



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Π.Μ.Σ: Κοινωνικές Διακρίσεις, Μετανάστευση και Ιδιότητα του Πολίτη

Το στίγμα και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας: μια μελέτη περίπτωσης.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πλεμμένος Πέτρος

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Σπυριδάκης Εμμανουήλ, Αναπληρωτής Καθηγητής (επιβλέπων)

Φερόνας Ανδρέας, Επίκουρος Καθηγητής (μέλος)

Κουτσούκου Ηλέκτρα (μέλος)

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2017

Copyright © Πλεμμένος Πέτρος 2017 για την Ελληνική γλώσσα σε όλο τον κόσμο

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμιά διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι κατά το Ν.2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί με το Ν. 2121/93 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει Κυρωθεί με το Ν.100/1975) 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 τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1 Οι έννοιες της ψυχικής υγείας-ασθένειας.....	11
1.2 Αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών	12
1.3 Ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών.....	13
1.4 Η ψυχική ασθένεια ως διαχρονική πραγματικότητα.....	16
1. 5 Επιδημιολογικά δεδομένα των ψυχικών διαταραχών και του στίγματος.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

2.1 Κοινωνικό στίγμα (γενικά).....	27
2.2 Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή.....	29
2. 3 Συνέπειες του στίγματος.....	32
2.4 Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός.....	35

2.5 Μύθοι και πραγματικότητα για την ψυχική ασθένεια.....	37
2.6 Η απεικόνιση της ψυχικής νόσου στα ΜΜΕ και στον κινηματογράφο.....	39
2.7 Η αντιμετώπιση του στίγματος . Βέλτιστες πρακτικές.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

3.1 Ιστορική αναδρομή στην ψυχιατρική περίθαλψη.....	43
3.2 Αποϊδρυματισμός	44
3.3 Το κίνημα της Αντιψυχιατρικής.....	47
3.4 Εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργώς».....	48
3.5 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας.....	50
3.6 Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια.....	55
3.7 Κριτική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.....	59

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

4.1 Σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	62
4.2 Είδος έρευνας-ερευνητικό εργαλείο.....	62
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	63
4.4 Δείγμα μελέτης και κριτήρια επιλογής.....	64

4.5 Χρόνος και τόπος διεξαγωγής της μελέτης.....	65
4.6 Περιορισμοί-δυσκολίες στην έρευνα.....	67
4.7 Δομή συνεντεύξεων-θεματικές ενότητες.....	68
4.8 Ανάλυση περιεχομένου.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1 Πρόσληψη της ψυχικής ασθένειας-Εμπειρίες ζωής.....	70
5.2 Αιτιολογία-προέλευση των ψυχικών διαταραχών.....	75
5.3 Αντιλήψεις των εργαζομένων για το ρόλο τους στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση Στίγμα –Στερεότυπα –Διακρίσεις	79
5.4 Κοινωνική ένταξη/ δικαιώματα/ περιορισμοί.....	88
5.5 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση/ πρόγραμμα Ψυχαργός.....	101

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	111
-------------------------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	116
---------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	122
------------------------	------------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία αυτή θα ήταν δύσκολο να περατωθεί χωρίς την βοήθεια κάποιων ανθρώπων που συνέβαλλαν με άμεσο ή έμμεσο τρόπο στην ολοκλήρωση της. Θέλω πρωτίστως να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κο Εμμανουήλ Σπυριδάκη, για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές του και την άριστη επικοινωνία που είχαμε στην διάρκεια συγγραφής της διπλωματικής εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου που μου παραχώρησαν τις συνεντεύξεις, για την πολύτιμη συνδρομή τους και κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν .

Τέλος, την ευγνωμοσύνη στην οικογένεια μου, στην σύζυγό μου και τα δύο υπέροχα παιδιά μου που με καρτερικότητα και υπομονή με ανέχθηκαν και με ενθάρρυναν στην όλη προσπάθεια.

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στην μνήμη του αδελφού μου Χρήστου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο είναι ένα φαινόμενο διαχρονικό στη συλλογική συνείδηση της ανθρωπότητας, που εμποδίζει την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων. Δηλώνει ένα σύνολο ανεπιθύμητων, απαξιωτικών και δυσφημιστικών χαρακτηρισμών που αποδίδονται σε άτομα ή ομάδες προβάλλοντας την εικόνα του «διαφορετικού», ενώ παράλληλα το αναγκάζουν να προβαίνει συνεχώς σε συμπεριφορές απόκρυψης των αιτιών που προκαλούν αυτή την αντιμετώπιση (Οικονόμου , 2010)

Η αναγκαιότητα της παραπάνω έρευνας προέκυψε από την ανάγκη να διερευνηθεί ένα πεδίο με το οποίο υπάρχει βιωματική σχέση και έγινε με κριτήριο την αναγνώριση ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι ευρέως διαδεδομένες, προκαλούν πόνο, τόσο σε ατομικό, όσο και σε οικογενειακό επίπεδο και συνάμα επηρεάζουν οικονομικά την κοινωνία. Επιπλέον, το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια συντελεί στην περιθωριοποίηση και το κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών ασκώντας μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Στη παρούσα μελέτη γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης της ψυχικής νόσου και του στίγματος από μια διαφορετική οπτική όπως είναι αυτή των εργαζόμενων σε μονάδα ψυχικής υγείας στην Πελοπόννησο, που παλεύουν καθημερινά για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχαργός.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική ασθένεια, διακρίσεις, στίγμα, στερεότυπα, κοινωνικός αποκλεισμός, εργαζόμενος ψυχικής υγείας, πρόγραμμα “Ψυχαργός”.

ABSTRACT

Social stigma which includes mental illness is a perpetual phenomenon in the collective consciousness of humans, which impedes the social incorporation of the mentally ill. This indicates a set of negative, degrading and dismissing characterizations attributed to individuals or groups of showing the image of the «different» while they force it to proceed in acts of concealing this dealing (Economou, 2010)

The necessity of the previously mentioned research arose from the necessity of broadening a field with which there is experiential relationship and occurred with the criterion of acknowledging that mental disorders are widely spread causing pain, in both an individual, and a family level and also affects the society in a financial level. What is more, stigma associated with mental illness contributes to the marginalization and social exclusion of the mentally ill exerting great influence on the person's quality of life.

This study is an attempt to approach mental illness and stigma from a different perspective as that of workers in the mental health module in Peloponnese, who struggle daily for psychosocial rehabilitation of the mentally ill, under the aegis of «Psychargos» program.

Keywords: mental illness, discriminations, stigma, stereotypes, social exclusion, mental health professional, “Psychargos” program.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική ασθένεια συνδέεται με την εμφάνιση του ατόμου και την συγκρότηση του σε κοινωνικές ομάδες. Η κοινωνία ανέκαθεν αντιμετώπιζε με ένα ξεχωριστό τρόπο την ψυχική νόσο επειδή ήταν διαφορετική από τις υπόλοιπες σωματικές νόσους, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, έχοντας μια ιδιαίτερη και σκοτεινή εικόνα στις συλλογικές αναπαραστάσεις. Σήμερα, παρά την εξέλιξη της κοινωνίας και την πρόοδο της επιστημονικής σκέψης η ψυχική ασθένεια εξακολουθεί για ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο να διανθίζεται από προκαταλήψεις και μύθους.

Η ψυχική ασθένεια προκαλεί φόβο σε ορισμένες περιπτώσεις, μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση και εγείρει αντιλήψεις για τον ψυχικά πάσχοντα σχετικές με την επικινδυνότητα, το απρόβλεπτο του χαρακτήρα, την αδυναμία να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής (εργασία, οικογένεια κ.α.), που ανακαλούνται στη συλλογική μνήμη στην ετικέτα του ψυχικά ασθενή (Οικονόμου,Μ.,2010).

Το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια έχει τις ρίζες του στα βάθη των αιώνων και η ετυμολογία και το νόημα της λέξης «στίγμα» προδίδει τη σημασιολογική φόρτιση που έχει συσσωρεύσει ανά τους αιώνες. Με το πέρασμα των αιώνων η σημασία του στίγματος κατέληξε να είναι συνώνυμη με δυσμενείς διακρίσεις σε ανθρώπους «διαφορετικούς» και χρησιμοποιείται για να καταδείξει ότι ορισμένες ασθένειες εγείρουν προκαταλήψεις σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές (Οικονόμου,2010). Η αρνητική αυτή κοινωνική αντίδραση συμβάλλει στην κρατική και κοινωνική παραμέληση, στη συρρίκνωση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και στην περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών.

Η παρακάτω εργασία που συνιστά μια μελέτη περίπτωσης, επικεντρώνεται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στο ρόλο που διαδραματίζουν στην διαδικασία στιγματισμού των ψυχικά ασθενών. Μέχρι σήμερα, στην Ελλάδα, δεν έχει υπάρξει ικανός αριθμός ερευνών που να πραγματεύονται τις στιγματιστικές συμπεριφορές και στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο χώρο της ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων. Ο εργαζόμενος αποτελεί μέρος του κοινωνικού συνόλου που ενσωματώνει στερεότυπα και προκαταλήψεις που κυριαρχούν στην κοινωνία με ένα τρόπο βιωματικό. Η στάση των επαγγελματιών στο στιγματισμό των ψυχικά ασθενών είναι υποτιμημένη στο δημόσιο διάλογο και στο ερευνητικό πεδίο.

Η παρούσα μελέτη χωρίζεται σε δύο ενότητες. Στην πρώτη ενότητα στην οποία συμπεριλαμβάνονται τρία κεφάλαια γίνεται η θεωρητική προσέγγιση στις έννοιες ψυχική ασθένεια, κοινωνικό στίγμα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση με ειδική αναφορά στο πρόγραμμα “Ψυχαργός” και στο ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η δεύτερη ενότητα που αποτελείται από δύο κεφάλαια ,αφορά την διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας, όπου αναφέρεται ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της έρευνας, η ανάλυση των δεδομένων και η καταγραφή των αποτελεσμάτων της. Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα, η κατάθεση προτάσεων για την αντιμετώπιση του στίγματος και η σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την εργασία.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Οι έννοιες της ψυχικής υγείας-ασθένειας

Οι έννοιες της υγείας και της αρρώστιας, του φυσιολογικού ή μη φυσιολογικού είναι σχετικές και όχι απόλυτες και εξαρτώνται από το κοινωνικό, πολιτισμικό και ιστορικό πλαίσιο, κάθε φορά. Έτσι, το πέρασμα από την μια κατάσταση στην άλλη είναι πολύ εύκολο. Όπως λέει ο Φρανκο Μπαζάλια ο κάθε άνθρωπος στην διάρκεια της ζωής του είναι ταυτόχρονα φορέας αρρώστιας και υγείας, καθώς η αρρώστια αποτελεί πάντα μέρος της ζωής. Συνεπώς, οι παρακάτω ορισμοί έχουν περιγραφικό χαρακτήρα.

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι κυρίαρχη στον κλάδο της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς ορίζεται.

Διαχρονικά υπήρξαν διαφορετικές απόψεις γύρω από την έννοια της ψυχικής ασθένειας, το κοινό όμως στοιχείο τους ήταν η αντίληψη ότι η ψυχική ασθένεια είναι στενά συνδεδεμένη με την επικινδυνότητα. Οι διάφορες απόψεις μεταβάλλονται στη διάρκεια των χρόνων ανάλογα με της κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν και το επίπεδο ανάπτυξης και εξέλιξης της επιστημονικής γνώσης (Τσαλίκογλου, Φ 1987).

Ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τον συνάνθρωπο. Η ψυχική νόσος και ειδικά η σχιζοφρένεια πριν από μερικές δεκαετίες ήταν συνώνυμο με το μυστηριώδες, το αινιγματικό και το ανίατο. Βαθμιαία τα πράγματα άλλαξαν εξαιτίας της ανάπτυξης και της προόδου της ψυχοφαρμακολογίας, την παράλληλη χρήση πολλών και ποικίλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τη δημιουργία σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα (Υ.Υ.Κ.Α, Μ.Υ.Π, 2004).

Παράλληλα, η ψυχική υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1946) είναι «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του». Η απόδοση ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού της ψυχικής υγείας δεν είναι εύκολη υπόθεση, εξαιτίας της πολυπαραγοντικότητας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει επίσημος ορισμός. Επίσης, το νόημα της ψυχικής υγείας απορρέει ξεκάθαρα και από τον γενικό ορισμό που δίνει ο Π.Ο.Υ. για την υγεία:

«η υγεία είναι μια πλήρης κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας»

Η ψυχική νόσος μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας παιδιά, εφήβους, ενήλικες, ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Υπολογίζεται ότι τετρακόσια πενήντα περίπου εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές, είκοσι τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από σχιζοφρένια και εκατόν είκοσι ένα εκατομμύρια από κατάθλιψη.

1.2 Αιτιολογία και ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών

Τα αίτια των ψυχικών διαταραχών είναι βιολογικά (λ.χ. κληρονομικότητα) κοινωνικά και ψυχολογικά. Η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων ενοχοποιούνται στην εμφάνιση της νόσου ώστε σήμερα να μιλάμε για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης. Ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών παραγόντων παίζουν ρόλο στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής όπως τα γενετικά χαρακτηριστικά, η βιοχημεία του εγκεφάλου, οι συνθήκες και τα γεγονότα της ζωής, οι σχέσεις με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον. Αλλά όποια και αν είναι η αιτία, τα άτομα με ψυχική διαταραχή υποφέρουν, αισθάνονται αβοήθητα και δυσκολεύονται να ζήσουν τη ζωή τους με τον τρόπο που επιθυμούν.

Οι ψυχικές διαταραχές αφορούν ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών ομάδων οι οποίες συνοπτικά κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες (σύμφωνα με το αμερικάνικο στατιστικό και διαγνωστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της ICD – 10 & DSM-V ,(έκδοση 2008).

1. Οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών
2. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς που οφείλονται στη
χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
3. Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές
4. Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
5. Νευρωσικές, συνδεόμενες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές
6. Σύνδρομα που εκδηλώνονται στη συμπεριφορά και σχετίζονται με διαταραχές
φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες.
7. Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στον ενήλικα
8. Νοητική καθυστέρηση
9. Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης
10. Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως
κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία
11. Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος του εγκεφάλου και αποτελεί μια από τις σοβαρότερες ψυχικές παθήσεις. Οι σχιζοφρενικές διαταραχές χαρακτηρίζονται γενικώς από θεμελιώδεις και χαρακτηριστικές αλλοιώσεις της σκέψης, της αντίληψης και του συναισθήματος το οποίο είναι ασύμβατο (δεν εναρμονίζεται με την πραγματικότητα) ή αμβλύ. Συνήθως διατηρούνται η διαυγής συνείδηση και η νοητική ικανότητα παρόλο που ορισμένα γνωστικά ελλείμματα μπορεί να αναπτυχθούν με την πάροδο του χρόνου (Y.Y.K.A.,2010).

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά. Στα θετικά ανήκουν οι παραληρηματικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Οι παραληρηματικές ιδέες είναι λανθασμένες και ψευδείς πεποιθήσεις

τις οποίες ο ασθενής αισθάνεται ως πραγματικές και εξαιτίας τους υποφέρει. Ο ασθενής που έχει παραληρητικές ιδέες πιστεύει ότι κάποιος τον παρακολουθούν, ότι θέλουν να του κάνουν κακό, ή πως διαθέτει υπερφυσικές δυνάμεις και μπορεί να επικοινωνεί με το Θεό. Οι ψευδαισθήσεις είναι διαταραχές της αντίληψης και αφορούν και τις πέντε αισθήσεις. Οι ασθενείς βλέπουν ακούνε ή μυρίζουν πράγματα που δεν υπάρχουν. Οι ακουστικές είναι οι πιο συχνές όπου οι ασθενείς ακούν φωνές και θορύβους που δεν υπάρχουν γύρω τους (Μάνος, 1997).

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ονομάζονται έτσι γιατί η ασθένεια φαίνεται να αφαιρεί μέρος από τα ενδιαφέροντα, τα κίνητρα, τις ικανότητες, την ενεργητικότητα και τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου. Περιλαμβάνουν δυσκολίες στον λόγο και την αφηρημένη σκέψη, άμβλυνση των συναισθημάτων, απάθεια, κοινωνική απόσυρση και τάση για απομόνωση. Συνήθως εμφανίζονται πριν από τα θετικά, αλλά τις περισσότερες φορές δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν από το περιβάλλον του ασθενή ως πρώιμες ενδείξεις της σχιζοφρένειας. Τα αρνητικά συμπτώματα στιγματίζουν και δυσκολεύουν τη ζωή των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια εξίσου έντονα με τα θετικά.

Η διπολική διαταραχή, που στον παρελθόν ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη, είναι μια σοβαρή ψυχική νόσος όπου το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η διαταραχή στην συναισθηματική λειτουργία του ατόμου. Διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερα επεισόδια στα οποία η διάθεση και τα επίπεδα της δραστηριότητας του ασθενούς είναι σημαντικά διαταραγμένα (Παπαγεωργίου,Ε.,1991). Σε μερικές περιπτώσεις η διαταραχή αυτή συνίσταται σε υπερθυμία και αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (υπομανία ή μανία), ενώ σε άλλες περιπτώσεις συνίσταται σε πτώση της διάθεσης και μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (κατάθλιψη).

Η διπολική διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει είτε με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, είτε με ένα επεισόδιο μανίας. Όποιο από τα δύο και αν συμβεί, τις περισσότερες φορές τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά. Πρώτα απ' όλα πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στη θλίψη, που είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα και στη νόσο κατάθλιψη. Η διαφορά ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και στη νόσο κατάθλιψη έγκειται στο πλήθος των συμπτωμάτων, την ένταση, τη σοβαρότητα και τη

διάρκειά τους. Στη διπολική διαταραχή, στον αντίθετο πόλο της κατάθλιψης βρίσκεται η μανία. Η ευφορία, που είναι το χαρακτηριστικό συναίσθημα στη φάση της μανίας, ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογική (Υ.Υ.Κ.Α, 2010)

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει το σώμα, το συναίσθημα, την σκέψη. Στα τυπικά ήπια, τα μέτριας βαρύτητας ή τα βαριά καταθλιπτικά επεισόδια, ο ασθενής πάσχει από καταθλιπτικό συναίσθημα, μείωση της ενεργητικότητας και περιορισμό της δραστηριότητας. Η ικανότητα για ευχαρίστηση, το ενδιαφέρον και η συγκέντρωση ελαττώνονται. Συνήθως υπάρχει σημαντική κόπωση ακόμα και μετά από ελάχιστη προσπάθεια. Ο ύπνος είναι συχνά διαταραγμένος και η όρεξη ελαττωμένη. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση είναι σχεδόν πάντοτε μειωμένες και ακόμη και στην ήπια μορφή, μερικές ιδέες αυτομομφής και αναξιότητας είναι συχνά παρούσες. Η πτώση της διάθεσης ποικίλλει λίγο από ημέρα σε ημέρα, δεν ανταποκρίνεται προς τις περιστάσεις και μπορεί να συνοδεύεται από τα αποκαλούμενα ως «σωματικά» συμπτώματα, όπως είναι η απώλεια του ενδιαφέροντος και των ευχάριστων συναισθημάτων, η έγερση το πρωί αρκετές ώρες πριν τη συνηθισμένη, η επιδείνωση της κατάθλιψης τις πρωινές ώρες, η σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, η απώλεια όρεξης, η απώλεια βάρους και η απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας (libido). Ανάλογα με τον αριθμό και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να προσδιοριστεί ως ήπιο, μέτριας βαρύτητας ή βαρύ (Υ.Υ.Κ.Α, 2010).

Οι θεραπείες των ψυχικών νοσημάτων είναι σύνθετες, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου. Συνήθως περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, θεραπείες μέσω συζήτησης (ψυχοθεραπείες) και υποστήριξη στην καθημερινή ζωή και εργασία. Η ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας και του κοινωνικού δικτύου παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Η φαρμακευτική αγωγή βοηθά στην βελτίωση την υποχώρηση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη των υποτροπών. Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις παρέχουν ενημέρωση και υποστήριξη στον άρρωστο και την οικογένεια έτσι ώστε όλοι

να αντιμετωπίσουν τις στρεσογόνες καταστάσεις, τα προβλήματα τις καθημερινής ζωής και τα προβλήματα που δημιουργεί η ασθένεια. Τέλος, τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχουν σαν στόχο να βοηθήσουν τον ασθενή να ενισχύσει τις κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες προκειμένου να ενταχθεί πλήρως στην κοινωνία (Χριστοδούλου Γ ,2000).

1.3 Η ψυχική ασθένεια ως διαχρονική πραγματικότητα

Τις αντιλήψεις του ανθρώπου για τις αρρώστιες και τις ψυχικές παθήσεις αποτυπώνονται στους μύθους και τους θρύλους των πρώτων χρόνων της ιστορίας. Για τον άνθρωπο, όλα τα νοσήματα οφείλονταν σε δυνάμεις που βρίσκονται έξω από το σώμα (κακά πνεύματα, δαίμονες, θεοί). Οι αντιλήψεις αυτές αφορούσαν όλες τις αρρώστιες αλλά σχετίζονταν ιδιαίτερα με τις ασθένειες που αλλοίωναν τη συμπεριφορά του ανθρώπου (Ρασιδάκη, 1979).

Αρχαιολογικές ανασκαφές που έγιναν σε διάφορα μέρη του κόσμου έφεραν στο φως τρυπανισμένα κρανία. Θεωρείται ότι σκοπός του τρυπανισμού των κρανίων ήταν να φύγουν τα κακά πνεύματα, ελευθερώνοντας το σώμα του υποκειμένου. Αυτή η μέθοδος συνέχισε να εφαρμόζεται ως την εποχή του Μεσαίωνα στην Ευρώπη. Τον τρυπανισμό διαδέχθηκε ο σαμανισμός ο οποίος εξακολουθεί να ασκείται ως τις μέρες μας (Μάνος, 1997).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται στην ινδική, την αιγυπτιακή, την κινεζική, την εβραϊκή, την ελληνική, και πολλές άλλες αρχαίες φιλολογίες. Από τον 2000 π.Χ. υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδίες και Κίνα γνώριζαν τις ψυχικές ασθένειες, τις περιέγραφαν και εφαρμόζαν θεραπευτικές μεθόδους: εξορκισμοί, φάρμακα, ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) και βελονισμός (Κίνα). Στον Ιουδαϊκό πολιτισμό, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν θεόσταλτες. (Μάνος, 1997).

Οι ψυχικές διαταραχές στην Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Ελλάδα κυριάρχησαν τρεις απόψεις για την ψυχική νόσο. Η λαϊκή άποψη, σύμφωνα με την οποία η ψυχική ασθένεια οφείλονταν σε κατάληψη του

σώματος από τα κακά πνεύματα όπως η Μανία και η Λύσσα. Οι ασθενείς αλυσοδεύονταν, περιφρονούνταν ή γελοιοποιούνταν. Η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών γινόταν στα Ασκληπιεία, όπου οι ιερείς θέραπευαν τους ασθενείς με την ερμηνεία των ονείρων του ασθενή και του ιερομάντη (Γρίβας, 1985).

Η ιατρική άποψη που αναπτύχθηκε κατά τον 4^ο αι. π.χ. και εκπροσωπείται από τον Ιπποκράτη, σύμφωνα με τον οποίο η ψυχική ασθένεια στο «περί ιερής νόσου» προέρχεται από τη διαντίδραση των τεσσάρων χυμών του σώματος (αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα). Με αυτό τον τρόπο μπήκε η βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής ασθένειας. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές (φρενίτιδες), δίνοντάς τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα: υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια (Μάνος, 1997). Οι Ιπποκρατικοί θέραπευαν τους ασθενείς μέσω της ερμηνείας των ονείρων, της υποβολής με λογοθεραπεία και της παραμονής σε ιερά. Με την ολοκλήρωση αυτής της περιόδου οικοδομήθηκε ο σκελετός της ψυχοσωματικής αντίληψης της ιατρικής (Γρίβας, 1985).

Η φιλολογική-φιλοσοφική σκέψη, σύμφωνα με τους ιστοριογράφους, εκπροσωπείται από τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη. Για τον Πλάτωνα οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής. Ο Αριστοτέλης συστηματοποίησε την ψυχολογία του ανθρώπου, περιγράφοντας αναλυτικά τις ψυχικές λειτουργίες ως σκέψη, θυμικό και βούληση. Ο εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή για πρώτη φορά εισάγεται από τους νόμους του Πλάτωνα. Ο ψυχικά ασθενής ήταν δυνατό να καταδικαστεί σε φυλάκιση πέντε ετών με ρητή απαγόρευση των επαφών του με μέλη της κοινότητας. Στην αρχαία Αθήνα οι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν στο σπίτι τους υπό την επίβλεψη των συγγενών τους, οι οποίοι τιμωρούνταν εάν τον παραμελούσαν ή τον εγκατέλειπαν (Χαρτοκόλλης Π, 1986).

Ελληνορωμαϊκή περίοδος

Η αντίληψη για τον ψυχικά ασθενή κατά την ελληνορωμαϊκή εποχή ήταν ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και ορθολογικών στοιχείων. Αυτά τα χρόνια έγιναν αρκετές απόπειρες οργανικής ερμηνείας της ψυχικής διαταραχής (Μάνος, 1997 – Χαρτοκόλλης, 1986 – Μαδιανός, 1994).

Ο Ασκληπιάδης (2^{ος} αιώνας μ.Χ.) αναγνώρισε το ρόλο τον οποίο διαδραματίζουν οι συγκινήσεις στην δημιουργία των ψυχικών διαταραχών (Γεωργαρή,1987). Μελέτησε τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις και ενθάρρυνε τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών. Πρότεινε θεραπεία μέσα από τη μουσική και διέγερση των πνευματικών ενδιαφερόντων των ασθενών. Ο Κέλσος (1ος μ.Χ.) περιέγραψε τρία είδη ψυχοπάθειας, την φρενίτιδα, το παραλήρημα και την μελαγχολία. Δίνει έμφαση στην σχέση ιατρού - ασθενή προκειμένου να ευθυμήσουν οι μελαγχολικοί και να ηρεμήσουν οι μανιακοί (Andreasen & Black, 1991).

Ο Αρεταίος (80 μ.Χ.) από την Καππαδοκία άφησε εποχή με τις ακριβείς περιγραφές του για τις διάφορες μορφές ψυχικής ασθένειας και ιδιαίτερα της μανίας και της μελαγχολίας. Ο Σωρανός (2^{ος} αιώνας μ.Χ.) που έζησε στη Ρώμη, μελέτησε την προνοσηρά προσωπικότητα των ψυχιατρικών ασθενών και εισήγαγε ανθρωπιστικές αρχές στην θεραπεία και νοσηλεία των ψυχικά ασθενών όπως είναι το ήσυχο περιβάλλον, το διάβασμα, η συζήτηση και η δραματοθεραπεία.

Ο Γαληνός (138-201 μ.Χ.) υπήρξε ο διασημότερος γιατρός της εποχής. Εκείνο που υπερέχει από την άποψη αυτή στα γραπτά του, είναι η διαίρεση που κάνει ανάμεσα στην ιδιοπαθή ψυχοπάθεια και στην συμπαθητική ή κατά συγκατάβαση ψυχοπάθεια καθώς και η σπουδαιότητα που δίνει στην τελευταία. Πάντως, διέκρινε σαφώς το παραλήρημα των οξειών νόσων του εγκεφάλου, την φρενίτιδα, από την χρόνια ψυχοπάθεια. Διέκρινε δε επίσης και συμπτωματική ψύχωση από παθήσεις των εσωτερικών οργάνων.

Μεσαιωνική περίοδος

Φθάνοντας στο Μεσαίωνα (5ος-15ος αιώνας) κύρια χαρακτηριστικά είναι:

α) η συνέχιση των απόψεων της Ελληνιστικής περιόδου περί χυμών (αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα), χρωματισμένων με προκαταλήψεις , ηθικολογία και φανατική θρησκευτικότητα και β) η συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον ψυχασθενή. Εξαίρεση αποτελούν οι Άραβες οι οποίοι με βάση την Μουσουλμανική πίστη θεωρούν ότι ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το θεό, αναπτύσσουν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν

άσυλα για τους ψυχασθενείς. Αλλά οπωσδήποτε στην Ευρώπη τα χαρακτηριστικά της εποχής αυτής είναι η δαιμονολογία ότι δηλαδή η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου, η αστρολογία και η θεραπεία με εξορκισμούς (Μάνος, 1997:19). Την ίδια περίοδο θα πρέπει να τονισθεί η παρουσία των περίφημων ψυχικών διαταραχών ή μαζικών ψυχώσεων, όπως είναι η κίνηση των Σταυροφόρων ή Αυτομαστιγυμένων (Ι.Λασκαράτος, Κονταξάκης, 2005:35)

Περίοδος -Αναγέννησης

Η επικράτηση της λογικής και της επιστημονικής σκέψης άλλαξε το τοπίο την περίοδο της Αναγέννησης (15ος-17ος αιώνας). Τότε μπήκαν οι βάσεις για τον ανθρωπισμό, ένα φιλοσοφικό κίνημα που δίνει έμφαση στην ανθρώπινη ευημερία και στην μοναδικότητα του ατόμου. Όμως, σύμφωνα με τον ανθρωπισμό της Αναγέννησης οι άνθρωποι δεν είναι δαιμονισμένοι αλλά ψυχικά ασθενείς που χρήζουν θεραπείας. Μια σειρά μεθόδων θεραπείας αντανάκλουν αυτό το ανθρωπιστικό πνεύμα. Το 1563 ο Johann Weyer δημοσίευσε ένα βιβλίο εναντίον της θεωρίας της μαγείας. Το βιβλίο του κατακρίθηκε και απαγορεύτηκε από τη εκκλησία και την πολιτεία, αλλά αποδείχτηκε να είναι ο πρόδρομος της επικράτησης του ανθρωπισμού στην ψυχική υγεία.

Κατά τον 17^ο αιώνα εμφανίζεται η έννοια των νευρώσεων. Ο G.Mercurial (1530-1606) παρατήρησε αύξηση των περιπτώσεων υποχονδρίας και ο Sydenham Thomas (1621-1689) της υστερίας των γυναικών που στους άνδρες παίρνει την μορφή μανίας. Ο Thomas Willis (1621-1675) εξέφρασε την άποψη ότι η υστερία δεν είναι πάθηση της μήτρας αλλά του εγκεφάλου (Χριστοδούλου, 2005).

Διαφωτισμός

Ο 17ος και 18ος αι. μ.Χ. χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη κλινική αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και από προοδευτικά όλο και περισσότερες ταξινομήσεις. Επίσης, παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη φύση της «υστερίας» και της «μελαγχολίας» και δεν περιορίζεται μόνο στην αναζήτηση της αιτιολογίας τους, αλλά επεκτείνεται και στην θεραπεία τους. (Μάνος, 1997:21).

Στη Γαλλία τον 18ο αιώνα ένας ιατρός ο Philippe Pinel (1745-1826) οργάνωσε αυτό που ονομάστηκε κίνημα της ηθικής θεραπείας. Στο έργο του επιβεβαίωσε την προέλευση των ψυχικών νοσημάτων από παθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου. Ασχολήθηκε με τις αιτίες των ψυχικών παθήσεων και υποστήριξε ότι οι αιτίες των ψυχικών παθήσεων είναι η κληρονομικότητα, οι επιβλαβείς παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος, ο ανώμαλος τρόπος ζωής, τα σπασμωδικά και τα καταπιεστικά πάθη, η αλλαγή του τρόπου ζωής, η μελαγχολική ιδιοσυστασία, φυσικοί παράγοντες όπως ο αλκοολισμός καθώς και οι συγκρούσεις ενστίκτων και θρησκευτικών δογμάτων (Χαρτοκόλλης, 1986).

Ο Pinel αναγνωρίζει τέσσερις μεγάλες κατηγορίες ψυχικών παθήσεων: τη μανία, τη μελαγχολία, την άνοια και την ιδιοτεία. Η μοναδική θεραπεία των ψυχικών παθήσεων σύμφωνα με τον Pinel περιλαμβάνει τις διάφορες μορφές εκπαίδευσης και απορρίπτει κατηγορηματικά την χρήση αλυσίδων ως μέθοδο θεραπείας (Κονταξάκης, Χαβάκη και Χριστοδούλου, 2005:40).

Σύγχρονη εποχή

Στις αρχές του 19ου αιώνα για πρώτη φορά η ψυχιατρική αρχίζει να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα και σαν όρος πρωτοπαρουσιάζεται κυρίως σε Γερμανικά περιοδικά. Στην προσπάθειά της να αποκτήσει μια πιο επιστημονική ταυτότητα στρέφεται με ενθουσιασμό προς την οργανική, σωματική άποψη. Περί τα μέσα του 19ου αιώνα αναπτύχθηκε η θεωρία του εκφυλισμού με κύριο εκφραστή τον Morel (1809) με την οποία θεμελιώνεται η πρωτοκαθεδρία της εγκεφαλικής λειτουργίας στην εξήγηση των ψυχοπαθολογικών φαινομένων (Πλουμπίδης, 1995:16). Ο Morel αναφέρει τις ψυχικές παθήσεις ως εκφυλιστικές, που υπόκεινται στο νόμο της εξέλιξης, που μπορεί να οφείλονται στην τοξίκωση (ελονοσία, αλκοόλ), στο κοινωνικό επίπεδο, σε παθολογική ιδιοσυστασία, σε ηθική νόσηση, σε έμφυτη ή επίκτητη βλάβη και τέλος στην κληρονομικότητα (Κονταξάκης, 2005:42).

Στις αρχές του 20ου αιώνα η θεωρία του εκφυλισμού παραγκωνίζεται από τις μελέτες της κληρονομικότητας των ψυχικών παθήσεων. Στην Γερμανία ο Wilhelm

Griesinger (1817-1868) με το βιβλίο του «Παθολογία και θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων» άσκησε μεγάλη επιρροή επιβεβαιώνοντας ότι κάθε ψυχικό νόσημα αποτελεί εκδήλωση εγκεφαλικής πάθησης. Την ίδια περίοδο ο Emil Kraepelin (1856-1927) εισάγει νέες έννοιες της ψυχιατρικής όπως οι μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις και η πρώιμη άνοια, περισσότερο γνωστή στις μέρες μας ως σχιζοφρένεια, όρος που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1911 από το Γερμανοελβετό Ευγένιο Μπλούρερ (Κονταξάκης, 2005).

Σύγχρονος του Kraepelin, ο Sigmund Freud, παρόλο που ο προσανατολισμός του παρέμεινε βιολογικός, έγινε ο ιδρυτής μιας καινούριας σχολής ψυχολογίας του ανθρώπου, της ψυχαναλυτικής. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση επηρέασε βαθιά όχι μόνο την ψυχιατρική, αλλά και την ανθρωπολογία, την ιστορία, τη λογοτεχνία, την τέχνη και γενικά τον πολιτισμό του αιώνα μας. Η θεωρία του Freud άσκησε επίδραση σε πλήθος επιστημόνων, που αργότερα δημιούργησαν ξεχωριστές σχολές όπως οι Adler, Jung, Rank (Γεωργάρας, 1987:19).

Μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα οι διάφορες οργανικές θεραπείες (shock, ψυχοχειρουργική) δεν έδωσαν τα αποτελέσματα που αναμένονταν και έγιναν αντικείμενο επικρίσεων. Η χημειοθεραπεία βρήκε πρόσφορο έδαφος και εισήχθη η ψυχοφαρμακολογία. Η χλωροπρομαζίνη ήταν το πρώτο αντιψυχωσικό φάρμακο που ανακαλύφθηκε από Γάλλους επιστήμονες το 1953 που άνοιξε το δρόμο για την ευρεία εφαρμογή των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής (Μάνος, 1997:27).

1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα των ψυχικών διαταραχών και του στίγματος

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Οι επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας, δείχνουν πως το 10-20% του πληθυσμού ανά πάσα στιγμή υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, από τις ελαφρότερες έως τις βαρύτερες που συχνά προκαλούν αναπηρία δια βίου. Δύο πρόσφατες μελέτες (Wittchen & συν 2011, Gustavsson & συν 2011), συνδύασαν τα επιδημιολογικά δεδομένα από 30 χώρες της Ευρώπης (27 χώρες της ΕΕ, Ελβετία, Νορβηγία, Ισλανδία) των ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών, ή «νόσων του εγκεφάλου» όπως ορίζονται

σε αυτές, προκειμένου να προσδιορίσει τον επιπολασμό των διαταραχών αυτών, την κοινωνική επιβάρυνση που προκαλούν, όπως και το ετήσιο οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η φροντίδα τους (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Όπως φαίνεται, το 2% περίπου του πληθυσμού, πάσχει είτε από ψυχώσεις (συνήθως σχιζοφρένεια), είτε από διπολική διαταραχή. Οι διαταραχές αυτές συχνά απαιτούν δια βίου φροντίδα και ψυχιατρική θεραπεία και παρακολούθηση. Οι παρεμβάσεις είναι πολλαπλές και κυμαίνονται από τη φαρμακευτική θεραπεία και την νοσηλεία (σε περιόδους υποτροπής), έως ειδικές υπηρεσίες στέγασης, ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Επιπλέον, σοβαρό πρόβλημα αποτελεί η άνοια, με έναρξη συνήθως κατά την τρίτη ηλικία. Όμως, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού πάσχει από τις λεγόμενες «συνήθειες» ψυχικές διαταραχές, με βασικά συμπτώματα το άγχος, τη διαταραχή του συναισθήματος και σωματικά ενοχλήματα. Οι διαταραχές αυτές είναι μεν λιγότερο σοβαρές από τις προηγούμενες και θεραπεύσιμες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, αλλά δεν παύουν να προκαλούν σημαντική πτώση του επιπέδου λειτουργικότητας των πασχόντων.

Η συχνότερη διαταραχή, η οποία συχνά συνυπάρχει με άλλες είναι η κατάθλιψη, η οποία υπολογίζεται από τον Π.Ο.Υ. πως το 2020 θα αποτελεί το δεύτερο σε κοινωνική επιβάρυνση πρόβλημα υγείας παγκοσμίως.

Τέλος, όσον αφορά στο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες, αυτό είναι τεράστιο. Στη μελέτη των Gustavsson και συνεργατών (2011), το συνολικό ετήσιο κόστος των «νόσων του εγκεφάλου» στις 30 ευρωπαϊκές χώρες υπολογίσθηκε σε 798 δις. €. Από αυτό 37% αφορά σε άμεσο υγειονομικό κόστος, το 23% σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος και το 40% σε έμμεσο κόστος που προκύπτει από την απώλεια παραγωγικότητας.

Υπάρχουν ελάχιστα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Για την ακρίβεια, τα πιο πρόσφατα και αξιόπιστα στοιχεία προέρχονται από την πρόσφατη έρευνα σε τυχαίο δείγμα 4900 ατόμων ηλικίας 18-74 ετών. Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα, το 14% των Ελλήνων (1.200.000 άτομα), πάσχουν από κάποια «συνήθη» ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Στους μισούς από αυτούς, (7% ή περίπου 600.000 άτομα), η ψυχική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση. Εν τούτοις, μόνο το 25% από αυτούς έχει επαφή με ψυχίατρο για το πρόβλημά του,

ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό του γιατρό. Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν την έρευνα, δεν διαφέρει από εκείνη που έγινε με την ίδια μεθοδολογία σε άλλες χώρες, όπως στην Μ. Βρετανία, όμως το «χάσμα στη θεραπεία» σε αυτές είναι πολύ μικρότερο. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα σε αυτήν την έρευνα, είναι η συχνότητα των διαταραχών αλλά και ορισμένων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Η συχνότητα των κατάθλιψης στους άνεργους και τους συνταξιούχους είναι υπερδιπλάσια από τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), η συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη ειδικότερα να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ευρήματα που αφορούν το σύμπτωμα «ευχές θανάτου», που αφορά στην τάση του ατόμου να θεωρεί το θάνατο ως λύση για τα προβλήματά του. Το σύμπτωμα αυτό συνδέεται με τις ιδέες αυτοκτονίας, που με τη σειρά του σχετίζεται με τις απόπειρες αυτοκαταστροφής. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως οι άνεργοι εμφάνιζαν υπερτριπλάσια συχνότητα σε σχέση με τους εργαζόμενους (10% προς 3%), ενώ τα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες μεγαλύτερη από έξι φορές συχνότητα (13% προς 2%) σε σχέση με τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Κατά συνέπεια, η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και η επέκταση της ανέχειας σε μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού, αναμένεται να αυξήσει τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό, εφόσον περισσότερα άτομα θα ανήκουν στις κατηγορίες των ανέργων και των οικονομικά μειονεκτούντων. Επιπλέον, λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των πόρων που το άτομο και το κράτος μπορούν να διαθέσουν για την ψυχική υγεία, το «χάσμα θεραπείας» αναμένεται να διευρυνθεί περισσότερο (Υ.Υ.Κ.Α, 2011).

Ο μεγαλύτερος όγκος της έρευνας για το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια επικεντρώνεται στην διερεύνηση των στάσεων του γενικού πληθυσμού ή ειδικών πληθυσμιακών ομάδων απέναντι στους ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές, και στις αναπαραστάσεις της σχιζοφρένειας και της βίας από τα ΜΜΕ (Οικονόμου και συν.,2005). Ο όρος στίγμα αναφέρεται σε προβλήματα της γνώσης (άγνοια), σε στάσεις (επιφύλαξη) και σε συμπεριφορά (διάκριση).

Πολλοί παράγοντες έχουν βρεθεί να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων, κάποιοι σχετικοί με τα άτομα που στιγματίζονται και κάποιοι με άτομα ή ομάδες που εκδηλώνουν αυτές τις στιγματιστικές στάσεις. Κύρια χαρακτηριστικά από την πλευρά των ατόμων που εκδηλώνουν στιγματιστικές στάσεις είναι η μεγάλη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η απουσία διαπροσωπικής επαφής με έναν ασθενή με ψυχιατρική διαταραχή, η έλλειψη πληροφόρησης, η ημιμάθεια, ο φόβος που σχετίζεται με την πεποίθηση της επικινδυνότητας των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα και η βαρύτητα της νόσου, όπως και το άρρεν φύλο, επηρεάζουν αρνητικά τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (Οικονόμου και συν.,2005).

Ο πιο συχνός δείκτης κοινωνικού στιγματισμού είναι η κοινωνική απόσταση, η οποία αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης της απόστασης με μια συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας, από το να κουβεντιάσει κανείς με ένα ασθενή με σχιζοφρένεια μέχρι να συγκατοικήσει ή να τον παντρευτεί .

Μια σχετικά πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο δήμο Αθηναίων το 2009 έδειξε, ότι οκτώ στους δέκα πολίτες συνδέουν ορισμένες ψυχικές διαταραχές με την βία και την επικινδυνότητα αλλά και με ανικανότητα για εργασία. Με βάση τον παραπάνω δείκτη κοινωνικής απόστασης οι περισσότεροι στιγματισμένες ομάδες είναι οι ψυχικά ασθενείς και οι χρήστες ουσιών σε σχέση με τους μετανάστες και τα άτομα με σωματική αναπηρία (Οικονόμου και συν., 2010).

Το φαινόμενο του στιγματισμού δεν ισχύει μόνο για τα άτομα που είναι ανενημέρωτα περί του θέματος. Επαγγελματίες ακόμα και από το φάσμα των επαγγελμάτων υγείας διατηρούν στάση αρνητική απέναντι στα ψυχικά άρρωστα μέλη της κοινωνίας (Corrigan and Watson, 2002). Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι γιατροί και οι σπουδαστές της ιατρικής τείνουν να συμεριστούν τις ίδιες αρνητικές απόψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες όπως αυτές του ευρέος κοινού. Από την άλλη πλευρά, οι ψυχίατροι φαίνονται να έχουν την θετικότερη στάση-άποψη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και τα άλλα επαγγέλματα (Imran and Haider, 2007).

Παρόμοια έρευνα διεξήχθη στις κάτω χώρες (Netherlands) η οποία μελετούσε την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Βρέθηκε λοιπόν πως με το πέρασ του χρόνου επικρατεί η ουδέτερη στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Μετά την ηλικία των σαράντα οι επαγγελματίες υγείας αποστασιοποιούνται από τους πελάτες τους - ψυχικά ασθενείς. Η εξήγηση που δίνεται για αυτό είναι η εξοικείωση. Με τον καιρό δηλαδή επέρχεται η φθορά του επαγγελματία και απομονώνεται. Ακόμα μεγαλύτερη είναι η απομόνωση και η ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στους ανθρώπους αυτούς από τους διευθυντές των υπηρεσιών αυτών. Αυτό φάνηκε πως οφείλεται στην μη συναναστροφή τους με αυτά τα άτομα (van Doeselaar et al., 2008).

Μια σειρά από μελέτες διαπίστωσαν ότι εκείνοι οι ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας τους αντιμετώπιζαν αρνητικά και είχαν διακριτική μεταχείριση. Επίσης, διάφορες μελέτες που αξιολογούν τη στάση των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών δείχνουν μια αρνητική στάση (Leonieke C et al., 2013). Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει τις συνέπειες της αρνητικής στάσης των επαγγελματιών της υγείας προς τους ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών.

Στην επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας που έγινε από τους Ross C. A. & Goldner E. M (2009) σχετικά με στίγμα, τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις διακρίσεις της ψυχικής ασθένειας, υπό το πρίσμα του νοσηλευτικού επαγγέλματος διαπιστώνουμε ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη στιγματίζουν και στιγματίζονται. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάρχει κατακερματισμός της φροντίδας από τους νοσηλευτές οι οποίοι αντιμετωπίζουν με φόβο, και με επίπληξη τον ψυχικά ασθενή υποτιμώντας τις ανάγκες του ασθενή εξαιτίας της νόσου. Παράλληλα, διατυπώνουν απαισιόδοξες απόψεις για την πορεία και την έκβαση της νόσου. Επίσης, μέσα στο νοσηλευτικό κλάδο υπάρχει μια υποτίμηση του ρόλου και του κύρους των νοσηλευτών που εργάζονται στο ψυχιατρικό τομέα έναντι των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο στοιχείο των ερευνών που έχουν γίνει είναι ότι ο στιγματισμός δεν περιορίζεται μόνο στους ψυχικά ασθενείς αλλά υπάρχει και στους

νοσηλευτές που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα αφού εργάζονται σε συνθήκες στρεσογόνες, με αποτέλεσμα να δέχονται επικριτικά σχόλια από τους συναδέλφους τους αποδίδοντας πολλές φορές την ασθένεια σε αδυναμία της προσωπικότητας και ελάττωμα του χαρακτήρα (Lauber & Sartorius, 2007).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας, δεν αντιμετωπίζονται έγκαιρα, ούτε με την ανάλογη αποτελεσματικότητα. Οι λόγοι σχετίζονται με το στίγμα της ψυχικής νόσου, την επακόλουθη άρνηση, την κακώς εννοούμενη επαγγελματική αλληλεγγύη, τη νοοτροπία της «ιατρικής παντοδυναμίας», καθώς και με την απουσία εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Τέλος, η επαφή με τους ψυχικά ασθενείς έχει αναδειχθεί μια από τις βασικότερες μεταβλητές στην καταπολέμηση του στίγματος. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν εξοικειωθεί με την σχιζοφρένεια έχουν διαμορφώσει θετικότερες στάσεις και εκφράζουν την επιθυμία για μικρότερη κοινωνική απόσταση από τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή (Οικονόμου και συν., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Κοινωνικό στίγμα

Ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας δεν αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο. Στην αρχαία Ελλάδα σημάδευαν τους δούλους για να καταστήσουν σαφή την υποδεέστερη θέση τους στην κοινωνική διαστρωμάτωση. Στο Μεσαίωνα στιγματίζαν με πυρακτωμένο σίδερο τους εγκληματίες, τους «παρεκκλίνοντες» γενικότερα, ως σημάδι διαπόμπευσης, ώστε να γίνει ευδιάκριτη η «μιαρή» συμπεριφορά τους. Τα ιστορικά στοιχεία συγκλίνουν στην άποψη πως το στίγμα συνοδεύει την ψυχική νόσο ανά τους αιώνες, ανεξαρτήτως κουλτούρας, έθνους και θρησκευτικών πεποιθήσεων (Zartaloudi, A., Madianos, M. ,2010).

Το στίγμα είναι ένα σημάδι ανεξίτηλο σε κάποιον που η κοινωνία επιθυμεί να ξεχωρίζει υποδηλώνοντας αρνητικές και απαξιωτικές ιδιότητες. Ο Goffman (2001) όρισε το στίγμα ως μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής. Το στίγμα αναφέρεται σε ένα σύνολο αρνητικών συμπεριφορών και ιδεών που κινητοποιούν το φόβο, την απόρριψη, την αποφυγή και τη διάκριση των ψυχικά μειονεκτούντων. Το στίγμα αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή που έχει δημιουργηθεί για να ετικετικοποιήσει όσους είναι διαφορετικοί από το γενικό πληθυσμό.

Αυτοστιγματισμός είναι ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται καταστάσεις και εμπειρίες που προκύπτουν από την ίδια του τη δυσκολία - διαφορετικότητα αλλά και από τις αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις τις οποίες αντιμετωπίζει (Καρύδη, 2007).

Συνοπτικά μπορούν να αναφερθούν κυρίως τρία είδη στίγματος:

1. αφορούν την εξωτερική εμφάνιση, όπως αποκρουστικά φυσικά χαρακτηριστικά- διάφορες σωματικές δυσμορφίες, αναπηρίες, γήρας,
2. σχετίζονται με τις εσωτερικές λειτουργίες (φυσικές, νοητικές) του ατόμου που αναφέρονται ως ψεγάδια του χαρακτήρα και γίνονται αντιληπτά ως ασθενής θέληση,

πάθη, ανεντιμότητα, ψυχική διαταραχή, παραβατικότητα, εξάρτηση, αλκοολισμός, ομοφυλοφιλία, ανεργία, τάσεις αυτοκτονίας, ριζοσπαστική πολιτικής συμπεριφορά κτλ

3. τα συλλογικά στίγματα μιας φυλής, ενός έθνους, μιας θρησκευτικής ομάδας, τα οποία θεωρείται ότι μεταδίδονται μέσω της καταγωγής και μολύνουν εξίσου όλα τα μέλη της οικογένειας (Goffman, 2001: 66-67).

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες με την κατανόηση του στίγματος. Τα στερεότυπα ορίζονται ως αρνητικές συνήθως ιδιότητες που αποδίδονται σε άτομα ή ομάδες και προκαθορίζουν την συμπεριφορά μας (λ.χ. η αρνητική πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα), τονίζοντας τις επιμέρους διαφορές μεταξύ των κοινωνικών ομάδων «αυτοί και εμείς» (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

Σύμφωνα με τις θεωρίες της κοινωνικής ψυχολογίας, οι προκαταλήψεις γεννιούνται μέσα από την κοινωνική διαντίδραση (Hughes και Kroehler, 2007:389-392). Οι προκαταλήψεις είναι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται όταν η κοινωνία ενστερνίζεται τα αρνητικά στερεότυπα (για παράδειγμα αποδέχομαι την πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα και τα φοβάμαι). Οι κυριότερες προκαταλήψεις που βοήθησαν στην δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στα στερεότυπα που περιγράφουν τον ψυχικά πάσχοντα επικίνδυνο, ανίατο και ανεύθυνο (Υ.Υ.Κ.Α ,2004).

Τέλος, οι διακρίσεις είναι οι συμπεριφοριστικές αντιδράσεις που ακολουθούν την προκατάληψη (λ.χ. πιστεύω ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα, τα φοβάμαι και αποφεύγω να εργασθώ μαζί τους). Πρόκειται για μια διαδικασία που στερεί από τα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας τα προνόμια, το κύρος, την νομική προστασία και μια σειρά κοινωνικά δικαιώματα και αγαθά , τα οποία απολαμβάνουν άλλες ομάδες. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η προκατάληψη δεν συμπίπτει υποχρεωτικά με την κοινωνική διάκριση δηλαδή, δεν υπάρχει πάντοτε άμεση σχέση ανάμεσα στις στάσεις και την συμπεριφορά των ατόμων (Hughes και Kroehler, 2007:394-395).

Οι ομάδες πληθυσμού ή τα άτομα που υφίστανται διακρίσεις και πλήττονται περισσότερο από το στίγμα είναι :

- Ψυχικά ασθενείς - Άτομα με αναπηρία
- Χρήστες ουσιών
- Φορείς και πάσχοντες από AIDS
- Ομόφυλοι-Διαταραχή ταυτότητας φύλου.
- Μετανάστες -Πρόσφυγες-Αλλόθρησκοι
- Πολιτισμικές , θρησκευτικές ή εθνικές ομάδες (λ,χ Ρομά ,μουσουλμάνοι κ.α)
- Φυλακισμένοι-Αποφυλακισμένοι
- Άστεγοι-Φτωχοί-Άνεργοι-Ηλικιωμένοι

Στην πραγματικότητα, τα άτομα αυτά πολύ συχνά εμφανίζονται να ανήκουν σε μια ή περισσότερες ταυτοχρόνως ομάδες γεγονός, που τους προσδίδει το χαρακτηριστικό του αποκλεισμού λόγω της συσσώρευσης κοινωνικών μειονεκτημάτων (Παπαδοπούλου Δ, 2012:52-53).

2.2 Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή - Θεωρίες

Η έρευνα για το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια την μεταπολεμική περίοδο υπήρξε πολύ σημαντική. Ο Tomas Scheff (1966) ως εκπρόσωπος της θεωρίας της ετικέτας ισχυρίζεται ότι τα ψυχικά νοσήματα δεν προκύπτουν απλώς ως αποτέλεσμα εσωτερικών ψυχολογικών δυσλειτουργιών, αλλά συνιστούν «ετικετοποιημένες παραβιάσεις» της κοινωνικής νόρμας. Οι νόρμες αυτές είναι λανθάνοντες (άτυποι) κανόνες, που μπορεί να παραβαίνουν οι άνθρωποι χωρίς να χαρακτηρίζονται ως ψυχικά πάσχοντες. Άρα, ο πιο σημαντικός παράγοντας δεν είναι η συμπεριφορά του «παραβάτη» αλλά η κοινωνική αντίδραση που απορρέει από την ύπαρξη και την εφαρμογή του στερεότυπου της ψυχικής ασθένειας. Αν αυτό θα τεθεί ή όχι σε εφαρμογή εξαρτάται από τα όρια της ανεκτικότητας για κάποιες πράξεις, το κύρος ή την εξουσία του «παραβάτη» ή της ύπαρξης άλλων εναλλακτικών και πιο «προφανών» αιτιολογήσεων για την «αποκλίνουσα» συμπεριφορά.

Αφού κάποιος ετικετοποιηθεί ως ψυχικά πάσχων υιοθετεί την τυπολογία της αποκλίνουσας συμπεριφοράς (ξεκινά όπως έλεγε ο Scheff μια «καριέρα αποκλίνουσα») ανταμείβεται από το στερεότυπο ρόλο της ψυχικής νόσου και «τιμωρείται» αν αντισταθεί σε αυτό. Ο Scheff πιστεύει ότι, αν και αυτό αντιτίθεται στην βασική αρχή της Συμβολικής Διάδρασης, περί νοημάτων και εσωτερικού διαλόγου «στο πλαίσιο της κρίσης της προσωπικότητάς του», ο άνθρωπος γίνεται ευάλωτος και είναι πιθανόν να δεχτεί τον υποδεικνυόμενο ρόλο του τρελού ως τη μόνη «εναλλακτική επιλογή» όταν ο «παραβάτης» των λανθανόντων κανόνων χαρακτηριστεί δημόσια ως κάποιος με αποκλίνουσα συμπεριφορά.

Ο μεγάλος κοινωνιολόγος Erving Goffman (1963) μέσα από τα έργα τα του «Τα Άσυλα» και το «Στίγμα» θεωρεί ότι οι άνθρωποι δεν προβάλλουν τον πραγματικό εαυτό τους, αλλά υποδύονται μια σειρά από ρόλους που μεταβάλλονται ανάλογα με το κοινό που έχουν απέναντί τους. Κάθε όμως κοινωνία έχει στερεότυπες προσδοκίες για το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται τα άτομα στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις: «εικονική κοινωνική ταυτότητα». Όταν υπάρχει αντίφαση ανάμεσα στην εικονική και την πραγματική κοινωνική ταυτότητα δημιουργείται το στίγμα. Αυτή όμως η διαφορετικότητα αξιολογείται ηθικά και υποτιμητικά. Η κοινωνία κάνει το στιγματισμένο άτομο να νιώθει ντροπή (ως η βασική προοπτική της ζωής του) μειονεξία, κατωτερότητα και μετά να εκλογικεύει αυτές τις αντιλήψεις.

Ένα μικρό επίτευγμα του «στιγματισμένου» θεωρείται ένδειξη χαρισμάτων ενώ μια μικρή αποτυχία του, άμεση συνέπεια της «διαφορετικότητάς» του. Οι «φυσιολογικοί» άνθρωποι προσποιούνται αμήχανα ότι δεν προσέχουν τις προβληματικές συμπεριφορές του και ο έλεγχος των εντυπώσεων μιας «αμαυρωμένης ταυτότητας» είναι πραγματικά ένα δύσκολο καθήκον. Γι' αυτό είναι πιθανόν το στιγματισμένο άτομο να θέλει να τις αποφύγει και τελικά να οδηγείται σε κοινωνική απομόνωση βιώνοντας άγχος ή κατάθλιψη. Οι «σοφοί» (ανταποκρίνεται στις ανάγκες του) όμως οι «δικοί» τους άνθρωποι (π.χ. φέρουν και αυτοί ένα στίγμα) δεν εκδηλώνουν απορριπτική συμπεριφορά προς τα άτομα αυτά και τους αντιμετωπίζουν ως πλήρεις ανθρώπινους και όχι ως υποδεέστερους. Όμως η αντιμετώπιση π.χ. από ένα «σοφό νοσηλεύτη» θα πρέπει να γίνει αποδεκτή και από το στιγματισμένο (Goffman,2001)

Ως θεωρητικός της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, δεν επικεντρώνεται στην παρεκκλίνουσα συμπεριφορά αλλά στη σημασία που της αποδίδουν τα άτομα μέσα σε συνθήκες αμοιβαίας επικοινωνίας, στις συνέπειες που έχει για το υποκείμενο η παραβίαση των κανονιστικών προτύπων, αλλά και στα τεχνάσματα που αυτό υιοθετεί για να καλύψει την έκταση της απόκλισης απόστασης από αυτά. Η αδυναμία του ατόμου να ανταποκριθεί στις κοινωνικές επιταγές έχει σοβαρή συνέπεια στην κοινωνική του ταυτότητα.

Η διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας του ατόμου ως αποτέλεσμα του στιγματισμού, κατά την διαδικασία της συνύπαρξης του με τους φυσιολογικούς στο πλαίσιο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης προκαλεί μια αμοιβαία αμηχανία αφού η διαχείριση της αμηχανίας αποτελεί το βασικό μέλημα τόσο του φυσιολογικού όσο και του στιγματισμένου. Το στίγμα ως ιδιότητα που αποδίδεται κοινωνικά, ενσωματώνει αρνητικά στερεότυπα και έχει το χαρακτήρα μια ηθικής αποτυχίας. Ταυτόχρονα, δηλώνει μια ιδιαίτερη ασυμφωνία ανάμεσα στην δυνητική και την πραγματική κοινωνική ταυτότητα (Goffman, 2001:65).

Ο Goffman (2001) εστιάζει την προσοχή του στην τάση των μελών της κοινωνίας να κατατάσσουν άτομα ή ομάδες σε κατηγορίες κάνοντας διακρίσεις ανάλογα με την θέση που τους έχουν αποδώσει στην κοινωνική κλίμακα.

Οι στιγματισμένοι όπως είναι τα άτομα με αναπηρία, οι ψυχικά πάσχοντες, οι μειονότητες κ.α. καταπατούν τα κυρίαρχα κανονιστικά πρότυπα περί ταυτότητας αλλά και τα κοινωνικά καθιερωμένα πρότυπα των υπολοίπων μετεχόντων. Το στίγμα μπορεί να οφείλεται σε σωματικές αναπηρίες, σε ατέλειες του χαρακτήρα και σε διαφορές με βάση το φύλο, τη θρησκεία, την εθνότητα γνωρίσματα που είναι κληρονομικά ή επίκτητα, μόνιμα ή προσωρινά. Ο στιγματισμός στην βάση των παραπάνω χαρακτηριστικών δεν είναι ούτε φυσικός ούτε εγγενής. Έτσι, το στίγμα στην ουσία του είναι μια κοινωνική κατασκευή υπό την έννοια ότι ίδια η κοινωνία επινοεί κατηγορίες, καθιερώνει μέσα κατάταξης των ατόμων σε αυτή, αποδίδει συγκεκριμένες σημασίες σε ένα συγκεκριμένο φάσμα γνωρισμάτων, καθορίζει κάποιους ως φυσιολογικούς και συνηθισμένους και κάποιους άλλους ως αφύσικους και απαξιωμένους (Goffman, 2001).

Τέλος, σύμφωνα με την ενιαία θεωρία του Rahman Haghghat (2001), η διαδικασία του στιγματισμού στις μέρες μας είναι κάπως διαφορετική απ' ό τι πριν 50 χρόνια. Λόγω της πληθώρας των προσφερόμενων πληροφοριών και εικόνων σε σχέση με το 1950 π.χ. ο ανθρώπινος νους πιέζεται συνεχώς να ανταποκριθεί σε απαιτήσεις: της κωδικοποίησης και της κατηγοριοποίησης. Η θεωρία αυτή που περιλαμβάνει και τη διαδικασία σχηματισμού στερεοτύπων και προκαταλήψεων, κάνει λόγο για ιδιοσυστασιακούς, ψυχολογικούς, εξελικτικούς παράγοντες και οικονομικά κίνητρα.

2.3 Συνέπειες του στίγματος

Οι συνέπειες του στίγματος στους ψυχικά πάσχοντες είναι πολλαπλές και αναφέρονται στην έλλειψη πόρων για την δημιουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε προβλήματα στέγασης και απασχόλησης, κοινωνική απομόνωση, σε αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου και σε αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια. Παράλληλα, ο ψυχικά ασθενής έχει να αντιμετωπίσει εκτός από την ασθένεια και μια δεύτερη ασθένεια το κοινωνικό στίγμα .

Οι συνέπειες του κοινωνικού στίγματος που προκύπτουν από διάφορες μελέτες που έγιναν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός- Β' φάση», αναφέρονται ακολούθως:

Ελλιπής χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου τα προγράμματα ψυχικής υγείας λειτουργούν με τεράστιες οικονομικές ελλείψεις. Ακόμα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες τα κονδύλια που χρειάζονται για να γίνουν μεταρρυθμίσεις στη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή είναι δυσεύρετα.

Προβλήματα στέγασης

Οι ιδιοκτήτες συχνά αρνούνται να μισθώσουν τα σπίτια τους σε άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα και υπάρχουν γειτονιές που εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων με ψυχικά ασθενείς. Ως αποτέλεσμα, πολλά άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες βρίσκονται χωρίς στέγη ή ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές κάτω από άθλιες συνθήκες.

Ευκαιρίες απασχόλησης και εργασίας

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς διαθέτουν σημαντική ικανότητα να εργαστούν, ακόμη και τη περίοδο που έχουν συμπτώματα και πολλοί από αυτούς διαθέτουν και ειδικές δημιουργικές δεξιότητες, ένα πολύ μικρό ποσοστό βρίσκει δουλειά κυρίως λόγω της αρνητικής στάσης των εργοδοτών.

Περιθωριοποίηση και κοινωνική απομόνωση

Στις αναπτυγμένες χώρες τα άτομα με μια σοβαρή ψυχική διαταραχή βιώνουν μια ιδιότυπη κοινωνική απομόνωση που οφείλεται όχι μόνο στα συμπτώματα της ασθένειάς τους αλλά και στο κοινωνικό στίγμα. Λίγες επαφές με φίλους, έκπτωση των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών, «ιδρυματισμός στην κοινότητα», είναι μερικά από τα στοιχεία που συνθέτουν την κοινωνική απομόνωση.

Είναι αξιοσημείωτο, ακόμη, να αναφερθούμε στο υποκειμενικό βίωμα της υποτίμησης και της περιθωριοποίησης, το οποίο επηρεάζει άμεσα την αυτοπεποίθηση του ατόμου. Η έννοια του εξωτερικευμένου στίγματος (αυτοστιγματισμός), αναφέρεται στην υποτίμηση, τη ντροπή και στις συμπεριφορές απόκρυψης, επηρεάζοντας τους ψυχικά μειονεκτούντες στο πώς βλέπουν τον εαυτό τους, την αυτοεικόνα τους ή την αυτοπεποίθησή τους με αρνητικό τρόπο (Lefley H.P, 1987). Τα άτομα αυτά είναι εγκλωβισμένα σε ένα σύστημα αλλοτρίωσης, απομόνωσης και χρονιοποίησης των προβλημάτων τους. Υπάρχουν άνθρωποι που εξαιτίας του στίγματος νιώθουν ντροπή σε περίπτωση που το πρόβλημα τους γίνει γνωστό, το κρύβουν, και δεν ζητούν βοήθεια με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν καμία θεραπεία. Η επιβάρυνση στη δημόσια υγεία

λόγω της αναγκαστικής νοσηλείας συνδέεται με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης των ψυχικά πασχόντων..

Αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου

Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς που έχουν αποδεχτεί τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας αισθάνονται μια εσωτερική πίεση να πειθαρχήσουν στο στερεότυπο του ανήμπορου και άχρηστου, με επακόλουθο τη μεγαλύτερη κοινωνική απόσυρση και την υιοθέτηση του ρόλου του ανάπηρου. Αναπτύσσει έτσι, συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής, οδηγείται στην «εσωστρέφεια», στο ερμητικό κλείσιμο στον «εαυτό του» και σηκώνει μόνος το βαρύ φορτίο της αρρώστιας με το δικό του τρόπο. Ο δρόμος αυτός τον οδηγεί τελικά στην περιθωριοποίηση, την απομόνωση και τον αποκλεισμό.

Η προκατάληψη και ο στιγματισμός όμως δεν περιορίζεται στο άτομο αλλά διαχέεται με μειωμένη όμως ένταση και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που βιώνουν και οι ίδιοι συναισθήματα ντροπής και ενοχής με συνέπεια την αυτοαπομόνωση και την απόκρυψη της νόσου εξαιτίας της αδυναμίας τους να διαχειριστούν το στίγμα.. Επιπρόσθετα, το στίγμα επεκτείνεται και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς επίσης και στις δομές ψυχικής υγείας (λ.χ ψυχιατρικά νοσοκομεία, εξωνοσοκομειακές δομές) στις οποίες αντιμετωπίζονται τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική πάθηση, γεγονός που έχει άμεση αντανάκλαση στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς. (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ,2004). Παλαιότερες έρευνες δείχνουν ότι και οι ψυχίατροι δεν διαφέρουν από τα άλλα άτομα ως προς το βαθμό που αποκρύπτουν τη δική τους ψυχική ασθένεια ή αυτήν ενός συγγενικού τους προσώπου (Lefley H.P., 1987).

2.4 Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή που επικράτησε τα τελευταία είκοσι χρόνια στην Ευρώπη και την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα (Παπαδοπούλου Δ., 2012:72). Είναι μια πολυδιάστατη και πολυεπίπεδη διαδικασία και υπάρχει μια δυσκολία σ' ένα καθολικό ορισμό του. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού για να

προσδιορίζει ετερόκλητα φαινόμενα, τα οποία προκαλούνται από τις διαφορετικές θέσεις των ατόμων στον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας. Εμφανίστηκε αρχικά ,στην Γαλλία και σύμφωνα με την Silver (1994) στόχευε σε μια γενικευμένη απόκλιση από τις κυρίαρχες αξίες και την κοινωνική τάξη.

Σε κοινοτικό επίπεδο εμφανίστηκε το 1989, επειδή τότε η καταπολέμηση του ήταν αντικείμενο απόφασης του Συμβουλίου Υπουργών. Ο λόγος που ο κοινωνικός αποκλεισμός εμφανίστηκε σε κοινοτικό πρόγραμμα δράσης πηγάζει από το γεγονός ότι σε όλες τις χώρες της Ευρώπης υπήρχαν νέες μορφές αποστέρησης που τις βίωναν μεμονωμένα άτομα ή ομάδες που σταδιακά οδηγούνταν στο περιθώριο. Ο αποκλεισμός σημαντικού τμήματος του πληθυσμού από το βιοτικό επίπεδο που απολάμβαναν οι υπόλοιποι πολίτες, δημιουργούσαν σοβαρά προβλήματα στην οικονομική και κοινωνική συνοχή των κρατών (Καβουνίδη, 1999).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνιστάται στην ανεπαρκή κοινωνική συμμετοχή και κοινωνική ενσωμάτωση του φτωχού στην κοινωνία. Η ανεπάρκεια εισοδήματος θεωρείται μια μόνο διάσταση των σύνθετων καταστάσεων αποστέρησης που βιώνουν οι κοινωνικά αποκλεισμένοι. Εξίσου σημαντική θεωρείται η πρόσβαση σε αγαθά όπως η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η υγεία, η στέγαση, οι υπηρεσίες πρόνοιας (Οικονόμου και Φερώνας, 2006: 10).

Στο πλαίσιο της κοινωνικής ζωής η ιδιαιτερότητα και η διαφορετικότητα είναι στενά συνδεδεμένες με την έννοια του κοινωνικού στίγματος που οδηγεί τελικά στο κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων. Το στίγμα που αναφέρεται σε σωματικά γνωρίσματα (όπως αναπηρία, γηρατειά), σε ψυχικά γνωρίσματα (όπως ψυχική ασθένεια, εθισμός σε ουσίες) και σε κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (όπως η μετανάστευση, ανεργία, φτώχεια), στερεί από κάποιον το δικαίωμα της κοινωνικής αποδοχής και της ισότιμης συμμετοχής στην κοινωνική ζωή (Κανάκης, 2012).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην περίπτωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι διττός. Αφενός, είναι πιο έντονος για συγκεκριμένες ομάδες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές λχ ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, οι ψυχικά πάσχοντες τείνουν να είναι αποκλεισμένοι από όλα το φάσμα των κοινωνικών δικαιωμάτων. Από

την άλλη, ο αποκλεισμός των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που ανήκουν σε συγκεκριμένες ομάδες (ευπαθείς) όπως ανασφάλιστοι, άνεργοι, άστεγοι, μετανάστες, οι ποινικά ανεύθυνοι και οι εισαγγελικοί ασθενείς. Οι ομάδες αυτές είτε αντιμετωπίζουν τον ιδρυματικό εγκλεισμό είτε κινούνται στο κενό, στη μεθόριο που χωρίζει τις κοινωνικές από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες ανήμποροι να ενταχθούν στην μία ή στην άλλη κατηγορία υπηρεσιών (Μοσχοβάκης, 2012).

Συνεπώς, η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού συναρτάται, όχι μόνο με την εργασία και το εισόδημα, αλλά και με την ανάδειξη όλων εκείνων των παραμέτρων που συνδέονται με την πραγμάτωση της κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινοτική ψυχιατρική μεταφέρουν την οπτική του κοινωνικού αποκλεισμού στο πεδίο της ψυχικής ασθένειας. Οι προσεγγίσεις αυτές επιχειρούν να υπερβούν την αμηχανία και το σεκτάρισμα της παραδοσιακής ψυχιατρικής απέναντι στην κοινωνική «ένδεια» που είναι συνυφασμένη με την ψυχική ασθένεια (Μοσχοβάκης, 2012).

Καταλυτικό ρόλο, στην ανάπτυξη μιας κοινοτικά προσανατολισμένης στρατηγικής για την ψυχική υγεία, αποτέλεσε η διακήρυξη για την ψυχική υγεία του Ελσίνκι. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προέβη στην έκδοση Πράσινης βίβλου για την ψυχική υγεία το 2008. Ένας από τους τομείς προτεραιότητας για την ανάληψη δράσης στο πλαίσιο του συμφώνου ήταν η καταπολέμηση του στιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού.

2.5 Μύθοι και πραγματικότητα για την ψυχική ασθένεια

Στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, σημαντικός παράγοντας παραμένει το στίγμα που επιδρά τόσο στην αναζήτηση της θεραπείας όσο και στην πορεία και την έκβαση της νόσου. Ο στιγματισμός, οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στερούνται ηθικής και επιστημονικής βάσης. Η κατάρριψη λοιπόν των μύθων και των εσφαλμένων αντιλήψεων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό βήμα στην προσπάθεια περιορισμού των προκαταλήψεων και των διακρίσεων που κυριαρχούν στο κοινωνικό σύνολο.

Παρακάτω αναφέρονται περιεκτικά ορισμένοι από τους μύθους που κυριαρχούν στους κόλπους της κοινωνίας και συμβάλλουν στο στιγματισμό των ψυχικά πασχόντων:

Μύθος: Οι ψυχικές ασθένειες δεν είναι στην πραγματικότητα ασθένειες, όπως ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά προβλήματα.

Πραγματικότητα: Οι ψυχικές διαταραχές είναι ασθένειες που χρειάζονται ιατρική αντιμετώπιση. Στην εκδήλωση των ψυχικών ασθενειών εμπλέκονται γενετικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι συνήθως μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Μύθος: Οι ψυχικές διαταραχές αφορούν ένα πολύ μικρό μέρος του πληθυσμού.

Πραγματικότητα: οι ψυχικές διαταραχές αφορούν ένα αρκετά σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού, που από τις επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται να είναι κοντά στο 20%. Επίσης αφορούν σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και ανεξάρτητα από φυλή, μόρφωση, οικονομική κατάσταση κ.λπ.

Μύθος: Ο ψυχικά ασθενής φταίει για την αρρώστια του επειδή δεν έχει αρκετή θέληση, έχει αδύναμο χαρακτήρα ή είναι τεμπέλης.

Πραγματικότητα: Πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας δεν μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά εξαιτίας της ασθένειάς τους, με αποτέλεσμα να αφήνουν την εργασία τους. Ωστόσο δεν ευθύνονται για την αρρώστια τους ούτε μπορούν από μόνοι τους να την αντιμετωπίσουν χωρίς την κατάλληλη θεραπεία και στήριξη.

Μύθος: Οι ψυχικές ασθένειες λ.χ. η σχιζοφρένεια είναι μεταδοτικές.

Πραγματικότητα: Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι μεταδοτικές. Στον κόσμο είναι διάχυτη η πεποίθηση ότι είναι μεταδοτική και αποτελεί τη βάση για πολλές διακρίσεις ενάντια στους ασθενείς και το στιγματισμό των μελών της οικογένειας του ασθενή, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα, και η αλήθεια είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Για την ακρίβεια, έρευνα που έγινε το 2014 οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα βίας παρά να διαπράξουν ένα έγκλημα.

Μύθος: Οι ψυχικές ασθένειες και ειδικά η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύονται.

Πραγματικότητα: Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι οι ίδιες για όλους, κάτι που σημαίνει ότι η θεραπεία διαφέρει. Υπάρχουν ψυχικές διαταραχές με τις οποίες το άτομο ζει μία ζωή, αλλά με τη σωστή βοήθεια και θεραπεία, ζει μία λειτουργική ζωή. Η κατάθλιψη μπορεί να ξεπεραστεί εντελώς, ενώ στη σχιζοφρένεια τα δύο τρίτα σχεδόν των ασθενών με την κατάλληλη θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη μπορούν να έχουν μια φυσιολογική ζωή.

Μύθος : Οι ψυχικά ασθενείς έχουν νοητική υστέρηση.

Πραγματικότητα: η ψυχική ασθένεια και η νοητική υστέρηση είναι δύο διαφορετικές καταστάσεις. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότεροι ψυχικά πάσχοντες έχουν μέση ή άνω του μέσου όρου νοημοσύνη και η ψυχική ασθένεια, όπως και η σωματική ασθένεια, μπορεί να επηρεάσει τον οποιονδήποτε ανεξαρτήτως νοημοσύνης, ευφυΐας, κοινωνικής τάξης ή επιπέδου εισοδήματος.

Μύθος: Σχιζοφρένεια σημαίνει διχασμένη προσωπικότητα ή διπλή προσωπικότητα.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν διπλή ούτε διχασμένη προσωπικότητα. Η σύγχυση προκαλείται από την ετυμολογική ερμηνεία της λέξης σχιζοφρένεια που είναι σύνθετη και απέχει από την ορθή επιστημονική χρήση του όρου. Στην πραγματικότητα, η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου που εμφανίζεται με διαταραχές στη σκέψη και στο συναίσθημα. Τα άτομα που έχουν σχιζοφρένεια έχουν διάφορα συμπτώματα, μεταξύ των οποίων είναι η κοινωνική απόσυρση, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρηματικές ιδέες (Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης & Επικοινωνίας, ΕΠΙΨΥ,2007).

2.6 Η απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ και στον κινηματογράφο.

Η λειτουργία και η δύναμη των ΜΜΕ καθώς και ο τρόπος που αυτά παρουσιάζουν την ψυχική ασθένεια παίζουν σημαντικό στην διαμόρφωση της κοινής γνώμης και την διαίωση του κοινωνικού στίγματος. Ως «καθρέπτης» της σύγχρονης κοινωνίας ο οποίος συχνά γίνεται παραμορφωτικός τα ΜΜΕ δεν αποδίδουν μόνο το προϊόν της εργασίας του δημοσιογράφου αλλά αντανakλούν τις πεποιθήσεις και τις στάσεις της κοινωνίας γενικότερα (Οικονόμου, 2010).

Η ανάγκη για εντυπωσιασμό στο «κυνήγι» της τηλεθέασης και της εμπορικότητας έχει σαν αποτέλεσμα τα ΜΜΕ αντανakλώντας το κλασικό στερεότυπο και αγνοώντας την επιστημονική αλήθεια να συνδέουν τη ψυχική ασθένεια με τη βία και την επικινδυνότητα. Έτσι, ο δράστης μιας αποτρόπαιης πράξης που ο «κοινός νους» αδυνατεί να συλλάβει εύκολα και αβασάνιστα παρουσιάζεται από τα ΜΜΕ ως «σχιζοφρενής», ως «μανιακός» και στην καλύτερη περίπτωση ως άτομο ιδιόρρυθμο που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα. Δημιουργείται έτσι στην κοινή γνώμη η εντύπωση ότι οποιοσδήποτε αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα κάποια στιγμή θα προβεί σε ακραία παραβατική συμπεριφορά .

Εκτός από το παραπάνω πλαίσιο συχνά η εικόνα του ψυχικά ασθενή, ταυτισμένη με την ανθρώπινη δυστυχία, όπως εμφανίζεται και αναπαράγεται όταν δεν προκαλεί φόβο και απέχθεια, προκαλεί οίκτο και συμπόνια. Αυτές οι μελοδραματικές προσεγγίσεις της ψυχικής ασθένειας ενισχύουν από την μια μεριά τον προστατευτισμό και τις πατερναλιστικές τάσεις της κοινωνίας απέναντι τους, ενώ παράλληλα επιβεβαιώνουν την αντίληψη για την θεαματικότητα της ψυχικής ασθένειας (Οικονόμου, 2010). Η σχιζοφρένεια ειδικά, είναι εκείνη η ψυχική ασθένεια που ελκύει περισσότερο το ενδιαφέρον του κοινού, και από μόνη της συνιστά «είδηση».

Η διακωμώδηση του ψυχικά ασθενή σε εκπομπές ψυχαγωγικού χαρακτήρα, έχει αποδέκτες της εικόνας που αναπαράγουν, εκτός από το ευρύ κοινό, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, που αποτελούν και τα κύρια θύματα του στίγματος και του αποκλεισμού. Να μην ξεχνάμε, ότι η ψυχική ασθένεια κρύβει οδύνη για το άτομο που

νοσεί, και ύπαρξη τέτοιων φαινομένων αντίκειται στις αρχές δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν τη λειτουργία των ΜΜΕ, καθώς παραβιάζει βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.

Ωστόσο, πρέπει να παραδεχθούμε ότι τα τελευταία χρόνια τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, οι ακραίες τρομολαγνικές απεικονίσεις έχουν ως ένα βαθμό υποχωρήσει ή μετριαστεί ως προς την συχνότητα και την ένταση τους τουλάχιστον σε μια σημαντική μερίδα των ΜΜΕ. Θα πρέπει επίσης να επισημάνουμε ότι οι στάσεις της κοινής γνώμης, σε σχέση με παλαιότερες εποχές έχει βελτιωθεί και η διαμεσολάβηση των ΜΜΕ στην διάχυση επιστημονικών γνώσεων στο ευρύ κοινό και η προβολή ψυχολογικών θεμάτων έχει συμβάλει στην παραπάνω μεταστροφή.

Ο κινηματογράφος, η αποκαλούμενη και ως έβδομη τέχνη ως μέσο μαζικής ψυχαγωγίας αποτυπώνει με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο την ψυχική ασθένεια. Η ψυχική ασθένεια είναι σε περίοπτη θέση όσον αφορά την κινηματογραφική θεματολογία, που ελκύεται από τον κόσμο της ψυχιατρικής. Οι ταινίες αποτελούν κοινωνικές αναπαραστάσεις καταστάσεων όπως της υγείας ή της ασθένειας και των ιδεών που αναπτύσσουν οι άνθρωποι γι' αυτές στις εκάστοτε ιστορικο-κοινωνικές περιόδους. Σ' αυτές αποτυπώνονται οι κοινωνικές αντιλήψεις περί ζωής, θανάτου και ψυχικών νόσων.

Η ψυχικά ασθένεια περιβάλλεται μέσα από την κινηματογραφική μυθοπλασία άλλοτε με μυστήριο που παραπέμπει στο «σκοτεινό» πρόσωπο της ασθένειας, απεικόνιση που προκαλεί το ενδιαφέρον του θεατή, και άλλοτε με «εύθυμες» καταστάσεις που προκαλούν γέλιο ή συγκίνηση, συνθέτοντας έτσι μια παραπλανητική εικόνα (Οικονόμου, 2010). Ο «σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι», «η φωλιά του κούκου», ο «αστείος τρελός» που πηγαίνει στον ψυχίατρο σε παλιές ελληνικές ταινίες, απεικονίζουν τις κοινωνικές αντιλήψεις που έχουν επικρατήσει κατά καιρούς για τις ψυχικές νόσους, δίνοντας αρνητικά ή και υποτιμητικά χαρακτηριστικά στους ασθενείς. Είναι γνωστή περίπτωση μεταπολεμικά της ταύτισης του ψυχικά ασθενή με τον ανισόρροπο, τον εγκληματία, με τον Dr Jekyll και τον Mr Hyde (Γ.Γ.Ε.&Ε, 2007).

Στην άλλη πλευρά του νομίσματος, όταν ο εμπορικός κινηματογράφος (λ.χ. η ταινία «ο Άνθρωπος της Βροχής») σκύβει με ευαισθησία και ρεαλισμό σε ζητήματα που θεωρούνται κοινωνικά ταμπού, όπως η ψυχική ασθένεια, δίνει το έναυσμα στο κοινό να στοχαστεί πάνω στα στερεότυπα που τη συνοδεύουν και να νικήσει την προκατάληψη και το στίγμα.

Η κινηματογραφική οπτική στην ψυχική ασθένεια, σχεδόν πάντα παρουσιάζει την αρρώστια αποσπασματικά. Τα κινηματογραφικά στερεότυπα συνεισφέρουν στη σύγχυση και στις παρανοήσεις γύρω από την ψυχική ασθένεια αποδίδοντας σε αυτή χαρακτηριστικά που συγκινούν το θεατή, το ευρύ κοινό(Γ.Γ.Ε.&Ε, 2007).

Χωρίς αμφιβολία τόσο τα ΜΜΕ όσο και ο κινηματογράφος ως φορείς δημιουργίας μαζικής κουλτούρας διαθέτουν την δύναμη να διαμορφώσουν θετικές αντιλήψεις στην κοινή γνώμη συμβάλλοντας στην απομυθοποίηση της ψυχικής ασθένειας και τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

2.7 Η αντιμετώπιση του στίγματος . Βέλτιστες πρακτικές.

Η αντιμετώπιση του στίγματος είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία που χρειάζεται μια ολοκληρωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία με στόχο την πλήρη ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό σύνολο. Στόχος όλων των ενεργειών είναι η καταπολέμηση των προκαταλήψεων, των στερεοτύπων, και των επακόλουθων διακρίσεων που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια αλλά και η αλλαγή στάσεων της κοινωνίας ώστε σε κάθε τι το «διαφορετικό» να μην στιγματίζεται.

Όπως αναφέρει ο Μαδιανός (2005) οι δράσεις που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες είναι οι παρακάτω:

- Ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές μέσα από την ενημέρωση του για την αιτιολογία , τα συμπτώματα, τις θεραπείες τους μύθους και τις προκαταλήψεις που τις ακολουθούν.
- Ενημέρωση των εκπαιδευτικών και των εργαζομένων στην υγεία σε θέματα ψυχικής υγείας ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν το στίγμα.

- Ανάπτυξη και εφαρμογή της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές
- Ψυχοεκπαίδευση των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους ,ώστε να προλαμβάνουν τον αυτοστιγματισμό και να αντιμετωπίζουν τον στιγματισμό τους από το κοινωνικό σύνολο
- Επιμόρφωση των ατόμων που εργάζονται στα ΜΜΕ με σκοπό να τροποποιήσουν τις πληροφορίες που αναπαράγουν το κοινωνικό στίγμα
- Περαιτέρω ανάπτυξη της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης ώστε να καταστεί εφικτή η ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινωνία.

Στην Ελλάδα το 1999 ξεκίνησε από το ΕΠΨΥ η λειτουργία του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας, ως μέρος του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΠΨΕ) με τον τίτλο «Ανοικτές πόρτες», για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι δράσεις του προγράμματος «αντί-στίγμα», που έχουν ενσωματώσει το σύνολο των ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβάνοντας τη κατάθλιψη και τη διπολική διαταραχή, επικεντρώνονται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορία(Υ.Υ.Κ.Π, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Από το άσυλο στην κοινότητα

3.1 Ιστορική αναδρομή στην ψυχιατρική περίθαλψη

Στην προχριστιανική περίοδο οι ασθενείς που αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας παρέμειναν στο σπίτι τους. Από τον 4^ο αιώνα, άρχισαν να δημιουργούνται ειδικοί χώροι που τους φιλοξενούσαν (Μούγιας, 2001).

Τα ψυχιατρικά άσυλα πρωτοεμφανίστηκαν στην Ευρώπη από το 1110, δημιουργήθηκαν ορισμένα το 14ο αιώνα, ενώ το 17ο και το 18ο αιώνα είχαμε την δημιουργία πολλών ασύλων για διάφορες κατηγορίες ανθρώπων, μεταξύ άλλων και για τους ψυχικά ασθενείς. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο χτίζεται στη Βαλένθια το 1409, στον ίδιο χώρο που λειτουργούσε η Ιερά Εξέταση. Μεταξύ του 16ου και του 17ου αιώνα, όλο και περισσότεροι φτωχοί άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές εγκλείονταν σε φυλακές, χώρους εργασίας, φτωχοκομεία, γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικά άσυλα, παντού στην Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική.

Ο 18ος αιώνας αποτελεί ορόσημο για την αλλαγή στην ψυχιατρική περίθαλψη. Ο Pinel υπήρξε ιστορικά ο «απελευθερωτής των τρελών» από τις αλυσίδες τους. Αναδιοργάνωσε κτιριακά τα άσυλα χωρίζοντάς τα σε πτέρυγες και διαχωρίζοντας τους τροφίμους. Οι συνθήκες διαβίωσης στα άσυλα κατά τον 19^ο αιώνα παραμένουν άθλιες και απάνθρωπες αφού οι ψυχικά ασθενείς ρακένδυτοι ή γυμνοί, ήταν μόνιμα δεμένοι με αλυσίδες. Στις αρχές του 20ου αιώνα λειτούργησε στις ΗΠΑ η πρώτη ψυχιατρική κλινική σε γενικό νοσοκομείο (Στυλιανίδης, Σ και συν., 2007).

Στην Ελλάδα την οθωμανική περίοδο οι εκκλησίες και τα μοναστήρια φιλοξενούσαν τους ψυχικά ασθενείς. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο δημιουργήθηκε στην χώρα μας στην Κέρκυρα στο κέντρο της πόλης, το 1838 από βρετανική διοίκηση και λειτούργησε αρχικά από βρετανούς ιατρούς. Ο πρώτος Έλληνας διευθυντής ιατρός Τσιριγώτης Χριστόδουλος, πίστευε ότι το ψυχιατρείο δεν θα πρέπει να έχει κάγκελα αλλά αντίθετα θα έπρεπε να διαθέτει πολλές εκτάσεις για να απασχολούνται οι ασθενείς, ενώ κατέβαλε μεγάλες προσπάθειες για την βελτίωση της λειτουργίας του

(Πλουμπίδης, 1995). Το δεύτερο ψυχιατρείο της χώρας το Δρομοκαΐτειο θεραπευτήριο ιδρύθηκε το 1887 και λειτούργησε αρχικά με διευθυντή τον Τσιριγώτη.

Στις αρχές του 20ού αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη περιελάμβανε το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οκτώ μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, τη Σούδα, τη Σύρο, τη Χίο, τη Λέσβο και την Κεφαλονιά. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, και οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες (Πλουμπίδης, 1995 , Μαδιανός, 1994).

Ο καθηγητής Λυκέτσος Γ το 1948 στο «Δρομοκαΐτειο» εγκαινίασε ουσιαστικά με την έννοια της εποχής, την νέα φιλοσοφία της περίθαλψης, καταργώντας τις αλυσίδες και τα κλουβιά και αργότερα της κλειστές πόρτες και αναπτύσσοντας παράλληλα ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων (κοινωνιοθεραπεία, παραστάσεις αρχαίου δράματος) κάτι που δυστυχώς δεν είχε ανάλογη συνέχεια (Μούγιας, 2001:12-13).

Με το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου τα υπάρχοντα ψυχιατρεία στην Ελλάδα βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη (κάθε κρεβάτι φιλοξενούσε δύο ασθενείς). Το 1957 αποφασίστηκε να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόλησή τους σε γεωργικές ασχολίες.

Συμπερασματικά μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980 στη χώρα μας υπήρχε σημαντική υστέρηση της ψυχιατρικής φροντίδας σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Μαδιανός,1994).

3.2 Αποϊδρυματισμός –κοινωνική ψυχιατρική

Οι μεγάλες ανάγκες σε ψυχιατρικές υπηρεσίες που δημιουργήθηκαν από τον Β παγκόσμιο πόλεμο, παράλληλα με την ανακάλυψη και χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων άνοιξαν τον δρόμο για την εφαρμογή των αρχών της Κοινωνικής-Κοινωνικής Ψυχιατρικής και την ανάπτυξη πλέγματος υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο. Εμπνευστές υπήρξαν οι Pinel, Tuke, και η αμερικανίδα Dix δύο σχεδόν αιώνες πριν (Κονταξάκης, 2005).

Η κοινωνική ψυχιατρική ασχολείται με το άτομο υγιές ή παθολογικό, την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου καθώς και με τις ομάδες πληθυσμού που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών όπως άνεργοι, μετανάστες κ.α. (Β.Π.Κονταξάκης&Γ.Ν.Χριστοδούλου,2005:50). Η κοινοτική ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, κινητοποιώντας και αξιοποιώντας όλους τους διαθέσιμους πόρους στην κοινότητα και εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου, στον οποίο λειτουργούν (Μαδιανός, 2006:27-28).

Η έννοια της αποϊδρυματοποίησης αναφέρεται στη διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η τοποθέτηση τους στην κοινότητα (Κονταξάκης και Χριστοδούλου, 2005:51). Εμπεριέχει δύο βασικά στάδια. Το πρώτο στάδιο, το μεταβατικό, έχει σχέση με την εξατομίκευση του ατόμου και την καταγραφή των πλευρών της ζωής του, κατά την διαδικασία εξόδου από το ίδρυμα. Το δεύτερο στάδιο, που είναι η κύρια φάση, αναφέρεται στην κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον με την λειτουργία υπηρεσιών στήριξης και παρακολούθησης των ασθενών. Συνεπώς, απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η σωστή επιλογή ασθενών και η λειτουργία κοινοτικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994:71-81).

Η αποασυλοποίηση συνιστά μια πολυδιάστατη και συγκροτημένη διαδικασία που δεν περιορίζεται μόνο στον ψυχικά άρρωστο αλλά, επεκτείνεται μεταξύ άλλων και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ο ρόλος τους θα πρέπει να είναι θεραπευτικός, παραιτούμενος από τη θέση εξουσίας και την απάλειψη της απόστασης από τον ασθενή, πράξη που έχει ευεργετικά αποτελέσματα και για τους δύο οι οποίοι βιώνουν συνθήκες αποκλεισμού (Μπαϊρακτάρης, 1994:68-70). Παράλληλα, η αμφισβήτηση του ασύλου έφερε στην επιφάνεια το στίγμα και την κοινωνική απαξίωση που ακολουθεί τους ψυχικά πάσχοντες στην διαδικασία της κοινωνικής ένταξης και η καταπολέμηση του αποτελεί καθήκον για όλους αυτούς που εμπλέκονται στην διαδικασία της αποασυλοποίησης.

Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη σαφήνειας σχετικά με το τι ακριβώς σημαίνει η έννοια της ιδρυματοποίησης στη σημερινή ψυχιατρική. Μέσα από το έργο «Άσυλα» ο Γκόφμαν αναφέρει ότι στα ολοκληρωτικά (ολοπαγή) ιδρύματα η μακροχρόνια διαβίωση έχει σαν αποτέλεσμα οι τρόφιμοι να έχουν περιορισμένη επαφή με τον έξω κόσμο που με την σειρά της οδηγεί στην «απομάθηση», δηλαδή καθιστά το άτομο προσωρινά ανίκανο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής στον «έξω» κόσμο. Η απώλεια του εαυτού, η απάθεια, η απώλεια ενδιαφέροντος, το αργό και μονότονο βάδισμα με το κεφάλι σκυφτό, χωρίς σκοπό, στους κοιτώνες ή στους διαδρόμους, κάποιες ξαφνικές αντιδράσεις χωρίς εμφανή αιτία είναι ένα είδος συμπεριφοράς που τα συμπτώματά της συγχέονται με αυτά της ασθένειας (Γκόφμαν,1994:32).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής ψυχιατρικής. Θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών ,με την μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στην κοινότητα (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη, και Χριστοδούλου, 2005).

Τέλος, η έννοια της αποασυλοποίησης αναφέρεται, σε μια προσπάθεια επανεκτίμησης κοινωνικών αντιλήψεων, επαγγελματικών πρακτικών, υγειονομικής οργάνωσης και ψυχιατρικής αντιμετώπισης επαναπροσδιορίζοντας έτσι, το «κοινωνικό γίνεσθαι» ιδιαίτερα, των χρόνιων ψυχικά πασχόντων (Παπαϊωάννου και Σπυριδάκης Μ, 2012:133-161).

Ο F. Basaglia (1971) ήταν ο εμπνευστής και πρωτεργάτης της κατάργησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τεργέστης που αποτέλεσε παράδειγμα αποϊδρυματισμού και μετασχηματισμού του σε ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την Ευρώπη και την Παγκόσμια επιστημονική κοινότητα και έγινε σύμβολο καλής πρακτικής για μια ψυχιατρική φροντίδα με ανοικτές πόρτες. Με τη ριζοσπαστική πρακτική του ενάντια στη βία και τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, με τη θεμελιωμένη κριτική του ενάντια στη παραδοσιακή ψυχιατρική έδειξε ότι η "ελευθερία είναι θεραπευτική".

3.3 Το κίνημα της Αντιψυχιατρικής

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1960, αναπτύχθηκε το ριζοσπαστικό κίνημα της αντιψυχιατρικής με κύριους εκφραστές τον Σκωτσέζο Ronald Laing, και τον Άγγλο David Cooper ο οποίος επινόησε και τον όρο «αντιψυχιατρική». Στην ουσία ήταν ένα κίνημα κοινωνικοπολιτικό στο οποίο συνέβαλε και ο γάλλος κοινωνιολόγος και διανοητής M.Foucault με την μελέτη του «Η ιστορία της τρέλας» και έρχεται σε αντίθεση με την ακαδημαϊκή Ψυχιατρική. Η θεωρία του κινήματος αποκαλύπτει μια άλλη διάσταση στο στιγματισμό της ψυχικής ασθένειας και του ψυχικά ασθενή καθώς και στην εμφάνιση της ψυχιατρικής επιστήμης (Foucault, 2004).

Στις θεμελιώδεις αρχές του κινήματος συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω:

Η σχιζοφρένεια δεν είναι ασθένεια με την οποία οφείλει να ασχολείται η ιατρική αλλά κοινωνικό φαινόμενο, προϊόν των αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών. Είναι μια ετικέτα που τέθηκε σε κάποιους ανθρώπους κάτω από συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες.

Η έκφραση της σχιζοφρένειας μέσω των συμπτωμάτων της εκφράζει την παθολογία των κοινωνικών δομών

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η αδυναμία δημιουργίας στενών διαπροσωπικών σχέσεων αποκαλύπτουν την ύπαρξη ενός διαταραγμένου δικτύου επικοινωνίας του ασθενούς, ιδιαίτερα-κυρίως με το οικογενειακό περιβάλλον.

Η ψυχιατρική όπως την γνωρίζουμε αποτελεί έναν μηχανισμό της κυρίαρχης ιδεολογίας που τοποθετεί τον ψυχικά πάσχοντα στο περιθώριο και τον αντιμετωπίζει ως υποδεέστερο και ανίκανο για ελεύθερη βούληση. Στόχος είναι η διαφύλαξη του κοινωνικού status quo.

Αυτό που κατονομάζεται ως ψυχική ασθένεια από την ψυχιατρική δεν είναι παρά η διαμαρτυρία ενάντια στον αλλοτριωμένο κοινωνικό κόσμο.

Οι υποστηρικτές του παραπάνω κινήματος υποτιμούν τη βιολογική διάσταση της σχιζοφρένειας, αφού δεν πρόκειται για νόσο, και πιστεύουν ότι αποτελούν κατασκευάσματα, οι διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες και ταξινομήσεις για κάθε ψυχιατρική πάθηση, ενώ η χρήση φαρμακευτική αγωγής ως θεραπεία, ισοδυναμεί με αυτή της άσκησης βίας. Παράλληλα, διακηρύττουν ότι ο καπιταλισμός είναι η μόνη ασθένεια (Μαγριπλής, 2001).

Η ριζοσπαστική θεωρία του αντιψυχιατρικού κινήματος που άνθισε στις δεκαετίες 1960-1970, συνέπεσε με την ανακάλυψη αποτελεσματικών αντιψυχωσικών φαρμάκων στην ψυχιατρική και την επικράτηση νέων αξιόπιστων νοσολογικών θεωριών. Σταδιακά από την δεκαετία του 1980 εξασθένησε η επιρροή του αντιψυχιατρικού κινήματος, όμως, συμβάλλοντας στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και επιτάχυνε τις διαδικασίες για ραγδαίες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας.

3.4 Πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η δυσμενής κατάσταση που επικρατούσε στα κρατικά ψυχιατρεία της Ελλάδας έγινε γενικότερα γνωστή στην ελληνική κοινή γνώμη αλλά και σε ένα ευρύτερο διεθνές κοινό. Η οξυδερκής αυτή έκθεση για τις πενιχρές συνθήκες περίθαλψης και θεραπείας των ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα και ιδίως των πασχόντων από χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, αποτέλεσε το έναυσμα πολλών εξελίξεων, καθώς τονιζόταν η κατάσταση της απάνθρωπης ιδρυματοποίησης και η απαρχαιωμένη περίθαλψη.

Με την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε (Ε.Ο.Κ) υιοθετήθηκε ο Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84 στις 26 Μαρτίου 1984, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικώς ασθενών και των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία.

Η δημοσιοποίηση του «σκανδάλου της Λέρου» το 1989 από το Βρετανικό

BBC για τις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στο ψυχιατρείο της Λέρου έδωσε ώθηση στην συντελούμενη με αργούς ρυθμούς μεταρρύθμιση. Στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα.

Ο Νόμος 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός".

Συγκεκριμένα, αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα, με την ονομασία «Ψυχαργός», αρχικά για την περίοδο 2000-2009, το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το παραπάνω πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Η πρώτη φάση του Προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας

Η δεύτερη φάση του Προγράμματος Ψυχαργός ολοκληρώθηκε το 2009. Κατά την ολοκλήρωση της Β΄ φάσης, το 2009, υπογράφηκε Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας.

Η τρίτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» αφορά την περίοδο 2010-2020 διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Με βάση τους παραπάνω στόχους στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» δημιουργούνται μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που διαβιούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα αναπτύσσονται στα Γενικά Νοσοκομεία ψυχιατρικά τμήματα καθώς επίσης και κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα κ.α).

3.5 Ο ρόλος των εργαζομένων στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Ο όρος, επαγγελματίας ψυχικής υγείας, συνοδεύει ιστορικά την κοινωνικοποίηση της ψυχιατρικής φροντίδας και την αναγκαιότητα ολιστικής προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας, πέρα από το παραδοσιακό δίπολο ψυχίατρος-ασθενής (Χριστοδούλου,2000). Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι διεπιστημονική και υποστηρίζεται από διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συνιστούν

την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα που απαρτίζεται ενδεικτικά από ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή, διοικητικό υπάλληλο, βοηθητικό προσωπικό, ειδικό προσωπικό κ.α.(Ν 2716/1999, άρθρο 9).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα.

Οι εργαζόμενοι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιηθούν στην επίτευξη των κατωτέρων βασικών στόχων, σύμφωνα με το νόμο 2716/99:

- Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων και της απασχόλησης
- Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου και ελαχιστοποίηση της ανικανότητας και των μειονεξιών
- Διασφάλιση της ποιότητας ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα
- Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων
- Διασφάλιση ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές

Κάθε ένα από τα μέλη της ομάδας αυτής ασκεί το δικό του επάγγελμα με τις αρμοδιότητες και τα δικαιώματα που απορρέουν μέσα από τις αρχές του συγκεκριμένου επαγγέλματος. Οι ρόλοι είναι διακριτοί λόγω της διαφορετικής εκπαίδευσης και προσέγγισης των ψυχοκοινωνικών θεμάτων, ωστόσο, συναρθρώνονται σε ένα ενιαίο αποκαταστασιακό σχέδιο για κάθε ασθενή (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2000).

Ο ψυχίατρος ασχολείται με την διαδικασία της διαγνωστικής διερεύνησης, την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας καθώς επίσης και με την φαρμακευτική αγωγή των ψυχικά ασθενών. Παράλληλα συμμετέχει και σε προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη, καθώς και με τη λειτουργία ομάδων ψυχοεκπαίδευσης ασθενών και γονέων (Καρύδη Μ.Β. ,2007).

Στα πλαίσια της πολυκλαδικής ομάδας, συμβάλλει στο σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης του ασθενή και λειτουργεί εκπαιδευτικά προς τις άλλες

ειδικότητες σε θέματα που αφορούν την αιτιολογία και την θεραπεία βασικών ψυχιατρικών διαταραχών . Στις περιπτώσεις που κάποιος ασθενής παρουσιάσει όξυνση των συμπτωμάτων του ή κρίση είναι αυτός που του παρέχει την πρώτη βοήθεια στο χώρο των προγραμμάτων. Η παρουσία του είναι απαραίτητη και συχνά παρατηρείται ότι οι ίδιοι οι ασθενείς αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια υπό την παρακολούθηση ψυχίατρου.

Ο κοινωνικός λειτουργός μέλος της διεπιστημονικής ομάδας στο χώρο της ψυχικής υγείας αναπτύσσει στην πράξη την διαμεθοδική κοινωνική εργασία που συμπεριλαμβάνει την Κοινωνική Εργασία με το άτομο, την Κοινωνική Εργασία με την ομάδα και την Κοινωνική Εργασία με την κοινότητα. Επιδιώκει την εύρυθμη λειτουργία του ατόμου, των ομάδων και του κοινωνικού συνόλου. Προσεγγίζει τον άνθρωπο με ένα ολιστικό τρόπο , παρεμβαίνοντας στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, ώστε να συμβάλλει στην επίλυση τυχόν προβλημάτων που προκύπτουν (Καλλινικάκη ,1998).

Στο παραπάνω πλαίσιο έχει ατομικές συναντήσεις με τον ένοικο και την οικογένεια του επηρεάζοντας με θετικό τρόπο τις μεταξύ τους σχέσεις , πραγματοποιεί ομάδες ενοίκων και τέλος αποτελεί το συνδετικό κρίκο της δομής με την κοινότητα. Επιπλέον, εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών δυσλειτουργιών που παρεμβαίνουν τόσο στην έναρξη και πορεία της ασθένειάς του όσο και στη διαδικασία της θεραπείας του, με στόχο τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης.

Επίσης, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του στίγματος και συμμετέχει καταλυτικά στη διεργασία του αποστιγματισμού, συμμετέχοντας και με τους άλλους επαγγελματίες στην οργάνωση διαλέξεων και εκδηλώσεων για την ενημέρωση της κοινότητας.

Συνεπώς, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, είναι πολυδιάστατος και επικεντρώνεται στα παρακάτω:

- Αποτελεί ενεργό μέλος της πολυκλαδικής ομάδας, και συμμετέχει στην μελέτη και διαμόρφωση του εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος για κάθε ένοικο.
- Αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση των κοινωνικό-προνοιακών αναγκών των ενοίκων
- Είναι ο συνδετικός κρίκος της επαφής των ενοίκων με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.
- Αναλαμβάνει πρωτοβουλίες με στόχο την προάσπιση των δικαιωμάτων των ενοίκων (ατομικά , κοινωνικά, πολιτικά).
- Συμμετέχει σε δραστηριότητες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχική ασθένεια και την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος
- Μέσα από ειδική εκπαίδευση ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

Ο εργοθεραπευτής αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και ο ρόλος του είναι καταλυτικός στην διαδικασία της αποκατάστασης του ασθενή. Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1994) ρόλος του έχει τριπλή δράση:

- συμβάλλει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενή με ψύχωση μέσα από τις εργοθεραπευτικές δραστηριότητες σε συνεργασία με την οικογένεια και την ίδια την κοινότητα,
- αποτελεί σύνδεσμο μεταξύ ασθενή και της ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και γενικότερες θεραπευτικές πληροφορίες και
- εργάζεται αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλα μέλη στην αξιολόγηση και στην έρευνα των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων και των προγραμμάτων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο εργοθεραπευτής είναι ο επαγγελματίας που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τους ασθενείς αφού έχει την ευθύνη του σχεδιασμού και της εφαρμογής των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες θα κινητοποιήσουν τους εκπαιδευόμενους και θα αφυπνίσουν τις γνωστικές τους λειτουργίες. Ξέχωρα από τις δραστηριότητες αυτές είναι αυτός που οργανώνει ψυχαγωγικές δραστηριότητες εκτός προγράμματος με θεραπευτικό χαρακτήρα. Τέλος, ενημερώνει τη διεπιστημονική ομάδα για την πρόοδο των ασθενών και τις ικανότητές τους και συμβάλλει τα μέγιστα στην επιλογή της καταλληλότερης επαγγελματικής απασχόλησης για τον κάθε ασθενή, σύμφωνα με τις δυνατότητές του.

Ο ψυχολόγος, συνεργάζεται τόσο με το Ψυχίατρο, όσο και με τις άλλες ειδικότητες, στο επίπεδο της διάγνωσης, της αξιολόγησης ικανοτήτων και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Χρησιμοποιεί τα ψυχομετρικά τεστ με τα οποία θα καθορίσει το νοητικό επίπεδο του ασθενή, το βαθμό αντίληψης, προσοχής, μνήμης του και με αυτό τον τρόπο συμβάλλει στην καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση από την πολυκλαδική ομάδα (Παπαπαδάτου και Στογιαννίδου, 1988).

Ο ψυχολόγος παράλληλα έχει ατομικές συνεδρίες με του ασθενείς και τις οικογένειές τους, για τη αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των ιδίων αλλά και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η ψυχολογική υποστήριξη που προσφέρει έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να ενταχθεί στο χώρο της εργασίας , με την ανάπτυξη εξειδικευμένων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων , και των κοινωνικών δεξιοτήτων του ενοίκου που θα συντελέσουν αποφασιστικά στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Ο νοσηλευτής στις μονάδες ψυχικής υγείας έχει ένα πολυδιάστατο ρόλο. Συμμετέχει πρώτα από όλα στην κλινική και φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Στοχεύει στην δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση θεραπευτικής επίδρασης στον ασθενή και στην από μέρους του μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς- νοσηλευτική διάγνωση , συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο αξιοποιώντας την νοσηλευτική

βάρδια που είναι 24ώρη και με αυτό τον τρόπο αποτελεί το συνδετικό κρίκο του ασθενούς με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα (Μαδιανός Μ, 2000).

Οι παρεμβάσεις του έχουν σαν στόχο την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενή, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την διατήρηση και προαγωγή της λειτουργικότητας του ασθενή. Συμμετέχει στον προγραμματισμό και υλοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων, και την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με στόχο την ενίσχυση της θετικής στάσης απέναντι σε αυτές. Επίσης με την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και την οικογένεια του συμβάλλει στην κατανόηση των πτυχών της νόσου ώστε να γίνεται πιο εύκολη η αντιμετώπιση και η θεραπεία της. Τέλος, ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα, μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από την ομάδα υγείας, τον ασθενή και την οικογένεια του συμμετέχοντας σε όλη την διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης (Καλοκαιρινού –Αναγνωστοπούλου και Σουρτζή, 2009).

Οι τεχνίτες – εκπαιδευτές είναι οι υπεύθυνοι για την καθεαυτό κατάρτιση των ασθενών στο αντικείμενο εργασίας που επέλεξαν κατά το στάδιο της επαγγελματικής εκπαίδευσης. Πρόκειται για τεχνίτες με πείρα στο επάγγελμά τους οι οποίοι αναλαμβάνουν στο πλαίσιο των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης το ρόλο του εκπαιδευτή. Διδάσκουν τα μυστικά της ειδικότητάς τους και υποστηρίζουν τους ασθενείς βοηθώντας τους να προχωρήσουν στο επάγγελμα. Βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία με τους θεραπευτές οι οποίοι τους καθοδηγούν σε θέματα που αφορούν την νόσο των εκπαιδευόμενων (Παπαγεωργίου, 2004).

3.6 Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια

Τριάντα χρόνια σχεδόν από το ξεκίνημα της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας συνεχίζουν να παραβιάζονται από τις υπηρεσίες , τους επαγγελματίες , την κοινότητα και σε κάποιες περιπτώσεις από τις ίδιες τις οικογένειες. Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια έχει αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα των ψυχικά ασθενών αποστερώντας τους θεμελιώδη δικαιώματα. Το στίγμα και οι διακρίσεις θέτουν

εμπόδια στην κατάλληλη θεραπευτική μέριμνα , την κοινωνική ενσωμάτωση και στην θεραπεία της ασθένειας.

Το νομοθετικό πλαίσιο μπορεί να συμβάλλει στην αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων που κυριαρχούν σε κάθε κοινωνία. Επιπρόσθετα, δημιουργεί το κατάλληλο πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται τόσο ο ασθενής όσο και ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας και παράλληλα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την αλλαγή των κοινωνικών στάσεων(Καλογεροπούλου, 2005) .

Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αποτελεί το κείμενο της Απόφασης 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 στις 17 Δεκεμβρίου 1991. Το κείμενο αυτό αποτελείται από 25 Αρχές που αναφέρονται στα πολιτικά δικαιώματα και διαδικασίες και στην πρόσβαση στην περίθαλψη και την ποιότητα αυτής, οι οποίες εφαρμόζονται χωρίς κανενός είδους διάκριση ως προς την αναπηρία, την εθνικότητα, το φύλο, το χρώμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, πολιτικές ή άλλες απόψεις, εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, ηλικία ή περιουσία (ΜΥΠ, 2004).

Ο ψυχικά ασθενής πρέπει να απολαμβάνει το σύνολο των ατομικών ελευθεριών και δικαιωμάτων, ο δε περιορισμός αυτών θα πρέπει να υπόκειται σε σαφείς νομικές προϋποθέσεις.

Οι αρχές αυτές ορίζουν τις βασικές ελευθερίες και δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, την προστασία των ανηλίκων, τα κριτήρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής ασθένειας, την προστασία του ιατρικού απόρρητου, τις προϋποθέσεις περίθαλψης, όπως το δικαίωμα για κατάλληλη και αναγκαία φροντίδα της υγείας, για ανάλογη θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, της απαιτούμενης κατά περίπτωση συναίνεσης του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία, την γνωστοποίηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στους χώρους περίθαλψης, τους πόρους για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τη δημιουργία σωμάτων ελέγχου, τις διαδικαστικές εγγυήσεις και ασφαλιστικές δικλείδες που πρέπει να λαμβάνονται για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, την πρόσβαση του ασθενούς σε πληροφορίες

που αφορούν την υγεία του και την προστασία των δικαιωμάτων των ποινικών παραβατών ψυχικά ασθενών (ΜΥΠ,2004).

Στο πλαίσιο της συντελούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, κατοχυρώθηκαν κατά τρόπο σαφή και συγκεκριμένο δικαιώματα σε ψυχικά πάσχοντες και δημιουργήθηκαν ειδικοί μηχανισμοί προστασίας τους. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έχει συσταθεί, Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (παραγρ. 1 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999) και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές η οποία λειτουργεί στα πλαίσια της συστημένης με το Ν. 2519/1997 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (παραγρ. 2 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999).

Επιπλέον, και για ειδικότερα ζητήματα, θεσμικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων έχουν Ανεξάρτητες Αρχές, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Ενισχυτικά στα παραπάνω λειτουργεί η πρόβλεψη του Ν. 3293/2004 με την οποία επεκτείνονται οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου του Πολίτη και σε θέματα υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης..

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αλλά και αυτά καθαυτά δικαιώματά τους ρυθμίζονται από όλο το πλέγμα της εθνικής νομοθεσίας, όπως το Σύνταγμα και τους Ν. 2071/1992, 2519/1997 και 2716/1999 και σε συνδυασμό με διάσπαρτες επιμέρους διατάξεις του Αστικού και Ποινικού Κώδικα.

Το άτομο με ψυχική αναπηρία προστατεύεται ενάντια σε κάθε είδους διάκριση, άμεση ή έμμεση, καθώς η αναπηρία κατονομάζεται ρητά ως πραγματική κατάσταση που απαγορεύεται να οδηγεί σε διακρίσεις στο άρθρο 1 του Νόμου 3304/2005, ενώ στο άρθρο 7 παράγραφος 1 του ίδιου νόμου ρητά ορίζεται ότι δεν συνιστούν έμμεση διάκριση - και άρα εφαρμόζονται κανονικά - τα μέτρα που λαμβάνονται υπέρ των ατόμων με αναπηρία σύμφωνα με το άρθρο 21 παράγραφος 6 του Συντάγματος. (Χαραλαμπίδης&Κοσμάτος, 2013: 50-54)

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, αλλά και οι ταυτόχρονες υποχρεώσεις του Κράτους, των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αναφέρονται ως ακολούθως (ΜΥΠ,2004) :

Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια). Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα στη λήψη υπηρεσιών υγείας, οι οποίες εμπεριέχουν τον πλέον ελάχιστο κίνδυνο για τη γενική κατάσταση της υγείας του. Στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας η όποια είναι ένα εξαιρετικά ευαίσθητο θέμα, έχουμε σύγκρουση δύο αρχών από την μια η αρχή για την ανάγκη θεραπείας και από την άλλη η αρχή της ευθύνης του κράτους .

Το δικαίωμα στην ισότητα. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν καθήκον να προασπίσουν το δικαίωμα των ψυχικά ασθενών στην ισότητα, υιοθετώντας την αρχή της ίσης μεταχείρισης. Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων μας θεωρείται ως αδικοπραξία.

Το δικαίωμα στην ενημέρωση. Η ενημέρωση του ψυχικά ασθενούς ή/και του αμέσου συγγενικού του περιβάλλοντος για την κατάσταση της υγείας του και την προτεινόμενη ψυχοφαρμακευτική αγωγή αποτελεί βασικό δικαίωμα του ιδίου και υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων του ψυχικά ασθενούς αποτελεί ρητή νομική επιταγή, προασπίζεται από θεσμοθετημένα όργανα και αποτελεί βασική υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Το δικαίωμα στην αποκατάσταση. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να απολαμβάνουν πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά εκφράζονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας. Η υποστήριξη της άσκησης του δικαιώματος συμμετοχής στις διαδικασίες αποκατάστασης θα πρέπει να αποσκοπεί στην αυτονόμηση του ψυχικά ασθενούς

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα. Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων για την επικινδυνότητα της εγκατάστασης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα προϋποθέτει την δημιουργία ισχυρών κοινωνικών συμμαχιών

Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων. Θα πρέπει οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους να ενθαρρύνονται στη διεκδίκηση μέτρων πολιτικής που συμβάλλουν στην παγίωση και ενίσχυση των δικαιωμάτων τους .

Η έννοια της συνηγορίας που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια έχει σαν στόχο να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα και μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ(2003) η συνηγορία αποτελεί ένα μηχανισμό αύξησης της συνειδητοποίησης σε θέματα ψυχικής υγείας μέσα από την υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων στην άσκηση και την προστασία των δικαιωμάτων τους. Επιπλέον, επιφέρει βελτιώσεις στην πολιτική, στην νομοθεσία και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το κίνημα της συνηγορίας συγκροτήθηκε αρχικά από τις οικογένειες ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τους ασθενείς, ως χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην πορεία ενσωματώθηκαν, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, επιστημονικές – επαγγελματικές οργανώσεις, διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έχουμε και κρατική συμμετοχή.

Η συνηγορία θεωρείται ως μία από τα έντεκα δράσεις που απαρτίζουν μια ολοκληρωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία λόγω του οφέλους που προσκομίζει στους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειες τους (ΠΟΥ, 2003). Περιλαμβάνει τα εξής κύρια στοιχεία: αύξηση της συνειδητοποίησης, πληροφόρηση, εκπαίδευση, επιμόρφωση, αλληλοβοήθεια, συμβουλευτικές παρεμβάσεις, διαμεσολάβηση, υπεράσπιση και καταγγελία (Μαδιανός, 2000:528).

3.7 Κριτική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Συμπληρώνοντας μια 15ετία από την υλοποίηση του προγράμματος Ψυχαργός και σχεδόν 30 χρόνια από την δημοσιοποίηση της αθλιότητας της Λέρου, που στάθηκε αφορμή για το ξεκίνημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και θέλοντας να πραγματοποιήσουμε ένα σύντομο απολογισμό, μπορούμε να ισχυριστούμε, ότι ήταν έναν εξαιρετικά φιλόδοξο πρόγραμμα, το οποίο με το πέρασμα των ετών, αρχίζει να ξεθωριάζει και να μετεωρίζεται ανάμεσα στην απουσία πολιτικής βούλησης και στην έλλειψη οικονομικών και κοινωνικών πόρων. Ο βασικός στόχος του προγράμματος

ήταν η αποασυλοποίηση και η κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό ιστό.

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στηρίχθηκε κατά κύριο λόγο σε κοινοτική χρηματοδότηση, ενώ παράλληλα άνθισε ο ιδιωτικός τομέας μέσω των μη κερδοσκοπικών εταιριών με κατασπατάληση πόρων(δημόσιων, εθνικών και κοινοτικών) μέσα πολλές φορές από αδιαφανείς διαδικασίες.

Παρότι ότι η αρχική μετεγκατάσταση μέχρι το 2005, περίπου 3000 ασθενών σε 400 στεγαστικές δομές από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας έδωσε κάποια ελπίδα, ο στόχος του κλεισίματος μέχρι το τέλος 2015 όλων των ψυχιατρικών νοσοκομείων παρέμεινε ανέφικτος εξαιτίας της αδυναμίας του κράτους να υλοποιήσει ό,τι είχε σχεδιάσει και δεσμευτεί, όπως το άνοιγμα ψυχιατρικών κλινικών στα Γενικά Νοσοκομεία, την περαιτέρω ανάπτυξη στεγαστικών δομών κυρίως οικοτροφείων, καθώς και κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημαντικό πρόβλημα επίσης αποτελεί η πολύ μικρή έως σήμερα προώθηση των ενοίκων είτε προς την ανεξάρτητη διαβίωση είτε σε πιο προστατευμένες δομές (ΥΥΚΑ, 2011: 39). Την όλη κατάσταση επιβάρυνε η οικονομική και κοινωνική κρίση που περνά η χώρα μας.

Ο ψυχίατρος Μεγαλοοικονόμου(2010) αναφέρει χαρακτηριστικά «η αποϊδρυματοποίηση έχει την έννοια του μετασχηματισμού των σχέσεων εξουσίας, την ανάδυση των νέων υποκειμένων, τη δημιουργία υπηρεσιών και πρακτικών ριζικά εναλλακτικών στον εγκλεισμό». Στην χώρα μας, οι έγκλειστοι μεταφέρθηκαν από τις πτέρυγες χρόνιας παραμονής των ψυχιατρείων σε στεγαστικές δομές, όπου αλλού η ζωή βελτιώθηκε σημαντικά και αλλού (το συνηθέστερο) βρέθηκαν σε συνθήκες κοινωνικού περιθωρίου, παρόμοιες με τα ψυχιατρεία.

Η λειτουργία των στεγαστικών δομών (ξενώνες, οικοτροφεία), εν πολλοίς ,έχουν αποκρυσταλλωθεί σε μικρά άσυλα. Την ίδια στιγμή τα προγράμματα προεπαγγελματικής κατάρτισης ανακυκλώνουν το ίδιο πληθυσμό, απομονωμένα από την αγορά εργασίας. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας τείνουν να μοιάζουν με εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικών κλινικών (Τομαράς, 2012).

Το πάγωμα το προσλήψεων, η μη αντικατάσταση των ατόμων που αποχωρούν από τις στεγαστικές δομές του δημοσίου όπου έχει αποχωρήσει το 30%-40% του προσωπικού, με το υπόλοιπο προσωπικό εξουθενωμένο σε συνδυασμό με την υποχρηματοδότηση, καθιστούν δυσχερή την λειτουργία των δομών. Στο ιδιωτικό τομέα τα πράγματα είναι χειρότερα, αφού το προσωπικό διαρκώς αλλάζει και οι συνθήκες εργασίας, σε συνδυασμό με την εργασιακή ανασφάλεια και τη καθυστερημένη καταβολή των δεδουλευμένων, τους υποχρεώνει να αναζητήσουν αλλού εργασία. Παράλληλα, έχουμε αύξηση των ενοίκων στις δομές και το προσωπικό που προσλαμβάνεται είναι συνήθως χωρίς εκπαίδευση και με χαμηλά ως επί το πλείστον, τυπικά προσόντα.

Είναι φανερό ότι μεταρρύθμιση βρίσκεται μπροστά σε μια κρίσιμη καμπή. Η συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμιση, εν μέσω μιας βαθιάς οικονομικής κρίσης που διέρχεται η χώρα, με τους ίδιους όρους λειτουργίας δηλαδή, χωρίς καμιά αλλαγή του «παραδείγματος»(απόδειξη το 60% των νοσηλειών πανελλαδικά εξακολουθούν να είναι ακούσιες),καμιά αλλαγή του «τρόπου σκέψης και πράξης» της ψυχιατρικής, χωρίς καμιά δομική αλλαγή, καθιστούν εξαιρετικά δυσοίωνα το μέλλον της. Ο νέο-ιδρυματισμός παραμένει μια μεγάλη απειλή για τα όσα θετικά έχουν γίνει μέχρι σήμερα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΛΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

4.1 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει το ενδεχόμενο ύπαρξης στίγματος στις συμπεριφορές και τις αντιλήψεις των εργαζομένων σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και το πώς αυτό αντανακλάται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για να μελετηθεί το στίγμα απέναντι στην ψυχική ασθένεια θα πρέπει να γίνει αναφορά στα βασικά «συστατικά» του που είναι τα στερεότυπα, οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις.

Στόχοι της παραπάνω έρευνας είναι να διερευνηθούν οι θέσεις των εργαζομένων σε ζητήματα που άπτονται των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και πώς αυτοί αντιλαμβάνονται μια σειρά από τους μύθους που συνοδεύουν την ψυχική νόσο και εντείνουν την διάκριση και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Τέλος, γίνεται μια προσπάθεια αξιολόγησης του προγράμματος Ψυχαργώς και πώς αυτό συνέβαλε στην καταπολέμηση των διακρίσεων και του στίγματος.

4.2 Είδος έρευνας-ερευνητικό εργαλείο

Το είδος της έρευνας που επιλέξαμε είναι η ποιοτική. Το βασικό χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι συνήθως ο μικρότερος αριθμός των περιπτώσεων και απαντά στο «πώς» και στο «γιατί» σε σχέση με τις ποσοτικές που απαντούν στο «πόσο» και στο «τι». Στόχος είναι να μην προβούμε σε γενικεύσεις (Ιωσηφίδης, 2008).

Στην ποιοτική έρευνα τα κοινωνικά νοήματα εξαρτώνται από τα ίδια τα άτομα, ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται και όχι από τα κοινωνικά φαινόμενα. Συνεπώς η επιλογή αυτού του είδους έρευνας έγινε για να παρουσιαστεί από τους ίδιους τους εργαζόμενους πώς αντιλαμβάνονται οι ίδιοι το φαινόμενο του κοινωνικού στίγματος, ώστε ο ερευνητής να μπορέσει να ερμηνεύσει γιατί απαντούν ή συμπεριφέρονται με το συγκεκριμένο τρόπο οι ερωτώμενοι και να κατανοήσει σε

βάθος τα συναισθήματα, τα κίνητρα, τις επιδιώξεις και το περιβάλλον μέσα στο οποίο δρουν.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η μελέτη περίπτωσης (Case Study), γιατί με αυτή μπορεί να διερευνηθεί το πολυδιάστατο φαινόμενο του κοινωνικού στίγματος από την πλευρά των επαγγελματιών που έχουν αναλάβει το δύσκολο έργο της καταπολέμησής του και η διαίωσιση του δεν συμβάλλει την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων. Η μελέτη περίπτωσης που συνιστά ένα μοναδικό παράδειγμα πραγματικών προσώπων, σε πραγματικές καταστάσεις αποτυπώνουν και ερευνούν τις περίπλοκες δυναμικές και εκτεταμένες αλληλεπιδράσεις γεγονότων, ανθρώπινων σχέσεων και άλλων παραμέτρων έχουν όρια (χρονικά, γεωγραφικά) που διευκολύνουν τον ορισμό τους. Εμφανίζονται και αναπτύσσονται σε οργανωσιακά και θεσμικά περιβάλλοντα, μπορούν να οριστούν σε σχέση με χαρακτηριστικά που προσδιορίζονται από τα εμπλεκόμενα άτομα και τις ομάδες και τέλος, μπορούν προσδιοριστούν από τους ρόλους και την δράση των ατόμων στην περίπτωση (Lois Cohen, Lawrence Manion, & Keith Morrison, 2007:309-311)

Η επιλογή της ημιδομημένης συνέντευξης, ως μέσο συλλογής δεδομένων, κρίθηκε αναγκαία γιατί είναι μια σχετικά ευέλικτη μορφή συνέντευξης, που επιτρέπει την εμβάθυνση και την εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων. Έτσι, μπορεί να αλλάξουν οι διευκρινιστικές ερωτήσεις ή και η σειρά των ερωτήσεων. Ο ερωτώμενος έχει την ευκαιρία να απαντήσει σε ερωτήσεις και με αυτόν τον τρόπο, υποστηρίζεται ότι το βάθος επιτυγχάνεται με την προσδοκία ότι η προσωπική έννοια, που οι άνθρωποι αποδίδουν στα γεγονότα, μπορεί να γίνει κατανοητή. Επιπλέον, ο ερευνητής δημιουργεί θεματικές ενότητες που θέλει να καλύψει έτσι ώστε να αποφύγει να παρασυρθεί από τη συνέντευξη και βγει εκτός θέματος. Ως εκ τούτου, αυτή είναι η κατάλληλη μέθοδος για να αποκτήσουμε πρόσβαση στις εμπειρίες εργαζομένων που φροντίζουν ψυχικά πάσχοντες (Ιωσηφίδης, 2008) .

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης διαμορφώθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Ο ρόλος των βιωμάτων στην διαχρονική πρόσληψη της ψυχικής ασθένειας και του ψυχικά ασθενή.
- Αναγνώριση των παραγόντων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου και στο στιγματισμό των ψυχικά ασθενών.
- Ο ρόλος των εργαζόμενων στην καταπολέμηση των διακρίσεων και του στίγματος, μέσα από την διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Οι επιπτώσεις του κοινωνικού στίγματος στην διαδικασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης (εργασία, προσωπική ζωή, δικαιώματα κ.α). .
- Η λειτουργία του προγράμματος Ψυχαργός με ποιο τρόπο συνέβαλε εάν συνέβαλε, στην καταπολέμηση των διακρίσεων και του στίγματος

4.4 Δείγμα μελέτης και κριτήρια επιλογής

Ο πληθυσμός μελέτης που ορίστηκε είναι το σύνολο των εργαζομένων σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στην περιφέρεια Πελοποννήσου, όπου φιλοξενούνται 14 χρόνιοι ψυχωσικοί ασθενείς, στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχαργός (Α φάση). Ο συνολικός αριθμός του προσωπικού είναι 8 άτομα, όπου ένας εργαζόμενος είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ), πέντε (5) εργαζόμενοι είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και 2 εργαζόμενοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ). Οι πέντε εργαζόμενοι είναι γυναίκες και οι τρεις άνδρες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων είναι από 36-53 ετών και τα χρόνια εργασίας τους στην ψυχική υγεία είναι από 5-14 χρόνια. Οι ειδικότητες που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες είναι εργοθεραπευτής, νοσηλεύτης, γενικών καθηκόντων, τεχνίτης-εκπαιδευτής.

Λόγω του πολυδιάστατου του ρόλου των εργαζομένων, που προκύπτει από τις ανάγκες των ενοίκων των δομών και της καθημερινής σχεδόν επαφής όλων των εργαζομένων με τους ενοίκους, αναφέρονται στην παρούσα έρευνα ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Η επιλογή του δείγματος έγινε σκόπιμα γιατί είναι ένας χώρος με τον οποίο υπάρχει βιοματική και επαγγελματική σχέση αφενός και αφετέρου δομείται ένα

συγκεκριμένο πλαίσιο πάνω στο οποίο επικεντρώνεται το ενδιαφέρον του ερευνητή σε θεωρητικό επίπεδο που δεν ενδιαφέρεται για την στατιστική γενίκευση από το δείγμα στο γενικό πληθυσμό.

4.5 Χρόνος και τόπος διεξαγωγής της μελέτης

Η έρευνα είχε διάρκεια περίπου τρεις μήνες. Ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2016 και ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του ίδιου έτους. Ο τόπος υλοποίησης της έρευνας είναι ο χώρος όπου στεγάζεται η δομή που δημιουργήθηκε το 2001 στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος Ψυχαργός. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο γραφείο της κοινωνικής υπηρεσίας της ανωτέρω δομής. Στους ερωτώμενους γνωστοποιήθηκε το περιεχόμενο της έρευνας και ότι αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Κοινωνικές Διακρίσεις, Μετανάστευση και Ιδιότητα του Πολίτη». Επιπλέον, τους δόθηκε η διαβεβαίωση ότι θα τηρηθεί το απόρρητο, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και η ανωνυμία των εργαζόμενων, ώστε να αρθούν πιθανές δυσκολίες. Τα υποκείμενα στην ανάλυσή μας, χαρακτηρίζονται κατά αριθμητική σειρά (πρώτος, δεύτερος, τρίτος κ.α).

Παράλληλα, μετά την λήψη των συνεντεύξεων, θα γίνεται ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων ερμηνεύοντας τις στάσεις και τις απόψεις των ερωτώμενων όπως αυτές ανακύπτουν κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Η συγγραφή της εργασίας αναμένεται να ξεκινήσει στις αρχές Οκτωβρίου.

4.5 Περιορισμοί-δυσκολίες στην έρευνα

Η πραγματοποίηση της έρευνας μέσω του εργαλείου της συνέντευξης πάνω σ' ένα πεδίο που δεν έχουν καταγραφεί πολλές αντίστοιχες μελέτες, ήταν μια πρώτη αντικειμενική δυσκολία ώστε να δημιουργηθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο να μπορεί να πραγματοποιηθεί η έρευνα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί κυρίως στις στάσεις και τις αντιλήψεις της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής ασθένειας και ειδικά στην σχιζοφρένεια, ενώ οι ποιοτικές έρευνες που αφορούν το προσωπικό στις μονάδες ψυχικής υγείας είναι περιορισμένες.

Η οικειότητα του ερευνητή με το συγκεκριμένο εργασιακό χώρο δημιούργησε προβλήματα άγχους στους συνεντευξιαζόμενους οι οποίοι στην αρχή ήσαν διστακτικοί να μιλήσουν, χωρίς όμως να αρνηθούν. Στον καθένα ξεχωριστά έγινε μια μικρή ενημέρωση για το είδος και το σκοπό της έρευνας και στην συνέχεια έγιναν οι συνεντεύξεις σε μέρα και ώρα που καθορίστηκε από την διαθεσιμότητα του εργαζόμενου. Ένα σημαντικό στοιχείο που δυσκόλεψε τον ερευνητή ήταν να μπορέσει να είναι όσο το δυνατόν συστηματικός και αντικειμενικός, αφού το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων, η αμοιβαία εμπιστοσύνη και ο έλεγχος των συναισθημάτων είναι παράγοντες που διαφέρουν και καθορίζουν μια συνέντευξη.

Η χρήση του μαγνητοφώνου κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δημιούργησε αίσθημα άγχους και επιφύλαξης, με αποτέλεσμα μια ερωτώμενη να αρνηθεί και να ζητήσει να κρατηθούν χειρόγραφες σημειώσεις επικαλούμενη προβλήματα άγχους και ανασφάλειας. Σύμφωνα με το Fetterman (1989) το μαγνητόφωνο, είναι δυνατόν να μετατρέπεται σε ένα αντικείμενο που να προκαλεί άγχος και φόβο. Συναισθήματα τα οποία είναι δυνατόν όχι μόνο να αναστέλλουν την ελεύθερη έκφραση των σκέψεων των ανθρώπων του πεδίου, αλλά και να τους οδηγούν στην ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών που παγιώνουν την αποφυγή και την αντίστασή τους προς τον ερευνητή (Ασημόπουλος, 2009: 49).

Ένα άλλο πρόβλημα μικρής έκτασης που προέκυψε κατά την διάρκεια των οκτώ συνεντεύξεων (σε 1-2 συνεντεύξεις) ήταν η προσωρινή διακοπή τους από κάποιο ένοικο που είχε την ανάγκη να μιλήσει στον εργαζόμενο. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο εργασίας των εργαζομένων, πλην μιας που έγινε σε εξωτερικό χώρο λόγω ότι ο συγκεκριμένος εργαζόμενος ήταν σε άδεια.

Λαμβάνοντας υπόψη, των δυσκολιών του συγκεκριμένου πεδίου η έρευνα ολοκληρώθηκε με επιτυχία. Οι αντιλήψεις και οι αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων στην ερευνά μας μπορούν να πηγάζουν μέσα από το προσωπικό βίωμα και τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι στερούνται αξίας στο βαθμό που συγκλίνουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο.

4.6 Δομή συνεντεύξεων-θεματικές ενότητες

Πρόσληψη της ψυχικής ασθένειας-Εμπειρίες ζωής. Ο παράγοντας πρόσληψη καθορίζεται από ερωτήματα που ερευνούν το πώς αντιλαμβάνονται την ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά πάσχοντα διαχρονικά.

Αιτιολογία-προέλευση των ψυχικών διαταραχών. Σε αυτή την ενότητα γίνεται έκφραση απόψεων για το ποιές θεωρούνται οι πηγές της ψυχικής ασθένειας.

Αντιλήψεις των εργαζομένων για το ρόλο τους στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στερεότυπα-προκαταλήψεις-διακρίσεις. Η ενότητα αυτή προσπαθεί να διερευνήσει το ρόλο του κάθε εργαζόμενου στην λειτουργία της δομής όπως αυτός γίνεται αντιληπτός από τον ίδιο το εργαζόμενο, της τυχόν δυσκολίες που συναντά στην επιτέλεση του έργου του σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ψυχικά πάσχοντες, και την καταπολέμηση των διακρίσεων. Επιπρόσθετα, οι ερωτήσεις στην παραπάνω ενότητα εξετάζουν τις στάσεις των εργαζομένων απέναντι σε παγιωμένες αντιλήψεις που υφίστανται στους κόλπους της κοινωνίας για τους ψυχικά ασθενείς.

Κοινωνική ένταξη/ δικαιώματα/ περιορισμοί. Ο παράγοντας αυτός καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν ένα ψυχικά ασθενή, ο οποίος περιγράφεται σαν ένα άτομο κατώτερο σε σύγκριση με ένα «φυσιολογικό», με λιγότερες δυνατότητες και δικαιώματα. Επικεντρώνεται σε αντιλήψεις για τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών για κοινωνική συμμετοχή και την πρόσβαση τους σε μια σειρά δικαιώματα, που η παραβίασή τους, οδηγεί στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση/ πρόγραμμα Ψυχαργός. Η ενότητα αυτή αναφέρεται στις απόψεις που ενστερνίζονται οι εργαζόμενοι σε σχέση με την κατάσταση της αποασυλοποίησης στην Ελλάδα στο παρόν και το μέλλον. Επίσης, καλούνται να απαντήσουν με ποιο τρόπο η λειτουργία του προγράμματος Ψυχαργός συνέβαλε στην καταπολέμηση των διακρίσεων και του στίγματος καθώς και στην κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών.

4.7 Ανάλυση Περιεχομένου

Η βασική ιδέα της ανάλυσης του περιεχομένου συνίσταται στην ταξινόμηση των στοιχείων ενός κειμένου σ' έναν ορισμένο αριθμό κατηγοριών εκ των προτέρων καθορισμένων, ώστε να μπορεί να το περιγράψει κατά ένα συστηματικό τρόπο. Η διατύπωση των κατηγοριών από τον ερευνητή αποτελεί και το πιο σημαντικό στάδιο της ανάλυσης του περιεχομένου (Φίλιας, 1977:196). Ο Berelson γράφει χαρακτηριστικά σε ένα εγχειρίδιό του: «Η ανάλυση του περιεχομένου επιτυγχάνει ή αποτυγχάνει ανάλογα με τις κατηγορίες του». Πραγματικά η επεξεργασία του διαλεγμένου υλικού του κειμένου έχει δευτερεύουσα σημασία μπροστά στη διατύπωση (Τζάνη Μ, 2005).

Στα στάδια της εφαρμογής της ανάλυσης περιεχομένου συμπεριλαμβάνονται: α) ο καθορισμός της μονάδας κωδικοποίησης, β) η διαμόρφωση των κατηγοριών, γ) η σύγκριση, δ) η ερμηνεία και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων (Φίλιας, 1996).

Η ερμηνευτική θεωρητική παράδοση ξεκινά από την παραδοχή ότι η πρόσβαση στην κοινωνική πραγματικότητα είναι δυνατή μόνο μέσω διαφορετικών κοινωνικών κατασκευών ή μέσων όπως είναι η γλώσσα, η ατομική και συλλογική συνείδηση ή τα κοινά νοήματα και αναπαραστάσεις (δυποκειμενικότητα). Η θεωρητική αυτή παράδοση περιλαμβάνει διαφορετικά ρεύματα σκέψης στο εσωτερικό της τα βασικότερα από τα οποία είναι η φιλοσοφική ερμηνευτική (hermeneutics) και η φαινομενολογία (phenomenology). Η ερμηνευτική κοινωνική έρευνα προσπαθεί να κατανοήσει τα κοινωνικά φαινόμενα, τις κοινωνικές διαδικασίες και διεργασίες κυρίως από την σκοπιά των ατομικών και κοινωνικών υποκειμένων δίδοντας έμφαση στην πολυπλοκότητα και στο πολυδιάστατο της κοινωνικής εμπειρίας (Τάτσης, 1997).

Στα πλαίσια της παραπάνω φιλοσοφικής και επιστημολογικής παράδοσης θα ασχοληθούμε στην έρευνα μας με την σχολή της κοινωνικής διαντίδρασης που αναφέρεται στις κοινωνικές σχέσεις από την σκοπιά των υποκειμένων και της ατομικής τους δράσης. Σύμφωνα με την παραπάνω θεωρία η συνεχής ανθρώπινη αλληλεπίδραση παράγει και αναπαράγει τα κοινωνικά φαινόμενα. Η διαντίδραση είναι δυνατή μέσα από διάφορους συμβολικούς τρόπους επικοινωνίας, και οι άνθρωποι συγκροτούν τις

κοινωνικές τους σχέσεις μέσα από την ερμηνεία και την κατανόηση των δράσεων και την συμπεριφορά των άλλων (Τάτσης, 1997).

Σχηματικά και περιληπτικά οι βασικότερες παραδοχές της σχολής της συμβολικής αλληλεπίδρασης είναι οι παρακάτω:

- «Οι πράξεις των κοινωνικών υποκειμένων απέναντι στην πραγματικότητα που τα περιβάλλει εξαρτώνται από τα νοήματα με τα οποία τα υποκείμενα τα επενδύουν.
- Αυτά τα νοήματα αποτελούν προϊόντα της κοινωνικής διαντίδρασης στην ανθρώπινη κοινωνία.
- Η τροποποίηση και η διαχείριση των εν λόγω υποκειμενικών νοημάτων συντελούνται μέσω μιας ερμηνευτικής διαδικασίας, στην οποία το κάθε άτομο προσφεύγει ανάλογα με τα ερεθίσματα που δέχεται.» (Craib 1998: 161).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην συνέχεια θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων που έδωσαν οι οκτώ εργαζόμενοι στην μονάδα ψυχικής υγείας με βάση τους πέντε άξονες που αναφέρθηκαν στην ενότητα ερευνητικά ερωτήματα.

5.1 Πρόσληψη της ψυχικής ασθένειας-Εμπειρίες ζωής.

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στη διαχρονική πρόσληψη της ψυχικής ασθένειας και του ψυχικά πάσχοντα μέσα από το προσωπικό βίωμα των εργαζομένων. Το προσωπικό της μονάδας καταθέτει τις εμπειρίες του και την σχέση του με την ψυχική ασθένεια την περίοδο πριν και την περίοδο μετά την πρόσληψή τους στην ανωτέρω δομή, και το πώς αυτή η εξοικείωση επηρέασε την εικόνα και την άποψη που είχαν για τον ψυχικά πάσχοντα.

Από τις αφηγήσεις των εργαζομένων παρατηρούμε ότι το σύνολο των εργαζομένων είχε τουλάχιστον μια εμπειρία επαφής με την ψυχική ασθένεια μέσα από το φιλικό, συγγενικό περιβάλλον ή σε επίπεδο γειτονιάς ή χωριού, επιβεβαιώνοντας έτσι την έκταση και καθολικότητα της ασθένειας.

Ξεκινώντας με τον πρώτο (Α) εργαζόμενο ο οποίος είναι ο μεγαλύτερος σε ηλικία και διαθέτει τα χαμηλότερα εκπαιδευτικά προσόντα βλέπουμε ότι στο λόγο του, αναφερόμενος στις δικές του εμπειρίες με τους ψυχικά ασθενείς, χρησιμοποιεί εκφράσεις όπως, «είχαν την τρέλα να κλέβουν ρούχα», «αναρωτιόμουν για ποιο λόγο τους αφήνουν έξω;» που παραπέμπει σε αντιλήψεις προηγούμενων δεκαετιών όπου φαίνεται ότι η ετικέτα του «τρελού», του «διαφορετικού» και του «επικίνδυνου» για τον ψυχικά ασθενή ,εξακολουθεί να υφίσταται.

Ο πέμπτος (Ε) εργαζόμενος αναφερόμενος στην δική του εμπειρία απαντά « στο χωριό 2-3 άτομα είχαν το στίγμα του ελαφρόμυαλου και τους είχαν για να σπάνε πλάκα», όπου επιβεβαιώνεται ότι στην επαρχία και ιδιαίτερα στα χωριά το στίγμα είναι πιο έντονο είναι δε, χαρακτηριστική η έκφραση « ο τρελός του χωριού». Στο ίδιο

κλίμα ο τέταρτος (Δ) πληροφορητής μας μεταφέρει την δική του εμπειρία σχετικά με μία ξαδέλφη του η οποία έπασχε από κάποιο ψυχικό νόσημα λέγοντας ότι στο χωριό της ,κάπου στην Βόρεια Ελλάδα ,είχε την φήμη της «τρελής», όταν έμαθαν ότι έκανε απόπειρα.

Ο τρίτος (Γ) πληροφορητής με την σειρά του αναφέρει: «η σχέση μου ξεκινά από τα παιδικά και φοιτητικά μου χρόνια όπου διέμενα κοντά στο Δαφνί και έβλεπα του ανθρώπους κρεμασμένους στα κάγκελα και ζητούσαν τσιγάρα και φαί. Πραγματικά στενοχωριόμουν που έβλεπα αυτές τις εικόνες. Στα φοιτητικά μου χρόνια στο πλαίσιο της εκπαίδευσης επισκέφθηκα την ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου όπου έπαθα σοκ βλέποντας την κακή μεταχείριση και τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά αρρώστων οι όποιοι βρίσκονταν σε κατάσταση κρίσης. Ήταν πραγματικά μια «τραυματική εμπειρία».

Ο έκτος (ΣΤ) πληροφορητής αναφέρει ότι οι δικές του εμπειρίες προέρχονται από το στενό συγγενικό του περιβάλλον λέγοντας χαρακτηριστικά «Είχα εμπειρίες σε οικογενειακό επίπεδο γιατί στενοί συγγενείς μας είχαν προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά δεν με τρόμαζαν όταν έρχονταν στο σπίτι. Βέβαια υπήρχαν στιγμές που ξέφευγαν πολύ...».

Στην συνέχεια οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να εκφράσουν την άποψη τους για το ρόλο που είχαν τα βιώματα και οι εμπειρίες στην ζωή τους για την μετέπειτα στάση τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά πάσχοντα, Επιπλέον, τους ζητήθηκε να απαντήσουν εάν οι στάσεις και οι αντιλήψεις τους έχουν μεταβληθεί εξαιτίας της επαγγελματικής τους ενασχόλησης στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον.

Είναι χαρακτηριστική η άποψη του έβδομου(Z) εργαζόμενου «Είχα προκατάληψη και φόβο για τους ψυχικά ασθενείς . Είχα αποστασιοποιηθεί από όλη την κατάσταση δεν προσπαθούσα να μάθω και δεν ήθελα να μάθω». Με την πάροδο του χρόνου άρχισε να μου φεύγει ο φόβος και προσπαθούσα να καλυτερεύσω αυτούς τους ανθρώπους αλλά και τους ανθρώπους που γνώριζα ότι είχαν ψυχολογικά προβλήματα και ήσαν στο συγγενικό ή φιλικό μου περιβάλλον». Ο εργαζόμενος Α συνεχίζοντας

στην ίδια ενότητα απαντά «Ανησυχούσα για το τί είναι οι ψυχικά ασθενείς γιατί είχα άγνοια και φόβο. Με την πάροδο των χρόνων και αφού ζω καθημερινά μαζί τους μέσα από την εργασία μου κατανόησα τις ανάγκες των ανθρώπων αυτών ώστε να είμαι χρήσιμος».

Ο τρίτος πληροφορητής δηλώνει «Ήμουν πολύ αρνητικός με το συγκεκριμένο χώρο εξαιτίας των άσχημων εμπειριών που είχα στο παρελθόν. Κρατούσα μια αμυντική στάση εξαιτίας του φόβου που είχα αλλά από την άλλη πλευρά σκεφτόμουν ότι αυτοί οι άνθρωποι είναι αβοήθητοι». Η άποψη του σήμερα είναι θετικότερη και αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην ηλικιακή ωρίμανση και στην απόκτηση εργασιακής εμπειρίας.

Η απόκτηση εργασιακής εμπειρίας για τον εργαζόμενο Δ ήταν καθοριστικής σημασίας για την κατανόηση της ψυχικής ασθένειας λέγοντας χαρακτηριστικά «Όταν ξεκίνησα να εργάζομαι τότε κατάλαβα ότι καμία ψυχική ασθένεια δεν είναι μικρή ή μεγάλη, σοβαρή ή ελαφριά όλες είναι σοβαρές και πρέπει να δίνουμε σημασία». Ο εργαζόμενος Ε δηλώνει ότι η άποψή του για την ψυχική νόσο έχει μεταβληθεί μέσα από την εργασία του αφού διαπίστωσε ότι «ότι ο παράγοντας κληρονομικότητα είναι πολύ ισχυρός, κάτι που πριν δεν το παραδεχόμουν, ότι έπαιζε τόσο σημαντικό ρόλο». Και συνεχίζει «Όσον αφορά τον ψυχικά ασθενή η γνώμη μου είναι θετικότερη αφού το στίγμα έχει μειωθεί»..

Ο έκτος εργαζόμενος μας πληροφορεί ότι «παρότι είχα αρνητικές εμπειρίες, η θέση μου είναι θετικότερη μιας και έχω αποκτήσει περισσότερη γνώση. Στην αρχή όταν έκανα βάρδια μόνη μου ένιωθα ανασφάλεια. Το περιβάλλον είναι «πολύ» ψυχοφθόρο και κουραστικό». Ο όγδοος (Η) πληροφορητής μας λέει ότι «στην αρχή υπήρχε μια φοβία σχετικά με το άγνωστο, δηλαδή για το τί θα συναντήσω. Η άποψη μου έχει γίνει θετικότερη και ο στόχος μας είναι να τον βοηθήσεις να σταθεί στα πόδια του ».

Από τις αφηγήσεις των πληροφορητών γίνεται φανερό ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνονται την ψυχική ασθένεια μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και

εμπειρίες και τα βιώματα του ανθρώπου παίζουν καθοριστικό ρόλο στην μετέπειτα ζωή του επηρεάζοντας τις στάσεις και τις αντιλήψεις του απέναντι σε διάφορα φαινόμενα.

Μέσα από το λόγο των εργαζομένων καταγράφεται επίσης η άγνοια, ο φόβος και η προκατάληψη τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνίας, συστατικά στοιχεία του κοινωνικού στίγματος.

Συνεπώς, οι εμπειρίες των οκτώ εργαζομένων μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η πρόσληψη τους στην δομή και η απόκτηση εργασιακής εμπειρίας στο χώρο της ψυχικής υγείας έχουν μεταβάλλει τις στάσεις τους και τις απόψεις τους από λίγο ως πολύ, ανάλογα με την πρωθύστερη κατάσταση του καθενός σε προσωπικό ή επαγγελματικό πεδίο. Οι εργαζόμενοι στο σύνολο τους έχουν θετικότερη γνώμη αφού η εξοικείωση με τον ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά πάσχοντα μειώνει τα επίπεδα του κοινωνικού στίγματος, σύμφωνα με διάφορες έρευνες στο συγκεκριμένο πεδίο (Οικονόμου & συν.,2006).

Η αντίληψη για τον ψυχικά ασθενή

Στην συνέχεια και στην δεύτερη υποενότητα που αφορά την πρόσληψη του ψυχικά ασθενή όπως αυτός γίνεται αντιληπτός από τους εργαζόμενους μέσα από την καθημερινή συμβίωση και την πάροδο των ετών.

Ο πρώτο πληροφορητής περιγράφει τον ψυχικά πάσχοντα ως έναν ασθενή που έχει προβλήματα ψυχικής υγείας όπως σχιζοφρένεια και μανιοκατάθλιψη. Σύμφωνα με την γνώμη του «αυτοί οι άνθρωποι έχουν αλλοιωμένη την πραγματικότητα. Σκέφτονται με ένα τρόπο διαφορετικό από τους «φυσιολογικούς». Με την σειρά της η τρίτη πληροφορητής απαντά ότι «είναι ένα άτομο που πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα».

Μια κατηγορία εργαζομένων προχωρά ένα βήμα παρακάτω στην έννοια και την εικόνα του ψυχικά ασθενή αποφεύγοντας τις στερεοτυπικές απαντήσεις και εκφράζοντας μια απαισιοδοξία και μια αμφιθυμία, όπως κάνει δεύτερος πληροφορητής που μας απαντά ότι «Είναι ένας άνθρωπος βασανισμένος, είναι ένας άνθρωπος που από μια λάθος στιγμή έχει έρθει σε αυτή την κατάσταση, είτε γιατί έζησε σε δύσκολες συνθήκες μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον στο παρελθόν, είτε γιατί οι

συγκυρίες της ζωής τον έφεραν σε αυτή την κατάσταση. Πιστεύω ότι είναι ένας άνθρωπος δυστυχισμένος αλλά και ευτυχισμένος».

Ο τέταρτος πληροφορητής αντιλαμβάνεται ότι « Ο ψυχικά ασθενής είναι ένας άνθρωπος που χρειάζεται την βοήθεια μας, δεν μπορεί να εκφραστεί μέσα από τα συμπτώματα του βγάζει κραυγές απόγνωσης για βοήθεια. Φαντάσου ότι ένας ψυχικά ασθενής είναι σαν ένα αδέσποτο ζώο που χρειάζεται προσοχή ,φροντίδα , παρακολούθηση και κυρίως αγάπη και συμπόνια ».

Στην ίδια ερώτηση ο όγδοος πληροφορητής αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή ως ασθενή που χρήζει φαρμακευτικής και νοσηλευτικής φροντίδας και μας λέει ότι «Ο ψυχικά ασθενής είναι ένας ασθενής που χρειάζεται την φροντίδα που θα πρέπει να έχει κάθε ασθενής, δηλαδή φάρμακα και νοσηλευτική φροντίδα».

Ο έβδομος πληροφορητής χαρακτηρίζει τον ψυχικά πάσχοντα ως ένα άτομο με «ειδικές ανάγκες» που μεγαλώνοντας «διαταράσσεται», ενώ ο έκτος πληροφορητής εκφράζει μια απαισιόδοξη άποψη για το ανίατο της πάθησης και δηλώνει ότι «Ο ψυχικά ασθενής είναι ένας άρρωστος που πιστεύω ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν τον γιατρεύει. Είναι μια νόσος που δεν θεραπεύεται ποτέ».

Από τις τοποθετήσεις των εργαζομένων διακρίνεται μια ποικιλομορφία στις απαντήσεις όσον αφορά στο «τι είναι ο ψυχικά ασθενής». Για ορισμένους εργαζόμενους ο ψυχικά ασθενής είναι ένας δυστυχισμένος άνθρωπος ή ένα άτομο με ειδικές ανάγκες», δηλωτικό των διαφοροποιήσεων και των διακρίσεων στην πρόσληψη του ψυχικά πάσχοντα. Επίσης, στις επιμέρους απαντήσεις καταγράφεται μια απαισιόδοξη άποψη τόσο για την πορεία και την έκβαση της νόσου, όσο και του ψυχικά ασθενή. Τα αισθήματα οίκτου και συμπόνιας που εκφράζονται ενισχύουν τις διακρίσεις. Τέλος, μια κατηγορία εργαζομένων αναγνωρίζει ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι ασθενείς που χρειάζονται την ανάλογη φροντίδα.

Γενικότερα, η επαφή με τους ψυχικά ασθενείς είτε μέσα είτε στο πλαίσιο της εκπαίδευσης είτε στο πλαίσιο κοινωνικής, ή επαγγελματικής ζωής παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις, μειώνουν τα στερεότυπα και τις διακρίσεις και συνδέονται με θετικότερες στάσεις απέναντί τους. Βέβαια δεν μπορούμε να προβούμε εύκολα σε

γενικεύσεις, όπως διαφαίνεται στην περίπτωση μας, καθώς τα άτομα αλληλεπιδρούν μέσα από πολύπλοκους μηχανισμούς και υιοθετούν συμπεριφορές και αντιλήψεις που δεν υπακούουν σε κανόνες, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η ασφαλής εξαγωγή συμπερασμάτων (Οικονόμου, & συν., 2006:17).

5.2 Αιτιολογία-προέλευση των ψυχικών διαταραχών.

Η δεύτερη ενότητα των ερωτήσεων αναφέρεται στους παράγοντες που διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών. Μέσα από την αφήγηση των πληροφορητών αποκαλύπτονται για το ποιές θεωρούνται οι πηγές της ψυχικής αρρώστιας.

Στην αιτιολογική νοηματοδότηση της ψυχικής ασθένειας οι εργαζόμενοι στο δείγμα μας, απάντησαν ότι αυτή οφείλεται στην αλληλεπίδραση κληρονομικότητας και των συνθηκών του περιβάλλοντος δίνοντας άλλοτε προτεραιότητα στην κληρονομικότητα και άλλοτε στο περιβάλλον. Επιπλέον, κάποιοι ενσωματώνουν στις απαντήσεις τους και τον παράγοντα «αδύναμος χαρακτήρας».

Πιο συγκεκριμένα ο ερωτώμενος Β έχοντας μια περισσότερο κοινωνική προσέγγιση πιστεύει ότι «μεγάλο ρόλο παίζει η κοινωνία με τα πρότυπά της και τις μεγάλες απαιτήσεις που έχει στη ζωή που κάνουν έναν άνθρωπο να ασθενήσει». Σε αυτή την προσέγγιση βρίσκει σύμφωνο και τον έβδομο πληροφορητή ο οποίος μας λέει ότι «η ψυχική ασθένεια οφείλεται πρωτίστως στο περιβάλλον που ζεις το οποίο μπορεί να είναι ένα αυστηρό ή ένα πολύ χαλαρό» και στην κληρονομικότητα, ενώ παραδέχεται ότι δεν γνωρίζει την φύση της ψυχικής ασθένειας.

Μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση πάνω στο θέμα είναι αυτή του πρώτου πληροφορητή αφού αναγνωρίζει τρεις παράγοντες ως βασικούς συντελεστές στην εκδήλωση της νόσου που είναι η οικογένεια, ο αδύναμος χαρακτήρας του ατόμου και η κληρονομικότητα. Ο τέταρτος πληροφορητής με την σειρά του θεωρεί ότι ο αδύναμος χαρακτήρας του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου «γιατί το άτομο δεν εκφράζεται, δεν μιλά , τα κρατά μέσα του και αργεί να ζητήσει βοήθεια». Βέβαια, συμπληρώνει και «η κληρονομικότητα παίζει το ρόλο της».

Την άποψη ότι η ψυχική ασθένεια είναι προϊόν αλληλεπίδρασης κληρονομικών και επίκτητων παραγόντων συμερίζονται ο τρίτος και ο όγδοος πληροφορητής που δηλώνουν «ότι μεγάλο ρόλο παίζει το βιολογικό υπόβαθρο, η κληρονομικότητα καθώς και τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής, τα οποία πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου». Τέλος, ο πέμπτος πληροφορητής έχοντας μια περισσότερη βιολογική προσέγγιση, αρκείται στην επισήμανση «ότι ο παράγοντας κληρονομικότητα είναι πολύ ισχυρός».

Η αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας σύμφωνα με βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel GL(1980),είναι σύνθετη και περίπλοκη και περιλαμβάνει τρεις παραμέτρους, δηλαδή βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Παρότι η αιτιολογία δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη, φαίνεται όμως, ότι κάποιοι παράγοντες παίζουν ιδιαίτερο ρόλο για την εκδήλωση της, όπως η κληρονομικότητα και οι διαταραχές στην χημεία του εγκεφάλου (Οικονόμου ,2010).

Οι αντιλήψεις ορισμένων από τους εργαζομένους, που συμβαδίζουν με αυτές της κοινής γνώμης, σε παλαιότερες έρευνες, ότι τα ψυχικά νοσήματα οφείλονται σε αδυναμία του χαρακτήρα ή στην συμπεριφορά των γονέων, δεν τεκμηριώνονται επιστημονικά, αλλά αντιθέτως, δημιουργούν ενοχές και σηματοδοτούν τη γενική αρνητική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών (Μούγιας και συν, 2001).

Η αντίληψη της ψυχικής ασθένειας

Ένας από τους μύθους που ακολουθούν την ψυχική ασθένεια και που συμβάλλει στην διαίωνιση του στίγματος και των διακρίσεων είναι η αντίληψη ότι ψυχικές διαταραχές δεν είναι στην πραγματικότητα ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης ή τα καρδιακά νοσήματα. Οι απόψεις των εργαζομένων πάνω σ' αυτή ενότητα δίστανται θεωρώντας κάποιοι ότι πράγματι είναι μια ασθένεια όπως οι άλλες λ.χ το σάκχαρο, ενώ κάποιες άλλες θεωρούν ότι πρόκειται για μια ξεχωριστή νόσο που χρειάζεται ειδική μεταχείριση.

Στην πρώτη κατηγορία των απαντήσεων οι πληροφορητές αντιλαμβάνονται την ψυχική ασθένεια ως κοινή ασθένεια ,όπως μας περιγράφει ο όγδοος πληροφορητής «Η ψυχική ασθένεια είναι μια χρόνια ασθένεια, όπως το σάκχαρο που χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή και λίγο παραπάνω παρακολούθηση». Ο δεύτερος

πληροφορητής συμπληρώνει «Η ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια, όπως ο διαβήτης, άσχετα εάν αυτός ο άνθρωπος δεν είναι «χαζός αλλά είναι έξυπνος», γιατί μπορεί να καταλαβαίνει, αλλά δεν παύει να είναι άρρωστος». Επιπλέον, το σάκχαρο κρύβει περισσότερους κινδύνους για την ζωή του από μια ψυχική νόσο».

Στην δεύτερη κατηγορία των απαντήσεων ο λόγος των πληροφορητών διαφοροποιείται στο βαθμό που αξιολογούν την ψυχική νόσο ως μια ξεχωριστή ασθένεια με τα δικά της χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα, πρώτος πληροφορητής αναφέρει «Όχι, δεν υπάρχει σχέση γιατί οι άλλες ασθένειες είναι παθολογικές . Η ψυχική ασθένεια είναι «κάτι διαφορετικό, γιατί έχει να κάνει με το μυαλό», και συμπληρώνει ο τρίτος πληροφορητής ότι «Η ψυχική ασθένεια δεν είναι ίδια με όλες τις άλλες ασθένειες, γιατί ο ασθενής χάνει την επαφή με την πραγματικότητα και είναι αρκετά περίπλοκη γιατί επηρεάζει το σύνολο των λειτουργιών του εγκεφάλου». Ο πέμπτος πληροφορητής τονίζει ότι ψυχική νόσος δεν είναι ίδια όπως όλες οι άλλες παθήσεις. «Η ψυχική νόσος δεν αντιμετωπίζεται και η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθείται τους περιορίζει σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή στις άλλες παθήσεις». Η τέταρτη πληροφορητής μας τονίζει ότι η ψυχική ασθένεια είναι μια νόσος του εγκεφάλου που «δεν γίνεσαι ποτέ καλά».

Η αλήθεια που προκύπτει μέσα από την επιστημονική έρευνα είναι ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι ασθένειες που χρειάζονται ιατρική αντιμετώπιση, μεταξύ άλλων και ότι για την εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών ενέχονται γενετικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι, συνήθως, μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Στο τελευταίο μέρος της δεύτερης ερευνητικής ενότητας οι εργαζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε δύο ερωτήματα κομβικής σημασίας για την μελέτη μας όπως είναι το «πότε θεωρείται ότι κάποιος πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα» και ποιά είναι εκείνα τα χαρακτηριστικά που τον κάνουν να ξεχωρίζει από τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Στο πρώτο ερώτημα οι εργαζόμενοι τοποθετούνται με βάση κάποια κριτήρια. Έτσι, ο δεύτερος πληροφορητής αναφέρει ότι κάποιος πάσχει από κάποιο ψυχικό

νόσημα «Όταν είναι δυστυχισμένος στην ζωή. Όταν ένας άνθρωπος πάσχει, άσχετα εάν είναι διαγνωσμένος ή όχι, όταν δεν είναι ευχαριστημένος από την ζωή με αυτά που κάνει και δεν κάνει κάτι να την αλλάξει». Ο τρίτος πληροφορητής μας δηλώνει ότι «το άτομο πάσχει, όταν παύει να είναι λειτουργικός σε βασικούς τομείς της ζωής του όπως εργασία, αυτοφροντίδα, διατήρηση προσωπικών σχέσεων (φίλοι-οικογένεια) και τέλος όταν δεν παίρνει ικανοποίηση από την ζωή».

«Αυτό δεν είναι δεδομένο, δεν μπορείς να το πεις με βεβαιότητα. Γενικά, όταν δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον, έχει παραισθήσεις, κλείνεται στον εαυτό του, απομονώνεται, δε θέλει επαφές και βγάζει ένας μίσος για την οικογένεια του για την τύχη του και την κοινωνία γενικότερα. Εκεί είναι το πρόβλημα, γιατί υπάρχει κάτι (τέταρτος πληροφορητής).

Ο πέμπτος πληροφορητής με την σειρά του δηλώνει ότι μόνο η γνωμάτευση από ένα ιατρό μπορεί να πιστοποιήσει την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας, δίνοντας την δική του ξεχωριστή εκδοχή. Όταν έχει αρρωστήσει από κάποια ψυχικό νόσημα, μας λέει ο έκτος πληροφορητής. Ο έβδομος πληροφορητής δηλώνει ότι κάποιος πάσχει όταν είναι «άτομο με ειδικές ανάγκες».

Οι απαντήσεις των ερωτωμένων είναι διαφορετικές αφού κάποιοι αναφέρονται στα συμπτώματα (λ.χ απόσυρση) και τις συνέπειες της νόσου, ενώ άλλοι δίνουν έμφαση στο άτομο που το θεωρούν κατά κάποιο τρόπο υπεύθυνο για την κατάσταση του. Επιπρόσθετα, προβαίνουν σε γενικεύσεις και αυθαίρετες ερμηνείες λέγοντας ότι κάθε άνθρωπος που δεν είναι ευχαριστημένος από την ζωή του πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα, κάτι που δεν επιβεβαιώνεται επιστημονικά.

Στο δεύτερο και τελευταίο ερώτημα της δεύτερης ενότητας οι πληροφορητές κλήθηκαν να απαντήσουν με ποιο τρόπο μπορούν να διακρίνουν έναν ψυχικά ασθενή από τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Στο παραπάνω ερώτημα είναι χαρακτηριστική η απάντηση του τρίτου πληροφορητή που τονίζει ότι «εμείς που είμαστε πιο ευαίσθητοποιημένοι μπορούμε να τους ξεχωρίζουμε πιο εύκολα από την συμπεριφορά, την εμφάνιση που ξεχωρίζει από το φυσιολογικό, από τον τρόπο που μιλάνε, που κινούνται αλλά και σαν εικόνα

περαστικού μπορείς να τους ξεχωρίζεις». Την ίδια αντίληψη ενστερνίζεται και ο δεύτερος πληροφορητής που απαντά ότι «ξεχωρίζει από τον τρόπο που κινείται, που μιλάει και από το βλέμμα του» και συμπληρώνει ο έβδομος πληροφορητής «Από την συμπεριφορά του η οποία δεν είναι νορμάλ».

Ο πέμπτος πληροφορητής μας τονίζει την σημασία που έχει η εικόνα και η στάση του σώματος του ατόμου αναφέροντας χαρακτηριστικά «Στον ψυχικά ασθενή το πρώτο που κοιτάζεις είναι η εμφάνιση του, μετά παρατηρείς πώς στέκεται στο χώρο, πώς μιλάει, πώς συμπεριφέρεται. Αυτά δείχνουν εάν είναι ψυχικά πάσχοντας ή κάτι άλλο». Αντίθετα, ο τέταρτος πληροφορητής ισχυρίζεται «κανένας άνθρωπος δεν είναι 100% υγιής ψυχικά».

Όλες σχεδόν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα συγκλίνουν στην άποψη ότι η εικόνα του ατόμου, η ενδυμασία του, ο τρόπος που στέκεται και μιλάει τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους «φυσιολογικούς», όπως αναφέρει σχετικά ο Γκόφμαν (2001), δείχνοντας στην ουσία ότι κάθε παρέκκλιση από τα κανονιστικά πρότυπα συμπεριφοράς κάθε κοινωνίας σε κάνει διαφορετικό και σε στιγματίζει. Άρα, σε αυτή την περίπτωση η συμπεριφορά σχετίζεται και υπερτερεί της ετικέτας του ψυχικά ασθενή, ως αυτόνομος στιγματιστικός παράγοντας (Οικονόμου & συν., 2006).

Στην παραπάνω ερευνητική ενότητα, διαφαίνεται η υιοθέτηση μια σειράς αντιλήψεων από την πλευρά των εργαζομένων, που συντηρούν τους μύθους και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια και αναφέρθηκαν στην σχετική ενότητα της εργασίας. Είναι φανερό ότι η έλλειψη εκπαίδευσης που επικαλέστηκαν στο σύνολο τους οι εργαζόμενοι και η απουσία επαρκούς γνώσης που προέκυψε, σχετικά με την αιτιολογία της ψυχικής νόσου, τα συμπτώματα, την θεραπεία και την αποκατάσταση, ενισχύουν τις στιγματιστικές αντιλήψεις, κάτι που επιβεβαιώνεται ερευνητικά (Οικονόμου & συν., 2006:14-15).

5.3 Αντιλήψεις των εργαζομένων για το ρόλο τους στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στίγμα-Προκαταλήψεις – Διακρίσεις

Η τρίτη θεματική ενότητα επικεντρώνεται στις αντιλήψεις των εργαζομένων, για το ρόλο τους στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την θέση τους απέναντι σε

παγιωμένες κοινωνικές αντιλήψεις και τέλος την ύπαρξη διακρίσεων στο εργασιακό τους περιβάλλον, που αναπαράγουν το στίγμα.

Στην υποενότητα αυτή, οι εργαζόμενοι καλούνται να εκφέρουν την άποψή τους, για το ρόλο των ΜΜΕ στην αναπαραγωγή του στερεότυπου σχετικά με την βία την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών.

Ο πρώτος πληροφορητής πιστεύει ότι «τα όσα αναφέρουν τα ΜΜΕ δεν ισχύουν γιατί πράξεις βίας μπορούν να γίνουν και από νορμάλ ανθρώπους». Ο τρίτος πληροφορητής μας λέει ότι τα όσα αναφέρουν τα ΜΜΕ είναι παραπληροφόρηση και τα μεμονωμένα περιστατικά τα γενικεύουν δίνοντας αρνητική δημοσιότητα. Αντίθετα, την θετική πλευρά την «αποσιωπούν», και συμπληρώνει ότι ένας άνθρωπος που πάσχει από σχιζοφρένεια και δεν βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή τότε «μπορεί να γίνει επικίνδυνος».

Ο πέμπτος πληροφορητής μας λέει ότι οι δημοσιογράφοι ως μέλη της κοινωνίας αναπαράγουν το κοινωνικό στίγμα, που οφείλεται κατά την γνώμη του στην άγνοια και στο φόβο.

Ο δεύτερος πληροφορητής μας λέει ότι « αυτό μπορεί να συμβεί» αλλά ο κόσμος δεν γνωρίζει ότι κάτι δεν πάει καλά στην φαρμακευτική αγωγή και τις συνθήκες διαβίωσης του ασθενή και πιστεύει τις ιστορίες που του λένε ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι. Παρόμοια άποψη συμμερίζεται και ο όγδοος πληροφορητής που μας λέει ότι ένας άνθρωπος που πάσχει από σχιζοφρένεια και δεν βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή τότε «μπορεί να γίνει επικίνδυνος».

Ο τέταρτος πληροφορητής δηλώνει κατηγορηματικά ότι η εγκληματικότητα δεν συνδέεται με την ψυχική ασθένεια., και συμπληρώνει ότι ο άνθρωπος που έχει σχιζοφρένεια, δεν παίρνει τα φάρμακα του, δεν πάει στο γιατρό «μπορεί να γίνει επικίνδυνος».

Τέλος, μια διαφορετική ερμηνεία μας δίνει ο έβδομος πληροφορητής που απαντά «ότι τα άτομα αυτά «μπορούν να γίνουν, εάν τα προκαλέσεις. Δηλαδή, μπορεί να πλησιάσεις ένα άτομο και να σου επιτεθεί γιατί δεν ξέρει γιατί τον πλησιάζεις ή έχει

κακό προηγούμενο, γιατί κάποιιο τον πλησιάζουν για να το κοροϊδέψουν, αλλά αυτός δεν γνωρίζει το λόγο που τον πλησιάζεις, οπότε μπορεί να σου επιτεθεί». Επίσης ο έκτος πληροφορητής δηλώνει ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς «δεν είναι επικίνδυνοι».

Οι πληροφορητές, σχεδόν στο σύνολό τους, θεωρούν ότι δυνητικά και εφόσον συντρέξουν οι ανάλογες προϋποθέσεις, όπως το είδος της ασθένειας(λ.χ σχιζοφρένεια), η μη ιατρική παρακολούθηση και μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή είναι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν έναν ψυχικά ασθενή σε πράξεις βίας. Οι εργαζόμενοι συμφωνούν ότι η βασική αιτία που αναπαράγει το στερεότυπο της βιαιότητας και της επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών είναι η άγνοια και η προκατάληψη.

Η επιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι η συχνά αρνητική απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ συνδέεται άμεσα με την καλλιέργεια και την ύπαρξη αρνητικών πεποιθήσεων ανάμεσα στα μέλη μιας κοινότητας. Το είδος της απεικόνισης της ψυχικής ασθένειας από τα ΜΜΕ κρίνει κατά ένα μεγάλο μέρος το βαθμό του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής ασθένειας και των ατόμων με ψυχική διαταραχή (Υπουργείο Υγείας, Ψυχιαργός Β, 2006).

Στην συνέχεια οι εργαζόμενοι απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούν τον ρόλο τους στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, σε σχέση με τον νόμο 2716/99 που αναφέρεται ρητά στην ισότιμη συμμετοχή των εργαζομένων στην διαδικασία κοινωνικής ένταξης.

Ειδικότερα, ο πρώτος πληροφορητής αρκείται στο να αναφέρει ότι «στην πράξη αυτό δεν συμβαίνει». Στην ίδια λογική ο έκτος πληροφορητής δηλώνει ότι δεν υπάρχει ισότιμη συμμετοχή, και εκφράζει την άποψη ότι «κάποιοι νιώθουν πιο ικανοί και δεν αφήνουν χώρο στους υπόλοιπους να εκφραστούν. Κάποιοι νιώθουν πιο ισχυροί και παραμελούν τους άλλους».

Μια άλλη κατηγορία εργαζομένων, όπως ο τρίτος πληροφορητής, θεωρεί ότι η ειδικότητα πρέπει να καθορίζει το πλαίσιο εργασίας και γνώμη μπορεί να έχει ο κάθε εργαζόμενος αλλά η λήψη των αποφάσεων θα πρέπει να γίνεται από κάποιους.

Εκφράζει επίσης την άποψη ότι ο «καθένας παλεύει μόνος του», αφού το καθηκοντολόγιο δεν είναι σαφές. Ο τέταρτος πληροφορητής με την σειρά του δηλώνει ότι θα πρέπει ο καθένας ανάλογα με την ειδικότητα του να εργάζεται και όχι να υπάρχει η λογική του «όλοι για όλα». Τέλος, ο έβδομος πληροφορητής πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει ισότιμη συμμετοχή ανάλογα με την ειδικότητα.

Ο πέμπτος πληροφορητής έχει αρνητική γνώμη όσον αφορά την ισότιμη συμμετοχή και συμπληρώνει «πρώτα από όλα πρέπει να υπάρχει καταμερισμός εργασίας, ανάλογα με τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, γιατί όλοι δεν είναι ίσοι και θα πρέπει να περνά η γνώμη 2-3 προσώπων που θα προέρχονται από το ίδιο το εργασιακό περιβάλλον».

Ο όγδοος πληροφορητής «Χαμογελάει.... .συμφωνώ. Το βλέπω δεν έχω να σου πω κάτι περισσότερο. Αυτό που βλέπω είναι ότι υπάρχει διάκριση ανάμεσα στο προσωπικό γιατί υπάρχουν κάποια άτομα που έχουν περισσότερες γνώσεις και κάποια άλλα αδιαφορούν και δεν θέλουν να δουλεύουν. Αναπόφευκτα δεν μπορεί να υπάρχει ισότιμη συμμετοχή στην λήψη των αποφάσεων».

Μέσα από τις απαντήσεις των ερωτωμένων φαίνεται ότι η ισότιμη συμμετοχή των εργαζόμενων στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στην πράξη δεν συμβαίνει και ότι η ειδικότητα κάθε φορά θα πρέπει να καθορίζει το πλαίσιο εργασίας. Η λογική του «όλοι για όλα», δεν βρίσκει σύμφωνους το σύνολο των εργαζόμενων, ενώ κάποιοι θεωρούν ότι υφίστανται διακρίσεις όσον αφορά την συμμετοχή τους στην διαδικασία λήψης των αποφάσεων. Τέλος, υπάρχει και η άποψη που δείχνει ότι δεν μπορεί να υπάρχει ισότιμη συμμετοχή γιατί υπάρχει μια ανισότητα που στηρίζεται στα διαφορετικά εκπαιδευτικά προσόντα των εργαζόμενων.

Σύμφωνα με τον νόμο 2716/1999(άρθρο 9) αναφέρεται ότι βασική αρχή λειτουργίας της πολυκλαδικής ομάδας για την υλοποίηση των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η αμοιβαία και ισότιμη συνεργασία των εργαζομένων με σκοπό την συμβολή της κάθε ειδικότητας στην υλοποίηση του έργου. Η αποκαταστασιακή ομάδα πρέπει να συνεργάζεται στενά με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρηθεί η διάκριση των ρόλων και η αποδοχή μιας, σε επιστημονική βάση,

ιεραρχίας και υπευθυνότητας. Παράλληλα, θα πρέπει να επιλύονται προβλήματα που προκύπτουν από την αλληλοεπικάλυψη και την ασάφεια των ρόλων, ώστε να μην γίνονται αντικείμενο αρνητικών αντιδράσεων, που συχνά οδηγούν σε μια διασπαστική συμπεριφορά στις σχέσεις του με τον ασθενή και την οικογένεια του (Βασιλαματζής Γρ, 2005: 574-575).

Ο Μαδιανός (2006) αναφέρει ότι η σωστή και αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας αποκατάστασης είναι συνάρτηση της προσωπικότητας του κάθε επαγγελματία, της εκπαίδευσής του, της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, της τήρησης των επαγγελματικών ορίων και τέλος της αντίληψης της ομαδικότητας.

Μέσα από την συζήτηση με τον πρώτο ερωτώμενο προέκυψε η ανάγκη να τεθεί η ερώτηση εάν ίδιοι ή κάποιο στενό συγγενικό τους πρόσωπο αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα ψυχικής θα το συζητούσε με τους συναδέλφους.

Ο πρώτος πληροφορητής απάντησε αρνητικά λέγοντας ότι «το πρόβλημα ψυχικής υγείας θα το συζητούσα μόνο με το γιατρό μου. Με τους συναδέλφους μου όχι γιατί δεν θέλω να γνωρίζουν τα οικογενειακά μου». Ο πέμπτος πληροφορητής απάντησε επίσης αρνητικά «γιατί θεωρώ ότι και οι εργαζόμενοι είναι προκατειλημμένοι απέναντι στην ψυχική νόσο. Θα το συζητούσα μόνο με αυτούς που έχουν γνώση για την ψυχική υγεία και είναι ειδικοί».

«Όχι δεν θα το συζητούσα. Αλλά τώρα που το σκέπτομαι επειδή μιλάω πολύ, ίσως να συζητούσα με κάποιους που θα έκρινα ότι θα μπορούσαν να με βοηθήσουν» (τρίτος πληροφορητής).

Ο όγδοος πληροφορητής μας λέει σχετικά «Όταν υπάρχει το στίγμα αυτό το θέμα δεν το συζητάς. Η άγνοια κάνει μεγάλη ζημιά. Όταν λες ότι κάποιος έχει μια κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια το μυαλό του πάει οπουδήποτε και το πρώτο πράγμα που θα σκεφθεί είναι ότι είναι επικίνδυνος. Εάν είχα εγώ πρόβλημα, που έχω, στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον δεν θα το συζητούσα, γιατί υπάρχει προκατάληψη και άγνοια και το μόνο που θα κάνουν είναι να σε «κουτσομπολέψουν».

«Σιωπή... Επειδή όπως σας είπα είχα μια προηγούμενη εμπειρία, θα το συζητούσα με τους ειδικούς, γιατί οι άνθρωποι με ψυχική νόσο θέλουν στήριξη. Γιατί και εμείς όταν στο συγγενικό μας περιβάλλον έχουμε έναν άνθρωπο που πάσχει χρειαζόμαστε στήριξη» μας τονίζει ο τέταρτος πληροφορητής.

Ο δεύτερος πληροφορητής θεωρεί ότι δεν θα το έκρυβε και θα το συζητούσε με ανθρώπους που έχουν γνώσεις και εμπειρία . Ο έβδομος πληροφορητής μας λέει ότι «Θα το συζητούσα με κάποιον που θα μπορούσε να με βοηθήσει. Δεν θα πήγαινα σε ένα άτομο με ειδικές ανάγκες να με βοηθήσει. Θα πήγαινα στους ειδικούς. Εάν αντιμετώπιζα κατάθλιψη θα ζητούσα βοήθεια παρότι υπάρχει ακόμα το στίγμα, γιατί πολλές οικογένειες το «κρύβουνε». Τέλος ο έκτος ερωτώμενος μας πληροφορεί ότι θα πήγαινε μόνο στους ειδικούς.

Στις απαντήσεις των εργαζομένων η γενική τάση είναι, ότι σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, θα πήγαιναν στον ειδικό ιατρό ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας προκειμένου να τους βοηθήσει. Στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον μάλλον θα παράμεινε «μυστικό» για την πλειοψηφία των εργαζομένων δείχνοντας ότι στις μέρες μας η ψυχική νόσος εξακολουθεί να παραμένει ένα θέμα ταμπού ακόμη και για τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού συνιστά μάλλον ένα στοιχείο διάκρισης και στιγματισμού.

Στη συνέχεια και με αφορμή τις παραπάνω απαντήσεις τέθηκε το ερώτημα: εάν κάποιος συνάδελφος σας αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας θα άλλαζε κάτι στην συμπεριφορά σας απέναντι του;

Στην συνειδητοποίηση ότι κάποιος συνάδελφος αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας η συμπεριφορά μου δεν θα διαφοροποιείτο πέρα από να του πω με έμμεσο τρόπο, να ζητήσει βοήθεια, «όχι δεν το βλέπω ρατσιστικά» δηλώνει ο δεύτερος πληροφορητής. Στην ίδια θετική κατεύθυνση η στάση του τρίτου εργαζόμενου που εκφράζει την άποψη ότι «θα τον αντιμετώπιζα θετικά με την έννοια ότι θα τον διευκόλυνα να βρίσκεται στο συγκεκριμένο χώρο για μην χάσει την δουλειά του με συγκεκριμένες όμως προϋποθέσεις, ευθύνες και συνθήκες εργασίας».

Ο τέταρτος πληροφορητής μας λέει ότι η συμπεριφορά του θα άλλαζε προς το καλύτερο γιατί θα ήταν ένας άνθρωπος που θα έχρηζε ψυχιατρικής βοήθειας όχι μόνο με τα φάρμακα αλλά και από τον περίγυρο του και εμείς που είμαστε σε αυτό τον χώρο πρέπει να κάνουμε πράξη αυτά που έχουμε μάθει από την δουλειά μας. Είναι ένας άνθρωπος που «φεύγει από συνάδελφος και γίνεται ένας άνθρωπος που χρειάζεται στήριξη».

«Σε προσωπικό επίπεδο όχι, σε επαγγελματικό επίπεδο ναι, γιατί θα πρέπει να κάνει κάτι ανάλογα με τις ικανότητες του, αφού λογικά θα έχει μειωμένη παραγωγικότητα και δεν θα μπορεί επαρκώς να ανταποκριθεί στο ρόλο του» (πέμπτος πληροφορητής).

«Πιθανόν θα ήμουν πιο ανεκτική και πιο υπομονετική σε ορισμένα θεματάκια και αυτό μέχρι ενός σημείου, ώστε να μην κάνει ότι θέλει. Δεν θα φοβόμουν να του μιλήσω αλλά το θέμα είναι κατά πόσο αυτό το άτομο θέλει να βοηθηθεί. Επίσης, θα τον αντιμετώπιζα περισσότερο σαν συνάδελφο και λιγότερο σαν ασθενή»(Ογδοος πληροφορητής).

Ο έβδομος πληροφορητής με την σειρά του εκφράζει τη άποψη ότι «Από την στιγμή που το ξέρεις, δεν πρέπει να τον αντιμετωπίζεις σαν ένα άνθρωπο που είναι νορμάλ, αλλά θέλει ειδική μεταχείριση, όχι γιατί τον φοβάμαι αλλά σκέπτομαι πως μπορώ να τον βοηθήσω».

Στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι εκφράζονται με θετικό τρόπο στην περίπτωση που κάποιος συνάδελφος τους αντιμετώπιζε πρόβλημα ψυχικής υγείας, και πιστεύουν ότι θα πρέπει να τύχει της ανάλογης μεταχείρισης ώστε να ανταποκριθεί στις εργασιακές του υποχρεώσεις με την προϋπόθεση να θέλει ο ίδιος και να μην δημιουργεί επιπλέον προβλήματα με την συμπεριφορά του. Βέβαια, μέσα από τις παραπάνω απαντήσεις αναδύονται και στοιχεία διάκρισης με το να δηλώνεται «φεύγει από συνάδελφος», ή να γίνεται διαχωρισμός στην αντιμετώπιση στη βάση προσωπικές ή επαγγελματικές σχέσεις και στο δίπολο ασθενής-συνάδελφος.

Στην συνέχεια οι πληροφορητές κλήθηκαν να αναγνωρίσουν την ύπαρξη ή μη διακρίσεων στην στάση και την συμπεριφορά τους απέναντι στους ενοίκους της δομής

Οι πληροφορητές θεωρούν ότι η ύπαρξη διακρίσεων γίνεται άλλοτε συνειδητά και άλλοτε ασυνείδητα.

Κάποιοι εργαζόμενοι νιώθουν ότι η συμπεριφορά του ενοίκου είναι αυτή που κατά κύριο λόγο, αποτελεί κριτήριο για την ύπαρξη θετικών ή αρνητικών διακρίσεων. Επιπλέον, η ύπαρξη απόστασης ανάμεσα στον ένοικο και τον εργαζόμενο έχει αρνητικές συνέπειες στην προσέγγιση και την ψυχοκοινωνική στήριξη του ενοίκου.

Ενδεικτικά, ο δεύτερος πληροφορητής μας τονίζει ότι «ο καλός τρόπος συμπεριφοράς του ασθενή σε φέρνει πιο κοντά του ενώ ο κακός τρόπος σε απομακρύνει από κοντά του και δεν δείχνεις το ανάλογο ενδιαφέρον. Επίσης, όταν κρατάς μια απόσταση από τους ασθενείς τότε αυτοί δεν σου ανοίγονται να σου μιλήσουν και έτσι δεν μπορείς να τους βοηθήσεις».

«Όταν ένας ασθενής συμπεριφέρεται σωστά τότε η συμπεριφορά σου είναι καλή, ενώ αντίθετα όταν δεν έχει καλή συμπεριφορά εκεί κρατάς κάποια απόσταση». Επίσης, παρατηρεί ότι «Κάποιοι κρατάνε αποστάσεις γιατί έχουν οι ίδιοι πρόβλημα γιατί εάν είσαι «νορμάλ» στην ζωή σου και στο μυαλό σου δεν έχεις διαφορετική αντιμετώπιση» (έβδομος πληροφορητής).

Ο τρίτος πληροφορητής παραδέχεται ότι υπάρχουν διακρίσεις στην λογική ότι «κάποιοι συνάδελφοι συμπαθούν κάποιους ενοίκους περισσότερο και ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες τους. Αντίθετα, όταν δεν υπάρχει συμπάθεια, στην καλύτερη περίπτωση τους παραπέμπουν σε κάποιον άλλο συνάδελφο και στην χειρότερη «αδιαφορούν παντελώς».

«Ναι, βλέπω ότι σε κάποιους από τους ενοίκους της δομής έχουμε αδυναμίες και του φερόμαστε πιο καλά» (τέταρτος πληροφορητής).

Ο πέμπτος πληροφορητής δηλώνει «δυσκολεύομαι να απαντήσω σε αυτή την ερώτηση γιατί πρέπει να μπω σε λεπτομέρειες και συνεχίζει όταν ο ασθενής είναι «δύσκολος» τον αντιμετωπίζουν αυστηρά, όταν είναι «εύκολος» και δεν τον δυσκολεύουν στην εργασία του τον αντιμετωπίζουν πιο χαλαρά, βγάζουν μια «φιλικότητα», απέναντί του. Ορισμένοι συνάδελφοι όταν δεν έχουν μια καλή εικόνα

για τον ασθενή δεν τον πλησιάζουν και τον αποφεύγουν και δεν ενδιαφέρονται να δουν τι πραγματικά συμβαίνει».

«Ναι, κάποιοι συνάδελφοι κρατάνε κάποιες αποστάσεις από τους ασθενείς, ευθύς εξαρχής. Δεν κάθονται στο σαλόνι στα ίδια καθίσματα με τους ασθενείς, γιατί σιχαίνονται. Την ίδια στιγμή έξω μπορεί να είναι πιο φιλικοί και να υποκρίνονται λίγο ότι είναι πιο κοντά στους ασθενείς, ενώ μέσα δείχνουν άλλο πρόσωπο λίγο διαφορετικό και όχι καλύτερο» μας λέει χαρακτηριστικά ο έβδομος πληροφορητής. Επίσης, αναφέρει ότι η ψυχολογική κούραση είναι επίσης βασική αιτία για την έλλειψη επικοινωνίας με τους ενοίκους και συνεχίζει «Παλιά είχα την διάθεση να τους κάνω παρέα .Τώρα δεν μπορώ.....».

Η τελευταία απάντηση συνδέεται με αυτό που ονομάζουμε σύνδρομο ψυχοσωματικής συμπτωματολογίας που αναπτύσσεται σε επαγγελματίες που εργάζονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα, σε χώρους που υπάρχουν στενές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και των ατόμων που είναι αποδέκτες της φροντίδας τους (Αντωνίου, Α. και Σ, Ντάλλα, Μ.,2010:365-377). Οι εργαζόμενοι που βιώνουν την επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζουν μειωμένη εργασιακή επίδοση που περιορίζεται στην απλή διεκπεραίωση των βασικών τους καθηκόντων. Στους επαγγελματίες υγείας, παρατηρείται το φαινόμενο προοδευτικής μείωσης του ενδιαφέροντος και της επικοινωνίας με τους ασθενείς τους (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Ο όγδοος πληροφορητής παραδέχεται ότι «υπάρχουν διακρίσεις οι οποίες γίνονται ασυνείδητα, είτε γιατί οι ίδιοι ένοικοι επιλέγουν σε ποιους εργαζόμενους θα πλησιάσουν και θα μιλήσουν είτε γιατί το προσωπικό επιλέγει ανάλογα με τον χαρακτήρα ποιόν ένοικο θα πλησιάσει περισσότερο».

Η μεγάλη πλειοψηφία των εργαζομένων θεωρεί ως βασική αιτία των διακρίσεων την συμπεριφορά, την βαρύτητα της νόσου και το χαρακτήρα του ασθενή, ώστε ανάλογα προσαρμόζουν και την δική τους συμπεριφορά. Κάποιοι εργαζόμενοι ως αιτία των διακρίσεων θεωρούν ότι είναι ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα του εργαζόμενου, σε συνδυασμό με τον χαρακτήρα του ενοίκου. Επιπλέον, αναφέρεται η

ψυχολογική κούραση του προσωπικού ως παράγοντα για την ύπαρξη μιας απόστασης ανάμεσα στο προσωπικό και τους ενοίκους. Φαίνεται ότι αυτή σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ ενοίκων και προσωπικού καθορίζει την ποιότητα, τον χαρακτήρα των σχέσεων, και το είδος των διακρίσεων.

5.4 Κοινωνική ένταξη/ δικαιώματα/ περιορισμοί.

Στην συγκεκριμένη ενότητα οι εργαζόμενοι τοποθετούνται και εκφέρουν την άποψή τους σε μια σειρά θέματα ζωτικής σημασίας για την ζωή του ψυχικά ασθενή όπως εργασία, κατοικία, κοινωνική ζωή. Επίσης, γίνεται αναφορά στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που απορρέουν από την ιδιότητα του πολίτη, που ο περιορισμός τους οδηγεί στην κοινωνική περιθωριοποίηση.

Εργασία –Απασχόληση

Όπως γνωρίζουμε, η εργασία κατέχει μεγάλη σημασία στην ζωή των ανθρώπων. Προσφέρει την απαραίτητη οικονομική και ατομική αυτοδυναμία, προσωπική ικανοποίηση αλλά παράλληλα προσδίδει στο άτομο ένα κοινωνικό ρόλο που αυτόματα του χαρίζει σεβασμό και αναγνώριση από το περιβάλλον του. Πολλές έρευνες έδειξαν ότι η εργασία ενισχύει την ταυτότητα του ατόμου, την αυτοεκτίμηση του, την πραγματοποίηση προσωπικών επιτευγμάτων και τέλος τη δυνατότητα αυτοπροσδιορισμού (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2002).

Σύμφωνα με το Σύνταγμα μας (άρθρο 22 του Συντάγματος παρ. 1), η εργασία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα και προστατεύεται από το κράτος το οποίο οφείλει να μεριμνά για την δημιουργία θέσεων εργασίας σε κάθε άτομο χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς (Χρυσόγονος Κ, 2006). Υπό την έννοια αυτή κάθε διάκριση στην εργασία αντιβαίνει θεμελιώδη συνταγματικά δικαιώματα.

Τα άτομα με βαριές ψυχικές διαταραχές αποκλείονται από την αγορά εργασίας, θύματα των προκαταλήψεων που επικρατούν την κοινωνία, ακόμα και σε χώρες με εξελιγμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας το 85-90% των ατόμων αυτών μαστίζεται από μακροχρόνια ανεργία (Garske & Stewart, 1999), παρότι το 70% επιθυμεί να εργαστεί, ενώ τα περισσότερα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης

εξασφαλίζουν μόνο περιστασιακή απασχόληση ή αποτυγχάνουν εντελώς, εφόσον δίνουν έμφαση αποκλειστικά στην καλλιέργεια βασικών δεξιοτήτων κι όχι στην εδραίωση ικανοτήτων κατάλληλων για επαγγελματικό ανταγωνισμό.

Οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα, στην συγκεκριμένη ενότητα κλήθηκαν να εκτιμήσουν αρχικά τις δυνατότητες και την επιθυμία των ψυχικά ασθενών να εργαστούν ,σύμφωνα με το προσωπικό τους βίωμα.

Στην ερώτηση σχετικά με την ικανότητα των ψυχικά πασχόντων να εργαστούν οι απόψεις των εργαζόμενων ποικίλλουν. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι βλέπουν με θετικό τρόπο τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών για εργασία, έστω και με κάποιες προϋποθέσεις, ενώ κάποιοι άλλοι ,έχουν μάλλον αρνητικά άποψη.

«Συμφωνώ με την άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν με το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον», υποστηρίζει ο όγδοος πληροφορητής. «Οι ψυχικά ασθενείς είναι σε θέση να εργαστούν λιγότερες ώρες και όχι ένα κανονικό οκτάωρο»(πέμπτος πληροφορητής).

Σύμφωνα με τον τρίτο πληροφορητή «Η εργασία είναι ένα δύσκολο κομμάτι που χρειάζεται συνεχή επαναξιολόγηση και υποστήριξη ο ψυχικά ασθενής, ώστε να μπορέσει να παραμείνει στην εργασία του».

Μια άλλη κατηγορία εργαζομένων διατύπωσε την άποψη ότι οι «ελαφριές » περιπτώσεις μπορούν να εργαστούν, ενώ οι «βαριές» περιπτώσεις δεν μπορούν (τέταρτος πληροφορητής). Ο πρώτος πληροφορητής προβαίνει στην διάκριση τοποθετώντας την ετικέτα του «καταθλιπτικού» στις περιπτώσεις εκείνες που μπορούν να εργαστούν και του «σχιζοφρενή» σε εκείνες περιπτώσεις που δεν μπορούν εργαστούν.

Τέλος, στις απαντήσεις όπου κυριαρχεί η απαισιόδοξη άποψη ο δεύτερος πληροφορητής απαντά «πρόθυμοι είναι να εργαστούν, ικανοί όμως δεν είναι», και συμπληρώνει ο έβδομος πληροφορητής «μπορούν να εργαστούν, αλλά γίνονται «τεμπέληδες» εξαιτίας της χρόνιας απραξίας τους, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να εργαστούν σήμερα».

Οι εργαζόμενοι στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν εφόσον βρίσκονται σε ένα προστατευόμενο περιβάλλον που θα παρέχει ένα ευέλικτο ωράριο και συνεχή φροντίδα και υποστήριξη. Επιπλέον, φαίνεται ότι η βαρύτητα της νόσου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σύμφωνα με την γνώμη των πληροφορητών. Ειδικότερα, για τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια οι γνώμες είναι αρνητικές όσον αφορά τις δυνατότητες να εργαστούν.

Στην συνέχεια και πάνω στην ενότητα εργασία οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να τοποθετηθούν σε μια υποθετική ερώτηση, αναλαμβάνοντας το ρόλο του εργοδότη, κάτω από ποιές προϋποθέσεις θα προσλάμβαναν ένα ψυχικά ασθενή. Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών δείχνει ότι οι εργοδότες αποφεύγουν να προσλαμβάνουν και να διατηρούν στην εργασία τους άτομα με ψυχικές ασθένειες.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι έβαλαν ορισμένες προϋποθέσεις για την πρόσληψη του ψυχικά ασθενή. Πρώτα από όλα, θα πρέπει να ενημερωθούν για την ασθένεια και την κατάσταση της υγείας του υποψήφιου εργαζόμενου, στη συνέχεια ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση, να υπάρχει ένα πρόσωπο αναφοράς για να τους δίνει πληροφορίες και τέλος να εργαστεί δοκιμαστικά για ένα χρονικό διάστημα ώστε να δουν εάν μπορεί να ανταποκριθεί με επάρκεια στις υποχρεώσεις του.

Ο δεύτερος πληροφορητής μας τονίζει την ανάγκη για ενημέρωση ώστε να «προστατεύσει» τους υπόλοιπους εργαζόμενους, και στην συνέχεια θα έδινε μια εργασία που θα παρείχε ασφάλεια στον ψυχικά ασθενή.

Ο τρίτος πληροφορητής θέτει δύο προϋποθέσεις: πρώτον, να υπάρχει «ένα πρόσωπο αναφοράς» που να μου δίνει τις πληροφορίες που χρειάζομαι και δεύτερον, να υπάρχει μια δοκιμαστική περίοδος ώστε εάν σου κάνει, να τον κρατήσεις, ενώ στην αντίθετη περίπτωση να τον απολύσεις χωρίς κυρώσεις από το νόμο, εάν δεν ανταποκρινότανε στις υποχρεώσεις του. Ο πέμπτος πληροφορητής στο ίδιο μήκος κύματος αναφέρει ότι «πρώτα από όλα πρέπει να έρθει να τον δω, μετά να μιλήσω με έναν άνθρωπο που γνωρίζει τον ασθενή ώστε να μάθω κάποια πράγματα και τέλος θα

τον βάλω να δουλέψει δοκιμαστικά κάποια χρονική περίοδο, ώστε να δω ,εάν μπορεί, να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του πριν αποφασίσω να τον προσλάβω».

Ο τέταρτος πληροφορητής εκφράζει μια διαφορετική άποψη λέγοντας « Εάν είχα μια επιχείρηση με καφέδες και τυρόπιτες δεν θα έπαιρνα ένα ψυχικά ασθενή αποκλειστικά για να εργαστεί, αλλά για να μπορεί να περνάει την ώρα του δημιουργικά». Τέλος, ο όγδοος πληροφορητής μας πληροφορεί ότι το γνωστικό επίπεδο του ασθενή, η ιατρική παρακολούθηση και η επικοινωνία με την οικογένεια για να αντλήσει πληροφορίες για τις δυνατότητες του ασθενή θα ήταν οι βασικοί παράγοντες που θα βάρυναν στην διαδικασία λήψη της απόφασης για την πρόσληψη.

Η εργασία είναι βασικός παράγοντας κοινωνικής ένταξης των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα βοηθά, μεταξύ άλλων, να ισορροπήσουν και να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Στην περίπτωση των εργαζομένων, οι απόψεις τους συγκλίνουν ότι παράγοντες όπως η προσωπικότητα του ασθενή, η φύση και οι ιδιαιτερότητες της ψυχική νόσου, το εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον και η παραγωγικότητα του εργαζόμενου είναι τα βασικά κριτήρια που θα συνυπολογισθούν στην απόφασή τους για την πρόσληψη ενός ψυχικά πάσχοντα.

Στέγαση-κατοικία

Στο κοινωνικό πεδίο οι διακρίσεις που υφίστανται τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες δεν περιορίζονται στο χώρο της εργασίας αλλά επεκτείνονται και στο θέμα της στέγασης. Στην μεγάλη τους πλειοψηφία οι ιδιοκτήτες αποφεύγουν ενοικιαστές που έχουν ιστορικό ψυχικής ασθένειας (Οικονόμου & συν , 2006).

Με αφορμή την παραπάνω διαπίστωση οι πληροφορητές ρωτήθηκαν να αιτιολογήσουν και να ερμηνεύσουν την αρνητική στάση των ιδιοκτών ακινήτων που συντελεί στην κοινωνική περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών.

Οι πληροφορητές αναγνωρίζουν το κοινωνικό στίγμα ως βασικό παράγοντα που εμποδίζει έναν ιδιοκτήτη να διαθέσει το ακίνητο του προς ενοικίαση. Επίσης, μια

σημαντική παράμετρος που συμβάλλει στην διαφορετική μεταχείριση είναι τα συμπτώματα και η σοβαρότητα της νόσου.

«Θεωρώ λάθος την στάση των ιδιοκτητών στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από ήπιες διαταραχές, όπως είναι μία κατάθλιψη. Στην περίπτωση ενός «σχιζοφρενή» θα το σκεφτόμουν. Ξέρω όμως περιπτώσεις ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία για κάποιο ψυχικό νόσημα και έχουν νοικιάσει σπίτι»(πρώτος πληροφορητής).

«Κατά την γνώμη μου, η άγνοια είναι ο βασικός παράγοντας, γιατί οι άνθρωποι έχουν πλάσει στο μυαλό τους κάτι διαφορετικό από αυτό που είναι στην πραγματικότητα ο ψυχικά ασθενής και για αυτό το κάνουν».(δεύτερος πληροφορητής)

Ο τρίτος πληροφορητής αποδίδει την στάση των ιδιοκτητών στην ύπαρξη προκατάληψης, στην άγνοια και στο φόβο που έχουν ότι μπορεί να καταστρέψουν το σπίτι. Ο έκτος πληροφορητής απαντά με τον ίδιο τρόπο κάνοντας και ένα βήμα παρακάτω μας λέει «Δεν συμφωνώ, αλλά, δεν μπορώ να τους κατηγορήσω», αιτιολογώντας με έμμεσο τρόπο την συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Ο τέταρτος και ο όγδοος πληροφορητής στις απαντήσεις τους θεωρούν το «στίγμα, περί επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών οι οποίοι θα προκαλέσουν ζημιές στο σπίτι και θα κάνουν κακό στην γειτονιά», ως βασικούς παράγοντες στην απροθυμία των ιδιοκτητών να ενοικιάσουν τα ακίνητα.

Οι απόψεις των εργαζομένων συγκλίνουν στην εκτίμηση ότι η άγνοια, ο φόβος και η προκατάληψη εμποδίζουν τους ψυχικά πάσχοντες να ενοικιάσουν ακίνητα αφού οι ιδιοκτήτες των ακινήτων, ως μέλη του κοινωνικού συνόλου, ενστερνίζονται στιγματιστικές αντιλήψεις. Αξίζει να αναφέρουμε, ότι σε τοπικό επίπεδο πριν από μερικά χρόνια ορισμένοι ιδιοκτήτες ακινήτων, είχαν αρνηθεί να ενοικιάσουν ακίνητα για να στεγασθούν ένοικοι από την δομή, στο πλαίσιο ανάπτυξης μιας επιπλέον δομής όπως είναι η λειτουργία προστατευόμενου διαμερίσματος.

Κοινωνικές σχέσεις-γάμος-οικογένεια

Στην συνέχεια οι εργαζόμενοι, στην ενότητα κοινωνική ζωή -σχέσεις κλήθηκαν να εκφέρουν την γνώμη τους σε ζητήματα που αφορούν την προσωπική ζωή και το κεφάλαιο οικογένεια, γάμος και παιδιά. Η ενότητα αυτή δυσκόλεψε αρκετά τους πληροφορητές είτε γιατί δεν το είχαν σκεφθεί είτε γιατί είχαν αμφιβολίες για την ορθότητα των απαντήσεων.

Η προστασία της οικογένειας ,του γάμου και της μητρότητας (άρθρο 21 παρ.1 Συντ) είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη. Εφόσον ο γάμος δεν αποβλέπει κατά το Σύνταγμα στον σκοπό της τεκνοποιίας, ο νομοθέτης δε μπορεί να περιορίζει την ελευθερία σύναψης θεσπίζοντας κωλύματα για λόγους ασθένειας ιδίως των ανικάνων να τεκνοποιήσουν για λόγους ασθενείας. Είναι σαφές ότι δεν είναι συνταγματικά ανεκτός ένας περιορισμός για λόγους υγείας της ελευθερίας σύναψης γάμου αυτών των προσώπων, αφού ο γάμος προστατεύεται ανεξάρτητα από την οικογένεια (Χρυσόγονος, 2006). Ειδικότερα, οι ψυχικά ασθενείς έχουν το δικαίωμα να παντρεύονται και να κάνουν απογόνους χωρίς περιορισμούς και διακρίσεις.

Η πλειοψηφία των εργαζομένων πιστεύει ότι ένας ψυχικά ασθενής είναι σε θέση να συνάψει γάμο, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις που αναδύονται μέσα από το λόγο των πληροφορητών.

Ο πληροφορητής Α πιστεύει ότι «οι ψυχικά ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αγαπάνε, να ερωτεύονται και να παντρεύονται». Τοποθετεί ορισμένους περιορισμούς σε σχέση με την βαρύτητα της ασθένειας λέγοντας ότι στις «ήπιες περιπτώσεις» είμαι θετικός ενώ στις «βαριές περιπτώσεις» αρνητικός. Επίσης, θα πρέπει να το συζητήσουν με κάποιο γιατρό τι πρέπει να κάνουν, αφού «τρελοί γονείς κάνουν τρελά παιδιά».

«Εγώ πιστεύω ότι πρέπει να παντρεύονται αλλά να μην κάνουν παιδιά. Δεν μπορεί να είναι μόνοι τους όταν το συγγενικό τους περιβάλλον δεν τους παρέχει αυτά που πρέπει, και προκειμένου να ξεφύγουν από την μοναξιά τους θα πρέπει να παντρεύονται. Άτομα που είναι ικανά να ζήσουν μόνα τους βεβαίως θα πρέπει να παντρεύονται»(δεύτερος πληροφορητής).

«Δύσκολη ερώτηση. Νομίζω κατά περίπτωση έχουν το δικαίωμα να παντρεύονται αρκεί να το ξέρει ο /η σύντροφος. Όσον αφορά τα παιδιά νομίζω ότι δεν πρέπει να κάνουν στις βαριές περιπτώσεις»(τρίτος πληροφορητής).

«Αυτό είναι ένα θεματάκι. Η αλήθεια είναι ότι αυτό το θέμα δεν το έχω σκεφθεί ποτέ. Παίζει ρόλο το είδος της ψυχικής ασθένειας, η προσωπικότητα του ασθενή, το περιβάλλον, και το μορφωτικό επίπεδο. Ένας σχιζοφρενικός δεν είναι καθόλου εύκολο να κάνει οικογένεια. Αντίθετα, ένας καταθλιπτικός μπορεί».(όγδοος πληροφορητής)

Μια άλλη κατηγορία των εργαζομένων πιστεύει ότι η ψυχικά ασθενείς δεν είναι σε θέση να παντρεύονται, διότι αυτό θα προκαλέσει κακό στην υγεία τους.

«Όχι ,δεν είναι σε θέση να παντρεύονται και να κάνουν οικογένεια, γιατί αυτό τους δημιουργεί μεγάλο βάρος και ευθύνες που δεν μπορούν να σηκώσουν και αυτό μπορεί να τους κάνει να υποτροπιάσουν»(πέμπτος πληροφορητής).

«Δεν θα πρέπει να κάνουν παιδιά και οικογένεια οι περισσότεροι, γιατί είπαμε ότι είναι και κληρονομικό το θέμα. Στο γάμο θα ήμουν πιο θετική αρκεί να υπήρχε κάποιος γνώστης που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει μια κρίση και μια υποτροπή»(τέταρτος πληροφορητής).

«Παιδιά δεν θα πρέπει να κάνουν , για τον γάμο δεν μπορώ να πω όχι –μπορεί όμως και να μην πρέπει να παντρεύονται(έκτος πληροφορητής)

«Εάν παντρέψεις ένα άτομο με ειδικές ανάγκες θα γίνει τρις χειρότερο και δεν θα πρέπει να πάρει άλλον άνθρωπο στο λαιμό του» (έβδομος πληροφορητής).

Η έρευνα έχει δείξει ότι η στάση μας απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια μπορεί να είναι ιδιαίτερα στιγματιστική. Από τις ερωτήσεις μιας μεγάλης μελέτης (πρόγραμμα κατά του στίγματος των ψυχικών διαταραχών ΕΠΙΨΥ, 2008) φάνηκε ότι ο γενικός πληθυσμός στην Ελλάδα αντιδρά περισσότερο στη δημιουργία μιας προσωπικής σχέσης με άτομο που πάσχει.

Στις απαντήσεις των περισσότερων ερωτώμενων διαφαίνεται μια θετική στάση απέναντι στο γάμο κυρίως στις περιπτώσεις των ήπιων ψυχικών διαταραχών, σε

αντίθεση με τις βαριές περιπτώσεις που δεν πρέπει να παντρεύονται. Βέβαια, υπάρχουν και πληροφορητές που είναι αρνητικοί στο γάμο γιατί αυτό θα προξενήσει βλάβη στην υγεία του ψυχικά ασθενή. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι αφενός, δεν αντιλαμβάνονται το γάμο ως δικαίωμα του ψυχικά ασθενή που θα πρέπει να προστατεύεται και αφετέρου, το κεφάλαιο σχέσεις, οικογένεια είναι μάλλον υποτιμημένο και παραμελημένο στην συνείδησή τους.

Αντίθετα, οι εργαζόμενοι σχεδόν στο σύνολό τους, είναι αρνητικοί στο ενδεχόμενο της τεκνοποίησης, ιδιαίτερα στην σχιζοφρένεια, προβάλλοντας ως βασικό επιχείρημα το ρόλο της κληρονομικότητας.

Διάφορες μελέτες που έχουν γίνει έχουν δείξει ότι ένα παιδί που γεννιέται από γονιό που πάσχει από σχιζοφρένεια έχει αυξημένες πιθανότητες, περίπου 10%, να ασθενήσει σε κάποια φάση της ζωής του σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Μελέτες σε διδύμους δείχνουν πως η διαταραχή κληρονομείται σε ένα ποσοστό 80%. Η γενετική ευαλωτότητα είναι ως ένα σημείο κοινή με τη διπολική διαταραχή, ενώ πρόσφατα δεδομένα υποδεικνύουν πως μπορεί να υπάρχει επικάλυψη και με αναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός. Η παρουσία παθολογίας και στους δυο γονείς αυξάνει το κίνδυνο νόσησης (Β.Π Κονταξάκης ,Χαβάκη, Γ.Ν Χριστοδούλου, 2005:387-394).

Την ίδια στιγμή μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά των κηρίσεων των μητέρων που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρότι λίγο μικρότερα, δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Είναι περισσότερο πιθανόν γυναίκες πάσχοντες παρά άνδρες, να αναλάβουν γονεϊκό ρόλο. Τα ποσοστά των γυναικών που πάσχουν από κάποια ψυχωτική διαταραχή και έχουν ένα τουλάχιστον παιδί κυμαίνονται στο 60% περίπου, έναντι 25% των ανδρών. Οι παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν την γονεϊκή ικανότητα των μητέρων με σχιζοφρένεια είναι η χαμηλή επίγνωση για την ασθένεια, το ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στο παρελθόν ,στρεσογόνοι παράγοντες, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη, η διατάραξη του δεσμού μητέρας παιδιού, και οι μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες σε συνδυασμό με το δυσμενές οικογενειακό περιβάλλον. Σε κάθε περίπτωση όμως η ενεργός συμπτωματολογία σε

συνδυασμό με συννοσηρότητα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη (Αρβανίτη Α, Α. Σπυροπούλου Α, Ζέρβας Ι,2012).

Πολιτικά δικαιώματα

Τελειώνοντας την ενότητα των δικαιωμάτων στην έρευνα μας οι εργαζόμενοι εξέφρασαν την άποψη τους για τα πολιτικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Στα πολιτικά δικαιώματα που απορρέουν από την ιδιότητα του πολίτη ανήκουν το δικαίωμα του «εκλέγειν» και του «εκλέγεσθαι».

Στην περίπτωση του δικαιώματος του «εκλέγειν» στο οποίο επικεντρώνεται η έρευνας μας, οι γνώμες των πληροφορητών διαφέρουν όσον αφορά τις προϋποθέσεις και τους περιορισμούς που τίθενται ώστε να είναι σε θέση οι ψυχικά ασθενείς να ψηφίζουν.

Ο πρώτος πληροφορητής ως κριτήριο έθεσε την βαρύτητα της νόσου λέγοντας χαρακτηριστικά ««Ναι, μπορεί να ψηφίζει ένας ασθενής με ελαφριά πάθηση, άλλα ένας ασθενής με βαριά πάθηση δεν μπορεί να ψηφίσει. Έχει το ακαταλόγιστο». Με την σειρά της η έκτη πληροφορητής δήλωσε «Μπορούνε να ψηφίζουνε οι ελαφριές περιπτώσεις, οι βαριές περιπτώσεις δεν ξέρω».

«Τα πολιτικά δικαιώματα πρέπει να δίνονται κατά περίπτωση, γιατί όλοι οι ψυχικά ασθενείς δεν έχουν την νοητική ικανότητα να κρίνουν την πραγματικότητα» (τρίτος πληροφορητής).

«Επειδή θεωρώ ότι οι άνθρωποι αυτοί δεν είναι καθυστερημένοι, πιστεύω ότι αυτοί που είναι σε μια καλή κατάσταση και μπορούν να αποφασίζουν, είναι σε θέση να ψηφίσουν»(δεύτερος πληροφορητής).

Ο πέμπτος πληροφορητής αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο το ίδιο θέμα θεωρώντας την ψήφο δικαίωμα, επισημαίνοντας ότι «ένας ψυχικά ασθενής έχει το δικαίωμα του «εκλέγειν» και του «εκλέγεσθαι» και συμπληρώνει ο εργαζόμενος Δ στην ίδια κατεύθυνση «Θα μπορούσαν και να ψηφίζουν, γιατί είναι δικαίωμα αυτό. Έτσι μόνο μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία».

Ο έβδομος εργαζόμενος, δηλώνει ότι «ένας ψυχικά ασθενής είναι σε θέση να ξεχωρίσει ή να καταλάβει εάν βάζει φόρους το κράτος ή εάν δίνει χρήματα για την ψυχική υγεία και συνεπώς έχει άποψη, ώστε να είναι σε θέση να ψηφίσει»..

Η πλειοψηφία των εργαζομένων στην έρευνά μας απαντά θετικά στο δικαίωμα του «εκλέγειν», αφού οι ψυχικά ασθενείς κατά την γνώμη τους έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν τι συμβαίνει γύρω τους και κατά συνέπεια είναι σε θέση να ψηφίσουν. Επιπρόσθετα, για κάποιους εργαζόμενους αποτελεί δικαίωμα που συμβάλει στην κοινωνική ένταξη, των ψυχικά ασθενών. Μια άλλη κατηγορία εργαζομένων κάνει την διάκριση ανάμεσα στις ήπιες και βαριές περιπτώσεις, θεωρώντας ότι στην πρώτη περίπτωση οι ασθενείς έχουν την διανοητική ικανότητα να ψηφίσουν , ενώ στην δεύτερη περίπτωση στερούνται της ικανότητας να αποφασίζουν και συνεπώς να ψηφίζουν.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα ο κοινός νομοθέτης δύναται να περιορίσει το δικαίωμα ψήφου όταν η βούληση των προσώπων είναι ελαττωματική, λόγω σωματικής ή διανοητικής αναπηρίας ή λόγω ηθικής αναξιότητας. Σε αυτή την περίπτωση, συνεπώς εμπíπτουν όσοι είναι ανίκανοι για δικαιοπραξία (ΑΚ 128) και όσοι βρίσκονται σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση. Συνεπώς, το δικαίωμα της ψήφου είναι αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε πολίτη πλην ελαχίστων περιπτώσεων, όπως ορίζει ο νομοθέτης.

Διακρίσεις-κοινωνικό στίγμα

Στο τελευταίο μέρος της τέταρτης ενότητας που αφορά τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, οι εργαζόμενοι καλούνται να περιγράψουν και να αποδώσουν την έννοια του κοινωνικού στίγματος, που αποτελεί το κεντρικό θέμα στην μελέτη μας ,όπως αυτοί το αντιλαμβάνονται μέσα από το προσωπικό τους βίωμα.

Οι απαντήσεις των περισσότερων εργαζομένων περιστρέφονται γύρω από τις έννοιες, άγνοια, διάκριση , διαφορετικότητα, εκκεντρικότητα ,φόβος, προκατάληψη και κοινωνική απόσταση.

Το στίγμα στο κοινωνικό πεδίο σύμφωνα με το προσωπικό της δομής οφείλεται στην έλλειψη ενημέρωσης και γνώσης για το τι σημαίνει ψυχική νόσος και ψυχικά ασθενής.

«Η έλλειψη ενημέρωσης, η μη γνώση πολλών ανθρώπων για το τι σημαίνει ψυχική νόσος και ψυχικά ασθενής. Εάν η πολιτεία είχε φροντίσει να γίνει ενημέρωση σε αυτό το κομμάτι τα πράγματα θα ήταν καλύτερα. Εγώ έχω πει σε πολλούς ανθρώπους που εργάζομαι και μου λένε πως αντέχεις και τους ερωτώ γιατί; και αυτοί μου απαντάνε ότι είναι τρελοί αυτοί και τους απαντώ όχι περισσότερο από εμάς...»(δεύτερος πληροφορητής).

«Είναι αυτό που λένε, ότι ο τρελός ανήκει στο ψυχιατρείο και δεν θα του νοικιάσω εγώ τον χώρο έξω για να γίνει καλά. Να πάει στο ψυχιατρείο. Αυτή η άποψη επικρατεί ακόμη και σήμερα μετά από 20 χρόνια λειτουργίας των δομών, κυρίως στην επαρχία. Σε γενικότερο επίπεδο χρειάζεται μεγάλος αγώνας για να ξεπεραστεί το στίγμα. Βέβαια μια μικρή μερίδα του κόσμου εξακολουθεί να συμπεριφέρεται ρατσιστικά απέναντι στους ψυχικά ασθενείς αλλά και το προσωπικό γιατί ο κόσμος σου λέει ότι για να εργάζεται εκεί τρελός θα είναι και αυτός...»(τέταρτος πληροφορητής).

«Είναι η κατακραυγή του κόσμου σε κάτι μη φυσιολογικό και διαφορετικό και εκφράζεται με κοροϊδία, απομόνωση και φόβο μην σου κολλήσει το παιδί»(τρίτος πληροφορητής).

«Το κοινωνικό στίγμα ξεκινάει από την άγνοια που στην συνέχεια γίνεται φόβος που σε απομακρύνει από τον ψυχικά πάσχοντα. Ο φόβος είναι και στην φύση του ανθρώπου. Εάν θεωρήσουμε ως δεδομένη την ζωώδη φύση του ανθρώπου, ο ψυχικά πάσχοντας είναι το κατώτατο ζώο από θέμα δύναμης και ισχύος».

«Τους απομονώνουμε, δεν τους δίνουμε ευκαιρίες, δεν του κάνουμε παρέα γιατί κάποιος τρίτος μπορεί να σε κοροϊδέψει»(έκτος πληροφορητής).

«Το κοινωνικό στίγμα υπάρχει ακόμα όπως υπάρχει σε μια εκκεντρικότητα ή διαφορετικότητα. Η άγνοια κάνει την μεγάλη ζημιά»(όγδοος πληροφορητής).

Τέλος, ο έβδομος πληροφορητής μας μεταφέρει την προσωπική του εμπειρία από το συγγενικό του περιβάλλον, «όπου οι γονείς μορφωμένοι άνθρωποι, έχουν το παιδί τους άρρωστο και κάνουν πως δεν βλέπουν και το αντιμετωπίζουν ως φυσιολογικό. Το πιέζουν να πάει στην σχολή στον Πειραιά όπου φοιτά αλλά αυτό κλείνεται όλη την μέρα στο σπίτι και δεν πάει στην σχολή».

Στον εργασιακό περιβάλλον κάποιοι εργαζόμενοι διακρίνουν συμπεριφορές από την πλευρά του προσωπικού που εμπεριέχουν στιγματιστικά στοιχεία, που δεν διευκολύνουν την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών, που φιλοξενούνται στη δομή.

«Κοινωνικό στίγμα σημαίνει να προσποιήσε και να δείχνεις άλλο εαυτό μέσα στην δομή ότι δήθεν είσαι κοντά στους ασθενείς και ενδιαφέρεσαι και άλλο πρόσωπο έξω όπου βγαίνοντας μαζί τους, κρατάς μια απόσταση από τους ασθενείς για να μην φαίνονται ότι είναι μαζί σου. Αυτό κάνουν ορισμένοι συνάδελφοι εδώ»(πρώτος πληροφορητής).

«Ορισμένοι συνάδελφοι όταν βγαίνουμε έξω κάποια στιγμή μπορεί να είναι πιο φιλικοί και να υποκρίνονται λίγο ότι είναι πιο κοντά στους ασθενείς, ενώ μέσα δείχνουν άλλο πρόσωπο λίγο διαφορετικό και όχι καλύτερο»(έκτος πληροφορητής).

«Βλέπω κάποιους -συναδέλφους που δεν θέλουν να ακουμπήσουν αυτούς τους ανθρώπους γιατί έχουν κάποιο νόσημα που θα τους μεταδοθεί ,δεν ξέρω τί φοβούνται; Αυτό εμποδίζει την κοινωνική ένταξη των ανθρώπων όταν εσύ ο ίδιος κρατάς απόσταση. Να σου πω και κάτι, αρκετοί δεν θέλουν να κυκλοφορούν μαζί τους ,ανεξάρτητα αν αναγκάζονται πολλές φορές να το κάνουν»(δεύτερος πληροφορητής).

«Η εμπειρία μου είναι η εξής, τα άτομα που είναι θετικά απέναντι στους ασθενείς βγαίνουν έξω χωρίς πρόβλημα, αντίθετα, οι άλλοι βγαίνουν έξω όταν χρειαστεί και επιστρέφουν γρήγορα για να μην εκτεθούν ή δεν έρχονται σε ταβέρνες όταν πάμε»(πέμπτος πληροφορητής).

«Υπάρχει μια μικρή απόσταση από τους ένοικους που δυσκολεύονται σε κάποιες δεξιότητες όπως ατομική υγιεινή και καθαριότητα. Αυτό δεν είναι στιγματισμός» (όγδοος πληροφορητής).

«Οι επαγγελματίες σε γενικές γραμμές φέρονται καλά αλλά κάποιοι αποφεύγουν να συναναστρέφονται και να κυκλοφορούν μαζί τους έξω. Ορισμένοι εργαζόμενοι έχουν αποκτήσει κάποια στερεοτυπική εικόνα για τους ασθενείς είτε θετική είτε αρνητική και αυτό δεν μπορείς να τους το αλλάξεις»(τρίτος πληροφορητής).

«Από τους συναδέλφους δεν νομίζω ότι υπάρχει στίγμα. Απλά όταν κάποιος συνάδελφος έχει πρόβλημα στην συμπεριφορά του με τους ένοικους αυτό γίνεται γιατί έχει ο ίδιος πρόβλημα. Αυτό ισχύει παντού. Όταν δεν είναι κάποιος καλά το βγάζει παντού ακόμα και στην δουλειά του» (έβδομος πληροφορητής).

Σύμφωνα με την δραματουργική προσέγγιση του Γκόφμαν η κοινωνική ζωή είναι σαν μια θεατρική σκηνή, πάνω στην οποία οι άνθρωποι διαντιδρούν, επιτελώντας διαφορετικούς ρόλους. Ο εαυτός δεν είναι μια ιδιότητα σταθερή και απaráλλακτη, αλλά αναδύεται με ένα τρόπο δραματουργικό μέσα από τις κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες οι άνθρωποι επιχειρούν να διαχειριστούν τις εντυπώσεις που έχουν οι άλλοι για αυτούς (Hughes M, Kroehler C, 2007:190).

Τέλος δύο από πληροφορητές εντοπίζουν το κοινωνικό στίγμα και την διάκριση σε ένα άλλο επίπεδο που αφορά τους επαγγελματίες υγείας προβάλλοντας την προσωπική τους εμπειρία από τους συναδέλφους τους στο Νοσοκομείο της περιοχής.

«Νιώθω ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν θέλουν να ξεπεράσουν το στίγμα. Στο νοσοκομείο μας δεν σε αντιμετωπίζουν ως ισότιμο ασθενή του νοσοκομείου, αλλά σαν εξωτερικό ασθενή και σε αντιμετωπίζουν απαξιωτικά. Πρόσφατα που νοσηλευόταν ο πατέρας μου στο νοσοκομείο, όταν είπα σε επαγγελματίες υγείας-συναδέλφους που εργαζόμαι μου είπαν ότι παίρνεται τζάμπα τα λεφτά γιατί καθόσατε όλη την ημέρα». (πέμπτος πληροφορητής)

«Σε επίπεδο συναδέλφων στο γενικό νοσοκομείο σε αντιμετωπίζουν με τέτοιο τρόπο σαν να σου λένε «ότι εσείς πάνω καθόσαστε και δεν κάνετε τίποτα», θεωρώντας υποδεέστερη την εργασία μας. Βέβαια δεν γνωρίζουν ή δεν θέλουν να μάθουν οι συνάδελφοι τι σημαίνει ψυχικά ασθενής και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση»

Από τις απαντήσεις των πληροφορητών φαίνεται ότι το κοινωνικό στίγμα δεν αφορά μόνο την κοινωνία στο σύνολό της αλλά εμφιλοχωρεί και στους επαγγελματίες υγείας, κυρίως τους νοσηλευτές, οι οποίοι αντιμετωπίζουν τους συναδέλφους τους στο χώρο της ψυχικής υγείας με ένα τέτοιο τρόπο, που υποτιμά το ρόλο τους.

Παράλληλα, σε ένα άλλο επίπεδο οι εργαζόμενοι διακρίνουν σε κάποιους συναδέλφους τους, στο χώρο εργασίας, συμπεριφορές που ενισχύουν την κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά πάσχοντες και επιτείνουν το στιγματισμό τους. Ο Γκόφμαν ισχυρίζεται ότι οι άνθρωποι, αντί να συμπεριφέρονται κατά τρόπο συνεπή σε σχέση με τα βασικά χαρακτηριστικά ενός ενιαίου χαρακτήρα, αποκαλύπτουν διαφορετικά τμήματα του εαυτού τους σε συγκεκριμένα πλαίσια ανάλογα με τα συμφραζόμενα. Δεν πρόκειται για έλλειψη αυθεντικότητας αλλά προσαρμογής (Τσακίρης Θ, 2009).

5.5 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση/ πρόγραμμα Ψυχαργός

Στην πέμπτη και τελευταία ενότητα της ερευνητικής διαδικασίας οι εργαζόμενοι κάνουν μια αποτίμηση της 15χρονης λειτουργίας του προγράμματος Ψυχαργός, και το πώς αυτό συνέβαλε, εάν συνέβαλε, στην καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων, που ήταν ένας από τους βασικούς του στόχους.

Μετεγκατάσταση σε κοινοτικές στεγαστικές δομές

Σύμφωνα με τους εργαζόμενους η μετάβαση των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρεία στις στεγαστικές δομές που αναπτύχθηκαν σε όλη την χώρα όπως είναι οι ξενώνες και τα οικοτροφεία είχε ευεργετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Παράλληλα, τα ψυχιατρεία παρομοιάζονται με φυλακές και όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Ε. Γκόφμαν (1996) στο έργο «Άσυλα», η απώλεια του εαυτού και η πλήρης αλλοτρίωση, συνιστούν την "ηθική σταδιοδρομία" του ασθενή του ψυχιατρείου.

«Η ζωή των ενοίκων στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι καλύτερη σε σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης που είχαν στα ψυχιατρεία που είναι σαν φυλακές. Οι δομές που άνοιξαν είναι καλές και οι άνθρωποι ζούνε πιο ανθρώπινα. Οι σοβαρά πάσχοντες πρέπει να είναι μέσα. Δεν πρόκειται να γίνουν ποτέ καλά» (πρώτος πληροφορητής).

«Έφυγαν από το ψυχιατρείο όπου ζούσαν μέσα σε ένα κολαστήριο, και ζουν σε ένα περιβάλλον πιο ελεύθερο και οικείο. Έχει ο καθένας το δωμάτιο του, τον συγγάτοικό του, βγαίνει περισσότερο έξω» (τέταρτος πληροφορητής).

«Τους έδωσε ένα καλύτερο περιβάλλον, καλύτερες συνθήκες διαβίωσης μια μικρή κοινωνικοποίηση» (δεύτερος πληροφορητής).

«Στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ο αριθμός των ασθενών είναι μικρός, το προσωπικό είναι επαρκές και το περιβάλλον πιο λειτουργικό. Επίσης, έχει αλλάξει ριζικά η καθημερινότητα των ανθρώπων και η ποιότητα ζωής προς το καλύτερο» (πέμπτος πληροφορητής).

Ορισμένοι εργαζόμενοι κάνοντας μια άλλη προσέγγιση και με περισσότερο κριτική διάθεση αναγνωρίζουν την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στις δομές, συγκριτικά με αυτές του ψυχιατρείου, πλην όμως, αυτό δεν αφορά το σύνολο των δομών και επιπλέον η λειτουργία τους δεν ανταποκρίνεται στον αρχικό σχεδιασμό του προγράμματος .

«Στο βαθμό που εφαρμόστηκε το πρόγραμμα, οι συνθήκες είναι λίγο καλύτερες. Αντί να μένουν 300-400 άτομα σε έναν χώρο, όπως αυτός του ψυχιατρείου, μένουν 15. Σίγουρα οι συνθήκες είναι καλύτερες αλλά όχι σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό που προέβλεπε κοινωνικοποίηση και κοινωνική ένταξη» (τρίτος πληροφορητής).

«Δεν τους βοήθησε όσο θα έπρεπε, αλλά οι συνθήκες είναι πολύ καλύτερες σε σχέση με το άσυλο-ψυχιατρείο. Βέβαια, υπάρχουν δομές που έχουν προχωρήσει και έχουν κάνει κάποια πράγματα και υπάρχουν δομές που έχουν κάνει λίγα πράγματα» (όγδοος πληροφορητής).

Αδυναμίες-δυσλειτουργίες του προγράμματος Ψυχαργός

Στη συγκεκριμένη υποενότητα διερευνώνται οι αναπαραστάσεις του προσωπικού της δομής σε σχέση με τα προβλήματα και τις αδυναμίες του προγράμματος Ψυχαργός από την μέχρι σήμερα εφαρμογή του.

Οι απαντήσεις των πληροφορητών εστιάζονται στο χωροταξικό πρόβλημα υπό την έννοια ότι η δομή βρίσκεται έξω από τον οικιστικό ιστό της πόλης δυσκολεύοντας την πρόσβαση προς και από την κοινότητα, ενώ αναφέρονται επίσης στην ανεπάρκεια και την ακαταλληλότητα του προσωπικού, στην έλλειψη εκπαίδευσης και το εργασιακό κλίμα γενικότερα .

«Τα προβλήματα είναι πάρα πολλά, όπως το ότι η δομή είναι μακριά από την πόλη, η καθαριότητα, η ασυνεννοησία μεταξύ των συναδέλφων».(πρώτος πληροφορητής)

«Το πρώτο πρόβλημα είναι η επιλογή του προσωπικού, που έγινε όπως έγινε και το δεύτερο πρόβλημα η θέση της δομής που είναι έξω από την κοινότητα».(δεύτερος πληροφορητής)

«Το πιο μεγάλο πρόβλημα είναι το προσωπικό όσον αφορά την καταλληλότητα του ,την εκπαίδευσή του και τον καταμερισμό εργασίας».(πέμπτος πληροφορητής)

Από την αρχή υπήρχε κακή οργάνωση και έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού. Επίσης, η επιλογή του προσωπικού δεν ήταν η κατάλληλη...» (όγδοος πληροφορητής).

«Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει ένας προγραμματισμός και καθοδήγηση για να ξέρω και εγώ τι να κάνω. Στην αρχή ειδικά, δεν ήξερα πώς να αντιμετωπίσω τους ανθρώπους , δεν μπορούσα να τους δείξω πώς να κάνουν ένα πράγμα, αφού δεν υπήρχε ένα πλάνο εργασίας. Νιώθω ότι η εκπαίδευση που είχαμε ήταν πάρα πολύ λίγη, με αποτέλεσμα να πηγαίνουμε ψάχνοντας όσον αφορά την συμπεριφορά μας απέναντι στους ασθενείς»(έβδομος πληροφορητής).

Ορισμένοι από τους πληροφορητές δίνουν ξεχωριστή σημασία, μεταξύ άλλων, στην έλλειψη σχεδιασμού και σωστής οργάνωσης στο αρχικό στάδιο υλοποίησης του «Ψυχαργός», που είχε αρνητικές συνέπειες στην πορεία, ενώ το κακό εργασιακό κλίμα και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού δυσχεραίνει την όλη διαδικασία.

Ο τρίτος πληροφορητής μας λέει χαρακτηριστικά « η επιλογή των χώρων και του προσωπικού έγινε γρήγορα και βιαστικά με σκοπό να απορροφήσουν τα χρήματα . Σε ένα άλλο επίπεδο, οι συνεργασίες είναι δύσκολες σε αυτούς τους χώρους. Χωρίς την συνεργασία της ομάδας αποκατάστασης δεν μπορεί να υλοποιηθεί ένα πρόγραμμα αποκατάστασης και αυτό έχει αντίκτυπο στην πορεία των ασθενών. Ξεκινάμε δηλαδή ένα πρόγραμμα και στην πορεία αυτό χάνεται..... Θεωρώ ότι ο καθένας παλεύει μόνος του».

«Ήμασταν απροετοίμαστοι για αυτό το πρόγραμμα τόσο το προσωπικό όσο και οι φορείς. Έγιναν όλα γρήγορα και ξαφνικά, χωρίς καμία ενημέρωση του κόσμου. Ξαφνικά ανακοινώθηκε ότι θα γίνει μια δομή σε κάποια περιοχή. Ο κόσμος νόμιζε ότι αυτό που θα άνοιγε θα ήταν ένα ψυχιατρείο και κανείς δεν το ήθελε στην γειτονιά του. Δεν έχουμε τα κατάλληλα υλικά ώστε να βγούμε έξω στην κοινότητα Το εργασιακό κλίμα δεν διευκολύνει αυτούς τους ανθρώπους, όχι γιατί διαφωνούμε σε θέματα δουλειάς, αλλά γιατί έχουμε προστριβές σε άλλα θέματα ».(τέταρτος πληροφορητής)

Είναι φανερό από τις παραπάνω απαντήσεις ότι η οργανωτική κουλτούρα μεταξύ των συναδέλφων εδράζεται πάνω σε κλίμα κριτικής και απαξίωσης του άλλου που καταστρέφει την αλληλεγγύη, θίγει την αυτοεκτίμηση και εξασθενίζει τις συνεργασίες (Καριακουλάφη και Σπυριδάκης, 2010). Η επαγγελματική κουλτούρα, σύμφωνα με τους μελετητές της συμβολικής διαντίδρασης, αποτελεί ένα σύνολο αντιλήψεων που υιοθετούν τα μέλη μια επαγγελματικής ομάδας οι οποίες επανενεργοποιούνται ή μεταλλάσσονται διαρκώς μέσα από την επαφή με άλλους συναδέλφους και πολίτες (Loriot M, 2010). Επίσης, διαφαίνεται ότι η ακαταλληλότητα και η έλλειψη κατάρτισης του προσωπικού είναι ένα εγγενές πρόβλημα του προγράμματος «Ψυχαργός» όσον αφορά το σχεδιασμό του και την στελέχωση των δομών, σύμφωνα με την γνώμη των πληροφορητών.

Προτάσεις για την αντιμετώπιση των δυσχερειών

Οι εργαζόμενοι στη μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μετά την ανάδειξη των δυσκολιών και των αδυναμιών από την εφαρμογή του προγράμματος μέσα από το καθημερινό τους βίωμα, παρουσιάζουν τις προτάσεις τους σχετικά με το τι πρέπει να αλλάξει, ώστε να ξεπεραστούν τα υπάρχοντα προβλήματα. Στις αλλαγές που πιστεύουν ότι πρέπει να γίνουν το προσωπικό αναφέρει, την μεταφορά της δομής μέσα στην πόλη, την συνεχή και διαρκή εκπαίδευση του προσωπικού, την καλύτερη οργάνωση, μεγαλύτερη εξωστρέφεια, την καλύτερη συνεννόηση ανάμεσα στο προσωπικό που φτάνει και μέχρι και την αντικατάσταση του, και τέλος την ενίσχυση της δομής από τον φορέα.

«Να γίνει η μεταφορά της δομής μέσα στην πόλη και να υπάρχει συνεχής και διαρκής εκπαίδευση του προσωπικού, που επιλέχθηκε, όπως επιλέχθηκε. Η εκπαίδευση μου ήταν ανεπαρκής παρότι είχα εργασιακή εμπειρία, αλλά μπήκαν άνθρωποι που δεν ήξεραν τί να κάνουν και πώς να συμπεριφερθούν ακόμη και εγώ»(δεύτερος πληροφορητής).

«Θεωρώ ότι αυτό που χρειάζεται να γίνει είναι να υπάρχει καλύτερη οργάνωση, η δομή να είναι πιο κοντά στην κοινότητα και το προσωπικό να εκπαιδευτεί περισσότερο».(τρίτος πληροφορητής)

«Καλύτερη συνεννόηση ανάμεσα στο προσωπικό και περισσότερη βοήθεια από τον φορέα, στον τομέα της καθαριότητας που το θεωρώ το βασικότερο πρόβλημα. Θα μπορούσε να υπήρχε μεταξύ μας καλύτερη συνεννόηση έτσι ώστε να υπάρξει ένα πρόγραμμα σταθερό το οποίο θα ακολουθείται από όλους ».(έβδομος πληροφορητής)

«Πρέπει να αλλάξει το προσωπικό, όχι όλοι αλλά κάποιο άτομα, έτσι νιώθω αυτή την στιγμή. Μεγάλη κουβέντα είναι αυτή που σου λέω. Υπάρχουν μέρες που θα ήθελα να μην υπάρχει αυτό το προσωπικό, δηλαδή θέλω κάνω κάποια πράγματα αλλά δεν υπάρχει η απαραίτητη συνέχεια έτσι ώστε να μπορέσω να τα κάνω. Πιστεύω εάν σαν προσωπικό είμαστε καλύτεροι θα μπορούσαμε να πετύχουμε 2-3 πράγματα περισσότερα ». (όγδοος πληροφορητής)

Μια ενδιαφέρουσα άποψη διατύπωσε ένας εργαζόμενος που ζήτησε μεγαλύτερη εξωστρέφεια γιατί αυτό θα συμβάλλει στην αλλαγή στάσης της κοινωνίας.

«Θα πρέπει να επιβάλλουμε την παρουσία μας στους δημόσιους χώρους. Η επαφή συντελεί στην αλλαγή σιγά – σιγά της στάσης της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Το εργασιακό κλίμα άλλοτε βοηθάει και άλλοτε όχι».(τέταρτος πληροφορητής)

Ο ρόλος της μονάδας στην καταπολέμηση του στίγματος

Αναφορικά με το κοινωνικό στίγμα και την καταπολέμηση μέσω του ανωτέρω προγράμματος και την λειτουργία της δομής οι εργαζόμενοι κατέθεσαν τις εμπειρίες τους σε σχέση με την τοπική κοινωνία. Στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι αναγνώρισαν ότι τα επίπεδα του κοινωνικού στίγματος έχουν μειωθεί μέσα από την επαφή και τις συναλλαγές με την κοινότητα. Παράλληλα, ανέφεραν ότι η προκατάληψη εξακολουθεί να υφίσταται στην κοινωνία και ότι η χωρική απομόνωση μετατρέπεται σε κοινωνική απομόνωση κάτι που δυσχεραίνει τη μείωση του κοινωνικού στίγματος και την κοινωνική ενσωμάτωση γενικότερα.

«Η κοινωνία σε τοπικό επίπεδο με το πέρασμα των ετών, μετά τον αρχικό φόβο και την ανησυχία από την λειτουργία των μονάδων, αντιμετωπίζει πλέον με θετικό τρόπο τους ψυχικά ασθενείς που φιλοξενούνται στον ξενώνα. Είχαν λάθος εικόνα για τους ψυχικά ασθενείς. Θυμάμαι την κα Α που έχε καντίνα κοντά στη δομή μου είχε πει ότι αυτοί που είναι έξω είναι χειρότεροι και ποιό επικίνδυνοι από αυτούς που είναι μέσα».(πρώτος πληροφορητής)

«Αυτό δεν μπορώ να το πω με βεβαιότητα, αλλά αυτό που ξέρω είναι ότι σε σχέση με τη δομή ο κόσμος έχει αλλάξει άποψη. Εάν υπήρχε μεγαλύτερη ενημέρωση και γνώση τα πράγματα θα ήταν καλύτερα. Η επαφή με την κοινότητα και κοινωνικοποίηση αυτών των ανθρώπων λ.χ. να πηγαίνουν στην εκκλησία ή να πηγαίνουν για ψώνια στα μαγαζιά της περιοχής θα συνέβαλε στην μείωση του στίγματος. Η επαφή με τους ανθρώπους σε κάνει να αλλάξεις άποψη για αυτούς».(δεύτερος πληροφορητής)

«Μέσα από τις εξόδους μας ο κόσμος έχει αρχίσει να μας γνωρίζει και δεν φοβάται πλέον να έρθει σε επαφή μαζί μας. Η κοινωνία αλλάζει σιγά-σιγά. Γενικά είμαι αισιόδοξη για το μέλλον του προγράμματος».(τέταρτος πληροφορητής)

«Η αλλαγή της στάσης της τοπικής κοινωνίας έχει επιτευχθεί σε ένα βαθμό, κυρίως μέσα από τις οικονομικές συναλλαγές με την κοινότητα. Αναφέρω ως παραδείγματα στα καταστήματα που ψωνίζουμε και αφήνουμε χρήματα οι καταστηματάρχες μας φέρονται καλά και μάλιστα ορισμένους ασθενείς τους ξέρουμε με τα μικρά τους ονόματα. Επίσης οι ταξιτζήδες είναι πολύ φιλικοί απέναντι μας και ποτέ δεν λένε αρνητικά σχόλια. Δεν γνωρίζω να πω εάν αυτό είναι αληθινό και το πιστεύουν ή όχι» (πέμπτος πληροφορητής).

«Έχει βοηθήσει η επαφή με τον κόσμο λ.χ. με τους ταξιτζήδες που μας κάνουν καλύτερες τιμές, που μας ξέρουν με τα μικρά ονόματα και μας βοηθάνε. Το κοινωνικό στίγμα εξακολουθεί μέχρι τις ημέρες μας να στέκεται εμπόδιο στην ενσωμάτωση εάν σκεφτούμε τις αντιδράσεις πριν λίγα χρόνια που ήταν τραγικές. Βέβαια, η στάση έχει βελτιωθεί αρκετά, **αλλά σε κάθε περίπτωση ισχύει το μακριά από μας**. Αυτό συνεχίζει να υπάρχει παρότι είναι πιο ευαισθητοποιημένοι οι άνθρωποι».(τρίτος πληροφορητής)

Με αφορμή την τελευταία απάντηση, οι μελετητές παρατήρησαν ότι το «μακριά από μένα» φαινόμενο (Not –In-My-Backyard-NIMBY), εμποδίζει την ένταξη και την αποκατάσταση ατόμων με ψυχική ασθένεια. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται στην τάση των ατόμων από την μια να εμφανίζουν ανοχή σε μειονοτικές ομάδες, αλλά από την άλλη αποφεύγουν ή ορισμένες φορές αντιστέκονται στην συμβίωση τους με τα μέλη αυτά των ομάδων (Οικονόμου & συν,2005).

Ορισμένοι εργαζόμενοι έχουν μάλλον μια απαισιόδοξη εικόνα για το ρόλο της δομής σε σχέση με την τοπική κοινωνία, θεωρώντας ότι εξακολουθεί να υπάρχει απόσταση, και εκφράζουν με την σειρά τους τις σκέψεις και τους προβληματισμούς τους.

«Με την κοινωνία έχουμε ένα θέμα. Αυτό που έχουμε πετύχει είναι η αλλαγή στάσης των ταξιτζήδων καθώς και των ανθρώπων που ερχόμαστε σε επαφή μέσω των

αγορών που κάνουμε ή μέσω των εξόδων μας σε καφετέριες και ταβέρνες. Γενικά, είμαστε ξεκομμένοι από την κοινότητα και η κοινή γνώμη δεν μας γνωρίζει για να αλλάξει στάση».(όγδοος πληροφορητής)

«Πολλοί δεν τη ξέρουν τη δομή και ο κόσμος θέλει να βοηθήσει μια κατάσταση αλλά δεν του δίνεται το κίνητρο από το ίδιο το περιβάλλον του και από εμάς έτσι ώστε να έρθουνε πιο κοντά. Ο χωρικός αποκλεισμός είναι από εμάς προς την κοινωνία και μετά η κοινωνία προς εμάς. Η προκατάληψη υπάρχει ακόμη και ο ψυχικά ασθενής είναι ένα άτομο με ειδικές ανάγκες για την κοινωνία».(έβδομος πληροφορητής)

Οι παραπάνω εμπειρίες των εργαζομένων επιβεβαιώνουν κάτι που είναι ευρέως γνωστό ότι η χωρική και κοινωνική απόσταση και η άγνοια συμβάλλουν στην διατήρηση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών. Αντίθετα, η επαφή με την ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά ασθενή μειώνει τα επίπεδα του στίγματος. Η λειτουργία του προγράμματος Ψυχαργός βοήθησε εν μέρει στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος με την δημιουργία ενδιάμεσων δομών μέσα στις κοινότητες, το στίγμα όμως εξακολουθεί να ανθίσταται.

Σχέσεις του προσωπικού με τους ενοίκους

Στην τελευταία ερώτηση της ενότητας οι εργαζόμενοι αναφέρονται στα συναισθήματα που τους διακατέχουν απέναντι στους ενοίκους της δομής. Όλοι σχεδόν οι εργαζόμενοι απαντούν ότι τρέφουν φιλικά συναισθήματα απέναντι στους ενοίκους και ότι η πολύχρονη συνεργασία- συνύπαρξη συντελεί στην διαμόρφωση ενός οικείου κλίματος αμοιβαίου σεβασμού, χωρίς όμως να αποκλείουν τις επιμέρους διακρίσεις .

Υπάρχουν και εργαζόμενοι που επισημαίνουν ότι υπάρχει μια διάκριση στους ρόλους όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο έβδομος πληροφορητής «Οι σχέσεις με τους ενοίκους είναι πολύ καλές. Είναι σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού και με τα χρόνια έχουμε έρθει πιο κοντά. Βέβαια αυτός «είναι τρόφιμος και εγώ εργαζόμενος».

Ο δεύτερος εργαζόμενος απαντά «Η σχέση προσωπικού - ενοίκων δεν μπορεί να είναι μια σχέση ισότητας γιατί είναι διαφορετικοί οι ρόλοι», αλλά με τα χρόνια οι σχέσεις έχουν γίνει πολύ καλύτερες γιατί έρχεσαι πιο κοντά.. Πλέον, έχει γίνει οικείο το περιβάλλον. «Είμαστε σαν μια οικογένεια».

Αντίθετα, ο εργαζόμενος Δ αντιλαμβάνεται τον εαυτό του να ταυτίζεται με τους ενοίκους λέγοντας «Έχουμε δεθεί υπερβολικά και αυτό δεν είναι πάντα καλό. Ίσως θα πρέπει να υπάρχει μια απόσταση για να υπάρχουν ισορροπίες» και συμπληρώνει «Καμιά φορά γινόμαστε παιδιά σαν και αυτούς, γιατί είναι παιδιά μέσα τους» .

Ο εργαζόμενος Ε «Είναι άνθρωποι γνώριμοι που δεν μπορείς ούτε να τους κρυφτείς, ούτε να σου κρυφτούν. Ο ένοικος είναι ένα πολύ φιλικό πρόσωπο που ανήκει στο κοντινό μου περιβάλλον».

Ο πληροφορητής Γ δηλώνει ότι «τα συναισθήματα μου δεν διαφοροποιούνται με άλλες ομάδες ανθρώπων που έχω εργαστεί μέχρι τώρα. Είναι μια ομάδα ανθρώπων που χρειάζονται ενίσχυση και φροντίδα».

Ο όγδοος πληροφορητής μας τονίζει «Η αλήθεια είναι ότι μου αρέσει να δουλεύω με ψυχικά ασθενείς, παρότι δεν το είχα στην αρχή. Υπάρχουν φορές που είμαι πάρα πολύ χαρούμενη, υπάρχουν μέρες που είμαι πάρα πολύ απογοητευμένη. Με τους ενοίκους περνάω καλά γιατί υπάρχει συνεργασία και σεβασμός. Τα συναισθήματα μου είναι θετικά με ελάχιστες εξαιρέσεις».

Η συναισθηματική επικοινωνία και επαφή των εργαζομένων με τους ενοίκους και η αίσθηση του δεσμού της οικογένειας που έχει δημιουργηθεί μεταξύ τους από το ξεκίνημα λειτουργίας της δομής, τους βοηθά να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες της καθημερινότητας μέσω της αλληλεπίδρασης τους.

Συμπερασματικά, η λειτουργία των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μ.Ψ.Α) στην κοινότητα μείωσε τον φόβο και αύξησε την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Η κοινωνία σε τοπικό επίπεδο με το πέρασμα των ετών, μετά τον αρχικό φόβο και την ανησυχία, από την λειτουργία των μονάδων

αντιμετωπίζει πλέον με θετικότερο τρόπο τους ψυχικά ασθενείς που φιλοξενούνται στην δομή. Η συνέχιση και η ενίσχυση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσω της ολοκλήρωσης του προγράμματος «Ψυχαργός» θα συμβάλλει θετικά στην μείωση του κοινωνικού στίγματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παραπάνω μελέτη επιχειρήθηκε να διερευνηθεί το κατά πόσο το στίγμα για την ψυχική ασθένεια αναπαράγεται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μέσα από την καθημερινή τους αλληλεπίδραση και συσχέτιση με τους ενοίκους της δομής, στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον. Η έρευνα του συγκεκριμένου πεδίου είχε πολλές δυσκολίες λόγω της πολυδιάστατου χαρακτήρα του φαινομένου που δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Ένα πρώτο συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι το στίγμα και οι διακρίσεις αναπαράγονται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο βαθμό που ασπάζονται αντιλήψεις που κυριαρχούν στην κοινωνία και που αφορούν την νοηματοδότηση της ψυχικής νόσου, τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών καθώς και την θέση τους σε μια σειρά ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα (εργασία, γάμος, κοινωνική ζωή).

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, οι αναπαραστάσεις του προσωπικού όσον αφορά το πρόγραμμα αποσυλοποίησης «Ψυχαργός», μέσα από την λειτουργία της δομής εντοπίζονται σε δυσλειτουργίες και εγγενή προβλήματα που σχετίζονται με την επιλογή, την στελέχωση, την εκπαίδευση και την καταλληλότητα του προσωπικού, καθώς και το άσχημο εργασιακό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, η χωρική απόσταση ορισμένων δομών από την κοινότητα σε συνδυασμό με την ελλιπή ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεν συνέβαλε με αποτελεσματικό τρόπο στην καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων και την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών. Ο προβληματισμός και η ανησυχία του προσωπικού για το μέλλον του προγράμματος διαρκώς αυξάνεται με το πέρασμα των χρόνων.

Επιπλέον, από όλα τα παραπάνω ένα γενικό συμπέρασμα που εξάγεται και προκύπτει από τις έρευνες στο συγκεκριμένο πεδίο είναι ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στιγματίζουν στο βαθμό που προβαίνουν σε διακρίσεις απέναντι στους ενοίκους με βάση κάποια χαρακτηριστικά (βαρύτητα της νόσου, προσωπικότητα, χαρακτήρας, κ.α) ενώ παράλληλα, οι ίδιοι στιγματίζονται κυρίως από συναδέλφους που εργάζονται σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας (λ.χ νοσοκομείο), οι οποίοι υποβαθμίζουν την ποιότητα του παραγόμενου έργου τους. Φαίνεται επίσης ότι ψυχική

ασθένεια εξακολουθεί να παραμένει ένα θέμα ταμπού και για το προσωπικό της δομής παρά την μικρή υποχώρηση του στίγματος τα τελευταία χρόνια.

Το στίγμα, ιδίως για τη σχιζοφρένεια, επιβιώνει στην κοινωνία μας σε έκταση και βάθος που καθιστά αδήριτη την ανάγκη συσπείρωσης, όχι μόνο των επίσημων κρατικών υπηρεσιών και των μη κυβερνητικών οργανώσεων, αλλά και του συνόλου της κοινωνίας για τη σταδιακή του εξάλειψη. Γι' αυτό και η στάση και η δράση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κρίνονται ως αποφασιστικής και κρίσιμης σημασίας για την καταπολέμηση του στίγματος. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν τη γνώση, το κύρος και τη δυνατότητα να «επικοινωνήσουν» στην ευρύτερη κοινή γνώμη την αλήθεια για την ψυχική ασθένεια.

Στην παραπάνω μελέτη φαίνεται μια ποικιλομορφία στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των πληροφορητών σε σχέση με το φύλο, την ειδικότητα, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζόμενων. Οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που συνοδεύουν την ψυχική νόσο εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στην σχιζοφρένεια. Φαίνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι με αυξημένα εκπαιδευτικά προσόντα έχουν μια λιγότερο στερεοτυπική συμπεριφορά και στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια.

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν αναλάβει τον δύσκολο ρόλο του αποστιγματισμού της ψυχικής νόσου, αναγνωρίζουν την ύπαρξη του στίγματος και των διακρίσεων τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε κοινωνικό επίπεδο παρά τα βήματα προόδου που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια. Οι ίδιοι αναγνωρίζοντας τις δικές τους προκαταλήψεις δηλώνουν ότι χρειάζονται περισσότερη ενημέρωση και εκπαίδευση και ότι η επιλογή του κατάλληλου προσωπικού σε συνδυασμό με το θετικό εργασιακό περιβάλλον είναι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην λειτουργία των δομών.

Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν αναλάβει να γκρεμίσουν τα τείχη της προκατάληψης και της άγνοιας, προωθώντας την διαδικασία του αποστιγματισμού πρέπει οι ίδιοι να γνωρίζουν την φύση και την θεραπεία της ψυχικής

νόσου καθώς και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, ώστε να συμβάλλουν αποφασιστικά στην μείωση των διακρίσεων.

Προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στην καταπολέμηση των στάσεων και των πεποιθήσεων που αναπαράγουν την διάκριση και το στίγμα ώστε να εδραιωθεί μια θετικότερη στάση απέναντι στις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών, την αποδοχή και την κοινωνική συμμετοχή. Η εμπειρία έχει καταδείξει ότι η εκπαίδευση τόσο του γενικού αλλά και του ειδικού πληθυσμού όπως οι επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της ψυχικής νόσου αφού η άγνοια φαίνεται ότι είναι η βασική αιτία έκφρασης στιγματιστικών συμπεριφορών(Υπουργείο Υγείας, ΜΥΠ, 2004).

Η κοινωνική πολιτική για την ψυχική υγεία θα πρέπει να προάγει τα πρωταρχικής αξίας δικαιώματα των ασθενών όπως είναι η ισότητα και η εξάλειψη διακρίσεων, το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής, η αυτονομία, η σωματική ακεραιότητα, το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής, η ανεξιθρησκία, το δικαίωμα του συνέρχεσθε και της ελεύθερης κίνησης. Τα συγκεκριμένα δικαιώματα πολλές φορές αγνοούνται, δεν εφαρμόζονται και συχνά παραβιάζονται, με την υιοθέτηση στερεοτυπικών στάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες δεν απαντώνται μόνο στο γενικό πληθυσμό, αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις, διαπερνούν τις γραμμές των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των σχεδιαστών αντίστοιχων μέτρων πολιτικής.

Η αντιμετώπιση του στίγματος είναι ένα σοβαρό θέμα και η διαδικασία αποστιγματισμού σταδιακά μειώνει τα επίπεδα προκατάληψης στην κοινωνία ώστε να αλλάξει η στάση της κοινωνίας απέναντι στη νόσο. Η καταπολέμηση της άγνοιας και των προκαταλήψεων πρέπει να συνοδεύονται από πολιτικές που θα έχουν ως κύριους άξονες την ευαισθητοποίηση, την εκπαίδευση και την ενημέρωση της κοινής γνώμης πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας. Σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν τα ΜΜΕ ως διαμορφωτές της κοινής γνώμης , που ορισμένες φορές παρουσιάζουν τον ψυχικά πάσχοντα ως ένα άτομο άλλοτε βίαιο που προκαλεί φόβο και πανικό άλλοτε με τρόπο που προκαλεί γέλιο και οίκτο.

Προκειμένου να περιορισθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων είναι χρήσιμο να εφαρμοστούν κάποιες στρατηγικές και πολιτικές καταπολέμησης του.

Σε πρώτη φάση θα πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες ώστε η απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας από τα ΜΜΕ να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα ώστε να μην γίνονται διάυλος αναπαραγωγής του κοινωνικού στίγματος.

Η επιμόρφωση και η εκπαίδευση μέσα από προγράμματα, σεμινάρια ,και ημερίδες να μην περιορίζεται μόνο στους ειδικούς αλλά να επεκτείνεται σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες με στόχο την αντιμετώπιση της διαφορετικότητας με καλύτερες συμπεριφορές και σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα. Ο ρόλος της εκπαίδευσης και του σχολείου είναι σημαντικός γιατί ο άνθρωπος από την παιδική του ηλικία διαμορφώνει τις αξίες και τις αντιλήψεις του, καθώς βρίσκεται σε μια σχέση αλληλεπίδρασης με την κοινωνία.. Η ανάπτυξη του αισθήματος της αλληλοβοήθειας και της αλληλεγγύης προς τα άτομα αυτά, θα πρέπει να συμβαίνει από τις μικρές κιόλας ηλικίες.

Η ανάδειξη θετικών παραδειγμάτων από άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και κάνουν μια φυσιολογική ζωή ώστε να εξαλειφθούν οι λανθασμένες αντιλήψεις περί ανικανότητας και επικινδυνότητας, είναι αρκετά χρήσιμη.

Η στενή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων (τοπικής αυτοδιοίκησης, ΜΚΟ, υπουργείου, εκκλησίας κ.α.) στην ψυχική υγεία με στόχο την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων.

Η απασχόληση περισσότερου εκπαιδευμένου προσωπικού θα συμβάλλει στην αποδοτικότερη λειτουργία των δομών ψυχικής υγείας.

Επίσης, χρήσιμη θα ήταν να γίνει μια έρευνα για την αποτελεσματικότητα εναλλακτικών μορφών θεραπείας, όπου θα εμπλέκονται το άτομο και η οικογένεια στην διαχείριση και στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Τέλος, μια διαφορετική προσέγγιση του φαινομένου θα ήταν μια έρευνα όπου θα ακουστεί επιτέλους η φωνή των υποκειμένων που στην συγκεκριμένη περίπτωση

είναι οι ψυχικά ασθενείς που εξακολουθούν να βρίσκονται στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνίου, Α και Ντάλλα, Σ.Μ.(2010) Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από το επάγγελμα Ελλήνων δασκάλων. Στο: Καρακιουλάφη, Χ και Σπυριδάκης, Μ. (επιμ.) *Εργασία και Κοινωνία*. Αθήνα : Διόνικος
- Ασημόπουλος, Χ.(2009) *Η καθημερινή ζωή στο Ψυχιατρείο*. Αθήνα: Καστανιώτη
- Αρβανίτη,Α.,Σπυροπούλου και Ζέρβας, Ι.(2012) *Γονεϊκή ικανότητα μητέρων με σχιζοφρένεια*. *Ψυχιατρική*, 23(4), σσ. 314–321
- Basaglia, Franco.(1/1/2007) *Αποκατάσταση και κοινωνικός έλεγχος*. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία , Τεύχος 2ο , Θεσσαλονίκη: Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ(Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»)
- Corrigan, P.W.,Watson, A.C.(2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C.(2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry*, 1, 16-19.
- Giddens,Anthony.(2009) *Κοινωνιολογία*.Μετάφραση Τσαούσης,Δ. Αθήνα: Gutenberg
- Goffman, Erving.(1994) *Άσυλα : Δοκίμια πάνω στην κοινωνική κατάσταση των φρενοβλαβών και άλλων τροφίμων*. Μετάφραση Κομνηνός, Ξ. Τρίκαλα: Ευρύαλος (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1961)
- Goffman, Erving.(2001 {1963}). *Στίγμα : Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. μτφ .Μακρυνιώτη ,Δ. Αθήνα: Αλεξάνδρεια
- Goffman, Erving (2006) *Η παρουσίαση του εαυτού στην καθημερινή ζωή*. Εισαγωγή: Μακρυνιώτη Δήμητρα, Μετάφραση: Γκόφρα Μαρία ,Επιμέλεια Λιβεριάτος Κώστας Αθήνα: Αλεξάνδρεια (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1959).
- Craib, I. (1998) *Σύγχρονη Κοινωνική Θεωρία*. Από τον Πάρσονς στον Χάμπερμας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional, *Health Science Journal*. 4(2):77-83.

Ιωσηφίδης,Θεόδωρος.(2008) Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες
Αθήνα: Κριτική

Γενική γραμματεία Ενημέρωσης και Επικοινωνίας (2007) Ψυχική Ασθένεια και ΜΜΕ:
Οδηγός για τους επαγγελματίες των Μ.Μ.Ε. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ

Haghighat Rahman (2001). A Unitary theory of stigmatization. *The British Journal of Psychiatry*, Vol178, 207-215.

Καλλινικάκη,Θ.(1998). Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Καλοκαιρινού –Αναγνωστοπούλου Α,και Π. Σουρτζή, (2009) Κοινωνική Νοσηλευτική
Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Καλογεροπούλου Μαρία (2005) «Η συμβολή των οργανώσεων χρηστών των
υπηρεσιών υγείας ψυχικής υγείας στην καταπολέμηση του στίγματος»

Καρακιουλάφη,Χ.,Σπυριδάκης,Μ.(Επιμ.).(2010) *Εργασία και Κοινωνία:
Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις* Αθήνα: Διόνικος

Καρύδη Μ.Β. (2007). Στοιχεία ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στην επαγγελματική
αποκατάσταση ψυχωσικών ασθενών. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο
Ψυχικής Υγιεινής.

ΚονταξάκηςΒ.Π.,Χαβάκη-Κονταξάκη,καιΧριστοδούλου,Γ.Ν.(2005)*Προληπτική
Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα : Βήτα

Lauber C. & Sartorius N. (2007) At issue: anti-stigma- endeavours. *International
Review of Psychiatry* 19, 103–106.

Lebonici,S.,Σακελλαρόπουλος,Π.(1989).Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής
Ψυχιατρικής . Αθήνα: Καστανιώτη

Loriol, M. (2010) *Νόημα και αναγνώριση στον εργασιακό τομέα*, στο Καρακιουλάφη, Χ. και Σπυριδάκης, Μ., (επιμ.), *Εργασία και Κοινωνία*. Αθήνα : Διόνικος.

Lois Cohen, Lawrence Manion, Keith Morrison(2007), *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*, Αθήνα: Μεταίχμιο

Μαδιανός, Μ.(2006) *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*. 6^η έκδοση. Αθήνα: Καστανιώτη

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

Mason ,T. Caroline Carlisle, Caroline Watkins and Elizabeth Whitehead.(2001)

Stigma and Social Exclusion in Helthcare. First published 2001 New Fetter Lane, London: Routledge

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

Μεγαλοοικονόμου, Θ.(2010) *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση : Μια χαμένη υπόθεση για την Ελλάδα*. Περιοδικό «Έψιλον», τεύχος 979, Αθήνα: Τεγόπουλος Χ

Μοσχοβάκης, Κ.(2012).*Κοινωνικός αποκλεισμός και Κοινοτική Ψυχιατρική στην Ελλάδα την εποχή της κρίσης*. Βιβλίο περιλήψεων και βιογραφικών από το Πανελλήνιο Συνέδριο για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση που διεξήχθη στην Αθήνα 30-31 Μαρτίου 2012. Αθήνα: Ε.Π.Α.Ψ.Υ.

Μούγιας, Α., Παράσχος ,Ι., Ασημακόπουλος ,Κ και Κεχαγιάς ,Α.(2001) *Η ψυχική νόσος για τους ανθρώπους των ΜΜΕ*. Τρίπολη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Μπαϊρακτάρης,Κ.(1994) *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές εκδόσεις

Nettleton, Sarah. (2002) *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. Μετάφραση Ανθή Βακάκη. Αθήνα: Δαρδανός Γ

Νόμος 2716 (1999) Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις Εφημερίς της κυβέρνησης, τεύχος πρώτο, αρ. φύλλου 96

Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., & Λουκή Ε. (2006). Στίγμα και Ψυχική Διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Ψυχολογία*, 13(3), 28-43

Οικονόμου, Μ., Ε. Πέππου, Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, και Κ.Ν. Στεφανής(2010) Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες. *Ψυχιατρική*, 21(3):217-221

Παπαγεωργίου Ε.Γ.(2004) *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Παπαδάτου Γ., και Στογιαννίδου Α.(1988). Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Παπαδάτου, Δ και Αναγνωστόπουλος, Φ.(1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Παπαδοπούλου, Δ.(2012) Κοινωνιολογία του Αποκλεισμού στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης. Αθήνα: Τόπος.

Πλουμπίδης, Δ. (1995) *Η Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εξάντας

Ρασιδάκη ,Ν.Κ.(1979) Στοιχεία Ψυχιατρικής. Αθήνα: Μωραΐτου-Σιδερίδη

Ross C. A. & Goldner E. M. (2009) Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health*

Scheff Tomas (1966). The labelling theory of mental illness. *American sociological Review*, volume 39, issue 3, 442-452

Στυλιανίδης, Σ Θεοχαράκης, Ν και Χονδρός,Π.Χ.(2007) *Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα*. Αρχαιολογία και τέχνες τ.χ.105.

Τζάνη, Μ.(2005) Σημειώσεις για το μάθημα: «Μεθοδολογία Έρευνας Κοινωνικών Επιστημών». Αθήνα: Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.

Τζανάκης, Μ.(2012). Ψυχική ασθένεια και σύγχρονες πρακτικές του εαυτού: Μια μαρτυρία ζωής. Αθήνα: Πεδίο

Τσακίρης, Θ (31/01/2009) *Η ζωή ως performance (για τον Goffman ,Erving)* Άρθρο ,Διαθέσιμο στο <https://ilioupoli.wordpress.com>.(ανακτήθηκε 28/07/2016)

Τσαλίκου,Φ. (1987) *Ο μύθος του επικίνδυνου Ψυχασθενή*. Αθήνα: Παπαζήση.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2004) *Συνηγορία για την ψυχική υγεία* .Έκδοση : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(2003) Μετάφραση Παπαντωνόπουλος Επιμέλεια Ζαχαριάς Ε. Αθήνα

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006». *Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων*. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' Φάση», Αθήνα, Δεκέμβριος 2004

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο(2004) Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006». *Μεθοδολογία Κοινωνικής Ευαισθητοποίησης& και καταπολέμησης των Προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο*. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' Φάση

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000 – 2009, ΥΥΚΑ, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), Ψυχαργός Γ΄ 2011- 2020, Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ΥΥΚΑ, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης(2010). Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) Δέκατη Αναθεώρηση. Έκδοση 2008. Τόμος 1: Κατάλογος Κωδικών.

Φίλιας, Β. (1996), Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών. Αθήνα: Gutenberg

Φουκώ, Μ.(2004) *Η Ιστορία της Τρέλας*. Αθήνα: Ηριδανός

Χαραλαμπίδης ,Θ., Κοσμάτος Κ. (2013). *Δικαιώματα του ατόμου με ψυχική αναπηρία (προστασία, αξιοπρέπεια, αποκατάσταση*» στο: Πανάγου Α. (επιμ.), *Εγχειρίδιο εκπαιδευόμενου*. Αθήνα: Ε.ΣΑ.μεΑ

Χαρτοκόλλης, Π.(1986). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Αθήνα : Θεμέλιο

Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2000) *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις

Χρυσόγονος, Χ.Κ.(2006) *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα*. 3^ηέκδ. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Πρόσληψη της ψυχικής ασθένειας-Εμπειρίες ζωής.

Ποιά ήταν η εμπειρία σας με την ψυχική υγεία πριν την πρόσληψη σας στην ανωτέρω δομή;

Σήμερα, η αντίληψη σας για την ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά πάσχοντα έχει διαφοροποιηθεί και σε ποιο βαθμό.

Τι είναι για σας ο ψυχικά ασθενής;

Αιτιολογία-προέλευση των ψυχικών διαταραχών..

Ποιοι παράγοντες, κατά την γνώμη σας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών;

Ποιά είναι η γνώμη σας ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια όπως οι άλλες λ.χ. διαβήτη» και τα καρδιαγγειακά νοσήματα;

Ποια είναι η άποψή σας για την θεραπεία των ψυχικών παθήσεων και ειδικότερα της σχιζοφρένειας ;

Αισθάνεστε την ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση και ενημέρωση για θέματα της ψυχικής υγείας;

Γ. Αντιλήψεις των εργαζομένων για το ρόλο τους στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
Στερεότυπα-προκαταλήψεις-διακρίσεις

Πολλές φορές τα ΜΜΕ συνδέουν την ψυχική νόσο με την βία και την επικινδυνότητα.
Ποιά είναι η άποψη σας;

Η λειτουργία του προγράμματος προβλέπει την ισότιμη συμμετοχή των εργαζομένων στην διαδικασία της κοινωνικής ένταξης. Ποια είναι η γνώμη σας;

Με ποιο τρόπο επιτυγχάνεται η εναρμόνιση της καθημερινής ζωής στη δομή με την κοινωνική πραγματικότητα;

Μπορείτε να μου περιγράψετε το πλαίσιο εργασίας σας που προκύπτει από τον ρόλο σας στην πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα ;

Ποιες θα λέγατε ότι είναι οι δυσκολίες που παρεμβαίνουν στην άσκηση του ρόλου σας;

Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά ασθενείς που να τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους υπόλοιπους ανθρώπους;

Εάν εσείς ή κάποιο στενό συγγενικό σας πρόσωπο αντιμετώπιζε πρόβλημα ψυχικής υγείας πόσο πιθανόν θα ήταν να το συζητούσατε με τους συναδέλφους σας στο χώρο εργασίας;

Εάν κάποιος συνάδελφος σας αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας θα άλλαζε κάτι στην συμπεριφορά σας απέναντι του;

Παρατηρείτε διακρίσεις στην συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους ενοίκους;
Εάν ναι, αιτιολογήστε την απάντησή σας

Κοινωνική ένταξη/ δικαιώματα/ περιορισμοί

Ποια είναι η γνώμη σας στην άποψη ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς είναι πρόθυμοι και ικανοί να εργαστούν;

Είστε ιδιοκτήτης σε μια επιχείρηση. Πόσο πιθανό θα ήταν να προσλαμβάνεται έναν ψυχικά ασθενή;

Μολονότι οι άνθρωποι έχουν βγει από τα ψυχιατρεία και φαίνονται καλά , θεωρείτε ότι είναι σε θέση να παντρεύονται και να δημιουργούν οικογένεια ;

Όποιος πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα, θεωρείτε ότι είναι σε θέση να ασκήσει το δικαίωμα του «εκλέγειν» και του εκλέγεσθαι; Ποια είναι η γνώμη σας;

-Για ποιούς λόγους οι ιδιοκτήτες ακινήτων πολλές φορές αρνούνται να μισθώσουν τα σπίτια τους σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας;

Πώς αντιλαμβάνεστε το κοινωνικό στίγμα;

Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση/ πρόγραμμα Ψυχαργός

Η υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός» με ποιό τρόπο συνέβαλε στη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης των ασθενών;

Ποιες είναι οι βασικές του αδυναμίες και τα προβλήματα που προέκυψαν από την εφαρμογή του;

Τι πρέπει να αλλάξει για να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα;

Ένας από τους βασικούς στόχους του προγράμματος Ψυχαργός ήταν η καταπολέμηση των διακρίσεων και η μείωση του κοινωνικού στίγματος. Ποια είναι η εμπειρία σας σε τοπικό επίπεδο;

Ποια είναι τα συναισθήματα σας που σας διακατέχουν στην επαφή σας με τους ενοίκους στον εργασιακό σας χώρο;