

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ
ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΒΡΕΤΤΟΥ Κ. ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

ΜΑΝΟΛΟΓΛΟΥ Ε. ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2010

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

***ΒΡΕΤΤΟΥ Κ. ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ
ΜΑΝΟΛΟΓΛΟΥ Ε. ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ***

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Ιδρύματος (Τ. Ε. Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2010

Σ' όλους εκείνους που η κοινωνία τους έδωσε την ετικέτα του «τρελού»,
χωρίς να αντιλαμβάνεται
ότι η ψυχική νόσος είναι μια εμπειρία στο ταξίδι της ζωής....
καθώς και σε αυτούς
που κάποια στιγμή της ζωή τους βρέθηκαν σε κάποιο άσυλο
ή πέθαναν μέσα σ' αυτό.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να αναφερθούμε σε κάποια άτομα που η βοήθειά τους ήταν πολύ χρήσιμη και πραγματικά συνέβαλε στην ολοκλήρωση της μελέτης μας.

Αρχικά ευχαριστούμε την κα. Αναγνωστέλια Αλεξάνδρα, που μας έδωσε παλιά τεύχη τετραδίων ψυχιατρικής και την κα. Τριανταφύλλου Αγγέλα, αντιπρόεδρο του Σ.Ο.Ψ.Υ Πατρών , που μας έφερε σε επαφή με τους ασθενείς που πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις, καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς.

Στην συνέχεια ευχαριστούμε την κα. Κουνάδη Στέλλα, κοινωνιολόγο και κ Δημουλιό Δημήτριο, κοινωνικό λειτουργό, που μας πρόσφερε σημαντικές πληροφορίες για τον αποκλεισμό. Επίσης την κα. Κουτσανέλου Δώρα, ψυχολόγο στο Ψ.Ν.Α. – Δρομοκαΐτειο, για την συνέντευξη που μας έδωσε και την κα. Ζερβού Κατερίνα, κοινωνική λειτουργό, τόσο για την συνέντευξη όσο και για τις πολύτιμες πληροφορίες της.

Τέλος δεν μπορούμε να παραλείψουμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Μεγαλοοικονόμου Θόδωρο, διευθυντή στο Ψ.Ν.Α – Δαφνί, για το χρόνο που μας αφιέρωσε καθώς και χρήσιμο υλικό που μας προσκόμισε και φυσικά τον υπεύθυνο καθηγητή μας κ. Παπαχριστόπουλο Νίκο, για την βοήθειά του και τις κατευθύνσεις που μας πρόσφερε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ακόμη και στην εποχή μας, αν και έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό σημαντική τεχνολογική πρόοδος δεν έχουν εξαλειφθεί οι πάγιες προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, που αφορούν τη διαφορετικότητα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κοινωνικός αποκλεισμός ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδειχθεί ακριβώς αυτό το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, το οποίο όμως αφορά ψυχικά πάσχοντες. Η κοινωνία μας αντιμετωπίζει αυτούς που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, πολλές φορές με ακραίες συμπεριφορές, ενισχύοντας έτσι τον αποκλεισμό τους.

Οι άνθρωποι δεν είναι έτοιμοι να δεχθούν ακόμη τη διαφορετικότητα και αυτό οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως ο φόβος που προκαλείται από την άγνοια, αλλά και η χειραγώγηση της κοινής γνώμης από την εκάστοτε εξουσία.

Ουσιαστικά ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο το οποίο εξυπηρετεί μικρή μερίδα πληθυσμού και λειτουργεί ως μέσο μαζοποίησης, απαγορεύοντας κάθε τι το διαφορετικό, το οποίο μπορεί να «απειλεί» τα συμφέροντα των λίγων που έχουν τον έλεγχο.

Έτσι στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της ψυχικής νόσου από μια διαφορετική σκοπιά, αυτή, των ανθρώπων που ήταν οι προπομποί της κοινοτικής ψυχιατρικής, καθώς επίσης και αυτών που πάλεψαν τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, για τη βελτίωση των συνθηκών στα άσυλα και την ένταξη των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας, γίνεται λόγος για τη φύση της ψυχικής ασθένειας και ειδικότερα της σχιζοφρένειας, παρουσιάζοντας κάποια από τα βασικά αίτια της, καθώς και τους μύθους που επικρατούν για τον επικίνδυνο σχιζοφρενικό ασθενή και παράλληλα τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισή της.

Επίσης αναλύεται το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, η καταπάτηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και γίνεται και συσχετισμός του με τον αποδιοπομπαίο τράγο και παραλληλισμός του με το μύθο του Προκρούστη.

Ακόμα γίνεται αναφορά στον στιγματισμό και στον αποκλεισμό που υφίστανται οι ψυχικά ασθενείς σε διάφορους τομείς της ζωής τους, καθώς και στους τρόπους αντιμετώπισης αυτού.

Στην συνέχεια παρουσιάζεται μια έρευνα που έγινε σε σχιζοφρενικούς ασθενείς και σε επιστημονικό προσωπικό δομών ψυχικής υγείας και τέλος αναφέρονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη.

SUMMARY

Even nowadays, though technological progress has reached a high standard of achievement constant prejudices and stereotypes, regarding differentiability, have not been eliminated which leads to social exclusion towards vulnerable groups of population.

The aim of this study is to make known of this social exclusion that concerns mentally ill people. Our society treats those who suffer from some mental disorders, often with extreme behavior, thus strengthening their exclusion.

People are not ready yet to accept the differentiability and that is, due to many factors such as the fear that is created by ignorance, but also the manipulation of the common opinion from each authority.

Substantially the social exclusion is a phenomenon that serves a small portion of population and works as a vehicle of making masses, prohibiting every thing that is different, that may “threaten” the interests of the few who have the control.

So at this study, an effort is being made to approach mental illness from a different point of view, the one of the people who were escorts of social psychiatry, and also those who fought for the improvement of the conditions at sanctuaries and the rehabilitation of the mentally ill people back into the social environment, in Greece as well as abroad.

Particularly in the first chapter of our study, the nature of the mental disease is being mentioned and especially that of schizophrenia, presenting some of its main causes, and the myths that are generally held for the dangerous schizophrenic patient and at the same time the remedial methods that are used for its confrontation.

Furthermore, the phenomenon of social exclusion is being thoroughly analyzed, the violation of the mentally ill people’s rights and a relation is being made concerning the scapegoat, and the myth of Procrustis. Also stigmatization is being mentioned as well as exclusion that exists to mentally ill people at several sections of their lives, and the ways that we can deal with it.

Below a sampling survey is being presented that was held to schizophrenic patients and to the scientific crew of mental health structure and finally the conclusions and the resolutions deriving from this study are mentioned.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	
Σκοπός και αναγκαιότητα.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	1
1.1 Ιστορική ανασκόπηση ψυχικής ασθένειας	2
1.2. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας.....	8
1.3. Η έννοια της σχιζοφρένειας.....	9
1.4. Διαφορική διάγνωση.....	12
1.5. Αιτιολογία	14
1.6. Θεραπεία	19
1.6.1. Φαρμακοθεραπεία.....	20
1.6.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	22
1.6.3. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	23
1.6.4. Θεραπεία περιβάλλοντος.....	25
1.6.5. Ψυχοθεραπεία	25
1.6.6. Οικογενειακή θεραπεία.....	27
1.6.7. Δημιουργικές θεραπείες και Εργοθεραπεία	28
1.6.8. Εναλλακτικές μορφές θεραπείας	28
1.7. Η προβληματική για τη σχιζοφρένεια	32
1.8 Τα χαρακτηριστικά του στίγματος.....	34
1.8.1 Στίγμα και ψυχική ασθένεια	37
1.9 Ιστορική αναδρομή της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού.....	38
1.10 Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού.....	41
1.10.1 Τα χαρακτηριστικά και οι μορφές του κοινωνικού αποκλεισμού.....	43
1.10.2 Αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού	44
1.10.3 Συνέπειες κοινωνικού αποκλεισμού για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.....	45
1.11 Ο αποδιοπομπαίος τράγος	47

1.12	Μύθος του Προκρούστη και Κοινωνικός αποκλεισμός.....	48
1.13	Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική ασθένεια	49
1.13.1	Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια	50
1.13.1.1	Κατάχρηση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας.....	51
1.13.1.2	Συνθήκες νοσηλείας – Ιδρυματισμός.....	54
1.13.1.3	Καταπάτηση δικαιωμάτων στην εργασία.....	56
1.14	Παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών	58
1.15	Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών.....	61
1.16	Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	62
1.16.1	Παρουσίαση κλινικών δομών - στεγαστικών και εργασιακών	65
1.17	Η Προβληματική της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο		
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ		70
2.1	Σκοπός και Στόχοι παρούσας μελέτης.....	70
2.2	Είδος έρευνας.....	70
2.3	Ερευνητικά ερωτήματα.....	71
2.4	Δείγμα Συμμετεχόντων και κριτήρια επιλογής.....	72
2.5	Χρόνος και τόπος διεξαγωγής μελέτης.....	72
2.6	Μέθοδος και εργαλείο συλλογής στοιχείων.....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο		
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		74
3.1.	Αποτελέσματα -συζήτηση	74
3.2.	Συμπεράσματα και Προτάσεις για μελλοντικές μελέτες έρευνες.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....		

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν γίνεται λόγος για κοινωνικό αποκλεισμό, αναφερόμαστε κυρίως σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι οι ψυχικά ασθενείς, οι μετανάστες, τα άτομα με αναπηρία, οι αποφυλακισμένοι, οι χρήστες ουσιών κλπ. που υφίστανται διακρίσεις σε πολλούς τομείς της ζωής τους, όπως η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία, η εργασία κα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδειχθεί ακριβώς αυτό το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, το οποίο όμως αφορά τους ψυχικά πάσχοντες. Το συγκεκριμένο θέμα επιλέχθηκε έπειτα από εργαστηριακή πρακτική άσκηση σε δομή που φιλοξενούσε ψυχικά ασθενείς και έτσι δόθηκε το έναυσμα για ενασχόληση με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Η διαπίστωση των διακρίσεων και του κοινωνικού αποκλεισμού με τον οποίο έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα που εμφανίζουν κάποια ψυχική διαταραχή αποτέλεσε αφορμή ώστε να διερευνηθεί το ζήτημα μέσα από τη μελέτη αυτή. Έτσι πραγματοποιήθηκε κατά κύριο λόγο βιβλιογραφική προσέγγιση του θέματος και παράλληλα έγινε εκπόνηση ποιοτικής έρευνας από την οποία να μην αποκομίσθηκαν αποτελέσματα, ωστόσο η μελέτη δεν στηρίχθηκε σε αυτήν.

Η έρευνα παρείχε σημαντικές πληροφορίες και εντοπίστηκαν κοινά σημεία με το βιβλιογραφικό μέρος αλλά κυρίως πραγματοποιήθηκε για να αναδειχθούν τα λεγόμενα των ίδιων των ψυχικά ασθενών και να παρέχει στον αναγνώστη την πλήρη εικόνα μιας κατάστασης αποκλεισμού όπως την βιώνουν τα άτομα αλλά και επαγγελματίες ψυχικής υγείας από την πλευρά τους.

Έτσι διαπιστώθηκε ότι η κοινωνία, πολλές φορές, αντιμετωπίζει αυτούς που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, με ακραίες συμπεριφορές, ενισχύοντας έτσι τον αποκλεισμό αυτό. Οι άνθρωποι δεν είναι έτοιμοι να δεχθούν ακόμη τη διαφορετικότητα και αυτό οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως ο φόβος που προκαλείται από την άγνοια, αλλά και η χειραγώγηση της κοινής γνώμης από την εκάστοτε εξουσία.

Ουσιαστικά ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο το οποίο εξυπηρετεί μικρή μερίδα πληθυσμού και λειτουργεί ως μέσο μαζοποίησης, απαγορεύοντας κάθε τι το διαφορετικό, το οποίο μπορεί να «απειλεί» τα συμφέροντα των λίγων που έχουν τον έλεγχο.

Η **αναγκαιότητα** της παρούσας μελέτης έγινε στην προσπάθεια προσέγγισης της ψυχικής νόσου από μια διαφορετική σκοπιά, αυτή, των ανθρώπων που ήταν οι προπομποί της κοινοτικής ψυχιατρικής, καθώς επίσης και αυτών που πάλεψαν τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, για τη βελτίωση των συνθηκών στα άσυλα και την ένταξη των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Επιπλέον γίνεται παρουσίαση νέων εναλλακτικών μορφών θεραπείας, όπως αυτές των ομάδων αυτοβοήθειας (Hearing Voices και Paranoia Network), οι οποίες προσεγγίζουν με έναν διαφορετικό τρόπο την ψυχική ασθένεια και το άτομο που νοσεί. Ωστόσο παρουσιάζονται και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που ήδη επικρατούν.

Συγκεκριμένα αρχικά , γίνεται λόγος για τη φύση της ψυχικής ασθένειας και ειδικότερα της σχιζοφρένειας, παρουσιάζοντας κάποια από τα βασικά αίτια της, καθώς και τους μύθους που επικρατούν για τον επικίνδυνο σχιζοφρενικό ασθενή και παράλληλα τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισή της.

Επίσης αναλύεται το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, η καταπάτηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών καθώς επίσης γίνεται και συσχετισμός του με τον αποδιοπομπαίο τράγο και παραλληλισμός του με το μύθο του Προκρούστη.

Στην συνέχεια της μελέτης αυτής, παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, τα ερευνητικά ερωτήματα καθώς επίσης και όλοι οι προβληματισμοί που δημιουργήθηκαν για το θέμα της σχιζοφρένειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Τέλος γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα των συνεντεύξεων καθώς επίσης και προτάσεις για εκπόνηση νέων μελετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ο ΧΟΡΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

**Η περιοχή που διαχωρίζει την ψυχή απ' το μυαλό
προσβάλλεται ποικιλοτρόπως
από εμπειρία-**

**Κάποιοι χάνουν το μυαλό και γίνονται ψυχή:
τρελοί.**

**Κάποιοι χάνουν την ψυχή και γίνονται μυαλό:
διανοούμενοι.**

**Κάποιοι τα χάνουν και τα δύο και γίνονται:
αποδεκτοί.**

(Τσάρλς Μπουκόβσκι)

1.1 Ιστορική ανασκόπηση ψυχικής ασθένειας

Οι άνθρωποι στην εξελικτική πορεία της ψυχιατρικής έχουν πραγματοποιήσει μακροχρόνιες προσπάθειες να κατανοήσουν τα προβλήματα και την αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας. Ωστόσο στις διάφορες ιστορικές περιόδους παρ' όλες τις έντονα αντίθετες αντιλήψεις που επικρατούσαν γύρω από την έννοια της ψυχικής ασθένειας, το κοινό που υπήρχε μεταξύ τους ήταν η αντίληψη, ότι η ψυχική ασθένεια είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επικινδυνότητα. Ουσιαστικά θεωρούσαν τον τρελό ως ένα αμαρτωλό και κακό άτομο που είναι ικανό να διαπράξει βίαιες και εγκληματικές πράξεις. Οι διάφορες απόψεις μεταβάλλονται στη διάρκεια των χρόνων ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν, καθώς και το επίπεδο ανάπτυξης της επιστημονικής γνώσης. (Τσαλίκoglου Φ., 1987)

Κατά τους Προϊστορικούς Χρόνους δεν γίνονταν διάκριση μεταξύ σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Και για τα δύο είδη διαταραχών υπεύθυνα θεωρούνταν τα κακά πνεύματα που έμπαιναν στα σώματα των ανθρώπων, η μαγεία ή η εκδίκηση ενός παραμελημένου πνεύματος. Εκείνα τα χρόνια (4000-5000 π.χ.) αναπτύχθηκε και η τεχνική του τρυπανισμού κατά την οποία άνοιγαν τρύπες στο κεφάλι του ψυχικά ασθενούς ατόμου ώστε το κακό πνεύμα που έχει εγκλωβιστεί στο κεφάλι του να βρει μια διέξοδο διαφυγής. Η τεχνική του τρυπανισμού συνεχίστηκε σε μερικές περιοχές μέχρι και στο Μεσαίωνα. Ταυτόχρονα μαζί με το τρυπανισμό χρησιμοποιούνταν και τελετές εξορκισμού των «δαιμονισμένων» τεχνική που απαντάται και σήμερα. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

Στην Αρχαία Ελλάδα η διαφοροποιημένη συμπεριφορά δε θεωρείται σαν αρρώστια, αλλά σαν μια κατάσταση που μπορεί να ξεπεραστεί με την τροποποίηση των διαθέσεων της δύναμης που την προκαλεί. Σύμφωνα μ' αυτή την αντίληψη ο ασθενής οδηγείται στο ναό όπου μέσα από μια διαδικασία αυτοσυγκέντρωσης και κάθαρσης με τη βοήθεια διουρητικών, καθαρτικών και υπνωτικών αφεψημάτων, φτάνει στην απόλυτη επικοινωνία του με το θεό μέσα από την κατάσταση του ύπνου. Μέσα από αυτή τη διαδικασία ο ασθενής θεραπεύεται γιατί γίνεται ερμηνεία των ονείρων, τόσο του ίδιου όσο και του ιεροφάντη που αναλαμβάνει τη θεραπεία. Μέσα από την ανάλυση των ονείρων φαίνεται η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου καθώς και η αιτιολογία της ασθένειας. Αυτή η θεραπεία γινόταν στα Ασκληπιεία, τα

οποία ήταν θεραπευτικά κέντρα (Ναός) που το ρόλο του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού (ιεροφάντες) και αντιμετωπιζόντουσαν περιπτώσεις διαφορετικών συμπεριφορών.

Την ίδια περίοδο (γύρω στον 5^ο π. Χ. αιώνα) γίνεται η πρώτη προσπάθεια μέσα στην ιστορία να αναχθεί η μη αποδεκτή συμπεριφορά από τη σφαίρα του μεταφυσικού σε νοσολογική οντότητα. Ο εμπνευστής αυτής της προσπάθειας ήταν ο «πατέρας της Ιατρικής» Ιπποκράτης, ο οποίος σύμφωνα με τη παράδοση ήταν απόγονος του θεού Ασκληπιού και μαθήτευσε στο Ασκληπιείο της Κω. (Γρίβας Κ., 1985)

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που αρχίζοντας από την επιληψία (η οποία θεωρείτο η «ιερή νόσος» της ανθρωπότητας) αναφέρει ότι αυτή οφείλεται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε μεταφυσικές δυνάμεις, όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού. Ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις πιο βασικές ψυχικές διαταραχές - τις φρενίτιδες- και τους έδωσε ονόματα που χρησιμοποιούμε ακόμα και σήμερα, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε ολόκληρο τον κόσμο, τη λεγόμενη υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια.

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση ή σύσταση ή θερμοκρασία των τεσσάρων χυμών του σώματος - αίμα, λέμφο, κίτρινη και μαύρη χολή - . Έτσι ο ανθρώπινος χαρακτήρας προσδιορίζεται από την αναλογία των σωματικών αυτών χυμών που κατά το ιπποκράτειο σύστημα διακρίνεται σε αιματώδη, λεμφατικό και χολερικό.

Παρόμοιες απόψεις με τον Ιπποκράτη για την προέλευση των ψυχικών διαταραχών είχαν και κάποιοι φιλόσοφοι όπως ο Δημόκριτος (που επηρέασε άμεσα τη θεωρία του Ιπποκράτη) και ο Αριστοτέλης ο οποίος προτείνει το θέατρο για τη κάθαρση από τις ψυχικές ασθένειες. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

Την αρχαϊκή περίοδο ακολουθεί η Ελληνορωμαϊκή εποχή, κατά την οποία ο Γαληνός δίνει μεγάλη βάση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και θεωρεί τον εγκέφαλο ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών. Υποστηρίζει ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται άμεσα από την αρμονική σχέση 3 λειτουργιών του εγκεφάλου - του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού-.

Ακόμη θεωρείται ως πρόγονος της ψυχοσωματικής ιατρικής, καθώς έδωσε βάση στο ρόλο που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στη δημιουργία των

σωματικών διαταραχών. Τη περίοδο αυτή υπήρχε έντονο ενδιαφέρον για την υστερία, αναφέρθηκαν οι οξείες και χρόνιες καταστάσεις και έγινε διάκριση των λειτουργικών ψυχώσεων από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στο πυρετό. Επίσης γίνεται περιγραφή των ψυχικών διαταραχών της γεροντικής ηλικίας, διαχωρίζεται η σχιζοφρένεια από τη μανία και περιγράφεται η σεξουαλική επιθυμία ως το πιο έντονο, ισχυρό και ξεχωριστό συναίσθημα και ονομάζεται λίμπιντο.

Αν και φαινομενικά η ανθρωπιστική και ψυχοθεραπευτική σκέψη έδειχναν σημαντική πρόοδο ουσιαστικά στην ελληνορωμαϊκή αρχαιότητα δεν σημειώθηκε εξέλιξη όσον αφορά την ψυχολογία και την ψυχιατρική. Αυτό συνέβη γιατί επικράτησαν μυστικιστικές και μαγικοθρησκευτικές αντιλήψεις, που με τη μορφή της δαιμονολογίας, δημιούργησαν ένα κράμα χριστιανικών και παγανιστικών δοξασιών που προοιωνίζαν τις οπισθοδρομικές αντιλήψεις του Μεσαίωνα. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

Έτσι φτάνουμε στην εποχή του σκοταδισμού, τον Μεσαίωνα (5^{ος} – 15^{ος} αιώνας) όπου «η αποσύνθεση των δομών του ελληνορωμαϊκού συστήματος, οι δραματικές καταστροφές των πολέμων, των θανατηφόρων επιδημιών και η συνακόλουθη κυριαρχία ενός διάχυτου συναισθήματος φόβου, ευνοούν την αναζήτηση ενός προστατευτικού καθησυχασμού μέσα από τη θρησκευτική πίστη και τις μεταφυσικές ερμηνείες της ανθρώπινης δυστυχίας. Οι επιστήμες σωπαίνουν και η εκκλησία εξαπλώνει την επικυριαρχία της διαδραματίζοντας, έως και το 15^ο αιώνα, ένα θεμελιακό, κοινωνικό και πολιτικό ρόλο». (Τσαλίκολου Φ., 1987 σελ. 34)

Η διαφορά αυτής της περιόδου με την αρχαϊκή εποχή όσον αφορά την ερμηνεία της διαφορετικής ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι ναί μεν ότι την ορίζει σαν προϊόν της δράσης εξωανθρώπων δυνάμεων, ωστόσο στη θέση της θεότητας της αρχαϊκής περιόδου που η κατάσταση που δημιουργεί είναι ευλογημένη και εμπεριέχει θετικό στοιχείο, τοποθετείται ο δαίμονας, που είναι η έκφραση του απόλυτα αρνητικού στοιχείου – του κακού. (Γρίβας Κ., 1985)

Απόρροια των παραπάνω είναι η θεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιούσαν, η οποία ταυτίζεται με την τιμωρία (αφού θεωρούσαν το άτομο αμαρτωλό) οδηγώντας συχνά στη πιο βάρβαρη κακοποίησή του. Αυτό φαίνεται από ευρήματα τρυπανισμένων κρανίων σε αρχαιολογικές ανασκαφές διαφόρων περιοχών,

τα οποία προέρχονταν από χειρουργικές επεμβάσεις που επιδίωκαν να απελευθερώσουν τα σώματα των τρελών από την κυριαρχία των κακών πνευμάτων.

Επίσης υποστηρίζεται απ' το μεγάλο πατέρα της δυτικής εκκλησίας Άγιο Αυγουστίνο (τα γραπτά κείμενα του οποίου εξαπλώθηκαν σε όλη τη Μεσαιωνική και Αναγεννησιακή Ευρώπη) ότι οι σεξουαλικές σχέσεις αν δεν έχουν ως σκοπό την αναπαραγωγή, υποκινούνται από το διάβολο και γι' αυτό είναι απαγορευμένες. Τα άτομα που τις διαπράττουν θεωρούνται αποξενωμένα από το θεό, τα διακατέχει παραφροσύνη και είναι αμαρτωλά. Με βάση τις αντιλήψεις που επικρατούσαν, για να σωθούν τα άτομα αυτά από τη ψυχική νόσο, περνούσαν στη δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού και αντιμετωπίζονταν με εξορκισμό και καταδίωξη.

Κάτω από το πρίσμα αυτής της συσχέτισης της αμαρτίας (κακό) με τη ψυχική νόσο (παραφροσύνη) επικρατούσε η άποψη ότι τα άτομα επιλέγουν τις συμπεριφορές τους και η θέση τους στη κοινωνία καθορίζεται από τις δικές τους επιλογές της καλής ή κακής συμπεριφοράς τους. Έτσι η σωματική ή ψυχική δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα επιλογής μιας κακής συμπεριφοράς και έτσι επέρχεται το κακό = παραφροσύνη. Το άτομο που έχει επιλέξει το κακό πρέπει να κατηγορηθεί από την κοινωνία για τη θέση του αυτή και να τιμωρηθεί = θεραπευτεί έτσι ώστε να αποδοθεί δικαιοσύνη. Το άτομο έχει σαν υποχρέωση να είναι υπεύθυνο για τις πράξεις του και να έχει αυξημένη κοινωνική ευθύνη, ενώ για την κατάστασή του δεν έχει καμία ευθύνη η κοινωνία.

Η αντιμετώπιση της παραφροσύνης ως αμαρτίας σιγά σιγά χάνεται και δίνει τη θέση της στην αντίληψη ότι ο παράφρονος δε θεωρείται πλέον κακός, αλλά άρρωστος. Την περίοδο αυτή του Διαφωτισμού - Αναγέννησης, που επικρατεί η άνθηση της λογικής και επιστημονικής σκέψης, το θρησκευτικό δόγμα αντικαθιστάται από τις επιστήμες.

Τότε, μπήκαν οι βάσεις για τον ανθρωπισμό, ένα φιλοσοφικό κίνημα που δίνει έμφαση στην ανθρώπινη ευημερία και στην μοναδικότητα του ατόμου. Μέχρι τότε τα περισσότερα άσυλα ήταν σε άθλια κατάσταση και οι εγκλεισμένοι σε αυτά ήταν δεμένοι, υποσιτιζόμενοι κι ακόμη σε κάποιες περιπτώσεις επιδεικνύονταν στο κοινό σαν ζώα. Όμως σύμφωνα με τον ανθρωπισμό της Αναγέννησης οι άνθρωποι δεν είναι δαιμονισμένοι αλλά ψυχικά ασθενείς που χρήζουν θεραπείας. Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης υποστηρίζεται ότι το άτομο δεν διαλέγει τη συμπεριφορά του

και η θέση που κατέχει στην κοινωνία δεν είναι επιλογή του. Επίσης η τιμωρία δεν έχει θεραπευτικές δυνατότητες, αφού η συμπεριφορά του δεν οφείλεται σε δικές του επιλογές και τέλος δε μπορεί να βοηθήσει μόνος του τον εαυτό του αλλά η κοινωνία έχει ευθύνη να το κάνει. (Τσαλίκογλου Φ., 1987)

Μια σειρά μεθόδων θεραπείας αντανakλούν αυτό το ανθρωπιστικό πνεύμα. Η αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη πράξη ενός Γάλλου ψυχιάτρου του Ph. Pinel, ο οποίος απελευθέρωσε τους εγκλείστους από τις αλυσίδες τους και πρότεινε την «ηθική θεραπεία», η οποία βασιζόταν στο σεβασμό και την καλοσύνη προς τον άρρωστο. Με τη νέα ανθρωπιστική αυτή αντιμετώπιση του τρελού καταργείται η πρότερη καταστολή και τιμωρία. Το παράδειγμα αυτό ακολουθούν και στην Αγγλία με την ίδρυση του πρώτου ψυχιατρικού ασύλου εκεί, The Retreat House. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

«Ωστόσο, η νέα αυτή ανθρωπιστική αντιμετώπιση, εγκαινιάζοντας μια εποχή που ο M. Foucault, χαρακτηρίζει ως «εποχή του μεγάλου εγκλεισμού», όσο κι αν σημειώνει μια αναμφισβήτητη πρόοδο στην αντιμετώπιση του τρελού, δεν παύει να λειτουργεί ως μια κατεξοχή μορφή άσκησης ενός στυγνού κοινωνικού ελέγχου. (Τσαλίκογλου Φ., 1987 σελ. 39)

Στο γερμανικό ψυχιατρικό χώρο παρ' όλα αυτά, διατηρούσαν ακόμα έναν πιο ρομαντικό χαρακτήρα που διακινούνταν από το πνεύμα της φιλοσοφίας και της θεολογίας. Μέσα από την προσπάθειά τους για κατοχύρωση μιας πιο επιστημονικής ταυτότητας, στράφηκαν προς την οργανική άποψη και χρησιμοποίησαν την έρευνα και τη θεωρία μέσα από τα πανεπιστήμια για να ερμηνεύσουν τις ψυχικές διαταραχές.

Αργότερα ο E. Krepelin, ο οποίος αν και ήταν κι αυτός οπαδός της οργανικής ψυχιατρικής αλλά τον διέκρινε μια πιο ανθρωπιστική διάθεση, προχώρησε σε ταξινόμηση των ψυχωτικών διαταραχών σε δύο μεγάλες κατηγορίες - στις Μανιοκαταθλιπτικές Ψυχώσεις και την Σχιζοφρένεια (πρώιμη άνοια) - που ισχύουν σε γενικές γραμμές και στις μέρες μας. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

Με το άνοιγμα του 20^{ου} αιώνα ο S. Freud που αρχικά ξεκίνησε ως νευροανατόμος, επηρεασμένος από καθηγητές που δίδασκαν για τον υπνωτισμό και την υστερία, υποστήριξε τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες (Δυναμική Ψυχιατρική), οι οποίες βασίζονταν στην άποψη ότι η παθολογική συμπεριφορά είναι το εμφανές

αποτέλεσμα μη συνειδητών ενδοψυχικών συγκρούσεων που διακυβερνούν το ψυχικό σύστημα του ασθενούς. (Παρασκευόπουλος Ι., 1988)

Με τις εισηγήσεις αυτές για την ψυχοθεραπεία, ο χώρος της ψυχιατρικής δέχεται ένα σοβαρό πλήγμα. Έτσι η παραδοσιακή ψυχιατρική για να επανακτήσει το κύρος και την πειστικότητά της επιστρέφει στις θεωρητικές συνεισφορές των σημαντικών προσωπικοτήτων του δεύτερου μισού του 19^{ου} αιώνα, όπως ήταν ο E Krepelin.

Ωστόσο όμως αυτό δεν αρκεί για να εδραιωθεί ξανά στο προσκήνιο και έτσι καταφεύγει σε συνεργασία με τη Δυναμική Ψυχιατρική (Φροϋδική Προσέγγιση) δημιουργώντας μια νέα τάση, την Ρεφορμιστική Ψυχιατρική. Αυτή είναι ουσιαστικά ένας συνδυασμός της παραδοσιακής βίας, δηλαδή του τρίπτυχου ακούσιος εγκλεισμός – φυσική βία – ψυχοφάρμακα και των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών χειραγώγησης.

Μια τόσο σοβαρή εξέλιξη στο χώρο της ψυχιατρικής δε μπορούσε να μην προκαλέσει αντιδράσεις στους πιο ευαισθητοποιημένους του ψυχιατρικού κόσμου. Αυτοί συνειδητοποίησαν ότι η ψυχιατρική διαμορφώνει το άτομο σύμφωνα με τις απαιτήσεις τις εξουσίας. (Γρίβας Κ., 1985) Επίσης κατάλαβαν ότι «η πιο χτυπητή μορφή βίας στην ψυχιατρική δεν είναι τίποτα άλλο παρά η βία της ίδιας της ψυχιατρικής, στο μέτρο που ο κλάδος αυτός προσπαθεί να αντικαθρεφτίσει και να συμπυκνώσει, σ' αυτούς που έχουν υποδειχθεί σαν άρρωστοι, την ύπουλη βία της κοινωνίας, που τις πιο πολλές φορές η ψυχιατρική την αντιπροσωπεύει απέναντι και ενάντια τους αρρώστους αυτούς». (Cooper D., 1967 σελ. 18) Έτσι γεννήθηκε η αμφισβήτηση και δημιουργήθηκε η Αντιψυχιατρική.

Οι υποστηρικτές της αντιψυχιατρικής, θεωρούσαν ότι η ασθένεια είναι μια διαφορετική εμπειρία που έχει δικαίωμα να βιωθεί από τον καθένα μέσα σ' ένα προστατευτικό περιβάλλον. Επίσης προσπάθησαν να προσεγγίσουν την ψυχική διαταραχή από τρεις σκοπιές: σαν κοινωνικό στιγματισμό, σαν εσωτερικό ταξίδι και σαν μαζικό κοινωνικό φαινόμενο. (Γρίβας Κ., 1985)

Πριν ήμασταν τρελοί
Τώρα ήμαστε ασθενείς
Πότε τελικά θα μας θεωρήσουν ανθρώπους

1.2. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας

Με τον ίδιο ξεκάθαρο τρόπο που λέει κάποιος ότι «βρέχει» ή «έχει ήλιο», όταν μιλάει κανείς για υγεία και αρρώστια είναι πολιτισμικά αναγκασμένος να δεχτεί έναν διαχωρισμό ανάμεσα σ' αυτές τις δυο διαμετρικά αντίθετες έννοιες. Οι δυο αυτές έννοιες μοιάζει να αναφέρονται σε μια απτή και αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα.

Έτσι αν κάποιος αναρωτηθεί τι είναι υγεία και τι αρρώστια αναφορικά με τη ζωή, παραπέμπεται σ' έναν ορισμό που κάνει παράδοξη την ίδια την ερώτηση. Δηλαδή αρρώστια είναι να μην είναι κανείς υγιής και υγεία να μην είναι άρρωστος. Έτσι δεν παίρνουμε καμία πληροφορία για το περιεχόμενο της κάθε έννοιας και δεν μπορούμε να καταλάβουμε ποια είναι τα όρια που χωρίζουν τη μια απ' την άλλη.

Η υγεία και η αρρώστια λοιπόν δε μπορούν να οριστούν με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Δεν είναι συγκεκριμένες πραγματικότητες θετικές ή αρνητικές, αλλά καθορίζονται κάθε φορά μέσα από το σύνολο των αξιών που διαμορφώνουν την κουλτούρα μας και το σκέλος της κοινωνικής οργάνωσης της οποίας αυτή αποτελεί στήριγμα. Έτσι αρρώστια είναι αυτό που καθορίζει την αναστολή της κοινωνικής ζωής, δηλαδή της δραστηριότητας και της εργασίας. (Basaglia F., 2008)

Στη συνέχεια αναφέρεται η άποψη του Th. Szasz για την ψυχική ασθένεια, κατά την οποία η ψυχιατρική ετικέτα εξαρτάται περισσότερο από την κοινωνική περίσταση, τις κοινωνικές πιέσεις μαζί μ' ένα πρωτόγονο είδος ψυχιατρικής λογικής που ενθαρρύνει τους ψυχιάτρους να χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε ψυχιατρική έννοια και να διατυπώσουν τις μορφές της παθολογικής συμπεριφοράς. (Szasz Th., 1989)

Κάτι αντίστοιχο διαφαίνεται και στην άποψη του K. Γρίβα για την ψυχική ασθένεια, αφού αναφέρει ότι «πρόκειται για μια συγχυτική, κατακερματισμένη και αδιέξοδη απάντηση της ατομικής προσωπικότητας, στη σύγχυση, τον κατακερματισμό και το αδιέξοδο που της επιβάλλει μια νοσογόνα κοινωνική δομή.

Είναι η τραγικότερη, ολοκληρωτικά αλλοτριωμένη, ατομική αντίδραση στην απόλυτα αλλοτριωτική δράση μιας κοινωνικής δομής που λειτουργεί με στόχο την καθυπόταξη και όχι την εξυπηρέτηση των μελών της. Και αυτό σημαίνει πως κάθε

απόπειρα για προσέγγισή της, προϋποθέτει πριν απ' όλα έρευνα στο χώρο της κοινωνικής και όχι της σωματικής παθολογίας». (Γρίβας Κ., 1987 σελ. 17

1.3. Η έννοια της σχιζοφρένειας

Ο όρος σχιζοφρένεια καθιερώθηκε το 1911 από τον E. Bleuler. Με τον όρο αυτό δηλώνεται μια ομάδα ψυχικών παθήσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό και ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση, δηλαδή την αποδιοργάνωση διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως της σκέψης, του συναισθήματος, της βούλησης κ.ά.

Η σχιζοφρένεια σήμερα θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα. Οι διαταραχές αυτές αφορούν βασικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη και τελικά οδηγούν σε μια αλλοίωση του αισθήματος της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των Ψυχώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα.

Οι κλινικές εικόνες (οι άνθρωποι δηλαδή με σχιζοφρένεια) παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. (Μάνος Ν., 1988)

«Στη λαϊκή φαντασία, ο σχιζοφρενικός είναι το πρότυπο του τρελού, αυτού που κάνει πράξεις τρελές, πράξεις απόλυτα παράλογες, με μιαν απόχρωση βίας ενάντια στους άλλους. Ο σχιζοφρενικός είναι εκείνος που κοροϊδεύει τους υγιείς (η «προσποίησή» του, οι «μορφασμοί» του, τα «γελοία του καμώματα», είναι συγκαλυμμένα μέσα που χρησιμοποιεί για την απόσυρσή του), αλλά ταυτόχρονα τους προσφέρει και αιτίες για την ίδια του την απαξίωση. Είναι ο μη – έλλογος άνθρωπος, ο

άνθρωπος με την «αρρωστημένη» λογική. Η τουλάχιστον έτσι λένε.» (Cooper D., 1967 σελ. 48)

Επιπλέον πριν κάποια χρόνια επικρατούσε η άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού. Βέβαια αυτή είναι και η αντιψυχιατρική άποψη του D.Cooper, του R.Laing και του M.Foucault. Ωστόσο τα φαινόμενα αποδεικνύουν ότι η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου ανεξάρτητα από το πολιτισμικό υπόβαθρο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο ασθενής.

Αναλυτικότερα η σχιζοφρένεια προσβάλλει σε ίδιο βαθμό άντρες και γυναίκες και διαγιγνώσκεται σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και αυτό συμβαίνει λόγω του στρες αυτών των χαμηλότερων τάξεων, που προέρχεται από καταστάσεις πίεσης όπως η φτώχεια.

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που μεταβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι τα χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.α. Τα συμπτώματα αυτά διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά.

Τα θετικά συμπτώματα προέρχονται από αύξηση ή διαστρέβλωση φυσιολογικών λειτουργιών και αυτά περιλαμβάνουν τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), της αντίληψης (ψευδαισθήσεις), του λόγου και της επικοινωνίας και του ελέγχου της συμπεριφοράς.

Σε αντίθεση τα αρνητικά συμπτώματα προέρχονται από μείωση ή απώλεια φυσιολογικών λειτουργιών και περιλαμβάνουν την διαταραχή του εύρους και της έντασης του συναισθήματος, της παραγωγής και του πλούτου του λόγου και της στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς (έλλειψη κινητοποίησης).

Αρκετά σημαντική για την διάγνωση είναι η κλινική εικόνα του ασθενή. Μ' αυτή δίνεται στον θεραπευτή και γενικότερα στην κοινωνία η εικόνα του ατόμου για την παθολογία του μέσα από τις πράξεις, το παρουσιαστικό και την συμπεριφορά του.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα για την κλινική εικόνα στην σχιζοφρένεια είναι μια γυναίκα που παύει να ασχολείται με την εμφάνισή της και αποσύρεται από το περιβάλλον της ενώ ταυτόχρονα συνηθίζει να περιφέρεται βρώμικη σε αντίθεση με

την προηγούμενη κατάστασή της, ένας φοιτητής που χωρίς λόγο αδιαφορεί για τα μαθήματά του και αρχίζει να περνάει ώρες μόνος του χαμένος στον δικό του κόσμο, κάποιος που ψάχνει ένα κρυφό προσωπικό μήνυμα στους τίτλους των εφημερίδων και επίσης κάποιος που ψάχνει στα σκουπίδια και την ίδια περίοδο μιλάει μόνος του στο δρόμο κτλ.

Ενώ αρχικά το άτομο μπορεί να εμφανίζει άγχος και υπερευαισθησία σε κάποια εξωτερικά ερεθίσματα, σιγά σιγά χάνεται στον εσωτερικό του κόσμο και εμφανίζονται παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, παραισθήσεις κ.α. Όλα τα προηγούμενα απαρτίζουν την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας. Ωστόσο κάποια άτομα μπορεί να μην εμφανίσουν τα παραπάνω αλλά μπαίνουν κατευθείαν στην ενεργό φάση. (Μάνος Ν.,1988)

Λόγω του ότι η σχιζοφρένεια ως διαταραχή καλύπτει ποικίλες κλινικές καταστάσεις που εμφανίζουν διαφορές στα συμπτώματα, στη πορεία, στη πρόγνωση κλπ. δημιουργήθηκαν διάφορες υποκατηγορίες, ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης που επικρατούν. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, σύμφωνα με τον E. Krepelin παρουσιάζονται τρεις υπομορφές για την σχιζοφρένεια, που είναι η κατατονία, η ηβηφρένεια και η παρανοειδής άνοια.

Απ' την άλλη κατά το DSM-IV προτείνονται οι 5 παρακάτω κλινικοί τύποι για την σχιζοφρένεια. Οι τύποι αυτοί είναι ο παρανοϊκός, ο αποδιοργανωμένος, ο κατατονικός, ο αδιαφοροποίητος και ο υπολειμματικός και θα αναλυθούν στη συνέχεια, λόγω της χρήσης τους στους ψυχιατρικούς κύκλους της εποχής μας. (Μάνος Ν., 1988)

Σχετικά με την πορεία και την πρόγνωση της σχιζοφρένειας πρέπει να αναφερθεί ότι η διαταραχή εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Ωστόσο υπάρχει και όψιμη έναρξη όταν η διαταραχή αναπτυχθεί μετά τα 45 χρόνια.

Άσχετα με την ηλικιακή περίοδο κατά την οποία εκδηλώνεται η σχιζοφρένεια, υπάρχουν τρεις φάσεις που διέπουν την διαταραχή. Οι φάσεις είναι η πρόδρομη – η ενεργός – και η υπολειμματική.

Η πρόδρομη φάση μπορεί να διαρκέσει μέρες ή μήνες και αποτελείται από τα πιο ελαφριά συμπτώματα, την κλινική εικόνα και γενικότερα τις πρώτες ενδείξεις

για την παθολογία του ασθενούς. Ωστόσο μερικοί άνθρωποι δεν περνούν απ' αυτή την φάση και μπαίνουν κατευθείαν στην ενεργό.

Στην ενεργό εκδηλώνεται το κύριο γεγονός – οξεία κρίση, οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα διαταραγμένοι και η ψύχωση γίνεται φανερή. Επίσης τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής τώρα γίνονται πιο έντονα και η διάρκεια της φάσης μπορεί να είναι από μόνο λίγες βδομάδες έως και για απροσδιόριστο χρόνο.

Με την υποχώρηση της ενεργού φάσης, ο ασθενής δεν επιστρέφει στην κατάσταση που ήταν πριν νοσήσει, αλλά μπαίνει στην λεγόμενη υπολειμματική φάση. Στην φάση αυτή υπάρχουν μεν κάποια από τα συμπτώματα της διαταραχής αλλά η έντασή τους δεν είναι ίδιας σημασίας με αυτά της προηγούμενης φάσης. Επίσης αυτή χαρακτηρίζεται και από παρέμβαση με θεραπεία.

Τέλος αν και πάντα υπάρχουν πιθανότητες για ίαση, ο ασθενής θα παρουσιάσει κάποια υπολείμματα της ψύχωσης που θα εκφραστούν στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στην επαγγελματική του πορεία. (Tolle R., Windgassen K., 2005)

1.4. Διαφορική διάγνωση

Με τη διαφορική διάγνωση γίνεται προσπάθεια για ακριβή διάγνωση της Σχιζοφρένειας και την αποφυγή σύγχυσης της με άλλες διαταραχές που έχουν πιο καλή πρόγνωση απ' αυτήν, όπως π.χ. Διπολική Διαταραχή. Έτσι επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη και άμεση θεραπεία, καθώς και κατάλληλη προετοιμασία του ασθενή και της οικογένειας. Δεν είναι λίγες οι διαταραχές όμως που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τη Σχιζοφρένεια. Αυτές θα αναλυθούν εν συντομία στη συνέχεια.

Αρχικά θα πρέπει να αποκλειστεί η Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα ή Άνοια. Τη διαδικασία αποκλεισμού θα βοηθήσει το ιστορικό, η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος, ανάλυση ούρων, ηπατικές δοκιμασίες, κρεατινίνη ορού, ουρία αίματος, δοκιμασίες λειτουργίας του θυρεοειδούς και ορολογικές δοκιμασίες για σύφιλη ή HIV. Επίσης μπορεί να χρειαστούν αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες.

Επιπλέον η Σχιζοφρένεια θα πρέπει να διακριθεί από τη Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες, το Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες, την Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες και γενικότερα τις Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες. Αυτό γιατί κάποια τοξίνη , κάποιο φάρμακο ή κάποια ουσία κατάχρησης είναι το αίτιο των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα παρατεταμένη χρήση αμφεταμίνης ή κοκαΐνης προκαλεί ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα ενώ η φαινικυκλιδίνη μπορεί να προκαλέσει και θετικά και αρνητικά συμπτώματα.

Ο θεραπευτής θα κάνει με μεγάλη δυσκολία τη διάγνωση της σχιζοφρένειας αν συνυπάρχει με τις διαταραχές που αναφέραμε. Ωστόσο μπορεί να βασιστεί στο αν τα συμπτώματα υποχώρησαν μετά από μια περίοδο αποχής, για παράδειγμα 4 εβδομάδων, αλλά επειδή αυτό είναι αρκετές φορές ακατόρθωτο, μπορεί να επικεντρωθεί στο αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται ή βελτιώνονται ανάλογα με τη χρήση ή όχι κάποιας ουσίας και με τη ποσότητα αυτής.

Ακόμη πρέπει να αποκλειστεί η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία και η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Όμως κι εδώ τα όρια για τη διάγνωση είναι πολύ λεπτά γιατί η Διαταραχή της Διάθεσης είναι συχνή στις φάσεις της Σχιζοφρένειας (πρόδρομη, ενεργό και υπολειμματική).

Θα πρέπει, επίσης να γίνει διαφοροποίηση της Διαταραχής της Διάθεσης Με Κατατονικά Στοιχεία από τον Κατατονικό Τύπο της Σχιζοφρένειας, κάτι που αποδεικνύεται αρκετά δύσκολο.

Ακόμη, πριν τη διάγνωση, θα πρέπει να γίνει αποκλεισμός από τη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, τη Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή, τη Παραληρητική Διαταραχή, τη Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Τέλος για να μπει η διάγνωση για Σχιζοφρένεια, θα πρέπει να μην διαγιγνώσκονται Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας και Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή. (Μάνος Ν., 1988)

1.5. Αιτιολογία

Η αιτιολογία για τη σχιζοφρένεια παραμένει ακόμη και σήμερα άγνωστη, ωστόσο δε μπορεί να αγνοηθεί η αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων όπως είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Μέχρι πρόσφατα, οι ερευνητές έψαχναν την γενεσιουργό αιτία της διαταραχής μόνο στις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, στις διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, στις μεταβολικές διαταραχές, στις νευροχημικές ανωμαλίες, στην ενδοκρινική δυσλειτουργία κλπ χωρίς καμιά επιτυχία. Έτσι στράφηκαν στην αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων όπως είναι η γενετική προδιάθεση και το περιβάλλον. Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα αίτια που προκαλούν την ασθένεια σύμφωνα με διάφορες προσεγγίσεις. (Παπαχριστόπουλος Ν., 2010)

A) Σύμφωνα με τη γενετική προσέγγιση υποστηρίζεται μετά από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε συγγενικά πρόσωπα σχιζοφρενικών ασθενών (κυρίως γονέων και αδερφών), ότι υπάρχει άμεση σχέση κληρονομικότητας και ασθένειας χωρίς να είναι βέβαια, αυτή ο μοναδικός ούτε ο σημαντικότερος παράγοντας που προδιαθέτει την εμφάνιση της διαταραχής.

Η αιτιολογία αυτή για την κληρονομικότητα προέκυψε μέσα από μελέτες μονοζυγωτικών διδύμων, που εφάρμοσε ο J. Kalman στη Γερμανία και βιολογικών και θετών συγγενών σχιζοφρενικών ασθενών, που υιοθετήθηκαν σε βρεφική ηλικία και μεγάλωσαν μακριά από τους βιολογικούς γονείς τους και αυτό εφαρμόστηκε από τους Αμερικανούς ερευνητές Κέτυ, Ρόζενθαλ και Ουέντερ στη Δανία.

B) Σύμφωνα με οργανικούς και παθοφυσιολογικούς παράγοντες γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί το φαινόμενο της σχιζοφρένειας σαν εκδήλωση μορφολογικής ή λειτουργικής ανωμαλίας οργάνου ή ολόκληρου οργανικού συστήματος του ατόμου. Υποστηρίζεται ότι αίτιο για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας είναι κάποια λοίμωξη (πιθανόν κατά την ενδομήτρια ή περιγεννητική περίοδο από ιό με επώαση μακράς διάρκειας), κάποια τραυματική, κυκλοφοριακή ή εκφυλιστική αλλοίωση του εγκεφάλου.

Επίσης γίνεται προσπάθεια μέσα από βιοχημικές αναλύσεις να εντοπιστεί δυσλειτουργία σε κάποια ποσοτική ή ποιοτική αναλογία ενζυματικών, ορμονικών ή άλλων ουσιών που επηρεάζουν τους νευροϋποδοχείς και γενικά το μηχανισμό της

συναπτικής μεταβίβασης. Ακόμη υπάρχουν υποθέσεις για την αιτιολογία, που αναφέρονται σε ενζυματικές ανωμαλίες ή στη παραγωγή κάποιας συγκεκριμένης σχιζοφρενογόνου πρωτεΐνης ή στη δράση των ενδορφινών ή ακόμα και σε κάποια αυτοανοσιολογική ανεπάρκεια.

Η γνώση για τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι νευροδιαβιβαστές απέκτησε βάση μετά την χρήση των νευροληπτικών φαρμάκων στις θεραπείες των ψυχικών διαταραχών. Συγκεκριμένα μέσα από μελέτες θεωρήθηκε ως αίτιο για την εμφάνιση σχιζοφρένειας η υπόθεση της ντοπαμίνης. Δηλαδή η συσσώρευση ντοπαμίνης καθώς και μονοαμινικού προδρόμου της νοραδρεναλίνης στους νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου. Η υπόθεση αυτή στηρίχθηκε στο γεγονός ότι οι ψυχωτικομιμητικές ουσίες (όπως η αμφεταμίνη και η φαινσυκλιδίνη), μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της ντοπαμίνης και αυτή η αύξηση να επιφέρει νευρωνική υπερδραστηριότητα, ενώ αντίθετα αντιψυχωτικές ουσίες (όπως είναι οι φαινοθειαζίνες και άλλα νευροληπτικά) προκαλούν καταστολή της υπερδραστηριότητας αυτής. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

Πάνω σ' αυτή την άποψη αντιτίθεται ο Th. Szasz ο οποίος αναφέρει ότι τα παραπάνω δεν είναι μόνο εσφαλμένα από οντολογική άποψη αλλά και από επιστημολογική. Αναφέρει ότι η σύγχρονη ψυχιατρική δεν διαφοροποιεί ουσιαστικά τις ψυχικές απ' τις σωματικές αρρώστιες, αλλά μόνο προς τη φύση των συμπτωμάτων τους.

Η οντολογική άποψη σύμφωνα με τον Th. Szasz είναι εσφαλμένη καθώς δεν υπάρχουν συμπτωματολογικές εκδηλώσεις δυσλειτουργιών του ανθρώπινου κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) που να είναι ίδιες προς εκείνες των δυσλειτουργιών των υπόλοιπων συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού, άρα τα συμπτώματα αυτά είναι καθαρά νευρολογικής φύσης και όχι ψυχιατρικής.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται και η εσφαλμένη επιστημολογικά αντίληψη, κατά την οποία τα σωματικά και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα των ανθρώπων εξετάζονται και αξιολογούνται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, ενώ στην πραγματικότητα τα πρώτα (σωματικά συμπτώματα) είναι αντικειμενικά και κοινά για όλους τους ανθρώπους, ενώ τα δεύτερα (ψυχοπαθολογικά συμπτώματα) αποτελούν προσωπικά και μοναδικά βιώματα του κάθε ατόμου που σχετίζονται με τις εμπειρίες και την προσωπικότητά του. (Ουλής Π., 2003)

Γ) Στην συνέχεια υπάρχουν οι ψυχολογικές θεωρίες. Σ' αυτές χαρακτηριστική είναι η θεωρία της S Mednick, η οποία υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μια αγχώδη διάθεση που μπορεί να είτε κληρονομική είτε επίκτητη. Όταν το άγχος είναι μεγάλο τα ερεθίσματα εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου γενικεύονται, παύουν να ξεχωρίζουν μεταξύ τους και αυτό προκαλεί ακόμη περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου. Έτσι η πρώτη σχιζοφρενική κρίση εμφανίζεται λόγω της κλιμάκωσης του άγχους και της γενίκευσης των ερεθισμάτων που δέχεται το άτομο. Ο ασθενής σ' αυτή τη περίπτωση προσπαθεί να βρει απεγνωσμένα συνειρμούς σκέψης για να περιορίσει το άγχος του αλλά τελικά αυτό που πετυχαίνει είναι η αποσύνθεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών του, κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια.

Ακόμη μια ψυχολογική θεωρία που δεν μπορεί να αγνοηθεί είναι αυτή του E. Bleuler, ο οποίος υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν οργανικές βλάβες, παθολογικά γονίδια ή ειδικοί παράγοντες στο περιβάλλον που να οδηγούν στην έκφραση της διαταραχής. Αυτός υποστήριζε ότι σε κάθε άτομο υπάρχει στα κληρονομημένα του γονίδια η τάση για σχιζοφρένεια και αυτή θα εκδηλωθεί όταν υπάρξει ασυμφωνία μεταξύ της προσωπικότητας του ατόμου και της κοινωνικής του εμπειρίας. Όταν συμβεί αυτό το άτομο εγκαταλείπει την όποια προσπάθεια για συμβιβασμό των δυο, προσανατολίζεται προς τον κόσμο της φαντασίας και του αυτισμού που χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρένεια. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

Δ) Άλλη μια προσέγγιση είναι η ψυχαναλυτική, για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, η οποία δεν αποκλείει τη γενετική προδιάθεση, ωστόσο όμως δίνει μεγάλη βαρύτητα στο ότι σχιζοφρένεια είναι μια ψυχογενής λειτουργική διαταραχή, δηλαδή μια διαταραχή των λειτουργιών του εγώ. Ως αποτέλεσμα αυτής, το άτομο απομονώνεται από το περιβάλλον στον εαυτό του (εξού και η ναρκισσιστική νεύρωση).

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία κάθε ψυχογενής διαταραχή προέρχεται από μια τραυματική εμπειρία ή ενδοψυχική διαμάχη της παιδικής ηλικίας που υπάρχει μέσα στο ασυνείδητο χωρίς να εμφανίζει ενοχλήσεις, μέχρι τη στιγμή που συγκεκριμένοι παράγοντες, όπως είναι οι αυξημένες κοινωνικές και βιολογικές απαιτήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο μετά το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία θα

πυροδοτήσουν το τραύμα και έτσι θα δημιουργηθεί στο άτομο άγχος και ψυχιατρικά συμπτώματα.

Κατά πόσο το τραύμα της παιδικής ηλικίας θα δημιουργήσει μια ψυχωτική διαταραχή σαν τη σχιζοφρένεια θα εξαρτηθεί από το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρισκόταν το άτομο όταν πρωτοεμφανίστηκε αυτό το τραύμα ή η ψυχική διαμάχη και ο εντοπισμός ή καθήλωση ενός μέρους του ψυχισμού του, που προκαλεί μια τάση για παλινδρόμηση στο στάδιο αυτό. Σε όσο πιο μικρή ηλικία δημιουργηθεί μια τέτοιου είδους καθήλωση, τόσο μεγαλύτερη είναι η τάση του ατόμου για παλινδρόμηση και φυσικά χειρότερη η έκβαση της διαταραχής. Συγκεκριμένα η σχιζοφρένεια συνδέεται άμεσα με το στοματικό στάδιο.

Άλλο ένα σημείο που δίνουν μεγάλη βάση οι ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις είναι στα εξελικτικά στάδια τα οποία δημιουργούν τη ψυχική δομή του ατόμου, που χαρακτηρίζεται από το εγώ, υπερεγώ, εκείνο. Η συνοχή της ψυχικής αυτής δομής στην οποία βασίζεται η ψυχική ισορροπία του ατόμου εξαρτάται άμεσα από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίες δίνουν υπόσταση στην εμπειρία του. Σε αυτές τις διαπροσωπικές σχέσεις σημαντικό ρόλο παίζει η μητέρα. Εάν δηλαδή αυτές οι πρώτες σχέσεις δεν είναι καλές λόγω προσωπικών προβλημάτων της μητέρας ή δυσκολιών της συμπεριφοράς του παιδιού, δημιουργείται μια τραυματική εμπειρία που θα διαταράξει την ψυχικά ισορροπημένη δομή του παιδιού.

Σε αυτή την περίπτωση οι λειτουργίες του εγώ και του υπερεγώ δεν μπορούν να ελέγξουν την επιθετικότητα του ατόμου και έτσι το προδιαθέτουν για σχιζοφρένεια αφού η τραυματική εμπειρία κάνει την εμφάνιση της στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης. (Παπαχριστόπουλος Ν., 2010)

Ε) Επίσης πέρα από την αιτιολογία που σχετίζει το οικογενειακό περιβάλλον με την κληρονομικότητα και τα ψυχολογικά τραύματα που δημιουργούνται στην παιδική ηλικία, επικρατεί και η άποψη για την οικογένεια και την επικοινωνία που βασίζεται στη ψυχαναλυτική θεωρία. Η άποψη αυτή αφορά την επίδραση που ασκεί η οικογένεια στην εμφάνιση της σχιζοφρενικής διαταραχής.

Η επίδραση αυτή του οικογενειακού περιβάλλοντος αφορά κυρίως τις σχέσεις που έχει το άτομο το οποίο στη πορεία θα εμφανίσει σχιζοφρένεια με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του. Παρόλο που η θεωρία αυτή κάνει λόγο για τις αμοιβαίες σχέσεις όλων των μελών της οικογένειας, τείνει να επικεντρωθεί στη σχέση του

ατόμου με τους γονείς του και κυρίως τη σχέση μητέρας – παιδιού. Κατ' επέκταση βέβαια αφορά και το ρόλο του πατέρα. (Παπαχριστόπουλος Ν., Σαμαρτζή Κ., 2010)

Χαρακτηριστικό είναι ότι μητέρες σχιζοφρενικών ασθενών κυριαρχούν στις υποθέσεις που σχετίζονται με την οικογένεια και περιορίζουν τον ρόλο του πατέρα στα παραδοσιακά του καθήκοντα. Δηλαδή ναι μεν μπορεί να φαίνεται ότι εκείνος έχει όλη την ευθύνη για την οικογένεια και τα σημαντικά της θέματα, αλλά ουσιαστικά δεν μπορεί να επιβληθεί μπροστά στην μητέρα που έχει κυριαρχικές τάσεις.

Οι μητέρες εκτός απ' τον περιορισμό του ρόλου του πατέρα ασκούν επιβολή και στα παιδιά τους που ενώ θα έπρεπε να τα παροτρύνουν να αποφασίζουν μόνα για το μέλλον τους, τα οδηγούν να επιλέγουν σύμφωνα με τα όσα εκείνες θέλουν γι' αυτά. Οι επιθυμίες που έχουν οι μητέρες για τα παιδιά τους εισπράττονται απ' αυτά με διαφορούμενο τρόπο, κάνοντάς τα να προβληματίζονται και να βρίσκονται σε δίλημμα. Τα διλήμματα αυτά ο J. Weakland ονομάζει συνοπτικά μηχανισμό του διπλού αδιεξόδου.

Αυτά τα διλήμματα οδηγούν τα παιδιά να συμπεριφέρονται όπως και οι μητέρες τους προς αυτά, δηλαδή με αντιφατικό τρόπο και να εκδηλώνουν συμπεριφορά που στηρίζεται στην παραπλάνηση. Τελικά η συμπεριφορά αυτή κυριαρχεί και τα παιδιά οδηγούνται στη σχιζοφρένεια. (Laing R., Esterson A., 1975)

Αντίστοιχη με τα παραπάνω, είναι και η άποψη του D. Cooper ο οποίος με έναν πιο έντονο και χλευαστικό τρόπο υποστηρίζει ότι η έλλειψη λογικής του σχιζοφρενικού ατόμου προέρχεται σε μεγάλο βαθμό από την αρρωστημένη λογική των άλλων. Δείχνει επίσης και την έντονη αλληλενέργεια μεταξύ αρρώστου και οικογένειας, δίνοντας βάση στη προσπάθεια του ατόμου – ασθενή να έχει ο ίδιος τον πλήρη έλεγχο της ζωής του, να έχει την προσωπική ευθύνη για τις πράξεις του και να αυτονομηθεί, ανεξάρτητα από το γεμάτο ανασφάλεια περιβάλλον της οικογένειάς του, που αυτό είναι στηριγμένο πάνω σε μια κοινωνική επιβολή.

Ακόμη ο D. Cooper υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι τραγωδία σταλμένη απ' το θεό, αλλά στη πραγματικότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη λειτουργία και την ύπαρξη της οικογένειας. Υποστηρίζει ότι υπάρχουν οικογένειες που είναι ανίκανες να αναθρέψουν τα παιδιά τους και ταυτόχρονα να τα αφήσουν να

ανατραφούν μόνα τους, έτσι ώστε να επακολουθήσει η αποφασιστική πράξη του χωρισμού.

Αυτή την ανικανότητα των γονιών «πληρώνουν» τα παιδιά, που θα πρέπει να «υποταχθούν σε μια διαδικασία οικογενειακής ιδρυματοποίησης» ή να επιλέξουν την ετικέτα του τρελού και επικίνδυνου σχιζοφρενή, που ούτως ή άλλως είναι το ίδιο πράγμα. Άρα σε αυτή τη περίπτωση σχιζοφρενικός χαρακτηρίζεται αυτός που θα πάρει το ρόλο του εξιλαστήριου θύματος και θα σώσει την οικογένεια από τις ενοχές της. (Cooper D., 1971)

Στ) Τέλος υπάρχουν και οι κοινωνιολογικές θεωρίες, οι οποίες υποστηρίζουν πως η κινητήρια δύναμη για την πυροδότηση της ψυχικής νόσου είναι το ίδιο το κοινωνικό σύστημα. Μέσα από τις πιέσεις μιας καπιταλιστικής και ανταγωνιστικής, χωρίς σταθερές ηθικές αξίες κοινωνίας, μέσα από την ανάγκη προσαρμογής στους απρόσωπους όρους ζωής ενός βιομηχανικού, τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για μια ατομική κοινωνική υπόσταση όσο περισσότερο βαθαίνει η κοινωνική και οικονομική κρίση, όσο περισσότερο συρρικνώνεται η αγορά εργασίας και μια θέση εργασίας γίνεται δυσεύρετη για τους πολίτες που πληρούν τις νόρμες της «κανονικότητας», τόσο περισσότερο ανεβαίνουν οι δείκτες της ψυχικής νόσου. (Bauman Z., 2004)

Σύμφωνα με μια άλλη πιο ακραία κοινωνιολογική άποψη, η σχιζοφρένεια είναι μια προσωπική διαμαρτυρία ενάντια στα όσα επιβάλλει η παραδοσιακή κοινωνία στα μέλη της με απάνθρωπο και αντιφατικό τρόπο, δηλαδή κάτι σαν μια ατομική επαναστατική πράξη. (Cooper D., 1967)

1.6. Θεραπεία

Μετά τη διεξοδική ανάλυση της διαταραχής της σχιζοφρένειας και την παρουσίαση των παραγόντων που την προκαλούν, σκόπιμο είναι στην παρούσα φάση να παρατεθούν οι μορφές θεραπειάς της ασθένειας.

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του, το γιατρό του και όλη τη θεραπευτική ομάδα που τον φροντίζει. Ωστόσο πιστεύεται ότι δεν έχει βρεθεί

ακόμα αποτελεσματική θεραπεία ώστε το άτομο με σχιζοφρένεια να αποκτήσει ξανά την παλιά λειτουργικότητα του.

Έτσι η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει κυρίως στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην μερικώς ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Αυτή ακριβώς η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας γίνεται με διάφορους τρόπους οι οποίοι είναι χωρισμένοι σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Τις σωματικές θεραπείες και τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες. (Παπαχριστόπουλος Ν., 2010)

1.6.1. Φαρμακοθεραπεία

Στις σωματικές θεραπείες ανήκει η φαρμακοθεραπεία. Σε αυτήν κύριο ρόλο έχουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα. Με αυτά γίνεται καταστολή της ψυχωτικής διέγερσης και αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Δηλαδή μειώνουν την ψυχωτική σύγχυση, το άγχος που προκαλείται στον ασθενή, τις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα.

Όσον αφορά την επίδραση των φαρμάκων αυτών στον ασθενή, μπορεί να είναι εμφανής η δράση στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μέσα σε λίγες ώρες, ωστόσο η αντιψυχωτική τους αποτελεσματικότητα ίσως και να μην έχει επιτευχθεί πριν το πέρας των έξι εβδομάδων από την πρώτη λήψη του φαρμάκου.

Σχετικά με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα ατόμων με σχιζοφρένεια για να υπάρχει σιγουριά ότι ακολουθούνται πιστά οι εντολές για λήψη του φαρμάκου χρησιμοποιείται θεραπεία συντήρησης με δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη ή δεκανοϊκή αλοπεριδόλη κάθε δέκα με τριάντα ημέρες.

Σε περιπτώσεις με διεγερμένους ασθενείς είναι συχνή η ταχεία χορήγηση νευροληπτικών για τον έλεγχο της διέγερσης και των έντονων ψυχωτικών συμπτωμάτων καθώς και ο συνδυασμός αντιψυχωτικών με χορήγηση βενζοδιαζεπινών, τα οποία είναι κατασταλτικά μέχρι η δράση των αντιψυχωτικών να σταθεροποιηθεί ικανοποιητικά.

Επίσης δεν είναι λίγες οι φορές που σε περιπτώσεις παρορμητικής και επιθετικής συμπεριφοράς χορηγείται λίθιο, αν και είναι ένα φάρμακο το οποίο

συνηθίζεται να χρησιμοποιείται ως βάση για την αντιμετώπιση και θεραπεία των διπολικών διαταραχών και όχι της σχιζοφρένειας.

Τέλος στη φαρμακοθεραπεία γίνεται χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε περιπτώσεις που οι σχιζοφρενικοί ασθενείς παρουσιάσουν κατάθλιψη, η οποία οφείλεται στην επίγνωση του τι συνέβη ύστερα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση). (Μάνος Ν., 1988)

Μια διαφορετική άποψη για τη χορήγηση και τη χρήση των ψυχοφαρμάκων στους χώρους της ψυχιατρικής, παρουσιάζεται στην συνέχεια από τον Θ. Μεγαλοοικονόμου, ψυχίατρο και διευθυντή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής – Δαφνί.

Ο Θ. Μεγαλοοικονόμου υποστηρίζει ότι είναι αδιαμφισβήτητος ο ρόλος που παίζουν τα ψυχοφάρμακα στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, αρκεί να είναι σαφές ότι είναι ένα εργαλείο ανάμεσα σε άλλα (που βοηθάει, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο) και όχι η μόνη λύση στο πρόβλημα της ψυχικής διαταραχής.

Η χρήση των ψυχοφάρμακων ξεκινά να γίνεται κοινωνικό πρόβλημα αφενός από τα οικονομικά συμφέροντα και την κερδοφορία των φαρμακευτικών εταιρειών και αφετέρου από τη χρήση του ψυχοφάρμακου ως ενός εργαλείου για την άσκηση κοινωνικού ελέγχου. Το πρόβλημα αυτό και στις δύο του διαστάσεις, αντανακλάται και επικαθορίζει το ίδιο το θεραπευτικό πεδίο.

Αναλυτικότερα, τα σύγχρονα ψυχοφάρμακα ενώ αποτελούν ένα βασικό όπλο της ψυχιατρικής όσον αφορά την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την ίαση της ψυχικής νόσου, χρησιμοποιούνται δυστυχώς και *«ως εργαλείο στην απαίτηση, που τίθεται στην θεραπεία από τις κυρίαρχες τάξεις και το Κράτος, να λειτουργήσει σαν μια τεχνική της βιοεξουσίας, ως μέρος, δηλαδή, εκείνων δηλαδή των μηχανισμών και των τεχνικών, που σκοπό έχουν να ελέγχουν και να πειθαρχούν τις λαϊκές μάζες στις ανάγκες της αναπαραγωγής του κεφαλαίου, σ' αυτήν την περίοδο της ιστορικής του κρίσης. Η μετατροπή του κοινωνικού ανθρώπου στο άτομο της ψυχολογίας και στο όργανο της βιολογίας, αποσκοπεί σε μια μορφή κοινωνικού ελέγχου, όπου μια χημική ουσία αναλαμβάνει τη λύση των προβλημάτων»*.

Στη συνέχεια η άποψη ότι το φάρμακο είναι ένα προϊόν που αποφέρει επιχειρηματικό κέρδος, σύμφωνα με το Θ. Μεγαλοοικονόμου, φαίνεται καθαρά αν

κάποιος παρατηρήσει την αντιστοιχία της δοσολογίας ανάμεσα σε κάποια διαφορετικά φάρμακα με ισοδύναμη δοσολογία όπως είναι για παράδειγμα το χάπι Aloperidin το οποίο στοιχίζει 5 ευρώ, ενώ νεώτερα όπως το Rispertal και το Zyprexa που στοιχίζουν 189 ευρώ και 330 ευρώ αντίστοιχα.

Δε θα μπορούσε να μην αναφερθεί ότι οι φαρμακευτικές εταιρίες έχουν τα μέσα να επηρεάζουν και να μεσολαβούν σε ελεγκτικούς – αδειοδοτικούς μηχανισμούς, μέσα από ένα δίκτυο διαπλοκής και διαφθοράς που βασίζεται σε τεράστια κονδύλια των εταιριών και την δύναμη να δωροδοκούν και εξαγοράζουν μεγάλη μερίδα γιατρών για τη διακίνηση και προώθηση συγκεκριμένων φαρμάκων.

Επίσης οι φαρμακοβιομηχανίες, παρεμβαίνουν στις έρευνες που διεξάγουν αυτοί οι ελεγκτικοί μηχανισμοί για την καταλληλότητα των φαρμάκων, τις παρενέργειές τους και τους κινδύνους από τη χρήση τους, επηρεάζοντας τους ώστε να δοθεί η άδεια κυκλοφορίας με συγκεκριμένες κάθε φορά ενδείξεις και επιβεβαιώσεις για την αποτελεσματικότητά τους. Η παραπάνω ενέργεια δεν προσφέρει καμιά ασφάλεια στον καταναλωτή, αφού δεν γίνεται κανένας λόγος για την παρουσίαση και αναφορά στις εξωπυραμιδικές παρενέργειες.

Τέλος μια αρνητική συνέπεια αυτής της λανθασμένης χρήσης των ψυχοφαρμάκων, είναι ότι έχουν θεωρηθεί τόσο απαραίτητα από τους ασθενείς και έχουν πολύ μεγάλη πέραση και επιρροή σε αυτούς, που στην πλειοψηφία τους θεωρούν τους γιατρούς σαν «ενδιάμεσους» νέων μαγικών προϊόντων, παρά σαν θεραπευτές ικανούς να δημιουργήσουν μια επιτυχημένη θεραπευτική σχέση γιατρού – ασθενή. (Μεγαλοοικονόμου Θ., 2009)

1.6.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Μια ακόμη σωματική θεραπεία είναι και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το ηλεκτροσόκ ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία, είναι η πρόκληση μιας τεχνητής κρίσης επιληψίας. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη για μεγάλο χρονικό διάστημα, για ασθενείς που είναι αυτοκαταστροφικοί και που δεν ανταποκρίνονται σε κάποια φαρμακευτική αγωγή, όπως είναι σχιζοφρενικοί ασθενείς. (Σ. Ο. Φ. Ψ. Υ. Ν. Σερρών)

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα, κανένα. Κανένα, αν η έννοια της θεραπείας δεν έχει χάσει το περιεχόμενό της και δεν ταυτίζεται με την καταστολή. Γιατί ενώ είναι δεδομένη η ανυπαρξία όποιας θεραπευτικής αξίας του ηλεκτροσόκ, παράλληλα είναι πλήρως καταξιωμένο το κατασταλτικό του αποτέλεσμα.

Με δύο ηλεκτρόδια χορηγείται ηλεκτρικό ρεύμα ικανής έντασης στους κροταφικούς λοβούς του ασθενούς. Προκαλείται έτσι μια μικρής διάρκειας επιληπτική κρίση. Η μέθοδος αυτή είναι τελείως απάνθρωπη. Προκαλεί επίσης οξύ αμνησιακό σύνδρομο (αμνησία πρόσφατων γεγονότων, αδυναμία συγκράτησης πρόσφατων πληροφοριών κλπ) που είναι δυνατόν να υποχωρήσει σε μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα ή και ποτέ. Επίσης προκαλεί μόνιμες αλλοιώσεις σε κυτταρικό επίπεδο. Ωστόσο αυτές είναι οι ιατρικές- βιολογικές παράμετροι της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Όμως υπάρχουν και πολιτικο- κοινωνικές που δεν είναι δυνατόν να μην αναφερθούν.

Το ηλεκτροσόκ εφευρέθηκε και εμποδίστηκε σε συνθήκες ολοκληρωτικών καθεστώτων όπου υπήρχε αδυναμία της κοινής γνώμης να αντιδράσει στην εφαρμογή αυτού του μέσου «θεραπείας». Αυτό φαίνεται το 1937 στο φασιστικό καθεστώς της Ιταλίας όπου ένας ψυχίατρος παρατήρησε στα πλαίσια μιας έρευνας ότι τα γουρούνια πριν οδηγηθούν στη σφαγή, δέχονται μια ηλεκτρική εκκένωση στο κεφάλι, καταστέλλονται οι αντιδράσεις τους κι έτσι χωρίς προβλήματα θανατώνονται. Έτσι ο ίδιος ψυχίατρος εφάρμοσε τη μέθοδο αυτή στους ανθρώπους και εδραιώθηκε το ηλεκτροσόκ. *Η σχέση « σφαγέας-σφαγείο- γουρούνι» τροποποιήθηκε σε «ψυχίατρος- ψυχιατρείο- άνθρωπος».* (Γρίβας Κ., 1987)

1.6.3. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν σαν στόχο την κοινωνική ένταξη του σχιζοφρενικού ατόμου. Δίνουν αρκετή βάση στην όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή για να πετύχουν την ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης έτσι ώστε να ζει, να εργάζεται και να έχει μια κοινωνική ζωή όπως όλα τα υπόλοιπα μέλη μέσα στην κοινότητα.

Η φιλοσοφία της θεραπείας αυτής είναι να μείνει ο ασθενής μέσα στην κοινότητα. Στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία λόγω κάποιος υποτροπής ή ψυχωτικής κρίσης κτλ, γίνεται μόνο κάτω από κάποιες προϋποθέσεις, για πολύ μικρό χρονικό διάστημα και κυρίως σε κλινικές δημόσιων νοσοκομείων.

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες βασίζονται κατά κύριο λόγο στην αποϊδρυματοποίηση. Σταδιακά η άποψη της μακράς νοσηλείας και – ιδρυματοποίησης – ασθενών έχει αρχίσει να εκλείπει και γίνονται προσπάθειες μέσα από κάποια προγράμματα επανένταξης να επιτευχθεί συμμετοχή και αποδοχή αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα. Η θεραπεία αυτή επικεντρώνεται σε κέντρα ψυχικής υγείας, ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, συνεργατικές θεραπευτικές μονάδες, ακόμα και σε σπίτια για να πετύχει την αποδοχή των ατόμων αυτών στην κοινότητα, κάνοντας αρκετές φορές παρεμβάσεις ακόμα και σ αυτή.

Τα παραπάνω θα ήταν ένα ουτοπικό όνειρο αν εφαρμόζονταν πλήρως. Οι δυσκολίες εντοπίζονται στην χρηματοδότηση αυτών των προγραμμάτων, στον κακό προγραμματισμό και στην αδυναμία κάποιων ασθενών (κυρίως χρόνιων ή με ιδρυματική εμπειρία, κτλ) να αποκατασταθούν πλήρως, με αποτέλεσμα να λειτουργούν ακόμα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ο ρόλος τους σαν χώροι περίθαλψης να θεωρείται αναγκαίος.

Τέλος οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες διακρίνονται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές, που όμως στοχεύουν όλες, στην όσο γίνεται ελάχιστη νοσοκομειακή περίθαλψη και στην αποφυγή της επανάληψης της νοσηλείας, οδηγώντας όλες οι παρεμβάσεις σε βήματα ένταξης στην κοινότητα.

Οι πιο βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων ή γενικότερα θεραπεία συμπεριφοράς, η εργοθεραπεία και άλλες. Οι σημαντικότερες εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (σε κάποιες περιπτώσεις αρχίζει ενδονοσοκομειακά) και η συνέχιση βγαίνοντας από το νοσοκομείο των παραπάνω ενδονοσοκομειακών θεραπειών. Στην συνέχεια θα αναλυθούν κάποιες από αυτές τις ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές θεραπείες. (Μάνος Ν., 1988)

1.6.4. Θεραπεία περιβάλλοντος

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι η θεραπευτική παρέμβαση εκείνη που συνδυάζει φαρμακευτική αγωγή, νοσηλεία του ασθενούς σε νοσοκομειακό ίδρυμα, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και εργοθεραπεία.

Η εφαρμογή της θεραπείας περιβάλλοντος γίνεται σε περιπτώσεις όπου η κατάσταση του ασθενούς είναι οξεία και η διέγερση έντονη, καθώς και όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να φροντίσει μόνο του τον εαυτό του και δεν υπάρχει το κατάλληλο περιβάλλον (οικογενειακό, φιλικό κλπ) για να το βοηθήσει. Έτσι ο ασθενής μεταφέρεται στο ψυχιατρείο ώστε η παρέμβαση που κρίνεται απαραίτητη να γίνει άμεσα.

Το νοσοκομειακό αυτό περιβάλλον στο οποίο θα διαμείνει ο ασθενής την περίοδο της νοσηλείας του πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένο ώστε να καλύπτει τις άμεσες ανάγκες του ατόμου αλλά και να το βοηθήσει να αναπτύξει δεξιότητες που θα το προετοιμάσουν για την εξωνοσοκομειακή του αποκατάσταση.

Αυτό επιτυγχάνεται όταν οι σχέσεις όλων των ατόμων που απαρτίζουν το θεραπευτικό πλαίσιο (ασθενείς, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό) στο οποίο αναρρώνει ο ασθενής, είναι αρμονικές ώστε το άτομο να μην διαταράσσεται και να μπορέσει να προσαρμοστεί και να ενταχθεί ομαλά στο κοινωνικό του περιβάλλον. (Μάνος Ν., 1988)

1.6.5. Ψυχοθεραπεία

Για την αντιμετώπιση της σχιζοφρενικής διαταραχής θεωρείται καταλληλότερος ο τύπος της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, ατομικής ή ομαδικής και όχι τόσο η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία.

Ο ρόλος του θεραπευτή στην παρέμβαση αυτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και να μάθει να ζει μ' αυτήν και τις συνέπειές που η σχιζοφρένεια φέρνει στη ζωή του, ώστε να προσαρμοστεί όσο το δυνατόν πιο εύκολα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής.

Η θεραπεία αυτή στοχεύει. μέσα από μία σχέση εμπιστοσύνης ασθενή - θεραπευτή, στην εξήγηση (με μορφή διδασκαλίας) της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, καθώς και της δράση και παρενεργειών των φαρμάκων, την εκμάθηση αντιμετώπισης διαπροσωπικών προβλημάτων και την κοινωνικοποίηση του ασθενή. Όλα αυτά επιτυγχάνονται με υποστήριξη στο «εδώ και τώρα».

Μια ψυχοθεραπεία είναι και η συμπεριφοριστική θεραπεία η οποία είναι αρκετά σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενικών ατόμων. Μέσω αυτής γίνεται εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων γιατί η σχιζοφρένεια είναι η νόσος εκείνη η οποία δημιουργεί στον ασθενή σημαντική μείωση δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικών σχέσεων κλπ.

Η θεραπεία αυτή στηρίζεται στη τροποποίηση της συμπεριφοράς. Αυτό θα επιτευχθεί από το θεραπευτή μέσω της μάθησης έτσι ώστε να υπάρξει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα.

Μάθηση θεωρείται οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά η οποία είναι μόνιμη και προκύπτει μέσω των επιδράσεων του περιβάλλοντος και των αντιδράσεων του οργανισμού σε αυτές.

Κάποιες από τις κυριότερες μορφές μάθησης είναι η κλασική εξαρτημένη μάθηση, η συντελεστική μάθηση, η παρατήρηση και μίμηση προτύπων και η γνωστική μάθηση.

Οι συμπεριφοριστές ως παθολογική συμπεριφορά θεωρούν την ανεπιθύμητη μάθηση. Έτσι ο θεραπευτής πρέπει να εξαλείψει τις ανεπιθύμητες αυτές μορφές συμπεριφοράς και να διδάξει νέες αποδεκτές, καθώς αυτό που τον ενδιαφέρει είναι η συμπεριφορά και όχι τα παθογενετικά αίτια, δηλαδή το «γιατί» το άτομο εμφάνισε τη νόσο.

Το πλεονέκτημα των συμπεριφοριστικών μεθόδων είναι ότι δεν απαιτούν αναδρομή στο παρελθόν του ασθενούς, επικεντρώνονται στο «εδώ και τώρα» και έτσι εξοικονομείται χρόνος και προσπάθεια και από τον θεραπευτή και από τον ασθενή.

Ένα ακόμη θετικό σημείο, ίσως και το μεγαλύτερο της θεραπείας αυτής, είναι ότι δεν απαιτείται προσωπική και άμεση σχέση μεταξύ θεραπευτή - ασθενούς.

Οι μέθοδοι αυτές μπορούν να εφαρμοστούν με την καθοδήγηση του θεραπευτή και από άτομα που δεν έχουν εξειδίκευση στη ψυχοθεραπευτική, όπως π.χ. γονείς για την θεραπεία των σχιζοφρενικών παιδιών τους κατ' οίκων.

Τέλος η διαδικασία της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι αρκετά απλή και κατανοητή, με αποτέλεσμα να υπάρχει καλύτερη συνεργασία μεταξύ ασθενούς – θεραπευτή και πολλές φορές μόνος του ο ασθενής να εφαρμόζει το θεραπευτικό πρόγραμμα. .

Ωστόσο η θεραπεία αυτή έχει δεχτεί σημαντική κριτική από τους υποστηρικτές των ψυχοδυναμικών μεθόδων, αφού οι τελευταίοι υποστηρίζουν ότι η κύρια γενεσιουργός αιτία παραμένει ακόμα άλυτη και έτσι το σύμπτωμα που επιφανειακά φαίνεται να έχει θεραπευτεί θα αντικατασταθεί από ένα άλλο σύμπτωμα. Η άποψη αυτή είναι γνωστή και ως υποκατάσταση του συμπτώματος. (Παρασκευόπουλος Ι., 1988)

1.6.6. Οικογενειακή θεραπεία

Μια από τις κυριότερες μορφές για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι η οικογενειακή θεραπεία, η οποία θεωρείται ταυτόχρονα πολύ παλιά και πολύ καινούρια. Πολύ παλιά απ την πλευρά του έντονου ενδιαφέροντος των ψυχοδυναμικών θεραπευτών για την σχέση των ατόμων μέσα στην οικογένεια. Πολύ καινούρια με την έννοια της άμεσης ταυτόχρονης θεραπείας ολόκληρης της οικογένειας στον ίδιο χώρο, που ουσιαστικά συνιστά το πλαίσιο της οικογενειακής θεραπείας και που είναι σχετικά πρόσφατη εξέλιξη.

Με την θεραπεία αυτή επιδιώκεται η αλλαγή του λανθασμένου τρόπου επικοινωνίας, ο οποίος επιδεινώνει την κατάσταση του σχιζοφρενικού ατόμου. Η οικογένεια συχνά εκφράζει έντονα συναισθήματα για τον ασθενή (υπερεμπλοκή), ή κρίνει αρνητικά τις συμπεριφορές του με αποτέλεσμα αρκετές φορές να τον κάνει να υποτροπιάζει. Έτσι με την θεραπεία αυτή, γίνεται προσπάθεια για ελάττωση τέτοιων αντιδράσεων και αλλαγή του τρόπου επικοινωνίας προς όφελος τους μέλους που πάσχει.

Ακόμα επιδιώκεται να γνωστοποιηθεί στα μέλη της οικογένειας καθώς και στους υπόλοιπους συγγενείς, η φύση και η συνέπειες της διαταραχής έτσι ώστε να εκπαιδευτούν σε πρακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Τέλος, μέσω της θεραπείας αυτής γίνεται προσπάθεια να κατανοήσει το οικογενειακό περιβάλλον, τον σημαντικό ρόλο που παίζει η δική του συνεργασία στην περίθαλψη του ασθενούς. Είναι αρκετά χρήσιμο τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν σε ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις μαζί με τον ασθενή και τον γιατρό του, καθώς αυτό αποτελεί καλό παράγοντα για την έκβαση της διαταραχής. (Χαρτοκόλλης Π., 1991)

1.6.7. Δημιουργικές θεραπείες και Εργοθεραπεία

Στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες ανήκουν και οι δημιουργικές, οι οποίες λέγονται αλλιώς θεραπείες τέχνης και είναι βασισμένες στην μουσική, τον χορό, το θέατρο – δράμα και άλλα. Αυτές είναι γνωστές και σαν μουσικοθεραπεία και ψυχόδραμα. Μέσω αυτών ο ασθενής μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τους συνειρμούς του, τα συναισθήματα του καθώς και να βιώσει έντονες ψυχολογικές καταστάσεις που θα τον οδηγήσουν στην συνέχεια στην ηρεμία και την εκτόνωση.

Κάτι αντίστοιχο με τα παραπάνω, συμβαίνει και μέσα από την εργοθεραπεία - απασχολησιοθεραπεία όπου μέσα από την ζωγραφική και άλλες τέτοιου είδους καλλιτεχνικές δραστηριότητες ο ασθενής εκφράζεται αυθόρμητα και σταδιακά αποφορτίζεται βιώνοντας έντονα συναισθήματα. (Ρουγγέρη Κ, 2009)

1.6.8. Εναλλακτικές μορφές θεραπείας

Πέρα από τις κλασικές μορφές θεραπείας που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, υπάρχουν κι άλλες πιο εναλλακτικές. Τέτοιες είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας.

Οι ομάδες αυτές αποσκοπούν στο να μάθουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής τους μόνα τους και να καταφέρουν να συμβιώσουν με αυτά, χωρίς να στηρίζουν τη θεραπεία

τους μόνο στην φαρμακευτική αγωγή και να εναποθέτουν τις ελπίδες τους στα χέρια των ψυχιάτρων. Σκοπός δηλαδή είναι να κατανοήσουν τη φύση της διαφορετικότητας τους, να την αποδεχτούν και να ζήσουν αρμονικά με αυτήν.

Για το σκοπό αυτό έχουν δημιουργηθεί δίκτυα, όπως αυτό του Hearing Voices (HV) και του Paranoia Network. Τα δίκτυα αυτά δρουν σε παγκόσμιο επίπεδο και μέσω των ομάδων αυτοβοήθειας προσφέρουν στήριξη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και αντιμετωπίζουν με σεβασμό και κατανόηση τις φωνές και το παραλήρημα θεωρώντας ότι δεν είναι απλά συμπτώματα μιας διαταραχής που θεραπεύονται με ψυχολογικές παρεμβάσεις αλλά τα εκλαμβάνουν ως ένα τμήμα της ανθρώπινης εμπειρίας.

Το δίκτυο Hearing Voices (HV) ξεκίνησε το 1988 στην Ολλανδία όταν ο ψυχίατρος Romme έλαβε σοβαρά υπόψη τις κριτικές απόψεις μιας γυναίκας που τον επισκεπτόταν επειδή άκουγε φωνές και αμφισβητούσε την αντιμετώπιση που πρότεινε το ορθόδοξο ψυχιατρικό μοντέλο. Αντί της αντιμετώπισης τέτοιων και ανάλογων εμπειριών ως “κούφια” συμπτώματα που στοιχειοθετούν ένα ψυχιατρικό σύνδρομο (π.χ. σχιζοφρένεια), το κίνημα Hearing Voices προτείνει σεβασμό για το νόημα κάθε βιώματος, με μια ολιστική προσέγγιση και αποδοχή.

Στην Αγγλία σήμερα υπάρχουν 195 ομάδες αυτοβοήθειας HV. Ομάδες υπάρχουν ακόμη σε πολλές χώρες της Ευρώπης, στην Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία, στην Ιαπωνία, στην Παλαιστίνη, στις ΗΠΑ και γίνεται προσπάθεια τα δύο τελευταία χρόνια και στην χώρα μας για την δημιουργία αντίστοιχου δικτύου.

Επίσης το δίκτυο αυτό σε πολλές χώρες, εμπλέκεται στην εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σχετικά με εναλλακτικούς τρόπους κατανόησης των φωνών, υποστήριξης ατόμων που τις ακούνε και στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης αυτών των φωνών.

Μερικά χρόνια αργότερα, στην Αγγλία, εμπνεόμενο από τις βασικές αρχές του Hearing Voices, ξεκινά το Paranoia Network και επικεντρώνεται στις «ασυνήθιστες» πεποιθήσεις οι οποίες συνήθως ταξινομούνται ως «παραληρηματικές ιδέες». Ενάντια στην παθολογικοποίηση κάθε ανθρώπινης εμπειρίας, οι ομάδες αυτές βάζουν μπροστά τη δημιουργικότητα και την ενεργό δράση όσων θέλουν να μιλήσουν ανοιχτά για ό,τι τους ταλαιπωρεί, ή να καταθέσουν την εμπειρία τους σχετικά με τους τρόπους που οι ίδιοι βρήκαν για να αντιμετωπίσουν δύσκολες στιγμές.

Φάσεις φωνών – Μετατροπή αρνητικών σε θετικές

Σε πρακτικό επίπεδο, το δίκτυο HV διακρίνει τρεις φάσεις των φωνών. Αναφέρεται ότι τα στάδια αυτά θα μπορούσε να τα βιώσει ο καθένας όταν έρχεται αντιμέτωπος με κάποια καινούρια – διαφορετική εμπειρία, που του προκαλεί φόβο επειδή του είναι ξένη, ανεξάρτητα αν έχει να κάνει με ψυχωτικό σύμπτωμα ή όχι. Αρχικά εμφανίζεται η φάση που σε φοβίζει. Στην φάση αυτή το άτομο νιώθει φόβο και τρομάζει μπροστά στο άκουσμα των φωνών, αφού είναι μια εμπειρία πρωτόγνωρη για αυτό. Οι φωνές μπορούν να προκαλέσουν τόσο πολύ χάος που εμποδίζουν το άτομο στην καθημερινότητά του. Ο φόβος και το άγχος χειροτερεύουν τις φωνές. Σ αυτή την φάση απαιτείται από τον θεραπευτή καθησυχασμός προς το άτομο και αυτό γίνεται με τεχνικές όπως αναπνοές, διαλογισμό και φάρμακα. Τα φάρμακα ωστόσο είναι αποτελεσματικά μόνο σε ένα ποσοστό 30% των ληπτών. Σημαντική είναι εδώ και η ενημέρωση της οικογένειας.

Στην συνέχεια είναι η οργανωτική φάση. Εδώ το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι το άτομο με την βοήθεια του θεραπευτή, βάζει σε τάξη τις φωνές που ακούει και δημιουργεί μια σχέση μαζί τους. Επίσης διερευνάται ο συσχετισμός των φωνών με τις εμπειρίες που έχει βιώσει καθώς και το πώς αυτές επηρεάζονται από τη στάση της οικογένειας. Ο θεραπευτής στο στάδιο αυτό καλείται να ανακαλύψει πιο είναι το γεγονός εκείνο που πυροδοτεί τις φωνές. Ακόμα, βοηθητικό είναι το άτομο να κρατάει ημερολόγιο και τέλος αποδεικνύεται αρκετά σημαντικός και ο ρόλος των ομάδων στο στάδιο αυτό.

Η τρίτη και τελευταία φάση των φωνών, είναι αυτή της σταθεροποίησης. Στο στάδιο αυτό τα άτομα έχουν μάθει να ζουν αρμονικά με τις φωνές τους καθώς δεν υπάρχει θεραπεία. Η σχέση με τις φωνές γίνεται πιο λογική και το άτομο είναι σε θέση να επιλέξει αν θα υπακούσει σε αυτές ή όχι. Επιτυχία σημειώνεται όταν υπάρξει διαφορά στην ζωή του ατόμου και νιώσει κοινωνικά αποδεκτό.

Μετά την σταθεροποίηση των παράξενων φωνών, η θεραπευτική ομάδα του HV έχει σαν στόχο την τροποποίηση των «φωνών» από αρνητικές σε θετικές, το οποίο επιτυγχάνει με συγκεκριμένο τρόπο.

Αρχικά δεν δίνεται σημασία στις φωνές (με εξαίρεση αν αποτελούν κίνδυνο για το άτομο ή τους γύρω του) , αλλά παρουσιάζεται ενδιαφέρον για την ζωή του ατόμου με σκοπό να εδραιωθεί μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης. Σταδιακά το άτομο παροτρύνεται να μιλήσει για τις φωνές που ακούει, ωστόσο το ενδιαφέρον είναι και πάλι στραμμένο σε περιστατικά τις ζωής του.

Στην συνέχεια γίνεται διερεύνηση των φωνών ξανά και αυτή την φορά εστιάζουν στα αρνητικά σχόλια των φωνών πχ. «πρέπει να μην φας, θα πεθάνεις». Έπειτα ο θεραπευτής ζητάει από το άτομο να δώσει στην φωνή μια ταυτότητα ενός ατόμου που συμπαθεί και εμπιστεύεται. Όταν η φωνή αντιστοιχηθεί με την ταυτότητα του ατόμου εμπιστοσύνης που έχει προσδιορίσει ο θεραπευόμενος, τότε παύει να είναι αρνητική η φωνή.

Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο εμπιστοσύνης δεν μπορεί να θέλει το κακό του θεραπευόμενου. Επιπρόσθετα σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποδειχθεί στο άτομο από τον θεραπευτή ότι η φωνή τον προειδοποιεί να αλλάξει μια κατάσταση. Για παράδειγμα η παραπάνω φωνή τον προειδοποιεί ότι αν δεν φάει , τότε θα πεθάνει.

Άλλος τρόπος για να μετατραπούν οι φωνές από αρνητικές σε θετικές είναι ο εξευμενισμός τους. Αφού έχει κερδηθεί η εμπιστοσύνη του ατόμου και με την βοήθεια του θεραπευτή, έχουν αναλυθεί σε βάθος οι φωνές, το άτομο ενθαρρύνεται να μιλήσει στην φωνή χρησιμοποιώντας το όνομα του θεραπευτή. Δηλαδή «ο Θ. μου είπε να σου πω ότι δεν σε φοβάμαι ή δεν έχεις δίκιο».

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η φωνή να αντικρούεται από τον θεραπευτή και άρα να μην προκαλεί κακό στον ασθενή. Σταδιακά το άτομο παύει να χρησιμοποιεί το όνομα του θεραπευτή και απευθύνεται κατευθείαν στην φωνή. Τέλος όταν πια οι φωνές έχουν μετατραπεί από αρνητικές σε θετικές και είναι καλοπροαίρετες, μπορούν να προσφέρουν καθοδήγηση και να λειτουργούν σαν «φύλακες άγγελι» για το άτομο. (Bullimore P., 2010)

1.7. Η προβληματική για τη σχιζοφρένεια

Οι περισσότεροι άνθρωποι και μέσα σε αυτούς και πολλοί επαγγελματίες υγείας, έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για όσους πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, βασισμένη σε ισχυρές προκαταλήψεις - μύθους. Αυτές οι προκαταλήψεις οδηγούν σταδιακά στη δημιουργία του στίγματος – της ετικέτας των ψυχικά ασθενών.

Έτσι μια βασική κοινωνική κατασκευή - προκατάληψη αναφέρει ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι άτομα βίαια και επικίνδυνα. Ωστόσο η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Τα άτομα με σχιζοφρένεια συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης.

Άλλη μια κοινωνική κατασκευή αναφέρει ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή ή διχασμένη προσωπικότητα. Αυτό συνήθως λέγεται γιατί τα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά συμπεριφέρονται και λειτουργούν αντιφατικά. Υπάρχουν φορές, που άλλα λένε, άλλα εννοούν και άλλα κάνουν, κι ενώ αυτό μπορεί κάποιες στιγμές να συμβεί στον καθένα, στα άτομα με σχιζοφρένεια συμβαίνει συχνότερα.

Ακόμη μια προκατάληψη που αφορά τους ψυχικά ασθενείς αναφέρει ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια πάσχουν παράλληλα και από νοητική στέρηση. Ωστόσο σχιζοφρένεια και νοητική στέρηση είναι δύο διαφορετικές διαγνώσεις. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο. Ένα άτομο με νοητική στέρηση δε σημαίνει ότι έχει απαραίτητα κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Ούτε ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια, όταν εμφανίζει προβλήματα στη σκέψη του, σημαίνει ότι έχει μειωμένη νοημοσύνη.

Άλλη λανθασμένη επικρατούσα άποψη είναι ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο. Τα άτομα πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται πραγματικά. Αυτό γίνεται, κυρίως, όταν κυριαρχούν τα οξέα συμπτώματα της νόσου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση. Η σχιζοφρένεια σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα. Εξάλλου, ο εγκλεισμός στο ίδρυμα στερεί τον ασθενή από τα κοινωνικά ερεθίσματα, τον οδηγεί στο περιθώριο και την κοινωνική απομόνωση και συμβάλλει έτσι στη διαίωνιση του στίγματος.

Μια επίσης κοινωνική κατασκευή είναι αυτή σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους. Ωστόσο στην πραγματικότητα οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν αλλά και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους. Βέβαια η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του.

Επικρατεί επίσης η άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δε μπορούν να εργαστούν. Όμως οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει, ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται και γενικά φαίνεται ότι η εργασία συμβάλλει στη θεραπεία. Η εργασία επιτρέπει στα άτομα να έρχονται σε επαφή με ομάδες υγιών και αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους.

Τέλος μια άλλη αρκετά συνηθισμένη κοινωνική κατασκευή είναι αυτή που αναφέρει ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

Μέσα από τις παραπάνω απόψεις που έχουν δημιουργηθεί και επικρατήσει μέσα στην κοινωνία, γίνεται πολύ εύκολα κατανοητό πως ένα άτομο με ψυχική ασθένεια και ειδικότερα σχιζοφρένεια, δέχεται κοινωνικό αποκλεισμό. Η έννοια αυτή θα αναλυθεί διεξοδικότερα στο επόμενο κεφάλαιο. (<http://www.psychologia.gr>)

1.8 Τα χαρακτηριστικά του στίγματος

ΣΤΙΓΜΑ

Για μένα στίγμα είναι ο φόβος
που βλέπω στο βλέμμα των άλλων,
το γύρισμα της πλάτης,
ο ήχος της πόρτας που κλείνει.
Στίγμα είναι να ντρέπεται
η οικογένειά σου για σένα,
να σε κρύβει ,
να νιώθει ενοχές,
να κρύβεται κι αυτή.
Στίγμα είναι σα να μην έχεις δικαιώματα,
σα να σε καταδικάζουν για κάτι,
ενώ έχεις άλλοθι.
Στίγμα είναι να μη σε καταλαβαίνουν,
να μη σε βοηθούν,
ακόμη και να μη σε λυπούνται.
Στίγμα είναι σιωπή,
ο βουβός θρήνος,
ο πόνος και ψυχική οδύνη.
Κυρίως όμως στίγμα σημαίνει μοναξιά και
απελπισία.

Γ. Μ.

Το ποίημα αυτό έχει γραφτεί από τη Γ.Μ. που έχει σχιζοφρένεια από το 1985.
Παίρνει θεραπεία και αυτή τη στιγμή ζει με την οικογένειά της και εργάζεται.

Μετά την αναφορά, στο προηγούμενο κεφάλαιο, σε κάποιους από τους μύθους που επικρατούν όσον αφορά την σχιζοφρένεια, σκόπιμη εδώ είναι η παρουσίαση και η ανάλυση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού που δέχονται τα άτομα με ψυχική νόσο.

Η διαφορετικότητα είναι μέρος της καθημερινής μας ζωής. Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με ανθρώπους που φέρουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία τους διαφοροποιούν από τον λεγόμενο «φυσιολογικό μέσο όρο». Στα πλαίσια της κοινωνικής ζωής η ιδιαιτερότητα και η διαφορετικότητα είναι στενά δεμένες με την έννοια του «κοινωνικού στίγματος» που οδηγεί τελικά στον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων.

Στίγμα σημαίνει κηλίδα, ανεξίτηλο σημάδι, λεκές. Οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν τη λέξη «στίγμα» κάθε φορά που ήθελαν να αναφερθούν σε σημάδια στο σώμα ενός ατόμου.

Στη σημερινή εποχή και μεταφορικά το στίγμα είναι ένας έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαραίνει οριστικά κάποιον.

Ο τυπικός ορισμός του στίγματος αναφέρεται στο εξής: το άτομο χάνει την κοινωνική υπόσταση και υφίσταται διακρίσεις εξαιτίας της διαφορετικότητάς του. Το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση.

Υπάρχουν διάφορα είδη κοινωνικού στίγματος. Τέτοια είναι το στίγμα που αναφέρεται σε σωματικά γνωρίσματα (όπως αναπηρία, σωματική δυσπλασία, γήρας), το στίγμα που αναφέρεται σε ψυχικά γνωρίσματα (όπως ψυχική ασθένεια, εθισμός σε ουσίες) και το στίγμα που αναφέρεται σε κοινωνικοοικονομική κατάσταση (όπως μετανάστευση, φτώχεια, ανεργία) και άλλα.

Τα στιγματισμένα άτομα αντιμετωπίζονται αρνητικά από την κοινωνία και συχνά τους αποδίδεται άμεσα ευθύνη για την κατάστασή τους χωρίς να εξετάζονται άλλοι παράγοντες. Συνήθως γίνεται εστίαση στα διαφορετικά χαρακτηριστικά και στις υπάρχουσες μειονεξίες χωρίς παράλληλα να γίνεται προσπάθεια να κατανοηθεί

το «γιατί» της διαφορετικότητας και χωρίς να γίνεται παράλληλα εστίαση στα υπόλοιπα λειτουργικά και δημιουργικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

Οι πιο συχνές διακρίσεις στην κοινωνία αφορούν τα άτομα με κάποιου είδους αναπηρία ή μειονεξία και τα άτομα με κάποια εμπειρία ψυχολογικής ή ψυχιατρικής απόκλισης.

Τα συγκεκριμένα ειδικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών αυτών ομάδων γενικεύονται και μεγαλοποιούνται από τον υπόλοιπο πληθυσμό, σε ακραίο πολλές φορές βαθμό. Με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται οι στερεοτυπικές εικόνες για τον «τρελό», τον «ανάπηρο», τον «ξένο» κλπ.

Τα άτομα που αποτελούν μέλη των κοινωνικών ομάδων αυτών, πέρα από τις προσωπικές δυσκολίες τους, έχουν να αντιμετωπίσουν και μια δεύτερη «αρρώστια», ίσως πιο μεγάλη απ' τη πρώτη – το κοινωνικό στίγμα.

Το δυσκολότερο ζήτημα που έχει να αντιμετωπίσει ένα άτομο το οποίο παρουσιάζει διαφορετικότητα, δεν είναι τόσο αυτή καθ' εαυτή, όσο η αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι στα διαφορετικά του χαρακτηριστικά.

Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα με κάποια ιδιαιτερότητα αντιμετωπίζονται ως εντελώς ανίκανα όντα, πλήρως εξαρτώμενα και ανήμπορα.

Πολλά άτομα δε γνωρίζουν πώς οφείλουν να συμπεριφερθούν σ' ένα άτομο με αναπηρία ή κάποιου είδους απόκλιση και γίνονται, χωρίς πάντα να το συνειδητοποιούν, φορείς στερεοτύπων και προκαταλήψεων με συχνές αντιδράσεις το επίμονο κοίταγμα, τις αδιάκριτες ερωτήσεις και τελικά τη συμπεριφορά απόρριψης των ατόμων αυτών.

Συνοψίζοντας, τα κύρια συστατικά του στίγματος είναι ο χαρακτηρισμός μιας κατάστασης που βιώνουν κάποια άτομα μέσω ετικέτας, η στερεότυπη και προκατειλημμένη αντιμετώπιση της κατάστασης των ατόμων αυτών, η δημιουργία διάκρισης «εμείς» και «αυτοί» και τέλος οι διακρίσεις κατά μιας ομάδας ατόμων βασισμένες στην χαρακτηριστική ετικέτα που τους έχει αποδοθεί. (Ζιάννη Α., 2009)

1.8.1 Στίγμα και ψυχική ασθένεια

Η ψυχική νόσος έχει ιστορικά σημαδευτεί με άγνοια, δεισιδαιμονία ακόμη και βασανιστήρια, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Παρά τη σημαντική πρόοδο στην εκπαίδευση, την ιατρική και τις ψυχολογικές θεραπείες, η κοινή αντίληψη για τις ψυχικές ασθένειες είναι περισσότερο αρνητική σήμερα από ότι ήταν πριν μισό αιώνα.

Ο λόγος που οι ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται τόσο εύκολα είναι λόγω του ορθολογισμού και του φόβου των ανθρώπων για τη δική τους «τρέλα», που συχνά προβάλλεται στους άλλους, λόγω της διαφορετικότητάς τους από τις σωματικές ασθένειες, λόγω της επιστημονικής και κοινωνικής άγνοιας για τα αίτια και τις εκδηλώσεις των ψυχικών διαταραχών, λόγω του ότι αρκετοί άνθρωποι θεωρούν ότι η ψυχική νόσος είναι αποτέλεσμα λανθασμένων επιλογών του ατόμου και τέλος λόγω του ότι ο φόβος της τρέλας σχετίζεται με το φόβο του θανάτου. (Μοσχονάς Δ., 2009)

Το στίγμα, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με τις ψυχικές νόσους αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους.

Οι ανθρώπινες κοινωνίες, οτιδήποτε φοβούνται το γελοιοποιούν και το περιθωριοποιούν, γιατί νιώθουν ότι αυτό απειλεί τη συνοχή τους. Αυτή η περιθωριοποίηση ενδυναμώνει την αίσθηση ομοιογένειας της κοινωνίας, αλλά δυσκολεύει τόσο την πρόληψη όσο και την αποκατάσταση των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποιες ψυχολογικές δυσκολίες.

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα στη ζωή τους συχνά τρομοκρατούνται στην ιδέα και μόνο πως μπορεί να έχουν «ψυχολογικά προβλήματα». Συνήθως το αποσιωπούν και πιστεύουν ότι είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται. Αυτό έχει συχνά σαν αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες, αφού άτομα που πάσχουν από μια ψυχική διαταραχή ζητούν βοήθεια πολύ καιρό μετά την εμφάνιση της.

Επίσης, όσοι ήδη αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα αποφεύγουν να τα γνωστοποιήσουν και να τα συζητήσουν στο συγγενικό, κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον, φοβούμενοι την απόρριψη. Η απόρριψη αυτή θα οδηγήσει τελικά

στον κοινωνικό αποκλεισμό του ατόμου, ένα φαινόμενο αρκετά παλιό με σημαντικές επιπτώσεις σε όποιον το βιώνει. (Καραστέργιου Κ., 2008)

1.9 Ιστορική αναδρομή της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού

Ο υποτιμητικός και περιφρονητικός τρόπος αντιμετώπισης της διαφορετικότητας των ανθρώπων είναι γνωστός από παλιά, σχεδόν ανήκει στην αιωνιότητα της ανθρώπινης ιστορίας.

Οι κοινωνίες πάντα συμπεριφέρονταν μειωτικά στους φτωχούς, τους ανάπηρους, τους ψυχικά άρρωστους ακόμα και στους ξένους. Ας μη ξεχνάμε τον Καιάδα των Σπαρτιατών και ότι ακόμα και στην αρχαία Ελλάδα της Δημοκρατίας ήταν ισχυρή η ιδεολογία του «πας μη Έλλην βάρβαρος» και φυσικά οι ξένοι όχι μόνο δεν αμφισβητούσαν την άνηση μεταχείριση που τους είχε επιβληθεί αλλά δέχονταν καρτερικά κάθε συνέπειά της, όπως ήταν η φτώχεια, η υποτίμηση και η στέρηση των κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων τους .

Η προκατάληψη λοιπόν για τον διαφορετικό άνθρωπο έχει τις ρίζες της στο πολύ μακρινό παρελθόν. Νέοι όροι δεν περιγράφουν πάντοτε νέα φαινόμενα. Συχνά, ιδιαίτερα στο χώρο της πολιτικής πρακτικής, νέοι όροι αποτελούν επινόηση και χρησιμοποιούνται για να αντικαταστήσουν «δυσάρεστους» όρους. Ίσως εξαιτίας της εμπειρίας αυτής, είναι διαδεδομένη η άποψη ότι αυτό συμβαίνει στην περίπτωση του όρου «κοινωνικός αποκλεισμός». (Καυταντζόγλου Ι., 2006)

Συγκεκριμένα ο P. Strobel, σημειώνει σχετικά ότι η επιτυχία του όρου κοινωνικός αποκλεισμός πιθανόν να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι έχει υποστεί μια αλλαγή στη σημασία του και έχει μετατραπεί σε ευφημισμός. Ενώ αρχικά αναφερόταν στην πράξη της απόρριψης κάποιου από μια ομάδα, από ένα θεσμό ή από ένα κοινωνικό χώρο (ή της απαγόρευσης να συμμετέχει σε αυτά), τώρα αναφέρεται στο αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας, στην κατάσταση αυτών που αποκλείονται, χωρίς ένδειξη σχετικά με το - από πού αποκλείονται - και - ποιός τους αποκλείει-. (Αλεξίου Θ., 1998)

Από τότε υπήρχαν οι κοινωνικά αδύναμες ομάδες, με κυρίαρχο χαρακτηριστικό τους την διαφορετική «ράτσα». Η λέξη προέρχεται από την αραβική *ras* και σημαίνει κεφάλι. Οι Άραβες, επειδή αποτελούνταν από πολλές φυλές και ζούσαν τον νομαδικό τρόπο ζωής είχαν καθιερώσει ένα όνομα για κάθε μια από αυτές. Κάθε μέλος έπρεπε να θυμάται την ονομασία της φυλής που ανήκε, «να την κρατά δηλαδή μέσα στο κεφάλι του». Μόνο έτσι ένιωθε ξεχωριστός αυτός και η φυλή του, σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Από αυτή τη λέξη προήλθε ο ρατσισμός, δηλαδή ο αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση, με βάση τη φυλή, μικρών ομάδων από τα δικαιώματα και τα προνόμια, που απολαμβάνει η ευρύτερη κοινωνία.

Η ετερότητα, δηλαδή το να είναι κάποιος διαφορετικός από τους άλλους και να ανήκει σε αριθμητικά μικρότερες πληθυσμιακές ομάδες, δείχνει να είναι ένα από τα κυριότερα στοιχεία του κοινωνικού αποκλεισμού και του ρατσισμού. Η ετερότητα επιφυλάσσει σχεδόν αυτόματα μια θέση αδυναμίας, μια κατάσταση «ευπάθειας» του ατόμου στο κοινωνικό πεδίο. Ένα άτομο, γίνεται θύμα του κοινωνικού αποκλεισμού, επειδή και μόνον ανήκει σε μια ομάδα με συγκεκριμένα και διαφορετικά χαρακτηριστικά, φυλετικά, κοινωνικά, οικονομικά, επαγγελματικά, ή επειδή πάσχει από οργανική, πνευματική ή ψυχική αρρώστια. (Σοφιάδης Ν., 2000)

Ο κοινωνικός αποκλεισμός σαν όρος στην κοινωνιολογία απαντάται για πρώτη φορά σε κείμενα γάλλων επιστημόνων στα μέσα της δεκαετίας του '60 και πιο συγκεκριμένα σε ένα έργο του P Massé γενικού γραμματέα του Υπουργείου Σχεδιασμού της Γαλλίας. Τα επόμενα χρόνια ο όρος αυτός κάνει την εμφάνιση του ως τίτλος συγγράμματος δύο φορές, το 1965 και το 1974, και κατοχυρώνεται πλέον στο λεξιλόγιο της κοινωνιολογίας. (Παπαδοπούλου Δ., 2004)

Σήμερα, ο κοινωνικός αποκλεισμός, αν και είναι μια σχετικά πρόσφατη εννοιολογική κατασκευή, δεν περιγράφει τίποτε το καινούριο. Επινοήθηκε γύρω στο 1960, όταν το φαινόμενο της περιθωριοποίησης άρχισε να απασχολεί τους κοινωνικούς επιστήμονες και τους ευαίσθητους, απέναντι στην αδικία, ανθρώπους.

Ο όρος αυτός όμως, χρησιμοποιείται λανθασμένα με διπλή σημασία και σημαίνει: 1) Τον στιγματισμό, την περιθωριοποίηση και τη φτώχεια και 2) Τα κοινωνικά και νομοθετικά μέτρα, που στοχεύουν στην καταπολέμησή του. Γι αυτή

τη δεύτερη σημασία του κοινωνικού αποκλεισμού θα ήταν καλύτερα να βρεθεί μια άλλη έννοια.

Την τελευταία 10ετία οι κοινωνικές και ψυχολογικές μελέτες, όπως και οι νομοθετικές παρεμβάσεις αποσκοπούν να εξαλείψουν τις αιτίες και τα αποτελέσματά του κοινωνικού αποκλεισμού και να αποκαταστήσουν χιλιάδες ανθρώπους, που αδικούνται κοινωνικά χωρίς κανένα λόγο. Χιλιάδες άνθρωποι υποφέρουν, εξαιτίας του αδικαιολόγητου στιγματισμού και καταλήγουν να επιβιώνουν στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής.

Έτσι τα άτομα που βιώνουν τον αποκλεισμό δοκιμάζονται σκληρά, συναντούν συνεχώς εμπόδια στην άσκηση των φυσικών δικαιωμάτων τους, όπως είναι η ελευθερία και η αυτοπραγμάτωση, μέσα στην κοινωνία, που ζουν. Η παραβίαση των ατομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων τους είναι γι αυτούς μια διαρκής τραυματική εμπειρία, που τα αναγκάζει να ζουν σε συνθήκες κυριολεκτικά ανεπίτρεπτης εξαθλίωσης .

Στην εποχή μας αυτές οι ομάδες ανθρώπων που έχουν περιθωριοποιηθεί – αποκλειστεί μπορούν να ταξινομηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- άτομα με αναπηρία ή χρόνια παθολογικά προβλήματα
- άτομα με ψυχικές παθήσεις
- ανέργους
- μετανάστες
- αποφυλακισμένους
- άτομα με παραβατική συμπεριφορά
- πρώην χρήστες ουσιών
- θρησκευτικές ή πολιτισμικές μειονότητες(τσιγγάνοι, μουσουλμάνοι, κτλ)
- κατοίκους παραμεθόριων περιοχών
- μονογονεϊκές οικογένειες
- άτομα με σεξουαλικές ιδιαιτερότητες
- θύματα βίας
- ακόμη ,γυναίκες ,ηλικιωμένοι, κτλ. (Vincent B., 1994)

1.10 Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός δεν αποτελεί μια σαφή και ξεκάθαρη έννοια αφού έχουν υπάρξει διάφορες απόψεις, διαστάσεις και συζητήσεις για τις μορφές του φαινομένου.

Έτσι επιχειρώντας μια γενική ερμηνεία της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού, με τον όρο αυτό περιγράφεται μια ή περισσότερες διαδικασίες που τελούνται σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια ορισμένη κοινωνία και έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την συστηματική αδυναμία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων ή την αδυναμία απόλαυσης κοινωνικών αγαθών - ευεργετημάτων ή την αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες εξαιτίας μιας ιδιότητας ή/ και μιας κατάστασης ή/ και απλά ενός χαρακτηριστικού, που συγκεντρώνονται στο πρόσωπο ενός ατόμου, η ύπαρξη των οποίων το κατατάσσουν ενδεχομένως σε μία ή περισσότερες κοινωνικές ομάδες, ενώ η απουσία τους θα απέτρεπε κατά πάσα πιθανότητα την εμφάνιση του τελικού αυτού αποτελέσματος ως κοινωνικό φαινόμενο.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι μια μετρήσιμη κατάσταση αλλά μια διαδικασία και ταυτόχρονα τα αποτελέσματα αυτής. Ουσιαστικά, προκειμένου να περιγραφεί η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού πρέπει να γίνουν κατανοητές οι σύνθετες διαβαθμίσεις, μέσω των οποίων άτομα ή ομάδες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας σταδιακά οδηγούνται εκτός του κοινωνικού συστήματος.

Αυτές οι διαβαθμίσεις, δηλαδή τα στάδια της διαδικασίας του αποκλεισμού σύμφωνα με το B.Mazel, θα αναφερθούν στη συνέχεια.

Αρχικό στάδιο είναι ο βαθμός του κινδύνου. Αυτό αφορά κατηγορίες πληθυσμού, που έχουν χαρακτηριστικά που αποτελούν κοινωνικές μειονεξίες και τα οποία τους καθιστούν ευάλωτους, για παράδειγμα μια δύσκολη οικογενειακή ζωή, κακές συνθήκες στέγασης κλπ. Οι μειονεξίες αυτές δεν φέρνουν από μόνες τους τον αποκλεισμό αλλά πυροδοτούνται από ένα απροσδόκητο γεγονός, το οποίο θα αποκαλύψει πόσο ευάλωτο είναι το άτομο στην απειλή του αποκλεισμού.

Στη συνέχεια είναι ο βαθμός της απειλής. Αφορά μια μεγάλη ποικιλία καταστάσεων όπως για παράδειγμα, μεγάλης ηλικίας εργατικό δυναμικό που χάνει τη δουλειά του σαν συνέπεια δομικών αλλαγών της οικονομίας ή μια γυναίκα που

γίνεται «αρχηγός» μιας μονογονεϊκής οικογένειας μετά από ένα διαζύγιο κλπ. Οι καταστάσεις αυτές δεν είναι καταστάσεις αποκλεισμού αλλά μπορεί να αποσταθεροποιήσουν το άτομο και να το φέρουν πιο κοντά σε αυτόν.

Τρίτο είναι το στάδιο του βαθμού της αποσταθεροποίησης. Αυτό είναι αποτέλεσμα των τρόπων με τους οποίους τα άτομα αντιμετωπίζουν την απειλή και αντιδρούν σε διάφορα σοβαρά και αιφνίδια θέματα. Οι τρόποι αυτοί εξαρτώνται από τους δεσμούς που έχουν τα άτομα με την οικογένεια, την κοινότητα και την κοινωνία. Οι δεσμοί αυτοί μπορούν να αποτρέψουν την αποσταθεροποίηση, αν όμως η αποσταθεροποίηση τελικά συμβεί και διαρκέσει πολύ, τότε το άτομο οδηγείται σε μια κατάσταση αποκλεισμού.

Μετά έρχεται το στάδιο του βαθμού της έκπτωσης που είναι αποτέλεσμα της ρήξης κοινωνικών δεσμών και της αδυναμίας επαναδημιουργίας τους. Η αδυναμία αυτή οφείλεται στη συσσώρευση πολλών αρνητικών παραγόντων και για μακρό χρονικό διάστημα. Εφόσον η έκπτωση αυτή διαιωνίζεται, παγιώνεται και μπορεί να οδηγήσει στον πραγματικό αποκλεισμό.

Τέλος είναι το στάδιο του βαθμού του πραγματικού αποκλεισμού. Αυτό έχει σαν χαρακτηριστικό την πλήρη ρήξη κοινωνικών δεσμών και κυρίως δεσμών που συνδέονται με την απασχόληση, με την οικογένεια και την κατοικία. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο χαρακτηρίζονται από απάθεια, έλλειψη ενδιαφέροντος και αδιαφορία για οποιαδήποτε προσπάθεια επανένταξης στην κοινωνία. (Μουσούρου Λ., 1995)

Με βάση όσα αναλύθηκαν, μέλος μια κοινωνίας θεωρείται αυτός που συμμετέχει στα εξής τέσσερα συστήματα /διαδικασίες που προσδιορίζουν και καθορίζουν την κοινωνική ζωή:

A)Την Αστική ενσωμάτωση που σημαίνει αναγνώριση της ιδιότητας του ως πολίτη σε μία δημοκρατική κοινωνία.

B)Την Οικονομική ενσωμάτωση που συνεπάγεται πρόσβαση στην απασχόληση και ένταξη στο ευρύτερο οικονομικό γίγνεσθαι.

Γ)Την Κοινωνική ενσωμάτωση που επιτρέπει και προάγει την πρόσβαση στην κρατική βοήθεια χωρίς στιγματισμό και περιθωριοποίηση.

Δ)Και την Διαπροσωπική ενσωμάτωση το να έχει δηλαδή κάποιος οικογένεια, φίλους, γείτονες και κοινωνικά δίκτυα.

Η αποχή ή αποξένωση των ατόμων και ομάδων από έναν ή περισσότερους από τους παραπάνω κύριους μηχανισμούς της κοινωνίας μπορεί να κατανοηθεί ως κοινωνικός αποκλεισμός. (Ματσαγγάνης Μ., 2004)

1.10.1 Τα χαρακτηριστικά και οι μορφές του κοινωνικού αποκλεισμού

Τα κοινά χαρακτηριστικά των καταστάσεων αποκλεισμού στα οποία φαίνεται να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των επιστημόνων είναι κυρίως η έλλειψη δυνατότητας άσκησης των δικαιωμάτων του ατόμου χωρίς βοήθεια, εξαιτίας της ύπαρξης περιορισμών πρόσβασης σε τομείς, όπως η πληροφόρηση, η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η απασχόληση, η στέγαση, οι συλλογικές υπηρεσίες, η ιατρική περίθαλψη.

Ακόμα ένα χαρακτηριστικό είναι η κακή εικόνα, που συχνά διατηρούν τα άτομα αυτά για τον εαυτό τους και για την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους.

Τέλος η ενδεχόμενη ισχνή σχέση των ατόμων αυτών με τους κύριους κοινωνικούς μηχανισμούς, που παράγουν ή διανέμουν πόρους, όπως αγορά εργασίας, οικογένεια ή άλλα διαπροσωπικά δίκτυα, το κράτος κτλ. είναι κοινά στοιχεία τα οποία δημιουργούν καταστάσεις αποκλεισμού.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται 4 μορφές κοινωνικού αποκλεισμού που εννοιολογικά τουλάχιστον σε αρκετές περιπτώσεις αλληλοκαλύπτονται. Μια είναι αυτή του Οστρακισμού, με τη μορφή της εξορίας από μία δεδομένη ανθρώπινη κοινότητα. Μια άλλη είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός μέσα στα όρια μια δεδομένης κοινότητας που μπορεί να πάρει και τη μορφή της διαπάλης ανάμεσα σε διαφορετικές τάξεις ανθρώπων. Επίσης μια μορφή είναι απόρριψη του ατόμου από την ομάδα στην οποία λειτουργούσε για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και τέλος είναι η παρενόχληση ως μορφή επίδειξης κοινωνικού αποκλεισμού.

Για τις παραπάνω έννοιες η θεωρητική κάλυψη δεν είναι ακόμη επαρκής, ώστε να καθορίζονται τα ακριβή όρια και να αποφεύγονται οι μεταξύ τους επικαλύψεις. Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, ο οστρακισμός αναφέρεται κυρίως στον αποκλεισμό κατά τον οποίο περαιτέρω το άτομο αγνοείται ολοκληρωτικά από την κοινότητα. Ο

κοινωνικός αποκλεισμός υπονοεί τη μη συμπερίληψη σε ένα δεδομένο κοινωνικό δίκτυο, κατά την οποία το άτομο δεν αγνοείται κατ' ανάγκην. Η απόρριψη είναι συνήθως πράξη φυσική ή λεκτική, στην οποία υποδηλώνεται ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό ως μέλος μιας ομάδας. Τέλος, η παρενόχληση εμπλέκει την επιθετική δραστηριοποίηση λεκτική ή φυσική κατά του ατόμου. (Παπαδοπούλου Δ., 2002)

1.10.2 Αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού

Στη παρούσα φάση σκόπιμη είναι η παρουσίαση των βασικών αιτιών που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό. Αυτές είναι οι ακόλουθες: α) έλλειψη βασικών επαγγελματικών προσόντων και δεξιοτήτων, εξαιτίας της ανεπαρκούς ένταξης ευάλωτων ομάδων στο εκπαιδευτικό σύστημα, β) στέρηση ή μείωση φυσικών προσόντων, λόγω σωματικής, ψυχικής ή νοητικής μειονεξίας, γ) εγκλεισμός σε σωφρονιστικά ιδρύματα, ψυχιατρικές κλινικές κλπ. Επίσης δ) εξάρτηση από ουσίες, ε) κοινωνικός στιγματισμός, στερεότυπα και προκαταλήψεις που επικρατούν λόγω γενίκευσης περιστατικών και τέλος στ) έλλειψη ενημέρωσης – άγνοια για τους θεσμούς και τα μέτρα που μπορούν να δώσουν λύσεις στις ευάλωτες ομάδες.

Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός περιλαμβάνει ως κύρια στοιχεία του τον πολυδιάστατο χαρακτήρα των αποστερήσεων σε πολλαπλούς τομείς της κοινωνικής ζωής, όπως είναι η πρόσβαση σε αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης, στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στη στέγαση, στις συλλογικές υπηρεσίες, στην ιατρική περίθαλψη και τη συγκέντρωσή τους σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και περιοχές. Αποτέλεσμα της συσσώρευσης των αποστερήσεων αυτών είναι οι διάφορες ομάδες του πληθυσμού που βιώνουν τις αποστερήσεις αυτές να ζουν στο περιθώριο μίας γενικότερης ευημερίας. (Φίλιας Β., 1979)

1.10.3 Συνέπειες κοινωνικού αποκλεισμού για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Τα άτομα που βιώνουν τον αποκλεισμό δοκιμάζονται σκληρά και συναντούν διαρκώς εμπόδια στην άσκηση των φυσικών δικαιωμάτων τους. Η παραβίαση των ατομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων τους αποτελεί μια διαρκή τραυματική εμπειρία που έχει ως συνέπεια την απόλυτη ψυχολογική τους φθορά και την διαβίωση κάτω από συνθήκες ανεπίτρεπτης εξαθλίωσης. Οι συνέπειες των καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων, είναι οι ακόλουθες:

A) Μια πρώτη συνέπεια είναι η φτώχεια, η ένδεια

Η ελλιπής εκπαίδευση και συνακόλουθη ανεργία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων προωθούν ένα ακόμη σοβαρό πρόβλημα: τη φτώχεια, την ένδεια. Η ανεργία οδηγεί στην ανεπάρκεια των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, η οποία εμποδίζει το άτομο να προσεγγίσει το μέσο επίπεδο διαβίωσης και ποιότητας ζωής μίας συγκεκριμένης κοινωνίας και σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε καταστάσεις μεγάλης φτώχειας. Η φτώχεια και οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες βρίσκονται συχνά σε ένα φαύλο κύκλο. Για παράδειγμα η αναπηρία αυξάνει την ένδεια, ενώ οι άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες ένδειας τείνουν να αποκτούν αναπηρίες λόγω του υποσιτισμού, της άθλιας στέγασης, των επικίνδυνων επαγγελμαμάτων και της αυξημένης έκθεσης στη βία. Αντιθέτως τα εισοδήματα των ανθρώπων με ειδικές ανάγκες μειώνονται επειδή οι άνθρωποι αυτοί στερούνται εργασίας ή πρόσβασης σε εισόδημα, σε βασικές κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες και αποκατάσταση.

B) Μια άλλη είναι οι διακρίσεις

Η αδικαιολόγητα υποτιμητική ψυχολογική διαδικασία στην οποία υπόκεινται οι ευπαθείς ομάδες είναι η απαρχή του φαύλου κύκλου των διακρίσεων. Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, οι κατηγοριοποιήσεις, οι συχνά λανθασμένες κοινωνικές κατασκευές για τα χαρακτηριστικά της φυλής, του φύλου, της υγείας ή της ασθένειας εμποδίζει και συχνά απαγορεύει στις ευπαθείς ομάδες να διατηρήσουν μια αξιοπρεπή θέση στη κοινωνική ζωή. Γεγονός είναι ότι το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης, συμπεριφέρεται και λειτουργεί διαφορετικά. Συνεπώς όταν ζει κάτω από συνθήκες ασφάλειας, αναπτύσσει θετικές συμπεριφορές. Αντίθετα οι συνθήκες απαξίωσης που μπορεί να βιώνει, ενισχύουν αρνητικές συμπεριφορές, όπως ενδεχόμενη επιθετικότητα, εγκληματικότητα και παραβατικότητα. Αυτομάτως οι συμπεριφορές αυτές αυξάνουν ακόμα περισσότερο

την περιθωριοποίηση, την προκατάληψη και τον φόβο του ευρύτερου πληθυσμού και η κατάσταση διαιωνίζεται.

Γ) Μια συνέπεια ακόμη είναι η παραβατικότητα- εγκληματικότητα

Η πιθανή επιθετικότητα, παραβατικότητα και εγκληματικότητα που μπορεί να εκδηλώσουν τα μέλη των ομάδων κοινωνικού αποκλεισμού, προάγεται από την ζωή στο περιθώριο. Η στέρηση κάθε ανθρώπινου και ατομικού δικαιώματος, ο συνεχής στιγματισμός και η αυξανόμενη καχυποψία, π.χ. ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επιρρεπείς στην εγκληματική συμπεριφορά, λειτουργεί ως αυτοεκπληρούμενη προφητεία και οδηγεί ακριβώς εκεί που η κοινωνία φοβάται, αφού η παραβατική πράξη είναι αποτέλεσμα του θυμού και της επιθετικότητας που φέρνει ο αποκλεισμός.

Δ) Τέλος βασικές είναι και οι ψυχολογικές συνέπειες

Οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, άδικα θύματα των διακρίσεων, του αποκλεισμού, της προκατάληψης, της δεισιδαιμονίας και της άρνησης συμμετοχής, επιδεινώνουν την ψυχολογική τους κατάσταση. Ο αποκλεισμός αυτός μειώνει τις ευκαιρίες τους να συμβάλουν παραγωγικά στην κοινωνία, γεγονός που τους οδηγεί βαθμιαία στην ένδεια. Η τεράστια οικονομική και συναισθηματική πίεση που ταλανίζει τα άτομα αυτά, συχνά οδηγεί σε προβληματικές προσωπικές, οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και καταστάσεις κοινωνικής απομόνωσης. Τα άτομα των ευπαθών ομάδων νιώθουν συχνά άγχος, φόβο, ματαίωση, ενοχή, ντροπή, πένθος, και πικρία. Όλα αυτά συμβαίνουν επειδή νιώθουν τον κατακερματισμό που δέχονται σαν ανθρώπινα πλάσματα, την αδικία και την εκμετάλλευση που γίνεται εις βάρος τους. Τέλος συχνό είναι το φαινόμενο των ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, καθώς και της κοινωνικής απόσυρσης και απομόνωσης. Αυτά τα συναισθήματα φαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής των ατόμων αυτών προκειμένου να αμυνθούν από το στιγματισμό και την απόρριψη που δέχονται. (Bauman Z., 2004)

1.11 Ο αποδιοπομπαίος τράγος

Στο βιβλικό σύμβολο του αποδιοπομπαίου τράγου, ο οποίος, φορτωμένος με τα κακά και τις ενοχές (αμαρτήματα) ενός λαού, θυσιάζεται και διώχνεται στην έρημο, είναι ήδη προφανής η στιγμή της εξατομίκευσης (προσωποποίησης) των ενοχών των ανθρώπων και το πέρασμά τους σε κάτι που είναι άλλο από τον εαυτό. Από εδώ προκύπτει και η επιλογή του τράγου, ο οποίος, παρόλο που αντιπροσωπεύει μιαν αξία για το λαό που τον θυσιάζει, διατηρεί τον χαρακτήρα του «αντικειμένου» και της υλικότητας του ζώου.

Η υιοθέτηση του όρου του αποδιοπομπαίου τράγου, του «*αποπευθυνοποιητικού*» εργαλείου ενός ολόκληρου πληθυσμού, έχει γίνει το όπλο της εξουσίας, η οποία διαμέσου της επιλογής και του αποκλεισμού διαφόρων ομάδων «ανεπιθύμητων», καταφέρνει να διατηρεί την αξία των δικών της θέσεων.

Τάξεις, κατηγορίες, φυλές, επιστημονικοί ορισμοί, τους ταξινόμησαν ως άλλους, χωρίς να αφήσουν χώρο για μιαν επαλήθευση και χωρίς να επιτρέψουν στους άλλους να αναρωτηθούν ποια ήταν - πέραν του να είναι αντικείμενα καταπίεσης - η ταυτότητά τους.

Αυτό το κάνει σε μια πραγματικότητα στην οποία η αφθονία δεν είναι για όλους, εξουσία σημαίνει αφθονία για τους λίγους και έλλειψη για τους πολλούς: πράγμα που συνεπάγεται, από μέρους των «λίγων», την επιλογή και την εξατομίκευση ομάδων προορισμένων να φέρουν το φορτίο των δικών τους αντιφάσεων. Επιλογή που πέφτει αναπόφευκτα πάνω σε αυτούς που δεν έχουν τα εργαλεία (οικονομικά ή διανοητικά) να αντιταχθούν σε αυτή την αυθαίρετη διάκριση.

Τέλος οργανισμοί και ιδρύματα έχουν την εντολή να εξαφανίζουν τις αντιφάσεις και σε κάθε περίπτωση να τις καλύπτουν κάτω από τις πτυχές των δομών τους, πίσω από τους τείχους των κτηρίων τους. Η πρόσοψη πρέπει να παραμείνει καθαρή για να συνεχίσει μια ιδεολογία, η οποία έχει σαν βάση τον διαχωρισμό ανάμεσα σε κάτι καλό που είναι αποδεκτό (που είμαστε εμείς) και σε κάτι κακό που απορρίπτεται (και που είναι οι άλλοι). Έτσι οι διαχειριστές της κοινωνίας πείθουν τον αποκλεισμένο για τη διαφορετικότητά του, ώστε αυτός ο ίδιος να είναι πεπεισμένος

για την αναγκαιότητα του ίδιου του αποκλεισμού τού και του εγκλεισμού τού. (Szasz Th., 1973)

1.12 Μύθος του Προκρούστη και Κοινωνικός αποκλεισμός

Ο μύθος που σχετίζεται άμεσα με τον κοινωνικό αποκλεισμό ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων είναι αυτός του Προκρούστη. Ο Προκρούστης σύμφωνα με το μύθο ήταν ένας ληστής, ο οποίος λέγεται ότι είχε φτιάξει ένα κρεβάτι, τη γνωστή «προκρούστεια κλίνη» στην νηρόπετρα και τους τέντωνε τα μέλη ή τους έκοβε τα άκρα (πόδια) με σκοπό να δώσει ενιαία μορφή στην ανθρωπότητα.

Ο μύθος αυτός μπορεί να παραλληλιστεί με τον έλεγχο που ασκεί η εξουσία στην κοινωνία, με σκοπό να εξαλείψει τη διαφορετικότητα προσδίδοντάς της αρνητικά χαρακτηριστικά.

Ζμπίγκνιεβ Χέρμπερτ

ΟΜΙΛΕΙ Ο ΔΑΜΑΣΤΗΣ

(Η ΠΡΟΚΡΟΥΣΤΗΣ)

Το κινητό μου βασίλειο Αθήνα-Μέγαρα
μόνος κυρίαρχος σε δάση ρεματιές γκρεμούς
δίχως γερο-συμβουλάτορες μωρά εξαρτήματα
μ' ένα σκέτο ρόπαλο
ντυμένος μοναχά με τη σκιά του λύκου
και τον τρομερόν ήχο της λέξης Δαμαστής

δεν είχα υπηκόους - δηλαδή τους είχα για λίγο
δεν ζούσαν ίσαμε την αυγή αν και είναι κακοήθεια
να λέγεται πως ήμουν ληστής όπως ισχυρίζονται
οι παραχαράκτες της ιστορίας
η πάσα αλήθεια είναι πως ήμουν επιστήμονας
εφευρέτης κοινωνικός αναμορφωτής

πραγματικό μου πάθος η ανθρωπομετρία
εφεύρα ένα κρεβάτι στα μέτρα του τέλειου ανθρώπου
και μετρούσα μ' αυτό τους ταξιδιώτες που έπιανα
ομολογώ πως είναι δύσκολο ν' αποφύγεις
να τεντώσεις μέλη και να κόψεις ποδάρια

όσο περισσότεροι άρρωστοί μου πέθαιναν
τόσο βεβαιώνουν για την ορθότητα
της έρευνάς μου. Ο σκοπός ήταν ιερός
η πρόοδος απαιτεί θύματα
λαχταρούσα να καταργήσω τη διαφορά
ανάμεσα σε υψηλό και χαμηλό
ήθελα να δώσω ενιαία μορφή
στην αηδιαστικά ποικίλη ανθρωπότητα
ποτέ δεν έπαυσα να πασχίζω
να κάνω τους ανθρώπους ίσους

με σκότωσε ο Θησέας ο φονιάς του αθώου Μινώταυρου
αυτός που βγήκε απ' τον Λαβύρινθο με μιανής το κουβάρι
απατεώνας όλο κόλπα δίχως αρχές ούτε όραμα του μέλλοντος
έχω τη βάσιμην ελπίδα πως άλλοι
θα συνεχίσουν τον αγώνα μου
και θα ολοκληρώσουν το τολμηρό μου έργο

(Rispen Zan 2000)

1.13 Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική ασθένεια

Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών (όπως και άλλων ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων) δημιουργείται από τον στιγματισμό. Τα άτομα με ψυχική νόσο, δέχονται κυρίως αποκλεισμό στους τομείς της εργασίας – απασχόλησης, της ψυχαγωγίας, της εκπαίδευσης, της στέγασης αλλά και σε ζητήματα έκφρασης ή διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους. Τα δικαιώματα αυτά δεν είναι λίγες οι φορές που καταπατώνται.

Η καταπάτηση αυτή των δικαιωμάτων φαίνεται σε διάφορους τομείς της ζωής των ατόμων αυτών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ασθενής, τα δικαιώματά τους καταπατώνται αρχικά με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Όμως μεγάλη σημασία δίνουν και στις συνθήκες νοσηλείας καθώς τέλος και στο σκέλος των δικαιωμάτων που αφορούν την εργασία τους. (Ημερίδα.,2010)

1.13.1 Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια

Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχικά ασθενής, είναι έννοιες αμοιβαία αλληλοαποκλειόμενες, παρ' όλες τις περίτεχνες και κομψές ψυχιατρικές διαβεβαιώσεις για το αντίθετο (που επιβάλλονται απ' την ανάγκη να τηρούνται τα προσχήματα).

Ο ψυχικά ασθενής δε χρησιμοποιεί μαχαιροπήρουνα (κίνδυνος), δεν έχει ξυραφάκι δικό του (κίνδυνος). Δε διαθέτει ελεύθερα τα χρήματά του όταν συμβαίνει να έχει (πέρα από τα «ψιλά», τα υπόλοιπα κρατούνται συνήθως από κάποιο γραφείο ή νοσοκόμο). Δεν έχει ντουλάπα για τα προσωπικά του είδη (ίσως γιατί στερείται προσωπικών ειδών και η ντουλάπα είναι άχρηστη).

Και ύστερα γίνεται λόγος για ανθρώπινα δικαιώματα. Πρέπει κάποτε να κατανοηθεί πως αυτό ακριβώς είναι το Γκουλαγκ. Η απόλυτη άρνηση κάθε ανθρώπινου δικαιώματος. Αυτό αφορά τόσο τη δύση όσο και την ανατολή. Γκουλαγκ είναι τα ψυχιατρεία, οι φυλακές, τα ορφανοτροφεία, τα γηροκομεία, τα στρατόπεδα συγκεντρώσεως και τα κάθε λογής εγκλειστήρια για αποδιοπομπαίους τράγους. Γκουλαγκ, Εγκλειστήρια και εξουσιαστική κτηνωδία, είναι έννοιες ταυτόσημες.

Με βάση τα παραπάνω κρίνεται αναγκαίο να προστατευτεί νομικά ένας ασθενής από τις σε βάρος του αυθαιρεσίες. Αυτό όμως δε μπορεί να γίνει ούτε τυπικά ούτε ουσιαστικά. Τυπικά, γιατί τα περιθώρια που αφήνει η ισχύουσα νομοθεσία, είναι ελάχιστα. Ουσιαστικά, γιατί ο ασθενής από τη μια μεριά αγνοεί ακόμη και αυτά τα ελάχιστα περιθώρια και στερείται της δυνατότητας και των μέσων να κινήσει τις σχετικές νομικές διαδικασίες, και από την άλλη γιατί σε μια τέτοια προσπάθειά του να βρεθεί αντιμέτωπος με το μέτωπο των φορέων «της λογικής»: Την «Επιστήμη» (ψυχίατροι κλπ) και την Κοινωνική «ομαλότητα» (συγγενείς κλπ). Και σε μια τέτοια μάχη ο τρελός είναι χαμένος.

Ωστόσο υπάρχει κάποια δυνατότητα υπεράσπισης του ασθενούς από τους συγγενείς. Όμως πρόκειται για μια θεωρητική δυνατότητα και μόνο, γιατί κατά κανόνα πρόθεση του ενάγοντος δεν είναι η αθώωση του εναγομένου. (Γρίβας Κ., 1987)

1.13.1.1 Κατάχρηση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας

Η διαδικασία εισαγωγής ενός ασθενούς στο νοσοκομείο ονομάζεται νοσηλεία. Η εθελοντική νοσηλεία συνίσταται στην επιθυμία του ασθενούς για εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ συνάμα του επιτρέπεται να πάρει εξιτήριο όποια στιγμή το θελήσει. Οι ασθενείς, ωστόσο, που βρίσκονται σε σοβαρή κατάσταση ίσως μείνουν στο νοσοκομείο παρά τη θέληση τους, αυτό ονομάζεται ακούσια νοσηλεία.

Αυτό μπορεί να συμβεί σε δύο περιπτώσεις: α) Βάσει ιατρικών γνωματεύσεων που επιτάσσουν νοσηλεία και β) Βάσει δικαστικής σύστασης, σε περίπτωση που ο ασθενής φέρεται ή είναι υπαίτιος εγκληματικής πράξης. Στη περίπτωση αυτή ο ασθενής ίσως τεθεί σε δικαστική δικαιοδοσία. (Σ. Ο. Φ. Ψ. Υ. Ν. Σερρών)

Οι Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία (σύμφωνα με παρ.2 άρθρου 95) είναι:

«Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή

β. Να μην είναι ικανός να κρίνει προς το συμφέρον της υγείας του

γ. Η έλλειψη νοσηλείας του να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η

θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για την αποτροπή πράξεων βίας κατά του ιδίου ή τρίτων»

Διαπιστώθηκε ότι οδηγούνται για ακούσια νοσηλεία και περιστατικά που δεν πληρούν τις ως άνω προϋποθέσεις (κοινωνικά περιστατικά, τοξικομανείς, αλκοολικοί, διαταραχές συμπεριφοράς κλπ). Διαπιστώθηκε επίσης υψηλό ποσοστό ακούσιων εγκλεισμών επί του συνόλου των εισαγωγών και μεγάλες διαφοροποιήσεις από περιοχή σε περιοχή και από εποχή σε εποχή. (<http://www.msu.gr>)

Η διαδικασία που εισάγεται κάποιος στο ψυχιατρείο. Ο υποψήφιος για ψυχιατρικό ετικετάρισμα απογυμνωμένος από κάθε δικαίωμα και δυνατότητα να υπερασπιστεί την ύπαρξή του προσάγεται στον ψυχίατρο – ανακριτή. Ο ψυχίατρος απευθύνει στον ασθενή μια σωρεία συμβατικών ερωτήσεων που αναφέρονται στη συμπεριφορά, τις ιδέες, τις σχέσεις του κλπ. Προϊόν αυτής της διαδικασίας είναι μια πρώτη διάγνωση – ετικέτα.

Από τη στιγμή που περνά κάποιος την πύλη του ψυχιατρικού ιδρύματος, επισημοποιείται το ετικετάρισμα του. Από εκεί και πέρα η συμπεριφορά των δήθεν υγείων απέναντι του (ακόμη και να βγει) κλιμακώνεται από την πλήρη άρνηση του μέχρι την απλή ανοχή του, την κοροϊδία, τον εμπαιγμό, τον διασυρμό. Ο ετικεταρισμένος, έχει πολλές ελπίδες να ξαναβγεί απ' το εγκλειστήριο. Δεν έχει όμως καμία ελπίδα να ξαναβγεί από τη φυλακή που ορίζεται από την ίδια την ετικέτα του.

Ένας ψυχικά ασθενής έρχεται στο εγκλειστήριο τις περισσότερες φορές παρά τη θέληση του. Ο εγκλεισμός του συνίσταται μια πράξη βίας ή μια πράξη απάτης ή μια πράξη βίας και απάτης.

Η πράξη βίας όταν ενεργείται με βάση μια δικαστική απόφαση είναι νομότυπη, χωρίς αυτό να σημαίνει και ηθικά δικαιωμένη. Όταν ενεργείται με βάση τη θέληση των συγγενών και μια ιατρική εντολή (που σημαίνει γνωμάτευση από δύο ψυχιάτρους ή από ψυχίατρο κι έναν παθολόγο, γιατρό κλπ.) δεν είναι πάντα νομότυπη, ενώ σχεδόν πάντα είναι ηθικά έκθετη. (Γρίβας Κ., 1987)

Σε κάθε περίπτωση, υποκείμενο αυτής της πράξης βίας, δεν είναι ούτε η δικαστική αρχή, ούτε ο ψυχίατρος, ούτε οι συγγενείς αλλά ο ίδιος ο ψυχικά «ασθενής». Χαρακτηριστικά ασθενής αναφέρει ότι «η παρουσία της αστυνομίας, συνδέει τον ψυχικά πάσχοντα με παραβατικές συμπεριφορές (φέρτε στο μυαλό σας την εικόνα ενός νέου άνθρωπου με προβλήματα ψυχικής υγείας, με χειροπέδες, ο οποίος γίνεται «θέαμα» κατά τη διακομιδή του στη ψυχιατρική κλινική και ταυτίζεται στα μάτια του κόσμου με κάποιον εγκληματία). Οι εικόνες αυτές επιτείνουν το στίγμα σε βάρος των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας». (Ασθενής 2010)

Ύστερα ο ενδιαφερόμενος συγγενής υπογράφει μια «υπεύθυνη δήλωση» με την οποία παραδίνεται ο «ασθενής», άοπλος στις διαθέσεις της ψυχιατρικής εξουσίας. Με τη δήλωση αυτή ο συγγενής αποδέχεται την εφαρμογή πάνω στο κορμί και το μυαλό του ασθενούς, όλων των «θεραπευτικών» μεθόδων, εξαιρουμένων των χειρουργικών επεμβάσεων για τις οποίες απαιτείται ιδιαίτερη συγκατάθεση.

Ο εγκλεισμός συνιστά μια απόλυτα ιδιαίτερη κατάσταση, που δεν είναι νοσηλεία, ούτε φυλάκιση. Δεν είναι νοσηλεία γιατί α) δε γίνεται στη βάση μιας αντικειμενικά προσδιοριζόμενης αρρώστιας και β) δεν προσφέρεται με βάση τη θέληση του ασθενούς. Δεν είναι φυλάκιση γιατί α) δεν έχει σαν αιτία ένα

καθορισμένο ποινικό αδίκημα, μια αξιόποινη πράξη που έχει κριθεί και β) δεν επισύρει μια ποινή με καθορισμένη διάρκεια. Ο εγκλεισμός μπορεί να διαρκέσει μια μέρα, μια βδομάδα, ένα χρόνο ή έναν αιώνα. Αυτό εξαρτάται από την καλή θέληση του οποιουδήποτε θεραπευτή. Κανένας θεϊκός ή ανθρώπινος νόμος δεν παρεμβαίνει περιοριστικά και προσδιοριστικά στην ανεξέλεγκτη δράση της ψυχιατρικής εξουσίας πάνω στον ασθενή.

Ο εγκλεισμός είναι μια τυπική νομιμοποιημένη κατάσταση που δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί με νομική ορολογία. Είναι η αέναη εκδίκηση της κυρίαρχης λογικής ενάντια στη μη λογική και στη απόρριψη του λόγου της. Είναι η επιβεβαίωση της «υγείας» μιας άρρωστης κοινωνίας που διαιωνίζει την αρρώστια και τις αυταπάτες της. (Γρίβας Κ., 1987)

Με βάση όλα τα παραπάνω, δε μπορεί να θεωρηθεί ότι το ψυχιατρείο φτιάχτηκε απόλυτα για να θεραπεύει. Αυτό είναι η πρόσοψη, η βιτρίνα, ο κοινωνικός λόγος ύπαρξής του. Στη πραγματικότητα έχει γίνει για να μαζεύει ανθρώπους με ορισμένα «ενοχλητικά προβλήματα» ή με κάποια διαφορετικότητα.

Ουσιαστικά το άσυλο φτιάχνει ένα κόσμο αποκλεισμένο όπου θα περιορίζεται η τρέλα. Έξω από κει είναι ο φυσιολογικός κόσμος, δηλαδή η λογική, ο ορθολογισμός. Μέσα στο άσυλο, η συμπεριφορά του εγκλειστού είναι έτσι κι αλλιώς από πριν ερμηνευμένη και καταγεγραμμένη, με όρους της παθολογίας.

Οι παρατηρήσεις των γιατρών και των νοσοκόμων λειτουργούν σαν ένα «φίλτρο» από όπου δε περνάνε παρά τα στοιχεία εκείνης της συμπεριφοράς των αρρώστων που μπορούν να περιγραφτούν σαν συμπτώματα. Συμπερασματικά αυτός που βάζουν στο μάτι, που προσπαθούν να στριμώξουν, να τον βγάλουν «σκάρτο», και να τον κατατάξουν στους παθολογικούς είναι ακριβώς αυτός που η αρρώστια του δεν είναι πολύ φανερή. (Μανιτάκης Α., 1997)

1.13.1.2 Συνθήκες νοσηλείας – Ιδρυματισμός

«Από την στιγμή που ένας έγκλειστος, ή πρώην έγκλειστος, δεν έχει ρούχα δεν έχει σπίτι, δεν έχει εισόδημα, μιλάει για τα προβλήματα όλων: για το πρόβλημα των ρούχων, του σπιτιού, του εισοδήματος, που κανένας δεν έχει. Τότε, αυτή η πέτρα που πετάχτηκε για να καταγγείλει αυτές τις ελλείψεις στην κατάσταση του ιδρύματος, στην πραγματικότητα αποκαλύπτει τα κακώς κείμενα ολόκληρης της κοινωνίας» (Fr. Basaglia)

Στο σημείο αυτό πρόκειται να παρουσιαστούν οι συνθήκες νοσηλείας στα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι οποίες φανερώνουν τη συνεχή καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Πριν γίνει λόγος για αυτές, θα πρέπει να αναφερθεί η έννοια της βίας στη ψυχιατρική. «Όταν μιλάμε για βία στην ψυχιατρική, πρόκειται για τη βία εκείνη που εκδηλώνεται εκτυφλωτικά, που διαλαλεί το όνομά της με τόση δύναμη ώστε σπάνια ακούγεται, για την ύπουλη, τη διεστραμμένη βία που άλλοι άνθρωποι, οι «υγιείς τω πνεύματι», ασκούν πάνω σ' αυτούς που τους έχει δοθεί η ετικέτα του «τρελού». Στο βαθμό που η ψυχιατρική αντιπροσωπεύει τα συμφέροντα ή τα δήθεν συμφέροντα των υγείων, διαπιστώνουμε ότι, στην πραγματικότητα, η βία στη ψυχιατρική είναι πάνω απ' όλα η βία της ίδιας της ψυχιατρικής». (Cooper D., 1967. Σελ. 40)

Ουσιαστικά αυτό που κάνει η ψυχιατρική είναι να ενισχύει τη συμμόρφωση στους άκαμπτους και στερεότυπους κανόνες εκείνων που κρατούν την εξουσία. Με τον όρο βία στη ψυχιατρική εννοούμε τον ακρωτηριασμό σε όλους τους τομείς που δέχεται ο ασθενής. Ο ακρωτηριασμός αυτός σχετίζεται όχι μόνο με το σώμα (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις, κατασταλτικά, ηλεκτροσόκ) αλλά και με την εξόντωση της προσωπικής ατομικότητας αφού ο ασθενής δέχεται τη πλήρη εξαθλίωση και τη πλήρη περιφρόνηση όχι μόνο από την κοινωνία, αλλά και από τους υποτιθέμενους θεραπευτές και το προσωπικό κάποιας ψυχιατρικής κλινικής. (Cooper D., 1967)

Στην συνέχεια ο Fr.Basaglia, αναφέρει πως «Η βία και ο αποκλεισμός είναι η βάση πάνω στην οποία στηρίζεται οποιαδήποτε σχέση στη σημερινή κοινωνία μας. Η κοινωνία διευρύνει την εργολαβία της εξουσίας της προς τους ειδικούς, οι οποίοι θα τη διαχειριστούν εν ονόματι της και θα συνεχίσουν να δημιουργούν μέσω νέων

εργαλείων βίας, νέους αποκλεισμένους. Αυτή είναι η βία των ειδικών» (Basaglia Fr.,2007)

Ειδικότερα ο E. Goffman, αναφέρει ότι η δημιουργία των ψυχιατρείων σκοπό έχει να κάνει εφικτή την διαχείριση των αναγκών πολλών ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι κινούνται σαν ολότητες μέσα σε αυτά και επιβλέπονται από προσωπικό που κύριο έργο έχει την εποπτεία τους σε μια «περιχαρακωμένη» περιοχή.

Η περιοχή αυτή αποτελείται από την κατασκευή μεγάλων μπλοκ κτηρίων πλήρως αποκομμένων από τις πλησιέστερες κοινότητες και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κατασκευή «αποθηκών» για ανθρώπους, που είναι πολύ μεγάλες, απομονωμένες, με πλήρη απουσία κάθε έννοιας ιδιωτικότητας και κοινωνικών δραστηριοτήτων. Έτσι φαίνεται η επιθυμία της κοινωνίας να τραβήξει μια διαχωριστική γραμμή από την τρέλα. (Goffman E., 1994)

Χαρακτηριστικό τέτοιου είδους ψυχιατρείο είναι αυτό της Λέρου, που δημιουργήθηκε το 1957 με την ονομασία - Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου - και έχει γίνει το σύμβολο της ιδρυματικής ψυχιατρικής. Πρόκειται δηλαδή για ένα ψυχιατρείο που συγκέντρωσε στην διάρκεια του χρόνου όλες τις κατεξοχήν σοβαρές περιπτώσεις, τόσο από την σκοπιά της οικογενειακής - κοινωνικής απόρριψης, όσο και από την κλινική σκοπιά της κλασικής ψυχιατρικής σαν θεραπευτικής εγκατάλειψης.

Άνθρωποι χωρίς καμιά εμπειρία, που ασχολούνταν με αγροτικές, κτηνοτροφικές, αλιευτικές εργασίες κλήθηκαν να φροντίζουν τους εγκλείστους χωρίς ποτέ κανείς να τους εξηγήσει τι είναι ψυχική ασθένεια ή ψυχικά πάσχον.

Για πολλά χρόνια υπήρχε ένας ή δύο ψυχίατροι χωρίς κάποιο θεραπευτικό πλάνο, με αποτέλεσμα να βουλιάζουν όλοι μαζί, προσωπικό και ασθενείς στο χώρο του ασύλου και να εντείνεται ο ιδρυματισμός τους. (Ασημόπουλος X., 2008)

Πιο συγκεκριμένα όλα τα παραπάνω φαίνονται και από αυτά που αναφέρει η Κ. Ζερβού, κοινωνική λειτουργός και μέλος της εθελοντικής ομάδας για την αποασυλοποίηση στην Λέρο.

Η Κ. Ζερβού, αναφέρει ότι οι άνθρωποι αφήνονταν γυμνοί ή τα λιγιστά ρούχα που φορούσαν ήταν βρώμικα, τα φαγητά πεταγόντουσαν με τα ταψιά σε θαλάμους των 100 ατόμων όπου έτρωγε όποιος προλάβαινε κι έτσι πολλοί πέθαιναν από πνιγμούς, ή αρκετές φορές δεν τους μοιράζονταν όλα, γιατί το προσωπικό έπαιρνε

από αυτά για να ταΐσει τα σκυλιά του. Το νερό που έπιναν οι ασθενείς ήταν υφάλμυρο, αφού το μόνιμο προσωπικό βαριόταν να τους δώσει ακόμα και την εντολή να πάρουν τα μπιτόνια και να τα γεμίσουν από βυτία ώστε να είναι κανονικό - πόσιμο. Επίσης το μπάνιο των νοσηλευόμενων γινόταν (αφού πρώτα το προσωπικό κρατούσε μια «απόσταση ασφαλείας» από τους ασθενείς), με λάστιχα που είχαν μόνο παγωμένο νερό, ενώ οι ασθενείς έμπαιναν πρώτα σε σειρά και καθημερινή σκηνή ήταν οι ξυλοδαρμοί μεταξύ των ασθενών αλλά κυρίως από το προσωπικό προς αυτούς. (Ζερβού Κ., 2010)

Συμπερασματικά, φαίνεται πώς στα ψυχιατρικά εγκλειστήρια επικρατεί η άποψη ότι οι ασθενείς δεν είναι άνθρωποι αλλά ζώα. Είναι κάτι μεταξύ αλλόκοτων, απροσδιόριστων και αξιοπερίεργων όντων από τη μια, και κοινωνικών σκιάχτρων από την άλλη. Αυτό έχει σαν συνέπεια μέσα στα άσυλα να μεταχειρίζονται τον άρρωστο σαν αντικείμενο, και να έχει την αξία αντικειμένου. Είναι αλήθεια ότι τον χρησιμοποιούν, τον ακουμπάνε εδώ κι εκεί, τον ξαποστέλνουν παρακάτω, τον κάνουν πακέτο, «τον τυλίγουν με σπάγκο», του δημιουργούν εξαρτημένες αντιδράσεις.

Μια από τις τυπικές στιγμές του ασύλου, τόσο κοινή που ούτε σημασία δε δίνεται πια, αλλά υπάρχει ακόμη και σήμερα και στα πιο εξελιγμένα νοσοκομεία είναι ο άρρωστος κολλημένος πάνω στη κυλιόμενη καρέκλα κι ο νοσοκόμος να ακολουθεί δυο βήματα πιο πίσω με τα χέρια στις τσέπες. (Gentis R., 1970)

1.13.1.3 Καταπάτηση δικαιωμάτων στην εργασία

Στη συνέχεια αναφέρονται τα δικαιώματα που έχουν τα άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή στην εργασία καθώς και η καταπάτηση αυτών.

Χαρακτηριστικά ασθενής αναφέρει ότι η εργασία είναι σημαντική για κάθε άνθρωπο και δεν εξυπηρετεί μόνο βιοποριστικές ανάγκες ή λειτουργεί σαν εργοθεραπεία, αλλά κινητοποιεί το άτομο και του προσφέρει ενδιαφέροντα. Είναι λοιπόν άδικη πράξη να στερούν από κάποιον το δικαίωμά του να εργαστεί. (Ασθενής., 2010) .

Ωστόσο αυτό πραγματοποιείται σε μεγάλο βαθμό στις σημερινές κοινωνίες, καθώς επικρατεί η άποψη για τον επικίνδυνο «*τρελό*» που προκαλεί βλάβες και δημιουργεί προβλήματα στο χώρο εργασίας του. Έτσι ψυχικά πάσχοντες «*βρίσκουν αρκετές κλειστές πόρτες, οι οποίες κλείνουν για πολλούς λόγους και δεν αφήνουν περιθώρια να πιάσουν μια δουλειά*». (Ασθενής., 2010)

Αυτή η κατάσταση επηρεάζει αρνητικά τους ασθενείς, δεν τους κινητοποιεί αρχικά, να παλέψουν για την ζωή τους, νιώθουν ότι μειονεκτούν και έχουν πιστέψει ότι είναι ανίκανοι αφού αναφέρουν « *είναι η κατάστασή μου τέτοια και δε μπορώ να δουλέψω... Εγώ το νιώθω. Νιώθω ότι δε μπορώ. Βλέπω πως είμαι... βλέπω ποια είναι η αντιμετώπιση απ' τους άλλους και νιώθω ότι δεν είμαι σε θέση να εργαστώ....*» και όπως αναφέρουν αισθάνονται «*παιδιά ενός κατώτερου θεού*». (Ασθενής., 2010)

Ακόμη και στις περιπτώσεις που δίνεται η ευκαιρία σε ένα άτομο να εργαστεί, η καταπάτηση των δικαιωμάτων του γίνεται φανερή από την διαφορετική αντιμετώπιση του από τους άλλους «*φυσιολογικούς*» εργαζομένους και από την αμοιβή του η οποία δεν είναι ανάλογη της εργασίας που προσφέρει αφού πολλές φορές δουλεύει σε πολύ αντίξοες συνθήκες. «*Δουλεύουμε Σαββατοκύριακα, ακόμα και σε γιορτές και αργίες. Ακόμη δεν δικαιούμαστε ούτε καν αναρρωτικές άδειες και δουλεύουμε χωρίς ασφάλιση και ανάλογη αμοιβή. Στα 8 χρόνια που εργάζομαι εδώ έχω πάρει συνολικά 1 μήνα άδεια..... Όσον αφορά τους πελάτες, ερχόμαστε σε επαφή με μυστήρια άτομα και απαιτητικά. Πολλές φορές γίνονται πειστικοί και είναι δύσκολο να συνεννοηθείς. Μερικοί έρχονται χωρίς χρήματα και ζητούν πράγματα και άλλοι έρχονται χωρίς τις αποδείξεις ζητώντας να ανταλλάξουν προϊόντα, πράγμα που δυσκολεύει τη συνεργασία...*» (Ασθενής., 2010).

Επίσης όσον αφορά την εργασία, ασθενής αναφέρει ότι «*δεν ζητάμε ελεημοσύνη, αλλά δουλειά*» και γίνεται άδικα διαχωρισμός μεταξύ Α.με.Α. και ψυχικά ασθενών από διάφορες υπηρεσίες, οι οποίες προτιμούν να επιλέξουν για την εργασία τους κάποιο άτομο με αναπηρία και όχι κάποιον ψυχικά ασθενή.

Αυτό συμβαίνει γιατί εργοδότες έχουν στον μυαλό τους ότι Α.με.Α είναι συνήθως με αναπηρίες σωματικές και όχι νοητικές ή ψυχολογικές ανεπάρκειες, με αποτέλεσμα πιο ασφαλή συνθήκες και κέρδη για τους εργοδότες – επιχειρηματίες. (Ασθενής., 2010)

1.14 Παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών

Στον κοινωνικό αποκλεισμό και την καταπάτηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό τα Μ.Μ.Ε. (κυρίως η τηλεόραση), τα οποία δημιουργούν τη δημόσια εικόνα της «τρέλας» και της «αναπηρίας» και τη διαιωρίζουν. Μεγάλο επίσης ρόλο παίζει, όπως και σε όλα τα ζητήματα, η ελλιπής και ανεπαρκής παιδεία, η έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης πάνω σε ζητήματα σχετικά με τη διαφορετικότητα καθώς και ο ρόλος και οι αντιλήψεις που έχουν άτομα της εκκλησίας, όπως είναι οι ιερείς. Στην συνέχεια θα αναλυθούν τα παραπάνω. (Τριανταφύλλου Α., 2010)

Α) Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης είναι ένας κοινωνικός θεσμός που ασκεί εξουσία, επηρεάζει και διαχειρίζεται κοινά θέματα. Ταυτόχρονα αποτελεί πηγή γνώσεων, αντιλήψεων και στερεοτύπων για την κοινωνική πραγματικότητα και καθορίζει τι είναι φυσιολογικό και τι αποκλίνουν σε μια κοινωνία.

Σε όλες τις κοινωνίες, τις περισσότερες φορές, τα ΜΜΕ εκφράζουν την υποστήριξή τους στην κατεστημένη τάξη των πραγμάτων, κατασκευάζοντας την κοινωνική πραγματικότητα, έτσι ώστε να ευνοείται η τάξη αυτή και να ενισχύει στάσεις αποδοχής και συμμόρφωσης. Αυτό πραγματώνεται μέσα από την παραγωγή πολιτισμού, ιδεολογίας αλλά και στερεοτύπων.

Τα στερεότυπα χρησιμεύουν στα ΜΜΕ ώστε να γίνονται εύκολα αναγνωρίσιμοι και κατανοητοί οι διάφοροι κώδικες που χρησιμοποιούν τα μέσα σχετικά με κοινωνικές ομάδες, ρόλους και θεσμούς. (Κατσιακίδης Σ., 2006)

Πιο συγκεκριμένα, οι απεικονίσεις τις ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ παρουσιάζουν συστηματικά τις πιο αρνητικές πτυχές της, δίνοντας μεγάλη έμφαση στην υποτιθέμενη βιαιότητα και επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών.

Δεν είναι τυχαίο ότι ακόμα και στις ειδήσεις πολλές φορές για το δράστη ενός στυγνού εγκλήματος, του προσδίδεται ο χαρακτηρισμός του επικίνδυνου ψυχοασθενή, πράγμα που του δίνει άλλοθι αν και δεν είναι απαραίτητο να ισχύει και κανείς δε κάνει λόγο αν αυτός ο άνθρωπος – δράστης έχει παρακολουθηθεί ποτέ από γιατρό ή λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του.

Ακόμα αυτές οι προκαταλήψεις αναπαράγονται από τα ΜΜΕ με την προβολή κάποιων ταινιών που δίνουν στον ψυχικά πάσχοντα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή του τονίζουν συμπεριφορές που δεν είναι επιθυμητές και αποδεκτές από τον κοινωνικό περίγυρο.

Έτσι εδραιώνεται η προκατάληψη και ο φόβος με αποτέλεσμα την απόρριψη και περιθωριοποίηση των ασθενών, που στην πραγματικότητα είναι αυτοί που υφίστανται συχνά τη σωματική και ψυχολογική βία των άλλων, καθώς και την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. (Μοσχονάς Δ., 2009).

Β) Στην συνέχεια η εκπαίδευση δεν δημιουργεί ανισότητες αλλά είναι αυτή που τις αναπαράγει. Η σχολική εκπαίδευση είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζει τη διάσταση που θα πάρει ο κοινωνικός αποκλεισμός. Η ψυχική νόσος είναι συνδεδεμένη αρκετές φορές με τη σχολική αποτυχία του παιδιού η οποία όμως αποτυχία καθορίζεται από πολλούς παράγοντες. Τέτοιοι είναι η απόρριψη των μαθητών με ψυχική ασθένεια στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και σημαντικό είναι και το ζήτημα της εγκατάλειψης του σχολείου.

Όλα αυτά έχουν σαν συνέπεια την αδυναμία του ψυχικά ασθενή να ενταχθεί στην αγορά εργασίας αφού δεν έχει ολοκληρώσει τη βασική ή υποχρεωτική εννιάχρονη εκπαίδευση.

Έτσι από τη μια πλευρά, η σχολική αποτυχία ως εγκατάλειψη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης οδηγεί σε μια μορφή αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και από την άλλη αυτοί που είναι ήδη αποκλεισμένοι λόγω της διαφορετικότητας τους (νόσος) είναι εκείνοι που έχουν σχολικές αποτυχίες και άρα εγκαταλείπουν την εκπαίδευση. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. (Φακιολάς Ν., 2002)

Φαύλος κύκλος, όσον αφορά τον κοινωνικό αποκλεισμό και την εκπαίδευση, δημιουργείται και μέσω της μετάδοσης, από τους γονείς προς τα παιδιά τους, του κοινωνικού στίγματος προς άλλα άτομα (συμμαθητές, συμφοιτητές κλπ) που εμφανίζουν κάποια διαφορετικότητα η οποία χαρακτηρίζεται ως ψυχική ασθένεια.

Έτσι μέσω του σχολείου, που είναι ο κύριος θεσμός κοινωνικοποίησης, διαιώνίζεται ο στιγματισμός των ατόμων που πάσχουν, με αποτέλεσμα να επέρχεται κοινωνικός αποκλεισμός και σε άλλους τομείς της ζωής τους. Χαρακτηριστικά είναι τα λεγόμενα ασθενή που ρωτήθηκε για το ποια θεωρεί ότι είναι η προέλευση του

κοινωνικού αποκλεισμού. «Καταρχάς από τα σχολεία και την εκπαίδευση. Το στίγμα ξεκινάει από τους μεγάλους και αυτοί το μεταφέρουν στα παιδιά τους. Έτσι ο αποκλεισμός έρχεται από συμμαθητές, συμφοιτητές κλπ.» (Ασθενής., 2010)

Γ) Επίσης η έλλειψη ενημέρωσης είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στην δημιουργία κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά σθενών. Τον μεγαλύτερο βαθμό στιγματισμού – κοινωνικού αποκλεισμού φέρει η σχιζοφρένεια λόγω αφενός της ετυμολογίας της λέξης που τρομάζει και αφετέρου της φύσης των συμπτωμάτων σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα είναι η κατάθλιψη, που το κοινό δείχνει να φοβάται λιγότερο.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός σε αυτή την περίπτωση είναι απόλυτα συνυφασμένος με την κουλτούρα και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται. Οι ψυχικές διαταραχές είναι σύνθετα πολιτικοκοινωνικά, υγειονομικά προβλήματα που απαιτούν διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία για την αντιμετώπισή τους.

Άρα ένας σημαντικός παράγοντας που οδηγεί στο ετικετάρισμα και τελικά στον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών είναι η άγνοια της κοινής γνώμης για θέματα πολυδιάστατα που σχετίζονται με κάτι το διαφορετικό όπως είναι η πολυπλοκότητα της ψυχικής νόσου.

Οι άνθρωποι συνηθίζουν οτιδήποτε δεν γνωρίζουν να το φοβούνται. Προσδίδουν στον ασθενή συμπεριφορές απόλυτα επικίνδυνες και καταστροφικές τόσο για τον εαυτό του αλλά κυρίως για το κοινωνικό σύνολο, έχοντας την αντίληψη του επικίνδυνου σχιζοφρενικού, «*σχιζοφρενοβλαβή*» που θα σκοτώσει και θα καταστρέψει χωρίς κανέναν λόγο και καμιά αιτία. (Μοσχονάς Δ., 2009)]

Δ) Τέλος, η εκκλησία ενισχύει κι αυτή με τη σειρά της το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού προς τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Αυτό πραγματοποιείται κυρίως λόγω των αντιλήψεων που επικρατούν στους χώρους της εκκλησίας σχετικά με την ψυχική νόσο και την προέλευσή της.

Η επικρατέστερη άποψη είναι αυτή που παρουσιάζει τον ψυχικά πάσχοντα ως δαιμονισμένο και κατελιημμένο από κακά πνεύματα. Με την αντίληψη αυτή το άτομο αμέσως αποκλείεται από το θεραπευτικό σύστημα καθώς για την αντιμετώπιση της ασθένειας του (που δεν θεωρείται ασθένεια από τους ιερείς κλπ αλλά δαιμονοληψία) κατάλληλη κρίνεται μόνο η οδός της εκκλησίας και ό,τι αυτή

συνεπάγεται (εξορκισμούς, αγιασμούς, παραμονή σε μοναστήρια κλπ). (Szasz Th., 1973)

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί η Ποιμαντική, στα πλαίσια της οποίας γίνονται κάποιες προσπάθειες από την πλευρά της εκκλησίας να συνεργαστεί με επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση περιστατικών όπως είναι η σχιζοφρένεια. Ουσιαστικά όμως τα αποτελέσματα δεν είναι τα απόλυτα επιθυμητά.

Αυτό συμβαίνει γιατί είναι λίγο αντιφατικός ο ρόλος Ιερέα – Ψυχιάτρου και μόνο λίγοι (έως ελάχιστοι) άνθρωποι της εκκλησίας παραπέμπουν σε ειδικούς τέτοια περιστατικά. (Τριανταφύλλου., 2010)

1.15 Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών

Είναι γνωστό ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποκτούν μια διαρκώς αυξανόμενη σημασία, αφενός γιατί παρουσιάζεται μια ραγδαία άνοδος αυτών και αφετέρου γιατί τα προβλήματα αυτά συνδέονται μ' ένα υψηλό φορτίο, όχι μόνο συναισθηματικό, αλλά και οικονομικό και κοινωνικό που μεταφέρεται στους ίδιους τους ασθενείς, στις οικογένειές τους και στην ευρύτερη κοινωνία.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός όπως προαναφέρθηκε, είναι μια δυναμική διαδικασία και ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από σχετικότητα. Έτσι η καταπολέμηση και η αποδέσμευση του κοινωνικού συνόλου από τα βαθιά ριζωμένα στερεότυπα και τις έντονες προκαταλήψεις για την εμπάθεια και την αδυναμία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, απαιτεί οργανωμένο κράτος πρόνοιας, το οποίο θα δημιουργήσει προγράμματα και δομές καταπολέμησης του φαινομένου του αποκλεισμού. Συγκεκριμένα οργανωμένη προσπάθεια για την καταπολέμηση του αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. (ΚοκκινάκοςΓ., 2004)

1.16 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Σύμφωνα με τον Γ. Κοκκινάκο, με τον όρο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν εννοείται μια παρέμβαση ωραιοποίησης του ασύλου, δηλαδή «φτιασίδωμα» των πιο ακραίων πλευρών του χώρου αυτού, όπου το ιδρυματικό μοντέλο θα συνεχίσει να έχει κυρίαρχη θέση. Επίσης δεν εννοείται κατάργηση του ασύλου και εγκατάλειψη των ασθενών στη μοίρα τους, λόγω δημοσιονομικής πολιτικής με σκοπό μείωση των εξόδων, που αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να βρεθούν οι ασθενείς στο δρόμο. Και τέλος λέγοντας Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν εννοείται δόμηση και λειτουργία κοινοτικών δομών, όπως για παράδειγμα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία, τα οποία θα επιλέγουν περιστατικά και στην ουσία θα λειτουργούν με ιδρυματική μορφή. Θα λειτουργούν με αυτή τη μορφή γιατί η επιλογή αυτή των ασθενών είναι ουσιαστικά η ιδεολογική βάση της δημιουργίας του ασύλου.

Όταν γίνεται λόγος για Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση εννοείται η υπέρβαση του ασύλου και η αντικατάσταση αυτού από ένα πλέγμα κοινοτικών ψυχιατρικών δομών, που θα ανταποκρίνεται με σφαιρικότητα σε κάθε ψυχιατρικό αίτημα, σε αντίθεση με την απλοποιητική αντιμετώπιση που υπάρχει στα άσυλα. Ακόμη οι κοινοτικές αυτές δομές θα καταργήσουν τα άσυλα και δε θα δημιουργούν προϋποθέσεις για την επιστροφή κάποιου ασθενούς σε αυτά. Τέλος γίνεται λόγος για ένα ανοιχτό κοινοτικό σύστημα που θα αντιμετωπίζει καλύτερα το λεγόμενο «*πρόβλημα της επικινδυνότητας*» των ψυχικά ασθενών. (Κοκκινάκος Γ., 2004)

Έτσι ξεκίνησε η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Μετά από οργανωμένες καταγγελίες στην Ελλάδα στα τέλη του 1980 για τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης των εγκλείστων του ψυχιατρείου της Λέρου, το 1989 ξεκίνησε μια πρωτοβουλία μεταρρύθμισης στο κακόφημο περίπτερο 16 «των γυμνών» με συνεργασία μιας ομάδας προσωπικού της Λέρου, της μονάδας επανένταξης του ΨΝΘ με υπεύθυνο τον Κ. Μπαϊρακτάρη και μιας ομάδας εθελοντών από το τμήμα ψυχολογίας του Α.Π.Θ.

Το 1990 μετά τον ολοκληρωτικό διασυρμό της χώρας και την διακοπή της χρηματοδότησης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ξεκίνησαν με πάρα πολλές δυσκολίες προγράμματα χρηματοδοτούμενα από την Ε.Ε (αρχικά Λέρος 1 και 2 και αργότερα το Ψυχαργός).

Τα προγράμματα αυτά είχαν δύο σκέλη. Στο πρώτο σκέλος γινόταν προσπάθεια να επιτευχθεί σύντομη χρονικά παρέμβαση (2 – 3 μηνών), κυρίως στο κομμάτι της αποσυμφόρησης και επιλογής ασθενών για να μεταφερθούν στους τόπους καταγωγής τους. Αυτό το σκέλος ουσιαστικά δεν είχε παρεμβάσεις στη δομή του ιδρύματος.

Το άλλο σκέλος των προγραμμάτων, με την ήδη υπάρχουσα ομάδα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, μια ομάδα ιταλών από την Τεργέστη και Ολλανδών, αλλά και πολλούς άλλους επαγγελματίες και εθελοντές, προσπάθησε να πετύχει μια πιο οργανωμένη παρέμβαση, παρόμοια με αυτή της προσπάθειας που είχε γίνει το 1989. Πολύ σημαντική στην αλλαγή που ξεκινούσε από την Λέρο, για την εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, ήταν η 9χρονη παρουσία του Θ. Μεγαλοοικονόμου.

Κύριος στόχος των προγραμμάτων αυτών ήταν η άσκηση κριτικής σε έννοιες όπως το ανίατο, η χρονιότητα και η ψυχική νόσος. Επίσης μεγάλη προσπάθεια έγινε για την εισαγωγή της έννοιας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, την προάσπιση τους και την απαίτηση του σεβασμού προς αυτούς.

Σημαντικό ήταν σ' αυτή την προσπάθεια, να γίνει κατανοητό ότι η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και έχει σαν στόχο την χειραφέτηση του ατόμου. Στην ουσία η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τα προγράμματα αυτά έθεταν υπό αμφισβήτηση την ιδρυματική ψυχιατρική και το άσυλο.

Τα πρώτα επιτεύγματα της αλλαγής αυτής, ήταν ο εξανθρωπισμός μέσα στο ψυχιατρικό τμήμα, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και η προώθηση της ελεύθερης αμειβόμενης εργασίας με σκοπό την καταπολέμηση της μαύρης, που μέχρι τότε επικρατούσε. (Λουκάς Γ.,2004)

Στην συνέχεια ακολούθησε το 1999 το πρόγραμμα Ψυχαργός, που αποσκοπούσε στην συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών με την είσοδό τους στον εργασιακό χώρο. Κύριος στόχος δηλαδή ήταν ο εκσυγχρονισμός του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα Ψυχαργός χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση του προγράμματος πραγματοποιήθηκε την περίοδο 2000 – 2001 και η δεύτερη φάση την περίοδο 2002 – 2006.

Η Α΄ φάση του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές και χρηματοδοτήθηκε κατά 80% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και 20% από το Ελληνικό Δημόσιο».

Τα αποτελέσματα αυτής της φάσης ήταν η δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων, η δημιουργία 71 Εργαστηρίων Κατάρτισης, η Προκατάρτιση, Κατάρτιση και Απασχόληση 973 ασθενών, ο αποϊδρυματισμός και η διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες – οικοτροφεία) 769 ασθενών, η πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και τέλος η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελέχη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η Β΄ φάση του προγράμματος αφορά την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Με την δημιουργία των δομών αυτών εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σαν σκοπό την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με κάποια ψυχική διαταραχή.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών σχεδιάστηκε με βάση τις αρχές της «τομεοποίησης» και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Η έμφαση δόθηκε αφενός στον αποϊδρυματισμό με την κοινωνική επανένταξη δύο χιλιάδων χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρεία της χώρας και αφετέρου την δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία. Στη δεύτερη αυτή φάση του προγράμματος σημαντικό ρόλο έπαιξαν και οι Μη Κερδοσκοπικές Εταιρίες οι οποίες συνέβαλαν στην δημιουργία στεγαστικών δομών για τους ψυχικά ασθενείς.

Ωστόσο ένα θεμελιακό βήμα στην αποϊδρυματοποίηση, είναι το ξεπέραςμα της εργασιοθεραπείας ως την μορφή της μαύρης εργασίας που μέχρι τότε επικρατούσε στα ψυχιατρικά τμήματα. Η μαύρη αυτή εργασία είναι καταπιεστική για τον ασθενή, αφού δεν πληρώνεται και ουσιαστικά υποκαθιστά το προσωπικό ώστε ο πρώτος (ασθενής) να μην παραμένει «αδρανής». Για αυτό το σκοπό δημιουργήθηκαν οι εργασιακές δομές των οποίων η λειτουργία θα αναλυθεί στην συνέχεια. (Μαδιανός Μ., 2004)

1.16.1 Παρουσίαση κλινικών δομών - στεγαστικών και εργασιακών

Όσον αφορά την προσπάθεια που έγινε στα πλαίσια της αποασυλοποίησης για την ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα πρέπει να αναφερθούν οι στεγαστικές δομές που δημιουργήθηκαν μέσω του προγράμματος Ψυχαργός. Οι στεγαστικές αυτές δομές είναι οι ξενώνες, τα προστατευμένα διαμερίσματα και τα οικοτροφεία.

Οι ξενώνες φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές, όχι περισσότερα των 15 , προσομοιάζουν το οικογενειακό περιβάλλον και έχουν σαν σκοπό την ένταξη των ασθενών στην κοινότητα και την ανεξάρτητη λειτουργία τους σε αυτήν.

Οι ξενώνες ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής του ασθενούς και την χρονική διάρκεια της παραμονής του σε αυτούς διακρίνονται σε ξενώνες βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Ακόμη διάκριση γίνεται και ανάλογα με το χώρο στον οποίο

βρίσκονται οι ξενώνες. Έτσι υπάρχουν οι ενδονοσοκομειακοί και οι εξωνοσοκομειακοί ξενώνες. (Μεταξά Μ., 2004)

Στη συνέχεια τα προστατευμένα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης ψυχικά ασθενών, ως 6 ατόμων, σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες. Τα άτομα που ζουν στα διαμερίσματα αυτά αυτοεξυπηρετούνται και είναι σε θέση να φροντίζουν μόνα τους τον εαυτό τους σε ικανοποιητικό βαθμό. Στόχος των προστατευμένων διαμερισμάτων, όπως και των ξενώνων, είναι η ανεξάρτητη λειτουργία του ατόμου στην κοινότητα.

Τέλος τα οικοτροφεία είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που δέχονται ασθενείς με πιο σοβαρά προβλήματα, συγκριτικά με αυτούς των ξενώνων. Ουσιαστικά είναι δομές υψηλού βαθμού προστασίας, οι οποίες δέχονται μέχρι 25 άτομα και για απροσδιόριστο χρονικό διάστημα.

Τα άτομα που φιλοξενούνται στα οικοτροφεία είναι αυτά που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, άτομα με βαριά νοητική στέρηση ή πολύ σοβαρή ψυχωσική διαταραχή και τέλος άτομα που έχουν χάσει τη λειτουργικότητά τους και απαιτείται να φιλοξενηθούν σε στεγαστικές δομές υψηλής εποπτείας. (Παρίτσης και συν., 2003)

Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι εργασιακές δομές. Οι πρώτες ενέργειες που έγιναν για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού στον εργασιακό τομέα, ήταν η αντικατάσταση της «παραδοσιακής» εργοθεραπείας, με την δημιουργία των Συνεργατικών Θεραπευτικών Μονάδων (Σ.ΘΕ.Μ) .

Οι πρώτες συνεργατικές θεραπευτικές μονάδες δημιουργήθηκαν στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης το 1986. Αυτές ξεκίνησαν με τον θεσμό του θεραπευτικού κίνητρου. Το θεραπευτικό κίνητρο θεσμοθετήθηκε και ψηφίστηκε να δίνεται σαν κίνητρο με σκοπό κάποιος να ακολουθεί ένα πρόγραμμα θεραπευτικό που δεν είναι απαραίτητα με την έννοια της παραδοσιακής εργοθεραπείας.

«Έναν ασθενή μπορείς να τον εκπαιδεύσεις σε δεξιότητες με το να τους δώσεις ένα χρηματικό ποσό ως κίνητρο για να μάθει να χρησιμοποιεί τα χρήματα ή να μάθει να χρησιμοποιεί τα μέσα συγκοινωνίας. Αυτό επιτυγχάνεται αν του πεις πάρε να πεις καφέ ή να πας για ψώνια και θα πάρεις το λεωφορείο να πας εκεί ή θα με συναντήσεις στην τάδε περιοχή. Δηλαδή μικρά πρακτικά πράγματα που θα τον κινητοποιήσουν. Όμως όταν ο άλλος δεν έχει κάποιο χρηματικό ποσό να το κάνει αυτό ή αν δε του δώσεις ένα τέτοιο κίνητρο, το παραπάνω είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Για τον λόγο αυτό το θεραπευτικό κίνητρο είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει.»

Ωστόσο οι Σ.ΘΕ.Μ δεν αμείβονται επαρκώς, αφού στηρίζονται μόνο στο θεραπευτικό κίνητρο. Επίσης δεν έχουν την απαραίτητη αυτονομία διοικητική, οικονομική και υπάρχει έλλειψη πόρων για να είναι πιο παραγωγικοί.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού παλεύουν και προσπαθούν και οι ίδιοι οι ασθενείς. Αυτό φανερώνει την θέληση τους να διεκδικήσουν δικαιώματα που θα έπρεπε να είναι κατοχυρωμένα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η κινητοποίηση ασθενών του Δρομοκαϊτείου.

Εκεί λειτουργούν ακόμα με το καθεστώς των Σ.ΘΕ.Μ. και όχι ως ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Η κινητοποίηση λοιπόν έγινε, επειδή για αρκετό καιρό οι ασθενείς δεν πληρωνόντουσαν το θεραπευτικό κίνητρο. Έτσι τα Χριστούγεννα του 2008, οι ασθενείς ξεκίνησαν να κάνουν συναντήσεις και συνελεύσεις άτυπα (αφού δεν υπήρχε νομικό όργανο που να τους κατοχυρώνει) και μέσα από αυτές αποφάσισαν την δημιουργία ενός σωματείου για τα άτομα που εργάζονται σε τέτοιου είδους μονάδες (Σ.ΘΕ.Μ).

«Ο τρόπος της κινητοποίησης ήταν ότι οι ασθενείς σταμάτησαν να πηγαίνουν στην εργοθεραπεία και βγήκε και κάποιο δελτίο τύπου για την όλη κατάσταση και έτσι με την πίεση της δημοσιότητας που υπήρχε, πληρώθηκαν κάποια χρήματα».
(Κουτσανέλου Δ., 2009)

Για την προσπάθεια μιας πιο οργανωμένης ενέργειας για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών στον εργασιακό χώρο, δημιουργήθηκαν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης είναι ένας σχετικά νέος θεσμός στην Ελλάδα. Η αναγκαιότητα ύπαρξής τους αρχίζει να διαφαίνεται στις αρχές της δεκαετίας του 1990 οπότε και άτυπα αρχίζουν να λειτουργούν στην χώρα μας οι πρώτοι συνεταιρισμοί αυτού του είδους.

Αρκετά χρόνια αργότερα, το 1999, ψηφίζεται από το Ελληνικό Κοινοβούλιο ο πρώτος νόμος (2 716/99) που θεσμοθετεί πλέον τους συνεταιρισμούς αυτούς, φιλοδοξώντας στην ενδυνάμωση τους μέσω και της νομικής τους κατοχύρωσης και πια αυτοί οι συνεταιρισμοί έχουν Α.Φ.Μ. Έτσι ο ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. μπορεί να πουλάει, να βγάζει προϊόντα έξω στην κοινότητα και να κάνει δραστηριότητες όπως μαγαζιά νομιμότητα και να έχει έσοδα και ταυτόχρονα θέτονται και θεραπευτικοί στόχοι.

Οι συνεταιρισμοί αυτοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών και αποτελούν μονάδες Ψυχικής Υγείας, Η ανάπτυξη και η εποπτεία τους ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας.

Ακόμα οι ΚΟΙ.Σ.Π.Ε είναι μια ιδιαίτερη μορφή συνεταιρισμού αφού ταυτόχρονα είναι παραγωγικές και εμπορικές μονάδες ενώ επίσης αποτελούν και μονάδες ψυχικής υγείας που αποβλέπουν στην κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Βασικός στόχος είναι η κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική τους ένταξη στις δομές της κοινωνίας. Η οικονομική τους αυτάρκεια αλλά και η ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων είναι οι άμεσοι στόχοι των συνεταιρισμών.
(Οικονομίδου Χ, Παπαδημητρίου Π, Μεγαλοοικονόμου Θ., 1999)

Στην συνέχεια τα μέλη που αποτελούν τους ΚΟΙ.Σ.Π.Ε είναι σε ένα ποσοστό επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι είτε μπορούν να δουλεύουν στο δημόσιο είτε όχι, άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας σε ένα άλλο ποσοστό και φορείς

ιδιωτικοί με την έννοια δήμων, μη κερδοσκοπικές εταιρίες, φιλανθρωπικά ιδρύματα, σύλλογοι κτλ.

Σ' αυτούς δικαίωμα ψήφου έχουν όλοι και οι ασθενείς και οι επαγγελματίες και έτσι εκλέγονται μέλη διοικητικού συμβουλίου. Αυτός είναι ένας τρόπος πιο αυτόνομος και πιο δημοκρατικός.

Τέλος οι πόροι που έχουν οι ΚΟΙ.Σ.Π.Ε προέρχονται από επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, από Εθνικούς Οργανισμούς, Διεθνείς Οργανισμούς, Αναπτυξιακά Προγράμματα και Προγράμματα Επενδύσεων, κληροδοτήματα και δωρεές, από την άσκηση δραστηριότητας των ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. και από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων(Στεφανάκης Γ., 2004)

1.17 Η Προβληματική της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Όταν ο Ph. Pinel, απελευθέρωσε τους «τρελούς» από τις φυλακές ξεχωρίζοντάς τους από τους εγκληματίες και αποδίδοντάς τους την αξιοπρέπεια της αρρώστιας από την οποία υπέφεραν, όμως δεν έκανε τίποτα άλλο από το να τους μετατοπίσει σε μια νέα φυλακή, στην οποία η ηθική κατωτερότητα του εγκλειστού ήταν επιστημονικά επικυρωμένη και ο εγκλεισμός επιστημονικά δικαιολογημένος. Αυτό έγινε χωρίς η γενική συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στον τρελό να αλλάξει στο ελάχιστο, ούτε ο τύπος της σχέσης, ούτε η απόσταση που τον χωρίζει από τους άλλους.

Έτσι όταν γίνεται αναφορά για το σημείο μηδέν της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, περιγράφεται συνοπτικά η κατάσταση που επικρατεί σήμερα στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Ενώ έγιναν προσπάθειες να υπάρξει ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και να επιτευχθεί αποασυλοποίηση (όπως έχει αναφερθεί παραπάνω), στην ουσία, πρακτικά η κατάσταση παρέμεινε στάσιμη.

Βασικός παράγοντας που συνέβαλε στο τέλμα αυτό της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η δημιουργία ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών εταιριών, που

διαχειρίζονται ξενώνες και οικοτροφεία και μαζί με αυτά και τις ανθρώπινες ζωές που υπάρχουν εκεί εμπορευματοποιώντας τες με κάθε τρόπο.

Η διαχείριση αυτή, από τις μη κερδοσκοπικές εταιρίες, γίνεται εδώ και 25 χρόνια με συγχρηματοδοτούμενα, με την Ε.Ε., προγράμματα. Όμως το ελληνικό κράτος χρησιμοποιούσε τα χρήματα που προορίζονταν για τη μεταρρύθμιση, σαν ευκαιρία απορρόφησης κονδυλίων, με αποτέλεσμα κυρίως τα τρία τελευταία χρόνια η κατάσταση να έχει φτάσει στο απροχώρητο.

Τέλος η ψυχιατρική μεταρρύθμιση επικεντρώθηκε στη δημιουργία εξωνοσοκομειακών στεγαστικών δομών, δηλαδή προέβη σε μεταστέγαση των χρόνιων εγκλείστων των ασύλων, χωρίς όμως η λειτουργία και η κουλτούρα των δομών να αλλάζει. Έτσι δεν τέθηκε σε αμφισβήτηση η επικρατούσα «λογική» του ασύλου. (Μπαϊρακτάρης Κ., 2004)

Με βάση τα παραπάνω «η έλλειψη σχεδίου, πολιτικής και στρατηγικής στη βάση μιας εναλλακτικής, χειραφετητικής κουλτούρας, οδήγησε το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στην κυρίαρχη εκδοχή του, όπως δηλαδή, προγραμματίστηκε από τις διαδοχικές κυβερνήσεις όλη αυτή τη περίοδο και όπως θεωρητικά συνελήφθη και πρακτικά εφαρμόστηκε από την πλειονότητα της ψυχιατρικής κοινότητας, παρά τις διακηρύξεις (ενίοτε και τις προθέσεις), να καταλήξει στην αναγωγή του σε μια απλή αλλαγή της «βιτρίνας», αφήνοντας το σύστημα στις βασικές του παραμέτρους περίπου άθικτο. Ο κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής φροντίδας εξακολουθεί να παραμένει ο εγκλεισμός, με τις ακούσιες νοσηλείες (που ακόμα εκτελούνται από την αστυνομία, με χειροπέδες κλπ) να αποτελούν την συντριπτική πλειονότητα των εισαγωγών στις μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας». (Μεγαλοοικονόμου Θ., 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Σκοπός και Στόχοι παρούσας μελέτης

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρεται η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί προκειμένου να εκπονηθεί ένα είδος ποιοτικής έρευνας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιαστεί ο κοινωνικός αποκλεισμός που δέχονται οι ψυχικά ασθενείς. Επίσης γίνεται προσπάθεια να προσεγγιστεί το θέμα από μια άλλη πλευρά, αυτή της κοινοτικής ψυχιατρικής, των ανθρώπων που ήταν οι προπομποί για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων των «ασθενών - ληπτών - χρηστών - τρελών- ανθρώπων», στον χώρο της ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και αυτών που πάλεψαν τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, για τη βελτίωση των συνθηκών στα άσυλα και την ένταξη των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Στόχοι της έρευνας που θα οδηγήσουν στην επίτευξη του σκοπού, είναι να διερευνηθεί σε ποιος τομείς της ζωής τους οι ψυχικά πάσχοντες βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, πως αυτό τους επηρεάζει και ποιες είναι οι λύσεις που οι ίδιοι προτείνουν για την καταπολέμηση του. Τέλος γίνεται προσπάθεια να συσχετιστεί και ο ρόλος που παίζει η οικογένεια, τόσο στην εκδήλωση όσο και στην θεραπεία (ή τουλάχιστον καλή πορεία) της ψυχικής νόσου.

2.2 Είδος έρευνας

Το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήσαμε είναι ποιοτική. Το κύριο χαρακτηριστικό της μεθόδου αυτής, είναι ότι βασίζεται σε συγκριτικά μικρότερο αριθμό περιπτώσεων από εκείνη της ποσοτικής, με στόχο όχι να ανακαλυφθούν γενικές τάσεις, αλλά να διαμορφωθεί μια γενική εικόνα για κάθε περίπτωση και να υπάρξει ουσιαστική εμβάθυνση.

Αναλυτικότερα βασική αρχή της ποιοτικής έρευνας είναι ότι τα κοινωνικά νοήματα εξαρτώνται από τα ίδια τα άτομα, ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται και όχι από τα κοινωνικά φαινόμενα. Σημαντικό στοιχείο επίσης, για την ερμηνεία των συμπεριφορών του δείγματος, αποτελεί το ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο δρουν.

Κατά συνέπεια η επιλογή αυτού του είδους έρευνας, έγινε για να παρουσιαστεί από τους ίδιους του ασθενείς πως βιώνουν το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού καθώς με την ποιοτική έρευνα επιχειρείται να κατασκευαστεί αναπαράσταση της κοινωνικής πραγματικότητας μέσα από την μελέτη σε βάθος της κάθε περίπτωσης (Κυριαζή Ν., 1999).

2.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Για την συλλογή πληροφοριών προκειμένου να επιτευχθούν οι καθορισμένοι στόχοι διαμορφώθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- α) Σε ποιους τομείς της ζωής τους οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα (ψυχαγωγία, προσωπική ζωή, εργασία κτλ.)
- β) Ποιοι είναι οι λόγοι αυτοί, που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών.
- γ) Με ποιο τρόπο αυτό τους επηρεάζει στην καθημερινότητα τους τόσο σε υλικά βαθμό (για παράδειγμα η έλλειψη χρημάτων λόγω μη εύρεσης εργασίας) όσο και ψυχολογικά.
- δ) Με ποιους τρόπους θα μπορούσε να επιτευχθεί αντιμετώπιση και κατ'επέκταση εξάλειψη του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού.
- ε) Σε ποιο βαθμό συμβάλει η οικογένεια στην εκδήλωση, τόσο της νόσου της σχιζοφρένειας, όσο όμως και στην καλή πορεία της διαταραχής.

2.4 Δείγμα Συμμετεχόντων και κριτήρια επιλογής

Ο πληθυσμός που ορίστηκε είναι οι ψυχικά ασθενείς και οι επαγγελματίες στον χώρο της ψυχικής υγείας. Το δείγμα της μελέτης, είναι οι χρόνιοι σχιζοφρενικοί ασθενείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε δομές κλειστές, όπως ψυχιατρεία και οικοτροφεία.

Η μονάδα του δείγματος είναι 5 συνεντεύξεις και μία ομιλία ασθενούς σε Ημερίδα, καθώς και άλλες δύο συνεντεύξεις, μία από ψυχολόγο σε Δημόσιο Ψυχιατρείο της Αττικής και η άλλη από Κοινωνική Λειτουργός σε Οικοτροφείο στην Πάτρα και με εργασιακή εμπειρία στο ψυχιατρείο της Λέρου στα πλαίσια της αποασυλοποίησης. Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν είναι όλοι χρόνιοι, από τον σύλλογο Σ.Ο.Ψ.Υ Πατρών και από το Ψ.Ν.Α Δρομοκαϊτείο.

Η τεχνική δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτή κατά στρώματα. Αυτή επιλέχθηκε επειδή γίνεται προσπάθεια για αύξηση της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος σε σχέση με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Στην συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται υποδιαίρεση σε ομογενή υποσύνολα τα οποία είναι, το ένα αυτό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε κλειστές δομές και το άλλο αυτό των χρόνιων σχιζοφρενικών ασθενών. (Κυριαζή Ν., 1999).

2.5 Χρόνος και τόπος διεξαγωγής μελέτης

Το χρονικό διάστημα που ορίστηκε για την έναρξη και την ολοκλήρωση της έρευνας είναι τέσσερις μήνες. Η έρευνα ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2009 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2010. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο και η τελική έκθεση της έρευνας θα είναι έτοιμη τον Μάιο του 2010.

Ο τόπος υλοποίησης της έρευνας είναι οι κλειστές δομές ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα το Οικοτροφείο «Ίρις» στην Πάτρα, καθώς και το Ψ.Ν.Α. Δρομοκαϊτείο, αλλά και ο χώρος του Σ.Ο.Ψ.Υ Πατρών.

2.6 Μέθοδος και εργαλείο συλλογής στοιχείων

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι μελέτη περίπτωσης γιατί μ αυτή μπορεί να εξερευνηθεί βαθιά και να αναλυθεί σημαντικά το πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού όπως ακριβώς τον βιώνουν οι σχιζοφρενικοί ασθενείς και ύστερα να βγουν κάποια ουσιαστικά αποτελέσματα τα οποία θα βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση του φαινομένου και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των πασχόντων.

Το εργαλείο συλλογής στοιχείων που χρησιμοποιήθηκε είναι η ελεύθερη μη τυποποιημένη συνέντευξη, με ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Η μορφή αυτή της συνέντευξης, μπορεί να παραλληλιστεί με συζήτηση, που όμως κατευθύνεται από τον ερευνητή και επιτρέπει στον ερωτούμενο να περιγράψει και να ερμηνεύσει το φαινόμενο που μελετάται, χωρίς να του επιβληθούν προκαθορισμένες ερωτήσεις που πιθανότατα προκαταβάλουν τις απαντήσεις του.

Τέλος πραγματοποιήθηκε επιλογή της ελεύθερης μη τυποποιημένης συνέντευξης, καθώς το ανοικτό σχήμα αυτής, είναι πιο βοηθητικό για την ανάδειξη των στοιχείων μιας θεωρίας από τα δεδομένα που λαμβάνονται από το δείγμα. Συνεπώς ήταν η κατάλληλη μέθοδος ώστε να αναδειχθεί το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού μέσα από τα λεγόμενα των ίδιων των ατόμων που τον βιώνουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

3.1. Αποτελέσματα - Συζήτηση

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από της συνεντεύξεις είναι ότι οι ασθενείς που πάσχουν από ψύχωση και συγκεκριμένα σχιζοφρένεια, αντιμετωπίζουν κοινωνικό αποκλεισμό καθημερινά σε πολλούς τομείς της ζωής τους.

Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι από τους πάσχοντες μας ανέφεραν πως ουσιαστικά ακόμη και στη σημερινή εποχή επικρατούν έντονα στερεοτυπικές αντιλήψεις όσον αφορά τη ψυχική ασθένεια και τον ψυχικά πάσχων, αλλά και την επικινδυνότητα αυτού.

Επίσης τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανέφεραν πως παρόλη τη λειτουργία σύγχρονων ψυχιατρικών κλινικών και εξειδικευμένης κατάρτισης του προσωπικού η άσκηση βίας προς τους ασθενείς δεν έχει εκλείψει.

Ακόμα εξακολουθείτε να χορηγείται ασύστολα, προς τους ασθενείς, φαρμακευτική αγωγή για την εξυπηρέτηση οικονομικών συμφερόντων και κοινωνικού ελέγχου.

Όλοι ανέφεραν, με τον δικό τους τρόπο, πως λόγω του στιγματισμού οι ψυχικά ασθενείς βιώνουν έντονα τον κοινωνικό αποκλεισμό, ο οποίος σχετίζεται άμεσα με την εργασιακή τους αποκατάσταση, καθώς επίσης και την προσωπική και κοινωνική τους ζωή. Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην πραγματικότητα είναι δημιούργημα της ίδιας της πολιτείας και της εκάστοτε εξουσίας, αφού το «διαφορετικό» αντιμετωπίζεται σχεδόν πάντα σαν μίσημα. Όλη αυτήν την κατάσταση ενισχύει ο φόβος που προκαλείται από την ελλιπή ενημέρωση και παραπληροφόρηση την οποία ενισχύουν τα ΜΜΕ.

Επιπλέον κάποιοι από τους συνεντευξιαζόμενους ανέφεραν (και με συγκεκριμένα προσωπικά τους παραδείγματα) πως η οικογένεια συμβάλει πάρα πολύ στην καλή ή κακή πορεία της διαταραχής, καθώς και στην ένταση της κάθε φάσης της ασθένειας και στην εκδήλωση αυτής.

Τέλος ενώ έγιναν προσπάθειες, με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση για αποασυλοποίηση και αποϊδρυματοποίηση των ασθενών, βελτιώθηκαν οι στεγαστικές δομές για τους ψυχικά πάσχοντες και δημιουργήθηκαν εργασιακές δυνατότητες, ωστόσο όμως η έλλειψη οργανωμένης πολιτικής και λανθασμένης οικονομικής διαχείρισης των προγραμμάτων κατά τη διάρκεια των 25 χρόνων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, την έφτασαν στις μέρες μας, σε σημείο κατήλωσης.

3.2 Συμπεράσματα – Προτάσεις για μελλοντικές μελέτες

Μετά την εκπόνηση της παρούσας μελέτης και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, στο σημείο αυτό συμπερασματικά φαίνεται ότι μεταξύ της παρούσας βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε και των αποτελεσμάτων της έρευνας, υπάρχει σύμπτωση.

Οι άνθρωποι που ήταν οι προπομποί για μια διαφορετική προσέγγιση της ψυχικής νόσου, αυτή, του ρεύματος της αντιψυχιατρικής, είχαν και έχουν καταλάβει απόλυτα πως νιώθουν οι ασθενείς και πως είναι να τους έχει αφαιρεθεί κάθε ανθρώπινο δικαίωμα.

Μελετώντας σε βάθος τα βιβλία τους, διαπιστώθηκε πως παρουσίαζαν μια κατάσταση (αυτή της ψυχικής νόσου), προσεγγίζοντας την τελείως διαφορετικά και συχνά αναφέροντας πράγματα που ίσως ακόμα και σήμερα, η κοινωνία μας με τον τρόπο που λειτουργεί, δεν είναι σε θέση να δεχτεί. Αναλυτικότερα και από τους ίδιους τους ασθενείς βγήκε πως η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια άμεσα συνδεδεμένη με την οικογένεια και δεν είναι τυχαίο αυτό που αναφέρουν στο βιβλίο τους ο R. Laing και ο D. Cooper για την «σχιζοφρενογόνο» μητέρα.

Ωστόσο για να αντιμετωπιστούν όλα αυτά και να εξαλειφθούν όσο τον δυνατόν περισσότερο τα στερεότυπα για τον ψυχικά πάσχον, στη συνέχεια προτείνονται κάποιες στρατηγικές που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για την καταπολέμηση του

φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης των ψυχικά ασθενών.

Αρχικά θα μπορούσαν να γίνουν ενέργειες για να σταματήσει η ανακριβή και εχθρική απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας από τα ΜΜΕ, αλλά και η παρουσίαση μέσα απ' αυτά, των στρεβλωμένων κοινωνικών πεποιθήσεων που επικρατούν.

Στην συνέχεια χρήσιμο θα ήταν να γίνει επιμόρφωση – εκπαίδευση μέσα από προγράμματα, σεμινάρια, ημερίδες και συνέδρια που θα απευθύνονται τόσο σε ειδικούς όσο και σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, με σκοπό την αντιμετώπιση της διαφορετικότητας με βελτιωμένη συμπεριφορά και σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα.

Ακόμα, επαφή με άτομα με ψυχική διαταραχή που έχουν μια «φυσιολογική» ζωή, έτσι ώστε να εξαλειφτούν λανθασμένες αντιλήψεις περί επικινδυνότητας, ανικανότητας και δυσλειτουργικότητας, θα ήταν αρκετά χρήσιμη.

Ειδικότερα, θα ήταν χρήσιμη για την καταπολέμηση των βαθιά ριζωμένων στερεοτύπων και των έντονων προκαταλήψεων η στενή συνεργασία όλων των συνεπλεκομένων και συναρμόδιων φορέων για την ψυχική υγεία (από την τοπική αυτοδιοίκηση έως και τις μη κυβερνητικές, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις).

Επιπρόσθετα, η απασχόληση περισσότερου εκπαιδευμένου προσωπικού σε δομές για ψυχικά πάσχοντες θα έπαιζε σημαντικό ρόλο στη σωστότερη λειτουργία των δομών αυτών. Ακόμα πολύ βοηθητική θα ήταν η συνεργασία του θεράποντα γιατρού με την οικογένεια του ασθενούς, καθώς και η εδραίωση μιας θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης με τον ίδιο τον ασθενή, όπου ο τελευταίος θα ενημερώνονταν για την κατάσταση της υγείας του και θα είχε δικαίωμα να συμμετέχει στη θεραπευτική διαδικασία.

Τέλος χρήσιμη θα ήταν η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας με εναλλακτικές μορφές θεραπείας, όπως για παράδειγμα αυτή του Hearing Voices, που αναφέρθηκε παραπάνω, οι οποίες δίνουν σημασία και σέβονται τον ασθενή, τον αντιμετωπίζουν ως άνθρωπο και προασπίζονται τα δικαιώματά του.

Πέρα από τις παραπάνω στρατηγικές – προτάσεις για την καταπολέμηση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών, σημαντική θα ήταν και μια διαφορετική προσέγγιση του θέματος είτε από επαγγελματίες και άτομα που ασχολούνται με την ψυχική υγεία είτε από μελλοντικούς ερευνητές.

Έτσι στο σημείο αυτό παρουσιάζονται κάποιες προτάσεις που θεωρήθηκαν πως θα είναι χρήσιμες σε μελλοντικές μελέτες. Οι προτάσεις αυτές είναι αρχικά, να επιτευχθεί μια μελέτη η οποία θα προσεγγίζει διαφορετικά το θέμα της ψυχικής ασθένειας, από την πλευρά των ίδιων των ασθενών για να ακουστεί επιτέλους και οι δική τους φωνή.

Επίσης καλό θα ήταν να γίνει μια έρευνα για την χρησιμότητα και λειτουργικότητα εναλλακτικών μορφών θεραπείας, όπως αυτή των ομάδων αυτοβοήθειας, που σαν στόχο έχουν την διαχείριση των συμπτωμάτων της διαταραχής από το ίδιο το άτομο που πάσχει και αυτό επιτυγχάνεται με «σωστή» σχέση θεραπευτή -θεραπευόμενου.

Ακόμα μια άλλη μελέτη θα μπορούσε να είναι για την οικογένεια και για το πώς αυτή εμπλέκεται – συμβάλει – επηρεάζει και τελικά βοηθάει ή όχι, στη θεραπεία και γενικά στις διάφορες φάσεις της ψυχικής νόσου.

Κλείνοντας θεωρούμε ότι η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, μπορεί να επιτευχθεί είτε άμεσα μέσα από τις παραπάνω στρατηγικές, είτε έμμεσα μέσα από τις προτάσεις μας για νέες μελέτες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλεξίου Θανάσης, (1998). *Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση – Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Ασημόπουλος Χάρης, (2008). *Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο: μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Αστρινάκης Γιώργος (επιμ.), (2007). *Εναλλακτική ψυχιατρική: Ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής, για την αισιοδοξία της πράξης*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γρίβας Κλεάνθης, (1985). *Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός – ιστορική και κοινωνική θεώρηση της ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: ΙΑΝΟΣ.
» (1987). *Η εξουσία της βίας*. Θεσσαλονίκη: ΙΑΝΟΣ.
- Κασιμάτη Κούλα (επιμ), (2000). *Φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού*. Αθήνα: Με την συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.
- Κασιμάτη Κούλα (επιμ.), (1995). *Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία. κέντρο κοινωνικής μορφολογίας και κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: GUTENBERG.
- Κατσικίδης Σάββας, (2006). *Κοινωνικά φαινόμενα: αναλυτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: GUTENBERG.

- Καυταντζόγλου Ιωάννα, (2006). *Κοινωνικός αποκλεισμός: Εντός, εκτός και υπό – Θεωρητικές, ιστορικές και πολιτικές καταβολές μιας διαφορούμενης έννοιας*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Κυριαζή Νότα, (1999). *Η κοινωνιολογική Έρευνα: κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μάνος Νίκος, (1988). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
- Ματσαγγάνης Μάνος, (2004). *Η Κοινωνική αλληλεγγύη και οι αντιφάσεις της: Ο ρόλος του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος σε μια σύγχρονη κοινωνική πολιτική*. Αθήνα: Κριτική.
- Μπαϊρακτάρης Κώστας, (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
- Ουλής Παναγιώτης, (2003). *Η φύση της ψυχικής νόσου*. Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ.
- Παπαδοπούλου Δέσποινα (2004). Επιμέλεια Πετμεζίδου Μαρία – Παπαθεοδώρου Χρίστος. *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός*. Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ.
- Παπαδοπούλου Δέσποινα (επιμ.), (2002). *Κοινωνικός αποκλεισμός: για τους ανθρώπους που παραμερίζουμε*. Αθήνα: ΑΡΜΟΣ.
- Παπαχριστόπουλος Νίκος – Σαμαρτζή Κυριακή, (2010). *Οικογένεια και Νέες Μορφές Γονεϊκότητας*. Πάτρα: Opportuna.

- Παρασκευόπουλος Ιωάννης Ν., (1988). *Κλινική ψυχολογία – διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών*. Αθήνα.
- Παρίτσης Νικόλαος, Τζανακάκη – Μελισσάρη Μαρία, Χατζάκη – Τζωράκη Αικατερίνη, (2003). *Στεγαστικές δομές αποασυλοποίησης στην Κρήτη: ανάλυση παρούσας κατάστασης και προοπτική*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Τσαλίκου Φωτεινή, (1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχοσθενή*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Φίλιας Βασίλης, (1979). *Όψεις της διατήρησης και της μεταβολής του κοινωνικού συστήματος*. Εκδόσεις: Λιβάνης - Νέα Σύνορα.
- Χαρτοκόλλης Πέτρος, (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. 2^η Έκδοση Αναθεωρημένη. Αθήνα: ΘΕΜΕΛΙΟ.
- Basaglia Franco, (2008). *Οι θεσμοί της βίας και άλλα κείμενα – Ειδική Έκδοση των «Τετραδίων Ψυχιατρικής» στα 30 χρόνια από το κλείσιμο των ιταλικών ψυχιατρείων*. Αθήνα: ΒΙΒΛΙΟΤΕΧΝΙΑ.

Ξενόγλωσση μεταφρασμένη Βιβλιογραφία

- Bauman Zygmunt (2004) Μετάφραση Καρασαρίνης Μάρκος (2005). Επιστημονική Επιμέλεια Λέκκας Ε. Παντελής. *Σπαταλημένες Ζωές: Οι απόβλητοι της νεωτερικότητας*. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΤΑΡΤΙ.
- Bukowski Charles (2007). Εισαγωγή - Επιμέλεια – Μετάφραση Λειβαδάς Γιάννης. *Ποιήματα*. Αθήνα: ΗΡΙΔΑΝΟΣ.
- Cooper David, (1967). *Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική*. Αθήνα: ΡΑΠΠΑ.
» (1971). *Ο Θάνατος της Οικογένειας*. Αθήνα: ΚΑΤΑΣΤΑΝΙΩΤΗ.
- Gintis Roger, (1970). *Πίσω από τα τείχη του ασύλου*. Αθήνα: ΔΙΟΔΟΣ.
- Goffman Erving, (1994). *Άσυλα: Δοκίμια πάνω στην κοινωνική κατάσταση των φρενοβλαβών και άλλων τροφίμων*. Ευρύαλος.
- Laing, D., Esterson A., (1975). *Η ψυχική ισορροπία, η τρέλα και η οικογένεια*. Αθήνα: Ράππα.
- Pedinielli Jean – Louis, Bertagne Pascal, Gimenez Guy, Pirlot Gerard, Επιμέλεια – Μετάφραση Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σπυροπούλου Μαρία. (2010). *Κλινικές δομές νευρώσεις- ψυχώσεις- διαστροφές*. Πάτρα: Opportuna.
- Rispen Zan Μετάφραση Ζαρούκας Κώστας, (2000). *Ελληνική Μυθολογία*. ΑΡΓΩ.
- Szasz Thomas, (1973). *Το δεύτερο Αμάρτημα..* Αθήνα: Αβραάμ.

»(1973). *Η Βιομηχανία της Τρέλας*. Θεσσαλονίκη: ΙΑΝΟΣ.

» (1989). *Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική – Μια έρευνα του ρόλου των ψυχιατρικών πρακτικών στην κοινωνία*. Αθήνα: ΑΡΧΙΠΕΛΑΓΟΣ.

- Tolle Rainer – Windgassen Klaus, (13^η Αναθεωρημένη Έκδοση, *Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Τζαβάρας Νίκος, Βαρτζόπουλος Γιάννης, Βαϊκούση Έμη, (2005). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Vincent Bernard, (1994). *Οι περιθωριακοί και οι αποκλεισμένοι στην κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ροές.

Πρακτικά από ημερίδες – σεμινάρια - συνέδρια

- Ρουγγέρη Κάρμεν «Παιδικό παραμύθι και θέατρο, τρόπος έκφρασης για το ανάπηρο παιδί» Ημερίδα με θέμα «Η Τέχνη: Πηγή Έμπνευσης, Μέσο Έκφρασης, Τρόπος Ζωής για το Ανάπηρο Παιδί». Σάββατο 16 Μαΐου 2009. Αίθουσα Αίγλη - Veso Mare. Διοργάνωση: Πολυδύναμο Κέντρο Πολιτών με Αναπηρία Δήμου Πατρέων και Ε.Σ.Α.μεΑ.
- Bullimore Peter, Dillon Jacqui, Langshaw Brain, Whiting Linda «Διαχείριση και στάδια φωνών - μετατροπή αρνητικές σε θετικές φωνές» Σεμινάριο «Hearing Voices – Ακούγοντας φωνές και ζώντας με αυτές: Εξερευνώντας το νόημα των φωνών – Από το σύμπτωμα στην εμπειρία», στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί στις 22 – 27 Φεβρουαρίου 2010. Οργάνωση: 9^ο Ψυχιατρικό Τμήμα ΚΨΥ Αγ. Αναργύρων.

- Τριανταφύλλου Αγγέλα «Προσέγγιση της κοινότητας για διεκδίκηση δικαιωμάτων στον χώρο της ψυχικής υγείας». Ημερίδα με θέμα «Τα Δικαιώματα στον Χώρο της Ψυχικής Υγείας», στο Ξενοδοχείο Astir στις 6 Μαρτίου 2010. Συνδιοργάνωση: Δημοτικός Οργανισμός Υγείας – Πρόνοιας Δ.Ο.Υ.Π του Δήμου Πατρέων και ο Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία Πάτρας Σ.Ο.Ψ.Υ.

Άρθρα από περιοδικά – φυλλάδια - εγχειρίδια

- Κοκκινάκος Γεώργιος. (2005). «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση – Γενικά» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση, σσ. 108 – 111.
- Λουκάς Γιάννης. (2005). «Εμπειρίες αποϊδρυματοποίησης από τη Λέρο του χθες, και η σημερινή πραγματικότητα» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση σσ. 101 – 105.
- Μαδιανός Μιχάλης. (2005). «Η πολιτική οικονομία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση σσ. 23 – 45.
- Μανιτάκης Αντώνης. (1997). «Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς : Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 60 σσ. 54 – 67.
- Μεταξά Μαρία. (2005). «Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Στεγαστικές μονάδες και θεραπευτικό πλάνο» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση σσ. 189 – 192.

- Μοσχονάς Δημήτρης. (2009). «*Το στίγμα για την ψυχική διαταραχή και οι διαφορετικές απόψεις γι' αυτό*» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 105 σσ. 11 – 15.
- Μπαϊρακτάρης Κώστας. (2005). «*Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και καθήλωση*» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση σσ.152 – 153.
- Οικονομίδου Χρυσούλα, Παπαδημητρίου Παναγιώτα, Μεγαλοοικονόμου Θόδωρος. (1999). «*Κατάρτιση, αμειβόμενη εργασία και αποϊδρυματοποίηση, η εμπειρία του Κ.Θ.Λέρου*» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 66 σσ.116 -121.
- Σ. Ο. Φ. Ψ. Υ Νομού Σερρών. «*Μαθαίνοντας για την Σχιζοφρένεια – Αχτίδες Ελπίδας: Ένα ειδικό εγχειρίδιο για τις οικογένειες και τους φροντιστές*»: με την ευγενή χορηγία της φαρμακευτικής εταιρίας ASTRA ZENECA.
- Στεφανάκης Γεώργιος. (2005). «*Λίγα λόγια για την επαγγελματική αποκατάσταση*» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση σσ. 163-164.

Διαδικτυακοί Τόποι

- Θέματα Ακούσιας Νοσηλείας, <http://www.msu.gr>. Ανάκτηση στις 15/1/2010.
- Ζιάννη Αφροδίτη.(2009). Το κοινωνικό στίγμα της διαφορετικότητας.
<http://www.psypirosi.gr/index.php/2009-02-22-18-34-08/239--2009>.
[Ανάκτηση στις 10/02/2010.](#)
- Καραστέργιου Κατερίνα. (2008). Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια.
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=5712. Ανάκτηση στις 27/02/2010.

- Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος.(2009). Τα ψυχοφάρμακα και ο κοινωνικός έλεγχος. <http://www.psyspirosi.gr/index.php/2009-02-22-18-34-08/70-2009-03-13-14-00-54>. Ανάκτηση στις 30/11/2009.
- Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος. (2009). Φαρμακευτικές εταιρίες, κράτος και ψυχιατρική: Οι επικίνδυνες παρενέργειες της σύγχρονης έρευνας, παραγωγής και διάθεσης των ψυχοφαρμάκων. <http://www.psyspirosi.gr/index.php/2009-02-22-18-34-08/70-2009-03-13-14-00-54>. Ανάκτηση στις 30/11/2009.
- Μύθοι και Πραγματικότητα για τη Σχιζοφρένεια. <http://www.psychologia.gr> Ανάκτηση στις 12/11/2009.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να ακουστεί και να συμπεριληφθεί στην παρούσα μελέτη, η άποψη των ίδιων των ασθενών, για τα δικαιώματά τους και τον αποκλεισμό που βιώνουν στην καθημερινή τους ζωή. Αυτό είναι μια πραγματικότητα η οποία μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν θα ήταν εφικτό να παρουσιαστεί με την ίδια αμεσότητα που δημιουργείται απ' τα λεγόμενα των ίδιων των σχιζοφρενικών ατόμων.

Μέσα από τις συζητήσεις μαζί τους, αναλύθηκε σε κάποιες περιπτώσεις και ο ρόλος των οικογενειών στην εκδήλωση και την πορεία της ψυχωτικής διαταραχής.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 1^η

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε την Δευτέρα 14/12/2009 με ασθενή από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», ο οποίος εργάζεται σε ένα από τα περίπτερα – κυλικεία του νοσοκομείου.

- **Πόσο καιρό εργάζεστε στο κυλικείο;**
- Εργάζομαι 8 χρόνια και είμαι λήπτης φαρμάκων.

- **Πώς νιώθετε με την εργασία σας εδώ;**
- Νιώθω αυτόνομος ως άτομο και αντιμετωπίζω τη δουλειά μου ως εργασία και όχι ως εργοθεραπεία.

- **Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζετε στο επάγγελμα αυτό;**
- Όσον αφορά τους πελάτες, ερχόμαστε σε επαφή με μυστήρια άτομα και απαιτητικά. Πολλές φορές γίνονται πειστικοί και είναι δύσκολο να συνεννοηθείς. Μερικοί έρχονται χωρίς χρήματα και ζητούν πράγματα και άλλοι έρχονται χωρίς τις αποδείξεις ζητώντας να ανταλλάξουν προϊόντα, πράγμα που δυσκολεύει τη συνεργασία.

- **Πέρα από τις δυσκολίες που συναντάτε με τους πελάτες υπάρχουν κάποιες άλλες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε;**
- Είμαστε παιδιά ενός κατώτερου θεού και εργαζόμαστε κάτω από αντίξοες συνθήκες. Δουλεύουμε Σαββατοκύριακα, ακόμα και σε γιορτές και αργίες. Ακόμη δεν δικαιούμαστε ούτε καν αναρρωτικές άδειες και δουλεύουμε χωρίς ασφάλιση και ανάλογη αμοιβή. Στα 8 χρόνια που εργάζομαι εδώ έχω πάρει συνολικά 1 μήνα άδεια! Για μεγάλο διάστημα η αμοιβή μας ήταν 1,5 ευρώ την ώρα. Αργότερα αυξήθηκε στα 3 ευρώ την ώρα για ενάμιση χρόνο περίπου αλλά και πάλι μας μείωσαν το μισθό και τον κατέβασαν στα 2,35 ευρώ. Τώρα εκκρεμεί η απόφαση για το αν θα αυξηθεί στα 2,70 ευρώ την ώρα μετά από κάποιες κινητοποιήσεις που κάναμε.

- **Εσείς πώς αισθανθήκατε με τη μείωση αυτή του μισθού σας;**
- Έχουν κοπεί τα φτερά μας! Λένε ότι γενικά έχει πέσει η δουλειά αλλά γιατί να κόβουν από εμάς που είμαστε ευπαθής κοινωνική ομάδα? Πολλοί από τους λήπτες δουλεύουν για βιοποριστικούς λόγους. Δεν έχουμε επιλογές για δουλειά έξω και λόγω ηλικίας κλπ δε μας παίρνουν. Μας ζητάνε να είμαστε

πιο παραγωγικοί ενώ έχουν αυξήσει τις αρμοδιότητές μας και έχουν μειώσει το προσωπικό. Γι' αυτό και προχωρήσαμε στην κινητοποίηση.

- **Τι είναι αυτό που ζητάτε με την κινητοποίηση αυτή;**
- Ζητάμε δικαίωση όχι μόνο σε χρηματικό επίπεδο, αλλά και συνθήκες εργασίας χωρίς πίεση και ανασφάλεια.

- **Τέλος, εσείς πώς νιώσατε μέσα από τη διαδικασία της κινητοποίησης;**
- Ένιωσα ανακούφιση. Πάλεψα και ενεργοποιήθηκα. Όλοι μαζί γίναμε μια γροθιά. Όμως ταραχτήκα κιόλας από την αντιμετώπιση του προέδρου, που όταν πήγαμε μια τριμελής επιτροπή στο γραφείο του να του μιλήσουμε, πέταξε έξω την ψυχολόγο, γιατί δε μπορούσε να πετάξει εμάς.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 2^η

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε τη Πέμπτη 11/03/2010, με ασθενή, ο οποίος είναι λήπτης των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων του Συλλόγου για τη Ψυχική Υγεία Πάτρας (Σ.Ο.Ψ.Υ.).

- **Έχετε βιώσει ποτέ στη ζωή σας κοινωνικό αποκλεισμό;**
- Ναι, στην αρχή του προβλήματός μου. Τότε ένιωθα αποκλεισμένος. Δε μπορούσα να πάω για ένα καφέ, να σταθώ σε μια βιτρίνα. Μου ήταν δύσκολο να κοιτάξω τους ανθρώπους στα μάτια. Ο κόσμος με φόβιζε και ένιωθα άβολα και αμήχανα.
- **Τα συναισθήματα αυτά σας έκαναν να απομονώνεστε;**
- Ναι. Ένιωθα ότι δε μπορώ να βρεθώ σε ένα μέρος με πολύ κόσμο, όπως για παράδειγμα το καρναβάλι. Εγώ τότε έμεινα κλεισμένος στο σπίτι μου και δε βγήκα καθόλου έξω.
- **Έχετε αισθανθεί αποκλεισμό σε κάποιον άλλο τομέα της ζωής σας;**
- Ναι, στην εργασία. Εγώ δεν εργάζομαι τώρα, απλά απασχολούμαι χωρίς να πληρώνομαι, τα πρωινά στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στα Ψηλά Αλώνια, στο Τμήμα Πληροφορικής. Παλιότερα δούλευα στο Τμήμα Τηλεγραμματοτελεματείας του ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. «Φάρος» εδώ στην Πάτρα.
- **Έχετε κάνει προσπάθειες για να βρείτε εργασία και σας την αρνήθηκαν;**
- Όχι, δεν έχω κάνει προσπάθειες, αλλά είμαι γραμμένος στον Ο.Α.Ε.Δ. Όμως εκεί η επιλογή των ατόμων για να συμμετέχουν σε προγράμματα δε γίνεται δίκαια. Κατάλαβα ότι σε αυτά τα προγράμματα πάνε συστημένα άτομα.
- **Τι πιστεύετε ότι θα μπορούσε να γίνει ώστε να αντιμετωπιστεί ο αποκλεισμός αυτός ;**
- Να ενημερωθούν οι υπηρεσίες για τη φύση της διαφορετικότητας μας ώστε να πάψουν να μας θεωρούν επικίνδυνους και να πιστεύουν ότι θα δημιουργήσουμε πρόβλημα στη δουλειά τους. Αυτό θα μπορούσε να γίνει από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και γενικά επαγγελματίες ψυχικής

υγείας. Η πληροφόρηση αυτή μπορεί να γίνει στο κόσμο, αλλά και πιο συγκεκριμένα σε επιχειρηματίες ώστε να προσλαμβάνουν άτομα που πάσχουν στην εργασία τους.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 3^η

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε τη Πέμπτη 11/03/2010, με ασθενή, ο οποίος είναι λήπτης των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων του Συλλόγου για τη Ψυχική Υγεία Πάτρας (Σ.Ο.Ψ.Υ.).

- **Πιστεύετε ότι οι ψυχικά ασθενείς δέχονται κοινωνικό αποκλεισμό; Από πού θεωρείτε ότι ξεκινάει αυτός;**
- Καταρχάς από τα σχολεία και την εκπαίδευση. Το στίγμα ξεκινάει από τους μεγάλους και αυτοί το μεταφέρουν στα παιδιά τους. Έτσι ο αποκλεισμός έρχεται από συμμαθητές, συμφοιτητές κλπ. Όμως πρέπει να αναφέρω και την εκκλησία, η οποία αρκετές φορές ενισχύει τον αποκλεισμό, αφού χαρακτηρίζει το ψυχικά άρρωστο άτομο σαν δαιμονισμένο, που έχει μπει ο σατανάς μέσα του. Ακόμη και τα ΜΜΕ επηρεάζουν έντονα την κοινή γνώμη προς τον στιγματισμό του ψυχικά πάσχοντος αφού προβάλλουν ταινίες που διαπραγματεύονται θέματα που σχετίζονται με τη ψυχική νόσο, εδραιώνοντας έτσι το στερεότυπο του ψυχικά ασθενούς που σκοτώνει και έτσι το πρόβλημα επιδεινώνεται. Ακόμα και στις ειδήσεις αν συμβεί κάποια εγκληματική πράξη, λένε πως ο δράστης ήταν ψυχωτικός, δίνοντας του έτσι κι ένα «άλλοθι». Έτσι δημιουργείται ένας κύκλος και το στίγμα σε ακολουθεί σε ότι κι αν κάνεις, στην εργασία, στην προσωπική κα κοινωνική ζωή κλπ.
- **Που θεωρείτε ότι οφείλεται ο αποκλεισμός αυτός;**
- Στην άγνοια. Όταν δε γνωρίζεις κάτι το φοβάσαι. Η κοινωνία με κάποιο τρόπο θα πρέπει να δει και να κατανοήσει ότι οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν αποτελούν κίνδυνο για κανένα και έχουν τα ίσα δικαιώματα με όλους.
- **Με ποιους τρόπους νομίζετε ότι θα μπορούσε να καταπολεμηθεί η άγνοια και κατ' επέκταση ο αποκλεισμός;**
- Τα σεμινάρια και οι ημερίδες είναι ένας καλός τρόπος γιατί καταφέρνεις να προσελκύσεις κόσμο και μέσα από αυτά να βοηθήσεις τον κόσμο να καταλάβει τι είναι η ψυχική ασθένεια. Ένας ακόμη τρόπος είναι να υπάρχουν στα σχολεία ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και επαγγελματίες υγείας ώστε και πάλι να ενημερώνουν αλλά και να παρατηρούν τυχόν συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιο παιδί και να πληροφορήσουν την οικογένεια για την ύπαρξη αυτών.

- **Αναφέρατε την οικογένεια. Πιστεύετε ότι παίζει κάποιο ρόλο στην ασθένεια και την ψυχολογία του ασθενή;**
- Ναι, φυσικά. Η οικογένεια πρέπει να στηρίζει. Πέρα απ' αυτό η ασθένεια μπορεί να υπάρχει στο άτομο αλλά εκδηλώνεται μέσα από προβλήματα αυτής. Η οικογένεια πρέπει να αποδεχτεί την ασθένεια για να μπορέσει να βοηθήσει. Συνήθως τα μέλη της δεν αντιλαμβάνονται χωρίς το πρόβλημα και όταν το αντιληφθούν προσπαθούν να το κρύψουν γιατί υπάρχει ο φόβος για το «τι θα πει ο κόσμος».
- **Τώρα, θα θέλατε να μας μιλήσετε λίγο για το κομμάτι της εργασίας;**
- Ναι. Η εργασία είναι σημαντική για κάθε άνθρωπο. Δεν εξυπηρετεί μόνο βιοποριστικές ανάγκες αλλά κινητοποιεί το άτομο και του προσφέρει ενδιαφέροντα. Είναι λοιπόν άδικο να στερούν από κάποιον την ευκαιρία να εργαστεί. Θεωρώ απαράδεκτο το ότι ως και σήμερα ισχύει ένας νόμος του 1918 και δεν έχει θεσπιστεί κάποιος άλλος. Δε μπορώ να μη σας αναφέρω ότι γίνεται διαχωρισμός Α.με.Α και ψυχικά ασθενών από υπηρεσίες, προτιμώντας να απασχολήσουν στην εργασία τους, τα πρώτα και όχι κάποιον ψυχικά ασθενή. Τέλος θα σας πω ότι θα πρέπει να αλλάξει το σύστημα της πρόνοιας. Αυτό το λέω έχοντας στο μυαλό μου τα επιδόματα τα οποία θα έπρεπε να δίνονται μόνο με την προϋπόθεση το άτομο να συμμετέχει αποδεδειγμένα σε κάποιους συλλόγους κλπ ώστε να επιτευχθεί κινητοποίηση του, να βγει έξω στην κοινότητα και να μη συνεχίσει να μένει αδρανοποιημένο στο σπίτι.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 4^η

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε τη Πέμπτη 11/03/2010, με ασθενή, η οποία είναι λήπτης των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων του Συλλόγου για τη Ψυχική Υγεία Πάτρας (Σ.Ο.Ψ.Υ.).

- **Έχετε αισθανθεί να βιώνετε κάποιου είδους αποκλεισμό;**
- Όχι. Όχι ιδιαίτερα. Απλώς το περιβάλλον το οικογενειακό ή μάλλον περισσότερο οι υπόλοιποι συγγενείς δε θέλουν να παίρνω φάρμακα. Δεν τα θέλουν τα φάρμακα. Δεν τα θέλουν ούτε για τον εαυτό τους. Όχι όμως όλοι. Κάποια μέλη δεν τα δέχονται. Δεν το έχουμε συζητήσει με πάρα πολλούς.
- **Γιατί σας λένε να μην παίρνετε τα φάρμακα; Τι πιστεύουν;**
- Μου λένε ότι τώρα στην κατάσταση που βρίσκομαι δεν πρέπει να τα πάρω, δεν χρειάζονται.
- **Εσείς βγαίνετε έξω; Πηγαίνετε κάποια βόλτα;**
- Όχι, όχι.. Σπάνια. Δε βγαίνω και πολλές φορές.
- **Ασχολείστε με κάτι μέσα στο σπίτι κα γι' αυτό δε βγαίνετε συχνά έξω;**
- Ε, όχι. Απλώς κάτι μεσολάβησε και... με κάποιες κοπέλες που έβγαينا τώρα δε θέλω να πηγαίνω. Είναι λίγο κάπως προσωπικό – ψυχολογικό αυτό που μου συμβαίνει και δε θέλω να μιλήσω γι' αυτό.
- **Εντάξει. Γενικά ασχολείστε με κάτι;**
- Όχι, στο σπίτι κάθομαι. Με την αδερφή μου μένω.
- **Έχετε προσπαθήσει να βρείτε δουλειά και αντιμετωπίσατε κάποιες αντιστάσεις;**
- Όχι, δεν έχω προσπαθήσει. Είναι η κατάστασή μου τέτοια και δε μπορώ να δουλέψω.

- **Το νιώθετε εσείς αυτό, ότι δηλαδή δε μπορείτε να εργαστείτε ή σας το έχει πει κάποιος;**
- Εγώ το νιώθω. Νιώθω ότι δε μπορώ. Βλέπω πως είμαι... Βέβαια εδώ στο Σ.Ο.Ψ.Υ μου έχουν πει να προσπαθήσω και μπορεί να βρω κάτι για λίγες ώρες, αλλά δεν το βλέπω τόσο εφικτό.
- **Γιατί πιστεύετε ότι δεν είναι εφικτό;**
- Γιατί βλέπω ποια είναι η αντιμετώπιση απ' τους άλλους και νιώθω ότι δεν είμαι σε θέση να εργαστώ.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 5^η

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε τη Πέμπτη 11/03/2010, με ασθενή, η οποία είναι λήπτης των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων του Συλλόγου για τη Ψυχική Υγεία Πάτρας (Σ.Ο.Ψ.Υ.).

- **Έχετε βιώσει κάποιον αποκλεισμό σαν λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας;**
- Ναι, έχω βιώσει αποκλεισμό. Σε αρκετούς τομείς της ζωής μου θα έλεγα. Στην εργασία πρώτον. Πιο συγκεκριμένα υπήρχαν πολλές κλειστές πόρτες, οι οποίες κλείνανε για πολλούς λόγους και δεν άφηναν περιθώριο να πιάσω μια δουλειά.
- **Πώς σας επηρέασε ο αποκλεισμός συναισθηματικά;**
- Στην αρχή με επηρέασε αρνητικά. Πολύ αρνητικά. Κλείστηκα στον εαυτό μου, δεν έκανα προσπάθειες να παλέψω έντονα για τη ζωή μου. Αργότερα άλλαξα και το είδα θετικά. Κινητοποιήθηκα και άρχισα να παλεύω για τη ζωή μου. Βγήκα προς τα έξω να παλέψω για μένα και τα δικαιώματά μου σαν λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- **Τι πιστεύετε ότι σας βοήθησε να το κάνετε αυτό; Πού βρήκατε τη δύναμη όπως λέτε για να παλέψετε;**
- Το ότι κάποιος άνθρωπος είναι λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας να είναι βέβαια κάπως διαφορετικός αλλά μόνο αυτό πιστεύω ότι είναι. Εγώ είχα αρκετή βοήθεια σ' όλο από τον Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας, φυσικά συμπαράσταση από την οικογένειά μου και συμπαράσταση από την ψυχολόγο μου.
- **Γιατί θεωρείτε ότι οι άνθρωποι σας αποκλείουν; Και με ποιους τρόπους πιστεύετε θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αυτό;**
- Η κοινωνία γενικά δεν μπορεί να αποδεχτεί έναν λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας γιατί δεν είναι έτοιμη να το δεχτεί και γι' αυτό φταίει όχι η κοινωνία αλλά το ότι δεν είναι ενημερωμένοι οι πολίτες πάνω στα θέματα ψυχικής υγείας. Πιστεύω λείπει η ενημέρωση, τα σεμινάρια, οι ημερίδες και αυτές που γίνονται ο κόσμος δε πάει να παρακολουθήσει. Έτσι οι άνθρωποι μας αντιμετωπίζουν μ' αυτόν τον αρνητικό τρόπο γιατί είναι ανενήμεροι, δεν υπάρχει παιδεία. Κανονικά θα έπρεπε από το σχολείο απ' τα πρώτα βήματα

(του παιδιού) που πάει στο σχολείο να υπάρχει ενημέρωση γι' αυτά τα θέματα (ψυχικής υγείας), έτσι ώστε να γνωρίζουν. Επίσης μπορούν να μπουν στο σχολείο μαθήματα και άνθρωποι που να μιλάνε στα παιδιά, αλλά και στους δασκάλους για το τι είναι ψυχική υγεία, τι είναι γενικά όλο αυτό το πράγμα. Από τη στιγμή που δεν υπάρχει ενημέρωση ο κόσμος φοβάται, σου βάζει ταμπέλες, ότι ο ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος και σε χαρακτηρίζουν τρελό. Πράγμα που δεν ισχύει βέβαια. Ούτε επικίνδυνος είναι, ούτε τρελός, απλά διαφορετικός.

- **Απασχολείστε κάπου αυτό τον καιρό;**

- Εργαζόμουν στον ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. «Φάρος» εδώ στη Πάτρα, στην τηλεγραμματοεστία. Για 5 μήνες ήταν η σύμβαση μου και τελείωσε τώρα το Δεκέμβριο. Αυτή τη στιγμή δεν εργαζομαι κάπου.

- **Η απασχόληση αυτή επηρέασε τα συναισθήματά σας;**

- Ε βέβαια! Προς το καλύτερο. Θετικά. Ήμουν άλλος άνθρωπος, υπήρχαν ενδιαφέροντα. Ήταν τρεις βάρδιες, πρωί, μεσημέρι, απόγευμα κι έτσι δε δούλευα πάντα πρωί. Εναλλασσόταν το ωράριο. Καθημερινά υπήρχαν ενδιαφέροντα όπως το ότι έπρεπε να ξυπνήσω, να πάω στη δουλειά, να είμαι στη δουλειά μου καλά, να παράγω. Όλο αυτό με κινητοποιούσε.

- **Αυτά όσον αφορά το εργασιακό κομμάτι. Στην ψυχαγωγία ή την υπόλοιπη κοινωνική σας ζωή αντιμετωπίσατε ποτέ πρόβλημα;**

- Όχι. Δεν είχα κανένα πρόβλημα. Δεν υπάρχει κάποια ταμπέλα στο μέτωπο που να λέει ότι είμαι λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο άλλος δεν καταλαβαίνει ότι είμαι λήπτης στην καθημερινότητά μου, δηλαδή στην καφετέρια που θα πάω κλπ.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΜΕΝΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ
ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ»

Κυρίες και κύριοι ευχαριστώ για την παρουσία σας ευχαριστώ για την παρουσία σας στην ημερίδα του Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας και του Δ. Ο.Υ. Π. του Δήμου Πατρών. Θέμα της εισήγησής μου είναι το πλαίσιο άσκησης των δικαιωμάτων χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο νομό Αχαΐας. Σήμερα, το 2010 έχουν περάσει 25 χρόνια περίπου από την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, που σηματοδότησε αλλαγές στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Τα χρόνια αυτά που πέρασαν άλλα ζητήματα επιλύθηκαν και άλλα συνεχίζουν να απασχολούν και να ταλαιπωρούν τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις οικογένειές τους. Ανάμεσα σ' αυτά τα προβλήματα κυρίαρχη θέση έχει το ζήτημα της άσκησης των δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η ομιλία μου για το ζήτημα αυτό δε θα γίνει από επιστημονική σκοπιά, δεν είμαι επιστήμονας, αλλά θα μιλήσω από καρδιάς παρουσιάζοντας σκέψεις μου, αλλά και απόψεις φίλων μου στο Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας, που έχουν βιώματα από τη χρήση των τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Θα ξεκινήσω πρώτα παρουσιάζοντας προβλήματα που σχετίζονται με την άσκηση ατομικών δικαιωμάτων:

- 1. Κατάχρηση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας.** Δεν έχω στοιχεία για την Αχαΐα, αλλά υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που κάνουν λόγο ότι το 60 % των εισαγωγών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Αυτό το ποσοστό είναι απίστευτα μεγάλο και δεν υπάρχει σε καμία άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ακόμα – ακόμα και στις άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας τόσο από θεραπευτική σκοπιά όσο και από διαδικαστική πρέπει να επανεξεταστεί στη βάση νέων νομοθετικών ρυθμίσεων και αλλαγής του υπάρχοντος νομικού πλαισίου. Ιδιαίτερα, η παρουσία της αστυνομίας, συνδέει τον ψυχικά πάσχοντα με παραβατικές συμπεριφορές (φέρτε στο μυαλό σας την εικόνα ενός νέου άνθρου με προβλήματα ψυχικής υγείας, με χειροπέδες, ο οποίος γίνεται «θέαμα» κατά τη διακομιδή του στη ψυχιατρική κλινική και ταυτίζεται στα μάτια του κόσμου με κάποιον εγκληματία). Οι εικόνες αυτές επιτείνουν το

στίγμα σε βάρος των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Το πρόβλημα αυτό είναι γενικό και δε συναντάται μόνο στο νομό Αχαΐας. Πρότασή μας είναι λοιπόν η απαλλαγή της αστυνομίας απ' αυτά τα καθήκοντα και η εκτέλεση της εισαγγελικής παραγγελίας να γίνεται από καταρτισμένο προσωπικό του ΕΚΑΒ. Άλλωστε για θεραπεία πάμε στο νοσοκομείο, όχι στη φυλακή ή για να το θέσω αλλιώς με αυτή την έννοια όποιος δεν εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες (π.χ. τήρηση δίαιτα για τους διαβητικούς) να συλλαμβάνεται με εισαγγελική εντολή γιατί κάνει κακό στην υγεία του... Αλλά και σε θεραπευτικό επίπεδο ο μεγάλος αριθμός εισαγγελικών εντολών δείχνει την απουσία ή τις μεγάλες ελλείψεις σε υποστηρικτικές υπηρεσίες μετά την έξοδο από την ψυχιατρική κλινική. Γι' αυτούς τους λόγους πιστεύουμε εμείς στην κοινωνική λέσχη του ΣΟΨΥ Πάτρας «Εκκίνηση» ότι είναι καιρός πια αυτό το καθεστώς να αλλάξει.

- 2. Συνθήκες νοσηλείας.** Όταν σε μια ψυχιατρική κλινική, όπως αυτή Του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών που καλύπτει όλη την Δυτική Ελλάδα, υπάρχουν ράντζα μπορούμε να μιλήσουμε για ατομικά δικαιώματα και ανθρώπινες συνθήκες νοσηλείας ή Θεραπείας; Όταν δεν υπάρχει ο απαραίτητος αριθμός προσωπικού μπορούμε να μιλήσουμε για θεραπευτικό πλαίσιο; Άραγε αν υπήρχε περισσότερο Προσωπικό Θα υπήρχε ο ίδιος αριθμός καθηλώσεων, εκτός αν οι καθηλώσεις είναι στις μέρες μας πια ένας ενδεικτικός τρόπος Θεραπευτικής προσέγγισης σύμφωνος με τα ανθρώπινα δικαιώματα; Όταν οι πόρτες της ψυχιατρικής κλινικής δεν είναι ανοιχτές τότε μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση ή διαφέρουμε τόσο πολύ από έναν ασθενή της Ορθοπαιδικής κλινικής ώστε η άδεια για ένα καφέ στο κυλικείο του νοσοκομείου να καθίσταται συχνά ζήτημα διαπραγμάτευσης με φύλακες ή με προσωπικό το οποίο δεν έχει καμία εκπαίδευση στο χώρο της ψυχικής υγείας, αλλά βρίσκεται εκεί για άλλους λόγους; Όταν η οικογένεια δεν έχει ένα χώρο για να μιλήσει κάτω από ανθρώπινες συνθήκες και εμπιστευτικά με τον άνθρωπό της μπορούμε να μιλάμε για ανθρώπινα δικαιώματα; Όταν τα περιμένουμε όλα από τους ψυχιάτρους και οι υπόλοιποι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν την ανάλογη παρουσία, ώστε ο χρόνος

μας να περνά μέσα από Θεραπευτικές δημιουργικές δραστηριότητες μπορούμε να μιλάμε για ολιστική προσέγγιση; Αλλά και μετά το νοσοκομείο το υπάρχον δίκτυο κοινοτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες μας, ώστε να μην υποτροπιάσουμε; Υπάρχει άραγε διασύνδεση των υπηρεσιών μεταξύ τους και συνεργασία; Με όλα αυτά τα ερωτήματα δεν θέλω να αδικήσω τις υπάρχουσες δομές, οι οποίες αναμφίβολα προσφέρουν σημαντικό έργο, αλλά να θέσω τα προβλήματα από τη δική μας σκοπιά, ώστε μέσα από μια διαδικασία διαλόγου οι ίδιοι οι φορείς να λειτουργήσουν πιο δημοκρατικά και να μας αντιμετωπίσουν όχι ως αρρώστους, αλλά ως ανθρώπους που έχουν αισθήματα, που έχουν άποψη, που έχουν προτάσεις. Ζητάμε, λοιπόν, την ουσιαστική συμμετοχή μας στη Θεραπευτική διαδικασία, αλλά και την κάλυψη των κενών σε κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα για Κέντρα Ημέρας που δεν υπάρχουν στην Αχαΐα. Τέλος, Θα ήταν σημαντικό για την περιοχή μας η ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικής κλινικής και η λειτουργία Ψυχιατρικών Κλινικών στους νομούς Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας.

- 3. Στο σκέλος των κοινωνικών δικαιωμάτων μας απασχολούν κυρίως το δικαίωμά μας στην εργασία.** Το κράτος πρόνοιας πρέπει να δώσει περισσότερα κίνητρα σε εργοδότες και επιχειρήσεις, ώστε να προσλαμβάνουν άτομα με ψυχικά προβλήματα, ενώ Θα πρέπει να εκσυγχρονιστεί ο Ν.2643/98 που καθορίζει την ποσόστωση όσον αφορά την εργασία για Α.με.Α. Δεν ζητάμε ελεημοσύνη, αλλά δουλειά. Τα προνοιακά επιδόματα θα προτιμούσαμε να γίνουν επιδόματα απασχόλησης στο Δημόσιο ή Ιδιωτικό τομέα για εκείνα τα άτομα που μπορούν να εργαστούν. Με αυτό το μέτρο θα δει και η κοινωνία ότι όχι μόνο δεν είμαστε επικίνδυνοι, αλλά θέλουμε και μπορούμε να είμαστε και παραγωγικοί. Έτσι, σιγά — σιγά θα μπορέσει να φύγει και το στίγμα. Χρειαζόμαστε, όμως, επίσης για να γίνουμε παραγωγικοί εκπαίδευση και κατάρτιση σε ειδικά προγράμματα, επιδοτούμενες θέσεις απασχόλησης και νέες παραγωγικές δραστηριότητες στα πλαίσια των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης.

Ολοκληρώνοντας την παρουσίασή μου Θέλω να σταθώ στο έργο του Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας, που βρίσκεται στη Σισίνη 6. Ο χώρος αυτός είναι σημαντικός για εμάς. Δεν είναι οι «τοίχοι» που τον κάνουν σημαντικό. Η ξεχωριστή του αξία είναι ότι εκεί αισθανόμαστε «άνθρωποι» ... Εκεί επικοινωνούμε, εκφράζουμε τις απόψεις μας, μοιραζόμαστε τα συναισθήματά μας, μαθαίνουμε πράγματα, φτιάχνουμε το περιοδικό μας. Αισθανόμαστε ότι μας αγαπάνε, ότι είμαστε σημαντικοί, ότι μας υποστηρίζουν, ότι μας νοιάζονται, ότι ακουγόμαστε και συμμετέχουμε σε Θέματα που μας αφορούν. Τον αγαπάμε το Σ.Ο.Ψ.Υ., γιατί εκεί είμαστε όλοι ίσοι, είτε είμαστε χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είτε γονείς ή εθελοντές ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Κλείνοντας θέλω να στείλω ένα μήνυμα για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής μας, που νομίζω ότι συνδέεται άμεσα με το ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων: βάλτε λίγο Σ.Ο.Ψ.Υ. στη ζωή σας

Ευχαριστώ...

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με σκοπό την συλλογή πληροφοριών – υλικού για την λειτουργία των προγραμμάτων που σχετίζονται με την επανένταξη και γενικότερα καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς επίσης και για την ενημέρωση μέσα από περιστατικά ιδρυματικής μεταχείρισης της καταπάτησης των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικά προβλήματα.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 1^η

Η παρούσα συνέντευξη πραγματοποιήθηκε τη Δευτέρα 14/12/2009 με την κα. Κουτσανέλου Δώρα, ψυχολόγο στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο».

- **Τι γίνεται για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού σε πρακτικό επίπεδο;**
- Λοιπόν προσπάθειες τέτοιες για την καταπολέμηση του αποκλεισμού, είναι είτε οι δομές οι στεγαστικές που είναι μέσα στην κοινότητα όπως οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, και ξενώνες, είτε η απασχόληση με αμοιβή των ψυχικά πασχόντων και κατ' επέκταση οι εργασιακές δομές.
- **Θέλετε να μας αναφέρετε κάποια πράγματα αρχικά για τις στεγαστικές δομές;**
- Οι στεγαστικές δομές δεν είναι ψυχιατρεία όπως βλέπεις το Δρομοκαΐτειο γύρω γύρω με θυρωρεία και απαγορεύσεις στην είσοδο και στην έξοδο. Αυτές οι απαγορεύσεις είναι ένα βήμα προς τον κοινωνικό αποκλεισμό. Το ανάποδο, δηλαδή το να βγεις προς τα έξω και να μπει η κοινότητα προς τα μέσα είναι βήμα καταπολέμησης του αποκλεισμού. Άρα μιλάμε για στέγη και δραστηριότητες στη κοινότητα.
- **Φαντάζομαι εξίσου σημαντικό μέτρο θα είναι και η απασχόληση με αμοιβή.**
- Ναι. Αρκετά σημαντική είναι και η απασχόληση με αμοιβή, γιατί η παραδοσιακή απασχόληση ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας και σοβαρά μάλιστα όπως αυτοί εδώ, ήταν συνήθως να είναι μαύρη εργασία ή να δουλεύει κάποιος και να πληρώνεται με ένα τσιγάρο. Να κάνει κάποιος ασθενής δουλειές σκληρές εντός ψυχιατρείου, θα το δεις να συμβαίνει και τώρα, δεν είναι δηλαδή κάτι που έχει εκλείψει. Θα σου αναφέρω συγκεκριμένα ότι ασθενείς που δεν έχουν κανένα εισόδημα, συγγενείς ή οτιδήποτε, δικαιούνταν να παίρνουν κάποια τσιγάρα, λοιπόν πρόσφατα με απόφαση της διοίκησης το κόψανε και αυτό. Έτσι βλέπεις για παράδειγμα να ζητάει η καθαρίστρια από ασθενή να της αδειάσει τα σκουπίδια και να σκουπίσει και αν το κάνει αυτό θα του δώσει κάποιο τσιγάρο. Βλέπεις πως αμέσως δημιουργούνται όλα αυτά και υπάρχει εκμετάλλευση.

- **Ναι. Νομίζω η εκμετάλλευση φαίνεται πολύ καθαρά στο περιστατικό που αναφέρατε. Αλλά ας μιλήσουμε κ λίγο πιο συγκεκριμένα για τις εργασιακές δομές.**
- Λοιπόν μια προσπάθεια για την καταπολέμηση του αποκλεισμού στο κομμάτι της επαγγελματικής αποκατάστασης είναι οι εργασιακές δομές όπως οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.) που είναι η θεσμοθετημένη μορφή. Η προσπάθεια ήταν πιο παλιά. Ξεκίνησε στην Θεσσαλονίκη πρώτα με τις Συνεργατικές Θεραπευτικές Μονάδες (Σ.ΘΕ.Μ.) που ήταν πρωτόλειες. Εδώ πέρα ακόμα το καθεστώς έτσι είναι, δηλαδή σαν Σ.ΘΕ.Μ. Εδώ σε μας, στο Δρομοκαΐτειο για να μιλήσουμε συγκεκριμένα, φαντάσου την παλιά εργοθεραπεία την παραδοσιακή, η οποία παλιότερα δεν ήταν αμειβόμενη, πρόσφατα την εντάξανε σε ένα πρόγραμμα όπου παίρνουν μια αμοιβή δηλαδή κάποιος παραπέμπεται, πηγαίνει στην εργοθεραπεία, απασχολείται, κάνει κάποια πράγματα για ένα διάστημα και γι' αυτό το διάστημα πληρώνεται, σε αντίθεση με παλιότερα. Παίρνει γύρω στα 117 ευρώ το μήνα.

-Πώς ξεκίνησε αυτό; Δηλαδή η αμοιβή; Με ποια πρωτοβουλία;

- Ξεκίνησε με το θεσμό του θεραπευτικού κινήτρου. Το θεραπευτικό κίνητρο θεσμοθετήθηκε και ψηφίστηκε να δίνεται σαν κίνητρο για να ακολουθεί κάποιος ένα πρόγραμμα θεραπευτικό που δεν είναι απαραίτητα με την έννοια της παραδοσιακής εργοθεραπείας,

«Πήγαινε δηλαδή ζωγράφιζε για να σου δώσουν αυτό». Γιατί στην εργοθεραπεία η δουλειά είναι πολύ πιο βαθιά. Δηλαδή έναν ασθενή μπορείς να τον εκπαιδεύσεις σε δεξιότητες με το να τους δώσεις ένα χρηματικό ποσό ως κίνητρο για να μάθει να χρησιμοποιεί τα χρήματα ή να μάθει να χρησιμοποιεί τα μέσα συγκοινωνίας. Αυτό επιτυγχάνεται αν του πεις πάρε να πεις καφέ ή να πας για ψώνια και θα πάρεις το λεωφορείο να πας εκεί ή θα με συναντήσεις στην τάδε περιοχή. Δηλαδή μικρά πρακτικά πράγματα που θα τον κινητοποιήσουν. Όμως όταν ο άλλος δεν έχει κάποιο χρηματικό ποσό να το κάνει αυτό ή αν δε του δώσεις ένα τέτοιο κίνητρο, το παραπάνω είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Για τον λόγο αυτό το θεραπευτικό κίνητρο είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει.
- **Τι ισχύει εδώ για το θεραπευτικό κίνητρο;**
- Εντάξει εδώ πέρα στο Δρομοκαΐτειο το θεραπευτικό κίνητρο που θα μπορούσε κάποιος να το πάρει με ένα πρόγραμμα εξατομικευμένο, όπως αυτό παραπάνω, ταυτίστηκε δυστυχώς με την εργοθεραπεία. Είπαν, εμείς σαν θεραπευτές, σαν

ίδρυμα τι θα δώσουμε στους ασθενείς μας για να κάνουν κάτι; Και πήραν το θεραπευτικό κίνητρο και είπαν θα το παίρνουν αυτοί που πηγαίνουν στην εργοθεραπεία και ζωγραφίζουν ή κάνουν ξυλογλυπτική. Έχει πρόγραμμα ξυλογλυπτικής, έχει ένα πρόγραμμα μουσικό και παίζουν σε μια ορχήστρα και ένα ραφείο. Όλα αυτά είναι μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου όμως.

- **Θα θέλατε να μας αναφέρετε κάποια πράγματα για τις Σ.ΘΕ.Μ.;**
- Ναι. Παράλληλα με τα προγράμματα που αναπτυχθήκανε μέσα στο ψυχιατρείο, δημιουργήθηκαν και οι καθαρά θεραπευτικές μονάδες Σ.ΘΕ.Μ., που κι αυτές όμως δυστυχώς αμείβονται μόνο με το θεραπευτικό κίνητρο κι δεν βοηθούν σε κάτι πιο βαθύ. Οι θεραπευτικές συνεργατικές μονάδες που έχουν δημιουργηθεί από ασθενείς του Δρομοκαϊτείου είναι ένα φωτοτυπείο στην Κάνιγγος στο Χαρτόκοσμο, ένα τυροπιτάδικο στην Ακαδημίας, το οποίο όμως δε δουλεύει και τόσο καλά, τα τελευταία χρόνια έχει παρακμάσει πάρα πολύ, ένα μαγαζί που υπάρχει εδώ στην Καραϊσκάκη αριστερά, το «Ψυχή», που είναι μαγαζί με δώρα και ένα άλλο μαγαζί που φτιάχνει επιχειρηματικά δώρα και τα δίνει. Δηλαδή συσκευάζει κρασιά, ζυμαρικά, γλυκά του κουταλιού γενικά παραδοσιακά προϊόντα και τα φτιάχνουν καλάθια με σκοπό να τα δίνουν δώρα σε επιχειρήσεις. Όλα αυτά εκτός ψυχιατρείου. Μέσα σ αυτό υπάρχει ένα εκτροφείο για ωδικά πτηνά, ένα κομμωτήριο που πηγαίνουν οι ασθενείς από δω και κουρεύονται και βάζουν τα μαλλιά τους και δουλεύουν μέσα ασθενείς σ' αυτό και τέλος δύο περίπτερα – κυλικεία, που είναι και τα πιο κερδοφόρα, γιατί έχουν σίγουρη δουλειά.
- **Όλες οι παραπάνω επιχειρήσεις, λειτουργούν με το καθεστώς των Σ.ΘΕ.Μ. Το ερώτημα είναι, έχουν αυτονομία και θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για πλήρη ενσωμάτωση και ένταξη στον εργασιακό χώρο, των ατόμων που δουλεύουν σ αυτές;**
- Όχι. δεν έχει γίνει ποτέ μια σοβαρή προσπάθεια να έχουν την απαραίτητη αυτονομία, οικονομική, διοικητική και να τους δώσουν και κάποιους πόρους για να μπορέσουν να είναι πιο παραγωγικοί. Γιατί αυτό δεν είναι πάντα εύκολο. Είναι εύκολο να το λες αλλά στη πράξη έχει δυσκολίες. Δε μπορεί να έχει κάποιος την απαίτηση αυτοί οι χώροι να είναι αμιγώς κερδοφόροι. Και οικονομικά πολλές φορές γίνεται αυτή η σύγχυση και υπάρχουν πολλά προβλήματα σε σχέση με αυτό πάντα. Τελοσπάντων δεν τους δόθηκε ποτέ η ευκαιρία να αναπτυχθούν πραγματικά ώστε να γίνουν και κινήσεις όπως το να μπορούν να έχουν Α.Φ.Μ και ξέρεις είναι κάτι που αλλάζει το νόημα τελείως, όταν δηλαδή αυτό που παράγεις μπορείς και να το πουλήσεις νόμιμα. Είσαι αυτόνομος πλέον. Εμείς εδώ δεν μπορούμε να μιλάμε για κάτι τέτοιο αφού δεν

υπάρχει Α.Φ.Μ. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, ακόμα κι αν δε τα καταφέρεις γιατί πάλι δεν είναι εύκολο. Ακόμα και επιχειρήσεις ανθρώπων που δεν έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα. Δηλαδή δεν μπορεί κανείς να έχει την απαίτηση, τόσο δύσκολο που είναι τα πλαίσια να σταθεί κάποιος, αλλά τουλάχιστον μπορείς να βάλεις κάποιους στόχους. Λοιπόν δεν έχει γίνει μια σοβαρή προσπάθεια. Η προσπάθεια όλα αυτά να είναι νόμιμα και να λειτουργούν πιο αυτόνομα, να έχουν διοικητικό συμβούλιο, να έχουν εκλογές δηλαδή να δουλεύουν σαν συνεταιρισμοί επισήμως και να υπάρχουν κάποιες διοικήσεις, υποτίθεται ότι επιτεύχθηκε με τη θεσμοθέτηση των ΚΟΙ.Σ.Π.Ε οι οποίοι είναι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης όπως είπαμε και παραπάνω.

- **Από ποια άτομα αποτελούνται οι ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. και πως λειτουργούν;**
- Στους ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. βάλανε κάποια ποσοστά και λένε μπορούν να συμμετέχουν κάποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και λειτουργοί γενικότερα, είτε δουλεύουν στο δημόσιο είτε όχι, το νομιμοποιούσε αυτό, γιατί δεν είναι για κέρδος είναι για ενίσχυση η όλη ιστορία, επίσης θα συμμετέχουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας σε ένα άλλο ποσοστό και φορείς ιδιωτικοί με την έννοια δήμων, μη κερδοσκοπικές εταιρίες, φιλανθρωπικά ιδρύματα, σύλλογοι κτλ. και όλοι μαζί αυτοί ενώνονται και κάνουν έναν ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Σ' αυτούς δικαίωμα ψήφου έχουν όλοι και οι ασθενείς και οι επαγγελματίες και όλοι και εκλέγονται έτσι μέλη διοικητικού συμβουλίου. Αυτός είναι ένας τρόπος πιο αυτόνομος και πιο δημοκρατικός αφού νομιμοποιεί τον ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. να έχει έσοδα νόμιμα και αυτό συμβαίνει γιατί έχει Α.Φ.Μ. Έτσι μπορεί να πουλάει, να βγει έξω στην κοινότητα και να κάνει δραστηριότητες όπως μαγαζιά νομιμότητα και να έχει έσοδα και ταυτόχρονα βάζεις και θεραπευτικούς στόχους. Αυτά βέβαια στην θεωρία.
- **Πρακτικά;**
- Πρακτικά έχει γίνει αλλού, αλλά σε μας εδώ δεν έχουν θελήσει να γίνουν ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Για 1000 λόγους δεν το θελήσανε. Γιατί προφανώς δεν είναι πάντα εύκολο ένα διοικητικό συμβούλιο να βάλει μπροστά το συμφέρον των ασθενών και να πει ότι θέλει να ελέγχει την κατάσταση, δεν θέλει να υπάρχει αυτονομία ή να εκχωρήσει περιουσιακά στοιχεία στον ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. για να έχει δραστηριότητες και προτιμά να δουλεύει αυτά τα λίγα πράγματα που έχει με το καθεστώς των Σ.Θ.Ε.Μ. Το οποίο όμως έχει προβλήματα πολλά. Όχι ότι ο ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. θα έλυνε όλο το πρόβλημα, αλλά τουλάχιστον θα ξεπερνούσε κάποια.

- **Είχαμε μάθει για μια κινητοποίηση που είχε γίνει στις Σ.ΘΕ.Μ. του Δρομοκαϊτείου . Θα θέλατε να μας μιλήσετε γι αυτό;**

- Όπως σας ανέφερα παραπάνω, εμείς λειτουργούμε ακόμα σαν Σ.ΘΕ.Μ., αν και είχε τεθεί παλαιότερα το αίτημα να γίνουμε ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Λοιπόν, επειδή για αρκετό καιρό οι ασθενείς δεν πληρωνόντουσαν αυτό το θεραπευτικό κίνητρο που σας εξήγησα, είχαν αρχίσει να κάνουν συναντήσεις και συνελεύσεις άτυπες, γιατί αρχικά δεν υπήρχε κάποιο νομικό όργανο που να τους κατοχυρώνει.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρω ότι υπάρχει και τώρα ένα πρόβλημα με το θεραπευτικό κίνητρο , αφού βγήκε μια απόφαση από την διοίκηση, η οποία λέει ότι για αρκετούς καινούριους ασθενείς οι οποίοι στέλνονται να συμμετέχουν κάπου και να παίρνουν κάποια αμοιβή, την κόβει και έχει αφήσει το θεραπευτικό κίνητρο μόνο για τους παλιούς και γίνεται και τώρα μια κινητοποίηση και γι' αυτό.

Ας επανέλθουμε όμως στις περσινές κινητοποιήσεις. Πέρυσι Χριστούγεννα, ξεκίνησαν συνελεύσεις οι ασθενείς (για να δείτε την θέληση να παλέψουν και να διεκδικήσουν δικαιώματα που θα έπρεπε να είναι κατοχυρωμένα) και μέσω αυτών, αποφάσισαν την δημιουργία ενός σωματείου για άτομα που απασχολούνται σε τέτοιου είδους μονάδες (Σ.ΘΕ.Μ). Αυτό το σωματείο φέτος έχει προχωρήσει πολύ. Έτσι έγινε πέρυσι η κινητοποίηση που με ρώτησες και είναι πολύ ενδιαφέρον αν δεις πως οι ίδιοι οι ασθενείς πήραν λόγο σ' αυτό και νομίζω αυτό είναι και το πιο σημαντικό. Ο τρόπος κινητοποίησης ήταν ότι οι ασθενείς σταμάτησαν να πηγαίνουν στην εργοθεραπεία και βγήκε και κάποιο δελτίο τύπου για την όλη κατάσταση και με την πίεση της δημοσιότητας που υπήρχε, πληρώθηκαν κάποια χρήματα. Τώρα πάλι έχει αρχίσει να υπάρχει καθυστέρηση.

- **Τα χρήματα αυτά από πού δίνονται;**

- Δίνονται από το υπουργείο και συνήθως η διοίκηση αντιδρά, γιατί δεν θέλει από τα χρήματα του Δρομοκαϊτείου, από τον ισολογισμό δηλαδή να βγάζει χρήματα και να πληρώνει τις Σ.ΘΕ.Μ.

- **Αναφερθήκατε και στην δημιουργία ενός σωματείου. Αυτό αποτελείται μόνο από ασθενείς ή και από κάποιους επαγγελματίες;**

- Το σωματείο αποτελείται μόνο από ασθενείς. Ξεκινήσαμε με την βοήθειά μας σε επίπεδο πρακτικό, πως γίνεται δηλαδή ένα σωματείο. Βοηθήσαμε, βρίσκοντας έναν δικηγόρο, τον οποίο ζητήσαμε να τον πληρώνει το σωματείο των εργαζομένων εδώ. Τώρα είμαστε στην φάση ότι νομιμοποιείται και θα βγει

η απόφαση από το ειρηνοδικείο ότι υπάρχει το σωματείο και λέγεται «Αυτονομία».

- **Η κατάσταση τώρα που μιλάμε ποια είναι;**

- Η κατάσταση δεν είναι και τόσο καλή. Θα σας πω για παράδειγμα ότι η αμοιβή των ανθρώπων που δουλεύουν στα κυλικεία – περίπτερα, οι οποίοι αμείβονται από τα έσοδα των κυλικείων, είναι κάτι το οποίο είναι συνεχώς σε επισφάλεια, σε συνεχή αμφισβήτηση. Δεν είναι κάτι που θα μπορούσε να πει κάποιος ότι είναι τελείως σταθερό. Είχαμε πετύχει πέρυσι στα πλαίσια της κινητοποίησης οι άνθρωποι που δουλεύουν στα κυλικεία, που κάνουν πολύ δύσκολη δουλειά, φοβερά πιεστική και με ωράριο χάλια, αφού δουλεύουν Χριστούγεννα, Πάσχα, Σαββατοκύριακα , ανασφάλιστοι άρα για ποια δικαιώματα μιλάμε; να πάρουν ζευρώ, από 1,50 ευρώ που έπαιρναν 10 -15 χρόνια.

Ήταν μια αλλαγή της διοίκησης και μέσα στην αλλαγή δεν κατάλαβαν τι ακριβώς γίνεται και έτσι πήραν την αύξηση. Ωστόσο έρχεται η παλιά διοίκηση ξανά και λέει όχι στην αύξηση αυτή που πήραν επειδή είναι υπερβολική - με κρύα, βροχές, Σαββατοκύριακα κτλ. και έτσι κατεβάζει πάλι το ποσό στα 2.35 ευρώ.

- **Τι συνέπεια είχε αυτή η αλλαγή του μισθού στους ασθενείς;**

- Αναστατώθηκαν πάρα πολύ. Μια προσπάθεια που κάναμε με μια επιτροπή από τους ασθενείς που δουλεύουν στα περίπτερα ήταν ότι πήγαμε καιμίλησαν οι ίδιοι στον πρόεδρο, γιατί πολλές φορές πιστεύουν ότι είναι πράγματα όπου εμείς τα λέμε. Ουσιαστικά ήταν η πρώτη φορά που πάνω στην διοίκηση (κατά την γνώμη μου) είδανε ότι δεν τα λέμε εμείς αλλά οι ίδιοι και πολύ καλύτερα κίόλας.

- **Τι ακριβώς είπαν οι ασθενείς στον πρόεδρο;**

- Του εξήγησαν τι ακριβώς κάνουν και πόσο κουραστική και απαιτητική είναι η δουλειά τους και ότι τελείως ξαφνικά τους μειώνουν τα χρήματα, από το πουθενά και οι ίδιοι έχουν βάλει δώσεις πχ. στον οδοντογιατρό ή θα πληρώσουν το ενοίκιο τους από αυτά τα λεφτά και ότι αυτό τους έχει ταραξεί αρκετά γιατί δεν υπάρχει μια σταθερότητα.

- **Πως αντέδρασε η διοίκηση;**

- Δεν φάνηκε να τους συγκίνησε ιδιαίτερα και απλά αποφάσισαν να κάνουν την μείωση στα 2,70 ευρώ. Δηλαδή τους δώσανε λίγο παραπάνω και το έχουν

αφήσει εκεί, ούτε καν δεν το έχουν στείλει να υλοποιηθεί σαν απόφαση, αλλά το έχουν και το κρατάνε στα χαρτιά. Αυτό έχει προκαλέσει αναστάτωση στους ασθενείς, εκτός από το ότι είναι δυσαρεστημένοι από την μείωση των χρημάτων, πολλοί από αυτούς είναι πολύ κουρασμένοι από την διαρκή διεκδίκηση για δικαιώματα στον εργασιακό χώρο, κάτι που θα έπρεπε να είναι αυτονόητο και ήδη κατοχυρωμένο. Σας λέω είναι τρομερό το ποσό που μέσα σε έξι μήνες τους έχουν πάρει τους έχουν δώσει και ξανά τα ίδια. Δεν υπάρχει καμία σταθερότητα και σιγουριά.

- **Οι ασθενείς πως το βιώνουν αυτό, τι σας αναφέρουν;**
- Την τελευταία φορά που κάναμε συνάντηση πολλοί από αυτούς μου είπαν ότι το πράγμα αυτό τους έχει διαλύσει και ίσως να θεωρούσαν ότι τότε που παίρνανε τα 800ευρώ ήταν πιο καλά. Έχουν φτάσει στο σημείο αυτό, φοβούνται να κινητοποιηθούν παραπάνω γιατί νιώθουν ότι απειλούνται και θα τα χάσουν όλα στο τέλος.
- **Τέλος θα ήθελα να μου πείτε ποια είναι η γνώμη σας για τα προγράμματα αυτά ένταξης και αποασυλοποίησης;**
- Κοίτα αυτές οι προσπάθειες κάποια στιγμή λειτουργούσαν όσο υπήρχαν κάποιες χρηματοδοτήσεις από την Ευρωπαϊκή Ένωση και υπήρχε διαφορετική κινητικότητα όσο λειτουργούσαν κάποια προγράμματα που ήταν καταπολέμηση του αποκλεισμού και που έπαιρναν χρηματοδότηση από εκεί. Γιατί όλα αυτά που γίνανε τα τελευταία χρόνια, δηλαδή οι εργασιακές και οι στεγαστικές δομές εντάσσονται όλα στα γενικότερα προγράμματα αυτά καταπολέμησης του αποκλεισμού. Έτσι όταν σταματήσανε τα χρήματα αυτά να έρχονται, αρχίσανε οι περικοπές και τα μέτρα και με αφορμή και την γενικότερη κρίση που επικρατεί - το ακούμε και αυτό- δημιουργήθηκαν πολλά προβλήματα και ουσιαστικά «κολλήματα» στην λειτουργία αυτών των προγραμμάτων. Φυσικά αυτό έχει έντονα αρνητικές συνέπειες στους ασθενείς και για να είμαστε ρεαλιστές, από κει που είχε ξεκινήσει μια αλλαγή στα πράγματα, βρισκόμαστε ξανά στο σημείο μηδέν της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 2^η

Η παρούσα συνέντευξη πραγματοποιήθηκε την Τρίτη 09/03/2010 με την κα. Ζερβού Κατερίνα, Κοινωνική Λειτουργό του οικοτροφείου ΙΡΙΣ της Πάτρας. Στην συνέντευξη αυτή περιλαμβάνονται κάποιες από τις συνθήκες που επικρατούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου, καθώς η κα. Ζερβού υπήρξε μέλος της εθελοντικής ομάδας που λειτούργησε στο ψυχιατρείο στα πλαίσια της αποασυλοποίησης.

- Έχουν βιώσει οι ασθενείς του οικοτροφείου κάποιες μορφές κοινωνικό αποκλεισμό;

- Για να πω την αλήθεια δεν έχουν βιώσει ιδιαίτερα τον αποκλεισμό οι ασθενείς, εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις. Έχει προηγηθεί όμως συζήτηση με την κοινότητα και ενημέρωση προς αυτή. Μπορούμε να πούμε ότι αν έχει γίνει κατάλληλη δουλειά από την κοινωνική υπηρεσία κάθε ιδρύματος, έχει γίνει δηλαδή αγωγή στην κοινότητα, μπορεί να υπάρξει καλύτερη αποδοχή. Μιλάμε τώρα για ανθρώπους που μένουν σε ένα οικοτροφείο, σε ένα ίδρυμα, δε μιλάμε για μεμονωμένες περιπτώσεις.

- Ποιές είναι οι αντιδράσεις που έχει μια γειτονιά – κοινότητα, όταν της γνωστοποιηθεί ότι πρόκειται να ανοίξει στη περιοχή κάποια δομή για ψυχικά ασθενείς;

- Να πούμε λοιπόν ότι με το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης, όταν είναι να δημιουργηθούν καινούριες δομές στις πόλεις μέσα, πολλές φορές δημιουργείται θέμα από τη γειτονιά. Αρχίζουν, λοιπόν, οι κάτοικοι να λένε ότι θα μας φέρουν τους τρελούς, θα σκοτώσουν ή θα βιάσουν οι τρελοί τα παιδιά μας κλπ. Πολλές φορές σε τέτοιες περιπτώσεις γίνονται δικαστήρια, τα οποία συνήθως κερδίζονται από το πρόγραμμα. Δηλαδή δημιουργούνται οι δομές και στη συνέχεια όταν βλέπει η γειτονιά ποιοι πραγματικά είναι οι άρρωστοι, ότι δεν είναι επικίνδυνοι, τους αποδέχονται.

- Θα θέλατε να μας αναφέρετε κάποιο συγκεκριμένο περιστατικό αποκλεισμού που έχει δεχτεί κάποιος ασθενής του οικοτροφείου;

- Ένα άσχημο περιστατικό που είχαμε τελευταία και δείχνει πολλά πράγματα για το τι σημαίνει αποκλεισμός είναι το παρακάτω. Έχουμε μια ασθενή η οποία αρπάζει τους καφέδες. Λοιπόν μια μέρα καλέσαμε ταξί για να βγουν για βόλτα κάποιοι ασθενείς, όπως συνηθίζεται να γίνεται. Ο οδηγός του ταξί είχε έναν καφέ στο αυτοκίνητο. Δυστυχώς όμως δε μπήκαμε πριν να

ελέγχουμε αν έχει κάποιον καφέ. Οπότε μπαίνει η Μ. στο ταξί, τρέχει, αρπάζει τον καφέ και καθώς τον έπαιρνε χύθηκε παντού και λέρωσε το αμάξι.

- **Ποια ήταν η αντίδραση του οδηγού μπροστά στο περιστατικό αυτό;**
- Αυτό που έγινε ήταν φοβερό... Ο ταξιτζής είχε πάρα πολλά νεύρα και άρχισε να βρίζει και να φωνάζει. Χαρακτηριστικά έλεγε «Τι θέλετε και τους βγάζετε έξω αυτούς τους τρελούς;» «Μου χάλασε το αυτοκίνητο και να μου το πληρώσετε» «και οι τρελοί και οι έτσι και οι αλλιώς...» Έβριζε πάρα πολύ. Εμείς προσπαθήσαμε να τον καθησυχάσουμε, πήγαν κάποιες κοπέλες και του καθάρισαν όσο μπορούσαν το αυτοκίνητο. Εντάξει δεν είχε γίνει και καμιά τεράστια ζημιά. Αυτός δεν ηρεμούσε, φώναζε και αυτό κράτησε αρκετή ώρα. Τηλεφωνήσαμε και στον πρόεδρο των ταξί, τον ενημερώσαμε για το περιστατικό και μας είπε να δείξουμε κατανόηση και ότι θα του γινόταν κάποια παρατήρηση.
- **Υπάρχει κάποιο άλλο αντίστοιχο περιστατικό που θεωρείτε ότι φαίνεται ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με ψυχική νόσο;**
- Ναι, παλιότερα πηγαίναμε τους ασθενείς σε ένα κομμωτήριο στη περιοχή και ξαφνικά η ιδιοκτήτρια μας είπε ότι δε θέλει να συνεχίσουν να εξυπηρετούνται εκεί, γιατί χαλάνε την εικόνα που έχουν οι πελάτες για το κομμωτήριό της. Το περιστατικό αυτό φανερώνει τη μη αποδοχή των ατόμων αυτών στο κοινωνικό σύνολο.
- **Η αποασυλοποίηση αποτέλεσε έναν από τους κυριότερους μηχανισμούς για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και είναι γνωστό ότι στην Ελλάδα ξεκίνησε από το ψυχιατρείο της Λέρου. Θα θέλαμε, ως μέλος της εθελοντικής ομάδας που ήσασταν τότε στη Λέρο, να μας αναφέρετε κάποια πράγματα για τις συνθήκες που επικρατούσαν εκεί.**
- Να μιλήσουμε λίγο για τη βία που υπήρχε μέσα στο ψυχιατρείο της Λέρου. Οι συνθήκες εκεί ήταν απάνθρωπες, οι άνθρωποι ήταν γυμνοί σχεδόν ή τα ρούχα που φορούσαν ήταν βρώμικα. Πέταγαν με ταψιά το φαγητό, εκεί που ήταν 100 άνθρωποι μαζεμένοι και γυμνοί κι εκείνοι όρμαγαν σαν τα ζώα για να προλάβουν να φάνε. Έτσι πέθαιναν και πάρα πολλοί από πνιγμούς, λόγω της πείνας, επειδή κατέβαζαν αμάσητο το φαγητό για να προλάβουν να φάνε. Ακόμη συχνό ήταν τα μέλη του προσωπικού να μην δίνουν όλο το φαγητό στους ασθενείς αλλά να το κρατάνε για να ταΐσουν τα σκυλιά τους. Το νερό που έπιναν οι ασθενείς σχεδόν πάντα ήταν υφάλμυρο διότι έπρεπε

να έρχονται βυτία και να γεμίζουν μπιτόνια με νερό και ακόμη κι αυτό οι εργαζόμενοι δεν είχαν διάθεση να το κάνουν. Δηλαδή φανταστείτε ότι απαξιούσαν τόσο πολύ που δεν έδιναν ούτε καν την εντολή στους ασθενείς να πάρουν τα μπιτόνια και να γεμίσουν απ' το βυτιό νερό, οπότε τους άφηναν να πίνουν το υφάλμυρο, μέχρι που μπήκε η αποασυλοποίηση και προσπάθησε να αλλάξει την κατάσταση. Επίσης έπεφτε ξύλο και μεταξύ των ασθενών αλλά και από το προσωπικό.

- **Το προσωπικό ήταν σε κατάσταση άμυνας όταν ασκούσε βία στους ασθενείς;**
- Όχι, τι άμυνα...; Απλά το θεωρούσαν ως θεραπευτικό μέσο ή ως μέσο τιμωρίας, όταν δεν υπάκουαν στις εντολές τους, που «φυσικά» ήταν αδιανόητο οι ασθενείς να έχουν το δικαίωμα να πουν σε κάτι όχι.. Επίσης το μπάνιο των ασθενών γινόταν πάντα με κρύο νερό και χρησιμοποιούσαν λάστιχο. Οι ασθενείς έμπαιναν στη σειρά και τους έπλεναν με το λάστιχο, κρατώντας μάλιστα μια απόσταση μήπως και κολλήσουν την «μεταδιδόμενη ασθένεια της τρέλας». Ακόμη όσοι ασθενείς ήταν κατάκοιτοι έμεναν 20ωρο και παραπάνω χωρίς να αλλαχτούν από το προσωπικό και γενικώς τα πράγματα άλλαξαν όταν μπήκε το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης.
- **Άλλαξαν και πρακτικά τα πράγματα;**
- Άλλαξαν και πρακτικά, αλλά με πολύ μεγάλο αγώνα και αντιστάσεις από το μόνιμο προσωπικό. Αυτό γιατί το κύριο τους πρόβλημα ήταν μήπως χάσουν τη δουλειά τους αν φύγουν οι ασθενείς και πάνε σε πιο μικρές δομές και εκτός Λέρου.
- **Ποιες ήταν οι αντιδράσεις των κατοίκων της Λέρου όταν ξεκίνησε η αποασυλοποίηση και οι ασθενείς άρχισαν να βγαίνουν έξω από το ψυχιατρείο;**
- Υπήρχε μεγάλο πρόβλημα στην αρχή με το να βγαίνουν οι ασθενείς έξω, καθώς όλα αυτά τα χρόνια ήταν κλεισμένοι μέσα στο άσυλο και δεν είχαν βγει ποτέ έξω από τα «Λέπιδα», έτσι όπως λεγόταν το ψυχιατρείο. Έτσι υπήρχε μεγάλο πρόβλημα να αποδεχτεί η κοινότητα της Λέρου τους ασθενείς στα εστιατόρια, τα καφενεία και γενικά στη ζωή του νησιού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**Συλλογή φωτογραφικού υλικού από ηλεκτρονικές διευθύνσεις,
βιβλία και από άρθρα εφημερίδων και περιοδικών,.**

Ο φωτογραφικός φακός πρόλαβε σκηνές όπου απεικονίζεται η κτηνωδία, του κατά τα άλλα, ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού ψυχιατρικών ιδρυμάτων προς τους ασθενείς. Οι περισσότερες από τις φωτογραφίες είναι αρκετά παλιές ωστόσο ας μην έχουμε αυταπάτες. Η κατάσταση στις μέρες μας (αν και έχουν γίνει κάποιες κινήσεις αποασυλοποίησης) δεν είναι και πολύ διαφορετική από τότε....

Έτσι, μια εικόνα είναι χίλιες λέξεις.....



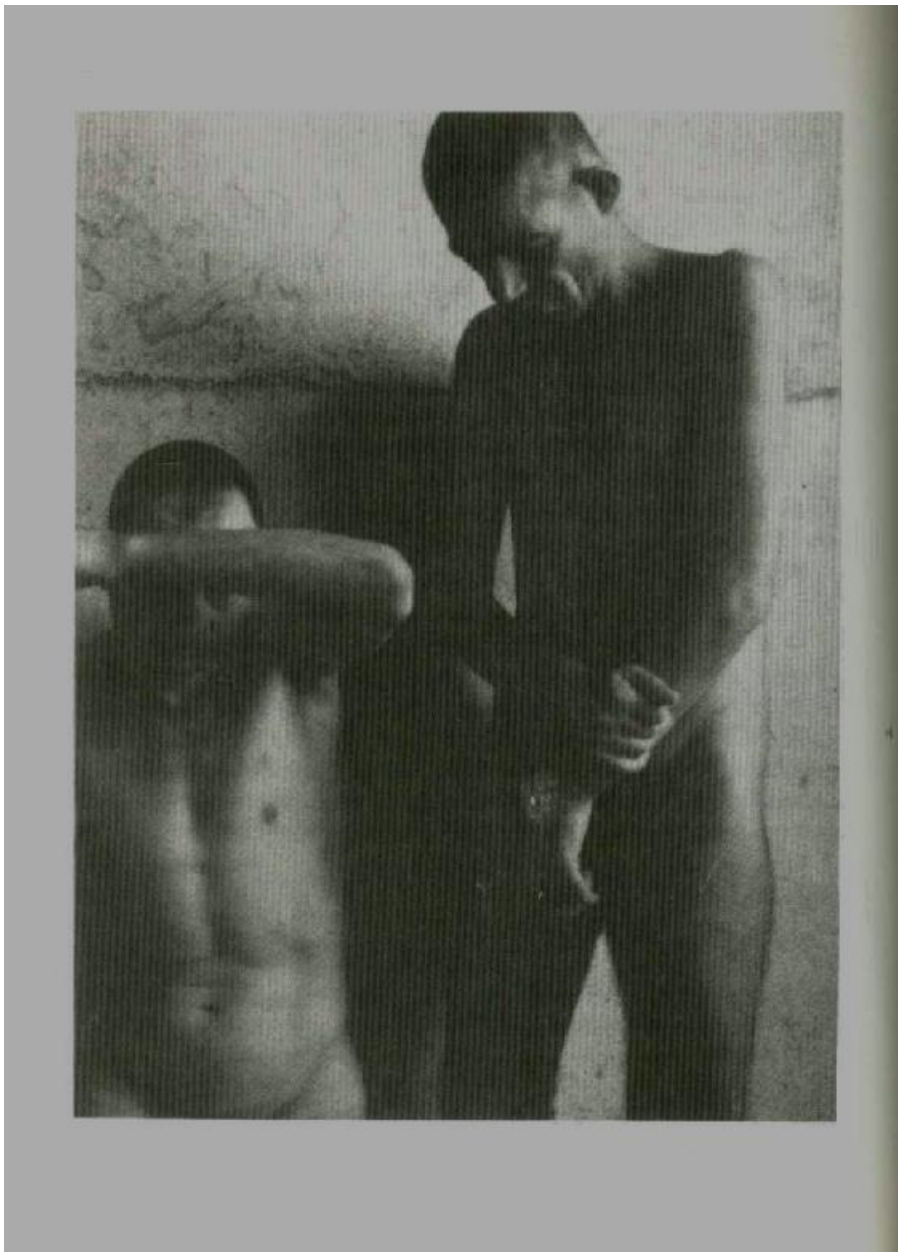
Εικόνα 1



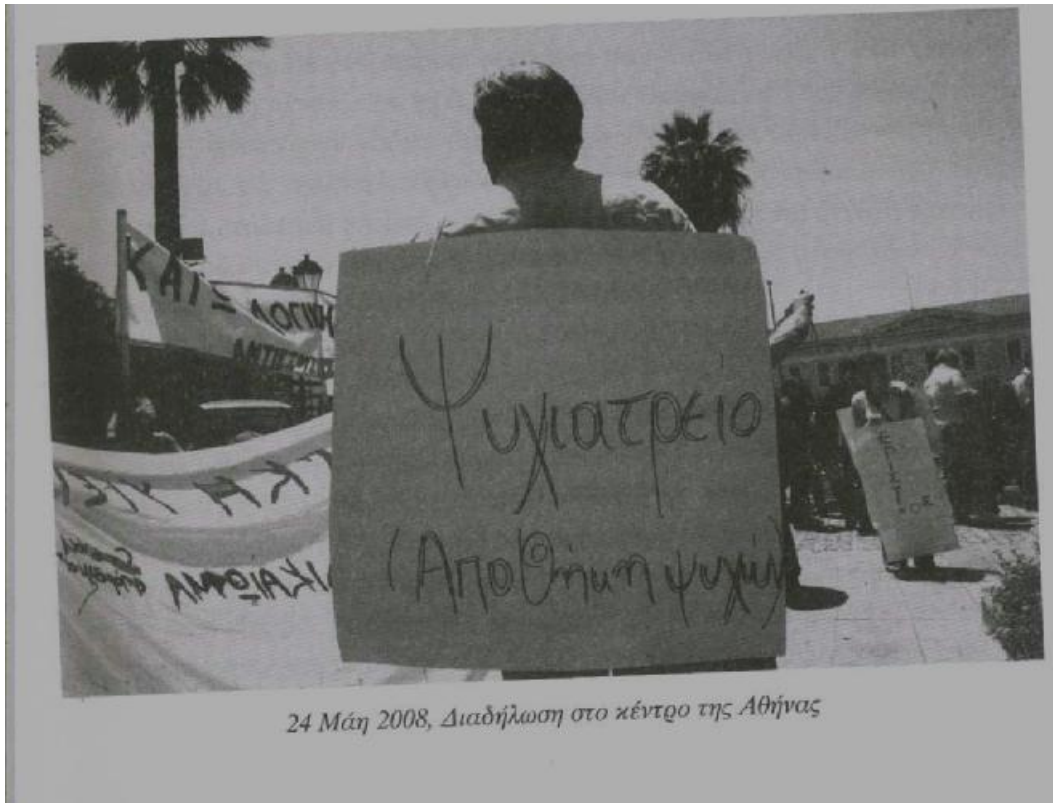
Εικόνα 2



Εικόνα 3



Εικόνα 4

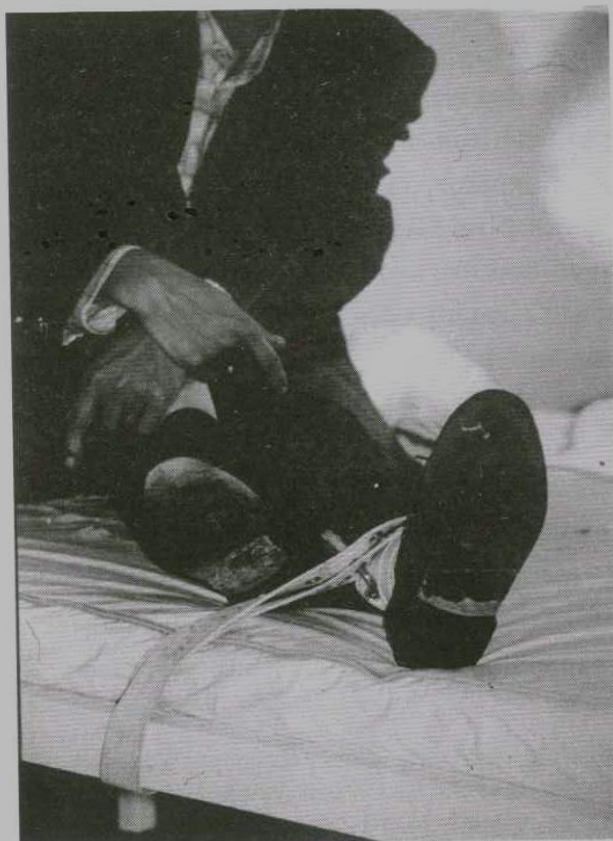


24 Μάη 2008, Διαδήλωση στο κέντρο της Αθήνας

Εικόνα 5



Εικόνα 6



ΚΘΨΠΑ, 1989

Εικόνα 7



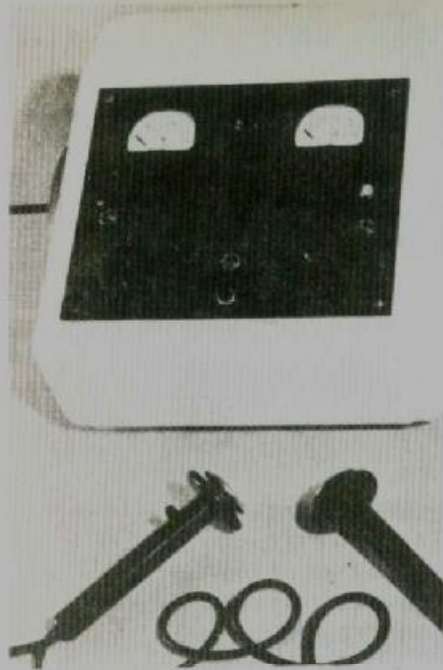
*Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Τρίπολης, 2003
(Φωτογρ. Χριστίνα Βάζου)*

Εικόνα 8

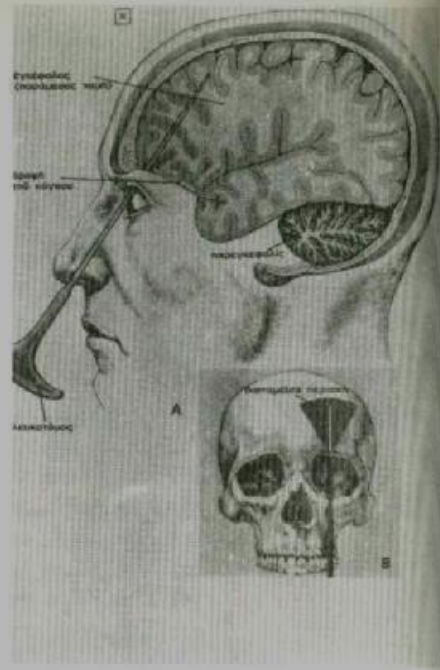


*Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Τρίπολης, 2003
(Φωτογρ. Χριστίνα Βάζου)*

Εικόνα 9



ψυχιατρική ηλεκτροπληξία



ψυχοχειρουργική δολοφονία



ψυχοφαρμακοδηλητηρίαση



φυσική βία

«μέσα στο μπουμπουνητό της βλακειάς κουφίνεται η λογική» ...

Εικόνα 10



Εικόνα 11



ΚΘΨΠΑ, Δαφνί, 1985

Εικόνα 12



Ψυχιατρικός Κρατούμενος: Καθήλωση

Εικόνα 13



24 Μάη 2008.
 Διαδήλωση στην
 Αθήνα (ψυχασθενείς,
 οικογένειες,
 εργαζόμενοι στο χώρο
 της ψυχικής υγείας)
 (Φωτογρ.
 Χριστίνα Βάζου)



24 Μάη 2008.
 Διαδήλωση στην
 Αθήνα με κατάληξη
 στο κτίριο της Βουλής
 (Φωτογρ. Χριστίνα
 Βάζου)



24 Μάη 2008.
 Το χάπενινγκ
 μπροστά στο κτίριο
 της Βουλής. Συμβολι-
 κά κάηκε η πόλη του
 Ψυχιατρείου. Στο
 βάθος διακρίνονται
 τα ΜΑΤ

Η φρίκη της Λέρου στην πρώτη σελίδα...

Ρεπορτάζ - σοκ για τις

«1.300 χαμένες ψυχές...»



Η πρώτη σελίδα του χθεσινού «Ομπσέρβερ» για «τον κόβρο του σκότους όπου ξεχασμένοι άνθρωποι έχουν εξοριστεί για να πεθάνουν». Το σκατολογικό ρεπορτάζ των αποκαλυπτικών της βρετανικής εφημερίδας αναπτύσσεται στη σελίδα 17 με μαρτυρίες και φωτογραφίες.

ΤΟ ΕΝΟΧΟ μυστικό της Εσχιάρας Λέρου - Στρατιωτικό σκελετωμένο για τους Έλληνες ψυχοφρονείς, 1.300 χαμένες ψυχές αφήνονται να σαπί-

νέφρουν, εκ μέρους κάποιων νεόπλουτων που εφρατίζονται οικονομικά από τη λειτουργία των ψυχιατρικών, καθώς 800 από τους 6.000 κατοίκους του νησιού δουλεύουν στο Δημόσιο Ψυχια-

κό από το στρατιωτικό συγκέντρωσης του Άσσοδελι, για να παραγωγίζουν την κατάσταση στα ψυχιατρεία της Λέρου. «Δεν υπάρχουν λέξεις στη γλώσσα σου να περιγράψουν αυτή την κατάσταση»

νο ο κρόνος, γιατί δεν θα βοηθήσει από μόνο μόνο τον στην εφύρση λύσης. «Η μοσχοκίτρινη που γεννάται από το φόβο και την γρηγορότητα, είναι αυτή που δεν μπορεί να προστάξει τίποτα»

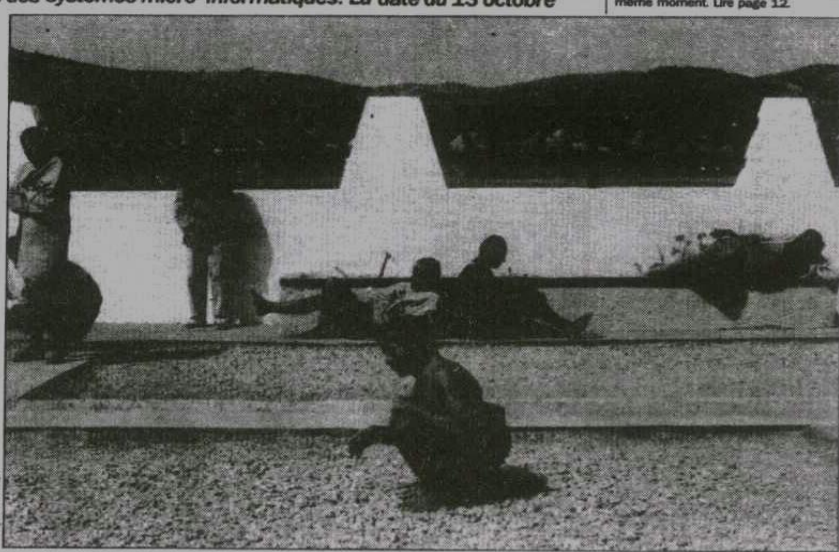
να τους απομακρύνει. Είναι φοβημένοι, κάνουν μια δουλειά που κανείς δεν θέλει να κάνει και τρέφει δίπλα του οι υπάλληλοι κό-

δεν έστιλε στο ψυχιατρείο της Λέρου τις «εφιάλτες», που είχαν προσπίψει από τις φριδες των καταπονημένων και είχαν εγκαθίσει από το Επαισησιακό

doit déclencher l'attaque de ces virus qui se propagent comme une maladie infectieuse. Pas de grande casse, mais un problème qui préoccupe les spécialistes. Lire page 2.

VENDREDI
13
ATTENDEZ
LA NUIT
POUR SORTIR
DE CHEZ VOUS.

IKEA EVRY
EST OUVERT
JUSQU'A 22H.

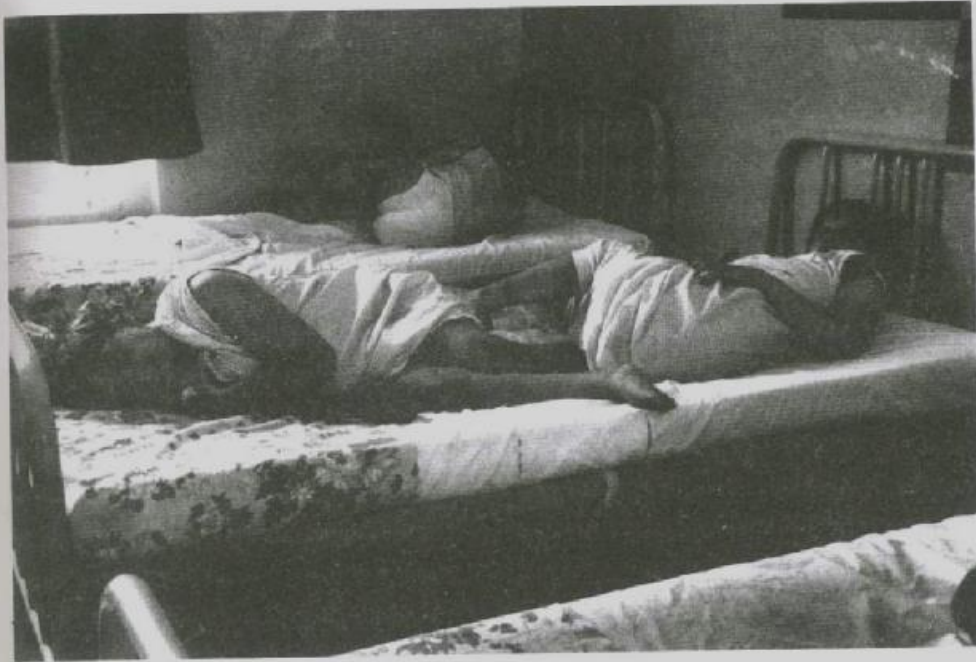


GUATTARI: JOURNAL DE LEROS

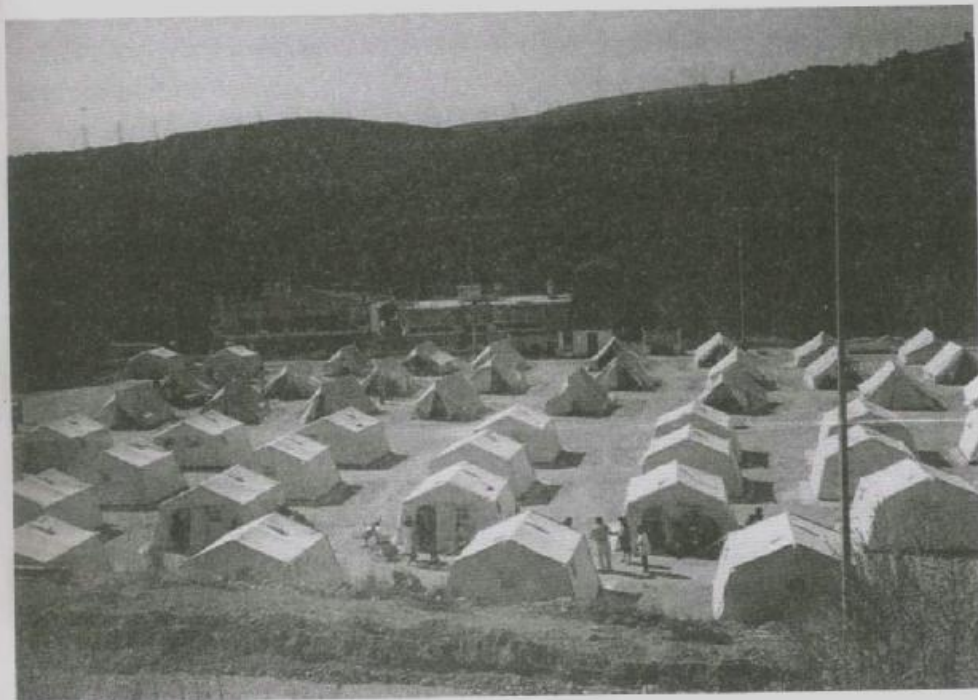
Le psychanalyste s'est rendu en Grèce dans l'asile où 1.200 aliénés vivent sans assistance médicale. Il s'est également rendu à Daphni, près d'Athènes, où la situation est pire. La capitale grecque accueille le 8^e congrès mondial de psychiatrie. Lire page 38.

ANTILLES-REUNION 87 • ALLEMAGNE 120M • AUTRICHE 258A • BELGIQUE 347 • CAMBODGE 421CFA • CANADA 5191 • COTE D'IVOIRE 440CFA • EGYPTE 41
DANMARK 124 • ESPAGNE 106P • FINLANDE 108MF • GABON 88CFA • GRAND-BRETAGNE 85P • GRECE 100C
ITALIE 196L • LUXEMBOURG 317 • MAROC 106 • NORVEGE 118R • PAYS-BAS 121PF • PORTUGAL 140Ex • SENEGAL 175CFA • SUÈDE 124 • SUISSE 130P • TUNISIE 400M • U.S.A. N.Y. 51\$ • OMR 51

Κρατικό θεραπευτήριο Λέρου, πρωτοσέλιδο στις ξένες εφημερίδες, 1989



ΚΘΨΠΑ, Δαφνί, 1979



ΨΝΑ, Δαφνί, 1999 (μετά τον σεισμό)

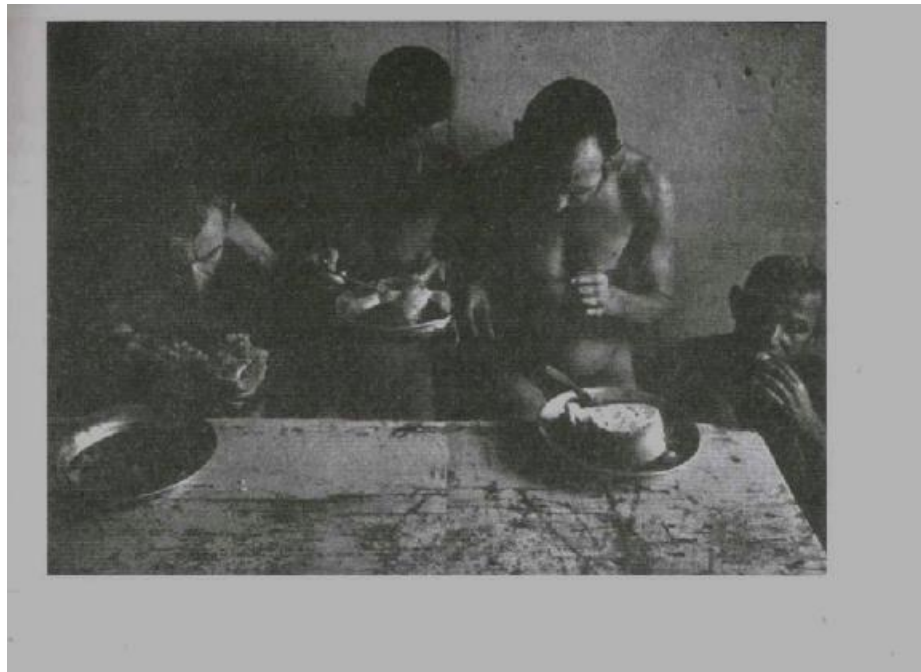


Δρομοκαΐτειο, 1980

Εικόνα 17



Εικόνα 18



Εικόνα 19



Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, 1985 (7ο περίπτερο)

Εικόνα 20

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΚΟΙΝ. ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΠΟΙΚΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ
ΙΔΡΥΘΗ
ΕΝ ΕΤΕΙ 1957
ΥΠΟΥΡΓΟΥΝΤΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΦΑΡΡΕΑ



Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου (Φωτογρ. Joseph Koudelka)



Δρομοκαϊτειο, 1975

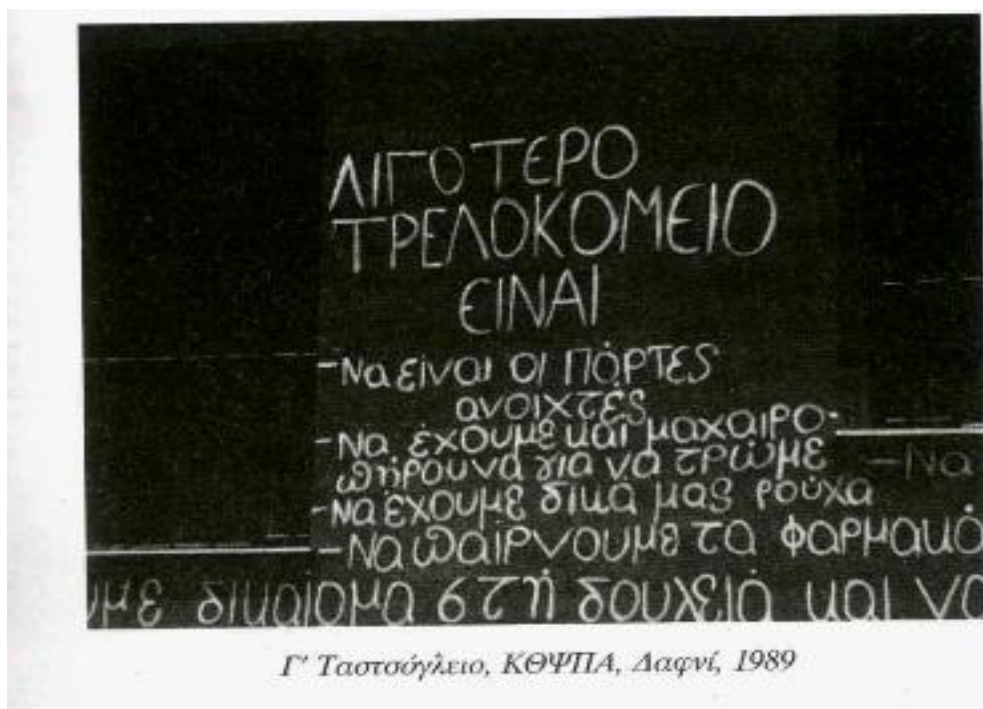


Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, 1961



Ο Μπαζάλια με τους συνεργάτες του ρίχνουν την πύλη του Ψυχιατρείου

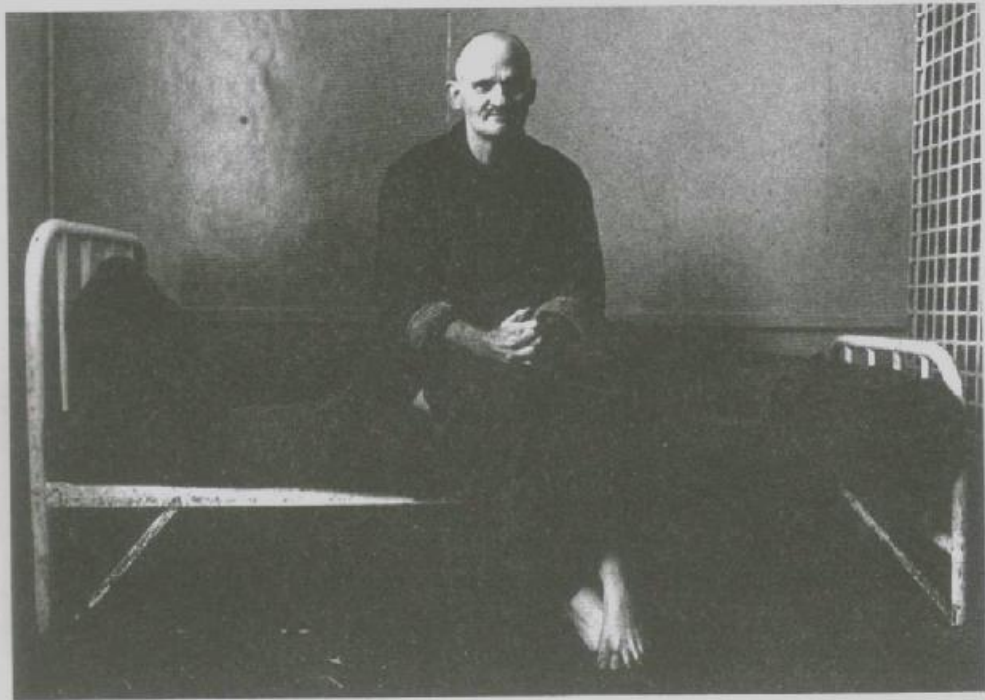
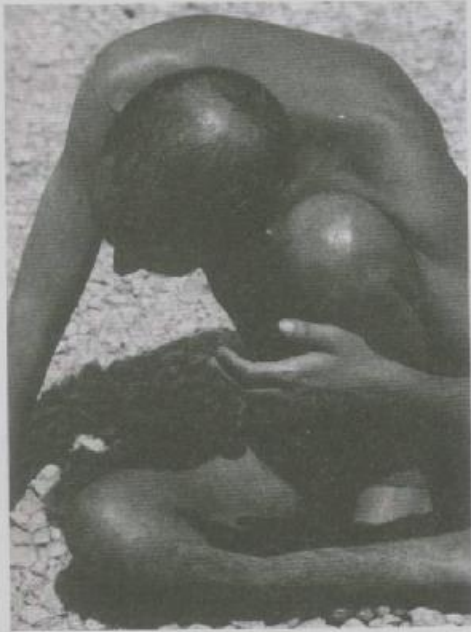
Εικόνα 23



Εικόνα 24



Εικόνα 25



Δαφνί, 1975

Εικόνα 26



24 Μάη 2008, Διαδήλωση ψυχικά ασθενών, οικογενειών
και εργαζομένων στην ψυχική υγεία, Αθήνα

Εικόνα 27



Δαφνί, 1994

Εικόνα 28

Όταν ο αρρωστος είναι
δεμένος ο ψυχιατρος είναι
ελεύθερος. Όταν ο αρρωστος
είναι ελεύθερος ο ψυχιατρος
είναι στη δουλειά του.

Εικόνα 29