πλαίσιο των μέτρων κοινωνικής προστασίας, ακολουθήθηκαν μέτρα που περιορίζαν αισθητά τις προσωπικές ελευθερίες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO,2020b) είχε επισημάνει τις συνέπειες του εγκλεισμού στην ψυχική υγεία και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, προειδοποιώντας για αύξηση του αισθήματος της μοναξιάς, του άγχους, της κατάθλιψης, της αϋπνίας, της επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, καθώς και για όξυνση των συμπεριφορών αυτοτραυματισμού και του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Μία προειδοποίηση που επιβεβαιώθηκε ήδη κατά τους πρώτους μήνες εγκλεισμού. Σε παγκόσμιο επίπεδο διαπιστώθηκε αύξηση των διαζυγίων, στη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ναρκωτικών, στην όξυνση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών ενώ φαίνεται να σχετίζεται και με την αύξηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, φτάνοντας σε πολλές περιπτώσεις και σε γυναικοκτονίες (Abramson,2020,WHO,2020a). Στην Ινδία καταγράφηκε αύξηση 20% στις ψυχικές ασθένειες από το ξέσπασμα της πανδημίας (Loiwal,2020), όπως και σε άλλες χώρες. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Αγγλία κατά τις πρώτες 6 εβδομάδες της πανδημίας διαπιστώθηκε αισθητή αύξηση του αυτοκτονικού ιδεασμού, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των αγχωτικών διαταραχών- έστω και αν σταδιακά περιορίστηκαν- με τις επιπτώσεις να είναι εντονότερες στις γυναίκες, στους νέους ηλικίας 18-29 ετών, σε εκείνους που ανήκαν στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, καθώς και σε άτομα με ιστορικό ψυχικών ασθενειών (O'Connor et al.,2021). Αντίστοιχα, μελέτη στην Κίνα που πραγματοποιήθηκε το διάστημα Ιανουάριος και Φεβρουάριος του 2020, σε 194 πόλεις, με δείγμα 1.210 ατόμων, το 54% των συμμετεχόντων αξιολόγησε το ψυχολογικό αντίκτυπο της πανδημίας ως μέτριο ή σοβαρό, όταν το 29% ανέφερε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους και το 17% μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης (Cullen et al.,2020:311).

Μιλώντας για το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, η ψυχική υγεία φαίνεται να επηρεάζεται εξίσου από τις **κλιματολογικές συνθήκες**, με ένα σύνολο διεθνών οργανισμών να κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής στην όξυνση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Έρευνες αναφέρουν ότι το ηλιακό φως επιδρά σε συγκεκριμένες ορμόνες του οργανισμού, επηρεάζοντας τα συναισθήματα του ατόμου. Σε γεωγραφικές περιοχές, όπου η ηλικιακή έκθεση του πληθυσμού είναι συνεχής, με υψηλές θερμοκρασίες, υπάρχει αύξηση των ποσοστών αυτοχειρίας, από ότι σε περιοχές με έντονη υγρασία και βροχοπτώσεις (Woo et al.,2012). Άτομα που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη πραγματοποιούν αυτοκτονίες κυρίως κατά τους ανοιξιάτικους και καλοκαιρινούς μήνες, όταν σε σημαντικές εορτές, όπως είναι τα Χριστούγεννα και το Πάσχα, παρατηρείται αύξηση στις απόπειρες αυτοκτονιών, το οποίο θα πρέπει να συνεξετάζεται με την ύπαρξη κοινωνικών δικτύων (Χριστοδούλου και συν., 2012). Οι έρευνες αυτές κρίνονται αναξιόπιστες, διότι προσφέρουν μία μονοδιάστατη προσέγγιση της εποχικής αυτοχειρίας, η οποία προφανώς εξαρτάται και από άλλους παράγοντες.

Διάγραμμα 1. Η μηνιαία απεικόνιση των αυτοκτονιών. Τα ποσοστά αυτά βασίζονται σε όλες τις περιπτώσεις αυτοχειρίας την περίοδο 1970 έως το 2001, όπως αντλήθηκαν από το μητρώο αιτιών θανάτου της Δανίας. Οι ερευνητές υπολόγισαν τη μηνιαία αναλογία αυτοκτονίας, σε σχέση με το Δεκέμβριο (**πηγή:** Woo et al.,2012)



Ο ρόλος των **Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης** στην κοινωνία και στη διαμόρφωση κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων είναι αναμφισβήτητος. Μολονότι αποτελούν ένα δευτερογενή φορέα κοινωνικοποίησης, συγκροτούν εντούτοις τους κύριους διαμορφωτές της κοινής γνώμης. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τον τρόπο προβολής της θεματολογίας τους, η οποία είναι ικανή να οδηγήσει σε κοινωνικούς αυτοματισμούς και στιγματισμούς. Στην πραγματικότητα, τα ΜΜΕ μπορούν να οδηγήσουν στην αναπαραγωγή και στη διαίونيση στερεοτυπικών ρόλων και προκαταλήψεων έναντι μίας συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας ή ενός ζητήματος, στην άκριτη, παθητική αποδοχή πράξεων και συμπεριφορών, ακόμα και σε φαινόμενα μιμητισμού. Η δύναμη αυτή που «ασκούν» στους πολίτες έχει απασχολήσει πλήθος μελετητών, οργανισμών αλλά και λειτουργών. Για αυτό άλλωστε έχει θεσπιστεί κώδικας δεοντολογίας, που πρέπει να ακολουθείται, προκειμένου να προβάλλονται με την απαραίτητη προσοχή συγκεκριμένη θεματολογία, μεταξύ των οποίων είναι τα ζητήματα ψυχικής υγείας και η περίπτωση των αυτοκτονιών. Στη χώρα μας, κατά την περίοδο 2008-2013 η θεματολογία στα μέσα ενημέρωσης, ηλεκτρονικά και έντυπα, επικεντρωνόταν στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, προβάλλοντας ένα διαλυμένο κοινωνικό κράτος, στο οποίο κυριαρχούσαν φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας όπως ανεργία, φτώχεια, άστεγοι και «δυνάμει αυτόχειρες». Το γεγονός αυτό, όπως ήταν φυσικό δημιουργούσε αρνητικά συναισθήματα στους πολίτες, επιβαρύνοντας την ψυχική τους υγεία και οδηγώντας κάποιους άλλους στην μίμηση (Μουζάκη,2017).

Η συνεχιζόμενη προβολή ενός επικίνδυνου ψυχικά πάσχοντα, ενδέχεται να συντελέσει στην ανάπτυξη φοβικών και εχθρικών συναισθημάτων της κοινής γνώμης, τα οποία με τη σειρά τους ευθύνονται για τα φαινόμενα στιγματισμού και περιθωριοποίησης απέναντι σε αυτά τα άτομα, ανατροφοδοτώντας ουσιαστικά ένα φαύλο κύκλο στερεοτυπικών αντιλήψεων και αποκλεισμού για την ψυχική ασθένεια. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται και στον τρόπο προβολής του φαινομένου των αυτοκτονιών από τα ΜΜΕ, εξαιτίας των αντιδράσεων που μπορεί να «πυροδοτήσει» κυρίως σε ευάλωτα ψυχικά άτομα, το οποίο και υπογραμμίζεται από μία πληθώρα μελετών. Όταν για παράδειγμα, η αυτοκτονία ενός διάσημου προσώπου δημοσιοποιείται εκτενώς, το ποσοστό των αυτοκτονιών σε μία χώρα τείνει να αυξηθεί. Ο Phillips (1974) μελετώντας 33 περιπτώσεις αυτοκτονιών που έγιναν πρωτοσέλιδα σε μεγάλες εφημερίδες, διαπίστωσε ότι στις 26 από αυτές, το ποσοστό

των αυτοκτονιών αυξήθηκε μέσα σε ένα μήνα από τη δημοσίευσή τους και μόνο στις 7 υπήρξε μείωση.

1.3. Έρευνα: Εξετάζοντας τις απόψεις της «κοινής γνώμης» για την ψυχική υγεία (lay view)

Το ζήτημα της ψυχικής υγείας φαίνεται να επηρεάζεται και να αναπροσαρμόζεται από τις εκάστοτε κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, γεγονός που φανερώνει την κοινωνική σημασία του περιεχομένου της. Στο έργο του Michel Foucault, *Η Ιστορία της τρέλας*, που εκδόθηκε το 1961, παραθέτονται οι διάφορες ονομασίες-ταμπέλες της ψυχικής υγείας και του ψυχικά ασθενούς, με την κοινωνική αντίδραση να μεταβάλλεται τον 17^ο αιώνα· είναι ο αιώνας της μεγάλης εγκάθειρξης και της εδραίωσης των ορίων ανάμεσα στη λογική και την τρέλα.

Ο Thomas Szasz (1960) από την άλλη πλευρά, διερωτώμενος, ποια είδη συμπεριφοράς είναι εκείνα που αποκλίνουν και εκλαμβάνονται ως συμπτώματα ψυχικής ασθένειας, καθώς και το ποιος ορίζει αυτή την απόκλιση, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι απλώς ένας μύθος, που παρέχει ένα αόριστο «πλαίσιο», μία «ασθένεια» για τα προβλήματα στη ζωή. Η προσέγγισή του αυτή ωστόσο, δεν υποβαθμίζει τα διάφορα κοινωνικά και ψυχολογικά περιστατικά, αφού παρόμοια προβλήματα αντιμετώπιζαν οι άνθρωποι κατά τον Μεσαίωνα. Αυτό που αμφισβητείται έντονα στο έργο του, είναι η έντονη ετικετοποίηση της ψυχικής ασθένειας που πραγματοποιείται σήμερα.

Μέσα από τα έργα τους, οι δύο επιστήμονες επιχείρησαν να αναδείξουν την άμεση συσχέτιση του πολιτιστικού πλαισίου με ιδιαίτερα ευαίσθητα κοινωνικά θέματα, όπως η έννοια της συναισθηματικής-ψυχολογικής διαφορετικότητας. Καθημερινά, συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς και εξωτερικής εμφάνισης στιγματίζονται ως μία χαρακτηριστική μορφή απόκλισης από τα φυσιολογικά εδραιωμένα κοινωνικά πρότυπα του φυσιολογικού ανθρώπου. Ο καθένας είναι ικανός να αναγνωρίσει τον τρελό, έστω και στο πρόσωπο ενός ξένου στο δρόμο και να αντιδρά είτε με απάθεια, είτε επιθετικά, στοχεύοντας στην πρόκληση και στη γελοιοποίησή του, οδηγώντας με αυτό τον τρόπο στην περιθωριοποίησή του.

Άλλες φορές, παρατηρείται μία ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, ιδίως σε περιπτώσεις ήπιων ψυχικών/συναισθηματικών διαταραχών, ενώ έχει αναφερθεί ότι

παράγοντες όπως η προβολή ζητημάτων σχετικά με την ψυχική υγεία, καθώς και η επαφή με ψυχικά πάσχοντες ή η ύπαρξη ενός ατόμου με ψυχολογικά προβλήματα στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τη συμπεριφορά έναντι της ψυχικής ασθένειας. Υπάρχουν επίσης περιστατικά, όπου η αντίληψη της κοινής γνώμης και η αντίληψη της ψυχιατρικής για την ψυχική υγεία επικαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό. Για παράδειγμα στην κατηγορία των διατροφικών διαταραχών, όπου τα αίτια δεν είναι πάντα σαφή (Pilgrim, Rogers,2004:27).

Ο Κουρτελάκος (1984) ανέδειξε το πώς οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την ψυχική ασθένεια επηρεάζουν τη στάση των ειδικών της ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση τη θεραπεία των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Συγκρίνοντας τα πορίσματά του με άλλη μελέτη αναφορικά με τους ειδικούς ψυχικής υγείας στην Αμερική, παρατήρησε τη γενικότερη υιοθέτηση θετικών στάσεων από ειδικούς και μη, προς τους ψυχικά ασθενείς το οποίο ερμηνεύθηκε ως αποτέλεσμα της ελληνικής πολιτισμικής παράδοσης. Η Δεληβοριά (2002, αναφέρεται στο Μπιλανάκης,2004:24), εξετάζοντας την απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας στη νεοελληνική πεζογραφία, διαπίστωσε τη σημασία του πολιτιστικού περιβάλλοντος στην ερμηνεία της, καθώς και στον τρόπο αντίδρασης απέναντι σε αυτά τα άτομα. Ο τρελός στο χωριό είναι μία φιλική οικεία φιγούρα, δίχως να απομονώνεται κοινωνικά, σε αντίθεση με τον τρελό της πόλης, που παραμένει περιθωριοποιημένος, «αξιοθέατο» του δρόμου.

Οι διαπιστώσεις αυτές αποτέλεσαν το «έναυσμα» για τη διεξαγωγή μίας ποιοτικής έρευνας, με σκοπό την εξέταση των απόψεων της κοινής γνώμης στο Νομό Κορινθίας, έναντι της ψυχικής υγείας και ασθένειας. Οι απαντήσεις μάλιστα των συνεντευξιαζόμενων, θα αναδείξουν ουσιαστικά την ίδια την επίδραση του πολιτιστικού-κοινωνικού περιβάλλοντος σε αυτό το ζήτημα, το οποίο διαχέεται μέσα από διάφορα μέσα κοινωνικοποίησης, αλλά και από τις εκάστοτε κοινωνικές πολιτικές. Συγκεκριμένα, η έρευνα επιδιώκει να μελετήσει και να φανερώσει την άποψη της κοινής γνώμης στα παρακάτω θέματα:

- Ποιες είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι προκαταλήψεις της κοινής γνώμης για την ψυχική υγεία και τον ψυχικά ασθενή.
- Το βαθμό ενημέρωσης των συνεντευξιαζόμενων για τις μονάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, αλλά και τον τρόπο ενημέρωσής τους.

- Ποια είναι εκείνα τα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα, που συνθέτουν την εικόνα- το πρότυπο- του ψυχικά ασθενούς.
- Την κοινωνική αντίδραση έναντι της ψυχολογικής διαφορετικότητας, σε σχέση με το παρελθόν.
- Ποια είναι η στάση της κοινωνίας και γενικότερα της επίσημης Πολιτείας απέναντι στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις αυτών των ατόμων.
- Την επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς και γενικότερα στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης.

1.3.1. Μέθοδος Έρευνας

Η εξέταση των απόψεων της κοινής γνώμης για την ψυχική υγεία βασίστηκε σε ημι- δομημένες προφορικές συνεντεύξεις (με τη μορφή ερωτηματολογίου)⁶ που πραγματοποιήθηκαν στο χώρο των συμμετεχόντων και σε χρόνο, που οι ίδιοι επέλεξαν ανάλογα με τη διαθεσιμότητά τους, το διάστημα Αύγουστος – Οκτώβριος του 2017.

Στην έρευνα συμμετείχαν σαράντα πέντε (45) άτομα, οι οποίοι ζουν και εργάζονται στο Νομό Κορινθίας, παρουσιάζοντας αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στην επαγγελματική τους ταυτότητα και στην οικογενειακή τους κατάσταση. Το κύριο κριτήριο επιλογής του δείγματος ήταν η διερεύνηση των υποκειμενικών τους αντιλήψεων, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, με αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να διαιρούνται σε τρεις επιμέρους ισάριθμες κατηγορίες των δεκαπέντε (15) ατόμων: *απόφοιτοι πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Η διάκριση αυτή προσφέρει μία σφαιρική προσέγγιση του ζητήματος και αποβλέπει στο να μελετήσει εκτενώς τη σχέση της εκπαίδευσης με τις στάσεις και τις απόψεις έναντι της ψυχικής υγείας, αναδεικνύοντας ταυτοχρόνως τυχόν διαφοροποιήσεις ακόμα και μεταξύ των συνεντευξιαζόμενων, που ανήκουν στην ίδια ηλικιακή ομάδα και στο ίδιο εκπαιδευτικό επίπεδο.

Ένα επιπλέον βασικό κριτήριο του δείγματος που επιλέχθηκε ήταν η αντιπροσώπευση και η κάλυψη ενός ηλικιακού εύρους και για τα δύο φύλα, με ανάλογες επαγγελματικές και προσωπικές εμπειρίες. Ιδίως στην κατηγορία

⁶ Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο, ώστε να περιλαμβάνει μία τυποποιημένη συνέντευξη, μέσω ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων· εντούτοις, όπως είναι φυσικό, κατά την πορεία της συνέντευξης, προστέθηκαν και άλλες ερωτήσεις, μέσω της συζήτησης με τον συνεντευξιαζόμενο.

πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπως θα διαπιστωθεί και στη συνέχεια, επιδιώχθηκε το δείγμα να καλύπτει το ηλικιακό φάσμα 52 και άνω, ώστε να αντιπροσωπεύει ένα «παλαιότερο» εκπαιδευτικό σύστημα, αλλά και να μπορεί να εντοπίσει τις όποιες μεταβολές έχουν επέλθει στην κοινωνική αντίδραση.

Συνεπώς, η επιλογή του δείγματος δεν έγινε με τυχαία δειγματοληψία. Επιλέχθηκε με βάση την υποκειμενική γνώση του ερευνητή για την «καταλληλότητά» του. Η διαθεσιμότητα και η επιθυμία τους να συμμετέχουν στην έρευνα, σε συνδυασμό με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο συνιστούν τους κύριους παράγοντες επιλογής των συνεντευξιζόμενων. Πρόκειται για μία χαρακτηριστική περίπτωση *σκοπίμης δειγματοληψίας* (purposive sample), κατά την οποία το δείγμα έχει αφενός τη γνώση και τα χαρακτηριστικά και αφετέρου, τη θέληση να συμμετέχει δίνοντας αντιπροσωπευτικές και χαρακτηριστικές απαντήσεις στον ερευνητή, σχετικά με το διερευνώμενο θέμα (Κυριαζή,1999:118). Όσον αφορά τη μορφή της προφορικής συνέντευξης, που διατυπώθηκε εντέλει είναι η ακόλουθη:

Ερωτηματολόγιο

1. Η ηλικία σας είναι:

(α) 20-30 (β) 31-40

(γ) 41-50 (δ) 51 και άνω

2.α. Είστε απόφοιτος πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης;

β. Κατέχετε κάποιο τίτλο μεταπτυχιακών ή διδακτορικών σπουδών;

3. Εργασιακή κατάσταση:

(α) Άνεργος/η.

(β) Εργαζόμενος/η στον δημόσιο τομέα.

(γ) Εργαζόμενος/η στον ιδιωτικό τομέα.

(δ) Αυτοαπασχολούμενος/η.

(ε) Συνταξιούχος.

(στ) Οικιακά.

4. Θα ήθελα να σας ρωτήσω αν έχετε ποτέ εργαστεί ή συναναστραφεί με κάποιο άτομο το οποίο να πάσχει –ή να αντιμετωπίζε- κάποιο είδος συναισθηματικής/ψυχικής διαταραχής, το οποίο να προκύπτει είτε από κάποια ιατρική γνωμάτευση,

είτε να σας έχει μιλήσει ο ίδιος ή να έχετε παρατηρήσει εσείς κάτι. Αιτιολογήστε την απάντησή σας.

5. Με αφορμή την παραπάνω ερώτηση, τι σημαίνει για εσάς η έννοια της ψυχικής υγείας; Ποια είναι δηλαδή εκείνα τα χαρακτηριστικά του ψυχικά υγιούς ανθρώπου;

6. Έχετε ακούσει ή γνωρίζετε κάποια είδη συναισθηματικής/ψυχικής διαταραχής και αν ναι ποια είναι τα πρώτα που σας έρχονται;

7. Έχετε εμπλακεί εσείς ο/η ίδιος/α ή κάποιος άλλος οικείος σας σε δομές ψυχικής υγείας στη χώρα μας ή στο εξωτερικό; Αν ναι θα θέλατε να γίνετε πιο συγκεκριμένος/η;

8. Αλήθεια γνωρίζετε ποιες δομές ψυχικής υγείας διαθέτει η χώρα μας ή γενικά που μπορεί να απευθυνθεί κάποιος που αντιμετωπίζει κάποιο ψυχολογικό ή συναισθηματικό πρόβλημα;

9. Μιλώντας για την ψυχική ασθένεια, ποια είναι η εικόνα του ψυχικά ασθενούς για εσάς; Ποια είναι δηλαδή, εκείνα τα χαρακτηριστικά ή οι κινήσεις που παρατηρείτε εσείς και σας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι αυτό το άτομο δεν είναι ψυχολογικά καλά;

10. Θεωρείτε ότι η εικόνα του ψυχικά ασθενούς έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν ή τους αντιμετωπίζουμε με τον ίδιο τρόπο; Αιτιολογήστε την απάντησή σας.

11. Πιστεύετε ότι η κοινωνία μέσω των θεσμών της, επηρεάζει την εικόνα του ψυχικά ασθενούς και αν ναι πώς το επιτυγχάνει;

12. Εστιάζοντας στο ρόλο της Πολιτείας, θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις αυτών των ατόμων;

13. Εξετάζοντας την εικόνα του ψυχικά ασθενούς και στον τρόπο προβολής της από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, πιστεύετε ότι συμβάλλουν με κάποιο τρόπο στην αναπαραγωγή της και αν ναι, η επιρροή τους είναι θετική ή αρνητική έναντι των ζητημάτων της ψυχικής ασθένειας;

14. Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να σας ρωτήσω, αν θεωρείτε ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από βιολογικούς-κληρονομικούς παράγοντες ή επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικές συνθήκες;

15. Τέλος, αν σας ζητούσαν να προσλάβετε κάποιο άτομο που είτε λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή, είτε έχει νοσηλευτεί σε κάποιο ίδρυμα ψυχικής υγείας τι θα κάνατε; Αιτιολογήστε την απάντησή σας.

1.3.2. Αποτελέσματα Έρευνας

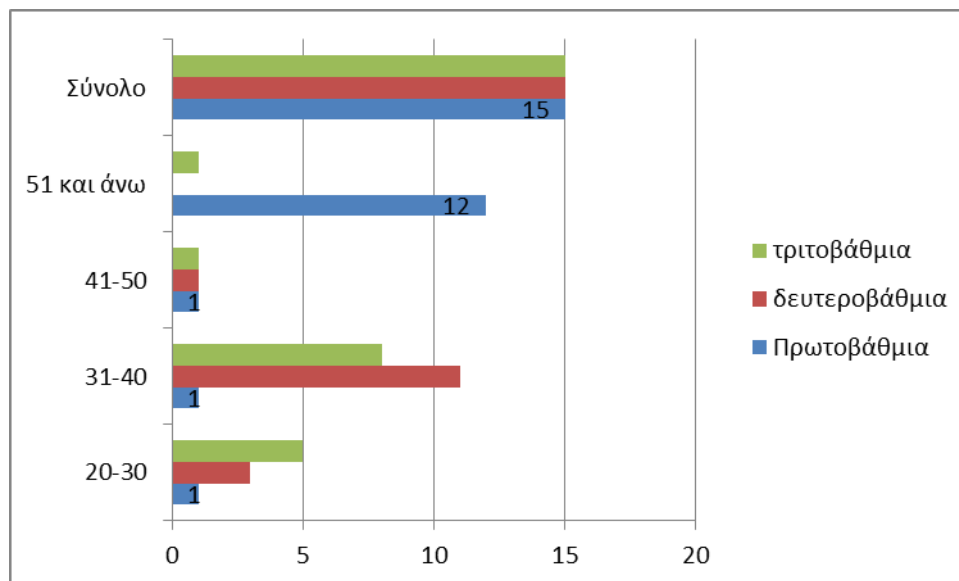
❖ Το προσωπικό προφίλ των συνεντευξιζόμενων

Στην έρευνα συμμετείχαν σαράντα πέντε (45) άτομα, τα οποία με βάση το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, διαιρέθηκαν σε τρεις ισάριθμες κατηγορίες των δεκαπέντε (15) ατόμων, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά τους συμμετέχοντες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι πέντε (5) διέθεταν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, συναφές με το αντικείμενό τους, ενώ οι δύο (2) κατείχαν διδακτορικό δίπλωμα.

Στο σύνολό τους οι συμμετέχοντες ζουν και εργάζονται στο Νομό Κορινθίας. Η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες (28) σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες: οκτώ (8) στη δευτεροβάθμια και δέκα (10) στην πρωτοβάθμια και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, αντίστοιχα.

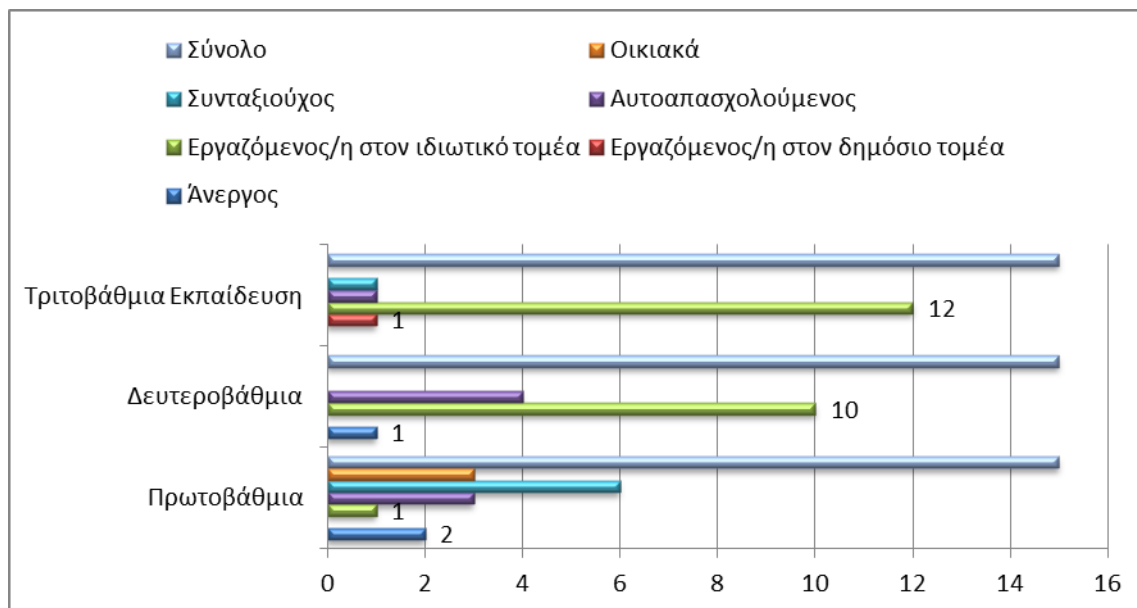
Η ηλικία για τους περισσότερους συμμετέχοντες κυμαίνεται στα 31-40 έτη κυρίως στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (11 στους 15), όταν οι μεγαλύτερες ηλικίες –άνω των 51- εκπροσωπούν το χώρο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (12 στους 15) (Διάγραμμα 2). Η μεγάλη συγκέντρωση ατόμων άνω των 51 ετών στο χώρο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, θα μπορούσε να δικαιολογηθεί στο εκπαιδευτικό σύστημα της εποχής, καθώς και στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ιδίως αν αναλογιστούμε ότι τα πέντε (5) άτομα είναι άνω των 70 ετών.

Διάγραμμα 2. Ηλικιακή Κατανομή των Συμμετεχόντων



Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες, απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα (23 στους 45), έχοντας πολυετή εργασιακή εμπειρία –άνω των επτά (7) ετών. Ακολουθούν οι αυτοαπασχολούμενοι και οι συνταξιούχοι, με μικρότερα ποσοστά να σημειώνονται στην κατηγορία ανέργων και οικιακά, ενώ ένας, κάτοχος διδακτορικού, εργάζεται στο δημόσιο τομέα και συγκεκριμένα στο χώρο της εκπαίδευσης. Παρά το γεγονός, ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι του δείγματος έχουν πολυετή εργασιακή εμπειρία, μόλις οι δεκατέσσερις (14) δήλωσαν ότι έχουν εργαστεί με κάποιο άτομο το οποίο να αντιμετώπιζε κάποιο είδος συναισθηματικής/ψυχικής διαταραχής και να το είχαν παρατηρήσει είτε οι ίδιοι, είτε να το είχε παραδεχτεί το ίδιο το άτομο ή να υπήρχε κάποια ιατρική γνωμάτευση (**Ερώτηση 4**).

Διάγραμμα 3. Εργασιακή Κατάσταση των Συμμετεχόντων



❖ **Βαθμός ενημέρωσης του δείγματος για τις δομές ψυχικής υγείας στη χώρα μας**

Ένα ικανοποιητικό ποσοστό του δείγματος -15 στους 45-όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, γνωρίζουν άτομα στο οικογενειακό και στο οικείο περιβάλλον τους, τα οποία είτε έχουν απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό, προκειμένου να διαχειριστούν μία απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, είτε έχουν νοσηλευτεί κυρίως, σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα στη χώρα μας (**Ερώτηση 7**). Κοινό σημείο όλων των απαντήσεων είναι η άσχημη εικόνα τόσο των νοσηλευόμενων, όσο και των κτιριακών εγκαταστάσεων: «Έχω επισκεφθεί ο ίδιος, σαν επισκέπτης λόγω επαγγέλματος (πρώην αστυνομικός). Η εμπειρία μου ήταν σοκαριστική. Καταλαβαίνεις την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας». «Η εικόνα ήταν τραγική. Είχε όλους τους νοσηλευόμενους μαζί και όχι ξεχωριστά, ανάλογα με την ασθένεια. Ήταν λες και ήταν φυλακή. Η μητέρα μου (διαγνωσμένη με διπολική διαταραχή), ήταν δεμένη στα κάγκελα. Δεν μπορώ να ξεπεράσω αυτή την εικόνα και πραγματικά πιστεύω, ότι η μητέρα μου νιώθει ακόμα μίσος (έχουν περάσει έξι χρόνια) για αυτό που της κάναμε». «Ήταν χρόνια η ξαδέρφη μου. Είχε σοβαρό πρόβλημα, αλλά να σου πω κάτι, πολύ κρύος χώρος το ψυχιατρείο, απρόσωπο». «Η θεία μου είχε νοσηλευτεί σε τρελάδικο. Να σου πω την αλήθεια, η ίδια δεν έπαιρνε και πολλά χαμπάρι. Η οικογένεια της όμως, δεν ήταν ευχαριστημένη για

αυτό την πήραν και την έχουν στο σπίτι. Βέβαια τώρα είναι αποξενωμένοι, αφού δεν δέχονται επισκέψεις στο σπίτι».

Τέσσερις (4) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν απευθυνθεί οι ίδιοι σε κάποιον ειδικό για τη διαχείριση προσωπικών τους ζητημάτων- «Είχα κατάθλιψη, έπειτα από το χωρισμό της κόρης μου. Δεν είχα όρεξη να κάνω τίποτα. Έκλαιγα με τις ώρες. Μιλώντας με το γιατρό ξέρεις τι κατάλαβα; Ότι ήταν πολλά αυτά που μου προκαλούσαν αυτά τα συναισθήματα, ακόμα και από την παιδική μου ηλικία». «Με πήγε η μητέρα μου, όταν ήμουν στην εφηβεία. Τι να σου πω. Μου είπε πάρε αυτά τα χάπια. Βέβαια δεν τα συνέχισα, γιατί δεν μπορούσα να ξυπνήσω να πάω στο σχολείο». «Πήγα στον ψυχολόγο και πραγματικά με βοήθησε. Όμως πλέον, πιστεύω ότι ανάλογα με την ασθένεια, μπορείς να το αντιμετωπίσεις και μόνος σου». Άλλοι τρεις (3), αναφέρθηκαν στην καταλυτική βοήθεια ενός ειδικού σε φίλους τους, κυρίως, για την αντιμετώπιση της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου τους.

Εξαιρετικά επιφυλακτικοί έως και κατηγορηματικά αρνητικοί, παρουσιάζονται οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στην πλειοψηφία τους (10 στους 15) απάντησαν αρνητικά στο αν έχουν επισκεφθεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, είτε οι ίδιοι, είτε κάποιος οικείος τους, με τις απαντήσεις τους να φανερώνουν μία καχυποψία αλλά και προκαταλήψεις έναντι του ψυχιατρικού κλάδου· «Για να πάνε στο ψυχιατρείο θα πρέπει να κάνουν κάτι ακραίο. Δεν πας έτσι». «Για να πας σε ψυχιατρείο πρέπει να'σαι για δέσιμο, διαφορετικά μιλάς στο γιατρό σου και είσαι καλά». «Για μένα ο καλύτερος γιατρός είναι ο πνευματικός σου. Μόνο αυτός μπορεί να σε βοηθήσει πραγματικά να βρεις τη γαλήνη». «Όχι. Μπορεί κάποιος να πάει σε κάποιον γιατρό, αλλά θεωρώ ότι μπορεί να τον στηρίζει και η οικογένειά του». Ανάλογες ήταν οι απαντήσεις και σε επτά (7) συνεντευξιαζόμενους της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και σε πέντε (5) της τριτοβάθμιας.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι μολονότι είκοσι (20) στους σαράντα πέντε (45) συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι δεν έχουν ποτέ εργαστεί ή συναναστραφεί με κάποιο άτομο που να αντιμετωπίζει/αντιμετώπιζε κάποιο είδος συναισθηματικής/ψυχικής διαταραχής (**Ερώτηση 4**), εντούτοις στην **Ερώτηση 7**, τουλάχιστον οι οκτώ (8) ανέφεραν ότι γνωρίζουν κάποιο άτομο το οποίο έχει νοσηλευτεί σε κάποια δημόσια κλινική στη χώρα. Ορισμένοι από τους ερωτώμενους απάντησαν ως εξής, «Όχι, αλλά λίγο πολύ όλοι είμαστε τρελοί. Και εγώ τώρα με τις περικοπές, που έχω στη

σύνταξη νιώθω περίεργα». «Κοίτα εγώ λέω όχι, αλλά υπάρχει πιθανότητα κατά 50% να έχω βρεθεί με κάποιο τέτοιο άτομο και να μην το χω καταλάβει».

Στον αντίποδα των παραπάνω απαντήσεων, δεκαεπτά (17) άτομα ανέφεραν ότι έχουν εργαστεί με κάποιο άτομο που να αντιμετώπιζε κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής και το οποίο σύμφωνα με τους δέκα (10), προέκυπτε από κάποια ιατρική γνωμάτευση. *«Έπασχε από σχιζοφρένεια και έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή. Το αντιμετώπιζε καλά, αλλά υπήρχαν κενά στη σκέψη και τη συμπεριφορά του».* *«Γνωρίζαμε ότι υπήρχαν αυτά τα δύο άτομα, που αντιμετώπιζαν ψυχολογικά προβλήματα. Αν και υπήρχαν αρνητικά σχόλια ανάμεσα στο προσωπικό, δεν υπήρχε προκατάληψη· αντίθετα παρατηρούσες μία κατανόηση».* Επιπλέον, τρεις (3) εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν στην έρευνα, αναφέρθηκαν σε βαριά περιστατικά, όπως είναι η σχιζοφρένεια, *«Το 2015 έκανα ιδιαίτερα σε ένα παιδάκι που είχε σχιζοφρένεια. Φαινόταν ζωηρό, αλλά ακολουθούσε φαρμακευτική αγωγή».*

Οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι έχουν συναναστραφεί με άτομα που παρατηρούσαν περίεργη συμπεριφορά ή τους είχε μιλήσει το ίδιο το άτομο για την ψυχολογική του κατάσταση: *«Το χα παρατηρήσει και εγώ, αλλά το είχε παραδεχτεί και το ίδιο το άτομο. Έπαιρνε χάπια και είχε αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά. Μπορεί να ήταν πολύ φιλική και μετά απότομα, να γινόταν επιθετική».* *«Είχε επιθετική, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πολλές εμμονές, αλλά δεν παραδεχόταν ότι είχε πρόβλημα».* *«(...) Το παρατηρούσες και εσύ ο ίδιος, αλλά υπήρχε και χαρτί γιατρού. Δεν είχε σταθερότητα στο χαρακτήρα του, ενώ αν δεν ακολουθούσε τη θεραπεία χειροτέρευε».* *«Μου έτυχε στο στρατό. Το έβλεπες και εσύ. Απειλούσε ότι θα αυτοκτονήσει».* Υπήρξαν αναφορές για περιπτώσεις, όπου το άτομο δεν παραδεχόταν το πρόβλημά του, αλλά εκ των υστέρων γινόταν γνωστό ότι τον παρακολουθούσε κάποιος ειδικός: *«Το χα παρατηρήσει, ήταν ασταθής αρκετά και είχε εμμονικές σκέψεις. Στην συνέχεια παραδέχτηκε ότι επισκεπτόταν ψυχολόγο, για να μετριάσει το άγχος του».* *«Φαινόταν. Είχε κυκλοθυμική, επιθετική συμπεριφορά, αλλά δεν το παραδεχόταν. Βέβαια, μετά έμαθα ότι πήγαινε σε ψυχίατρο».*

Εύλογα, σε αυτό το σημείο δημιουργείται το ερώτημα εάν το δείγμα της παρούσας μελέτης, είναι ενήμερο αναφορικά με τις δομές ψυχικής υγείας που διαθέτει η χώρα μας ή γενικότερα το που μπορεί να απευθυνθεί κάποιο άτομο, που αντιμετωπίζει κάποια μορφή ψυχικής/συναισθηματικής διαταραχής (**Ερώτηση 8**). Στην πλειοψηφία

τους, απάντησαν ότι τα άτομα αυτά μπορούν να απευθυνθούν αρχικά σε έναν ιδιώτη γιατρό ψυχολόγο ή νευρολόγο και ανάλογα με την γνωμάτευση, να απευθυνθούν στην συνέχεια σε κάποια δημόσια, ιδιωτική ψυχιατρική κλινική ή ιδιωτικά σε κάποιον ψυχίατρο (**Ερώτηση 8**). Δέκα (10) συμμετέχοντες –έξι (6) απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και τέσσερις (4) δευτεροβάθμιας, από τους οποίους ο ένας επισκεπτόταν για χρόνια ιδιώτη ψυχολόγο γιατρό στην περιοχή της Κορινθίας, λόγω οικογενειακών προβλημάτων, ενώ οι άλλο δύο (2) είχαν στο άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον άτομα που είχαν νοσηλευτεί σε δημόσια ψυχιατρική κλινική στην περιοχή της Αττικής και της Αρκαδίας, αντίστοιχα- αναφέρθηκαν στις γραμμές υποστήριξης και στα διάφορα κέντρα ψυχικής υγείας, υπογραμμίζοντας παράλληλα τη σημασία του να θέλει κάποιος πραγματικά να βοηθηθεί: *«Υπάρχουν οι γραμμές βοήθειας, αλλά αν κάποιος θέλει να λύσει το πρόβλημά του πρέπει να έχει προσωπική επαφή»*. *«Σημασία έχει να λέει την αλήθεια. Δεν πιστεύω ότι αυτά τα άτομα καταλαβαίνουν ότι έχουν πραγματικά πρόβλημα. Αντίθετα πιστεύω ότι νιώθουν πιεσμένοι αναγκασμένοι να ακολουθήσουν αυτή την αγωγή, το οποίο φαίνεται από την συμπεριφορά τους. Νιώθεις ότι σε μισούν, ενώ όταν ολοκληρωθεί η νοσηλεία, μετά από ένα διάστημα θα διακόψει την αγωγή για διάφορους λόγους, π.χ. αυτά τα χαπάκια με παχαίνουν»*.

Άλλοι πάλι ερωτώμενοι (4 στους 45), εξέφρασαν είτε την άγνοιά τους, *«Που να ξέρω εγώ κορίτσι μου; Με άφηνε η δουλειά να μάθω τίποτα;»*, *«Τι να σου πω τώρα; Δεν μου χρειάστηκε ποτέ και να πάω στο Δαφνί»* είτε την αμφιβολία τους, *«Πιθανώς, σε κάποιον γιατρό, νευρολόγο, ψυχολόγο ή ψυχίατρο»*, *«Σε κάποιο ψυχιατρείο; Δεν ξέρω τι να σου πω»*.

❖ Αντιλήψεις και στάσεις για την Ψυχική Υγεία: Η εικόνα του ψυχικά ασθενούς

Στο σύνολό τους, οι συμμετέχοντες φαίνεται να γνωρίζουν διάφορες μορφές ψυχικής/συναισθηματικής διαταραχής (**Ερώτηση 6**), με την κατάθλιψη, την διαταραχή προσωπικότητας, την αγοραφοβία, τη σχιζοφρένεια και την διπολική διαταραχή να είναι οι κυριότερες απαντήσεις. Είναι ωστόσο εντυπωσιακό, ότι ένα ποσοστό άνω του 60% δυσκολευόταν να αναγνωρίσει ότι αυτές οι ασθένειες ανήκουν σε αυτό το σύνολο, με αποτέλεσμα να είναι επιφυλακτικοί κατά τις αρχικές τους απαντήσεις!

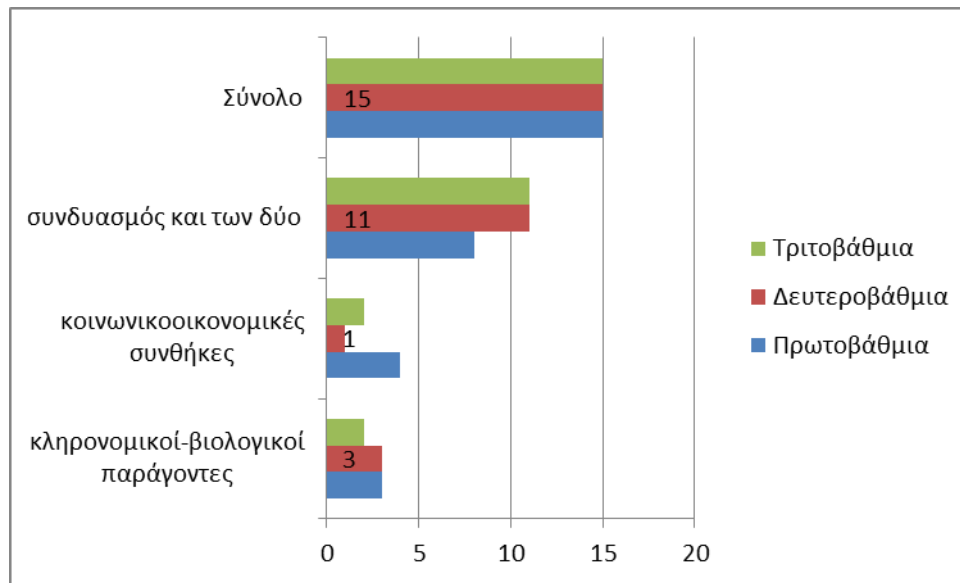
Απαντώντας στην ερώτηση, τι σημαίνει για εσάς η έννοια της ψυχικής υγείας (**Ερώτηση 5**), ένα ικανοποιητικό ποσοστό του δείγματος, περίπου το 65% όλων των συμμετεχόντων και κυρίως της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, δεν μπόρεσε να απαντήσει με σαφήνεια ή η απάντησή τους ήταν αρκετά επιφυλακτική. Υπήρξαν μάλιστα δύο συμμετέχοντες, οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν μπορούν να απαντήσουν σε αυτή την ερώτηση, «γιατί δεν τους έχει τύχει να δουν κάποιον που να αντιμετωπίζει μία μορφή συναισθηματικής/ψυχικής διαταραχής».

Για την πλειοψηφία του δείγματος, υπάρχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν την ψυχική υγεία ενός ατόμου. Τα κυριότερα φαίνεται να είναι η σταθερή συμπεριφορά, η κοινωνικότητα κάποιου, οι όχι ακραίες συμπεριφορές, οι προσδοκίες, οι στόχοι και τα σχέδια για το μέλλον. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην έννοια της ψυχικής ηρεμίας και ωρίμανσης ή όπως αλλιώς επισημαίνει το 65% των συνεντευξιαζόμενων, «Ψυχική ηρεμία σημαίνει να τα έχεις καλά με τον εαυτό σου».

Υπάρχουν επίσης απαντήσεις που καταδεικνύουν τη συμβολή των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην ψυχοσύνθεση του ατόμου, «Ψυχικά υγιής είναι, όταν κάποιος τα έχει όλα· και τα μυαλά του και τα οικονομικά του». «Για να είναι υγιής, πρέπει να έχει γαλήνη στην οικογενειακή του ζωή, να είναι καλά στα εργασιακά του και νιώθει πλήρης μέσα του».

Μέσα σε αυτά το πλαίσιο, οι συνεντευξιαζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν στο κατά πόσο θεωρούν ότι η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε κληρονομικούς-βιολογικούς παράγοντες ή σε κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (**Ερώτηση 14**). Σύμφωνα με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων -37% των αποφοίτων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 36% της δευτεροβάθμιας και 27% της πρωτοβάθμιας- η ψυχική ασθένεια είναι ένας συνδυασμός των δύο παραγόντων, επισημαίνοντας ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αποτελούν απλά την αφορμή εκδήλωσης της διαταραχής- «Σίγουρα υπάρχει ένα γονίδιο, όμως πυροδοτείται από τα βιώματα του ατόμου και γενικότερα, από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες». Ακολουθούν οι κληρονομικοί-βιολογικοί παράγοντες, για το 37% των αποφοίτων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 38% της δευτεροβάθμιας και το 25% της τριτοβάθμιας. Το 57% των αποφοίτων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αναφέρουν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, όταν οι απαντήσεις στις άλλες δύο εκπαιδευτικές βαθμίδες κυμαίνονται στο 29% στην τριτοβάθμια και στο 14% στη δευτεροβάθμια (Διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 4. Ποιοι είναι οι παράγοντες που θεωρείτε ότι οδηγούν στην ανάπτυξη ψυχικών/συναισθηματικών διαταραχών



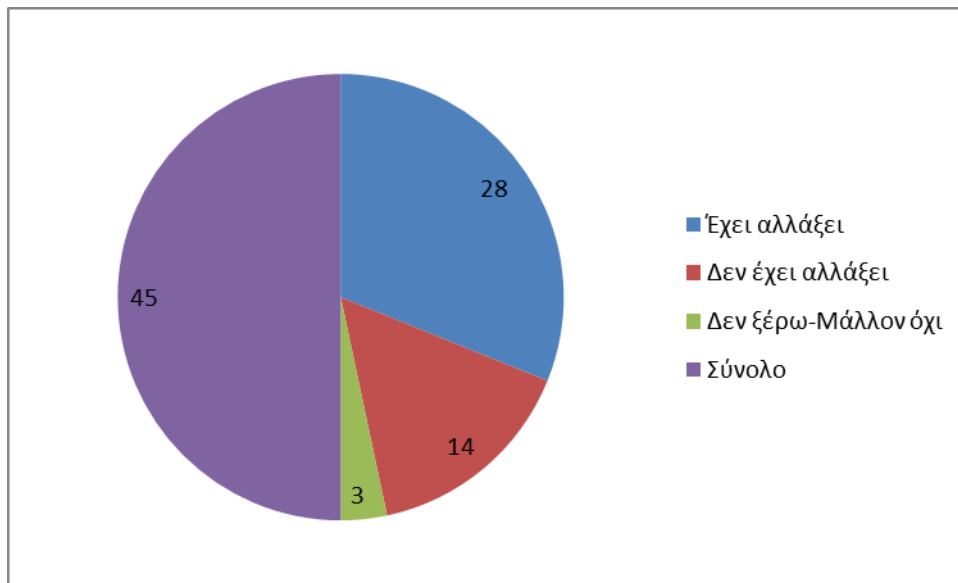
Έπειτα από αυτές τις απαντήσεις, οι συνεντευξιζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν στο *Ποια είναι η εικόνα ενός ψυχικά ασθενούς, καθώς και ποια είναι εκείνα τα χαρακτηριστικά που οδηγούν σε αυτό το συμπέρασμα (Ερώτηση 9)*. Στο σύνολό τους, υποστήριξαν ότι η συναισθηματική και ψυχολογική διαφορετικότητα ενός ατόμου, γίνεται εύκολα αντιληπτή ακόμα και στο δρόμο, δίχως να χρειάζεται να γνωρίζεις κάποιον προσωπικά: *«Ο τρελός του χωριού»*. Ερωτώμενοι πώς γίνεται αντιληπτή η διαφορετικότητά του, ποια είναι δηλαδή εκείνα τα χαρακτηριστικά που υποδεικνύουν ότι κάποιος δεν είναι ψυχικά υγιής, απάντησαν ότι φαίνεται από την εξωτερική τους συμπεριφορά, η οποία *«παρεκκλίνει»* από τα φυσιολογικά πρότυπα – *«Έχουν περίεργη, αλλόκοτη συμπεριφορά»*. Υποστήριξαν ότι τα άτομα αυτά, είναι σύνηθες να κάνουν χειρονομίες, να μιλούν μόνοι τους, να λένε ασυναρτησίες, να παρουσιάζουν τάσεις απομόνωσης και αποξένωσης. Συμφώνησαν ωστόσο, ότι μπορεί να το καταλάβει ο οποιοσδήποτε από το βλέμμα τους το οποίο μπορεί να είναι επιθετικό, άγριο, αλλά και απλανές, *«Συνήθως σε κοιτάζουν άγρια, επίμονα, σε προκαλούν να τους μιλήσεις»*.

Πιο αναλυτικά, το 70% του δείγματος δήλωσε ότι τις περισσότερες φορές τα άτομα αυτά εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, αναφέροντας ότι σημάδια απόκλισης από τη φυσιολογικότητα παρατηρούνται και στην εξωτερική τους εμφάνιση, η οποία μπορεί να είναι αρκετά προσεγμένη, σε σημείο εμμονής, ατημέλητη, αλλά και ακραία, προκαλώντας συνήθως τις αντιδράσεις της κοινής γνώμης: *«Μπορεί να*

ντώνονται ακραία! Για παράδειγμα να φοράει 100 χρώματα πάνω της και να έχει βαφτεί σαν κλόουν! Ε εκεί κάτι λες ότι δεν πάει καλά». «Υπάρχουν περιπτώσεις που βλέπεις να φοράει παλτό το καλοκαίρι». Το 3% των συμμετεχόντων τονίζει το ρόλο της οικογένειας στην εξωτερική εμφάνιση αυτών των ατόμων, «Δεν τους αφήνουν ατημέλητους. Τους περιποιούνται. Τους βλέπεις με καθαρά ρούχα και πλυμένους. Αλλά και πάλι μπορείς να το δεις στο βλέμμα τους». Όσον αφορά τα συναισθήματα των συνεντευξιαζόμενων έναντι αυτών των ατόμων, είναι κάτι ανάμεσα στο φόβο και στον οίκτο, τα οποία βρίσκονται σε συνεχή εναλλαγή.

Μιλώντας για την εικόνα του ψυχικά ασθενούς, δεν θα μπορούσε να μην εξεταστεί το κατά πόσο και αν, έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης και η εικόνα γενικότερα αυτών των ατόμων (**Ερώτηση 10**). Το 28% του δείγματος επισημαίνει ότι υπάρχει μία σημαντική μεταβολή της κοινής γνώμης, το οποίο θεωρεί ότι μαρτυρείται και από τις διαθέσιμες δομές σήμερα, «Πιστεύω ότι δεν τους αντιμετωπίζουμε με τον ίδιο τρόπο. Παλαιότερα η κοινωνία τους αποξένωνε και δεν υπήρχαν τόσες δομές όσες σήμερα». Αντίθετα για το 14% η εικόνα και ο τρόπος αντιμετώπισης αυτών των ατόμων δεν έχει μεταβληθεί. Δηλώνουν, ότι οι προκαταλήψεις διαιώνίζονται με τα άτομα αυτά να παραμένουν μειονότητα στην κοινωνία, «Δεν θεωρώ ότι έχει αλλάξει. Όσο και να υπάρχει ενημέρωση είμαστε αρνητικά προκατειλημμένοι», «Δεν έχει αλλάξει. Απλά με την εμπειρία και τα χρόνια μαθαίνεις να μην ασχολείσαι».

Διάγραμμα 5. Πόσο πιστεύετε ότι έχει αλλάξει η εικόνα του ψυχικά ασθενούς σε σχέση με το παρελθόν;



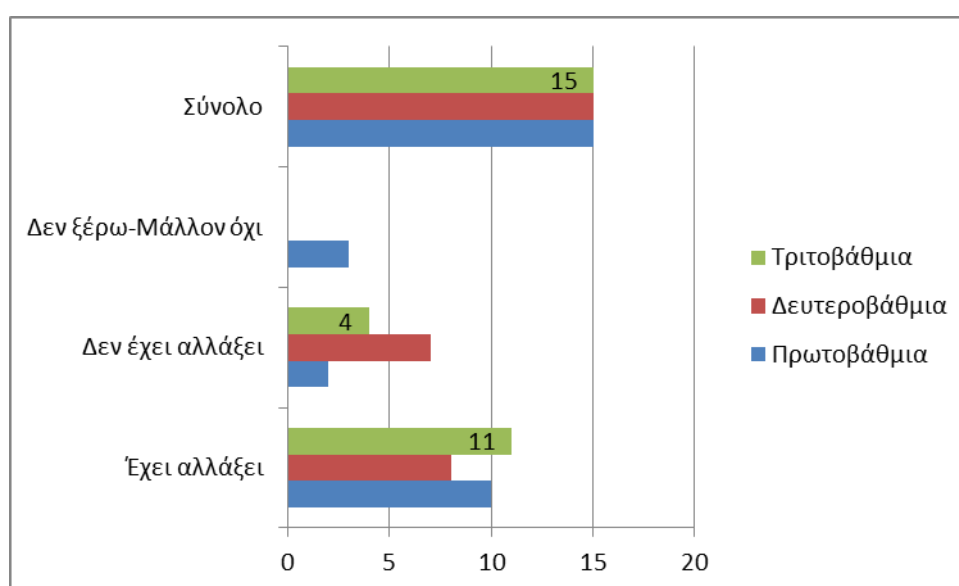
Το 38% των αποφοίτων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 34% της δευτεροβάθμιας αναφέρουν ότι η εικόνα και ο τρόπος αντιμετώπισης των ατόμων αυτών έχει μεταβληθεί αισθητά σε σχέση με το παρελθόν, τονίζοντας ότι πλέον τα άτομα αυτά δεν είναι περιθωριοποιημένα ή «δακτυλοδεικτούμενα»- «Σίγουρα έχει αλλάξει. Δεν θα δεις τον άλλον και θα τον πεις τρελό! Θα προσπαθήσεις να τον εντάξεις στο σύνολο».

Για τους περισσότερους, η κοινωνική αλλαγή έναντι της διαφορετικότητας οφείλεται στην ενημέρωση και στη σημερινή παιδεία, ενώ επισημαίνουν την αλλαγή αντιμετώπισης αυτών των ατόμων και στο χώρο της ιατρικής: «Όσο μεγαλύτερη επαφή έχουμε γνωστικά, τόσο μεγαλύτερη ανοχή και ενδιαφέρον δείχνουμε απέναντι σε αυτά τα άτομα». «Έχει αλλάξει σημαντικά. Παλαιότερα μπορεί να τους έριχναν στην πυρά, να τους έκαναν πειραματόζωα και λοβοτομή. Σήμερα η ιατρική σέβεται αυτά τα άτομα». Τουλάχιστον έξι (6) συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην αύξηση των περιστατικών σήμερα, λόγω κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, συσχετίζοντας αυτή την αύξηση με την εξοικείωση που νιώθουμε πλέον απέναντι σε αυτά τα ζητήματα, ενώ ένας ερωτώμενος της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τόνισε την ετικέτα του «τρελού» σε ψυχικά υγιή άτομα, με σκοπό την υποβάθμιση των λεγομένων τους.

Παρατηρώντας το Διάγραμμα 6, διαπιστώνεται ότι ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των αποφοίτων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (54%) εμμένει ότι η εικόνα του

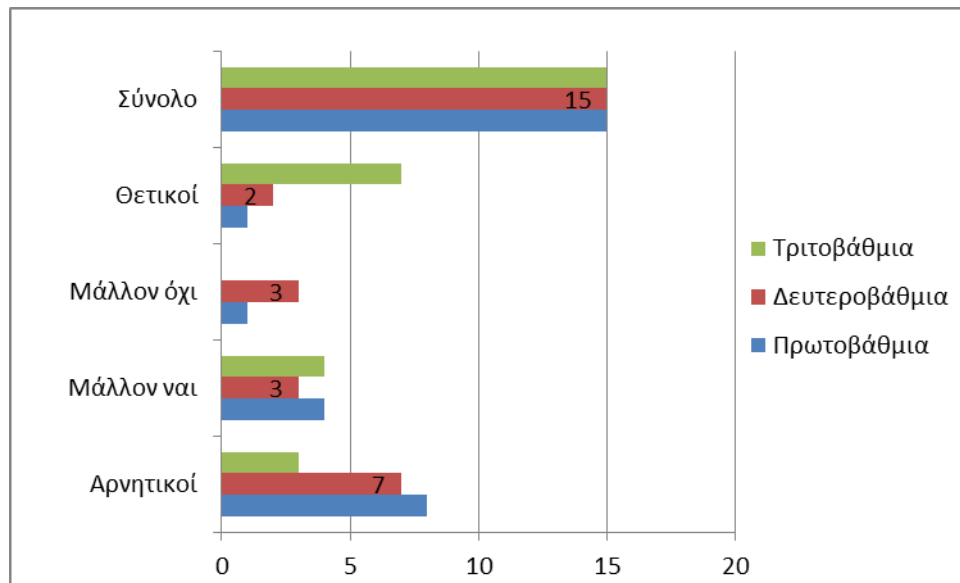
ψυχικά ασθενούς δεν έχει μεταβληθεί σε σχέση με το παρελθόν- τα αντίστοιχα ποσοστά στο χώρο της πρωτοβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι στο 15% και 31%. Αιτιολογούν μάλιστα την απάντησή τους από το γεγονός ότι η προκατάληψη και τα στερεότυπα συνεχίζουν να χαρακτηρίζουν αυτά τα άτομα, αναφέροντας χαρακτηριστικά, «Όταν το ξέρεις ναι τους αντιμετωπίζεις διαφορετικά. Όμως αν δεν το ξέρεις τους αντιμετωπίζεις με προκατάληψη»

Διάγραμμα 6. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις του δείγματος, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα, σχετικά με το κατά πόσο έχει αλλάξει η εικόνα του ψυχικά ασθενούς σε σχέση με το παρελθόν



Με βάση τις παραπάνω απαντήσεις, οι συνεντευξιζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν στο κατά πόσο θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο, που να έχει διαγνωστεί με ψυχική/συναισθηματική διαταραχή και να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή να έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν (**Ερώτηση 15**). Όπως γίνεται αντιληπτό από το Διάγραμμα 7, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις του δείγματος, ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσής τους.

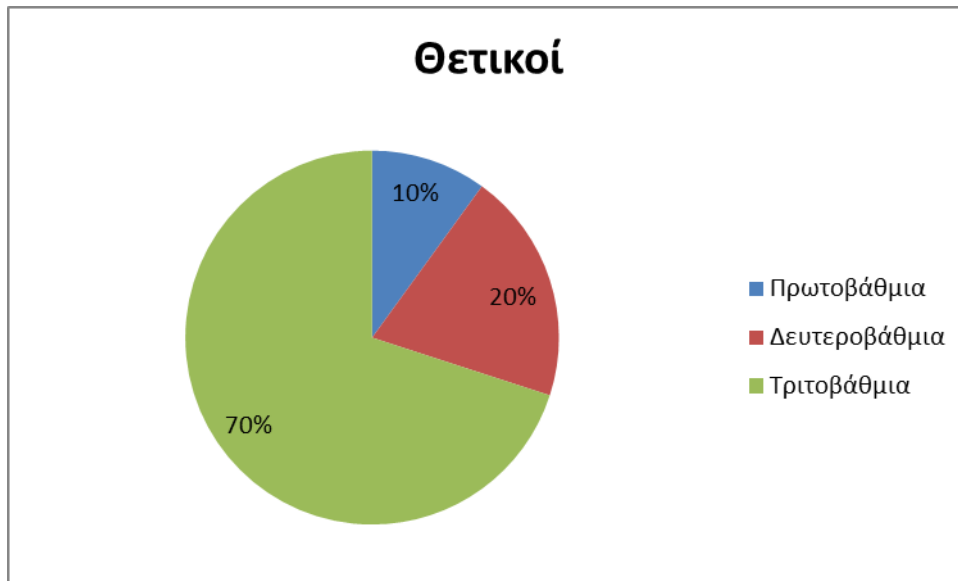
Διάγραμμα 7. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων σχετικά με το αν θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική/συναισθηματική διαταραχή



Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, τα μεγαλύτερα ποσοστά θετικών απαντήσεων (Διάγραμμα 8), σημειώνονται στους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (70%), οι οποίοι τόνισαν ότι ανάλογα με την πάθηση μπορεί να βρεθεί η κατάλληλη θέση, υποστηρίζοντας ακόμα ότι, μπορεί αρχικά να εφαρμοστεί και ένα καθεστώς μερικής απασχόλησης, έως ότου το άτομο μπορέσει να προσαρμοστεί. *«Ναι γιατί θεωρώ ότι ακόμα και σε επιχειρήσεις που έχουν αλληλεπίδραση με κόσμο, υπάρχουν οι κατάλληλες θέσεις στις οποίες μπορεί αυτό το άτομο να απασχοληθεί». «Θα τον προσλάμβανα για να βοηθήσω την επανένταξή του, αλλά κυρίως σε θέσεις μερικής απασχόλησης, για να μπορεί να ανταποκριθεί».*

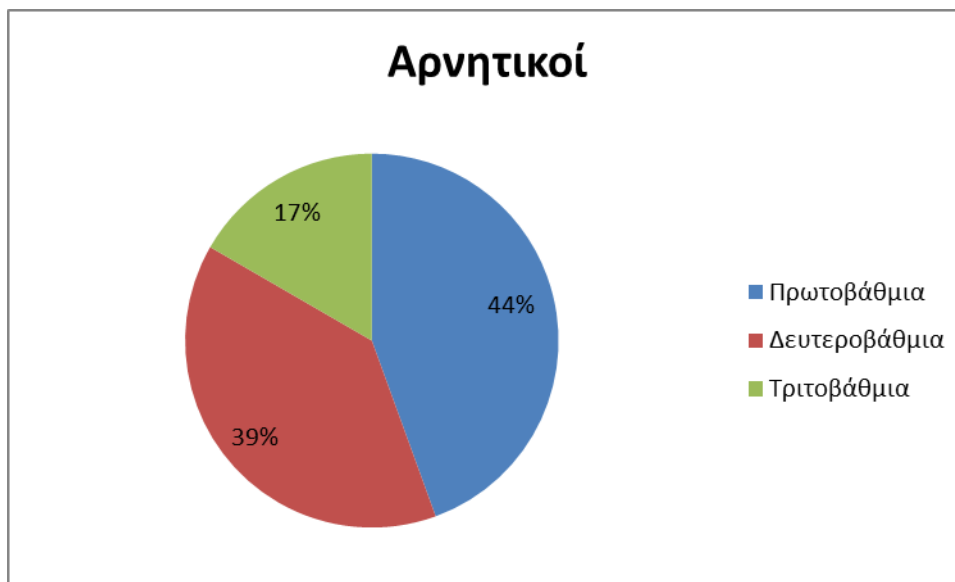
Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων που απάντησαν θετικά υπογράμμισαν την ανάγκη της κοινωνικής ένταξης και απασχόλησης αυτών των ατόμων, ώστε να μπορέσουν αφενός να εξασφαλίσουν τα προς το ζην και αφετέρου για τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας, *«Ναι θα προσλάμβανα, όπως έχω προσλάβει και στο παρελθόν (επιχειρηματίας εστίασης στην περιοχή Λουτρακίου, Κορινθίας). Θεωρώ ότι τους κάνει καλό να εργάζονται και αφού η κοινωνία δεν μπορεί να τους απορροφήσει, είναι στο δικό μας χέρι να τους βοηθήσουμε, γιατί διαφορετικά η αποξένωσή τους χειροτερεύει την πνευματική τους υγεία και αποκτούν αντικοινωνική συμπεριφορά».*

Διάγραμμα 8. Ποσοστά επί % των θετικών απαντήσεων, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα



Ιδιαίτερα αρνητικοί φαίνεται να είναι οι απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με τις απαντήσεις τους να κυμαίνονται σε αρκετά υψηλά ποσοστά -44% και 39% αντίστοιχα (Διάγραμμα 9). Τα βασικά επιχειρήματα που παραθέτουν είναι η ακαταλληλότητα αυτών των ατόμων, καθώς και το ενδεχόμενο να βλάψουν τον εαυτό τους ή κάποιον συνεργάτη τους. Ενδεικτικά παρατίθενται οι ακόλουθες απαντήσεις, «Όχι γιατί θα κατέστρεφε την επιχείρηση, με αποτέλεσμα να μην έρχεται κανένας γνωστικός». «Δεν θα τον προσλάμβανα, γιατί δεν ξέρω τι προβλήματα θα μπορούσε να μου δημιουργούσε. Να σου πω και κάτι; Αν μπορούσαν να εργαστούν, δεν θα τους έδινε και το Κράτος συντάξεις». «Όχι γιατί μπορεί να επηρεάσει αρνητικά όχι μόνο τον ίδιο τον εαυτό του, αλλά και τους γύρω του». «Φυσικά και όχι! Δεν θεωρώ ούτε ότι έχουν τις κατάλληλες ιδιότητες, ούτε ότι μπορούν να ανταποκριθούν, σε ένα εργασιακό περιβάλλον». «Αν ήμουν σε άλλη χώρα, που θα υπήρχε έλεγχος και επιβεβαίωση από φορείς θα τον έπαιρνα. Αλλά στην Ελλάδα, που κανένας δεν μπορεί να σου εγγυηθεί τίποτα, όχι».

Διάγραμμα 9. Ποσοστά επί % των αρνητικών απαντήσεων, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα



Αξίζει δε να τονιστεί ότι ένα ποσοστό, άνω του 60% των συμμετεχόντων όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων που απάντησαν αρνητικά, ανέφεραν ότι θα βοηθούσαν αυτό το άτομο με κάποιο άλλο τρόπο και κυρίως οικονομικά- *«Μπορεί να μην τον έπαιρνα, αλλά θα κοίταζα να τον βοηθήσω οικονομικά και θα του έδινα ένα πιάτο φαγητό»*, ενώ άλλοι αιτιολόγησαν την απάντησή τους, με το επιχείρημα ότι δεν θα μπορούσαν να είναι αντικειμενικοί, *«Όχι γιατί θα ήμουν ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένος και δεν θα τον αντιμετώπιζα ίσα. Είναι εξίσου πιθανό να φαινόταν και ο οίκτος μου, το οποίο θεωρώ ότι δεν θα αντιδρούσε θετικά στην αυτοεικόνα του»*.

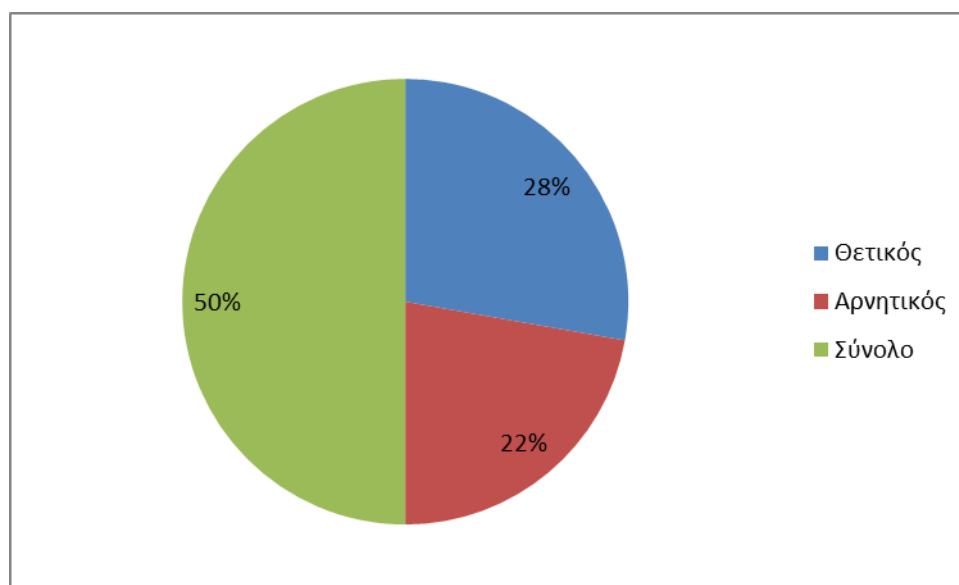
❖ Ο ρόλος της Κοινωνίας-Κράτους και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Έχοντας εξετάσει τη στάση της κοινής γνώμης έναντι των ζητημάτων της ψυχικής υγείας και ασθένειας, δεν θα μπορούσε να μην διερευνηθεί ο ρόλος της κοινωνίας μέσω των θεσμών της, καθώς και ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στη διαμόρφωση και στην αναπαραγωγή της εικόνας και του προτύπου του ψυχικά ασθενούς σήμερα.

Το δείγμα μας μοιάζει αρκετά διφορούμενο. Το 28% θεωρεί ότι ο ρόλος της κοινωνίας είναι θετικός, θέτοντας ως βασικό επιχείρημα το ρόλο της στην πληροφόρηση και στην ενημέρωση της κοινής γνώμης απέναντι σε αυτά τα

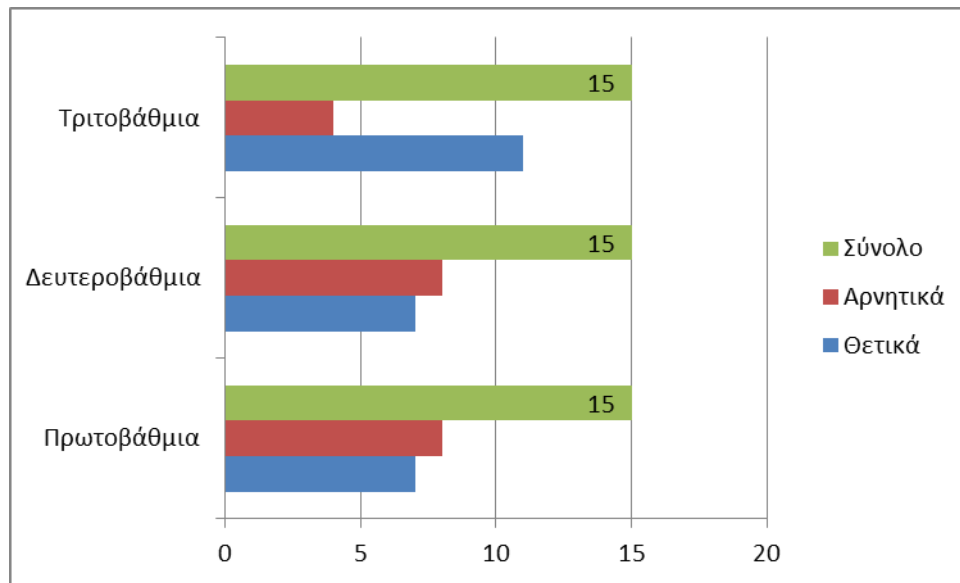
ζητήματα. Το 22% από την άλλη πλευρά, παρουσιάζεται πιο αρνητικό, δηλώνοντας την απουσία και συχνά την αδιαφορία της σε ζητήματα ψυχικής υγείας, η οποία υποδηλώνεται και από την ύπαρξη στερεοτυπικών αντιλήψεων- «Αν άλλαζε η κοινωνία, θα αλλάζαμε και εμείς και δεν θα υπήρχαν αυτές οι προκαταλήψεις».

Διάγραμμα 10. Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο ρόλος της κοινωνίας στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς;



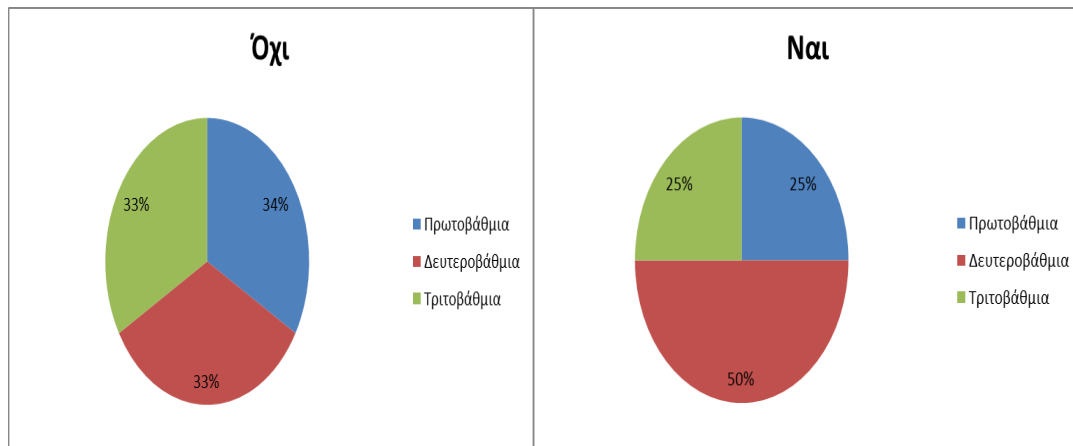
Για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων της πρωτοβάθμιας (40%) και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (40%), η κοινωνία δεν είναι ευαισθητοποιημένη, «Από τη στιγμή που ένας εργοδότης δεν προσλαμβάνει εύκολα ένα τέτοιο άτομο κάτι δείχνει, όπως και αν πας στους γονείς σου ένα τέτοιο άτομο δεν θα το αποδεχτούν». Ένας συνεντευξιαζόμενος, απόφοιτος της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης επισήμανε το ρόλο της οικονομικής κρίσης, με την έννοια των περικοπών και των μέτρων κοινωνικής προστασίας, στη διαίωνιση στερεοτυπικών συμπεριφορών, καθώς και στην όξυνση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Αντίθετα, το 44% των αποφοίτων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης υποστηρίζει ότι υπάρχει θετική επίδραση, «Έχει αλλάξει η παιδεία πάνω από όλα. Υπάρχει ενημέρωση, η ψυχολογική διαφορετικότητα μπορεί πλέον, να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό σύστημα». «Η κοινωνία έχει αλλάξει. Τους παρέχει ευκαιρίες, προβάλλει την ισότητα και γενικά προσπαθεί να μην αποξενώνει».

Διάγραμμα 11. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανά εκπαιδευτική βαθμίδα, σχετικά με το ρόλο της κοινωνίας στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς



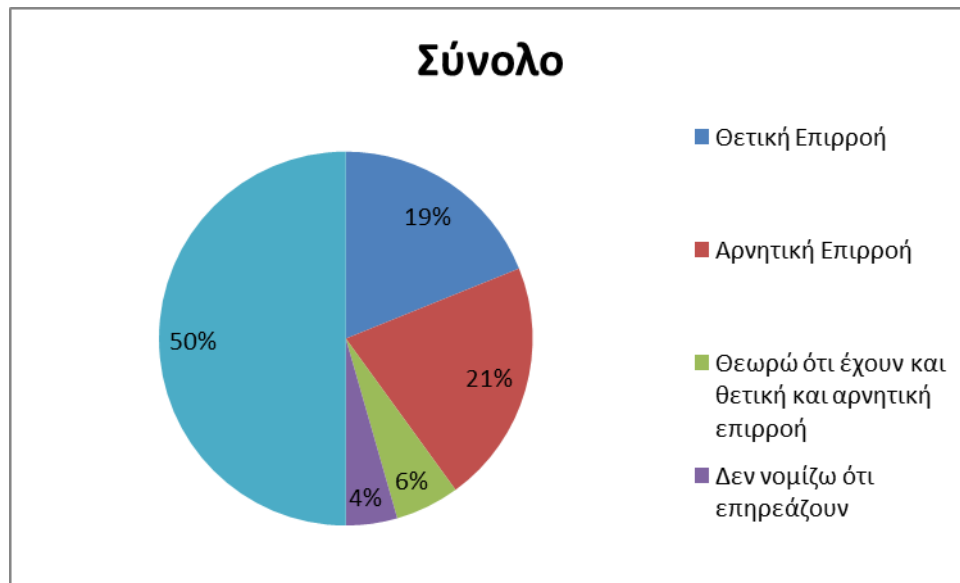
Παρόλα αυτά, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (37%) δηλώνει ότι η Πολιτεία δεν ανταποκρίνεται στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις αυτών των ανθρώπων (**Ερώτηση 12**), με τα ποσοστά να ανέρχονται στο 34% για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 33% για την δευτεροβάθμια και 33% για την τριτοβάθμια εκπαίδευση (Διάγραμμα 12). Οι παρακάτω απαντήσεις είναι ενδεικτικές της εικόνας του δείγματος για το ρόλο της κοινωνίας, με τους συμμετέχοντες να αναφέρονται στις πρόχειρες στρατηγικές, στα σημαντικά κενά που παρατηρούνται στην περίθαλψη, καθώς και στις γενικότερες ελλείψεις του κράτους πρόνοιας: «*Η Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται ούτε στα δικαιώματα, ούτε στις υποχρεώσεις. Είναι απών. Δεν υπάρχουν σωστές πολιτικές, που θα συμβάλουν στην επανένταξη αυτών των ατόμων*». «*Απλά τους κλείνει στο Δαφνί! Δεν κάνει κάτι διαφορετικό*». «*Εννοείται πως αδιαφορεί. Εδώ δεν ανταποκρίνεται στους γνωστικούς*». «*Όχι δεν είμαστε τόσο μπροστά. Μπορεί οι παροχές να είναι καλές, όμως η αντιμετώπιση είναι ίδια με το παρελθόν*». Άλλοι πάλι, απάντησαν ότι ανταποκρίνεται εν μέρει, «*Σε ένα βαθμό. Τώρα όμως, που η κοινωνία διέπεται από την οικονομική κρίση, αυτές οι δομές υποβαθμίζονται λόγω κόστους*». «*Εν μέρει ναι, αλλά όχι όσο θα έπρεπε. Χρειάζεται καλύτερη οργάνωση, περισσότερες δομές τόσο σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, όσο και σε εθνικό*».

Διάγραμμα 12. Θεωρείτε ότι η Πολιτεία, ανταποκρίνεται στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις αυτών των ανθρώπων;



Όσον αφορά τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, είναι γεγονός ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη σύγχρονη κοινωνία, μιας και ο ρόλος τους δεν περιορίζεται στην πληροφόρηση και στην ενημέρωση του κοινού. Αποτελούν ταυτοχρόνως, έναν από τους κύριους φορείς κοινωνικοποίησης, αφού έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις της κοινής γνώμης σε διάφορα κοινωνικά ζητήματα, τα οποία παλαιότερα θεωρούνταν «ταμπού». Στο ζήτημα της ψυχικής υγείας ωστόσο, οι απαντήσεις είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσες, μιας και παρουσιάζουν μικρή απόκλιση. Το 21% θεωρεί ότι έχουν αρνητική επίδραση, ενώ το 19% πιστεύουν ότι ο ρόλος τους είναι θετικός, αφού ενημερώνουν και ευαισθητοποιούν την κοινή γνώμη.

Διάγραμμα 13. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το ρόλο των ΜΜΕ στην εικόνα του ψυχικά ασθενούς

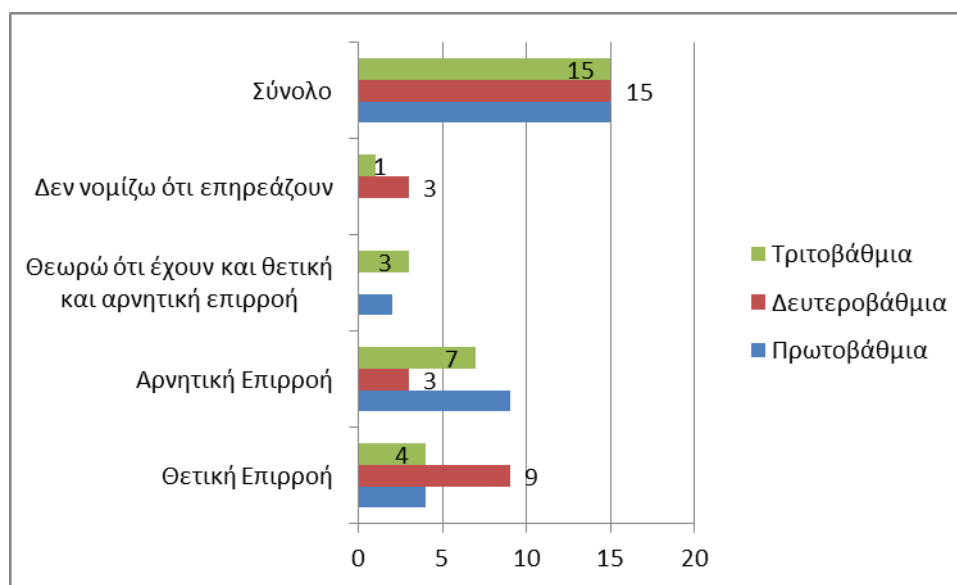


Αξιοσημείωτες αποκλίσεις διαπιστώνονται και ανά εκπαιδευτική βαθμίδα, με την πρωτοβάθμια και την τριτοβάθμια εκπαίδευση -47% και 37%- να υπογραμμίζουν τον αρνητικό τους ρόλο, έναντι του 53% της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που θεωρούν ότι έχουν θετική επίδραση, «Σίγουρα έχουν θετικό ρόλο, αφού συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση μέσω της προβολής. Πριν 50 χρόνια για παράδειγμα, μπορεί να η Madonna να θεωρείτο τρελή. Τώρα με την προβολή από την τηλεόραση θεωρείται pop idol». Οι συμμετέχοντες που απάντησαν αρνητικά, υποστήριξαν ότι τα ΜΜΕ ευθύνονται για τον περαιτέρω στιγματισμό και την περιθωριοποίηση αυτών των ατόμων, διότι εντείνουν το κλίμα του φόβου και της δυσπιστίας της κοινής γνώμης, μέσα από τον τρόπο προβολής της ψυχικής ασθένειας: «Τι να σου πω.. Με μπερδεύουν! Δεν έχουν σταθερό τρόπο προβολής της εικόνας τους. Θεωρώ ότι έχουν αρνητική επιρροή και ότι δεν θα έπρεπε να προβάλλουν και να συνδέουν την ψυχική ασθένεια, με τα εγκλήματα». «Θεωρώ ότι επηρεάζουν και εντείνουν την περιθωριοποίηση. Δες τις ειδήσεις. Προβάλλουν τα εγκλήματα που διαπράττονται από ψυχασθενείς, τονίζοντας την ασθένειά τους, οδηγώντας στην παγίωση του προτύπου ψυχασθενής ίσον πιθανός δολοφόνος-εγκληματίας».

Υπήρξαν κάποιοι, που αναφέρθηκαν στον πολλαπλό ρόλο των Μέσων Ενημέρωσης στην κοινωνία, διακρίνοντας τον ενημερωτικό με τον ψυχαγωγικό τους χαρακτήρα. Με αυτή την έννοια το κάθε πρόγραμμα έχει διαφορετικούς στόχους και αντίστοιχο κοινό, επηρεάζοντας αναλόγως τον τηλεθεατή: «Οι ενημερωτικές εκπομπές

πληροφορούν και ευαισθητοποιούν, όπως συχνά και ο έντυπος τύπος. Οι ψυχαγωγικές όμως που ασχολούνται με ψυχολογικά ζητήματα, αντί να βοηθούν, εντείνουν την προκατάληψη». «Σε διάφορα προγράμματα, εκπομπές, διαφημίσεις που χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας ή σχεδιάζονται από ΜΚΟ, ενημερώνεσαι και ευαισθητοποιείσαι. Τα υπόλοιπα προγράμματα απλά συμβάλλουν στην ετικετοποίηση».

Διάγραμμα 14. Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για το ρόλο των ΜΜΕ, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα



1.3.3. Συμπέρασμα Έρευνας

Μέσα από τις απαντήσεις του δείγματος διαπιστώνονται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις απέναντι στα ζητήματα της ψυχικής υγείας. Οι διαφοροποιήσεις αυτές πέρα από το εκπαιδευτικό επίπεδο, θα μπορούσαν να ερμηνευθούν βάσει της ηλικιακής ομάδας και των εμπειριών του δείγματος, αναδεικνύοντας ουσιαστικά τις εκάστοτε κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις.

Οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπου η συντριπτική πλειοψηφία είναι άνω των 50 ετών, παρουσιάζονται ιδιαίτερα επιφυλακτικοί και συχνά καχύποπτοι, έως και αρνητικοί, στους ψυχικά πάσχοντες. Είναι ενδεικτικό ότι το 44% των συμμετεχόντων απάντησε αρνητικά στο ενδεχόμενο πρόσληψης κάποιου ψυχικά νοσούντα στην επιχείρησή τους -«Όχι γιατί θα κατέστρεφε την επιχείρηση, με αποτέλεσμα να μην ερχόταν κανένας γνωστικός»- όπως και στην επίσκεψη σε κάποιο

ειδικό ψυχικής υγείας, με το 66% περίπου, να δηλώνει *«Για να πας σε ψυχιατρείο πρέπει να'σαι για δέσιμο, διαφορετικά μιλάς στο γιατρό σου και είσαι καλά»* ή να προτείνει άλλους τρόπους διαχείρισης των όποιων αρνητικών συναισθημάτων και ψυχικών διαταραχών, *«Για μένα ο καλύτερος γιατρός είναι ο πνευματικός σου»*.

Οι απαντήσεις αυτές υποδηλώνουν χρόνιες στερεοτυπικές αντιλήψεις περί επικινδυνότητας και ανικανότητας αυτών των ατόμων, «υπεύθυνες» σε μεγάλο βαθμό για τη διαίωση του στίγματος στην κοινωνία, καθώς και για τις περιορισμένες ευκαιρίες για την κοινωνική και την εργασιακή τους ένταξη. Αντιλήψεις, οι οποίες θα πρέπει να εξετάζονται και να ερμηνεύονται βάσει του περιεχομένου της κοινωνικοποίησης στο οποίο έχουν «γαλουχηθεί» από την πρώιμη παιδική τους ηλικία. Το γεγονός μάλιστα ότι η πλειοψηφία τους είναι άνω των 50 ετών, δείχνει ότι έχουν μεγαλώσει σε ένα συντηρητικό κοινωνικό πλαίσιο, στο οποίο η ψυχική ασθένεια ήταν σχεδόν «άγνωστη», με τους ψυχικά πάσχοντες να βρίσκονται περιθωριοποιημένοι εντός ασυλιακού ή οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι εξαιρέσεις δε που παρατηρούνται φαίνεται να προκύπτουν, έπειτα από κάποια άμεση, προσωπική εμπειρία ή με επαφή.

Οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, όπου η πλειοψηφία βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα 31-40 ετών, μοιάζει αρκετά διφορούμενη. Σχεδόν το 47% του δείγματος είναι αρνητικό τόσο στην επίσκεψη σε κάποιον ειδικό, όσο και ενδεχόμενο πρόσληψης κάποιου ψυχικά νοσούντα στην επιχείρησή τους. Αντίθετα, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρουσιάζονται εξαιρετικά θετικοί και ανεκτικοί. Το 70% απαντά θετικά στην πρόσληψη αυτού του ατόμου, έστω και αν υπήρχαν κάποιοι συμμετέχοντες, που αναφέρθηκαν σε καθεστώς μερικής απασχόλησης -*«Θα τον προσλάμβανα για να βοηθήσω στην επανένταξή του, αλλά κυρίως σε θέσεις μερικής απασχόλησης, για να μπορεί να ανταποκριθεί»*.

Είναι σημαντικό, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εντάσσεται στην ηλικιακή ομάδα των 20-40 ετών. Ένα χρονικό διάστημα, κατά το οποίο σημειώνονται αξιοσημείωτες πρωτοβουλίες στο ψυχιατρικό μοντέλο περίθαλψης στη χώρα, που χαρακτηρίζεται από τις προσπάθειες αποασυλοποίησης και από την ενημέρωση, την εξοικείωση της κοινής γνώμης με ζητήματα ψυχικής υγείας.

Οι συνεντευξιζόμενοι μοιάζουν να είναι ενημερωμένοι για τις υπηρεσίες και τις δομές ψυχικής υγείας που υπάρχουν στη χώρα μας, αλλά και στην τοπική κοινωνία. Μόλις τέσσερις (4) συμμετέχοντες δήλωσαν άγνοια, όλοι άνω των 50 ετών. Στις απαντήσεις τους εμφανίζεται ένας δισταγμός, όπως και η ύπαρξη του στίγματος, *«Τι να σου πω τώρα; Δεν μου χρειάστηκε ποτέ και να πάω στο Δαφνί»*.

Παρόλα αυτά, στην πλειοψηφία τους όλοι οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν την ανάγκη της κοινωνικής ένταξης και απασχόλησης αυτών των ατόμων, ώστε να μπορούν να έχουν ένα σταθερό εισόδημα, αλλά και για να βελτιώσουν τη σωματική και την ψυχική τους υγεία. Ακόμα και οι συμμετέχοντες που ήταν επιφυλακτικοί και αρνητικοί στην επαγγελματική τους αποκατάσταση, ανέφεραν ότι θα βοηθούσαν ενεργά έναν ψυχικά πάσχοντα κυρίως οικονομικά, το οποίο υποδεικνύει την ευαισθητοποίηση του δείγματος απέναντι σε αυτά τα ζητήματα.

Αξίζει σε αυτό το σημείο να επισημανθεί ότι το δείγμα της παρούσας μελέτης σε ποσοστό 28%, θεωρεί ότι η εικόνα και ο τρόπος αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενούς έχει μεταβληθεί αισθητά από ότι στο παρελθόν. Την άποψη αυτή, υποστήριξε το 38% και το 34% των αποφοίτων της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αντίστοιχα, θέτοντας ως βασικό επιχείρημα ότι τα άτομα αυτά δεν είναι πλέον περιθωριοποιημένα ή «δακτυλοδεικτούμενα». Μία θέση ωστόσο που έρχεται σε αντιδιαστολή με τις παραπάνω τοποθετήσεις τους αναφορικά με τη λειτουργικότητα του ψυχικά ασθενούς, αλλά και με τη γενικότερη εικόνα του.

Στο σύνολό τους οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι η ψυχολογική και συναισθηματική διαφορετικότητα γίνεται εύκολα αντιληπτή από την εξωτερική εμφάνιση κάποιου ατόμου. Διάφορες χειρονομίες, το επίμονο βλέμμα, οι ασυναρτησίες, όπως και το να ομιλεί κάποιος μόνος του, είναι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που παρέθεσαν. Εξαιρετικά επίσης ενδιαφέρον, είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των αποφοίτων όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων ορίζουν την ψυχική ασθένεια ως ένα συνδυασμό των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και των κληρονομικών-βιολογικών παραγόντων, επισημαίνοντας ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αποτελούν πολλές φορές την αφορμή εκδήλωσης της διαταραχής.

Οι προσεγγίσεις αυτές αναδεικνύουν ότι ένα ικανοποιητικό ποσοστό του δείγματος είναι ενήμερο για ζητήματα ψυχικής υγείας. Για το 28% του δείγματος, η κοινωνία

μέσα από βασικούς κοινωνικούς θεσμούς και φορείς κοινωνικοποίησης, κατέχει ενεργό, θετικό ρόλο στην πληροφόρηση και στην ενημέρωση της κοινής γνώμης. Μία θέση που αντικρούει το 22% του δείγματος, δηλώνοντας την απουσία και την αδιαφορία της Πολιτείας σε ζητήματα ψυχικής υγείας.

Πράγματι, η κοινωνία φαίνεται να μην είναι ευαισθητοποιημένη απέναντι σε αυτά τα ζητήματα, το οποίο και επισημαίνεται από το σύνολο, σχεδόν, του δείγματος - *«Από τη στιγμή που ένας εργοδότης δεν προσλαμβάνει εύκολα ένα τέτοιο άτομο κάτι δείχνει, όπως και αν πας στους γονείς σου ένα τέτοιο άτομο δεν θα το αποδεχτούν»*. Μόνο το 44% των αποφοίτων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης προβάλλει μία διαφορετική εικόνα, υπογραμμίζοντας το ρόλο του εκπαιδευτικού μηχανισμού σε αυτή την αλλαγή. Παρόλα αυτά, το 37% του δείγματος, υπογραμμίζει ότι η Πολιτεία δεν ανταποκρίνεται στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις αυτής της κοινωνικής ομάδας. Απαντήσεις που επιβεβαιώνουν την αδιαφορία της Πολιτείας και συνδέεται με φαινόμενα περιθωριοποίησης και στιγματισμού.

Διφορούμενο ρόλο κατέχουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Αποτελούν έναν από τους βασικούς φορείς κοινωνικοποίησης και διαμορφωτές της κοινής γνώμης στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα. Σε ποσοστό πάνω από το 30% περίπου του δείγματος, των αποφοίτων της πρωτοβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, επισημαίνεται ο αρνητικός τους χαρακτήρας. Ο τρόπος προβολής αυτής της θεματολογίας φαίνεται να ευθύνεται για τη διαμόρφωση ενός κλίματος φόβου και ανασφάλειας στην κοινότητα, που σχετίζεται άρδην με τη διαίωση του στίγματος και με το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού.

Υπάρχει ωστόσο ένα ικανοποιητικό ποσοστό των αποφοίτων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (53%) που υπογραμμίζει τη θετική τους επίδραση, διαχωρίζοντας τον ενημερωτικό με τον ψυχαγωγικό χαρακτήρα των προγραμμάτων τους. Στις απαντήσεις τους επιχειρούν να αναδείξουν όχι μόνο το πώς συμβάλλουν στην ενημέρωση και στην πληροφόρηση της κοινής γνώμης σε ζητήματα ψυχικής υγείας, αλλά και στη διαχείριση και εντέλει στην αποδοχή της ανεκτικότητας της διαφορετικότητας, αν όχι στην πλήρη αποδοχή της.

Εξετάζοντας τις παραπάνω απαντήσεις, γίνεται σαφές ότι ακόμη και σήμερα, ένα ικανοποιητικό ποσοστό της ελληνικής κοινωνίας παραμένει εξαιρετικά επιφυλακτικό, αν όχι καχύποπτο, απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Οι χρόνια στερεοτυπικές

αντιλήψεις είναι πιο έκδηλες αν συσχετιστούν με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, καθώς και με την ηλικιακή τους ομάδα. Είναι άλλωστε χαρακτηριστικό, ότι οι νέοι ηλικίας 20 έως 35 ετών, παρουσιάζονται πιο θετικοί, υπογραμμίζοντας την ανάγκη ένταξης των ψυχικά νοσούντων.

Θα πρέπει βέβαια να υπογραμμισθεί, ότι η παρούσα μελέτη αφορά ένα μικρό δείγμα του γενικού πληθυσμού, που κατοικεί και εργάζεται στο Νομό Κορινθίας. Ένας νομός που δεν παρουσιάζει αυξημένη πληθυσμιακή συγκέντρωση, ούτε και αυξημένο αριθμό δημόσιων και ιδιωτικών ψυχιατρικών δομών και υπηρεσιών. Υπό αυτές τις συνθήκες, τα ευρήματα αυτής της έρευνας δεν μπορούν να γενικευθούν και να αναχθούν σε ευρύτερα πλαίσια. Θα πρέπει να επισημανθεί εκ νέου ότι μολονότι η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε έπειτα από το προσωπικό ενδιαφέρον του ερευνητή, οι συμμετέχοντες ήταν εντούτοις, εξαιρετικά πρόθυμοι να συμμετέχουν, ακόμα και εντός του χώρου εργασίας τους.

Βάσει αυτών των διαπιστώσεων και παρά τους περιορισμούς που παρουσιάζονται, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση των απόψεων της κοινής γνώμης για την ψυχική υγεία σε πανελλαδική εμβέλεια, ώστε να πραγματοποιηθεί και μία σύγκριση μεταξύ του πληθυσμού της εκάστοτε περιφέρειας, σε συνάρτηση με τις δομές ψυχικής υγείας και της δυνατότητας ένταξης των ψυχικά πασχόντων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο θα μπορούν να μελετηθούν οι όποιες αλλαγές έχουν επέλθει στον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας.

Κεφάλαιο 2

Η κοινωνική αντίδραση έναντι της ψυχικής ασθένειας

Η απόφαση αμερικανικής μάρκας κοσμημάτων να δημιουργήσει μία συλλογή κρεμαστών για το λαιμό με τις λέξεις «άγχος» (anxiety), «κατάθλιψη» (depression) και «διπολικός» (bipolar) προκάλεσε σφοδρές αντιδράσεις με τους επικριτές της να κάνουν λόγο για «ρομαντικοποίηση της ψυχικής ασθένειας». Εκπρόσωποι της εταιρείας αναφέρουν ότι η πρωτοβουλία αυτή στοχεύει στην διαχείριση των ταμπού που περιβάλλουν την ψυχική ασθένεια, υποστηρίζοντας ότι τα έσοδα θα διατεθούν σε μη κερδοσκοπικό οργανισμό. Την ίδια περίοδο, το Υπουργείο Υγείας της Νορβηγίας εισήγαγε τη θέσπιση θεραπευτικών δομών και προσεγγίσεων χωρίς τη χρήση φαρμάκων στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της χώρας. Σχεδιάζεται το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο, όπου ειδικοί επενδύουν στη σωματική δραστηριότητα, στην καλλιτεχνική ενασχόληση και κυρίως στο διάλογο και στην επανένταξη των ψυχικά νοσούντων στην καθημερινή ζωή, δίχως τη χρήση φαρμάκων.

Οι πρωτοβουλίες αυτές φανερώνουν μία μεταστροφή του τρόπου διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας. Μία μεταβολή που δεν είναι ασύνδετη από τις όποιες αλλαγές έχουν επέλθει και συνεχίζουν να πραγματοποιούνται σε κοινωνικο-πολιτιστικό επίπεδο. Αλλαγές που υποδηλώνουν την κοινωνική στάση έναντι αυτών των ζητημάτων. Για δεκαετίες, η ψυχική ασθένεια ήταν άμεσα συνυφασμένη με τον κοινωνικό στιγματισμό και την περιθωριοποίηση, με αποτέλεσμα η διαχείρισή της να περιοριζόταν στη συνταγογράφηση φαρμάκων, η οποία απέβλεπε στην προστασία του ασθενούς αλλά και των οικείων του από τον ίδιο. Μία πολιτική που στηριζόταν σε στερεοτυπικές αντιλήψεις περί επικινδυνότητας και ανικανότητας του ψυχικά πάσχοντα, καθιστώντας τον ουσιαστικά σε έναν παθητικό δέκτη, περιθωριοποιημένο από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και δυνάμει επικίνδυνο.

Στο σύγχρονο κοινωνικό περιβάλλον, το κοινωνικό στίγμα δεν έχει εξαλειφθεί. Ένα ικανοποιητικό μέρος της κοινής γνώμης συνεχίζει να αντιμετωπίζει αυτά τα άτομα με επιφυλακτικότητα, αν όχι με καχυποψία, θεωρώντας τα ανίκανα να ανταπεξέλθουν στους γρήγορους, αγχωτικούς ρυθμούς της καθημερινότητας. Το στίγμα αναπαράγεται από βασικούς φορείς και θεσμούς της κοινωνίας, το οποίο εμφανίζεται από τις εκάστοτε στρατηγικές και πολιτικές που ακολουθεί η Πολιτεία. Πρόκειται για

το λεγόμενο δομικό στιγματισμό, μέσω του οποίου διαιώνίζεται και αναπαράγεται ο κοινωνικός στιγματισμός και τα κοινωνικά μειονεκτήματα. Ενδεικτικό παράδειγμα της αναπαραγωγής των στερεοτυπικών αντιλήψεων που επιφέρει το στίγμα συνιστά η μελέτη των Castel et al. (1979, αναφέρεται στο Pilgrim,Rogers,2004:28-29), όπου σε δείγμα 1.500 ατόμων, κατέδειξαν ότι για το 61% του δείγματος, ένας σχιζοφρενής ήταν πιο πιθανό να διαπράξει ένα βίαιο έγκλημα από κάποιον υγιή.

Στην Ελλάδα, οι Βασιλείου και Βασιλείου (1964, αναφέρεται στο Κουτρελάκος, 1984:22) υπήρξαν από τους πρώτους που επιχείρησαν να διερευνήσουν τη στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Αυτό που διαπίστωσαν ήταν ότι το αθηναϊκό κοινό ήταν απληροφόρητο σε ότι αφορά την ψυχική ασθένεια και απρόθυμο να ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και άλλες μεταγενέστερες έρευνες. Οι Οικονόμου και συν. (2010:221) εξέτασαν τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Αναλύοντας τις απαντήσεις 1.199 ατόμων, ηλικίας από 15-80 ετών, προέκυψε ότι στην Ελλάδα η επιθυμία διατήρησης της απόστασης από ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι εντονότερη και συνεπώς το στίγμα είναι μεγαλύτερο, σε σχέση με τα δεδομένα μελετών που πραγματοποιήθηκαν στον Καναδά και στη Γερμανία. Ο γενικός πληθυσμός, σε ποσοστό 74,9% παρουσιάζεται εξαιρετικά κατηγορηματικός στο ενδεχόμενο να συγκατοικήσει με κάποιον ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια, όταν το αντίστοιχο ποσοστό στη Γερμανία και στον Καναδά ανέρχεται στο 42,8% και στο 47%, αντίστοιχα. Η αρνητική στάση της ελληνικής κοινωνίας εμφανίζεται και από το ότι το 32,9% του ελληνικού δείγματος απάντησε καταφατικά στο ερώτημα «αν θα φοβόταν να πιάσει κουβέντα με κάποιον με σχιζοφρένεια», με το ανάλογο ποσοστό στον Καναδά να είναι στο 11,6% και στη Γερμανία, μόλις στο 8,5%!

Τα ανωτέρω ευρήματα δεν προκαλούν έκπληξη. Η εικόνα της ελληνικής κοινής γνώμης σε ζητήματα ψυχικής υγείας μοιάζει να είναι διφορούμενη, κάτι το οποίο επιβεβαιώθηκε στο προηγούμενο Κεφάλαιο (1.3.3). Σε μεγάλο βαθμό, η κοινή γνώμη συνεχίζει να παραμένει διστακτική και συχνά αδιάφορη, αν όχι προκατειλημμένη και απορριπτική απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Μία στάση που οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων, οι οποίοι βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ελληνικής κοινωνίας. Χαρακτηριστικά που ευθύνονται για τη διαμόρφωση και την καθιέρωση συγκεκριμένων προτύπων και συμπεριφορών, που ορίζουν το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό και τι όχι ή αλλιώς τα όρια ανάμεσα στη

φυσιολογικότητα και τη μη φυσιολογικότητα. Όρια που διακρίνουν συμπεριφορές σε φυσιολογικές και μη, επηρεάζοντας το άτομο σε προσωπικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο.

Πρότυπα και συμπεριφορές που «διδάσκονται» ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία, μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης. Μία διαδικασία που αναδεικνύει τη σημασία της συλλογικότητας, όπως και την κοινωνική φύση του ανθρώπου, η οποία είναι υπεύθυνη για την απόκτηση κοινωνικών ρόλων και κοινωνικών ταυτοτήτων. Με αυτή την έννοια, ο τρόπος αντίδρασης έναντι της ψυχικής διαταραχής δεν μπορεί να εξετάζεται μεμονωμένα από το πολιτιστικό πλαίσιο. Αξίζει να αναφερθεί, ότι η πολυκεντρική πιλοτική έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη σχιζοφρένεια που διεξήχθη σε δυτικές και αναπτυσσόμενες χώρες, αποκάλυψε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια στις αναπτυσσόμενες χώρες είχαν καλύτερα αποτελέσματα κοινωνικής λειτουργικότητας και ενσωμάτωσης από ότι στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες (Μαδιανός,2015:47-48). Ένα συμπέρασμα που εγείρει βασικά ερωτήματα περί εξέλιξης των κοινωνιών και της γενικότερης ύπαρξης του κράτους πρόνοιας στις δυτικές κοινωνίες.

2.1. Η σχέση της ψυχικής ασθένειας με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες

Στη διεθνή βιβλιογραφία μελετάται εκτενώς η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και δη πώς η κοινωνική διαστρωμάτωση επιδρά στον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας. Μία σχέση που εμφανίζεται στη συμπτωματολογία, αλλά και στη διάγνωση της ψυχικής νόσου. Πλήθος ερευνητών κατέδειξαν συστηματικές κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις ως προς την εκδήλωση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι άνθρωποι με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό στάτους, είναι 2 έως 3 φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν κάποια ψυχική διαταραχή, σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν σε υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Belle,1990).

Κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα διεξήχθη στο Σικάγο η πρώτη επιδημιολογική μελέτη, που διερευνούσε τη σχέση της ψυχικής υγείας με εξωτερικές παραμέτρους. Οι Faris και Dunham (αναφέρονται στο Thio,2003:351-352) εξετάζοντας όλους τους φακέλους των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα κρατικά και στα ιδιωτικά ψυχιατρεία της περιοχής από το 1922 έως το 1934, διαπίστωσαν ότι η

πλειοψηφία των ασθενών προέρχονται από αποδιοργανωμένες περιοχές, στις οποίες κυριαρχούσαν υψηλά ποσοστά φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, όπως ανεργία και εγκληματικότητα. Φαινόμενα που επηρεάζουν την κοινωνική συνοχή, προκαλώντας διάρρηξη στον κοινωνικό ιστό.

Οι Brown και Harris (1978, αναφέρεται στο Ζήση,2012:113-114) μέσα από ποιοτικές συνεντεύξεις με 220 γυναίκες χαμηλής έως μεσαίας κοινωνικοοικονομικής τάξης και με 114 γυναίκες σε συνθήκες νοσηλείας στην περιοχή του Λονδίνου, ανέδειξαν μία ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά γεγονότα της ζωής και στις χρόνιες δυσχέρειες, με την κατάθλιψη. Το 86% του δείγματος της κοινότητας που είχε εκδηλώσει πρόσφατα κατάθλιψη, δήλωσε ότι είχε προηγηθεί κάποια απώλεια στη ζωή τους ή ότι αντιμετώπιζαν κάποια χρόνια δυσχέρεια. Στην ίδια έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το 25% των γυναικών που ανήκαν στην κατώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη –έναντι του 5% της μεσαίας τάξης- είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη ή αντιμετώπιζαν προβλήματα χρόνιας κατάθλιψης. Μία σύγκριση που υποδηλώνει μία σχέση αλληλεπίδρασης της κοινωνικής τάξης με την κατάθλιψη.

Για τους Lorant et al. (2003) υπάρχει μία αναμφισβήτητη σύνδεση της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ενός ατόμου με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ένα συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν, αποδεικνύοντας ότι μία αύξηση 1% στο εισόδημα ήταν ικανή να μειώσει τις πιθανότητες κατάθλιψης κατά 0,74%. Οι Fryers et al. (2005) μελετώντας τα πορίσματα ερευνών της τελευταίας εικοσιπενταετίας, έδειξαν ότι οι άνθρωποι χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, συνδέοντας τους αρνητικούς επιδημιολογικούς δείκτες με τις υλικές δυσχέρειες, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και την ανεργία.

Σε ανάλυση των Weich et al. (2003) βρέθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της ψυχικής υγείας των κατοίκων (14,4%) ερμηνεύεται στο πλαίσιο των κοινωνικοοικονομικών και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών. Μία θέση που επιβεβαιώνεται εξίσου από τα πορίσματα άλλων ερευνών. Οι άνθρωποι των υποβαθμισμένων περιοχών, ανεξαρτήτως των προσωπικών τους συνθηκών, υποφέρουν συχνότερα από κατάθλιψη, σε σύγκριση με τους κατοίκους των προνομιούχων περιοχών (Ζήση,2013:103).

Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα των Weich και Lewis (1998), όπου διαπιστώθηκε μία ισχυρή συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών με τον επιπολασμό της νευρωτικής διαταραχής. Σύμφωνα με τα πορίσματα που προέκυψαν, η εισοδηματική ανισότητα είναι εκείνη που επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία και στον επιπολασμό της νευρωτικής διαταραχής. Μεταγενέστερες έρευνες υπογραμμίζουν ότι παράγοντες όπως η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν ουσιαστικά τη διάρκεια των επεισοδίων των διανοητικών διαταραχών, αλλά όχι την πιθανότητα εμφάνισής τους (Hudson,2005, Weich,Lewis,1998).

Οι διαπιστώσεις αυτές καταδεικνύουν τη σημασία αλλαγής του τρόπου αντιμετώπισης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων. Καθίσταται αναγκαία η σωστή –ή έστω η αποτελεσματική- ανακατανομή του πλούτου, που θα συντελέσει όχι μόνο στη μείωση των ανισοτήτων, αλλά θα συμβάλλει παράλληλα, στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού και κατ'επέκταση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Στην πραγματικότητα, η φτώχεια συνιστά ένα πολυσύνθετο φαινόμενο και καθοριστικό προγνωστικό δείκτη εμφάνισης της ψυχοπαθολογίας και της ψυχολογικής εξάντλησης. Αυτές οι συνθήκες στέρησης που δημιουργούνται, περιλαμβάνουν ένα πλήθος μορφών καταπίεσης και απρόβλεπτων καταστάσεων, οι οποίες εντείνουν την κοινωνικοοικονομική και την ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα του ατόμου. Συνθήκες που αποτελούν ταυτοχρόνως μία «πηγή» έντονου άγχους και στρες για το άτομο, διαμορφώνοντας μία αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στο στίγμα και στην ψυχική ασθένεια. Αποτέλεσμα αυτής της «ιδιόρρυθμης κατάστασης» είναι οι πάσχοντες να βιώνουν πολλαπλές μορφές αποκλεισμού, έχοντας αντίτυπο στην πρόσβασή τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στις δυνατότητές ένταξής τους στην κοινότητα (Pilgrim,Rogers,2004:78).

Οι θέσεις αυτές εντάσσονται στο μοντέλο της κοινωνικής αιτιότητας (social causation theory) και στο μοντέλο της κοινωνικής επιλογής (social selection theory). Κατά το πρώτο, οι δυσχέρειες και οι αντιξοότητες που βιώνουν συχνότερα, εντονότερα και μακροπρόθεσμα τα άτομα των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, επιφέρουν την ψυχική τους καταπόνηση, δημιουργώντας μάλιστα εμπόδια και περιορισμούς στην απόλαυση των βασικών τους δικαιωμάτων. Σε μία διαφορετική θεώρηση καταλήγει το μοντέλο της κοινωνικής επιλογής, βάσει του

οποίου είναι η ψυχοπαθολογία –ή και η προδιάθεσή της- υπαίτια για τις επιλογές του ατόμου, οι οποίες επηρεάζουν αλλά και καθορίζουν την κοινωνικοοικονομική του θέση. Στο ίδιο μοντέλο εντάσσεται και η υπόθεση της κοινωνικής ολίσθησης (social drift) που προβλέπει την αρνητική κοινωνική κινητικότητα ως συνέπεια της ψυχιατρικής νοσηρότητας (Ζήση,2012:108-109).

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να παρουσιάζουν μία άμεση αλληλεξάρτηση και αμφίδρομη σχέση με τη σωματική και την ψυχική υγεία του ατόμου. Μία συσχέτιση που εκφράζεται και με τη διάρρηξη του κοινωνικού ιστού και ιδίως με το στίγμα που συνοδεύει τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας. Πέρα από τη συναισθηματική φόρτιση και τη συμπτωματολογία της νόσου, ο ψυχικά ασθενής καλείται επίσης να διαχειριστεί τις συνθήκες που επιφέρει ο πολλαπλός κοινωνικός του αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση, εντείνοντας περαιτέρω τη συναισθηματική και την ψυχική του κατάσταση.

2.2. Το στίγμα

Μέσα από το έργο του Γάλλου φιλοσόφου, Μ. Foucault, *Η ιστορία της τρέλας* (1961), διαπιστώνεται μία ρευστότητα της έννοιας της ψυχικής ασθένειας. Μίας έννοιας που φαίνεται να αναδιαμορφώνεται ανά τους αιώνες, ακολουθώντας ουσιαστικά τις κυριαρχούσες κοινωνικές, πολιτιστικές και ιστορικές αντιλήψεις, γεγονός που αναδεικνύει την κοινωνική της κατασκευή. Στις πρωτόγονες κοινωνίες για παράδειγμα, η ψυχική διαταραχή προσδιοριζόταν σαν μία εκδήλωση κάποιου θεϊκού πνεύματος, όταν το Μεσαίωνα γίνεται συνώνυμο της επικινδυνότητας και της απόκλισης. Μία αντίδραση που σχετίζεται με τον τρόπο διαχείρισης και θεραπείας αυτών των διαταραχών, καθώς και με τις αντιλήψεις περί λειτουργικότητας και αποδοχής του ασθενούς εντός της κοινότητας. Μία στάση που μεταβάλλεται τον 18ο αιώνα, ο οποίος σηματοδοτείται από την εμφάνιση της ψυχιατρικής επιστήμης, «εγκαινιάζοντας» τη μετάβαση στη σύγχρονη εποχή, με την ψυχική ασθένεια να προσδιορίζεται και να καθορίζεται με τη σημερινή της σημασία.

Με την πάροδο των ετών σημειώνονται αξιοσημείωτες μεταβολές στο χώρο της ψυχιατρικής, ως απόρροια των γενικότερων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και των τεχνολογικών εξελίξεων. Το 1952 η ομοφυλοφιλία καταχωρήθηκε στο πρώτο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM) ως μία κοινωνικοπαθητική διαταραχή

της προσωπικότητας, ενώ στη δεύτερη έκδοσή του το 1960, χαρακτηρίζεται ως σεξουαλική απόκλιση. Ήταν μόλις το 1973, όταν η ομοφυλοφιλία αφαιρέθηκε από τη λίστα των ψυχικών διαταραχών του DSM. Η υστερία από την άλλη πλευρά, ταυτιζόταν με τη γυναικεία φύση, την έλλειψη φυσιολογικής σεξουαλικής ζωής και την έλλειψη μητρότητας. Μία άποψη που άρχισε να μεταβάλλεται τέλη του 19^{ου} αιώνα μέχρι το 1890, όπου η υστερία έπαψε να θεωρείται διαταραχή, παραμένοντας ένα σύμπτωμα ασθένειας.

Οι Phelan et al. (2000) συγκρίνοντας τις αντιλήψεις του 1950 με εκείνες του 1996 διαπίστωσαν ότι κατά το παρελθόν οι άνθρωποι συνήθως συσχετιζαν αποκλειστικά την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, με την εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων. Το 1996 ωστόσο, οι ορισμοί επεκτάθηκαν προκειμένου να συμπεριλάβουν ένα εύρος μη ψυχωτικών συμπτωμάτων. Αξίζει δε να επισημανθεί ότι παρά τη βελτίωση που παρατηρείται στην κοινωνία αναφορικά με τα ζητήματα ψυχικής υγείας, οι άνθρωποι του 1996 είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να συσχετίσουν την ψυχική ασθένεια με τη βία, ιδίως στην περίπτωση της ψύχωσης.

Οι παραπάνω προσεγγίσεις είναι ενδεικτικές του τρόπου διαχείρισης και αντιμετώπισης των ψυχικών ζητημάτων, που για δεκαετίες θεωρούνταν μία άκρα προσωπική, οικογενειακή υπόθεση, αυστηρά περιορισμένη εντός του οικείου περιβάλλοντος. Ένας τρόπος αντιμετώπισης άμεσα συνυφασμένος με τον κοινωνικό στιγματισμό και την περιθωριοποίηση που επέφερε η διάγνωση, η οποία συνοδεύταν από τον περιορισμό –και συχνά τον αποκλεισμό– του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον και τη συνταγογράφηση φαρμάκων, προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να προστατευθεί ο ασθενής αλλά κυρίως οι οικείοι του και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον από τον ίδιο. Μία πολιτική που στηριζόταν σε στερεοτυπικές αντιλήψεις περί επικινδυνότητας και ανικανότητας του ψυχικά πάσχοντα, καθιστώντας τον ουσιαστικά ένα παθητικό δέκτη, περιθωριοποιημένο από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Κατά καιρούς έχει διατυπωθεί μία πληθώρα προσεγγίσεων που επιχειρούν να προσδιορίσουν τα αίτια της αναπαραγωγής και της εδραίωσης του δημόσιου στίγματος. Η πληροφόρηση σε ζητήματα ψυχικής ασθένειας, όπως και η προσωπική επαφή με άτομα με ψυχικές διαταραχές αποτελούν ίσως τον ισχυρότερο παράγοντα για την υιοθέτηση μίας πιο θετικής στάσης απέναντι σε αυτά τα άτομα (Addison,

Thorpe,2004). Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή και η θρησκευτική κατάσταση είναι ορισμένοι άλλοι παράγοντες που παρουσιάζουν μία συσχέτιση με το στίγμα, ενώ δεν πρέπει να παραλείπεται η σημασία του κοινωνικο-πολιτιστικού περιβάλλοντος και ειδικότερα της κουλτούρας στην αναπαραγωγή στερεοτυπικών αντιλήψεων.

Οι Anglin et al. (2006) διαπίστωσαν ότι οι Αφροαμερικανοί είχαν ισχυρότερες στερεοτυπικές, στιγματίζουσες αντιλήψεις σε σχέση με τους Καυκάσιους Αμερικανούς, ανεξάρτητα από την ηλικία, τις πολιτικές αντιλήψεις, το οικογενειακό εισόδημα, την εκπαίδευση και τη θρησκεία. Αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες παρουσιάζονται και στην ελληνική επικράτεια. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζονται περισσότερο θετικοί στην υιοθέτηση στερεοτυπικών διακρίσεων σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία, όπως και οι κάτοικοι της υπαίθρου έναντι του πληθυσμού των αστικών περιοχών, καθώς και μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και των ανθρώπων με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο (Mouzas et al.,2008).

Οι Tzouvara et al. (2016) στην πρώτη συστηματική ανασκόπηση της επικράτησης του στίγματος των ψυχικών ασθενειών στην ελληνική κουλτούρα, εντόπισαν σταθερά μέτρια και υψηλά ποσοστά ιδίως όσον αφορά τις κοινωνικές διακρίσεις, τον περιορισμό, την κοινωνική απόσταση και τον κοινωνικό έλεγχο, την ίδια ώρα που διαπιστώνεται υψηλή συμπάθεια απέναντι στα άτομα με ψυχικές ασθένειες (Tzouvara,Papadopoulos,2014). Οι Efstathiou et al. (2018) ανέδειξαν την επίδραση του στίγματος στην αναζήτηση βοήθειας, με τους άνδρες να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαλωτότητα εντός της ελληνικής κοινωνίας.

Οι Kararounaki et al. (2019), εξετάζοντας τις απόψεις Ελλήνων φοιτητών στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και τη θεραπεία τους, κατέδειξαν ότι μολονότι η πλειοψηφία των μαθητών (87%) γνώριζε το τι ορίζεται ως ψυχική διαταραχή, το 30% θεωρούσε τους ψυχικά πάσχοντες υπαίτιους για την κατάστασή τους, όταν πάνω από το 95% απάντησε ότι ευθύνεται ο τρόπος που μεγάλωσαν, με το 60% να δηλώνει ότι η ψυχική διαταραχή είναι κληρονομήσιμη. Μόνο μία μικρή μειοψηφία παρουσιάστηκε εξαιρετικά αρνητική στο ενδεχόμενο κοινωνικών επαφών με ένα τέτοιο άτομο. Η παρούσα έρευνα ωστόσο, επιβεβαίωσε τα πορίσματα προηγούμενων μελετών αναφορικά με τη σημασία του φύλου, του

εκπαιδευτικού επιπέδου και της προσωπικής εμπειρίας με ένα άτομο με ψυχικές διαταραχές στην υιοθέτηση αρνητικών στερεοτυπικών αντιλήψεων. Η πρόσφατη δε εμπειρία της ελληνικής κοινωνίας με την οικονομική κρίση, συντέλεσε θετικά στην πληροφόρηση και στην ενημέρωση της κοινής γνώμης σε ζητήματα ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση στον περιορισμό του δημόσιου στίγματος.

Γίνεται αντιληπτό ότι ο τρόπος και ο βαθμός του στίγματος ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των πολιτισμών. Η ιστορική ανασκόπηση της κοινωνικής αντίδρασης, όπως και του τρόπου διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, ιδίως κατά τις προβιομηχανικές κοινωνίες επιβεβαιώνει σε μεγάλο βαθμό την «κοινωνιογένεσή» της. Μία θέση που φαίνεται να ερμηνεύεται με σαφήνεια μέσα από τη θεωρία της ετικετοποίησης και του στίγματος. Αυτό δεν σημαίνει ότι υποβαθμίζεται η ύπαρξη ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας. Είναι αντίθετα η κοινωνική στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες που επηρεάζει σε εντυπωσιακό βαθμό τον τρόπο διαχείρισης, ακόμα και τη συμπτωματολογία της.

Σύμφωνα με τον Goffman (2001), η έννοια του στίγματος αναδεικνύει τη διαχρονικά, πάγια τακτική της κοινωνίας, να κατηγοριοποιεί τις κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές. Με λίγα λόγια είναι η ίδια η κοινωνία που καθορίζει τα όρια περί φυσιολογικότητας και μη, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην κατηγοριοποίηση των δρώντων κοινωνικών υποκειμένων και διασφαλίζοντας την κοινωνική ευρυθμία και συνοχή. Η περίπτωση της ψυχοπαθολογίας συνιστά μία ενδεικτική περίπτωση κοινωνικής κατηγοριοποίησης, όπου εμφανίζεται μέσα από τη χρήση της φράσης «γίνεται αντιληπτό ως» και όχι μέσω κάποιας «αντικειμενικής» ιατρικής συμπτωματολογίας (Goffman,2012:29).

Ο Becker (2000:58-59) υποστηρίζει ότι είναι οι κοινωνικές ομάδες εκείνες που δημιουργούν την παρέκκλιση. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, θεσπίζονται κανόνες και όρια, προάγοντας με αυτό τον τρόπο καθορισμένες κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές, την ίδια ώρα που αποδοκιμάζονται άλλες. Οτιδήποτε αποκλίνει από τα πρότυπα, όρια των καθολικά κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών περιθωριοποιούνται, στιγματίζονται και χαρακτηρίζονται ως αποκλίνουσες συμπεριφορές, απόρροια της κοινωνικής αποδιοργάνωσης. Συνεπώς, όταν ένα άτομο διαπράττει μία συμπεριφορά που διασπά τη σταθερότητα και αντιτίθεται στις

κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές, χαρακτηρίζεται ως δυσλειτουργικό και περιθωριοποιείται από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Ο Scheff (1999) επισημαίνει τη σημασία της κουλτούρας στη διαμόρφωση του εκάστοτε αξιακού συστήματος, καθώς και στην κατηγοριοποίηση των παρεκτροπών, με την ψυχοπαθολογία να ερμηνεύεται σαν μία στιγμιαία παρέκκλιση από τον κανόνα της φυσιολογικότητας. Ο Link (1989, αναφέρεται στο Μαδιανός, 2015:45-46) θεωρεί ότι οι συμπεριφορές αυτές αναπαράγονται μέσω της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης, η οποία είναι εξίσου υπεύθυνη για τη διαμόρφωση των αξιών, των προτύπων και των στερεοτύπων, καθώς και για τις στάσεις των ατόμων έναντι της ψυχικής ασθένειας. Οι Zartaloudi και Madianos (2010) υποστηρίζουν ότι η κατάρριψη του στίγματος δεν μπορεί να επιτευχθεί μέχρι να καταλάβει η κοινή γνώμη το αρνητικό αντίκτυπο αυτής της κατάστασης όχι μόνο στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αλλά και στις οικογένειές τους.

Για τον Gove (1975), οι αιτίες της κοινωνικής απόρριψης βρίσκονται στις ορατές εκδηλώσεις (συμπτωματολογία) της διανοητικής διαταραχής και όχι στην ετικετοποίηση, η οποία συνιστά μία δευτερογενή συνέπεια. Οι Phelan και Link (1999, αναφέρεται στο Ζήση, 2013:42-44), εστιάζοντας στη θεωρία του στίγματος καταλήγουν στα εξής συμπεράσματα. Τα άτομα που παρουσιάζουν παραδοσιακά «ψυχιατρικά συμπτώματα» είναι πιθανότερο, να τους αποδοθεί από το θεσμικό σύστημα ετικέτες ψυχιατρικής διάγνωσης, σε σχέση με τα άτομα που δεν εμφανίζουν τέτοια «συμπτώματα». Μία κατάσταση που έχει αντίκτυπο στο ίδιο το άτομο, το οποίο οδηγείται στην εσωτερίκευση του στίγματος. Όταν οι παρεκκλίνοντες βιώνουν συναισθηματικές εμπειρίες, αντίθετες από τις κοινωνικά αποδεκτές, τείνουν να αποδίδουν οι ίδιοι στον εαυτό τους αρνητικούς, απαξιωτικούς χαρακτηρισμούς, αυτορρυθμίζοντας με αυτό τον τρόπο τη «συναισθηματική τους παρεκτροπή».

Οι Corrigan και Watson (2002) αναφέρονται στις πολυδιάστατες και πολυσύνθετες επιπτώσεις του στίγματος, οι οποίες δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως μία στατική διαδικασία. Το στίγμα δεν περιορίζεται απλώς στην απονομή αρνητικών ιδιοτήτων σε μία συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Επηρεάζει όλο το φάσμα της κοινωνικής και της προσωπικής ζωής και σχετίζεται με την πρόσβαση του ατόμου σε βασικά αγαθά, όπως και με την απόλαυση θεμελιωδών δικαιωμάτων. Συνδέεται με μία σειρά κοινωνικών διακρίσεων και φαινομένων περιθωριοποίησης, που οδηγούν σε

φαινόμενα «περιχαράκωσης». Το στίγμα εσωτερικεύεται ταυτοχρόνως από το άτομο, ως μία μορφή μειονεξίας, επηρεάζοντας όλο το εύρος της κοινωνικής και της προσωπικής του ζωής, την αυτοεκτίμηση και εντέλει την αυτοεικόνα του, προκαλώντας ανάλογες συμπεριφορές. Σύμφωνα με την Grotz (2001:20, αναφέρεται στο Goffman,2012:15) η ψυχασθένεια εκδηλώνεται, όταν τα σύνορα της ταυτότητας καταρρέουν και το υποκείμενο δεν μπορεί πια να διακρίνει τι είναι εντός και τι εκτός, τι είναι ο εαυτός και τι είναι ο άλλος. Μία θέση που καταδεικνύει την «εύθραυστη» κοινωνική πραγματικότητα και τους κοινωνικούς ρόλους που απορρέουν από αυτήν.

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές καλούνται να διαχειριστούν εκτός από τη συμπτωματολογία της ίδιας της νόσου, την κοινωνική αντίδραση. Το κοινωνικό στίγμα, το φόβο που επιφέρει η διάγνωση και δη η γνωστοποίησή της στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Έννοιες όπως, περίεργος, επικίνδυνος, επιθετικός, εσωστρεφής, ανίκανος για εργασία, νοητική στέρωση, είναι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά, «ταμπέλες» που μαρτυρούν τη διαχρονική αρνητική κοινωνική αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντα, δημιουργώντας εμπόδια σε όλο το φάσμα της καθημερινότητάς του. Μία αντίδραση που συνδέεται άμεσα με τις κοινωνικές προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που ενυπάρχουν και αναπαράγονται στην κοινωνία, εξαιτίας της απόκλισης αυτής της συμπεριφοράς από τα όρια της φυσιολογικότητας.

Η διάγνωση μιας ψυχικής νόσου συνεπάγεται την άμεση υιοθέτηση αρνητικών στερεοτυπικών αντιλήψεων, οι οποίες συνιστούν τις κύριες αιτίες που χαρακτηρίζουν την ψυχική ασθένεια ως ένα θέμα ταμπού, συνοδευόμενο από ενοχικά συναισθήματα. Η προσωπική ταυτότητα του ατόμου αντικαθίσταται από την ψυχική διαταραχή, η οποία ορίζει πλέον το «ποιος είναι», αντικαθιστώντας επί της ουσίας την προσωπικότητά του με την κοινωνική του εικόνα. Μία διαδικασία που επιφέρει την εσωτερίκευση του στίγματος, τον αυτοστιγματισμό του, την ενσωμάτωση δηλαδή αυτών των αρνητικών χαρακτηριστικών, με ανάλογες επιπτώσεις στην αυτοεικόνα του (Goffman,2001).

Η εσωτερίκευση αυτή έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά του ατόμου, το οποίο αμφιταλαντεύεται ανάμεσα σε ακραίες συμπεριφορές, εξαιτίας του φόβου που βιώνει για το πώς μπορεί να ερμηνευθεί η συμπεριφορά του (Goffman,2001). Πολλά άτομα, εξαιτίας ακριβώς του στιγματισμού, αποφεύγουν να αναζητήσουν βοήθεια ή και να

ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους, όταν άλλες φορές είναι οι ίδιοι που υποτιμώντας τον εαυτό και τις δεξιότητές τους, «επιλέγουν» άλλοτε συνειδητά και άλλοτε όχι, να αυτο-απομονώνονται, να αυτό-περιθωριοποιούνται, δίνοντας με αυτό τον τρόπο μία «άτυπη» ερμηνεία στις πολλαπλές διακρίσεις που βιώνουν (Corrigan,2004).

Η ετικετοποίηση είναι εντονότερη σε κάποιες μορφές διαταραχών και ιδίως στην περίπτωση των γενετήσιων ψυχικών παθήσεων, υπερβαίνοντας μάλιστα τη συμπτωματολογία της νόσου. Η σχιζοφρένεια ταυτίζεται συχνά με την επικινδυνότητα και την ανικανότητα. Μία «ταμπέλα» η οποία ακολουθεί την ψυχοπαθολογία, έστω και αν η αυξημένη επικινδυνότητα αφορά συγκεκριμένες υποομάδες σχιζοφρενών. Πρόκειται για ασθενείς σε υποτροπή ή με ενεργά ψυχωτικά συμπτώματα, που δεν βρίσκονται σε σταθερή ιατρική παρακολούθηση και αγωγή. Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας είναι η αποδοχή της φαρμακοθεραπείας ή όχι από τον ασθενή, όπως και σε δεύτερο επίπεδο, ο χρόνος που έχει επέλθει από τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής (Τσόπελας,Μαρτινάκη,2014:302-303). Για την Τσαλίκογλου (1987), δεν είναι το σύμπτωμα εκείνο που οδηγεί σε παρεκτροπή, αλλά το περιεχόμενο του συμπτώματος που βασίζεται σε μία πολυμορφία κοινωνικών εμπειριών του υποκειμένου.

Πίνακας 2. Συχνότητα βίαιης συμπεριφοράς σε διάφορες ψυχικές διαταραχές (πηγή: Eronen,Schuze,1998, Αλεβιζόπουλος,2005, αναφέρεται στο Τσόπελας,Μαρτινάκη, 2014:302).

Είδος Διαταραχής	Συχνότητα βίαιης συμπεριφοράς
Μείζονα Ψυχική Διαταραχή	4,2-33,6%
Οργανικές Διαταραχές	2,6-5,0%
Σχιζοφρένεια	3,1-7,2%
Συναισθηματικές Διαταραχές	1,4-8,8%
Αγχώδεις Διαταραχές	0,9-1,2%
Κατάχρηση Ουσιών	6,5-54%
Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας	7,2-54,6%

Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, δηλώνουν ότι βιώνουν διακρίσεις σε έναν τουλάχιστον σημαντικό τομέα της ζωής τους. Σε παγκόσμια έρευνα των Lasalvia et al. (2013:60), οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 40% απάντησαν ότι έχουν βιώσει διακρίσεις από την οικογένειά τους, από τα φιλικά τους πρόσωπα (33%), από το σύντροφό τους (23%) και στον εργασιακό τους χώρο (21%). Αντίστοιχα,

διερευνώντας τις κοινωνικές αντιδράσεις σχετικά με τους ψυχικά πάσχοντες, οι Martin et al. (2000), διαπίστωσαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν εξαιρετικά αρνητικοί στο ενδεχόμενο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, με το 60% σχεδόν, να αναφέρει ότι δεν θα ήθελε αυτό το άτομο στο χώρο της εργασίας του και περίπου το 70% ότι δεν θα επέτρεπε σε αυτό το άτομο να παντρευτεί με ένα μέλος της οικογένειάς του.

Ο φόβος του στιγματισμού είναι επιπλέον υπαίτιος για ένα ικανοποιητικό ποσοστό ατόμων που είτε δεν λαμβάνει κάποια θεραπεία, είτε δεν αναζητά θεραπεία, φοβούμενο τις επακόλουθες διακρίσεις που θα επιφέρει αυτή η διάγνωση. Μία συμπεριφορά που ανατροφοδοτεί το φαύλο κύκλο του στίγματος. Είναι δε εντυπωσιακό ότι, ακόμα και στην περίπτωση που τα συμπτώματα της νόσου υποχωρήσουν, καθιστώντας το άτομο λειτουργικό, ικανό να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο, το στίγμα και οι διακρίσεις εις βάρος του θα παραμείνουν. Μία κατάσταση που περιορίζει τις πιθανότητές του για κοινωνική επανένταξη (Sartorius, Schulze, 2005).

Τα στερεότυπα αυτά δεν επηρεάζουν μόνο το άτομο. Επεκτείνεται σε όσους βρίσκονται στο ευρύτερο οικείο περιβάλλον, καθώς και σε εκείνους που απλώς σχετίζονται μαζί του: στην οικογένεια του, στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και στους θεσμούς παροχής φροντίδας. Σε πολλά κράτη δεν υπάρχει ειδική νομική προστασία για τον ψυχικά ασθενή, ενώ σε άλλα η υπάρχουσα νομοθεσία υφίσταται πολύ πριν από το 1960 (Saxena et al, 2007:878). Είναι άλλωστε χαρακτηριστικό, ότι σε χώρες με εξελιγμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, η πλειονότητα αυτών των ατόμων μαστίζεται από μακροχρόνια ανεργία, μιας και τα προγράμματα που εφαρμόζονται, εξασφαλίζουν μόνο την προσωρινή επαγγελματική απασχόληση ή αποτυγχάνουν εντελώς, διότι επικεντρώνονται στην καλλιέργεια βασικών δεξιοτήτων (Παπάνης, Βίκυ, 2007:129-130).

Όσον αφορά τη στάση της οικογένειας, αυτή μοιάζει αντικρουόμενη. Υπάρχουν οικογένειες που βιώνουν αισθήματα ντροπής, θυμού, ενοχής και άλλες, που αντιμετωπίζουν την κατάσταση αυτή με ζεστασιά και αποδοχή. Τα αρνητικά συναισθήματα φαίνεται να δημιουργούνται από μέλη της οικογένειας κυρίως, κατά την πρώτη νοσηλεία στο ψυχιατρείο, όπου πολλές οικογένειες αποκρύπτουν το περιστατικό. Αντίθετα, η συναισθηματική κατάσταση μεταβάλλεται, όταν το μέλος

τους έχει νοσηλευτεί περισσότερες φορές στο ψυχιατρείο ή για μακρύτερα χρονικά διαστήματα (Ζήση,2002:172-173).

2.3. Ο πολλαπλός αποκλεισμός

Η ιδέα του κοινωνικού αποκλεισμού, με την έννοια των περιορισμένων δραστηριοτήτων και ικανοτήτων, συναντάται στο έργο του αρχαίου Έλληνα φιλοσόφου Αριστοτέλη. Ως όρος εμφανίζεται για πρώτη φορά στη Γαλλία τη δεκαετία του 1960, στο έργο *Les dividendes du progrès*, του Pierre Massé, γενικού γραμματέα του Υπουργείου Σχεδιασμού της Γαλλίας, σε μία περίοδο οικονομικής ευημερίας και ανάπτυξης. Στα επόμενα έτη, ακολούθησαν και άλλες αναφορές, με το βιβλίο «*Les exclus, un français sur dix*» του René Lenoir το 1974, να θεωρείται «ορόσημο» για τους μελετητές του αποκλεισμού και να του αποδίδεται σήμερα, η πατρότητα του όρου. Οι «*Les exclus*», άτομα με αναπηρίες, ηλικιωμένοι, παιδιά που είχαν κακοποιηθεί, μονογονεϊκές οικογένειες, περιθωριοποιημένοι κλπ, βρίσκονταν εκτός κοινωνικής ασφάλισης, μολοντί αποτελούσαν περίπου, το ένα δέκατο του γαλλικού πληθυσμού (Παπαδοπούλου,2004:369,Silver,1994:532).

Για πολλούς μελετητές, η εμφάνιση αυτού του όρου τόσο στη γαλλική κοινωνία, όσο και στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη, σχετίζεται με την εξέλιξη του κράτους και ειδικότερα με τη μετάβαση στη βιομηχανική κοινωνία και τον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής (WHO,2008). Ο P. Townsend (αναφέρεται στο Levitas,2006:124-125) από την άλλη πλευρά, συνδέει την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού με τη φτώχεια, υποστηρίζοντας ότι η φτώχεια δεν θα πρέπει να περιορίζεται σε ζητήματα διαβίωσης, αλλά θα πρέπει να κατανοείται με βάση τις δυνατότητες των ατόμων να συμμετέχουν στη συνήθη κοινωνική ζωή. Συνεπώς τα άτομα, που οι πόροι τους υπολείπονται υπέρμετρα από εκείνους που διαθέτει ο μέσος πολίτης, αποκλείονται από τα συνηθισμένα πρότυπα, έθιμα και δραστηριότητες.

Με το πέρασμα των ετών, ο όρος αλλάζει περιεχόμενο και χρήση. Η έννοια αυτή αποκτά πλέον, ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο περιεχόμενο. Αναφέρεται στην ανικανότητα του ατόμου να συμμετέχει αποτελεσματικά στην οικονομική, στην κοινωνική και στην πολιτιστική ζωή. Τα άτομα μπορούν να αποκλείονται, χωρίς δηλαδή να είναι φτωχοί, αλλά λόγω κάποιου χαρακτηριστικού τους ή των θρησκευτικών και πολιτικών τους αντιλήψεων, τα οποία παρεκκλίνουν ή διαφέρουν

από τα παραδοσιακά κοινωνικά πρότυπα, όπως ορίζει η διαδικασία της κανονικότητας ή εξομάλυνσης.

Σε αυτές τις ευάλωτες- ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, ή ομάδες υψηλού κινδύνου όπως αποκαλούνται, ανήκουν και οι πάσχοντες –ιδίως από βαριάς μορφής- ψυχικές, συναισθηματικές διαταραχές. Τα άτομα αυτά, τίθενται στο κοινωνικό περιθώριο, έχοντας περιορισμένες κοινωνικές επαφές και δυνατότητες πρόσβασης σε βασικά κοινωνικά αγαθά, όπως είναι η εκπαίδευση, η κοινωνική προστασία, τα νομικά δικαιώματα ψήφου και γάμου, ενώ ένα ικανοποιητικό ποσοστό των ψυχικά πασχόντων φαίνεται να βιώνει πολλαπλές μορφές βίας, σωματική και σεξουαλική βία, καθώς και περιορισμούς στην προσωπική του ελευθερία (Hall et al.,2019:10-11). Εμπόδια που έχουν ως αποτέλεσμα τη στέρηση βασικών δεξιοτήτων και της στοιχειώδους εκπαίδευσης, που απαιτούνται για την ανεξάρτητη διαβίωση και την απασχόλησή τους και σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Είναι σχεδόν πέντε φορές πιο πιθανόν, ενήλικες με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα να αναφέρουν έλλειψη ενός υποστηρικτικού δικτύου και να «μαστιίζονται» από υψηλά ποσοστά ανεργίας. Οι Lipskaya-Velikovsky et al. (2016) έδειξαν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια συμμετείχαν σε λιγότερες καθημερινές δραστηριότητες στην ψυχαγωγία για παράδειγμα ή στη φροντίδα παιδιών και όταν το έκαναν ήταν συνήθως μόνοι τους, χωρίς κάποια βοήθεια.

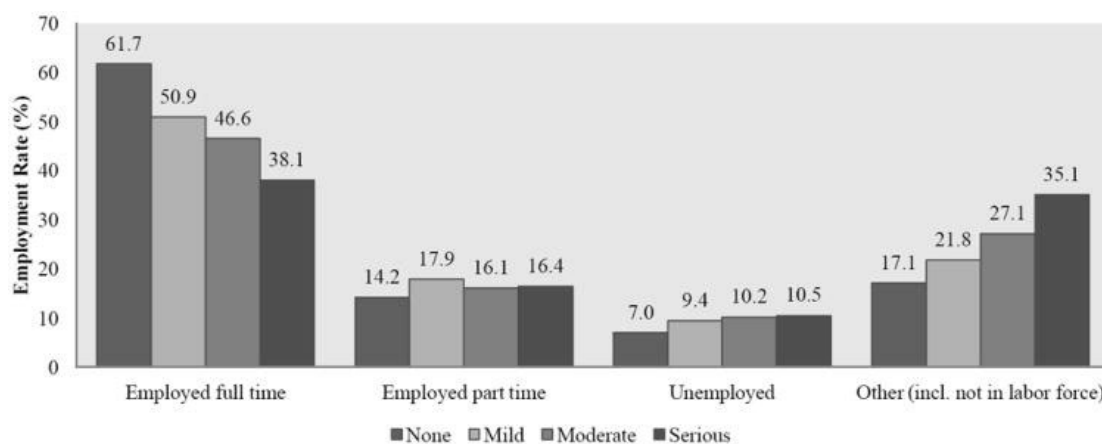
Η γενική κοινωνική εικόνα των ψυχικά νοσούντων είναι δυσμενέστερη συγκριτικά με άλλες κοινωνικές ομάδες, το οποίο οφείλεται στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας, που καθορίζει όλους τους τομείς της κοινωνικής και οικονομικής τους ζωής, καθιστώντας τους συχνά θύματα στερεοτυπικών αντιλήψεων. Μία κατάσταση που έχει ως αντίκτυπο τον πολλαπλό τους κοινωνικό αποκλεισμό.

Η φύση και η ένταση των διακρίσεων διαφέρουν ανάλογα με τη διάγνωση και την ορατότητα του προβλήματος. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με βαριές ψυχικές διαταραχές –έως και τα 2/3 αυτών- επισημαίνουν διακρίσεις σε όλο το φάσμα της προσωπικής τους ζωής, καθώς και στην αναζήτηση της εργασιακής τους αποκατάστασης. Τα στερεότυπα περί ακαταλληλότητας, συναισθηματικής αστάθειας και επικινδυνότητας, τους περιορίζουν, αν όχι εμποδίζουν, τη δυνατότητα της εργασιακής τους ένταξης, προϋδεάζοντας αρνητικά τους υπόλοιπους εργαζόμενους και τους ιθύνοντες της επιχείρησης. Άλλοι εργοδότες εκφράζουν την ανησυχία τους

σχετικά με την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητά τους, ιδίως όταν αφορά θέσεις που απαιτούν γνωστικές δεξιότητες. Αποτέλεσμα αυτών των αντιλήψεων είναι τα άτομα αυτά, σε ποσοστό 85-90%, είτε να μαστίζονται από μακροχρόνια ανεργία είτε να βρίσκονται σε καθεστώς μερικής απασχόληση ή να εργάζονται σε θέσεις εργασίας δίχως ενδιαφέρον και προοπτικές εξέλιξης, που δεν προσφέρουν εσωτερική ικανοποίηση (Παπάνης, Βίκυ, 2007:129-131).

Οι Luciano και Meara (2014), συγκρίνοντας τους δείκτες ανεργίας μεταξύ του 2009 και του 2010 στις Η.Π.Α., διαπίστωσαν ότι το 39% εκείνων που έπασχαν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια είχαν εισόδημα κάτω των 10.000, με το αντίστοιχο ποσοστό για τα υγιή άτομα να ανέρχεται στο 23%. Τον εργασιακό αποκλεισμό φαίνεται να βιώνουν και οι ασθενείς με άλλες πιο ήπιες μορφές διαταραχών, με την εικόνα να είναι περαιτέρω δυσοίωνα για τους άνω των 49 ετών. Σε έρευνα των Richter και Hoffmann (2019) επισημάνθηκε ο υψηλός κίνδυνος φτώχειας που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, σε σχέση με εκείνα που ανήκουν στο γενικό πληθυσμό ή έχουν κάποια κοινή ψυχική διαταραχή, ηπιότερης μορφής, ακόμα και στην περίπτωση που απασχολούνταν σε κάποιο βαθμό. Οι Perkins και Rinaldi (2002) μελετώντας δεδομένα που συλλέχθηκαν επί δέκα χρόνια στην περιοχή του Λονδίνου, ανέδειξαν ότι παρά τη μείωση του γενικού δείκτη ανεργίας, η ανεργία των ατόμων με μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας αυξήθηκε από το 80% το 1990 σε 92% το 1999. Εντυπωσιακή αύξηση σημειώθηκε και σε όσους διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια, όπου από το 88% το 1990, έφτασε στο 96% το 1999.

Διάγραμμα 15. Ποσοστά απασχόλησης ενηλίκων ηλικίας 18-64 ετών σε σχέση με την ψυχική τους υγεία (πηγή: Luciano, Meara, 2014)



Η εργασιακή αποξένωση προοιωνίζει τη γενικότερη αποστέρωση, η οποία εκτός από το ότι εντείνει φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού, συνδέεται άρρηκτα με την κλιμάκωση της ψυχοσυναισθηματικής και σωματικής τους υγεία. Οι ψυχικά πάσχοντες μοιάζουν να βρίσκονται εγκλωβισμένοι σε ένα φαύλο κύκλο κοινωνικού αποκλεισμού και περιθωριοποίησης, με σαφείς συνέπειες σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα άτομα αυτά δεν μπορούν να ανεξαρτητοποιηθούν, ώστε να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Παραμένουν «εξαρτημένα» από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή το σύστημα περίθαλψης, μιας και οι ίδιοι από μόνοι τους δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα προς το ζην τους, εξαιτίας των στερεοτυπικών αντιλήψεων και του κοινωνικού στιγματισμού που συνοδεύει τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών.

Μέχρι και σήμερα, υπάρχουν κράτη που το σύστημα περίθαλψης είναι σπασμωδικό και αναποτελεσματικό, γεγονός που εμποδίζει τη θεραπεία τους. Η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας για τη φροντίδα των ασθενών μελών της, συνιστά έναν επιπλέον παράγοντα αναπαραγωγής του στίγματος και της περιθωριοποίησης αυτών των ατόμων, επιλέγοντας εναλλακτικούς τρόπους υποστήριξης. Υπάρχουν περιπτώσεις οικογενειών, κυρίως σε λιγότερο ανεπτυγμένες, αγροτικές περιοχές, οι οποίες συνηθίζουν να χρησιμοποιούν το «αλυσόδεμα» ως μέθοδο περιορισμού του ασθενούς, προκειμένου να μπορούν να ανταποκρίνονται στις καθημερινές τους υποχρεώσεις. Μία τεχνική που φαίνεται να οφείλεται στην έλλειψη της κρατικής υποστήριξης και των δομών απέναντι σε αυτά τα άτομα και στις οικογένειές τους (Hall et al.,2019:10-11).

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μία σαφής συσχέτιση της ψυχικής υγείας με διάφορους κοινωνικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι η φτώχεια. Η φτώχεια αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο κοινωνικοοικονομικό φαινόμενο, που σχετίζεται με την εκδήλωση συναισθηματικών και ψυχικών διαταραχών. Μία σχέση που καταδεικνύει τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος στο άτομο και η οποία εμφανίζεται σε κρίσιμες περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης, ιδίως στην περίπτωση των οικονομικών υφέσεων, όπου οι συνέπειες δεν περιορίζονται σε μακρο-επίπεδο (στην κοινωνία). Οι συνέπειες είναι άμεσες και πολλαπλές στο άτομο και στην οικογένειά του, με τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και της οικονομικής ανέχειας να επηρεάζουν αισθητά τους δείκτες ψυχικής υγείας.

Η εξαναγκαστική νοσηλεία συνιστά ένα ακόμα παράδειγμα διακρίσεων και παραβίασης των δικαιωμάτων τους. Πολλές φορές, ο ασθενής εξαναγκάζεται να ακολουθήσει μία φαρμακευτική αγωγή που του επιβάλλεται, έστω και αν ο ίδιος είναι ικανός να δώσει ή να μην δώσει τη συγκατάθεσή του. Στην Ελλάδα, υπάρχει η δυνατότητα ακούσιας νοσηλείας (Ν.2071/1992), έπειτα από αίτημα του/της συζύγου, του συγγενή του ασθενούς ή αυτεπάγγελτα από τον εισαγγελέα. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι μήνες, παρά σε μοναδικές περιπτώσεις και μόνο ύστερα από την σύμφωνη γνώμη επιτροπής, όπου απαρτίζεται από τον θεράποντα ιατρό και από άλλους δύο οριζόμενους από τον εισαγγελέα.

Η εφαρμογή αυτής της διάταξης στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα προβληματική. Σε έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη (2007), το 55%-60% των εισαγωγών στα ψυχιατρεία γίνονται χωρίς τη θέληση των ψυχικά ασθενών –όταν το αντίστοιχο ποσοστό σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται στο 7%-8%- με το 97% των ασθενών να μεταφέρεται από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ, το οποίο υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως «δυνάμει επικίνδυνων ατόμων» και όχι ασθενών. Υπήρξε εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό σε ποσοστό 94%, ενώ στις μισές περίπου περιπτώσεις των εξετασθέντων φακέλων δεν βρέθηκε κλήση για δίκη και σε ποσοστό 84% περίπου, δεν βρέθηκε δικαστική εντολή για εγκλεισμό. Στο εξωτερικό υπάρχουν και άλλες μορφές υποχρεωτικής θεραπείας έξω από νοσοκομειακές εγκαταστάσεις. Μία από αυτές είναι η δέσμευση του ατόμου με απόφαση του δικαστηρίου, κατά την οποία επιβάλλεται στον ασθενή να λαμβάνει την φαρμακευτική θεραπεία του και να ακολουθεί συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, ως προϋπόθεση για την παραμονή του εκτός του χώρου του νοσοκομείου.

Οι διατάξεις αυτές φανερώνουν μία υποτίμηση των απόψεων των ψυχικά ασθενών, το οποίο γίνεται αντιληπτό μέσα από τον τρόπο που περιγράφονται οι χρήστες των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τους Pilgrim και Rogers (2004:344-348) το φαινόμενο αυτό που παρατηρείται σε διεθνές επίπεδο πραγματοποιείται μέσα από τέσσερεις τρόπους:

- Πρώτον οι ερευνητές δεν λαμβάνουν υπόψιν τους τις απόψεις των χρηστών, που δεν συμφωνούν με αυτές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Μία άποψη που δέχθηκε έντονη κριτική με τους υποστηρικτές της να θέτουν το

επιχείρημα, ότι η επαγγελματική άποψη θα πρέπει να εκλαμβάνεται ως πιο έγκυρη.

- Δεύτερον, η αντίληψη ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι διαρκώς παράλογοι, οπότε και ανίκανοι να παρέχουν μία έγκυρη άποψη. Μία θέση που σχετίζεται με την παροχή θεραπειών και συμμετοχής σε ερευνητικά προγράμματα και υιοθετείται στο σύνολο της βιβλιογραφίας, όπως και από τους θεραπευτές όλων των ειδικοτήτων.
- Τρίτον, οι ασθενείς και οι συγγενείς θεωρείται ότι μοιράζονται τις ίδιες απόψεις και όταν αυτό δεν συμβαίνει, οι απόψεις των ασθενών δεν λαμβάνονται υπόψιν από τους ερευνητές. Στην πραγματικότητα, υπάρχει διαφοροποίηση κατά περιόδους στα συμφέροντα αυτών των δύο ομάδων, το οποίο ερμηνεύεται στην παθολογία του ασθενούς.
- Τέταρτον, η διατύπωση των απόψεων των ασθενών με όρους συμβατούς με τις ανάγκες των επαγγελματιών. Συχνά, δίνεται μικρό περιθώριο σε άτομα μη ειδικά με την ψυχική υγεία να εκφράσουν την άποψή τους για το υπό διερεύνηση θέμα. Ακόμα και στην περίπτωση που ζητείται η άποψη των ασθενών, διαπιστώνεται η τάση εκ μέρους των ερευνητών να υιοθετείται μία προσέγγιση «απόδοσης ευθυνών για τα θύματα».

Με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με ψυχικά νοσήματα, έχουν πραγματοποιηθεί ορισμένες σημαντικές νομοθετικές προσπάθειες. Ανάμεσα στα δικαιώματα που διακρίνουμε σε εθνικό επίπεδο, όπου καθένα περιλαμβάνει ένα σύνολο επιμέρους δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, είναι τα ακόλουθα (psychargos.gov.gr):

- Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).
- Το δικαίωμα στην ισότητα.
- Το δικαίωμα στην ενημέρωση.
- Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
- Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.
- Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.
- Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.

Παρόλα αυτά, δεν είναι λίγες οι φορές που οι ψυχικά ασθενείς γίνονται θύματα εκμετάλλευσης και κακομεταχείρισης. Υπάρχει ένα πλήθος περιπτώσεων, όπου τα

άτομα αυτά έχουν βρεθεί σε δυσμενή προσωπική κατάσταση, ακριβώς λόγω των νομοθετικών κενών που διαπιστώνονται. Δεν πρέπει να παραλείπονται και οι περιπτώσεις εκείνων των ανθρώπων, στους οποίους αποδόθηκε εσκεμμένα, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, για την επίτευξη άλλων προσωπικών στόχων και φιλοδοξιών, με το πρόσχημα της ανικανότητας ή της μη λογικής κατάστασης του ασθενούς να ενεργήσει μόνος του ή για το συμφέρον του. Σύμφωνα με τον Γιαννουλόπουλο (2009), η έκφραση «τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων», είναι από μόνη της οξύμωρη, αφού υπονοεί μία διάσταση ανάμεσα στο «εμείς» και στο «αυτοί».

2.4. Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Η κοινωνική στάση απέναντι στα ζητήματα ψυχικής υγείας δεν μπορεί να εξετάζεται μεμονωμένα από τις εκάστοτε κοινωνικές αντιλήψεις που ρυθμίζουν και καθορίζουν την κοινωνική δράση σε ένα συγκεκριμένο πολιτιστικό περιβάλλον. Οι αντιλήψεις των δρώντων υποκειμένων «αντανακλούν» σε μεγάλο βαθμό το περιεχόμενο της κοινωνικοποίησης, το οποίο καθορίζει τη συμπεριφορά και τη δράση τους ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία. Πρόκειται για μία εξαιρετικά σημαντική διαδικασία, που διασφαλίζει τη λειτουργία, τη συνοχή και την αναπαραγωγή της ίδιας της κοινωνίας και η οποία επιτυγχάνεται μέσα από τους διάφορους φορείς κοινωνικοποίησης, μεταξύ των οποίων είναι και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, ο ρόλος των Μέσων Μαζικής είναι αναμφισβήτητος. Κύρια αρμοδιότητά τους θεωρείται η σφαιρική και αντικειμενική ενημέρωση και πληροφόρηση του κοινού, εξυπηρετώντας πρωτίστως το δημόσιο συμφέρον. Συνιστούν έναν από τους βασικούς φορείς κοινωνικοποίησης, τα οποία αποκαλούνται συχνά ως Τέταρτη Εξουσία. Ένας χαρακτηρισμός που πηγάζει από την πολυδιάστατη και πολυσύνθετη λειτουργία τους, η οποία δεν περιορίζεται στον τομέα της ενημέρωσης. Μοιάζουν να συνιστούν έναν «ελεγκτικό μηχανισμό» της εξουσίας και ταυτοχρόνως έναν από τους κύριους διαμορφωτές της κοινής γνώμης, μιας και η προβολή οποιασδήποτε θεματολογίας μπορεί να «πυροδοτήσει» αντιδράσεις, φαινόμενα μιμητισμού, διαμορφώνοντας με αυτό τον τρόπο στάσεις, αντιλήψεις, πρότυπα και ταυτότητες, με σαφείς προεκτάσεις σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο.

Μέσα από την προβολή θεμάτων που μέχρι πρότινος αποτελούσαν «ταμπού» ή και ένα άκρα προσωπικό, ατομικό ζήτημα, επιτυγχάνουν την εξοικείωση του ατόμου με αυτό, αναδιαμορφώνοντας τις κοινωνικές αντιλήψεις, αλλά και το περιεχόμενο της έννοιας. Αντιστοίχως, μπορούν να προκαλέσουν φαινόμενα πόλωσης, κοινωνικού αυτοματισμού ή ακόμα την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων, «προβάλλοντάς» τους απλά ως μία απειλή για την προσωπική και την κοινωνική ασφάλεια. Μιλώντας βέβαια για τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, αναφερόμαστε σε όλα εκείνα τα διαθέσιμα μέσα, ηλεκτρονικά και έντυπα, τα οποία ενημερώνουν και πληροφορούν, για τρέχοντα ή παλαιότερα συμβάντα, ένα μεγάλο σύνολο ανθρώπων.

Κανείς δεν μπορεί να φανταστεί έναν κόσμο, δίχως τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, το οποίο σε συνδυασμό με την εντυπωσιακή και συνεχόμενη τεχνολογική μεταβολή που πραγματοποιείται στις μέρες μας, συμβάλλει όχι μόνο στο να «διατηρείται» αλλά και να «επεκτείνεται» ο καίριος ρόλος τους στην κοινωνία. Ο πολυδιάστατος ρόλος τους, όπως και η πολυσύνθετη λειτουργία τους έγκειται σε δύο βασικούς σκοπούς που επιτελούν. Πρώτον, αποτελούν τα κύρια όργανα ενημέρωσης και πληροφόρησης των πολιτών, ανεξαρτήτου ηλικίας, στα οποία έχουν πρόσβαση όλοι οι πολίτες, δίχως περιορισμούς. Δεύτερον, έχουν τη δυνατότητα να ψυχαγωγούν, να «καλλιεργούν» το πνεύμα μέσω εκπαιδευτικών εκπομπών, να κοινωνικοποιούν, καθώς και να προωθούν διάφορα προϊόντα και λειτουργίες, ασκώντας σημαντική επίδραση τόσο στην καθημερινότητά μας, όσο και στην κοινή γνώμη.

Ο Thompson (αναφέρεται στο Giddens,2002:505-506) χρησιμοποιεί τον όρο «διαμεσολαβούμενη οιονεί διαντίδραση»⁷, για να προσδιορίσει τον τρόπο λειτουργίας τους. Με τον όρο αυτό, περιγράφεται ένα είδος διαντίδρασης, που επεκτείνεται σε χώρο και χρόνο, δίχως να συνδέει άμεσα τα άτομα, μεταβάλλοντας την ισορροπία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού χώρου στη ζωή μας. Αυτό οφείλεται στο ότι τα Μ.Μ.Ε. έχουν πρόσβαση στις μάζες των ακροατών/τηλεθεατών, οι οποίοι είναι δέκτες αυτών των μηνυμάτων, μην μπορώντας να απαντήσουν άμεσα.

⁷ Ο Thompson αναπτύσσει δύο επιπλέον τύπους διαντίδρασης, την «κατά πρόσωπο διαντίδραση» και τη «διαμεσολαβούμενη διαντίδραση». Η πρώτη πραγματοποιείται όταν τα άτομα επικοινωνούν κατά πρόσωπο, όπου υπάρχουν πλούσιες ενδείξεις τις οποίες χρησιμοποιούν για να καταλάβουν τι λένε οι άλλοι. Η δεύτερη προϋποθέτει τη χρήση κάποιας τεχνολογίας, όπως είναι η επικοινωνία μέσω τηλεφώνου, κατά την οποία δεν υπάρχει η ίδια ποικιλία ενδείξεων (Giddens,2002:505).

Η θεματολογία τους επεκτείνεται σε όλα τα ζητήματα που συνθέτουν την κοινωνική πραγματικότητα, σύμφωνα πάντα με τα εκάστοτε πρότυπα που προσβέβει το κοινωνικο-ιστορικό περιβάλλον. Ένα από τα πιο δημοφιλή θέματα που επιλέγονται είναι οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης άλλοτε να ευαισθητοποιούν και άλλοτε να προσδίδουν αρνητικές ιδιότητες σε αυτά τα άτομα. Ο τρόπος προβολής επηρεάζει σημαντικά τη στάση της κοινής γνώμης απέναντι στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, διαμορφώνοντας πρότυπα, αντιλήψεις και στερεότυπα.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στον τρόπο προβολής ζητημάτων που άπτονται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Η ψυχική ασθένεια ή η «τρέλα» όπως συχνά αναφέρεται, είναι ένα από αυτά τα θέματα, δημιουργώντας την εντύπωση περί «εμπορευματοποίησης» της ψυχικής διαταραχής. Καθημερινά υπάρχουν ηλεκτρονικά και έντυπα μέσα που προβάλλουν θέματα που σχετίζονται με τον τρόπο διαβίωσης των ψυχικά πασχόντων, τα οποία τις περισσότερες φορές δεν συνοδεύονται με τις ανάλογες γραμμές υποστήριξης και βοήθειας ή γενικότερα θεμάτων που σχετίζονται με την πρόοδο της φαρμακολογίας και τις περιπτώσεις επιτυχούς κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων.

Δεν πρέπει επίσης να παραλείπεται ο τρόπος προβολής του ψυχικά πάσχοντα. Τις περισσότερες φορές οι ψυχικά ασθενείς προβάλλονται ως συναισθηματικά ασταθείς, ψυχροί, απόμακροι, επιθετικοί, παρορμητικοί, μη έμπιστοι, στερούμενοι βασικές επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες. Άλλες φορές, η ψυχική ασθένεια γίνεται συνώνυμο της κωμωδίας, με τον ασθενή να παρουσιάζεται ως ένας πολύ ευκολόπιστος, κακότυχος άνθρωπος ή και ως ο «τρελός του χωριού».

Το χαρακτηριστικό ωστόσο που κυριαρχεί στο μεγαλύτερο μέρος της λογοτεχνίας και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης είναι εκείνο της βιαιότητας. Οι ψυχικά ασθενείς φαίνεται να είναι 10 φορές πιο βίαιοι από το γενικό πληθυσμό των τηλεοπτικών χαρακτήρων και 10 έως 20 φορές πιο βίαιοι από τους ψυχικά ασθενείς στον πληθυσμό των ΗΠΑ (Diefenbach,1998). Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προβάλλονται κυρίως ως εξαιρετικά επικίνδυνοι και απρόβλεπτοι χαρακτήρες που «απειλούν» τη σωματική ακεραιότητα των γύρω τους. Εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις ψυχικά ασθενείς χαρακτήρες σκοτώνουν κάποιον, όταν οι μισοί από αυτούς προκαλούν κακό σε κάποιον άλλον (Stuart,2006:100).

Ο Signorielli (1989:327-329) εξετάζοντας 1.215 δραματικά τηλεοπτικά προγράμματα στις Η.Π.Α., σε διάρκεια δεκαεπτά ετών, κατέληξε ότι την περίοδο 1969-1985 τα τηλεοπτικά προγράμματα απεικόνιζαν την ψυχική ασθένεια με αρνητικούς όρους. Η ψυχική ασθένεια εμφανίζεται σταθερά στο ένα πέμπτο των προγραμμάτων δραματικού περιεχομένου, επηρεάζοντας το 3% των βασικών χαρακτήρων. Οι χαρακτήρες αυτοί είχαν λιγότερες πιθανότητες να εργάζονται ή ακόμα και στην περίπτωση που εργάζονταν, παρουσίαζαν αποτυχίες. Τηλεοπτικοί χαρακτήρες που είχαν περισσότερες πιθανότητες να σκοτώσουν ή να σκοτωθούν ένας στους πέντε (21,7%) χαρακτήρες σκότωσε κάποιον, ενώ ένας στους πέντε (20,7%) σκοτώθηκε, όταν οι μισοί από αυτούς προκαλούν κακό σε κάποιον άλλον.

Οι Berlin και Marlin (1991) διαπίστωσαν ότι οι ειδήσεις που αφορούσαν την ψυχική ασθένεια ήταν γενικά ανακριβείς, γεγονός που ενδέχεται να προκαλέσει σύγχυση στην κοινή γνώμη αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της ψυχικής ασθένειας. Είναι μάλιστα ενδεικτικό, ότι ιστορίες ψυχικά ασθενών που περιλαμβάνουν πράξεις βίας είναι περισσότερο πιθανό να «φιλοξενοούνται» στο πρωτοσέλιδο μιας εφημερίδας, σε σχέση με άλλα άρθρα που αναφέρονται σε ζητήματα ψυχικής υγείας (Minnebo, Van Acker,2004:257-258). Μόλις το 15% των άρθρων αυτών σε εφημερίδες βρέθηκε ότι περιελάμβαναν πληροφορίες από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας και μόνο το 0,8% από άτομα με ψυχικές διαταραχές (Stuart,2006). Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν οι Nairn και Coverdale (2005), όπου εξετάζοντας τη συχνότητα αρθρογραφίας αποσπασμάτων με βιοματικές εμπειρίες ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη Νέα Ζηλανδία, βρήκαν ότι μόνο τα 5 (0,8%) από τα 600 άρθρα περιελάμβαναν συνέντευξη με ένα άτομο που είχε ιστορικό ψυχικής ασθένειας. Οι προσωπικές αυτές ιστορίες συχνά, βασίζονταν σε αφηγήσεις τρίτων προσώπων, όπως είναι οι γονείς, οι φίλοι και οι δικηγόροι. Μία πρακτική που ενδεχομένως σχετίζεται και με τις στερεοτυπικές στάσεις περί ανεπαρκούς αντιληπτικής ικανότητας αυτών των ατόμων (Nairn,Coverdale,2005:282).

Εξαιρετικά ενδιαφέροντα είναι και η μελέτη του Sieff (2003:263), ο οποίος παρέθεσε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ένα άρθρο σε τέσσερα βασικά επίπεδα προσδιορισμού και διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας. Ειδικότερα, ένα άρθρο μπορεί (α) να προχωρήσει σε προσδιορισμό του προβλήματος, «η ψυχική ασθένεια καθιστά τους ανθρώπους βίαιους», (β) να ερμηνεύει τα αίτια αυτής της συμπεριφοράς, «οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες είναι πιο πιθανό να είναι εγκληματίες», (γ) να επιβάλει

μία ηθική αξιολόγηση, «*οι ψυχικά πάσχοντες είναι ανίκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους*» και (δ) να συστήσουν θεραπευτικές παρεμβάσεις, «*τα άτομα αυτά θα πρέπει να φυλακίζονται, όταν δεν συμμορφώνονται με τα θεραπευτικά προγράμματα*». Ερμηνείες που συνοδεύονται από την παρουσία –ή και την απουσία- ορισμένων ενδεικτικών λέξεων-κλειδιών, φράσεων, μετοχών, στερεοτυπικών εικόνων, γεγονότων και αξιολογικές κρίσεις (Entman,1993:52).

Ο τρόπος απεικόνισης του ψυχικά ασθενούς στο κινηματογράφο μοιάζει να είναι αρκετά στερεοτυπικός, μιας και κυριαρχεί η εικόνα του βίαιου, επικίνδунου, απρόβλεπτου και ασταθούς χαρακτήρα με ροπή σε αντικοινωνικές συμπεριφορές. Αυτές οι αποτρόπαιες συμπεριφορές και πράξεις τονίζονται εσκεμμένα στο θεατή μέσα από επιλεκτικά γραφικά, σε σχέση με άλλες συμπεριφορές που διαπράττονται από άλλους χαρακτήρες. Ένας τρόπος προβολής που σχετίζεται με τις αρνητικές κοινωνικές κατασκευές απέναντι σε αυτά τα άτομα και ιδίως με την αναπαραγωγή του προτύπου του βίαιου, περιθωριοποιημένου και επικίνδунου ασθενή (Penn et al.,2003:384,Phelan et al.,2000).

Τα στερεότυπα αυτά επηρεάζουν δυσμενώς το άτομο σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο, έχοντας αντίκτυπο στις πολιτικές παρεμβάσεις και στις θεραπευτικές τεχνικές. Μία κατάσταση που οδηγεί στην κοινωνική αποστασιοποίηση, στην αποφυγή διαπροσωπικών σχέσεων, στην εσωστρέφεια, στην εσωτερίκευση του στίγματος και σε μειωμένη αυτοεκτίμηση (Corrigan,2004). Κατά τη δεκαετία του 1990, όταν η παγκόσμια κοινότητα στρεφόταν στην αποασυλοποίηση και στην κοινοτική ψυχιατρική περίθαλψη, υπήρξε εντυπωσιακή αύξηση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης των ιστοριών ψυχικά ασθενών που διέπρατταν ανθρωποκτονίες (Anderson,2003).

Υπάρχουν ρεπορτάζ, που συσχετίζουν θέματα πολιτικής και κοινωνικής παθογένειας με την ψυχική ασθένεια. Για παράδειγμα, η προβολή θεματολογίας σχετικά με τις περιπτώσεις αυτοχειρίας κατά τα έτη 2008-2013 στη χώρα μας, δεν ήταν σταθερή, ούτε σταδιακά αυξανόμενη. Από το 2011, οι αναφορές αυτές σχεδόν τριπλασιάστηκαν, κάνοντας λόγο για περιπτώσεις «οικονομικής αυτοκτονίας», με τον αυτόχειρα να προβάλλεται ως ένας άνθρωπος συναισθηματικά και ψυχολογικά πιεσμένος, εξαιτίας των επιπτώσεων της οικονομικής ύφεσης. Μία αναπαραγωγή που συχνά ενισχυόταν μέσω της παράθεσης του ιδιόχειρου σημειώματος του αυτόχειρα,

συνοδευόμενη από ένα έντονο συναισθηματικά φορτισμένο λεξιλόγιο, το οποίο «προϊδεάζει» τον αναγνώστη, για την αύξηση του φαινομένου, π.χ. «*Επιδημία αυτοκτονιών στην Ελλάδα της κρίσης*», «*2 νέες αυτοκτονίες μέσα σε 48 ώρες*», «*Αυτοκτονίες που σοκάρουν στην Ελλάδα της κρίσης*» (Μουζάκη,2017). Μία αρθρογραφία που σε μεγάλο βαθμό αγνοεί την παράθεση των δημόσιων τηλεφωνικών γραμμών και των δομών υποστήριξης, στις οποίες θα μπορούσε να απευθυνθεί ένα άτομο.

Ένα σύνολο ερευνητών έχουν επιχειρήσει να αναδείξουν την επίδραση αυτών των αναπαραστάσεων στη διαμόρφωση των στάσεων της κοινής γνώμης. Για τον Domino (1983) ο κινηματογράφος μπορεί να ασκήσει ισχυρή επιρροή στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης. Ο Belson (1967) ζήτησε από τους τηλεθεατές που παρακολούθησαν το τηλεοπτικό πρόγραμμα του BBC, *The Hurt Mind*, να απαντήσουν σε μία σειρά ερωτήσεων για την ψυχική ασθένεια, βάσει των οποίων διαπίστωσε ότι η σειρά είχε επιτυχώς συντελέσει στη ενημέρωση και στην κατανόηση του κοινού σε αυτά τα ζητήματα. Οι Penn et al. (2003) κατέληξαν ότι η παρακολούθηση ενός ντοκιμαντέρ για τη σχιζοφρένεια ήταν ικανό να επιφέρει πιο θετικές αποδόσεις για αυτά τα άτομα, με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, έστω και αν είχε μικρό αντίκτυπο στις γενικές στάσεις και συμπεριφορές.

Πολίτες στη Βρετανία από την άλλη πλευρά, φαίνεται να συνδέουν συχνά τη χρήση βίας με την ψυχική ασθένεια. Μία αντίληψη που προκύπτει μέσα από την αλληλεπίδραση προσωπικών εμπειριών, πεποιθήσεων και μηνυμάτων που φθάνουν από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Pilgrim,Rogers,2004:29). Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Schulze και Angermeyer (2003:305), με τους συμμετέχοντες να προβάλλουν τα M.M.E. ως τους κύριους υπεύθυνους για τη διάδοση του στίγματος, ακόμα και μεταξύ των ασθενών, επισημαίνοντας ότι η εικόνα του ψυχικά ασθενούς συχνά ταυτίζεται με τους χώρους των δικαστηρίων και της αστυνομίας: «σχεδόν κάθε βδομάδα ένας από τους δράστες που απεικονίζεται στις σειρές εγκλημάτων στην τηλεόραση καταλήγει σε ψυχιατρικό νοσοκομείο/ίδρυμα, διότι διέπραξε ένα φρικτό έγκλημα».

Οι αρνητικές απεικονίσεις έχουν αντίκτυπο και στους ειδικούς ψυχικής υγείας. Οι Husain και Robins (1978) ερευνώντας τις στάσεις ασκούμενων ψυχιάτρων, ανέφεραν ότι τα προβλήματα που προέκυπταν στη θεραπευτική διαδικασία, ήταν απόρροια του

αρνητικού τρόπου προβολής των ψυχιατρικών πρακτικών σε τηλεοπτικό ντοκιμαντέρ. Άλλοι μελετητές ωστόσο, επισημαίνουν ότι δεν παρουσιάζονται αξιοσημείωτες επιδράσεις στην κοινή γνώμη. Σύμφωνα με τον Nunnally (1961), οι αναπαραστάσεις των μέσων ενημέρωσης για την ψυχική ασθένεια δεν ταιριάζουν ούτε με τις απόψεις του κοινού, ούτε με εκείνες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Οι απεικονίσεις αυτές δημιουργούν στρεβλώσεις και σύγχυση στην κοινή γνώμη αναφορικά με την ψυχική ασθένεια και τη λειτουργικότητα του ψυχικά πάσχοντα, γεγονός που συντελεί στην αναπαραγωγή στερεοτυπικών αντιλήψεων. Ευθύνεται επίσης για το στιγματισμό αυτών των ατόμων, οι οποίοι βιώνουν δυσκολίες και διακρίσεις στην πρόσβασή τους σε θεμελιώδη δικαιώματα. Μία στάση που ενδεχομένως να οδηγήσει στον αυτοστιγματισμό και στην απόσυρση του ατόμου, επηρεάζοντας δυσμενώς την ψυχοσυναισθηματική του υγεία και τη λειτουργικότητά του. Ένας ικανοποιητικός αριθμός αυτών των ατόμων και των οικογενειών τους, επιλέγουν τη σιωπή και την αποξένωση, υπό το φόβο των αδιάκριτων σχολίων και βλεμμάτων. Η διαίονιση του στίγματος, όπως και η αναπαραγωγή στερεοτυπικών αντιλήψεων και προτύπων, οδηγεί πολλούς ψυχικά πάσχοντες να μην απευθύνονται σε κάποιον ειδικό ή δομή, ανατροφοδοτώντας επί της ουσίας το φαύλο κύκλο του αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης.

2.4.1. Έρευνα: Ο τρόπος προβολής της ψυχικής ασθένειας μέσα από τον κινηματογράφο

2.4.1.1. Σκοπός της Έρευνας

Ο κινηματογράφος ή αλλιώς το σινεμά συνιστά σήμερα την αποκαλούμενη έβδομη τέχνη. Αποτελεί ένα από τα βασικά μέσα έκφρασης κουλτούρας και πολιτισμού. Είναι ένα μέσο που αξιοποιώντας την τεχνολογική εξέλιξη, απευθύνεται στο σύνολο της αντιληπτικής εμπειρίας του θεατή, ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου, δεσμεύοντας αισθητηριακά το δέκτη. Η προβαλλόμενη ιστορία καλεί το δέκτη να αναστοχαστεί και να προβληματιστεί, παρακινώντας τον συναισθηματικά και γνωστικά. Μέσα από αυτή τη σχέση που αναπτύσσεται, ο θεατής αποκτά μία «βιωματική» εμπειρία, μετατρέποντας την αφήγηση σε μία δική του «προσωπική ιστορία» (Διαμαντοπούλου,2016:12).

Μέσα από τις ταινίες, ο κάθε δημιουργός (σεναριογράφος, σκηνοθέτης) δεν εκφράζει αποκλειστικά προσωπικά του βιώματα ή τις δημιουργικές του ικανότητες. Έχει τη δυνατότητα να ασκήσει κριτική, να αναδείξει την κοινωνική πραγματικότητα, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος, ακολουθώντας συγκεκριμένη σημειολογία και γλωσσική αισθητική. Επιπλέον, δεν πρέπει να παραλείπεται ο ψυχαγωγικός χαρακτήρας του κινηματογράφου, όπως και το ότι απαρτίζεται ουσιαστικά από επιχειρήσεις που αποσκοπούν στο κέρδος, με ότι αυτό συνεπάγεται για την απεικόνιση ιδιαίτερων ζητημάτων. Με αυτό τον τρόπο, ο κινηματογράφος αποκτά μία διττή ταυτότητα ως μέσο ενημέρωσης· άλλοτε, επιδιώκει να αποτυπώσει ρεαλιστικά ένα ζήτημα, ώστε να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει το θεατή και άλλοτε, έχοντας ψυχαγωγικούς σκοπούς, στοχεύει στη συναισθηματική διέγερση του θεατή, έστω και αν διαστρεβλώνει την πραγματικότητα και παρερμηνεύει συμπεριφορές, επηρεάζοντας και καθορίζοντας αισθητά την κοινωνική δράση.

Η επίδραση του κινηματογράφου στη δράση των κοινωνικών υποκειμένων και ιδίως στη διαμόρφωση στάσεων και προτύπων, έχει απασχολήσει πλήθος μελετητών, ήδη από τα πρώτα έτη εμφάνισής του. Το 1960, ο Edgar Morin στο γαλλικό περιοδικό *Esprit*, με τίτλο *Le rôle du cinéma* περιγράφει την ιδεολογική επιρροή της ταινίας, *Crossfire* στην αναπαραγωγή ρατσιστικών στερεοτύπων στις ΗΠΑ. Στην έρευνά του, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τρία ερωτηματολόγια: ένα ερωτηματολόγιο πριν την προβολή της ταινίας, ένα αμέσως μετά και τέλος, ένα μερικές βδομάδες αργότερα. Στις απαντήσεις τους, διαπιστώθηκε μία σαφής άμβλυνση των αντισημιτικών απόψεών τους έπειτα από την προβολή της ταινίας.

Ο Gary Solomon (2001) ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της κινηματογραφοθεραπείας, αναφέρθηκε στην θεραπευτική αξία των ταινιών. Μία τεχνική που εφαρμόζεται στις Η.Π.Α. από τη δεκαετία του 1920 και στηρίζεται στην πεποίθηση ότι οι ταινίες μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο που σκεφτόμαστε, αισθανόμαστε, καθώς και το πώς διαχειριζόμαστε τα καθημερινά προβλήματα. Για τον Wolz (2003) ο κινηματογράφος φαίνεται να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στους καταθλιπτικούς ασθενείς. Όταν ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη, παρακολουθεί μία ταινία που τον ωθεί να κλάψει, αυτό τον βοηθά σημαντικά στη θεραπευτική διαδικασία, λειτουργώντας σαν ένα πρώτο στάδιο προσωπικής ανάπτυξης και επούλωσης.

Οι έρευνες αυτές φανερώνουν τον πολυδιάστατο ρόλο του κινηματογράφου στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Μέσα από το φαντασιακό και συμβολικό τρόπο προβολής των μηνυμάτων μίας ταινίας, πραγματοποιούνται σφοδρές αλλαγές στο γνωσιακό και στο συναισθηματικό επίπεδο του θεατή, οι οποίες συντελούν στην κατασκευή κοινωνικών εννοιών. Έννοιες που συμβάλλουν στην αναπαραγωγή ή και στη διαχείριση αν όχι στην κατάρριψη, αρνητικών στερεοτυπικών αντιλήψεων και προκαταλήψεων, επηρεάζοντας τη συμπεριφορά καθώς και τη γενικότερη στάση της κοινής γνώμης. Έννοιες που δημιουργούν συχνά, στρεβλώσεις και παρερμηνείες, ιδίως στην περίπτωση αποτύπωσης ευαίσθητων θεμάτων που δεν λαμβάνουν υπόψιν τους τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είτε ακολουθούν το στερεοτυπικό τρόπο απεικόνισης, αναπαράγοντας το στίγμα και προσδίδοντας με αυτό τον τρόπο το απαραίτητο εννοιολογικό υπόβαθρο και περιεχόμενο των διαφόρων μορφών διάκρισης, αποκλεισμού και περιθωριοποίησης.

Ένα από τα θέματα που επιλέγεται σχεδόν «εμμονικά» στο χώρο του θεάματος, είναι η ψυχοπαθολογία. Ο «σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι», ο «ψυχοπαθής εγκληματίας», ο «τρελός του χωριού» είναι ορισμένα μόνο παραδείγματα απεικονίσεων, που συνοδεύουν όλους τους τύπους ταινιών στις εκάστοτε κοινωνικο-ιστορικές περιόδους, με τους μελετητές να υπογραμμίζουν την αρνητική επιρροή αυτής της φιλικής καταγραφής στους θεατές.

Ταινίες όπως το «Ψυχώ» (1960), η «Παρασκευή 13» (1980) και «Ο Εφιάλης στον δρόμο με τις λεύκες» (1984), φαίνεται να ευθύνονται για τη σύγχυση που υπάρχει μεταξύ της σχιζοφρένειας και της διαταραχής της ταυτότητας, καθώς και για την αναπαραγωγή των στερεοτύπων περί επικινδυνότητας και βιαιότητας των ατόμων, που εγκαταλείπουν τα ψυχιατρικά ιδρύματα (Wedding, Niemiec, 2014). Άλλες ταινίες, όπως ο «Εξορκιστής» (1973) και το «Shelter», συσχετίζουν την ψυχική ασθένεια με το δαιμονισμό, δημιουργώντας ένα σύνολο αρνητικών συναισθημάτων, που εκδηλώνονται με αμυντικές, εχθρικές συμπεριφορές.

Πολλές από τις ταινίες που εστιάζουν σε ζητήματα που άπτονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, δεν ανταποκρίνονται στην πραγματική συμπτωματολογία του ασθενούς ή στις θεραπευτικές παρεμβάσεις που ακολουθούνται, με αποτέλεσμα το κοινό να δυσκολεύεται να διακρίνει τη μυθοπλασία με την πραγματικότητα. Η σύγχυση αυτή ευθύνεται για τη διαιώνιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και

των στερεοτυπικών αντιλήψεων που επιφέρει η διάγνωση. Αντίθετα, η ακριβής αναπαράσταση της ψυχοπαθολογίας από τον κινηματογράφο, ενδέχεται να βοηθήσουν στην ενημέρωση, στην ευαισθητοποίηση του κοινού, όπως και στον περιορισμό του στίγματος (Rosenstock,2003:117). Ο Hyler (1988), συγκρίνοντας τις κινηματογραφικές αναπαραστάσεις της ψυχικής νόσου με τα κριτήρια του DSM-III, κατέληξε ότι υπήρχαν ταινίες που αναπαριστούσαν τη συμπτωματολογία με μεγάλη ακρίβεια, το οποίο τους επέτρεπε να χρησιμοποιηθούν και συμπληρωματικά για τη διάγνωση, όταν άλλες παρουσίαζαν μία παραμορφωμένη εικόνα της ψυχικής νόσου. Σε μεταγενέστερη δε μελέτη, διαπιστώθηκε ότι οι κύριες κατηγοριοποιήσεις του ψυχικά νοσούντα στον κινηματογράφο είναι η ακόλουθη: ο «επαναστάτης ελεύθερο πνεύμα», ο «μανιακός δολοφόνος», το «ειδικά προικισμένο/φωτισμένο μέλος της κοινωνίας», η γυναίκα «ξελογιάστρα», το «ναρκισσιστικό παράσιτο» και το «ζώο σε ζωολογικό κήπο» (Hyler et al.,1991).

Οι Wahl και Lefkowitz (1989) διερευνώντας τον αντίκτυπο της κινηματογραφικής απεικόνισης ενός ψυχικά διαταραγμένου δολοφόνου σε ώρα υψηλής τηλεθέασης, παρατήρησαν ότι οι συμμετέχοντες, έπειτα από την παρακολούθηση της ταινίας, ανέπτυξαν μία λιγότερο ευνοϊκή στάση έναντι της ψυχικής ασθένειας και της κοινωνικής φροντίδας των ψυχικά ασθενών. Για τους Pirkis et al (2006) οι απεικονίσεις αυτές, πέρα από την αρνητική στάση της κοινής γνώμης, επηρεάζουν εξίσου δυσμενώς τους ίδιους τους πάσχοντες, συντελώντας στην εσωτερίκευση του στίγματος. Ο φόβος του στίγματος είναι δυνατόν να τους αποτρέψει από το να ζητήσουν βοήθεια, επιδεινώνοντας ουσιαστικά την ψυχοσυναισθηματική και τη σωματική τους υγεία.

Λεκτικές αναφορές για την ψυχική ασθένεια υπάρχουν και στις παιδικές ταινίες-τουλάχιστον στο 85% των ταινιών κινουμένων σχεδίων μεγάλου μήκους της Disney (Lawson,Fouts,2004). Οι χαρακτήρες αυτοί αν και δεν παρουσίαζαν κάποια συγκεκριμένη συμπτωματολογία, προκαλούσαν εντούτοις φόβο, θυμό ή και διασκέδαση στην πλοκή της ταινίας, δημιουργώντας ανάλογα συναισθήματα και στο παιδί θεατή. Συναισθήματα που «διδάσκουν» και «καθοδηγούν» το παιδί σε καθορισμένες αντιδράσεις και συμπεριφορές.

Οι αναπαραστάσεις αυτές συνηγορούν στο στιγματισμό και στην περιθωριοποίηση των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα, οδηγώντας στην απλοποίηση της ψυχικής

ασθένειας. Ο ψυχικά ασθενής γίνεται ο «τρελός» του χωριού, που άλλοτε διασκεδάζει την κοινότητα και άλλοτε τη «συσπειρώνει», αποτελώντας έναν κοινό κίνδυνο. Η λαϊκή ετυμολογία που συνοψίζεται γύρω από την έννοια της «τρέλας» έχει δυσμενείς επιπτώσεις για τους ψυχικά πάσχοντες, οι οποίοι ακριβώς λόγω αυτού του στερεοτύπου ενδεχομένως να αποφύγουν να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς, προκειμένου να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία έπειτα από τη διάγνωση. Είναι πιθανόν, η διάγνωση να επιφέρει συνειδητά ή και όχι την περιχαράκωσή τους, σε μία εξαιρετικά κρίσιμη και ευάλωτη στιγμή της ζωής τους, όπου τα κοινωνικά δίκτυα μοιάζουν να λειτουργούν ως δίκτυα προστασίας απέναντι στην ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα του ατόμου, ιδίως σε εξαιρετικά στρεσογόνες περιόδους.

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι μελετητές, οι οποίοι επισημαίνουν το θετικό ρόλο ορισμένων ταινιών στην ψυχική υγεία. Το 2011 σε εκτενή μελέτη της Telegraph, αναφέρεται ότι η ταινία «Στη φωλιά του κούκου» (1975), ήταν υπεύθυνη για την αλλαγή μεθόδων της παραδοσιακής ψυχιατρικής, όπως ήταν η θεραπεία του ηλεκτροσόκ, καθώς και για την αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων⁸ (Swaine,2011).

Με την έλευση του 21^{ου} αιώνα, σημειώνονται αξιοσημείωτες μεταβολές στην απεικόνιση των ψυχικών διαταραχών και γενικότερα των ασθενών, οι οποίοι αποκτούν μία πιο οικεία, συμπαθητική απεικόνιση. Μία «αλλαγή» που οφείλεται στο αντιψυχιατρικό κίνημα της εποχής. Ο ψυχικά ασθενής αποκτά έναν πιο ενεργό ρόλο, με την κοινωνία να καθίσταται στο βασικό «θεραπευτή» αντικαθιστώντας τα ψυχιατρικά ιδρύματα και τις παραδοσιακές τεχνικές, οι οποίες περιόριζαν τον ασθενή στο ασυλιακό περιβάλλον, περιθωριοποιημένο από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω πορίσματα σε συνδυασμό με την διττή ταυτότητα του κινηματογράφου στην σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, επιχειρείται να διερευνηθεί διαχρονικά, ο τρόπος αναπαράστασης της ψυχοπαθολογίας και του ψυχιατρικού κόσμου μέσα από την παράθεση διαφόρων ταινιών, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα κατηγοριών⁹. Οι κατηγορίες αυτές

⁸ Αντίθετα, σε έρευνα του 1983, στην οποία συμμετείχαν 146 πανεπιστημιακοί φοιτητές, διαπιστώθηκαν αρνητικές αλλαγές, έναντι των ατόμων που αντιμετώπιζαν ψυχικές διαταραχές, μεταξύ εκείνων που είχαν παρακολουθήσει την ταινία (Swaine,2011).

⁹ Η κατηγοριοποίηση των ταινιών στηρίχθηκε στα δεδομένα της διαδικτυακής πλατφόρμας Internet Movie Database, πιο γνωστή με την συντομογραφία IMDb. Πρόκειται ίσως για την πιο ολοκληρωμένη βάση δεδομένων σε διαδικτυακό επίπεδο.

αντιστοιχούν σε διάφορες κοινωνικές και ιστορικές περιόδους, ανταποκρινόμενες στο σύνολο των κινηματογραφικών προτιμήσεων και επιλογών¹⁰. Στόχοι της παρούσας έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- ✓ Ο τρόπος προβολής της ψυχικής ασθένειας.
- ✓ Το πρότυπο του ψυχικά νοσούντα που αναπαράγεται.
- ✓ Η επαναλαμβανόμενη προβολή συγκεκριμένων τύπων ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών.
- ✓ Η επίδραση του κινηματογράφου στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης.
- ✓ Η σχέση του κινηματογράφου με την αναπαραγωγή συγκεκριμένων προκαταλήψεων, στερεοτύπων και προτύπων που αφορούν την ψυχική ασθένεια.
- ✓ Πώς προβάλλεται η κοινωνική αντίδραση απέναντι στην ψυχική ασθένεια.

2.4.1.2. Μέθοδος της Έρευνας

Ο κινηματογράφος αποτελεί ένα από τα πιο θελκτικά μέσα μαζικής ενημέρωσης, μιας και ανταποκρίνεται σε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα, καλύπτοντας ταυτοχρόνως το σύνολο των επιθυμιών, των ενδιαφερόντων και των αναγκών όλων των θεατών. Συνιστά ένα αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής πραγματικότητας, λειτουργώντας συχνά ως ένα μέσο διασκέδασης, κοινωνικοποίησης αλλά και στοχασμού έναντι ζητημάτων που απασχολούν την κοινή γνώμη. Δεν θα πρέπει μάλιστα να υποβαθμίζεται ο ρόλος του στην προβολή θεμάτων ταμπού, όταν ακόμα η κοινωνία παρέμενε αρκετά επιφυλακτική απέναντί τους. Ζητήματα όπως είναι η ομοφυλοφιλία, το AIDS, η ψυχική ασθένεια, καθώς και περιπτώσεις κοινωνικής παθογένειας-εγκληματικότητα, φτώχεια, πορνεία και ναρκωτικά- αποτέλεσαν την κύρια

¹⁰ Όπως διαπιστώνεται στον Πίνακα 3, οι υπό ανάλυση ταινίες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα επιλογών και προτιμήσεων του κινηματογραφικού κοινού, προερχόμενες κυρίως από τον εμπορικό-ψυχαγωγικό κινηματογράφο. Η πλειοψηφία τους μάλιστα, έχει συγκεντρώσει υψηλές κριτικές τόσο από θεατές όσο και από κριτικούς του κινηματογράφου, το οποίο μας επιτρέπει να αντιληφθούμε την υψηλή τους θεαματικότητα ακόμα και σήμερα. Σκόπιμα απουσιάζουν ταινίες του ελληνικού κινηματογράφου, λόγω ακριβώς της μη αντίστοιχης ανταπόκρισης του ελληνικού κινηματογραφικού κοινού στην προβολή τους. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει ανάλογη θεματολογία στον ελληνικό κινηματογράφο, ωστόσο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να καλύψει όσο το δυνατόν ένα μεγαλύτερο εύρος των κινηματογραφικών αναπαραστάσεων περί ψυχικής ασθένειας σε παγκόσμιο επίπεδο.

θεματολογία του, σε περιόδους που η επίσημη Πολιτεία αδιαφορούσε, παρουσιάζοντας σημαντικές ελλείψεις σε δομές και υπηρεσίες.

Οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες τίθενται συχνά στο επίκεντρο της βιομηχανίας του θεάματος, δίχως ο τρόπος απεικόνισής τους να είναι πάντα ο αναμενόμενος. Ο ρεαλισμός, αντικαθίστανται από τη μυθοπλασία με γνώμονα την προσέλκυση περισσότερων θεατών και κατ' επέκταση την επιδίωξη μεγαλύτερου κέρδους. Η συσχέτιση ωστόσο των ψυχικά ασθενών με την εγκληματικότητα, δημιουργεί σύγχυση και διαστρεβλώσεις της κοινής γνώμης, ανατροφοδοτώντας το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Ανάλογες είναι και οι παρερμηνείες που προβάλλονται για τους ειδικούς της ψυχικής υγείας, οι οποίοι τις περισσότερες φορές προβάλλονται ως ψυχροί, βίαιοι επαγγελματίες, που «εκμεταλλεύονται» -αν όχι, «εγκληματούν»- ιδίως στους τροφίμους, ψυχικά πάσχοντες. Υπό αυτές τις συνθήκες, διαμορφώνεται ένα καθεστώς φόβου και αποστροφής, επηρεάζοντας τόσο τους ψυχικά πάσχοντες, όσο και τους ψυχικά υγιείς, το οποίο φανερώνεται από τις εκάστοτε κρατικές στρατηγικές που ακολουθούνται.

Η αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας στον κινηματογράφο δεν υπήρξε σταθερή. Αναπροσαρμόζεται στις εκάστοτε κοινωνικές επιταγές και πρότυπα, με αποτέλεσμα να διακρίνουμε διάφορα στάδια και μοτίβα συμπεριφορών σε αυτή την απεικόνιση. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια του βωβού κινηματογράφου ο «τρελός» γίνεται ο ιδανικός χαρακτήρας, ενώ από τη δεκαετία του 1960 ο κινηματογράφος επικεντρώνεται στην υποκειμενική εμπειρία των ασθενών, ασκώντας δριμεία κριτική στις ψυχιατρικές μεθόδους και στις θεραπείες της εποχής (Διαμαντοπούλου,2016:15).

Προκειμένου να διερευνηθεί διαχρονικά, ο τρόπος προβολής της ψυχικής ασθένειας στον κινηματογράφο, επιλέχθηκαν οι παρακάτω σαράντα (40) ταινίες (Πίνακας 3). Η επιλογή αυτών των ταινιών δεν ήταν τυχαία. Το βασικό κριτήριο επιλογής τους ήταν να καλύπτουν ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο-από τη δεκαετία του 1930 μέχρι το 2017¹¹. Ένα πλαίσιο που μας επιτρέπει να αντιληφθούμε την εξέλιξη των

¹¹ Οι ταινίες που επιλέγονται στο διάστημα αυτό, είχαν ευρεία απήχηση στο κοινό (εμπορικός-ψυχαγωγικός κινηματογράφος), ενώ δεν απουσιάζουν και ταινίες του ποιοτικού κινηματογράφου, όπως είναι η ταινία «Melancholia». Υπάρχουν ταινίες που πλέον συγκαταλέγονται στον κλασικό κινηματογράφο -π.χ. «M- Ο Δράκος του Ντίσελντορφ», «Gaslight», «The Snake Pit», «Κουρδιστό Πορτοκάλι», «Η φωλιά του κούκου», «Blue Velvet». Αξίζει δε να επισημανθεί ότι το ευρύ χρονικό πλαίσιο επιλέγεται πέρα από τη σκοπιμότητα των ταινιών και για τις σημαντικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, που συντελέστηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο, οι οποίες συνοδεύονται από ανάλογες επιστημονικές εξελίξεις και αλλαγές στο χώρο των κοινωνικών επιστημών.

κινηματογραφικών απεικονίσεων καθώς και των κοινωνικών αναπαραστάσεων περί ψυχικής υγείας. Παράλληλα, με γνώμονα την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, οι ταινίες αυτές επιδιώκουν να καλύψουν ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα, όπως και κατηγοριών, ώστε να ανταποκρίνονται στο σύνολο των κινηματογραφικών προτιμήσεων.

Το σύνολο των εξεταζόμενων ταινιών προέρχεται από το ξενόγλωσσο κινηματογράφο, το οποίο οφείλεται σε δύο βασικούς παράγοντες: αφενός, το κοινό στο οποίο απευθύνονται είναι πολυπληθέστερο, μιας και παρουσιάζονται σε παγκόσμιο επίπεδο και αφετέρου, η προβολή της θεματολογίας των ζητημάτων ψυχικής υγείας είναι εφάμιλλη των εξελίξεων που σημειώνονται σε επιστημονικό επίπεδο. Εξελίξεις, οι οποίες έχουν αντίκτυπο σε κοινωνικό επίπεδο και εμφανίζονται μέσα από την προβολή και την αναπαραγωγή των διαφόρων προτύπων και προκαταλήψεων περί ψυχικής υγείας και ψυχικά πασχόντων στο εκάστοτε κοινωνικό, πολιτιστικό και ιστορικό πλαίσιο.

Όσον αφορά τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, θα ακολουθηθεί μία συνδυαστική ποσοτική-ποιοτική μεθοδολογία, χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της Ποιοτικής Ανάλυσης Περιεχομένου και της Κριτικής Ανάλυσης Λόγου. Η πρώτη τεχνική, επιτρέπει την ποσοτικοποίηση και την κατηγοριοποίηση των δεδομένων μας, με τη δεύτερη να δρα «συμπληρωματικά», βοηθώντας στην αναζήτηση των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων που δημιουργούνται.

Πίνακας 3. Ο κατάλογος των εξεταζόμενων ταινιών

Τίτλος	Έτος	Σκηνοθέτης	Πλοκή	Κατηγορία Ταινίας
M- O Δράκος του Ντίσελντορφ	1938	Fritz Lang	Όταν η αστυνομία της Γερμανίας αποτυγχάνει να πιάσει έναν κατ' εξακολούθηση δολοφόνο μικρών παιδιών, ο	Δράμα, θρίλερ

			υπόκοσμος αναλαμβάνει δράση.	
Gaslight	1944	George Cukor	Χρόνια μετά τη δολοφονία της θείας της, μία νεαρή κοπέλα επιστρέφει στο σπίτι της θείας της μαζί με το σύζυγό της. Η συμπεριφορά του συζύγου αλλάζει, φτάνοντας τη νεαρή σύζυγο στα όρια της τρέλας.	Ψυχολογικό θρίλερ
The Snake Pit	1948	Anatole Litvak	Μία γυναίκα θα βρεθεί σε ψυχιατρικό άσυλο χωρίς καμία μνήμη για το πώς βρέθηκε εκεί.	Ψυχολογικό θρίλερ
Sunset Boulevard	1950	Billy Wilder	Ένα ξεθωριασμένο αστέρι του βουβού κινηματογράφου αμφιταλαντεύεται μεταξύ της φαντασιακής της αισιοδοξίας σχετικά με τις προοπτικές της και του αυτοκτονικού ιδεασμού.	Δράμα
Ψυχώ	1960	Alfred Hitchcock	Σε ένα απομονωμένο μοτέλ	Ταινία τρόμου

			φθάνει μία νεαρή γυναίκα, προσπαθώντας να διαφύγει από μία παράτολμη κλοπή.	
Κουρδιστό Πορτοκάλι	1971	Stanley Kubrick	Ένας νέος, μαζί με τη συμμορία του, επιδίδεται σε πράξεις βίας χωρίς κανέναν ηθικό φραγμό, μόνο και μόνο για να ικανοποιήσει τις νυχτερινές ορέξεις του.	Ταινία εγκλήματος
Στη φωλιά του κούκου	1975	Milos Forman	Ένας φυλακισμένος μεταφέρεται σε ένα ψυχιατρείο, γιατί οι αρμόδιοι πιστεύουν ότι είναι ψυχοπαθής.	Δράμα
Taxi Driver	1976	Martin Scorsese	Ένας πρώην πεζοναύτης και βετεράνος του πολέμου, υποφέροντας από χρόνια αϋπνία και κατάθλιψη, εργάζεται ως ταξιτζής τα βράδια. Ζει σαν παρατηρητής, μέχρι τη στιγμή που γνωρίζει μία	Ταινία εγκλήματος, δράμα

			ανήλικη την οποία και θα θελήσει να σώσει από το στραβό δρόμο που έχει πάρει.	
Annie Hall	1977	Woody Allen	Ένας νευρωτικός κωμικός που έχει εμμονή με το θάνατο, ερωτεύεται την Annie Hall και αρχίζει μαζί της μια επταετή σχέση.	Ρομαντική κωμωδία
Halloween	1978	John Carpenter	Δεκαπέντε χρόνια μετά τη δολοφονία της αδερφής του, ο Michael Myers δραπετεύει από την ψυχιατρική κλινική, επιστρέφοντας στη γενέτειρα του.	Ταινία τρόμου, θρίλερ
The Breakfast Club	1985	John Hughes	Μία ομάδα αταίριαστων μαθητών, τιμωρημένοι, κάθονται στην τάξη για να γράψουν μία έκθεση για τον εαυτό τους, ανακαλύπτοντας με αυτό τον τρόπο, το ποιο πραγματικά είναι.	Κωμωδία, δράμα
Blue Velvet	1986	David	Ένας νεαρός θα	Ταινία

		Lynch	μπλέξει άθελά του σε μία ριψοκίνδυνη ιστορία απαγωγής με πρωταγωνιστές μία τραγουδίστρια και έναν παρανοϊκό γκάνγκστερ.	εγκλήματος, μυστηρίου, θρίλερ, δράμα
Ο άνθρωπος της βροχής	1988	Barry Levinson	Μετά την κηδεία του πατέρα του, ένας πωλητής αυτοκινήτων μαθαίνει ότι ο πατέρας του άφησε όλη την περιουσία του στον αυτιστικό αδερφό του, την ύπαρξη του οποίου αγνοούσε.	Δράμα
Misery	1990	Rob Reiner	Ένας διάσημος συγγραφέας αιχμαλωτίζεται από μία μοναχική γυναίκα, η οποία τον αναγκάζει να γράψει κατά δική της βούληση το τελευταίο του μυθιστόρημα.	Ψυχολογικό θρίλερ
Goodfellas	1990	Martin Scorsese	Η αληθινή ιστορία ενός γκάνγκστερ που ξεκίνησε το 1950 ως παιδί για τα θελήματα της	Βιογραφική, δράμα

			μαφίας και εξελίχθηκε σε αδίστακτο εγκληματία.	
Cape Fear	1991	Martin Scorsese	Ένας ψυχοπαθής βιαστής απειλεί την οικογένεια του πρώην δικηγόρου του, τον οποίο θεωρεί υπαίτιο για την φυλάκισή του.	Ψυχολογικό θρίλερ
Η Σιωπή των Αμνών	1991	Jonathan Demme	Μία αστυνομικός του FBI στην προσπάθειά της να ανακαλύψει έναν δολοφόνο γυναικών, ζητά τη βοήθεια ενός ψυχιάτρου που βρίσκεται σε άσυλο, λόγω των κανιβαλικών του συνηθειών.	Θρίλερ
Natural Born Killers	1994	Oliver Stone	Ένα νεαρό ζευγάρι ψυχοπαθών και κατά συρροή δολοφόνων, γίνονται διάσημοι μέσα από τα ΜΜΕ.	Ταινία εγκλήματος, δράμα
Seven	1995	David Fincher	Ένας νεοφερμένος ντετέκτιβ και ο συνάδελφός του, που επρόκειτο να συνταξιοδοτηθεί,	Θρίλερ

			προσπαθούν να συλλάβουν ένα κατ' εξακολούθηση δολοφόνο, του οποίου τα εγκλήματα παραπέμπουν στα επτά θανάσιμα αμαρτήματα.	
Ο Ξεχωριστός Γουίλ Χάντινγκ	1997	Gus Van Sant	Ένας ιδιοφυής 20χρονος επιστάτης αναγκάζεται να παρακολουθεί συνεδρίες με έναν ψυχοθεραπευτή, διαμορφώνοντας μαζί του έναν ιδιαίτερο δεσμό.	Δράμα, κοινωνική
Fight Club	1999	David Fincher	Ένα στέλεχος που πάσχει από αϋπνίες οργανώνει ένα κλαμπ πάλης, με έναν κατασκευαστή σαπουνιών, που αποδεικνύεται σε μία επικίνδυνη προσωπικότητα.	Δράμα
Girl, Interrupted	1999	James Mangold	Η αληθινή ιστορία μίας 17χρονης κοπέλας, που παραπέμπεται σε ψυχιατρική κλινική.	Βιογραφική, ψυχολογικό θρίλερ
American	2000	Mary	Τη δεκαετία του	Ταινία

Psycho		Harron	‘1980 ένας χρηματιστής της Γουόλ Στριτ που διακατέχεται από την ψύχωση της κοινωνικής επίδειξης φαίνεται να ζει μία διπλή ζωή.	εγκλήματος, θρίλερ
Me, Myself & Irene	2000	Peter and Bobby Farrelly	Μετά από έναν αποτυχημένο γάμο, ένας καλοκάγαθος αστυνομικός αποκτά σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα.	Κωμωδία
Donnie Darko	2001	Richard Kelly	Ο Donnie Darko είναι ένας πανέξυπνος νεαρός, που από μικρός αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα και επισκέπτεται ψυχίατρο σχεδόν από τότε που γεννήθηκε. Ξυπνά τη νύχτα και υπονοbatώντας βρίσκεται σε διάφορα μέρη μακριά από το σπίτι του, χωρίς να θυμάται το πως	Ψυχολογικό θρίλερ, επιστημονικής φαντασίας

			έφτασε εκεί.	
A Beautiful Mind	2001	Ron Howard	Η πραγματική ιστορία του John Nash. Μιας ιδιοφυΐας στα μαθηματικά, όπου ήδη από τα χρόνια φοίτησής του ξεκίνησε να δείχνει σημάδια σχιζοφρένειας.	Βιογραφική, δράμα
The Royal Tenenbaums	2001	Wes Anderson	Μία οικογένεια με πανέξυπνα παιδιά ξανασμίγει όταν ο πατέρας, ο οποίος χρόνια πριν τους είχε εγκαταλείψει, επιστρέφει, ζητώντας συγχώρεση.	Κωμωδία, δράμα
Secret Window	2004	David Koepf	Ένας διαζευγμένος συγγραφέας που δεν έχει αποδεχθεί την ιδέα του χωρισμού με τη γυναίκα του, κατηγορείται από έναν άγνωστο για λογοκλοπή μιας νουβέλας του.	Ταινία μυστηρίου, ψυχολογικό θρίλερ
The Aviator	2004	Martin Scorsese	Η ιστορία του Howard Hughes. Ενός επιτυχημένου Αμερικανού	Βιογραφική, δράμα

			επιχειρηματία, όπου η πολυτάραχη ζωή του, σταδιακά αντικαθιστάται από την ανεξέλεγκτη ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή του.	
The Dark Night	2008	Christopher Nolan	Ο Σκοτεινός Ιππότης καλείται να αντιμετωπίσει μία καινούργια απειλή για την Γκόθαμ. Τον Τζόκερ, ένα ψυχοπαθή εγκληματία που κανείς δεν μπορεί να προβλέψει τις κινήσεις του.	Ταινία εγκλήματος, δράσης, δράμα
Shutter Island	2010	Martin Scorsese	Δύο αστυνομικοί καταφθάνουν σε ένα απομονωμένο νησί για να εξερευνήσουν την εξαφάνιση μίας ασθενούς από μία ψυχιατρική κλινική υψίστης ασφαλείας. Φθάνουν στο νησί λίγο πριν ξεκινήσει μία καταιγίδα που τους αναγκάζει να μείνουν στο νησί για λίγες ημέρες.	Ταινία μυστηρίου, ψυχολογικό θρίλερ
We need to	2011	Lynne	Ένα μεσοαστικό	Ψυχολογικό

talk about Kevin		Ramsay	ζευγάρι με δύο παιδιά, έναν έφηβο γιο και μία μικρή κόρη. Το αγόρι μεγαλώνει και αναπτύσσει μία εκδικητική και βίαιη συμπεριφορά.	δράμα, θρίλερ
Melancholia	2011	Lars von Trier	Ένα νεόνυμφο ζευγάρι γιορτάζει τον γάμο του με ένα πάρτι στο σπίτι της αδερφής της νύφης και του άντρα της. Την ίδια ώρα, ο πλανήτης Melancholia κατευθύνεται προς τη γη, τερματίζοντας κάθε ίχνος ζωής. Οι δύο γυναίκες βιώνουν με διαφορετικό τρόπο τις τελευταίες τους ώρες.	Δράμα, επιστημονικής φαντασίας
Seven Psychopaths	2012	Martin McDonagh	Ένας συγγραφέας, ένας άνεργος ηθοποιός και ένας θρήσκος με βίαιο παρελθόν, μπλέκουν με έναν ψυχοπαθή γκάνγκστερ, δίνοντας στον	Ταινία εγκλήματος, κωμωδία

			<p>συγγραφέα την απαραίτητη έμπνευση που χρειάζεται για να γράψει το σενάριο. Αρκεί να μείνει ζωντανός.</p>	
<p>Οδηγός Αισιοδοξίας</p>	<p>2012</p>	<p>David O. Russell</p>	<p>Έπειτα από οκτώ μήνες στο ψυχιατρείο, ο Πατ επιστρέφει στο σπίτι του, προσπαθώντας να προσαρμοστεί στην καινούργια του ζωή και να έρθει σε επαφή με την πρώην γυναίκα του, την οποία δεν μπορεί να πλησιάσει βάσει δικαστικής απόφασης.</p>	<p>Ρομαντική, κωμωδία, δράμα</p>
<p>Blue Jasmine</p>	<p>2013</p>	<p>Woody Allen</p>	<p>Η Jasmine βλέπει ξαφνικά τη ζωή της στη Νέα Υόρκη να καταρρέει και αναγκάζεται να μετακομίσει στο σπίτι της αδερφής της στο Σαν Φρανσίσκο.</p>	<p>Κωμωδία, δράμα</p>
<p>Two days, One Night</p>	<p>2014</p>	<p>Jean-Pierre Dardenne & Luc</p>	<p>Η Σάντρα, εργαζόμενη μητέρα και σύζυγος,</p>	<p>Δράμα</p>

		Dardenne	εξαιτίας κάποιων ψυχολογικών προβλημάτων έλλειψε κάποιους μήνες από τη δουλειά της. Κατά την απουσία της, οι συνάδελφοί της συνειδητοποιούν ότι μπορούν να καλύψουν τη βάρδια της με μικρές υπερωρίες και χρηματικά μπόνους.	
Stonehearst Asylum	2014	Brad Anderson	Ένας απόφοιτος γιατρός πάει για πρακτική εξάσκηση σε ένα άσυλο με ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς. Αποκτά εμμονή με μια τρόφιμο του ασύλου, ενώ ανακαλύπτει σιγά σιγά πως όλα εκεί, είναι υπό αμφισβήτηση.	Ταινία μυστηρίου, δράμα
Δίδυμοι Θρύλοι	2015	Brian Helgeland	Η ιστορία των Ρέτζι και Ρόνι Κρέι, δίδυμων αδελφών οι οποίοι ξεκίνησαν από ιδιοκτήτες ενός	Βιογραφία, ταινία εγκλήματος, δράμα

			<p>νυχτερινού κλαμπ και εξελίχθηκαν σε αφεντικά του οργανωμένου εγκλήματος στο Λονδίνο της δεκαετίας του '60.</p>	
Split	2017	M. Night Shyamalan	<p>Ένας άνθρωπος που πάσχει από σοβαρή διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας απαγάγει τρεις νεαρές κοπέλες.</p>	<p>Ψυχολογικό θρίλερ</p>

2.4.1.3. Αποτελέσματα της Έρευνας

- Η αναπαράσταση της ψυχικής νόσου στον κινηματογράφο

Η ψυχική νόσος στον κινηματογράφο ταυτίζεται συνήθως, με τη **βιαιότητα** και την **εγκληματική συμπεριφορά**, αναπαράγοντας το πρότυπο εκείνο του «μνιακού», «ψυχοπαθή» **δολοφόνου**. Οι πρωταγωνιστές με ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές προβάλλονται ως ψυχροί, αντικοινωνικοί, εσωστρεφείς, με εμμονικές τάσεις και ακραίες συμπεριφορές (Πίνακας 4). Η πλειονότητα αυτών των χαρακτήρων είναι είτε πρώην τρόφιμοι ψυχιατρικών ιδρυμάτων, είτε ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή. Ακόμα και στην περίπτωση που δεν υπάρχει κάποια διάγνωση, σκηνοθετικά τονίζονται ορισμένες λεπτομέρειες που υποδεικνύουν κάποια προβληματική συμπεριφορά ή και υπόνοιες από το οικείο περιβάλλον σχετικά με το χαρακτήρα του. Στην ταινία *Misery* (1990), η πρωταγωνίστρια δηλώνει, «*Συχνά η σκέψη μου είναι θολή*», «*Η βροχή μου δημιουργεί μελαγχολία*». Στο *Split* (2017), η ψυχολόγος αναφέρει «*Θα πρέπει να σε άκουγα πιο προσεκτικά*», ενώ στο *We need about Kelvin* (2011), ο θεατής καθ' όλη τη διάρκεια της ταινίας γίνεται μάρτυρας των υποψιών της μητέρας, χωρίς η ίδια να τις εξωτερικεύει με σαφήνεια στον σύζυγό της.

Πίνακας 4. Ταινίες που προβάλλουν το πρότυπο του «μανιακού», «ψυχοπαθή» δολοφόνου

Τίτλος	Έτος	Πως Παρουσιάζεται
M- Ο Δράκος του Ντίσελντορφ	1938	Πρώην τρόφιμος ψυχιατρείου και κατά συρροή δολοφόνος παιδιών.
Ψυχώ	1960	Απομονωμένος, οιδιπόδεια σχέση με τη μητέρα του και δολοφόνος. Στο τέλος της ταινίας, διαγιγνώσκεται με διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας.
Halloween	1978	Εγκληματίας, έχοντας διαπράξει τον πρώτο του φόνο στην ηλικία των έξι ετών και τρόφιμος σε ψυχιατρική κλινική, από την οποία δραπετεύει έπειτα από δεκαπέντε χρόνια εγκλεισμού.
Blue Velvet	1986	Ένας σαδιστής ψυχοπαθής που κρατά ομήρους την οικογένεια μιας τραγουδίστριας.
Misery	1990	Μία ψυχασθενής προσωπικότητα με ακραίες εγκληματικές

		και βίαιες συμπεριφορές, που ευτυχεί μέσα από τα βιβλία.
Cape Fear	1991	Ένας ψυχοπαθής βιαστής στρέφεται ενάντια στην οικογένεια του πρώην συνηγόρου του.
Η Σιωπή των Αμνών	1991	Ένας κατά συρροή δολοφόνος με διαταραχή ταυτότητας φύλου και ένας φυλακισμένος ψυχοπαθής με κανιβαλιστικές τάσεις.
Natural Born Killers	1994	Ένα νεαρό ζευγάρι ψυχοπαθών που έχουν υπάρξει θύματα βίας και έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, γίνονται διάσημοι κατά συρροή δολοφόνοι.
Seven	1995	Ένας ψυχασθενής αυτοπροσδιοριζόμενος ως επιλεγμένος του Θεού, τιμωρεί με βάση τα επτά θανάσιμα αμαρτήματα.
American Psycho	2000	Ένας νεαρός επιτυχημένος

		<p>χρηματιστής με παραληρηματική εμμονή κοινωνικής και οικονομικής επίδειξης, που επιδίδεται σε τερατώδεις βιαιότητες και ανθρωποκτονίες.</p>
Secret Window	2004	<p>Ένας διαζευγμένος συγγραφέας, με σχιζοφρενικές τάσεις και σύνδρομο πολλαπλής ταυτότητας.</p>
The Dark Night	2008	<p>Ένας ψυχοπαθής εγκληματίας με βίαιες και απρόβλεπτες συμπεριφορές.</p>
We need to talk about Kevin	2011	<p>Ένας νεαρός με αντικοινωνική συμπεριφορά, εκδικητική και εμμονική συμπεριφορά με την τάξη.</p>
Split	2017	<p>Ένας ψυχοπαθής δολοφόνος, με σοβαρή διαταραχή πολλαπλής ταυτότητας, ο οποίος καταφέρνει να κρύψει τα σχέδιά του από την ψυχίατρό του.</p>

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι δεκατέσσερις (14) από τις σαράντα (40) εξεταζόμενες ταινίες, στις οποίες τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προβάλλονται ως εξαιρετικά επικίνδυνα και επιθετικά για τους άλλους, καθρεφτίζοντας και διαιωνίζοντας στερεοτυπικές αντιλήψεις. Το πρότυπο που κυριαρχεί είναι εκείνο του επικίνδυνου, δολοφόνου ψυχικά ασθενή, ο οποίος αναπτύσσει επικίνδυνες παραβατικές συμπεριφορές, προβαίνοντας ακόμα και σε ανθρωποκτονίες, εξαιτίας της ασθένειάς του.

Στην πραγματικότητα, οι ταινίες αυτές αποτελούν ένα μέρος της αναπαραγωγής του «μανιακού», «ψυχοπαθή» δολοφόνου» που συναντάται στον κινηματογράφο, όπου οι πρωταγωνιστές πέρα από δολοφονίες, διαπράττουν και άλλες ειδικές εγκληματικές πράξεις, όπως σεξουαλικά εγκλήματα, παιδοφιλία και κλοπές, το οποίο όπως είναι φυσικό δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στους θεατές. Ένας τρόπος προβολής που συνδέει συχνά την ψυχική ασθένεια με φαινόμενα περιθωριοποίησης, κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού.

Πολλές φορές η «αιτιογένεση» της νόσου αναζητείται στο δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον, στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση της μητέρας ιδίως κατά την περίοδο της κύησης ή κατά τους πρώτους μήνες του εμβρύου, καθώς και στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, εστιάζοντας στη βιολογική ερμηνεία της νόσου (γονιδιακό ζήτημα). Εντύπωση βέβαια προκαλεί ότι οι αναφορές στην προγενέστερη ζωή του ασθενούς, πριν τη διάγνωση, είναι περιορισμένες αν όχι μηδαμινές.

Σε άλλες ταινίες, ο χαρακτήρας λόγω της ψυχικής διαταραχής του οδηγεί συχνά τους γύρω του σε θανάσιμο κίνδυνο. Στην ταινία *Fight Club* (1999) ο πρωταγωνιστής αρχικά παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία υποχωρούν έπειτα από τη γνωριμία του με το Τάιλερ, με τον οποίο οργανώνουν ένα κλαμπ πάλης. Ο Τάιλερ είναι ένας δεύτερος εαυτός του πρωταγωνιστή με αυτοκαταστροφικές, αντιεξουσιαστικές τάσεις και συναισθηματική αστάθεια. Αποτελεί ουσιαστικά μία περίπτωση διασπαστικής διαταραχής ταυτότητας ή αλλιώς διαταραχή πολλαπλής ταυτότητας, όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν διαταραχές ή βλάβες της μνήμης, της επίγνωσης/αντίληψης και της ταυτότητας. Υπάρχουν επίσης ταινίες (*Goodfellas*, 1990

και Δίδυμοι Θρύλοι,2015), όπου οι ψυχικά ασθενείς γίνονται γκάνγκστερ, υποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο τη ροπή τους προς το έγκλημα και τη βία¹².

Στις ταινίες *Seven Psychopaths* (2012) και *Me, Myself and Irene* (2000) η ψυχοπάθεια και η σχιζοφρένεια αντίστοιχα, απεικονίζονται με χιουμοριστική διάθεση, με τον πρωταγωνιστή να ενσαρκώνει τον **κωμικό τύπο του «τρελού εκτός ελέγχου»**. Η ψυχική ασθένεια γίνεται συνώνυμο της γκάφας και της ελαφρότητας, προκαλώντας το γέλιο του κοινού. Οι πράξεις και ο παρορμητισμός των πρωταγωνιστών «ερμηνεύονται» στο πλαίσιο των διαταραχών, με αποτέλεσμα η συμπτωματολογία και η σοβαρότητά τους να υποβαθμίζεται, δημιουργώντας στρεβλώσεις απέναντι στα ζητήματα ψυχικής υγείας. Ένας τρόπος προβολής που μοιάζει ως κατάλοιπο παλαιότερων εποχών όπου τα άτομα αυτά αντιμετωπιζόνταν ως «οι γελωτοποιοί» του χωριού.

Μία πιο **ευαίσθητη και ρεαλιστική οπτική** της ψυχικής ασθένειας προβάλλεται στις ταινίες *The Snake Pit* (1948), *Sunset Boulevard* (1950), *The Breakfast Club* (1985), *Girl, Interrupted* (1999), *The Royal Tenenbaums* (2001) και *Blue Jasmine* (2013). Η ψυχική/συναισθηματική διαταραχή αναδεικνύεται σε ένα θέμα που αφορά όλους μας. Διάφορα άτομα ανεξαρτήτου ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, έπειτα από σημαντικές και ξαφνικές αλλαγές στη ζωή τους ή βιώνοντας –έχοντας βιώσει- κάποιο τραυματικό γεγονός στη ζωή τους και ιδίως κατά την παιδική τους ηλικία, ενδέχεται να νοσήσουν, χωρίς να γίνεται πάντα αντιληπτό από τους γύρω τους. Ταινίες που φανερώνουν την ευαλωτότητα του ανθρώπινου ψυχισμού, όπως και την πολυδιάστατη και την πολυσύνθετη έννοια της ψυχικής υγείας.

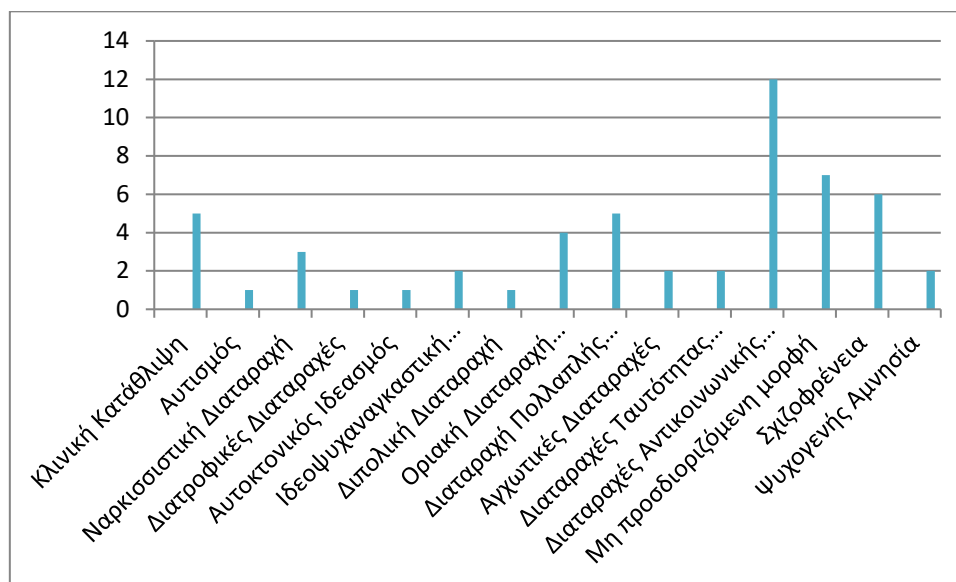
Στον κινηματογράφο συχνά προάγεται ο μύθος της σχιζοφρένειας και άλλων αντικοινωνικών συμπεριφορών με την **ιδιοψυία** (Ο Ξεχωριστός Γουίλ Χάντινγκ,1997 και *A Beautiful Mind*,2001). Μία σχέση που έχει δεχθεί έντονη κριτική, λόγω της «ρομαντικοποίησης» που επιφέρει στην ψυχική ασθένεια, η οποία είναι δυνατόν να προκαλεί σύγχυση και διαστρεβλώσεις. Επιπλέον, διαπιστώνεται μία ισχυρή

¹² Στην ταινία *Δίδυμοι Θρύλοι*, θα πρέπει να υπενθυμίζεται το ότι πρόκειται για μία βιογραφική ταινία, το οποίο ενδεχομένως να ελλοχεύει τον κίνδυνο παρερμηνείας στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Παρόλα αυτά επιλέγεται διότι μέσα από την ταινία γίνεται αντιληπτό ότι ενώ υπήρχε ιατρική γνωμάτευση περί της ψυχικής διαταραχής του ενός πρωταγωνιστή, αυτή αποσιωπάται εξαιτίας του φόβου της εγκληματικής του δράσης.

συσχέτιση της ψυχικής ασθένειας με τη χρήση **εξαρτησιογόνων ουσιών** (Girl, Interrupted, 1999, Blue Jasmine, 2013).

Τα είδη ψυχικής/συναισθηματικής διαταραχής που αντιμετωπίζουν οι πρωταγωνιστές φαίνεται να είναι συγκεκριμένα στον κινηματογράφο. Σχιζοφρένεια, αυτοκτονικός ιδεασμός, κατάθλιψη, διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι οι πιο κοινές μορφές ψυχικής ασθένειας στους κινηματογραφικούς χαρακτήρες, με τους γυναικείους χαρακτήρες να πάσχουν κυρίως από κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, το οποίο ερμηνεύεται άλλοτε ως συνέπεια κάποιας ξαφνικής αλλαγής στη ζωή τους ή ενός παρελθοντικού τραυματικού γεγονότος και άλλοτε ως ορμονική μεταβολή. Μία επιλογή που θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο πλαίσιο της έμφυλης ερμηνείας της ψυχικής ασθένειας και της έμφυλης αντιπροσώπευσης, που διαπιστώνεται. Υπάρχει επίσης, ένα ικανοποιητικό ποσοστό ταινιών, στις οποίες δεν αναφέρεται το είδος της διαταραχής που αντιμετωπίζει ο πρωταγωνιστής, χαρακτηρίζοντάς τον απλώς ως «ψυχασθενή». Η διαταραχή «αφήνεται» στο χέρι του θεατή, ο οποίος αποκτά το ρόλο του ειδικού, ερμηνεύοντας αντιστοίχως την ψυχική ασθένεια.

Διάγραμμα 16. Τα είδη συναισθηματικής/ψυχικής διαταραχής που εμφανίζονται στις εξεταζόμενες ταινίες



Η περιγραφή αυτών των διαταραχών διαστρεβλώνουν συχνά την πραγματική τους συμπτωματολογία. Μία κατάσταση που προκαλεί συχνά τη σύγχυση της κοινής γνώμης, η οποία εκφράζεται μέσω λανθασμένων πεποιθήσεων, στάσεων και

συμπεριφορών απέναντι σε ορισμένες μορφές ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Στο *Aviator* (2004) για παράδειγμα, υπονοείται ότι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή οφείλεται στη μητέρα του Hughes εξαιτίας της εμμονής της με τα μικρόβια και όχι σε κάποια εγκεφαλική διαταραχή, η οποία μεταφέρθηκε σε αυτόν μέσω των επαναλαμβανόμενων πλύσεων. Για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, ο κινηματογράφος χρησιμοποιεί οπτικές ψευδαισθήσεις, όταν οι περισσότεροι ασθενείς έχουν βιώσει μόνο ακουστικές (*A beautiful Mind*, 2001), όπως και η απεικόνιση ενός αστυνομικού με σχιζοφρένεια στο *Me, Myself and Irene*, (2000) που ταιριάζει περισσότερο στη διασχιστική διαταραχή προσωπικότητας.

Υπάρχουν εντούτοις και εξαιρέσεις, μιας και ένα ικανοποιητικό ποσοστό ταινιών επιχειρεί να περιγράψει με ρεαλισμό αυτά τα συμπτώματα, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού. Η ταινία *Girl, Interrupted* (1999) «συστήνει» στο θεατή την οριακή μεταιχμιακή διαταραχή, η οποία κατά τη δεκαετία του 1960 ήταν άγνωστη στο ευρύ κοινό, «*Είναι πέντε φορές πιο συχνό σε γονείς που έχουν την ίδια πάθηση*». Η ταινία *Melancholia* (2011) καταδεικνύει ότι τα άτομα με καταστάσεις καταθλιπτικών διαθέσεων είναι καλύτερα στην επίλυση των κοινωνικών διλημμάτων. Το *The Snake Pit* (1948) ενστερνιζόμενο τη φροϋδική θεωρία, επικεντρώνεται στο ασυνείδητο, υποστηρίζοντας ότι κάποια άλυτη σύγκρουση στην παιδική ηλικία είναι υπαίτια για την ψυχική ασθένεια, όπως και στο *The Real Tenenbaums* (2001). Στο *Gaslight* (1940), η ψυχική ασθένεια μοιάζει να είναι κληρονομική- «*Η μητέρα σου ήταν τρελή. Πέθανε σε άσυλο, όταν ήσουν δώδεκα μηνών*»- ενώ για τον σκηνοθέτη της *Blue Jasmine* (2013), είναι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, που «*πυροδοτούν*» την εκδήλωσή της, δίχως να αποκλείεται κάποιο υπόβαθρο ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας.

- Αναπαραστάσεις της θεραπείας και των δομών ψυχιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Εξαιρετικά δημοφιλή θέματα στο χώρο του θεάματος είναι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι δομές ψυχιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το 17% των πιο εμπορικών ταινιών της δεκαετίας του 1990 περιέχει τουλάχιστον έναν ειδικό ψυχικής υγείας (Διαμαντοπούλου, 2016:51). Η πρακτική αυτή επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα. Η πλειοψηφία των ταινιών που εξετάζονται -24 από τις 40 ταινίες- παρουσιάζουν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, όπου στις περισσότερες φορές ο

ειδικός αποκτά έναν πιο αφηγηματικό ρόλο, περιγράφοντας τη συμπτωματολογία της διαταραχής. Το ανδρικό φύλο είναι κυρίαρχο στον επιστημονικό χώρο της ψυχιατρικής/ψυχολογίας- μόλις, τρεις (3) είναι οι γυναίκες ψυχίατροι στην παρούσα έρευνα. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν την πολυπληθέστερη ομάδα νοσηλευτών. Ένας έμφυλος καταμερισμός που είναι αντίστοιχος των έμφυλων στερεοτύπων και προτύπων που αναπαράγονται στο εκάστοτε κοινωνικο-ιστορικό περιβάλλον.

Τα κοινωνικά στερεότυπα περί ψυχικής ασθένειας αναπαράγονται συχνά, μέσα από το κινηματογραφικό τοπίο, το οποίο γίνεται αντιληπτό από τη συμπεριφορά των ειδικών ψυχικής υγείας. Στην ταινία *Stonehearst Asylum* (2014) ο ψυχίατρος του 19^{ου} αιώνα, παρουσιάζεται ιδιαίτερα σκληρός και καχύποπτος απέναντι στους τροφίμους, σε αντίθεση με τη σύγχρονη ψυχίατρο στο *Split* (2017), η οποία μοιάζει συμπονετική. Ασκήι κριτική απέναντι σε στερεοτυπικές αντιλήψεις τρίτων προσώπων, προσπαθώντας μέσα από την έρευνά της να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας. Στο *Girl, Interrupted* (1999) το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζεται σε γενικές γραμμές αρκετά κοντά στις τροφίμους. Έχουν ένα συμβουλευτικό ρόλο, μιλάνε για προσωπικά θέματα, τις παρακινούν, αποκτώντας κάποιες ιδιότητες μητρικής φιγούρας. Στην *Φωλιά του Κούκου* (1975) από την άλλη πλευρά, μία ταινία που αναπαριστά το ψυχιατρικό μοντέλο περίθαλψης της εποχής, ο χαρακτήρας της νοσοκόμας *Ratched* περιγράφεται από τον αφηγητή ως «άγριο ρομπότ με καλώδια», «επιβεβαιώνοντας» την εικόνα των ψυχιατρικών δομών και υπηρεσιών της εποχής.

Υπάρχουν αρκετές αναφορές ως προς τον τρόπο διαβίωσης των τροφίμων μέσα στα ιδρύματα, όπως και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι τρόφιμοι σε αυτά. Τις περισσότερες φορές, το κινηματογραφικό σκηνικό των ασύλων παρουσιάζεται απρόσωπο, ψυχρό, γεμάτο μικρά δωμάτια, χωρίς επικοινωνία μεταξύ τους, με βαριές σιδερένιες πόρτες και τεράστιους διαδρόμους, που μοιάζουν με φυλακές. Είναι ενδεικτικό, ότι από τον φωτισμό των διαδρόμων, μέχρι και τα χρώματα της ταινίας, κυριαρχούν τα ψυχρά χρώματα.

Οι χώροι των ασύλων της μεταπολεμικής εποχής φαίνεται να γοητεύουν τους θεατές, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την παραγωγή αυτών των ταινιών κάθε χρόνο. Το ασυλιακό τοπίο του παρελθόντος, που προβάλλεται στο *Shutter Island* (2010) και στο *Stonehearst Asylum* (2014) είναι απομονωμένο· βρίσκεται σε

δυσπρόσιτες περιοχές, αρκετά μακριά από κάποια κατοικημένη, αστική περιοχή- το οποίο εμφανίζεται και από την απόδοση στα ελληνικά της ταινίας «Shutter Island» («*Το Νησί των Καταραμένων*»). Χώροι που μοιάζουν με μία αναπόσπαστη ιδρυματική φυλακή, υγρή και άρρωστη, στην οποία οι τρόφιμοι διαχωρίζονται ανάλογα με την επικινδυνότητά τους, έχοντας πάντα την εικόνα ατημέλητων, απεριποίητων ατόμων, με εμφανή πολλές φορές τα σημάδια της σωματικής κακοποίησης, «αφημένοι» στην μοίρα τους. Εικόνες και συνθήκες που δεν προξενούν ιδιαίτερη εντύπωση στο θεατή, ακριβώς λόγω του έτους που τοποθετούνται.

Οι συνθήκες διαβίωσης, αλλά και το πρόγραμμα των τροφίμων εντός των ψυχιατρικών κλινικών, στην πλειονότητα αυτών των ταινιών είναι πανομοιότυπο. Οι τρόφιμοι καλούνται να ακολουθούν το καθημερινό τους πρόγραμμα, όπου περιλαμβάνει από ελάχιστες έως μηδαμινές εξωτερικές ή γενικότερες δραστηριότητες, περιορίζοντας την καθημερινότητά τους σε συνεδρίες, στη θέαση τηλεοπτικών προγραμμάτων και στο παίξιμο χαρτιών. Την ίδια στιγμή, άλλοι ασθενείς «περιπλανιούνται» στο κινηματογραφικό σκηνικό, δημιουργώντας στο θεατή την εντύπωση της παράνοιας και της απομάκρυνσής τους από την πραγματικότητα, τη λογική. Μοναδική εξαίρεση, η ταινία *Stonehearst Asylum* (2014), όπου έχοντας αναλάβει οι τρόφιμοι τη διοίκηση του ασύλου, αναλαμβάνουν ενεργούς ρόλους, αρμοδιότητες και ευθύνες, το οποίο ενεργεί θετικά στην ψυχική τους υγεία. Υπάρχουν συχνά υπαινιγμοί για τις συνθήκες διαβίωσης των τροφίμων ανάμεσα στα δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά ιδρύματα, με τα πρώτα να παρουσιάζονται σαν χώροι εξαθλίωσης και τα δεύτερα σαν ακριβές κλινικές «*Έχω δουλέψει σε κρατικά ιδρύματα. Αυτό είναι ξενοδοχείο πέντε αστέρων*» (*Girl, Interrupted*).

Μέσα από τις προβαλλόμενες **θεραπείες** και **μεθόδους**, ο κινηματογράφος μοιάζει να ακολουθεί την εξελικτική πορεία στο χώρο της ψυχιατρικής επιστήμης, αναδεικνύοντας επί της ουσίας τις αλλαγές που έχουν επέλθει. Αλλαγές που πολλές φορές συσχετίζονται με τις γενικότερες μεταβολές σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τεχνικές όπως το ηλεκτροσόκ και η λοβοτομή προβάλλονται στις ταινίες *The Snake Pit* (1948), *Στη Φωλιά του Κούκου* (1975), *Shutter Island* (2010) και *Stonehearst Asylum* (2014), υπογραμμίζοντας τα αρνητικά αποτελέσματα αυτών των μεθόδων μέσα από τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίοι έπειτα από αυτές τις θεραπείες «μετατρέπονται» σε άβουλα πλάσματα, με αχανές βλέμμα, χωρίς συναισθήματα.

Άτομα χωρίς θέληση, πρωτοβουλίες και σκέψεις, παθητικοί δέκτες των θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίοι μοιάζουν να έχουν χάσει την ελπίδα και τη θέλησή τους για ίαση και ζωή¹³.

Στην ταινία Το Κουρδιστό Πορτοκάλι (1971) ασκείται έντονη κριτική σε αυτή τη μεθοδολογία. Ο θεατής παρακολουθεί πώς μία πειραματική θεραπεία που εφαρμόζεται στον πρωταγωνιστή, τον μετατρέπει σε ένα ανυπεράσπιστο άτομο, που δεν μπορεί να αμυνθεί, να προστατευθεί, ούτε καν να ικανοποιήσει τις βασικές ορμές και τα ένστικτά του. Στην ταινία Annie Hall (1977), ο Woody Allen διακωμωδεί την ευρεία χρήση ψυχολογικών εννοιών στην καθημερινότητα των κατοίκων της Νέας Υόρκης τη δεκαετία του 1970, με τον ίδιο έχοντας το πρωταγωνιστικό ρόλο να μαρτυρά ότι επισκέπτεται ψυχίατρο ήδη από την παιδική του ηλικία -15 χρόνια ψυχανάλυσης- διότι η μητέρα του θεωρούσε ότι ο γιος της είχε κατάθλιψη.

Άλλο ένα θέμα που θίγεται στον κινηματογράφο είναι η εκούσια και η ακούσια νοσηλεία ενός ασθενούς. Στην ταινία The Snake Pit (1948), όταν συνέρχεται από ένα επεισόδιο ψυχογενούς αμνησίας, η πρωταγωνίστρια δεν μπορεί να καταλάβει, ούτε το που βρίσκεται, αλλά ούτε και το πώς βρέθηκε εκεί. Μόλις αντιλαμβάνεται ότι βρέθηκε εκεί, έπειτα από πρωτοβουλία του συζύγου της, τα συναισθήματά της μεταβάλλονται με ποικίλους τρόπους, οδηγώντας σε εσωτερικές και εξωτερικές συγκρούσεις. Στο A Beautiful Mind (2001), ο πρωταγωνιστής προσπαθεί να αποφύγει το ψυχιατρικό προσωπικό στο προαύλιο του πανεπιστημίου Harvard, πιστεύοντας ότι είναι ξένοι πράκτορες και θεωρώντας ότι η ψυχιατρική κλινική διευθύνεται από Σοβιετικούς. Αντίθετα, στο Girl, Interrupted (1999) περιγράφεται η εμπειρία της εκούσιας νοσηλείας μίας ασθενούς, με την ίδια να διερωτάται για αυτήν της την απόφαση, *«Με απασχολεί γιατί έπρεπε να μπω σε ψυχιατρικό ίδρυμα»*.

Σε πολλές ταινίες υπάρχουν αναφορές-υπαινιγμοί-αναφορικά με τη χρήση συγκεκριμένων φαρμακευτικών ουσιών και των επιπτώσεών τους, στη λειτουργικότητα και στην πνευματική διαύγεια των τροφίμων, οδηγώντας συχνά και στην εξάρτηση. Ο Russel Crowe στην ταινία A Beautiful Mind, απογοητευμένος από τις παρενέργειες του αντιψυχωτικού φαρμάκου, σταματά στα κρυφά τη λήψη του, με

¹³ Στην ταινία «The Snake Pit» (1948), η μέθοδος της ηλεκτροσπασμοθεραπείας δεν συνοδεύεται με ανάλογες εικόνες, παρά μόνο με το αίσθημα του φόβου της πρωταγωνίστριας, το οποίο μπορεί να οφείλεται στη δεκαετία που τοποθετείται. Είναι η περίοδος, κατά την οποία η τεχνική αυτή υπήρξε αρκετά δημοφιλής στον χώρο της ψυχιατρικής.

αποτέλεσμα να υποτροπιάσει εκ νέου. Στην ταινία *Blue Jasmine*, η *Jasmine* με συμπτώματα αγχώδους διαταραχής, προχωρά στην κατάχρηση αγχολυτικών φαρμάκων και αλκοόλ, όπως και στο *Girl Interrupted*, όπου η *Diasy* ζητά από τις υπόλοιπες τροφίμους της *valium*, προκειμένου να εισέλθουν στο δωμάτιό της ή να τις βοηθήσει.

➤ Στίγμα και Στερεότυπα

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, διαπιστώνονται σημαντικές μεταβολές στον τρόπο αναπαράστασης της ψυχικής ασθένειας και του ψυχικά πάσχοντα. Ο κινηματογράφος κατέχει πλέον έναν πιο ενημερωτικό ρόλο. Δεν προχωρά απλώς στην επιφανειακή και στερεοτυπική παρουσίαση αυτών των ζητημάτων. Εμβαθύνει, διερευνά, αναζητά και αναδεικνύει τις αιτίες ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας εστιάζοντας κυρίως στα προβλήματα κοινωνικής ένταξης και επανένταξης, ιδίως όσων ατόμων έχουν νοσηλευτεί σε κάποια ψυχιατρική δομή, λόγω του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει τη διάγνωσή τους.

Στο *Stonehearst Asylum* (2014) ένας από τους πρωταγωνιστές ξεναγώντας τον νεοφερμένο ψυχίατρο στην κλινική αναφέρει χαρακτηριστικά *«Οι περισσότεροι ασθενείς είναι εδώ επειδή ντροπιάζουν την οικογένειά τους. Είμαστε μάλλον σαν μία αποικία λεπρών. Είμαστε εξόριστοι από την ανθρώπινη φυλή»*. Στο *Psycho* (1960), ο πρωταγωνιστής λέει *«οι άνθρωποι πάντα αναφέρουν τα τρελάδικα σαν κάποιο μέρος»*, ενώ στο *Natural Born Killers* (1994), *«Σήμερα σου αφανίζουν το μυαλό επειδή σε θεωρούν τρελό»*. Στο *Shutter Island* (2010) ο σερίφης μιλώντας στο φύλακα της ψυχιατρικής κλινικής δηλώνει *«Συμπεριφέρεστε σαν η φρενοβλάβεια να είναι κάτι ασυνήθιστο»*, για να του απαντήσει *«Προσδιόρισε το ασυνείδητο. Είναι ψυχιατρείο εδώ»*. Αυτές οι δηλώσεις φανερώνουν τις στερεοτυπικές αντιλήψεις που ενυπάρχουν στην κοινωνία για τα άτομα που πάσχουν από ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, όπως και η φράση *«Η ψυχοπάθεια πουλάει»*, που ακούγεται στο *Sunset Boulevard* (1950), το οποίο δείχνει την ενασχόληση των μέσων μαζικής ενημέρωσης με αυτή την θεματολογία.

Αυτές οι στερεοτυπικές αντιλήψεις εμφανίζονται και μέσα από τη χρήση συγκεκριμένων όρων και λέξεων που αποδίδονται στους πρωταγωνιστές με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές. Έννοιες όπως «ψυχάκιας», «βαρεμένος», «τέρατα», «θεοπάλαβος» είναι ενδεικτικές της κοινωνικής αντίδρασης. Στην ταινία

Seven (1995), η χρήση αυτών των λέξεων κυρίως από τον ένα πρωταγωνιστή (Brad Pitt), υπερβαίνει τις είκοσι φορές, *«Υπάρχουν πολλά τέρατα εκεί έξω», «Είναι περιφρονητικό να τον λες παλαβό... τώρα θα χορεύει φορώντας τα εσώρουχα της γιαγιάς του», με τον συμπρωταγωνιστή του (Morgan Freeman) να του απαντά «Είναι λάθος να τον αποκαλείς έτσι». Στο Stonehearst Asylum (2014) ένας ψυχολόγος περιγράφοντας τα συμπτώματα της υστερίας, αναφέρει *«Όπως κάθε εγκληματίας ισχυρίζεται ότι είναι αθώος, έτσι και κάθε τρελή γυναίκα ισχυρίζεται ότι έχει σώας τας φρένας της»*. Μία έκφραση που υποδεικνύει παλαιότερες αντιλήψεις περί έμφυλου καταμερισμού των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών.*

Αρνητικό αντίκτυπο στην εικόνα της ψυχικής ασθένειας έχουν και οι περιγραφές της «τρέλας» από τους ίδιους τους πρωταγωνιστές: *«Έπρεπε να το κάνω (εννοεί τις δολοφονίες)... Φοβάμαι ότι είμαι άρρωστος... Έχω φτάσει πια στην τρέλα. Στο κακό... Δεν υπάρχουν πια όρια. Τα έχω ξεπεράσει»* (American Psycho, 2000). *«Πραγματικά δεν το ελέγχω (το να σκοτώνει παιδιά). Αυτή τη φωτιά, τη φωνή, την αγωνία»* (M- O Δράκος του Ντίσελντορφ, 1938). Το γεγονός επίσης, ότι ελάχιστες ταινίες προβάλλουν τη θεραπεία αυτών των ατόμων, έχει ως συνέπεια για πολλούς θεατές η ψυχική ασθένεια να ισοδυναμεί με μία «ανίατη νόσο», που ωθεί είτε στην εξαθλίωση, είτε στο έγκλημα.

Τέλος, υπάρχουν ταινίες που προσπαθούν να αναδείξουν τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την κοινωνική τους επανένταξη, εξαιτίας του στίγματος. Στον Οδηγό Αισιοδοξίας (2012), ένας πάσχοντας από διπολική διαταραχή προσπαθεί να επανενταχθεί στην κοινωνία. Μέσα από την ταινία γίνεται σαφές ο καθοριστικός ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη θεραπεία των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Στο Two Days, One Night (2014), η Sandra λόγω ψυχολογικών προβλημάτων, έλειψε κάποιους μήνες από την δουλειά της. Η επιστροφή της κρίνεται από τις απαντήσεις των συναδέλφων της, οι οποίοι καλούνται να επιλέξουν μεταξύ της επιστροφής της Sandra και του μόνου των 1.000 ευρώ που τους προσφέρει η εταιρεία. Ομοίως, η Jasmine έχοντας υποστεί νευρικό κλονισμό, καταφέρνει να «μετριάσει» τα συμπτώματα, έως τη στιγμή που βιώνει την δεύτερη απώλεια και μένει εκ νέου μόνη της. Τα άτομα αυτά αδυνατούν να εκφραστούν συναισθηματικά φοβούμενοι ότι η αντίδρασή τους αυτή θα ταυτιστεί με την ψυχοσυναισθηματική τους διαταραχή, η οποία δείχνει τη διαίωση των στερεοτυπικών αντιλήψεων: *«Δεν πρέπει να κλαις»* λέει ο σύζυγος της Sandra, στο Two Days, One Night (2014).

2.4.1.4. Συμπέρασμα Έρευνας

Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει τα πορίσματα προηγούμενων μελετών αναφορικά με τον τρόπο προβολής της ψυχικής ασθένειας στον κινηματογράφο. Μέσα από την εξέταση σαράντα (40) ταινιών, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα κοινωνικο-ιστορικών και πολιτιστικών εξελίξεων προκύπτουν κάποια αξιοσημείωτα συμπεράσματα, αναδεικνύοντας τη σημασία του κινηματογράφου στη διαμόρφωση και στην αναπαραγωγή κοινωνικών αντιλήψεων και στάσεων. Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι ο τρόπος απεικόνισης των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών είναι εφάμιλλος των εκάστοτε κοινωνικών αντιλήψεων, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την εποχή τοποθέτησης της ταινίας.

Στις ταινίες ασκείται έντονη κριτική σε παλαιότερες τεχνικές και μεθόδους της ψυχιατρικής όπως το ηλεκτροσόκ, καθώς και στην αδιάκοπη και αλόγιστη συχνά, χρήση φαρμακευτικών ουσιών, συνδέοντας τη χρήση τους με φαινόμενα εθισμού και εξάρτησης. Συχνά, ο ασθενής προβάλλεται ως ένας παθητικός δέκτης, ένα άβουλο πλάσμα εντός του ιδρυματικού πλαισίου. Δεν υπάρχουν δραστηριότητες που να θέτουν στόχους στην καθημερινότητά τους, ώστε να τους βοηθήσουν στην κοινωνική τους επανένταξη. Η ιδρυματοποίηση αυτή έχει ως αντίκτυπο οι ίδιοι ασθενείς να οδηγούνται στην εσωτερίκευση του στίγματος και να αποζητούν την παραμονή τους στο άσυλο, νιώθοντας ασφαλέστεροι σε αυτό. Αντίστοιχα, οι θεατές βλέποντας αυτές τις αντιδράσεις θεωρούν ότι οι άνθρωποι αυτοί δεν μπορούν να επανενταχθούν. Μία άποψη που ενισχύεται από τις σκηνές κατάχρησης και εθισμού ψυχότροπων ουσιών. Αξίζει να επισημανθεί, ότι στις περισσότερες ταινίες προβάλλεται ιδιαίτερα η υποτροπή του πρωταγωνιστή ή χειρότερα η αναπόφευκτη εγκληματική του συμπεριφορά. Ένας τρόπος προβολής που παρεμποδίζει τις δυνατότητες κοινωνικής ένταξης αυτών των ατόμων, αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό.

Το κοινωνικό στίγμα εμφανίζεται και μέσα από τις δυσκολίες που συναντούν κατά την κοινωνική τους επανένταξη. Η διάγνωση επηρεάζει τη συμπεριφορά τους, όπως και τη συμπεριφορά των άλλων προς τους ίδιους. Πολλοί αποφεύγουν να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους, φοβούμενοι ότι η αντίδρασή τους αυτή θα ταυτιστεί με τη διαταραχή τους, έστω και αν την έχουν ξεπεράσει. Νιώθουν ότι βρίσκονται συνεχώς στο επίκεντρο της προσοχής των γύρω τους, οι οποίοι τους αντιμετωπίζουν συχνά καχύποπτα, επιφυλακτικά, αμφισβητώντας την

αποτελεσματικότητα, τη λειτουργικότητα και την ψυχραιμία τους. Δεν πρέπει δε να παραλείπονται και οι επιπτώσεις αυτής της διάγνωσης στο οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο μοιάζει να δέχεται μία διαφορετική μορφή στιγματισμού και περιθωριοποίησης από το υπόλοιπο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις για αυτά τα άτομα, συνεχίζουν να εμμένουν στο χώρο του θεάματος, με το πρότυπο του «μανιακού», «ψυχοπαθή» δολοφόνου να παραμένει κυρίαρχο. Η ψυχική ασθένεια γίνεται συνώνυμο των πιο επαχθών πράξεων, δημιουργώντας ένα σύνολο αντανάκλαστικών και ασυνείδητων αρνητικών σκέψεων στο θεατή. Δολοφονίες, παιδοφιλία, βανδαλισμοί είναι ορισμένα από τα επαναλαμβανόμενα εγκλήματα που τελούνται από τους ψυχικά ασθενείς, με τον ίδιο τον πρωταγωνιστή να ενοχοποιεί τη διαταραχή του για την τέλεση αυτών των εγκλημάτων. Τα αρνητικά στερεότυπα έναντι αυτών των ατόμων εντείνονται και από τη χρήση αρνητικών εννοιών και όρων –«ψυχάκιας», «τέρας», «θεοπάλαβος»- καθώς και από το σκηνοθετικό τρόπο προβολής της ψυχικής ασθένειας.

Ένα άλλο πρότυπο που συναντάται είναι εκείνο του «κωμικού τρελού, εκτός ελέγχου», ο οποίος μοιάζει με «γελωτοποιό». Μέσα από τις γκάφες του, προκαλεί το γέλιο του θεατή, στιγματίζοντας με ένα διαφορετικό τρόπο την ψυχική ασθένεια. Μία αναπαράσταση, που αν και δεν δημιουργεί αρνητικές εντυπώσεις, προκαλεί αντικρουόμενα συναισθήματα, αντιδράσεις και σύγχυση στο θεατή, αναπαράγοντας εκ νέου τις αντιλήψεις περί ανικανότητας και μη λειτουργικότητας αυτών των ατόμων.

Ένας τρόπος προβολής που δεν πρέπει να προξενεί εντύπωση μιας και χαρακτηρίζει διαχρονικά τη στάση της κοινής γνώμης απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Συχνά, σε πιο συντηρητικά κοινωνικά πλαίσια η ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα συνιστά μία φιλική οικεία φιγούρα. Ο «τρελός του χωριού», όπως και αποκαλείται, είναι ένα άτομο που δεν αποξενώνεται από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, το οποίο με τις πράξεις του προσφέρει γέλιο, δίχως να παρουσιάζει βίαιη, επιθετική συμπεριφορά. Αντίθετα, ο «τρελός της πόλης» είναι περιθωριοποιημένος, στιγματισμένος και αποξενωμένος, λόγω ακριβώς της ευαλωτότητάς του. Έννοιες όπως ανίκανος, επικίνδυνος, επιθετικός, αναξιόπιστος, συναισθηματικά ασταθής, είναι ορισμένοι μόνο από τους χαρακτηρισμούς που αποδίδονται σε αυτά τα άτομα. Χαρακτηρισμοί που προϋδεάζουν αρνητικά την κοινή γνώμη, τους ίδιους, όπως και το άμεσο

οικογενειακό τους περιβάλλον και σχετίζονται με τις διακρίσεις και τον πολλαπλό κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν, δίχως να στηρίζονται πάντα σε επιστημονικά δεδομένα.

Αντιλήψεις και στερεότυπα που έχουν αντίκτυπο στις προσπάθειες κοινωνικής επανένταξης αυτών των ατόμων. Δεν πρέπει επίσης να παραλείπεται η «ρομαντικοποίηση» της ψυχικής ασθένειας, που προκύπτει μέσα από τον κινηματογράφο. Άτομα με υψηλό δείκτη ευφυΐας και ξεχωριστοί καλλιτέχνες, παρουσιάζονται συχνά να νοσούν από κάποια ψυχοσυναισθηματική διαταραχή, δημιουργώντας λανθασμένες ταυτίσεις και διαστρεβλώσεις για την ψυχική ασθένεια.

Πολλές φορές, επιχειρείται να δοθεί μία ερμηνεία στην εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας. Οι αιτίες αναζητούνται κυρίως στο οικογενειακό περιβάλλον, εστιάζοντας στις σχέσεις των μελών, στον τρόπο διαπαιδαγώγησης, στο οικογενειακό, αξιακό σύστημα, όπως και στο ψυχοσυναισθηματικό ιστορικό ιδίως της μητέρας. Υπάρχουν επίσης αναφορές στην επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και δη των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας στην ψυχική υγεία. Δίνεται εξίσου, ιδιαίτερη βαρύτητα στο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς, εξετάζοντας και συγκρίνοντας τις συνθήκες, πριν και μετά τη διάγνωση, αναδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο τα ενοχικά συναισθήματα, το στίγμα και τα φαινόμενα περιθωριοποίησης. Παρόλα αυτά, διαπιστώνεται μία έμφυλη κατανομή των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, όπως και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Στις περισσότερες ταινίες το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μοιάζει καχύποπτο, αν όχι εχθρικό απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Μία στάση που επιβεβαιώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς και ερμηνεύεται βάσει των προκαταλήψεων που ενυπάρχουν στην κοινωνία για την «τρέλα», μαρτυρώντας σε μεγάλο βαθμό την «κοινωνιογένεσή» της. Επιπλέον, το ανδρικό φύλο μοιάζει να είναι κυρίαρχο στα διάφορα ιατρικά επαγγέλματα, σε αντίθεση με τις γυναίκες που υπερεκπροσωπούνται στο νοσηλευτικό χώρο.

Ανεξάρτητα από τα παραπάνω, υπάρχει ένα ικανοποιητικό ποσοστό ταινιών που παρουσιάζουν αρκετά ρεαλιστικά την συμπτωματολογία των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Άλλες ταινίες προβάλλουν την ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα, καθιστώντας σαφές ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι που αφορά το σύνολο του πληθυσμού. Κοινωνικοοικονομικοί και βιολογικοί παράγοντες μπορούν να

«πυροδοτήσουν» παρόμοια περιστατικά, με την ψυχολογική υποστήριξη των οικείων να είναι απαραίτητη για τη διαχείρισή τους.

Η παρούσα μελέτη ωστόσο, παρουσιάζει και κάποιους αξιοσημείωτους περιορισμούς, μιας και εξετάζει ένα μικρό δείγμα κινηματογραφικών ταινιών, που αναφέρονται στον τρόπο απεικόνισης της ψυχικής ασθένειας και ιδίως του ψυχικά πάσχοντα σε άλλες χώρες. Θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μία μελέτη που θα διερευνά τον τρόπο προβολής της ψυχικής ασθένειας στον ελληνικό κινηματογράφο, ώστε να μπορούν να διαπιστωθούν οι όποιες αλλαγές έχουν επέλθει διαχρονικά στη στάση της ελληνικής κοινωνίας και να ελεγχθούν εμπειρικά στη συνέχεια, με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Θα μπορούσε επίσης, να χρησιμοποιηθεί ένα πιο εκτενές δείγμα ταινιών, στο οποίο θα συμπεριλαμβάνονται και ελληνικές παραγωγές, στις οποίες θα μελετώνται οι στάσεις και οι αντιλήψεις του θεατή, πριν και μετά την παρακολούθηση των ταινιών.

Κεφάλαιο 3

Κοινωνική Επανάταξη των ψυχικά ασθενών: Από το Άσυλο στην Κοινότητα

Η κοινωνική αντίδραση απέναντι στην ψυχική ασθένεια είναι εφάμιλλη των εκάστοτε πολιτικών που ακολουθούνται από το επίσημο κράτος για τη διαχείρισή της. Πολιτικές που αναδιαμορφώνονται μέσα στο χρόνο, ακολουθώντας τις εξελίξεις σε κοινωνικό και επιστημονικό επίπεδο. Παλαιότερα για παράδειγμα, η εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας αποτελούσε αποκλειστικά ένα θέμα ταμπού, όνειδος για την κάθε οικογένεια, με αποτέλεσμα η διαχείρισή της να περιοριζόταν εντός του ασυλιακού περιβάλλοντος. Μία στρατηγική που εμφανίζεται από τη χωροταξική τοποθέτηση αυτών των ιδρυμάτων, τα οποία συνήθως βρίσκονταν σε απομακρυσμένες περιοχές, ώστε να αποφεύγονται οι επαφές της υπόλοιπης «φυσιολογικής κοινότητας» με τους περιθωριοποιημένους, «μη φυσιολογικούς ασθενείς».

Μία πολιτική που μεταβάλλεται σταδιακά, φθάνοντας σε ένα θεραπευτικό μοντέλο που στοχεύει στην αποασυλοποίηση αυτών των ατόμων, εστιάζοντας στην κοινωνική τους επανένταξη και λειτουργικότητα. Ένα μοντέλο, στο οποίο η κοινότητα αποκτά ενεργό και καθοριστικό ρόλο, εξαιτίας της κοινωνικής διάστασης του ανθρώπου. Ο άνθρωπος αποζητά την αίσθηση του ανήκειν και την αποδοχή, μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Συνεπώς, η κοινότητα μπορεί να αποτελέσει έναν χώρο θεραπείας για ένα σύνολο παθήσεων, υπό την προϋπόθεση ύπαρξης της κοινωνικής συνεκτικότητας (Μαδιανός, 2015:48-53). Σε διαφορετική περίπτωση, η κοινότητα αισθανόμενη «απειλή» από οτιδήποτε παρεκκλίνει από τα κοινωνικώς αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς, προχωρά στο χαρακτηρισμό και στο στιγματισμό τους, ως μία μορφή κατηγοριοποίησης και «περιχαράκωσης» της κοινωνικής ομοιομορφίας

Ο τρόπος ερμηνείας της ψυχικής διαταραχής είναι ενδεικτικός της παραπάνω τακτικής, μιας και το περιεχόμενό της μεταβάλλεται και αναπροσαρμόζεται στο εκάστοτε πολιτιστικό και ιστορικό πλαίσιο, σύμφωνα πάντα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Μία σχέση που επιβεβαιώνεται μέσα από τους τρόπους προσέγγισης και διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας ανά τους αιώνες. Κομβικό σημείο στην ιστορία της, η εμφάνιση της ψυχιατρικής. Μίας επιστήμης που ιατρικοποιεί την ψυχική ασθένεια, «απεγκλωβίζοντας» την από δεισιδαιμονίες και εξωπραγματικούς προσανατολισμούς, «αναγκάζοντας» επί της ουσίας την επίσημη

Πολιτεία σε μεταστροφή του θεραπευτικού μοντέλου και στον εξανθρωπισμό των ιδρυματικών υπηρεσιών.

Πράγματι, η εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης αντικατοπτρίζει την εξέλιξη της ίδιας της κοινωνίας. Οι διάφορες πρακτικές, μέθοδοι θεραπείας «εξανθρωπίζονται» σταδιακά, ακολουθώντας τις μεταβολές που συντελούνται σε κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο. Αλλαγές που εκφράζονται μέσω της αναδιαμόρφωσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, τα οποία παύουν να αντιμετωπίζονται ως χώροι αποκλεισμού και «κοινωνικής ευθανασίας», στα οποία ο ψυχικά ασθενής είναι απλώς ένας παθητικός, άβουλος δέκτης. Ο ψυχικά ασθενής αποκτά έναν πιο ενεργό ρόλο, με σκοπό την προετοιμασία του για την κοινωνική και την επαγγελματική του επανένταξη και όχι την παραμονή του εντός του ιδρυματικού πλαισίου. Η θεραπεία του προσανατολίζεται πλέον στην κοινότητα, στοχεύοντας όχι μόνο στην αποϊδρυματοποίησή του, αλλά και στον περιορισμό του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας». Μία μεταβολή που χρονολογείται περίπου μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και είναι επηρεασμένη από τις αξίες που επιφέρει η εμφάνιση του κράτους πρόνοιας στον ανεπτυγμένο δυτικό κόσμο. Είναι η εποχή που τίθενται για πρώτη φορά στο επίκεντρο, η προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Μιλώντας για τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων αναφερόμαστε σε όλες εκείνες τις διεθνείς συμβάσεις που έχουν υπογραφεί κατά καιρούς και περιλαμβάνουν το σύνολο των θεμελιωδών, ατομικών, ανθρώπινων δικαιωμάτων. Πρόκειται για νομικά δεσμευτικές συμβάσεις, που τηρούνται σε μεγάλο βαθμό σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Η απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία, που υιοθετήθηκε το 1991, υπήρξε μία σημαντική πρωτοβουλία για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Αν και το περιεχόμενό της δεν έχει δεσμευτικό χαρακτήρα, εντούτοις τυχόν παραβίαση των δικαιωμάτων της είναι αποτρεπτική. Άλλα συμπληρωματικά κείμενα διεθνούς κύρους είναι η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας για τα Δικαιώματα των Ψυχικά Ασθενών, η Διακήρυξη της Χαβάης/II, όπως και η συγκρότηση διεθνών και ευρωπαϊκών φορέων, οργανισμών, που έχουν προχωρήσει σε ανάλογες ενέργειες (Μπιλανάκης, 2004:179-181).

Αυτό δεν σημαίνει ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν αντιμετωπίζουν εμπόδια και διακρίσεις στην κοινωνική και στην προσωπική τους ζωή, ακόμα και στην απόλαυση των στοιχειωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων. Παρά τις αξιοσημείωτες πρωτοβουλίες που έχουν πραγματοποιηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ψυχικά πάσχοντες συνεχίζουν να βιώνουν πολλαπλές διακρίσεις στην καθημερινότητά τους, υψηλά ποσοστά ανεργίας, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού. Φαινόμενα που επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική τους εικόνα, εντείνοντας την ψυχοσυναισθηματική τους ευαλωτότητα και επηρεάζοντας αισθητά τη διαδικασία επανένταξής τους. Οι ελλιπείς κρατικές δομές σε συνδυασμό με την απουσία ενός ισχυρού δικτύου συναισθηματικής υποστήριξης, έχουν ως συνέπεια την ανάδυση του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας», της επανεισαγωγής δηλαδή των ίδιων των ασθενών χωρίς ψυχοκοινωνική υποστήριξη εντός του ιδρυματικού περιβάλλοντος, όπως και την υποτροπή τους.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας που υπάρχει στην κοινότητα και συνεχίζει να αναπαράγεται μέχρι και σήμερα, είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που ευθύνεται για την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και τις διακρίσεις που βιώνουν. Σχετίζεται άμεσα με το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης και συνδέεται με προβλήματα γνώσεων, αντιλήψεων, προκαταλήψεων και μεροληπτικών συμπεριφορών απέναντι σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα, στις οποίες προσκρούει η κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη.

Με αυτή την έννοια το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού παρουσιάζει μία αντίστροφη συσχέτιση με εκείνο της κοινωνικής ένταξης, όπου αναφέρεται στο δικαίωμα της πλήρους συμμετοχής του ατόμου στην κοινωνία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αποκλείονται από την απασχόληση, στερούνται βασικά δικαιώματα και ζουν υπό αντίξοες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες εξαιτίας των στερεοτυπικών αντιλήψεων που «συνοδεύουν» την ψυχική ασθένεια. Μία κατάσταση που έχει αντίκτυπο στην κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, όπως και στην ψυχοσυναισθηματική και στη σωματική τους υγεία (Hall et. al, 2019).

Με αφορμή αυτές τις διαπιστώσεις, έχουν σχεδιαστεί και υιοθετηθεί ειδικές πολιτικές παρέμβασης, που αποσκοπούν στην πρόωση και στην υποστήριξη της επανένταξης των ατόμων αυτών στην κοινότητα καθώς και στην αγορά εργασίας. Οι

παρεμβάσεις αυτές έχουν διττό χαρακτήρα μιας και αποβλέπουν στην καταπολέμηση, αν όχι στην εξάλειψη του στίγματος και των προκαταλήψεων, μέσω της δημιουργίας προσαρμοσμένων και αποστιγματισμένων μορφών εργασίας. Υπάρχει η πρόβλεψη αναλόγως από τη διαταραχή και τη λειτουργικότητα του ατόμου, της απασχόλησης σε προστατευμένα εργασιακά περιβάλλοντα, ενώ δίνονται κίνητρα σε εργοδότες από την Πολιτεία για την απασχόλησή τους (Κασσαβέτης,2010). Η επιτυχής εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων επιβεβαιώνεται και από την πραγματικότητα. Έρευνες καταδεικνύουν ότι σε χώρες υψηλού εισοδήματος, όπου η ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές προσανατολίστηκε σε κοινοτικά προγράμματα, στην απασχόληση, στη στέγαση και στη νομοθετική προστασία αυτών των ατόμων, επέφερε μείωση του στίγματος (Cobigo,Stuart,2010).

Αξιοσημείωτες πρωτοβουλίες σημειώνονται και σε ευρωπαϊκό πολιτικό επίπεδο. Το Σεπτέμβριο του 2006, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο προχώρησε στη θέσπιση μίας κοινής στρατηγικής για την ψυχική υγεία, τονίζοντας την ανάγκη εναρμόνισης των υφιστάμενων εθνικών και διεθνών δεικτών ψυχικής υγείας με τις πολιτικές και τη νομοθεσία των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο χαρακτήρας αυτών των δράσεων ήταν πολυδιάστατος. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο καλούσε τα κράτη-μέλη να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα για τη βελτίωση, την προαγωγή και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, καθώς και για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στη θεραπευτική διαδικασία. Δύο χρόνια αργότερα, το 2008, διαμορφώθηκε το «Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και την Ευημερία», αναγνωρίζοντας την ψυχική υγεία ως ένα ανθρώπινο δικαίωμα, προωθώντας παράλληλα την ενεργή συμμετοχή των ψυχικά πασχόντων στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση των δράσεων.

Οι πολιτικές ψυχικής υγείας που εφάρμοσαν τα κράτη-μέλη παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες και διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, ακριβώς λόγω των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων που συνθέτουν την εκάστοτε κοινωνία. Στη χώρα μας, οι κοινωνικές, οι ιστορικές και οι πολιτικές ιδιαιτερότητες της ελληνικής κοινωνίας, είχαν ως αποτέλεσμα το ψυχιατρικό μοντέλο περίθαλψης που εφαρμόστηκε για δεκαετίες, να μοιάζει σχεδόν απαρχαιωμένο σε σχέση με τα αντίστοιχα μοντέλα περίθαλψης άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Μόλις, στα μέσα της δεκαετίας του 1980 διατυπώνονται τα πρώτα νομοθετικά κείμενα για τα δικαιώματα, τη θεραπευτική διαδικασία και την αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Αξίζει επίσης να επισημανθεί, ότι στο άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος, κατοχυρώνεται ο

σεβασμός και η προστασία της ανθρώπινης αξίας, δίχως εντούτοις να αναφέρεται σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

Κατά τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει σημειώσει εντυπωσιακή πρόοδο σε ζητήματα ψυχικής υγείας, με ορόσημο τη σύσταση ενός Εθνικού Πλαισίου Δράσης. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» όπως ονομάστηκε, εμπεριέχει ένα σύνολο επιμέρους δράσεων, προγραμμάτων και στόχων από τη θεραπευτική διαδικασία, μέχρι και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων. Υπάρχουν βέβαια κενά και ελλείψεις, που οφείλονται στην εκτενή γραφειοκρατία και στο συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης που κυριαρχούν στη χώρα. Μία κατάσταση που επιδεινώθηκε στα χρόνια της πρόσφατης οικονομικής ύφεσης, η οποία επηρέασε αισθητά το βιοτικό επίπεδο των Ελλήνων, την ψυχοσυναισθηματική τους υγεία, αλλά και τη σωματική. Στο πλαίσιο της πολιτικής εξυγίανσης του κράτους, εφαρμόστηκαν σκληρά μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας, μεταξύ των οποίων ήταν οι περικοπές στον προϋπολογισμό της υγείας. Μέτρα τα οποία είχαν ως αντίκτυπο την υποστελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το οποίο λίγα χρόνια αργότερα κλήθηκε να διαχειριστεί μία πρωτόγνωρη υγειονομική κρίση.

Το ζήτημα της ψυχικής υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο της πολιτικής ατζέντας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Πολλές φορές, η ψυχική υγεία συνδέθηκε με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας, οδηγώντας σε πολιτικές συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις εντός και εκτός Βουλής. Αναδείχθηκαν διαχρονικά προβλήματα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, τα οποία μέχρι πρότινος είχαν αγνοηθεί ή είχαν μερικώς αντιμετωπιστεί, γεγονός που επηρέαζε αρνητικά την ποιότητα αυτών των υπηρεσιών, όπως και τη ζωή των ψυχικά πασχόντων. Η ψυχική ασθένεια «απεγκλωβίζεται» από το στενό προσωπικό, οικογενειακό περιβάλλον. Αποκτά συλλογικό, κοινωνικό χαρακτήρα, υποδεικνύοντας τη σημασία της πρόληψης. Η αύξηση των ψυχοσυναισθηματικών περιστατικών στα χρόνια της δεκαετούς κρίσης, καθιστά κατανοητό ότι η ψυχική υγεία είναι ένα πανανθρώπινο δικαίωμα. Είναι ένα δικαίωμα, μία κατάσταση που αγγίζει όλους μας, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών κριτηρίων. Ένα συμπέρασμα που συντελεί στην ανάγκη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της ελληνικής κοινωνίας απέναντι σε αυτά τα ζητήματα και κυρίως στην καταπολέμηση του στίγματος.

Άλλο ένα θέμα που καταδεικνύει η πρόσφατη εμπειρία της οικονομικής κρίσης είναι η σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ψυχικής υγείας με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Το κοινωνικό περιβάλλον τίθεται εκ νέου στο επίκεντρο των πολιτικών παρέμβασης, όσον αφορά την πρόληψη αλλά και την αποτελεσματική διαχείριση της ψυχικής ασθένειας. Η έμφαση αυτή είναι έκδηλη μέσα από τους βασικούς άξονες που θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφορικά με τη χάραξη μίας επιτυχούς πολιτικής για την ψυχική υγεία. Οι στόχοι αυτοί που θα πρέπει να διέπουν το κάθε μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της χώρας μας είναι οι ακόλουθοι (Ζήση,2005:13-14):

- Η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα προσανατολίζεται στην κοινότητα και όχι εντός ασυλιακού περιβάλλοντος.
- Δίνεται έμφαση στην πρόληψη, μέσω ολοκληρωμένων και ενσωματωμένων παρεχόμενων υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.
- Τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές προάγονται και διασφαλίζονται.
- Προβλέπεται η προώθηση και ενδυνάμωση των σχέσεων συνεργασίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην ψυχιατρική περίθαλψη, όπως και οι διατομεακές συνεργασίες των φορέων της ψυχικής υγείας με άλλους τομείς.
- Απαιτείται η κατάλληλη στελέχωση των δομών, τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά, ώστε να παρέχονται αποτελεσματικές παρεμβάσεις και να διασφαλίζεται η ποιότητά τους.
- Αναγνώριση και καταγραφή των ειδικών αναγκών των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.
- Έμφαση στις στρατηγικές πρόληψης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, με σκοπό την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων.
- Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους.

3.1. Η εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης

Στις αρχές του 1800, εμφανίζεται η ψυχιατρική επιστήμη, ως μία ανεξάρτητη ειδικότητα στο χώρο της ιατρικής. Μία επιστήμη που το ερευνητικό της ενδιαφέρον και αντικείμενο εστιάζει στο χώρο της ψυχικής υγείας, ασχολούμενη και ερευνώντας τα αίτια της ψυχικής ασθένειας, τη συμπτωματολογία, όπως και τη θεραπεία των

ψυχικά πασχόντων, ιδίως εκείνων που νοσηλεύονται σε άσυλα και σε νοσοκομεία. Με την εμφάνισή της, τίθεται οι βάσεις για τη θεραπεία των ψυχικά νοσούντων και την παροχή των προσωπικών ελευθεριών, ο σεβασμός απέναντι στον ασθενή, ενώ επιχειρείται αναδιαμόρφωση του ασυλιακού περιβάλλοντος και καταργείται το «αλυσόδεμα» των ασθενών. Μέχρι τότε, οι ψυχικές ασθένειες αποτελούσαν αντικείμενο της φιλοσοφίας, με τη διαχείρισή τους να ποικίλει ανά τους αιώνες και να αναδιαμορφώνεται βάσει των εκάστοτε κοινωνικοοικονομικών μεταβολών. Μία κατάσταση που διαφοροποιείται το Μεσαίωνα, όπου η «τρέλα» δαιμονοποιείται, περιθωριοποιείται, στιγματίζεται και τιμωρείται, με ακραίες συμπεριφορές και έντονα το θρησκευτικό στοιχείο.

Η έννοια της ψυχής και της σημασίας της στην ανθρώπινη καθημερινότητα, απασχολεί το σύνολο της ανθρώπινης διανόησης, ήδη από την εποχή συγκρότησης των πρώτων κοινωνιών. Σε κάθε πολιτιστικό μόρφωμα, εφαρμόζονται συγκεκριμένες πρακτικές και λειτουργίες, με σκοπό τον εξαγνισμό της ψυχής. Πρακτικές και λειτουργίες που «χάνονται» στα βάθη των αιώνων και οι οποίες συνεχίζουν να ακολουθούνται και να τηρούνται, με κάποιες διαφοροποιήσεις ως προς το τελετουργικό τους, στις ανεπτυγμένες, δυτικές κοινωνίες του 21^{ου} αιώνα.

Ο ανθρωπομορφισμός, ο ανιμισμός, ο τοτεμισμός και οι σαμανιστικές πρακτικές είναι ορισμένες από αυτές τις τακτικές, που φανερώνουν τη διαχρονική επιθυμία του ανθρώπου να ερμηνεύσει την ανθρώπινη σκέψη και συμπεριφορά. Ο τρυπανισμός για παράδειγμα, που τοποθετείται στη Νεολιθική Εποχή είναι η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής αρρώστιας, μιας και σκοπός του ήταν να απομακρύνει τα «κακά πνεύματα», όπως άλλωστε και ο σαμανισμός ο οποίος συνεχίζει να εξασκείται ακόμα και σήμερα (Μάνος,1997:17). Κοινό σημείο των παραπάνω προσεγγίσεων είναι η «δαινομοποίηση» και η απόδοση παραφυσικών ερμηνειών για την ψυχική ασθένεια, εξαιτίας του ρόλου που διαδραμάτιζε η θρησκεία. Οι άνθρωποι θεωρούσαν την ψυχική ασθένεια ως μία μορφή τιμωρίας των Θεών στους ανθρώπους για τη συμπεριφορά τους, με τον τρόπο ίασης να είναι εφάμιλλος αυτών των αντιλήψεων.

Οι πρώτοι που επιχείρησαν να προσδιορίσουν τα νοητικά φαινόμενα ήταν οι προσωκρατικοί φιλόσοφοι (600-500π.Χ.), μέσα από ένα μείγμα μεταφυσικών ερμηνειών και εμπειρικών παρατηρήσεων. Η ψυχική αρμονία νοείται ότι προέρχεται από τη σχέση των υλικών στοιχείων, ενώ μέθοδοι όπως η ενασχόληση με τα

μαθηματικά και τη μουσική προτείνονται και αξιοποιούνται για τη θεραπεία των «παθών της ψυχής». Μέχρι τότε, τα ζητήματα αυτά ερμηνεύονταν ως θεϊκές εκδηλώσεις κάποιου πνεύματος, ορισμένες φορές θεϊκής προελεύσεως (Robinson,1995).

Άλλοι θεωρητικοί, προχωρούν σε μία διαφορετική ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας, η οποία γίνεται «συνώνυμο» της ανώτερης ευφυΐας και βασικό «προσόν» των ποιητών και των φιλοσόφων. Για τον Σωκράτη, η μανία είναι εκείνη που οδηγεί στα μεγαλύτερα αγαθά, διακρίνοντάς την σε τέσσερα είδη θείας παραφροσύνης: (α) την παραλογική μανία των προφητικών τάσεων, των μαντικών και χρησμολογικών λειτουργιών, με προστάτη τον Απόλλωνα, (β) την ποιητική παραλογική μανία των καλλιτεχνικών λειτουργιών, με προστάτιδες τις Μούσες, (γ) την ερωτική παραλογική μανία του Έρωτα και της Αφροδίτης και (δ) την τελετουργική μαιναδική μανία του παραλόγου στα βουνά και τα δάση, με προστάτη τον Διόνυσο (Λέκκα,2012:25). Μία αντίληψη στην οποία το θρησκευτικό στοιχείο είναι εξίσου έντονο, με την «μανία» να θεωρείται χάρισμα των Θεών σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανθρώπων.

Ο Αριστοτέλης θεωρείται κατά πολλούς μελετητές, ο πρώτος ψυχολόγος εξαιτίας της ενασχόλησής του με τα ψυχικά φαινόμενα, τα οποία και κατηγοριοποίησε σε γνωστικά, σε συναισθηματικά και σε βουλητικά. Προσδιόρισε την ψυχική ασθένεια, ως μία «φυσιολογική εκτόνωση» για τα πάθη, υιοθετώντας μία φιλοσοφική-φιλολογική ερμηνεία. Μία άποψη που κυριαρχεί στην αρχαία Ελλάδα, με κύριους εκπροσώπους τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη. Στις θέσεις τους, η κάθαρση προβάλλεται σαν το βασικό τρόπο θεραπείας, με τον καθένα να υιοθετεί μία διαφορετική προσέγγιση. Ο Πλάτωνας ωστόσο, φαίνεται να αναφέρεται για πρώτη φορά στον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών, ως μία θεραπευτική τεχνική (Shiraev, 2014:32-33,Hergenhahn, Henley,2013).

Ορόσημο στην ιστορία της ιατρικής και της ψυχιατρικής επιστήμης, συνιστούν οι θέσεις του Ιπποκράτη, πατέρα της ιατρικής, ο οποίος ιατροκοποιεί την ψυχική ασθένεια, απορρίπτοντας το υπερφυσικό στοιχείο. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη όλες οι αρρώστιες σωματικές και ψυχικές, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή σε δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις. Η ψυχική ασθένεια προέρχεται από τη διαντίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών, *αίμα, μέλαινα (μαύρη) χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα*, σε

συνδυασμό με την επίδραση του περιβάλλοντος και ιδίως από τη μέλαινα χολή, οπότε η θεραπεία της προϋπόθετε το ανάλογο καθαρτικό. Περιέγραψε επίσης, τις «φρενίτιδες», τις βασικές δηλαδή ψυχικές διαταραχές, με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα: «υστερία», «μανία», «μελαγχολία», «άνοια» και «παράνοια». Η μανία αποδίδεται στην υπερεπάρκεια αίματος και κίτρινης χολής, η μελαγχολία στην υπερεπάρκεια της μέλαινας χολής και η «υστερία», την οποία θεωρεί αποκλειστικά γυναικεία πάθηση, στην υπερκινητικότητα της μήτρας, συνδεδεμένη με σεξουαλική διαταραχή, που «γιατρεύεται» με το γάμο. Ιδιαίτερα καταστροφική πάθηση για τον ασθενή φαίνεται να είναι η μελαγχολία κατά τον Αρεταίο, εξαιτίας των συμπτωμάτων της, σε αντίθεση με την μανία (Λέκκα,2012:19-20,Μάνος,1997:18).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των μορφών παραφροσύνης βασίζεται στη «Δίαίτα», δίχως να υποβαθμίζεται η επίδραση άλλων εξωτερικών παραγόντων, μεταξύ των οποίων είναι το περιβάλλον, η άσκηση, η διατροφή, οι συνθήκες ύπνου, αλλά και η σεξουαλική ζωή των ασθενών. Άλλος ένας τρόπος θεραπείας ήταν η Φαρμακευτική, όπως και ο διάλογος μεταξύ ενός γνωστικού με τον υποτιθέμενο παράφρονα ή το δόγμα του σοκ, το οποίο επιζητούσε μέσα από την πρόκληση τρόμου στους ασθενείς, να τους επαναφέρει στην πρωταρχική, λογική τους κατάσταση. Ο Σωρανός ο Εφέσιος, πολέμιος του εγκλεισμού και της χρήσης αλυσίδων στους ψυχικά πάσχοντες, προτείνει την παραμονή τους σε δωμάτια με μέτριο φωτισμό και θερμοκρασία, δίχως επισκέψεις από συγγενείς, ώστε να μην φορτίζονται συναισθηματικά. Ο Κικέρων, χρησιμοποιώντας για πρώτη φορά τον όρο libido σαν ψυχολογική έννοια, ισχυρίζεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει για να θεραπευτεί (Λέκκα,2012:23-24,Μάνος,1997:19,Στυλιανίδης και συν.2007:49).

Παρόμοιες αναφορές με αντίστοιχες θεραπευτικές μεθόδους, υπάρχουν και στους λαούς της Μεσοποταμίας, της Ανατολής και της Αιγύπτου, όπου συχνά ο λόγος και ο μύθος συγχέονται με την ιατρική. Τα πρώτα νομοθετικά κείμενα για την ψυχική ασθένεια εμφανίζονται κατά τη ρωμαϊκή περίοδο, με την πλειοψηφία να εμμένει σε μία «μεταφυσική προσέγγιση». Η ψυχική ασθένεια ερμηνεύεται σαν μία θεϊκή εκδήλωση ενός κακού πνεύματος, με τη θεραπεία της να περιορίζεται σε θρησκευτικές πρακτικές και διδαχές. Η κοινωνική αντίδραση απέναντι στους ψυχικά νοσούντες μοιάζει αρκετά εχθρική· βρίσκονται στο κοινωνικό περιθώριο, ενίοτε αλυσοδεμένοι, υπό άθλιες συνθήκες, εισπράττοντας το χλευασμό, το στιγματισμό και

το όνειδος της κοινής γνώμης¹⁴. Υπήρχαν βέβαια και εξαιρέσεις, όπως στην αρχαία Αθήνα, όπου σε περίπτωση που κάποιος παραμελούσε έναν ψυχικά ασθενή που είχε την επίβλεψη του, τιμωρείτο (Στυλιανίδης και συν.,2007:49).

Καθ'όλη τη διάρκεια του Μεσαίωνα, είναι κυρίαρχη η θεοκρατική διαλεκτική της ψυχικής ασθένειας. Οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν την εχθρική και σκληρή στάση της Πολιτείας, αφού είναι η περίοδος που η ψυχική ασθένεια ή αλλιώς η «τρέλα» ισοδυναμεί με το κακό και την αμαρτία. Συνιστά μία μορφή θεϊκής τιμωρίας, η οποία πρέπει να αφανισθεί, μέσα από διάφορες θρησκευτικές πρακτικές.

Οι διδαχές του Αγίου Αυγουστίνου είναι ενδεικτικές της δεισιδαιμονίας της εποχής. Μία στάση η οποία κορυφώνεται, όταν άτομα με εμφανή συμπτωματολογία οδηγούνται στην πυρά από την Εκκλησία, έχοντας κατηγορηθεί για χρήση μαγείας. Το βιβλίο των Γερμανών μοναχών Sprenger και Kremer, *Malleus Maleficarum* («Η σφύρα των Μαγισσών»), είναι ο «πρωτεργάτης» και ο καθοδηγητής αυτού του «κυνηγιού». Στον αντίποδα του δυτικού κόσμου, η κατάσταση για τους ψυχικά πάσχοντες στην Ανατολή είναι σαφώς καλύτερη. Οι Άραβες ιατροί αναπτύσσουν μία ανθρωπιστική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών, ενώ δημιουργούνται τα πρώτα άσυλα. Μία τακτική, η οποία δεν είναι ανεξάρτητη από το δόγμα και τις διδαχές του μουσουλμανισμού (Μάνος,1997:19-20).

Με την έλευση της Αναγέννησης, άρχισε να μεταβάλλεται σταδιακά ο τρόπος αντίδρασης απέναντι στην ψυχική ασθένεια, το οποίο εμφανίζεται μέσα από τις αλλαγές που επήλθαν στο θεραπευτικό μοντέλο. Από τις αρχές του 14^{ου} αιώνα εμφανίζονται τα ψυχιατρικά ιδρύματα, με το πρώτο να ιδρύεται το 1409 στη Βαλέντσια. Έναν αιώνα σχεδόν αργότερα, ο Ισπανός Juan Luis Vives, περιγράφει το πώς θα πρέπει να λειτουργούν αυτά, εισάγοντας τις έννοιες της αμφιθυμίας και των

¹⁴ Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τρόπος αντίδρασης του αρχαίου κόσμου στην πράξη της αυτοχειρίας, η οποία φαίνεται να αναδιαμορφώνεται ανάλογα με την κοινωνική θέση του αυτόχειρα. Υπάρχει ένα σύνολο αυτοκτονιών, σχεδόν θρυλικών, που εξυμνούν διάφορες αρετές, όπως το πρότυπο της ηρωικής αξιοπρέπειας (αυτοκτονία Αίαντα), ή όπως η πίστη σε πολιτικές πεποιθήσεις (αυτοκτονία Κάτωνα). Για τους αρχαίους Αιγύπτιους, η αυτοχειρία αποτελούσε το μοναδικό τρόπο για να πεθάνει κάποιος αν υπέφερε από φρικτό σωματικό και ψυχικό πόνο. Αντίθετα στον αρχαίο ελληνικό κόσμο, η αυτοκτονία εκλαμβάνονταν σαν μία ύβρις απέναντι στην ζωή, στο δώρο των Θεών, αλλά και ως προσβολή στην ίδια την Πολιτεία με αποτέλεσμα πολλές πόλεις, όπως η Αθήνα, η Σπάρτη και η Θήβα, να προβλέπουν κυρώσεις, όπως η στέρηση του δικαιώματος των συγγενών να ενταφιάσουν το πτώμα του αυτόχειρα. Στη νομοθεσία δε της αρχαίας Ρώμης απαγορευόταν η πράξη αυτή για τους σκλάβους, διότι θεωρείτο ως απόπειρα κατά της ιδιοκτησίας (Barbagli,2010).

συνειρμών και το πώς αυτά σχετίζονται με τα συναισθήματα (Στυλιανίδης και συν.,2007:50).

Το 1656 εκδίδεται στη Γαλλία το διάταγμα για την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου του Παρισιού, στο οποίο θα γίνονταν δεκτοί, όλοι όσοι δεν ήταν σε θέση να εργαστούν. Ενδεικτικό της έντασης αυτού του φαινομένου, είναι ότι το 1660 στο Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού, οι έγκλειστοι φθάνουν περίπου, το 1% του πληθυσμού. Ακολουθούν και άλλα ιδρύματα στη χώρα, όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με το φαινόμενο αυτό να λαμβάνει πανευρωπαϊκή μορφή. Στις γερμανόφωνες χώρες εμφανίζονται τα αναμορφωτήρια, Zuchthäusern. Στην Αγγλία, ήδη από το 1575 θεσπίζονται τα αναμορφωτήρια, house of correction, ενός ανά κομητεία, που αποσκοπούσαν στην τιμωρία των αλητών και στην ανακούφιση των φτωχών. Ήταν εξαιρετικά εύκολο να ιδρυθεί ένα νοσοκομείο ή ένα σωφρονιστήριο, αφού το δικαίωμα αυτό δινόταν στον καθένα. Το 1697 ιδρύεται στο Bristol το πρώτο workhouse (οίκος εργασίας), στο οποίο υποχρεούνταν να εγκλειστούν και να εργασθούν οι μη έχοντες, αλλά ταυτοχρόνως οι ικανοί για εργασία. Ένας θεσμός που στηριζόταν στη φορολογία, έχοντας αυστηρή νομοθεσία, με τον έλεγχό τους να αποδίδεται στον ειρηνοδίκη. Ο αριθμός των οίκων εργασίας, επεκτάθηκε αρκετά γρήγορα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με τον αριθμό τους τον 18^ο αιώνα, να ανέρχεται στα 126 (Foucault,2004).

Η εξάπλωση αυτών των δομών αντιπροσωπεύει τη μεταβολή που σημειώνεται στο χώρο της περίθαλψης. Η ψυχική ασθένεια ιατροκοποιείται και κατηγοριοποιείται ως μία «μη φυσιολογική συμπεριφορά», η οποία εκφράζεται μέσω της απομάκρυνσής τους από τη φυσιολογική κοινότητα. Η έκταση του εγκλεισμού των ψυχικά νοσούντων που λαμβάνει χώρα τον 17^ο αιώνα, αποκτά εντυπωσιακές διαστάσεις, με τους μελετητές να αναφέρονται στο φαινόμενο του «Μεγάλου Εγκλεισμού». Μία θεώρηση που επιβεβαιώνεται από τα αριθμητικά δεδομένα, «εγκαινιάζοντας» μία νέα θεώρηση της «τρέλας». Ο Foucault (2004), προκειμένου να περιγράψει την έκταση αυτού του φαινομένου, παρομοιάζει την «τρέλα» με τη λέπρα που «στιγμάτισε» τον δυτικό κόσμο. Μία εικόνα που αρχίζει να διαφοροποιείται κατά το δεύτερο μισό του 18^{ου} αιώνα, αναδιαμορφώνοντας το θεραπευτικό μοντέλο και τις πρακτικές παρέμβασης. Μαζί με τις κατασταλτικές επεμβάσεις αρχίζουν να εφαρμόζονται «ηπιότερες» τεχνικές για την εποχή, όπως η χρήση ζουρλομανδύα, που

χρησιμοποιείται όχι για θεραπευτικούς σκοπούς, αλλά ως ένα είδος τιμωρίας για την ανεπιθύμητη συμπεριφορά (Foucault,2004,Μπαϊρακτάρης,2007:32).

Ο εγκλεισμός αυτός δεν πρέπει να συγχέεται με τη σημερινή του μορφή. Στην πραγματικότητα, η τοποθέτηση αυτών των ατόμων εντός των ιδρυμάτων προσέφερε μία λύση στα υψηλά ποσοστά ανεργίας και φτώχειας, που μάστιζαν την ευρωπαϊκή ήπειρο, απόρροια της οικονομικής κρίσης. Μία πολιτική διαχείριση της κρίσης που μαρτυρείται από το είδος των δραστηριοτήτων/εργασιών εντός των δομών. Τα ιδρύματα μετατρέπονται σε χώρους παραγωγής, με τους τροφίμους να καλούνται να υφαίνουν, να πλέκουν, να τρίβουν το ξύλο και να αλέθουν τα δημητριακά. Το γεγονός αυτό τους προσδίδει διττό χαρακτήρα, αφού δεν περιορίζονται στην παροχή περίθαλψης. Κατέχουν εξίσου ενεργό, παραγωγικό ρόλο (Foucault,2004).

Διαμορφώνεται μία νέα ηθική και κοινωνική πραγματικότητα, στην οποία τίθενται «ευδιάκριτα» όρια μεταξύ των κοινωνικά αποδεκτών και των μη, κοινωνικών ομάδων. Οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες μαζικοποιούνται και αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο από την επίσημη Πολιτεία. Άτομα με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές, άλλοι με παραβατικές, αντικοινωνικές συμπεριφορές, ακόμα και εκείνοι που ανήκουν στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, κάτω από τα όρια της φτώχειας, αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο, το οποίο περιθωριοποιείται, αποκλείεται από την υπόλοιπη κοινότητα, διότι η διαφορετικότητά τους αυτή «απειλεί» την κοινωνική συνοχή, την ομοιομορφία και την ευρυθμία. Οι ψυχικά πάσχοντες τοποθετούνται κυρίως σε ιδιωτικά άσυλα, με την πλειοψηφία τους να κλείνεται σε φυλακές, σε οίκους εργασίας και σε αναμορφωτήρια. Υπάρχουν βέβαια και εξαιρέσεις. Στη Ρωσία επιλέγονται κυρίως τα μοναστήρια ως χώροι εγκλεισμού (Λέκκα,2012:41).

Το 1800 για παράδειγμα στην Αγγλία, όπου ο πληθυσμός κυμαινόταν στα δέκα εκατομμύρια, ο αριθμός των τροφίμων δεν ξεπερνούσε τους 10.000, δίχως να συγκαταλέγεται σε αυτόν οι τρόφιμοι με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές. Στην ουσία, μέχρι τον 19^ο αιώνα δεν παρατηρείται μία συντονισμένη πρωτοβουλία από την πλευρά της Πολιτείας, όσον αφορά την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε αυτά τα ιδρύματα. Μία κατάσταση που διέπει τα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη, μέχρι τις αρχές του 1800. Ο αριθμός μάλιστα των ψυχικά νοσούντων σε αυτά τα ιδρύματα ήταν εξαιρετικά περιορισμένος. Στην Πορτογαλία για εξακοσίους περίπου ψυχικά ασθενείς, υπήρχαν δύο άσυλα, όταν στην Αγγλία του 1826, η πλειοψηφία των

ασθενών βρίσκονταν έγκλειστοι στον ιδιωτικό τομέα και μόλις το 36% σε δημόσιες δομές. Στη Γαλλία υπήρχαν πολλά Γενικά Νοσοκομεία, τα οποία εντούτοις αρνούσαν να δεχτούν παράφρονες και επιληπτικούς. Μοναδική εξαίρεση συνιστά η πόλη Cheel του Βελγίου, όπου ήδη από το Μεσαίωνα, λειτουργούσε σαν πρότυπο κέντρο θεραπείας των ψυχικά ασθενών (Λέκκα,2012:41-42,Μάνος,1997:21).

Την ίδια εποχή, προσωπικότητες όπως ο Paolo Zacchia και ο Thomas Sydenham θέτουν τις βάσεις για μία μεταστροφή του τρόπου διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας¹⁵ (Μάνος,1997:21). Για τον Vesalius ο εγκέφαλος αποτελεί το βασικό όργανο ένδειξης και κατανόησης των ψυχικών φαινομένων, με την οποιαδήποτε απόκλιση να αποδίδεται σε βλάβη ή σε ανωμαλία του εγκεφάλου. Ομοίως ο Burton προχωρά σε μία λεπτομερή περιγραφή των μελαγχολικών καταστάσεων. Προσεγγίσεις οι οποίες σηματοδοτούν μία συστηματική διερεύνηση των ψυχικών και νευρολογικών φαινομένων και συμβάλλουν στην ανάδειξη νέων μεθόδων θεραπείας, διαμορφώνοντας ένα ανθρωπιστικό πλαίσιο διαχείρισης (Τζαβέλλας,Καραΐσκος, 2010:8).

Μέχρι τότε, οι τρόφιμοι διαχωρίζονταν βάσει φύλου, δίχως να πληρούνται άλλα κριτήρια, το οποίο ενδεχομένως να βελτίωνε το βιοτικό τους επίπεδο και να διευκόλυνε την εφαρμογή ενός μοντέλου διαχείρισης, θεραπείας τους. Κοινός σκοπός ύπαρξης αυτών των ιδρυμάτων, ήταν ανακούφιση των οικογενειών από το βάρος και το όνειδος της φύλαξης των ψυχικά πασχόντων. Ένας τρόπος προστασίας της οικογένειας από το στίγμα και την αντίδραση της κοινής γνώμης. Υπήρχαν ωστόσο ταξικές ανισότητες στην επιλογή των ιδρυμάτων, όπως και στο είδος των παροχών και των θεραπευτικών μέσων εντός τους. Για την πλειοψηφία των νοσούντων, η νοσηλεία πραγματοποιείτο υπό άθλιες συνθήκες διαβίωσης, με την εικόνα τους να είναι αποκαρδιωτική. Η μεταχείριση τους απάνθρωπη. Οι χώροι ήταν αρκετά υγροί και κρύοι, δεν υπήρχε θέρμανση, με την θεραπεία να περιορίζεται σε εναλλασσόμενα

¹⁵ Ο Paolo Zacchia αντικρούοντας τις στερεοτυπικές αντιλήψεις της εποχής του, καθόρισε τη νομική ευθύνη των ψυχικά ασθενών, μέσα σε ένα ανθρωπιστικό πλαίσιο. Ανάμεσα στις απόψεις του, διακρίνουμε εκείνες που υποστηρίζουν ότι οι μελαγχολικοί ασθενείς μπορούν τόσο να παντρεύονται, όσο και να εργάζονται και ότι οι μανιακοί είναι εν μέρει μόνο υπεύθυνοι για τα εγκλήματά τους. Ο δε Thomas Sydenham είναι ο πρώτος που επικεντρώνεται στις νευρώσεις και την υστερία, αν και η μελαγχολία παρέμεινε συνώνυμο, της κάθε μορφής ψυχικής διαταραχής (Μάνος,1997:21).

κρύα και ζεστά μπάνια, σε αφαιμάξεις και τοπικές λοιμώξεις¹⁶ (Λέκκα,2012:43-49,Μάνος,1997:21).

Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα, αρχίζουν να πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές στο χώρο της ψυχιατρικής, οι οποίες θα μπορούσαν να ερμηνευθούν στο πλαίσιο των μεταβολών που σημειώνονται σε κοινωνικό επίπεδο. Η εικόνα των ιδρυμάτων αλλάζει, όπως και ο τρόπος διαχείρισης των ψυχικά νοσούντων. Υπάρχουν δύο βασικά γεγονότα που συντέλεσαν σε αυτό. Το κίνημα του Διαφωτισμού, που απεγκλωβίζει την ανθρώπινη διάνοηση από δεισιδαιμονίες και προκαταλήψεις, επαναφέροντας τον ορθολογισμό και η καθιέρωση της ψυχιατρικής επιστήμης, η οποία ιατρικοποιεί την ψυχική ασθένεια, διαμορφώνοντας ένα διαφορετικό τρόπο ερμηνείας και προσέγγισης.

Με το νέο δόγμα που πρεσβεύει ο Διαφωτισμός σημειώνονται αξιοσημείωτες μεταβολές όχι μόνο σε συμβολικό επίπεδο, αλλά και σε πραγματολογικό. Τα δικαιώματα του ανθρώπου τίθενται στο επίκεντρο της επιστήμης Πολιτείας, ενώ υπό το πρίσμα του ορθολογισμού και της επιστημονικότητας, αναδεικνύεται ένα νέο κοινωνικοοικονομικό σύστημα. Το νέο περιβάλλον που διαμορφώνεται ως αποτέλεσμα της Βιομηχανικής Επανάστασης και της σταδιακής εδραίωσης του καπιταλιστικού οικονομικού συστήματος, επιφέρει κατάρρευση των μέχρι τότε κοινωνικών συστημάτων και αντιλήψεων, δημιουργώντας μία νέα κοινωνική πραγματικότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα νέο σύνολο κοινωνικών αξιών και αντιλήψεων, όπως και από την άνοδο της αστικής τάξης στο χώρο των επιχειρήσεων, της θρησκείας και της κουλτούρας. Το άτομο πλέον γίνεται αυτόνομο και ανεξάρτητο, απορρίπτοντας συντεχνιακούς περιορισμούς και παλαιότερους τρόπους συμβίωσης. Μία νέα μορφή συλλογικότητας αναδύεται εντός του αστικού τοπίου στο οποίο προάγεται η μοναχικότητα και ο ανταγωνισμός, εντείνοντας την ευαλωτότητα του ατόμου απέναντι σε αυτές τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές. Η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια κυριαρχούν σε κοινωνικό επίπεδο, οι οποίες συνοδεύονται από την εμφάνιση «καινούργιων» φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, αναπροσαρμόζοντας την κοινωνική σκακιέρα και την κοινωνική πολιτική.

¹⁶ Την ίδια περίοδο αναζωπυρώνεται το ενδιαφέρον των ερευνητών για την πράξη της αυτοχειρίας, αμφισβητώντας ακόμα και παραδοσιακές απαγορεύσεις της πράξης αυτής. Ο Ουίλλιαμ Σαίξπηρ στο έργο του *Άμλετ*, μελετώντας τις περιπτώσεις 52 αυτοκτονιών, καθώς και τα αίτια που οδήγησαν σε αυτές, παρουσιάζει μία ευρεία παραλλαγή της έννοιας αυτής, φτάνοντας στο απόγειο του έργου του να θέτει το γνωστό ερώτημα, «*Να ζει κανείς ή να μην ζει;*» (Minois,2006:133-136).

Είναι η περίοδος που ξεκινά μία συστηματική κριτική για την κατάσταση των ασθενών εντός των ιδρυμάτων, όπως και για τις επικρατούσες θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζονται εντός τους. Μέχρι τα μέσα του 18^{ου} αιώνα, ο σκοπός ύπαρξης αυτών των ιδρυμάτων εγκλεισμού ήταν η καταστολή και ο περιορισμός των τροφίμων, υπό άθλιες συνθήκες διαβίωσης, αλυσοδεμένοι και κυρίως «αφημένοι» στη μοίρα τους. Μία κατάσταση που μεταβάλλεται με την έλευση του 19^{ου} αιώνα, με το άσυλο να αντιμετωπίζεται ως ένας χώρος θεραπείας και όχι απλώς τοποθέτησης αυτών των ανθρώπων. Πλέον, ο χαρακτήρας αυτών των ιδρυμάτων περιορίζεται στη διασφάλιση της προστασίας των ασθενών και όχι της υπόλοιπης κοινότητας. Ο ασθενής παύει να αντιμετωπίζεται ως ένας παθητικός δέκτης. Γίνεται υποκείμενο μελέτης και παρατήρησης της ψυχιατρικής επιστήμης. Μίας νέας εξειδικευμένης ιατρικής επιστήμης, η οποία διαχωρίζει την ψυχική ασθένεια από άλλες κοινωνικά αποκλίνουσες συμπεριφορές, προσδίδοντάς της το απαραίτητο εννοιολογικό περιεχόμενο. Εμφανίζεται η «ηθική θεραπεία» και το «θεραπευτικό άσυλο», αντιπροσωπεύοντας ουσιαστικά τα πρώιμα βήματα της ψυχιατρικής επιστήμης. Ιδρυτής αυτής της νέας μορφής θεωρείται ο Philippe Pinel, όπου με τον όρο «ηθική θεραπεία», αναφερόταν στη συναισθηματική ή στην ψυχολογική και συνάμα ηθικά υπεύθυνη θεραπεία προς τον ασθενή (Λέκκα,2012:55-56).

Ο Philippe Pinel, εμπνευσμένος από τις αρχές της Γαλλικής Επανάστασης, συνέβαλε καθοριστικά στην εδραίωση ενός ανθρωπιστικού μοντέλου περίθαλψης. Εισηγάγε την κατάργηση του αλυσοδέματος των ψυχικά ασθενών, προτείνοντας την εισαγωγή του όρου «alienation» («παραφροσύνη»). Ένας όρος που προσδίδει ανθρώπινα στοιχεία στην ψυχική ασθένεια¹⁷, μεταβάλλοντας τον τρόπο αντίδρασης απέναντι στον ασθενή (Λέκκα,2012:62-63). Περιέγραψε επίσης, με αρκετή σαφήνεια τα κλινικά συμπτώματα και τις κλινικές περιπτώσεις, δημιουργώντας για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης (Μάνος,1997:22):

- Η *μελαγχολία* συνιστά μία διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας.
- Ως *μανία* προσδιόρισε την υπερβολική νευρική διέγερση με ή χωρίς παραλήρημα.
- Η *άννοια* αναφέρεται στη διαταραχή της λειτουργίας της σκέψης.

¹⁷ Μέχρι τότε, χρησιμοποιείτο ο όρος «in-sense» («ά-φρων» ή «ά-λογος»), νοηματοδοτώντας τη μη ύπαρξη λογικής. Αντίθετα, ο όρος «aliene» διατηρώντας κάποια στοιχεία της ανθρώπινης υπόστασης, καθιστούσε εφικτή την επαφή και την επικοινωνία με αυτό το άτομο (Λέκκα,2012:63).

- Κατά την *ιδιωτεία*, πραγματοποιείται εξάλειψη των διανοητικών ικανοτήτων και των συναισθημάτων.

Οι William Battie και William Cullen θεωρούνται οι πρόδρομοι αυτού του νέου κινήματος. Ο πρώτος, υπογράμμισε τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και του άμεσου εγκλεισμού του ασθενούς, υποστηρίζοντας τα οφέλη μίας εξατομικευμένης θεραπείας. Διέκρινε δύο τύπους φρενοβλάβειας, (α) την «*original insanity*», η οποία ήταν αθεράπευτη και (β) την «*consequential insanity*», που οφειλόταν σε διάφορους παράγοντες, αλλά ήταν *ιάσιμη*. Επέμενε στην ανάγκη ύπαρξης εξειδικευμένου προσωπικού, στη διαθεσιμότητα μονόκλινων δωματίων, αλλά και στη δυνατότητα εκπαίδευσης των φοιτητών. Ο Cullen προχώρησε σε μία νέα κατηγοριοποίηση των ψυχιατρικών και νευρολογικών διαταραχών, αντικαθιστώντας την έννοια των «*χυμών*» του σώματος, με την έννοια των «*νευρώσεων*» (Λέκκα,2012:56-57).

Οι Vincenzo Chiarugi και William Tuke επιχείρησαν να εισάγουν μία σειρά πιο ανθρώπινων μεθόδων αντιμετώπισης και θεραπείας των ψυχικά ασθενών. Η μέθοδος που είσαγε ο Tuke είναι εκείνη της εργασιοθεραπείας, όπως αποκαλείται σήμερα. Ο Franz Anton Mesmer θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ανέπτυξε κάποια τεχνική ύπνωσης. Μία προσέγγιση που απορρίφθηκε από την επιστημονική κοινότητα, μιας και στηρίζεται στην ύπαρξη ενός ειδικού μαγνητικού υγρού, κάτι σαν έκτη αίσθηση που έχει ο άνθρωπος, το οποίο όταν απελευθερωθεί, τον θεραπεύει. Ο John Conolly, εισηγητής του «ανθρωπιστικού ρεφορμισμού» («*non restraint*» και «*open door*»), πρότεινε μία υπηρεσία ηθικής-ψυχολογικής στήριξης, όπου ο γιατρός «*μετατρέπεται*» σε συνομιλητή, με τον *έγκλειστο* να περιθάλπεται σε ένα ανθρώπινο περιβάλλον. Ένα μοντέλο πρόδρομος της αποασυλοποίησης, μιας και αποσκοπούσε στην άμεση έξοδο του ασθενούς από αυτό και στην κοινωνική του επανένταξη. Οι πρακτικές του φαίνεται να ήταν αρκετά αποδοτικές και πετυχημένες, μιας και επέφεραν την αύξηση των εξιτηρίων κατά 2/3 σε σχέση με τις νέες εισαγωγές καθ' όλη την πενταετή εργασία του (Μπαϊρακτάρης,2007:32-35).

Στο κίνημα του «μη-περιορισμού»¹⁸ συναντάμε και τους Edward Charlesworth και Robert Gardiner Hill. Ο Charlesworth άσκησε δριμύτατη κριτική έναντι των

¹⁸ Μπορεί το κίνημα του «μη-περιορισμού» (*non restraint*) να έχει συνδεθεί με το όνομα του John Conolly, ωστόσο σύμφωνα με την Λέκκα (2012:68-69) οι *απαρχές* του βρίσκονται στην Αγγλία του 1814, όπου μία επιτροπή της Βουλής των Κοινοτήτων προχώρησε σε επιθεωρήσεις στα αγγλικά άσυλα κατά την περίοδο 1815-1816, στοχεύοντας στον άμεσο μετασχηματισμό τους.

βάνουσαν και των κατασταλτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνταν και γενικότερα του τρόπου διαχείρισης των ασθενών. Ο Hill από την άλλη πλευρά, υπήρξε υπέρμαχος της οριστικής κατάργησης κάθε μορφής περιορισμού, θεωρώντας ότι αυτή μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της ορθής κατηγοριοποίησης των ασθενών και της συνεχούς και επιμελούς παρατήρησης και επιτήρησής τους (Λέκκα,2012:68-70).

Παρά τα σημαντικά επιτεύγματα που σημειώνονται σε επιστημονικό επίπεδο και τις αξιοσημείωτες πρωτοβουλίες στο χώρο της περίθαλψης, η εικόνα δεν είναι ιδιαίτερα διαφορετική αρχές του 19^{ου} αιώνα. Η ψυχιατρική παραμένει «εγκλωβισμένη» στις αιτιολογικές αναλύσεις, τις ταξινομήσεις και τη συμπτωματολογία. Μοναδική εξαίρεση η αντικατάσταση των απάνθρωπων, κατασταλτικών μεθόδων, με την υιοθέτηση πιο ανθρώπινων πρακτικών και μεθόδων, θέτοντας τις βάσεις της αναδιοργάνωσης του θεραπευτικού μοντέλου και του ασυλιακού περιβάλλοντος (Μπαϊρακτάρης,2007:35).

Στην Αμερική, οι πρώτες προσπάθειες αναδιοργάνωσης του ψυχιατρικού περιβάλλοντος πραγματοποιούνται τέλη του 18^{ου} αιώνα από τον Benjamin Rush¹⁹, πατέρα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής. Ο Rush αλλάζει το μοντέλο περίθαλψης, προτρέποντας τους γιατρούς να παρακινούν τους ασθενείς να μιλούν για αρκετή ώρα, ώστε να ανακουφίζονται. Οι κανόνες λειτουργίας που εισήγαγε, ισχύουν μέχρι και σήμερα, εξαιτίας των επιτυχών αποτελεσμάτων τους. Με τη διάδοση της ηθικής θεραπείας του Pinel εμφανίζεται ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρείων, μεταξύ των οποίων διακρίνουμε το Worcester State Hospital και το Williamsburg Asylum, όπου η ηθική θεραπεία εμπλουτίζεται με την εργασιοθεραπεία, απασχολησιοθεραπεία, εκδρομές κτλ. Το 1844 συστήνεται η Αμερικανική Ιατρο-Ψυχολογική Εταιρεία και το American Journal of Insanity, τα οποία αργότερα μετονομάστηκαν σε American Psychiatric Association και American Journal of Psychiatry, αντίστοιχα. Το 1892 ιδρύεται ο Αμερικανικός Ψυχολογικός Σύλλογος (APA), με πρόεδρο τον Granville

¹⁹ Η ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ασθενών που πρότεινε ο Benjamin Rush, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τις θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποίησε, όπως είναι οι αφαιμάξεις, η βύθιση σε νερό και ο εκφοβισμός. Τεχνικές που αντηχούν σε παλαιότερα, αναχρονιστικά θεραπευτικά μοντέλα. Παρόλα αυτά, η συμβολή του στην εξέλιξη της ψυχιατρικής δεν μπορεί να αμφισβητηθεί, μιας και συνέβαλε στην αναβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και στον περιορισμό τους. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ψυχική ασθένεια μπορεί να διαγνωστεί, να ταξινομηθεί και να αντιμετωπιστεί με ανθρώπινο τρόπο και για αυτό το λόγο, προέτρεπε τους ασθενείς να ράβουν, να ακούνε μουσική, να ασχολούνται με τον κήπο ή να εξασκούνται και κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ένας τρόπος που βοήθησε στην αποκατάσταση και στη διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς (Μάνος, 1997:22-23).

Stanley Hall, μαθητής του William James, πατέρα της αμερικανικής ψυχολογίας και υποστηρικτή του λειτουργισμού (Μάνος,1997:22-23)²⁰.

Μία διαφορετική θεώρηση ακολουθεί η ψυχιατρική επιστήμη στη Γερμανία, εστιάζοντας στην οργανική αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών και στην προσπάθεια συγκρότησης μίας νοσολογίας των ψυχικών παθήσεων. Ο Wilhelm Griesinger αναφέρθηκε στην εγκεφαλική βάση των ψυχικών διαταραχών, με τις μελέτες του Karl Wernicke, να προσανατολίζονται στη σύνδεση ορισμένων ψυχικών και νευρολογικών συμπτωμάτων, με συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Για τον Emil Kraepelin, η ανθρώπινη ψυχολογία συνιστά ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχικής ασθένειας, με το έργο του να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη σύγχρονη ψυχιατρική και στην κατανόησή της για τις ψυχικές ασθένειες. Θεωρείται δε ως πρωτοπόρος της επιστημονικής κατανόησης της ψυχιατρικής και της ψυχοφαρμακολογίας (Λέκκα,2012:87-89,Ebert,Bär,2010). Οι Nissl και Alzheimer από την άλλη πλευρά, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο μέρος των ψυχικών νοσημάτων ήταν οργανικής προελεύσεως²¹. Η πρόοδος ωστόσο σε κλινικό επίπεδο δεν ήταν εφάμιλλη των παραπάνω εξελίξεων, εξαιτίας της επίδρασης του ρομαντικού κινήματος (Τζαβέλλας,Καραϊσκος,2010:8).

Την ίδια περίοδο, ο Johann Cristian Reil διαιρεί την ιατρική σε τρεις επιμέρους επιστημονικούς κλάδους. Είναι εκείνος που επινόησε και διατύπωσε τον όρο της «ψυχιατρικής». Ο Heinroth εισήγαγε τον όρο «ψυχοσωματικό», τονίζοντας την ενότητα και την αλληλεπίδραση μεταξύ του σώματος και της ψυχής, για αυτό και θεωρούσε ότι οι γιατροί έπρεπε να βλέπουν τους ασθενείς τους ολιστικά και να θεραπεύουν ολόκληρο το άτομο (Steinberg et al.,2013). Ο von Feuchtersleben

²⁰ Στην αμερικανική σχολή συναντάται και ο George Millar Beard, ο οποίος στο βιβλίο του A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia), διατύπωσε τον ορισμό της «topophobia», φοβία των τόπων, την «anthropophobia», φοβία των κοινωνικών συναναστροφών και την «pantophobia», την φοβία των πάντων. Επίσης, ήταν ο πρώτος που έδωσε έμφαση στο άγχος και στις φοβίες ως βασικά συμπτώματα των νευρώσεων (Λέκκα,2012:96-97).

²¹ Η γερμανική ψυχιατρική σχολή συνέβαλε καθοριστικά στη μελέτη της ανατομίας του εγκεφάλου, ωθώντας την ψυχιατρική στις βιολογικές αιτιάσεις και του σωματικού προσανατολισμού. Ο Theodor Meynert υπήρξε ο πρώτος επιστήμονας που επικεντρώθηκε στην έρευνα του εγκεφάλου. Η στρωματοποιημένη υφή και η κυτταρική αρχιτεκτονική σχετικά με προβλήματα ομιλίας είναι ορισμένα από τα ευρήματά του. Συνοπτικά, ο Meynert συνδύασε τα ευρήματά του με τα αποτελέσματα της νευροφυσιολογίας, της νευροχημείας και της νευροψυχολογίας, αναδεικνύοντας την πολυπλοκότητα της σχέσης του ανθρώπινου εγκεφάλου με τον κόσμο. Αντίστοιχα, η θέση του Richard Krafft-Ebing περί ύπαρξης οργανικού υποστρώματος της προϊούσας παράλυσης, μιας νόσου με νευρολογικά και ψυχιατρικά συμπτώματα, επηρέασε αισθητά μεταγενέστερες θέσεις (Seitelberger,1997, Τζαβέλλας,Καραϊσκος,2010:8).

διατύπωσε την έννοια της «ψύχωσης²²» στη γερμανική ψυχιατρική και θεωρείται συνιδρυτής της ψυχοσωματικής ιατρικής. Το 1845, εκδίδεται στη Γερμανία η Παθολογία και Θεραπεία των Ψυχικών Παθήσεων του Griesinger, η οποία παραμένει ένα βασικό εγχειρίδιο στον κόσμο της ψυχιατρικής, όπου όλα ερμηνεύονται σύμφωνα με τις αλλοιώσεις του νευρικού συστήματος (Μάνος,1997:23-24,Τζαβέλλας, Καραϊσκος, 2010:8).

Στην περίπτωση της Γαλλίας, διαπιστώνεται μία «εμμονή» στο χώρο του ασύλου και στην κλινική παρατήρηση, με τον αριθμό των ασύλων να αυξάνεται διαρκώς. Ο αριθμός των τροφίμων το 1874 φθάνει τους 43.000, όταν το 1834 ήταν μόλις στους 10.000! Μία εντυπωσιακή αύξηση που φανερώνει την έκταση του φαινομένου του «Μεγάλου Εγκλεισμού» που πραγματοποιήθηκε στη χώρα²³. Στις προσωπικότητες της γαλλικής ψυχιατρικής είναι εμφανής η επιρροή της εξελικτικής θεωρίας και της δαρβινικής σκέψης. Ο Esquirol, μαθητής του Pinel, επικεντρώθηκε στην ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, προσεγγίζοντας τη νοητική αλλοτρίωση ως μία ενιαία ολότητα, η οποία διακρίνεται σε υποκατηγορίες. Στο έργο του, αναφέρθηκε στις λεγόμενες «μονομανίες» (monomanie), όπου η κάθε μία έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και συμπτώματα. Μπορούν εντούτοις εύκολα να διαγνωστούν, με την προϋπόθεση ότι ο γιατρός είναι άρτια εκπαιδευμένος και καταρτισμένος. Περιέγραψε επίσης, τη νόσο της επιληψίας συνδέοντάς την με την παραφροσύνη (Λέκκα,2012:79-80,98,Μανός,1997:23).

Ο Morel περιέγραψε την «πρώιμη» ή «πρωτόγονο άνοια». Πρόκειται για μία ιδιαίτερα σοβαρή ψυχική κατάσταση που περιλαμβάνει τη νοητική εξασθένηση και την κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα. Η διαταραχή αυτή, η οποία σήμερα ονομάζεται σχιζοφρένεια, είναι εκφυλιστική και εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία. Ο Magnan, μελετώντας αλκοολικά και επιληπτικά άτομα, ανέπτυξε τη θεωρία του, βάσει της οποίας ασθενείς που παρουσίαζαν ευερεθιστικότητα, θα κατέληγαν μοιραία

²² Η ψύχωση ερμηνεύεται σαν νόσημα του ψυχισμού, διαχωρίζοντάς την με τη νεύρωση, την οποία θεωρεί οργανική και η οποία είναι συνδεδεμένη με κάποια δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος (Τζαβέλλας, Καραϊσκος,2010:8).

²³ Το φαινόμενο του Μεγάλου Εγκλεισμού που πραγματοποιήθηκε στη χώρα δεν μπορεί να εξεταστεί μονομερώς από το νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο εμφανίζεται μέσα από τα πρώτα βασιλικά διατάγματα του 17^{ου} αιώνα. Στη συνέχεια, με τη ψήφιση του σχετικού νόμου το 1838, που αποτέλεσε πρότυπο και για άλλες ευρωπαϊκές χώρες, επιχειρείται αναδιαμόρφωση του χώρου του ασύλου, με ανθρώπινες συνθήκες εγκλεισμού καθώς και τη συγκρότηση σχέσεων τάξης και ιεραρχίας (Foucault,2004).

στην ψυχική ασθένεια, μιας και οι εκφυλισμένοι οργανισμοί είχαν μειωμένες πιθανότητες επιβίωσης (Λέκκα,2012:83-85).

Η Ιταλία, είναι εκείνη η χώρα που έθεσε τα θεμέλια της ηθικής θεραπείας. Ο Vincenzo Chiarugi θεμελιωτής αυτού του εγχειρήματος, εισήγαγε ένα σύνολο πιο ανθρώπινων μεθόδων αντιμετώπισης και θεραπείας, υπογραμμίζοντας τη σχέση ανάμεσα στο νου και το σώμα. Για τον Chiarugi η «τρέλα» δεν είναι μία πάθηση κληρονομική, αλλά μία επίκτητη διαταραχή, η οποία μπορεί να θεραπευτεί (Λέκκα,2012:58). Στην ιταλική ψυχιατρική σχολή συναντάται και ο Cesare Lambroso, ο οποίος θεωρείται ιδρυτής της εγκληματολογικής ανθρωπολογίας. Ο Lambroso, επηρεασμένος από τη θεωρία εκφυλισμού του Morel, υποστήριξε ότι τα ανατομικά χαρακτηριστικά και οι ψυχικές ιδιότητες συνδέονται άμεσα. Μία θέση που συνέδεσε με την εγκληματική συμπεριφορά των ατόμων, πιστεύοντας ότι τα εξωτερικά χαρακτηριστικά κάποιου ατόμου ήταν ικανά να μαρτυρήσουν τη ροπή του σε συγκεκριμένη εγκληματική δράση. Προχώρησε μάλιστα στην κατάταξη των εγκληματιών σε τέσσερις κατηγορίες (Woodruff,1921):

- Στους εκ γενετής εγκληματίες, με εμφανή φυσιολογικά και ψυχολογικά στίγματα. Μία θέση που προσδίδει βιολογική ερμηνεία στην εγκληματική συμπεριφορά, προδιαγράφοντας τη δράση του ατόμου.
- Στους ψυχοπαθείς εγκληματίες.
- Στους από τις περιστάσεις εγκληματίες.
- Στους εγκληματίες από πάθος, οι οποίοι προβαίνουν σε αυτές τις πράξεις υπό ειδικές συνθήκες

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, στην Αγγλία κυριαρχεί ο σεβασμός στον άνθρωπο, συντελώντας σε ένα ανάλογο πρότυπο ψυχιατρικής περίθαλψης, που διέπεται από τον ανθρωπισμό και τα καλοκτισμένα νοσοκομεία. Ένα σύστημα περίθαλψης που στηρίζεται στην ιδιωτική και στη φιλανθρωπική πρωτοβουλία. Το 1835, ο J. Prichard εισάγει τον όρο *moral insanity* (ηθική νοημοσύνη) στη νομοθεσία, που σημαίνει *η διανοητική έκπτωση χωρίς παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις* και εμφανίζεται το *Journal of Mental Science*, το σημερινό *British Journal of Psychiatry* (Μάνος,1997:23). Η προσέγγιση του H. Maudsley παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον, μιας και είναι εκείνος που αναφέρθηκε στη

σημασία της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ψυχικής νόσου (Λέκκα,2012:93-94).

Η εντυπωσιακή εξέλιξη που σημειώνεται στο χώρο της ψυχιατρικής επιστήμης δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη πρόοδο στο θεραπευτικό μοντέλο. Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών παρέμενε πρακτικά η ίδια. Η κύρια θεραπευτική αγωγή συντίθεται από απομορφίνη, κρύο νερό και θεραπεία με πείνα (Τζαβέλλας,Καραϊσκος,2010:8).

Οι πρώτες αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις αρχίζουν να εμφανίζονται μόλις στα μέσα του 1870, με την εδραίωση των χημικών ουσιών. Η ψυχοφαρμακολογία αντικαθιστά το μηχανικό περιορισμό και τις μέχρι τότε παραδοσιακές τεχνικές. Για πρώτη φορά, τίθεται το ζήτημα της συγκατάθεσης των ασθενών σε περιπτώσεις εμβρυακών επεμβατικών μεθόδων, δημιουργώντας νέες βάσεις όχι μόνο στο θεραπευτικό μοντέλο, αλλά και στο ρόλο του ασθενούς σε αυτό (Λέκκα,2012:99). Μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα, η ηθική θεραπεία παρακμάζει σταδιακά, ενώ η μονοψυχωσική θεωρία γίνεται κυρίαρχη στο χώρο της κλινικής ψυχολογίας. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, υπάρχει μόνο μία μοναδική ψύχωση, με καθορισμένα στάδια, η οποία αρχίζει με μελαγχολία, σύγχυση, μανία και καταλήγει στην ηλιθιότητα (Μάνος,1997:24,Τζαβέλλας,Καραϊσκος,2010:8).

Αρχές του 20^{ου} αιώνα, η ψυχιατρική επιστήμη μεταβαίνει σε ένα νέο ιστορικό στάδιο. Πρόκειται για τη «θεσμική» ή «ιδρυματική ψυχοθεραπεία», η οποία επηρεάζει ριζικά την εξέλιξή της αλλά και τη σχέση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου. Η εμφάνιση της ψυχανάλυσης αυτή την περίοδο σχετίζεται άμεσα με τις εξελίξεις που πραγματοποιούνται στην έρευνα του νευρικού συστήματος. Ο A. Meyer ανέπτυξε το πρότυπο της «βιοψυχολογίας», το οποίο έδινε ιδιαίτερη έμφαση στο βιογραφικό και στο κοινωνικό πλαίσιο του ασθενούς, σε συνδυασμό με τη βιολογική προδιάθεσή του. Σύμφωνα με την προσέγγισή του αυτή, οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις θα πρέπει να εξετάζονται αλλά και να ερμηνεύονται ως αντίδραση των ασθενών στις ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Ο Meyer υπήρξε μία από τις προσωπικότητες που στιγμάτισαν αισθητά την αμερικανική και βρετανική ψυχιατρική ιστορία, μιας και προσέφερε μία νέα ερμηνεία της ψυχικής διαταραχής. Το 1928 εκλέγεται πρόεδρος της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας,

συμβάλλοντας και στην ίδρυση του Αμερικανικού Συμβουλίου Ψυχιατρικής και Νευρολογίας (Scull,Schulkin,2009).

Ανάλογη απήχηση είχε και το έργο του E. Kraepelin, στο χώρο της ψυχιατρικής, με τον ίδιο να προχωρά σε μία λεπτομερή κλινική περιγραφή και διάκριση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης από την dementia praecox (πρώιμη άνοια = σχιζοφρένεια). Υποστήριξε ότι οι ασθενείς αυτοί είναι αθεράπευτοι. Μία θέση που επηρέασε έντονα την επιστημονική κοινότητα, οδηγώντας πολλούς μελετητές στην αναζήτηση θεραπείας για τη σχιζοφρένεια. Ανάμεσα στις θεραπείες που προτάθηκαν, αξίζει να αναφερθούν η πυρετοθεραπεία του von Wagner-Jauregg, το κόμμα ινσουλίνης του Sakel, το ηλεκτροσόκ του Bini και η τεχνική της ύπνωσης του Jean-Martin Charcot (Μάνος,1997:24).

Ο Charcot, εμμένοντας στη θέση περί οργανικής βάσης των νευρώσεων, επικεντρώθηκε στην αναζήτηση της οργανικής αιτιολογίας διαφόρων διαταραχών, από την επιληψία έως και την ημικρανία. Μία πρωτοβουλία που στόχευε στη λεπτομερή περιγραφή και καταγραφή τους, προσφέροντας με αυτό τον τρόπο ένα χρήσιμο «εγχειρίδιο» αναγνώρισης και ταξινόμησης. Το 1872, προχώρησε στην οριστική διάγνωση της υστερίας ως οντότητας διακριτής από την επιληψία, επινοώντας τη νόσο της «υστερο-επιληψίας» και προσθέτοντας στη συνέχεια τη «μικρή» ή «κοινή υστερία» και τη «μεγάλη υστερία», με τα αντίστοιχα διαγνωστικά κριτήρια. Για τη θεραπεία της νόσου, χρησιμοποιούσε την τεχνική της ύπνωσης, η οποία πίστευε ότι μπορούσε να λειτουργήσει μονάχα σε ασθενείς (Λέκκα,2012:102-105).

Οι εξελίξεις αυτές συνέβαλαν στην ανάδυση ενός νέου ρεύματος στο χώρο της ψυχιατρικής επιστήμης. Βασικό αξίωμα της νέας θεραπευτικής προσέγγισης ήταν ότι η πραγματική αιτία της διανοητικής διαταραχής «πηγάζει» σε κάποιο παρελθοντικό βίωμα του ατόμου, το οποίο προκειμένου να το ανακαλύψει αλλά και να το «επιλύσει» ο θεραπευτής, θα έπρεπε να προχωρήσει στην εις βάθος υποκειμενική παρατήρηση του εαυτού του ατόμου. Το ψυχαναλυτικό κίνημα, που ανέπτυξε ο Sigmund Freud «επαναδιατυπώνει» τους ρόλους μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, δημιουργώντας μία διαφορετική ερμηνεία αλλά και διαχείριση της ψυχικής ασθένειας. Η συμβολή βέβαια του Freud, δεν περιορίζεται στο χώρο της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής. Ανέπτυξε καινοτόμες θεωρίες και τεχνικές

θεραπείας, επηρεάζοντας το σύνολο των κοινωνικών και των ανθρωπιστικών επιστημών. Πολλές από τις θεωρίες που διατύπωσε, προκάλεσαν ιδιαίτερη εντύπωση αλλά και αμφισβήτηση στην κοινή γνώμη, κυρίως γιατί ήταν αρκετά καινοτόμες για την εποχή του, όπως ήταν οι μελέτες του για τη σεξουαλικότητα, στις οποίες αναφέρθηκε στην ύπαρξη ενός τρίτου φύλου, στο οιδιπόδειο σύμπλεγμα, στην αρχή της ευχαρίστησης, στην παιδική σεξουαλικότητα κ.α. (Μάνος,1997:25).

Σύμφωνα με τον Freud (2010), όλα τα νευρωτικά συμπτώματα συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, τις οποίες μπορεί να εντοπίσει ο ερευνητής, όχι μέσω της ύπνωσης, αλλά διαμέσου του «ελεύθερου συνειρμού» του ασθενούς. Η θεωρία του στηριζόταν σε δύο βασικά αξιώματα· αφενός, ότι το «ψυχικό όργανο» χωρίζεται σε συνειδητά και σε ασυνείδητα μέρη, με τη φύση της μεταξύ τους σχέσης να είναι εκείνη που προκαλεί την ψυχοπαθολογία και αφετέρου, στην ύπαρξη δυνάμεων αντίστασης που εμποδίζουν τον ασθενή να αναγνωρίσει και να συνειδητοποιήσει την αιτία της ασθένειάς του, απωθώντας ουσιαστικά τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του από αυτήν. Η αντίσταση είναι δύσκολο να αναγνωριστεί, με αποτέλεσμα να προϋποθέτει τη συνεχή εγρήγορση του ψυχαναλυτή, ο οποίος θα πρέπει να επικεντρώνεται στη λεκτική αλλά και στη μη λεκτική επικοινωνία του ασθενούς.

Στην ψυχαναλυτική θεραπεία, ο ασθενής «αφήνεται» ελεύθερος να μιλά για ότι σκέψεις, συναισθήματα, αναμνήσεις του δημιουργούνται στο νου, φανερώνοντας σταδιακά ασυνείδητες σκέψεις, που έχουν απωθηθεί από τη συνειδητή του σκέψη και οι οποίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την προσωπικότητά του. Στη συνέχεια, ανέπτυξε περαιτέρω τη θεωρία του μέσα από τρεις έννοιες που συνθέτουν τη δομή του ανθρώπινου ψυχικού κόσμου (θεωρία της προσωπικότητας). Σύμφωνα με αυτό το δομικό μοντέλο, η προσωπικότητα του ατόμου συντίθεται από το «*Εκείνο*», το «*Υπερεγώ*» και το «*Εγώ*». Το *Εκείνο*, εσωκλείει το ασυνείδητο και καθοδηγείται από την αρχή της ευχαρίστησης, το *Υπερεγώ* αποτελεί το σύνολο των κανόνων συμπεριφοράς, που η κοινωνία επιβάλλει στα μέλη της, με το *Εγώ* να ρυθμίζεται από τις εσωτερικές παρορμήσεις του *Εκείνο* και τους περιορισμούς που επιβάλλει η κοινωνία (Freud,2010,Thio,2003:371-372).

Αυτά τα τρία στοιχεία και ιδίως το *Εκείνο* με το *Υπερεγώ*, βρίσκονται σε μία διαρκή σύγκρουση, η οποία βρίσκεται «καταπιεσμένη» στο ασυνείδητο. Μία

σύγκρουση που είναι ιδιαίτερα επίμονη για το άτομο και εκδηλώνεται με τη μορφή διαφόρων ψυχικών συμπτωμάτων. Ο ψυχαναλυτής, προκειμένου να επιλύσει αυτή τη σύγκρουση, αλλά και να «αποκαλύψει» τυχόν τραύματα ακόμα και από την παιδική ηλικία, χρησιμοποιεί ένα εύρος τεχνικών, μεταξύ των οποίων είναι τα όνειρα, οι τυχαίες και εσφαλμένες ενέργειες του ασθενούς, όπως οι παύσεις στην ομιλία και τα σαρδάμ (Freud,2010).

Η θεωρία του περί της σεξουαλικότητας και της φυσιολογικής ανάπτυξης του ατόμου ήταν εκείνη που προκάλεσε σφοδρές αντιδράσεις, εξαιτίας κυρίως του συντηρητικού κοινωνικού πλαισίου της εποχής. Ο Freud (2010) μίλησε για την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού, συσχετίζοντας το κάθε στάδιο με μία ερωτογενή ζώνη, όπου η ικανοποίησή της προϋποθέτει την εξέλιξη, δηλαδή τη μετάβαση στο επόμενο στάδιο. Επιπλέον, ο βαθμός και το είδος της ικανοποίησης του παιδιού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αλληλεπίδρασή του με τους γονείς.

Στην προσέγγισή του, κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η *libido* (η σεξουαλική ορμή), η ασυνείδητη ψυχική ενέργεια που διέπει τη σεξουαλική ενόρμηση και είναι παρούσα από τη βρεφική ηλικία του ατόμου. Η ικανοποίησή της μάλιστα, καθορίζει τη μελλοντική σεξουαλική ταυτότητα, όπως και τη γενικότερη σεξουαλική ζωή του ατόμου. Με σκοπό να αναδείξει την επίδρασή της, τη διακρίνει σε τρία στάδια: στο «στοματικό», στο «πρωκτικό» και στο «γενετήσιο» ή «φαλλικό». Καθένα από αυτά τα στάδια, συναντάται σε διαφορετικό στάδιο ανάπτυξης του ατόμου και αντιπροσωπεύει μία διαφορετική σωματική ζώνη ικανοποίησης. Το αγόρι για παράδειγμα, ξεκινά τη ζωή του με ετερόφυλο προσανατολισμό, μιας και το πρώτο ερωτικό του αντικείμενο είναι η ίδια η μητέρα του (οιδιπόδειο σύμπλεγμα). Στη συνέχεια, ο φόβος για αυτήν του την επιθυμία, αλλά και η αντίδραση του οικείου του περιβάλλοντος στην ενασχόλησή του με τα γεννητικά του όργανα, είναι πιθανό να του δημιουργήσουν «άγχος ευνουχισμού», οδηγώντας σε ενοχικές σκέψεις και διάφορες νευρώσεις. Αντίθετα, σε ευνοϊκή έκβαση του άγχους του ευνουχισμού προκαλείται λύση του οιδιπόδειου, όπου το αγόρι εσωτερικεύει την αιμομικτική απαγόρευση και ταυτίζεται τελικά με τον πατέρα του. Όπως το αγόρι, έτσι και το κορίτσι είναι προσκολλημένο στη μητέρα του, η οποία συνιστά το αρχικό ερωτικό του αντικείμενο, νιώθοντας παράλληλα ιδιαίτερα μειονεκτικά εξαιτίας της απουσίας αρσενικού γενετικού οργάνου. Ο τρόπος αντιμετώπισης αυτής της «απουσίας» είναι καθοριστικός στην ανάπτυξη ή μη αρρενωπών χαρακτηριστικών, όπως και στην

μελλοντική της σεξουαλική ζωή, κυρίως όσον αφορά το θέμα της απόλαυσης (Freud,2010).

Οι ιδέες του όπως ήταν φυσικό, βρέθηκαν στο επίκεντρο αρκετών μελετητών, οι οποίοι επιθυμούσαν να μυηθούν στα μυστικά της ψυχανάλυσης. Το 1907 συγκρότησε μαζί με άλλους, μεταξύ των οποίων ο Jung και ο Adler, την «Ψυχαναλυτική Εταιρεία της Βιέννης», προχωρώντας στην οργάνωση της «Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Ένωσης», η οποία αρχικά ονομάστηκε σε «International Psychoanalytische Vereinigung», ώστε να μετονομαστεί αργότερα, σε «International Psychoanalytical Association». Το 1926 συστήνεται η «Ψυχαναλυτική Εταιρεία του Παρισιού» στη Γαλλία (Λέκκα, 2012:117).

Με το πέρασμα των ετών, ξεκίνησαν να εμφανίζονται τα πρώτα ρεύματα αμφισβήτησης των θέσεών του. Αναπτύχθηκαν πολλές νέες ξεχωριστές σχολές, ενώ άλλες προχώρησαν σε μία μερική «αναδιαμόρφωση» ή περαιτέρω εξήγηση των θέσεών του. Ο A.Adler (1974), ο οποίος υπήρξε συνιδρυτής και πρόεδρος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, προοδευτικά διαχώρισε τη θεωρία του από τον Freud, δημιουργώντας τη «Σχολή της Ατομικής Ψυχολογίας», με τις θέσεις του να βρίσκουν ευρεία απήχηση στις θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται μέχρι σήμερα. Ο Adler διατύπωσε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κατανόησης και ερμηνείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς, εστιάζοντας στην επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος σε αυτήν και όχι στις έμφυτες ενορμήσεις και στα ένστικτα του ανθρώπου. Ερμήνευσε την ψυχική παρέκκλιση με τα αισθήματα της ανωτερότητας και της κατωτερότητας, που οφείλονται σε οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, εστιάζοντας κυρίως στις νευρώσεις που προέρχονται από τον ανταγωνισμό ανάμεσα στο αρσενικό και το θηλυκό, το οποίο θεωρείται κατώτερο.

Ο Carl Gustav Jung (2007), αγαπημένος μαθητής του Freud και ο πρώτος πρόεδρος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, διαχώρισε εξίσου τις θέσεις του με τον Freud, αναφορικά με το οιδιπόδειο σύμπλεγμα και την αποκλειστική σεξουαλική προέλευση της libido. Στη σχολή της αναλυτικής ψυχολογίας που εισήγαγε, επέκτεινε την έννοια του ασυνείδητου από το προσωπικό στο *ομαδικό*, στο οποίο περιλαμβάνονται ομαδικά συστατικά, ακόμα και η κληρονομιά του ανθρώπινου είδους. Τα στοιχεία αυτά εγγράφονται στο άτομο με τη μορφή κληροδοτημένων κατηγοριών ή αρχετύπων, μέσα από τα όνειρα, αλλά και μέσα από τις πολιτιστικές, τις

θηρσκευτικές, τις καλλιτεχνικές δραστηριότητες που συναντώνται σε κάθε πολιτιστικό μόρφωμα. Τα αρχέτυπα αυτά που διαμορφώνουν το *συλλογικό ασυνείδητο* είναι τρία, το «*animus*», το οποίο αντιπροσωπεύει τις κύριες μορφές του αρσενικού, το «*anima*», τις κύριες μορφές του θηλυκού και το «*selbst*», ως κέντρο της προσωπικότητας. Την libido την προσδιόρισε περισσότερο σαν μία ψυχική ενέργεια ή εκδήλωση ενδιαφέροντος για τον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο και όχι ως ερωτική διάθεση, οδηγώντας σε δύο βασικούς τύπους, τους «*εξωστρεφείς*» και τους «*εσωστρεφείς*», με την «*εξατομίκευση*» ή «*ατομοποίηση*» να αποτελεί τη βασική πορεία της ζωής (Αγγελόπουλος,2009).

Ο O. Rank²⁴ επικεντρώθηκε στη σημασία της πρωταρχικής εμπειρίας της γεννήσεως και του επακόλουθου τραύματος, που επέρχεται από το χωρισμό του παιδιού από τη μητέρα. Η θεωρία του περί του «τραύματος της γέννησης», συνέδεε τη γέννηση του ατόμου με την ανάπτυξη νευρωτικών συμπτωμάτων (Λέκκα, 2012:125). Μία πιο φεμινιστική προσέγγιση ανέπτυξε η K. Horney, υποστηρίζοντας ότι είναι δεδομένος ο φόβος των ανδρών για το αιδούιο των γυναικών, στην οποία αποδίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο ρόλο του περιβαλλοντικού παράγοντα στη δημιουργία νευρώσεων (Μάνος,1997:26-27). Ο W. Reich, εστιάζοντας στο ζήτημα της σεξουαλικότητας, αντικατέστησε τη libido με τη θεωρία του οργασμού, προτείνοντας το λεγόμενο «μαζοχιστικό χαρακτήρα». Ένας χαρακτήρας που εξαιτίας της αποτυχίας του να ευχαριστηθεί, υποφέρει από μία «υπερπαραγωγή» μη ευχαρίστησης. Σύμφωνα με τον Reich, η σεξουαλική ενέργεια όταν δεν εκδηλώνεται είναι ικανή να προκαλέσει δυσλειτουργίες στη σωματική υγεία. Επιχείρησε επίσης να προχωρήσει σε μία σύνδεση ανάμεσα στην ψυχανάλυση και στο μαρξισμό, αναφέροντας ότι οι νευρώσεις συναντώνται συχνότερα στην αστική τάξη από ότι στην εργατική, εξαιτίας της σεξουαλικής καταπίεσης που επιφέρει ο καπιταλιστικός τρόπος οργάνωσης. Θέσεις οι οποίες απορρίφθηκαν τόσο από την επιστημονική κοινότητα, όσο και από το κομμουνιστικό κόμμα (Λέκκα,2012:122-124).

Ακολουθώντας τη φροϋδική θεωρία, ο K. Abraham, ανέπτυξε τη θεωρία του για την προσωπικότητα, στηριζόμενος στα προ-οιδιπόδεια στάδια της παιδικής σεξουαλικότητας. Στην προσέγγισή του, προσπάθησε να παραθέσει τις συνέπειες της

²⁴ Ο Rank μαζί με τον S. Ferenczi ανέπτυξαν την «ενεργητική θεραπευτική», όπου παρείχαν στους ασθενείς κάθε είδους αλληλεπιδράσεις, προκειμένου να επιταχυνθεί με αυτό τον τρόπο η αναλυτική διαδικασία (Λέκκα,2012:125).

καθήλωσης σε ένα στάδιο στον ανθρώπινο ψυχισμό. Ειδικότερα, υποστήριξε ότι μία εμμονή στο στοματικό στάδιο μπορούσε να δημιουργήσει έναν εξαρτημένο χαρακτήρα, στο πρωκτικό στάδιο έναν ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα και στο φαλλικό έναν υστερικό (Μάνος,1997:27).

Ο F. Alexander διαμόρφωσε το πρώτο ερευνητικό πρόγραμμα ψυχοσωματικής ιατρικής, το οποίο βασίζεται στην πεποίθηση ότι η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση επηρεάζει τη σωματική. Σύμφωνα με τον Alexander, οι συναισθηματικές συγκρούσεις που συνδέονται με την επιθετικότητα διαχέονται μέσα από τρία στάδια – «*ψυχοδυναμικό*», «*αυτόνομο Na*» και «*νευρομυϊκό*». Σε περίπτωση που αποκοπεί η πορεία αυτή, πριν την πλήρη έκφραση, εκδήλωση του θυμού, ενδέχεται να οδηγήσει σε ψυχοσωματικά συμπτώματα, αλλά και σε περιπτώσεις υπέρτασης²⁵ (Αγγελόπουλος,2009:257-258).

Η M. Klein, ήταν η πρώτη που εφάρμοσε τις ψυχαναλυτικές αρχές σε παιδιά, απορρίπτοντας ωστόσο το χρόνο ανάπτυξης του οιδιπόδειου συμπλέγματος στο φαλλικό στάδιο κατά τον Freud. Η ίδια πρότεινε το σαδιστικό-στοματικό στάδιο και τον απογαλακτισμό ως σημείο εκκίνησης. Εισηγήσε τους *ενδοβλητικούς* και *προκλητικούς μηχανισμούς*, τα *καλά* και τα *κακά τμήματα του εγώ* και την *ενσωμάτωση* ως εκείνα τα στοιχεία που συνθέτουν τον εαυτό. Η A. Freud κόρη του S. Freud, αντιμαχόμενη τις θέσεις της Klein προσέγγισε την ψυχοθεραπεία των παιδιών μέσα από μία διδακτική διαδικασία παρά σαν μία εκ βάθους εξερεύνηση του Εγώ. Η «*διαμάχη*» αυτή δημιούργησε σχίσμα στη Βρετανική Ψυχαναλυτική Εταιρεία, το οποίο συνεχίζεται μέχρι και σήμερα, με τη συμβολή του E. Jones να κρίνεται καταλυτική στην αποφυγή διάσπασής της (Λέκκα,2012:125-127,Μάνος,1997:28).

Υπήρξαν μελετητές που προχώρησαν σε ένα συνδυασμό του υπαρξισμού και της ψυχανάλυσης, συγκροτώντας την υπαρξιστική ψυχοθεραπεία. Ο V. Frankl πρότεινε τη δημιουργία της Ψυχολογίας του Ύψους, όπου θα εμβάθυνε στις ανώτερες πλευρές του ανθρώπου, αλλά και των ενστίκτων του. Ο H.S. Sullivan έδωσε έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ ο Adorno στις κοινωνικές επιδράσεις. Την ίδια περίοδο, αναδύονται νέες τεχνικές ψυχοθεραπείας. Ο J.L. Moreno ιδρύει το ψυχόδραμα, ο S.R.

²⁵ Η προσέγγισή του στηρίζεται στο ότι ο θυμός προκαλεί αγγειοσπασμό, με αποτέλεσμα να παρατείνεται η αγγειοσύσπασση και να αυξάνεται η αρτηριακή πίεση. Η υπέρταση είναι ένα από τα συμπτώματα που αναπτύσσονται εάν διακοπεί η πορεία του θυμού στο δεύτερο στάδιο, με την ημικρανία και την αρθρίτιδα να συναντώνται στο πρώτο και στο τρίτο στάδιο, αντίστοιχα (Αγγελόπουλος,2009:258,288).

Slavson ομάδες με παιδιά και ο C. Rogers την πελατοκεντρική προσέγγιση, που επικεντρώνεται στα συναισθήματα του θεραπευόμενου, με στόχο την κατάκτηση της αυτογνωσίας του. Μία τεχνική που στηρίζεται σε ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει ο σύμβουλος/θεραπευτής, όπως και στην «άνευ όρων αποδοχή» του θεραπευόμενου (Αγγελόπουλος,2009: 29,Μάνος,1997:29).

Η πορεία εξέλιξης της ψυχαναλυτικής θεωρίας στην ελληνική επιστημονική κοινότητα εντοπίζεται αρχές του 20^{ου} αιώνα, αν και παρουσιάζει μία εντυπωσιακή ιδιομορφία. Απορρίπτεται από το σύνολο του ψυχιατρικού κόσμου της χώρας, κυρίως εξαιτίας του προσανατολισμού του στην οργανική/βιολογική αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών, ενώ γίνεται αποδεκτή από τους Έλληνες παιδαγωγούς, με αποτέλεσμα η φροϋδική θεωρία να εισάγεται στην εκπαιδευτική μεταρρύθμιση, που λάμβανε χώρα. Ανάλογη επιρροή στο εκπαιδευτικό περιβάλλον είχαν και οι θέσεις του Adler, με τον Δημήτριο Μωραΐτη να πρωτοστατεί στην ίδρυση του «Συμβουλευτικού Ψυχοπαιδαγωγικού Σταθμού» στην Αθήνα, στο οποίο μπορούσαν να απευθυνθούν γονείς και δάσκαλοι για παροχή συμβουλών στην ανατροφή των παιδιών (Λέκκα, 2012:179-181).

Κατά τη δεκαετία του 1920 δημιουργούνται τρία ψυχολογικά εργαστήρια στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη τη δεκαετία του 1930. Εκεί, εφαρμόζονται για πρώτη φορά μετρήσεις του δείκτη ευφυΐας και δημιουργούνται ατομικοί φάκελοι. Παρόλα αυτά, ήταν η δεκαετία του 1960 που δημιούργησε τις κατάλληλες προϋποθέσεις, ώστε η ψυχανάλυση να μεταβεί σε ένα στάδιο, με τη συμβολή των Ελλήνων επιστημόνων που είχαν σπουδάσει στο εξωτερικό να κρίνεται καθοριστική. Το 1956 ιδρύεται το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής από την ψυχίατρο Άννα Ποταμιανού, το οποίο πρόσφερε συμβουλευτικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες, το 1977 συστήνεται η Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας από τον Α. Αλεξανδρή και τον Π. Σακελλαρόπουλο και το 1984, ιδρύεται η Ελληνική Ψυχαναλυτική Εταιρεία, η οποία έγινε μέλος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας το 2001 (Λέκκα,2012:179-183).

Παρά τις παραπάνω πρωτοβουλίες, η ψυχιατρική μοιάζει «εγκλωβισμένη» σε μία αιτιολογική επιστημονική αναζήτηση, όπου η ψυχική διαταραχή γίνεται συνώνυμο της επικινδυνότητας. Μία «εμμονή» που φαίνεται να διαρκεί μέχρι και μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο Wagner-Jauregg ανέπτυξε ανορθόδοξες μεθόδους θεραπείας, όπως ήταν η ελονοσία, ο πυρετός και η φυματίνη-εμβόλιο που χορηγείτο κατά της

φυματίωσης. Μέθοδοι που εφαρμόζονταν εντός των ιδρυματικών χώρων, με σκοπό την ίαση των ασθενών. Το 1926 προβάλλεται η ινσουλίνη ως θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Μία θεραπευτική τεχνική, η οποία παρέμενε μέχρι και τη δεκαετία του 1950 και βασιζόταν στο ινσουλινικό σοκ. Η θεραπεία αυτή διαρκούσε έξι με επτά εβδομάδες, φθάνοντας σε πέντε με έξι κόματα την εβδομάδα, διάρκειας μίας ώρας το καθένα. Άλλη μία θεραπευτική τεχνική ήταν η «θεραπεία του σοκ», η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με την ανωτέρω, με τη διαφορά το ότι μπορούσε να παράγει σπασμούς, δίχως την πρόκληση κώματος. Η «θεραπεία του σοκ» θεωρήθηκε εξαιρετικά αποτελεσματική σε ορισμένες μορφές διαταραχών και ιδίως σε βαριές περιπτώσεις κατάθλιψης. Η υπνοθεραπεία ήταν μία ακόμη τεχνική που χρησιμοποιήθηκε από κάποιους ερευνητές, οι οποίοι χορηγούσαν ισχυρές δόσεις βρωμιδίου, το οποίο γρήγορα αντικαταστάθηκε από τα βαρβιτουρικά²⁶. Ο Klaesi χρησιμοποιώντας το Somnifene, ένα είδος βαρβιτουρικού σε μερικούς σχιζοφρενείς ασθενείς του, ισχυρίστηκε ότι παρατήρησε σημαντική βελτίωση για το ένα τέταρτο περίπου αυτών. Μία τεχνική που εφαρμόστηκε κυρίως σε ασθενείς που έπασχαν από συναισθηματικές και δυσθυμικές διαταραχές (Λέκκα,2012:129-135).

Η «ανακάλυψη» των βαρβιτουρικών εγκαινιάζει μία νέα εποχή για την ψυχιατρική, η οποία υπεισέρχεται σε μία δεύτερη βιολογική εποχή. Πρόκειται για τη λεγόμενη ψυχοφαρμακολογία, που ισοδυναμεί με μία πραγματική «επανάσταση», επιτρέποντας τη μαζική έξοδο των ασθενών από τα ιδρύματα. Μολονότι οι ρίζες αυτού του κλάδου βρίσκονται στην αρχαιότητα, το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο²⁷, η χλωροπρομαζίνη, ανακαλύπτεται το 1952 από τους Deniker, Leborit και Delay (Μάνος,1997:29).

«Πρόδρομος» αυτής της τεχνικής, θεωρούνται οι μελέτες του E. Kraepelin τέλη του 19^{ου} αιώνα, ο οποίος εξέτασε το αντίκτυπο αυτών των ουσιών, όπως και του αιθέρα, της καφεΐνης, του οινοπνεύματος και της ένυδρης χλωράλης, σε διάφορες ψυχικές λειτουργίες. Υπήρξαν ερευνητές, οι οποίοι έγιναν οι ίδιοι «πειραματικά υποκείμενα», προκειμένου να διερευνήσουν τις επιδράσεις τους στον ανθρώπινο ψυχισμό. Είναι άλλωστε ενδεικτική η περίπτωση του Freud, ο οποίος προχώρησε στη συστηματική

²⁶ Τα βαρβιτουρικά είναι φάρμακα που καταστέλλουν το νευρικό σύστημα. Χρησιμοποιούνται για την πρόκληση ύπνου ή αναισθησίας. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση τους, διότι σε μεγάλες ποσότητες, καθώς και η χρόνια χρήση τους, είναι δυνατό να οδηγήσει σε εθισμό, ακόμα και στο θάνατο.

²⁷ Ο όρος «νευροληπτικά» προτάθηκε το 1955 από τους Delay και Deniker, ώστε να προσδιορίσει την κατηγορία αυτών των φαρμάκων, με τους Αμερικάνους να επιλέγουν τον όρο «αντιψυχωτικά» (Λέκκα,2012:143).

παρατήρηση των συμπεριφορικών επιδράσεων της κοκαΐνης. Ο H. Eysenck χορηγώντας διεγερτικές και κατασταλτικές ουσίες, κατάφερε να μεταβάλλει τη συμπεριφορά υγιών υποκειμένων, αναπτύσσοντας με αυτό τον τρόπο τη θεωρία του για την προσωπικότητα (Παναγής,2002:399).

Ακολούθησε η παραγωγή νέων αντιψυχωτικών φαρμάκων, καθώς και η παραγωγή των πρώτων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Αφορμή στάθηκε η ανακάλυψη της ιμπρονιαζίδης, μίας χημικής ουσίας που επέφερε ευφορία στους ασθενείς. Λίγα χρόνια αργότερα, εμφανίζεται το γνωστό Prozac, με τη χρήση του να εγκρίνεται και για παιδιά από την αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων. Σχεδόν την ίδια περίοδο εμφανίζεται το Valium, όπως και άλλα ηρεμιστικά ή αγχολυτικά φάρμακα (Λέκκα,2012:142-145).

Σήμερα, η χρήση τους έχει αυξηθεί αισθητά στον ανεπτυγμένο δυτικό κόσμο, με φαινόμενα εθισμού να παρατηρούνται σε πολλούς ανθρώπους. Ένα φαινόμενο που συνδέεται με τη γενικότερη αύξηση των περιστατικών αγχωδών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών, το οποίο θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο πλαίσιο των συνθηκών και των ρυθμών της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά η ελληνική κοινωνία, όπου μελέτες μαρτυρούν τη ραγδαία άνοδο χρήσης τους στα χρόνια της οικονομικής ύφεσης, η οποία συνεχίστηκε και στα χρόνια της πανδημίας, προκειμένου να διαχειριστούν οι πολίτες τα συναισθήματα της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας που βίωναν.

Κατά τη δεκαετία του 1930, εμφανίζεται το ηλεκτροσόκ ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) από τους Cerletti και Bini, η οποία εφαρμόζεται σε ομάδες σχιζοφρενών. Μολονότι η αποτελεσματικότητα αυτής της τεχνικής τονίζεται και επιβεβαιώνεται από μία πληθώρα ερευνών, δεν παύει εντούτοις να αποτελεί μία βάρβαρη και απάνθρωπη διαδικασία. Ένα γεγονός, που επιβεβαιώνεται από τις μαρτυρίες των ίδιων των ασθενών. Παρόλα αυτά, το 2001 η τεχνική αυτή αναγνωρίζεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία σαν μία από τις βασικές θεραπείες και συνεχίζει να εφαρμόζεται σε σοβαρά καταθλιπτικούς ασθενείς, όταν άλλες θεραπείες αποτυγχάνουν. Η γραπτή συναίνεση του ασθενούς συνιστά βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της, ενώ σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί, θα πρέπει να υπογράψει ο ασκόν τη δικαστική του επιμέλεια (Πολυζόπουλος,2013).

Τέλη της δεκαετίας του 1880 αρχίζει να εφαρμόζεται η ψυχοχειρουργική, η οποία εξελίσσεται έπειτα από πενήντα χρόνια περίπου, από τον E. Moniz. Οι υποστηρικτές αυτής της μεθόδου πίστευαν ότι οι ψυχικές διαταραχές τοποθετούνται σε συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου. Με αυτή την έννοια, οι διαταραχές μπορούσαν να γίνουν διαχειρίσιμες ή έστω να μετριαστούν τα συμπτώματα. Στη συνέχεια, ο Moniz ανέπτυξε τη λοβοτομή ή λευκοτομή²⁸, η οποία διακρινόταν σε δύο είδη. Η «προμετωπιαία λευκοτομή» που γινόταν με τρυπανισμό και η «διακογχική λοβοτομή» μέσω της κογχικής κοιλότητας. Η θεραπεία αυτή γρήγορα υιοθετήθηκε σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, έχοντας καταστροφικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Χιλιάδες άτομα πέθαναν ή έχασαν κάθε επαφή με την πραγματικότητα, με την πιο γνωστή περίπτωση ασθενούς να είναι εκείνη της Ρόσμари Κένεντι, η οποία έπειτα από τη λοβοτομή που υπέστη, παρέμεινε ανίκανη για το υπόλοιπο της ζωής της (Λέκκα,2012:139-141).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αλλαγών του ψυχιατρικού μοντέλου και υπό τις ελπίδες που επέφερε η ψυχοφαρμακολογική επανάσταση, διαμορφώνεται η «θεσμική» η «ιδρυματική» ψυχοθεραπεία. Παράλληλα, πραγματοποιούνται οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες αναδιαμόρφωσης του ιδρυματικού χώρου και της υιοθέτησης μίας πιο ενεργούς στάσης στους ασθενείς. Ο F. Tosquelles ήταν εκείνος που συνέβαλε στη μεταβολή πάγιων στάσεων και αντιλήψεων, δημιουργώντας νέες σχέσεις ανάμεσα σε ειδικούς και ασθενείς. Την ίδια περίοδο, το ενδιαφέρον των μελετητών στρέφεται στους κοινωνικούς παράγοντες και στο πως αυτοί σχετίζονται με την εμφάνιση και την κλιμάκωση των ψυχικών διαταραχών, θέτοντας τις βάσεις για το «ψυχοκοινωνικό μοντέλο» (Μπαϊρακτάρης,2007:37-39).

Το μοντέλο αυτό δεν επέφερε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, το οποίο είχε ως συνέπεια να αντικαθίσταται σταδιακά από την «ψυχολογία του τομέα». Κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, η έννοια της ψυχικής υγείας και η εικόνα της ψυχιατρικής περιθαλψης αλλάζουν. Η Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική μεταφέρει τη φύλαξη του ψυχικά ασθενούς από τα ψυχιατρικά ιδρύματα στην κοινότητα. Διαμορφώνονται νέοι χώροι και υπηρεσίες στις τοπικές κλινικές, στα κέντρα ψυχικής υγείας, στα τμήματα των εκάστοτε νοσοκομείων, στις υπηρεσίες αποκατάστασης,

²⁸ Η λοβοτομή ήταν μία χειρουργική διαδικασία, κατά την οποία καταστρέφονταν τμήματα του μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου. Εφαρμόστηκε σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, προκειμένου να εξαλείψει τα συμπτώματά τους. Η «ανακάλυψη» της πρόσφερε το Νόμπελ Ιατρικής το 1949 στον Moniz.

ενώ αρχίζουν να εμφανίζονται ανοικτές δομές και «προστατευμένα διαμερίσματα». Ένα νέο μοντέλο, που ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή των ασθενών και όχι την ιδρυματοποίησή τους (Μάνος,1997:29).

Οι θεραπευτικές κοινότητες, όπως ονομάστηκε η πρακτική αυτή συνδέονται με τον M. Jones, ο οποίος την εφάρμοσε σε πρώην στρατιώτες που έπασχαν από χρόνιες νευρώσεις και χαρακτηριολογικές μεταβολές. Η μέθοδος αυτή προσανατολιζόμενη στην κοινότητα, είχε διττό στόχο. Πρώτον, εξυπηρετούσε την ανάγκη επανακοινωνικοποίησης των ασθενών και δεύτερον, την εγκαθίδρυση της κοινωνικής συμμετοχής. Βασικές αρχές αυτού του προτύπου είναι οι ακόλουθες (Μπαϊρακτάρης, 2007:40-41):

- Δημοκρατικοποίηση.
- Μέγιστη ανεκτικότητα.
- Κοινές προθέσεις και στόχοι.
- Αντιμετώπιση της πραγματικότητας.

Η αποτελεσματικότητά αυτής της πρακτικής προϋποθέτει την εκτενή εξέταση τόσο των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του ασθενούς, όσο και των σχέσεων του με το οικείο και συγγενικό του περιβάλλον, αλλά και με τους άλλους ασθενείς. Είναι επίσης σημαντική, η θεσμοθέτηση τακτικών και ημερήσιων συναντήσεων και συγκεντρώσεων για την οργάνωση δραστηριοτήτων, στόχων καθώς και η συζήτηση καθημερινών προβλημάτων για την αποφόρτιση και τη διαχείριση των συναισθημάτων (Λέκκα,2012:146-147). Πρόκειται ουσιαστικά για μία προσπάθεια αποασυλοποίησης, αποτέλεσμα του αντιψυχιατρικού κινήματος που εμφανίζεται αρχές της δεκαετίας του 1960. Ένα κίνημα που αμφισβήτησε έντονα την ψυχιατρική επιστήμη, ακόμα και την ίδια την έννοια της ψυχικής νόσου. Οι θεραπευτικές κοινότητες αναπτύχθηκαν ραγδαία τη δεκαετία του 1960, αλλά γρήγορα παράκμασαν κυρίως λόγω της οργανωτικής τους δομής, μιας και απέτυχαν να μεταβάλλουν τις υπάρχουσες δομές και τις ιδρυματικές σχέσεις. Παρόλα αυτά, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τη συμβολή τους στην απόρριψη του ασυλιακού συστήματος και στην ανάγκη υιοθέτησης νέων μεθόδων θεραπείας και αποκατάστασης (Pilgrim, Rogers,2004:272-274).

Ο Goffman (1994), υπήρξε ένας από τους κύριους εκφραστές αυτού του κινήματος, με την κριτική του να περικλείεται στο έργο του, *Άσυλα* (1961). Με σκοπό να περιγράψει τις συνθήκες διαβίωσης εντός των ιδρυμάτων δανείζεται τον όρο «λαθροβίωση», προσδιορίζοντας όλα εκείνα τα μέσα που «επινοούν» και χρησιμοποιούν, όχι μόνο οι τρόφιμοι, αλλά και το προσωπικό των ιδρυμάτων, για να ανταπεξέλθουν στις συνθήκες εγκλεισμού. Σύμφωνα με τον Goffman (1994:25), οι χώροι αυτοί αποτελούν στην ουσία «ολοκληρωτικά ιδρύματα», μιας και ελέγχουν κάθε πτυχή της προσωπικής ζωής των εγκλειστών, το οποίο εμφανίζεται από τις εξής διαπιστώσεις:

- Δεν υπάρχει αυθορμητισμός. Η καθημερινότητα είναι λεπτομερώς προγραμματισμένη, μέσα από ένα αυστηρά προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα, σχεδιασμένο εκ των άνω, δίχως να λαμβάνονται υπόψιν οι ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των ασθενών.
- Όλες οι δραστηριότητες πραγματοποιούνται σε ένα μέρος και υπό την ίδια αυθεντία, αποκτώντας ένα χαρακτήρα «ρουτίνας» της κάθε κίνησης.
- Τα μέλη του ιδρύματος συμμετέχουν από κοινού στις ίδιες δραστηριότητες, μαζί με άλλους συντρόφους τους.
- Τα πάντα λειτουργούν βάσει ενός ορθολογικού προγράμματος, στο οποίο προβλέπονται όλες οι εξαναγκαστικές δραστηριότητες, έχοντας ως πρόσχημα την επίτευξη των στόχων του ιδρύματος. Δεν υπάρχει ελευθερία κινήσεων.

Το αντιψυχιατρικό κίνημα αμφισβητεί επίσης την έννοια της ψυχικής νόσου, υποστηρίζοντας ότι δεν είναι παρά ένα μέσο κατηγοριοποίησης και περιθωριοποίησης ορισμένων μη αποδεκτών συμπεριφορών. Ο Basaglia ερμηνεύει την κατάσταση αυτή, καθώς και τη γενικότερη κατηγοριοποίηση ανθρώπινων συμπεριφορών ως μία «αποτυχία» του εκάστοτε κοινωνικο-πολιτικού συστήματος να διαχειριστεί τις αντιθέσεις που ενυπάρχουν εντός της κοινωνίας (Μπαϊρακτάρης, 2007:50-51). Ο Cooper διερευνώντας τις επιπτώσεις της διάγνωσης της σχιζοφρένειας στη ζωή ενός ατόμου, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι αποτελεί μία «σημαίνουσα πραγματικότητα». Για τον Laing συνιστά μία κοινωνική πράξη, με έντονο πολιτικό περιεχόμενο, αφού η διάγνωση καθ' εαυτή προδίδει καθορισμένους κοινωνικούς ρόλους στο άτομο, αποκλείοντάς τον από το σύνολο (Λέκκα, 2012:192).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εκφράστηκε με ποικίλους τρόπους και εφαρμόστηκε σταδιακά. Μέχρι τότε, οι συνθήκες εγκλεισμού στις περισσότερες χώρες ήταν απάνθρωπες. Δύο εντούτοις, ήταν τα μοντέλα που εφαρμόστηκαν και ξεχωρίζουν. Το πρώτο, αφορά τις μικρο-κοινωνικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν στην Αγγλία, συντελώντας στη δημιουργία χώρων εκτός ψυχιατρείων και συνθηκών εργασίας για τους ασθενείς. Στην Ιταλία αντίθετα, πραγματοποιείται μία ευρύτερη μακρο-κοινωνική αλλαγή, η οποία ονομάστηκε «δημοκρατική»/ «αντι-ιδρυματική ψυχιατρική». Στόχος αυτού του μοντέλου ήταν η αποϊδρυματοποίηση, με την έννοια της αποκατάστασης όλων εκείνων των δικαιωμάτων που είναι αυτονόητα για όσους βρίσκονται έξω από το ίδρυμα. Έχοντας ως βασική θέση, ότι η νέα ζωή για τους ιδρυματοποιημένους ασθενείς βρίσκεται στο άσυλο, προτείνεται ο σχεδιασμός μίας νέας πολιτικής ψυχικής υγείας όπου θα συμμετέχουν όλοι οι πολίτες, υγιείς και μη, «χτίζοντας» με αυτό τον τρόπο την επιστροφή του ασθενούς στην κοινότητα. Κοινό σημείο των παραπάνω μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών είναι η προώθηση της ενεργούς συμμετοχής των ασθενών, όπως και η ανάγκη δημιουργίας εξωτερικών δομών. Τακτικές που αντικαθιστούν σταδιακά την εισαγωγή σε ένα ασυλιακό περιβάλλον και λαμβάνουν υπόψιν τους την κοινωνική φύση του ανθρώπου. Με αυτή την έννοια, η αποκατάσταση και η αποθεραπεία του ασθενούς δεν μπορεί να πραγματοποιείται εκτός της κοινότητας (Μπαϊρακτάρης,2007:55-68).

Μαζί με το αντιψυχιατρικό κίνημα αναδύονται νέες, εναλλακτικές μορφές θεραπείας, ενώ ήδη από τη δεκαετία του 1950 δημοσιεύεται το DSM-I, η πρώτη συστηματική προσπάθεια περιγραφής και ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (Μάνος,1997:30). Ξεκινά επίσης, μία συστηματική κριτική στις αρχές της ψυχανάλυσης, όπου ανάμεσα στα επιχειρήματα που έχουν διατυπωθεί διακρίνονται τα παρακάτω (Αγγελόπουλος,2009:29-30):

- Δεν μπορεί να επαληθευτεί εμπειρικά το ασυνείδητο.
- Η ανθρώπινη διαγωγή δεν καθοδηγείται από την ερωτική αναζήτηση και την ικανοποίηση, όπως και η άποψη ότι η σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται με την ψυχοπαθολογία.
- Αναδεικνύεται εξίσου η αποτυχία συχνά της ψυχαναλυτικής θεραπευτικής στρατηγικής, εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, όπως είναι η αδυναμία προσδιορισμού των κριτηρίων θεραπείας.

Σήμερα, η ψυχιατρική επιστήμη μοιάζει να υιοθετεί ένα συνδυαστικό μοντέλο διαφόρων απόψεων, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, το οποίο οφείλεται στην πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης, όπως και στην αποδοχή της σημασίας του κοινωνικού περιβάλλοντος στη ζωή του ατόμου. Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί αισθητά οι δομές που συναντώνται σε τοπικό επίπεδο, οι οποίες αντικαθιστούν το ρόλο του ψυχιατρείου. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι μονάδες ψυχιατρικών περιστατικών στα Γενικά Νοσοκομεία, οι ξενώνες, τα διαμερίσματα, η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών, αλλά και η συγκρότηση Κοινωνικών Συνεταιρισμών είναι οι εναλλακτικές δομές που προτείνονται για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που συναντώνται στο σύγχρονο πολιτιστικό περιβάλλον.

3.2. Η ελληνική εμπειρία

Η μελέτη της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα, εξαιτίας ενός συνόλου κοινωνικο-ιστορικών συγκυριών, οι οποίες σημάδεψαν την ελληνική κοινότητα, προκαλώντας σφοδρές αλλαγές σε δομικό επίπεδο. Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι το σύγχρονο ελληνικό κράτος ιδρύεται μόλις το 1830, όταν ο υπόλοιπος ευρωπαϊκός κόσμος βίωνε ήδη τις σφοδρές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές της Βιομηχανικής Επανάστασης.

Αυτό δεν σημαίνει ότι οι απαρχές της ψυχιατρικής επιστήμης δεν συναντώνται στην αρχαία ελληνική σκέψη και ιδίως στο έργο του Ιπποκράτη, ο οποίος είναι εκείνος που ανέπτυξε την πρώτη ιατρική ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας. Στη σκέψη δε των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων, πέρα από τις διάφορες ερμηνευτικές προσεγγίσεις, μπορούμε να βρούμε και διάφορες προτάσεις θεραπευτικών παρεμβάσεων. Στους *Νόμους* του Πλάτωνα, γίνεται αναφορά για τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών σε φυλακή, έπειτα από δικαστική απόφαση με ρητή απαγόρευση των επαφών τους από τα μέλη της κοινότητας για πέντε έτη. Ανάλογα «ψήγματα» ιδρυματικού πλαισίου συναντώνται και στα χρόνια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας, με την εκκλησία να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο και τους κληρικούς να αποκτούν την ιδιότητα του σημερινού ψυχιάτρου. Ο Μ. Βασίλειος ιδρύει το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα, στο οποίο μπορούσαν να νοσηλευτούν οι μανιακοί ασθενείς υπό εξαιρετικές περιπτώσεις και

συγκεκριμένα, όταν αδυνατούσαν να διαχειριστούν τα συμπτώματα οι οικείοι τους²⁹ (Στυλιανίδης και συν.,2007:48-49).

Στα χρόνια που ακολούθησαν, η πορεία της ψυχιατρικής επιστήμης και περίθαλψης στη χώρα, ήταν εφάμιλλη της ανάπτυξης και οργάνωσης του ίδιου του κράτους. Σημειώνονται κάποιες σπασμωδικές κινήσεις, οι οποίες ήταν κυρίως περιοδικές και αναποτελεσματικές, ακριβώς λόγω των γεγονότων σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, τα οποία και δυσχέραιναν τη συγκρότηση και την εφαρμογή μίας επίσημης, υπεύθυνης κρατικής πολιτικής. Υπήρχαν βέβαια κάποιες εμβρυακές μορφές περίθαλψης, ακόμα και κατά τη διάρκεια της Επανάστασης του 1821, οι οποίες φιλοδοξούσαν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες. Σε καμία περίπτωση όμως, δεν μπορούν να συγκριθούν με τις ανάλογες δομές ή πρωτοβουλίες που συναντώνται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Λέκκα,2012:165).

Στην πραγματικότητα, η ιστορία της ψυχιατρικής επιστήμης στην ελληνική κοινωνία φαίνεται να διέρχεται μέσα από διάφορα στάδια με σημείο εκκίνησης τη συγκρότηση του σύγχρονου ελληνικού κράτους το 1830. Μία πορεία η οποία είναι εφάμιλλη των πολιτικών εξελίξεων στη χώρα, η οποία παρουσιάζει ένα σημαντικό «χάσμα» σε σχέση με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη. Σύμφωνα με τον Μπιλιανάκη (2004:17), τα στάδια αυτά είναι τα εξής:

- Η πρώτη ή ιστορική περίοδος, η οποία αρχίζει από την ίδρυση του ελληνικού κράτους μέχρι το 1914.
- Η δεύτερη ή παραδοσιακή διαρκεί έως το 1983 και χαρακτηρίζεται από την ενεργό παρέμβαση του κράτους στον υγειονομικό χώρο.
- Η τρίτη και τελευταία, συγκεντρώνει ένα σύνολο σημαντικών μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών στην ψυχιατρική περίθαλψη. Είναι η εποχή στην οποία συγκροτείται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και χαρακτηρίζεται ως μεταρρυθμιστική περίοδος.

²⁹ Κατά τη Βυζαντινή περίοδο εισάγονται τα πρώτα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχικής ασθένειας, με την αντιμετώπισή της να γίνεται ολιστικά. Αντίστοιχα, η περίθαλψη των ασθενών πραγματοποιείτο σε διάφορα ιδρύματα και ξενώνες και όχι σε νοσοκομεία. Την ίδια εποχή, θεσπίζονται νομοθετικές διατάξεις για την προστασία του ψυχικά ασθενούς, καθώς και ο προγαμιαίος έλεγχος του ζευγαριού για ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών, ο θεσμός του επιτρόπου και των περιοδευόντων ιατρών. Πρωτοβουλίες εξαιρετικής σημασίας στη διαχείριση της ψυχικής ασθένειας και γενικότερα του συστήματος υγείας (Στυλιανίδης και συν.,2007:49).

Άλλοι ιστορικοί διαφωνούν με την παραπάνω κατηγοριοποίηση, θεωρώντας ότι η πρώτη περίοδος της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα έχει ως αφετηρία την ίδρυση του ψυχιατρείου της Κέρκυρας το 1838, σχεδόν έναν αιώνα αργότερα από τη θέσπιση της ιδρυματικής ψυχιατρικής στην Ευρώπη. Στα τέσσερα πρώτα έτη λειτουργίας του, νοσηλεύτηκαν εξήντα ασθενείς, προβλέποντας κάποιο κόστος εγκλεισμού μόνο για τους εύπορους ασθενείς. Μέχρι τότε, οι ασθενείς σε όλη τη χώρα κρατούνταν σε φυλακές μαζί με κακοποιούς, δίχως να λαμβάνονται άλλα μέτρα ή να διαχωρίζονται. Στη συνέχεια, κατασκευάζεται το άσυλο στην Κεφαλονιά το 1840 από Άγγλους και ένα μικρό άσυλο στη Μαγνησία το 1885 (Λέκκα,2012: 169,Μπιλανάκης,2004:27).

Ήδη από την εποχή της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας διαπιστώνονται κάποιες μορφές περίθαλψης στην ελληνική επικράτεια. Τα περισσότερα ιδρύματα συγκεντρώνονται στην πόλη της Κωνσταντινούπολης, ανάμεσα στα οποία είναι το νοσοκομείο του Τζαμιού του Σουλεϊμάν (1527) και το Γραικό νοσοκομείο με τμήμα φρενοκομείου το 1748 (Στυλιανίδης και συν.,2007:50).

Στην υπόλοιπη επικράτεια, εκτός από τους περιπλανώμενους, τα μοναστήρια και οι εκκλησίες ήταν οι κύριοι χώροι θεραπείας, εξαιτίας της θεοκρατικής αντίληψης που κυριαρχούσε. Μία αντίληψη που είχε αντίκτυπο όχι μόνο στον τρόπο διαχείρισης αυτών των ασθενών, αλλά και στις θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονταν. Το μοναστήρι του Αγίου Γεράσιμου στην Κεφαλονιά και η Μονή Δαφνίου αποτελούσαν τα πιο γνωστά μοναστήρια της εποχής³⁰. Η ψυχική ασθένεια παρομοιαζόταν με μία θεϊκή τιμωρία που απαιτούσε την ανάλογη θεραπεία, η οποία συχνά ήταν ακραία και απάνθρωπη. Τις περισσότερες φορές, η κύρια θεραπεία που εφαρμόζόταν, ήταν η διαμονή του ασθενούς σε ειδικούς ξενώνες ή στην εκκλησία. Ο ασθενής απομονωνόταν από την οικογένειά του, με τη θεραπεία του να στηρίζεται στην εξαντλητική νηστεία, στις προσευχές, στη συμμετοχή στις λειτουργίες, ακόμα και σε εξορκισμούς. Άλλη μία τεχνική ήταν ο περιορισμός του μέσω της χρήσης του ζουρλομανδύα. Ο χρόνος νοσηλείας ήταν συνήθως σαράντα ημέρες, με τη νηστεία να περιλαμβάνει ρύζι νερόβραστο, ελιές και λίγο ψωμί (Μπιλανάκης,2004:20-23).

³⁰ Ο εγκλεισμός στα εκκλησιαστικά ιδρύματα ήταν η μοναδική λύση που προσφερόταν στην ελληνική επικράτεια μέχρι τα τέλη περίπου, του 19^{ου} αιώνα. Σε αυτά μπορούσαν να φιλοξενοούνται φρενοβλαβείς τη φροντίδα των οποίων δεν μπορούσε να αναλάβει η οικογένειά τους. Το κράτος στήριζε οικονομικά τα ιδρύματα αυτά, με το ύψος της χρηματοδότησης το 1862 να ανέρχεται στις 320 δραχμές, για τη συντήρηση είκοσι ένα (21) ψυχοπαθών που φιλοξενοούνταν σε διάφορα μοναστήρια, όταν ο συνολικός τους αριθμός το 1860 δεν ξεπερνούσε τους 420 (Μπιλανάκης,2004:22).

Στις 19 Μαΐου 1862 ψηφίζεται ο Νόμος ΨΜΒ' «περί Συστάσεως Φρενοκομείων». Ένας νόμος που ουσιαστικά υιοθέτησε το γαλλικό νόμο του 1838 και ο οποίος παρείχε το νομικό πλαίσιο για την εισαγωγή του ασθενούς στο ίδρυμα. Στον ίδιο νόμο προβλεπόταν η θέσπιση και η λειτουργία ενός ψυχιατρείου στην Αίγινα, το οποίο τελικά δεν τέθηκε ποτέ σε λειτουργία. Επιπλέον, στο άρθρο 1 δινόταν η δυνατότητα στην κυβέρνηση να ιδρύει και να συντηρεί, σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες, ένα ή και περισσότερα φρενοκομεία, τα οποία ορίζονταν σαν μέρη θεραπείας, ενώ τυχόν παράβαση του νόμου επέσυρε ποινές³¹ (Μυλωνόπουλος,2014: 679).

Το 1864 η Ελλάδα αποκτά το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο, έπειτα από την προσάρτηση των Ιονίων νήσων. Το Φρενοκομείο της Κέρκυρας αποτελούσε το πρώτο αμιγές ψυχιατρικό νοσοκομείο των Βαλκανίων, στηριζόμενο στο δυτικοευρωπαϊκό πρότυπο. Ένα ίδρυμα που ανέλαβε να καλύψει τις ανάγκες της ελληνικής επικράτειας, με τις συνθήκες διαβίωσης των τροφίμων να είναι τουλάχιστον αποκαρδιωτικές (Στυλιανίδης και συν.,2007:50).

Την 1^η Οκτωβρίου 1887 ιδρύθηκε το Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο, έχοντας αρχικά τη μορφή Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου, ώστε να μετατραπεί στη συνέχεια σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου για να ενταχθεί στο Ε.Σ.Υ. Κατά τα πρώτα έτη λειτουργίας του, δημιουργήθηκαν τέσσερα νοσηλευτικά τμήματα, χωρητικότητας εκατόν δέκα (110) κλινών, παρέχοντας τη δυνατότητα νοσηλείας και σε άπορους ασθενείς, με τα τμήματα να χωρίζονται μεταξύ τους. Τα νοσήλια διακρίνονταν σε τρεις τάξεις, όπου στην πρώτη τάξη το κόστος ανερχόταν στις 350 δραχμές το μήνα, στη δεύτερη 200 δραχμές το μήνα και στην τρίτη, στην οποία τοποθετούνταν και οι άποροι, τα νοσήλια για όσους κάλυπταν μόνοι την περίθαλψή τους ήταν στις 100 δραχμές και στις 60 δραχμές περίπου, το μήνα, για τους άπορους. Το ποσό για τους άπορους καλύπτονταν από τη δωρεά του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαϊτη. Για δεκαετίες, αποτελούσε μία από τις ελάχιστες κρατικές υποδομές στη χώρα, το οποίο ήταν στελεχωμένο από εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, παρέχοντας διάφορες

³¹ Ο νόμος αυτός απαγόρευε την τοποθέτηση των ψυχικά ασθενών σε νοσοκομεία που λειτουργούσαν για άλλες νόσους, προβλέποντας κυρώσεις για όσους από το ιατρικό προσωπικό τον παρέβαιναν. Οι ποινές κυμαίνονταν από 5 ημέρες μέχρι ένα έτος φυλάκισης και συνοδεύονταν από την καταβολή προστίμου από 50 έως 200 δραχμές. Στον ίδιο νόμο απαγορευόταν η τοποθέτηση των ασθενών σε φυλακές ή η μετακίνησή τους με υπόδικους και εγκληματίες, παρέχοντας τη δυνατότητα της ακούσιας νοσηλείας αυτεπάγγελτα, από δημόσιες αρχές ή ύστερα από αίτηση των συγγενών ή του επιτρόπου του ασθενούς (Μυλωνόπουλος,2014:679-680).

μορφές θεραπείας, όπως η εργασιοθεραπεία. Αρχές του 20^{ου} αιώνα ωστόσο, η δημόσια εικόνα του ιδρύματος άρχισε σταδιακά να μεταβάλλεται, εξαιτίας της σταδιακής οικονομικής του κατάρρευσης. Οι ασθενείς επιβίωναν υπό άθλιες και εξευτελιστικές συνθήκες, απομονωμένοι από το οικείο περιβάλλον τους (Λέκκα, 2012:170-172,Μπιλανάκης,2004:28-29).

Το 1905 ιδρύεται το Αιγινήτειο Νοσοκομείο³², η πρώτη πανεπιστημιακή νευρολογική και ψυχιατρική κλινική, όπου δίχως να εντάσσεται στο νόμο ΨΜΒ' κάλυπτε ένα εύρος νοσημάτων. Η αρχική του χωρητικότητα έφθανε τις είκοσι τέσσερις (24) κλίνες, όπου σταδιακά αυξανόταν, φθάνοντας τις εκατόν δώδεκα (112) το 1938. Τα νοσήλια των ασθενών διαμορφώνονταν ανάλογα με την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση. Τα ασθενέστερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα τοποθετούνταν στην τρίτη τάξη, στην οποία τα νοσήλια ήταν στις 120 δραχμές το μήνα. Για πολλούς μελετητές, το νοσοκομείο αυτό αποτέλεσε «σταθμό» στην ιστορία της ελληνικής ψυχιατρικής επιστήμης, διότι δεν παρουσίαζε γραφειοκρατικά κωλύματα, με τις συνθήκες εντός του να είναι αρκετά ικανοποιητικές. Την ίδια περίοδο, τα υπόλοιπα ψυχιατρεία της εποχής έμοιαζαν με ευρωπαϊκά άσυλα περασμένου αιώνα, τα οποία χαρακτηρίζονταν από άθλιες συνθήκες διαβίωσης, υποστελεχωμένα, έχοντας ελάχιστους γιατρούς και αρκετούς φύλακες. Μία εικόνα που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικούς χώρους, αλλά σε χώρους φύλαξης, φυλακές, «ανθρώπων ψυχών» (Λέκκα,2012:172-173,Στυλιανίδης και συν.,2007: 50).

Στις επόμενες δεκαετίες, η χώρα βιώνει το δικό της «Μεγάλο Εγκλεισμό». Ο αριθμός των ψυχιατρικών ιδρυμάτων πολλαπλασιάζεται, συνοδευόμενος από ανάλογη αύξηση των εγκλείστων σε αυτά. Το 1887 ιδρύεται το ιδιωτικό φρενοκομείο στο Δαφνί και το 1886 το κοινοτικό άσυλο Σκυλίτσειου της Χίου το 1886. Παράλληλα, στη Θεσσαλονίκη δημιουργούνται οκτώ νέα, μικρά άσυλα, το 1908 το Άσυλο Φρενοπαθών Κυκλάδων και το 1910 το Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας. Εμφανίζονται επίσης, οι πρώτες ιδιωτικές κλινικές με την περιοχή της Αθήνας να «φιλοξενεί» μέχρι το 1911 πέντε ιδιωτικές κλινικές, η λειτουργία των οποίων δεν

³² Η συμβολή του Μ. Κατσαρά στην ίδρυση του νοσοκομείου ήταν καθοριστική. Ο Κατσαράς, εκτός από το ότι υπήρξε ο πρώτος τακτικός καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για τις ψυχικές νόσους, ήταν και μαθητής του Charcot. Η επίδρασή του από τον Charcot εμφανίζεται από τον προσανατολισμό του σε μία οργανικο-βιολογική αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας (Μπιλανάκης, 2004:30).

ρυθμιζόταν από κάποιο νομοθετικό κείμενο μέχρι το 1923 (Μπιλανάκης,2004:29-31,Μυλωνόπουλος, 2014:680).

Μία νέα εποχή για την ελληνική ψυχιατρική σηματοδοτεί το έτος 1914, που χαρακτηρίζεται από την ενεργητικότερη παρέμβαση του ελληνικού κράτους στον υγειονομικό χώρο. Με τον Ν. 346/1914 «περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας» προβλέπεται η ενοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών και η οργάνωση κεντρικής και περιφερειακής υπηρεσίας, περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο τα βασικά προβλήματα στην επικοινωνία και στη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών. Στο χώρο δε της ψυχιατρικής εξίσου καθοριστικός είναι και ο Ν. 6077/1934, «περί οργάνωσης δημόσιων ψυχιατρείων», κατά τον οποίο η θεραπεία των νοσηλεύμενων θα περιελάμβανε και τη βιοτεχνική και γεωργική εργασία, προσαρμοσμένη στις ικανότητες του ασθενούς. Συνέπεια αυτής της ρύθμισης ήταν η δημιουργία των πρώτων αγροτικών αποικιών ψυχοπαθών (Μπιλανάκης,2004:29-31,Μυλωνόπουλος, 2014:680).

Την ίδια περίοδο, η Πολιτεία καλούταν να διαχειριστεί το ζήτημα της στέγασης των απόρων φρενοβλαβών στην Αθήνα. Μία πρόσκαιρη λύση δόθηκε το 1915, με τη δημιουργία μίας εστίας εγκλεισμού στα υπόγεια του Αστυνομικού Τμήματος Μεταγωγών Αθηνών, στην περιοχή της Πλάκας. Η λειτουργία αυτού του χώρου ήταν προσωρινή, με αποτέλεσμα έπειτα από τέσσερα χρόνια να καταργείται και οι τρόφιμοι να μεταφέρονται στο Άσυλο της Αγίας Ελεούσας, στο οποίο οι συνθήκες λειτουργίας και οργάνωσης ήταν πρωτόγονες. Η οριστική λύση δόθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1930, χάρη στο Δημόσιο Ψυχιατρείο, το γνωστό Δαφνί, στο οποίο ήδη από το πρώτο έτος λειτουργίας του οι ασθενείς αριθμούσαν τους 1.103. Ο αριθμός τους μάλιστα σχεδόν διπλασιάζεται το 1938, υπερβαίνοντας κατά πολύ τη χωρητικότητά του. Το γεγονός αυτό είχε σοβαρές επιπτώσεις στις συνθήκες διαβίωσης αυτών των ατόμων. Η πλειοψηφία των ασθενών στοιβάζονταν ανά τριάντα σε μικρά δωμάτια—μόνο εξακόσιοι είχαν κρεβάτια- με τα ποσοστά ίασης να βρίσκονται σε εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά. Κατά τη διάρκεια της κατοχής, οι συνθήκες εγκλεισμού χειροτερεύουν περαιτέρω, με αποτέλεσμα να καταγράφονται υψηλά ποσοστά θνησιμότητας των τροφίμων, λόγω ασιτίας (Στυλιανίδης και συν.,2007:50, Λέκκα,2012:174-175).

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η εικόνα των δημόσιων ψυχιατρείων ήταν αποκαρδιωτική. Ο συνωστισμός των ασθενών και η αριθμητική ανεπάρκεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της περιόδου. Στοιχεία που συμβάλλουν στην αρνητική εικόνα των ιδρυμάτων αυτών, όπως και της γενικότερης κατάστασης της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα. Η αδυναμία του κρατικού συστήματος να ανταπεξέλθει, συντέλεσε στην ανάπτυξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, της ιδρυματικής και της εξω-ιδρυματικής περίθαλψης. Το 1957 με Βασιλικά Διατάγματα ιδρύεται στη Λέρο η «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου», με χωρητικότητα εξακοσίων πενήντα (650) κλινών. Η επιλογή των ασθενών βασιζόταν σε δύο κριτήρια: (α) να πάσχουν από κάποια σοβαρή και χρόνια νόσο και (β) να μην έχουν δεχθεί επισκέψεις στο ίδρυμα που νοσηλεύονταν, για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Ο αριθμός των νοσηλευόμενων αυξανόταν σταδιακά, φτάνοντας τους 2.000 το 1980³³, όταν ο αριθμός του προσωπικού ήταν 1.000 άτομα, εκ των οποίων μόνο δύο ήταν ψυχίατροι. Οι συνθήκες εγκλεισμού ήταν άθλιες. Το προσωπικό αδυνατούσε να ανταποκριθεί στις ανάγκες των τροφίμων, εξαιτίας όχι μόνο της αριθμητικής του ανεπάρκειας, αλλά και της μη ειδικεύσής του. Είναι ενδεικτικό ότι η πλειοψηφία του προσωπικού ήταν απλοί κάτοικοι του νησιού, δίχως να διαθέτουν την κατάλληλη εκπαίδευση. Το 1965 μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου», ενώ το 1967 ενσωματώθηκε και το πρώην Ιταλικό Γενικό Νοσοκομείο, αυξάνοντας τη δυναμική του κατά πενήντα (50) κλίνες. Εντός του ψυχιατρείου λειτουργούσε και ένα παράρτημα του ΠΚΠΑ, όπου νοσηλεύονταν περίπου, εκατόν πενήντα παιδιά με βαριές νοητικές και σωματικές αναπηρίες. Παρά τις προσπάθειες εκσυγχρονισμού, η κατάσταση στη Λέρο έμοιαζε στάσιμη. Η εικόνα των εγκλειστών ήταν αποκαρδιωτική, με τη δομή να θυμίζει παλαιότερους αιώνες και περισσότερο «αποθετήριο ψυχών», παρά θεραπευτική μονάδα. Μία κατάσταση που δυσχεραίνεται περαιτέρω στα χρόνια της επταετούς Δικτατορίας, όπου η Λέρος χρησιμοποιήθηκε σαν ένα μέρος εξορίας (Μπιλανάκης,2004:34-35,Λέκκα,2012:175-176).

Η κοινή γνώμη έμοιαζε να είναι αποστασιοποιημένη, σχεδόν αδιάφορη για τις συνθήκες εγκλεισμού αυτών των ατόμων. Μία συμπεριφορά που θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο πλαίσιο της μη ενημέρωσης αλλά και των αντιλήψεων που αναπαράγονταν στην κοινωνία αναφορικά με την «τρέλα» και τον τρόπο διαχείρισής

³³ Η έντονη κριτική που δέχθηκε το ίδρυμα, είχε ως αποτέλεσμα τη σταδιακή μείωση των ασθενών σε αυτό, από 1.150 το 1988, σε 991 το 1991, με τον αριθμό να ακολουθεί μειωτικές τάσεις (Στυλιανίδης και συν.,2007:51).

της. Αρχές της δεκαετίας του 1980 ωστόσο, η κοινή γνώμη έρχεται αντιμέτωπη με τις πραγματικές συνθήκες εγκλεισμού αυτών των ατόμων, έπειτα από τη δημοσιοποίησή τους. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε σφοδρές αντιδράσεις και δυσαρέσκεια, καθώς και στη δημόσια καταδίκη του ασύλου της Λέρου. Απαγορεύονται οι νέες εισαγωγές εντός του, ενώ το θέμα λαμβάνει διεθνείς διαστάσεις έπειτα από άρθρο της εφημερίδας Observer το 1989. Η έκταση των αντιδράσεων είναι έκδηλη στα πρακτικά του «Παγκόσμιου Ψυχιατρικού Συνεδρίου», που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα τον Οκτώβριο του ίδιου έτους. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τον κανονισμό 815/84 της Ε.Ο.Κ., προσέφεραν το απαραίτητο οργανωτικό και θεσμικό πλαίσιο για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις, εξασφαλίζοντας και την απαραίτητη οικονομική υποστήριξη ύψους 120 εκ. ECU από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η Λέρος μετατρέπεται σε ένα σύμβολο αποασυλοποίησης της ελληνικής ψυχιατρικής (Λέκκα,2012:176).

Άλλα ιδρύματα που συστήνονται και λειτουργούν στην ελληνική επικράτεια είναι το Δημόσιο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης το 1958 και το Ψυχιατρείο Καλαμάτας το 1961, έπειτα από πρωτοβουλία της ελληνικής εκκλησίας και κρατική ενίσχυση. Το 1964 ιδρύεται το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα, ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου σηματοδοτώντας μία νέα προσπάθεια αποασυλοποίησης στη χώρα. Το 1967 ιδρύεται το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Τρίπολης, με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες της νότιας περιφέρειας της χώρας. Αξίζει βέβαια να επισημανθεί, ότι οι πρώτοι του τρόφιμοι προήλθαν από το Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου. Αντίστοιχα ασυλιακά ιδρύματα εμφανίσθηκαν και σε άλλες περιοχές της χώρας, αποσκοπώντας κυρίως στη διαχείριση του ζητήματος της υπερπλήρωσης των ψυχιατρείων. Άλλο ένα βασικό χαρακτηριστικό αυτών των δομών είναι ότι αντηχούσαν περισσότερο τις προσπάθειες ιδιωτών και λιγότερο το αποτέλεσμα μίας γενικότερης εθνικής πολιτικής ψυχικής υγείας. Είναι άλλωστε χαρακτηριστικό ότι το ύψος της κρατικής δαπάνης για την ψυχική υγεία τέλη του 1970 ήταν μόλις στο 9,4% (Μπιλανάκης,2004:35-39,Μπαϊρακτάρης,2007:102-103).

Η χαμηλή χρηματοδότηση στο χώρο της ψυχικής υγείας είχε δυσμενείς συνέπειες στην ψυχιατρική περίθαλψη. Τα ιδρύματα αυτά δεν διέθεταν τις απαραίτητες δομές, ούτε το κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό. Σύμφωνα με τον Μπαϊρακτάρη (2007:104) η υλικο-τεχνική υποδομή, όπως και οι συνθήκες διαβίωσης άγγιζαν ακραία όρια υποβάθμισης, με τους εγκλείστους να μοιάζουν εγκαταλελειμμένοι, δίχως θεραπευτικές προοπτικές. Πράγματι, από τους 7.276 νοσηλεύομενους σε οκτώ

δημόσια ψυχιατρεία το 1979, εκ των οποίων οι 4.446 ήταν άνδρες και οι 2.830 γυναίκες, το 75% δεν είχε κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού του, καμία έξοδο από τα ψυχιατρεία. Είναι εξίσου σημαντικό ότι σε σύνολο 6.797 εγκλειστών, το 18,6% παρέμενε μέχρι τρία χρόνια σε ψυχιατρεία, το 24,4% από τρία έως δέκα χρόνια, το 27,2% από δέκα έως είκοσι και το 29,7% πάνω από είκοσι χρόνια. Ποσοστά που υποδεικνύουν την παντελή έλλειψη κρατικής μέριμνας για την κοινωνική τους επανένταξη. Η κατασταλτική ψυχιατρική αντιμετώπιση των ασθενών εμφανίζεται και από τις μεθόδους που εφαρμόζονται, οι οποίες είναι αντίστοιχες των ευρωπαϊκών πρακτικών. Η εργασιοθεραπεία για παράδειγμα, είναι από τις πρώτες μεθόδους που εφαρμόστηκαν ήδη από τη δεκαετία του 1920, όπως και η πυρετοθεραπεία, η ινσουλινοθεραπεία και η σπασμοθεραπεία. Το πρώτο ηλεκτροσόκ έγινε στο Δρομοκαΐτειο την περίοδο 1945-1946, όταν οι προμετωπιαίες λευκοτομές εφαρμόζονταν από αρχές του 1940. Το 1950 δε, η ελληνική ψυχιατρική έρχεται σε επαφή με τον «κόσμο» της ψυχοφαρμακολογίας, ο οποίος και κυριάρχησε στα χρόνια που ακολούθησαν (Λέκκα,2012:177-178).

Οι δυσλειτουργίες του ελληνικού ψυχιατρικού συστήματος, θα μπορούσαν να ερμηνευθούν σε μεγάλο βαθμό στη συσσώρευση ειδικευμένου προσωπικού και ιδρυμάτων στα μεγάλα αστικά κέντρα, δίχως να δίνεται η ανάλογη βαρύτητα στην περιφέρεια της χώρας. Ένα φαινόμενο που συναντάται μέχρι και σήμερα, επηρεάζοντας το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Συχνά, τα ιδρύματα της περιφέρειας μοιάζουν υποστελεχωμένα, με σημαντικές ελλείψεις σε εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και περιορισμένες δυνατότητες, το οποίο έχει επιπτώσεις στην υγεία των κατοίκων.

Καθ' όλη τη δεκαετία του 1970, το 83% των νευρολόγων-ψυχιάτρων εργαζόταν στην Αθήνα σε ποσοστό 65,7% και στη Θεσσαλονίκη το 17,3%, με την αναλογία να ανέρχεται ένας (1) γιατρός ανά τριάντα δύο (32) ασθενείς³⁴. Το 1967, σε σύνολο διακοσίων ογδόντα πέντε (285) νευρολόγων, οι διακόσιοι δέκα πέντε (215) συγκεντρώνονταν στην περιφέρεια Αττικής, οι τριάντα τέσσερις (34) στη Μακεδονία, δέκα (10) στην Κρήτη, δέκα (10) στη Θεσσαλία, οκτώ (8) στην περιφέρεια Αιγαίου, πέντε (5) στην Πελοπόννησο, δύο (2) στα Ιόνια Νησιά και ένας (1) στην Στερεά

³⁴ Η συγκέντρωση αυτή οφείλεται και στην άνιση γεωγραφική κατανομή αυτών των δομών. Το 51% των ιδρυμάτων βρίσκονταν στην Αθήνα και το 12,5% στη Θεσσαλονίκη, τα οποία καλούνταν να εξυπηρετήσουν το πληθυσμό εκτός περιφέρειάς τους, δυσχεραίνοντας με αυτό τον τρόπο τις πιθανότητες κοινωνικής τους επανένταξης (Μπιλανάκης,2004:41).

Ελλάδα και Εύβοια! Αριθμοί που προβληματίζουν, με την εικόνα του συστήματος υγείας να είναι χειρότερη στα επαρχιακά κέντρα. Υπήρχαν μάλιστα ένδεκα νομοί της χώρας, που δεν διέθεταν ψυχιατρική υπηρεσία. Ακόμα και στις περιοχές που διέθεταν εξειδικευμένο προσωπικό, η κατάσταση των ιδρυμάτων παρέμενε αμετάβλητη, εξαιτίας της χαμηλής κατάρτισής τους. Ο χρόνος εξάσκησης στην ψυχιατρική για τους νευρολόγους-ψυχιάτρους ήταν μόλις 12 μήνες, με τον υπόλοιπο χρόνο να αφιερώνεται στην Παθολογία και τη Νευρολογία. Ομοίως, από τους 2.150 νοσηλευτές σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές το 1979, με αναλογία ένας (1) νοσηλευτής ανά 6,15 ασθενείς, μόνο το 9,6% ήταν τριετούς ή τετραετούς φοίτησης (1 νοσηλευτής/ 64 ασθενείς), χωρίς να έχει παρακολουθήσει κανένας μαθήματα εξειδίκευσης στην ψυχιατρική (Μπιλανάκης,2004:39-41).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1950, αρχίζει να είναι έκδηλη η αμφισβήτηση αυτού του μοντέλου. Η ψυχιατρική πολιτική στρέφεται πλέον στην κοινότητα και στην εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, αποζητώντας την αποασυλοποίηση των ασθενών. Το 1956 ιδρύεται η Πανελλήνια Ένωση Υγιεινής και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, με την πρώτη να στοχεύει στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας και το δεύτερο στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Τέλη της δεκαετίας του 1970 ξεκινούν κάποιες προσπάθειες μεταρρύθμισης. Το 1971 ιδρύεται το πρώτο κέντρο ημέρας ΚΨΥ στη Θεσσαλονίκη, το 1977 το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στο Αιγινήτιο, το 1979 το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα και το ΚΚΨΥ της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής Θεσσαλονίκης. Τα υπάρχοντα ιδρύματα αρχίζουν να αναπτύσσουν μία εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία πραγματοποιείται είτε στο σπίτι των ασθενών, είτε σε ειδικές δομές εντός της κοινότητας. Εμφανίζονται οι πρώτες δομές και τα πρώτα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στο ζήτημα της επαγγελματικής εκπαίδευσης και της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Στο Δρομοκαϊτειο, πολλοί ασθενείς ήδη από τη δεκαετία του 1960, έβγαιναν για εξωτερικές δραστηριότητες και κάποιοι άλλοι εργάζονταν εκτός του ιδρύματος. Εκείνη την περίοδο, η Ευρώπη βιώνει τις επιπτώσεις του αντιψυχιατρικού κινήματος, όπως το Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia και Pirella, το οποίο στην Ελλάδα εκφράστηκε με μικρές οργανωμένες ομάδες, προσανατολισμένες στην προαγωγή των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, χωρίς να συμβάλλουν ουσιαστικά

στην εξέλιξη της ελληνικής ψυχιατρικής³⁵ (Λέκκα,2012:178-17,Στυλιανίδης και συν.,2007:51).

Η πραγματική εντούτοις μεταρρυθμιστική περίοδος στην Ελλάδα σηματοδοτείται τη δεκαετία του 1980. Το έναυσμα δίνεται στο Ελληνο-Γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής το 1981, όπου αναδεικνύεται η υποβαθμισμένη κατάσταση της ιδρυματικής ψυχιατρικής στη χώρα. Στην ουσία, πρόκειται για μία έξωθεν επιβαλλόμενη μεταρρύθμιση από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, η οποία προχωρά στην έγκριση ειδικού χρηματοδοτικού κανονισμού· 60 εκ. ECU για την αναδιαμόρφωση των ψυχιατρικών δομών στη χώρα και το σχεδιασμό δράσεων κοινωνικής επανένταξης και εξω-νοσοκομειακών δομών. Οι μεταρρυθμίσεις εισάγονται με τον Ν.1397/1983 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, ο οποίος στο πλαίσιο της αρχής ότι το κράτος οφείλει να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες του κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, αλλάζει ριζικά τις ψυχιατρικές υπηρεσίες της χώρας, ιατρικοποιώντας για πρώτη φορά την ψυχική διαταραχή και δημιουργώντας ένα αποκεντρωμένο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Προέβλεπε επίσης, τη μετατροπή του ψυχιατρικού νοσοκομείου/ασύλου σε ειδικό νοσοκομείο, βελτιώνοντας την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ενώ ιδρύονται ψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία, όπου θα πρόσφεραν βραχύχρονη νοσηλεία, προωθώντας παράλληλα τις συνθήκες αξιοπρεπούς περίθαλψης των ασθενών σε αυτά και εστιάζοντας στην εκπαίδευση του προσωπικού στις σύγχρονες πρακτικές (Μπαϊρακτάρης,2007:105-106,Μπιλανάκης,2004:43-45,Ζήση,2002:16).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές βρήκαν «απροετοίμαστο» το κράτος, το οποίο φάνηκε από τα αποτελέσματα του πενταετούς διάρκειας προγράμματος. Ένα χρόνο πριν τη λήξη του προγράμματος –τέλη του 1988- είχε απορροφηθεί μόλις το 24,5% των ευρωπαϊκών κονδυλίων, με το 54,5% να αφορά την Αθήνα, το 12,9% τη Θεσσαλονίκη και μόνο το 33,6% την υπόλοιπη χώρα. Ανάλογα είναι και τα πορίσματα της ευρωπαϊκής επιτροπής εμπειρογνώμων που συστάθηκε, για να αξιολογήσει το πρόγραμμα. Στην έκθεσή της υπογραμμίζει αποσπασματικές και αναποτελεσματικές αλλαγές στα γενικά νοσοκομεία, την ανεπάρκεια σε διοικητικό επίπεδο, καθώς και την απουσία κατάλληλα καταρτισμένου προσωπικού. Δεν είχε

³⁵ Ανάμεσα στα κινήματα που δημιουργήθηκαν είναι η «Κίνηση για τα δικαιώματα των ψυχασθενών», που ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1979 και προχώρησε στην έκδοση του περιοδικού «Η ελευθερία είναι θεραπευτική» και «Η κίνηση Αποκατάστασης Ψυχοπαθών», που ιδρύθηκε το 1983 (Μπιλανάκης,2004:42-43).

επιτευχθεί η τομεοποίηση του συστήματος, με τα προβλήματα επικοινωνίας και οργάνωσης μεταξύ κέντρου και περιφέρειας να παραμένουν. Η έκθεση κατέληγε ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες και θεραπείες, όπως και το περιβάλλον του άσylum, παρέμεναν σταθερά δίχως να σημειώνονται αλλαγές. Υπό τις παρατηρήσεις αυτές, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποίησε τον κανονισμό με τον 4130/88, παρατείνοντας το χρόνο υλοποίησης μέχρι τις 31.12.1994. Μία απόφαση, η οποία αναστάλθηκε άμεσα, εξαιτίας των αποκαλύψεων του διεθνούς τύπου για κακή διαχείριση των κοινοτικών πόρων, με αφορμή την κατάσταση που κυριαρχούσε στη Λέρο. Η χώρα απειλήθηκε ακόμα και με απαίτηση, επιστροφή κονδυλίων (Μπιλανάκης,2004:46-47).

Για τον Μπαϊρακτάρη (2007:105-107) ο κύριος λόγος αδυναμίας υλοποίησης αυτών των στόχων, ήταν ακριβώς στο ότι συνιστούσε μία «έξωθεν επιβολή». Δεν υπήρχε το απαραίτητο θεωρητικό-επιστημονικό και πρακτικό πλαίσιο, ώστε να υποστηρίξει αυτές τις μεταρρυθμίσεις, οι οποίες επιβραδύνονταν λόγω της διογκωμένης γραφειοκρατίας του ελληνικού δημοσίου. Διαπιστώνεται επίσης αδιαφορία από την πλειοψηφία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η οποία εντείνεται από την έλλειψη συντονισμένης κρατικής πολιτικής και την απουσία παροχής κινήτρων. Μία κατάσταση, που συμπίπτει με τον αυξανόμενο κομματισμό που διαπιστώνεται στη χώρα, ο οποίος μετατρέπεται σε κοινή συνιστώσα των κοινωνικών κινημάτων της δεκαετίας του 1980, καθιστώντας το χώρο της υγείας σε πεδίο πολιτικής αντιπαράθεσης.

Το 1989 ο Ελληνικός Ψυχιατρικός Σύλλογος υπέβαλε μία σειρά συστάσεων στο Υπουργείο Υγείας σχετικά με το άσυλο της Λέρου. Μία κίνηση που συμπίπτει με την άρση των κυρώσεων από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ανάμεσα στα μέτρα που προτάθηκαν ήταν και ο αποϊδρυματισμός ενός αξιοσημείωτου αριθμού ασθενών και η τοποθέτησή τους σε προστατευόμενες κατοικίες στην ηπειρωτική χώρα (Madianos, Christodoulou,2007).

Το απαραίτητο θεσμικό πλαίσιο για την πραγματοποίηση αυτού του εγχειρήματος, δόθηκε μέσα από το Νόμο 2071/1992 περί «Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας». Ένας νόμος που επικεντρωνόταν στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και στην εναρμόνιση του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα. Παρά το γεγονός

ότι η εφαρμογή του ήταν αποσπασματική ή και καθόλου σε διάφορες περιοχές, έθεσε τις βάσεις για μία αποκεντρωμένη και τομεοποιημένη ψυχιατρική περίθαλψη (Στυλιανίδης και συν.,2007:51).

Συνολικά, το διάστημα 1984-1995 αναπτύχθηκαν διακόσιες εξήντα (260) νέες δομές, συμπεριλαμβανομένων δομών αποκατάστασης, ξενώνων και –περιορισμένων-εναλλακτικών υπηρεσιών εργασιακής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης. Συγκεκριμένα, την περίοδο αυτή διαπιστώνεται αύξηση των ψυχιατρικών κλινών στα γενικά νοσοκομεία από τριάντα έξι (36) το 1984 σε τριακόσιες είκοσι επτά (327) το 1996 και του αριθμού των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, από δέκα εννέα (19) το 1990, σε τριάντα τρία (33) το 1996. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι την ίδια περίοδο, μειώθηκε ο μέσος χρόνος παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα από 207 ημέρες το 1983, σε 117 το 1994. Παρατηρείται ωστόσο, αύξηση στις ιδιωτικές κλινικές από 66,1 ημέρες το 1983 σε 97 ημέρες το 1994 (Μπιλανάκης, 2004:47-48, Ζήση, 2002:117, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011a: 76).

Πίνακας 5. Αποτελέσματα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1980-2000 (πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011b:76)

Παροχές Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	1980	2000
Χρόνιοι Ασθενείς στα Δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (διαθέσιμες κλίνες)	5.677	2.922
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (κλίνες)	16	361
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	28
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	8	36
Κέντρα Ημέρας /Εργαστήρια/Συνεταιρισμοί/Ξενώνες/Οικοτροφεία	40	4.317

Στην πραγματικότητα, η Ελλάδα εισέρχεται σε ένα σύγχρονο ψυχιατρικό σύστημα περίθαλψης, βασισμένο στην κοινοτική ψυχιατρική, μόλις το 1999 με το Νόμο 2716. Ένας νόμος που προέβλεπε την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, διαιρώντας τη χώρα σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. Κάθε νομός συνιστά και έναν τομέα, ενώ εξαιρούνται ορισμένες περιοχές με μικρό πληθυσμό που εντάσσονται σε όμορο, πολυπληθέστερο νομό. Οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης

διαίρονται σε επιπλέον του ενός τομέα και σε τομείς εξειδίκευσης για παιδιά και εφήβους.

Κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και των εξω-νοσοκομειακών μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι δομές αυτές θα μπορούσαν να φιλοξενήσουν χρόνιους ασθενείς που ήταν έγκλειστοι στα ψυχιατρικά ιδρύματα, σχεδιάζοντας ταυτοχρόνως δράσεις που θα συνέβαλαν στην ανάπτυξη αλληλεγγύης και στην καταπολέμηση στερεοτύπων και προκαταλήψεων για την ψυχική ασθένεια. Δίνεται εξίσου έμφαση στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που στοχεύουν στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και στην περίθαλψη όχι μόνο των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, αλλά και των ατόμων αυτιστικού τύπου, ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες, καθώς και των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών (Γκιωνάκης, Χονδρός,2005:40-55).

Το Ψυχαργός, όπως ονομάστηκε, είναι ένα δεκαετές πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποασυλοποίηση και το δεύτερο στις δομές της κοινότητας. Η Α' φάση του προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή την περίοδο 2000-2001 και εντάχθηκε στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Βασικός της στόχος ήταν η συνέχιση της διαδικασίας της αποϊδρυματοποίησης των χρόνιων ασθενών, εγκλείστων σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε τριάντα μία (31) διαφορετικές πόλεις της χώρας, με την πλειοψηφία των δομών να αναπτύσσονται εκτός Αττικής και Θεσσαλονίκης. Υπήρξαν βέβαια αντιδράσεις από την τοπική κοινότητα για την ανάπτυξη αυτών των μονάδων, οι οποίες ξεπεράστηκαν έπειτα από την εγκατάσταση των ενοίκων.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα Α' φάσης (1997-2001) Προγράμματος «Ψυχαργός»

(πηγή: Στυλιανίδης και συν.,2007:52)

Ξενώνες	49
Οικοτροφεία	6
Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης Ψυχικά Ασθενών	71
Προκατάρτιση, Κατάρτιση ασθενών που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	973 άτομα
Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε	769 άτομα

εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία)	
Πρόληψη και Εκπαίδευση στελεχών των νέων δομών	630 άτομα
Κατάρτιση ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	910 άτομα

Παρατηρώντας τον ανωτέρω Πίνακα, γίνεται κατανοητό ότι πραγματοποιήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες όσον αφορά τη βελτίωση των δομών, την κατάρτιση και την εκπαίδευση των ψυχικά ασθενών. Παράλληλα δόθηκε βαρύτητα στην κατάλληλη κατάρτιση του προσωπικού υγείας, προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες αυτών των ατόμων.

Η αξιολόγηση ωστόσο του προγράμματος ανέδειξε τις δυσλειτουργίες που εμπόδιζαν την εξέλιξή του, τις οποίες επιχείρησε να καλύψει η Β' φάση του προγράμματος. Κατά τη δεύτερη περίοδο, οι μεταρρυθμίσεις επικεντρώθηκαν στην αυτονόμηση των ενοίκων των ξενώνων της Α' φάσης. Με σκοπό την υλοποίηση αυτού του στόχου, δημιουργήθηκαν προστατευμένα διαμερίσματα, ενώ αναπτύχθηκε ένα ευρύτερο δίκτυο, που θα κάλυπτε τις ανάγκες ψυχικής υγείας του συνόλου του πληθυσμού.

Σε αυτή τη φάση, εκτός από τους κυβερνητικούς φορείς συμμετείχαν και μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), θέτοντας τέσσερις βασικούς άξονες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011a):

- Αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών, περιλαμβάνοντας τη δημιουργία περαιτέρω μονάδων αποασυλοποίησης, καθώς και το σχεδιασμό δράσεων και προγραμμάτων. Τα παραπάνω θα συντελούσαν στην ισότιμη και στην πλήρη εργασιακή και κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Προτεραιότητα δίνεται στην αποκατάσταση χρόνιων ασθενών που βρίσκονταν σε δομές, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών και Λέρου.
- Ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Το μέτρο αφορά στην ανάπτυξη κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, αλλά και στον εκσυγχρονισμό των υπαρχουσών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι δομές αυτές αποσκοπούσαν στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, αλλά και στην εξασφάλιση καλύτερων

προοπτικών για την κοινωνική τους αποκατάσταση. Προέβλεπε δε, την κατάργηση ορισμένων ιδρυμάτων και την αντικατάστασή τους από τις τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

- Ενέργειες πρόληψης, ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης. Ίδρυση νέων δομών πρόληψης, θεραπείας ψυχικών νοσημάτων, ανάπτυξη συμβουλευτικών υπηρεσιών, όπως και ανάπτυξη δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης. Συγχρόνως, υποστηρίζεται και προωθείται με τη μορφή οικονομικής επιχορήγησης η δημιουργία κοινωνικών συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ), στο πλαίσιο ανάπτυξης δράσεων για την εργασιακή ένταξη των ψυχικά πασχόντων.
- Κατάρτιση. Η υλοποίηση αυτών των στόχων προϋποθέτει τη στελέχωση αυτών των δομών με το κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό. Η κατάρτιση και εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κρίνεται αναγκαία για τη διαμόρφωση μίας ανθρωποκεντρικής αντίληψης. Προχωρά επίσης, στο σχεδιασμό εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας και διδακτικού υλικού, για την εκπαίδευση των χρηστών των υπηρεσιών.

Η αποτίμηση του έργου δείχνει ότι το διάστημα 2001-2009 καταργήθηκαν τέσσερα από τα εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σημειώνοντας αισθητή μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών. Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στα εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, αφορούσαν κυρίως ψυχογηριατρικά περιστατικά (Πίνακας 7). Το 2009 για παράδειγμα, ο αριθμός των μακροχρόνιων ασθενών σε 452 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διασκορπισμένες σε όλη την επικράτεια της χώρας, ήταν 2.689, όταν ο αριθμός νοσηλευομένων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ανερχόταν περίπου, στους 2.000. Ανάλογη ήταν και η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας. Το 1984 υπήρχαν μόνο επτά (7) Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, το 1990 ο αριθμός τους ανήλθε στα δέκα εννέα (19), φτάνοντας τα σαράντα πέντε (45) το 2006 (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011a:16, Madianos, Christodoulou, 2007:18).

Πίνακας 7. Αριθμός ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, 1984-2006

(πηγή: Madianos, Christodoulou, 2007:17)

	1984	1987	1990	1993	1996	2000	2004	2006	% ποσοστιαία
	4	7	0	3	6	0	4	6	α

									μεταβολή 1984-2006
Συνολικός Αριθμός Ασθενών (1-ημέρας απογραφή)	748 7	737 0	650 4	577 0	476 5	331 5	256 4	202 2	-73,0
Αριθμός των μακροχρόνιων ασθενών (παραμονή > 36 μήνες)	567 7	492 5	440 8	374 7	306 2	292 2	189 8	109 1	-80,8
Ποσοστιαία αναλογία των μακροχρόνιων ασθενών	75,8	66,8	67,8	64,9	64,3	88,1	74,0	54,0	

Η πραγματική τομή στο χώρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αυτής της περιόδου, είναι αναμφισβήτητα η ανάπτυξη κοινωνικών δράσεων, που θα καλύπτουν τη θεραπεία και την πρόληψη της ψυχικής υγείας των παιδιών. Πράγματι, το διάστημα 1984-2006, πραγματοποιείται αύξηση των κλινών παιδιατρικής φροντίδας κατά 275%. Δημιουργούνται ένδεκα (11) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και είκοσι επτά (27) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Κινητές Μονάδες σε απομακρυσμένες περιοχές, που παρέχουν παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Καταργούνται οι ασυλικές εγκαταστάσεις του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, με τους ασθενείς να μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Στην Αττική, δημιουργούνται ξενώνες για εφήβους με ψυχικές διαταραχές και για παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων. Εμφανίζονται εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης για παιδιά-εφήβους με αυτισμό και μονάδες που φιλοξενούν ψυχογηριατρικά περιστατικά και ασθένειες τύπου Alzheimer. Επιπλέον, στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαδέλφεια», διαμορφώνονται υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές ετερότητες και μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ανέργους (Madianos, Christodoulou, 2007:18, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011a:19-20).

Ανεξάρτητα ωστόσο, από τα βήματα προόδου και εκσυγχρονισμού που σημειώνονται, το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα, παρέμενε αποσπασματικό, δίχως να καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο. Μία από τις αιτίες αυτού του φαινομένου, θα μπορούσε να αναζητηθεί στην έλλειψη

επιδημιολογικών ερευνών, που θα έπρεπε να πραγματοποιούνται σταθερά κάθε χρόνο, με γεωγραφικούς και λοιπούς συσχετισμούς. Η οργάνωση και διοίκηση του συστήματος διατηρούσε τον υπερσυγκεντρωτικό της χαρακτήρα σε κεντρικό επίπεδο, χωρίς να πραγματοποιείται συντονισμός των διαφόρων τμημάτων. Δεν υφίσταται μηχανισμός ή σύστημα ελέγχου αξιολόγησης των φορέων. Καταγράφονται επίσης, αισθητά προβλήματα στη λειτουργία και στην οργάνωση των Τομεακών Επιτροπών ψυχικής υγείας, όπου η λειτουργία τους περιορίζεται σε συμβουλευτικό προσανατολισμό. Παρατηρούνται χάσματα στην παροχή υπηρεσιών σε παιδιά, εφήβους, άτομα τρίτης ηλικίας και άλλων ευπαθών ομάδων. Στις υπάρχουσες δε μονάδες ψυχικής υγείας, διαπιστώθηκε απουσία καταγεγραμμένων κανονισμών λειτουργίας και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, απουσία τήρησης ενιαίου ψυχιατρικού φακέλου και αισθητές καθυστερήσεις στη χρηματοδότησή τους. Προβλήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλειών, ελλιπής κατάρτιση του προσωπικού, καθώς και η υποστελέχωση ορισμένων δομών ήταν ορισμένες άλλες διαπιστώσεις, κατά την αξιολόγηση του προγράμματος (Παραδοτέο Π.β.1.2,2013:15-20).

Σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία και στην οργάνωση των ξενώνων που δημιουργήθηκαν κατά την Α' Φάση του προγράμματος, αναφέρονται και από τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης (ΜΥΠ) του προγράμματος «Ψυχαργώς- Β' Φάση». Τα προβλήματα αυτά, όπως αναδείχθηκαν από τα αιτήματα των ίδιων των δομών και από τις αναφορές των στελεχών τους, εντοπίζονται στην εκπαιδευτική ανεπάρκεια του προσωπικού. Οι δυσλειτουργίες αυτές εντείνονται, εξαιτίας της ελλιπούς –ή και της απουσίας σε πολλές περιπτώσεις-επιστημονικής εποπτείας. Άλλο ένα ζήτημα που σχετίζεται με τη δυσλειτουργία αυτών των μονάδων είναι και η μη ενσωμάτωσή τους στις τοπικές κοινότητες, γεγονός που επηρεάζει δυσμενώς τα προσδοκώμενα αποτελέσματά τους. Οι συνθήκες αυτές, σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού σε αρκετές δομές, είναι υπεύθυνες για την κλιμάκωση φαινομένων «επαγγελματικής εξουθένωσης» του προσωπικού, με ανάλογο αντίκτυπο στους ενοίκους (Γκιωνάκης,Χονδρός,2005:56-57).

Υπό αυτές τις συνθήκες, υπογράφεται το 2009 ένα Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης, που εμβαθύνει σε ένδεκα σημεία απαραίτητα για τη συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ένα Σύμφωνο, που συμπληρώθηκε τον Απρίλιο του 2013 με ένα εκ νέου νέο Μνημόνιο

Συνεργασίας, το οποίο εκτός από τις δεσμεύσεις της χώρας, περιελάμβανε και ένα Σχέδιο Δράσης. Το Μάρτιο του 2012, εγκαινιάζεται μία νέα περίοδος στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης, μέσω του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός Γ' 2011-2020», το οποίο διαρθρώνεται σε πέντε άξονες δράσεις (Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:63-64):

- Ανάπτυξη Κοινοτικού Δικτύου Υπηρεσιών Υγείας.
- Προαγωγή-Πρόληψη Ψυχικής Υγείας.
- Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας.
- Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των οικογενειών τους.
- Εκπαίδευση-Έρευνα-Νομοθεσία.

Σύμφωνα με την τελευταία δημοσιοποιημένη έκθεση αξιολόγησης του προγράμματος για το έτος 2014, εξακολουθούν να υπάρχουν περιοχές που είτε δεν διαθέτουν κάποια μονάδα ψυχικής υγείας, είτε οι υπάρχουσες δομές δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του τοπικού πληθυσμού ή στη γεωγραφική κατανομή (Πίνακας 8). Σαφώς, συγκριτικά με το 2011 υπάρχει μία αύξηση των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, από τετρακόσιες τριάντα (430) σε τετρακόσιες ενενήντα μία (491), έστω και αν συνεχίζουν να καταγράφονται αξιοσημείωτα προβλήματα στη λειτουργία τους (Παραδοτέο Π.β.1.4,2015).

Σε εξέλιξη βρίσκεται και ο μετασχηματισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε ανοικτά δίκτυα κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, καθώς και οι ενέργειες μετάβασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα υφιστάμενα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε διάφορες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ο αριθμός των οποίων, έως τέλος του 2014, ανήλθε στους εκατόν είκοσι δύο (122). Παρόλα αυτά, υπάρχουν ακόμα περιφέρειες στη χώρα που δεν διαθέτουν τις απαραίτητες δομές και άλλες που παρουσιάζουν αισθητές ελλείψεις. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί, ότι μέχρι τα τέλη του 2014, εκτός από τις ελλείψεις που καταγράφονται στις παρεχόμενες υπηρεσίες για τα παιδιά στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, δεν είχαν σχεδιαστεί δράσεις για ομάδες, που αφορούν παιδιά με γονείς ψυχικά πάσχοντες, με νευρική ανορεξία και πρόσφυγες/μετανάστες. Αντιστοίχως, έργα που εστιάζουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες βρίσκονταν σε πρώιμο στάδιο. Τέλος, η

έκθεση τονίζει ότι η υλοποίηση δεν τηρείται και δεν εφαρμόζεται, ενώ το πιο σημαντικό έγκειται στο ότι δεν επιτυγχάνεται το συνεχές της φροντίδας των ασθενών, ούτε σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο (Παραδοτέο Π.β.1.4,2015).

Πίνακας 8. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανά περιφέρεια, έτος 2014 (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:4)

Δομές Ψυχικής Υγείας	Αττική	Αν.Μακεδονία-	Κεντρική Μακεδονία	Δυτική Μακεδονία	Ήπειρος	Θεσσαλία	Ιόνια Νησιά	Δυτική Ελλάδα	Στερεά Ελλάδα	Πελοπόννησος	Βόρειο Αιγαίο	Νότιο Αιγαίο	Κρήτη	Σύνολο
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2		1											3
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	9	4	7	1	2	2	1	2		3	1	3	4	39
Παιδοψυχιατ ρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	4		2											6
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	9	6	5		3	2	3	2	2	3	1		4	40
Ιατροπαιδαγω γικά Κέντρα	7	1	3		1	1	1	1			1		2	18
Κινητές ΜΨΥ		2	2	1	2	3	2	2	2	4	2	4	3	29
Κέντρα	30	2	8		1	3	2	3	2	2	1	1	3	58

Ημέρας														
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	197	18	92	3	22	31	12	21	27	29	1	15	23	491
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer	6		4			1						1	1	13
ΚοιΣΠΕ	7	1	3		1		2	1	1	1	1	1	3	22
Κέντρα Ημέρας Αυτισμού	9	1		1		1				1			1	14
Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης	5	1	2		1								1	10
Ιδιωτικές Κλινικές (αφορά στοιχεία έτους 2013)	11	3	10	1		10							1	36

Το 2014 τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που λειτουργούσαν στη χώρα, όπως εμφανίζεται στον παραπάνω Πίνακα ήταν τρία. Ιδιάζουσα περίπτωση συνιστά το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, το οποίο διαθέτει μεγάλο αριθμό ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών στις οποίες συνεχίζουν να διαμένουν χρόνιοι ασθενείς. Σύμφωνα με τα στοιχεία για το έτος 2013, στη χώρα υπήρχαν 58 Ψυχιατρικά

Εξωτερικά Ιατρεία και 17 Παιδοψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία, με τον αριθμό των μονάδων δευτεροβάθμιας φροντίδας το έτος 2014 να είναι υπό περιορισμένη λειτουργία ή μόνο για εξωτερική παρακολούθηση. Διαπιστώνονται μόλις 6 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα, εκ των οποίων η πλειοψηφία (4) βρίσκεται στην περιφέρεια Αττικής και τα υπόλοιπα στην Κεντρική Μακεδονία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η αποτύπωση των μονάδων τριτοβάθμιας φροντίδας, που λειτουργούσαν το έτος 2014 –Πίνακας 9- αλλά και των ειδικών μονάδων και υπηρεσιών, τα οποία παραμένουν συγκεντρωμένα στην περιφέρεια Αττικής (Πίνακας 10) (Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:146-149).

Πίνακας 9. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ανά Νομικό Καθεστώς Φορέα & Περιφέρεια, έτος 2014 (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:148)

Περιφέρειες	ΝΠΔΔ			Σύνολο ΝΠΔΔ	ΝΠΙΔ			Σύνολο ΝΠΙΔ
	Ξενώνας	Οικοτροφεία	Προστ/μενο Διαμέρισμα		Ξενώνας	Οικοτροφεία	Προστ/μενο Διαμέρισμα	
Αττικής	28	23	58	109	9	42	37	88
Αν.Μακεδονία-Θράκη	2		1	3		6	9	15
Κεντρική Μακεδονία	10	7	58	75	1	8	8	17
Δυτική Μακεδονία	1			1		1	1	2
Ήπειρος	5		7	12	2	5	3	10
Θεσσαλία	5		8	13	1	11	6	18
Ιόνια Νησιά	3	5	3	11		1		1
Δυτική Ελλάδα	7		11	18		2	1	3

Στερεά Ελλάδα	1		2	3	1	10	13	24
Πελοπόννησος	8	2	11	21		5	3	8
Βόρειο Αιγαίο	1			1				
Νότιο Αιγαίο	1		12	13	1		1	2
Κρήτη	9	3	9	21		2		2
Σύνολο	81	40	180	301	15	93	82	190

Πίνακας 10. Ειδικές μονάδες και υπηρεσίες, έτος 2014 (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:149)

Περιφέρειες	Κέντρα Ημέρας για τον Αυτισμό	Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer	ΚοιΣΠΕ	Ειδικές μονάδες αποκατάστασης & επαγγελματικής επανένταξης
Αττικής	9	7	7	5
Αν. Μακεδονία-Θράκη	1		1	1
Κεντρική Μακεδονία		2	3	2
Δυτική Μακεδονία	1			
Ήπειρος			1	1
Θεσσαλία		2		
Ιόνια Νησιά			2	
Δυτική Ελλάδα			1	

Στερεά Ελλάδα			1	
Πελοπόννησος	1		1	
Βόρειο Αιγαίο			1	
Νότιο Αιγαίο			1	
Κρήτη	1	1	3	1
Σύνολο	13	12	22	10

Το ίδιο έτος, ψηφίζεται ο Νόμος 4238/2014 ο οποίος εστίαζε στην ίδρυση και στον τρόπο λειτουργίας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), καθώς και στην αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥ. Ο ΕΟΠΥ αποκτά έναν πιο ενεργό ρόλο, μιας και καθίσταται υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση, τη θέσπιση κανόνων, το σχεδιασμό, την αξιολόγηση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Με τον ίδιο νόμο θεσπίζεται και το Εθνικό Παρατηρητήριο Άνοιας-Alzheimer στο Υπουργείο Υγείας, όπου εκτός από την αντιμετώπιση της νόσου επικεντρωνόταν και στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειών τους.

Συμπερασματικά, επιχειρώντας μία αποτύπωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα, είναι γεγονός ότι από τον Ν.1397/1983 μέχρι σήμερα οι στόχοι παραμένουν οι ίδιοι, αναδεικνύοντας ουσιαστικά τη μη συστηματική τήρηση του προγράμματος. Μία συνθήκη, που έχει οδηγήσει πολλές φορές τη χώρα σε απολογητική θέση στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η εφαρμογή και εκπλήρωση αυτού του εγχειρήματος είναι ζωτικής σημασίας. Δεν αφορά μόνο την έννοια της τήρησης των ευρωπαϊκών κανόνων. Είναι ουσιαστικά ταυτόσημη με εκείνη του κράτους πρόνοιας και δικαίου, διασφαλίζοντας και προάγοντας ισότιμα τα δικαιώματα όλων των πολιτών του, συμπεριλαμβανομένων των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

Όσον αφορά τους ψυχικά ασθενείς απαιτούνται περαιτέρω μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, ώστε να επιτευχθεί στην πράξη ο αποϊδρυματισμός και η αναδιαμόρφωση του ελληνικού ψυχιατρικού συστήματος. Σε αντίθετη περίπτωση, ελλοχεύει ο κίνδυνος να καταλήξουμε στην εδραίωση του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας», όπου οι ασθενείς θα «ανακυκλώνονται» στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μεταρρυθμίσεις οι οποίες θα πρέπει να συνοδεύονται από ανάλογες

δράσεις εντός της κοινότητας, προκειμένου να αντιμετωπιστεί και να περιοριστεί, αν όχι καταρριφθεί, το στίγμα που επιφέρει η διάγνωση και δη η νοσηλεία. Μόνο με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η ισότιμη συμμετοχή αυτών των ανθρώπων στο κοινωνικό βίο και να αναφερόμαστε σε προσπάθειες επιτυχούς κοινωνικής επανένταξης. Διαφορετικά, οι άνθρωποι αυτοί θα παραμείνουν εξαρτώμενοι, «αντικαθιστώντας» το ασυλιακό περιβάλλον με το οικογενειακό.

Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών, είναι η επίλυση του χάσματος μεταξύ των αρχών, των πολιτικών και της πρακτικής, που πηγάζει από την ίδια τη στάση της ελληνικής κοινωνίας και κατ' επέκταση του προσωπικού έναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Επί δεκαετίες, η ψυχική υγεία δεν αποτελούσε προτεραιότητα για την πολιτική ατζέντα της χώρας, με συνέπεια να συντελούνται σπασμωδικές κινήσεις, «υιοθετώντας» έξωθεν επιβαλλόμενες προτάσεις, δίχως την κατάλληλη ηθική-δεοντολογική βάση. Το κενό αυτό διαπιστώθηκε με την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και των περικοπών που επέφερε, μειώνοντας τη συνολική χρηματοδότηση για την υγεία από τα €23 δις το 2009 στα €14,4δις το 2015 και τη δημόσια δαπάνη υγείας αντίστοιχα από €16 δις στα €8,7 δις. Οι περικοπές αυτές δεν αφορούσαν μόνο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αλλά και τις περιορισμένες δυνατότητες στελέχωσης αυτών των δομών. Το αποτέλεσμα αυτών των πολιτικών ήταν αφενός η υποστελέχωση και αφετέρου η υπολειτουργία, αν όχι το κλείσιμο, ορισμένων δομών.

Μιλώντας για το προσωπικό αυτών των ιδρυμάτων, θα ήταν άτοπο να μην αναφερθούν οι ελλείψεις που παρατηρούνται ως προς την κατάρτισή τους. Δεν υπάρχουν συντονισμένες δράσεις εκ μέρους της Πολιτείας, για την συνεχή και την κατάλληλη επιμόρφωσή τους, το οποίο σε συνδυασμό με την υποστελέχωση των δομών, έχει ως συνέπεια την εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης. Ένα φαινόμενο που επηρεάζει την εργασιακή τους αποτελεσματικότητα, τη σχέση τους με τους ασθενείς και επομένως την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, όπως και το σύνολο της θεραπευτικής παρέμβασης. Μία κατάσταση που εντείνεται εξαιτίας των ευέλικτων μορφών εργασίας, που παρατηρούνται στο σημερινό εργασιακό περιβάλλον, της απουσίας συντονισμένου ελέγχου εντός των ιδρυμάτων και τη μη παροχή κινήτρων εκ μέρους της Πολιτείας για την περαιτέρω επαγγελματική τους εξέλιξη. Μέτρα που αν θα εφαρμόζονταν, θα συνέβαλαν στη

συναισθηματική αποφόρτιση του προσωπικού και στην ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος.

Άλλο ένα θέμα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, είναι η προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση των ακούσιων εισαγωγών, που παρουσιάζουν αύξηση το έτος 2013 συγκριτικά με το 2012 (Πίνακας 11). Ένα θέμα που δεν πρέπει να εξετάζεται ανεξάρτητα από τη γενικότερη προάσπιση και προώθηση των δικαιωμάτων αυτών των ατόμων.

Περιορισμένη ανάπτυξη φαίνεται να παρουσιάζει και ο θεσμός των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ), μιας και ο αριθμός τους παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Ένας θεσμός που μπορεί να επιδράσει καταλυτικά στη λειτουργικότητα αυτών των ατόμων, με πολλαπλά οφέλη σε προσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Στην πραγματικότητα, τα άτομα με συναισθηματικές/ψυχικές διαταραχές και κυρίως οι πρώην έγκλειστοι, συνεχίζουν να μαστίζονται από υψηλά ποσοστά ανεργίας, με το στίγμα να ακολουθεί και το οικογενειακό τους περιβάλλον, βιώνοντας έμμεσες μορφές διάκρισης και περιθωριοποίησης. Η διαχείριση αυτής της κατάστασης, απαιτεί την ενεργή συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και των οικογενειών τους, ακόμα και στη λήψη αποφάσεων, σε συνάρτηση πάντα με τις ανάλογες κοινοτικές δράσεις.

Πίνακας 11. Συγκριτικά ποσοστά ακούσιων εισαγωγών ασθενών στα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.4,2015:198)

Έτος	Γενικά Νοσοκομεία	Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	Σύνολο
2012	766	2067	2833
2013	803	2430	3233
Ποσοστιαία Μεταβολή	4,83%	17,56%	14,12%

Ανεξάρτητα από τα προβλήματα που διαπιστώνονται, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την αξιοσημείωτη πρόοδο που έχει σημειωθεί στη χώρα τα τελευταία

χρόνια στο δημόσιο ψυχιατρικό τομέα και στο ζήτημα της αποϊδρυματοποίησης. Η ελληνική ψυχιατρική περίθαλψη, έστω και καθυστερημένα, έχει εισέλθει σε ένα σύγχρονο πλαίσιο δράσεων, προσανατολισμένων στην κοινότητα. Η κοινότητα μετατρέπεται σε ένα χώρο θεραπείας, στον οποίο αναπτύσσονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, επανεπιδόσοντας τον ενεργό πλέον, ψυχικά πάσχοντα σε αυτήν και ωθώντας στην «αποβολή» παλαιότερων παθητικών προτύπων και αρνητικών στερεοτύπων. Είναι άλλωστε ενδεικτική η έρευνα των Madianos και Christodoulou (2007), σύμφωνα με την οποία, την περίοδο 1984-2006, καταγράφηκε εντυπωσιακή μείωση των μακροχρόνιων ψυχιατρικά νοσηλευομένων ασθενών, ύψους 80,8%!

3.3. Η Κοινωνική Επανάταξη του ψυχικά ασθενούς

Το ζήτημα της κοινωνικής επανάταξης των ευπαθών κοινωνικών ομάδων φαίνεται να βρίσκεται στο επίκεντρο των ευρωπαϊκών και εθνικών πολιτικών. Σε πολλά κράτη σχεδιάζονται και εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα και δράσεις που δεν περιορίζονται μόνο στην οικονομική στήριξη αυτών των ατόμων. Επιδιώκουν ταυτοχρόνως την αυτονομία και την κοινωνική τους ένταξη, μέσα από την ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων και ικανοτήτων. Ένας στόχος που δεν μπορεί να επιτευχθεί δίχως την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, ακριβώς λόγω της σχέσης του με φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας, όπως είναι η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Με γνώμονα τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και ιδίως την ισότιμη συμμετοχή στο κοινωνικό βίο των ατόμων με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές, διάφοροι φορείς, δημόσιοι και ιδιωτικοί, προχωρούν σε στοχευμένες δράσεις, οι οποίες αποσκοπούν στην ενημέρωση και στην εξοικείωση της κοινής γνώμης με τα ζητήματα της ψυχικής υγείας. Μέσω της ενημέρωσης και της πληροφόρησης, μπορεί η κοινότητα να «απεγκλωβιστεί» από στερεοτυπικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ψυχικά πάσχοντες ανήκουν στις πιο ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, περιθωριοποίησης και οι πολλαπλές διακρίσεις που βιώνουν, είναι η συνηθισμένη κοινωνική τους εικόνα. Παράγοντες που εντείνουν την ψυχοσυναισθηματική τους ευαλωτότητα. Συγχρόνως, οι ελλειπείς κρατικές δομές σε συνδυασμό με την απουσία ενός ισχυρού δικτύου

συναισθηματικής υποστήριξης, έχουν ως συνέπεια την ανάδυση του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας». Μία εικόνα που συνδέεται άρρηκτα με το στίγμα που επιφέρει η διάγνωση της ψυχικής/συναισθηματικής διαταραχής. Μία κοινωνική συνθήκη που οξύνεται σε περιπτώσεις βαριάς μορφής διαταραχών ή όταν έχει υπάρξει νοσηλεία, ακόμα και θεραπεία, με τον ασθενή να θεωρείται ανίκανος-ίσως και επικίνδυνος- για να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές του απαιτήσεις.

Η κατάσταση αυτή επιβεβαιώνεται και από τα υψηλά ποσοστά ανεργίας αυτών των ατόμων τα οποία είναι σχεδόν διπλάσια από τα αντίστοιχα ποσοστά των υγιή ατόμων. Εκτιμάται ότι μόνο ένας στους δέκα ασθενείς με βαριά ψυχική διαταραχή και ένας στους πέντε με συναισθηματική διαταραχή, εργάζεται. Ποσοστά που αναδεικνύουν τη δυσχερή κοινωνική πραγματικότητα για αυτά τα άτομα, με ότι αυτό συνεπάγεται για την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση.

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι ανεξάρτητο από το κοινωνικό περιβάλλον. Ο αποκλεισμός αυτών των ατόμων, «πηγάζει» από τα αρνητικά στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που ενυπάρχουν εντός της κοινωνίας για την ψυχική ασθένεια. Τα στερεότυπα δεν είναι ανεξάρτητα από την ίδια την κοινωνία, μιας και συνιστούν σε μεγάλο βαθμό το περιεχόμενο της κοινωνικοποίησης, στο οποίο «γαλουχείται» η νέα γενιά. Συναντώνται σε κάθε πολιτιστικό περιβάλλον, αποτελώντας μία πάγια, τακτική διαδικασία της ίδιας της κοινωνίας, που προκύπτει μέσα από την κοινωνική κατηγοριοποίηση. Μία διαδικασία που απλοποιεί και κατηγοριοποιεί με αυτό τον τρόπο τα διαφορετικά, πολύπλοκα, χαρακτηριστικά και ιδιότητες, ώστε να γίνουν διαχειρίσιμα και κατανοητά. Μία διαδικασία, που ουσιαστικά θέτει όρια και περιορισμούς στα δρώντα υποκείμενα, διασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο την κοινωνική ομοιομορφία, συνοχή και ευρυθμία.

Έννοιες όπως ανίκανος, επικίνδυνος, επιθετικός, αναξιόπιστος, συναισθηματικά ασταθής, είναι ορισμένοι μόνο από τους χαρακτηρισμούς που αποδίδονται στα άτομα αυτά. Χαρακτηρισμοί που οφείλονται στο στίγμα για την ψυχική ασθένεια που αναπαράγεται εντός της κοινωνίας και σχετίζεται με τις διακρίσεις και τον πολλαπλό κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν. Οι ιδιότητες αυτές, όπως είναι φυσικό, προϋδεάζουν αρνητικά την κοινή γνώμη απέναντί τους, τους ίδιους, όπως και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, το οποίο εμφανίζεται ήδη από τη διάγνωσή τους ή και από την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων. Τα άτομα αυτά αρνούνται να

αποδεχθούν την κατάστασή τους, αλλά και να ζητήσουν βοήθεια υπό το φόβο της διάγνωσης και της αντίδρασης του κοινωνικού περιβάλλοντος. Μία κατάσταση που εντείνεται από την ίδια την οικογένεια, η οποία συχνά προτρέπει τον πάσχοντα στην άρνηση ή και στην απόκρυψη των συμπτωμάτων, «επιβάλλοντάς» του μία άτυπη μορφή αποκλεισμού εντός της οικίας.

Οι παραπάνω στερεοτυπικές αντιλήψεις φαίνεται να αντηχούν σε αναχρονιστικά μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ακόμα και σήμερα παρόμοιες συμπεριφορές και αντιδράσεις, οι οποίες αναπαράγονται και συναντώνται κυρίως σε πιο συντηρητικά κοινωνικοοικονομικά συστήματα. Σε πρακτικό επίπεδο ωστόσο, η εικόνα μοιάζει να είναι διαφορετική. Έρευνες καταδεικνύουν ότι άτομα με ψυχικά προβλήματα, με την κατάλληλη υποστήριξη, μπορούν να εργαστούν αποτελεσματικά, συσχετίζοντας την εργασιακή ένταξη με την ψυχοσυναισθηματική τους υγεία. Δεν πρέπει επίσης να παραλείπεται ότι η επαγγελματική επανένταξη πέρα από την αίσθηση προσωπικής ανάπτυξης και ολοκλήρωσης, είναι άμεσα συνυφασμένη με την κοινωνική ένταξη όλων των ατόμων (Bond et al.,1997).

Υπό αυτές τις συνθήκες, υιοθετήθηκαν πολιτικές που μεταφέρουν τη θεραπεία στην κοινότητα, στοχεύοντας με αυτό τον τρόπο στην κοινωνική επανένταξη και στην καταπολέμηση, αν όχι στην εξάλειψη, του στίγματος και των προκαταλήψεων που βιώνουν αυτά τα άτομα. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έχει θέσει ως προτεραιότητα την αποασυλοποίηση των χρόνιων ενηλίκων ασθενών, σε συνάρτηση με την επέκταση των κοινοτικών υπηρεσιών. Δύο στόχοι που συμβάλλουν στην καταπολέμηση της ετικέτας της «τρέλας», προάγοντας παράλληλα την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων. Μία μεταβολή που φαίνεται να σχετίζεται από τις αλλαγές που συντελούνται σε κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο.

Το Σεπτέμβριο του 2006, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο προχώρησε στη θέσπιση μίας κοινής στρατηγικής για την ψυχική υγεία, τονίζοντας την ανάγκη εναρμόνισης των υφιστάμενων εθνικών και διεθνών δεικτών ψυχικής υγείας με τις πολιτικές και τη νομοθεσία των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δύο χρόνια αργότερα, διαμορφώθηκε το «Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και την Ευημερία», αναγνωρίζοντας την ψυχική υγεία ως ένα ανθρώπινο δικαίωμα και προωθώντας την

ενεργή συμμετοχή των ψυχικά πασχόντων στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση των δράσεων.

Η Ελλάδα καθυστέρησε αρκετά να εφαρμόσει αυτό το μοντέλο περίθαλψης. Η αιτία αυτής της καθυστέρησης βρίσκεται στις κοινωνικές, ιστορικές και πολιτικές συγκυρίες, που συνέβησαν στη χώρα. Τα τελευταία ωστόσο έτη, έχει προχωρήσει στην αναδιαμόρφωση του χάρτη ψυχικής υγείας, δημιουργώντας το απαραίτητο νομικό πλαίσιο για την παροχή εκτενών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μεταξύ των δράσεων βρίσκεται η θέσπιση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ), όπως προβλέπεται από το άρθρο 12 του Ν. 2716/1999, οι οποίοι προωθούν την κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών.

3.3.1. Η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου

Το κοινωνικό κεφάλαιο συνιστά μία σχετικά νέα και πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει όλα εκείνα τα γνωρίσματα της κοινωνικής οργάνωσης, τα δίκτυα και το βαθμό εμπιστοσύνης των πολιτών. Στοιχεία, που συνθέτουν και συμβάλλουν στη συλλογική δράση, στη συγκρότηση της συλλογικής συνείδησης και στην κοινωνική συνοχή. Μέσω αυτών των γνωρισμάτων επιλύονται κοινωνικά διλήμματα, διευκολύνεται ο συντονισμός και οι δράσεις μεταξύ των ατόμων, βελτιώνοντας και συμβάλλοντας ενεργά με αυτό τον τρόπο, στην κοινωνική και στην οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας.

Ο Bourdieu (1994), προσπαθώντας να εξηγήσει την έννοια του κεφαλαίου, παρέθεσε τέσσερις διαφορετικές μορφές κεφαλαίου, *το πολιτισμικό, το οικονομικό, το συμβολικό και το κοινωνικό*, η μελέτη των οποίων μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τον τρόπο λειτουργίας του κοινωνικού κόσμου. Το κοινωνικό κεφάλαιο αφορά την ένταξη, τη συμμετοχή ενός ατόμου σε μία ομάδα, όπου τα μέλη δεν έχουν μόνο κοινές ιδιότητες. Είναι εξίσου ενωμένα με δεσμούς μόνιμους και χρήσιμους. Η ύπαρξη ωστόσο, ενός δικτύου δεσμών δεν είναι κάτι φυσικό ή κοινωνικά δεδομένο. Η πρόσβαση των δρώντων υποκειμένων είναι ταξικά διαφοροποιημένη, δημιουργώντας άνισες ευκαιρίες και μηχανισμούς. Συνεπώς, το κοινωνικό κεφάλαιο διατηρώντας την ιεραρχική οργάνωση της κοινωνίας, γίνεται μηχανισμός παραγωγής και αναπαραγωγής των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων.

Για τον Coleman (1988:102-105), το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα στοιχείο της κοινωνικής δομής και των σχέσεων που δημιουργούν και συμμετέχουν σε αυτές τα άτομα, το οποίο διέπεται από τρεις βασικές παραμέτρους. Η πρώτη αναφέρεται στην εμπιστοσύνη και στην αξιοπιστία εντός των κοινωνικών δικτύων. Δύο χαρακτηριστικά, που είναι απαραίτητα για την επίτευξη των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων. Τα κανάλια πληροφοριών είναι η δεύτερη προϋπόθεση, όπου παρέχοντας πληροφορίες διευκολύνουν τη δράση των μελών των δικτύων. Οι αποτελεσματικοί κανόνες και οι κυρώσεις είναι η τελευταία παράμετρος, κατά την οποία υπαγορεύονται καθορισμένες συμπεριφορές, που δρουν προς το συμφέρον της συλλογικότητας.

Ο Putnam αντιμετωπίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως ένα στοιχείο της κοινωνικής οργάνωσης, που έχουν οι κοινωνικές ομάδες και όχι τα άτομα. Εξετάζοντας τη δράση των υποκειμένων στην κοινωνική και στην οικονομική ευημερία μίας κοινωνίας, καθιστά το κοινωνικό κεφάλαιο μετρήσιμο. Με αυτή την έννοια, η συμμετοχή σε ενώσεις, οργανώσεις, ομάδες, όπως και η γενικότερη τάση συμμετοχικής συμπεριφοράς στην κοινότητα, είναι μεταβλητές που αναδεικνύουν ποσοτικά, το απόθεμα του κοινωνικού κεφαλαίου μίας κοινωνίας (Ζήση,2013:126-127).

Σύμφωνα με τον Carriano (2006), το κοινωνικό κεφάλαιο είναι το σύνολο των πραγματικών και των δυνητικών αγαθών και υπηρεσιών, που προσφέρονται εντός των κοινωνικών δικτύων ή δομών, με κοινωνικά, οικονομικά και ψυχολογικά οφέλη. Απαραίτητο στοιχείο για τη διαμόρφωση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η κοινωνική συνοχή, που περικλείει το βαθμό εμπιστοσύνης, εξοικείωσης, καθώς επίσης τις αξίες και τους δεσμούς που μοιράζονται τα κοινωνικά υποκείμενα μεταξύ τους. Ο Gramsci επιλέγει τον όρο «κοινωνία των πολιτών», αντί του κοινωνικού κεφαλαίου, τον οποίο και διαχωρίζει από την «πολιτική κοινωνία» που περιλαμβάνει τους επίσημους κρατικούς και νομικούς θεσμούς. Ο Gellner συνδέει την εμφάνιση της «κοινωνίας των πολιτών», με την ανάδειξη μίας νέας δημόσιας σφαίρας, εντός της οποίας δρουν κοινωνικές δυνάμεις και ισότιμα μεταξύ τους υποκείμενα (Μπιλανάκης,2006:12-13).

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι υπάρχει ένα πλήθος θεωρητικών προσεγγίσεων για τις διαστάσεις και την τυπολογία του κοινωνικού κεφαλαίου. Μία από αυτές προχωρά σε διάκριση του «γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου» και του

«δομικού κοινωνικού κεφαλαίου». Το πρώτο αναφέρεται στην αίσθηση που έχουν τα μέλη μίας κοινότητας, ενός δικτύου, αντανακλώντας ουσιαστικά το επίπεδο της κοινωνικής συνοχής. Το δεύτερο καλύπτει τις νόρμες, τους κανόνες, τους ρόλους και τις ιδιότητες των κοινωνικών δικτύων, όπως και εκείνα τα στοιχεία που συνθέτουν την κοινωνική πραγματικότητα (Ζήση,2013:128-129). Υπάρχουν μάλιστα τέσσερις βασικές αρχές που διέπουν και ρυθμίζουν τον τρόπο με τον οποίο συντίθεται το κοινωνικό κεφάλαιο –ή αλλιώς η κοινωνία των πολιτών- οι οποίες είναι οι ακόλουθες (Μπιλανάκης,2006:13):

- Είναι ένας χώρος που εκφράζει τη συλλογική βούληση και την εκπροσώπηση των πολιτών. Δεν στηρίζεται σε προσωπικές φιλοδοξίες, στόχους και συμπεριφορές. Επιδιώκει το «γενικό καλό»
- Στηρίζεται στο δίκαιο και στην αλληλεγγύη.
- Απαρτίζεται από καθιερωμένους θεσμούς, άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό.
- Η ένταξη των ατόμων σε αυτούς τους θεσμούς βασίζεται στον εθελοντισμό και στην προσωπική βούληση.

Πράγματι, το κοινωνικό κεφάλαιο, όπως συντίθεται από τις νόρμες, τα δίκτυα εμπιστοσύνης, συνεργασίας και αμοιβαιότητας συνδέεται και προωθεί τη συλλογική δράση των υποκειμένων προς το συμφέρον της κοινότητας. Μέσω αυτής της διαδικασίας, διαμορφώνεται ένας συνεκτικός, κοινωνικός δεσμός ανάμεσα στα υποκείμενα, λειτουργώντας συγχρόνως σαν ρυθμιστής της ατομικής συμπεριφοράς και ένα μέσο εξασφάλισης της κοινωνικής συνοχής. Ο κοινωνικός δεσμός αποτελείται από διάφορες κοινωνικές ομάδες, που μοιράζονται την ίδια αίσθηση του ανήκειν και συνδέονται με αμοιβαίες πολιτισμικές παραδόσεις και κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς. Δράσεις οι οποίες αποσκοπούν στον περιορισμό των φαινομένων περιθωριοποίησης και αποκλεισμού, προάγοντας τις αρχές του δικαίου, του σεβασμού, της αλληλεξάρτησης, της κατανόησης και της αποδοχής εντός της κοινότητας.

Το αίσθημα του ανήκειν και της κοινωνικής ένταξης που καλλιεργεί, επηρεάζει κάθε πτυχή της καθημερινότητας των πολιτών. Μία συνθήκη που πέρα από τις επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο, σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα υγείας του ατόμου, την ποιότητα ζωής του και κυρίως με την ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση. Αυτό

οφείλεται στο ότι ο άνθρωπος δρα και καθορίζεται μέσα από την κοινωνική του δράση. Είναι ένα κοινωνικό ον, το οποίο εμφανίζεται μέσα από την κοινωνική ταυτότητα που αποκτά και η οποία (ανα)διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδρασή του με άλλα άτομα. Μία ταυτότητα, που συνιστά το συνδετικό του κρίκο μεταξύ της οικογένειας (μικρο-επίπεδο) και της κοινότητας (μακρο-επίπεδο) και η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με την προσωπική του ταυτότητα, την αίσθηση του εαυτού του.

Η διαμόρφωση της κοινωνικής ταυτότητας προϋποθέτει την ύπαρξη μίας κοινοτικής σταθερότητας, ενός κλίματος ασφάλειας, στο οποίο θα προάγονται οι αξίες της συλλογικότητας. Η οποιαδήποτε αμφισβήτηση ή και απόρριψή της, ελλοχεύει τον κίνδυνο άρνησης της ταυτότητας εκ μέρους του ίδιου του ατόμου, με ότι αυτό συνεπάγεται για την ψυχοσυναισθηματική και τη σωματική υγεία του ατόμου. Με αυτή την έννοια είναι επιτακτική η ανάγκη ύπαρξης των κατάλληλων υποστηρικτικών μηχανισμών, οι οποίοι θα «προστατεύουν» τα μέλη τους, προάγοντας την αξία και το σεβασμό στη διαφορετικότητα, προστατεύοντας με αυτό τον τρόπο τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Στο σύγχρονο πολιτιστικό περιβάλλον, η επικράτηση και η διαίωσιση φαινομένων ετικετοποίησης εκφράζουν αρνητικές, συλλογικές συμπεριφορές που ελλοχεύουν τον κίνδυνο διάρρηξης του κοινωνικού ιστού. Οι επιπτώσεις του κοινωνικού στίγματος εμφανίζονται μέσα από τα υψηλά ποσοστά κοινωνικού αποκλεισμού και περιθωριοποίησης συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Τα μέλη αυτών των ομάδων στοχοποιούνται εξαιτίας κάποιου χαρακτηριστικού τους που αποκλίνει από εκείνα της πλειοψηφίας. Κατηγοριοποιούνται ως αποκλίνουσες κοινωνικές ομάδες, ακριβώς λόγω της διαφορετικότητάς τους, περιθωριοποιούνται και στιγματίζονται, προκειμένου να μην «απειλούν» την κοινωνική συνοχή και ευημερία. Ένας τρόπος διαφύλαξης της κοινωνικής ομοιογένειας και ιδίως της προστασίας της υπόλοιπης «φυσιολογικής κοινότητας» από αυτήν τη διαφορετικότητα.

Επί δεκαετίες, η ψυχική ασθένεια αποτελούσε μία από τις πιο στιγματίζουσες ασθένειες/ανθρώπινες συμπεριφορές. Η ετικέτα της «τρέλας» ήταν έκδηλη ήδη από τα πρώιμα συμπτώματα της κάθε διαταραχής, επηρεάζοντας άμεσα το βιοτικό επίπεδο, τις κοινωνικές σχέσεις και γενικότερα τη ζωή του ατόμου. Μία διαχρονική

κατάσταση που μαρτυρείται όχι μόνο από τις στερεοτυπικές αντιλήψεις που ακολουθούν τη διάγνωση, αλλά και από το ίδιο το ψυχιατρικό σύστημα.

Οι ψυχικά πάσχοντες, αποκλεισμένοι συχνά από τα ίδια τα ατομικά τους δικαιώματα, τοποθετούνται σε κάποιο εξωκοινωνικό, ιδρυματικό περιβάλλον. Η περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας είναι ενδεικτική της «εχθρικής» κοινωνικής αντίδρασης, η οποία καθιστά τους ασθενείς σε «παθητικούς δέκτες» των εκάστοτε πολιτικών, όπως αυτές εκφράζονται μέσα από τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αντιλήψεις και στερεότυπα που αναπαράγονται από το οικείο και οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών, με τους τελευταίους να εσωτερικεύουν αυτή την ανισότητα και να «πείθονται» περί της ανικανότητάς τους. Υπό αυτές τις συνθήκες, «παραδίνονται» στα «κοινωνικά πρέπει», ανήμποροι να συμμετέχουν στα κοινά, να εργαστούν, να διατηρήσουν τα κοινωνικά, υποστηρικτικά τους δίκτυα, όπως και τα κοινωνικά κεκτημένα τους. Η αλλοτρίωσή τους αυτή, το να νιώθουν δηλαδή ότι είναι ξένοι, δημιουργεί συναισθήματα αποθάρρυνσης, μείωσης –αν όχι απώλεια- της αυτοεκτίμησής τους, εντείνοντας την κοινωνική περιθωριοποίησή τους, όπως και τη συμπτωματολογία της νόσου. Το στίγμα παραμένει στην ψυχική ασθένεια, «καταδικάζοντας» όλα εκείνα τα άτομα που νοσούν, αλλά και όσους θα νοσήσουν.

Η κατάσταση αυτή, έχει αντίκτυπο και στις δυνατότητες κοινωνικής επανένταξης των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Τα άτομα αυτά καλούνται να διαχειριστούν πέρα από το στίγμα της «τρέλας» και εκείνο του πρώην νοσηλευόμενου. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, επιλέγουν να «τιμωρήσουν» τον εαυτό τους, με ένα νέο είδος εγκλεισμού, αποξενωμένοι πλέον στο σπίτι τους και βιώνοντας έντονα αισθήματα ενοχής και ντροπής. Μία συνθήκη που επιδεινώνει την ψυχοσυναισθηματική τους ευαλωτότητα, ανατροφοδοτώντας επί της ουσίας το φαύλο κύκλο της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η συναισθηματική τους κατάσταση επιβαρύνεται και από τη στάση της οικογένειάς τους. Πολλές φορές, τα άτομα αυτά βιώνουν τον πολλαπλό τραυματισμό και την περιθωριοποίησή τους εντός της οικογένειας, η οποία συχνά τους «κατηγορεί» για αυτήν τους την κατάσταση, «γεμίζοντάς» τους ευθύνες και ενοχές για την υπόληψη της οικογένειας. Αυτή η συναισθηματική φόρτιση που βιώνουν έχει ως συνέπεια την όξυνση των ψυχοσυναισθηματικών περιστατικών και την εμφάνιση του φαινομένου της «περιστροφόμενης πόρτας», στο οποίο οι ασθενείς υποτροπιάζουν και εισάγονται

ξανά και ξανά στις ψυχιατρικές κλινικές. Μία κατάσταση που συνδέεται και με την επιθυμία πολλών νοσηλευομένων να παραμείνουν εντός του ιδρυματικού πλαισίου, παρά να επιστρέψουν στον οικείο περιβάλλον τους, ακριβώς λόγω της απόρριψης και της αμφιβολίας που βιώνουν, νιώθοντας ότι αντιμετωπίζονται ως άβουλα, εξαρτημένα άτομα.

Με την εμφάνιση των εναλλακτικών μοντέλων θεραπείας κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, επιχειρείται να δοθεί μία λύση στη διαχείριση της ψυχικής ασθένειας, προσανατολιζόμενη στην κοινότητα. Η αποϊδρυματοποίηση εκφράζει αυτές τις προσπάθειες, όπως και ο σχεδιασμός ενός κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, που θα καλύπτει τις ανάγκες αυτών των ατόμων, προσφέροντάς τους και το απαραίτητο υποστηρικτικό πλαίσιο για την επανένταξή τους στην κοινότητα. Οι ενέργειες αυτές, συμβάλλουν και στην κοινωνική συνοχή, μιας και οι ψυχικά πάσχοντες επρόκειτο να αποκτήσουν εκ νέου την κοινωνική τους ταυτότητα, βιώνοντας αισθήματα ικανοποίησης και αποδοχής, τα οποία συνδέονται με την αυτοεικόνα, την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους και εκφράζονται μέσω της πιο ενεργής και δυναμικής τους συμμετοχής τους, εντός της κοινότητας.

3.3.2. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Στον πολιτικό λόγο του δυτικού κόσμου, κυριαρχούν συχνά όροι όπως αποκατάσταση και επανένταξη, φανερώνοντας τις προσπάθειες αναβίωσης ενός κράτους κοινωνικής πρόνοιας. Μία αναφορά που κρύβει όχι μόνο την παραδοχή ύπαρξης αυτών των περιθωριοποιημένων κοινωνικών ομάδων, αλλά και την ευθύνη του ίδιου του κράτους για την ύπαρξη αυτών των φαινομένων.

Η έννοια της κοινωνικής επανένταξης εμφανίστηκε περίπου τέλη του 19^{ου} αιώνα, με το περιεχόμενό της να διαφέρει από το σημερινό, προσδιορίζοντας κυρίως την επανένταξη του ατόμου στις παραγωγικές δυνάμεις της εποχής. Στο σύγχρονο κοινωνικό περιβάλλον, η κοινωνική επανένταξη αναφέρεται στις προσπάθειες ένταξης ευάλωτων, περιθωριοποιημένων κοινωνικών ομάδων στην κοινωνία.

Οι πολιτικές που ακολουθούνται αναδιαμορφώνονται στο εκάστοτε κοινωνικοοικονομικό, ιστορικό και πολιτιστικό περιβάλλον, ενώ ποικίλουν ανάλογα με την ομάδα στην οποία απευθύνονται. Κατά καιρούς έχουν εφαρμοσθεί διάφορες στρατηγικές κοινωνικής επανένταξης, άλλοτε επιτυχημένες, άλλοτε μη ή ακόμα και

σπασμωδικές. Η αποκατάσταση από την άλλη πλευρά, αναφέρεται στη διαδικασία εκείνη που ακολουθείται, προκειμένου το άτομο να αναρρώσει και να ανακτήσει στο μέγιστο τις δυνατότητές του, ώστε να επανενταχθεί στην κοινωνία. Στην ουσία οι δύο όροι έχουν κοινό στόχο την επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία, έπειτα από ένα διάστημα απουσίας του. Αμφότερες ωστόσο, είναι εφάμιλλες της γενικότερης κοινωνικής αντίδρασης απέναντι σε αυτές τις ομάδες, η οποία και διαμορφώνει την επίσημη κρατική πολιτική.

Η έναρξη μίας χρόνιας πάθησης, ιδίως όταν το άτομο βρίσκεται στην οξεία φάση εκδήλωσης των συμπτωμάτων, έχει αντίκτυπο στην κοινωνική ζωή του ατόμου. Στην ουσία, ο ασθενής καλείται να διαχειριστεί τη συμπτωματολογία της νόσου, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας του σε ένα προστατευμένο περιβάλλον, περιορίζοντας τις κοινωνικές του επαφές. Το γεγονός αυτό, όπως είναι φυσικό, επιφέρει μία «διακοπή» στην κοινωνική ζωή του ατόμου, η οποία εμφανίζεται από τα ελλείμματα που παρουσιάζουν οι γνωστικές, οι κοινωνικές και οι εργασιακές του δεξιότητες. Μία κατάσταση που είναι εντονότερη στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και δη των ατόμων με σχιζοφρένεια, οι οποίοι είναι αντιμέτωποι με το φαινόμενο του κοινωνικού και του εργασιακού αποκλεισμού. Ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με επιπτώσεις στον οικονομικό τομέα και κυρίως στην ανυπαρξία δυνατοτήτων κοινωνικής ένταξης, στην εργασιακή του αποκατάσταση, αλλά και στη δημιουργία οικογένειας (Βασιλοπούλου,2014:235).

Οι χρόνια ψυχικά πάσχοντες, όπως και στο σύνολό τους τα άτομα με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές που έχουν νοσηλευτεί για κάποιο διάστημα σε ψυχιατρικό ίδρυμα, πέραν του χαρακτηριστικού κλινικού τους προφίλ, παρουσιάζουν υψηλά και χρόνια ποσοστά ανεργίας. Μία εικόνα που σχετίζεται με τον αυτοστιγματισμό, τη χρόνια κοινωνική απομόνωση, τα χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας, παρουσιάζοντας σημαντικά γνωστικά και κοινωνικά ελλείμματα. Φαινόμενα που σχετίζονται με την αρνητική συμπτωματολογία, καθώς και με το στίγμα και τη μειονεξία που βιώνουν. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής επανένταξης. Ένας όρος που συνηθίζεται να χρησιμοποιείται στην περίπτωση της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας. Στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η καλλιέργεια και η απόκτηση των κατάλληλων δεξιοτήτων, οι οποίες θα βοηθήσουν τους ψυχικά πάσχοντες να ζήσουν

ανεξάρτητα και αυτόνομα στην κοινότητα, μειώνοντας αισθητά τη συμπτωματολογία της ψυχικής διαταραχής.

Ένα πλήθος μελετητών έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν το περιεχόμενο και τους στόχους αυτών των δράσεων, με την πλειοψηφία να συμφωνεί σε δύο βασικά σημεία. Πρώτον, οι δράσεις αυτές επιδιώκουν τη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνια ψυχικά ασθενή και την ανάπτυξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του. Δεύτερον, αποσκοπούν στην εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, του οποίου οι πόροι θα ανταποκρίνονται και θα καλύπτουν τις ανάγκες του (Ζήση, 2002:37).

Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WHO-WAPR,1996) η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ορίζεται ως μία διαδικασία που διευκολύνει την πρόσβαση των ατόμων με έκπτωση λειτουργικότητας ή με αναπηρία από μία ψυχική διαταραχή, να φθάσουν σε λειτουργικό επίπεδο, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν και να δρουν εντός της κοινότητας. Η επιτυχία αυτής της διαδικασίας προϋποθέτει την εισαγωγή περιβαλλοντικών και κοινωνικών αλλαγών, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Με αυτή την έννοια, οι πολιτικές που σχεδιάζονται θα πρέπει να ακολουθούν τις παρακάτω αρχές (Ζήση,2001:53-54):

- Το σύστημα ψυχικής υγείας πρέπει να αντιμετωπίζει ολιστικά τους ψυχικά πάσχοντες, αναγνωρίζοντας παράλληλα τα θετικά τους χαρακτηριστικά και δυνατότητες.
- Οι ψυχικά ασθενείς δεν δύναται να μην κατέχουν ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μιας και είναι εκείνοι που τις απολαμβάνουν.
- Το σύστημα ψυχικής υγείας θα πρέπει να δεσμεύεται για τη βελτίωση του στεγαστικού, του επαγγελματικού, του εκπαιδευτικού και του κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα. Πολιτικές που διευκολύνουν και συμβάλλουν στην κοινωνική του αποκατάσταση.
- Είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα του συστήματος, η εξειδίκευση των επαγγελματιών αποκατάστασης σε τεχνικές και τεχνογνωσίες απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η εξειδίκευσή τους θα πρέπει να είναι συνεχής, ώστε να

ανταποκρίνεται στις επιστημονικές και στις κοινωνικές εξελίξεις, διασφαλίζοντας κατ' επέκταση την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μέγιστη αποδοτικότητά τους.

- Η εκπλήρωση των παραπάνω αρχών, στηρίζεται στην επιθυμία και στην επιδίωξη του συστήματος για την ανάρρωση του ψυχικά ασθενούς.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση επιδιώκει τη διαχείριση, αλλά και τη μείωση των επιπτώσεων της ψυχικής/συναισθηματικής διαταραχής στην κοινωνική και στην επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Τα προγράμματα αυτά αποτελούν έναν ειδικό κλάδο τριτογενούς πρόληψης, που βασίζονται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, θέτοντας τις βάσεις μιας ολοκληρωμένης και εξειδικευμένης προσέγγισης για αυτά τα άτομα, έχοντας ως βασικό στόχο την αποϊδρυματοποίησή τους.

Ειδικότερα, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν εστιάζει αποκλειστικά στη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου. Σχεδιάζει και προωθεί ειδικές και εξατομικευμένες δράσεις επαγγελματικής αποκατάστασης, βοηθώντας με αυτό τον τρόπο τον ασθενή, ώστε να νιώσει και πάλι ενεργό μέλος της κοινότητας. Δράσεις που προφανώς απαιτούν τις αντίστοιχες αλλαγές σε μακρο-επίπεδο, οι οποίες θα πρέπει να είναι συντονισμένες και ολοκληρωμένες. Απαιτείται κοινωνικός σχεδιασμός, που θα συμβάλλει και θα προάγει την ομαλή κοινωνική επανένταξη αυτών των ατόμων.

Η ύπαρξη ενός κοινοτικού υποστηρικτικού συστήματος είναι ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη και την επιτυχή εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων. Ένα σύστημα που θα απαρτίζεται από ένα δίκτυο υπεύθυνων ατόμων και τοπικών πόρων, απεγκλωβισμένο από τυχόν στερεοτυπικές αντιλήψεις. Τα οφέλη αυτού του δικτύου, επιβεβαιώνονται μέσα από τα πορίσματα διαφόρων ερευνών, βάσει των οποίων παρατηρείται ύφεση της συμπτωματολογίας, μείωση του αριθμού των νοσηλειών και της διάρκειας παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Επιπλέον, διαπιστώνεται βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η οποία συνοδεύεται από επιτυχημένη μετάβαση στην κοινότητα και αυτόνομη διαβίωση. Τα άτομα διεκδικούν την κοινωνική και την επαγγελματική τους ένταξη, απολαμβάνοντας τα δικαιώματά τους (Ζήση,2002:41).

Η αποτελεσματικότητα ενός κοινοτικού υποστηρικτικού συστήματος προϋποθέτει την εφαρμογή και την τήρηση ορισμένων βασικών αρχών. Θα πρέπει αρχικά να έχει

προβλεφθεί ο ακριβής αριθμός των ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως και η διερεύνηση των αναγκών τους, ώστε να υπάρξει ο κατάλληλος σχεδιασμός. Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει ο κίνδυνος κατάρρευσης αυτών των υπηρεσιών, εξαιτίας της καχυποψίας και της μη ανταπόκρισης του κοινού απέναντί τους. Είναι δε εξίσου σημαντικό, οι υπηρεσίες αυτές να είναι κατάλληλα στελεχωμένες και καταρτισμένες, προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες αυτών των ατόμων, όπως και στις εκάστοτε επιστημονικές εξελίξεις. Η χρήση τους, θα πρέπει να είναι συντονισμένη και οργανωμένη, με την πρόσβασή τους να ρυθμίζεται από καθορισμένες νομικές και οικονομικές υπηρεσίες. Η πρόσβαση τους μάλιστα θα πρέπει να είναι εύκολη και να προάγεται μέσα από ειδικές δράσεις ενημέρωσης, ενώ η λειτουργία τους θα πρέπει να είναι συνεχής, καλύπτοντας ένα εύρος βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων, διότι διαφορετικά ενδέχεται να επηρεάσει δυσμενώς τις πιθανότητες επανένταξης (Μαδιανός,2015:170-175).

Οι υπηρεσίες αυτές δεν θα πρέπει ωστόσο να περιορίζονται αποκλειστικά στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο και στην εποπτευόμενη διαβίωση των ασθενών. Απαιτείται η πρόβλεψη και ο σχεδιασμός μέτρων που θα αφορούν την κοινωνική τους επανένταξη, εστιάζοντας και προσπαθώντας να καλυφθούν οι βασικές βιοτικές τους ανάγκες. Ανάμεσα σε αυτές τις δράσεις είναι η παροχή προστατευόμενων κατοικιών, ξενώνων, καθώς και άλλων ψυχαγωγικών και κοινοτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες βοηθούν το άτομο να συμμετέχει ενεργά στην κοινοτική ζωή. Δράσεις οι οποίες συμβάλλουν επίσης στην εξάλειψη της εξάρτησης του ατόμου από το οικογενειακό ή νοσοκομειακό περιβάλλον/προσωπικό, βοηθώντας το να νιώσει ανεξάρτητο, αυτόνομο, αυτόβουλο, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή του (Μαδιανός,2015:170-175).

Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε στεγαστικές δομές της κοινότητας τέθηκε ως προτεραιότητα των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων από τα μέσα της δεκαετίας του 1950. Ένας στόχος που αντανάκλα το πρώτο βήμα στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης, μεταβάλλοντας αισθητά τα μέχρι τότε μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης. Ένα μέτρο που απέβλεπε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, με την αποτελεσματικότητά του να βασίζεται σε μία οικιστική συνέχεια, αλλά και στην παροχή ευέλικτων και εξατομικευμένων υπηρεσιών, στηριζόμενες πάντα στις ανάγκες του πρώην νοσηλευόμενου (Rössler,2006).

Είναι σημαντικό ο ασθενής να μην νιώθει ότι βρίσκεται σε μία θεραπευτική δομή που του διασφαλίζει μόνο στέγη, δίχως να λαμβάνονται υπόψιν οι δικές του ανάγκες και προτιμήσεις. Ένα μέτρο που ουσιαστικά δεν διαφέρει από την παραμονή σε ένα ασυλιακό περιβάλλον, που ο ίδιος απλά ακολουθεί το πρόγραμμα. Προκειμένου να νιώσει ελεύθερος και αυτόνομος, θα πρέπει να παρέχονται ένα σύνολο στεγαστικών επιλογών, ευελιξία παραμονής στις στεγαστικές δομές και σύνδεση του στεγαστικού σχεδιασμού με το θεραπευτικό μοντέλο. Μέτρα, που θα ανταποκρίνονται στις στεγαστικές προτιμήσεις και στις ανάγκες των ίδιων των ασθενών (Ζήση,2002:128-129).

Σύμφωνα με μελέτες, η κύρια επιλογή των ατόμων αυτών φαίνεται να είναι η αυτόνομη διαβίωση. Μία επιλογή που δεν πρέπει να προξενεί εντύπωση, ακριβώς λόγω των δυνατοτήτων που παρέχει. Ακολουθεί η παραμονή στην οικογένεια, η οποία θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο πλαίσιο της προστασίας και της εξοικείωσης που νιώθουν εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι δομές στεγαστικής αποκατάστασης από την άλλη πλευρά, συγκεντρώνουν τα χαμηλότερα ποσοστά, τα οποία θα μπορούσαν να οφείλονται στις εκάστοτε κοινωνικές αντιλήψεις και πρότυπα, που ενυπάρχουν εντός της ελληνικής κοινωνίας. Άλλο ένα εύρημα που αξίζει να αναφερθεί, είναι η δυσαρέσκεια των συνεντευξιζόμενων για τα ψυχιατρικά ιδρύματα, καθώς και η επιθυμία τους να συγκατοικήσουν με έναν φίλο ή τον ερωτικό τους σύντροφο και όχι με άλλους ασθενείς (Ζήση,2002:154-156).

Ανεξάρτητα από τις προτιμήσεις και τα χαρακτηριστικά των ασθενών, απαιτείται εξαιρετική προσοχή σε παράγοντες που σχετίζονται με την κοινότητα. Η αντίδραση της τοπικής κοινότητας και κυρίως τα επίπεδα ανοχής της σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα είναι καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα, όπως και για την εξέλιξη του προγράμματος. Συμπεριφορές οι οποίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις δυνατότητες κοινωνικής επανένταξής τους, ενώ σχετίζονται άμεσα με το στίγμα. Άλλοι παράγοντες που διαμορφώνουν την έκβαση του προγράμματος, είναι τα δομικά και τα διαδικαστικά χαρακτηριστικά του, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και των χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών (Ζήση,2001).

Είναι γεγονός ότι η θετική έκβαση της μεθόδου αυτής είναι αναμφισβήτητη, αρκεί να υπάρχει η σωστή προετοιμασία των νοσηλευόμενων για τη μετάβαση αυτή, η οποία θα πρέπει να είναι συντονισμένη και να μην πραγματοποιείται τελευταία

στιγμή. Δεν παύει να συνιστά μία αλλαγή περιβάλλοντος, η οποία είναι δυνατόν να «πυροδοτήσει» αποκλίνουσες συμπεριφορές και διάφορα ξεσπάσματα, τα οποία προβλέπεται να οξυνθούν από την αύξηση των κοινωνικών ερεθισμάτων που δημιουργούνται στις νέες στεγαστικές δομές. Οι συμπεριφορές αυτές ερμηνεύονται μέσω της θεωρίας του άγχους, με το διάστημα προσαρμογής να κυμαίνεται από έξι με δώδεκα μήνες. Στη συνέχεια, υπάρχει βελτίωση της συμπεριφοράς και αξιοσημείωτες αλλαγές σε επίπεδο αυτοφροντίδας, στη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου, στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων του λόγου αλλά και της κοινωνικής του συμμετοχής (Ζήση και συν.,2005:78-82).

Εστιάζοντας τώρα στη δομή των θεραπευτικών προγραμμάτων, το πρώτο ίσως και το σημαντικότερο βήμα είναι η αναγνώριση των ελλειμμάτων που εμποδίζουν την εργασιακή και την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, συνεπώς η εκπαίδευσή τους σε αυτές θα του επιτρέψουν όχι μόνο να συμμετέχει ενεργά και αποτελεσματικά στην καθημερινή ζωή, αλλά και να μπορέσει να εξασφαλίσει την εργασιακή του ένταξη.

Πράγματι, η εργασία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη ζωή ενός ατόμου με τις επιπτώσεις της να είναι πολυδιάστατες και πολυσύνθετες, καλύπτοντας ένα εύρος αναγκών. Συνιστά ένα δευτερογενή φορέα κοινωνικοποίησης, που συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση αλλά και στην επιβεβαίωση της κοινωνικής ταυτότητας του ατόμου. Ο πολυδιάστατος ρόλος της, εμφανίζεται και στην ψυχική υγεία, μιας και συνδέεται με το αίσθημα της ικανοποίησης, την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και την κατάκτηση της αυτοεικόνας, τα οποία δρουν καταλυτικά στην γενικότερη ταυτότητα του ατόμου. Ακόμα και σε περιπτώσεις που απουσιάζει το κοινωνικό δίκτυο, η εργασία μπορεί και καλύπτει αυτό το «κενό» προσδίδοντας μία ρουτίνα στη ζωή του ατόμου και μία ευκαιρία για ενεργό συμμετοχή.

Με βάση τα παραπάνω, η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί έναν από τους βασικότερους άξονες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Η εργασία φαίνεται να βοηθά αποτελεσματικά τον ασθενή αφενός στη μείωση της αρνητικής συμπτωματολογίας και αφετέρου, στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Μέσω αυτής της διαδικασίας, το άτομο αποκτά πλέον ένα ενεργό ρόλο, ο οποίος μπορεί σταδιακά να οδηγήσει στην ανεξαρτητοποίηση και στην αυτονόμησή του, επιδρώντας καταλυτικά στην αυτοεκτίμησή του. Στη χώρα μας, η επαγγελματική

αποκατάσταση προϋποθέτει μία σειρά από γραφειοκρατικές διαδικασίες, όπως είναι η έκδοση κάρτας ανεργίας από τον ΟΑΕΔ ως ΑμΕΑ, ενώ δίνονται κίνητρα στους επιχειρηματίες, ώστε να προχωρήσουν στην πρόσληψη αυτών των ατόμων (Βασιλοπούλου,2014:244).

Τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης αναπτύσσονται μέσα από διάφορα στάδια και βαθμίδες, καλύπτοντας ένα εύρος ικανοτήτων και αναγκών. Παράλληλα ο σχεδιασμός τους γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλύπτεται και το χάσμα μεταξύ της ανταγωνιστικής και της μεταβατικής απασχόλησης, προετοιμάζοντας κατάλληλα το άτομο για αυτήν τη μετάβαση. Ειδικότερα, κατά τη μεταβατική απασχόληση παρέχεται ένα προσωρινό εργασιακό περιβάλλον, προσανατολισμένο στην εκμάθηση των δεξιοτήτων εκείνων που θα του επιτρέψουν να ενταχθεί σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Στις περιπτώσεις όμως που το άτομο παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά αναπηρίας, τότε στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η εκμάθηση τεχνικών για την εύρεση εργασίας, συμπλήρωσης βιογραφικών σημειώσεων και αιτήσεων για δουλειά, καθώς και συμμετοχής σε συνεντεύξεις εργασίας (Rössler,2006).

Υπάρχουν βέβαια άτομα, που η συμπτωματολογία της νόσου παρεμποδίζει την είσοδό τους στην αγορά εργασίας. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα, είναι οι πάσχοντες με σχιζοφρένεια, οι οποίοι μοιάζουν να αδυνατούν να εργασθούν και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις μίας κανονικής εργασίας, πλήρους απασχόλησης (Βασιλοπούλου και συν.2010). Ο Trieman (1997, αναφέρεται στη Ζήση,2002:34-35) περιγράφοντας τα κύρια χαρακτηριστικά που συναντώνται στους νοσηλευόμενους που θεωρούνται «δύσκολοι προς μετάβαση», τους προσδιορίζει σχετικά νέους άνδρες, που επιδεικνύουν επαναλαμβανόμενη επιθετική συμπεριφορά και τείνουν να μην συμμορφώνονται με τη φαρμακευτική αγωγή ή να αντιστέκονται σε αυτή. Στην πλειοψηφία τους, έχουν διαγνωστεί από σχιζοφρενική ψύχωση σε υψηλά επίπεδα, έχουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, προκαλούν προβλήματα στο προσωπικό των κοινοτικών στεγαστικών δομών και έχουν αξιολογηθεί αρνητικά από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν και άλλες μελέτες, όπου έπειτα από την εξέταση μακροχρόνιων δεδομένων υπογραμμίζουν την αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αρνητική συμπτωματολογία και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων. Στο σύνολό τους, οι

συμμετέχοντες που βρήκαν κάποια εργασία παρουσίαζαν χαμηλότερη συμπτωματολογία, σε αντίθεση με εκείνους που δεν βρήκαν, δίχως να διαπιστώνονται διαφορές σε κλινικό επίπεδο³⁶ (Ζήση,2001). Στον αντίποδα αυτών των ερευνών, ο Lehman αναφορικά με τις παρεμβάσεις επαγγελματικής αποκατάστασης για τα άτομα με σχιζοφρένεια, υπογραμμίζει το θετικό τους αντίκτυπο στη βελτίωση των εργασιακών δεξιοτήτων, στην αύξηση της εργασιακής λειτουργικότητας, στη μείωση των ψυχιατρικών εισαγωγών και στην καλύτερη κοινωνική δραστηριοποίηση (Ζήση,2002:54-55).

Άλλοι ερευνητές εξετάζουν τις επιπτώσεις της ανακοίνωσης της νόσου στο εργασιακό περιβάλλον και τις μεταβολές που μπορεί να επιφέρει. Δεν θα ήταν υπερβολή να ειπωθεί ότι οι ασθενείς μοιάζουν να βρίσκονται σε μία διλημματική κατάσταση. Υπάρχει προφανώς ο φόβος, θεωρώντας ότι η γνωστοποίηση της κατάστασής τους μειώνει τις πιθανότητες πρόσληψής τους, λόγω του στίγματος αλλά και της καχυποψίας που θα δημιουργηθεί στο υπόλοιπο προσωπικό. Νιώθουν επίσης ότι ακόμα και στην περίπτωση που θα προσληφθούν στη δουλειά, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τα επιφυλακτικά, καχύποπτα βλέμματα αλλά και τα σχόλια των συναδέλφων τους, γεγονός που τους επηρεάζει ψυχοσυναισθηματικά. Από την άλλη πλευρά, η ανακοίνωση αυτή μπορεί να διαμορφώσει ένα διαφορετικό κλίμα συνεργασίας και επικοινωνίας, μιας και επιτρέπει στον εργοδότη να έχει μία καλύτερη κατανόηση και γνώση της συμπτωματολογίας του ατόμου, που θα τον βοηθήσουν να είναι πιο ανεκτικός με τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου, στην περίπτωση πιθανής υποτροπής ή σε αλλαγές που σχετίζονται με το ωράριο και το αντικείμενο εργασίας (Βασιλοπούλου,2014:244-245).

Η επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων προσκρούει σε πάγια, εδραιωμένα, στερεότυπα και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια, με αποτέλεσμα οι πιθανότητες απασχόλησής τους να είναι ελάχιστες. Μία κατάσταση που έχει αντίκτυπο στην οικονομική τους ανεξαρτητοποίηση. Μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών των ατόμων εργάζονται, αντιμετωπίζοντας συχνά ένα εχθρικό, καχύποπτο εργασιακό περιβάλλον, με τις δυνατότητες εργασιακής τους ανέλιξης να είναι περιορισμένες, αν όχι μηδαμινές, βιώνοντας συγχρόνως συνθήκες

³⁶ Τα συμπεράσματα αυτά δεν μπορούν να γενικευθούν μιας και απαιτούνται επιπλέον έρευνες που θα διερευνούν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα και όχι τις βραχυπρόθεσμες καταστάσεις. Θα πρέπει επίσης να μελετώνται και άλλες μεταβλητές ως προγνωστικοί δείκτες όπως είναι τα κίνητρα, τα εργασιακά ενδιαφέροντα και οι εσωτερικές ψυχολογικές εκτιμήσεις (Ζήση,2001).

εκμετάλλευσης και διακρίσεων. Για την πλειοψηφία, η οικονομική τους βιωσιμότητα φαίνεται να στηρίζεται αποκλειστικά στο οικογενειακό περιβάλλον. Η κατάσταση αυτή έχει αντίκτυπο στην ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση, εντείνοντας τα συναισθήματα απογοήτευσης, δυσαρέσκειας, εσωστρέφειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Στην πραγματικότητα, οι ευκαιρίες επαγγελματικής αποκατάστασης για αυτήν τη πληθυσμιακή ομάδα μοιάζουν να είναι εξαιρετικά περιορισμένες, οι οποίες θα μπορούσα να συνοψισθούν ως εξής (Ζήση,2002:51-52):

- Προστατευόμενα εργαστήρια, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στις συνθήκες της αγοράς εργασίας.
- Κοινωνικοί συνεταιρισμοί και κοινωνικές επιχειρήσεις. Πρόκειται για οργανωμένες, παραγωγικές δομές, που προσφέρουν ένα αξιόπιστο εργασιακό περιβάλλον, εναρμονισμένο με τις απαιτήσεις της αγοράς εργασίας.
- Υποστηριζόμενη απασχόληση. Σε αυτή την περίπτωση, η εργασία πραγματοποιείται στην ελεύθερη αγορά, παρέχοντας την κατάλληλη υποστήριξη όχι μόνο στον απασχολούμενο, αλλά και στον εργοδότη, στον οποίο δίνονται αξιόλογα οικονομικά κίνητρα, με την ανάλογη ψυχοκοινωνική υποστήριξη στον απασχολούμενο.

Η υποστηριζόμενη απασχόληση φαίνεται να είναι το πιο υποσχόμενο μοντέλο επαγγελματικής απασχόλησης. Αυτό οφείλεται στο ότι η επανένταξη του ατόμου στην ελεύθερη αγορά στηρίζεται σε πραγματικές, μακροχρόνιες δυνατότητες και όχι σε προσωρινές λύσεις. Χρειάζεται όμως προσοχή, για να είναι επιτυχής η τοποθέτηση ενός ασθενούς σε κάποιο μοντέλο απασχόλησης. Για την Νικολάου (2014:252-253), υπάρχουν τρεις βασικοί παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν. Αρχικά, η επιθυμία του χρήστη, όπως και οι επαγγελματικοί του στόχοι, δηλαδή ποιο είναι το εργασιακό περιβάλλον που θα επιθυμούσε να ενταχθεί και γιατί. Με αυτό τον τρόπο, έστω και αν δεν είναι εφικτό το να εργαστεί στο συγκεκριμένο χώρο, προσφέρει την κατάλληλη γνώση, ώστε να βρεθεί ένα άλλο περιβάλλον που θα ταιριάζει στα θέλω του. Ένα περιβάλλον που θα είναι «επιλεγμένο» από τον ίδιο, γεγονός που θα συμβάλλει στην καλύτερη ένταξή του, στην ψυχοσυναισθηματική του υγεία, όπως και στη λειτουργικότητα, στην παραγωγικότητά του. Η τοποθέτηση σε αυτό το εργασιακό περιβάλλον, πρέπει να είναι άμεση και όχι σταδιακή, παρέχοντάς του τα αντίστοιχα κίνητρα. Μία τοποθέτηση που πέρα από την αίσθηση του ανήκειν,

προσφέρει επίσης μία αίσθηση μονιμότητας στο χρήστη, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Η φάση προ-απασχόλησης, είναι εξίσου σημαντική για την επιτυχία του προγράμματος, μιας και προσφέρει το απαραίτητο πληροφοριακό υλικό στο χρήστη και στην οικογένειά του για την ένταξή του, προετοιμάζοντάς τον καλύτερα. Μία φάση που θα του επιτρέψει να ξεκαθαρίσει την εικόνα του για τα εργασιακά του θέλω και τα οφέλη αυτής της διαδικασίας.

Στη χώρα μας, πραγματοποιούνται διάφορες δράσεις για την επαγγελματική επανένταξη αυτής της πληθυσμιακής ομάδας, προσφέροντας και τα απαραίτητα κίνητρα στους εργοδότες. Ο σχεδιασμός αυτών των προγραμμάτων είναι εξαιρετικά πρόσφατος, μιας και οι πρώτες οργανωμένες δράσεις αρχίζουν να αναπτύσσονται την δεκαετία του 2010, με την επιτυχία τους να παραμένει περιορισμένη, εξαιτίας της ελλειπούς ενημέρωσης των εργοδοτών. Μία κατάσταση που πρέπει να εξετάζεται και να ερμηνεύεται βάσει του γενικότερου πλαισίου δράσεων ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για θέματα ψυχικής υγείας και της διαίωνισης του στίγματος στην κοινότητα.

Παρά την ανάγκη για περαιτέρω προσπάθειες ενίσχυσης και προώθησης των ευκαιριών απασχόλησης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι έχουν υπάρξει σημαντικά βήματα και πρωτοβουλίες, όχι μόνο από δημόσιους φορείς αλλά και από ιδιώτες. Ο Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) αναδιαμορφώνει τα προγράμματά του, σχεδιάζοντας πλέον συντονισμένες δράσεις που στοχεύουν στην απασχόληση αυτής της κοινωνικής ομάδας. Κατά την υλοποίηση του προγράμματος «Γέφυρες απασχόλησης», η Πανελλαδική Ένωση για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επαγγελματική επανένταξη (ΠΕΨΑΕΕ) αναφέρει την κατάρτιση εξήντα (60) ανέργων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες σε τέσσερις ειδικότητες με ζήτηση, την κατάρτιση πενήντα (50) εργαζομένων σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, τη δημιουργία ενός μοντέλου υποστηριζόμενης απασχόλησης για την ψυχική υγεία, αλλά και την διεξαγωγή ερευνών αξιολόγησης των αναγκών της αγοράς εργασίας και των δυνατοτήτων απασχόλησης ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Η κατάκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι αναγκαία στην προσπάθεια επανένταξης αυτών των ατόμων στην κοινότητα, γεγονός που θα τους επιτρέψει να ενισχύσουν τη λειτουργικότητα, αλλά και την ικανότητά τους στην επίλυση

καθημερινών προβλημάτων. Δύο δεξιότητες που σχετίζονται άμεσα με την κοινωνική ζωή. Η ενίσχυση της λειτουργικότητας του ατόμου συνδέεται με την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων με μέλη της οικογένειας και του προσωπικού. Έρευνες δε υποδεικνύουν ότι σχετίζεται με τη μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και του κοινωνικού άγχους. Οι ασθενείς γίνονται πιο δυναμικοί, αποκτούν έλεγχο στη ζωή τους και ανεξαρτητοποιούνται. Τα πλεονεκτήματα ωστόσο της μεθόδου αυτής εμφανίζονται αργά, αναδεικνύοντας την ανάγκη της μακροπρόθεσμης παροχής της, για την αποτελεσματικότερη απόκτηση και διατήρηση των δεξιοτήτων (Rössler,2006).

Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες δεν είναι μονοδιάστατη. Καλύπτει ένα εύρος δεξιοτήτων, στηρίζεται σε μεμονωμένες ενότητες, ενώ για την κατάκτησή τους χρησιμοποιείται ένα σύνολο εργαλείων όπως είναι το παιχνίδι ρόλων, δραστηριότητες σε πραγματικό περιβάλλον, η επίδειξη βίντεο, αλλά και εργασίες στο σπίτι. Τα βήματα και οι διαδικασίες μάθησης που χρησιμοποιούνται, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Βασιλοπούλου,2014:243-244):

- Αναγνώριση του προβλήματος.
- Στοχοθέτηση.
- Παίξιμο ρόλων/ συμπεριφορικές πρόβες.
- Θετική και επανορθωτική ανατροφοδότηση.
- Κοινωνική προσομοίωση.
- Συμπεριφορική εξάσκηση.
- Θετική κοινωνική ενίσχυση.
- Εργασία στο σπίτι.
- Επίλυση προβλήματος.

Η διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων, δεν πρέπει να εξετάζεται ανεξάρτητα από το ρόλο της οικογένειας και ιδίως από την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Η οικογένεια αποτελεί ένα από τους βασικότερους κοινωνικούς θεσμούς και φορείς κοινωνικοποίησης στη ζωή ενός ατόμου. Είναι υπεύθυνη σε μεγάλο βαθμό, για την ανάπτυξη των γνωστικών, συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ δρα καταλυτικά στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, με τις επιπτώσεις της να είναι έκδηλες κατά τη μετέπειτα ενήλικη ζωή του.

Για πολλά άτομα, η οικογένεια συνιστά ένα συναισθηματικό καταφύγιο, που παρέχει την ανάλογη υλική και συναισθηματική υποστήριξη, όταν την χρειάζονται. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που οι οικογένειες δεν δείχνουν την ανάλογη στάση, με αποτέλεσμα το άτομο να νιώθει ότι είναι μόνο του, βιώνοντας συναισθήματα απόρριψης και άρνησης. Συναισθήματα που όταν η «πηγή» τους βρίσκεται στο οικογενειακό περιβάλλον, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχοσυναισθηματική του υγεία και γενικότερα στη λειτουργικότητά του.

Σχεδόν, το 80% των ψυχικά ασθενών ζουν με την οικογένειά τους. Μία κατάσταση, όπου εκτός από την κλινική τους συμπτωματολογία, ερμηνεύεται από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Αυτό βέβαια, δεν σημαίνει ότι όλες οι οικογένειες είναι κατάλληλα προετοιμασμένες ή και ικανές να παρέχουν πλήρη υποστήριξη στα μέλη τους με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές. Μία κατάσταση που μπορεί να οφείλεται σε δομικούς παράγοντες εντός της οικογένειας, στην απουσία των κατάλληλων οικονομικών παροχών, καθώς και στην υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων και του στίγματος περί ψυχικής υγείας. Οι συνθήκες αυτές, όπως είναι φυσικό, διαμορφώνουν ένα εξαιρετικά στρεσογόνο περιβάλλον, επηρεάζοντας αρνητικά την αυτοεκτίμηση των ψυχικά πασχόντων, τη σωματική και την ψυχική τους υγεία, με την ψυχοσυναισθηματική τους υγεία να επιβαρύνεται από την έλλειψη υποστήριξης και πόρων.

Το κοινωνικό στίγμα και η κοινωνική αντίδραση των οικείων δεν είναι οι μοναδικές προκλήσεις που καλούνται να διαχειριστούν οι οικογένειες των ψυχικά πασχόντων. Είναι πιθανόν οι φροντιστές να αναγκάζονται να σταματήσουν την εργασία τους ή να μειώσουν τις ώρες απασχόλησης, προκειμένου να ανταποκριθούν στην περίθαλψη και στις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς. Το γεγονός αυτό έχει αντίκτυπο στο οικογενειακό εισόδημα, το οποίο περιορίζεται αισθητά και το οποίο εμφανίζεται στον τρόπο και στην ποιότητα ζωής όλων των μελών της οικογένειας. Εάν μάλιστα, υπολογιστούν και τα αυξημένα έξοδα για την ψυχιατρική περίθαλψη του πάσχοντα, τότε γίνεται αντιληπτή η οικονομική δυσχέρεια της οικογένειας, με ανάλογο αντίκτυπο στη σωματική και στην ψυχική υγεία των μελών της.

Ένας άλλος παράγοντας που εντείνει την ψυχοσυναισθηματική υγεία αυτών των οικογενειών είναι η συρρίκνωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, φθάνοντας σταδιακά ακόμα και στην κοινωνική απομόνωση. Αυτό οφείλεται στον περιορισμένο

διαθέσιμο χρόνο και στα αισθήματα ντροπής και κοινωνικού στιγματισμού που βιώνουν. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο κοινωνικής απομόνωσης και ενοχής, επαναπροσδιορίζονται οι ενδοοικογενειακοί ρόλοι, αυξάνονται οι συγκρούσεις ανάμεσα στο ανδρόγυνο, επιφέροντας ρήξη, η οποία ενδεχομένως μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στο διαζύγιο (Ζήση, 2002:180-182).

Τα κενά του Κράτους και της Πολιτείας απέναντι σε αυτά τα άτομα, επιχειρούν να καλύψουν διάφορες εθελοντικές οργανώσεις και σύλλογοι οικογενειών και χρηστών, όπως είναι η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ), που ιδρύθηκε το 2003 και δραστηριοποιείται σε διάφορους νομούς της χώρας. Η λειτουργία αυτών των οργανώσεων είναι καθοριστική, μιας και προσφέρουν ένα χώρο ανάπτυξης και εφαρμογής νέων μορφών κοινωνικής βοήθειας με πολλαπλά οφέλη. Συμβάλλουν στη μείωση του ποσοστού υποτροπής, στην παροχή καλύτερων συνθηκών επανένταξης, στην πρόληψη φαινομένων κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού, στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας (Νομίδου, 2009:104).

Η ύπαρξη αυτού του υποστηρικτικού δικτύου διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ισότιμη, κοινωνική συμμετοχή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, όπου θα διασφαλίζονται και θα προάγονται τα πολιτικά, τα ατομικά και τα νομικά τους δικαιώματα. Για την επιτυχή έκβαση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης απαιτούνται ένα σύνολο δράσεων που προσανατολίζονται τόσο σε ομαδικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Η εφαρμογή τους δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη. Ο σχεδιασμός τους θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν το σύνολο της κοινωνίας, καλύπτοντας κάθε πτυχή της κοινωνικής, προσωπικής, οικονομικής και ψυχοσωματικής υγείας του ατόμου. Με λίγα λόγια, οι δράσεις αυτές θα πρέπει να εξετάζουν ολιστικά το άτομο και να αναπτύσσονται ως εξής (Ζήση, 2002:38-40):

- Σε κλινικό επίπεδο. Οι δράσεις στοχεύουν στην καλύτερη διαχείριση και αντιμετώπιση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αν όχι στη μείωσή της. Η διαχείριση αυτή είναι το πρώτο βήμα στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης του ασθενούς.
- Σε λειτουργικό επίπεδο. Η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, που θα επιτρέψουν στον ασθενή να είναι αυτόνομος και ανεξάρτητος, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται ο ίδιος στα καθημερινά του προβλήματα. Ένας στόχος που

βοηθά στον «απεγκλωβισμό» του ατόμου από σχέσεις εξάρτησης είτε με το οικογενειακό, είτε με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

- Σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι παρεμβάσεις σε αυτό το επίπεδο, αφορούν δράσεις που ενισχύουν την αυτοεικόνα, την αυτοεκτίμηση, τη διαχείριση αρνητικών σκέψεων, βοηθώντας παράλληλα στην επανασυγκρότηση της προσωπικής του ταυτότητας, της ενεργούς εμπλοκής και της αυτονομίας του. Δράσεις που αναδιαμορφώνουν την κοινωνική και την προσωπική του ταυτότητα.
- Σε διαπροσωπικό επίπεδο. Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού δικτύου, συμβάλλει στη συναισθηματική και στην πρακτική υποστήριξη των οικογενειών και των χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών.
- Σε στεγαστικό επίπεδο. Η εξασφάλιση ενός στεγαστικού περιβάλλοντος που θα καλύπτει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ψυχικά πάσχοντα είναι εξαιρετικά σημαντικό, διότι του προσφέρει μία αίσθηση μονιμότητας και όχι κάτι πρόσκαιρο, μία προσωρινή λύση.
- Σε επαγγελματικό επίπεδο. Η επαγγελματική απασχόληση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη ζωή του, αφού του διασφαλίζει ένα επίπεδο ζωής, αλλά και τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής και συγκρότησης ενός κοινωνικού ρόλου.

Όσον αφορά τις δράσεις σε μακρο-επίπεδο, εκτός από την υλική και ηθικο-πνευματική υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους, θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας. Είναι άλλωστε κοινά αποδεκτό, ότι η άγνοια και η αμάθεια είναι υπαίτιες για την αναπαραγωγή αρνητικών στερεοτυπικών αντιλήψεων που δυσχεραίνουν το έργο της επανένταξης αυτών των ατόμων. Μόνο με αυτό τον τρόπο μπορούν να σχεδιαστούν στην πράξη υπηρεσίες, που θα προάγουν και θα προστατεύουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τη φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου.

Κλείνοντας, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν μπορούν να ομαδοποιούνται και να αντιμετωπίζονται συλλογικά. Κάθε περίπτωση έχει τις δικές τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες, με αποτέλεσμα να απαιτείται αναδιαμόρφωση και εξατομίκευση του προγράμματος. Η υλοποίηση αυτών των δράσεων απαιτεί μικρά και συντονισμένα βήματα υλοποίησης, ώστε να δίνεται ο απαραίτητος χρόνος

προσαρμογής στο άτομο. Στόχος των προγραμμάτων θα πρέπει να είναι η πρόληψη, η αποφυγή υποτροπών, η προαγωγή της υγείας και η καταπολέμηση του στίγματος. Δράσεις που απαιτούν το συνεχή αναπτυξιακό προγραμματισμό και συντονισμό των εμπλεκόμενων φορέων. Με αυτή την έννοια, το ελληνικό κράτος καλείται να «αντιμετωπίσει» το μεγαλύτερο εχθρό του που δεν είναι άλλος, από την εκτενή γραφειοκρατία.

3.4.Η περίπτωση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ)

Η αδυναμία του κράτους να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ευπαθών κοινωνικών ομάδων οδήγησε στην ανάπτυξη ενός «τρίτου τομέα» της οικονομίας, που συναντάται και ως «μη κερδοσκοπικός τομέας» ή τομέας της «κοινωνικής οικονομίας». Ο χώρος αυτός, που απαρτίζεται από συνεταιριστικές επιχειρήσεις, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, κοινωνικές επιχειρήσεις και διαφόρων μορφών ενώσεων, «καλύπτει» το κενό μεταξύ αγοράς και κράτους, εξυπηρετώντας κοινωνικούς σκοπούς. Οι οργανισμοί αυτοί έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Είναι ανεξάρτητοι, έχοντας κάποια θεσμική οντότητα, ενώ στηρίζονται στις αρχές της αλληλεγγύης και της συνεργασίας, όπως και σε δράσεις εθελοντισμού και αυτοοργάνωσης των πολιτών (Μπιλανάκης,2006:31-35).

Ο τομέας αυτός καλύπτει σημαντικά κενά των κρατικών πολιτικών, ιδίως απέναντι σε ευάλωτες, ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, με τη λειτουργία τους να εξυπηρετεί ταυτοχρόνως κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς σκοπούς. Είναι ενδεικτικό ότι σε φορείς του κοινωνικού τομέα στην Ευρωπαϊκή Ένωση απασχολούνται περίπου 5.200.000 άτομα, με το αντίστοιχο ποσοστό στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής να κυμαίνεται στα 7.000.000 (Μπιλανάκης,2006:31-35).

Μέχρι τη δεκαετία του 1990, η ανάπτυξη του τρίτου τομέα της «κοινωνικής οικονομίας» στη χώρα μας ήταν εξαιρετικά περιορισμένη. Ο ρόλος της περιοριζόταν αποκλειστικά στην άσκηση πολιτικής πίεσης, μην έχοντας ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην παροχή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ένας ρόλος που αναδιαμορφώνεται με τον Ν.2731/1999, ο οποίος προσφέρει το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο για τη δημιουργία και τη δράση τους.

Οι χρόνιες δυσλειτουργίες του ελληνικού διοικητικού συστήματος, όπως και η απουσία μίας ισχυρής παράδοσης σε αυτό το θεσμό, είχε ως συνέπεια να παραμείνει

σε «νηπιακή κατάσταση», η οποία φάνηκε να μεταβάλλεται με την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης. Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που διαμορφώθηκαν, ανέδειξαν την ανάγκη για την πραγμάτωση τέτοιων πρωτοβουλιών, οι οποίες «κορυφώθηκαν» έπειτα από την προσφυγική/μεταναστευτική κρίση. Παρόλα αυτά, ακόμα και σήμερα ο χώρος της κοινωνικής οικονομίας στη χώρα βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Το ίδιο διάστημα πραγματοποιούνται αξιοσημείωτες μεταβολές στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης. Εμφανίζεται το μοντέλο της αποασυλοποίησης, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται δράσεις και υπηρεσίες στην κοινότητα για την κοινωνική επανένταξη αυτών των ατόμων, στοχεύοντας στην αυτόνομη-ημιαυτόνομη διαβίωση. Στην Ελλάδα οι προσπάθειες αυτές έχουν ως ορόσημο τον Κανονισμό 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος προχωρά στην έγκριση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης στη χώρα, ώστε να προχωρήσει στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή κατάλληλων ειδικών προγραμμάτων. Αυτή τη φορά, η χώρα καλείται να προωθήσει και να διασφαλίσει την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών, μέσα από ένα σύνολο ειδικών δράσεων, που θα ανταποκρίνονται σε ένα σύνολο αναγκών, όπως είναι η παροχή στέγασης και η επαγγελματική αποκατάστασή τους.

Αρχές της δεκαετίας του 1990, αρχίζουν να αναδύονται οι πρώτες πρωτοβουλίες επαγγελματικής ένταξης των ασθενών, που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή σε ψυχιατρικούς ξενώνες στην κοινότητα. Οι πρωτοβουλίες αυτές είχαν κυρίως το σχήμα ανεπίσημων «προστατευμένων στεγαστικών εργαστηρίων» ή ανεπίσημων «συνεταιριστικών θεραπευτικών μονάδων». Η λειτουργία των τελευταίων δεν βασίστηκε σε ένα υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο, αλλά σε έναν εσωτερικό κανονισμό. Το Διοικητικό Συμβούλιο αυτών των μονάδων, αποτελούνταν από το προσωπικό του νοσοκομείου και ασθενείς που εργαζόνταν στη μονάδα. Συγχρόνως, εμφανίζονται οι πρώτες παραγωγικές μονάδες μικρής κλίμακας για ψυχικά ασθενείς, που είχαν τη μορφή της «αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας» ή του «αγροτικού συνεταιρισμού». Η ιδιαιτερότητα αυτών των μονάδων έγκειται στο ότι χαρακτηρίζονται από μία σχετική αυτονομία από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τους κοινοτικούς φορείς ψυχικής υγείας, έχοντας επιχειρηματικό, παραγωγικό προσανατολισμό. Στους χώρους αυτούς απασχολούνται ψυχικά πάσχοντες που ζούσαν εκτός ιδρυμάτων. Στην ουσία, οι μονάδες αυτές συνιστούν μία πρώιμη μορφή των «κοινωνικών επιχειρήσεων» ή «κοινωνικών συνεταιρισμών» στη χώρα (Νικολάου,2014).

Το νομοθετικό πλαίσιο αυτών των πρωτοβουλιών δεν ήταν ευέλικτο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στη λειτουργία και στην ίδρυσή τους σε συγκεκριμένες περιοχές. Αξίζει να επισημανθεί, ότι μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η μοναδική χώρα σε ευρωπαϊκό επίπεδο που διέθετε ειδική νομοθεσία ήταν η Ιταλία, η οποία με τον Ν.381/1991 θεσπίζει δύο μορφές κοινωνικών συνεταιρισμών: τους *κοινωνικούς συνεταιρισμούς τύπου Α* και τους *κοινωνικούς συνεταιρισμούς τύπου Β*. Οι πρώτοι δραστηριοποιούνται στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, με αποδέκτες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Οι δεύτεροι, αποσκοπούν στην κοινωνική και στην επαγγελματική ένταξη περιθωριοποιημένων, κοινωνικά ατόμων. Η λειτουργία τους καθορίζεται από το καταστατικό τους, στο οποίο μεταξύ άλλων προβλέπεται η σύνθεση της συνεταιριστικής ομάδας (Laratta,2016). Σύμφωνα με τα στοιχεία του ιδρύματος κοινωνικής ασφάλισης της Ιταλίας, το 2000 ο αριθμός αυτών των μονάδων ανέρχόταν στους 1.915 κοινωνικούς συνεταιρισμούς τύπου Β, οι οποίοι απασχολούν 32.939 άτομα εκ των οποίων τα 13.569 ανήκαν σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες (Αδάμ,2012:33).

Το ίδιο διάστημα, το παράδειγμα της Ιταλίας αρχίζει να υιοθετείται και από άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελλάδα θεσμοθετούνται μόλις το 1999, «εκφράζοντας» τις προσπάθειες αποασυλοποίησης στη χώρα, με το μοντέλο που εφαρμόζεται να είναι οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί τύπου Β στην ιταλική νομοθεσία. Η λειτουργία τους εντάσσεται στις ευρωπαϊκές οδηγίες και στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας, η οποία ξεκίνησε με τον Κανονισμό 815/84 της Ε.Ε. Σήμερα, ο αριθμός τους στη χώρα ανέρχεται πλέον στους τριάντα (30). Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα αυτών των μονάδων ή των ΚοιΣΠΕ, όπως ονομάζονται, δεν είναι ότι δημιουργούν μόνο θέσεις εργασίας για ψυχικά πάσχοντες. Μέσα από το χαρακτήρα τους, συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξη αυτών των ατόμων, κατοχυρώνοντας στην πράξη τα δικαιώματά τους, έχοντας εξίσου αντίκτυπο στην τοπική οικονομία. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις ή κοινωνικοί συνεταιρισμοί δεν συνιστούν έναν ασυλιακό χώρο υποβοηθούμενης απασχόλησης. Αποτελούν ένα πιστό «αντίγραφο» εργασιακού περιβάλλοντος ελεύθερης αγοράς, στις οποίες μπορούν να απασχοληθούν άτομα που βρίσκονται στο κοινωνικό περιθώριο και «αποκλείονται» από την ελεύθερη αγορά εργασίας, λόγω κάποιων ιδιοτεροτήτων τους.

Το Νοέμβριο του 2002 ιδρύεται ο πρώτος κοινωνικός συνεταιρισμός στη Λέρο, απασχολώντας ψυχικά ασθενείς από το ψυχιατρικό νοσοκομείο της Λέρου, καθώς και

άτομα της τοπικής κοινωνίας. Ο ΚοιΣΠΕ προχώρησε σε συνεργασίες με τους τοπικούς αγρότες, συντελώντας στην αύξηση της τοπικής παραγωγικής δυνατότητας και στην ενίσχυση της οικονομικής και της κοινωνικής εξέλιξης. Σήμερα οι δραστηριότητές του περιλαμβάνουν κυλικείο, εργαστήριο ζαχαροπλαστικής – catering, μονάδα μελισσοκομίας, αλλά και εργαστήριο επεξεργασίας και τυποποίησης μελιού, πραγματοποιώντας παράλληλα κοινωνικές δράσεις.

3.4.1.Οργάνωση των κοινωνικών σχέσεων εντός των ΚοιΣΠΕ

Στην Ελλάδα οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ), θεσμοθετούνται με το Ν.2716/1999, όπως ορίζει το άρθρο 12. Ο νόμος αυτός έρχεται να καλύψει σημαντικά προβλήματα που είχαν προκύψει στη μέχρι τότε λειτουργία τους, παρέχοντας το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο για την ίδρυσή τους. Προβλέπει τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (εξωτερικών δομών) και κοινωνικής, επαγγελματικής επανένταξης, με τη δημιουργία ειδικότερα των κοινωνικών συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης, που συνιστούν οικονομικές και θεραπευτικές μονάδες. Διαμορφώνει το καθεστώς και τα προνόμια λειτουργίας τους, αποτελώντας την πρώτη επίσημη μορφή κοινωνικής επιχείρησης στη χώρα. Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί (ΚοιΣΠΕ) είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχοντας εμπορική ιδιότητα, οι οποίοι αποβλέπουν στην κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και στην επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην όσο το δυνατόν, οικονομική τους αυτάρκεια (Νικολάου,2014:249-250).

Οι πρώτες θεσμοθετημένες κοινωνικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στη χώρα, αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας και εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να ιδρυθεί μόνο ένας ΚοιΣΠΕ. Κατά το νέο νομοθετικό πλαίσιο, τα καινοτόμα στοιχεία που εισάγονται είναι τα ακόλουθα (Αδάμ,2012:36):

- Προβλέπεται η πολυεταιρικήτητα. Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της, όπως ορίζεται από την παρ.4 του άρθρου 12 του νόμου, είναι το 35% των μελών να προέρχεται από την Α' κατηγορία (άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας) ενήλικες ή ανήλικες τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, σε ποσοστό μέχρι 45% μέλη από τη Β' κατηγορία (επαγγελματίες ψυχικής υγείας) και

μέχρι 20% να ανήκουν στη Γ' κατηγορία (φυσικά και νομικά πρόσωπα, όπως δήμοι, κοινότητες, ΜΚΟ). Δεν μπορούν να γίνουν μέλη φυσικά ή νομικά πρόσωπα που μετέχουν σε άλλο Συνεταιρισμό με τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό, ο οποίος έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Η ιδιότητα του μέλους μπορεί να αποκτηθεί και μεταγενέστερα, έπειτα από την υποβολή σχετικής αίτησης, αρκεί ο ενδιαφερόμενος να συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού.

- Μέλη της Α' κατηγορίας μπορούν να γίνουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή τους. Δεν απαιτείται επίσης, να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία κατά παρέκκλιση των διατάξεων του αστικού κώδικα και των νόμων περί συνεταιρισμών.
- Τα μέλη της Α' κατηγορίας, όπως προσδιορίζεται από την παρ.5 του νόμου, δύναται να απασχοληθούν και να αμειφθούν ανάλογα με το χρόνο εργασίας και την παραγωγικότητά τους, σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας του ΚοιΣΠΕ. Σε καμία περίπτωση, δεν διακόπτεται η καταβολή οποιονδήποτε άλλων επιδομάτων, που ενδεχομένως λαμβάνουν (γήρατος, αναπηρίας, πρόνοιας, επανένταξης), τα οποία συνεχίζουν να τα λαμβάνουν μαζί με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό. Υπάρχει δε πρόβλεψη για την ασφάλισή τους από τον ΚοιΣΠΕ, όταν δεν είναι ασφαλισμένοι. Αντίστοιχα, τα μέλη της δεύτερης και της τρίτης κατηγορίας δεν αμείβονται από τους ΚοιΣΠΕ, το οποίο ερμηνεύεται από την ιδιότητά τους.
- Στο Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ) προβλέπεται η υποχρεωτική συμμετοχή δύο ατόμων της Α' κατηγορίας. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι τουλάχιστον σε επίπεδο πρόβλεψης νόμου, δίνονται διοικητικές αρμοδιότητες στους ωφελουμένους με μόνη προϋπόθεση αυτοί να μην τελούν σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση³⁷. Είναι μάλιστα σημαντικό, ότι δεν αποκλείονται από το ΔΣ, άτομα με μερική στερητική δικαστική συμπαράσταση. Μία πρόβλεψη που δίνει ενεργό ρόλο στους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

³⁷ Σε περίπτωση που κάποιος τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, σημαίνει ότι το δικαστήριο τον κηρύσσει ανίκανο για όλες τις δικαιοπραξίες.

Η θεσμοθέτησή τους δεν ήταν τυχαία. Υπήρξαν κάποια γεγονότα που συντέλεσαν στη δημιουργία τους, ενώ δεν πρέπει να παραλείπονται οι συνθήκες στο διεθνές περιβάλλον, όπως και η θεσμική υποστήριξη των στελεχών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο αναλυτικά, εκείνη την περίοδο ένας αριθμός αξιοσημείωτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας έθεσαν ως βασική προϋπόθεση την επαγγελματική απασχόληση των ψυχικά πασχόντων στις πρωτοβουλίες κοινωνικής επανένταξης, όπως και τον κύριο πυλώνα στη διαδικασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα, εξαιτίας των πολλαπλών πλεονεκτημάτων που επέφερε στην ψυχοσυναισθηματική τους υγεία η εργασιακή απασχόληση. Ένα άλλο γεγονός, υπήρξε η άμεση στήριξη και οι πρωτοβουλίες της τότε Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΥΚΑ) (Νικολάου,2014:253-254).

Υπό τις συνθήκες αυτές, επιλέγεται το μοντέλο του συνεταιρισμού. Μία επιλογή που στηρίζεται σε δύο λόγους. Πρώτον, ανταποκρίνεται στη φιλοσοφία της κοινοτικής αποκατάστασης και δεύτερον, εναρμονίζεται με τις κυριαρχούσες κοινωνικές αντιλήψεις. Ειδικότερα, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας που ενυπάρχει στην κοινωνία, δυσχεραίνει, αν όχι εμποδίζει την επαγγελματική ένταξη αυτών των ατόμων. Το κενό αυτό έρχεται να «καλυφθεί» από τους ΚοιΣΠΕ, οι οποίοι προχωρούν στη δημιουργία στοχευμένων θέσεων εργασίας, διαμορφώνοντας ένα φιλικό εργασιακό περιβάλλον, το οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις ιδιαιτερότητες αυτής της πληθυσμιακής ομάδας. Τα οφέλη τους σε κοινωνικό, ατομικό/προσωπικό επίπεδο, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Νικολάου, 2014:254):

- Οικονομικά κίνητρα (διατήρηση κοινωνικών παροχών για τους ασθενείς-μέλη, παραχώρηση περιουσιακών στοιχείων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου -ΝΠΔΔ).
- Φορολογικά κίνητρα (απαλλαγή των ΚοιΣΠΕ από φόρους εισοδήματος και υπέρ τρίτων).
- Επιχειρησιακά κίνητρα (απασχόληση επαγγελματιών ψυχικής υγείας χωρίς επιβάρυνση των ΚοιΣΠΕ).

Για τη σύσταση ενός ΚοιΣΠΕ απαιτείται η υπογραφή του καταστατικού από δεκαπέντε (15) άτομα, το λιγότερο -εκατό (100) πρόσωπα, όταν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό- και άδεια σκοπιμότητας, που χορηγείται από το

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αφού ληφθούν υπόψιν παράγοντες που σχετίζονται με τις προοπτικές δράσης του συνεταιρισμού. Το καταστατικό το οποίο ρυθμίζει τη λειτουργία, την οργάνωση και τους σκοπούς του συνεταιρισμού, εγκρίνεται από το Ειρηνοδικείο στην περιφέρεια του οποίου ο υπό ίδρυση συνεταιρισμός θα έχει την έδρα του (άρθρο 1 παρ.4 του Ν.1667/1986).

Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των ΚοιΣΠΕ, έπειτα από την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η ιδιότητα του μέλους αποκτάται από την απόφαση αποδοχής της αίτησης από το διοικητικό συμβούλιο, η οποία κοινοποιείται στον ενδιαφερόμενο μέσα σε 20 ημέρες από τη λήξη των εργασιών της, έχοντας το δικαίωμα προσφυγής στο Ειρηνοδικείο της περιφέρειας που εδρεύει ο συνεταιρισμός. Η επωνυμία του περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον όρο Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα δραστηριότητάς του (Κασσαβέτης,2010).

Οι δραστηριότητες του ΚοιΣΠΕ καλύπτουν το σύνολο των αναγκών της αγοράς εργασίας. Μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες, όπως και να ασκούν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης). Έχουν δηλαδή τη δυνατότητα να αναπτύσσουν οικονομική δραστηριότητα σε όλους τους τομείς της οικονομίας, εκτός αν για την άσκηση κάποιας δραστηριότητας προβλέπεται άλλος εταιρικός τύπος (άρθρο 12 παρ.2) (Κασσαβέτης,2010). Συγκεκριμένα, οι ΚοιΣΠΕ έχουν τη δυνατότητα (άρθρο 12 παρ.2 του Ν.2716/1999):

- Να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα και υποκαταστήματα πώλησης σε οποιοδήποτε σημείο της χώρας.
- Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας, με την προϋπόθεση ότι αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις.
- Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω

κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, με εταιρείες ή άλλες ενώσεις, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, όπως αυτές προβλέπονται στον Ν. 2716/1999.

Τα μέλη του συνεταιρισμού απολαμβάνουν δικαιώματα, έχοντας και βασικές υποχρεώσεις απέναντι στο συνεταιρισμό. Τα δικαιώματά τους διέπονται από τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 4 του Ν.1667/1986. Κάθε συνέταιρος συμμετέχει στη γενική συνέλευση με μία μόνο ψήφο, έχοντας επίσης το δικαίωμα λόγου, υποβολής προτάσεων και αιτήσεων σε αυτήν. Να ενημερώνεται για την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού και να παίρνει αντίγραφα των πρακτικών της γενικής συνέλευσης. Επιπλέον, καλείται να συμμετέχει στις συνεταιριστικές συναλλαγές, αφού κάθε συνέταιρος έχει δικαίωμα στα κέρδη, ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες³⁸ αλλά και στο προϊόν εκκαθάρισης, εάν προβλέπεται από το καταστατικό.

Στις υποχρεώσεις του μέλους, είναι η καταβολή ενός ποσού, εκτός από την μερίδα του, ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού. Προβλέπεται ακόμα και η πιθανότητα έκτακτης εισφοράς, όταν ο συνεταιρισμός αδυνατεί να πληρώσει τις ληξιπρόθεσμες οφειλές του ή όταν το παθητικό ισοζύγιο υπερβαίνει το ενεργητικό και ύστερα πάντα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης. Το καταστατικό μπορεί να προβλέπει και την υποχρέωση καταβολής ειδικής εισφοράς από τους νέους συνεταίρους. Τα μέλη ευθύνονται και για χρέη του συνεταιρισμού που είχαν δημιουργηθεί πριν την εγγραφή τους, ενώ δεν φέρουν καμία ευθύνη για ότι προκύψει μετά την έξοδό τους από αυτόν. Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις, υπό ίδιες προϋποθέσεις είναι ισότιμα για όλα τα μέλη. Αντίστοιχα, η απώλεια της ιδιότητας του μέλους υπεισέρχεται με την αποχώρηση, τη διαγραφή, το θάνατο και τη μεταβίβαση της συνεταιριστικής ομάδας. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται, ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται μόνο, η συνεταιριστική μερίδα (άρθρο 12 παρ.7 του Ν.2716/1999).

³⁸ Η συνεταιριστική μερίδα είναι το χρηματικό ποσό, με το οποίο ο συνέταιρος συμμετέχει στο κεφάλαιο του κοινωνικού συνεταιρισμού. Υπάρχουν δύο κατηγορίες, οι *υποχρεωτικές* και οι *προαιρετικές συνεταιριστικές μερίδες*. Στις πρώτες αντιστοιχεί μία υποχρεωτική μερίδα, η οποία είναι ίση και αδιαίρετη για όλα τα μέλη της, με την εισφορά της να γίνεται μέσα σε ένα μήνα, εκτός αν προβλέπεται διαφορετικά από το καταστατικό του ΚοιΣΠΕ. Το καταστατικό μπορεί να επιτρέπει και την απόκτηση έως πέντε προαιρετικών μερίδων σε κάθε μέλος και απεριόριστο αριθμό μερίδων σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (άρθρο 12 παρ.7 του Ν. 2716/1999).

Έχοντας την ιδιότητα του νομικού προσώπου, ο ΚοιΣΠΕ διοικείται και αναπτύσσει τη δράση του μέσα από τρία βασικά όργανα: *τη γενική συνέλευση, το διοικητικό και το εποπτικό συμβούλιο*. Ανώτερο όργανο του ΚοιΣΠΕ είναι η Γενική Συνέλευση (Γ.Σ.), που ελέγχει και εποπτεύει όλα τα όργανα της διοίκησης, στην οποία συμμετέχουν όλα τα μέλη και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν στο καταστατικό δίνεται η ευκαιρία αντιπροσώπευσης με εξουσιοδότηση. Κάθε παριστάμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα μέλος. Στις αρμοδιότητες της Γ.Σ. υπάγονται:

- Η τροποποίηση του καταστατικού.
- Η συγχώνευση, η παράταση, η διάλυση και η αναβίωση του συνεταιρισμού.
- Η έγκριση των ειδικών κανονισμών εργασίας και προσωπικού.
- Η συμμετοχή σε εταιρεία και η αποχώρηση από αυτήν.
- Οι γενικοί όροι της δραστηριότητας του συνεταιρισμού, ανάλογα με τους σκοπούς του.
- Η έγκριση του ισολογισμού και των αποτελεσμάτων χρήσης.
- Η εκλογή και η απαλλαγή κάθε ευθύνης του διοικητικού και του εποπτικού συμβουλίου, καθώς και των αντιπροσώπων του συνεταιρισμού σε δευτεροβάθμιες συνεταιριστικές οργανώσεις.
- Η επιβολή εισφοράς σε έκτακτες, εξαιρετικές καταστάσεις.
- Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.) ή σε επιχειρήσεις δημοσίου συμφέροντος, καθώς και την αποχώρηση από αυτές.
- Η έγκριση για συμμετοχή σε Κοινοπραξίες ή Συνεταιριστικές Ενώσεις ανώτερου βαθμού και η αποχώρηση από αυτές.
- Η παύση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οποτεδήποτε και για σπουδαίο λόγο, που αφορούν κυρίως παράβαση καθήκοντος και ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γενική Συνέλευση, μπορεί να αποφασίσει και για άλλα θέματα που βρίσκονται στην ημερήσια διάταξη. Η σύγκλιση της γνωστοποιείται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ενώ χρειάζονται τουλάχιστον πέντε (5) μέλη, συμπεριλαμβανομένων μελών της πρώτης κατηγορίας, να καταθέσουν αίτημα για έκτακτη γενική συνέλευση.

Τη διοίκηση και την εκπροσώπηση του συνεταιρισμού κατέχει το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.). Ένα όργανο επταμελές (7), όπου συντίθεται από πέντε (5) μέλη της δεύτερης και της τρίτης κατηγορίας και δύο (2) της πρώτης, εφόσον δεν τελούν σε πλήρη στερητική συμπαράσταση. Ο πρόεδρος, ο γραμματέας και ο ταμίας εκλέγονται με φανερή πλειοψηφία και προέρχονται από τη δεύτερη και την τρίτη κατηγορία.

Η θητεία του Διοικητικού Συμβουλίου είναι τριετής, η οποία είναι δυνατόν να παραταθεί για τρεις μήνες μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. Μία φορά το μήνα πραγματοποιείται τακτική συνεδρίαση και έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται πλειοψηφικά, με την ψήφο του προέδρου να υπερισχύει σε περίπτωση άρτιου αριθμού. Εκπροσώπηση μέλους δεν επιτρέπεται. Το αξίωμα μέλους είναι τιμητικό και άμισθο. Έπειτα από απόφαση της Γ.Σ., μπορεί να υπάρξει κάποια αποζημίωση στα μέλη, ανάλογη με το χρόνο απασχόλησής τους.

Ο ρόλος του Εποπτικού Συμβουλίου (Ε.Σ.) είναι ελεγκτικός. Ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ. καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ. Είναι τριμελές (3), ενώ τα μέλη του εκλέγονται από τη Γ.Σ., από την οποία διαδικασία αποκλείονται μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει παράλληλα στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ., ούτε επιτρέπεται να έχουν συγγένεια μεταξύ τους μέχρι δεύτερο βαθμό ή να είναι σύζυγοι. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν υφίσταται από το καταστατικό. Το Ε.Σ. έχει το δικαίωμα και το καθήκον να προχωρά σε έλεγχο. Στην περίπτωση που διαπιστώσει παραβάσεις, καλείται να υποδείξει εγγράφως την επανόρθωσή τους και να ζητήσει εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ.

Στο άρθρο 12 παρ.12 του Ν.2716/1999, όπως τροποποιήθηκε από την παρ. 4 άρθρο 8 του Ν.4542/2018, ρυθμίζονται τα θέματα των πόρων, του κεφαλαίου και της διανομής των καθαρών κερδών. Οι πόροι του ΚοιΣΠΕ μπορούν να προέρχονται από:

- Επιχορήγηση από το Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό. Οι όροι και οι προϋποθέσεις καθορίζονται από κοινού, από τον Υπουργό Οικονομικών και τον Υπουργό Υγείας. Μπορεί επίσης να υπάρξει χρηματοδότηση από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή από Διεθνείς Οργανισμούς.
- Χρηματοδότηση από Εθνικούς και Διεθνείς Οργανισμούς, από αναπτυξιακά προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις περιουσιακών στοιχείων.
- Έσοδα από την εκμετάλλευση των περιουσιακών στοιχείων του ΚοιΣΠΕ.
- Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων του ΚοιΣΠΕ.

Το κεφάλαιο απαρτίζεται από τις συνεταιριστικές μερίδες, το τακτικό και το έκτακτο αποθεματικό, αλλά και τα τυχόν ειδικά αποθεματικά που αποφασίζει η Γ.Σ. Στη συνέχεια και αφότου αφαιρεθεί το αποθεματικό, διανέμεται το υπόλοιπο των κερδών μεταξύ των μελών. Είναι επίσης υποχρεωτικό, οι ΚοιΣΠΕ να δημοσιεύουν περίληψη του ισολογισμού τους στον τύπο, ανάλογα με την έδρα τους.

Στο άρθρο 12 παρ.14 του Ν.2716/1999, περιλαμβάνονται διατάξεις αναφορικά με τα θέματα διάλυσης, εκκαθάρισης, πτώχευσης και συγχώνευσης των κοινωνικών συνεταιρισμών. Οι ΚοιΣΠΕ διαλύονται: (α) εάν τα μέλη μειωθούν κάτω των δέκα (10) ατόμων, (β) όταν λήξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό, (γ) με απόφαση της Γ.Σ. και (δ) αν κηρυχθούν σε πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά. Μετά τη διάλυση του συνεταιρισμού, ακολουθεί η εκκαθάριση, όπως ισχύει από τον εμπορικό νόμο. Αρμόδιος φορέας, ο οποίος εποπτεύει τη διαδικασία, είναι το Ειρηνοδικείο της έδρας του Συνεταιρισμού.

Στον ίδιο νόμο και ειδικότερα στην παρ. 15, δίνεται η δυνατότητα σύστασης ενώσεων ΚοιΣΠΕ, με τη συμμετοχή τουλάχιστον πέντε (5) ΚοιΣΠΕ. Οι Ενώσεις αυτές έχουν αντικείμενο το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους.

Το Νοέμβριο του 2002 ιδρύεται στη Λέρο, ο πρώτος ΚοιΣΠΕ με πολύ μεγάλη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας και των φορέων του νησιού, αναπτύσσοντας σχεδόν αμέσως την παραγωγική του δράση. Αποτελεί ένα από τα πιο επιτυχημένα

μοντέλα ΚοιΣΠΕ, μέχρι και σήμερα. Κατά τα επόμενα τρία έτη, ιδρύονται συνολικά δέκα (10) ΚοιΣΠΕ. Το ίδιο έτος, το 2005, οι ΚοιΣΠΕ αξιολογούνται και χαρακτηρίζονται ως Πανευρωπαϊκή «Καλή Πρακτική» δημόσιας πολιτικής για την οικονομική και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων, ακριβώς λόγω των πολλαπλών θετικών χαρακτηριστικών τους, τα οποία είναι (Νικολάου,2014:254):

- Ενδυναμώνουν και κινητοποιούν την τοπική κοινωνία.
- Διευκολύνουν και προάγουν την «από κάτω προς τα πάνω» προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων.
- Δημιουργούν φιλοσοφία «ολιστικής» προσέγγισης, στις διαδικασίες επανένταξης.
- Διευκολύνουν τη συμμετοχή στην απασχόληση και την πρόσβαση όλων σε πόρους, δικαιώματα, αγαθά και υπηρεσίες.

Το 2009 «ωριμάζει» η ιδέα για τη δημιουργία ενός δευτεροβάθμιου πανελλαδικού οργάνου, εκπροσώπησης των Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Το ίδιο διάστημα, πραγματοποιούνται σημαντικές πρωτοβουλίες στη χρηματοδότηση των ΚοιΣΠΕ, όπως προκύπτει από την Έκθεση αξιολόγησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009. Η χρηματοδότηση αυτή επέτρεψε στους ΚοιΣΠΕ να αναπτύξουν την υλικοτεχνική τους υποδομή και να αυξήσουν κατά πολύ, την απασχόληση των ψυχικά νοσούντων σε αυτούς. Συγχρόνως, εκλέγεται επταμελής Προσωρινή Συντονιστική Επιτροπή.

Το 2010, η Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη (ΠΕΨΑΕΕ), αναλαμβάνει την υλοποίηση του έργου «Προπαρασκευαστικές ενέργειες και δράσεις δημοσιότητας για τη σύσταση του Δευτεροβάθμιου οργάνου των ΚοιΣΠΕ», ύστερα από πρόταση της Προσωρινής Συντονιστικής Επιτροπής. Αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας ήταν το Φεβρουάριο του 2011, η δημιουργία της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Π.Ο.ΚοιΣΠΕ), που αποτελεί το πρώτο, επίσημο, δευτεροβάθμιο συλλογικό όργανο των ΚοιΣΠΕ, αριθμώντας (30) μέλη. Κύρια αρμοδιότητα της Π.Ο.ΚοιΣΠΕ είναι η εκπροσώπηση και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων της κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης και της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Το 2011, θεσπίζεται ο Ν. 4019/2011 περί «Κοινωνικής Οικονομίας και Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας», ο οποίος τροποποιήθηκε με το Ν. 4430/2016 «Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις». Σύμφωνα με αυτές τις διατάξεις, δημιουργούνται οι Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (Κοιν.Σ.Επ.) Ένταξης. Αυτές οι νέες μορφές είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ), με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, όπου η ανάπτυξη και η εποπτεία τους ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και ασκείται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Οι Κοιν.Σ.ΕΠ διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (α) Κοιν.Σ. Επ. Ένταξης Ευάλωτων Ομάδων, οι οποίες επιδιώκουν την ένταξη στην οικονομική και στην κοινωνική ζωή, των ατόμων που ανήκουν στις Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες και (β) Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης Ειδικών Ομάδων, οι οποίες επιδιώκουν την ένταξη στην οικονομική και στην κοινωνική ζωή των ατόμων που ανήκουν στις Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού. Η λειτουργία τους εξυπηρετεί το σύνολο των αναγκών των μελών τους. Δεν εξυπηρετούν απλά τη θεραπευτική διαδικασία, συμβάλλουν και προωθούν την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων.

3.4.2. Τα οφέλη λειτουργίας των ΚοιΣΠΕ

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) δεν παύουν να συνιστούν έναν καινοτόμο θεσμό στο χώρο της ψυχιατρικής, που κατάφερε να δημιουργήσει θέσεις εργασίας σε πάνω από οκτακόσια άτομα, καταγράφοντας ετήσιο τζίρο, σχεδόν πέντε εκατομμύρια. Σε αντίθεση με άλλες πρακτικές, ακολουθεί μία ολιστική παρέμβαση στις διαδικασίες επανένταξης, προσφέροντας ένα ευρύ πλαίσιο δραστηριοτήτων και συμβάλλοντας σημαντικά στη θεραπεία και στην οικονομική αυτοδυναμία των ψυχικά ασθενών. Ένας θεσμός που εντάσσει τον ίδιο τον ασθενή στην κοινότητα, ο οποίος αποκτά πλέον έναν ενεργό ρόλο στη θεραπεία του, θέτοντας τις βάσεις της κοινωνικής αλληλεγγύης, της ενίσχυσης του κοινωνικού κεφαλαίου και της κοινωνικής συνοχής.

Πέρα από τα δικαιώματά τους, τα μέλη καλούνται να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτήν τους την ιδιότητα, αναλαμβάνοντας καθήκοντα και ρόλους εντός του συνεταιρισμού, το οποίο εξασφαλίζει την ενεργή

τους συμμετοχή. Με αυτό τον τρόπο μαθαίνουν να «επενδύουν» στη συλλογικότητα, αντί της ανταγωνιστικότητας και να διαχειρίζονται τα αρνητικά συναισθήματα, που προάγουν τον εγωισμό και την εσωστρέφεια. Τα μέλη δεν είναι πλέον παθητικοί παρατηρητές της περίθαλψής τους. Μέσα από την επαγγελματική ή την εργασιακή εμπειρία, τα μέλη τους αποκτούν νέες εμπειρίες, καθώς και έναν σταθερό επαγγελματικό προσανατολισμό, κατάλληλο και για την ένταξή τους στην αγορά εργασίας, καθιστώντας τους σε οικονομικά και κοινωνικά ενεργούς πολίτες, ικανούς να προασπίζονται και να απολαμβάνουν τα δικαιώματά τους.

Είναι ένας θεσμός με αυτόνομη νομική και φορολογική οντότητα, όπου μπορεί να αναπτύξει οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα, με τη λειτουργία του να μην περιορίζεται εντός του χώρου του. Οι ΚοιΣΠΕ συνεργάζονται επίσης με την τοπική κοινότητα, παραγωγούς και φορείς, προωθώντας τη γενικότερη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας. Δραστηριότητες που προάγουν την πληροφόρηση της κοινής γνώμης απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας, καταπολεμώντας το στίγμα και τα φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού και περιθωριοποίησης, που επιφέρει. Στην πραγματικότητα, ο θεσμός αυτός μοιάζει να αντικαθιστά το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, μιας και η λειτουργία του δεν περιορίζεται στη θεραπευτική του ιδιότητα και στην επίτευξη της λειτουργικότητας του ασθενούς. Συνιστά ταυτοχρόνως, ένα μέσο κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης, που προάγει την ισότητα, την εργασιακή σταθερότητα, καλύπτοντας ταυτοχρόνως τα εκάστοτε κενά των κρατικών πολιτικών.

Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί δεν μένουν ανεπηρέαστοι από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με τις επιπτώσεις να είναι σφοδρότερες εξαιτίας αυτού του διπλού τους χαρακτήρα. Η υψηλή φορολόγηση, η προείσπραξη του φόρου κερδών, σε συνδυασμό με τις καθυστερήσεις που παρατηρούνται στην καταβολή αποζημιώσεων από δημόσιους οργανισμούς διαμορφώνουν ένα «ασφυκτικό» περιβάλλον βιωσιμότητας του συνεταιρισμού. Εάν σε αυτούς τους παράγοντες προστεθεί η χαμηλή κεφαλαιακή τους βάση, η μη πρόσβασή τους σε δανειακά κεφάλαια, τα δημοσιονομικά μέτρα στο χώρο της υγείας, αλλά και η ελλιπής στελέχωσή τους, τότε γίνεται αντιληπτό ότι ο θεσμός αυτός «κινδυνεύει», αν όχι με διάλυση, να «μετατραπεί» σε ένα παθητικό περιβάλλον, παρόμοιο με εκείνα του παρελθόντος, αποτυγχάνοντας να ανταπεξέλθει στους σκοπούς λειτουργίας του και οδηγώντας σε ασυλοποιημένους ασθενείς.

Όσον αφορά δε την περίπτωση της χώρας μας, οι προκλήσεις είναι εντονότερες ακριβώς λόγω των επιπτώσεων της πρόσφατης δημοσιονομικής κρίσης, οι οποίες οξύνθηκαν στα χρόνια της πανδημίας, ασκώντας σημαντικές πιέσεις στο σύστημα της δημόσιας υγείας. Πιέσεις που εντάχθηκαν κατά την περίοδο της υγειονομικής κρίσης, η οποία και ανέδειξε τα διαχρονικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χώρος της υγείας. Η συρρίκνωση του ΑΕΠ στο χώρο της υγείας, σε συνδυασμό με τα μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας, επηρέασαν αισθητά την ελληνική οικονομία και παραγωγή, όπως και την ψυχοσυναισθηματική υγεία της ελληνικής κοινωνίας.

Η ελληνική κοινωνία βρέθηκε αντιμέτωπη με ένα σύνολο σφοδρών μέτρων, την ίδια στιγμή που ένα ικανοποιητικό της ποσοστό βίωνε την απότομη απώλεια του προσωπικού/οικογενειακού του προϋπολογισμού. Συνθήκες που ανέδειξαν εκ νέου την ευαλωτότητα της ψυχοσυναισθηματικής υγείας, θέτοντας εκ νέου τα ζητήματα ψυχικής υγείας στο επίκεντρο της πολιτικής ατζέντας.

Κεφάλαιο 4

Το φαινόμενο των αυτοκτονιών ως περίπτωση κοινωνικής παθολογίας

Η πράξη της αυτοκτονίας και ιδίως τα αίτια, που «οπλίζουν» το χέρι κάποιου ατόμου, να στραφεί ενάντια στον ίδιο τον εαυτό του με τέτοια «βιαιότητα», απασχολούν διαχρονικά, το σύνολο της ανθρώπινης διάνοησης. Μελετητές προσπαθούν να προσδιορίσουν και να ερμηνεύσουν αυτή την πράξη, προσδίδοντάς της διαφορετικά χαρακτηριστικά και νόημα, ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης και πάντα σύμφωνα με τις επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές, ιστορικές και πολιτιστικές συνθήκες. Σήμερα, το δικαίωμα στον εκούσιο θάνατο, συνεχίζει να απασχολεί, να γοητεύει και να προσκρούει σε ιατρικούς όρους, πολιτιστικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, προβάλλοντας το επιχείρημα της ζωής.

Η φιλοσοφία υπήρξε ο πρώτος επιστημονικός κλάδος που επιχείρησε να ερμηνεύσει αυτούς τους λόγους, θέτοντας ταυτοχρόνως το ζήτημα επιλογής του ατόμου στη ζωή. Μία προσέγγιση που συνεχίζει να συναντάται μέχρι σήμερα, ενώ στάθηκε η αφορμή για την έμπνευση ορισμένων από τα πιο κλασικά λογοτεχνικά έργα και ποιήματα.

Για πολλές ανεπτυγμένες και μη κοινωνίες, η αυτοχειρία συνιστά ένα θέμα ταμπού. Μία πράξη που πέρα από τις ατομικές συνέπειες, επηρεάζει και στιγματίζει σε μεγάλο βαθμό το οικογενειακό περιβάλλον του ατόχειρα. Πολλές οικογένειες επιλέγουν την απόκρυψη αυτού του θανάτου. Προσπαθούν να τον συγκαλύψουν, αποδίδοντάς τον σε φυσικά αίτια, όταν άλλες επιλέγουν την απομόνωση και την περιθωριοποίηση σαν αντίδραση, ένα είδος άμυνας απέναντι στην κοινωνία. Αντιδράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική αντίδραση και τις στερεοτυπικές αντιλήψεις που συνδέουν συχνά, λανθασμένα την αυτοκτονία ως μία αποτυχία στην ανατροφή κάποιου, ένα λάθος, ένα «όνειδος» της οικογένειας.

Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με ένα σύνολο κοινωνικών, ψυχολογικών, πολιτικών και άλλων παραγόντων, επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα του ατόμου. Μία κατάσταση που εντείνεται από την ύπαρξη του στίγματος που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια, το οποίο καθιστά πιο δύσκολο σε ένα άτομο να εκφραστεί για τις αυτοκαταστροφικές του σκέψεις ή έστω να επισκεφθεί

κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, προκειμένου να μιλήσει για τα συναισθήματα και τις σκέψεις που τον απασχολούν.

Πολλές φορές, τα άτομα αυτά νιώθουν ανήμπορα να εκφραστούν, μιας και αυτές οι δηλώσεις τους είναι δυνατόν να ερμηνευθούν από το υπόλοιπο οικείο περιβάλλον ως μία προσπάθεια συγκέντρωσης της προσοχής. Μία ερμηνεία που επί της ουσίας υποβαθμίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης, υποδεικνύοντας παράλληλα τη μη εξοικείωση, όπως και την άγνοια της κοινωνίας απέναντι σε αυτό το ζήτημα.

Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις που υπάρχουν για την ψυχική ασθένεια και κυρίως για την πράξη της αυτοκτονίας, μαρτυρείται και από το ότι στις περισσότερες χώρες οι αυτοκτονίες δεν βρίσκονται στην πολιτική ατζέντα ή ότι δεν εφαρμόζονται ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα και δράσεις, που να στοχεύουν συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επιχειρώντας να διαχειριστεί το στίγμα, αλλά και να στρέψει το ενδιαφέρον της παγκόσμιας κοινότητας σε αυτό το θέμα, έθεσε ως στόχο κατά την 66^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας τη μείωση των ποσοστών αυτοχειρίας κατά 10% σε κάθε χώρα (WHO,2014).

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες που παρουσιάζει διαχρονικά, τους χαμηλότερους δείκτες αυτοχειρίας διεθνώς. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες που συνθέτουν τη δομή της ελληνικής κοινωνίας, η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως έντονα συντηρητική, πιστή σε ήθη και έθιμα, πατριαρχική, καθώς και στις αρχές που διέπουν την ελληνική οικογένεια και στο ορθόδοξο χριστιανικό δόγμα που διαμορφώνει αισθητά την κοινωνική αντίδραση, επηρεάζοντας επίσης τη στάση της επίσημης Πολιτείας σε ένα σύνολο θεμάτων. Ένα αξιακό σύστημα που «εγκλωβίζει» το άτομο ανάμεσα στα διάφορα κοινωνικά πρέπει, το οποίο έχει αντίκτυπο στην προσωπική και στην κοινωνική του ζωή, αλλά και στην ίδια του την υγεία, σωματική και ψυχική.

Τα διάφορα κοινωνικά στερεότυπα και οι θρησκευτικές προκαταλήψεις, που διέπουν την ελληνική κοινωνία, επηρέασαν σημαντικά πολλές οικογένειες, στο να επιλέξουν την απομόνωση και την κατ' οίκον νοσηλεία, από το να απευθυνθούν σε κάποια αρμόδια δομή ψυχικής υγείας. Μία στάση που μαρτυρείται και από την τακτική αντικατάστασης του ρόλου των ειδικών ψυχικής υγείας με τους πνευματικούς και ιερείς, όπου η προσευχή, η νηστεία και η εξομολόγηση προβάλλονται ως οι κατάλληλες μέθοδοι θεραπείας για την ίαση της ψυχής.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο και υπό το φόβο του στιγματισμού ή και της μη ταφής του αυτόχειρα, εξαιτίας θρησκευτικών αρχών, υπήρξαν οικογένειες που απέκρυπταν τις αυτοχειρίες οικείων προσώπων τους, υποστηρίζοντας ότι ο θάνατος προήλθε είτε από φυσικά αίτια, είτε από κάποιο ατύχημα. Μία κατάσταση, η οποία όπως είναι φυσικό δυσχεραίνει την αξιόπιστη καταγραφή αυτών των περιστατικών, επηρεάζει τον πραγματικό αριθμό του φαινομένου και εντείνει τον κοινωνικό στιγματισμό.

Με την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης, η στάση της ελληνικής κοινής γνώμης μεταβάλλεται, αντιλαμβανόμενη ότι το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας είναι κάτι κοινό. Είναι η εποχή που η ελληνική κοινωνία καλείται να έρθει αντιμέτωπη με θέματα που για δεκαετίες θεωρούνταν μία άκρα, οικογενειακή, προσωπική υπόθεση, με την ελληνική Πολιτεία να διατηρεί μάλλον μία αποστασιοποιημένη στάση.

Το φαινόμενο των αυτοκτονιών αρχίζει να βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής. Εμφανίζονται κινήματα και πρωτοβουλίες πολιτών, επιχειρώντας να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη σε θέματα ψυχικής υγείας, κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου για τις επιπτώσεις των μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας στη σωματική και στην ψυχοσυναισθηματική υγεία του πληθυσμού. Καθημερινά, τα διάφορα εθνικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αφιερώνουν άφθονο χρόνο σε αυτά τα ζητήματα, κάνοντας λόγο για τους «αυτόχειρες της κρίσης», καθώς και για την άνοδο των αυτοκτονικών δεικτών στη χώρα. Μία εικόνα που προβαλλόταν και γενικευόταν σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη, τα οποία βρέθηκαν αντιμέτωπα με τις συνέπειες της κρίσης, με την προβολή της συγκεκριμένης θεματολογίας να μην ακολουθεί τις αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ συχνά η αναζήτηση των αιτιών αυτής της κλιμάκωσης, γινόταν με δημοσιογραφικούς όρους, δίχως την παρουσία κάποιου ειδικού.

Το θέμα των αυτοκτονιών στη χώρα πολιτικοποιείται και γίνεται συνώνυμο της αγανάκτησης του κόσμου στα μέτρα λιτότητας. Πηχυαίοι τίτλοι συνοδεύουν αυτή την πράξη, προσδίδοντάς την σε κοινωνικοοικονομικά αίτια. Την ίδια στιγμή, οι αυτοκτονίες γίνονται πεδίο αντιπαράθεσης στην ελληνική Βουλή, με τα κόμματα της αντιπολίτευσης να τις εντάσσουν καθημερινά στον πολιτικό τους λόγο, ασκώντας έντονη κριτική στην κυβέρνηση, η οποία συνοδευόταν και από την ανάδειξη άλλων φαινομένων κοινωνικής παθογένειας.

Η προβολή αυτής της θεματολογίας επηρέασε αισθητά την ελληνική κοινή γνώμη. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το θετικό αντίκτυπο που επέφερε στη διαχείριση του στίγματος, μιας και συνέβαλε στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίησή της, το οποίο εμφανίζεται από την αναδιαμόρφωση της στάσης της ελληνικής Εκκλησίας και από τις κρατικές πολιτικές που ακολούθησαν. Δεν πρέπει όμως, να παραλείπονται οι αρνητικές συνέπειές της στην κλιμάκωση των αρνητικών συναισθημάτων, στην όξυνση των αισθημάτων ανασφάλειας και αβεβαιότητας, στην εμφάνιση φαινομένων μιμητισμού, όπως και στην αναζήτηση αποδιοπομπαίων τράγων σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο, το οποίο οδήγησε σε φαινόμενα κοινωνικού αυτοματισμού.

4.1. Η έννοια της αυτοχειρίας

Η απόφαση κάποιου να θέσει τέλος στη ζωή του φαίνεται να είναι το «επισφράγισμα» μιας μακράς περιόδου βίωσης έντονων αρνητικών συναισθημάτων απελπισίας, αβεβαιότητας και ανασφάλειας. Συναισθήματα που υποδηλώνουν την ψυχική νοσηρότητα, η οποία άλλοτε σχετίζεται με την ύπαρξη ενός ψυχοπαθολογικού υποβάθρου και άλλοτε με ένα σύνολο κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, αναδεικνύοντας την πολυδιάστατη ερμηνεία και τη φύση του φαινομένου (Οικονόμου και συν.,2018α). Πρόκειται για το τελευταίο στάδιο συνήθως μιας μακράς περιόδου σκέψεων, όπου οι ενδείξεις της συχνά παρερμηνεύονται, υποβαθμίζονται ή μπορεί να μην είναι πάντα ευδιάκριτες. Αυτό προφανώς, δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν σημάδια κινδύνου στη συμπεριφορά του ατόμου, καθ'όλη την πορεία που προηγείται της τέλεσης. Μία πράξη, που παρά την έντονη βιαιότητα και τη σφοδρότητά της, ενδέχεται να έχει οργανωθεί με τέτοια αποφασιστικότητα και τελειότητα, στηριζόμενη στη λογική ή και σε ανώτερα ιδεώδη, προσφέροντας άλλοτε τη λύτρωση σε ένα «προσωπικό δράμα» και άλλοτε μία μορφή διαμαρτυρίας σε μία εθνική τραγωδία.

Μία απόφαση που συχνά διχάζει και προβληματίζει την κοινή γνώμη, η οποία ανάλογα με τα κίνητρα που «οπλίζουν» το χέρι του αυτόχειρα δεν διστάζει να την καταδικάσει, την ίδια ώρα που παρακολουθεί σχεδόν «εκστασιασμένη» άλλες αυτοχειρίες, τις οποίες εξυμνεί, προσδίδοντας ακόμα και θρυλικά στοιχεία στην πράξη καθεαυτή. Πράγματι, σε όλο το φάσμα της διεθνούς ιστορίας υπάρχουν περιπτώσεις αυτοκτονιών, όπου ερμηνεύονται ως αυτοθυσίες, με τα αίτιά τους να εντυπωσιάζουν μέχρι και σήμερα. Οι αυτοχειρίες του Θεμιστοκλή, της Κλεοπάτρας,

αλλά και η περίπτωση των Σουλιωτισσών στην τουρκοκρατούμενη Ελλάδα δεν καταδικάστηκαν. Αντίθετα, «σημάδεψαν» την ιστορία, δοξάστηκαν για τα κίνητρά τους και έγιναν συνώνυμο του ηρωισμού, της γενναιότητας. Αυτοκτονίες που «ενέπνευσαν» το σύνολο της ανθρώπινης διανόησης, όπως και τον πολιτικό κόσμο, συνιστώντας παραδείγματα για τις επόμενες γενιές.

Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, η πράξη της αυτοχειρίας βρέθηκε στο επίκεντρο της φιλοσοφικής σκέψης. Πολλοί μελετητές επιχείρησαν να διερευνήσουν το κατά πόσο η απόφαση αυτή θα πρέπει να εξετάζεται σαν μία ελευθερία έκφρασης ή ως μία προσβολή της ανθρώπινης φύσης και κατ' επέκταση της κοινωνίας. Οι στωικοί, υπήρξαν από τους πρώτους μελετητές της αυτοκτονίας, σύμφωνα με τους οποίους η ζωή και ο θάνατος συγκαταλέγονται στα αδιάφορα. Η αυτοκτονία συνιστούσε την έσχατη λύση σε δυσμενείς καταστάσεις, καθώς και την ανώτατη εκδήλωση ηθικής ελευθερίας. Οι πυθαγόρειοι θεωρούσαν ότι η πράξη αυτή δεν επιτρέπει στο άτομο να εκπληρώσει τον σκοπό του, να εξαγνιστεί η ψυχή, με αποτέλεσμα να την κατακρίνουν και να την καταδικάζουν. Για τον Αριστοτέλη, η αυτοκτονία συνιστά ένα έγκλημα. Ένα έγκλημα που διαπράττει ο αυτόχειρας όχι μόνο απέναντι στον εαυτό του, αλλά και στην ίδια την Πόλη. Μία θέση που πηγάζει από το βασικό αξίωμα που διέπει την αριστοτελική σκέψη, βάσει του οποίου ο άνθρωπος είναι ένα «κοινωνικό ον», πλήρως ενταγμένος σε μία κοινότητα, ο οποίος καλείται να επιτελέσει ένα συγκεκριμένο κοινωνικό ρόλο. Με αυτή την έννοια, η αυτοχειρία εκλαμβάνεται ως μία πράξη, μέσω της οποίας ο αυτόχειρας αποποιείται τις ευθύνες του. Μία πράξη που αντιτίθεται στην αρετή και στον κοινωνικό του ρόλο. Ο Πλάτωνας από την άλλη πλευρά, στους *Νόμους*, προβάλλει μία πιο ευέλικτη θέση, επιδοκιμάζοντάς την υπό όρους σε περίπτωση καταδίκης, οδυνηρής, ανίατης ασθένειας ή λόγω άθλιας τύχης (Minois,2006:74-79).

Ο αρχαίος ελληνικός κόσμος μοιάζει διαφορούμενος απέναντι στο ζήτημα της αυτοχειρίας. Κατά την κλασική αρχαιότητα, η πράξη αυτή προβληματίζει τους ποιητές, οι οποίοι μέσα από τα έργα τους, τη συνδέουν με την «ύβρις» και την επίτευξη της κάθαρσης. Οι τρεις τραγικοί ποιητές Σοφοκλής, Αισχύλος και Ευριπίδης, παραθέτουν διάφορα παραδείγματα «ανθρώπινων» αυτοκτονιών οι οποίες συνεχίζουν να συγκινούν τη σύγχρονη κοινωνία για τα κίνητρά τους- *Επτά επί Θήβας*, *Αντιγόνη* και *Οιδίπους Τύραννος* είναι ορισμένα έργα τους που στηρίζονται στην ελληνική μυθολογία και παρουσιάζουν την πράξη της αυτοχειρίας.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η στάση της Πολιτείας, η οποία φαίνεται να ποικίλει και να αναπροσαρμόζεται συχνά, με βάση κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Μία τακτική που υποδεικνύει ότι η αντίδραση απέναντι σε αυτή την πράξη καθορίζεται βάσει της κοινωνικής θέσης του αυτόχειρα και όχι άλλων παραγόντων. Το γεγονός αυτό εμφανίζεται στο διαφορετικό τρόπο προσέγγισης του αυτόχειρα και της οικογένειάς του. Υπήρχαν πόλεις όπως η Αθήνα, η Σπάρτη και η Θήβα που προέβλεπαν κυρώσεις κατά του πτώματος του αυτόχειρα και της οικογένειάς του, υποκρύπτοντας μία ιδιαίτερη μορφή στίγματος. Άλλες πόλεις ήταν πιο ανεκτικές και κάποιες άλλες, δεν είχαν προχωρήσει στη θέσπιση κυρώσεων. Στην αρχαία Ρώμη, η νομοθεσία απαγόρευε αυστηρά την πράξη αυτή από σκλάβους, διότι την απέδιδαν σαν μία απόπειρα κατά της ιδιοκτησίας. Μία θέση η οποία «παρέμεινε» ζωντανή μέχρι το Μεσαίωνα, συμβάλλοντας στη διατήρηση του καθεστώτος της δουλοπαροικίας. Ποινές προβλέπονταν και για τους στρατευμένους και κυρίως για εκείνους που οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτύγχαναν, εξαιτίας της θέσης που κατείχαν στην κοινωνία και ιδίως στην ασφάλεια του κράτους (Barbagli,2010:47).

Κατά τον 2^ο αιώνα μ.Χ., η ρωμαϊκή νομοθεσία γίνεται πιο αυστηρή. Επιβάλλονται κυρώσεις και στο οικείο περιβάλλον του αυτόχειρα. Από τον 3^ο αιώνα μ.Χ., όποιος παντρεύεται χήρα αυτόχειρα τιμωρείται με δυσφήμιση. Επί Κωνσταντίνου, η νομοθεσία γίνεται αυστηρότερη, οδηγώντας και στη δήμευση της περιουσίας του αυτόχειρα. Ένας νόμος, που αποζημιώνει την Πολιτεία για την απώλεια του πολίτη. Αυτή η «εχθρική» κοινωνική αντίδραση διατηρήθηκε και στο Μεσαίωνα, με την αυτοκτονία να «κατατάσσεται» σε ένα από τα μεγαλύτερα εγκλήματα ενάντια της φύσης, της κοινωνίας και του Θεού (Minois,2006:55,90-91). Είναι μάλιστα εντυπωσιακό, ότι μολονότι στη μεσαιωνική κοινωνία η πράξη της αυτοχειρίας είναι κατακριτέα, εντούτοις συχνά το περιεχόμενό της, όπως και ο τρόπος κοινωνικής αντίδρασης απέναντί της, μεταβάλλεται με γνώμονα συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά κριτήρια. Για τους κοινούς θνητούς, η αυτοκτονία έχει ατιμωτικό χαρακτήρα, μιας και ερμηνεύεται ως μία πράξη άνανδρη και εγωιστική, όταν η αυτοκτονία ευγενών προσώπων, αποδίδεται σε ευγενή αίτια (Barbagli,2010).

Ο ρόλος της θρησκείας στη διαμόρφωση της κοινωνικής αντίδρασης είναι καθοριστικός. Αυτό οφείλεται στην πολυδιάστατη λειτουργία της θρησκείας εντός της κοινότητας. Η θρησκεία αποτελεί έναν από τους κυριότερους διαμορφωτές της κοινής γνώμης, μιας και επηρεάζει τα πρότυπα συμπεριφοράς των ομοθρήσκων,

διαμορφώνει τους κοινωνικούς κανόνες και τις συμπεριφορές τους, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο τους δεσμούς μεταξύ των μελών της και τη συλλογική τους ταυτότητα. Με αυτή την έννοια, το θρησκευτικό δόγμα καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη στάση της κοινωνίας, αλλά και της Πολιτείας στον εκούσιο θάνατο.

Η πιο αυστηρή θέση προέρχεται από το Ισλάμ, με την αυτοκτονία να αντιμετωπίζεται χειρότερα και από το φόνο. Ο Αλλάχ καθορίζει τη μοίρα των ανθρώπων, όπως και τη στιγμή του θανάτου τους. Συνεπώς, ο άνθρωπος δεν μπορεί να επιλέξει ο ίδιος τη στιγμή του θανάτου του, διότι αυτό συνιστά μία ύβρις απέναντι στο Θεό. Άλλες θρησκείες, κυρίως της Ανατολής, εκφράζουν μία πιο ευνοϊκή στάση. Στην αρχαία Αίγυπτο, η αυτοκτονία δεν αποτελούσε παραβίαση του θρησκευτικού ή του νομικού κώδικα, αλλά θεωρείτο ο μοναδικός τρόπος για να πεθάνει κάποιος, αν υπέφερε από φρικτό σωματικό ή ψυχικό πόνο. Ο ιαπωνικός τελετουργικός τρόπος αυτοκτονίας χαρακίρι (*hara-kiri*) ή σεπούκου (*seppuku*), που αναπτύχθηκε από τους Σαμουράι ως μία διέξοδο σε περιπτώσεις ήττας ή ατίμωσης, εξελίχθηκε στα χρόνια που ακολούθησαν, φτάνοντας στους καμικάζι πιλότους του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (Retterstol,1993:11-13, Jacob Crouch Foundation,2011).

Για το χριστιανισμό, η πράξη αυτή δεν ήταν πάντα καταδικαστέα. Στα πρώτα χρόνια διάδοσής του και κατά τη διάρκεια των διωγμών, πολλοί χριστιανοί επέλεξαν ελεύθερα το θάνατό τους ή παραδόθηκαν ενσυνείδητα στο μαρτύριο, σαν μία μαρτυρία πίστης, με αποτέλεσμα να αποκαλούνται μάρτυρες. Στην απόφασή τους αυτή, συντέλεσαν οι πρώτες διδαχές του χριστιανισμού, οι οποίες διακήρυσσαν ότι η επίγεια ζωή είναι μισητή και επομένως ο άνθρωπος θα πρέπει να επιδιώκει το θάνατο, για να αγγίξει τον Θεό και την αιώνια ζωή. Μία στάση που μεταβλήθηκε, έπειτα από την εδραίωση του χριστιανισμού στη δυτική κοινωνία. Είναι η εποχή που η χριστιανική ηθική γίνεται αυστηρότερη, ενώ ήδη από το 348 μ.Χ., η Σύνοδος της Καρχηδόνας καταδικάζει τον εκούσιο θάνατο, με τον Αρχιεπίσκοπο Αλεξάνδρειας Τιμόθεο το 381 μ.Χ., να αρνείται τις δεήσεις σε αυτόχειρες, εκτός αν πρόκειται για αποδεδειγμένα «τρελούς» (Minois,2006:47-51). Ο Άγιος Αυγουστίνος, στο έργο του, *Πολιτεία του Θεού*, επικαλούμενος την πέμπτη εντολή απαγορεύει όλες τις μορφές αυτοχειρίας, χαρακτηρίζοντας τον αυτόχειρα εγωιστή και δειλό. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι αυτοκτονίες Αγίων, που όπως αναφέρει συνδέονται με τη θεία χάρη (Minois,2006:52-53).

Οι χριστιανικές διδαχές διαμόρφωσαν αισθητά τα πρότυπα, τις στάσεις και τις αξίες της μεσαιωνικής κοινωνίας. Η αυτοκτονία εκλαμβάνεται ως ένα έγκλημα ενάντια στο Θεό, το οποίο επιφέρει κυρώσεις στο πτώμα του αυτόχειρα, όπως είναι ο φουρκισμός, η δήμευση περιουσίας, ο ενταφιασμός από το δήμο κ.α. Επιβάλλονται ανάλογες ποινές και σε όσους αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Η φυλάκιση, η εξορία και τα καταναγκαστικά έργα, είναι ορισμένες μόνο από τις κυρώσεις που εφαρμόζονται. Μία στάση, η οποία ερμηνεύεται στο πλαίσιο των κοινωνικοοικονομικών και των ιστορικών συγκυριών (Συμεωνίδου- Καστανίδου,2007).

Υπάρχουν ωστόσο κάποιες εξαιρέσεις. Η κοινωνική τάξη και ο κοινωνικός ρόλος του αυτόχειρα «μετατρέπονται» σε κριτήρια ταξινόμησης και κατηγοριοποίησης, αναδιαμορφώνοντας αντίστοιχα, το νόημα της πράξης και τη στάση της κοινωνίας. Ένα διαφορετικό είδος κοινωνικής διάκρισης και ανισοτήτων, με σαφείς προσωπικές, οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

Η εποχή της Αναγέννησης «εγκαινιάζει» μία νέα θεώρηση της αυτοχειρίας, απόρροια της γενικότερης αμφισβήτησης των πνευματικών και των ηθικών βεβαιοτήτων, που παρατηρείται. Μία αμφισβήτηση που είναι έκδηλη σε πνευματικό, πολιτιστικό και κοινωνικό επίπεδο. Είναι η περίοδος, που η Ευρώπη επηρεασμένη από τις ιδέες του Λούθηρου και τις αξίες του προτεσταντισμού που προτείνει, μετατοπίζει το βάρος στην προσωπική ευθύνη και απόφαση, προάγοντας νέες αξίες και συμπεριφορές.

Έργα της κλασικής αρχαιότητας, που επί δεκαετίες βρίσκονταν στο περιθώριο, επανεξετάζονται, προσφέροντας μία νέα «χρoιά» στην κοινωνική πραγματικότητα. Το ζήτημα της αυτοχειρίας, «απεγκλωβίζεται» από θρησκευτικές ιδεοληψίες, προσεγγίζεται και μελετάται με ένα διαφορετικό τρόπο προσέγγισης. Αυτοκτονίες επιφανών ιστορικών προσώπων, όπως της Λουκρητίας και του Κάτωνα, προβάλλονται εκ νέου, με την αυτοκτονία να αναδεικνύεται άλλοτε σε μία πράξη έκφρασης φιλοσοφικών πεποιθήσεων και άλλοτε, ως μία πράξη παραφροσύνης.

Η επαναθεώρηση αυτή, εμφανίζεται μέσα από την τέχνη. Ο Chaucer στο ποίημά του, Legend of Good Women (1380), εξυμνεί τις ερωτικές αυτοκτονίες της Διδούς, της Κλεοπάτρας, του Πύραμου και της Θίσβης, στις οποίες προσδίδει ευγενή κίνητρα, προσφέροντας μία νέα ερμηνεία. Ο Sidney στο φιλοσοφικό του έργο The Countess of Pembroke's Arcadia (1580), παρουσιάζει δύο διαφορετικές προσεγγίσεις αυτής της

πράξης, παραθέτοντας μία συζήτηση ανάμεσα σε οπαδούς και αντιπάλους της αυτοκτονίας. Ο Σαίξπηρ από την άλλη πλευρά, καλεί το θεατή να προβληματιστεί και να απαντήσει στο διαχρονικό, φιλοσοφικό ερώτημα «*Να ζει κανείς ή να μην ζει*». Στο έργο του Άμλετ (1600), μελετά τις περιπτώσεις πενήντα δύο αυτοκτονιών, συμπεριλαμβανομένων των κινήτρων που ώθησαν τα άτομα σε αυτή την πράξη, παρουσιάζοντας ουσιαστικά μία ευρεία παραλλαγή της έννοιας αυτής (Retterstol, 1993:18,Barbagli,2010,Minois,2006:101-105).

Ο Διαφωτισμός προσφέρει την απαραίτητη επιστημονική διερεύνηση της αυτοχειρίας. Παύει πλέον να αντιμετωπίζεται με θρησκευτικά και φιλοσοφικά κριτήρια, σηματοδοτώντας τη συστηματική και την επιστημονική διερεύνηση του φαινομένου. Υπήρξαν δύο βασικοί παράγοντες που συντέλεσαν σε αυτή την αλλαγή: η αύξηση των αυτοκτονικών δεικτών που διαπιστώνεται αυτή την εποχή καθώς και η εμφάνιση της επιστήμης της ψυχιατρικής. Στη Γαλλία, ο μέσος ετήσιος αριθμός των αυτοκτονιών, το διάστημα 1826-1830, ανέρχεται στις 1.827, όταν μόλις σε μία πενταετία (1841-1845), καταγράφεται εντυπωσιακή αύξηση, άνω του 70%. Στην Αγγλία του 18ου αιώνα, σημειώνονται τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών στην ευρωπαϊκή ήπειρο, με τους επιστήμονες να κάνουν λόγο για την «αγγλική ασθένεια». Ένας χαρακτηρισμός που οφείλεται στις αυξημένες αυτοκτονίες ατόμων που ανήκαν σε υψηλές κοινωνικές τάξεις και κατείχαν υψηλόβαθμες θέσεις. Είναι ενδεικτικό ότι την περίοδο 1680-1740, τα λονδρέζικα δελτία θνησιμότητας παρουσιάζουν σχεδόν, πάνω από εξήντα (60) αυτοκτονίες ετησίως, υπερβαίνοντας στο διπλάσιο το ποσοστό άλλων ευρωπαϊκών χωρών (Minois,2006:264,Barbagli,2010:34-39).

Την ίδια περίοδο, η «αγγλική ασθένεια» φαίνεται να εξαπλώνεται σε όλη τη βορειοδυτική Ευρώπη. Στη Γαλλία για παράδειγμα, το 1797 το ποσοστό των αυτοκτονιών ανέρχεται σε 28 για 100.000 κατοίκους, όταν το αντίστοιχο διάστημα στην Αγγλία οι αυτοκτονίες κυμαίνονταν σε 9 για 100.000. Το 1793, το φαινόμενο λαμβάνει ανεξέλεγκτες διαστάσεις, με το ποσοστό να αυξάνεται σε 230 ανά 100.000 κατοίκους. Ανάμεσα στους αυτόχειρες, ήταν δύο υπουργοί, αλλά και ο δήμαρχος του Παρισιού. Ανάλογες αυξητικές τάσεις καταγράφονται και σε πολλές άλλες περιοχές της βορειοδυτικής Ευρώπης. Παράλληλα, η ένταση και η έκταση του φαινομένου σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές, σε συνδυασμό με τον αξιοσημείωτο αριθμό αυτοχειριών από υψηλές κοινωνικές τάξεις, καταδεικνύει για ακόμη μία φορά το διαφορετικό τρόπο ερμηνείας και διαχείρισής του. Σε κάθε πολιτιστικό περιβάλλον, η

πράξη της αυτοχειρίας αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο, όπως και μεταξύ του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού της κάθε χώρας (Barbagli,2010:39-40).

Τα αίτια κλιμάκωσης αυτού του φαινομένου θα μπορούσαν να αναζητηθούν στις αλλαγές που συντελούνταν σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Η εδραίωση του καπιταλισμού, με τις μεταβολές που επέφερε σε κοινωνικοοικονομικό, πολιτιστικό και προσωπικό επίπεδο, επηρέασαν αισθητά το άτομο σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής και προσωπικής ζωής του. Παραδοσιακά πρότυπα, πεποιθήσεις και σύμβολα αρχίζουν σταδιακά να εξασθενούν και να αντικαθίστανται από τις νέες αξίες που επιφέρει η άνοδος της αστικής τάξης. Το φαινόμενο της αστικοποίησης φέρνει σε σύγκρουση παραδοσιακές αξίες και συνήθειες, προάγοντας τον ατομικισμό και τον ανταγωνισμό, καλλιεργώντας ταυτοχρόνως ένα αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας, ως απόρροια της κρίσης των παραδοσιακών κοινωνικών θεσμών και της αμφισβήτησης των παραδοσιακών προτύπων και του τρόπου ζωής. Το άτομο μοιάζει να κινείται ελεύθερα στο κοινωνικό περιβάλλον, διεκδικώντας τα δικαιώματά του, ανάμεσα στα οποία βρίσκουμε το δικαίωμα της ζωής ή του θανάτου. Αυτές οι σφοδρές μεταβολές έδωσαν το έναυσμα σε πολλούς μελετητές να εξετάσουν τα ποσοστά αυτοχειρίας με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, εστιάζοντας στο πως το άτομο επηρεάζεται από αυτές.

Το νέο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον που αναδύεται, δημιουργεί ένα νέο σύνολο προκλήσεων για το άτομο, αλλά και για την κοινωνία. Εμφανίζονται νέα φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας, όπου μαζί με τις σφοδρές μεταβολές που επιφέρει ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής, εντείνουν την ευαλωτότητα του ατόμου. Πολλοί άνθρωποι, που δεν μπόρεσαν να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις νέες συνθήκες ή άλλοι, που βίωσαν σφοδρές μεταβολές στην κοινωνική τους θέση, εξαιτίας των δυνατοτήτων κοινωνικής κινητικότητας που προσφέρονται, «επέλεξαν» τον εκούσιο θάνατο. Αυτοί οι «νέοι αυτόχειρες» αναδεικνύουν τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος στη ζωή του ατόμου, γεγονός που σηματοδοτεί τη μεταστροφή της κοινής γνώμης σε ένα σύνολο θεμάτων.

Η επικράτηση του ορθολογικού τρόπου σκέψης και της επιστημονικότητας αναδιαμορφώνουν το εννοιολογικό πλαίσιο της αυτοχειρίας, μεταβάλλοντας τον τρόπο διαχείρισής της σε πολιτικό, κοινωνικό, πολιτιστικό και ατομικό επίπεδο. Η αυτοκτονία, παύει να αντιμετωπίζεται σαν ένα θανάσιμο αμάρτημα, ενώ με την

επανάσταση του 1789, πραγματοποιείται η αποποινικοποίησή της. Ο Μοντεσκιέ (1721) ανέπτυξε μία ψυχολογική ανάλυση της αυτοχειρίας, προσδίδοντάς της ιατρικά χαρακτηριστικά. Η προσέγγισή του, εστιάζει στο ότι ο άνθρωπος είναι μέρος της φύσης και αντιτίθεται στις μέχρι τότε εδραιωμένες αντιλήψεις, που ταύτιζαν την αυτοχειρία με την κοινωνία και τη Θεία Πρόνοια. Τη σύνδεση της αυτοκτονίας με τις ψυχικές διαταραχές και τη σωματική νόσο, υποστήριξε και ο Βολταίρος, επισημαίνοντας τη σημασία της κληρονομικότητας στην τέλεσή της, σε αντίθεση με τον Μοντεσκιέ και άλλους μελετητές που επικεντρώθηκαν στις κλιματολογικές συνθήκες. Ο Βολταίρος αναφέρθηκε και στη δυνατότητα θεραπείας της. Ενδιαφέρουσα είναι και η θέση του Hume, ο οποίος τίθεται υπέρ του εκούσιου θανάτου όταν η ζωή γίνεται τόσο επώδυνη σωματικά, όσο και πνευματικά. Οι ερμηνείες αυτές όπως ήταν φυσικό υπήρξαν καθοριστικές στην επιστημονική διερεύνηση του φαινομένου, η οποία εντάχθηκε και με την εμφάνιση της ψυχιατρικής επιστήμης, που προσέφερε το ανάλογο επιστημονικό υπόβαθρο στη γνώση του ανθρώπινου ψυχισμού. Σύμφωνα ωστόσο με τον Kraepelin, μόνο το 30% αυτών των ατόμων, παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών (Minois,2006:325-343, Retterstol,1993:18-20).

Συγχρόνως, πραγματοποιούνται οι πρώτες μελέτες αναφορικά με την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στον ανθρώπινο ψυχισμό. Αφορμή για αυτές τις μελέτες, υπήρξαν τα αυξημένα ποσοστά αυτοχειρίας που καταγράφονταν την περίοδο 1680-1720, εξαιτίας των άθλιων συνθηκών διαβίωσης, του τύφου, της δυσεντερίας, αλλά και των πολέμων που πλήττουν την Ευρώπη. Γεγονότα που εντείνουν το κλίμα της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας, επιφέροντας «ρήξη» εντός των κοινωνικών ομάδων και καλλιεργώντας το αίσθημα της μοναξιάς και της απελπισίας στο άτομο (Minois,2006:125).

Ένας από τους κύριους υποστηρικτές αυτού του μοντέλου, ήταν ο Γάλλος κοινωνιολόγος Emil Durkheim (1858-1917), με τη μελέτη του να συνεχίζει να «γοητεύει» και να θεωρείται επίκαιρη, μέχρι και σήμερα, ιδίως σε περιπτώσεις κοινωνικής αποδιοργάνωσης και ύφεσης. Με τη χρήση της στατιστικής επιστήμης, κατέδειξε ότι ορισμένες ανθρώπινες συμπεριφορές -όπως είναι η πράξη της αυτοκτονίας, που ερμηνεύεται σαν μία εντελώς ατομική πράξη, αποτέλεσμα της «άκρας ανθρώπινης δυστυχίας»- ερμηνεύεται κοινωνικά, μέσω του βαθμού κοινωνικής ενσωμάτωσης των αυτοχείρων. Μία θέση που απέκλειε τις ψυχολογικές,

ψυχαναλυτικές ή ψυχοπαθολογικές αναλύσεις, ακόμα και τις κληρονομικές και φυλετικές ερμηνείες του φαινομένου (Giddens,2002:57-58,Αντωνοπούλου,2008:229).

Σήμερα οι θάνατοι από αυτοκτονία έχουν αυξηθεί κατά 7% παγκοσμίως από το 1990, ξεπερνώντας τις 800.000 το χρόνο, με το 79% αυτών των περιπτώσεων να συμβαίνει σε χώρες με χαμηλό και μέσο εισόδημα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO,2018) τοποθετεί την αυτοκτονία μεταξύ των είκοσι κορυφαίων αιτιών θανάτου για όλες τις ηλικίες και ως τη δεύτερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-29 ετών. Στην Αμερική, το 60% των θανάτων από πυροβόλα όπλα οφείλεται σε αυτοκτονίες. Το 2018, 48.344 Αμερικανοί αυτοκτόνησαν -132 αυτοκτονίες ανά ημέρα, κατά μέσο όρο- με την αυτοκτονία να κατατάσσεται στη δέκατη αιτία θανάτου και δεύτερη αιτία στις ηλικίες 10-34 ετών και με τις απόπειρες αυτοκτονίας να εκτιμώνται στο 1.4 εκατ. (AFSP).

Οι αριθμοί αυτοί σκιαγραφούν τη μία πλευρά του φαινομένου. Υπάρχει ένας σημαντικός, «σκοτεινός αριθμός» που αφορά τις απόπειρες αυτοκτονίας, για τις οποίες δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο οι απόπειρες αυτοκτονίας υπερβαίνουν κατά δέκα με είκοσι φορές, περίπου τις αυτοχειρίες. Άλλοι μελετητές τονίζουν ότι ο αριθμός τους είναι πολύ υψηλότερος, εάν υπολογιστούν οι περιπτώσεις εκείνες που αποκρύπτονται, με αποτέλεσμα το ποσοστό τους να ανέρχεται στο 30:1 (Μπελεγγρίνος και συν.,2014:374). Τα ποσοστά αυτά, αναδεικνύουν την ένταση και την έκταση του φαινομένου, καθώς και την αναγκαιότητα εφαρμογής ειδικών προγραμμάτων, παρεμβάσεων και δράσεων για τη διαχείρισή του.

Μιλώντας για τον αυτοκτονικό ιδεασμό, θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν αναφερόμαστε αποκλειστικά σε εκείνες τις περιπτώσεις που έχουν θανατηφόρο αποτέλεσμα. Η αυτοκτονία είναι το τελικό στάδιο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Πριν οδηγηθεί κάποιος σε αυτή την πράξη, προηγούνται άλλα στάδια εξίσου επικίνδυνα και ανησυχητικά. Η αυτοκτονικότητα ή η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα ιδεών και συμπεριφορών, από τον αυτοκτονικό ιδεασμό έως την απόπειρα αυτοκτονίας, φθάνοντας στην τετελεσμένη αυτοκτονία. Αυτό δεν σημαίνει ότι προηγείται πάντα κάποιο «σημάδι προειδοποίησης». Είναι πιθανόν το άτομο να οδηγηθεί στην αυτοκτονία χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια απόπειρα ή και να έχει πραγματοποιήσει αρκετές απόπειρες, δίχως

να έχει καταλήξει στο θάνατο (Οικονόμου και συν.,2018a:28). Παρατηρήσεις και επιστημάνσεις που υποδεικνύουν την πολυδιάστατη και την πολυσύνθετη φύση αυτού του φαινομένου.

Τις περισσότερες φορές, η αυτοκτονία συνιστά το τελευταίο στάδιο μίας διαδικασίας στην οποία διέρχεται το άτομο, προτού προχωρήσει στην τέλεσή της. Οι σκέψεις, ίσως και ακραίες, επικίνδυνες, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές είναι εκείνες που προηγούνται και είναι εξίσου επικίνδυνες και ανησυχητικές. Όταν ένα άτομο απειλεί να αυτοκτονήσει ή αποπειράται να θέσει τέλος στη ζωή του, χωρίς να το πετύχει, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν από το άμεσο οικείο και οικογενειακό περιβάλλον του. Άνθρωποι που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, έστω μία φορά στη ζωή τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να το επιχειρήσουν ξανά βραχυπρόθεσμα. Ο «αυτοκτονικός ιδεασμός», όπως αποκαλούνται αυτές οι αυτοκαταστροφικές σκέψεις και συμπεριφορές, μπορεί να είναι περιστασιακός και να εκδηλώνεται υπό αντίξοες συνθήκες ή να είναι χρόνιος και επίμονος. Οι σκέψεις αυτές ενδεχομένως να είναι ακαθόριστες, ασαφείς ή να έχουν τη μορφή ενός οργανωμένου σχεδίου απόπειρας αυτοκτονίας (ΚΛΙΜΑΚΑ).

Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, όταν κάποιος αποπειράται ή έστω απειλεί ότι θα θέσει τέλος στη ζωή του. Υπάρχουν άνθρωποι συνήθως με χαμηλή αυτοεκτίμηση ή έχοντας ένα ψυχοσυναισθηματικό υπόβαθρο, που απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν ή έχουν εκφράσει κάποια στιγμή στο παρελθόν, την επιθυμία τους να πεθάνουν. Η συμπεριφορά τους αυτή, ερμηνεύεται συχνά από το οικείο περιβάλλον τους, ως μία προσπάθεια επίτευξης κάποιου στόχου ή και προσέλκυσης του ενδιαφέροντος, κάτι το οποίο δεν είναι πάντα ανακριβές.

Οι Siegal και Friedman (1955:45) έχουν δείξει ότι οι απειλές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα άτομα, για την παραγωγή θετικών αποτελεσμάτων. Μπορούν δηλαδή, να αναγκάσουν τα άτομα να παντρευτούν, να παραμείνουν σε μία σχέση, να εμποδίσουν τη διάλυση γάμων ή την πραγματοποίησή τους. Είναι επίσης πιθανό, να χρησιμοποιηθούν για την αποφυγή εκπλήρωσης τυχόν υποχρεώσεων, όπως και για την απόκτηση ευνοϊκής μεταχείρισης από το οικείο περιβάλλον. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι αυτά τα άτομα δεν πραγματοποιούν ποτέ τις απειλές τους. Τουλάχιστον το 40% φαίνεται να έχει προσπαθήσει να αυτοκτονήσει κάποια στιγμή

στο παρελθόν, την ίδια ώρα που το 70% των ανθρώπων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, δίνουν κάποια ένδειξη των σκοπών τους (Thio,2003:301-302).

Οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν μη θανατηφόρες, αυτοπροκαλούμενες συμπεριφορές, οι οποίες ακριβώς εξαιτίας της επικινδυνότητάς τους, συγκαταλέγονται στις αυτοκτονικές συμπεριφορές, μαζί με τις αυτοκτονίες. Η απόπειρα αυτοκτονίας ανήκει στη λεγόμενη «παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά». Ένας όρος που χρησιμοποιείται, προκειμένου να περιγράψει τις συμπεριφορές ανθρώπων που αυτοακρωτηριάζονται ή αυτοτραυματίζονται, χωρίς να υπάρχει πάντα πρόθεση θανάτου. Οι τραυματισμοί αυτοί, φαίνεται να τελούνται υπό έντονη συναισθηματική φόρτιση και είναι συχνότεροι σε ανθρώπους με ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Μπεκιάρη,Κατσαδώρος,b). Οι Plutchik και Van Praag (αναφέρονται στο Νηματούδης,2006:10), παρατηρώντας τα κοινά στοιχεία μεταξύ των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονίας, προτείνουν ένα «φάσμα αυτοκτονικής συμπεριφοράς», με αφετηρία τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ο οποίος εξελίσσεται σε απόπειρα μέτριας σοβαρότητας, φτάνοντας σε μία σοβαρή απόπειρα, με κατάληξη την αυτοκτονία.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας προσδιορίζουν ένα πλήθος συμπεριφορών, με ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Τα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, επιδιώκουν να βλάψουν τη σωματική τους ακεραιότητα, δίχως να επιφέρουν εντέλει ένα θανατηφόρο αποτέλεσμα. Υπάρχει μία ασάφεια ως προς τις προθέσεις αυτών των ατόμων, διότι ενώ σε αρκετές περιπτώσεις είναι προσχεδιασμένες, άλλες φορές είναι παρορμητικές, αποτέλεσμα της συναισθηματικής έντασης που βρίσκονται. Είναι ενδεικτικό ότι μόνο ένα ποσοστό –από 14 έως 55%-των ανθρώπων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν προειδοποιούν, έστω και ασαφώς, την επιθυμία τους να πεθάνουν (Thio,2003:302).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις, εμφανείς αλλαγές στη συμπεριφορά και στην εξωτερική τους εμφάνιση, οι οποίες μπορούν να προϊδεάσουν κάποιον για αυτήν τους την επιθυμία. Πολλά άτομα παραμελούν την εξωτερική τους εμφάνιση, αλλάζουν την καθημερινότητά τους, δείχνουν σημάδια αδιαφορίας, έντονης εσωστρέφειας, αποξένωσης, ενώ είναι δυνατόν να παρουσιάζουν μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικές επαφές ή και για την εξυπηρέτηση των βασικών τους αναγκών (σίτιση). Αξίζει να υπογραμμιστεί, ότι μόλις ένα ποσοστό, περίπου το 10 με

το 20% αυτών των ατόμων, επιφέρουν τελικά θανάσιμο τραυματισμό. Αυτό οφείλεται στο ότι σχεδόν, το 96% αυτών των περιπτώσεων αντιπροσωπεύουν ουσιαστικά μία προσπάθεια απόσπασης της προσοχής, μία πράξη επίκλησης βοήθειας ή και ένας τρόπος χειραγώγησης του οικείου περιβάλλοντος. Προφανώς, αυτό δεν σημαίνει ότι μία απόπειρα αυτοκτονίας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αδιάφορα. Απαιτείται επιτακτική προσοχή, εξαιτίας του κινδύνου επανάληψης, το οποίο φαίνεται να επιβεβαιώνεται για το 50% αυτών των περιπτώσεων. Μελέτες δείχνουν ότι το 60% περίπου, των αυτοχειρών είχαν προβεί προηγουμένως, σε κάποια άλλη απόπειρα (Μπελεγγίνος και συν.,2014:375).

Υπάρχουν έρευνες, που υπογραμμίζουν αξιολογούμενες διαφορές στα άτομα που αυτοκτονούν και σε εκείνα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Ο αριθμός των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν είναι συχνότερος, με τον αριθμό των γυναικών να είναι υψηλότερος σε σχέση με εκείνο των ανδρών, οι οποίοι υπερέχουν στα ποσοστά αυτοκτονιών. Είναι δε πιθανότερο, να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν άτομα νεαρής ηλικίας (24 έως 45 ετών), παρά προχωρημένης ηλικίας (55 έως 66 ετών). Αντίστοιχα, άνδρες μεγάλης ηλικίας, στην πλειοψηφία τους ανύπαντροι, χωρισμένοι ή σε χηρεία, οι οποίοι ζουν μόνοι και είναι άνεργοι ή συνταξιούχοι, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας. Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται εντυπωσιακή άνοδος των αυτοκτονιών, αλλά και των αποπειρών στο νεανικό πληθυσμό. Αντίθετα, οι αυτοκτονίες σε άτομα παιδικής ηλικίας, σε σχέση με τους νέους και εφήβους είναι σπανιότερες (Thio,2003:302,Νηματούδης,2006).

Ανάλογες διαφοροποιήσεις όσον αφορά το φύλο, διαπιστώνονται σε σχέση με το μέσο τέλος της απόπειρας και της αυτοχειρίας. Οι γυναίκες επιλέγουν «ηπιότερα» μέσα –υπνωτικά χάπια, διάφορα δηλητήρια και κόψιμο φλεβών-όταν οι άνδρες χρησιμοποιούν κατά σειρά προτίμησης, τον απαγχονισμό, την πτώση από μεγάλο ύψος, τη χρήση όπλου, καθώς και τη δηλητηρίαση στον ύπνο τους. Άλλες έρευνες επισημαίνουν και διαφορές, αναφορικά με την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου. Άτομα που ανήκουν στην κατώτερη κοινωνική τάξη φαίνεται να προβαίνουν σε απόπειρες αυτοκτονίας συχνότερα, από ότι τα άτομα ανώτερης κοινωνικής τάξης (Thio,2003:302,Μπελεγγίνος και συν.,2014:374).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ποικίλουν, μιας και σχετίζονται όχι μόνο με το ίδιο το άτομο, αλλά και με

κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες. Για παράδειγμα, η επαγγελματική κατάσταση, όπως έχει ήδη επισημανθεί, συνδέεται με ένα σύνολο ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Σύμφωνα με τους Robins και Regier (1991) τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να είναι άνεργοι ή με μερική απασχόληση, με τους Stuckler et al. (2009) να αναφέρουν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρξε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες (κάτω των 65 ετών), αλλά και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Διαπιστώνεται μία έμφυλη διαφοροποίηση στη συσχέτιση των δεικτών αυτοχειρίας με την ανεργία, με τους άνδρες να καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά. Μία σχέση που θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο πλαίσιο του έμφυλου καταμερισμού των ρόλων σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο (Οικονόμου,2018a:28).

Υψηλά ποσοστά αυτοχειρίας παρουσιάζουν και άτομα που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, το οποίο οφείλεται στο έντονο άγχος που τους δημιουργεί η νόσος, αλλά και στο επικείμενο «τέλος» τους. Ανάλογες είναι οι επιπτώσεις και σε άλλες στρεσογόνους περιόδους της ζωής ενός ατόμου, αλλά και σε διαστήματα που πραγματοποιούνται ξαφνικές αλλαγές στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, με τις αλλαγές αυτές να σχετίζονται με το ευρύτερο κοινωνικό γίγνεσθαι. Η ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών δεσμών, όπως είναι ο γάμος και τα παιδιά, συμβάλλουν θετικά στην υγεία των ατόμων, μειώνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονικότητας, λειτουργώντας σαν μία «ασπίδα» προστασίας στην ευαλωτότητα του ατόμου.

4.2. Οι προσεγγίσεις για την αυτοκτονία

Υπάρχει μία πλειάδα θεωριών που έχουν διατυπωθεί, οι οποίες επιχειρούν να προσδιορίσουν τα αίτια και τα κίνητρα που ωθούν ένα άτομο σε αυτή την «έσχατη» πράξη, κατά την οποία δίνει τέλος στη ζωή του. Προσεγγίσεις και μελέτες από το σύνολο της ανθρώπινης διάνοησης, προσεγγίζοντας το φαινόμενο αυτό από διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο.

Ο Γάλλος κοινωνιολόγος Durkheim (1980:18) ορίζει την αυτοκτονία ως την κάθε περίπτωση θανάτου, που είναι το άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα μιας πράξης, θετικής ή αρνητικής, που διαπράττει το ίδιο το άτομο γνωρίζοντας το αποτέλεσμα. Για τον Αυστριακό γιατρό και ψυχίατρο Freud (αναφέρεται στο Thio,2003:322), η πράξη αυτή οφείλεται στην κατάρρευση του «Εγώ», του εξισορροπητικού μηχανισμού των

μερών της προσωπικότητας του ατόμου. Ο Ιταλός κοινωνιολόγος Barbagli (2010:43) υπογραμμίζει ότι η κατάρρευση ενός ισχυρού και σταθερού κοινωνικού συστήματος, μπορεί να συντελέσει στην αύξηση των ποσοστών της αυτοχειρίας, εξαιτίας της κρίσης και της πτώσης παραδοσιακών κανόνων, συμβόλων και προτύπων που οδηγούν σε επιτρεπτές, καθορισμένες συμπεριφορές, προσδιορίζοντας αντίστοιχα τις μη φυσιολογικές συμπεριφορές. Άλλοι μελετητές αναζητούν τις αιτίες σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού, σε κληρονομικούς και βιολογικούς παράγοντες, ορίζοντας ανάλογα τον εκούσιο θάνατο.

Ανάμεσα στους διάφορους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί, διαπιστώνονται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Ορισμένοι μελετητές, προσεγγίζουν την πράξη της αυτοχειρίας μονοδιάστατα, σαν την πράξη ενός ατόμου, μία προσωπική του επιλογή, άλλοι πολυδιάστατα, εκλαμβάνοντας υπόψιν τους την επίδραση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος σε αυτήν, όταν κάποιοι άλλοι εστιάζουν σε ορμονικές, νευρολογικές διαταραχές και σε κληρονομικούς παράγοντες. Οι θέσεις αυτές, θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα πάντα με το ερευνητικό ενδιαφέρον: στις *βιολογικές*, τις *ψυχολογικές-ψυχιατρικές* και τις *κοινωνιολογικές* θεωρίες. Η κάθε κατηγορία εσωκλείει ένα υποσύνολο προσεγγίσεων, αποδίδοντας κάθε φορά, μία διαφορετική διάσταση σε αυτή την έννοια.

Οι **βιολογικές ή βιοχημικές/νευρολογικές θεωρίες** αναζητούν τα βιολογικά και τα φυσιολογικά στοιχεία που «ευθύνονται» για τυχόν αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου προσπαθούν να εντοπίσουν περιπτώσεις γενετικής προδιάθεσης, χημικών ανισορροπιών, μη φυσιολογικών επιπέδων των νευροδιαβιβαστών και νευρολογικές βλάβες που οφείλονται σε λοιμώξεις και διατροφικές διαταραχές. Υπάρχουν μάλιστα μελετητές, που προβάλλουν τη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος σαν την κύρια αιτία για τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονικές συμπεριφορές (Fusè,1997, Γιωτάκος,2008:202).

Οι προσεγγίσεις αυτές προκύπτουν μέσα από τη μελέτη δείγματος από περιφερειακού ιστούς, όπως τα αιμοπετάλια, τα λεμφοκύτταρα, ο νωτιαίος μυελός, ο οποίος λαμβάνεται από αυτοκτονικούς ασθενείς ή από εγκεφάλους θυμάτων αυτοκτονίας (Pandey,2013). Σε άτομα που αυτοκτόνησαν, έχουν βρεθεί κατά την νεκροψία υψηλά επίπεδα 5-υδροξυινδολεξεικού οξέος στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό

καθώς και ελάττωση της δέσμευσης της ιμιπραμίνης στο μετωπιαίο φλοιό, υψηλά επίπεδα μεταβολιτών της κορτιζόλης στα ούρα και διογκωμένα επινεφρίδια που συναντώνται και στη βαριά κατάθλιψη (Μάνος,1997:707).

Για τις βιοχημικές/νευρολογικές θεωρίες, η αυτοκτονία και η επιθετικότητα συνδέονται σε μεγάλο βαθμό και εξαρτώνται σημαντικά από τα επίπεδα σεροτονίνης στον οργανισμό. Η σεροτονίνη συνιστά μίας από τις πιο βασικές χημικές ουσίες του νευρικού μας συστήματος που καθορίζει τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης φαίνεται ότι εμπλέκονται στην ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών και κυρίως, με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως και με την αυτοκτονικότητα, τις ανθρωποκτονίες, την παρορμητικότητα, την επιθετικότητα και τον αλκοολισμό. Στη λειτουργία της σεροτονίνης καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει και το ενδοκρινές σύστημα, όπου η υπερέκκριση της κορτιζόλης αλλού μειώνει και αλλού αυξάνει τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο (Pandey,2013, Τσιλιάκου και συν.,2009). Ανάλογη επίδραση έχει και ο πολυμορφισμός του γονιδίου υδροξυλάσης της τρυπτοφάνης, το οποίο σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα, τις συναισθηματικές διαταραχές, τον αλκοολισμό, καθώς και με τη βίαιη, παρορμητική συμπεριφορά, όπως και η υψηλή συγκέντρωση της νορεπινεφρίνης (Karthick,Barwa,2017).

Οι **ψυχολογικές-ψυχιατρικές θεωρίες** εστιάζουν στη συναισθηματική κατάσταση, στις γνωστικές και στις νοητικές λειτουργίες του ατόμου. Κεντρική θέση σε αυτές τις προσεγγίσεις, είναι ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα ή είναι ψυχικά πάσχοντες, με αποτέλεσμα να εμμένουν περισσότερο στο ενδογενές περιβάλλον, δίνοντας λιγότερη –έως καθόλου κάποιες φορές- έμφαση στο ευρύτερο κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο και στις κοινωνικές σχέσεις του ατόχειρα.

Ο Freud (2010) προσπαθεί να αναζητήσει και να θεραπεύσει τυχόν καταπιεσμένα συναισθήματα, άλυτες συγκρούσεις αλλά και συναισθηματικά τραύματα, ιδίως από την παιδική ηλικία, που βρίσκονται καταπιεσμένα στο ασυνείδητο του ατόμου. Τραύματα και εμπειρίες του παρελθόντος, τα οποία είναι υπαίτια για τη δυσκολία προσαρμογής στην καθημερινότητα, όπως και για προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη λήψη αποφάσεων, που αντιμετωπίζει το ενήλικο άτομο. Η θεωρία της προσωπικότητας που ανέπτυξε έχει δύο διαστάσεις. Η πρώτη αφορά τα

ψυχοσεξουαλικά στάδια ανάπτυξης του ατόμου και η δεύτερη, την ψυχική οργάνωση της προσωπικότητας, η οποία σχετίζεται με την ανάπτυξη του κοινωνικού εαυτού. Σύμφωνα με τον Freud (2010), η προσωπικότητα του ατόμου αποτελείται από τρία μέρη: το *Εκείνο*, το *Υπερεγώ* και το *Εγώ*.

Το *Εκείνο* περιλαμβάνει τις βιολογικές ανάγκες, τα ένστικτα και τις ενορμήσεις του ατόμου, λειτουργώντας με βάση την άμεση ικανοποίηση των αναγκών και την αρχή της ευχαρίστησης. Το *Υπερεγώ* αποτελεί το σύνολο των κανόνων συμπεριφοράς, τις απαγορεύσεις και τις προσταγές που επιβάλλει η κοινωνία στα μέλη της και σχηματίζεται ήδη από το πρώτο έτος της ζωής του ατόμου. Το *Εγώ* είναι το σύνολο των ψυχικών λειτουργιών, που διαμορφώνουν τη σχέση μας με το περιβάλλον, έχοντας ως βάση την πραγματικότητα. Είναι η συνειδητή πλευρά της προσωπικότητας και ρυθμίζεται από τις εσωτερικές παρορμήσεις του *Εκείνου* και από τους περιορισμούς, τα όρια που επιβάλλει η κοινωνία (*Υπερεγώ*). Όπως είναι φυσικό, το *Εκείνο*, το ασυνείδητο, με τα ένστικτα και τις βιολογικές ορμές, συγκρούεται συχνά με το *Υπερεγώ*, δηλαδή την κοινωνία και τον πολιτισμό, προκαλώντας καταστάσεις άγχους και έντασης στο άτομο. Η οποιαδήποτε σύγκρουση, μεταξύ αυτών των τριών στοιχείων, η οποία βρίσκεται «καταπιεσμένη» στο ασυνείδητο του ατόμου, είναι ιδιαίτερα επίπονη για το άτομο και εκδηλώνεται με τη μορφή διαφόρων ψυχικών συμπτωμάτων, όπως είναι η κατάθλιψη και η βία. Μέσω συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας, το *Εγώ* προσπαθεί να διαχειριστεί αυτές τις καταστάσεις, εξασφαλίζοντας ουσιαστικά μία ισορροπία ανάμεσα σε αυτά τα τρία μέρη της προσωπικότητας. Σε περίπτωση κατάρρευσης του *Εγώ*, «πυροδοτούνται» διάφορες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων είναι και η αυτοκτονία (Μάνος,1997:34-36,Thio,2003:371-372,322).

Σύμφωνα με τον Menninger (αναφέρεται στο Karthick,Barwa,2017:104) η πράξη αυτή συνιστά την επιθυμία του ανθρώπου να σκοτώσει, να σκοτωθεί και να πεθάνει. Ο Shneidman (αναφέρεται στο Gunn,Lester,2014:13-16) από την άλλη πλευρά, ισχυρίστηκε ότι η αυτοκτονία δεν είναι η επιθυμία κάποιου να πεθάνει, αλλά είναι περισσότερο ένα μέσο για τον τερματισμό του ψυχικού πόνου. Μία κατάσταση που προκύπτει, όταν οι ζωτικές ανάγκες ενός ατόμου δεν ικανοποιούνται ή παραμένουν ανεκπλήρωτες. Ο «ψυχικός πόνος» προβάλλεται όχι μόνο ως ο σημαντικότερος παράγοντας, αλλά και η βασική προϋπόθεση για την εκδήλωση του αυτοκτονικού κινδύνου. Ο Ringel (1976) αντίθετα, εστιάζει στο προ-αυτοκτονικό σύνδρομο

(Presuicidal Syndrome), το οποίο περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1958 και προσδιορίζει μία συγκεκριμένη κατάσταση του νου, η οποία ωθεί σε αυτοκτονικές πράξεις. Με αυτή την έννοια, η αυτοκτονία θίγει το σύνολο της προσωπικότητας κάποιου, δίχως να συνιστά μία απλή αντίδραση σε κάποια δυσκολία ή περίσταση.

Ο Beck υποστηρίζει ότι οι ψυχολογικές δυσκολίες σχετίζονται με τις αυτόματες σκέψεις και τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που έχει κανείς για τον εαυτό του και για τον κόσμο, με την αυτοκτονική συμπεριφορά να μοιάζει σαν τη μοναδική πιθανή λύση. Ο Rudd αναπτύσσει περαιτέρω την «αυτοκτονική θέση», καταλήγοντας στην άποψη ότι η ενεργοποίηση των αρνητικών πεποιθήσεων και των γνωστικών προσεγγίσεων συνοδεύονται από την ενεργοποίηση καθορισμένων συμπεριφορικών, γνωστικών σχημάτων και συναισθημάτων, που σχετίζονται με την αυτοκτονία (Karthick,Barwa,2017:104).

Για τον Baechler (αναφέρεται στο Gunn, Lester,2014:10-13), η αυτοκτονία ορίζεται ως ένα πλήθος συναισθημάτων και καταστάσεων, φυγής, πένθους, ποινής, ενώ η απόπειρα αυτοκτονίας συνιστά μία πράξη που υποδηλώνει επιθετικότητα, εκδίκηση, εκβιασμό, ίσως και επίκληση για βοήθεια. Με αυτή την έννοια δεν υπάρχει ένα είδος αυτοχειρίας, αλλά διάφορα είδη με το καθένα να εκφράζει κάποιο από τα ανωτέρω συναισθήματα και καταστάσεις. Οι Mark και Williams (αναφέρονται στο Karthick, Barwa,2017:104) προσδιορίζουν την πράξη αυτή σαν μία «κραυγή πόνου» που προέρχεται από την αίσθηση της παγίδευσης που νιώθει το άτομο. Η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν παρακινείται από την επιθυμία κάποιου να πεθάνει, αλλά από την επιθυμία του να ξεφύγει από την παγίδα. Στα ίδια πλαίσια κινείται και η θεωρία του Baumeister (αναφέρεται στο Gunn,Lester,2014:16-17), κατά την οποία το άτομο με αυτό τον τρόπο προσπαθεί να διαφύγει από ανυπόφορες περιστάσεις.

Οι Schotte και Clum (αναφέρονται στο Gunn,Lester,2014:81) προτείνουν ένα συνδυαστικό μοντέλο, βάσει του οποίου οι γνωστικές διαστρεβλώσεις σχετίζονται άμεσα με τα αυξημένα επίπεδα στρες, άγχους και την άσχημη διάθεση γενικότερα, όπου οποιαδήποτε μεταβολή είτε σε γνωστικό, είτε σε συναισθηματικό επίπεδο ενδέχεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη του αυτοκτονικού ιδεασμού. Στον αντίποδα αυτών των θέσεων, οι Gold και Coghlan, (1975-1976) παρατήρησαν τη σχέση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών ή αλκοολισμού με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση των χρηστών, καθώς και με ορισμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, όπως είναι η

κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια. Είναι εξίσου πιθανό, να οδηγήσουν σε παραβατικές συμπεριφορές, ακόμα και στην αυτοκτονία.

Παρατηρώντας τις παραπάνω προσεγγίσεις, γίνεται σαφές ότι δεν διερευνάται η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ψυχική υγεία. Ο άνθρωπος, όπως έχει ήδη επισημανθεί, δεν είναι ανεξάρτητος από την κοινωνική πραγματικότητα. Δρα και αυτοπροσδιορίζεται μέσα από το κοινωνικό γίνεσθαι, αναπτύσσοντας μία αμφίδρομη σχέση με αυτό. Συμμετέχει, αλλά και επηρεάζεται από τα διάφορα κοινωνικά γεγονότα. Μία σχέση που καθιστά δυσδιάκριτα τα όρια ανάμεσα στην προσωπική και στην κοινωνική ταυτότητα, με ανάλογο αντίκτυπο σε προσωπικό/ατομικό και σε κοινωνικό/συλλογικό επίπεδο.

Με αφετηρία αυτές τις διαπιστώσεις, οι **κοινωνιολογικές θεωρίες** ασκούν δριμεία κριτική στις ψυχολογικές-ψυχιατρικές προσεγγίσεις, έχοντας για επιχείρημα ότι είναι άτοπο να παραγκωνίζεται το κοινωνικό γίνεσθαι στην εξέταση των ψυχικών διαταραχών. Παράλληλα, επισημαίνουν την αδυναμία της ψυχολογίας να ερμηνεύσει τα αίτια και τους παράγοντες που ορισμένα άτομα, είναι πιθανότερο να αυτοκτονήσουν σε σχέση με άλλα άτομα, με τους κοινωνιολόγους να εμμένουν στο ότι οι αιτίες της αυτοκτονίας δεν βρίσκονται αποκλειστικά στο άτομο, αλλά στην κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει.

Οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου παραθέτουν ενδεικτικά, την ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας ανά τους αιώνες, η οποία μοιάζει να ακολουθεί και να κατηγοριοποιείται, σύμφωνα με τις εκάστοτε φυσιολογικές, κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές, αναδεικνύοντας ουσιαστικά σε μεγάλο βαθμό την «κοινωνιογένεσή» της, δίχως να υποβαθμίζεται η ύπαρξη της ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας. Μία θέση που μαρτυρείται μέσα από το διαφορετικό τρόπο διαχείρισης και αντίδρασης της ψυχικής ασθένειας μέσα στο χρόνο, ανάλογα με την κοινωνική θέση και τη λειτουργικότητα του ψυχικά πάσχοντα εντός της κοινωνίας. Αντίστοιχες μεταβολές στο περιεχόμενο και στη στάση της κοινής γνώμης, διαπιστώνονται και στο φαινόμενο των αυτοκτονιών.

Ο E.Durkheim (1858-1917) υπήρξε ο κύριος θεμελιωτής της κοινωνιολογίας και ο ιδρυτής της γαλλικής κοινωνιολογικής σχολής. Η σκέψη του επικεντρώθηκε στις σημαντικές μεταβολές που συντελούνταν στην εποχή του και ιδίως στη σχέση του ατόμου με την κοινωνία, καθώς και στην επιρροή που ασκεί η τελευταία, μέσω των

αξιών, των προτύπων και των κανόνων στα άτομα. Για τον Durkheim, τα κοινωνικά φαινόμενα πρέπει να μελετώνται ως «πράγματα» που ενυπάρχουν ανεξάρτητα από τα άτομα, που ασκούν πάνω τους περιορισμούς. Με αυτή την έννοια, η κοινωνική ζωή έπρεπε να αναλυθεί με την ίδια επιστημονική αυστηρότητα που χαρακτήριζε την ανάλυση των φυσικών φαινομένων (Watson,2005:54).

Ο Durkheim ήταν ο πρώτος κοινωνιολόγος που εισήγαγε τη στατιστική στις μελέτες του και ειδικότερα στο έργο του με τίτλο, «*Le suicide, etude de sociologie*», («Αυτοκτονία»), που πρωτοδημοσιεύτηκε το 1897. Συνέλεξε δεδομένα από διάφορες χώρες, που αφορούσαν 26.000 περιπτώσεις αυτοχειρίας, τις οποίες ταξινόμησε με βάση το φύλο, τη θρησκεία, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση και με την παρουσία ή όχι παιδιών στην οικογένεια. Προχωρώντας στην ενδελεχή ανάλυση αυτών των δεδομένων, κατέδειξε ότι οι κοινωνικοί παράγοντες ασκούν καθοριστική επιρροή στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του ατόμου, που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην αυτοκτονία³⁹ (Durkheim,1980).

Αυτό που απέδειξε ο Durkheim, είναι ότι ορισμένες ανθρώπινες πράξεις, όπως είναι η αυτοχειρία που μοιάζει σαν μία εντελώς ατομική πράξη, μία προσωπική απόφαση, αποτέλεσμα της «άκρας ανθρώπινης δυστυχίας», μπορεί να ερμηνευθεί κοινωνικά, μέσω του βαθμού κοινωνικής ενσωμάτωσης και ολοκλήρωσης των αυτοχειρών. Μία προσέγγιση, που ήταν αρκετά καινοτόμα, διότι απέκλειε τις μέχρι τότε ψυχολογικές, ψυχαναλυτικές, ψυχοπαθολογικές αναλύσεις, τις κληρονομικές και τις φυλετικές ερμηνείες του φαινομένου (Giddens,2002:57-58,Thio,2003:324).

Η αυτοκτονία κατά τον Durkheim (1980:18) περιλαμβάνει όλες εκείνες τις περιπτώσεις που προκύπτουν άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος, γνωρίζοντας την κατάληξη αυτής, έστω και αν πρόκειται για πράξεις ανδρείας, αυτοθυσίας, εθμικού θανάτου ή και «πρωτόγονα έθιμα». Στη σκέψη του, εστιάζει στην επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και δη στις σύγχρονες κοινωνίες, όπου οι αλλαγές είναι εξαιρετικά γρήγορες και σφοδρές, μην αφήνοντας στο άτομο τον απαιτούμενο χρόνο προσαρμογής σε αυτές. Αλλαγές που

³⁹Πέρα από τη στατιστική ανάλυση, ο Durkheim συνέκρινε επίσης την κοινωνική αντίδραση αυτού του φαινομένου σε διαφορετικά πολιτιστικά μορφώματα. Αυτό που διαπίστωσε είναι ότι στις «πρωτόγονες», «κατώτερες κοινωνίες» -τις μη αστικές και μη βιομηχανικές κοινωνίες- ο εκούσιος θάνατος εκλαμβάνόταν σαν κάτι το «φυσιολογικό» ή ένα «κανονικό» κοινωνικό φαινόμενο, σε αντίθεση με τις αστικές, βιομηχανικές κοινωνίες. Μία διαφοροποίηση που αναδεικνύει τις αλλαγές σε αξιακό, πολιτιστικό επίπεδο και την επίδραση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος σε αυτήν (Αντωνοπούλου,2008:227).

προκαλούν σε πολλούς ανθρώπους συναισθήματα ματαιότητας ή απελπισίας και «ευθύνονται» για την εμφάνιση ανομικών φαινομένων, που «απειλούν» την οργανική αλληλεγγύη. Η ανομία είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που συναντάται κυρίως στο σύγχρονο κόσμο, εξαιτίας ακριβώς αυτών των σφοδρών αλλαγών. Με αυτή την έννοια, υποδεικνύει την πολυδιάστατη φύση της αυτοχειρίας, προσεγγίζοντάς την αφενός ως ένα παθολογικό φαινόμενο της σύγχρονης κοινωνίας και αφετέρου σαν ένα μέσο κοινωνικής επιβολής, μιας μορφής δηλαδή κοινωνικού ελέγχου και εξαναγκασμού του ατόμου από την κοινωνία (Durkheim,1980:18,Παπαδάτος,1994: 25).

Το ερευνητικό ενδιαφέρον του, επικεντρώνεται στις κοινωνίες και ειδικότερα στο πώς καταφέρνουν να επιβιώσουν μέσα στο χρόνο, διατηρώντας την ενότητά τους. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, διακρίνει μία ισχυρή συσχέτιση της συχνότητας των αυτοκτονιών με τις συνθήκες της συλλογικής ζωής, θέτοντας δύο βασικούς άξονες για την ερμηνεία του φαινομένου, την *κοινωνική ολοκλήρωση* και το *κοινωνικό σύστημα κανόνων*. Ο βαθμός κοινωνικής ολοκλήρωσης του ατόμου, αναφέρεται στην εθελοντική συμμετοχή, στην προσκόλλησή του σε μια ομάδα ή σε μία κοινωνία της οποίας είναι μέλος, ενώ το σύστημα των κοινωνικών κανόνων, προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο ρυθμίζεται και καθορίζεται εξαναγκαστικά η συμπεριφορά των ατόμων από την ομάδα ή την κοινωνία στην οποία ανήκουν. Αυτοί οι δύο άξονες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική και στην προσωπική ζωή του ατόμου, μιας και ρυθμίζουν τη συλλογική ζωή και την κοινωνική συνοχή (Αντωνοπούλου,2008:227,Θιο,2003:324).

Συνεπώς, το φαινόμενο των αυτοκτονιών που είναι παρόν σε κάθε πολιτιστικό μόρφωμα, μοιάζει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το βαθμό κοινωνικής ενσωμάτωσης των αυτοχείρων. Όταν το άτομο έχει αναπτύξει ή δεν έχει αναπτύξει αρκετούς κοινωνικούς δεσμούς, η κοινωνική ενσωμάτωση βρίσκεται σε χαμηλά ή σε υπερβολικά επίπεδα, καταγράφονται αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών. Οι χαμηλοί δείκτες αυτοχειρίας προϋποθέτουν την ισορροπημένη κοινωνική ενσωμάτωση (Durkheim,1980:228).

Με βάση τις διαπιστώσεις αυτές, ο Durkheim διακρίνει τέσσερις μορφές αυτοκτονίας, οι οποίες προκύπτουν από το βαθμό απουσίας ή υπερεμφάνισης της κοινωνικής συμμετοχής και των ηθικών κανόνων. Ως προς το βαθμό κοινωνικής

συμμετοχής, προκύπτουν η *εγωιστική* και η *αλτρουιστική* αυτοκτονία. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις, διαπιστώνεται ο καθοριστικός ρόλος της κοινωνίας. Στην *εγωιστική* αυτοκτονία, είναι η κοινωνία που ούσα αποσυνθεμένη, επιτρέπει σε ορισμένα μέλη της να «δραπετεύσουν», ενώ στην *αλτρουιστική* αυτοκτονία είναι η κοινωνία *καθεαυτή*, που κρατά εξαρτώμενο το άτομο (Durkheim,1980:244,269).

Η *εγωιστική* αυτοκτονία (“egoiste”) φαίνεται να είναι το επακόλουθο του σύγχρονου τρόπου ζωής. Παρατηρείται όταν τα άτομα δεν έχουν αναπτύξει ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν καμία υποστήριξη από το κοινωνικό σύνολο. Είναι ο σύγχρονος τρόπος ζωής, κατά τον οποίο η συλλογική συνείδηση αντικαθίσταται από τον ατομικισμό και τον *εγωισμό*. Συνθήκες που συντελούν στη χαλάρωση των ηθικών κανόνων, στην αποδέσμευση του ατόμου από τις κοινωνικές επιταγές, με επακόλουθο την εξασθένηση του δεσμού μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας, επιφέροντας εντέλει «ρωγμές» στην κοινωνική συνοχή. Η *εγωιστική* αυτοκτονία είναι η πιο χαρακτηριστική μορφή αυτού του φαινομένου, που συμβαίνει από την απομόνωση του ατόμου ή από την κατάρριψη των κοινωνικών περιορισμών, με αποτέλεσμα το άτομο να οδηγείται σε αυτή την πράξη, μην έχοντας ουσιαστικά κάτι να χάσει⁴⁰. Οι ανύπαντροι άνδρες για παράδειγμα, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους έγγαμους συζύγους, εξαιτίας της ύπαρξης των ισχυρών δεσμών της οικογένειας (Αντωνοπούλου,2008:230, Durkheim,1980, Μαρούλη,2007).

Η *αλτρουιστική* αυτοκτονία (“altruiste”) είναι το ακριβώς αντίθετο της *εγωιστικής*. Συνιστά ένα χαρακτηριστικό των προβιομηχανικών και των πρωτόγονων κοινωνιών, που συμβαίνει λόγω της έλλειψης εξατομίκευσης και της υπερβολικής κοινωνικής ολοκλήρωσης. Στις περιπτώσεις αυτές, διαπιστώνεται μία ταύτιση του ατόμου με την κοινωνία, με την αυτοχειρία να «μεταφράζεται» ως ένα καθήκον, το οποίο καλείται να εκπληρώσει το άτομο. Στην πραγματικότητα, η αυτοχειρία εκλαμβάνεται σαν μία ηθική δέσμευση, μία προσταγή, μία θρησκευτική δοξασία, στην οποία το άτομο επιτάσσεται σχεδόν αυτόματα, μιας και τυχόν αποφυγή της ισοδυναμεί με την επιβολή κυρώσεων. Οι στρατιώτες που προτιμούν να σκοτωθούν στη μάχη για την

⁴⁰ Ο Durkheim καταλήγει σε αυτή την διαπίστωση ύστερα από τη μελέτη στατιστικών στοιχείων σε ευρωπαϊκό επίπεδο, καταδεικνύοντας ότι σε χώρες που επικρατούσε ο προτεσταντισμός, δόγμα που επικροτεί την ελευθερία στην ατομική σκέψη και στη συνείδηση, ο δείκτης αυτοχειρίας ήταν υψηλότερος, από ότι στις καθολικές χώρες, που κυριαρχεί ο έλεγχος και η παράδοση στις αξίες (Αντωνοπούλου,2008:230,Durkheim,1980).

πατρίδα τους, παρά να εγκαταλείψουν, όπως και οι αυτοκτονίες πολλών γυναικών μετά το θάνατο των συζύγων τους, αποτελούν ενδεικτικά παραδείγματα αλτρουιστικών αυτοκτονιών (Αντωνοπούλου,2008:233).

Η επίδραση της κοινωνίας είναι έκδηλη και στην περίπτωση της *ανομικής αυτοκτονίας*, όπου μαζί με τη *μοιρολατρική αυτοκτονία*, σχετίζονται με τους ηθικούς κανόνες. Η ανομική αυτοκτονία (“*anomie*”) είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται σε περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης, κατά τις οποίες πραγματοποιούνται απότομες αλλαγές στη ζωή του ατόμου. Είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό της σύγχρονης κοινωνίας και ειδικότερα του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής, που εμφανίζεται όχι μόνο σε περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης, οικονομικής ύφεσης, αλλά και σε περιόδους οικονομικής ευμάρειας και δύναμης, όπου τα άτομα βιώνουν έντονη κοινωνική κινητικότητα, είτε κερδίζοντας κοινωνικά προνόμια και κύρος (ανοδική κοινωνική κινητικότητα), είτε χάνοντας τα κοινωνικά τους κεκτημένα σχεδόν βίαια, απότομα (καθοδική κοινωνική κινητικότητα). Υπό αυτές τις συνθήκες, οι κοινωνικές ισορροπίες ανατρέπονται, όπως και το σύστημα κοινωνικών κανόνων. Παραδοσιακά και αξιολογικά πρότυπα καταρρέουν, δίχως να δίνεται ο απαραίτητος χρόνος ούτε στα άτομα να προσαρμοστούν, αλλά ούτε και στην κοινωνία να «*ανασυνταχθεί*», ώστε να τους «*επανεκπαιδέψει*». Χάνονται τα όρια μεταξύ του «*δυνατού*» και του «*αδύνατου*», του «*δίκαιου*» και του «*αδίκου*», με τις ατομικές επιδιώξεις να γίνονται «*απεριόριστες*» (Durkheim,1980:285,Αντωνοπούλου,2008:235).

Τα άτομα βρίσκονται «*παγιδευμένα*» σε αυτό το σύνολο των αλλαγών, δίχως να έχουν κάποια σταθερά στη ζωή τους, το οποίο επηρεάζει άμεσα όχι μόνο το βιοτικό τους επίπεδο, αλλά και την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Δημιουργούνται συναισθήματα απογοήτευσης, ανασφάλειας και δυσαρέσκειας, με ανάλογο αντίκτυπο και σε κοινωνικό επίπεδο. Αναδεικνύονται φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας, συγκρούσεις και παραβατικές συμπεριφορές, όπως είναι η αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών (Κάτσα,2012,Αντωνοπούλου,2008:235).

Προκειμένου να συμπεριλάβει όλες εκείνες τις συνθήκες που οδηγούν στην ανομική αυτοκτονία, ο Durkheim (1980:287-288) προχωρά σε μία περαιτέρω κατηγοριοποίησή της ανάλογα με την ένταση, διακρίνοντάς την στη «*συμπτωματική*», όπου ο δείκτης αυτοχειρίας επηρεάζεται παροδικά και σε εκείνη που έχει «*ενδημικό*»

και «χρόνιο χαρακτήρα», κατά την οποία η αγορά αντικαθιστά πλέον το ρυθμιστικό ρόλο της κοινωνίας. Στις ανεπτυγμένες μάλιστα κοινωνίες, οι δείκτες αυτοχειρίας παρουσιάζουν χρόνο χαρακτήρα από ότι στις μη ανεπτυγμένες, εξαιτίας των προοπτικών περί ανέλιξης που προσφέρουν στους κατοίκους τους. Σε αυτές τις κοινωνίες κυριαρχεί η διαρκής επιθυμία για πλούτο και κοινωνική άνοδο, παραμερίζοντας άλλες παραδοσιακές αξίες (Thio,2003:325). Η κοινωνία «χάνει» την πρωτοκαθεδρία της και αντικαθίσταται από την αγορά, βασικό χώρο για την εκπλήρωση αυτών των φιλοδοξιών, οι οποίες όταν δεν ικανοποιούνται δημιουργούν στους πολίτες, συναισθήματα απογοήτευσης και απελπισίας (Durkheim,1980:287-288). Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί, ότι μολονότι η εγωιστική και η ανομική αυτοκτονία παρουσιάζουν ορισμένα κοινά στοιχεία, όπως το ότι αμφότερες, εντοπίζονται στις σύγχρονες βιομηχανικές χώρες, εντούτοις «πλήττουν» διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Οι ανομικές αυτοχειρίες εντοπίζονται κυρίως στο χώρο της οικονομίας, της βιομηχανίας και του εμπορίου, ενώ οι εγωιστικές στο «κόσμο της σκέψης» (Αντωνοπούλου,2008:236).

Η μοιρολατρική αυτοκτονία («fataliste») είναι το τελευταίο είδος αυτοχειρίας που διακρίνει ο Durkheim, δίχως να την αναλύει εκτενώς, διότι τη θεωρεί σπάνια. Τα αίτια της οφείλονται στον υπερβολικό έλεγχο της ζωής του ατόμου από τους κοινωνικούς θεσμούς και προξενείται από την υπερβολική κοινωνική παρέμβαση στη ζωή του ατόμου. Είναι ένα είδος αυτοχειρίας, που συναντάται σε όλο το φάσμα της ανθρώπινης ιστορίας, από τις αυτοκτονίες σκλάβων στην αρχαιότητα μέχρι και τις αυτοκτονίες των εγκλειστών στη σημερινή εποχή. Τα άτομα αυτά, νιώθοντας ότι η ζωή τους είναι «ιδρυματοποιημένη», απόλυτα ρυθμισμένη, μην έχοντας οι ίδιοι τον έλεγχο, προβαίνουν σε αυτή την πράξη σαν ένα είδος απόδρασης προς την «ελευθερία» (Thio,2003:326).

Ανάλογες μελέτες περί κοινωνικής αποδιοργάνωσης, είχαν προηγηθεί της θεωρίας του Durkheim. Το 1783 ο Charles Mercier, ανέδειξε για πρώτη φορά στατιστικά στοιχεία που έδειχναν τη σταθερή αυξητική τάση των αυτοχειριών στις εκσυγχρονισμένες χώρες της Ευρώπης (Maskill, et al.,2005:8). Το 1822 ο Jean-Pierre Falret, αναφέρθηκε στη σημασία που διαδραματίζει ο πολιτισμός στον αυτοκτονικό ιδεασμό, υποστηρίζοντας ότι οι δείκτες αυτοχειρίας αυξάνονται σε περιόδους ταχείας κοινωνικής αλλαγής και οικονομικής αποδιοργάνωσης. Με τον όρο «πολιτισμό» προσδιόρισε τον αστικό τρόπο ζωής, που ευθυνόταν για τη δημιουργία επιθυμιών, οι

οποίες προξενούσαν έντονο στρες, άγχος και πίεση στους ανθρώπους, προκειμένου να ικανοποιηθούν συναισθήματα που ήταν σχεδόν άγνωστα στις αγροτικές κοινωνίες. Ο Forbes Winslow (1840, αναφέρεται στο Kushner,1993:463-464) επισήμανε τη σχέση του πολιτισμού με την «τρέλα» και τον αυτοκτονικό κίνδυνο, παρατηρώντας μία αναλογική σχέση της γνώσης, της ευφυΐας, με την επιθυμία αυτοκτονίας.

Για τον Thomas Masaryk (1881,αναφέρεται στο Lester,1997), τα αυξανόμενα ποσοστά αυτοκτονιών στις ευρωπαϊκές χώρες οφείλονταν στον εκσυγχρονισμό. Ένα φαινόμενο που επέφερε κατάρρευση των παραδοσιακών θεσμών και του ηθικού ελέγχου, εντείνοντας την ευαλωτότητα των ατόμων. Ήταν όμως η κοινωνική θεωρία του Durkheim που καθόρισε το χώρο των κοινωνικών επιστημών, καθώς και τις μεταγενέστερες θέσεις για τον εκούσιο θάνατο.

Ο M. Halbwachs, μαθητής του Durkheim, ανέπτυξε μία από τις πιο γνωστές μεταγενέστερες προσεγγίσεις, ασκώντας έντονη κριτική στις θέσεις του Durkheim. Σύμφωνα με την κοινωνικοψυχολογική θεωρία που διατύπωσε, είναι λάθος να μην εξετάζονται τα προβλήματα ψυχικής υγείας, μιας και οι λόγοι που οδηγούν κάποιον σε αυτή την απόφαση βρίσκονται τόσο εντός του ίδιου, όσο και στο κοινωνικό περιβάλλον. Αναφερόμενος στις διαφοροποιήσεις των δεικτών αυτοχειρίας ανάμεσα σε κοινότητες και σε πυκνοκατοικημένες πόλεις, επισήμανε το ρόλο των κοινωνικών συγκρούσεων και κυρίως τη σημασία της κοινωνικής απομόνωσης, που επιφέρει ο σύγχρονος αστικός τρόπος ζωής στην κλιμάκωση του φαινομένου, εξαιτίας των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούν στο άτομο (Douglas,1967:126-131, Maskill,et al.,2005:10⁴¹).

Παρόμοια ήταν και η ερμηνεία του Giddens (1966), στην οποία υπάρχουν αρκετά στοιχεία της θεωρίας του Freud, υποστηρίζοντας ότι σχεδόν πάντα, προηγείται της αυτοχειρίας κάποια μορφή κατάθλιψης. Για τον Powell (1958, αναφέρεται στο Maskill, et al.,2005:11), ο βαθμός επίτευξης των φιλοδοξιών και των ιδανικών που καταφέρνουν οι άνθρωποι για την κοινωνική τους κατάσταση, συνδέεται άμεσα με τον κίνδυνο εκδήλωσης του αυτοκτονικού ιδεασμού. Εάν, οι φιλοδοξίες

⁴¹ Το 1930 Halbwachs, σε αντίθεση με άλλους μελετητές, υποστήριξε ότι υπήρχε μία σταθεροποίηση των αυτοκτονικών δεικτών, αλλά και μία σύγκλιση ανάμεσα στις διάφορες χώρες και ομάδες του πληθυσμού. Στην Ιταλία για παράδειγμα, όπου το ποσοστό ήταν πάντα χαμηλό, τα ποσοστά αυτοκτονιών βρίσκονταν σε υψηλά επίπεδα, όταν χώρες που κατέγραφαν ανησυχητικά υψηλές τιμές, παρουσίαζαν μία σταθεροποίηση. Ένα φαινόμενο που άμβλυνε τις διαφορές ανάμεσα στον ευρωπαϊκό βορρά και νότο, στις αστικές και αγροτικές περιοχές, αλλά και μεταξύ των διαφόρων θρησκειών (Barbagli,2010:15).

απογοητεύονται, τότε αναδύεται μία κατάσταση ανωμαλίας, μία γενική απώλεια προσανατολισμού, όπου χαρακτηρίζεται από συναισθήματα κενού, απάθειας και χωρίς νόημα. Αντίθετα, ο Sainsbury καταδεικνύει ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών ήταν υψηλότερα σε περιοχές που παρουσίαζαν φαινόμενα κοινωνικής αποδιοργάνωσης και ανομίας (Douglas,1967:110-112).

Το 1954 οι Henry και Short διατύπωσαν τη θεωρία των Τριών Παραγόντων, μίας κοινωνικοψυχολογικής θεωρίας, βάσει της οποίας η αυτοκτονία προκύπτει από τη δράση τριών διαφορετικών παραγόντων, του κοινωνιολογικού, του ψυχολογικού και του οικονομικού. Η προσέγγισή τους αυτή ενστερνίζεται τη θέση του Durkheim σχετικά με την ανεπάρκεια των κοινωνικών κανόνων. Οι άνθρωποι με υψηλή κοινωνική θέση είναι πιθανότερο να αυτοκτονήσουν, διότι ο κοινωνικός περιορισμός που δέχονται είναι μικρότερης έντασης. Ομοίως, οι ανύπαντροι, άτομα μεγάλης ηλικίας, κάτοικοι αστικών περιοχών, που η μόνιμη κατοικία τους βρίσκεται στο αποδιοργανωμένο κέντρο καθίστανται εξαιρετικά ευάλωτοι, λόγω των ανεπαρκών κοινωνικών τους σχέσεων. Όσον αφορά τον ψυχολογικό παράγοντα, οι Henry και Short θεωρούν ότι ένα ισχυρό «Υπερεγώ», το οποίο περικλείει τις σκληρές απαιτήσεις των γονιών και της πειθαρχίας που επιβάλλουν, ενισχύει την «ψυχολογική πιθανότητα» για αυτοκτονία. Η αυτοκτονία μοιάζει με μία εχθρική, επιθετική πράξη του ατόμου απέναντι στον εαυτό του (Thio,2003:326-327).

Οι Gibbs και Martin άσκησαν έντονη κριτική στη θεωρία του Durkheim και των Henry και Short, έχοντας για κύριο επιχείρημα ότι οι προσεγγίσεις αυτές είναι επιστημονικά ανεπαρκείς, αφού δεν μπορούν να ελεγχθούν εμπειρικά. Το 1964, ανέπτυξαν τη θεωρία τους για την Ολοκλήρωση της Κοινωνικής Θέσης. Πρόκειται για μία αναδιαμόρφωση της θεωρίας του Durkheim, όπου αντί για την έννοια της κοινωνικής ενσωμάτωσης, επικεντρώθηκαν στη σταθερότητα και στην αντοχή των κοινωνικών σχέσεων, οι οποίες μπορούν να εξεταστούν μέσα από τους ρόλους και τις θέσεις που καταλαμβάνουν τα άτομα εντός της κοινωνίας. Όταν οι ρόλοι αυτοί είναι αντικρουόμενοι, είναι δυνατόν να δημιουργήσουν προβλήματα στην κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων, που εκφράζονται μέσω της σύγκρουσης ρόλων, την απώλεια κοινωνικών σχέσεων και φθάνοντας, ίσως και στην αυτοκτονία. Με αυτή την έννοια, το ποσοστό αυτοκτονιών είναι αντιστρόφως ανάλογο με το βαθμό ολοκλήρωσης της κοινωνικής θέσης των αυτοχείρων (Thio,2003:328-329).

Η θέση τους αυτή επικρίθηκε έντονα, κυρίως λόγω της εμμονής τους με τα στατιστικά δεδομένα. Πολλοί μελετητές, υποστηρίζουν ότι δεν μελετώνται επαρκώς άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον ή με το προσωπικό νόημα που αποδίδουν οι αυτόχειρες σε αυτήν τους την πράξη (Douglas,1967:85-90). Ο Taylor (1988) υπογραμμίζει την απουσία μελέτης του νοήματος, των αιτιών που αποδίδουν οι άνθρωποι στην αυτοκτονία. Επιπλέον, ασκεί έντονη κριτική για τη μη εκτενή τους εξέταση, της επίδρασης της ελλιπούς κοινωνικής ολοκλήρωσης στους αυτοκτονικούς δείκτες. Αντίστοιχα, ο Lester (1989, αναφέρεται στο Maskill, et al., 2005:12) επικρίνει την αυθαιρεσία των Gibbs και Martin στην επιλογή των κοινωνικών κατηγοριών και της δυσκολίας υλοποίησης στην πράξη της θεωρίας τους περί της κοινωνικής ολοκλήρωσης.

Οι θεωρητικοί της Σχολής του Σικάγου υποστήριζαν ότι οι κοινωνικές παθογένειες εμφανίζονται μέσα από τη χωροθέτηση των ίδιων των πόλεων. Πρόκειται για την οικολογική προσέγγιση του αστισμού, βάσει της οποίας ο αριθμός των αυτοκτονιών ήταν υψηλότερος σε περιοχές που παρουσίαζαν κοινωνική αστάθεια και αποδιοργάνωση (Giddens,2002:620-621). Οι Shaw και McKay, εκπρόσωποι αυτής της σχολής, ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με τη θεωρία της «κοινωνικής αποδιοργάνωσης», ερμηνεύοντας την παραβατική συμπεριφορά, ως ένα αίτιο της κοινωνικής αποδιοργάνωσης και όχι ως μία «ατομική ανωμαλία» (Σπινέλλη,2005:242).

Οι παραπάνω προσεγγίσεις στηρίζονται στη χρήση επίσημων στατιστικών δεδομένων. Μία τακτική που επικρίνεται έντονα από τους φαινομενολόγους κοινωνιολόγους, οι οποίοι επικεντρώνονται στο νόημα της αυτοκτονίας και για αυτό εξετάζουν την αυτοχειρία από κοντά. Η εξέταση των σημειωμάτων που αφήνουν οι αυτόχειρες, η διεξαγωγή συνεντεύξεων με το οικείο και το οικογενειακό περιβάλλον των αυτοχειρών, καθώς και με άτομα που επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν, αλλά επέζησαν, είναι τα βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούν (Thio,2003:331).

Ο J.Douglas υποστηρικτής αυτής της θέσης, παραθέτει τους τρεις τύπους γενικών νοημάτων, με τους οποίους η κοινωνία ερμηνεύει την πράξη αυτή, διατυπώνοντας τη Θεωρία για το Νόημα της Αυτοκτονίας. Αρχικά αναζητείται το νόημα, το κίνητρο που ωθεί το άτομο σε αυτή την απόφαση, όπου οι ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές, αλλά και η επιθυμία κάποιου να διαφύγει από κάτι, είναι οι κυριότεροι

παράγοντες. Στη συνέχεια προσπαθούν να εντοπίσουν τα αίτια. Ποιος ευθύνεται, ποιος δηλαδή «όπλισε» το χέρι του αυτόχειρα, με τον «ένοχο» να βρίσκεται συνήθως, στο άμεσο οικείο ή στο οικογενειακό περιβάλλον του. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν αποδίδονται ευθύνες στον ίδιο τον αυτόχειρα, ο οποίος για την πλειοψηφία της κοινής γνώμης αποτελεί ένα άτομο με ψυχολογικά προβλήματα. Μία στάση που αναδεικνύει την επίδραση της κοινωνίας στο νόημα αυτής της πράξης. Οι ερμηνείες αυτές δημιουργούν μία σειρά «ειδικών νοημάτων», κυρίως θετικών για τον αυτόχειρα, οι οποίες ουσιαστικά τον ενθαρρύνουν ώστε να προβεί σε αυτή την ενέργεια, μεταδίδοντας με αυτό τον τρόπο τις ευθύνες σε «άλλους» (Thio,2003:331-332). Σύμφωνα με τον Douglas, η αυτοκτονία αποτελεί μια «κοινωνική πράξη» ενός ατόμου, με πολυδιάστατη ερμηνεία. Συνιστά έναν τρόπο επικοινωνίας με άλλους, μία «σύννοψη της αξίας της ζωής του», μία δήλωση για τον εαυτό του, για τις κοινωνικές σχέσεις και τον κοινωνικό κόσμο (Fusè,1997:104).

Μία διαφορετική προσέγγιση αναπτύσσει ο Jerry Jacobs, κατά την οποία εκλαμβάνει τα νοήματα της αυτοκτονίας αρνητικά, με την έννοια ότι αποθαρρύνουν τις αυτοκτονίες. Ο Jacobs, εμπνευστής της θεωρίας, η Πορεία προς την Αυτοκτονία, εκλαμβάνει το κοινωνικό νόημα της αυτοκτονίας, ως την κοινωνική απαγόρευση της αυτοκτονίας, θεωρώντας ότι η κοινωνία ορίζει αυτή την πράξη, ως μία «παραβίαση του ιερού δικαιώματος στη ζωή, που μας έχει προσφέρει ο Θεός». Με βάση αυτή τη θέση, το άτομο με τάσεις αυτοκτονίας καλείται να ξεπεράσει την κοινωνική απαγόρευση, μέσα από διάφορα στάδια, αντιλήψεις και εκλογικεύσεις (Thio,2003:331-333).

Άλλοι σύγχρονοι κοινωνιολόγοι αναζητούν τα αίτια της αυτοχειρίας σε ένα σύνολο «πολιτιστικών παραγόντων». Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τα κυριαρχούμενα πολιτιστικά και κανονιστικά πρότυπα, ακόμα και τη γνωστική κατάσταση των ατόμων, ενώ είναι υπαίτια για φαινόμενα κοινωνικών κατηγοριοποιήσεων, όπως και για τη διαμόρφωση της κοινής γνώμης σε διάφορα ζητήματα, μεταξύ των οποίων και οι αυτοκτονίες (Barbagli,2010:14).

4.3. Οι πολλαπλές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης του 2008 στην ελληνική κοινωνία

Τον Αύγουστο του 2007 εκδηλώθηκε στις Η.Π.Α. μία από τις σοβαρότερες οικονομικές κρίσεις στον ευρύτερο χρηματοπιστωτικό και τραπεζικό τομέα, η οποία επιδεινώθηκε το φθινόπωρο του 2008, έπειτα από την κατάρρευση της Lehman Brothers, μίας από τις μακροβιότερες επενδυτικές τράπεζες στην αμερικανική κοινωνία. Μία ενδογενή ύφεση που προκλήθηκε από τις δυσλειτουργίες του οικονομικού συστήματος και κυρίως λόγω της ανάληψης υπερβολικών κινδύνων από το τραπεζικό σύστημα. Τα αίτια αυτά συντελούν, ώστε πολλοί μελετητές να προχωρούν σε συγκρίσεις και να αναφέρονται στις ομοιότητες με εκείνη του 1929.

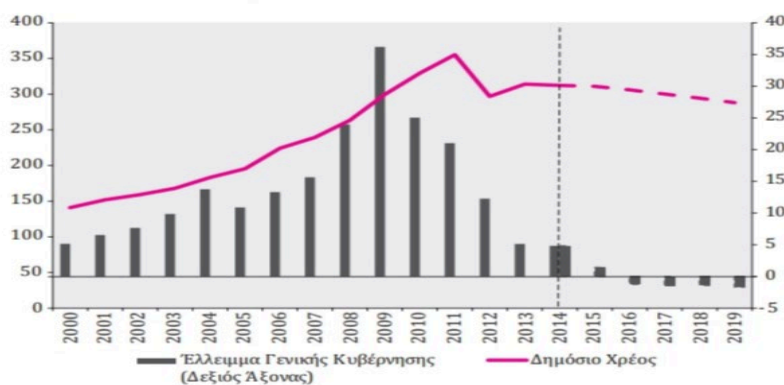
Η χρηματοπιστωτική ύφεση του 2008 επεκτάθηκε με ταχύτατους ρυθμούς, επηρεάζοντας το σύνολο του παγκοσμιοποιημένου οικονομικού συστήματος. Εθνικές οικονομίες δεν μπόρεσαν να αποτρέψουν την κατάρρευση πολλών τραπεζικών ιδρυμάτων, όπως και τη «διόγκωση» των προβλημάτων στο τραπεζικό σύστημα, δημιουργώντας ένα ντόμινο δυσμενών εξελίξεων των χρηματιστηριακών αγορών και εντείνοντας το αίσθημα της αβεβαιότητας στην παγκόσμια αγορά, με σαφείς προεκτάσεις στις εθνικές οικονομίες (Κολλίντζας, Ψαλιδόπουλος, 2009:29-30).

Οι επιπτώσεις ήταν άμεσες και σφοδρές και στην Ευρωζώνη. Πολλές χώρες σημείωσαν αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής του ΑΕΠ, με τη μεγαλύτερη πτώση να καταγράφεται ως επί το πλείστον στις ανοικτές οικονομίες, λόγω της ραγδαίας πτώσης του παγκόσμιου εμπορίου κατά 10,7% το έτος εκείνο. Χώρες με υγιή βασικά οικονομικά δεδομένα, κατάφεραν σε σύντομο, σχετικά χρόνο να ανταπεξέλθουν στις νέες προκλήσεις του παγκόσμιου οικονομικού περιβάλλοντος. Αντίθετα, χώρες που παρουσίαζαν σοβαρές εξωτερικές και εσωτερικές μακροοικονομικές ανισορροπίες και διαρθρωτικές αδυναμίες, ήταν αδύνατο να ανταπεξέλθουν αυτοδύναμα, με αποτέλεσμα οι συνέπειες σε αυτές να ήταν άμεσες και σφοδρότερες (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014:27-31).

Η Ελλάδα ήταν μία από τις χώρες που επλήγησαν άμεσα. Η χώρα εισήχθη σε έναν «κυκλώνα» ύφεσης, σχεδόν δεκαετούς διάρκειας, εξαιτίας των χρόνιων, διαρθρωτικών παθογενειών που εντοπίζονται στη δομική λειτουργία της και του αντιπαραγωγικού μοντέλου που ακολουθήθηκε για δεκαετίες. Η πλασματική περίοδος οικονομικής ευφορίας και ευημερίας, μοιάζει να περιορίζεται αρχές της δεκαετίας του 2000, με το

δημόσιο χρέος να αυξάνεται διαρκώς (Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.,2015:35-36). Ο τότε πρωθυπουργός της χώρας Κωνσταντίνος Καραμανλής είχε επισημάνει τους κινδύνους για την ελληνική οικονομία, ήδη από τους πρώτους μήνες εκδήλωσής της στις ΗΠΑ, τονίζοντας την αναγκαιότητα λήψης άμεσων μέτρων. Το Φεβρουάριο του 2009 μάλιστα, το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) και το Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής, αναφέρουν για την ύφεση τα ακόλουθα (Ελίμερ, 9.2.2009): (α) η παρούσα οικονομική κρίση δεν συγκρίνεται με κάτι ανάλογο στη μεταπολεμική περίοδο, (β) υπάρχει δυσκολία πρόβλεψης της διάρκειας και του βάθους της και (γ) ενδέχεται να μην έχουμε φτάσει στο χειρότερο σημείο της.

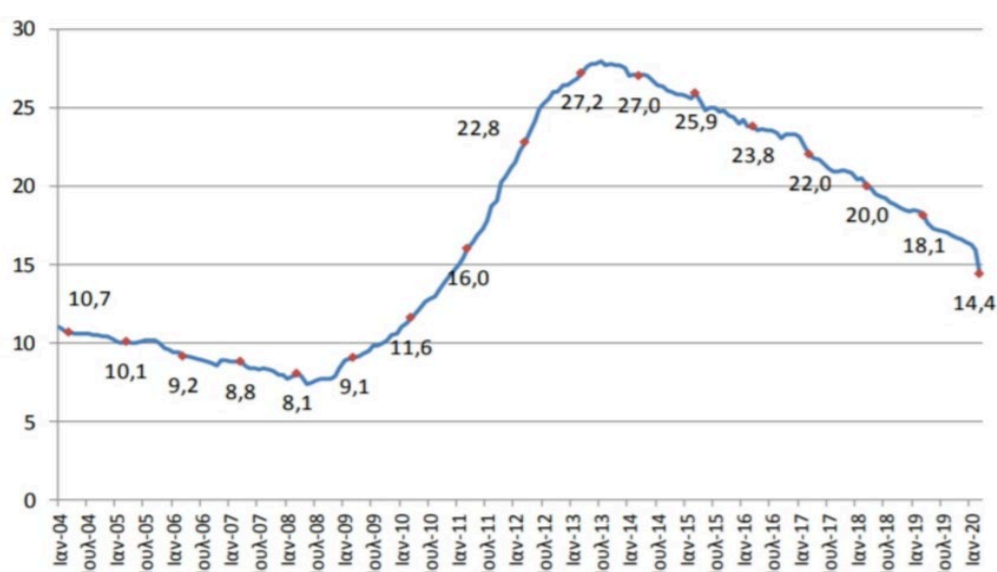
Διάγραμμα 17. Δημόσιο χρέος και έλλειμμα στην Ελλάδα (δισ. ευρώ) (πηγή: World Economic Outlook, IMF, Απρίλιος 2015, αναφέρεται στο Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.,2015: 35)



Έπειτα σχεδόν από δέκα χρόνια μετά την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου, η χώρα μοιάζει να είναι ακόμα «μουδιασμένη», εξαιρετικά επιφυλακτική και δύσπιστη στις όποιες προβλέψεις περί οικονομικής ανάπτυξης. Οι συνέπειες μάλιστα αυτής της πρωτόγνωρης κρίσης, επέφεραν την αμφισβήτηση ενός συνόλου εδραιωμένων αντιλήψεων και συμπεριφορών, επηρεάζοντας όχι μόνο βραχυπρόθεσμα, αλλά και μακροπρόθεσμα τη χώρα σε κοινωνικό, οικονομικό, αξιακό και πολιτικό επίπεδο. Στα χρόνια που ακολούθησαν πραγματοποιήθηκαν εντυπωσιακές αλλαγές, με τη μακροοικονομική πορεία της χώρας να «ανακόπτεται» εκ νέου, από μία νέα κρίση, αυτή τη φορά εξωγενή, την επιδημία του κορωνοϊού αρχές του 2020, η οποία ενέτεινε το κλίμα της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας, «απειλώντας» για ακόμη μία φορά τα κοινωνικά κεκτημένα της ελληνικής κοινωνίας.

Ένας από τους πρώτους δείκτες που επηρεάστηκαν και συνεχίζουν να παρουσιάζουν διακυμάνσεις, είναι εκείνος της ανεργίας. Από τα πρώτα έτη της κρίσης, η ανεργία σημειώνει ανοδική τάση, φθάνοντας τον Ιούλιο του 2013 στο 27,8%, το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ. Οι ανοδικές τάσεις φαίνεται να περιορίζονται τον Ιανουάριο του 2015, όπου και παρατηρείται μία σταθερή πτωτική πορεία στο 25,7%, διατηρώντας ωστόσο τις υψηλότερες τιμές, συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Διάγραμμα 18. Εξέλιξη του ποσοστού (%) ανεργίας κατά μήνα, Αύγουστος 2004 – 2020 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2020α:2)



Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΛ.ΣΤΑΤ), το Δεκέμβριο του 2020, το ποσοστό ανεργίας ανήλθε στο 15,8%, έναντι του 16,4% το Δεκέμβριο του 2019 (Πίνακας 12). Οι περιφέρειες Μακεδονίας-Θράκης, Ηπείρου-Δυτικής Μακεδονίας και Αιγαίου συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας, όπως και η Κρήτη που παρουσιάζει αισθητή αύξηση, από το 9,0% το Δεκέμβριο του 2018 στο 21,6% το Μάιο του 2020, διατηρώντας στη συνέχεια πτωτικές τάσεις. Το Μάιο του 2021 το ποσοστό ανεργίας έφθασε στο 15,9%, όταν το Μάιο του 2020 ήταν στο 16,8%.

Πίνακας 12. Ποσοστό % ανέργων κατά ηλικιακή ομάδα, Δεκέμβριος 2014-2020

(πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2021α:3)

Ομάδες ηλικιών	Δεκέμβριος					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
15-24	49,2	46,0	43,0	39,3	33,0	34,2
25-34	30,2	29,7	25,3	24,0	21,9	22,9
35-44	18,8	19,6	19,0	16,4	16,3	14,9
45-54	19,8	18,8	16,7	15,2	13,2	12,2
55-64	19,8	19,9	17,3	14,3	12,7	11,8
65-74	10,7	14,2	11,9	9,5	9,8	10,6
Σύνολο	24,0	23,6	21,0	18,4	16,4	15,8

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης είναι έκδηλες και στο Διάγραμμα 18, όπου συγκρίνοντας τα ποσοστά ανεργίας από τον Ιανουάριο του 2004 έως τον Ιανουάριο του 2020 διαπιστώνεται μία εντυπωσιακή αύξηση στα χρόνια της κρίσης, πλήττοντας κυρίως το γυναικείο εργατικό δυναμικό της χώρας (Πίνακας 13). Μία εικόνα που δεν πρέπει να εξετάζεται μεμονωμένα από τον έμφυλο καταμερισμό της αγοράς εργασίας και τις επικρατούσες αντιλήψεις περί έμφυλων ρόλων και προτύπων που αναπαράγονται εντός της ελληνικής κοινωνίας. Ανάλογη είναι η εικόνα και των δεδομένων της Eurostat (2019) βάσει των οποίων η ανεργία κυμάνθηκε στο 18,5%, το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ακολουθώντας μία πτωτική πορεία σε σχέση με το 20,6% του Ιανουαρίου 2018.

Πίνακας 13. Ποσοστό % ανεργίας κατά φύλο, Μάιος 2016-Μάιος 2021 (πηγή:

ΕΛ.ΣΤΑΤ,2021b:2)

Φύλο	Μάιος					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Άρρενες	19,7	18,2	15,3	13,5	13,9	12,7
Θήλειες	28,2	26,4	24,3	21,4	20,7	19,8
Σύνολο	23,5	21,9	19,3	17,0	16,8	15,9

Η μείωση των ποσοστών ανεργίας θα μπορούσε να ερμηνευθεί σε ένα σύνολο κοινωνικών παραγόντων, παρά οικονομικών μεγεθών. Φαινόμενα όπως το brain drain, της μαζικής δηλαδή μετανάστευσης εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού στο εξωτερικό, η δημογραφική εξέλιξη του πληθυσμού, οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης, τα υψηλά ποσοστά αδήλωτης εργασίας, καθώς και η παραίτηση χιλιάδων μακροχρόνιων ανέργων από την αναζήτηση εργασίας, αποτέλεσμα της απογοήτευσής τους για την κατάσταση της ελληνικής αγοράς εργασίας, είναι κάποιοι από τους παράγοντες που συνεινούν στη μείωση των παραπάνω δεικτών.

Ιδιαίτερα, το φαινόμενο brain drain μοιάζει να είναι ένα εξολοκλήρου αποτέλεσμα της πολυετούς ύφεσης που βιώνει η ελληνική κοινωνία, εξαιτίας της περιορισμένης ζήτησης για ανθρώπινο δυναμικό υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Η Ελλάδα συγκεντρώνει αρκετά υψηλά ποσοστά πτυχιούχων, τα οποία ωστόσο δεν είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη.

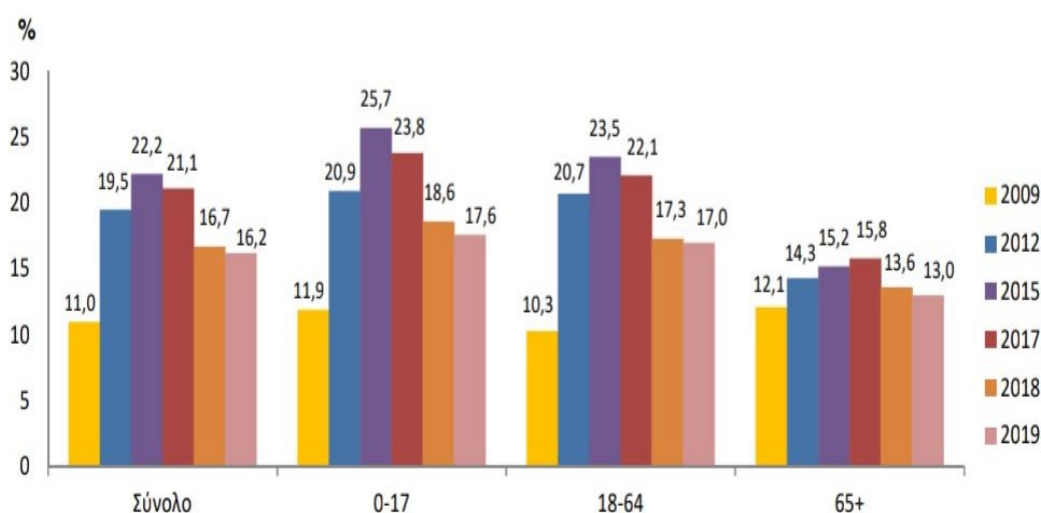
Με την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης υπήρξαν σημαντικές εισοδηματικές μειώσεις. Υπολογίζεται ότι κατά την περίοδο 2009-2017 το εισόδημα των ελληνικών νοικοκυριών παρουσίασε μείωση ύψους 33,7%. Ανάλογη είναι η εικόνα και στις αποδοχές των εργαζόμενων, του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα. Είναι ενδεικτικό, ότι ο κατώτατος μισθός συρρικνώθηκε εντυπωσιακά· το 2012, από 751,39 ευρώ μικτά σε 586,06 ευρώ μικτά, ενώ υπήρξε και θεσμοθέτηση υποκατώτατου μισθού για τους νέους κάτω των 25 ετών, μειωμένου κατά 32% αντίστοιχα. Το 2018 στον ιδιωτικό τομέα, το μέσο ημερομίσθιο τακτικών αποδοχών ανήλθε σε 42,89 ευρώ για το σύνολο των εργαζόμενων, σε 23,18 ευρώ για τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης και σε 48,61% για τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης. Το ίδιο έτος, διαπιστώνεται ότι το 25,3% των εργαζόμενων (571 χιλιάδες άτομα) αμείβεται με μισθό κάτω των 500 ευρώ, όταν το 2010 το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 11,3%. Επιπλέον, το 11,1% λαμβάνει μισθό κάτω των 250 ευρώ, με το αντίστοιχο ποσοστό το 2010 να φθάνει στο 3,5% από 10,9% το 2009⁴² (Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε., 2019:73-75). Άλλο ένα φαινόμενο που διαπιστώνεται είναι ο υπερδιπλασιασμός των

⁴² Στην πραγματικότητα οι κλάδοι υψηλής τεχνολογίας και γνώσης στην Ελλάδα αμείβονταν αρκετά χαμηλότερα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες πολύ πριν την ύφεση. Το 2002 έτος που η χώρα βίωσε οικονομική άνθιση, οι αμοιβές των πτυχιούχων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κατατάσσονταν στην 17^η θέση μεταξύ 28 χωρών, όπου αν και υπήρξε κάποια αύξηση στα χρόνια που ακολούθησαν, παρέμεναν σε χαμηλά επίπεδα, φανερώνοντας την ασυμβατότητα με το επίπεδο σπουδών. Ένα «μισθολογικό χάσμα» όπου σε συνδυασμό με τις επικρατούσες συνθήκες στην ελληνική αγορά, ερμηνεύουν σε μεγάλο βαθμό το φαινόμενο brain drain (Δαμανάκης και συν. 2014:197).

ευέλικτων μορφών απασχόλησης. Το ποσοστό αυτών των «νέων» μορφών απασχόλησης ήταν στο 54,9%, με τις προσλήψεις πλήρους απασχόλησης να αντιπροσωπεύουν το 45%, όταν το 2009 ήταν στο 79% (Ινστιτούτου Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.,2018).

Όπως είναι φυσικό, οι συνθήκες αυτές είχαν αντίκτυπο στην επιδείνωση του βιοτικού επιπέδου των ελληνικών νοικοκυριών, με το ποσοστό του πληθυσμού που βιώνει συνθήκες υλικής στέρησης να βρίσκεται σε διαρκή άνοδο. Το 2019, το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 16,2%, καταγράφοντας μείωση 0,5 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2018, με την Ελλάδα να βρίσκεται στις πρώτες θέσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης- το 5,6% του πληθυσμού της Ε.Ε., 24 εκατομμύρια άνθρωποι. Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να υπογραμμισθεί ότι το φαινόμενο της υλικής στέρησης δεν αφορά αποκλειστικά άτομα που βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας. Συμπεριλαμβάνει επίσης όλους εκείνους τους συνανθρώπους μας, που δυσκολεύονται να αποπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους, παρουσιάζουν ελλείψεις σε βασικά αγαθά, δεν έχουν την αναγκαία θέρμανση στο σπίτι, αντιμετωπίζουν προβλήματα στη διατροφή και γενικότερα αδυνατούν να ανταποκριθούν σε αγαθά ύψους 380 ευρώ (ΕΛ.ΣΤΑΤ,2020b).

Διάγραμμα 18. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στέρησης κατά ομάδες ηλικιών: 2009, 2012, 2015, 2017, 2018, 2019 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2020b:1)



Τα παραπάνω δεδομένα εντείνουν τον κίνδυνο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού για τις λεγόμενες ευάλωτες, ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Το 2019, ο πληθυσμός που βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό ανερχόταν

στο 30,0%, παρουσιάζοντας μείωση σε σχέση με το 2018 κατά 1,8 ποσοστιαίες μονάδες (ΕΛ.ΣΤΑΤ,2020c:2-3).

Διάγραμμα 19. Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό: 2005, 2008 – 2019 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2020c:2)



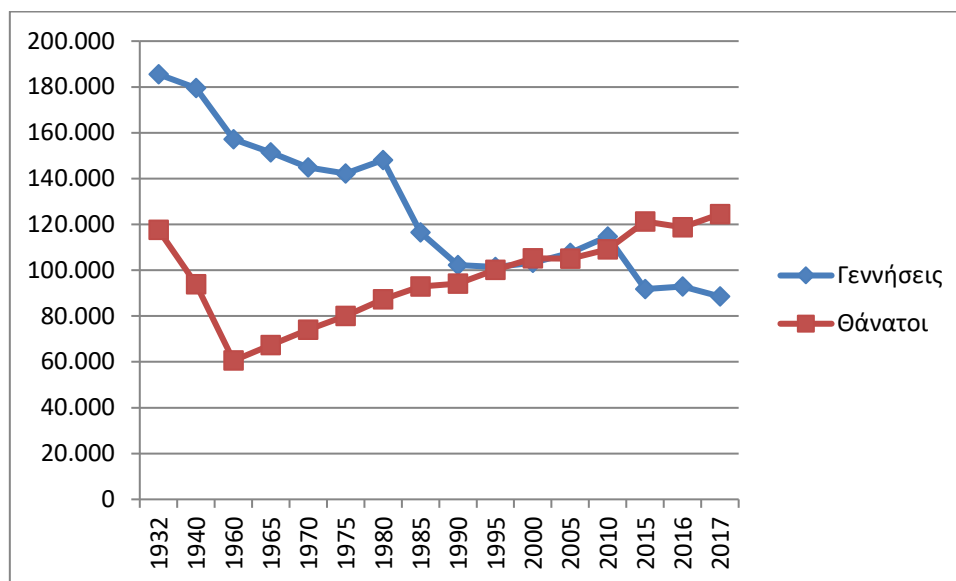
Η εικόνα αυτή της ελληνικής κοινωνίας και οικονομίας συντέλεσε στην απόφαση χιλιάδων νέων να εγκαταλείψουν τη χώρα και να μεταναστεύσουν σε άλλες ανεπτυγμένες, ευρωπαϊκές και μη χώρες, αναζητώντας καλύτερες συνθήκες εργασίας. Μόλις κατά τα πρώτα έτη της κρίσης (2010-2013), εκτιμάται ότι μετανάστευσαν από τη χώρα πάνω από 200.000 Έλληνες (Δαμανάκης και συν. 2014:11-12)⁴³. Ανάλογα είναι τα στοιχεία που δημοσιεύει ο ΣΕΒ (2020), βάσει των οποίων το διάστημα 2008-2017 έφυγαν από τη χώρα 500.000 Έλληνες, που αντιστοιχεί στο 4,6% του συνολικού της πληθυσμού. Το 51,4% αυτών των ατόμων ανήκουν στην παραγωγική ηλικιακή ομάδα των 25-44 ετών, με το 70% να είναι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης. Αυτό σημαίνει ότι ένα ποσοστό της τάξης του 5,9% έως 8% των Ελλήνων πτυχιούχων αποχώρησε από τη χώρα την περίοδο 2008-2017 και παραμένει στο εξωτερικό.

⁴³ Οι ρυθμοί της φυγής των Ελλήνων πτυχιούχων παραμένουν σε ανοδικούς ρυθμούς. Στην Γερμανία από το 2011 και μετά ο αριθμός των αφιχθέντων Ελλήνων κάθε χρόνο υπερβαίνει τους 3.000, όπως και στην Αυστραλία που από το 2010 και μετά ο αριθμός τους εκτιμάται περίπου, στους 9.000 κάθε χρόνο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Department of Homeland Security των ΗΠΑ, στο διάστημα 2010 έως 2014 χορηγήθηκαν σε Έλληνες υπηκόους 6.340 άδειες παραμονής με καθεστώς μόνιμου κατοίκου, 1.616 άδειες παραμονής στον Καναδά από το 2010 έως το πρώτο τρίμηνο του 2016. Υψηλά ποσοστά σημειώνονται και σε ανεπτυγμένα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου βάσει των στοιχείων του βρετανικού Υπουργείου Εργασίας και Συντάξεων, ο αριθμός των Ελλήνων που έχουν αποκτήσει Αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης (National Insurance Number, NIN) το 2015, υπερβαίνει τους 12.000, καταγράφοντας αύξηση άνω του 22% σε σχέση με το 2014 (Χριστοδούλου, 2017).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναδύεται ένα νέο πρότυπο μετανάστη, υψηλής ακαδημαϊκής εκπαίδευσης, κυρίως ηλικίας 30ετών. Οι επιπτώσεις αυτού του φαινομένου είναι εξαιρετικά δυσοίωνες για το μέλλον της ελληνικής οικονομίας και την ανταγωνιστικότητά της. Οι ελληνικές επιχειρήσεις παρουσιάζουν ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό υψηλής εξειδίκευσης και με σύγχρονες δεξιότητες, όπως επιτάσσει η 4^η Βιομηχανική Επανάσταση. Τα τελευταία δε χρόνια πραγματοποιούνται αξιόλογες πρωτοβουλίες περί παροχής κινήτρων για την επιστροφή αυτού του δυναμικού στη χώρα, με τους ρυθμούς να παραμένουν σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα κυρίως λόγω των οικονομικών ανισοτήτων και των μειωμένων παροχών που προσφέρουν οι ελληνικές επιχειρήσεις συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές και διεθνείς.

Στις κοινωνικές επιπτώσεις της κρίσης συμπεριλαμβάνονται οι δημογραφικές εξελίξεις στη χώρα, καθώς και η εμφάνιση άλλων φαινομένων κοινωνικής παθογένειας. Στο εβδομαδιαίο δελτίο του ΣΕΒ (2018) αναφέρεται ότι το διάστημα 2009-2017 οι γεννήσεις μειώθηκαν κατά 29.380, όσο περίπου είχαν μειωθεί την δεκαετία του 1940, σχεδόν 30.000. Σε ανοδική τάση κινούνται και οι θάνατοι στη χώρα, ιδίως από το 2015, με το έτος 2017 να σημειώνει αύξηση ύψους 4,8%, 124.501 θάνατοι εκ των οποίων 63.168 άνδρες και 61.333 γυναίκες, σε σχέση με το 2016, 118.792 θάνατοι, 60.526 άνδρες και 58.266 γυναίκες.

Διάγραμμα 20. Διαχρονική εξέλιξη των θανάτων και των γεννήσεων στη χώρα, από το 1932-2017 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ,2018:2)



Οι δημογραφικές εξελίξεις θα πρέπει να μελετηθούν στο ευρύτερο πλαίσιο αμφισβήτησης των παραδοσιακών προτύπων συμπεριφοράς και κοινωνικών θεσμών που παρατηρείται στη χώρα. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, οι εισοδηματικές περικοπές, σε συνδυασμό με το αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας που επικρατεί στην ελληνική κοινωνία, δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα, επηρεάζοντας το σύνολο των διαπροσωπικών σχέσεων. Αρχίζουν να εμφανίζονται συγκρούσεις, ενώ αυξάνονται τα φαινόμενα λεκτικής και σωματικής βίας, ιδίως σε δύο από τους βασικότερους φορείς κοινωνικοποίησης στη ζωή ενός ατόμου, στην οικογένεια και στο σχολείο.

Οι συγκρούσεις είναι εντονότερες στην περίπτωση της οικογένειας, εξαιτίας της αμφισβήτησης των χρόνιων εδραιωμένων προτύπων που διέπουν τη δομή αλλά και τη λειτουργία της ελληνικής οικογένειας. Πολλές οικογένειες έπρεπε να βρουν εκ νέου την ισορροπία τους, λόγω της αναδιαμόρφωσης των ρόλων του πατέρα και της μητέρας. Ο πατέρας-άνδρας για παράδειγμα, έμεινε άνεργος, αναλαμβάνοντας την ανατροφή των παιδιών, καθώς και τις εσωτερικές εργασίες του σπιτιού. Η μητέρα-γυναίκα από την άλλη πλευρά, βρέθηκε να είναι ο κύριος οικονομικός τροφοδότης της οικογένειας, παραμερίζοντας το ρόλο-πρότυπο του «άνδρα κουβαλητή», που επί αιώνες, χαρακτήριζε το αξιακό σύστημα της ελληνικής οικογένειας. Η «αντιστροφή» αυτή των ενδοοικογενειακών ρόλων, είναι υπαίτια για την ανάδειξη φαινομένων

ενδοοικογενειακής βίας⁴⁴, αύξηση διαζυγίων, ακόμα και για την εμφάνιση μαθησιακών προβλημάτων και επιθετικών συμπεριφορών των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον.

Η αύξηση του αριθμού των διαζυγίων στη χώρα είναι εντυπωσιακή, αφού παρά τις αυξητικές τάσεις που παρατηρούνται από το 2010, ο αριθμός τους εκτινάχθηκε έπειτα από το 2011, παραμένοντας σε ανοδική τάση και για το 2017, σε 19.190. Παράλληλα, καταγράφεται αξιοσημείωτη πτώση των γάμων και των συμφώνων συμβίωσης από το 2009 και μετά, συγκριτικά με τα προ-κρίσης επίπεδα-60.000 περίπου ετησίως το διάστημα 2000-2009 και 52.000 σχεδόν, το 2017. Πολλά ζευγάρια φαίνεται να επιλέγουν πλέον τον πολιτικό γάμο ή το σύμφωνο συμβίωσης, έναντι του παραδοσιακού, θρησκευτικού γάμου, λόγω του υψηλού του κόστους (ΣΕΒ,2018:6).

Θύματα της κρίσης είναι και τα παιδιά, τα οποία εξαιτίας της ευαλωτότητάς τους, αντιμετωπίζουν ένα πλήθος προβλημάτων, τα οποία και εντείνονται όταν υφίστανται περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας. Οι εντάσεις στο σπίτι, όπως και η παραμέλησή τους από το οικογενειακό περιβάλλον, ενδέχεται να οδηγήσουν σε επιθετικές συμπεριφορές, σε φαινόμενα εκφοβισμού (bullying), αλλά και σε μαθησιακά προβλήματα. Οι οικονομικές δυσχέρειες είναι επίσης πιθανό να θυματοποιήσουν τα παιδιά, τα οποία γίνονται ευκολότερα αποδέκτες επιθετικών και απορριπτικών συμπεριφορών εκ μέρους των συμμαθητών τους. Αυτά τα βιώματα έχουν αντίκτυπο στην κοινωνική και στην ψυχολογική ανάπτυξή τους, επηρεάζοντας και την ενήλικη ζωή τους. Τα παιδιά αυτά είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη παραβατικών συμπεριφορών, παρουσιάζουν δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων και στη διατήρηση – ίσως και στην ανάπτυξη- διαπροσωπικών συμπεριφορών. Προβλήματα που σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση και την αυτοεικόνα τους.

Στις κοινωνικές επιπτώσεις της ύφεσης κατατάσσεται και η αμφισβήτηση του δικομματισμού, ενός χρόνια εδραιωμένου, πολιτικού συστήματος, από την εποχή της μεταπολίτευσης. Στο Ευρωβαρόμετρο του Μαΐου 2013, το 90% των Ελλήνων δήλωσαν ότι δεν εμπιστεύονται την κυβέρνηση -με το ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση να κυμαίνεται στο 71%- όπως και το 89% το Κοινοβούλιο -68% στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η δυσαρέσκεια αυτή εκφράστηκε μέσα από ένα πλήθος

⁴⁴ Όσον αφορά τα αυξημένα κρούσματα της ενδοοικογενειακής βίας, διαπιστώνεται κάποια αύξηση, η οποία δεν μπορεί να συσχετιστεί με τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, κυρίως λόγω της απουσίας αξιόπιστων δεδομένων προ-κρίσεως.

διαδηλώσεων, σελίδων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, προπηλακισμούς και αποδοκιμασίες σε πολιτικά πρόσωπα, ακόμα και σε εορταστικές- εθνικές εκδηλώσεις. Οι αντιδράσεις αυτές έλαβαν γρήγορα οργανωμένη μορφή, δημιουργώντας διάφορα κινήματα, π.χ. το κίνημα των Αγανακτισμένων, ενώ σε πολιτικό επίπεδο οδήγησαν στην άνοδο ακροδεξιών κομμάτων με επακόλουθο την εμφάνιση ρατσιστικών συμπεριφορών αλλά και άλλων «παραβατικών» ομάδων όπως ο Ρουβίκωνας.

Οι ακροδεξιές αυτές οργανώσεις, απευθύνονταν ως επί το πλείστον, σε άτομα που είχαν πληγεί από τις επιπτώσεις της κρίσης, κυρίως σε ανέργους και σε άτομα, που ανήκαν στην παραδοσιακή εργατική και μικροαστική τάξη. Η «επιλογή» αυτή δεν είναι τυχαία. Οι οργανώσεις αυτές «εκμεταλλεύονταν» την κοινωνικοοικονομική κατάσταση αυτών των ατόμων, δημιουργώντας έναν «αποδιοπομπαίο τράγο», όπως ήταν οι μετανάστες, οι οποίοι ενοχοποιούνταν για την αύξηση της ανεργίας και της εγκληματικότητας, υπογραμμίζοντας εξίσου τον κίνδυνο αλλοίωσης της εθνικής ταυτότητας του έθνους⁴⁵. Η στοχοποίηση αυτή εκφράστηκε μέσω της αρνητικής κοινωνικής αντίδρασης έναντι των μεταναστών, για ένα ικανοποιητικό ποσοστό της ελληνικής κοινωνίας. Πράγματι, στα χρόνια της κρίσης σημειώθηκε άνοδος των ρατσιστικών επιθέσεων και των φαινομένων ξενοφοβίας, όπως φανερώνουν τα στοιχεία διεθνών οργανισμών, αλλά και οι καταδικαστικές αποφάσεις που εκκρεμούν για τη χώρα από την Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ). Αξίζει να επισημανθεί, ότι θύτες υπήρξαν συχνά και λειτουργοί του επίσημου Κράτους.

Πέρα από τα φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας, στη χώρα παρατηρείται μία αυξητική πορεία σε πολλούς τύπους εγκλημάτων, όχι όμως σε όλους και ιδίως στα βίαια εγκλήματα. Οι Xenakis και Cheliotis (2013), αναφέρουν αύξηση των κλοπών κατά 41% και των διαρρήξεων κατά 47% την περίοδο 2009–2011, όπως και των ληστειών κατά 101%, με υποχώρηση μέχρι το 2013. Υπολογίζοντας αντίστοιχα, τον αριθμό των καταγεγραμμένων από την αστυνομία εγκλημάτων βρέθηκαν τα εξής: την

⁴⁵ Σε περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης διαπιστώνεται η «στοχοποίηση» των αλλοδαπών, προβάλλοντας ως κύρια επιχειρήματα αφενός, τον κίνδυνο αλλοίωσης της εθνικής ταυτότητας και αφετέρου, κατηγορώντας τους για οποιοδήποτε φαινόμενο κοινωνικής παθογένειας, όπως είναι η φτώχεια και η ανεργία. Μία αντίδραση που θα μπορούσε να ενταχθεί στη γενικότερη θεωρία του «ηθικού πανικού», βάσει της οποίας «η κοινωνική αντίδραση υπό το κράτος μίας φοβικής υστερίας-πραγματικής και συμβολικής- καταλήγει στη δαιμονοποίηση συγκεκριμένων κοινωνικών τύπων και στην κατασκευή αποδιοπομπαίων τράγων» (Καρύδης,2010:44).

περίοδο 2009-2012, αύξηση των κλοπών και των διαρρήξεων (20,9%), των ληστειών (27,2%), των ανθρωποκτονιών (15,3%), αλλά και μείωση των βιασμών κατά 21,9%.

Άλλο ένα φαινόμενο που εμφανίζεται στα χρόνια της κρίσης, είναι τα λεγόμενα «ναρκωτικά της κρίσης». Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά (2017) διαπιστώνεται αύξηση νέων ψυχοδραστικών ουσιών, αντικαθιστώντας σε πολλές περιπτώσεις την ηρωίνη. Τα ναρκωτικά αυτά, όπως είναι το σίσα και το yaba, εμφανίστηκαν στη χώρα μας τη χρονική περίοδο 2011-2016, με το χαμηλό τους κόστος να θεωρείται ο κύριος παράγοντος εξάπλωσης τους. Οι ουσίες αυτές είναι εξαιρετικά επικίνδυνες. Είναι υπεύθυνες για την πρόκληση σοβαρών βλαβών, συχνά μη ανατρέψιμων, που προκαλούν στα ζωτικά όργανα.

Μιλώντας για τη χρήση των ναρκωτικών, δεν θα μπορούσε να υποβαθμιστεί η αύξηση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών και κυρίως των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των Ελλήνων. Η ΔιαΝΕΟσις (2016:33) καταγράφει εντυπωσιακή αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων για ψυχικές διαταραχές το διάστημα 2006-2011, με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα να σημειώνουν αύξηση 34,80%. Αντίθετα δεν παρατηρούνται αξιοσημείωτες μεταβολές στην κατανάλωση αλκοόλ, γεγονός που θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο πλαίσιο των προτύπων και των αντιλήψεων που κυριαρχούν στην ελληνική κοινωνία⁴⁶.

Είναι τέλος σημαντικό να υπογραμμισθούν οι επιπτώσεις των μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας στις παροχές του κράτους πρόνοιας στη χώρα. Ο χώρος της υγείας ήταν από τους πρώτους τομείς που επλήγησαν, εξαιτίας των περικοπών που υπήρξαν-η κατά κεφαλή δαπάνη το 2015 μειώθηκε κατά 28% σε σχέση με το 2009. Ο ΟΟΣΑ (2018) αναφέρει ότι ο μέσος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο, από το 2009-2017 ήταν στο -8,7%, με την υπόλοιπη Ευρώπη των 28 να καταγράφει αύξηση 0,6%. Είναι χαρακτηριστικό, ότι για την περίθαλψη των πολιτών διατίθεται το 8,4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), όταν το μέσο ευρωπαϊκό ποσοστό είναι στο 9,6%. Οι περικοπές αυτές είχαν άμεσο αντίκτυπο στη σωματική υγεία και στον επιπολασμό των μολυσματικών ασθενειών. Ήδη από το 2010 καταγράφεται αύξηση των επιδημιών μεγάλης κλίμακας, των κρουσμάτων HIV

⁴⁶ Παρατηρώντας τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές τα έτη 2000 και 2010, όπως δημοσιεύονται από την ΕΛ.ΣΤΑΤ, υπάρχει αύξηση ύψους 51% του συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης, χωρίς αυτό να συνεπάγεται τη γενικότερη αύξηση της κατανάλωσης, η οποία το 2013 ήταν μικρότερη από εκείνη του 2000. Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγουν και άλλες έρευνες που επισημαίνουν αισθητή μείωση το 2015, ιδίως στις ηλικίες 18-24 ετών (ΔιαΝΕΟσις,2016).

ανάμεσα στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, με την αύξηση να είναι άνω του 33% από το 2010-2013, διπλασιασμός των κρουσμάτων φυματίωσης, καθώς και την επανεμφάνιση της ελονοσίας (Σουλιώτης και συν.2018:12).

4.3.1. Η ψυχική υγεία στα χρόνια της κρίσης

Η οικονομική κρίση δεν παύει να συνιστά ένα οικονομικό φαινόμενο με πολυδιάστατες επιπτώσεις, επηρεάζοντας δυσμενώς και με διαφορετική ένταση τα εκάστοτε κοινωνικά στρώματα. Τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικά στρώματα, χαμηλής εκπαίδευσης, απασχολούμενοι κυρίως ως ανειδίκευτοι, βιώνουν εντονότερες μεταβολές στο βιοτικό τους επίπεδο, συγκριτικά με τα άτομα μεσαίας και ανώτερης τάξης. Οι αλλαγές που συντελούνται σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, έχουν αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των πολιτών, οι οποίοι νιώθουν ότι «απειλούνται» τα κεκτημένα τους, με ότι αυτό συνεπάγεται για την προσωπική και την κοινωνική τους ταυτότητα.

Το γεγονός αυτό οφείλεται στη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος στη ζωή του ατόμου. Είναι το κοινωνικό περιβάλλον και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο συμμετέχει στις διάφορες κοινωνικές ομάδες, που του επιτρέπουν να αποκτά και να κατέχει πολλαπλούς κοινωνικούς ρόλους, οι οποίοι του επιτρέπουν να οικοδομήσει τη συλλογική του ταυτότητα, να αποκτά την αίσθηση του ανήκειν και να μπορεί να αυτοπροσδιορίζεται. Να μπορεί να απαντά δηλαδή, στο βασικό ερώτημα «Ποιος/α είμαι». Ένα θεμελιώδες ερώτημα, που προϋποθέτει τη γνώση του εαυτού. Αυτοί οι κοινωνικοί ρόλοι, προσδίδουν στο άτομο μια εικόνα του κοινωνικού εαυτού, μια συλλογική ταυτότητα, συμβάλλοντας στην αυτοεικόνα και στην αυτοεκτίμησή του.

Τα έντονα συναισθήματα που βίωσε η ελληνική κοινωνία κατά τα πρώτα έτη της κρίσης, εμφανίζονται μέσα από τις ίδιες τις απαντήσεις των Ελλήνων σε διεθνείς μελέτες. Στο Τακτικό Ευρωβαρόμετρο 88, το 91% των Ελλήνων (EE28:51%) χαρακτήρισε τελείως αρνητικά την ποιότητα ζωής του, το 58% εξέφρασε την δυσαρέσκεια του για την καθημερινότητά του (EU:17%) και το 88% των συμμετεχόντων ότι δυσκολεύτηκε να αποπληρώσει τους λογαριασμούς του. Οι απαντήσεις αυτές φανερώνουν το κλίμα δυσαρέσκειας και απογοήτευσης που κυριαρχούν στην ελληνική κοινωνία, αποτέλεσμα των παραπάνω κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, με τους Έλληνες να παρουσιάζονται σταθερά τα

τελευταία χρόνια ως οι πλέον απαισιόδοξοι της Ευρώπης. Η αρνητικότητα των Ελλήνων αρχίζει να εμφανίζεται στο Τακτικό Ευρωβαρόμετρο 79, όταν η πλειοψηφία των Ελλήνων (68%) δήλωνε ότι *η παρούσα κατάσταση δεν τους επιτρέπει να κάνουν οποιοδήποτε σχέδιο για το μέλλον*.

Ακόμα και σήμερα, ένα ικανοποιητικό ποσοστό της ελληνικής κοινωνίας παραμένει εξαιρετικά επιφυλακτικό και δύσπιστο. Η Washington Post (2018), μέσα από τον τίτλο σε άρθρο της «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει τελειώσει μόνο αν δεν ζεις εκεί» (*“Greece’s economic crisis is over only if you don’t live there”*), σκιαγραφεί με απόλυτη ακρίβεια και σαφήνεια την εικόνα της ελληνικής κοινωνίας, όχι μόνο σε οικονομικό, κοινωνικό επίπεδο, αλλά και σε ψυχοσυναισθηματικό. Εξαιρετικά επιφυλακτικό παραμένει και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, με τις προβλέψεις του να εκτιμούν ότι η χώρα θα χρειαστεί περίπου είκοσι χρόνια επιπλέον, για να επιστρέψει στην κατάσταση προ της ύφεσης.

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των δέκα περισσότερο χαμένων χωρών της ευτυχίας στα χρόνια της ύφεσης, καταλαμβάνοντας την πρώτη θέση στην κλίμακα δυστυχίας, όπως προκύπτει από έρευνα του αμερικανικού ινστιτούτου Gallup, που δημοσιεύεται στο επετειακό τεύχος του Economist για το 2018. Σε έρευνα δε της Public Issue (2018) για το κοινωνικό κλίμα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εξέφρασε συναισθήματα απογοήτευσης (22%), οργής/αγανάκτησης (21%), ανησυχίας/άγχους (19%) και μόνο το 9% ελπίδα, με τα ποσοστά αυτά να μένουν αμετάβλητα και κατά το 2019, εκτός από το αίσθημα ελπίδας το οποίο ανέρχεται πλέον στο 11%.

Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγουν και άλλες μελέτες, φανερώνοντας ουσιαστικά το σημαντικό αντίκτυπο της κοινωνικοοικονομικής κρίσης του 2008 στην ψυχική υγεία των Ελλήνων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2009) είχε επισημάνει τον κίνδυνο αύξησης των ψυχικών διαταραχών και του αυτοκτονικού ιδεασμού, αναφέροντας ότι τα φαινόμενα αυτά συναντώνται σε κάθε οικονομικό κύκλο, υπογραμμίζοντας την ανάγκη λήψης μέτρων ιδίως για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

Η αρνητική συσχέτιση της ψυχικής υγείας με την οικονομική ανέχεια επιβεβαιώνεται μέσα από την πραγματικότητα. Σε δύο από τις μεγαλύτερες και σοβαρότερες οικονομικές κρίσεις του 20^{ου} αιώνα και ειδικότερα στη Μεγάλη Ύφεση

του 1920 και στην κατάρρευση των χωρών της Ένωσης Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών (ΕΣΣΔ) στις αρχές του 1990, σημειώθηκε δραματική αύξηση των αυτοκτονιών (Γιωτάκος και συν. 2011:110). Αύξημένα ποσοστά αυτοκτονιών καταγράφηκαν και στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου που επλήγησαν ιδιαίτερα από την πρόσφατη χρηματοπιστωτική ύφεση, παρουσιάζοντας μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Στην Ιταλία για παράδειγμα, εκτιμάται ότι η αύξηση της ανεργίας σχετίζεται με 200 θανάτους περίπου το χρόνο, που οφείλονται είτε σε αυτοχειρίες, είτε σε κατάχρηση ουσιών (Οικονόμου και συν.,2018a:2).

Στην Χιλή βρέθηκε ισχυρή σύνδεση μεταξύ της απότομης απώλειας εισοδήματος με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων, είχε προηγηθεί κατά έξι (6) μήνες η μείωση του εισοδήματος. Ανάλογη είναι η εικόνα και στην Ταϊλάνδη, όπου ανάμεσα στις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία, διαπιστώθηκε η ανάπτυξη και η αύξηση του αυτοκτονικού ιδεασμού, των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, καθώς και αυξημένα επίπεδα του στρες (Araya et al.,2003,Ευθυμίου και συν.,2013:24-25). Οι Stuckler et al. (2009), μελετώντας τις οικονομικές μεταβολές σε είκοσι έξι (26) ευρωπαϊκές χώρες, το διάστημα 1970-2006 παρατήρησαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοχειρίες κάτω των 65 ετών, αλλά και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες.

Οι McInerney et al (2013) κατέδειξαν ότι τα άτομα που έχασαν πάνω από 250.000 δολάρια κατά τη συντριβή του αμερικανικού χρηματιστηρίου τον Οκτώβριο του 2008, είχαν σχεδόν 50% πιθανότητες να βιώνουν αισθήματα κατάθλιψης και 20% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν εξαιρετική ή πολύ καλή υγεία. Οι Coore et al. (2015) εξετάζοντας τις περιπτώσεις διακοσίων ογδόντα έξι (286) αυτοκτονιών, ανέδειξαν ότι έντεκα (11) από αυτές (4%) οφείλονταν εξολοκλήρου σε οικονομικά προβλήματα ή σε εργασιακά προβλήματα. Μόλις το ένα πέμπτο είχε ιστορικό επαφής σε ψυχιατρικές υπηρεσίες στο παρελθόν. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι σε είκοσι επτά (27) περιπτώσεις, το 9%, ήταν οι παραπάνω παράγοντες που «όπλισαν» το χέρι του ατόμου. Αξίζει να αναφερθεί ότι το 17% των αυτοχειρών είχαν χάσει τη δουλειά τους σε διάστημα ενός μηνός, το 50% ήταν άνεργοι από έξι (6) ή περισσότερους μήνες, ενώ το 5% των αυτοκτονιών σχετιζονταν με φόβους για απώλεια θέσεων εργασίας.

Οι Chang et al. (2013) διερευνώντας τις συνέπειες της παγκόσμιας κρίσης του 2008 σε πενήντα τέσσερις (54) χώρες, είκοσι επτά (27) ευρωπαϊκές και δεκαοκτώ (18)

αμερικανικές χώρες, κατέληξαν ότι υπήρξε σημαντική αύξηση των ποσοστών αυτοχειρίας στους άνδρες, κατά 4,2% (3,4% έως 5,1%) και 6,4% (5,4% έως 7,5%), αντίστοιχα το 2009, από τα αναμενόμενα ποσοστά. Για τις γυναίκες δεν σημειώθηκε κάποια αξιοσημείωτη αλλαγή στις ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική- η αύξηση ήταν μικρότερη από ότι στους άνδρες (2,3%). Στην Ευρώπη, τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφονται στους άνδρες ηλικίας 15-24 ετών (11,7%), ενώ στην Αμερική, στους άνδρες ηλικίας 45-64 ετών (5,2%). Κοινό εύρημα και στις δύο περιπτώσεις είναι ότι οι αυξήσεις στους δείκτες αυτοχειρίας φάνηκαν να σχετίζονται με τα αυξημένα ποσοστά ανεργίας, ιδίως σε χώρες που παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα ανεργίας πριν από την οικονομική κρίση.

Η ψυχοσυναισθηματική υγεία του ατόμου επηρεάζεται εξίσου από το σύγχρονο ανταγωνιστικό εργασιακό περιβάλλον, που «ευθύνεται» για τα αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους. Συναισθήματα που σχετίζονται με την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την αυτοκτονικότητα. Τη σχέση αυτή επιχείρησαν να μελετήσουν, άλλοι ερευνητές εστιάζοντας στις επιδράσεις του μακροοικονομικού περιβάλλοντος. Ο έντονος ανταγωνισμός που χαρακτηρίζει την αγορά εργασίας, η επισφαλής εργασία και το διαρκές άγχος που αυτή επιφέρει, είναι δυνατόν να διαμορφώσουν ανάλογες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, με εκείνες που δημιουργεί το βίωμα της ανεργίας. Είναι ενδεικτικό ότι στην Κορέα, η οποία παρουσιάζει το υψηλότερο δείκτη αυτοκτονιών σε παγκόσμιο επίπεδο, το αυξανόμενο ποσοστό των αυτοκτονιών συσχετίζεται άμεσα με την ετήσια αύξηση του εθνικού ακαθάριστου προϊόντος της χώρας. Μία κατάσταση που περιγράφεται υπό τον όρο αυτοκτονίες από εργασιακή υπερφόρτωση (overwork suicide). Ένας όρος που αναδεικνύει τη σημασία των κοινωνικών πιέσεων στην ψυχοσυναισθηματική υγεία των εργαζόμενων (Οικονόμου και συν.,2018a:29).

Οι Bradford και Lastrapes (2013) αναφέρουν αύξηση της χρήσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, χωρίς να συνεπάγεται αντίστοιχη αύξηση των επισκέψεων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μελέτη δε που διεξήχθη στο Hong Kong, αναφορικά με την επίδραση της κρίσης και κυρίως τις πιθανότητες εκδήλωσης μείζονος κατάθλιψης, αμφισβητήθηκε ο παράγοντας της ανεργίας, υποδεικνύοντας ότι ο φόβος και η ανεργία συνιστούν ουσιαστικά τις αιτίες που την πυροδοτούν (Οικονόμου και συν.2012:18-19).

Τα ανωτέρω πορίσματα δεν πρέπει να θεωρούνται ανεξάρτητα από την εφαρμογή αυστηρών και συχνά, «σκληρών» μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας που εφαρμόζονται σε κάθε οικονομική ύφεση, με σκοπό την οικονομική εξυγίανση και τον περιορισμό των απωλειών στην πραγματική οικονομία. Μέτρα που συρρικνώνουν τις παροχές του κράτους πρόνοιας και εντείνουν την ευαλωτότητα των ήδη ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν επηρεάζει τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις είναι άμεσες και σφοδρές για το σύνολο της κοινωνίας, οι οποίες εμφανίζονται στους δείκτες υγείας. Σύμφωνα με την εικοσαετή μελέτη που διεξήγαγε ο Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) σε επιλεγμένα κράτη του Οργανισμού, διαφάνηκε μία αναλογική σχέση ανάμεσα στα ποσοστά κοινωνικής δαπάνης με εκείνα της αυτοχειρίας. Σε χώρες που δαπανούν κάτω από 70 δολάρια ανά άτομο, η επιδείνωση της οικονομίας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των δεικτών αυτοκτονίας. Αντίθετα, σε χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία, που δαπανούν σχεδόν 300 δολάρια ανά άτομο, δεν έχει παρατηρηθεί κάποια βραχυπρόθεσμη επίπτωση στους δείκτες υγείας του πληθυσμού (Karaniolos et al.,2013:4-5).

Η περίπτωση της Ελλάδας δεν αποτελεί εξαίρεση. Η δημοσιονομική πολιτική που ακολουθήθηκε ήταν αισθητή σε νευραλγικούς τομείς του ελληνικού κράτους, με αποτέλεσμα τον επιπολασμό μολυσματικών ασθενειών και άλλων φαινομένων κοινωνικής παθογένειας. Την ίδια ώρα, ένα ικανοποιητικό μέρος της ελληνικής κοινωνίας μοιάζει να βιώνει σχεδόν καθημερινά, αρνητικά συναισθήματα μεταξύ των οποίων διακρίνεται και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Ένα συναίσθημα που συνδέεται με την οικονομική ανέχεια, δίχως να αποτελεί απαραίτητως την κύρια αιτία, μιας και το ζήτημα της ψυχικής υγείας αφορά ένα σύνολο παραγόντων.

Την περίοδο 2007-2011 καταγράφηκε αύξηση του αριθμού θανάτων από αυτοκτονία κατά 55,8%, όταν ο συνολικός δείκτης θνησιμότητας αυξήθηκε μόλις κατά 1,1%! Ο δείκτης αυτοκτονιών φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα ποσοστά ανεργίας και με το δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ, καθώς και στατιστικά σημαντική επίδραση των προαναφερθέντων δεικτών στο δείκτη αυτοκτονιών (Madianos et al.,2014). Σε ανάλογα πορίσματα κατέληξαν και οι Antonakis και Collins (2014), όπου διερευνώντας τα ποσοστά αυτοκτονιών στη χώρα το διάστημα 1968-2011, διαπίστωσαν μία θετική συσχέτιση των ποσοστών ανεργίας με το δείκτη αυτοκτονιών καθώς και αρνητική συσχέτιση του ρυθμού ανάπτυξης με

το δείκτη, ενώ για κάθε ποσοστιαία μονάδα μείωσης των κρατικών δαπανών βρέθηκε αύξηση του δείκτη αυτοχειριών κατά 0,3%.

Για τους Μπούρας και Λυκούρας (2011) η άνοδος της ανεργίας σε ποσοστό 12,4% τον Οκτώβριο του 2010, συμπίπτει με την αύξηση του αριθμού των ανθρώπων, που απευθύνονται σε Κέντρα Υποδοχής και Αλληλεγγύης (ΚΥΑΔΑ). Οι άνθρωποι αυτοί προσφεύγουν σε αυτά τα κέντρα, με σκοπό να ικανοποιήσουν βασικές πρώτες ανάγκες, όπως η διαμονή, η σίτιση και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Η Πικούλη και συν. (2019), εξετάζοντας το αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης σε μία κοινωνική μονάδα ψυχικής υγείας, την περίοδο 2008-2013, όπως και τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά των χρηστών της, κατέδειξαν ότι υπήρχε αξιοσημείωτη αύξηση στον αριθμό των παρεχομένων συνεδριών όλων των ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, επισκέπτες υγείας). Αυτό ωστόσο που προξενεί εντύπωση, είναι ότι παρά τη συνολική αύξηση των περιστατικών, υπήρξε εντούτοις μείωση του αριθμού των νέων περιστατικών, σε σχέση με το έτος αναφοράς (2008). Μεταξύ των νέων περιστατικών, το διάστημα 2012–2013, το ποσοστό των ανέργων σημείωσε εντυπωσιακή άνοδο, αγγίζοντας επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας, κατά τα έτη 2009 και 2010. Η επιθετική συμπεριφορά ήταν ένας από τους κύριους λόγους προσέλευσης, καταγράφοντας αξιοσημείωτη άνοδο, στατιστικά σημαντική το 2012 σε σχέση με το 2008.

Κατά τα έτη 2000 και 2010 καταγράφεται εντυπωσιακή αύξηση του αριθμού των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές, 34% των συναισθηματικών ψυχώσεων, 51% του συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης και 33% της φαρμακευτικής εξάρτησης (ΔιαΝΕΟσις,2016:110). Μέσα σε μία τριετία η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αυξήθηκε κατά 120%, η οποία σηματοδοτείται από τα συνεχώς αυξανόμενα αιτήματα υποστήριξης στην Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη. Η πλειοψηφία των αιτούντων εξέφρασε αρνητικά συναισθήματα και μειωμένη διάθεση. Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ ως το τέλος του β' εξαμήνου του 2009, μόλις το 8,4% έκανε αναφορά σε ζητήματα σχετικά με οικονομικές δυσκολίες και την ύφεση, το ποσοστό αυτό άγγιξε το 39,2% το 2012, με το 62,1% των ατόμων αυτών να δηλώνουν ότι δεν εργάζονται και το 27,5% να αναφέρει αδυναμία εύρεσης εργασίας (ΕΠΨΥ,2012). Το 2011, έτος ορόσημο στην εφαρμογή «σκληρών» μέτρων δημοσιονομικής

λιτότητας στη χώρα, υφίσταται αύξηση στις αναφορές αυτοκτονίας (34), έναντι των αναφορών (24) το 2009 (Ευθυμίου και συν.,2013:27).

Με σκοπό δε τη διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, το Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΨΥ) προχώρησε σε μία σειρά πανελλαδικών διατμηματικών μελετών κατά τα έτη 2008, 2009, 2011 και 2013, εστιάζοντας στην αποτύπωση της επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης, της διαταραχής γενικευμένου άγχους και της αυτοκτονικότητας. Τα ευρήματα των τεσσάρων διαδοχικών μελετών, κατέδειξαν μια σταδιακή αλλά συνεχή αύξηση στη μηνιαία επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Πράγματι, από το 2008, έτος που οι επιπτώσεις της ύφεσης δεν είχαν γίνει αισθητές στην ελληνική κοινωνία, το ποσοστό επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης ήταν στο 3,3%, φθάνοντας στο 6,8% το 2009, στο 8,2% το 2011 και στο 12,3% το 2013! Αξίζει να επισημανθεί ότι η επικράτηση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής στον ελληνικό πληθυσμό μοιάζει να παραμένει σχεδόν ανεπηρέαστη, με τα ποσοστά της να κυμαίνονται στο 3,7% του πληθυσμού για το 2008, στο 3,8% για το 2009 και στο 4% για το 2011, σε αντίθεση με την εντυπωσιακή άνοδο της αυτοκτονικότητας. Η μηνιαία επικράτηση του αυτοκτονικού ιδεασμού κλιμακώνεται από το ποσοστό του 2,4% το 2008, στο 5,2% το 2009 και στο 6,7% το 2011. Παρόμοια είναι η εικόνα και στα μηνιαία ποσοστά για τις απόπειρες αυτοκτονίας, οι οποίες αυξάνονται από το 0,6% το 2008, σε 1,1% το 2009 και στο 1,5% το 2011. Από το 2013 μάλιστα, διαπιστώνεται μία υποχώρηση της αυτοκτονικότητας σε επίπεδα προ της κρίσης, με το μηνιαίο ποσοστό του αυτοκτονικού ιδεασμού να πέφτει στο 2,6% και το αντίστοιχο ποσοστό για τις απόπειρες αυτοκτονίας στο 0,9% (Οικονόμου και συν.,2018a,b).

Διάγραμμα 21. Ποσοστά κλήσεων στην Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη, με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση (πηγή: ΕΠΨΥ,2013)



Ιδιαίτερα ευάλωτοι παρουσιάζονται οι άνεργοι, που εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα στην κατάθλιψη από ότι τα άτομα που εργάζονται, οι οποίοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από γενικευμένο άγχος. Ειδικότερα, σε δύο διαδοχικές έρευνες των Οικονόμου και συν. (2012), διαπιστώθηκε ότι οι άνεργοι το 2011, ιδίως τα άτομα άνω των 45 ετών, ήταν 3 φορές πιο πιθανόν να παρουσιάσουν μείζονα κατάθλιψη. Αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχουν και οι εργαζόμενοι. Το ίδιο έτος παρατηρείται σημαντική αύξηση στην εμφάνιση διαταραχής γενικευμένου άγχους -1,8 φορές μεγαλύτερη το 2011 από την αντίστοιχη το 2009- στους άνδρες, ηλικίας κυρίως 25-44 ετών.

Οι Γιωτάκος και συν. (2011) επισήμαναν τη συσχέτιση μεταξύ οικονομικών παραγόντων και των δεικτών ψυχικής υγείας (επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και τμήματα ψυχιατρικών κλινικών), καθώς και με μεταβολές που αφορούν την ποιότητα ζωής, όπως είναι ο αριθμός των αυτοκτονιών, των διαζυγίων και των ανθρωποκτονιών. Αυξημένη συμπτωματολογία σε άτομα που αντιμετώπιζαν αρκετά οικονομικά προβλήματα ανέδειξε και μελέτη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το διάστημα Ιούλιος 2009-Ιανουάριος 2010, όπου οι άνεργοι ήταν 2,5 φορές πιο πιθανόν να έχουν ιδέες αναξιοτήτας για τη ζωή (Ευθυμίου και συν.,2013:27).

Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν αξιοσημείωτη άνοδο, 30 με 40% και θεωρούνται ο πιο συχνά επαναλαμβανόμενος λόγος, που κάποιος απευθύνεται σε ειδικό. Η ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων συνιστούν την καθημερινότητα για χιλιάδες Έλληνες, τα οποία τις περισσότερες φορές εκδηλώνονται με ψυχοσωματικά

προβλήματα, όπως ημικρανία, ενοχλήσεις στομάχους κ.α. (Μουζάκη,2017). Οι Madianos et al. (2011) προχωρώντας στη διεξαγωγή μίας έρευνας δύο φάσεων το 2008 και το 2009, επιβεβαίωσαν ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν οικονομικά προβλήματα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, με τα περιστατικά να ανέρχονται σε 6,8% το 2009, έναντι του 3,3% το 2008. Εντυπωσιακή είναι και η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων για ψυχικές διαταραχές το διάστημα 2006-2011, με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα να σημειώνουν αύξηση 34 με 80% (ΔιαΝΕΟσις,2016:33).

Σε Έκθεση της ΕΛ.ΣΤΑΤ (2015a) παρουσιάζεται άνοδος των ποσοστών κατάθλιψης κατά 80,8% σε σχέση με εκείνα του 2009, με το 3,3% των συμμετεχόντων να αναφέρει αυτοκαταστροφικές σκέψεις, *«θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του»*, τουλάχιστον δύο (2) βδομάδες πριν την διεξαγωγή της έρευνας. Σύμφωνα με τους Οικονόμου και συν. (2013) το διάστημα 2006-2011 υπήρξε αύξηση 35% της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών, 62% των νέων κρουσμάτων HIV και 185% των ατόμων που έκαναν απόπειρες αυτοκτονίας.

Η Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ) αναφέρει ότι το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης υψηλού κινδύνου ανήλθε το 2014 σε 24% και 16%, αντίστοιχα, υπογραμμίζοντας παράλληλα τη σύνδεση του άγχους και της κατάθλιψης με την ανεργία (ΔιαΝΕΟσις,2016:117). Στο πλαίσιο επίσης, του προγράμματος «ΥΔΡΙΑ» σχετικά με την υγεία και την διατροφή του πληθυσμού, το 7,4% των συμμετεχόντων δήλωσε πως έχει ή είχε χρόνια κατάθλιψη, με το ποσοστό των γυναικών να είναι τετραπλάσιο από εκείνο των ανδρών. Θα πρέπει εξίσου να επισημανθεί ότι στο ίδιο πρόγραμμα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση φάνηκε να μην επηρεάζει περιπτώσεις μεγαλύτερων γυναικών, όταν στις νεότερες γυναίκες, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, ο επιπολασμός της χρόνιας κατάθλιψης είναι συχνότερος.

Οι επιπτώσεις της κρίσης δεν περιορίζονται αποκλειστικά στην ελληνική κοινωνία. Πολλές χώρες της Ευρωζώνης, ιδίως του Ευρωπαϊκού Νότου, δέχθηκαν έντονες πιέσεις στην οικονομία τους και «αναγκάστηκαν» να εφαρμόσουν μία σειρά σκληρών μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας. Στην Ισπανία για παράδειγμα, τα περιστατικά ψυχικών διαταραχών το 2010-2011 ήταν αυξημένα κατά 19,4, σε σχέση με το 2006-2007, με το ένα τρίτο (1/3) αυτών να συνδέεται με τις συνέπειες της ύφεσης, καθώς

και με την αύξηση των δεικτών αυτοχειρίας (Fernández-Rivas,González-Torres, 2013). Μία αύξηση που αμφισβητείται από την Ισπανική Στατιστική Υπηρεσία, η οποία καταγράφει μείωση των περιστατικών μεταξύ του 2008-2011. Μία τάση η οποία φαίνεται να διατηρείται· το 2008 σημειώθηκαν 3.421 αυτοκτονίες, όταν το 2010 και το 2011, τα περιστατικά ανήλθαν σε 3.145 και 3.180, αντίστοιχα (Legido-Quigley et al, 2013).

Στην Ιβηρική Χερσόνησο παρατηρήθηκε μία συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας –κυρίως στις περιοχές της Μεσογείου και του Βορρά- και στα μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας, με την πλειονότητα των αυτοχειρών να είναι άνδρες, που βρίσκονται ως επί το πλείστον, σε παραγωγικές ηλικίες (Lopez Bernal et al,2013:3). Στην Ιταλία, η αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας το 2008 ανερχόταν στο 5,3% (3.799), συγκριτικά με το 2006 (3.607) (de Belvis et al, 2012:14). Στην Ιρλανδία, το διάστημα 2007-2009 οι αυτοχειρίες των ανδρών, ξεπέρασαν το 16% (Povoledo,Carvajal,2012).

Στον αντίποδα των χωρών αυτών, υπάρχουν άλλες που επέλεξαν να ακολουθήσουν μία διαφορετική πολιτική απέναντι στις πιέσεις των διεθνών αγορών. Στην Ισλανδία, δεν εφαρμόστηκαν μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας. Ακολούθησαν μία διαφορετική πολιτική, ενισχύοντας το κοινωνικό κεφάλαιο και προωθώντας μέτρα κοινωνικής προστασίας. Μία τακτική που επέτρεψε τη βελτίωση των επιπέδων υγείας του πληθυσμού, χωρίς να εμφανίζεται κάποια επιβάρυνση στους ψυχοσυναισθηματικούς δείκτες (Karaniolos et al.,2013:4-5).

Πίνακας 14. Οι δείκτες αυτοχειρίας σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες, ανά 100.000 κατοίκους, για τα έτη 2000 και 2012 (πηγή: WHO,2014)

Χώρα	2012	2000	Ποσοστιαία μεταβολή των δεικτών 2000-2012
Ελλάδα	3,8	3,4	10,5%
Ισλανδία	14	16,4	-14,5%
Ιρλανδία	11	12,1	-9,0%
Ιταλία	4,7	5,0	-7,4%
Ισπανία	5,1	6,4	-20,3%

Κύπρος	4,7	1,3	269.8%
Πορτογαλία	8,2	8,8	-7,0%
Γαλλία	12,3	14,9	-17.2%

Είναι ωστόσο σημαντικό να επισημανθεί, ότι τα καταγεγραμμένα ποσοστά αυτοχειριών παρουσιάζουν αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους διάφορους υπεύθυνους οργανισμούς και φορείς, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να υπάρξει μία ακριβής εικόνα. Οι αποκλίσεις αυτές οφείλονται στις ελλείψεις δεδομένων που παρατηρούνται στις ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί από την ύφεση ή στον διαφορετικό τρόπο καταγραφής των ποσοστών αυτοκτονιών στους εκάστοτε φορείς. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι έκδηλες, ιδίως αν συγκριθούν οι δείκτες αυτοχειρίας, όπως καταγράφονται από τον ΟΟΣΑ (Πίνακας 15) με τα δεδομένα του Π.Ο.Υ. (Πίνακας 14).

Πίνακας 15. Σύγκριση δεικτών αυτοχειρίας σε ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί από την οικονομική ύφεση, κατά την περίοδο 1998-2018 (πηγή: OECD)

Έτος	Χώρες						
	Ελλάδα	Ισλανδία	Ιρλανδία	Ιταλία	Ισπανία	Πορτογαλία	Γαλλία
1998	3.6	11.30	13.70	7.40	8.00	5.4	18
1999	3.40	11.40	11.60	6.70	7.80	5.20	17.50
2000	3.40	18.10	12.30	6.70	8.10	5.00	18.2
2001	2.90	12.80	12.80	6.50	7.40	7.1	17.50
2002	2.80	10.30	11.40	6.50	7.7	11.2	17.60
2003	3.3	9.8	11.5	6.4	7.8	10.6	17.80
2004	3	12.5	11.50	6.2	7.7	.....	17.5
2005	3.4	11.5	10.8	5.8	7.3	.....	17.10
2006	3.3	10.8	10.60	5.60	6.90	.....	16.50
2007	2.8	12	10.4	5.7	6.7	8.9	15.80
2008	3.1	12.40	11.50	5,8	7	9	16.10
2009	3.2	11.8	11.7	5.9	6.9	8.9	16.20
2010	3.1	14.8	11	5.8	6.30	9.3	15.90
2011	3.9	8.7	12.2	6.2	6.30	8.6	15.80

2012	4.2	11.6	12.1	6.3	6.90	9	14.60
2013	4.50	16	10.9	6.3	7.50	8.7	14.30
2014	4.70	13.8	10.7	6	7.60	10.2	13.10
2015	4.4	12.3	9.3	5.7	6.90	9.30	13.10
2016	4	12.1	.....	5.5	6.80	8.10	12.30
2017	.....	9.7	.....	.....	7	8.8	.....
2018	.....	9.7	.....	.....	.....	.....	.....

Παρατηρώντας τους παραπάνω δείκτες αυτοχειρίας, γίνεται κατανοητό ότι η Ελλάδα παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά. Η αιτία αυτού του φαινομένου θα μπορούσε να αναζητηθεί στο γενικότερο αξιακό σύστημα που διέπει την ελληνική κοινωνία και δη την ελληνική οικογένεια. Δεν πρέπει επίσης να παραλείπεται ότι για δεκαετίες, η ψυχική υγεία θεωρείτο ένα ζήτημα ταμπού, που περιοριζόταν στο οικείο περιβάλλον. Η κατάσταση αυτή φάνηκε να μεταβάλλεται στα χρόνια της ύφεσης. Η ελληνική κοινωνία προ της κρίσης έμοιαζε εξαιρετικά επιφυλακτική απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Μία στάση που εμφανίζεται από τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που ενυπάρχουν και αναπαράγονται για τους ψυχικά πάσχοντες, ακόμα και σήμερα. Με την εκδήλωση της ύφεσης η τακτική αυτή άλλαξε. Για πολλές οικογένειες, τα αρνητικά συναισθήματα καθώς και η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνιστούσαν μία σκληρή καθημερινότητα, η οποία «συναγωνιζόταν» με το διαρκή αγώνα για επιβίωση. Το γεγονός αυτό, έφερε τα ζητήματα της ψυχικής υγείας στην επικαιρότητα, αναδεικνύοντάς τα σε ένα προσφιλέθ θεμα συζήτησης. Είναι η εποχή που η ψυχική υγεία «απεγκλωβίζεται» από τα στενά οικογενειακά πλαίσια και τυχόν στερεοτυπικές αντιλήψεις. Γίνεται πλέον σαφές, ότι τα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν τον οποιοδήποτε, άρα αφορούν το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας (Μουζάκη,2021).

4.3.2. Το φαινόμενο των αυτοκτονιών στην Ελλάδα

Για την ελληνική κοινωνία, το ζήτημα των αυτοκτονιών αποτελούσε επί δεκαετίες ένα άκρα προσωπικό, οικογενειακό ζήτημα, που η «γνωστοποίησή» του περιοριζόταν στο άμεσο οικογενειακό και –ίσως- οικείο περιβάλλον. Το γεγονός αυτό οφειλόταν στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας και δη της αυτοχειρίας, καθώς και στις επιπτώσεις εκ μέρους της Εκκλησίας, της μη δηλαδή ταφής του αυτόχειρα. Η πράξη της αυτοκτονίας αντιμετωπιζόταν ως κάτι το ενοχικό, το ντροπιαστικό για την οικογένεια του αυτόχειρα, μία πράξη που έμοιαζε να στιγματίζει και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μακροπρόθεσμα. Υπό αυτές τις συνθήκες, πολλές οικογένειες επέλεξαν την απόκρυψη αυτών των περιστατικών από τους αρμόδιους φορείς, με τις αυτοχειρίες να συγκαταλέγονται, όπου ήταν δυνατόν, σε θανάτους από φυσικά αίτια ή ατυχήματα.

Στη διεθνή βιβλιογραφία διαπιστώνεται μία ισχυρή συσχέτιση των δεικτών της σωματικής και της ψυχικής υγείας με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Ο Durkheim υπήρξε ο πρώτος μελετητής που παρατήρησε και ερμήνευσε αυτό το φαινόμενο, εστιάζοντας κυρίως στην περίπτωση των αυτοκτονιών, αποκλείοντας τις μέχρι τότε ψυχολογικές, κληρονομικές και βιολογικές ερμηνείες του φαινομένου. Ο Durkheim ανέλυσε την έννοια της ανομίας. Ένα φαινόμενο που συναντάται ως επί το πλείστον στο σύγχρονο κόσμο, εξαιτίας των μεταβολών που συντελούνται. Μεταβολές που είναι τόσο γρήγορες και σφοδρές, με αποτέλεσμα να «διαρρηγνύεται» η συλλογική συνείδηση, το άτομο να νιώθει ότι χάνει τους κοινωνικούς του δεσμούς και να ωθείται ακόμη και στην πράξη της αυτοχειρίας, την οποία και αποκάλεσε ανομική αυτοκτονία. Με αυτή την έννοια, η πράξη της αυτοκτονίας αποδίδεται στην κατάρρευση των κοινωνικών κανόνων, χαρακτηριστικό όχι μόνο της κοινωνικής αποδιοργάνωσης, αλλά και της οικονομικής ευημερίας.

Τη σχέση αυτή μαρτυρούν και τα πορίσματα διεθνών ερευνών. Σε μελέτη που διεξήχθη σε είκοσι έξι (26) ευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με τις οικονομικές αλλαγές που συντελέστηκαν την περίοδο 1979–2007, βρέθηκε ότι για κάθε μία ποσοστιαία μονάδα αύξηση της ανεργίας, υπήρξε 0,79% αύξηση των αυτοχειριών στις ηλικίες κάτω των 65 ετών (Ευθυμίου και συν., 2013:28). Άλλες έρευνες υπολογίζουν την αύξηση στα ποσοστά αυτοκτονιών στο 0,72% για κάθε μία ποσοστιαία μονάδα αύξηση της ανεργίας. Οι απόπειρες αυτοχειρίας, ιδίως στις γυναίκες, εκτιμώνται ότι

είναι διπλάσιες, με το 15,34% των ατόμων αυτών να επαναλαμβάνει την απόπειρα μέσα στον ίδιο χρόνο και το 75% μέσα σε 2 χρόνια (Σουλιώτης και συν.,2018:12).

Πράγματι, οι σφοδρές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που επέφερε η οικονομική κρίση, επηρέασαν αισθητά την ελληνική κοινωνία. Η ένταση και η βίωση αυτών των συναισθημάτων ήταν πρωτόγονη για την ελληνική κοινωνία, η οποία καλούταν ταυτοχρόνως να αντιμετωπίσει χρόνια εδραιωμένα στερεότυπα και προκαταλήψεις περί ψυχικής υγείας, με την κατάσταση να είναι δυσκολότερη στην ύπαιθρο εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης.

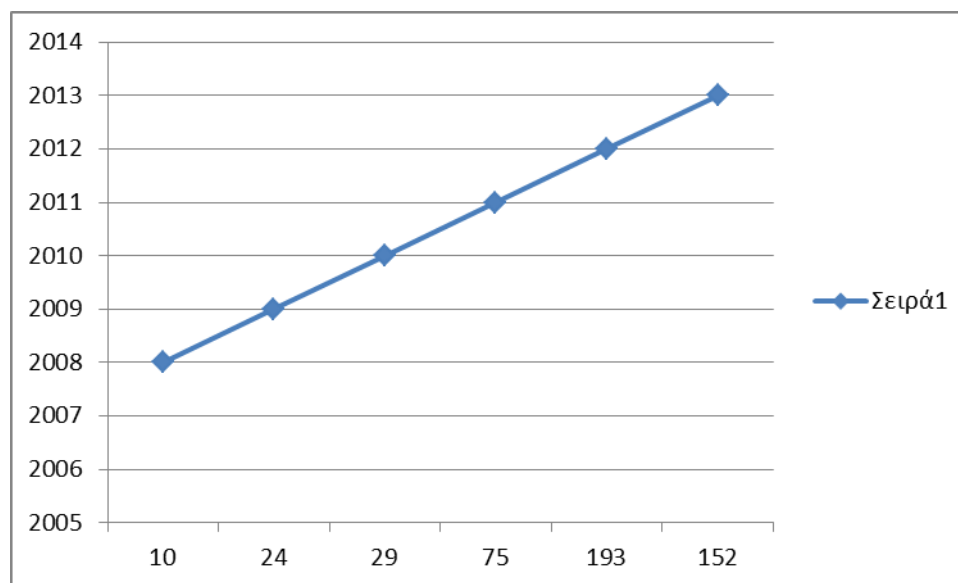
Συγχρόνως, η ελληνική κοινωνία έρχεται αντιμέτωπη με ένα νέο «πρωτόγονο» φαινόμενο, τους «αυτόχειρες της κρίσης». Ένα φαινόμενο που προβλήθηκε ιδιαίτερα από τον εγχώριο και το διεθνή τύπο. Σχεδόν, καθημερινά τα διάφορα μέσα ενημέρωσης, ηλεκτρονικά και μη, αφιέρωναν πολυσέλιδα και πολύωρα ρεπορτάζ στην Ελλάδα της κρίσης, επιλέγοντας «πηχυαίους», έντονους και ευδιάκριτους τίτλους, τους οποίους ήταν αδύνατο να μην παρατηρήσει κάποιος αναγνώστης ή τηλεθεατής. Ένα θέμα που έγινε προσφιλέθιμο θέμα συζήτησης μεταξύ των πολιτών, «συνώνυμο» της κρίσης, αλλά και πεδίο έντονης πολιτικής αντιπαράθεσης.

Οι «αυτοκτονίες της κρίσης» πολιτικοποιήθηκαν, υπήρξαν πεδίο κριτικής της πολιτικής που ακολουθούσε η κυβέρνηση, αλλά και αφορμή για την κινητοποίηση των πολιτών και για τη διεξαγωγή συγκρούσεων και επεισοδίων, οδηγώντας συχνά σε ολέθρια αποτελέσματα. Εμφανίζονται κινήματα και οργανώσεις, που εκφράζουν τους φόβους για την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του πληθυσμού, «σηματοδοτώντας» την έναρξη δράσεων για την ευαισθητοποίηση και τη «συναισθηματική αποσυμφόρηση» της κοινής γνώμης.

Η αύξηση της θεματολογίας αναφορικά με τις αυτοχειρίες εμφανίζεται στο παρακάτω Διάγραμμα. Εξετάζοντας ενδεικτικά μόνο τρία ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης της χώρας, διαπιστώνεται η εντυπωσιακή αύξηση, με τις αναφορές για τις αυτοκτονίες, σχεδόν να διπλασιάζονται μέχρι το τέλος του 2013. Από το 2011 δε, παρατίθενται λεπτομέρειες του τρόπου τέλεσης, γνώμες από ειδικούς επιστήμονες, ακόμα και αυτούσια τα ιδιόχειρα σημειώματα των αυτοχείρων. Εκτενή ήταν και τα ρεπορτάζ από τα ξένα μέσα ενημέρωσης, για την κατάσταση στη χώρα και για τις αυτοχειρίες, τα οποία παρουσίαζαν μία κατάσταση κοινωνικής και οικονομικής

αποδιοργάνωσης για την ελληνική κοινωνία, προχωρώντας σε συγκρίσεις και με άλλες χώρες που είχαν πληγεί από τα μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας.

Διάγραμμα 22. Αριθμός αναφορών αυτοκτονιών, σε ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης από το 2008-2013 (πηγή: Μουζάκη,2017)



Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγει και Έκθεση του ΕΚΠΑ σχετικά με τον τρόπο προβολής που κάλυψαν τα ελληνικά μέσα ενημέρωσης την κρίση. Την περίοδο 2009-2014, διαπιστώθηκε ότι το 71,8% των δημοσιευμάτων για τις αυτοκτονίες παρουσίαζαν μία ανθρωποκεντρική προσέγγιση, στην οποία κυριαρχούσε το ανθρώπινο δράμα και ο συγκινησιακός λόγος, με αποτέλεσμα να καλλιεργούνται συναισθήματα φόβου και θλίψης. Μία προβολή, η οποία δεν συνοδευόταν από αντίστοιχες προτάσεις διαχείρισης της ανθρωπιστικής κρίσης ή από την προβολή των ανάλογων δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας που διαθέτει η χώρα. Στην πραγματικότητα, η προβολή αυτών των δομών και των υπηρεσιών ήταν από χαμηλή έως ανύπαρκτη (tvxs.gr,28.5.2015). Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε, υπογραμμίζεται ότι τα ελληνικά μέσα ενημέρωσης δεν τηρούν τον οδηγό δεοντολογικής παρουσίασης του τρόπου προβολής των αυτοκτονιών. Ειδικότερα, η έρευνα προχώρησε στις ακόλουθες παρατηρήσεις (news.gr,10.9.2014):

- Η πλειοψηφία (66%) των ιστοσελίδων περιγράφει τον τρόπο τέλεσης των αυτοχειριών, με τον πυροβολισμό, την κατάποση κάποιου φαρμάκου και τον απαγχονισμό να προβάλλονται ως τα κύρια μέσα. Μία προβολή που αντιτίθεται στην οδηγία του Π.Ο.Υ.

- Το 83% των δημοσιευμάτων χρησιμοποιεί πηχυαίους τίτλους με τη λέξη «αυτοκτονία».
- Στο σύνολό τους, οι υπό διερεύνηση ιστοσελίδες (780) που παρουσίαζαν περιστατικά αυτοκτονιών, δεν ανέφεραν τον τηλεφωνικό αριθμό στήριξης προς τους υποψήφιους αυτόχειρες και τους οικείους τους.

Η προβολή αυτή έχει πολλαπλές συνέπειες. Δεν συμβάλλει μόνο στην ευαισθητοποίηση και στην ενημέρωση της κοινής γνώμης. Είναι δυνατόν, να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες ενέργειες εξαιτίας του μιμητισμού. Ο μιμητισμός εντείνεται όταν υπάρχει επαναλαμβανόμενη δημοσίευση αυτοχειριών, ιδίως εάν αφορούν περιπτώσεις κοινωνικά καταξιωμένων, διασήμων προσώπων ή παρουσιάζουν κάποια κοινά στοιχεία με τον τηλεθεατή/αναγνώστη. Ένα φαινόμενο που συναντάται πιο συχνά σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως είναι οι νέοι και τα άτομα με καταθλιπτική συμπεριφορά (Π.Ο.Υ.,2008). Το 1978 στην Βιέννη για παράδειγμα, οι εφημερίδες της χώρας πρόβαλλαν συνεχώς τις αυξητικές τάσεις στους δείκτες αυτοχειρίας, περιλαμβάνοντας φωτογραφικό υλικό, αλλά και λεπτομέρειες της κάθε πράξης. Μέχρι το 1987 όπου η κυβέρνηση απαγόρευσε την αναπαραγωγή λεπτομερειών για την πράξη, τα ποσοστά αυτοκτονιών παρέμεναν σε υψηλούς ρυθμούς, για να μειωθούν στη συνέχεια, μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα στο 80%.

Το φαινόμενο των αυτοκτονιών ωστόσο, δεν συναντάται αποκλειστικά σε περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης. Μία διαχρονική εξέταση των ποσοστών αυτοχειρίας σε χώρες που έχουν πληγεί από την οικονομική ύφεση, καταδεικνύει ότι και σε περιόδους κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, υπήρχαν αξιοσημείωτες διακυμάνσεις, αναδεικνύοντας την πολυδιάστατη φύση των αυτοκτονιών.

Με αυτή την έννοια, η αυτοχειρία δεν μπορεί να εξεταστεί μονομερώς. Υπάρχει μία αναμφισβήτητη, σαφής επίδραση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη μίας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, η οποία είναι πιο εμφανής σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, εξαιτίας του γενικότερου κλίματος που κυριαρχεί. Η πράξη της αυτοκτονίας αναδιαμορφώνεται και αναπροσαρμόζεται στις εκάστοτε κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Άλλοτε λειτουργεί ως αιτία, μία στιγμιαία παρορμητική πράξη, η οποία μοιάζει σαν τη μοναδική λύση τη δεδομένη στιγμή στη ζωή του ατόμου και άλλοτε είναι απλώς η αφορμή, όπου το ήδη υφιστάμενο

καταθλιπτικό υπόβαθρο «πυροδοτείται» από το ασφυκτικό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Στη συντριπτική ωστόσο πλειονότητα των περιπτώσεων, προϋπάρχει μία ψυχοσυναισθηματική ευαλωτότητα στα «θύματα της κρίσης», υποδεικνύοντας για μία φορά ακόμη, την αλληλεπίδραση διαφόρων κοινωνικών και προσωπικών/ατομικών παραγόντων σε ζητήματα ψυχικής υγείας.

Άλλο ένα φαινόμενο που διαπιστώνεται τα τελευταία χρόνια είναι η σταδιακή μείωση του επιπολασμού του αυτοκτονικού ιδεασμού και των ποσοστών αυτοκτονιών. Συγκρίνοντας τα διαχρονικά δεδομένα, σε επιλεγμένες χώρες που έχουν πληγεί από την ύφεση, παρατηρείται μία αισθητή μείωση των ποσοστών, φθάνοντας στα ανάλογα επίπεδα προ της κρίσης. Μία μείωση που είναι αντιστρόφως ανάλογη της εμφάνισης άλλων ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών.

Πίνακας 16. Οι δείκτες αυτοχειρίας σε ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί από την οικονομική ύφεση, έτη 2011-2015 (πηγή: Eurostat)

Χώρα	2011	2012	2013	2014	2015
Ελλάδα	4.2	4.41	4.76	4.99	4.69
Ισπανία	6.74	7.43	8.14	8.17	7.51
Ιρλανδία	12.09	12.12	11.07	10.79	9.47
Ισλανδία	8.85	11.61	17.1	13.98	13.06
Γαλλία	16.86	15.75	15.47	14.13	14.14
Πορτογαλία	9.51	9.98	9.78	11.28	10.38
Κύπρος	3.97	3.82	5.19	4.5	4.45

4.3.2.1. Τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση

Η Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονικά, έναν από τους χαμηλότερους δείκτες αυτοχειρίας παγκοσμίως. Οι βαθύτερες αιτίες αυτού του φαινομένου, βρίσκονται στη δομή της ελληνικής κοινωνίας, η οποία διέπεται από ένα αυστηρό αξιακό σύστημα που προάγει την οικογενειοκρατία και το συντηρητισμό.

Σε πολλές περιπτώσεις, η οικογένεια φαίνεται να καλύπτει τα «κενά» του κοινωνικού κράτους πρόνοιας, δρώντας σαν ένα δίχτυ ασφαλείας που καλλιεργεί την αίσθηση του ανήκειν και της ασφάλειας στο άτομο. Ακόμα και σε περιπτώσεις σοβαρών σωματικών και ψυχικών ασθενειών, το άτομο απευθύνεται πρώτα στο

άμεσο οικογενειακό και οικείο περιβάλλον του, πριν αναζητήσει βοήθεια, ενώ καταφεύγει στην ιδρυματική περίθαλψη, όταν αδυνατεί να ανταποκριθεί το οικείο περιβάλλον του.

Ο πολυδιάστατος ρόλος της οικογένειας και γενικότερα ο συντηρητισμός της ελληνικής κοινωνίας, μαρτυρείται και μέσα από τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που πλαισιώνουν την ψυχική ασθένεια. Επί δεκαετίες, τα διάφορα ψυχοσυναισθηματικά περιστατικά αποκρύπτονταν, υπό τον φόβο ερμηνείας τους είτε ως προσωπική αδυναμία, είτε σαν ένα αποτέλεσμα της αποτυχημένης διαπαιδαγώγησης του οικογενειακού περιβάλλοντος. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας «αποσιωπούταν», υποβαθμιζόταν, ενώ δεν ήταν λίγες οι φορές που γινόταν πεδίο σαρκασμού ή και αρνητικών σχολίων στον καθημερινό λόγο. Ένα θέμα που παρά τη σοβαρότητα και τις πολυδιάστατες συνέπειές του, απουσίαζε από τις στρατηγικές υγείας του εκάστοτε πολιτικού συστήματος. Ανάλογη ήταν και η κοινωνική αντίδραση, όπως και η στάση της επίσημης Πολιτείας απέναντι στο ζήτημα των αυτοκτονιών, με εξαίρεση ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις.

Αυτό δεν σημαίνει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός ήταν άγνωστος στην Ελλάδα πριν την κρίση. Παρατηρώντας τα ποσοστά αυτοκτονιών στη χώρα, την περίοδο 1997-2008, διαπιστώνονται αξιοσημείωτες διακυμάνσεις, ακόμα και σε έτη όπου η ελληνική κοινωνία δεν βίωνε κάποια ύφεση. Υπήρχαν αντίθετα, αυξημένες απολαβές στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, καθώς και ένα γενικότερο κλίμα ευφορίας και ευημερίας στην ελληνική κοινωνία, αφού είχαν προηγηθεί οι Ολυμπιακοί Αγώνες και άλλα σημαντικά έργα.

Πίνακας 17. Αριθμός αυτοκτονιών κατά φύλο, έτη 1999-2008 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ)

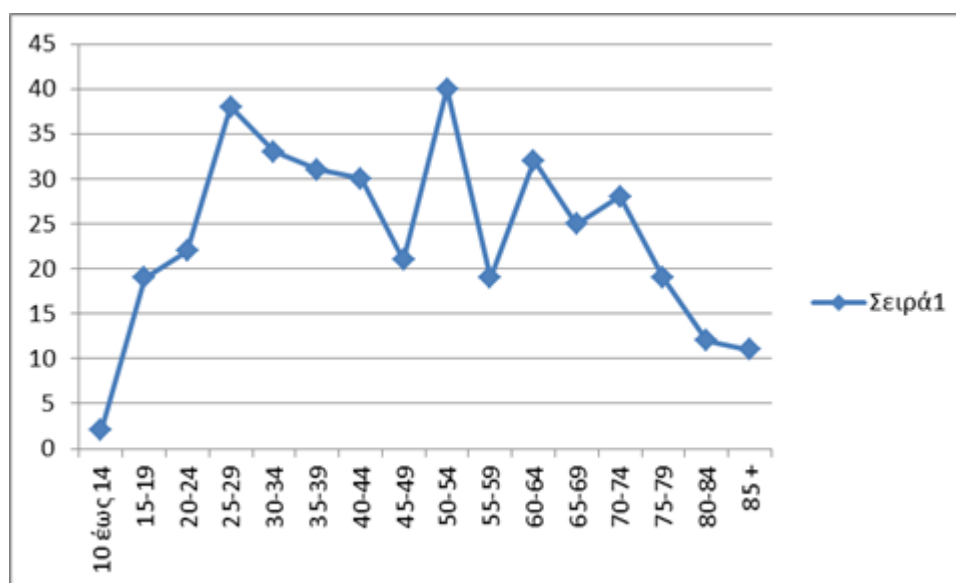
Φύλο	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Άρρεν	296	298	286	257	306	285	321	330	268	308
Θήλυ	85	84	48	66	69	68	79	72	60	65
Σύνολο	381	382	334	323	375	353	400	402	328	373

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΛ.ΣΤΑΤ), οι καταγεγραμμένοι θάνατοι στην Ελλάδα λόγω αυτοχειρίας το διάστημα 1999-2008 ήταν 3.651. Η πλειοψηφία των αυτοχειρών ήταν άνδρες (2.955 άνδρες, έναντι των

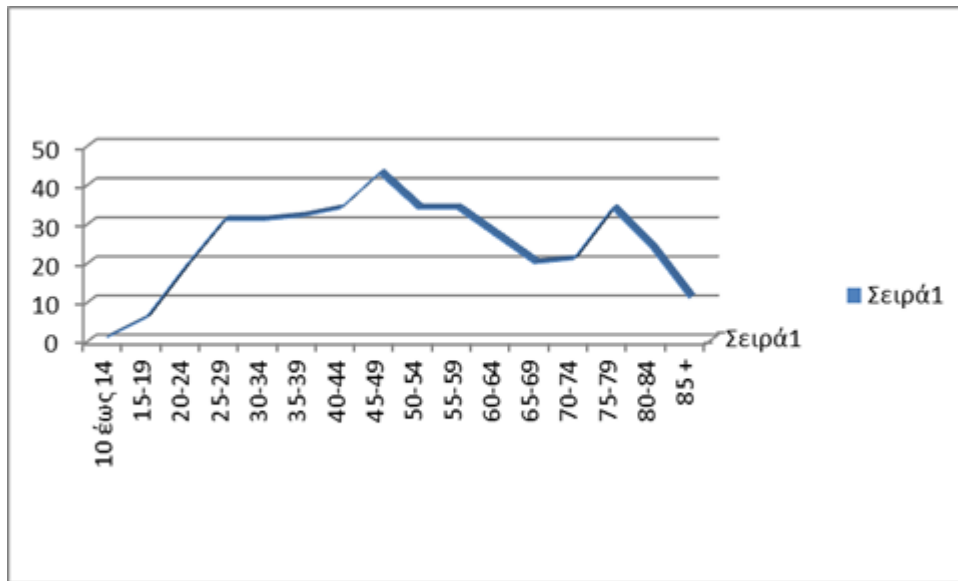
696 γυναικών). Ο απαγχονισμός υπήρξε η πιο συχνή μέθοδος, πάνω από το 50% και για τα δύο φύλα, ακολουθεί η χρήση της καραμπίνας για τους άνδρες με ποσοστό περίπου 30% και για τις γυναίκες η δηλητηρίαση, 15%.

Τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών καταγράφονται στην ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών με μέσο όρο περίπου, 33 θανάτους και έπονται οι ηλικίες 25-39 και 50-59 ετών. Ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στα άτομα ηλικίας 10-19, καθώς και 80-85 ετών και άνω, με μέσο όρο 5,7 και 13,4, αντίστοιχα. Στη συνέχεια, παρατίθεται η ηλικιακή κατανομή των αυτοκτονιών κατά τα έτη 2000 (Διάγραμμα 23), ένα έτος κατά το οποίο η χώρα σημειώνει οικονομική άνθιση, του 2006 (Διάγραμμα 23), εξαιτίας του αξιοσημείωτου αριθμού που παρατηρείται και του 2007 (Διάγραμμα 24), ένα χρόνο πριν την εκδήλωση της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής ύφεσης. Στο Διάγραμμα 25 δε, παρατίθεται η ηλικιακή κατανομή των αυτοχειρών το έτος 2008, έτος εναρκτήριο της κρίσης.

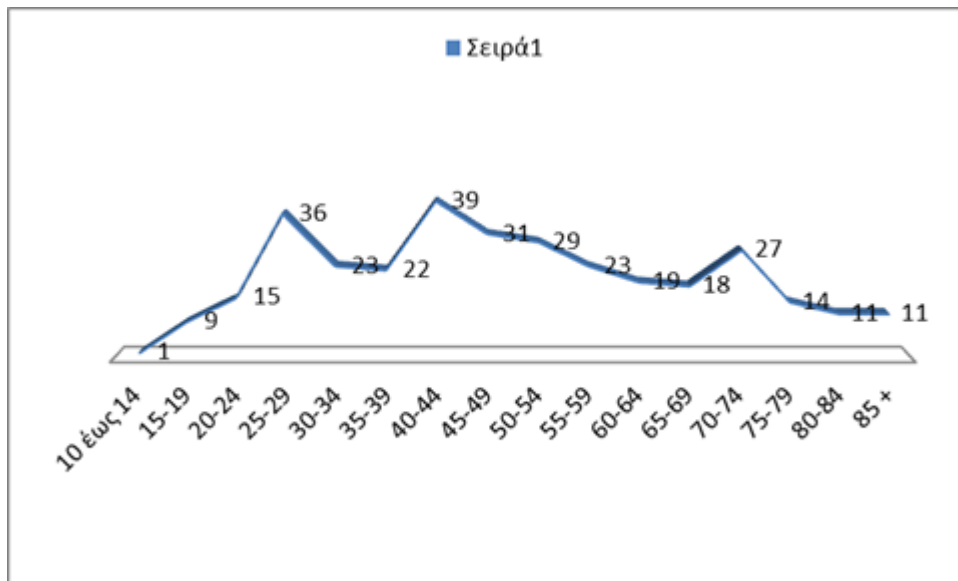
Διάγραμμα 23. Κατανομή αυτοκτονιών ανά ηλικία, το 2000



Διάγραμμα 24. Κατανομή αυτοκτονιών ανά ηλικία, το 2006



Διάγραμμα 25. Ηλικιακή Κατανομή αυτοκτονιών, το έτος 2007



Διάγραμμα 26. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2008



Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η γεωγραφική κατανομή των αυτοχειριών. Οι περιφέρειες Αττικής (1.030), Κεντρικής Μακεδονίας (518), Πελοποννήσου (314), Κρήτης (288) και Ανατολικής Μακεδονίας- Θράκης (244), συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Αντίθετα, οι περιφέρειες Ιονίων Νήσων (91), Βορείου Αιγαίου (91) και Νοτίου Αιγαίου (79) παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά.

Συγκρίνοντας τα δεδομένα της ΕΛ.ΣΤΑΤ με εκείνα της Ελληνικής Αστυνομίας αναδεικνύονται σημαντικές διαφοροποιήσεις. Στον Πίνακα 18 διαπιστώνεται μία ανοδική τάση των δεικτών αυτοχειρίας κατά τα έτη 2000 (382), 2005 (400) και 2006 (402) βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ, όταν η ΕΛ.ΑΣ παρουσιάζει μία διαφορετική εικόνα. Υψηλά ποσοστά σημειώνονται τα έτη 2000 (497), 2001 (452), 2002 (464) και 2006 (440). Οι αποκλίσεις που παρατηρούνται αφορούν όχι μόνο τα καταγεγραμμένα ποσοστά, αλλά και τα έτη αναφοράς, δημιουργώντας μία διάχυτη σύγχυση περί της αξιοπιστίας των δεδομένων, καθώς και το ποιας αρχής τα δεδομένα ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα

Πίνακας 18. Σύγκριση δεδομένων αυτοκτονιών της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και της Ελληνικής Αστυνομίας (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, Στατιστικές Επετηρίδες Ελληνικής Αστυνομίας)

Έτος	Στοιχεία ΕΛ.ΣΤΑΤ	Στοιχεία ΕΛ.ΑΣ		Διαφορές 1-2 (δεδομένων ΕΛ.ΣΤΑΤ – ΕΛ.ΑΣ).
	Αυτοκτονίες (2)	Αυτοκτονίες (1)	Απόπειρες	Αυτοκτονίες
2000	382	497	254	115
2001	334	452	276	118
2002	323	464	239	141
2003	375	431	206	56
2004	353	398	224	45
2005	400	389	199	-11
2006	402	440	207	38
2007	328	337	208	9
2008	373	365	246	-8

4.3.2.2. Τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης.

Το 2008 με την εκδήλωση της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσεως, η ελληνική κοινωνία έρχεται αντιμέτωπη με το ζήτημα της ψυχικής υγείας. Ένα θέμα που μέχρι πρότινος, βρισκονταν στο κοινωνικό περιθώριο, αποτελώντας ένα προσωπικό/οικογενειακό ζήτημα. Μία θέση που άλλαξε στα χρόνια της ύφεσης και ιδίως αρχές του 2014, εξαιτίας των υψηλών περιστατικών επιπολασμού κατάθλιψης, όπου ενώ το 2008 ήταν στο 3,3%, το 2013 ανήλθαν στο 12,3%, με τις αυτοχειρίες να αυξάνονται κατά 40%. Ακόμα και η στάση της Εκκλησίας φαίνεται να μεταβάλλεται. Σήμερα, η Εκκλησία προσπαθεί να αποτρέψει τα άτομα από αυτή την πράξη, εστιάζοντας πλέον στον ανθρωπινό πόνο και όχι σε θρησκευτικές διδαχές, επικαλούμενη τυχόν αμαρτίες και έναν τιμωρητικό λόγο στη μετά θάνατον ζωή. Παλαιότερα, οι ιερείς αρνούσαν να κηδεύσουν όσους αυτοκτονούσαν. Υπό το φόβο της «ατίμωσης» και των αμαρτιών,

όχι μόνο απέναντι στο πτώμα του αυτόχειρα, αλλά και της οικογένειάς του, η αυτοκτονία αποκρυπτόταν ή αποδιδόταν συχνά στον αυτόχειρα η ετικέτα του ψυχικά ασθενούς, ώστε να μπορεί να τελεστεί η κηδεία του και να περιοριστεί το κοινωνικό στίγμα (Bateman,2019).

Μελετώντας τα δεδομένα για τη φυσική κίνηση του ελληνικού πληθυσμού, γίνεται αντιληπτή η αύξηση των συνολικών θανάτων στη χώρα, συμπεριλαμβανομένων των βίαιων θανάτων, στους οποίους συγκαταλέγονται και οι αυτοχειρίες. Υπάρχει μία αισθητή επιρροή των δεικτών αυτοχειρίας από το έτος 2011, με την ανοδική τάση να διατηρείται τουλάχιστον μέχρι το 2015, όπου φαίνεται να σταθεροποιείται προσωρινά, για να επανέλθει το 2017. Το 2018 καταγράφονται 567 θάνατοι, ο μεγαλύτερος αριθμός αυτοχειριών που έχει σημειωθεί έως και σήμερα (Πίνακας 19). Το διάστημα 2009-2018, οι αυτοκτονίες ανέρχονται στις 4.954, με την πλειοψηφία των αυτοχειριών να είναι άνδρες (4.045), οι οποίοι επέλεξαν κυρίως τον αυτοπυροβολισμό (χρήση πυροβόλου όπλου), τον στραγγαλισμό (αγχόνη), την κατακρήμνιση ή άλλο τρόπο.

Πίνακας 19. Αριθμός αυτοκτονιών κατά φύλο: έτη 2009-2018 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ)

Φύλο	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Άρρεν	333	336	393	417	425	450	422	403	420	446
Θήλυ	58	41	84	91	108	115	107	81	103	121
Σύνολο	391	377	477	508	533	565	529	484	523	567

Ανάλογη αύξηση, ιδίως έπειτα από το 2012 μαρτυρούν και τα δεδομένα της Ελληνικής Αστυνομίας (Πίνακας 20). Μία ανοδική τάση που διατηρείται σε αμειώτους ρυθμούς, για να «κορυφωθεί» το 2015, φθάνοντας τις 613, για να ακολουθήσει μία πτωτική πορεία με μικρές διακυμάνσεις. Σε έκθεση μάλιστα του OECD και του European Observatory on Health Systems and Policies, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναφορικά με το προφίλ υγείας στη χώρα, εκτιμάται μία αισθητή επιρροή των δεικτών αυτοχειρίας στα χρόνια της κρίσης. Ο μέσος όρος θανάτων λόγω αυτοχειρίας από 362 το διάστημα μεταξύ 2000–2008, φθάνει στους 475 την περίοδο 2009–2014. Εάν τώρα προσθέσουμε και τις απόπειρες που τελούνται, οι οποίες εκτιμάται ότι είναι 15-20 φορές περισσότερες των

καταγεγραμμένων θανάτων, τότε γίνεται εύκολα αντιληπτό το μέγεθος του φαινομένου.

Πίνακας 20. Σύγκριση δεδομένων αυτοκτονιών της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και της Ελληνικής Αστυνομίας (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, Στατιστικές Επετηρίδες Ελληνικής Αστυνομίας)

	Ελληνική Στατιστική Αρχή	Δ/νση Πληροφορικής της Ελληνικής Αστυνομίας		Διαφορά 1-2 (δεδομένα Ελληνικής Αστυνομίας – ΕΛ.ΣΤΑΤ)
Έτος	Αυτοκτονίες (2)	Αυτοκτονίες (1)	Απόπειρες	Αυτοκτονίες
2009	391	352	223	-39
2010	377	388	255	11
2011	477	353	324	-124
2012	508	415	348	-93
2013	533	566	642	33
2014	565	514	579	-51
2015	529	613	719	84
2016	484	453	654	-31
2017	523	465	679	-58
2018	567	530	745	-37

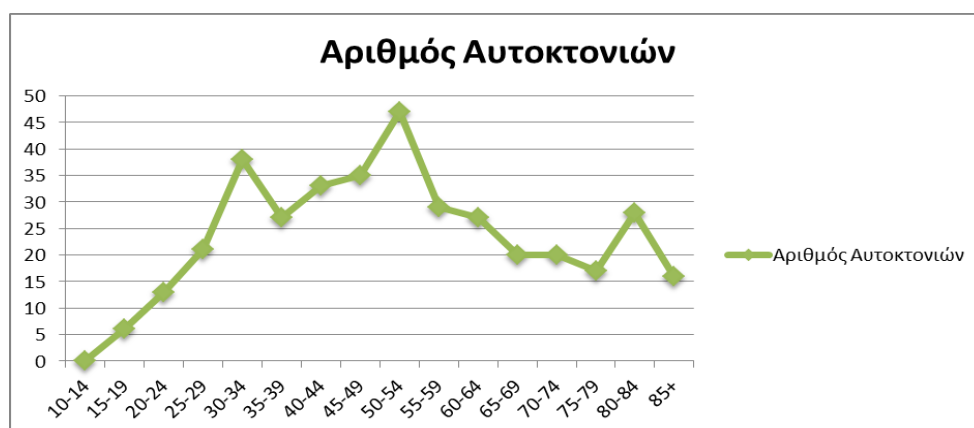
Η Αττική και η Θεσσαλονίκη πρωταγωνιστούν στους δείκτες αυτοχειρίας, ενώ ακολουθούν οι περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας, Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, Δυτικής Ελλάδας, Κρήτης, Νοτίου Αιγαίου και Θεσσαλίας- περιοχές οι οποίες μαστίζονται από υψηλά ποσοστά ανεργίας. Αξίζει να επισημανθεί ότι η περιφέρεια της Κρήτης, παρουσιάζει αυξητικές τάσεις από τα τέλη του 2015, οι

οποίες παραμένουν σε αμείωτους ρυθμούς και κατά το 2018. Με αφορμή τις τάσεις αυτές, η ΚΛΙΜΑΚΑ (2018,a) υπογραμμίζει την πιθανότητα δημιουργίας μία συστάδας ή συμπλέγματος αυτοκτονιών.

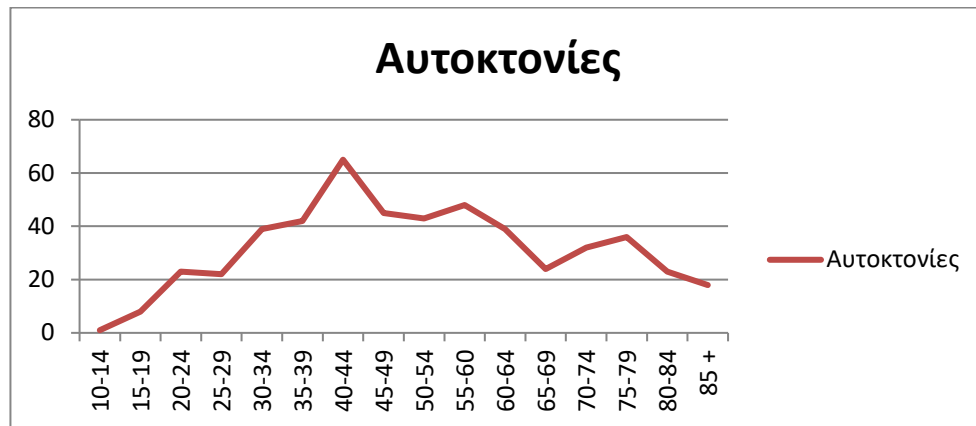
Το προφίλ του αυτόχειρα μοιάζει διαχρονικό, αφού δεν παρουσιάζει διαφορές με εκείνο πριν την ύφεση. Άνδρες μέσης ηλικίας (άνω των 40 ετών) με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή άνεργοι φαίνεται να συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών, σε αντίθεση με εκείνους που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών και έως 20 ετών. Η υπερεκπροσώπηση των ατόμων ηλικίας 40-50 ετών φαίνεται να μην είναι τυχαία, μιας και πρόκειται για άτομα που στην πλειοψηφία τους έχουν ήδη κάποια επαγγελματική σταδιοδρομία, έναν προσανατολισμό, πιθανόν οικογενειακές υποχρεώσεις, με αποτέλεσμα να καθίστανται εξαιρετικά ευάλωτοι σε τυχόν αλλαγές στην επαγγελματική και στην κοινωνική τους κατάσταση, με ότι αυτό συνεπάγεται για την ψυχική αλλά και τη σωματική τους υγεία.

Με σκοπό να εξετάσουμε διαχρονικά το φαινόμενο αυτό, παραθέτουμε την ηλικιακή κατανομή του έτους 2010, όπου και υπογράφεται το Α' Μνημόνιο, το 2012, με την τότε κυβέρνηση να προχωρά στο Β' Μνημόνιο, το 2014 κατά το οποίο καταγράφονται οι περισσότερες αυτοκτονίες και το 2016, που αρχίζει να εμφανίζεται μία καθολική πορεία των δεικτών.

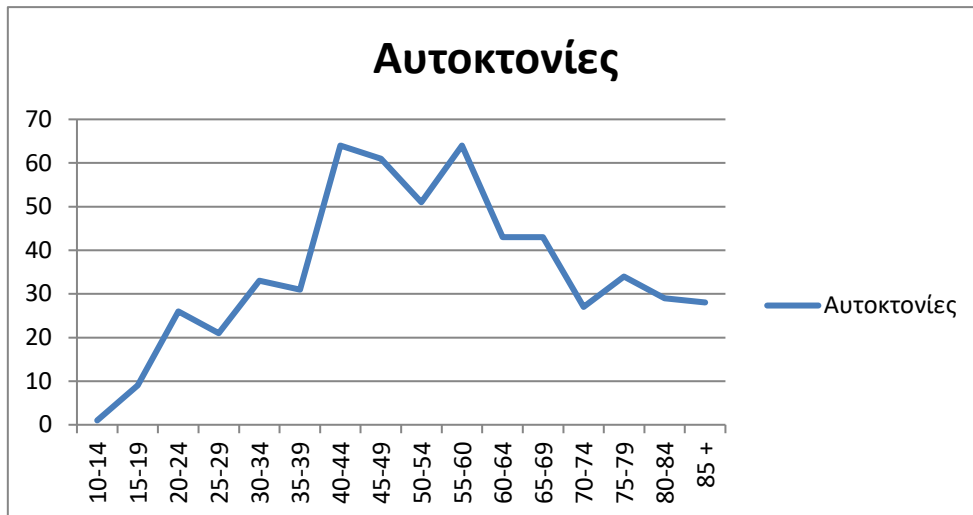
Διάγραμμα 27. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2010, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ



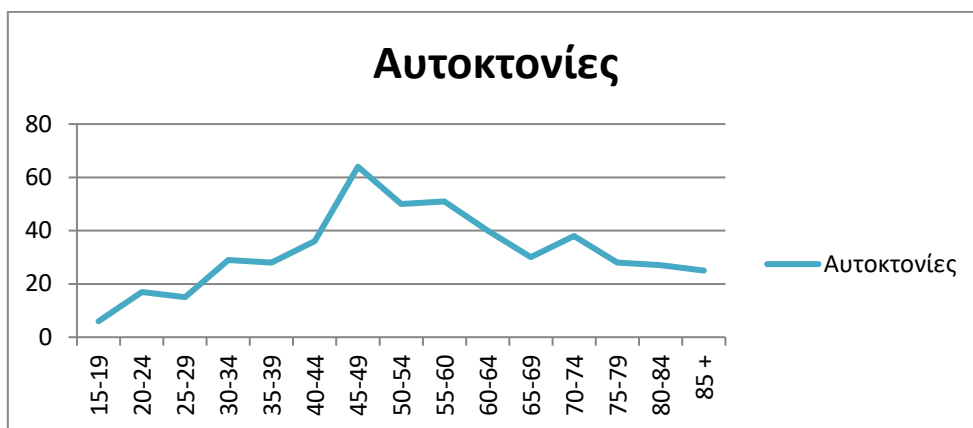
Διάγραμμα 28. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2012, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ



Διάγραμμα 29. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2014, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ



Διάγραμμα 30. Ηλικιακή Κατανομή Αυτοκτονιών το έτος 2016, βάσει των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ



Η ηλικιακή κατανομή των αυτοχειρών εμφανίζεται και μέσα από την επαγγελματική τους κατάσταση. Το 2015, το 43% αφορούσε άτομα που ήταν οικονομικά ανενεργοί. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται οι συνταξιούχοι, οι σπουδαστές-μαθητές, οι άεργοι, οι άνεργοι, αλλά και όσοι απασχολούνται με τα οικιακά. Ακολουθούν οι ειδικευμένοι γεωργοί (15%), οι πωλητές, οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών (6%) και όσοι ασκούν τεχνικά επαγγέλματα (4%), όπως και οι υπάλληλοι γραφείου, με τους ανειδίκευτους εργάτες να εκπροσωπούν το 3%. Μόλις στο 3%, βρίσκονται οι βουλευτές, τα ανώτατα/διευθυντικά στελέχη και οι χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων (ΚΛΙΜΑΚΑ,2016).

Η συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τους δείκτες ψυχικής υγείας είναι έκδηλη στον Πίνακα 21⁴⁷, όπου παρατίθενται τα αίτια αυτοχειρίας. Πράγματι, από το 2009 καταγράφεται μία ανοδική τάση των οικονομικών αυτοκτονιών, η οποία αρχίζει να περιορίζεται και να υποχωρεί το 2014, φθάνοντας το έτος 2016, τα επίπεδα προ της κρίσης. Διαχρονικά ωστόσο, τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών συγκεντρώνουν οι λόγοι ασθένειας και τα άγνωστα αίτια. Θα πρέπει βέβαια, να επισημανθεί ότι οι ετήσιοι θάνατοι από αυτοκτονία είναι πολύ περισσότεροι, αλλά εξαιτίας των παραγόντων που έχουν προαναφερθεί, ένα ικανοποιητικό ποσοστό αυτών των περιστατικών κατατάσσονται ως ατυχήματα, ίσως και σε θανάτους από φυσικά αίτια.

Πίνακας 21. Αίτια πρόκλησης αυτοκτονίας ανά έτος (πηγή: Στατιστικές Επετηρίδες Ελληνικής Αστυνομίας)

		Αίτια Αυτοκτονίας				
Έτος	Σύνολο Αυτοκτονιών	Αισθηματικοί	Οικογενειακοί	Οικονομικοί	Ασθενείς	Άγνωστοι Λόγοι
2000	497	20	27	17	154	279

⁴⁷ Η ΕΛ.ΛΑΣ κατηγοριοποιεί τις αυτοχειρίες σε πέντε βασικές κατηγορίες, η οποία προκύπτει είτε από κάποιο ιδιόχειρο σημείωμα που αφήνει ο αυτόχειρας, είτε από το πόρισμα της προανάκρισης, που ενεργείται αυτεπάγγελτα.

2001	452	15	29	20	132	256
2002	464	16	28	12	134	274
2003	431	15	25	16	124	251
2004	398	14	14	14	111	245
2005	389	10	22	10	104	243
2006	440	21	23	10	113	273
2007	337	20	12	6	79	220
2008	365	13	13	14	85	240
2009	352	15	17	18	64	238
2010	388	9	21	30	68	260
2011	353	13	12	34	56	238
2012	415	5	11	45	63	291
2013	566	15	25	46	84	396
2014	514	18	27	35	77	357
2015	613	18	16	34	130	415
2016	453	9	15	22	101	306
2017	465	14	17	17	99	318
2018	530	14	15	17	95	389

Μελετώντας τον παραπάνω Πίνακα, γίνεται σαφές ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά την ψυχική υγεία των Ελλήνων, η οποία διαπιστώνεται και μέσα από τους αυτοκτονικούς δείκτες. Το 2011, έτος που σηματοδοτήθηκε από την εφαρμογή σφοδρών μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας, καταγράφηκε αύξηση ύψους 26,5% έναντι του 2010, με την ανοδική τάση να παραμένει αμείωτη μέχρι το 2016 -

8,5% σε σχέση με το 2015. Κατά τα έτη 2017 και 2018, σημειώνεται μία εκ νέου αύξηση, με το 2018 να φθάνει σε αριθμό ρεκόρ για την ελληνική κοινωνία, 567 θανάτους, έναντι του 2017 που είχαν καταγραφεί 523 (αύξηση της τάξεως του 8,4%) (Διάγραμμα 31). Για την ΕΛ.ΛΑΣ από την άλλη πλευρά, το 2015 αποτελεί έτος κορύφωσης των αυτοχειριών, αφού σημειώνονται 613 αυτοχειρίες, το μεγαλύτερο ποσοστό καθ'όλη τη δεκαετία του 2000, ακολουθούμενο από μειωτικούς ρυθμούς, μέχρι το 2018 όπου υφίσταται αύξηση 13,98%, σε σχέση με το 2017.

Οι ανησυχητικές τάσεις του αυτοκτονικού ιδεασμού στη χώρα εμφανίζονται και μέσα από τα αιτήματα υποστήριξης που δέχονται οι ανάλογες δομές. Το Κέντρο Υγείας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, από την ίδρυσή του μέχρι τον Ιούλιο του 2018 δέχθηκε 23.855 επισκέψεις, με το 61,2% να είναι γυναίκες και το 39,9% άνεργοι. Ομοίως η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία, από το 2007, έτος λειτουργίας της, έχει δεχτεί πάνω από 180.000 κλήσεις. Το 2017 πραγματοποιήθηκαν 12.937 κλήσεις, εκ των οποίων οι 2.793 αφορούσαν το φάσμα της αυτοκτονικότητας. Είναι εξίσου εντυπωσιακό ότι το 59% των καλούντων δεν είχαν επισκεφθεί κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας, έναντι του 57% των καλούντων του 2017 (ΚΛΙΜΑΚΑ, 2018).

Διάγραμμα 31. Ποσοστιαία μεταβολή (%) των αυτοκτονιών από το 2001-2018
(πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ)



Η ανωτέρω εικόνα σχετίζεται άμεσα με την κλιμάκωση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, η οποία επιβεβαιώνεται μέσα από τη βιβλιογραφία καθώς και από την εικόνα της ελληνικής κοινωνίας. Ανάδυση φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, αύξηση των επισκέψεων σε δομές ψυχικής υγείας και της κατανάλωσης ηρεμιστικών/υπνωτικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι ορισμένα επιπλέον φαινόμενα που χαρακτηρίζουν την περίοδο της ύφεσης. Αυτό οφείλεται στα αρνητικά συναισθήματα και στη δυσφορία που προκαλείται στην κοινή γνώμη, όχι μόνο από την εφαρμογή υφειακών μέτρων, αλλά και από την ταυτόχρονη συνεχή προβολή των αρνητικών επιπτώσεων της ύφεσης, με έμφαση στο ανθρώπινο δράμα, από την πλειοψηφία των ελληνικών μέσων ενημέρωσης που εντείνουν τον αρνητισμό και το φόβο. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, όπως είναι φυσικό δεν έμεινε ανεπηρέαστος μιας και συνδέεται άμεσα με κοινωνικές παραμέτρους.

Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν οι Branas et al. (2015), οι οποίοι μέσα από μία εθνική ανάλυση δεδομένων με εύρος τριακονταετίας, διαπιστώνουν ότι σε περιόδους εφαρμογής μέτρων λιτότητας, σημειώνεται αντίστοιχη αύξηση στους δείκτες αυτοχειρίας. Μία σχέση που οφείλεται στις σφοδρές αλλαγές που βιώνει το άτομο όχι μόνο σε προσωπικό, αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Μεταβολές, όπου σε μεγάλο βαθμό είναι τόσο γρήγορες και με άμεσες επιπτώσεις, μην αφήνοντας τον απαραίτητο χρόνο προσαρμογής στο άτομο σε αυτές.

Παρόλα αυτά, η σχέση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος με τον αυτοκτονικό ιδεασμό δεν συναντάται μόνο σε περιόδους ύφεσης. Εξετάζοντας και συγκρίνοντας τα δεδομένα του ΟΟΣΑ για τους δείκτες αυτοχειρίας στην Ελλάδα, τόσο κατά τη δεκαετία του 1960, όσο και κατά τη δεκαετία του 1980 διαπιστώνονται εξίσου εντυπωσιακές αυξομειώσεις στους δείκτες αυτοχειρίας. Ακόμα και κατά τη δεκαετία του 2000, η οποία στα πρώτα έτη της δεν προμήνυε σε τίποτε την οικονομική κατάρρευση που θα ακολουθούσε. Μέχρι τότε ήταν διάχυτο στην κοινωνία ένα κλίμα αισιοδοξίας, οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας.

Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις, εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι το φαινόμενο των αυτοκτονιών είναι ένα πολυδιάστατο, πολυσύνθετο φαινόμενο, που συναντάται και σε περιόδους κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας, ακριβώς λόγω των πολυάριθμων κοινωνικών, ατομικών και βιολογικών παραγόντων με τους οποίους σχετίζεται. Με αυτή την έννοια, η οποιαδήποτε μεταβολή συντελείται σε

κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, είτε πρόκειται για κοινωνική άνοδο, είτε για κάθοδο υπό καθορισμένες προϋποθέσεις, ενδέχεται να «πυροδοτήσει» αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Πίνακας 22. Δείκτες αυτοχειρίες για την Ελλάδα, ανά 100.000κατοίκους, έτη 1961-1970 (πηγή: ΟΟΣΑ)

Χώρα	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Ελλάδα	5,20	4,00	4,50	3,80	3,70	3,70	4,10	4,30	4,20	3,60

Πίνακας 23. Δείκτες αυτοχειρίες για την Ελλάδα, ανά 100.000κατοίκους, έτη 1981-1990 (πηγή: ΟΟΣΑ)

Χώρα	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Ελλάδα	3,60	3,80	3,90	4,10	4,30	4,10	4,30	4,20	3,90	3,50

Σήμερα και μολονότι έχουν περάσει σχεδόν δέκα χρόνια από την υπογραφή του Α' Μνημονίου, η ελληνική κοινωνία βρίσκεται αντιμέτωπη με δύο νέες προκλήσεις. Η περίπτωση της πανδημίας του κορωνοϊού, σε συνδυασμό με την κλιματική αλλαγή, διαμορφώνουν νέες συνθήκες, επιφέροντας ένα νέο σύνολο αλλαγών. Οι αλλαγές αυτές δημιουργούν νέες προκλήσεις και πιέσεις στην ελληνική κοινωνία και οικονομία, εντείνοντας την ήδη εύθραυστη «κανονικότητα».

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο η ελληνική κοινωνία είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αυτές τις αλλαγές, με ότι αυτό συνεπάγεται για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των πολιτών και δη για τη σωματική και την ψυχική τους υγεία. Ένα ερώτημα που η απάντησή του απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή κυρίως λόγω της φυσιογνωμίας της ελληνικής κοινωνίας, αλλά και των δυσλειτουργιών που συνεχίζουν να εμμένουν σε καίριους τομείς του κράτους, λόγω των μέτρων δημοσιονομικής επιτήρησης.

Το γεγονός αυτό αναδεικνύει εκ νέου την αναγκαιότητα λήψης και εφαρμογής ολοκληρωμένων και εξειδικευμένων πολιτικών και στρατηγικών απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Το φαινόμενο των αυτοκτονιών στη χώρα μας δεν μπορεί να εξετάζεται μεμονωμένα από την πορεία της ψυχιατρικής στη χώρα, καθώς και από

τη γενικότερη εικόνα του συστήματος υγείας. Είναι ένα θέμα που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη, στη διαχείριση και στην προβολή του, εξαιτίας της πολυδιάστατης και της πολυσύνθετης φυσιολογίας του. Πράγματι, το ζήτημα αυτό βρέθηκε στο επίκεντρο της δημόσιας σφαίρας ως μία μορφή κοινωνικής παθογένειας, όμως τα αίτιά του, όπως και η μελέτη των ποσοστών υποδεικνύουν χρόνιες ανεπάρκειες του πολιτικού και του κοινωνικού συστήματος, οι οποίες είναι σφοδρότερες και εντονότερες σε περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης.

Συμπέρασμα

Το ζήτημα της ψυχικής υγείας και ασθένειας δεν μπορεί να εξετάζεται μεμονωμένα από το εκάστοτε κοινωνικο-ιστορικό πλαίσιο. Μία θέση που μαρτυρείται σε όλο το φάσμα της ανθρώπινης ιστορίας, με την «τρέλα» άλλοτε να θεοποιείται και άλλοτε να περιθωριοποιείται και να στιγματίζεται ως μία αποκλίνουσα συμπεριφορά. Ένα θέμα που υπόκειται σε μία γενικότερη, καθολική διαδικασία «εξομάλυνσης» και διατήρησης της ομοιομορφίας της κοινωνίας, κατά την οποία οτιδήποτε αποκλίνει από τα κοινωνικά καθορισμένα πρότυπα και συμπεριφορές, περιθωριοποιείται, υπό το πρόσχημα της κοινωνικής ευρυθμίας και συνοχής. Μία διαδικασία κατηγοριοποίησης, που μαρτυρά την ίδια την αδυναμία της κοινωνίας να αποδεχθεί την ύπαρξη της ετερότητας και της διαφορετικότητας, έστω και αν αυτή σχετίζεται με ιατρικούς παράγοντες.

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλούνται να διαχειριστούν τα άτομα με ψυχικές/συναίσθηματικές διαταραχές δεν αφορά τη συμπτωματολογία της νόσου, αλλά τη στάση της κοινωνίας απέναντι στην όποια τους διαταραχή. Μία στάση, που παρά την αναδιαμόρφωσή της ανά τους αιώνες, συνεχίζει να προσκρούει σε στερεοτυπικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις, οι οποίες συνοψίζονται μέσα από την ταμπέλα ή αλλιώς την ετικέτα της «τρέλας». Μίας έννοιας που δείχνει όλες εκείνες τις λαϊκές ετυμηγορίες και αντιλήψεις περί επικινδυνότητας, ανικανότητας και βιαιότητας του ψυχικά πάσχοντα, οι οποίες όχι μόνο αναπαράγονται στον καθημερινό λόγο, αλλά επηρεάζουν σημαντικά το φάσμα της κοινωνικής και της προσωπικής ζωής του ατόμου. Μία ετικέτα όπου από τη στιγμή της γνωμάτευσης, μοιάζει να «αποκόβει» το άτομο από τον κοινωνικό του εαυτό, καθιστώντας τον ευάλωτο και σχεδόν εξαρτημένο ενός απαρχαιωμένου γραφειοκρατικού συστήματος υγείας. Η κοινωνική και προσωπική του ταυτότητα αντικαθίσταται από τη συμπτωματολογία της νόσου, τις διάφορες ψυχιατρικές αξιολογήσεις, όπως και από τυχόν προβλέψεις περί της πορείας του ατόμου, ακόμα και από μη εξειδικευμένο προσωπικό.

Μία γνωμάτευση που δεν περιορίζεται αποκλειστικά στο νοσούντα. Οι συνέπειές της επηρεάζουν το σύνολο του οικογενειακού περιβάλλοντός του, ακριβώς λόγω των κοινωνικών αντιλήψεων που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια. Η οικογένεια δέχεται συχνά τα επικριτικά σχόλια και τα αδιάκριτα βλέμματα της υπόλοιπης κοινότητας, η οποία αποζητά την αιτία σε κάποια δυσλειτουργία εντός του οικογενειακού

περιβάλλοντος. Οι σχέσεις των δύο γονέων, το κληρονομικό υπόβαθρο, μέχρι και η συμπεριφορά της μητέρας τοποθετούνται στο «κοινωνικό μικροσκόπιο», με την ψυχική ασθένεια να ερμηνεύεται ως ένα λάθος διαπαιδαγώγησης ή χειρότερα, ένα «γονιδιακό ελάττωμα». Αυτό δεν σημαίνει ότι ο ρόλος της οικογένειας δεν είναι καθοριστικός στη γνωστική και στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου. Η οποιαδήποτε όμως πρόχειρη και μονοδιάστατη ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας, ελλοχεύει τον κίνδυνο της παρερμηνείας, της απόκρυψης των πραγματικών αιτιών, του περαιτέρω στιγματισμού, φθάνοντας σε άτυπες γενικεύσεις, που επί της ουσίας ανατροφοδοτούν τα φαινόμενα κοινωνικών διακρίσεων και αποκλεισμού.

Μία στάση που οδηγεί πολλές οικογένειες στη συγκάλυψη, στην απόκρυψη ή και στην άρνηση ύπαρξης της διαταραχής, προκειμένου να μην κληθούν να αντιμετωπίσουν την παραπάνω κατάσταση. Μία τακτική που ήταν εντονότερη σε παλαιότερα, συντηρητικά κυρίως κοινωνικά συστήματα, όπου η οικογένεια περιθωριοποιούσε τον ασθενή, περιορίζοντάς τον εντός του χώρου της οικίας, με τη φροντίδα του να ανατίθεται στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ένας τρόπος «προστασίας» της τιμής της οικογένειας, όπως και των υπολοίπων μελών, ώστε να μπορούν να απολαύσουν ελεύθεροι και ισότιμα την κοινωνική τους ζωή, μην περιορίζοντας επίσης τις προοπτικές ενός «καλού» γάμου. Μία συμπεριφορά που συνεχίζει να αναπαράγεται σε ένα μεγάλο βαθμό και σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, καθώς και με το πολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται.

Παρόλα αυτά, οι αδυναμίες της κρατικής πολιτικής και τα γραφειοκρατικά κωλύματα που συναντώνται στη στήριξη αυτών των οικογενειών στη φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα, έχουν ως συνέπεια πολλές οικογένειες να αντιμετωπίζουν σημαντικά οικονομικά προβλήματα. Μέλη τους αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους ή να προσφύγουν σε ευέλικτες μορφές εργασίας, προκειμένου να μπορούν να ανταπεξέλθουν στη φροντίδα του μέλους τους. Ένα γεγονός που συντελεί στην απώλεια των κοινωνικών επαφών και δικτύων, καθώς και στην ψυχοσυναισθηματική φόρτιση των φροντιστών, οι οποίοι ενδεχομένως να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα, αγχώδεις διαταραχές, αλλά και εσωστρεφή συμπεριφορά.

Οι όποιες πολιτικές έχουν εφαρμοστεί στο χώρο της ψυχικής υγείας ακολουθούν την εκάστοτε ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας, όπως αποδίδεται τη δεδομένη χρονική στιγμή σε ένα καθορισμένο πολιτιστικό πλαίσιο. Με αυτή την έννοια, το περιεχόμενο και η διαχείρισή της, αναδιαμορφώνεται ανά τους αιώνες αναδεικνύοντας αφενός την πολυδιάστατη και την πολυσύνθετη φύση της και αφετέρου την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στον προσδιορισμό της. Μία επίδραση που οδηγεί πολλούς μελετητές στο συμπέρασμα να αναφέρονται στην κοινωνιογένεσή της, δίχως εντούτοις να υποβαθμίζεται η ύπαρξη ψυχοσυναισθηματικών παραμέτρων.

Μία προσέγγιση που ερμηνεύει σε μεγάλο βαθμό το διαφορετικό τρόπο αντίδρασης και διαχείρισης του ψυχικά πάσχοντα, με το προφίλ του να αναδιαμορφώνεται ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, αλλά και το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Μία θέση που εμφανίζεται και μέσα από τον τρόπο που η κοινωνία διαμορφώνει το εκάστοτε αξιακό της σύστημα, μεταβάλλοντας αντίστοιχα τις κοινωνικές πεποιθήσεις, τα πρότυπα, τις συμπεριφορές και τις κοινωνικές σχέσεις, στιγματίζοντας ή «απομυθοποιώντας» συμπεριφορές και πρόσωπα. Μία διαδικασία που λαμβάνει χώρα μέσω της κοινωνικοποίησης, όπου τα «σωστά», «φυσιολογικά» πρότυπα και συμπεριφορές ορίζονται βάσει της πλειοψηφίας.

Αυτή η αλληλεπίδραση μεταξύ του κοινωνικού περιβάλλοντος και της εικόνας της ψυχικής υγείας είναι έκδηλη στον τρόπο διαχείρισής της. Οι πολιτικές που ακολουθούνται από το επίσημο κράτος, το νομοθετικό πλαίσιο που διαμορφώνεται, όπως και οι παρεχόμενες υπηρεσίες που στοχεύουν σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα, είναι εφάμιλλες της κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στην ψυχική ασθένεια, με ότι αυτό συνεπάγεται για τις δυνατότητες κοινωνικής επανένταξης του ψυχικά πάσχοντα.

Πράγματι, η εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης και ιδίως του μοντέλου περίθαλψης, αντικατοπτρίζει την εξέλιξη της ίδιας της κοινωνίας, όπου σταδιακά οι μέθοδοι θεραπείας και οι αντίστοιχες πρακτικές «εξανθρωπίζονται», με τα δικαιώματα του ψυχικά πάσχοντα να τίθενται στο επίκεντρο της ψυχιατρικής περίθαλψης. Με την πάροδο των ετών, το ψυχιατρικό μοντέλο περίθαλψης «απεγκλωβισμένο» από βιολογικές, γονιδιακές και οργανικές ερμηνείες, επικεντρώνεται στην κοινότητα και στο ρόλο της στη θεραπεία και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ατόμου. Το ασυλιακό περιβάλλον καταρρέει με τον ψυχικά πάσχοντα από έναν περιπλανώμενο, παθητικό δέκτη να

αποκτά έναν πιο ενεργό, δυναμικό ρόλο στη διαδικασία της αποθεραπείας του. Εγκαινιάζεται μία νέα μετα- ασυλιακή εποχή, η οποία στοχεύει στην κοινωνική και στην εργασιακή (επαν)ένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Ένας στόχος άμεσα συνυφασμένος με την κοινωνική υπόσταση του ανθρώπου.

Στην Ελλάδα, η εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον ιδίως εάν αναλογιστεί κανείς ότι το σύγχρονο ελληνικό κράτος ιδρύεται μόλις το 1830, όταν ο υπόλοιπος ευρωπαϊκός κόσμος βίωνε ήδη τις σφοδρές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές της Βιομηχανικής Επανάστασης. Είναι η ίδια εποχή που αρκετά κράτη της ευρωπαϊκής ηπείρου γνωρίζουν κάποιες αξιοσημείωτες μεταβολές σε θεωρητικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο, έχοντας βιώσει το φαινόμενο του «Μεγάλου Εγκλεισμού».

Η πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, ήταν ανάλογη της ανάπτυξης και οργάνωσης του ίδιου του κράτους. Παρά την ύπαρξη κάποιων αξιόλογων πρωτοβουλιών, το ψυχιατρικό μοντέλο που εφαρμόστηκε για δεκαετίες, αντανάκλασε αναχρονιστικές στρατηγικές και παλαιότερα ευρωπαϊκά μοντέλα, με την εφαρμογή ολοκληρωμένων και εξειδικευμένων υπηρεσιών και δομών να κρίνεται δυσχερής λόγω των κοινωνικών, οικονομικών και ιστορικών συγκυριών που σημάδεψαν την ελληνική κοινωνία.

Ορόσημο στην εξέλιξη του ψυχιατρικού μοντέλου ωστόσο, υπήρξε η δεκαετία του 1980. Είναι η εποχή που η ελληνική κοινωνία έρχεται αντιμέτωπη με τις πραγματικές συνθήκες του εγκλεισμού, προκαλώντας έντονες αντιδράσεις και κριτική, με το θέμα να λαμβάνει γρήγορα διεθνείς προεκτάσεις. Η Λέρος που προκάλεσε την παγκόσμια καταδίκη της χώρας, μετατρέπεται σε ένα σύμβολο απαασυλοποίησης της ελληνικής ψυχιατρικής, συντελώντας σε αντίστοιχες αλλαγές στο μοντέλο περίθαλψης. Ένα μοντέλο που εφαρμόζεται αρκετά καθυστερημένα στην ελληνική επικράτεια σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

Η κοινότητα μετατρέπεται στο κέντρο αυτών των εξελίξεων. Το μοντέλο περίθαλψης που εφαρμόζεται εστιάζει στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, ενισχύοντας αισθητά το κοινωνικό κεφάλαιο. Βασικός στόχος πλέον είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η οποία προϋποθέτει την ενίσχυση της κοινωνικο-επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου, σε συνδυασμό με τη μείωση των επιπτώσεων της ψυχικής/συναισθηματικής διαταραχής.

Η αποϊδρυματοποίηση περιλαμβάνει ένα σύνολο μέτρων, όπως είναι η στέγαση, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, αλλά και η επαγγελματική αποκατάσταση. Μέτρα που συμβάλλουν στην «επιστροφή» του ατόμου στην κοινωνική ζωή, στην απόκτηση και στη διαμόρφωση εκ νέου της κοινωνικής του ταυτότητας, στην αίσθηση του ανήκειν, της ανεξαρτητοποίησης και της αυτονομίας, περιορίζοντας την αίσθηση της εξάρτησης από το ιατρονοσηλευτικό και το οικογενειακό περιβάλλον και ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή του.

Οι κοινωνικές επιχειρήσεις που συστήνονται, φαίνεται να ανταποκρίνονται σε αυτό το μοντέλο, καλύπτοντας το κενό μεταξύ αγοράς και κράτους και εξυπηρετώντας παράλληλα κοινωνικούς σκοπούς. Οι επιχειρήσεις αυτές εντάσσονται στο λεγόμενο «τρίτο τομέα» της οικονομίας, που συναντάται και ως «μη κερδοσκοπικός τομέας» ή τομέας της «κοινωνικής οικονομίας». Η λειτουργία τους είναι καθοριστικής σημασίας στην υλική και στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, μιας και η λειτουργία τους ανταποκρίνεται σε ένα σύνολο κοινωνικών, οικονομικών και πολιτιστικών σκοπών, έχοντας σαφείς επιπτώσεις και στην τοπική εθνική οικονομία. Ένας θεσμός που συμβάλλει καθοριστικά στη θεραπεία και στην οικονομική αυτοδυναμία των ψυχικά ασθενών, μιας και εντάσσει τον ίδιο τον ασθενή στην κοινότητα, θέτοντας τις βάσεις της κοινωνικής αλληλεγγύης, της ενίσχυσης του κοινωνικού κεφαλαίου και της κοινωνικής συνοχής.

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη του τρίτου τομέα της «κοινωνικής οικονομίας» μέχρι και τη δεκαετία του 1990 ήταν εξαιρετικά περιορισμένη, με το ρόλο της να περιορίζεται στην άσκηση πολιτικής πίεσης, έχοντας έντονο πολιτικό πρόσημο. Με το Ν.2731/1999 δίνεται το «έναυσμα» για την περαιτέρω εξέλιξη των μη κυβερνητικών οργανισμών, μιας και προσέφερε το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο καλύπτοντας σημαντικά νομοθετικά κενά. Είναι η εποχή που συστήνονται οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ), όπου αποβλέπουν στην κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και στην επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην όσο το δυνατόν, οικονομική τους αυτάρκεια.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε το 2008 στις Η.Π.Α. δημιούργησε ένα νέο σύνολο προκλήσεων για την ελληνική κοινωνία. Η εφαρμογή των αυστηρών δημοσιονομικών μέτρων, ήδη από το Μάρτιο του 2010, έπληξαν αισθητά καιρίους

τομείς του κράτους πρόνοιας, με το χώρο της υγείας να βιώνει έντονες περικοπές. Οι περικοπές αυτές δεν αφορούσαν μόνο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αλλά και τις περιορισμένες δυνατότητες στελέχωσης των ψυχιατρικών δομών, με αποτέλεσμα την υποστελέχωση και την υπολειτουργία, αν όχι το κλείσιμο, αρκετών δομών.

Πολιτικές που είχαν αντίκτυπο στη σωματική υγεία και στον επιπολασμό των μολυσματικών ασθενειών. Είναι η εποχή που η ελληνική κοινωνία παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, με τα ελληνικά μέσα ενημέρωσης να κάνουν λόγο για τους «αυτόχειρες της κρίσης». Ένα φαινόμενο που όπως απέδειξε η στατιστική μελέτη, είναι παρόν όχι μόνο σε περιόδους κοινωνικής αποδιοργάνωσης, αλλά και σε περιόδους κοινωνικής ευημερίας και ανάπτυξης, υποδεικνύοντας την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ψυχική υγεία.

Στην πραγματικότητα, η πολυετής οικονομική κρίση που βίωσε η ελληνική κοινωνία ανέδειξε το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας. Ένα θέμα που επί δεκαετίες αντιμετωπιζόταν ως ταμπού, «εγκλωβισμένο» στο στενό οικογενειακό/προσωπικό περιβάλλον. Η προβολή αυτής της θεματολογίας συνέβαλε στο να εξοικειωθεί η ελληνική κοινωνία με αυτά τα ζητήματα, να νιώσει ελεύθερη να μιλήσει, να γνωρίσει, να ενημερωθεί και να ευαισθητοποιηθεί, δίχως ταμπού και προκαταλήψεις, καθιστώντας σαφές την καθολικότητά τους.

Επιπλέον, η οικονομική κρίση κατέδειξε τις χρόνιες αδυναμίες και τα κενά της ψυχιατρικής περίθαλψης, ιδίως στο χώρο της πρόληψης και της επανένταξης. Αδυναμίες που συνδέονται με τις κυριαρχούσες κοινωνικές αντιλήψεις, τις γραφειοκρατικές αδυναμίες και την υπερσυγκέντρωση δομών και υπηρεσιών υγείας στα αστικά κέντρα και ειδικότερα στην περιοχή της Αττικής. Προβλήματα που συνδέονται με την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του πληθυσμού, τις κοινωνικές αντιλήψεις, αλλά και με την αναπαραγωγή φαινομένων κοινωνικού στιγματισμού και περιθωριοποίησης.

Πλέον, η ελληνική κοινωνία μοιάζει πιο ώριμη να δεχθεί ρηξικέλευθες μεταρρυθμίσεις. Οι πρωτοβουλίες αυτές ωστόσο, δεν πρέπει να περιορίζονται στην κοινωνία των πολιτών. Είναι επιτακτική ανάγκη η ενεργοποίηση της επίσημης Πολιτείας, όπου μέσω του σχεδιασμού ειδικών προγραμμάτων και δράσεων, θα συντελέσει στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης,

συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη διαχείριση του στίγματος, αν όχι στην απόρριψή του.

Η ισότιμη συμμετοχή όλων των πολιτών στην κοινωνική ζωή αποτελεί ένα πανανθρώπινο δικαίωμα, που προστατεύεται από το Σύνταγμα. Με αυτή την έννοια, το Κράτος δεν δύναται να απουσιάζει από το χώρο της υγείας. Η υιοθέτηση φιλελεύθερων πολιτικών στο χώρο της υγείας φαίνεται να οξύνει τις κοινωνικές ανισότητες και να σχετίζεται με την επιδείνωση της σωματικής, της ψυχικής και της συναισθηματικής υγείας. Συνεπώς, χρειάζεται ενίσχυση του κράτους πρόνοιας, όπου μέσω των παροχών του θα ενισχυθεί, ενώ θα ελέγχεται συστηματικά και αποτελεσματικά ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας ώστε να αποφεύγονται κερδοσκοπικές πολιτικές.

Τέλος, δεν πρέπει να παραλείπεται ο ρόλος άλλων βασικών φορέων κοινωνικοποίησης, όπως είναι το σχολείο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Φορείς που κατέχουν κεντρικό ρόλο στη διαδικασία της κοινωνικής κατηγοριοποίησης, καθώς και στην αναπαραγωγή και στη διατήρηση φαινομένων κοινωνικής παθογένειας και στερεοτυπικών αντιλήψεων. Η διαχείριση του στίγματος, όπως και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιτυγχάνεται από την πρώιμη παιδική ηλικία, ώστε να αποφεύγεται η υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων. Τα εκπαιδευτικά ιδρύματα μπορούν να διοργανώνουν ειδικές ημερίδες και δράσεις, στις οποίες τα παιδιά θα έχουν τη δυνατότητα να εξοικειωθούν αλλά και να ενημερωθούν σε αυτά τα ζητήματα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει να υπάρξουν αλλαγές στα σχολικά εγχειρίδια, όπως και στα ειδικά εργαστήρια, που θα συμπεριλαμβάνουν την έννοια της ψυχικής υγείας και ασθένειας, προκειμένου να ενημερώνουν τα παιδιά για τα πρώιμα σημάδια της ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας, για το πώς μπορούν τα ίδια να βοηθήσουν, καθώς και στο που μπορούν να απευθυνθούν. Ανάλογα δε με την ηλικία, μπορούν να χρησιμοποιηθούν –ή και να σχεδιαστούν- παραμύθια, τραγούδια και θεατρικά έργα που θα προσφέρουν μία πιο βιωματική εμπειρία.

Αντίστοιχες παρεμβάσεις απαιτούνται και στο χώρο των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, όπου η οποιαδήποτε προβολή θεματολογίας που αφορά ζητήματα ψυχικής υγείας, δεν μπορεί να γίνεται με ψυχαγωγικούς, επιχειρησιακούς και δημοσιογραφικούς όρους. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι βασικές αρχές, όπως

ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ τυχόν παραβίασή τους να επισύρει ανάλογες ποινές.

Προφανώς και ο εκδημοκρατισμός του δημοσίου, προϋποθέτει τον εκδημοκρατισμό του ιδιωτικού. Σε αυτή τη διαδικασία είναι καίριος ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, τα οποία συνιστούν έναν από τους βασικούς διαμορφωτές της κοινής γνώμης στη σύγχρονη εποχή. Είναι μάλιστα καθοριστικής σημασίας η ενεργοποίησή τους, μιας και ανταποκρίνονται σε ένα ευρύ φάσμα επιλογών και προτιμήσεων, καλύπτοντας όλες τις ηλικιακές ομάδες. Μέσα από τον ενημερωτικό τους χαρακτήρα, μπορούν να πληροφορούν την κοινή γνώμη για τη λειτουργικότητα των ψυχικά πασχόντων, όπως στο να αναδεικνύουν τις συνθήκες διαβίωσης αυτών των ανθρώπων, γεγονός που θα συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης. Θα πρέπει να δοθεί εξίσου έμφαση, στην πρόληψη, γνωστοποιώντας τις δημόσιες και τις ιδιωτικές υπηρεσίες, στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί κάποιος για βοήθεια, ενώ μέσα από το σχεδιασμό ειδικών προγραμμάτων δύναται να βοηθήσουν στην καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που βιώνει αυτή η πληθυσμιακή ομάδα.

Στην ουσία, η άγνοια και η αδιαφορία για αυτά τα άτομα είναι ορισμένα μόνο από τα φαινόμενα που είναι υπεύθυνα για τη διαιώνιση του στίγματος, καθώς και για την κοινωνική περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό τους. Η ύπαρξη αυτών των φαινομένων «απειλούν» την κοινωνική συνοχή, καθώς και την εύρυθμη λειτουργία των σύγχρονων δημοκρατικών κοινωνιών. Η αναγνώριση, η αποδοχή και ο σεβασμός στη διαφορετικότητα συνιστούν βασικές αρχές και το ζητούμενο των σύγχρονων κοινωνιών, στις οποίες η ισότιμη συμμετοχή όλων των πολιτών στην κοινωνική ζωή, όπως και η απρόσκοπτη απόλαυση των βασικών δικαιωμάτων, συνιστούν πανανθρώπινα αγαθά, τα οποία θα πρέπει να προστατεύονται και να προάγονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Adler, A. (1974), *Συγκριτική Ατομική Ψυχολογία*, Αθήνα: Γκοβόστης.
- Antonakakis, N., Collins, A. (2014), The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy, *Social Science & Medicine*, 112: 39–50.
- Becker, H.S. (2000), *Οι περιθωριοποιημένοι*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Bourdieu, P. (1994), Κοινωνικό Κεφάλαιο: Προσωρινές σημειώσεις, στο Ν. Παναγιωτόπουλου (επιμ.). *Π. Μπουρντιέ: Κείμενα Κοινωνιολογίας*, Αθήνα: Δελφίνι.
- Craib, I. (2009), *Σύγχρονη Κοινωνική Θεωρία: Από τον Πάρσονς στον Χάμπερμας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Durkheim, E. (1980), *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, Αθήνα: Αναγνωστίδη.
- Foucault, M. (2004), *Η ιστορία της τρέλας*, Αθήνα: Ηριδανός.
- Freud, S. (2010), *Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση*, Τόμος Β', Αθήνα: Γκοβόστης-ΤΟ ΒΗΜΑ.
- Giddens, A. (2002), *Κοινωνιολογία*, Αθήνα: Gutenberg.
- Goffman, E. (1994), *Άσυλα*, Αθήνα: Ευρύαλος.
- Goffman, E. (2001), *Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Goffman, E. (2012), *Η παραφροσύνη κατ'οίκον: Ψυχική ασθένεια, κοινωνική θέση και οικογένεια*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Honneth, A. (2003), Κριτική Θεωρία, στο Μ. Πετμεζίδου (επιμ), *Σύγχρονη Κοινωνιολογική Θεωρία*, τόμος Β', Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Jung, C. (1974), *Αναλυτική Ψυχολογία*, Αθήνα: Γκοβόστης.
- Jung, C.G. (2007), *Εισαγωγή στη Ψυχολογία*, Αθήνα: Ιάμβλιχος.

- Κnox, P., Pinch, S. (2009), *Κοινωνική Γεωγραφία των πόλεων*, Αθήνα: Σαββάλας.
- Lehmann, P. (2010), Διεθνής Μη Συμμόρφωση και Ανθρωπιστική Αντιψυχιατρική στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο κατά των Διακρίσεων και του Στιγματισμού για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση προσανατολισμένη στον χρήστη και για το δικαίωμα για Εναλλακτικές Λύσεις, *Πρακτικά Συνεδρίου: 28 Σεπτεμβρίου- 1 Οκτωβρίου 2010*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Minois, G. (2006), *Ιστορία της Αυτοκτονίας, Η δυτική κοινωνία αντιμέτωπη με τον εκούσιο θάνατο*, Αθήνα: Πολύτροπον.
- Parsons, T. (2015), *Η Δομή της Κοινωνικής Δράσης: Μια μελέτη κοινωνικής θεωρίας με ειδική αναφορά σε μια ομάδα πρόσφατων ευρωπαϊών συγγραφέων*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Pilgrim, D., Rogers, A. (2004), *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.
- Thio, A. (2003), *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά*, Αθήνα: Έλλην.
- Watson, T. J. (2005), *Κοινωνιολογία, Εργασία και Βιομηχανία*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Αγγελόπουλος, Β.Ν.(2009), *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μία σύγχρονη ψυχιατρική*, Αθήνα: Βήτα.
- Αδάμ, Σ. (2012), *Κοινωνική οικονομία και ενεργητικές πολιτικές ένταξης: Αποτελέσματα έρευνας πεδίου σε κοινωνικές επιχειρήσεις εργασιακής ένταξης στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.
- Αντωνοπούλου, Ν. Μ. (2008), *Οι Κλασικοί της Κοινωνιολογίας: Κοινωνική θεωρία και Νεότερη Κοινωνία*, Αθήνα: Σαββάλας.
- Βασιλοπούλου, Δ. (2014), Κοινωνική εργασία και επαγγελματική επανένταξη ψυχικά ασθενών. Το παράδειγμα της ειδικής μονάδας αποκατάστασης & επαγγελματικής επανένταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), στο Σ. Μαρτινάκη, Δ. Μπουρίκος (επιμ.), *Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Βήτα.

- Γιαννουλόπουλος, Γ. (2009), Δικαιώματα και «δικαιώματα», στο Συνήγορος του Πολίτη-ΣτΠ, *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες-Προτάσεις-Λύσεις*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα Α.Ε.
- Γιωτάκος, Ο. (2008), *Παρέμβαση στην κρίση: Επείγοντα ψυχολογικά προβλήματα*, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Γιωτάκος, Ο., Καράμπελας Δ., Καυκάς Α. (2011), Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, *Ψυχιατρική*, 22: 109-119.
- Γκιωνάκης, Ν., Χονδρός, Δ. (2005), Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και η πρόσφατη πορεία της (πρόγραμμα «Ψυχαργός»), στο Α. Ζήση, Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα (επιμ), *Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Ατραπός.
- Δαμανάκης, Μ., Κωνσταντινίδης, Σ., Τάμης, Α. (2014), *Νέα μετανάστευση από και προς την Ελλάδα*, Ρέθυμνο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κ.Ε.ΜΕ.
- Διαμαντοπούλου, Ν. (2016), *Η ψυχική διαταραχή στον κινηματογράφο*, Αθήνα: Αιγόκερως.
- Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε., Μακρή, Α. (2013), Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *Εγκέφαλος*, 50: 22-30.
- Ευθυμίου, Κ., Ψωμά, Ι.Μ. (2012), Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος, *Εγκέφαλος*, 49:60-66.
- Ευσταθίου, Γ. (2003). Μέθοδοι και τεχνικές στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία ενηλίκων. Στο Α. Καλαντζή Αζίζι (επιμ.), *Γνωσιακές - συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία* (Διδακτικές σημειώσεις), Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Ζήση, Α. (2001), Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες: Ερευνητικές εξελίξεις και νέες προοπτικές, *Εγκέφαλος*, 38:53-71.
- Ζήση, Α. (2002), *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων: Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες Προσεγγίσεις και Προοπτικές*, Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.

- Ζήση, Α. (2005), Πολιτικές Ψυχικής υγείας: Η Ελληνική εμπειρία και μελλοντικές κατευθύνσεις, στο Α. Ζήση, Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα (επιμ), *Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Ατραπός.
- Ζήση, Α. (2012), Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και ψυχική υγεία: Η ψυχοκοινωνική εξήγηση στο Χ. Οικονόμου, Μ. Σπυριδάκης (επιμ), *Ανθρωπολογικές και Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Ζήση, Α. (2013), *Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία*, Αθήνα: Gutenberg.
- Ζήση, Α., Παπαδοπούλου, Μ., Πανταζή, Χ., Χαρατσίδου, Ι., Αγγέλου, Α. (2005), Προδρομική μελέτη αξιολόγησης της μετάβασης χρόνιων ψυχιατρικών νοσηλευόμενων από το Ψ.Ν.Θ. σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα: Εμπειρικά Ευρήματα Λειτουργικότητας, στο Α. Ζήση, Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα (επιμ), *Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Ατραπός.
- Ηλιάδου, Ε., Παπαχατζής, Α., Κοτρώτσιου, Σ. (2012), Η επίδραση του αστικού περιβάλλοντος στην υγεία του ανθρώπου, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4:43-48.
- Καρύδης, Β. Χ. (2010), *Media & Έγκλημα: Όψεις κοινωνικού ελέγχου στην Ελλάδα, Ηθικοί Πανικοί, Ποινική Δικαιοσύνη*, Αθήνα: Σάκκουλας.
- Κασσαβέτης, Δ. (2010), Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί στο Συλλογικό έργο, *Τιμητικός τόμος καθηγητή Ιωάννη Βούλγαρη*, Αθήνα: Σάκκουλας.
- Κάτσα, Γ. Α. (2012), Ανομία, Κοινωνικές Αλλαγές και Δυσλειτουργία στην Κοινωνικοποίηση, *Εγκέφαλος*, 49:98-102.
- Κολλίντζας, Τ., Ψαλιδόπουλος, Μ. (2009), Οι κρίσεις του 1929 και του 2008 και οι πολιτικές αντιμετώπισής τους, εισήγηση στην ημερίδα «*Από το κρίση του 1929 στην κρίση του 2009*», Ίδρυμα της Βουλής των Ελλήνων.
- Κουρτελάκος, Δ. (1984), Στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 55: 21-45.
- Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007), Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burn out), *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2: 1-7.

- Κουτρελάκος, Δ. (1984), Στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 55: 21-45.
- Κυλούδης, Π., Γεωργιάδης, Μ., Ρεκλείτη, Μ., Γιαγλής, Γ., Βόζνιακ, Γ., Ρούπα, Ζ. (2011), Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10:532–546.
- Κυριαζή, Ν. (1999), *Η κοινωνιολογική έρευνα: κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λέκκα, Β. (2012), *Ιστορία και Θεωρία της Ψυχιατρικής. Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault*, Αθήνα: Futura-Μιχάλης Παπαρούνης.
- Λύκουρας, Ε. (2011), Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο και η διασύνδεση της ψυχιατρικής με άλλες ιατρικές ειδικότητες, στο Συλλογικό Έργο, *Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις-προβληματισμοί*, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Μαδιανός, Μ. (2015), *Πολιτισμός και Ψυχική Υγεία. Η κοινότητα ως «Θεραπευτής»*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μάνος, Ν. (1997), *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαρούλη, Μ. (2007), Εμίλ Ντυρκάιμ, *The art of crime*, 6.
- Ματσούκας, Θ. (2014), Βασικές ψυχιατρικές έννοιες, στο Σ. Μαρτινάκη, Δ. Μπουρίκος (επιμ.), *Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Βήτα.
- Μουζάκη, Μ. (2017), Το φαινόμενο των αυτοκτονιών στην σημερινή συγκυρία. Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην Ψυχική Υγεία των Ελλήνων, *Κοινωνιολογική Επιθεώρηση*, 4:41-70.
- Μουζάκη, Μ. (2021), *Η ψυχική υγεία στα χρόνια της οικονομικής κρίσης- Οι αυτοκτονίες*, Αθήνα: Verde Publications.
- Μπαϊρακτάρης, Κ. (2007), *Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση: εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές*, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.

- Μπεκιάρη, Ε.Η., Κατσαδώρος, Κ.Β., (α), *Οδηγός για την Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Κρατούμενου: Ένας οδηγός για τους εργαζόμενους στα καταστήματα κράτησης*, Αθήνα: Κλίμακα.
- Μπεκιάρη, Ε.Η., Κατσαδώρος, Κ.Β., (β), *Οδηγός για την Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Ασθενή: Ένας οδηγός για γιατρούς και άλλους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Αθήνα: Κλίμακα.
- Μπελεγρίνος, Σ., Ζάχαρης, Θ., Φραδέλος, Ε. (2014), Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο, *Επιστημονικά Χρονικά*, 19: 370-379.
- Μπιλανάκης, Ν. (2004), *Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*, Αθήνα: Οδυσσέας.
- Μπιλανάκης, Ν. (2006), *Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: Η απάντηση της κοινωνίας των πολιτών στο κράτος και την αγορά*, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Μπούρας Γ., Λυκούρας Λ. (2011), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία, *Εγκέφαλος*, 48: 54-61.
- Μυλωνόπουλος, Δ. (2014), Από το φρενοβλαβή στον ψυχικά ασθενή: Ιστορική εξέλιξη της νομικής ορολογίας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31:678-685.
- Νηματούδης, Ι. (2006), Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας, *Αρχαιολογία & Τέχνες*, 101: 8-17.
- Νικολάου, Π. (2014), Κοινωνικός Συνεταιρισμός και κοινωνική εργασία, στο Σ. Μαρτινάκη, Δ. Μπουρίκος (επιμ.), *Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Βήτα.
- Νομίδου, Ν.Ε. (2009), Οικογένεια: βασικό υποστηρικτικό πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο Γ. Σακέλλης (επιμ.), *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες- Προτάσεις- Λύσεις*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.
- Οικονόμου, Μ., Παπασλάνης, Θ., Χαρίτση, Μ., Διέτη, Ε., Σουλιώτης, Κ. (2018α), Αυτοκτονικότητα και οικονομική ύφεση: διεθνή και Ελληνικά δεδομένα, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (συνπλ. 1): 27-35.

- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Ε., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Στεφανής, Κ.Ν. (2010), Κλίμα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες, *Ψυχιατρική*, 21: 217-225.
- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Α., Φουσκετάκη, Σ., Θελερίτης, Χ., Πατελάκης, Α., Αλεξίου, Τ., Μαδιανός, Μ., Στεφανής, Κ. (2013), Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών, *Ψυχιατρική*, 24:247-261.
- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Α.Ε., Λουκή, Ε., Κομπορόζος, Α., Μέλλου, Α., Στεφανής, Κ. (2012), Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, *Ψυχιατρική*, 23: 17-28.
- Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου, Α.Ε., Διέτη, Ε., Σουλιώτης, Κ. (2018b), Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (συμπλ. 1): 17-26.
- Παναγής, Γ.Θ. (2002), Γέφυρες προσέγγισης ανάμεσα στην ψυχολογία και τη φαρμακολογία, *Ψυχολογία*, 9:396-407.
- Παναγιώτου, Α., Πασχάλη, Α. Α. (2012), Άγχος και κατάθλιψη στους φοιτητές Νοσηλευτικής: εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, *Ψυχολογία*, 19:281-295.
- Πανούσης, Γ., Δημόπουλος, Α., Κασσαβέτης, Δ. (1985), *Ειδικά θέματα Κοινωνιολογίας: Παραδόσεις για τους φοιτητές του Τ.Ε.Φ.Α.Α. Πανεπιστημίου Θράκης*, Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- Παπαδάτος, Π. (1994), *Ανομία*, Αθήνα- Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Παπαδημητρίου, Γ. (2011), Γενετική των ψυχικών διαταραχών, στο Συλλογικό Έργο, *Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις-προβληματισμοί*, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2004), Η φύση του κοινωνικού αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία, στο Μ. Πετμεζίγου και Χ. Παπαθεοδώρου (επιμ.), *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Αθήνα: Εξάντας.
- Παπάνης, Ε., Βίκη, Α. (2007), Επαγγελματικός προσανατολισμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές: Πιλοτικό πρόγραμμα Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας Αγιάσου «Η Θεομήτωρ», *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 12: 129-144.

- Πικούλη, Κ., Κωνσταντακόπουλος, Γ., Καλαμπάκα Σπηλιώτη, Π., Φυτρολάκη, Ε. Δ. Πλουμπίδης, Δ., Οικονόμου, Μ. (2019), Η επίδραση της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στη φυσιογνωμία των χρηστών μιας κοινοτικής μονάδας ψυχικής υγείας, *Ψυχιατρική*, 30: 97-107.
- Πράπα, Π., Φακή, Μ. (2008), Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας υγεία, *Info Respiratory and Internal Medicine*, 51:40-42.
- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τζ., Παπαγεωργίου, Μ., Οικονόμου, Μ.(2018), Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35: 9-16.
- Σπινέλλη, Κ.Δ. (2005), *Εγκληματολογία: Σύγχρονες και Παλαιότερες κατευθύνσεις*, Αθήνα: ΑΝΤ. Ν. Σάκκουλας.
- Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν., Χονδρός, Π.Χ. (2007), Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μία διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα, *Αρχαιολογία & Τέχνες*, 105: 45-54.
- Στυλιανοπούλου, Χ., Κουλιεράκης, Γ., Καραγιάννη, Β., Μπαμπάτσικου, Φ., Κουτής, Χ. (2010), Έρευνα: Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 4:490-504.
- Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε. (2007), Η αυτοδιάθεση της ζωής και το πρόβλημα της ευθανασίας στο ποινικό δίκαιο, στο Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, Ε. Κουνογέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (επιμ.), *Ευθανασία*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.
- Τζαβέλλας, Η., Καραϊσκος, Δ. (2010), Ιστορία της Ψυχιατρικής, *Βιολογική Ψυχιατρική & Νευρολογία*, 4:6-9,
- Τόγκας, Κ., Αλεξιάς, Γ. (2015), Ψυχική υγεία ασθενών με καρκίνο πνεύμονα, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 7: 86-96.
- Τράπεζα της Ελλάδος (2014), *Το Χρονικό της Μεγάλης Κρίσης - Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013*, Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος.
- Τσαλίκογλου, Φ. (1987), *Ο Μύθος του Επικίνδυνου Ψυχασθενή*, Αθήνα: Παπαζήση.

Τσιλιάκου, Μ., Γιωτάκος, Ο., Μαγγανάς, Α. (2009), Βιολογικά δεδομένα της βίαιης συμπεριφοράς: Σύγχρονοι προβληματισμοί στους τομείς ψυχιατρικής και εγκληματολογίας, *Ποινική Δικαιοσύνη και Εγκληματολογία*, 1: 19-25.

Τσόπελας, Χ., Μαρτινάκη, Σ. (2014), Επικινδυνότητα ψυχικά ασθενών, πρόβλεψη και διαχείριση βίαιης συμπεριφοράς, στο Σ. Μαρτινάκη, Δ. Μπουρίκος (επιμ), *Κοινωνική Εργασία & Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Βήτα.

Χίου, Β., Ζήση, Α., Ξανθάκου, Γ., Καΐλα, Μ. (2005), Προαγωγή ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Παρέμβαση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, στο Α. Ζήση, Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα (επιμ), *Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Ατραπός.

Χριστοδούλου, Χ., Ευσταθίου, Β., Μπούρας, Γ., Κορκολιάκου, Π., Λύκουρας, Λ. (2012), Εποχικότητα και Αυτοκτονία, Βραχεία ανασκόπηση, *Εγκέφαλος*, 49:73-79.

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Addison, S.J., Thorpe, S.J. (2004), Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39: 228-234.

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

Anglin, D.M., Link, B.G., Phelan, J.C. (2006), Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness, *Psychiatric Services*, 57: 857-862.

APA (2013), *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington-London: American Psychiatric Publishing.

Araya, R., Lewis, G., G Rojas, G., Fritsch, R. (2003), Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:501-505.

Baker, A.D., Algorta, G.P. (2016), The Relationship Between Online Social Networking and Depression: A Systematic Review of Quantitative Studies, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19:638-648.

- Barbagli, M. (2010), *Congedarsi dal mondo: Il suicidio in Oriente e in Occidente*, Bologna: Il Mulino.
- Bell, V., Halligan, P.W., Ellis, H.D. (2006), Explaining delusions: a cognitive perspective, *TRENDS in Cognitive Sciences*,10:219-226.
- Belle, D. (1990), Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45: 385-389.
- Belson, W. (1967), *The Impact of Television: Methods and findings in program research*, London: Lockwood.
- Bentall, P.R., Kinderman, P., Kaney, S. (1994), The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions, *Behaviour Research and Therapy*, 32:331-341.
- Berlin, F.S., Malin, H.M. (1991), Media distortion of the public's perception of recidivism and psychiatric rehabilitation, *American Journal of Psychiatry*, 148:1572-1576.
- Bhaskar, R. (2008), *A Realist Theory of Science*, New York: Routledge.
- Bhaskar, R. (2011), *Reclaiming Reality: A Critical Introduction to Contemporary Philosophy*, New York: Routledge.
- Bond, E. (2014), *Childhood, Mobile Technologies and Everyday Experiences: Changing Technologies = Changing Childhoods?* United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., Becker, D.R. (1997), An update on supported employment for people with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 48:335-46.
- Bradford, W.D., Lastrapes, W.D. (2013), A Prescription for Unemployment? Recessions and the Demand for Mental Health Drugs, *Health Economics*,23:1301-1325.
- Branas, C.C., Kastanaki, A.E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E.F., Theodorakis,P.N., Carr, B.G., Wiebe, D.J. (2015), The impact of economic

- austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis, *British Medical Journal Open*, 5.
- Busfield, J. (1982), Gender and Mental Illness, *International Journal of Mental Health*, 11:46-66.
- Carpiano, R.M. (2006), Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine*, 62:165-175.
- Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P., Gunnell, D. (2013), Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries, *British Medical Journal*, 347.
- Cobigo, V, Stuart, H. (2010), Social inclusion and mental health, *Current Opinion in Psychiatry*, 23: 453-457.
- Cochrane, R., Bal, S. (1989), Mental hospital admission rates of immigrants to England: A comparison of 1971 and 1981, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 2–11.
- Coleman, J.S. (1988), Social Capital in the Creation of Human Capital, *American Journal of Sociology*, 94:95-120.
- Coope, C., Donovan, J., Wilson, C., Barnes, M., Metcalfe, C., Hollingworth, W., Kapur, N., Hawton, K., Gunnell, D. (2015), Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records, *Journal of Affective Disorders*, 183: 98-105.
- Corrigan, P. (2004), How stigma interferes with mental health care, *American Psychologist*, 59: 614-625.
- Corrigan, P., Watson, A. (2002), The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness, *Clinical Psychology Science and Practice*, 9: 35-53.
- Cullen, W., Gulati, G., Kelly, B.D. (2020), Mental health in the COVID-19 pandemic, *QJM: An International Journal of Medicine*, 113: 311–312.

- de Belvis, A.G., Ferrè, F., Specchia, M.L., Valerio, L., Fattore, G., Ricciardi, W.(2012), The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector, *Health Policy*, 106: 10-16.
- Dean, G., Walsh, D., Downing, H., Shelley, E. (1981), First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in South-East England 1976, *British Journal of Psychiatry*, 139: 506-512.
- Diefenbach, D.L. (1998), The portrayal of mental illness on prime-time television, *Journal of community psychology*, 25: 289-302.
- Domino, G. (1983), Impact of the film, *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, on attitudes towards mental illness, *Psychological Reports*, 53: 179–182.
- Douglas, D., J. (1967), *Social Meanings of Suicide*, USA: Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Drum, J., D., Brownson, C., Denmark, B., A., Smith, E., S. (2009), New Data on the Nature of Suicidal Crises in College Students: Shifting the Paradigm, *Professional Psychology: Research and Practice*, 40: 213-222.
- Ebert, A., Bär, K-J.(2010), Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology, *Indian Journal of Psychiatry*, 52: 191–192.
- Efstathiou, G., Kouvaraki E., Ploubidis, G., Kalantzi-Azizi, A. (2018), Self-Stigma, Public-Stigma and Attitudes towards Professional Psychological Help: Psychometric Properties of the Greek Version of Three Relevant Questionnaires, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 41: 175–186.
- Engel, L.G. (1977), The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, 196: 129-136.
- Entman, R.M. (1993), Framing: Toward clarification of a fractured paradigm, *Journal of Communication*, 43: 51-58.
- Evans, M., T., Bira, L., Gastelum, B., J., Weiss, L.,T., Vanderford, L.,N. (2018), Evidence for a mental health crisis in graduate education, *Nature Biotechnology*, 36: 282-284.

- Fazel, S., Hayes, J., A., Bartellas, K., Clerici, M., Trestman, R. (2016), The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions, *Lancet Psychiatry*, 3: 871-881.
- Fernández-Rivas, A., González-Torres, M.A. (2013), The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents, *European Society for Child and Adolescent Psychiatry*, 22:583-586.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., Larkin, G. R. (2003), What good are Positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 365-376.
- Fredrickson, L.B. (1998), What Good Are Positive Emotions?, *Review of General Psychology*, 2:300-319.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. (2003), Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38:229-237.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., Brugha, T. (2005), The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:14.
- Fusè, T. (1997), *Suicide, Individual and Society*, Toronto: Canadian Scholars Press.
- Garety, A.P., Freeman, D. (1999), Cognitive approaches to delusions : A critical review of theories and evidence, *British Journal of Clinical Psychology*, 38: 113-154.
- Giddens, A. (1966), A typology of suicide, *European Journal of Sociology*, 7: 276-295.
- Gold, S. R., Coghlan, A. J. (1975-1976), Locus of control and self-esteem among adolescent drug abusers: Effects of residential treatment, *Drug Forum*, 5: 185–191.
- Gove, W.R. (1975), The Labelling Theory of Mental Illness: A Reply to Scheff, *American Sociological Review*, 40: 242-248.

- Gunn, F., J. III, Lester, D. (2014), *Theories of Suicide: Past, Present and Future*, USA: Charles C Thomas.
- Hall, T., Kakuma, R., Palmer, L., Minas, H., Martins, J., Kermodé, M. (2019), Social inclusion and exclusion of people with mental illness in Timor-Leste: a qualitative investigation with multiple stakeholders, *BMC Public Health*, 19:702.
- Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Kuoppasalmi, K.I., Lönnqvist, J.K. (1993), Mental disorders and comorbidity in suicide, *American Journal of Psychiatry*, 150: 935-940.
- Hergenhahn, B.R., Henley, T. (2013), *An Introduction to the History of Psychology*, Unites States of America: Cengage Learning.
- Hudson, C.G. (2005), Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses, *American Journal of Orthopsychiatry*, 75:3-18.
- Husain, S. A., Robins, A. J. (1978), Impact upon psychiatric practice of a television documentary: "Madness and medicine", *Psychiatric Opinion*, 15: 32–36.
- Hyder, S.E, Gabbard, G.O., Schneider, I. (1991), Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies, *Hospital and Community Psychiatry*, 42:1044-1048.
- Hyder, S.E. (1988), DSM-III at the cinema: Madness in the movies, *Comprehensive Psychiatry*, 29:195–206.
- Kaparounaki, C.K., Koraka, C.A., Kotsi, E.S., Ntziovara, A-M. P., Kyriakidis, G. C., Fountoulakis, K. N. (2019), Greek university student's attitudes and beliefs concerning mental illness and its treatment, *International Journal of Social Psychiatry*, 6: 515-526.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., McKee, M. (2013), Financial crisis, austerity, and health in Europe, *The Lancet*, 381: 1323-1331.
- Karthick, S., Barwa, S. (2017), A review on theoretical models of suicide, *International Journal of Advances in Scientific Research*, 3: 101-109.

- Klerman, L.G. (1977), Mental Illness, the Medical Model and Psychiatry, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2:220-243.
- Kushner, H.I. (1993), Suicide, Gender, and the Fear of Modernity in Nineteenth-Century Medical and Social Thought, *Journal of Social History*, 26:461-490.
- Laratta, R. (2016), An Interface Between Mental Health Systems and the Community: Italian Social Cooperatives, *Journal of Policy Practice*, 15: 102-115.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Economou, M., et al., (2013), Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey, *The Lancet*, 381: 55-62.
- Lawson, A., Fouts, G. (2004), Mental illness in Disney animated films, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49: 310-314.
- Legido-Quigley, H., Urdaneta, E., Gonzalez, A., La Parra, D., Muntaner, C., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J.M., McKee, M. (2013), Erosion of universal health coverage in Spain, *The Lancet*, 382: 1977.
- Lester, D. (1997), An empirical examination of Thomas Masaryk's theory of suicide, *Archives of Suicide Research*, 3:125-131.
- Levitas, R. (2006), The concept and measurement of social exclusion, in C. Pantazis, D. Gordon, and R. Levitas, (eds.), *Poverty and Social Exclusion in Britain: The Millennium Survey*, Bristol: Policy Press.
- Lipskaya-Velikovsky, L., Jarus, T., Easterbrook, A., Kotler, M. (2016), Participation in daily life of people with schizophrenia in comparison to the general population, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83: 297–305.
- Lopez Bernal, J.A., Gasparrini, A., Artundo, C.M., McKee, M. (2013), The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis, *European Journal of Public Health*, 23: 732-736.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Ansseau, M. (2003), Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis, *American Journal of Epidemiology*, 157:98-112.

- Lowe, G.A., Lipps, G.E., Young, R. (2009), Factors Associated with Depression in Students at The University of the West Indies, Mona, Jamaica, *West Indian Medical Journal*, 58: 21-27.
- Luciano, A., Meara, E. (2014), Employment status of people with mental illness: national survey data from 2009 and 2010, *Psychiatric Services*, 65: 1201–1209.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C. (2011), Depression and Economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46: 943-952.
- Madianos, M.G, Alexiou, T., Patelakis, A., Economou, M. (2014), Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece, *The European Journal of Psychiatry*, 28: 39–49.
- Madianos, M.G., Christodoulou, G.N. (2007), Reform of the mental healthcare system in Greece, 1984–2006, *International Psychiatry*, 4:16-19.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., Tuch, S.A. (2000), Of Fear and Loathing: The Role of 'Disturbing Behavior,' Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness, *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 208-223.
- Maskill, C., Hodges, I., McClellan, V., Collings, S. (2005), *Explaining Patterns of Suicide: a Selective Review of Studies Examining Social, Economic, Cultural and Other Population-level Influences*, Report 1: Social Explanations for Suicide in New Zealand, Wellington: Ministry of Health.
- McGuire, G., T., Miranda, J. (2008), Racial and Ethnic Disparities in Mental Health Care: Evidence and Policy Implications, *Health Aff (Millwood)*, 27:393-403.
- McInerney, M., Mellor, J.M, Nicholas, L. H. (2013), Recession depression: mental health effects of the 2008 stock market crash, *Journal of Health Economics*,32:1090-1104.
- Merton, K. R. (1938), Social Structure and Anomie, *American Sociological Association*, 3: 672-682.

- Minnebo, J., Van Acker, A. (2004), Does television influence adolescents' perceptions of and attitudes toward people with mental illness? *Journal of Community Psychology*, 32: 257-275.
- Morin, E. (1960), Le rôle du cinema, *Esprit*, 285: 1069-1079.
- Mouzas, O.D., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. (2008), Public opinions about mental illness in a Greek area: The influence of socio-demographic factors, *Psychiatriki*, 19:337-49.
- Murphy, M. J. (1976), Psychiatric Labeling in Cross-Cultural Perspective, *Science*, 191:1019-1028.
- Nairn, R.G., Coverdale, J.H. (2005), People never see us living well: an appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39: 281-287.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Fredrickson, L.B. (1993), Response Styles and the Duration of Episodes of Depressed Mood, *Journal of Abnormal Psychology*, 102:20-28.
- Nunnally, J. C. (1961), *Popular conceptions of mental health*, New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- O'Connor, R.C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A.J., Niedzwiedz, C.L., O'Carroll, R.E., O'Connor, D.B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., Robb, K.A. (2021), Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study, *The British Journal of Psychiatry*, 218: 326-333.
- Öhman, A. (1993), Fear and anxiety as emotional phenomena: Clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms. In M. Lewis, J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 511-536), New York: Guilford Press.
- Pandey, G.N. (2013), Biological basis of suicide and suicidal behavior, *Bipolar Disorder*, 15: 524-541.

- Paul I. K., Moser K. (2009), Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, *Journal of Vocational Behavior*, 74: 264-282.
- Peen, J., Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Dekker, J. (2010), The current status of urban-rural differences in psychiatric disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121: 84-93.
- Penn, D.L., Chamberlin, C., Mueser, K.T. (2003), The Effects of a Documentary Film About Schizophrenia on Psychiatric Stigma, *Schizophrenia Bulletin*, 29:383-391.
- Perkins, R., Rinaldi, M. (2002), Unemployment rates among patients with long-term mental health problems: A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin*, 26: 295-298.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., Pescosolido, B.A. (2000), Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 188-207.
- Phillips, D.P. (1974), The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect, *American Sociological Review*, 39: 340-354.
- Pirkis, J., Blood, R. W., Francis, C., McCallum, K. (2006), On-Screen Portrayals of Mental Illness: Extent, Nature, and Impacts, *Journal of Health Communication*, 11:523-541.
- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., Krausz, M., Lester, D., Meltzer, H. Y., Modestin, J., Montross, L. P., Bo Mortensen, P., Munk-Jørgensen, P., Nielsen, J., Nordentoft, M., Saarinen, P. I., Zisook, S., Wilson, S. T., Tatarelli, R. (2007), Suicide risk in schizophrenia: Learning from the past to change the future, *Annals of General Psychiatry*, 6: 10.
- Price, H.R., Choi, J.N., Vinokur, D.A. (2002), Links in the Chain of Adversity Following Job Loss: How Financial Strain and Loss of Personal Control Lead to Depression, Impaired Functioning, and Poor Health, *Journal of Occupational Health Psychology*, 7:302-312.

- Radke-Yarrow, M., Green-Schwartz, C., Murphy, S. H., Calhoun-Deasy, L. (1955), The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family, *Journal of Social Issues*, 11:12-24.
- Rao, S.P., Taani, M., Lozano, V., Kennedy, E. (2015), Educating students about suicide: A framework for the use of fotonovelas on college campuses, *College Student Journal*, 49: 217-224.
- Retterstol, N. (1993), *Suicide: A European Perspective*, Great Britain: Cambridge University Press.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2019), Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28: 427–435.
- Ringel, E. (1976), The Presuicidal Syndrome, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6: 131-149.
- Robins, L.N., Regier, D.A. (1991), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York: Free Press.
- Robinson, D.N. (1995), *An Intellectual History of Psychology*, United States of America: The University of Wisconsin Press.
- Robinson, E., Rodgers, B. , Butterworth, P. (2008), Family relationships and mental illness: Impacts and service responses, *AFRC Issues*, 4: 19.
- Rosenstock, J. (2003), Beyond A Beautiful Mind: Film Choices for Teaching Psychosis, *Academic Psychiatry*, 27: 117-122.
- Rössler, W. (2006), Psychiatric rehabilitation today: an overview, *World Psychiatry*, 5:151-157.
- Sartorius, N., Schulze, H. (2005), *Reducing the stigma of mental illness: A report from the global programme of the World Psychiatric Association*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Saxena,S., Thornicroft,G., Knapp,M., Whiteford, H. (2007), Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency, *The Lancet*, 370: 878-889.

- Scheff, T. (1999), *Being Mentally ILL: A Sociological Theory*, United States of America: Aldine Transaction.
- 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.
- Scull, A., Schulkin, J. (2009), Psychobiology, Psychiatry, and Psychoanalysis: The Intersecting Careers of Adolf Meyer, Phyllis Greenacre, and Curt Richter, *Medical History*, 53:5-36.
- Seitelberger, F. (1997), Theodor Meynert (1833–1892) pioneer and visionary of brain research, *Journal of the History of the Neurosciences*, 6: 264-274.
- Shirayev, E. (2014), *A History of Psychology: A Global Perspective*, London: Sage.
- Sieff, E.M. (2003), Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames, *Journal of Mental Health*, 12, 259-269.
- Signorielli, N. (1989), The stigma of mental illness on television, *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 33: 325-331.
- Silver, H. (1994), Social exclusion and Social Solidarity: Three paradigms, *International Labour Review*, 133: 531-578.
- Solomon, G. (2001), *Reel Therapy: How Movies Inspire You to Overcome Life's Problems*, New York: Aslan Publishing.
- Stack, S. (1998), Gender, Marriage and Suicide Acceptability: A comparative Analysis, *Sex Roles*, 38: 501-520.
- Steinberg, H., Herrmann-Lingen, C., Himmerich, H. (2013), Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud, *Psychiatria Danubina*, 25:11-16.
- Stuart, H. (2006), Media portrayal of mental illness and its treatments: What effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*, 20: 99-106.

- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2009), The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *The Lancet*, 374:315-23.
- Suto, I., Arnaut, G., L., Y. (2010), Suicide in Prison: A Qualitative Study, *The Prison Journal*, 90: 288-312.
- Szasz, S., T. (1960), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York: Harper Perennial.
- Taylor, S. (1988), *The Sociology of Suicide*, United Kingdom: Longman.
- Thompson, L.J., Watson, R. J., Steinhauer, R. S., Goldstein, G., Pogue-Geile, F. M. (2005), Indicators of Genetic Liability to Schizophrenia: A Sibling Study of Neuropsychological Performance, *Schizophrenia Bulletin*, 31:85-96.
- Tienari, P.J., Wynne, L.C. (1994), Adoption studies of schizophrenia, *Ann Med*, 26:233-237.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C. (2014), Public stigma towards mental illness in the Greek culture, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10: 931-938.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., Randhawa, G. (2016), Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture, *International Journal of Social Psychiatry*, 62: 292–305.
- Wahl, O. F., Lefkowitz, Y.J. (1989), Impact of a television film on attitudes toward mental illness, *American Journal of Community Psychology*, 17:521–528.
- Wedding, D., Niemiec, R.M. (2014), *Movies and mental illness: Using films to understand psychopathology*, Boston: Hogrefe Publishing.
- Weich, S., Lewis, G. (1998), Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study, *BMJ*, 317:115-119.
- Weich, S., Holt, G., Twigg, L., Jones, K., Lewis, G. (2003), Geographic variation in the prevalence of common mental disorders in Britain: a multilevel investigation, *American Journal of Epidemiology*, 157: 730-737.

- White, P., D., Rickards, H., Zeman, A., Z. (2012), Time to end the distinction between mental and neurological illnesses, *BMJ*,344:26-28.
- WHO (2001), *The World Health Report 2001*. Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva:World Health Organization.
- WHO (2004), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: World Health Organization.
- Wirth, L. (1938), Urbanism as a Way of Life, *American Journal of Sociology*, 44:1-24.
- Woo, J., Okusaga, O., Postolache, T. (2012), Seasonality of Suicidal Behavior, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9: 531–547.
- Woodruff, R. (1921), A Classification of the Causes of Crime, *Journal of the American Institute of Criminal Law and Criminology*, 12: 105-109.
- World Health Organization (1958), *The first ten years of the World Health Organization*, Geneva: WHO.
- World Health Organization-WHO (2009), Health amid a financial crisis: a complex diagnosis, *Bulletin of the World Health Organization*, 87:1-80.
- Xenakis, S., Cheliotis, L. (2013), Crime and economic downturn: the complexity of crime and crime politics in Greece since 2009, *British Journal of Criminology*, 53: 719-745.
- Zaheer, J., Jacob, B., de Oliveira, C., Rudoler, D., Juda, A., Kurdyak, P. (2018), Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders, *Schizophrenia Research*, 202: 347-353.
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010), Stigma related to help-seeking from a mental health professional, *Health Science Journal*, 4: 77-83.

Γ. ΛΙΑΛΙΚΤΥΟ

- Abramson, A. (2020), *How COVID-19 may increase domestic violence and child abuse*, American Psychological Association, 8.4.2020. Διαθέσιμο στο <https://www.apa.org/topics/covid-19/domestic-violence-child-abuse>.
- American Foundation for Suicide Prevention-AFSP, *Suicide statistics*. Διαθέσιμο στο <https://afsp.org/suicide-statistics/>.
- Bateman, J. (2019), *How Greek crisis helped removed taboo on mental health*, 5.5.2019. Διαθέσιμο στο <https://www.bbc.com/news/world-europe-48069644>.
- CDS (2015), *Suicide Facts at a Glance, Division of Violence Prevention: National Center for Injury Prevention and Control*, Διαθέσιμο στο <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>.
- Eliamep (2009), *Αντιμετωπίζοντας την Οικονομική Κρίση*, 9.2.2009. Διαθέσιμο στο <https://www.eliamep.gr/event/coping-with-the-economic-crisis/>.
- Eurostat (2019), *Unemployment by sex and age - monthly average*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/1xWRjZb>.
- Eurostat, *Death due to suicide*. Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tps00122>.
- Institute for Work & Health- IWH (2019), *Psychosocial work conditions and mental health*, June 2019. Διαθέσιμο στο <https://www.iwh.on.ca/summaries/research-highlights/psychosocial-work-conditions-and-mental-health>.
- Jacob Crouch Foundation (2011), *The History of Suicide, Ancient History*. Διαθέσιμο στο <http://www.crouchfoundation.org/history-of-suicide.html>.
- James, J. D., Glaze, E. L. (2006), *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates, NCJ 213600*, U.S. Department of Justice: United States of America. Διαθέσιμο στο <https://mronline.org/wp-content/uploads/2018/01/mhppji.pdf>.
- Loiwal, M. (2020), *20% increase in patients with mental illness since coronavirus outbreak: Survey, India Today*, 31.3.2020. Διαθέσιμο στο <https://www.indiatoday.in/india/story/20-per-cent-increase-in-patients-with-mental-illness-since-coronavirus-outbreak-survey-1661584-2020-03-31>.

Mental Health Foundation, *Black, Asian and minority ethnic (BAME) communities*.
Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2pjL9EI>.

News.gr (2014), *Πώς παρουσιάζουν τα ελληνικά μέσα ενημέρωσης τις αυτοκτονίες*,
10.9.2014. Διαθέσιμο στο <https://www.news.gr/ellada/koinonia/article/174120/pos-paroysiazouyn-ta-ellhnika-mesa-enhmeroshs-tis.html>.

O'Brien, M. (2018), *Greece's economic crisis is over only if you don't live there*,
26.4.2018. Διαθέσιμο στο <https://wapo.st/2YDz6Rj>.

OECD, *Suicide Rates: 1960-2015*. Διαθέσιμο στο <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>.

Povoledo, E., Carvajal, D. (2012), *Increasingly in Europe, Suicides 'by Economic Crisis'*,
New York Times, 14.4.2012. Διαθέσιμο στο <https://www.nytimes.com/2012/04/15/world/europe/increasingly-in-europe-suicides-by-economic-crisis.html>.

Psychargos.gov.gr, *Οδηγός Δικαιωμάτων των Ψυχικά Ασθενών υπό το πρίσμα της Διεθνούς Σύμβασης του Ο.Η.Ε. για τα άτομα με αναπηρία*. Διαθέσιμο στο <https://goo.gl/HQ2QJF>.

Public Issue (2018), *Πολιτικό Βαρόμετρο 168: Δείκτες πολιτικού κλίματος*, Νοέμβριος 2018. Διαθέσιμο στο <https://www.publicissue.gr/wp-content/uploads/2018/11/var-nov-2018-2.pdf>.

Public Issue (2019), *Πολιτικό Βαρόμετρο 169: Δείκτες πολιτικού κλίματος*, Φεβρουάριος 2019. Διαθέσιμο στο <https://www.publicissue.gr/wp-content/uploads/2019/02/var-feb-2019-2.pdf>.

Siegal, L.J., Friedman, J.H. (1955), *The threat of suicide*, *Diseases of the Nervous System*, 637-46.

Swaine, J. (2011), *How 'One Flew Over the Cuckoo's Nest' changed psychiatry*,
01/02/2011. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2XqDmDJ>.

Tvxs.gr (2015), *Έρευνα ΕΚΠΑ: Πώς μας επηρεάζει ο τρόπος που τα ΜΜΕ παρουσιάζουν την κρίση*,
28.5.2015. Διαθέσιμο στο

<https://tvxs.gr/news/ellada/ereyna-ekpa-pos-o-tropos-poy-ta-mme-paroysiazoyntin-krisi-mas-epireazei>.

WHO (2002), *Gender and Mental Health*, Geneva: World Health Organization. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2w4aQM1>.

WHO (2008), *Social Exclusion: Meaning, measurement and experience and links to health inequalities: A review of literature*, WHO Social Exclusion Knowledge Network Background Paper 1, Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2VsIK7i>.

WHO (2014), *Preventing suicide: a global imperative*, Luxemburg: World Health Organization. Διαθέσιμο στο http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1.

WHO, IASP (2007), *Preventing Suicide in Jails and Prisons*, Geneva: World Health Organization, Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf.

WHO-WARP (1996), *Psychosocial Rehabilitation A Consensus Statement*, Geneva: WHO, Διαθέσιμο στο http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf.

Wolz, B. (2003), *Cinematheapy: using the power of imagery in film for the therapeutic process*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2Jq5vr5>.

World Health Organization (2020a), *COVID-19 and violence against women: What the health sector/system can do*, 26.3.2020. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf>.

World Health Organization (2020b), *Mental health and COVID-19*. Διαθέσιμο στο <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19>.

World Health Organization-WHO (2018), *Suicide: Key facts*, 24.8.2018. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2Vx4aAG>.

Βασιλοπούλου, Δ., Μπέρδου, Κ., Καρύδη, Μ.Β. (2010), Προκαταρκτικά αποτελέσματα σε σχέση με την επαγγελματική ένταξη σε μια ομάδα ψυχωσικών ασθενών, πρακτικά 10^{ης} ημερίδας, «Εργασία-Ανεργία και Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις». Διαθέσιμο στο <http://www.encephalos.gr/full/47-4-08g.htm>.

ΔιαΝΕΟσις (2016), *Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Μάρτιος 2016. Διαθέσιμο στο https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf.

Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD- European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf.

Ελληνική Στατιστική Αρχή -ΕΛ.ΣΤΑΤ (2015a), *Ερευνα Υγείας: Έτος 2014*, Δελτίο Τύπου, 15/06/2016. Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr/documents/20181/1845c3bc-b9d5-41f6-89df-a5436ad3dc23>.

Ελληνική Στατιστική Αρχή- ΕΛ.ΣΤΑΤ (2015b), *Ανακοίνωση σε δημοσίευμα του τύπου για αυτοκτονίες*, Πειραιάς, 27.10.2015 Διαθέσιμο στο <https://www.statistics.gr/documents/20181/1229892/%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%A9%CE%A3%CE%97+%CE%95%CE%9B%CE%A3%CE%A4%CE%91%CE%A4+%CE%93%CE%99%CE%91+%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%A4%CE%9F%CE%9D%CE%99%CE%95%CE%A3.pdf/120172ac-6de6-4ee6-b5cf-e845eb0b186c>.

Ελληνική Στατιστική Αρχή- ΕΛ.ΣΤΑΤ (2021a), *Ερευνα Εργατικού Δυναμικού: Δεκέμβριος 2020*, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς, 17.3.2021. Διαθέσιμο στο <https://www.statistics.gr/documents/20181/b17db220-2a75-5e89-efcb-4eb03ddf7cca>.

Ελληνική Στατιστική Αρχή- ΕΛ.ΣΤΑΤ (2021b), *Ερευνα Εργατικού Δυναμικού: Μάιος 2021*, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς, 27.7.2021. Διαθέσιμο στο https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode

[=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_ln=downloadResources&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=445369&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el.](#)

Ελληνική Στατιστική Αρχή-ΕΛ.ΣΤΑΤ (2018), *Φυσική Κίνηση Πληθυσμού: Έτος 2017*, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς, 1.10.2018.

Ελληνική Στατιστική Αρχή-ΕΛ.ΣΤΑΤ (2020a), Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Αύγουστος 2020, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς, 5 Νοεμβρίου 2020.

Ελληνική Στατιστική Αρχή-ΕΛ.ΣΤΑΤ (2020b), *Υλική Στέρηση και Συνθήκες Διαβίωσης: Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2019 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος 2018)*, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς, 19 Ιουνίου 2020.

Ελληνική Στατιστική Αρχή-ΕΛ.ΣΤΑΤ (2020c), *Κίνδυνος φτώχειας: Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2019 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος 2018)*, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς, 19 Ιουνίου 2020.

Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας-ΕΙΥ, *Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ: Συμπεράσματα-Παρατηρήσεις και Προτάσεις Μέτρων Πολιτικής*, Αθήνα, Μάιος 2016. Διαθέσιμο στο <http://www.hhf-greece.gr/images/hydria-results-web.pdf>.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής –ΕΠΨΥ (2012), *Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη. Απολογιστικά Στοιχεία: Ιούλιος – Δεκέμβριος 2012*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2QPJmDe>.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής –ΕΠΨΥ (2016), *Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές: Έκθεση Αποτελεσμάτων*, Αθήνα, Μάιος 2016. Διαθέσιμο στο https://www.epipsi.gr/Documents/Epidhmiologikes-Ereunes/5.Ekthesi_apotelesmatwn_ESPAD-GR%202015.pdf.

- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής –ΕΠΙΨΥ (2013), *Η οικονομική κρίση όπως αποτυπώνεται στη Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη 1034του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.* Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2K06gar>.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2013), *Τακτικό Ευρωβαρόμετρο 79: Κοινή γνώμη στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, άνοιξη 2013. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2VteXeR>.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017), *Τακτικό Ευρωβαρόμετρο 88: Κοινή γνώμη στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Εθνική Έκθεση: Ελλάδα, φθινόπωρο 2017. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2Hpxvss>.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας-ΕΚΠΝΤ (2017), *Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα ναρκωτικά: τάσεις και εξελίξεις*. Διαθέσιμο στο <https://big.assets.huffingtonpost.com/datael.pdf>.
- Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. (2015), *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση: Ετήσια Έκθεση 2015*, *Εκθέσεις 17*, Αθήνα.
- Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. (2018), *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση: Ετήσια Έκθεση 2018*, *Εκθέσεις 20*, Αθήνα. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2QcdvMP>.
- Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. (2019), *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση: Ετήσια Έκθεση 2019*, *Εκθέσεις 21*, Αθήνα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία*, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Διαθέσιμο στο <https://ibrt.gr/edu/node/69>.
- Καμινιώτη, Ο. (2013), *Υγεία και Αγορά Εργασίας: Αλληλεπιδράσεις σε Περίοδο Οικονομικής Κρίσης*, στο Κ. Π. Αναγνωστόπουλος, Ο. Καμινιώτη (επιμ.), *Εργασία και Απασχόληση στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2012*, Αθήνα: Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας & Ανθρώπινου Δυναμικού. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2HzEbmR>.
- ΚΛΙΜΑΚΑ (2016), *Στατιστικά Αυτοκτονιών στην Ελλάδα, για τα τελευταία έτη*. Διαθέσιμο στο <http://suicide-help.gr/statistika/>.
- ΚΛΙΜΑΚΑ (2018), *10 Σεπτεμβρίου – Παγκόσμια Ημέρα για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας*, Διαθέσιμο στο <http://www.klimaka.org.gr/10-september-wspd-klimaka/>.

- ΚΛΙΜΑΚΑ, *Μιλώντας για την αυτοκτονία*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2JNSel2>.
- Κλίμακα, *Ψυχική Υγεία και Νέοι (Στατιστικά)*. Διαθέσιμο στο <http://www.klimaka.org.gr/psuxiki-ugeia-kai-neoi-statistika/>.
- ΟΟΣΑ (2018), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU*, OECD-European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf.
- Πανελλαδική Ένωση για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επαγγελματική επανένταξη, *Γέφυρες Απασχόλησης: Η κοινωνία οφείλει να δώσει την ευκαιρία στον ψυχικά ασθενή*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2JqW4HK>.
- Παπάνης, Ε. (2020), *Η σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου κατά το σχεδιασμό προγραμμάτων παρέμβασης για την ψυχική υγεία και τα άτομα με αναπηρίες*, 21.8.2020. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/35c1AqO>.
- Παραδοτέο Π.β.1.2 (2013), *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012, στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” από το 2011 μέχρι και το 2015»*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2VLzsZ5>.
- Παραδοτέο Π.β.1.4 (2015), *Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014, στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” από το 2011 μέχρι και το 2015»*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2JMuR1v>.
- Πολυζόπουλος, Ε. (2013), *Θεραπεία με ηλεκτροσόκ: Η επιστημονική αλήθεια και οι Μύθοι*, 16/4/2013. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2JKa12Z>.
- ΣΕΒ (2018), *SOS: Ο πληθυσμός της χώρας μειώνεται και γερνάει...*, *Οικονομία & Επιχειρήσεις: Εβδομαδιαίο δελτίο για την ελληνική οικονομία*, 164: 1-17. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2Q8ZNKE>.

ΣΕΒ (2020), *Πώς θα πάμε από το brain drain στο brain gain, Special Report*, 17.2.2020. Διαθέσιμο στο

https://www.sev.org.gr/Uploads/Documents/52684/Final_SR_Brain_Drain.pdf.

Συνήγορος του Πολίτη-ΣτΠ (2007), *Αντεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών: Ειδική Έκθεση*. Διαθέσιμο στο <https://www.synigoros.gr/resources/docs/206391.pdf>.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011a), *ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020): Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2w50XNV>.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011b), *Παραδοτέο 2: Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009 (διευκρινήσεις, βελτιώσεις, περαιτέρω τεκμηρίωση), στο πλαίσιο του έργου: «Εκ των υστέρων (ex post) αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το 2000 μέχρι και το 2009»*, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Υπουργείου Υγείας: Αθήνα. Διαθέσιμο στο <http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/Ypostirixi%20EPISTHMONIKH/Ex%20Post%20%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9F%20%20Teliko.pdf>.

Χριστοδούλου, Κ. (2017), *Χάρτης: Πόσοι (και πού) είναι οι Έλληνες του εξωτερικού. Στοιχεία μέχρι και το 2016, 10.1.2017*. Διαθέσιμο στο <https://goo.gl/ZSNMtL>.