



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές
δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική και εργασιακή
επανάταξη με την μέθοδο Photovoice»*

ΚΩΣΤΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Επιβλέπουσα: Κλειώ Κούτρα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Κοινωνικής Εργασίας στη Δημόσια Υγεία

ΡΕΘΥΜΝΟ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2024

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει
ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική
και εργασιακή επανένταξη με την μέθοδο Photovoice»**

ΚΩΣΤΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

A.M.: 8

Επιβλέπουσα: Κλειώ Κούτρα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Κοινωνικής Εργασίας στη Δημόσια Υγεία



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές
δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική και εργασιακή
επανάταξη με την μέθοδο Photovoice»**

Συγγραφέας:

Δέσποινα Κωστάκη

A.M.: 8

Επιβλέπουσα: Κλειώ Κούτρα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Κοινωνικής Εργασίας στη Δημόσια Υγεία



UNIVERSITY OF CRETE
SOCIOLOGY DEPARTMENT
SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES



HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

DIPLOMA THESIS

TITLE:

«The experience of the community facing psychosocial difficulties regarding social and work reintegration with the Photovoice method»

Student Name & Surname:

Despoina Kostaki

Registration Number.: 8

Supervisor: Kleio Koutra, Associate Professor, Social Work in Public Health



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«Το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική και εργασιακή επανένταξη με την μέθοδο Photovoice»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/Α	ΟΝΟΜΑ & ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΚΛΕΙΩ ΚΟΥΤΡΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΟΙΚΝΟΜΟΥ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΤΖΑΝΑΚΗΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

Δήλωση πνευματικής ιδιοκτησίας

Copyright@ 2024 Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο & Πανεπιστήμιο Κρήτης-
Διδρυματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Κοινοτική Εργασία & Κοινωνική
Οικονομία»

*Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Διπλωματικής Εργασίας αποτελεί πνευματική
ιδιοκτησία της Κωστάκη Δέσποινας και της επιβλέπουσας καθηγήτριας Κούτρα Κλειώς
και του ΔΠΜΣ «Κοινοτική Εργασία & Κοινωνική Οικονομία» και προστατεύονται από
τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνές
Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).*

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής ακεραιότητας

Η υπογράφουσα φοιτήτρια του Διδρυματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος
Σπουδών «Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Οικονομία» του Ελληνικού
Μεσογειακού Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Κρήτης,

_____Κωστάκη Δέσποινα_____

δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο:

**«Το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες
αναφορικά με την κοινωνική και εργασιακή επανένταξη με την μέθοδο
Photovoice»**

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν
χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω ότι δεν αποτελεί προϊόν
οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε
οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο
παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

Ευχαριστίες

Για την παρούσα εργασία τόσο οφείλω όσο και θέλω να ευχαριστήσω αρχικά τα 4 άτομα που συμμετείχαν με αφοσίωση στην διαδικασία και παρέθεσαν το βίωμα τους ώστε να ολοκληρωθεί με αυθεντικότητα η παρούσα μελέτη.

Στην συνέχεια τις ευχαριστίες μου τις απευθύνω σε όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας της Ψυχιατρικής Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου & του Κοι.ΣΠΕ Ρεθύμνου για την υποστήριξη και την επαγγελματική τους καθοδήγηση. Ειλικρινείς ευχαριστίες στην υπεύθυνη καθηγήτρια της εργασίας κα Κούτρα Κλειώ για την συνδρομή και την υποστήριξη που μου παρείχε.

Τέλος, ένα τεράστιο ευχαριστώ στην οικογένεια μου!

Περιεχόμενα

I. Πρόλογος.....	10
II. Εισαγωγή.....	13
III. Abstract	15
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	17
Κεφάλαιο 1 : Ψυχική Υγεία και Ψυχική Νόσος.....	17
1.1. Ορισμοί & Θεωρίες Περί Ψυχικής Υγείας.....	17
1.2. Ορισμοί & Θεωρίες Περί Ψυχικής Νόσου	20
1.3. Ιατρικό Πρότυπο Ψυχικής Νόσου	22
1.4. Κοινωνικό Πρότυπο Ψυχικής Νόσου	25
1.5. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	28
1.6. Κοινοτική Ψυχιατρική.....	31
1.7. Δικαιώματα Κοινότητας-Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.....	33
1.8. Φορείς & Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.....	37
Κεφάλαιο 2 : Ψυχική Υγεία και Επανάταξη.....	42
2.1. Κοινωνική Συμμετοχή και Κοινωνικός Αποκλεισμός.....	42
2.2. Στίγμα Ψυχικής Νόσου.....	46
2.3. Αποστιγματισμός Ψυχικής Νόσου.....	50
2.4. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	53
2.5. Κοινωνική Επανάταξη και Ψυχική Υγεία	56
2.6. Εργασιακή Επανάταξη και Ψυχική Υγεία	59
2.7. Δομές Υποστήριξης της Απασχόλησης.....	63
B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	66
Κεφάλαιο 3ο: Η Μέθοδος Photovoice	66
3.1. Εισαγωγή & Ιστορική αναδρομή της μεθόδου Photovoice.....	66
3.2 Έννοια-Ορισμός της Μεθόδου Photovoice	68
3.3. Στόχοι και Στάδια της μεθόδου Photovoice.....	70
Κεφάλαιο 4ο: Ερευνητικό Μέρος	72
4.1. Σκοπός μελέτης & Επιμέρους Στόχοι.....	72
4.2. Δείγμα, Δειγματοληψία, Συλλογή & Διάρκεια Έρευνας	73
4.3. Ανάλυση σταδίων	76
4.4. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των Συμμετεχόντων	80
4.5. Εμπόδια-Δυσκολίες	81
4.6. Ανάλυση δεδομένων	87
Ηθικά Διλήμματα & Περιορισμοί	119

Συζήτηση	121
Προτάσεις	134
Βιβλιογραφία.....	136

I. Πρόλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί προαπαιτούμενο για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Τίτλου «Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Οικονομία», που πραγματοποιείται κατά το έτος 2022-2024 με την συνεργασία του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου και του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Το θέμα της συγκεκριμένης εργασίας δεν επιλέχθηκε αφήφιστα αλλά αντίθετα προσπαθεί να απαντήσει σε φλέγοντα ζητήματα της καθημερινότητας, τα οποία γίνονται ευκόλως αναγνώσιμα στην ελληνική κοινωνία μετά την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Σε καμία περίπτωση δεν υπονοείται αρνητική στάση προς αυτήν, αλλά στον αντίποδα ενισχύεται η πεποίθηση -αλλά και πολύ περισσότερο η ανάγκη- για αποιδρυματοποίηση των ατόμων που αποτελούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σήμερα, καθώς ολοκληρώνονται 30 χρόνια από την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η οποία αποτελεί παράγοντα κοινωνικής εξέλιξης, αναδεικνύονται επιπλέον κοινοτικά ζητήματα, όπως συμβαίνει με όλες τις κοινωνικές αλλαγές. Ζητήματα, όπως η επανένταξη και ο αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου, έρχονται στην επιφάνεια γεγονός που οφείλεται στην ισάξια ενασχόληση της ιατρικής κοινότητας με την ψυχική και τη σωματική υγεία. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι η ψυχιατρική αποτελεί κλάδο της ιατρικής, επομένως εύλογο είναι ότι χρησιμοποιούνται ιατρικοί όροι για την περιγραφή της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου, τόσο στην παρούσα μελέτη, όσο και στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι δυσκολίες που βιώνουν τα άτομα και η συμπτωματολογία ορίζονται σύμφωνα με ιατρικά δεδομένα ώστε η ιατρική κοινότητα να καταλήγει σε μία κοινή διάγνωση και επομένως σε μία κοινή συνεννόηση. Αυτό ενισχύεται ακόμη περισσότερο και από την ανάγκη χρήσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών – DSM 5, που αποτελεί ένα εργαλείο ταξινόμησης και διάγνωσης ψυχικών παθήσεων, πάνω στο οποίο βασίζεται ένα μεγάλο μέρος της ιατρικής κοινότητας. Συνεπώς παρατηρείται και στην παρούσα μελέτη ότι έχουν χρησιμοποιηθεί ιατρικώς αποδεκτοί όροι, για την παράθεση ορισμών σχετικών με την ψυχική υγεία και νόσο, κυρίως λόγω έλλειψης όρων που εξηγούν την ψυχική πάθηση υπό κοινωνική οπτική. Επομένως παρατηρείται μία αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στην ιατρική προσέγγιση και την κοινωνική οπτική της ψυχικής δυσκολίας καθώς αφενός αναδεικνύεται η ανάγκη χρήσης ιατρικών όρων για την περιγραφή ζητημάτων

υγείας ενώ ταυτόχρονα η ποιότητα της υγείας καθορίζεται από κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως είναι η στέγαση, η οικονομική επάρκεια, η πρόσβαση σε κοινοτικές υπηρεσίες, η εργασία, οι διακρίσεις κ.α. Περισσότερο κοινωνικοί όροι παρατηρούνται σε ζητήματα επανένταξης, όπως είναι η κοινωνική επανένταξη, η επιστροφή στο εργασιακό περιβάλλον, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και το στίγμα αλλά και οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επανένταξη.

Αν παρατηρήσει κανείς γύρω του την κοινωνία όπου διαμένει και ζει, δεν είναι δύσκολο να αντιληφθεί ότι αν και έχουν γίνει αξιοσημείωτες προσπάθειες σε κλινικά περιβάλλοντα για αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η προετοιμασία του κατάλληλου κοινωνικού περιβάλλοντος χωλαίνει, με αποτέλεσμα το κοινωνικό κλίμα να μην έχει αναπτυχθεί κατάλληλα για να υποδεχθεί την ψυχική υγεία και την ψυχική νόσο. Θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν επισημαίνονταν κοινωνικές πρωτοβουλίες ευαισθητοποίησης περί ψυχικής υγείας και κοινωνικής επανένταξης, που όμως είναι αποσπασματικές και δεν μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στον πυρήνα του κοινωνικού περιβάλλοντος του οποίου δομικά στοιχεία αποτελούν οι διακρίσεις και τα στερεότυπα. Αναγνωρίζοντας, όπως εκτενώς αναφέρθηκε το μεταβατικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται η κοινωνία, παρατηρήθηκε ότι χρήζει μελέτης η κοινωνική επανένταξη αλλά και η επιστροφή στον εργασιακό βίο των ατόμων που αποτελούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αντιμετωπίζουν ή έχουν αντιμετωπίσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Επιπλέον το ερευνητικό ενδιαφέρον διέγειρε ο Δήμος Ρεθύμνου, που συγκροτείται από ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς και σχέσεις. Η επανένταξη στο περιβάλλον των «γνωστών αγνώστων» αποτελεί μία νέα πρόκληση για τα άτομα που έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθώς πολύ συχνά η οξεία φάση της νόσου έχει εκδηλωθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Όπως προκύπτει για τα άτομα που βιώνουν την ψυχική δυσκολία στον κοινωνικό περίγυρο, πραγματοποιείται εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική ή παρακολούθηση από μονάδες ψυχικής υγείας, όπου πραγματοποιείται η θεραπευτική διαδικασία. Επομένως εύλογη συνέχεια είναι η μετάβαση από το θεραπευτικό πλαίσιο προς την κοινωνία, όπου παρατηρούνται ποικίλες δυσκολίες από τις δύο πλευρές, δηλαδή από τα ίδια τα άτομα αλλά και από τον κοινωνικό περίγυρο. Στην συγκεκριμένη έρευνα, η εστίαση αφορά τα άτομα που έχουν εξυπηρετούνται σε μονάδες ψυχικής υγείας του Δήμου Ρεθύμνου, αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και βρίσκονται στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης και της επαγγελματικής αποκατάστασης, ενώ το ενδιαφέρον

εστιάζει στο βίωμα σχετικά με την επανένταξη, την επιστροφή στον εργασιακό βίο και το στίγμα της ψυχικής νόσου.

II. Εισαγωγή

Η παρούσα ερευνητική εργασία εκτυλίσσεται γύρω από τρία καίρια ζητήματα που απασχολούν το σύνολο της ψυχιατρικής κοινότητας. Όσο το ιατρικό μοντέλο της ψυχικής υγείας εξελίσσεται, τόσο παρατηρούνται κενά στα δομικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων που βασίζονται στον αποκλεισμό και στην διάκριση. Δεν είναι λίγες οι φορές που αναλογιζόμενοι τον όρο «στίγμα», η σκέψη στρέφεται στην ψυχική νόσο άρα και τον αποκλεισμό των ατόμων που βιώνουν ψυχικές δυσκολίες. Η αντιμετώπιση αυτού του κοινωνικού ζητήματος αποτελεί ακρογωνιαίο λίθος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που με την σειρά της αποτελεί μία εξελισσόμενη ατέρμονη διαδικασία καθώς οι κοινωνικές μεταβολές δεν σταματούν αλλά αντίθετα πολλαπλασιάζονται. Σε αυτές τις συνθήκες η κοινότητα που βιώνει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, καλείται πέρα από την θεραπεία, να προσπαθήσει να επιτύχει την κοινωνική και την εργασιακή επανένταξη της.

Σε αυτό το σημείο, η παρούσα εργασία που δομείται με ποιοτικά χαρακτηριστικά, έχει σκοπό να διερευνήσει το βίωμα της κοινότητας των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική επανένταξη και την επαγγελματική αποκατάσταση, στον Δήμο Ρεθύμνου. Εύλογο επομένως είναι ότι τα ερευνητικά ερωτήματα στοχεύουν ακριβώς σε αυτές τις δύο θεματικές συν επιπρόσθετη την θεματική του στίγματος και του αποστιγματισμού, που θεωρείται ότι βρίσκονται στον πυρήνα της επιτυχούς ή ανεπιτυχούς ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Είναι σημαντικό να παρατηρηθεί ότι στην προσπάθεια να επιστρέψει ο ψυχικά πάσχων στην κοινότητα, δεν απαιτεί μοναδική ευθύνη του ίδιου να το επιτύχει αυτό, αλλά αντίθετα χρειάζεται να δημιουργηθεί και να διατηρείται ένα συμπεριληπτικό κοινωνικό πλαίσιο με -ευχής έργον- μηδενική ανοχή στον αποκλεισμό.

Λαμβάνεται υπόψη ο Δήμος Ρεθύμνου αποτελεί μία μικρή πόλη, το κέντρο της οποίας εκτείνεται σε μικρό γεωγραφικό χώρο, ενώ ταυτόχρονα διακατέχεται από ισχυρούς οικογενειακούς και πελατειακούς δεσμούς. Ταυτόχρονα στον ίδιο Δήμο παρατηρούνται πολλαπλές μονάδες ψυχικής υγείας, με τις θετικές και τις ελλειπτικές τους μεριές, γεγονός όμως που δεν συνεπάγεται με την χαμηλή παρατήρηση του στιγματισμού. Στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι το στίγμα αποτελεί κύριο εμπόδιο στην επανένταξη των ατόμων, ενώ εντυπωσιακό συμπέρασμα προκύπτει το γεγονός ότι τα άτομα έχουν αναπτύξει ισχυρή ανθεκτικότητα απέναντι στην ετικετοποίηση. Επιπλέον παρατηρείται ότι τα άτομα μεριμνούν με διάφορους τρόπους για να επιτύχουν

την κοινωνική επανένταξη, την οποία σηματοδοτούν ως φροντίδα προς τον εαυτό, ως αποδοχή, ως κοινωνικοποίηση/κοινωνική συναναστροφή και κοινωνική συμμετοχή αλλά και ως θεραπεία και υγεία. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες δίνουν ιδιαίτερη αξία στην εργασία καθώς το αναγνωρίζουν ως μέσο αποφυγής υποτροπών αλλά και ως τρόπος προσωπικής ανέλιξης, βελτίωσης και αυτοπεποίθησης.

Η παρούσα μελέτη έφτασε σε αυτά τα συμπεράσματα με ένα πρωτότυπο και συνεχώς εξελισσόμενο εργαλείο έρευνας, δηλαδή την μέθοδο Photovoice, που βασίζεται στο γνωμικό "Οι άνθρωποι απεικονίζουν που βιώνουν». Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί μία μέθοδο που έχει ως στόχο να μεταφέρει την παράθεση της εμπειρίας στα χέρια των συμμετεχόντων, ενώ ο ερευνητής αποτελεί υποστηρικτικό πλαίσιο αλλά και διοργανωτής της δράσης. Αυτό έχει ως σκοπό την μεταφορά της ακραιφνούς εμπειρίας, με όσο το δυνατό λιγότερη διαρροή και με λιγότερα φίλτρα εκ μέρους του ερευνητή. Η διαδικασία αφορά την λήψη φωτογραφιών (σεβόμενοι τα προσωπικά δεδομένα όλων και τους κώδικες δεοντολογίας) που αντικατοπτρίζουν την εμπειρία των ατόμων σχετικά με την κάθε προ-δομημένη θεματική. Έπειτα από την συλλογή των εικόνων, ακολουθεί ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις, με σκοπό την αξιολόγηση επιμέρους θεματικών αξόνων που προκύπτουν κατά την διάρκεια της έρευνας αλλά και την δημιουργία λεζάντων που αφενός θα επεξηγούν την εικόνα και αφετέρου θα την πλαισιώνουν.

Η εργασία δομείται σε δύο κυρίως μέρη ως εξής: α) το πρώτο μεγάλο μέρος αφορά το θεωρητικό υπόβαθρο περί ψυχικής υγείας, ψυχικής ασθένειας, επανένταξης, αποκατάστασης, στίγματος, ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μονάδων ψυχικής υγείας, ενώ β) το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει το σύνολο της έρευνας (από την επεξήγηση του μεθοδολογικού πλαισίου έως και τα αποτελέσματα.

III. Abstract

The present research paper revolves around three critical issues that concern the entire psychiatric community. As the medical model of mental health evolves, gaps are observed in the structural characteristics of communities based on exclusion and discrimination. It is not uncommon for the term "stigma" to be associated with mental illness and thus the exclusion of individuals experiencing mental difficulties. Addressing this social issue is a cornerstone of psychiatric reform, which in turn is an evolving and never-ending process as social changes do not cease but instead multiply. Under these conditions, the community experiencing psychosocial difficulties is called upon, beyond treatment, to strive for social and occupational reintegration.

At this point, the present work, structured with qualitative characteristics, aims to investigate the experience of the community of individuals experiencing psychosocial difficulties concerning social reintegration and professional rehabilitation in the Municipality of Rethymno. Therefore, it is reasonable that the research questions target precisely these two themes, with the additional theme of stigma and destigmatization, which are considered central to the success or failure of psychosocial rehabilitation. It is important to note that in the effort for mentally ill individuals to return to the community, it is not solely their responsibility to achieve this, but rather a need to create and maintain an inclusive social framework with - ideally - zero tolerance for exclusion.

The Municipality of Rethymno, considered a small town, has its center extending over a small geographic area, while simultaneously being characterized by strong family and social relationships. At the same time, multiple mental health organizations are observed in the same community, with their positive and deficient aspects, a fact that does not correlate with the low observation of stigmatization. In this research, stigma appears to be a major barrier to the reintegration of individuals, while an impressive finding is that individuals have developed strong resilience against labeling. Additionally, it is observed that individuals take various measures to achieve social reintegration, which they mark as self-care, acceptance, socialization/social interaction, and social participation, as well as therapy and health. Equally important is the fact that participants place particular value on work, recognizing it as a means of avoiding relapses but also as a way of personal advancement, improvement, and self-confidence.

This study reached these conclusions using an original and continuously evolving research tool, the Photovoice method, based on the adage "People depict what they experience." More specifically, it is a method that aims to transfer the presentation of the experience into the hands of the participants, while the researcher acts as a supportive framework and organizer of the activity. The goal is to convey the pure experience with as little leakage and as few filters as possible from the researcher. The process involves taking photographs (respecting everyone's personal data and ethical codes) that reflect the individuals' experiences regarding each pre-structured theme. After collecting the images, qualitative research follows with semi-structured interviews to evaluate specific thematic axes that arise during the research and to create captions that will both explain and frame the image.

The work is structured in two main parts as follows: a) the first major part concerns the theoretical background on mental health, mental illness, reintegration, rehabilitation, stigma, psychiatric reform, and mental health units, while b) the second chapter includes the entire research (from the explanation of the methodological framework to the results).

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 : Ψυχική Υγεία και Ψυχική Νόσος

1.1. Ορισμοί & Θεωρίες Περί Ψυχικής Υγείας

Προσεγγίζοντας θεωρητικά τον όρο «ψυχική υγεία», προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση ότι η παράθεση ενός κοινώς αποδεκτού εννοιολογικού ορισμού δεν αποτελεί ένα απλό αλλά ένα σύνθετο ζήτημα. Το γεγονός αυτό γίνεται εύκολα αντιληπτό και από τις προσπάθειες που έχουν γίνει επί έτη ώστε να δοθεί ένας κοινός ορισμός της υγείας. Ανά την κάθε δεκαετία, που συνοδεύεται από τις κοινωνικές μεταβολές της, παρατηρείται ότι οι ορισμοί αλλάζουν ή συμπληρώνονται ή ακόμα και ολικώς αντικαθίστανται από νέους πιο εμπειριστατωμένους ορισμούς που αντιστοιχούν στην εκάστοτε χρονική περίοδο. Κατά την δεκαετία του 2000 παρατηρούνται οι έντονες αντιστάσεις της επιστημονικής κοινότητας απέναντι στην προηγούμενη στάση, κατά την οποία παρατίθεται ένας και μοναδικός ορισμός περί της υγείας, καθώς αναγνωρίζεται ότι η υγεία δεν αποτελεί ένα «βιολογικό υπόστρωμα» κοινό ανά τις δεκαετίες αλλά αντίθετα καθορίζεται από το κοινωνικό περιβάλλον, τις κοινωνικές συνθήκες και τους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (Μάμας, Σαρρής, & Σούλης, 2001).

Ωστόσο για να γίνει αντιληπτό το υπό μελέτη θέμα, αποτελεί χρήσιμο εργαλείο η παράθεση ορισμών, ενώ στην συγκεκριμένη περίπτωση κρίνεται κατάλληλος ο ορισμός που προέρχεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), σύμφωνα με τον οποίο «υγεία» είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας (Τούντας, 2000). Ήδη από τον ορισμό της υγείας γίνεται φανερό ότι δεν αναφέρεται αποκλειστικά σε σωματικά γνωρίσματα αλλά ο όρος περιλαμβάνει και την ψυχική κατάσταση, η οποία πεποίθηση ενισχύεται ακόμα περισσότερο από το γεγονός ότι η παγκόσμια ιατρική κοινότητα έχει επικεντρωθεί στην προαγωγή της ψυχικής υγείας καθώς αναγνωρίζει σήμερα ότι δεν μπορεί να υπάρξει «υγεία» χωρίς «ψυχική υγεία» (Ράγια, 2004). Επομένως σε αυτό το σημείο αξίζει να παρουσιαστεί και ο ορισμός της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, όπου η ψυχική υγεία είναι «η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα» (Μαδιανός, 1996). Ένας επιπλέον ορισμός της ψυχικής υγείας από τον Π.Ο.Υ., που αποτελεί και τον πιο πρόσφατο ορισμό, αναφέρει ότι δεν αποτελεί απλώς

την απουσίας κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά ως όρος « περιγράφει την κατάσταση ευημερίας κατά την οποία κάποιος αντιλαμβάνεται και αξιοποιεί τις ικανότητες του, είναι ικανός να αντιμετωπίζει το καθημερινό στρες, να εργάζεται παραγωγικά και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινότητα του» (Π.Ο.Υ, 2013).

Αφού αναφέρθηκαν οι ορισμοί του Π.Ο.Υ, όπου γίνεται φανερή η διαδικασία της μετατόπισης και εξέλιξης των εννοιολογικών ορισμών, αξίζει να παρατεθεί ένας επιπλέον ορισμός από την Βρετανική Κυβέρνηση, όπου προστίθεται το χαρακτηριστικό της αντοχής αλλά και της πίστης στον εαυτό. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον ορισμό αυτόν «η ψυχική υγεία είναι η συναισθηματική και διανοητική εκείνη κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή και να αντεπεξέρχονται στις απογοητεύσεις αλλά και στις δύσκολες συνθήκες. Είναι το θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και της πίστης μας στη δική μας αξία αλλά και των άλλων» (Authority, 1999). Επιπλέον σε αυτό το σημείο θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν ο ορισμός της Marie Jahoda, όπου επισημαίνεται ότι η ψυχική υγεία αποτελεί μία κατάσταση ισορροπίας κατά την οποία ένα άτομο συμβαδίζει με 7 βασικά χαρακτηριστικά: α) την επίγνωση της προσωπικής ταυτότητας, β) την αυτοδυναμία και την ανεξαρτησία, γ) την αντίσταση και την αντοχή σε στρεσογόνες καταστάσεις, δ) την ικανότητα του ατόμου να είναι ανεξάρτητο από τις κοινωνικές επιρροές, ε) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον του, στ.) την ικανότητα να δημιουργεί και να διατηρεί διαπροσωπικές σχέσεις και να εργάζεται και η) να μπορεί να επιλύει τα προβλήματα του (Μαδιανός, 1996).

Αναγνωρίζοντας τους προαναφερόμενους ορισμούς αντιλαμβάνεται κανείς ότι η ψυχική υγεία αποτελεί έναν όρο – ομπρέλα όπου μέσα του εμπλέκονται πολλοί επιμέρους όροι, όπως είναι η ισορροπία, η ευεξία, η ευημερία και η συναισθηματική και διανοητική κατάσταση, οι οποίοι φαίνεται να αποτελούν την διαφοροποίηση μεταξύ των ορισμών. Με άλλα λόγια, αν θέτονταν οι ορισμοί σε μία χρονολογική κατάταξη, θα γινόταν αντιληπτό ότι το 1958 (Marie Jodah), το ενδιαφέρον αφορούσε την ισορροπία, το 1996 την ευεξία, το 1999 την διανοητική και συναισθηματική κατάσταση και το 2013 την ευημερία. Φαινομενικά οι επιμέρους όροι ίσως φαίνονται να αφορούν ίδιο νόημα αλλά στην βάση τους ίσως αναφέρονται και σε εντελώς διαφορετικές καταστάσεις. Σε τέτοιες αμφίσημες περιπτώσεις την απάντηση δίνουν θεωρίες που αφορούν την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής υγείας με βάση σταθερά κριτήρια. Σε αυτό το σημείο αξίζει να παρατηρηθεί μία θεωρία που

περιλαμβάνει 4 βασικά κριτήρια: α) το Στατιστικό Κριτήριο ή το Κριτήριο της Μέσης Συμπεριφοράς : όπου μη υγιή θεωρείται το άτομο που αποκλίνει από την μέση συμπεριφορά των μελών μίας κοινότητας, β) το Κριτήριο της Απουσίας Ψυχικής Νόσου (κλινικά διαπιστωμένης), κατά την οποία, η ψυχική υγεία επικρατεί όταν απουσιάζει η ψυχική νόσος, γ) το Κριτήριο της Κοινωνικής Αποδοχής, κατά το οποία η ψυχική υγεία υπάρχει όταν η συμπεριφορά του ατόμου δεν προκαλεί κάποια κοινωνική επίπτωση και δ) το Κριτήριο της Υποκειμενικής δυσφορίας, όπου το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ψυχικής υγείας, όταν δεν εκφράζει δυσφορία (Μαδιανός, 1996).

Επιπλέον η ψυχική υγεία δύναται να αποσαφηνιστεί σύμφωνα με τον τρόπο ζωής που ακολουθεί ένα άτομο και αφορά τις ικανότητες του ώστε: α) να προσαρμόζεται στο περιβάλλον και τις συνθήκες, β) να καλύπτει τις προσωπικές του ανάγκες σε βιολογικό, οικονομικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο, γ) να αναγνωρίζει τον σκοπό της ζωής του, δ) να δημιουργεί και να διατηρεί διαπροσωπικές σχέσεις και ε) να έχει αντοχή στο στρες. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι με τον ίδιο τρόπο δύναται να κατηγοριοποιηθούν τα χαρακτηριστικά της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς του ατόμου, τα οποία είναι: α) αισιοδοξία, β) ανεξαρτησία, γ) οργάνωση, δ) περιέργεια, ε) ταυτότητα ρόλου, στ.) συνεργατικότητα, ζ) έκφραση και έλεγχος συγκινήσεων, η) ικανότητα σύναψης προσωπικών σχέσεων, θ) ασφάλεια, ι) αυτοεκτίμηση και κ) ικανότητα λήψης αποφάσεων (Μαδιανός,1996).

Αφού αναφέρθηκαν πολλαπλά χαρακτηριστικά που αφορούν την ψυχική υγεία, είναι αντιληπτό ότι ένα άτομο δεν μπορεί να ανταποκρίνεται επιμέρους σε όλα τα κριτήρια και τις ικανότητες. Για αυτόν τον λόγο είναι σημαντικό να δύναται ιδιαίτερη σημασία στον χώρο, τον χρόνο αλλά και τις περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες όπου συμβαίνει μία συμπεριφορά, που καλείται να κριθεί εάν αφορά την ψυχική υγεία ή την ψυχική νόσο. Παρόλα αυτά στο πεδίο προκύπτει και ένας νέος όρος που αναφέρεται στην ψυχική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, ο οποίος είναι «η παγκόσμια ψυχική υγεία», που αποτελεί ένα τομέα που μελετά, διερευνά και δημιουργεί πρακτικές, δίνοντας προτεραιότητα στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την επίτευξη ισότητας στην ψυχική υγεία για όλους τους ανθρώπους παγκοσμίως" (Patel & Prince , 2010).

1.2. Ορισμοί & Θεωρίες Περί Ψυχικής Νόσου

Η αναγνώριση της σημασίας του όρου της ψυχικής υγείας και η προαγωγή της ευαισθητοποίησης στα θέματα ψυχικής νόσου είναι καθοριστική για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που ζουν με ψυχική νόσο. Από την προαναφερόμενη ενότητα γίνεται αντιληπτό ότι οι ψυχική νόσος σχετίζεται, εξ 'ορισμού αλλά και σύμφωνα με τα κριτήρια, με την έλλειψη ψυχική υγείας. Ο ορισμός της ψυχική νόσου ή ασθένειας αποτελεί ένα επιπλέον σύνθετο ζήτημα εννοιολογικά, καθώς παρατηρούνται έντονες διαφοροποιήσεις που συνδέονται με τις κοινωνικές μεταβολές αλλά και με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Κατά την βιβλιογραφική αναζήτηση, μπορεί κανείς να παρατηρήσει ότι οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες εντοπίζονται με επιμέρους όρους όπως είναι η ψυχική διαταραχή, η ψυχική ασθένεια και τέλος η ψυχική νόσος, όπως θα αναλυθούν κατ' αντιστοιχία στην συνέχεια.

Αρχικά ένας από τους πιο σύνηθες όρους είναι η ψυχική διαταραχή (mental disorder), η οποία περιγράφεται ως «η κατάσταση προσωπικής δυσφορίας που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορά, γνωστική εξασθένηση και αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού ή θανάτου λόγω δυσλειτουργίας της σκέψης και του εγκεφάλου» (Cambridge University Press, 2019). Επιπλέον ένας περισσότερο γενικός όρος που περιγράφει την ψυχική διαταραχή αναφέρει ότι πρόκειται για την μη φυσιολογική συμπεριφορά που συνδέεται με πόνο, θάνατο ή ανικανότητα (Culkin & Perrotto, 2008). Στους δύο προαναφερόμενους εννοιολογικούς ορισμούς δίνεται έμφαση στον όρο «μη φυσιολογική συμπεριφορά», επομένως κρίνεται αναγκαίο να επεξηγηθεί τι περικλείει αυτή η έννοια. Γενικότερα η μη φυσιολογική συμπεριφορά αναφέρεται σε εκείνες τις συμπεριφορές που είναι ασυνήθιστες, παραβιάζουν τις κοινωνικές νόρμες και είναι επώδυνες και δυσπροσαρμοστικές. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούνται τέσσερις θεωρητικές προσεγγίσεις που εξηγούν την μη φυσιολογική συμπεριφορά και είναι οι εξής: α) Η στατιστική παρέκκλιση, δηλαδή μία συμπεριφορά που είναι ασυνήθης και δεν την ακολουθούν τα περισσότερα άτομα μίας κοινωνίας, β) Η παραβίαση των κοινωνικών νορμών, που αφορά συμπεριφορές που δεν συμβαδίζουν με τους νόμους ή με τους κοινωνικούς - άγραφους - κανόνες, γ) Η δυσπροσαρμοστική, όπου τα άτομα δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές απαιτήσεις και ευθύνες και δ) Η

προσωπική δυστυχία, όπου τα άτομα βιώνουν αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν από τις πράξεις ή τις σκέψεις τους (Culkin & Perrotto, 2008).

Αφού αναπτύχθηκε ο όρος της ψυχικής διαταραχής, χρειάζεται να δοθεί έμφαση στον όρο ψυχικής ασθένεια, που αναφέρεται συνολικά σε όλες τις ψυχικές διαταραχές που δύναται να διαγνωστούν. Το πιο διαδεδομένο διαγνωστικό εργαλείο που συμβάλει στην διάγνωση των ψυχικών παθήσεων είναι το DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Αναφορικά με την ψυχική πάθηση επισημαίνεται ότι αποτελεί μία κατάσταση υγείας, η οποία συνοδεύεται από αλλαγές, μεμονωμένα ή συνδυαστικά, στο συναίσθημα, την συμπεριφορά ή και την σκέψη. Κατά πλειονότητα οι ψυχική ασθένεια γίνεται αντιληπτή καθώς το άτομο που την βιώνει αντιμετωπίζει συνθήκες άγχους αλλά και προβλήματα λειτουργικότητας σε κοινωνικό, οικογενειακό και επαγγελματικό/εργασιακό επίπεδο. Βασικά κριτήρια για να διαγνωστεί αν μία ασθένεια ανήκει στις ψυχικές παθήσεις είναι: α) να παρατηρούνται έντονες αλλαγές στην σκέψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά, και β) να βιώνει το άτομο αισθήματα δυσφορίας και δυσλειτουργία (Ihuma, 2022).

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να δοθούν και οι ορισμοί της ψυχική νόσου, που αρχικά αφορά «την ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα και χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις στην αντίληψη, την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων της ζωής καθώς και τον τρόπο εκπλήρωσης των ατομικών βιοψυχοκοινωνικών αναγκών» (Ράγια, 1993). Τέλος, ολοκληρώνοντας την ανάπτυξη των ορισμών, θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν ο συνεπτυγμένος ορισμός από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση, σύμφωνα με τον οποίο η ψυχική νόσος αφορά «οποιαδήποτε διαγνώσιμη κατάσταση της υγείας του ατόμου που περιλαμβάνει συναισθηματικές, νοητικές ή συμπεριφορικές μεταβολές» (Ihuma, 2022).

1.3. Ιατρικό Πρότυπο Ψυχικής Νόσου

Αφού αναπτύχθηκαν οι ορισμοί σχετικά με την ψυχική νόσο, αξίζει αυτή η ενότητα να επικεντρωθεί στην ειδικότητα της ιατρικής που ασχολείται με τις προαναφερόμενες παθήσεις. Η Ψυχιατρική Ειδικότητα, που αποτελεί κλάδο της ιατρικής, είναι υπεύθυνη για την διάγνωση και την θεραπεία των προαναφερόμενων παθήσεων βασιζόμενη και σε βιολογικά στοιχεία και δεδομένα (Cambridge University Press, 2019). Οι ψυχίατροι προκειμένου να υποστηρίξουν το άτομο και να παρέχουν την κατάλληλη θεραπεία, χρειάζεται να διατυπώσουν πρωτίστως μία ορθή και εμπειριστατωμένη διάγνωση, γεγονός που αποτελεί μείζονας σημασίας για την θεραπευτική διαδικασία. Στο πεδίο, δηλαδή στο πλαίσιο μίας Ψυχιατρικής Κλινικής ενός Γενικού Νοσοκομείου αυτό το έργο κρίνεται δύσκολο, είτε λόγω περιορισμένου χρόνου (λόγω της ανάγκης για άμεση υποχρεωτική ακούσια νοσηλεία) ή και λόγω του γεγονότος ότι πολλές ψυχικές παθήσεις περιλαμβάνουν κοινή συμπτωματολογία. Για αυτό τον λόγο κρίνεται αναγκαίο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να χρησιμοποιούν διαγνωστικά εργαλεία, που έχουν διαμορφωθεί σύμφωνα με ενδεδειγμένα πρωτόκολλα, γεγονός που λειτουργεί και ως δικλείδα ασφαλείας, προλαμβάνοντας μία εσφαλμένη διάγνωση. Τα πιο διαδεδομένα εργαλεία είναι το εγχειρίδιο της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) και το εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-11 (International Classification of Diseases).

Αρχικά το εργαλείο DSM-5, αν και διαχωρίζει την ψυχική νόσο από την ψυχική διαταραχή με βάση κριτήρια διαβάθμισης (Buser & Cruz, 2014), ταξινομεί τις διαταραχές σε φάσματα δίνοντας περισσότερο έμφαση στην ένταση της διαταραχής παρά στην ύπαρξη. Σύμφωνα με το εργαλείο αυτό, μία ψυχική διαταραχή μπορεί να ανήκει στο φάσμα της κατάθλιψης, της μανίας, του άγχους, της ψύχωσης και της προσωπικότητας και να εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα αλλά και με αλλαγές της συμπεριφοράς και της σκέψης (American Psychiatric Association, 2013).

Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν πιο απλά κριτήρια για να διακριθεί αν κάποια δυσκολία που βιώνει ένα άτομο συγκαταλέγεται σε ψυχική διαταραχή ή νόσο. Βασικό γνώμονα αποτελούν η αντίληψη, το συναίσθημα, η σκέψη, η κρίση, η βούληση, ο προσανατολισμός στο χώρο, χρόνο και στα πρόσωπα, η συνείδηση, η επικοινωνία και η συμπεριφορά (Ράγια, 1993). Ωστόσο τα κριτήρια αυτά που αφορούν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τρόπους συμπεριφοράς, δεν μπορούν να λειτουργούν

μεμονωμένα ώστε να δοθεί διάγνωση ψυχική διαταραχής αλλά επιπρόσθετα χρειάζεται α) να εξεταστεί η οποιαδήποτε συμπεριφορά σύμφωνα με το πλαίσιο, όπου συμβαίνει, β) να εκτιμηθεί ο βαθμός της νοσηρότητας και γ) να αξιολογηθούν οι συνέπειες της εκάστοτε συμπεριφοράς στο άτομο και στο κοινωνικό περιβάλλον (Ματθαίου, 2017). Επιπλέον βασικό διαγνωστικό κριτήριο αποτελεί η ένταση της ψυχική νόσου, για την οποία προβλέπει μία πιο συγκεκριμένη κατηγοριοποίησή από το Εθνικό ίδρυμα Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (Nation Institute Of Mental Health) ώστε να διακριθεί ποια άτομα ανήκουν στους σοβαρά ψυχικά πάσχοντες. Ένας πρώτος δείκτης είναι η διάρκεια που συνοδεύεται από παρατεταμένη νόσο και χρήζει μακροπρόθεσμης θεραπείας και ένας δεύτερος αφορά το μακροχρόνιο ιστορικό ψυχικής νόσου ή θεραπείας. Έπειτα επιπλέον δείκτης αποτελεί η επικινδυνότητα της κοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου αλλά και η δυσκολία στην ανταπόκριση στο εργασιακό περιβάλλον. Τέλος ένας καίριος και βασικός δείκτης είναι η σταδιακή εξασθένηση του ατόμου, που το αποτρέπει από το να κατορθώνει να καλύπτει τις βασικές του ανάγκες (NIMH, 1987) .

Σε αυτό το σημείο της παρούσας ενότητας, αφού έχουν αναλυθεί τα περισσότερα χαρακτηριστικά της ψυχική νόσου, κρίνεται αναγκαίο να παρουσιαστεί ένας κατάλογος με τις πιο σύνηθες διαγνώσιμες ψυχικές διαταραχές. Αρχικά μία κατηγορία ψυχικών παθήσεων είναι η Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από προβλήματα στην κρίση, την λογική, τα συναισθήματα, την αντίληψη και την συμπεριφορά (Culkin & Perrotto, 2008). Τα βασικά γνωρίσματα της σχιζοφρένειας είναι η απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας και η έλλειψη επίγνωσης αυτής της απώλειας (Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος, 2024). Επιπλέον αναφορικά με την συμπτωματολογία, παρατηρείται ότι τα άτομα που βιώνουν την συγκεκριμένη πάθηση εμφανίζουν τα εξής στοιχεία: α) παραληρητικές ιδέες, β) ψευδαισθήσεις, γ) αποδιοργανωμένο λόγο σε εκτροχιασμό ή ασυναρτησία, δ) έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και αρνητικά συμπτώματα όπως συναισθηματική επιπέδωση ή αβουλησία (American Psychiatric Association, 1996).

Στην συνέχεια μία επιπλέον κατηγοριοποίηση των ψυχικών παθήσεων είναι οι Διαταραχές της Διάθεσης, που ορίζονται από επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας ή εναλλαγή των δύο. Μία από τις πιο βασικές ψυχικές παθήσεις της παρούσας κατηγορίας είναι η διπολική διαταραχή με χαρακτηριστικό γνώρισμα την μεταβολή της

διάθεσης μεταξύ περιόδων μανίας και κατάθλιψης, όπως και ονομάζονται μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια, αντιστοίχως (Culkin & Perrotto, 2008). Αναφορικά με την διπολική διαταραχή, παρατηρείται ότι τα άτομα που βιώνουν αυτήν την πάθηση, συχνά περιγράφουν την διάθεση τους στην καταθλιπτική φάση ως «κατάθλιψη», «λυπημένος», «άδειος», «πεσμένος» ενώ στην μανιακή φάση αναφέρουν «ανεβασμένος», «σε ευφορία», «ενθουσιασμένος», «μανιακός». Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει αλλαγές στην ένταση των δραστηριοτήτων, στις γνωστικές ικανότητες, τον βαθμό της επικοινωνίας και ομιλίας αλλά και στις φυσιολογικές λειτουργίες, όπως είναι ο ύπνος, η όρεξη και η σεξουαλική δραστηριότητα (Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος, 2024).

Μία επιπλέον κατηγοριοποίηση των ψυχικών παθήσεων είναι η Διαταραχές Άγχους, που περιλαμβάνουν συναισθήματα και συμπεριφορές όπως η αγωνία, ο φόβος, η ένταση και η σωματική εγρήγορση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το άγχος και το στρες λίγο ή πολύ υπάρχει στην καθημερινότητα των περισσότερων ανθρώπων παγκοσμίως. Ωστόσο οι περιπτώσεις που αναφέρονται σε ψυχική πάθηση είναι όταν το βίωμα του άγχους παρεμποδίζει το άτομο να ολοκληρώσει φυσιολογικές λειτουργίες ή και να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις (Culkin & Perrotto, 2008). Οι αγχώδεις διαταραχές κατηγοριοποιούνται σε διαταραχές πανικού, φοβικές διαταραχές και γενικευμένη αγχώδεις διαταραχές και περιλαμβάνουν συμπτώματα όπως αόριστη αίσθημα φόβου, πονοκέφαλοι, εφίδρωση, σφίξιμο στο στήθος και σωματική δυσφορία (Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος, 2024).

Τέλος, μία τελευταία βασική κατηγορία των ψυχικών παθήσεων είναι οι Διαταραχές της Προσωπικότητας, που αναγνωρίζονται από «δυσπροσαρμοστικά, άκαμπτα και ενοχλητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας» (Culkin & Perrotto, 2008). Σε αυτές περιλαμβάνονται οι εξής: α) παρανοειδής διαταραχή, β) αντικοινωνική διαταραχή, γ) μεταιχμιακή (οριακή) διαταραχή, και δ) εξαρτητική διαταραχή.

1.4. Κοινωνικό Πρότυπο Ψυχικής Νόσου

Αφού αναφέρθηκε το ιατρικό πρότυπο και τα ιατρικά δεδομένα που συνοδεύουν την ψυχική νόσο, σε αυτό το σημείο το ενδιαφέρον προκύπτει στις κοινωνικές συνθήκες και στα κοινωνικές επιρροές. Πιο συγκεκριμένα, από τον ορισμό και μόνο της ψυχικής υγείας και την ψυχική νόσου προκύπτει ότι δεν αποτελούν ακραιφνώς ιατρικούς όρους αλλά μεταφράζονται μέσω κοινωνικών επιρροών και συνθηκών. Αυτή την πεποίθηση ενισχύει ακόμη περισσότερο το κοινωνικό μοντέλο της υγείας που αποτελεί έναν κλάδο που μελετά και ερμηνεύει την υγεία εντός των κοινωνικών φαινομένων (Beresford, 2005). Ορμώμενοι από τις κοινωνικές επιρροές χρειάζεται να επισημανθεί ότι εννοούνται οι «ορίζουσες» ή αλλιώς οι καθοριστικοί κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Με άλλα λόγια βιβλιογραφικά αναφέρονται ως «κοινωνικές ορίζουσες της υγείας» (social determinants of health) και αποτελούν τους κύριους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων και αφορούν ζητήματα όπως: α) κοινωνικές ανισότητες και αδικίες, β) η εργασία και η ανεργία, γ) η οικονομική ανεπάρκεια, δ) η κατάλληλη στέγαση, ε) το επίπεδο εκπαίδευσης, ε) οι παρεχόμενες υπηρεσίες που υπάρχουν σε μία κοινότητα και στ.) η πρόσβαση και διαθεσιμότητα για κάλυψη των αναγκών των ατόμων (Καραγκούνης, 2018).

Πιο συγκεκριμένα στο παρόν κεφάλαιο το ενδιαφέρον αφορά τις κοινωνικές ορίζουσες της ψυχικής υγείας (social determinants of mental health), οι οποίες επηρεάζουν την έκβαση της ψυχικής υγείας των ατόμων ενώ ταυτόχρονα συμβάλλουν στην όξυνση ή άμβλυνση των ανισοτήτων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Τέτοιες ορίζουσες είναι στο σύνολο τους όλες οι συνθήκες στις οποίες εκτίθεται ένας άνθρωπος σε όλη την διάρκεια της ζωής του, από την σύλληψη έως τον θάνατο (World Psychiatric Association, 2024). Οι ανισότητες που προκύπτουν ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες δύναται να αποφευχθούν με δράσεις που προβλέπουν στην αντιμετώπιση των διαφορών που σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, το εισόδημα, την εκπαίδευση και την γεωγραφική περιοχή της κατοικίας (World Health Organization, 2014). Βαρύνουσας σημασίας είναι το γεγονός ότι το κοινωνικό πρότυπο δεν εστιάζει στην παρεκκλίνουσα συμπεριφορά αυτή καθαυτή αλλά αντίθετα στην σημασία που της αποδίδουν οι άλλοι και στις συνέπειες που έχει η παραβίαση κοινωνικών κανόνων και κανονιστικών προτύπων στο άτομο που βιώνει ψυχική δυσκολία, καθώς παρατηρείται ότι το άτομο υιοθετεί συμπεριφορές για να συγκαλύψει την έκταση απόκλισης του από

τα κυρίαρχα πρότυπα (κοινωνική τάξη, φύλο, εθνότητα, θρησκεία, ψυχική υγεία, εμφάνιση, κοινωνική συμπεριφορά) (Kassam, Pinfold, Rose, & Thornicroft, 2007)

Σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός οι κοινωνικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα άτομα δεν προκύπτουν από ένα «παιχνίδι τύχης», ούτε κατανέμονται καλοπροαίρετα εντός ή και μεταξύ των πληθυσμών. Ωστόσο οι ανισότητες αυτές προέρχονται από τις ευκαιρίες με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ένας άνθρωπος στην ζωή του που αποσκοπούν στην διασφάλιση μίας ευημερούσας και υγιούς ζωής. Η επαφή των ανθρώπων με τέτοιες ευνοϊκές για αυτούς ευκαιρίες καθορίζεται από συστήματα και θεσμούς εξουσίας, επομένως και από τις κοινωνικές τάξεις και την ιεραρχία. Επιπλέον η έκθεση του ανθρώπου σε θετικές ή επιβλαβείς συνθήκες κατά την διάρκεια της ζωής του προβλέπεται από την κατανομή του χρήματος και της εξουσίας. Αυτές οι συνθήκες περιλαμβάνουν παράγοντες όπως είναι: α) το εισόδημα, β) η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, γ) η εργασία και ο επαγγελματικός προσανατολισμός, δ) η στέγαση και η σίτιση, ε) η εκπαίδευση, στ) το κοινωνικό κεφάλαιο και οι κοινωνικές σχέσεις, ζ) οι διακρίσεις, η) οι ευνοϊκές ή αρνητικές συνθήκες της παιδικής ηλικίας, ι) η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και κ) το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του τόπου διαμονής. Επομένως εύλογο είναι το συμπέρασμα ότι τα άτομα που εκτίθενται περισσότερο σε όλα τα στάδια της ζωής τους σε αρνητικές και επιβλαβείς συνθήκες, θα έχουν κακή πρόγνωση και θα είναι πιο ευάλωτα να εκδηλώσουν κάποια ψυχική πάθηση (World Psychiatric Association, 2024).

Αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι αυτή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπου αναφέρεται ότι οι κοινωνικοί παράγοντες της υγείας διακρίνονται ανάλογα με το ηλικιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο άνθρωπος κατά την πάροδο της ζωής του. Αυτές οι συνθήκες διαμορφώνονται από την κατανομή των χρημάτων, της εξουσίας και των πόρων και αφορούν τις περιόδους που οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν (World Health Organization, 2008). Τα ηλικιακά στάδια ταξινομούνται ως εξής: α) προγεννητική περίοδος (Pre-natal Experience), β) τα πρώτα χρόνια της ζωής (The Early Years), γ) η μεταγενέστερη παιδική ηλικία (Later Childhood), δ) η περίοδος της εργασίας (Working Age), ε) η περίοδος της δημιουργίας οικογένειας (Family Building), στ) η περίοδος που ηλικιώνονται τα άτομα (Older People) και ζ) η διαγενεακή μεταφορά των μειονεκτημάτων (Intergenerational Transfer Of Disadvantage).

Αρχικά χρειάζεται να αναφερθεί ότι το βίωμα της κάθε περιόδου έχει σημαντικό αντίκτυπο στην επερχόμενη περίοδο και ούτω καθεξής. Πιο συγκεκριμένα, κατά την προγεννητική περίοδο, η υγεία της μητέρας αλλά και οι συνθήκες του τρόπου ζωής της έχουν αντίστοιχα αρνητικό ή θετικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη του εμβρύου (Joint Commissioning Panel for Mental Health, 2015). Στην συνέχεια, οι συνθήκες στην πρώιμη ηλικία έχουν υψηλή συσχέτιση με τις ψυχικές διαταραχές. Η οικογενειακή δομή και το γονικό πρότυπο καθορίζουν την ψυχική υγεία των παιδιών καθώς συμπεριφορές που περιλαμβάνουν παραμέληση και συγκρούσεις μεταφράζονται ως οι ενήλικες συμπεριφορά των ατόμων, που τις βίωσαν στην παιδική ηλικία (Bono, Francesconi, Kelly, Marmot, & Sacker, 2011). Έπειτα κατά την μεταγενέστερη παιδική ηλικία σημαντικό παράγοντα αποτελεί το εκπαιδευτικό πλαίσιο όπου δομείται η συναισθηματική ανθεκτικότητα του παιδιού, γεγονός που καθορίζει τα επερχόμενα βήματα της ζωής του όπως είναι η εργασία και το εισόδημα (World Health Organization, 2014).

Κατά την επόμενη χρονικά περίοδο τα άτομα έχουν ενηλικιωθεί και ανήκουν πέρα από το οικογενειακό και σε ένα εργασιακό πλαίσιο, καθώς βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία. Σε αυτήν την περίπτωση, οι επιπτώσεις που έχει η ψυχική διαταραχή επηρεάζει πολύ περισσότερο, πέρα από τα άτομα που την βιώνουν, και την ευρύτερη οικογένεια, τους συντρόφους και τα παιδιά, όπως και την κοινότητα και την οικονομία. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την εργασία, η ανεργία και η απασχόληση σε μη υγιή πλαίσια αποτελεί βασικό δυσμενή παράγοντα που οδηγεί σε αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης ψυχικής νόσου, ιδιαίτερα του άγχους και της κατάθλιψης (UCL IHE, 2012). Στην συνέχεια, κατά την περίοδο της οικοδόμησης της οικογένειας, αντιστοίχως με την παιδική ηλικία, οι συμπεριφορές και η ψυχική κατάσταση των γονέων επηρεάζουν την δόμησης της ψυχικής υγείας των παιδιών τους ενώ στο στάδιο της γήρανσης, οι προηγούμενες εμπειρίες των ατόμων καθορίζουν την κατάσταση της ψυχικής τους υγεία, ιδιαίτερα στην φάση της συνταξιοδότησης. Τέλος, χρειάζεται να επισημανθεί ότι οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και συνθήκες διαβιώνονται από γενιά σε γενιά με αποτέλεσμα οι ψυχικές ανισότητες να παραμένουν – και να αναπτύσσονται- με την πάροδο του χρόνου (World Health Organization, 2014).

1.5. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Σε αυτό το σημείο του παρόντος κεφαλαίου έχουν εκτενώς αναλυθεί οι δύο βασικές αλληλένδετες έννοιες, η ψυχική υγεία και η ψυχική νόσος, όπως και τα δύο συστατικά τους μέρη, που είναι οι ιατρικές θεωρήσεις και οι κοινωνικές επιρροές. Η ιατρική επιστήμη μεριμνά σε βάθος χρόνων μελετώντας τις καλύτερες συνθήκες για την θεραπεία των σωματικών και οργανικών παθήσεων, γεγονός όμως που δεν αντικατοπτρίζεται και στις ψυχικές παθήσεις. Θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν ότι γίνονται σταδιακά βήματα προς την ανάπτυξη της ψυχιατρικής ειδικότητας και των ψυχιατρικών δομών και υπηρεσιών, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, που ενώ στο παρελθόν ακολουθούσε τακτικές ασύλων νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων, τώρα έχει μετατοπιστεί με γνώμονα των νέων προγραμμάτων την αποϊδρυματοποίηση και την αποκατάσταση.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί ότι το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ίδρυση αποκαταστασιακών δομών στέγασης για άτομα με ψυχικά πάθηση είναι το κοινωνικό στίγμα και οι διακρίσεις, που δεν ευνοούν την ενσωμάτωση των ατόμων στην κοινότητα (Οικονόμου, 2004). Ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει ενισχυμένες προσπάθειες αποασυλοποίησης με βασικό σκοπό την συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρικών κλινικών και την μεταφορά των ατόμων σε εναλλακτικές στεγαστικές δομές εντός της κοινότητας. Ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις όμως, παρατηρείται να ενισχύονται τεχνικές ιδρυματοποίησης, αφενός λόγω της συλλογικής μνήμης και αφετέρου λόγω των κοινωνικών διακρίσεων και προκαταλήψεων. Επομένως χρήζει ιδιαίτερης προσοχής η οργάνωση τέτοιων υπηρεσιών που θα έχουν ως στόχο να παρέχουν ισορροπημένες και εξατομικευμένες υπηρεσίες έχοντας ως πυρήνα το άτομο με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του (Τομάρας, 2004).

Αρχικά χρειάζεται να παρατηρηθεί ότι ιστορικά η ψυχική νόσος είναι υπαρκτή διαχρονικά σε όλες τις κοινωνίες, ανεξάρτητα από κουλτούρα, έθνος και θρησκεία (Arboleda-Florez, 2002) και ιδιαίτερα στην Αρχαία Ελλάδα η ψυχική νόσος θεωρούταν αποτέλεσμα θεϊκής παρέμβασης γι' αυτό την συνέδεαν με δαιμονικά στοιχεία. Ο πρωτοπόρος της ανάλυσης της ψυχοπαθολογίας είναι ο Ιπποκράτης, που περιέγραψε την ψυχική νόσο ως νοητική δυσλειτουργία και τη συνέδεσε με την λεγόμενη υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια (Παπαδοπούλου, 2004). Αναλογιζόμενοι το θεραπευτικό πλαίσιο, χρειάζεται να αναφερθεί ότι μέχρι τον 18^ο αιώνα επικρατήσουν τα άσυλα, τα οποία ήταν χώροι μόνιμης παραμονής των ψυχικά πασχόντων με κύρια

θεραπεία την φαρμακευτική, η οποία δεν ήταν εξίσου εξελιγμένη ώστε να ανταποκρίνεται στις ψυχικές παθήσεις. Οι πρώτες προσπάθειες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντοπίζονται κατά τον 18ο αιώνα, που παρατηρήθηκε αναδιαμόρφωση των δομών ψυχικής υγείας με πρωτοπόρο τον Pinel ο οποίος: α) αναδιοργάνωσε τα άσυλα χωρίζοντας τα σε πτέρυγες διαχωρίζοντας έτσι τους ψυχικά πάσχοντες, β) συνέβαλε στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και αντίδρασης απέναντι στην ψυχική νόσο και γ) δημιούργησε άσυλα κατάλληλα για παροχή σωστής περίθαλψης (Θεοχαράκης , Στυλιανίδης, & Χόνδρος, 2007).

Μετέπειτα στις αρχές του 20ού αιώνα «η ψυχιατρική περίθαλψη περιελάβανε άσυλα με στοιβαγμένους ψυχιατρικά ασθενείς σε τεράστιες ψυχιατρικές πτέρυγες, σε απάνθρωπες και άθλιες συνθήκες ζωής, αποκομμένους από την κοινωνία και μόλις μετά το 1984 άρχισε να εφαρμόζεται στην Ελλάδα σοβαρό πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αποσυλοποίησης των ψυχικά πασχόντων με προσπάθεια επανένταξης τους στην κοινωνία (Θεοχαράκης , Στυλιανίδης, & Χόνδρος, 2007). Στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με το 10ετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης, επικεντρώθηκε αφενός στην αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων που διέμεναν στα 9 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην δημιουργία κοινοτικών δομών όπως είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων (Θεοδωράκης, 2008). Πιο συγκεκριμένα, στην Κρήτη η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε το 1990 με τα πρώτα θετικά της βήματα να ολοκληρώνονται το 2006 με το κλείσιμο του ασύλου στην Σούδα Χανίων (Κοκκινάκος, 2008).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μία διεργασία, και όχι απλώς ένα πρόγραμμα, που θα εξελίσσεται όσο αναπτύσσεται και η ιατρική επιστήμη. Πολλοί επιστήμονες της ψυχιατρικής, την περιγράφουν ως μία αέναη διαδικασία, που «τώρα ξεκινάει» και σκοπός είναι μόνο η εξέλιξη της και όχι το τέλος της. Η διεργασία αυτή αφορά όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και περίθαλψης, δηλαδή πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, για την οποία λαμβάνεται και η πιο στοχευμένη μέριμνα (Κόντης, 2008). Στην σύγχρονη εποχή, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση βρίσκεται σε εξέλιξη στις περισσότερες χώρες του κόσμου και στηρίζεται στην αρχή της αποϊδρυματοποίησης και της παροχής φροντίδας στην κοινότητα, στοχεύει στην προώθηση της αυτονόμησης του ασθενούς.

Σημαντική εξέλιξη στον ελλαδικό χώρο, που βασίζεται στο νομοθετικό του πλαίσιο, είναι το γεγονός ότι οι δομές έχουν μετονομαστεί σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας περί ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις όπου αναφέρεται ότι «Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα. (άρθ.1/Κεφ.Α) . Επιπλέον στον ίδιο νόμο αναφέρεται ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας (Αρθ.2/Κεφ.Α.) (ΝΟΜΟΣ 2716/1999, ΦΕΚ Α' 96/17.5.1999).

Επιπρόσθετα χρειάζεται να επισημανθεί ότι σύμφωνα με το άρθρο 93/Κεφάλαιο Στ. περί Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ) αναφέρεται ότι «Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων».

1.6. Κοινωνική Ψυχιατρική

Αφού παρουσιάστηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που ως βασικούς σκοπούς είχε την κατάργηση των ασύλων, την αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά πασχόντων και την ένταξη της θεραπευτικής διαδικασίας εντός της κοινότητας, σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ένας νέος όρος, ο οποίος είναι η «κοινωνική» ή «κοινωνική ψυχιατρική». Η αξία αυτού του όρου προκύπτει από το γεγονός ότι επηρέασε και άλλαξε τις σταθερές της παραδοσιακής ψυχιατρικής ειδικότητας καθώς άνοιξε έναν διάλογο που ενέπλεξε τις 3 ειδικότητες: α) την Κλινική Ψυχιατρική, β) τις Κοινωνικές Επιστήμες (κοινωνιολογία, ανθρωπολογία, ψυχολογία και κοινωνική ψυχολογία) και γ) τις Επιστήμες Δημόσιας Υγείας (επιδημιολογία, βιοστατιστική, οικονομία υγείας και διοικητική υγεία). Η κοινωνική ψυχιατρική αποτελεί μία καίρια έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς μετατοπίζει την ερμηνεία της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς από το άτομο και την στρέφει προς τις περιβαλλοντικές συνθήκες και τα κοινωνικά φαινόμενα, με βασικότερα την εποχή που αναπτύχθηκε (1917), την κοινωνική αποδιοργάνωση, την περιθωριακότητα και την φτώχεια (Μαδιανός, 1996)

Επιπλέον η κοινωνική ψυχιατρική ως προσέγγιση ενδιαφέρεται για τους λόγους που επικρατούν και διατηρούνται οι ψυχικές παθήσεις από γενιά σε γενιά αλλά επίσης εστιάζει στους κοινωνικούς παράγοντες που αποτελούν την αιτιολογία για την γέννηση των ψυχικών νόσων. Χρειάζεται να επισημανθεί ότι αφορά ένα σύνολο δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν αρχικά την κοινωνιολογική θεώρηση, δηλαδή την μελέτη των κοινωνικών φαινομένων, έπειτα την επιδημιολογική προσέγγιση, δηλαδή την μελέτη των κοινωνικό-περιβαλλοντικών παραγόντων, στην συνέχεια την προληπτική προσέγγιση που αφορά την διαμόρφωση νομικών και κοινωνικών πολιτικών για πρόληψη της ψυχικής πάθησης και τέλος την θεραπευτική προσέγγιση που περιλαμβάνει την κοινωνική θεραπευτική υποστήριξη των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες (Μαδιανός, 1996).

Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι η κοινωνική ψυχιατρική έχει τις βάσεις της σε έξι σταθερές αρχές οι οποίες είναι οι εξής: α) Αρχή της Καθολικότητας – αφορά την συνολική κοινωνική δομή στην οποία ανήκει το άτομο, β) Αρχή της Συσχέτισης – αναφέρεται στην θεωρία ότι τίποτα δεν μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο αν δεν έχει συσχετιστεί προηγουμένως με κάτι άλλο ή κάποιον άλλον, γ) Αρχή της Συνειδητής Βούλησης – κατά την οποία κάθε άτομο έχει μία στάση και δρα σύμφωνα με αυτήν, δ) Αλληλεπίδραση του Κέντρου και της Περιφέρειας – όπου κέντρο θεωρείται το άτομο

και περιφέρεια οι κοινωνικές επιρροές, ε) Πολυδιάστατη Προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η θεραπεία ταυτίζεται με τις κοινωνικές δραστηριότητες και τέλος στ) Θεραπεία μέσα από την Εμπειρία, η οποία την εμπειρία που κατακτιέται μέσα από το θεραπευτικό πλαίσιο. Η κοινοτική ψυχιατρική ασχολείται με 3 επίπεδα: 1) το άτομο, β) την οικογένεια του και γ) τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες ή και μειονότητες, και μελετά 4 βασικά κοινωνικά φαινόμενα: 1) την κοινωνική κινητικότητα, 2) την κοινωνική διαστρωμάτωση, 3) την πολιτιστική αλλαγή και 4) την κοινωνικό- οικονομική ανάπτυξη (Μαδιανός,1996).

Γενικά, η κοινοτική ψυχιατρική, είναι τύπος πρωτοβάθμιας περίθαλψης και επικεντρώνεται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο κοινότητας, εστιάζοντας στη συνεργασία με τις τοπικές κοινότητες και τους πόρους τους. Επιπλέον ως προσέγγιση δίνει έμφαση στην εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων και υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας. Πολλοί επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, ερευνητές και ιδρύματα συμβάλλουν στη διαμόρφωση αυτής της προσέγγισης, η οποία στοχεύει στην ανάγνωση, την πρόληψη και την έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές εντός της κοινότητας και όχι εντός των ψυχιατρικών κλινικών (Freedman , Kaplan, & Sadock, 1975).

Αναφορικά με τους στόχους της προσέγγισης αυτής διακρίνεται ότι αποσκοπεί αρχικά στην αύξηση του εύρους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντός της κοινότητας και ταυτόχρονα στην μείωση των εισαγωγών σε ψυχιατρικές δομές. Ταυτόχρονα επιδιώκει την μείωση της εξάρσής των ψυχικών διαταραχών αλλά και του στίγματος, μέσω της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης των μελών των κοινοτήτων. Επιπλέον στοχεύει στην ύπαρξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που θα είναι προσβάσιμες σε όλους ανεξάρτητα από την γεωγραφική θέση και την οικονομική κατάσταση των ληπτών ενώ παράλληλα αποσκοπεί στην αύξηση του μεγέθους των ατόμων που θα λαμβάνουν πραγματικά αυτές τις υπηρεσίες, οι οποίες θα έχουν δημιουργηθεί με γνώμονα τις δικές τους ανάγκες (Μαδιανός, 1996) .

1.7. Δικαιώματα Κοινότητας-Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Στην προηγούμενη ενότητα το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην κοινοτική ψυχιατρική αναδεικνύοντας την σημασία της παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες εντός του κοινοτικού πλαισίου. Βασικός σκοπός αυτής της προσέγγισης είναι η αποτελεσματική θεραπευτική διαδικασία καθώς και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων. Στην παρούσα ενότητα, χρειάζεται να αναλυθεί το ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ιδιαίτερα των ατόμων που αποτελούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που αποτελεί καίριο γνώμονα με σκοπό να διασφαλιστεί η αυτονομία, η προστασία και η συμμετοχή στους στο κοινωνικό σύνολο. Αρχικά χρειάζεται να επισημανθεί ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι αυτονόητα, αυτοδίκαια, τα κατέχει ο κάθε άνθρωπος με βάση την ανθρωπινή του υπόσταση και ανήκουν σε όλους λόγω της εγγενούς τους αξία ως άνθρωποι, όπως επισημαίνεται και από την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948), όπου αναφέρεται ότι «όλοι οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι και ίσοι απέναντί στα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια τους».

Τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων αποτελούν κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και (Μπιλανάκης, 2004) και διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες. Αρχικά, παρατηρούνται τα ατομικά δικαιώματα, που εκφράζονται στο αστικό και ποινικό δίκαιο, στα οποία περιλαμβάνονται το δικαίωμα της ενημέρωσης, της συγκατάθεσης και της προστασίας του ιατρικού απορρήτου και στοχεύουν στην διασφάλιση της ελευθερίας του ατόμου και στην διατήρηση της ιδιωτικής του σφαίρας. Στην συνέχεια εντοπίζονται τα κοινωνικά δικαιώματα, που αφορούν το δικαίωμα στην φροντίδα υγείας, συνδέονται με τις μονάδες υγείας και τις πολιτικές τους και έχουν σκοπό την διαφυλάξουν την συμμετοχή των ατόμων στις δραστηριότητες της κοινωνίας (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Η Ελλάδα, ως πρώτη χώρα στην Ευρώπη, διατύπωσε νομικά το 1992 τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, όπου περιλαμβάνονται τα Δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς και τους δεοντολογικούς κανόνες που διέπουν την άσκηση της ιατρικής και κατ' επέκταση της ψυχιατρικής ειδικότητας. Η δεοντολογία αυτή περιλαμβάνει τις εξής αρχές: α) την αρχή της ωφέλειας, β) την αρχή της αυτονομίας, γ) την αρχή της ισοτιμίας, και δ) την αρχή της δικαιοσύνης (Βασιλοπούλου & Κατσιμίγκας, 2010).

Οι παραπάνω αρχές μεταφράζονται σε νομικά κατεστημένα δικαιώματα και συγκεκριμένα κάθε άνθρωπος δικαιούται αρχικά να υποβάλλεται σε θεραπεία εφόσον παρουσιάζει κάποια σωματική ή ψυχική διαταραχή καθώς και να ενημερώνεται για την κατάσταση της υγείας του αλλά και για τις θεραπευτικές δυνατότητες της ασθένειας του. Στην συνέχεια διασφαλίζεται ότι κάθε άνθρωπος έχει ίσες δυνατότητες στην διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας του με όλα τα άλλα μέλη της κοινωνίας. Επιπλέον χρειάζεται να επισημανθεί το δικαίωμα του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας να προστατεύεται ως «πελάτης» των συστημάτων παροχής υπηρεσιών από τον κίνδυνο εξαπάτησης, εκβιασμού, εκμετάλλευσης και χειραγώγησης. Τέλος, νομικά εξασφαλίζεται ότι οι ασθενείς διατηρούν τα νομικά, πολιτικά και ατομικά δικαιώματα που είχαν όσο ήταν υγιής και κατ' επέκταση προστατεύεται το απόρρητο της ιδιωτικής τους ζωής και η εχεμύθεια στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ως απόρρητο θεωρείται κάθε γεγονός ή πληροφορία που σχετίζεται με τον ασθενή και που η ανακοίνωση του μπορεί να προκαλέσει σε αυτόν υλική ή ηθική βλάβη (Μπιλανάκης, 2004).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί η νομοθεσία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που προβλέπει 10 βασικές αρχές για την ψυχική υγεία ως εξής: α) προτεραιότητα των επαγγελματιών είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας όπως και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, β) χρειάζεται να παρέχεται στο σύνολο της κοινότητας η βασική φροντίδα ψυχικής υγείας και οι υπηρεσίες να είναι προσβάσιμες, γ) η διάγνωση της ψυχικής νόσου πρέπει να βασίζεται στις διεθνώς αποδεκτές αρχές και τα εγκεκριμένα διαγνωστικά εργαλεία, δ) η παροχή φροντίδας έχει γνώμονα την λήψη των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέσων – ο εγκλεισμός σε ψυχιατρική κλινική επιτρέπεται στον βαθμό που δεν είναι δυνατή καμία άλλη θεραπευτική διαδικασία, θεωρείται ως ακούσια νοσηλεία και πραγματοποιείται μόνο με εισαγγελική εντολή. Επιπλέον αρχές για την ψυχική υγεία δίνουν έμφαση ε) στην αυτοδιάθεση του ατόμου αλλά και στ.) στην επιλογή του να ζητήσει την απαραίτητη βοήθεια για να ασκήσει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Στην συνέχεια χρειάζεται να αναφερθεί ότι υπάρχουν μηχανισμοί, που διασφαλίζουν την τήρηση των παραπάνω αρχών, και αφορούν ζ) τις διαδικασίες επανεξέτασης του ατόμου αυτόματα και μη, η) το απαραίτητο προσοντολόγιο που χρειάζεται να έχουν οι επαγγελματίες υγείας όπως και θ) τις νομοθετικές ρυθμίσεις (Π.Ο.Υ, 1996).

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφικών εγγραφών γίνεται αντιληπτό ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα αφορούν τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μόνο με την ιδιότητα ως άνθρωποι. Σε διάφορες αναφορές εντοπίζεται η προσέγγιση που επισημαίνει ότι η δημιουργία ενός διαφορετικού νομικού πλαισίου, όχι μόνο μπορεί να υπονομεύσει την ιδιότητα των ατόμων ως άνθρωποι αλλά πολύ περισσότερο διαιωνίζει τον στιγματισμό της ψυχική νόσου. Στην παρούσα ενότητα, υπάρχει συμφωνία με αυτήν την πεποίθηση, ωστόσο αναγνωρίζεται η ανάγκη για την δημιουργία νομικού σχήματος που θα προστατεύει τα άτομα ιδιαίτερα στην φάση της νοσηλείας. Επομένως κρίνεται αναγκαίο να παρατεθούν οι συγκεκριμένες αρχές που οφείλουν να ακολουθούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με σκοπό να διασφαλίσουν την θεραπεία και την επανένταξη των ψυχικά πασχόντων.

Η πρώτη βασική αρχή αφορά την λήψη των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων καθώς βασική αξία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (βλ.κεφ.1.5.) είναι η θεραπεία εντός της κοινότητας. Σε αυτήν την προσέγγιση εξαιρούνται συγκεκριμένες καταστάσεις, όπου η νοσηλεία σε κλινική είναι απαραίτητη και αυτές αφορούν: α) περιπτώσεις που υπάρχει κίνδυνος για τα άτομα να βλάψουν τους εαυτούς τους ή άλλους και β) όταν η θεραπεία μπορεί να παρασχεθεί μόνο εντός κλινικής. Σε αυτές τις περιπτώσεις η νοσηλεία είναι ακούσια – σε εξαιρετικές περιπτώσεις εκούσια – και πραγματοποιείται έπειτα από την εντολή εισαγγελέα καθώς και χρειάζεται να πληρούνται ορισμένα κριτήρια: αφενός τον εγκλεισμό χρειάζεται να επιβεβαιώσουν εξουσιοδοτημένοι επαγγελματίες υγείας και αφετέρου πρέπει να διασφαλίζεται ότι ο μη εγκλεισμός μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης ή στον κίνδυνο άλλου ατόμου ή του ίδιου (Π.Ο.Υ, 2005).

Η δεύτερη βασική αρχή αφορά την εξασφάλιση του απόρρητου, δηλαδή ότι όλες οι πληροφορίες, τα ιατρικά δεδομένα και το κοινωνικό ιστορικό ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή παραμένουν απόρρητα και να μην διαρρέουν με κανένα μέσο, είτε γραπτό ή προφορικό ή οποιοδήποτε άλλο τρόπο που μπορεί να φανερώσει την ταυτότητα του ατόμου. Σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι η οικογένεια και οι φροντιστές χρειάζεται να ενημερώνονται και να πληροφορούνται για την κατάσταση του ασθενή, ώστε να παρέχουν μετέπειτα την πιο αποτελεσματική φροντίδα, με τέτοιον τρόπο ώστε να μην καταρρίπτεται το απόρρητο της επικοινωνίας του ασθενή με το επαγγελματικό προσωπικό. Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται περιπτώσεις που νόμιμα αυτό το δικαίωμα υπερπηδείται και αφορά καταστάσεις που

είτε θέτουν σε κίνδυνο την ζωή του ατόμου ή άλλων, ή και με δικαστική απόφαση για ποινικές υποθέσεις (Π.Ο.Υ, 2005).

Η τρίτη βασική αρχή αφορά την συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης ή άρνησης, χωρίς καταναγκασμούς για χορήγηση θεραπείας, στην περίπτωση που ο ασθενής έχει την ικανότητα να την παράσχει (Π.Ο.Υ, 2005). Για να διασφαλιστεί αν η συγκατάθεση είναι έγκυρη, έχουν δημιουργηθεί βασικά κριτήρια, τα οποία υποχρεούται να λαμβάνονται υπόψη και περιλαμβάνουν: α) το άτομο που γίνει την συγκατάθεση πρέπει να κριθεί ικανό προς αυτό, β) πρέπει να παρέχεται ελεύθερα χωρίς καταναγκασμούς, γ) είναι αναγκαίο να δίνεται ολοκληρωμένη πληροφόρηση για την προτεινόμενη θεραπεία, δ) απαραίτητη είναι η επαρκής ενημέρωση για επερχόμενους κινδύνους ή παρενέργειες, ε) πρέπει ο ασθενής να έχει την δυνατότητα επιλογής, στ) κάθε πληροφορία χρειάζεται να μεταφέρεται σε γλώσσα κατανοητή για τον ασθενή και ζ) το άτομο πρέπει να γνωρίζει ότι έχει το δικαίωμα να διακόψει ανά πάσα στιγμή την θεραπεία ή να αρνηθεί, ακόμη και αν προηγουμένως έχει συμφωνήσει (Π.Ο.Υ, 2005).

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να επισημανθεί η Αρχή 12 για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο για την Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία από τα Ηνωμένα Έθνη (1991), όπου αναφέρεται ότι κάθε ασθενής σε μονάδα ψυχικής υγείας πρέπει – και είναι υποχρέωση των επαγγελματιών – να ενημερώνεται για όλα τα νόμιμα δικαιώματα του, με όλες τις αναγκαίες επεξηγήσεις και σε γλώσσα κατανοητή για τον ίδιο (Μπιλανάκης, 2004). Αυτά τα δικαιώματα περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων: α) το δικαίωμα να αναγνωρίζεται η νομική του υπόσταση ως άτομο, β) το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα και στην ελευθερία επικοινωνίας, γ) η ελεύθερη έκφραση της θρησκευτικής πίστης, δ) να έχει δικαιώματα πρόσβασης σε ψυχαγωγία, εκπαίδευση και διατήρηση της καθημερινότητας του όπως και ε) να έχει κάθε δυνατότητα να εμπλακεί σε διαδικασίες που θα ενισχύσουν την κοινωνική επανένταξη του και αποκατάσταση (Μπιλανάκης, 2004).

1.8. Φορείς & Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Η ψυχική υγεία αποτελεί θεμέλιο πυλώνα της ευημερίας και της ποιότητας ζωής κάθε ατόμου. Οι υπηρεσίες και οι μονάδες ψυχικής υγείας αποτελούν σημαντικό μέρος του συστήματος υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα, υποστήριξη και θεραπεία σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες ψυχικής υγείας. Αυτές οι υπηρεσίες μπορούν να περιλαμβάνουν διαγνωστική αξιολόγηση, θεραπεία, συμβουλευτική, φαρμακευτική αγωγή, θεραπεία με ομάδες υποστήριξης, και παροχή εκπαίδευσης για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας. Οι μονάδες ψυχικής υγείας είναι σχεδιασμένες να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον, ενθαρρύνοντας την ανάρρωση και την ολοκληρωμένη υποστήριξη των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Η προσβασιμότητα σε αυτές τις υπηρεσίες και μονάδες είναι ουσιώδης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι σε όλες τις ηλικίες και τις κοινότητες.

Αρχικά χρειάζεται να επισημανθεί ότι στις «Μονάδες Ψυχικής Υγείας» περιλαμβάνονται: τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστευόμενα διαμερίσματα, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή (ΝΟΜΟΣ 2716/1999, ΦΕΚ Α' 96/17.5.1999).

Στην Ελλάδα παρατηρούνται όλες οι μονάδες ψυχικής υγείας, όπως προαναφέρθηκαν, με την διαφορά ότι σε κάθε δήμο εντοπίζονται κάποιες από αυτές, στην επαρχία, ή οι ίδιες στο σύνολο τους, γεγονός που συμβαίνει σε μεγάλους δήμους. Στην συγκεκριμένη περίπτωση το ερευνητικό ενδιαφέρον αφορά τον Δήμο Ρεθύμνου στην Κρήτη, που εντάσσεται στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, επομένως κρίνεται αναγκαίο να παρουσιαστούν οι μονάδες ψυχικής υγείας που υπάρχουν στην περιοχή. Ονομαστικά αυτές οι υπηρεσίες, όπου εξυπηρετούνται ενήλικα άτομα, είναι οι εξής:

1. Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Ρ. και τα εξωτερικά ιατρεία της,
2. Ξενώνας Βραχείας Παραμονής «Ηλιοτρόπιο» του Γ.Ν.Ρ
3. Ξενώνας Μακράς Παραμονής «Αμάθεια» του Γ.Ν.Ρ,
4. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου
5. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου
6. Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΦΨΥ)
7. Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης «Αρωδαμός» (Κοι.Σ.Π.Ε Ρεθύμνου)

Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαία η παρουσίαση των υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων που παρέχονται από τους προαναφερόμενους φορείς. Αρχικά αναφορικά με την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου χρειάζεται να επισημανθεί ότι αποτελεί ένα κλειστό τμήμα με 10 κλίνες όπου νοσηλεύονται άτομα που βρίσκονται στην οξεία φάση της ψυχιατρικής νόσου ή διαταραχής. Η λειτουργία της καλύπτει τις ανάγκες του Νομού Ρεθύμνου και εντάσσεται στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς και συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Η φιλοσοφία της Ψυχιατρικής Κλινικής εμπίπτει στο γεγονός ότι «η νοσηλεία του ασθενή με ψυχιατρικό νόσημα είναι βραχεία, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τον ασθενή με σωματικό νόσημα». Η υποδομή της κλινικής αλλά και η εξειδίκευση του προσωπικού αφορά την αντιμετώπιση όλου του φάσματος της ψυχοπαθολογίας και οι υπηρεσίες απευθύνονται σε άτομα με σοβαρά ψυχιατρικά νοσήματα (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, ψυχωσική κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα κ.α.), που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης ή υποτροπής των συμπτωμάτων της νόσου. Βασικός πυρήνας της λειτουργίας της παρούσας κλινικής είναι ότι «ο ψυχιατρικός ασθενής είναι όπως οποιοσδήποτε άλλος ασθενής, έχει τις ίδιες ανάγκες και τα ίδια δικαιώματα για φροντίδα». Επίσης αξιοσημείωτο είναι το πρόγραμμα της κλινικής που περιλαμβάνει καθημερινές επισκέψεις, διαγνωστικές συνεντεύξεις, φαρμακοθεραπεία, κλινική παρακολούθηση, νοσηλεία, ψυχομετρική αξιολόγηση, ψυχοθεραπεία, ψυχοεκπαίδευση, κοινωνική εργασία και διασυνδετική (7η ΥΠΕ Κρήτης, 2008).

Επιπλέον παράλληλα με την ψυχιατρική κλινική πραγματοποιούνται τα εξωτερικά ιατρεία της, που λειτουργούν εντός του νοσοκομείου από ψυχιάτρους. Εκεί παρέχονται διαγνωστικές υπηρεσίες, παρακολούθηση (Follow-up) της νόσου τόσο για άτομα που έχουν νοσηλευτεί στην κλινική όσο και ατόμων που επισκέπτονται μόνο τα εξωτερικά ιατρεία, πραγματοποιείται ανίχνευση νέων περιστατικών αλλά και συνταγογράφηση

και επικύρωση δημοσίων εγγράφων (π.χ. για άδεια διδασκαλίας, άδεια οπλοκατοχής κ.α.). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν κάποιες μέρες την εβδομάδα, όπου αναλαμβάνει ένας ψυχίατρος την κάθε μέρα.

Επίσης το Νοσοκομείο Ρεθύμνου διαθέτει τον Ξενώνα Βραχείας Παραμονής «Ηλιοτρόπιο», που αποτελεί μία στεγαστική δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για άτομα με χρόνιες ψυχικές ασθένειες με δύναμη 10 κλινών και μέσο χρόνο παραμονής 6-8 μήνες. Η παραμονή στον Ξενώνα αποτελεί μετάβαση από την ψυχιατρική κλινική, όμως δεν αποτελεί κλειστού τύπου δομή αλλά αντίθετα μία μονάδα βραχείας παραμονής, όπου φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογένεια, ή κρίνεται αναγκαία η προσωρινή απομάκρυνση τους από το οικογενειακό περιβάλλον τους. Επιπλέον η φιλοξενία αφορά άτομα που χρειάζονται μία περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την κοινοτική ζωή (Υπ. Απόφαση Γ3β/Γ.Π.οικ.40569/2019). Οι ανάγκες των ενοίκων καλύπτονται από νοσηλευτικό προσωπικό επί 24ωρης βάσης και καθημερινές συναντήσεις με ψυχολόγο της δομής αλλά επιπλέον σε εβδομαδιαία βάση τα άτομα λαμβάνουν υπηρεσίες από ψυχίατρο και κοινωνικό λειτουργό. Σε αυτό το σημείο αναγκαία είναι η αναφορά και στον Ξενώνα Μακράς Παραμονής «Αμάλθεια», που διαθέτει το νοσοκομείο Ρεθύμνου, όπου παρέχεται μακροχρόνια φιλοξενία και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης. Οι Ξενώνες μακράς διάρκειας παραμονής απευθύνονται σε ασθενείς μέσης και υψηλής λειτουργικότητας (Υπ. Απόφαση Γ3β/Γ.Π.οικ.40569/2019).

Στην συνέχεια αξίζει να αναφερθεί η δράση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Δήμου Ρεθύμνου, που υπάγεται στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου και στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια, όπου στόχος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των κατοίκων του Νομού Ρεθύμνου μέσα από την παροχή υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, θεραπείας, πρόληψης, ψυχοκοινωνικής μέριμνας, συμβουλευτικής παρέμβασης και ευαισθητοποίησης στον τομέα της ψυχικής υγείας. Ο παρών φορέας βασίζεται στην φιλοσοφία ότι «το στίγμα πληγώνει, η σωστή ενημέρωση βοηθά», γεγονός που αντικατοπτρίζεται από το εύρος των υπηρεσιών που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης γύρω από θέματα ψυχικής υγείας, στις παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα και στις εκδηλώσεις που σκοπό έχουν τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου (7η ΥΠΕ Κρήτης, 2008). Στον ίδιο φορέα ανήκει και η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, η οποία όμως παρόλο που

αποτελέσει μία αξιόλογη προσπάθεια παρέμβασης και παρακολούθησης εντός της κοινότητας, αν και υπάρχει, υπολειμματική λόγω ελλείψεων προσωπικού.

Σε αυτό το σημείο το ενδιαφέρον προκύπτει στον Κοι.Σ.Π.Ε Ρεθύμνου «Αρωδαμός», που αποτελεί μία νέα μορφή επιχειρηματικότητας με κοινωνικό προσανατολισμό, η οποία φιλοδοξεί να παρέχει δυναμικές και πρωτοπόρες λύσεις σε καίρια θέματα, όπως είναι η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα οι Κοι.Σ.Π.Ε είναι ταυτόχρονα εμπορικές μονάδες, αναπτύσσοντας οικονομική δραστηριότητα, αλλά και μονάδες ψυχικής υγείας από όπου υποστηρίζονται άτομα με ψυχική νόσο. Ο Κοι.Σ.Π.Ε Ρεθύμνου ιδρύθηκε το 2015 με σκοπό την δημιουργία προϋποθέσεων για ισότιμη συμμετοχή ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού στην κοινωνική και οικονομική ζωή. Βασικοί στόχοι λειτουργίας του είναι: α) η δημιουργία θέσεων εργασίας για άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και παράλληλη στήριξη τους σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο, β) η επαγγελματική ένταξη και κοινωνική ενσωμάτωση των εργαζομένων και γ) ο αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου (Αρωδαμός, 2015). Ο Κοι.Σ.Π.Ε Ρεθύμνου συνεργάζεται με την Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΠοΚοιΣΠΕ), της οποίας σκοπός είναι η εκπροσώπηση και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων της κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης και επαγγελματικής επανένταξης των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, η προώθηση των συμφερόντων των Κοι.Σ.Π.Ε και η υποστήριξη τους όπως και η προαγωγή της Κοινωνικής Αλληλεγγύης Οικονομίας (ΠΟΚοιΣΠΕ, 2011).

Τέλος, χρειάζεται να αναφερθεί και η συνδρομή του Συλλόγου Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία Νομού Ρεθύμνου (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ), που ιδρύθηκε το 2010 και τα μέλη του είναι συγγενείς των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχικές νόσους. Αποτελεί μία μη κυβερνητική, μη κερδοσκοπική, εθελοντική οργάνωση και είναι μέλος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οργανώσεων για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ). Στον σύλλογο δραστηριοποιούνται άτομα από το άμεσο περιβάλλον των ατόμων που βιώνουν ψυχικές δυσκολίες, εθελοντές από τον επαγγελματικό χώρο της ψυχικής υγείας και λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς λαμβάνει και την πλήρη υποστήριξη από την Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν.Ρ και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Οι σκοποί λειτουργίας του, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνουν: α) δημιουργία σχέσεων αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας μεταξύ των μελών, β) προαγωγή υποστήριξης και προστασίας των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους, γ) υπεύθυνη ενημέρωση

για την ψυχική υγεία και ασθένεια και δ) ευαισθητοποίηση του κοινού με σκοπό την αντιμετώπιση του στίγματος (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ. Ρεθύμνου , 2010).

Κεφάλαιο 2 : Ψυχική Υγεία και Επανάταξη

2.1. Κοινωνική Συμμετοχή και Κοινωνικός Αποκλεισμός

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναλύθηκαν εκτενώς όροι που αφορούν την ψυχική υγεία και την ψυχική νόσο, όπως και σημαντικές μεταβολές στον κλάδο της ιατρικής κοινότητας, όπως είναι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που αποσκοπεί στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων και στην αποϊδρυματοποίηση, δηλαδή την κατάργηση των ασύλων και την μεταφορά των ατόμων στον κοινωνικό περίγυρο. Στόχος είναι το θεραπευτικό πλαίσιο να πραγματοποιείται εντός της κοινότητας με σκοπό να διατηρείται η κοινωνική συμμετοχή των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο και να αντιμετωπίζεται ο κοινωνικός αποκλεισμός που συνοδεύει συχνά την ψυχική νόσο. Η κοινωνική συμμετοχή και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν δύο σημαντικές έννοιες που συνδέονται στενά με την ψυχική υγεία και την νόσο. Γενικότερα στην βιβλιογραφία παρατηρείται ότι η κοινωνική συμμετοχή αναφέρεται στη συμμετοχή ενός ατόμου στις διάφορες δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις της κοινωνίας. Αντίθετα, ο κοινωνικός αποκλεισμός συνεπάγεται την απομόνωση και την απομάκρυνση ατόμων ή ομάδων από τις κοινωνικές δραστηριότητες και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων της κοινωνίας.

Είναι εύλογη η παρατήρηση ότι αυτές οι δύο έννοιες αλληλοεπηρεάζονται και αλληλεξαρτούνται καθώς όσο αυξάνεται η κοινωνική συμμετοχή των ατόμων τόσο μειώνεται ο κοινωνικός αποκλεισμός, και αντιστρόφως. Πιο συγκεκριμένα η συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες και η δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, οδηγεί στην αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Αντίστροφα, ο κοινωνικός αποκλεισμός εμποδίζει την πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες, οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και επομένως τα άτομα είτε δεν διατηρούν είτε δεν έχουν υποστηρικτικό δίκτυο. Αυτή η σχέση γίνεται αντιληπτή και στην ψυχική υγεία, που βασικός πυρήνας της είναι οι κοινωνικές σχέσεις, καθώς μέσω της κοινωνικής συμμετοχής τα άτομα διατηρούν το υποστηρικτικό τους περιβάλλον, επομένως η θεραπευτική διαδικασία έχει καλύτερη πρόγνωση, ενώ αντίθετα μέσω του κοινωνικού αποκλεισμού, τα άτομα απομονώνονται κοινωνικά με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ομαλή κοινωνική επανάταξη.

Ορμώμενοι από την προαναφερόμενη πεποίθηση αξίζει να σημειωθεί περισσότερο η αξία της κοινωνικής συμμετοχής, που αποτελεί ταυτόχρονα σκοπό αλλά και μέσο. Πιο συγκεκριμένα, μέσω της κοινωνικής συμμετοχής τα άτομα μπορούν: α)

να επηρεάσουν την τοπική αυτοδιοίκηση, την κυβέρνηση αλλά και άλλους φορείς για θέματα που τους αφορούν, β) να έχουν λόγο στην λήψη αποφάσεων και γ) να συμμετέχουν σε θέματα όπως η υγεία, η εκπαίδευση και η ποιότητα ζωής (Ράτσικα, 2023). Αντίστοιχα, ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί βασικό πυρήνα των κοινωνικών δομών και παρότι εμφανίζεται ως ένα σύγχρονο κοινωνικό φαινόμενο, σημειώνεται ότι είναι συνυφασμένος με όλη την ανθρώπινη ιστορία, καθώς άτομα και ομάδες αποκλείονταν πρόσκαιρα ή μόνιμα από το κοινωνικό σύνολο καθ' όλη την ιστορία της ανθρωπότητας (Μπουρδούνη, 2022). Ο κοινωνικός αποκλεισμός ως έννοια περιλαμβάνει δύο αμφίδρομες καταστάσεις, δηλαδή αφενός την μη ενσωμάτωση και αφετέρου τους μηχανισμούς που οδηγούν σε αυτήν (Παπαδοπούλου, 2002). Σε αυτό το σημείο χρήσιμο παρουσιάζεται ο όρος ενσωμάτωση, που αφορά «τον βαθμό στον οποίο τα άτομα μίας ομάδας εκτιμούν την ομάδα στην οποία ανήκουν, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως αναπόσπαστο και βασικό μέρος της και θεωρούν ότι σχετίζονται με τα άλλα μέλη της» (Cambridge University Press, 2019). Με άλλα λόγια το ενδιαφέρον δεν αφορά αποκλειστικά την κατάσταση του αποκλεισμού αλλά και τις συνθήκες που οδηγούν στο άτομο στο να επιδιώκει ή μη, να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες. Για τα άτομα που βιώνουν αυτήν την κατάσταση παρατηρείται είτε ότι δεν έχουν εξαρχής πρόσβαση σε ομάδες και δραστηριότητες ενώ το προσδοκούν, ή συνήθως απομακρύνονται από την ομάδα, όπου συμμετείχαν μέχρι πρότινος, και ενώ επιδιώκουν την επιστροφή στην ομάδα, δεν μπορούν να συμμετέχουν ξανά (Μπουρδούνη, 2022).

Σε αυτό το σημείο εύλογο είναι να αναπτύσσεται το ερώτημα που αφορά τους λόγους και τις αιτίες που συμβαίνει ο κοινωνικός αποκλεισμός, με την απάντηση στο ερώτημα να αποτελεί ακόμη πιο δύσκολη διαδικασία, καθώς οι αιτίες είναι πολυπαραγοντικές, συνδέονται με τα εκάστοτε κοινωνικά φαινόμενα και τις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες, αλλά και διακρίνονται αναλογικά με την ευπαθή ομάδα του πληθυσμού που βιώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό. Μία χρήσιμη απάντηση δίνεται από την Levitas, που κατηγοριοποίησε τις αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού σε 3 βασικές προσεγγίσεις ως εξής: α) η πρώτη αφορά την άνιση διανεμητική πολιτική, β) η δεύτερη αναφέρεται στην κοινωνική ενσωμάτωση και γ) η τρίτη περιλαμβάνει καταστάσεις αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Levitas, 2005).

Κατά την πρώτη προσέγγιση, οι παράγοντες που εμποδίζουν την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων είναι η φτώχεια και τα εισοδηματικά κριτήρια, επομένως οι

ομάδες που υφίστανται αυτού του είδους αποκλεισμό, αποτελούνται από άτομα έρχονται αντιμέτωπα με την φτώχεια ή έχουν χαμηλό εισόδημα συγκριτικά με τον μέσο όρο της κοινωνίας όπου διαμένουν. Ωστόσο δεν αποτελεί μοναδική η αιτιακή σχέση ανάμεσα στον κοινωνικό αποκλεισμό και το κοινωνικό εισόδημα, καθώς παρατηρείται ότι κάποιο άτομο σε οικονομική δυσχέρεια μπορεί να είναι κοινωνικά ενταγμένο ή και το αντίστροφο (Βενιέρης, 2013). Στην συνέχεια, η δεύτερη προσέγγιση που αφορά την κοινωνική ενσωμάτωση, εστιάζεται στην αποστέρηση των δικαιωμάτων που έχει κάποιος άνθρωπος με την ιδιότητα του πολίτη και στην κατάργηση των κοινωνικών δεσμών. Στην παρούσα προσέγγιση αναδεικνύεται η αξία της αμειβόμενης και ασφαλούς εργασίας, επομένως οι ομάδες που αποκλείονται είναι δύο: α) τα άνεργα μέλη της κοινωνίας και β) τα άτομα που παρόλο που εργάζονται, δεν ασκούν το επάγγελμα σε ασφαλείς συνθήκες εργασίας (Κασσιμάτη, 1998). Τέλος, η τρίτη προσέγγιση, που αναφέρεται σε αποκλίνουσες συμπεριφορές, συνδέεται με ηθικά και πολιτισμικά αίτια, δηλαδή τα αποκλείοντα μέλη της κοινωνίας είναι αυτά που αποτελούν «απειλή» για το κοινωνικό σύνολο και δεν μπορούν να αλλάξουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Πιο συγκεκριμένα στην ομάδα που δέχεται τον κοινωνικό αποκλεισμό περιλαμβάνονται άτομα με παραβατική ή με μη αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο συμπεριφορά (Levitas, 2005).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι τα άτομα που δεν είναι αποδεκτά στο κοινωνικό σύνολο, και επομένως παραγκωνίζονται, είναι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα που βιώνουν την φτώχεια, τα άτομα που δεν εργάζονται σε ασφαλή εργασία ή είναι άνεργα και τα άτομα που έχουν συμπεριφορά που δεν γίνεται αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο. Δεν θα αποτελούσε υπερβολή η αναγνώριση ότι τα άτομα που αποκλείονται, στην πραγματικότητα έχουν ανάγκη και χρειάζεται να λαμβάνουν τις υπηρεσίες και τις πρακτικές της πολιτικής ώστε να αντιμετωπίζουν αυτές τις δυσκολίες τους. Ωστόσο, λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού, τα άτομα ακόμη και όταν το επιδιώκουν, δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές τις πρακτικές που δημιουργήθηκαν για να τους υποστηρίξουν λόγω της παραγκώνισης και του χάσματος που αναπτύσσεται ανάμεσα στις δύο κοινωνικές ομάδες: τους αποκλεισμένους και τους ενταγμένους. Αναφορικά με την ψυχική νόσο χρειάζεται να αναφερθεί ότι οι ψυχικά πάσχοντες συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τους 3 προαναφερόμενους παράγοντες – κάποιες φορές και με τους 3 ταυτόχρονα – επομένως αποκλείονται κοινωνικά, την στιγμή που χρειάζεται να ανταποκριθούν και στο θεραπευτικό πλαίσιο. Αυτή η κατάσταση

υπονομεύει ακόμη περισσότερο την κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη, καθώς τα άτομα χρειάζεται να αντιμετωπίσουν δύο καίρια εμπόδια: αφενός τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου και αφετέρου τον κοινωνικό αποκλεισμό που λαμβάνουν.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα που βιώνουν ψυχική δυσκολία, ιδιαίτερα στην οξεία φάση της νόσου, δεν δύναται να εργαστούν αποτελεσματικά και με ασφάλεια στην καπιταλιστική αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα είτε να εργάζονται σε ανασφαλείς για την υγεία τους εργασίες, είτε να λαμβάνουν το ελάχιστο εισόδημα και να μην μπορούν να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες ή να μένουν άνεργα. Επιπλέον άξιο υπενθύμισης είναι το γεγονός ότι τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου είναι πιθανόν να ξενίζουν στο κοινωνικό σύνολο, επομένως η συμπεριφορά των ατόμων, σπανίως γίνεται αποδεκτή. Ευχής έργον αποτελεί το γεγονός αν τα άτομα στην οξεία φάση της νόσου έχουν να λαμβάνουν ψυχική και οικονομική υποστήριξη από τον οικογενειακό τους περίγυρο, γεγονός όμως που δεν αποτελεί κανόνα. Επομένως τα άτομα με ψυχική νόσο είναι πιθανόν να εμπίπτουν ταυτόχρονα και στις 3 αιτιακές προσεγγίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού, έχοντας ταυτόχρονα την ευθύνη να ανταποκριθούν στο θεραπευτικό πλαίσιο. Σε αυτό το σημείο παρατηρείται η ανάγκη της κοινωνικής συμμετοχής καθώς ενώ πολιτικές και πρακτικές αναπτύσσονται με σκοπό να υποστηριχθούν τα άτομα με ψυχική πάθηση, ταυτόχρονα η πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες εμποδίζεται λόγω του χάσματος και της παραγκώνισης.

Όλα αυτά αναπτύσσονται και αιτιολογούνται υπό έναν όρο ομπρέλα, ο οποίος είναι το «στίγμα» της ψυχικής νόσου, για τον οποίο ενώ γίνονται προσπάθειες για την αντιμετώπιση του, πολύ συχνά αποδεικνύονται άκαρπες. Ο λόγος αυτού είναι το γεγονός ότι οι κοινωνικές δομές, εκ βάθους χρόνου, βασίζονται σε μία κύρια πεποίθηση, δηλαδή ότι «τα άτομα που είναι ίδια με εμάς» είναι αποδεκτά, ενώ τα άτομα που δεν είναι αποκλείονται. Για να γίνει περισσότερο κατανοητή αυτή η συνθήκη η επόμενη ενότητα θα επικεντρωθεί στην ανάλυση του όρου «στίγμα» αλλά και των χαρακτηριστικών για χάρη των οποίων γίνονται και διατηρούνται οι διακρίσεις.

2.2. Στίγμα Ψυχικής Νόσου

Σε αυτό το σημείο του κεφαλαίου το ενδιαφέρον εστιάζει στο στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο, η οποία αποτελεί ένα ευρύ φάσμα παθήσεων που επηρεάζουν την σκέψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά των ατόμων, όπως είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η διαταραχή προσωπικότητας, η διπολική διαταραχή κ.α., που έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει δυσκολίες στην καθημερινή ζωή και την λειτουργικότητα του. Συχνά η ψυχική πάθηση συνοδεύεται από ένα επιπλέον ζήτημα που είναι το στίγμα που αφορά την αρνητική στάση που υιοθετείται από κοινωνίες, ομάδες και άτομα, προς ανθρώπους που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Το στίγμα αποτελεί έναν όρο-ομπρέλα περιλαμβάνοντας στάσεις όπως είναι τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις, που με την σειρά τους οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση και αποκλεισμό των ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος κοινωνική απομόνωση αφορά την «κατάσταση στην οποία ένα άτομο έχει αποκλειστεί, συνολικά ή εν μέρει, από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους άλλους ή από μία συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού» (Cambridge University Press, 2019). Επομένως, η κατανόηση και η αντιμετώπιση του στίγματος είναι ουσιαστικής σημασίας για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προωθεί την κατανόηση, τη στήριξη και την ισότιμη αντιμετώπιση των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Ο όρος «στίγμα» καταγράφηκε πρώτη φορά το 1963 από τον κοινωνιολόγο Erving Goffman ως « μια ανεπιθύμητη και δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και του στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση». Αρχικά τον στιγματισμό βίωναν ασθενείς με «ορατές ασθένειες ή σημάδια», όπως ήταν η λέπρα και η σύφιλη ενώ στην συνέχεια ενισχύθηκε για άτομα που έρχονταν αντιμέτωπα με ασθένειες όπως το AIDS, ο καρκίνος και οι ψυχικές παθήσεις (Παλάσκας , 2021). Ο στιγματισμός των ατόμων ή μίας ομάδας ατόμων δεν αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο καθώς από την αρχαία ελληνική κοινωνία παρατηρείται ότι τα άτομα στιγματιζόνταν, κυρίως λόγω φυσικών χαρακτηριστικών όπως είναι σημάδια στο σώμα ή ένα ψεγάδι, γεγονός που υποδήλωνε την κατώτερη ή αποκλίνουσα κατάσταση ενός ατόμου (Farreras, 2021), με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται, να βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, να αντιμετωπίζουν κοινωνικά και οικονομικά εμπόδια, να υφίστανται διακρίσεις αλλά και να αποκλείονται

από επαγγέλματα και ρόλους (Goffman, 1986). Παρόλο που αυτή η θέση τοποθετήθηκε παλαιότερα από τον κοινωνιολόγο (1986), δεν παρατηρείται να έχει μετατοπιστεί σε αρκετό βαθμό η κοινότητα προς τα άτομα, που έχουν στιγματιστεί, καθώς δεν είναι σπάνιο φαινόμενο τα άτομα που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, να έρχονται αντιμέτωπα με αυτές προαναφερόμενες διακρίσεις.

Στην παρούσα έρευνα το ενδιαφέρον στρέφεται στην απόδοση ορισμών ώστε το υπό συζήτηση θέμα να γίνεται αντιληπτό, ωστόσο αυτό αποδείχθηκε δύσκολο σε σχέση με βασικούς όρους που συνοδεύουν την ψυχική νόσο. Το στίγμα δεν αποτελεί παράλειψη, καθώς δεν έχει επικρατήσεις ένας κοινός και ενιαίος ορισμός ώστε να διασαφηνίζεται το φαινόμενο (Trang & Xiaoming, 2020). Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι ο κοινωνιολόγος Goffman, διέκρινε το στίγμα σε τρεις κύριες κατηγορίες ως εξής: α) το στίγμα που σχετίζεται με την εξωτερική εμφάνιση (σωματικές δυσμορφίες, αναπηρία και γήρας), β) το στίγμα που συνδέεται με την εσωτερική φυσική και νοητική λειτουργικότητα των ατόμων, όπως είναι ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα (σε αυτές τις περιπτώσεις το στίγμα εντείνεται από περιπτώσεις που σχετίζονται με τις ουσιοεξαρτήσεις, το αλκοόλ, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την εργασία και την ψυχική κατάσταση) και γ) το στίγμα που προκύπτει συλλογικά προς μία φυλή, έθνος, θρησκείας και καταγωγής (Goffman, 2001).

Σημαντική παρατήρηση αποτελεί μία κοινή παραδοχή που εμφανίζεται στην βιβλιογραφία, όπου αναφέρεται ότι στον 21^ο αιώνα η στιγματισμός της ψυχικής νόσου παραμένει ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά ζητήματα (Kring & Johnson, 2021), παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει για την αντιμετώπιση του, καθώς αυτό το στίγμα βασίζεται και αναπτύσσεται πάνω στον φόβο για την επικινδυνότητα των ψυχικά πασχόντων, με αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό (Amresh, et al., 2018). Γενικότερα, η ψυχική νόσος συνδέεται συχνά με στερεοτυπικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις, όπως είναι η συσχέτιση της ψυχικής πάθησης με την εγκληματικότητα, γεγονός που προκαλεί πολλαπλά ζητήματα στα άτομα που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, όπως είναι η έλλειψη πόρων, η μη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η κοινωνική απομόνωση, η διάσπαση της οικογενειακής ζωής (Brohan, Holmes-Lewis, Kassam, & Thornicroft, 2008) αλλά και η καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, που οδηγεί σε αρνητική πρόγνωση για αποτελεσματική θεραπεία. Γενικότερα, παρατηρείται ότι από την στιγμή που θα γίνει αντιληπτή η εμφάνιση ενός συμπτώματος

ψυχωτικής διαταραχής, έως την στιγμή της επαφής με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, μεσολαβεί διάστημα τουλάχιστον ενός έτους (Black, et al., 2001).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί μία επιπλέον σημαντική θεωρία σχετικά με τον όρο στίγμα, η οποία είναι η θεωρία της ετικετοποίησης (Labeling Theory), η οποία στηρίζεται στην πεποίθηση ότι «η στάση απέναντι στα άτομα που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, δεν εξαρτάται από την συμπεριφορά των ίδιων των ατόμων, αλλά αντίθετα από την ετικέτα που τους έχει αποδοθεί από τον κοινωνικό περίγυρο» (Benburg, 2019). Η θεωρία αυτή έρχεται να προσδώσει έμφαση στην ανάγκη για αποστιγματισμό, καθώς γίνεται έντονη η αντίληψη ότι το στίγμα δεν αφορά ένα σταθερό χαρακτηριστικό, αλλά μεταβάλλεται και επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον, καθώς ο «'αποκλίνων'» σε ένα σύνολο ή ομάδα, δύναται να είναι «'συμμετέχων'» σε ένα άλλο πλαίσιο και το αντίστροφο. Επομένως ο στιγματισμός δεν εξαρτάται από το άτομο που τον βιώνει αλλά αντίθετα καθορίζεται από τους κανόνες, τις αξίες και τις προσδοκίες της ομάδας ή του πληθυσμού όπου εντάσσεται ή επιδιώκει να ανήκει (Sjöström, 2017). Η κατανόηση του όρου της ετικετοποίησης έχει σημαντική αξία καθώς μέσω αυτής αναδεικνύονται ζητήματα κοινωνικής δομής και τάξης, ιδιαίτερα της κοινωνικής δύναμης και θέσης που κατέχει το άτομο που αποδίδει την ετικέτα σε σχέση με το άτομο που δέχεται την ετικέτα, γεγονός που στην συνέχεια θα επηρεάσει την κοινωνική του ζωή και εξέλιξη (Benburg, 2019).

Τέλος, ολοκληρώνοντας την ανάλυση του στίγματος, χρειάζεται να παρουσιαστούν οι κατηγοριοποιήσεις του όρου «στίγμα», που διακρίνεται σε 3 κύριες προσεγγίσεις: α) το δημόσιο στίγμα, β) το δομικό στίγμα και γ) ο αυτοστιγματισμός (Corrigan & Kosyluk, 2014). Αρχικά το «δημόσιο στίγμα» αφορά τις διακρίσεις, τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις εις βάρος των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, εκφράζεται με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι τους και οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες για τα άτομα με ψυχική πάθηση, καθώς συμβάλλει στην κοινωνική απομόνωση, στον κοινωνικό αποκλεισμό αλλά στην μειωμένη πρόσβαση τους σε υγειονομική περίθαλψη, εργασία και στέγαση (Corrigan, Nieweglowski, & Sheehan, 2017). Στην συνέχεια το «δομικό στίγμα» αφορά διακρίσεις εις βάρος των ατόμων με ψυχική πάθηση με την μορφή πολιτικών και πρακτικών που εφαρμόζονται από τα κοινωνικά συστήματα και τους θεσμούς με αποτέλεσμα να επηρεάζονται αρνητικά τομείς της ζωής των ατόμων, όπως η υγεία, η περίθαλψη και η απασχόληση (Corrigan & Kosyluk, 2014). Ακόμη μία κατηγορία στίγματος είναι ο

«αυτοστιγματισμός», κατά τον οποίο τα ίδια άτομα που βιώνουν τις ψυχικές δυσκολίες υιοθετούν αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις προς τον εαυτό τους, γεγονός που εκφράζεται με αισθήματα ντροπής και απελπισίας και οδηγεί σε κοινωνική απόσυρση και έλλειψη εμπιστοσύνης στις προσωπικές ικανότητες (Carrara & Ventura, 2017).

2.3. Αποστιγματισμός Ψυχικής Νόσου

Το στίγμα της ψυχική νόσου αποτελεί ένα πλέον μείζον ζήτημα της κοινωνικής σφαίρας καθώς δημιουργεί ένα περιβάλλον ανασφάλειας και φόβου τόσο για τα άτομα που το βιώνουν όσο και για τα άτομα που το καλλιεργούν. Στο προηγούμενο κεφάλαιο, όπου αναλύθηκε εκτενώς το ζήτημα του στίγματος, παρατηρήθηκε ότι το ενδιαφέρον προσανατολιζόταν προς το βίωμα του υπό την οπτική των ψυχικά πασχόντων. Ο στιγματισμός στο πλαίσιο της ψυχικής νόσου ισοδυναμεί με κοινωνική απόρριψη, προκατάληψη και απομόνωση των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες ενώ στην συνέχεια συμβάλλει και στην επιδείνωση της ψυχικής κατάστασης τους. Ωστόσο για να αντιμετωπιστεί το στίγμα της ψυχικής νόσου, μία κατάλληλη διαδρομή για την δημιουργία πρακτικών αποστιγματισμού, χρειάζεται να αφορά τα άτομα που υιοθετούν αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις προς τα άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο. Για να πραγματοποιηθούν αυτές οι πρακτικές, χρειάζεται προηγουμένως να κατανοηθούν οι λόγοι αλλά και τα μέσα που συντελούν στην δημιουργία αυτών των πεποιθήσεων.

Αρχικά αδιαμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι τα στερεότυπα (πεποιθήσεις) , οι προκαταλήψεις (στάσεις ή συναισθήματα) και διακρίσεις (μορφή εκδήλωσης-συμπεριφοράς), όχι μόνο συνδέονται με το στίγμα αλλά το ενισχύουν και μεγιστοποιούν την απόσταση μεταξύ ψυχικής νόσου και ψυχικής υγείας (Brenda & Brien, 2005). Με τον όρο «στερεότυπα» εννοείται μία πεποίθηση που αφορά ομάδες και μπορεί να είναι ακριβής, να βασίζεται στην λογική ή είναι ανακριβής, μπορεί να είναι κοινώς αποδεκτή, συνειδητή, αλλά και άκαμπτη, ή μπορεί και να αντανakλά προκαταλήψεις και μεροληπτικές στάσεις (Cambridge University Press, 2019). Αναφορικά με την ψυχική νόσο, αυτά τα στερεότυπα απορρέουν από τις παρελθοντικές αντιλήψεις που συνδέουν την ψυχική νόσο με την επικινδυνότητα, την ανικανότητα, την παθητικότητα και την αδυναμία των ληπτών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που γεγονός που οδηγεί στην αδυναμία εύρεσης οικίας ή εργασίας για το άτομο με ψυχική δυσκολία (Carlisle, Mason, Watkins, & Whitehead, 2001).

Επομένως, το στίγμα για την ψυχική νόσο αποτελεί μία κατάσταση που βασίζεται σε λανθασμένες πεποιθήσεις σχετικά με τις ψυχιατρικές διαταραχές και τα στερεότυπα αποτελούν βασικό γνώμονα στην διατήρηση του στίγματος απέναντι στην ψυχική νόσο, που με βάση αυτά τα στερεότυπα ο ψυχικά ασθενής είναι ο «τρελός», ο κακός, ο επικίνδυνος, ή ο δαιμονισμένος (Παναγιωτοπούλου , 2015). Μία παλαιότερη

έρευνα στον ελλαδικό χώρο αναδεικνύει ακόμη περισσότερο την ανάγκη για αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου, καθώς όπως παρατηρήθηκε, στον Δήμο Αθηναίων το 2009, οχτώ στους 10 πολίτες (8/10) συγγέουν τις ψυχικές διαταραχές με την βία και την επικινδυνότητα (Λούκη, Οικονόμου, Πέππου, Στεφανής, & Χαρίτση, 2010). Εύλογο είναι το συμπέρασμα ότι αρχικός γνώμονας για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου, χρειάζεται να είναι η μετατόπιση αυτών των πεποιθήσεων, ώστε να είναι βασισμένες σε επιστημονικά δεδομένα και να σέβονται την αρχή της ιατρικής κοινότητας, σύμφωνα με την οποία «κάθε ασθενής δικαιούται αξιοπρεπή περίθαλψη, ισότητα, ενημέρωση και προστασία των προσωπικών του δεδομένων όπως και έχει δικαίωμα στην αποκατάσταση και στην ζωή στην κοινότητα (Πανελλήνιος Ψυχολογικός Σύλλογος, 2014).

Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναζητηθούν τα μέσα που συμβάλλουν στην διαμόρφωση των πεποιθήσεων για την ψυχική νόσο, με πιο βασικά να παρατηρούνται η εκπαίδευση, οι προσωπικές αλληλεπιδράσεις αλλά και η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) (Byrne, 2018). Το πρόβλημα εκτείνεται ακόμη περισσότερο με την συμβολή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε), ως βασικοί φορείς διαμόρφωσης της κοινής γνώμης, με κυρίαρχο το ρόλο της τηλεόρασης και την καταλυτική δύναμη της εικόνας, όπου θεωρείται ότι η ψυχική ασθένεια συνιστά «είδηση». Αδιαμφισβήτητη είναι η παραδοχή ότι τα Μ.Μ.Ε διολισθαίνουν στον εντυπωσιασμό που προκαλεί η ψυχική νόσος, με αποτέλεσμα να αναπαράγουν την προκατάληψη και το φόβο αντί να μεταφέρουν τον μήνυμα της επιστημονικής κοινότητας ή του υποκειμενικού βιώματος του πάσχοντος (Παναγιωτοπούλου, 2015).

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να επισημανθεί η αξία της εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση του στίγματος, καθώς παρατηρείται ότι τα άτομα που φοιτούν σε σχολές επαγγελματιών υγείας τείνουν να είναι πιο ευαισθητοποιημένα με το ζήτημα της ψυχικής υγείας. Μπορούν να παρατηρηθούν δύο λόγοι για αυτό το γεγονός: α) αφενός τα νεότερα ηλικιακά άτομα υιοθετούν θετικότερες πεποιθήσεις και αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο συγκριτικά με τον ευρύ πληθυσμό (Chaudhury, Pande, & Saini, 2011) και β) αφετέρου οι φοιτητές επαγγελματιών υγείας, καθώς έχουν λάβει περισσότερο ολοκληρωμένη ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αποιδρυματισμού, τείνουν να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι και να έχουν πιο θετικές στάσεις (Γιότης, et al., 2012). Ωστόσο αυτήν την ευνοϊκή στάση δεν την υιοθετούν όλοι επαγγελματίες υγείας, καθώς ένα

μεγάλο μέρος του ζητήματος του στιγματισμού παρατηρείται να οφείλεται και στους επαγγελματίες που εργάζονται σε δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μία αναλυτική έρευνα στον ελλαδικό χώρο (Θεσσαλονίκη) που αφορούσε τους εργαζόμενους σε δομές ψυχικής υγείας, έδειξε ότι είχαν χαμηλή προθυμία να αλληλοεπιδράσουν με τους ψυχικά πάσχοντες και παρουσίαζαν αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο. Οι εργαζόμενοι που ήταν περισσότερο πρόθυμοι και είχαν θετικές αντιλήψεις ήταν αυτοί που ήταν νεότεροι σε ηλικία και είχαν το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Αθανασιάδου, et al., 2022).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτή η ανάγκη για αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου καθώς για μεταβολή των πεποιθήσεων του ευρύ πληθυσμού για την ψυχική υγεία. Ένα μέσο για την επίτευξη των δύο σκοπών είναι η ενημέρωση και η εκπαίδευση του κοινού τόσο για ιατρικά θέματα αναφορικά με την θεραπεία και την πρόληψη, όπως δηλαδή συμβαίνει με τις σωματικές παθήσεις. Στην συνέχεια ένα άλλο μέσο είναι η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης με την δημιουργία ενός περιβάλλοντος κατανόησης και σεβασμού. Στην συνέχεια ένα άλλο μέσο είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού ώστε να αντιμετωπιστούν οι προκαταλήψεις και οι παρανοήσεις σχετικά με τις ψυχικές παθήσεις παράλληλα με την ανάπτυξη της ενσυναΐθησης, δηλαδή την ικανότητα των ατόμων να συνειδητοποιούν τις ανάγκες και τις εμπειρίες μπαίνοντας στα παπούτσια του άλλου. Τέλος είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί ότι τα άτομα με ψυχικές προκλήσεις θα λαμβάνουν την ίδια μεταχείριση αλλά και ευκαιρίες με τους άλλους ανθρώπους. Ο αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου μπορεί να ενισχυθεί μόνο με συλλογική προσπάθεια για την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης για θέματα ψυχικής υγείας. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει κάνει βήματα με σκοπό την αντιμετώπιση του στίγματος καθώς πλέον η ψυχική υγεία και νόσος γίνονται αντιληπτές εντός της κοινότητας, όπου πραγματοποιείται τόσο η πρόληψη, όσο και η θεραπεία και η αποκατάσταση. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής διαδικασίας καθώς ταυτόχρονα αποτελεί διαδικασία και αποτέλεσμα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην ομαλή κοινωνική και εργασιακή επανένταξη των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο, όπως θα αναλυθεί στην επόμενη υποενότητα.

2.4. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Αφού έχει γίνει κατανοητή η επιρροή του στιγματισμού αλλά και η ανάγκη του αποστιγματισμού της ψυχικής νόσου, το ενδιαφέρον προκύπτει σε ζητήματα που αφορούν την επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Από την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα παρατηρείται η εισαγωγή ενός νέου όρου στην βιβλιογραφία που συνοδεύει την ψυχική υγεία. Αυτός ο όρος είναι η «αποκατάσταση» και αναφέρεται στα μέσα και στις πρακτικές που προετοιμάζουν τον ψυχικά πάσχων ώστε να διεκδικήσει την θέση του στην κοινότητα αλλά και στην αγορά εργασίας, με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της διαδικασίας να είναι η συνεχής και ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα ο πρώτος ορισμός για τον όρο «αποκατάσταση» δόθηκε από το συμβούλιο της Ευρώπης το 1958, όπου ορίστηκε ως «μία συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και την διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι και την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη θέση εργασίας ή τις συνθήκες διαμονής» (Μαδιανός, 1994)

Στην συνέχεια ο όρος εμπλουτίζεται με τον χαρακτηρισμό «ψυχοκοινωνικός», όπως εισάγεται πλέον ως «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WHO- WAPR, 1996) και ορίζεται ως «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα με έκπτωση λειτουργικότητας ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο την βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχοκοινωνική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχοκοινωνικής τους ικανότητας τέτοια που να παραγάγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας» (Ζήση, 2002).

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση αποτελεί μία διαδικασία που πραγματοποιείται με την εμπλοκή δύο μεριών: των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Αρχικά χρειάζεται να επισημανθεί για τους επαγγελματίες ότι κρίνεται αναγκαίο να έχουν ένα σύνολο από ικανότητες ώστε να μπορούν: α) να υποστηρίξουν το άτομο, που με την σειρά του θα εμπλακεί το ίδιο στις διαδικασίες αποκατάστασης του, β) να κινητοποιήσουν τους ψυχικά πάσχοντες και

γ) να κάνουν συνεχή προσπάθεια να βοηθήσουν τα άτομα να προσαρμόζονται στο κοινωνικό περιβάλλον και να ανταποκρίνονται στις νέες προκλήσεις (Καρύδη, 2010). Επιπλέον οι επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρειάζεται να μεριμνούν ώστε η φροντίδα να είναι συνεχιζόμενη, το πλαίσιο σταθερό και να προσανατολίζουν τις δράσεις τους σύμφωνα με τις ανάγκες και τους στόχους των ατόμων (Μαδιανός, 2005). Στην συνέχεια αναφορικά με τον λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρατηρείται ότι εξίσου χρειάζεται να πληροί κάποια κριτήρια, ώστε να συμμετέχει σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, και σε αυτά περιλαμβάνονται: α) η ψυχοπαθολογία να βρίσκεται σε ύφεση, β) το άτομο να βρίσκεται σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας ώστε να συμμετέχει στις διαδικασίες και γ) να υπάρχουν κίνητρα για την συμμετοχή στο πρόγραμμα (Μαδιανός, 2005).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί σημαντικά, ιδιαίτερα λόγω της μετατόπισης από την ιδρυματική φροντίδα στην κοινοτική φροντίδα. Τα προγράμματα αποκατάστασης συνήθως παρέχονται από νέες – περισσότερο ενταγμένες στην κοινότητα- δομές όπως είναι οι Ξενώνες Βραχείας ή Μακράς Παραμονής, τα Οικοτροφεία, και τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα, όπου τα άτομα διαμένουν έπειτα από την εισαγωγή τους σε ψυχιατρική κλινική (Παλάσκας, 2021). Τα προγράμματα αποκατάστασης που παρέχονται από τους εξής φορείς, έχουν ως στόχους: α) την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, β) την ενίσχυση της λειτουργικότητας τους, γ) την υποστήριξη των ατόμων ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν σε κοινωνικούς ρόλους και δ) την ενδυνάμωση ώστε τα άτομα να μπορούν να εκπληρώσουν τις προσωπικές τους επιθυμίες και να καλύψουν τις ανάγκες τους (Μαρτινάκη, Μαυρέας, Πλουμπίδης, & Τσόπελας, 2010).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ως διαδικασία και πρόγραμμα έγκειται σε θεσμικό πλαίσιο, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθή και προσανατολισμένη στους στόχους λειτουργία των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με το άρθρο 9 του Ν. 2716/99 περί «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων» ορίζονται ως στόχοι οι εξής: α)

«βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης», β) «Διαρκές βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξία τους», γ) «Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα», δ) «Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων» και ε) «Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές» (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.876/2000).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αναφέρεται σε μια διαδικασία που στοχεύει στην επανένταξη ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχικά ή σωματικά προβλήματα στην κοινωνία. Αυτή η διαδικασία επικεντρώνεται στην υποστήριξη και την ενδυνάμωση των ατόμων, ενθαρρύνοντάς τα να ανακτήσουν την αυτονομία τους, να αναπτύξουν δεξιότητες και να επανασυνδεθούν με το περιβάλλον τους. Μέσω εκπαίδευσης, κοινωνικής στήριξης, κατάλληλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ευκαιριών απασχόλησης, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βοηθά τα άτομα να ξαναβρούν τη θέση τους στην κοινωνία και να ζήσουν μια πλήρη ζωή με αξιοπρέπεια και ευημερία.

2.5. Κοινωνική Επανάταξη και Ψυχική Υγεία

Ο όρος «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» αποτέλεσε έναν σημαντικό πυλώνα στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς καθιερώθηκε και θεσμικά η υποστήριξη και η ενδυνάμωση των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες με στόχο την ενεργό συμμετοχή τους στην επαναφορά ή την αναδιαμόρφωση του κοινωνικού ρόλου τους. Η κοινωνική επανάταξη αποτελεί αφενός τον στόχο, όπου το άτομο θα μπορεί να επανασυνδεθεί με το περιβάλλον του, να δημιουργήσει νέες σχέσεις και να συμμετέχει πλήρως στις δραστηριότητες της κοινωνίας και αφετέρου το αποτέλεσμα, προσφέροντας του τη δυνατότητα να επανέρθει στον κοινωνικό και επαγγελματικό τους βίο μετά αλλά και κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στην ουσία παρατηρείται ότι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινωνική επανάταξη αφορούν δύο όμοιους όρους και δεν είναι ευκρινής η διάκριση τους στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Περισσότερο κατανοητή είναι η κοινωνική επανάταξη ως στόχος ενώ η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αναγνωρίζεται ως το σύνολο των παρεμβάσεων που οδηγούν σε αυτόν τον στόχο. Αξίζει επομένως να παρουσιαστούν αυτές οι παρεμβάσεις που ως κοινό παρονομαστή έχουν την επίτευξη της κοινωνικής επανάταξης και αφορούν το άτομο ως εξής: α) αρχικά είναι παρέμβαση στο *κλινικό πλαίσιο* – που αφορά την μείωση της ψυχοπαθολογίας, την συνέπεια στην φαρμακευτική αγωγή, την μείωση των υποτροπών και των εισαγωγών και τον καλύτερο χειρισμό των κρίσεων της νόσου, β) στην συνέχεια πρόκειται για το *λειτουργικό επίπεδο* – δηλαδή την βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου και την ανάπτυξη χρήσιμων δεξιοτήτων που θα βοηθήσουν το άτομο να υποστηρίξει τους κοινωνικούς του ρόλους και να αξιοποιήσει τις νέες ευκαιρίες, γ) έπειτα οι παρεμβάσεις αφορούν το *ψυχολογικό πεδίο* – που περιλαμβάνει την ανασυγκρότηση της προσωπικής ταυτότητας του ατόμου, την ενίσχυση της αυτό-εικόνας αλλά και την ανάπτυξη συναισθημάτων αυτό-ελέγχου, αυτονομίας και ενεργής συμμετοχής, δ) επιπλέον μέριμνα πραγματοποιείται για το *διαπροσωπικό επίπεδο* – δηλαδή την ύπαρξη ή δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και κοινωνικού δικτύου από όπου το άτομο θα ικανοποιεί το αίσθημα το ανήκειν και θα συνδιαλέγεται με τους άλλους, ε) δεν θα μπορούσε να λείπει το *στεγαστικό μέρος* – που αφορά την εξασφάλιση στέγης σύμφωνη με τις επιλογές, τις επιθυμίες και τις ανάγκες του ατόμου, και στ) τέλος χρειάζεται να πραγματοποιούνται παρεμβάσεις με στόχο την *επαγγελματική ιδιότητα* του ατόμου – όπου καθορίζεται η

εξασφάλιση εργασίας και εργασιακών συνθηκών σύμφωνα με τις παρούσες αλλά και τις εν δυνάμει ικανότητες και προσδοκίες του ατόμου (Ζήση, 2002).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος κοινωνική επανένταξη συχνά συνδυάζεται με τον όρο εργασιακή επανένταξη, καθώς τα άτομα μέσα από την εργασία τους όχι μόνο εξασφαλίζουν οικονομικούς πόρους για να καλύψουν τις προσωπικές τους ανάγκες αλλά δημιουργούν και ένα περιβάλλον όπου επικοινωνούν και συνδιαλέγονται με τους άλλους ανθρώπους. Στην σύγχρονη κοινωνία παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού εργάζεται ή αναζητεί εργασία, ωστόσο ακόμα παραμένουν οικογένειες όπου μητέρες ή πατέρες δεν εργάζονται με την στερεοτυπική έννοια, αλλά διατηρούν οικογενειακούς ρόλους φροντίδας των συγγενικών μελών τους. Αυτή η συνθήκη δίνει το έναυσμα για διαχωρισμό της εργασιακής από την κοινωνική ένταξη, η οποία στην ουσία αποτελεί την ανάκαμψη της ψυχικής πάθησης ώστε το άτομο να μπορεί να επιστρέψει ή να αναδημιουργήσει κοινωνικούς ρόλους, δηλαδή τους ρόλους που υιοθετούν οι ενήλικες στην κοινωνική σφαίρα (Bond, Rapp, Rollins, Salyers, & Zippel, 2004). Με άλλα λόγια, η επανένταξη αφορά την επανάπτυξη της ικανότητας των ατόμων να ζουν ασφαλή και ικανοποιητική ζωή, ανεξάρτητα από το γεγονός αν έχουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή από επαγγελματίες υγείας (Mattes, 1982).

Με άλλα λόγια η κοινωνική επανένταξη, παρόλο που χρειάζεται να περιλαμβάνει παρεμβάσεις που στοχεύουν και στην εργασιακή επανένταξη, χαρακτηρίζεται και από επιπλέον πρακτικές με στόχο την αποκατάσταση των ατόμων και την επιστροφή στο κοινωνικό σύνολο. Ένας βασικός πυλώνας της επανένταξης είναι η «ψυχοεκπαίδευση» – μία έννοια που αναπτύχθηκε από τον Anderson το 1980 – και αφορά την συνεργασία μεταξύ του επαγγελματία υγείας, του ατόμου που βιώνει ψυχική πάθηση και της οικογένειάς του, με σκοπό αφενός το συγγενικό περιβάλλον να αποκτήσει γνώσεις σχετικά με το βίωμα του ατόμου και αφετέρου το ίδιο το άτομο να δημιουργήσει την ικανότητα να ανιχνεύει έγκαιρα τα συμπτώματα της νόσου του ή της υποτροπής, με σκοπό την πρόληψη και την αποφυγή κλινικής εισαγωγής (Franck & Morin, 2017). Στην συνέχεια μία δεύτερη παρέμβαση αφορά την «κατάρτιση σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής», δηλαδή το άτομο ενημερώνεται σχετικά με τα καθήκοντα που πρέπει να έχει με σκοπό να φροντίζει τον εαυτό του (αυτοφροντίδα), να επικοινωνεί με τους άλλους αλλά και να μετακινείται εντός της κοινότητας του (Buch, et al., 2020).

Στην συνέχεια μία επιπλέον βασική εκπαίδευση αφορά τις «κοινωνικές δεξιότητες», δηλαδή τις συμπεριφορές που χρησιμοποιεί το άτομο στο εκάστοτε μέρος και την εκάστοτε στιγμή, με τέτοιον τρόπο ώστε να είναι κατάλληλες και να επιτυγχάνει το άτομο στην κοινωνική συναναστροφή (Kaneko & Keshavan, 2012). Τέλος, χρειάζεται να επισημανθεί και η «εκπαίδευση δεξιοτήτων που αφορούν την επαγγελματική ένταξη» του ατόμου κατά την οποία οι συμμετέχοντες θέτουν στόχους στο πλαίσιο της εργασίας και ακολουθούν τεχνικές μοντελοποίησης και λαμβάνουν μέρος σε εργαστήρια όπου εξασκούν τους ρόλους τους σύμφωνα με τις επιδιώξεις τους, διατηρώντας πάντα ως γνώμονα τις ρεαλιστικές και τις εν δυνάμει ικανότητες τους (Arambula-Roman, et al., 2023).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η κοινωνική επανένταξη αποτελεί το αποτέλεσμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η οποία περιλαμβάνει ένα σύνολο πρακτικών και δραστηριοτήτων με σκοπό το άτομο να επιστρέψει στην κοινότητα. Η επανένταξη πραγματοποιείται με ένα σύνολο παρεμβάσεων, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του προβλέπει για την εργασιακή επανένταξη του ατόμου, ως την κύρια εκδοχή της επανένταξης, καθώς αποτελεί ένα κρίσιμο βήμα στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης για άτομα που έχουν αντιμετωπίσει ψυχικές προκλήσεις. Η απόκτηση ενός εργασιακού περιβάλλοντος μπορεί να προσφέρει σταθερότητα, αυτοεκτίμηση και έναν τρόπο για την επανακτήσει της κοινωνικής τους ταυτότητας. Μέσω της εκπαίδευσης, της υποστήριξης από ειδικούς στην απασχόληση και της δημιουργίας προσαρμοσμένων εργασιακών περιβαλλόντων, οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να επανενσωματωθούν στην κοινωνία μέσω της εργασίας, νιώθοντας ικανοποίηση και αξία για τη συνεισφορά τους αλλά και να χρησιμοποιούν τους οικονομικούς πόρους που λαμβάνουν ώστε να καλύπτουν τις προσωπικές τους ανάγκες.

2.6. Εργασιακή Επανάταξη και Ψυχική Υγεία

Η κοινωνική επανάταξη αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο στη ζωή ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες ή ανασφάλεια στον κοινωνικό τους ρόλο. Είναι μία πολυδιάστατη διαδικασία που επιδιώκει την επανάταξη ατόμων στην κοινωνία μετά από περίοδο απομόνωσης ή ανασφάλειας, προσφέροντας υποστήριξη και ευκαιρίες για ανάπτυξη και επαγγελματική εξέλιξη. Μεταβαίνοντας από την κοινωνική επανάταξη στην εργασιακή, η ουσιαστική αλλαγή αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της ανεργίας ή της ανασφάλειας στην απασχόληση στοχεύοντας στην διαμόρφωση ενός πλαισίου ίσων ευκαιριών.

Η επαγγελματική αποκατάσταση είναι άμεσα συνυφασμένη με την κοινωνική επανάταξη καθώς μέσω της εργασίας τα άτομα αφενός έχουν την δυνατότητα να λαμβάνουν οικονομικούς πόρους για να καλύπτουν τις ανάγκες τους και αφετέρου αναπτύσσουν την αποδοτικότητα τους και κινητοποιούνται θέτοντας νέους στόχους. Ως σημαντικός ακρογωνιαίος λίθος της κοινωνικής ένταξης, η απασχόληση επηρεάζει πολύπλευρα την ζωή ενός ατόμου καθώς ενισχύει την ψυχική υγεία του μετριάζοντας ταυτόχρονα τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του (Bryant, et al., 2016). Εξίσου σημαντική παρατήρηση είναι το γεγονός ότι η απασχόληση ωφελεί ταυτόχρονα τόσο το άτομο όσο και το κοινωνικό σύνολο, καθώς μέσω της εργασίας προλαμβάνονται πολλαπλές επιπτώσεις που συνοδεύει η ανεργία, όπως είναι η κοινωνική απομόνωση, η υποτροπή της ψυχικής πάθησης, η περιθωριοποίηση των ευάλωτων πληθυσμών, η επιστροφή στην ιδρυματοποίηση των ψυχικά πασχόντων όπως η αύξηση των πιθανοτήτων κατάχρησης ουσιών (Becker, et al., 2015)

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, κατά πλειοψηφία επιθυμούν να εργαστούν, όμως στις περισσότερες των περιπτώσεων, αποκλείονται από την αγορά εργασίας (Ajayi, et al., 2021). Αυτό οφείλεται αρχικά στο γεγονός ότι η επαγγελματική αποκατάσταση, όσο και η κοινωνική, προσκρούουν στις προκαταλήψεις και στα στερεότυπα που είναι συνυφασμένα με την ψυχική νόσο, με αποτέλεσμα είτε να ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες για απασχόληση ή ακόμα και όταν τα άτομα επιστρέφουν την εργασία τους, αντιμετωπίζουν ανασφαλές ή και εχθρικό εργασιακό περιβάλλον (Δημόπουλος, Κασσαβέτης, Μουζάκη, & Σουλιώτης, 2023). Με την απόκλιση από την αγορά εργασίας, τα άτομα στερούνται την ευκαιρία για οικονομική ανεξαρτησία ή ακόμα και

οδηγούνται σε συνθήκες φτώχειας καθώς και εκτίθενται σε κινδύνους που αφορούν την επιδείνωση της υγείας και την αύξηση της πιθανότητας κοινωνικού αποκλεισμού (Hoffmann & Richter, 2019). Σε γενικές γραμμές, τα άτομα που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια τόσο κατά την ανεύρεση εργασίας όσο και εντός εργασιακού πλαισίου. Τα πιο έντονα εμπόδια αφορούν το στίγμα και τις διακρίσεις που συνδέονται με την ψυχική πάθηση, ιδιαίτερα εκ μέρους των εργοδοτών, οι οποίοι συνήθως υιοθετούν αρνητικές πεποιθήσεις προς τα άτομα που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και σχετίζονται με ανησυχίες που αφορούν την μειωμένη αποδοτικότητα των εργαζόμενων, την χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, την σύντομη (σε διάρκεια) εργασιακή τους απασχόληση, τις αυξημένες απουσίες, την πιθανότητα τραυματισμού και την έλλειψη ευελιξίας (Khalema, 2014). Επιπρόσθετα παρατηρείται ότι οι εργοδότες τείνουν να μην προσλαμβάνουν άτομα με ψυχοκοινωνικές παθήσεις, λόγω ανησυχιών που σχετίζονται με στοιχεία της προσωπικότητας, όπως η έλλειψη κινήτρου, οι μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, η δυσκολία στην πειθαρχία και την τήρηση οδηγιών, η χαμηλή κοινωνική ικανότητα ή και η δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων (Diska & Sally, 1997).

Τα παραπάνω ζητήματα, δεν αποτελούν ένα σύγχρονο κοινωνικό ζήτημα, αλλά παρατηρούνται να συνδέονται με την ψυχική πάθηση εκ βάρων. Ακόμη, πριν από την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την κατάργηση των ασύλων, ήταν φανερό ότι η κοινωνική αποκατάσταση ενός ατόμου που βιώνει ψυχικές δυσκολίες, δεν αποτελεί ακραιφνώς ένα κλινικό ζήτημα, αλλά εντάσσεται στους κοινωνικούς όρους. Επομένως η εργασιακή ένταξη αναγνωρίστηκε ως μία διαδικασία, που περιλάμβανε πολλούς επιμέρους στόχους όπως είναι: α) η δημιουργία θέσεων απασχόλησης, β) η παροχή κινήτρων στους εργοδότες, γ) η υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων 3 σταδίων (εύρεση, τοποθέτηση και υποστήριξη εντός της εργασίας), δ) η δημιουργία προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και επαγγελματικού προσανατολισμού, και ε) η ανάπτυξη συστήματος πληροφόρησης και συμβούλων προς τα άτομα, τις οικογένειες τους, τους εργοδότες, τους άλλους εργαζόμενους αλλά και συνολικά προς την κοινότητα (Κυριακάκης, 1987).

Στην συνέχεια, κατά την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, έγιναν προσπάθειες, για την επίλυση αυτών των ζητημάτων και για την επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων, με την ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα

που αποσκοπούν στην κοινωνική επανένταξη των ατόμων με 3 βασικούς γνώμονες: α) την αυτόνομη-ημιαυτόνομη διαβίωση, β) την παροχή υπηρεσιών με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής και γ) την διευκόλυνση της πρόσβασης των ατόμων στο εργασιακό πλαίσιο (Πόλα , 2010). Στην διάρκεια των χρόνων έγιναν πολλαπλές δοκιμές από νοσοκομεία ή κέντρα ψυχικής υγείας με σκοπό την υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων στην εύρεση εργασίας, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανά τόπους μικρές παραγωγικές μονάδες, που στηρίζονταν όμως σε ένα ελλιπές θεσμικό πλαίσιο και δεν ήταν οργανωμένες. Έτσι αναδύθηκε η ανάγκη να ληφθούν μέτρα με δομή και θεσμική υποστήριξη, που βασίζονται να σε δύο ακρογωνιαίους λίθους ως εξής: αφενός προβλέπουν στην επαγγελματική επανένταξη των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και αφετέρου αποσκοπούν στην μείωση των διακρίσεων και του στίγματος που συνδέονται με την ψυχική νόσο. Το αποτέλεσμα αυτών των επιδιώξεων ήταν η δημιουργία δύο μορφών υποστήριξης επαγγελματικής απασχόλησης: α) τις κοινωνικές επιχειρήσεις ή κοινωνικούς συνεταιρισμούς (Κοι.Σ.Π.Ε) και β) την υποστηριζόμενη απασχόληση (Πόλα , 2010).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η κοινωνική επανένταξη δεν αποτελεί πάντα ένα επιτυχημένο εγχείρημα, καθώς τα άτομα είτε μπορεί να μην είναι έτοιμα να επιστρέψουν στην κοινότητα, ή η κοινότητα μπορεί να μην τα υποδέχεται με ίσους όρους. Το ίδιο ισχύει και για το εργασιακό περιβάλλον αναδεικνύοντας έτσι την ανάγκη να καθοριστούν αρχές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις ώστε να προληφθούν επιπλέον ζητήματα κατά την εργασιακή επανένταξη. Η πρώτη και βασική αρχή είναι «η επιθυμία του ατόμου να εργαστεί», δηλαδή χρειάζεται να πραγματοποιείται εξατομικευμένη αναζήτηση της εργασίας σύμφωνα με τις επιθυμίες αλλά και τις ανάγκες του εκάστοτε ατόμου. Στην συνέχεια, επιβάλλεται να δίνεται έμφαση στην αρχή που αφορά «το ταίριασμα του ατόμου με την εκάστοτε εργασία» [Job Matching], καθώς γνώμονας κατά την εύρεση της εργασίας είναι οι δεξιότητες, οι ικανότητες αλλά οι επαγγελματικές κατευθύνσεις του ατόμου ώστε να τοποθετείται στο κατάλληλο είδος εργασίας, με σκοπό να αποφεύγονται προσωπικές απογοητεύσεις ή επιπλέον δυσκολίες για τον νέο εργαζόμενο. Έπειτα χρειάζεται να επισημανθεί «η εφαρμογή συγκεκριμένης μεθοδολογίας προώθησης στην απασχόληση», που περιλαμβάνει ένα σύνολο διαδικασιών «προ-απασχόλησης». Αυτή η φάση είναι καθοριστική για την έκβαση της επαγγελματικής αποκατάστασης καθώς το άτομο προετοιμάζεται για το είδος της εργασίας, τις συνθήκες, τις κοινωνικές συνδιαλλαγές εντός του εργασιακού

πλαισίου, τις απαιτήσεις/υποχρεώσεις αλλά και τα εργασιακά του δικαιώματα. Η προετοιμασία περιλαμβάνει ενημέρωση των ατόμων για άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες και πληροφόρηση για εργασιακά, νομικά και θεσμικά ζητήματα και έχει ως στόχο την βελτίωση της λειτουργικότητας και των εργασιακών δεξιοτήτων του ατόμου. Οι παραπάνω βασικές αρχές έχουν ως κύριο στόχο την πρόληψη επιμέρους ζητημάτων που θα εμφανιστούν στο εργασιακό περιβάλλον, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα επιτυχούς επαγγελματικής αποκατάστασης. Άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός ότι αυτή σε αυτήν την επιτυχία καθοριστικός παράγοντας είναι η άμεση τοποθέτηση του ατόμου στην εργασία, καθώς η μακροχρόνια προετοιμασία και η σταδιακή τοποθέτηση αποτελούν αρνητικούς δείκτες της αποτελεσματικής επανένταξης (Πόλα , 2010).

Επομένως από τα παραπάνω φαίνεται ότι και η κοινωνική και η εργασιακή επανένταξη στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων, προσδιορίζοντας αλλαγές σε ψυχολογικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές πτυχές. Ο όρος "συνθήκες ζωής" αξιολογείται από τον ίδιο τον άνθρωπο και σχετίζεται με τη ψυχική ευεξία που αντιλαμβάνεται, μετρώντας τις προσωπικές του ικανότητες και δεξιότητες, τους αντικειμενικούς δείκτες που αφορούν την καθημερινή ζωή, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησής του απέναντι σε αυτούς τους δείκτες (Πόλα , 2010).

2.7. Δομές Υποστήριξης της Απασχόλησης

Οι Δομές Υποστήριξης της Απασχόλησης αποτελούν ουσιαστικά σημεία αναφοράς για άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές προκλήσεις και επιστρέφουν στην επαγγελματική τους πορεία. Αποτελούν ένα σύνολο υπηρεσιών που παρέχουν υποστήριξη, καθοδήγηση και εργαλεία προκειμένου να διευκολύνουν την ένταξη στην αγορά εργασίας ή την επανένταξη μετά από διάφορες προσωπικές ή επαγγελματικές δυσκολίες. Η προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκε στην επαγγελματική αποκατάσταση, η οποία αποτελεί ένα από τα κύρια σημεία που ενδέχεται να οδηγήσουν ένα άτομο στην ανάγκη υποστήριξης από αυτούς τους θεσμούς. Στην παρούσα ενότητα, θα εξεταστούν οι Δομές Υποστήριξης της Απασχόλησης και οι τρόποι με τους οποίους συμβάλλουν στη διαδικασία επαγγελματικής αποκατάστασης και ανάπτυξης των ατόμων, παρατηρώντας δύο από τις πιο βασικές μορφές να είναι: α) οι Κοινωνικές Επιχειρήσεις ή Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί και β) η Υποστηριζόμενη Εργασία.

Αρχικά, πρέπει να επισημανθεί ότι η ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επαγγελματικής επανένταξης, καθώς και οι προσπάθειες αποιδρυματισμού των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχικές προκλήσεις, έχουν αναδείξει την ανάγκη για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προσομοιώνει την ελεύθερη αγορά εργασίας. Η έννοια της κοινωνικής επιχείρησης συμπεριλαμβάνει διπλούς στόχους: αφενός οικονομικούς, με την παραγωγή προϊόντων και την παροχή υπηρεσιών, και αφετέρου κοινωνικούς, με έμφαση στην οικονομική αυτάρκεια και την κοινωνική αλληλεπίδραση των εργαζομένων. Επιπλέον, μια χαρακτηριστική πτυχή αυτών των επιχειρήσεων είναι ότι επανεπενδύουν τα κέρδη τους δημιουργώντας θέσεις εργασίας για άτομα που ανήκουν σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, καθώς και το 35% του προσωπικού τους αποτελείται από άτομα με ειδικές ανάγκες. Στην ουσία αποτελούν αυτοχρηματοδοτούμενα εγχειρήματα με γνώμονα την ίση συμμετοχή όλων των εργαζόμενων σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων και σχεδιασμού επιχειρηματικών πλάνων (Πόλα , 2010).

Μία ειδική κατηγορία των κοινωνικών επιχειρήσεων είναι οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης (ΚοιΣΠΕ), σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν.2716/99, που αποτελούν ταυτόχρονα οικονομικές και θεραπευτικές μονάδες, με θεσμική αναγνώριση (Δημόπουλος, Κασσαβέτης, Μουζάκη, & Σουλιώτης, 2023). Οι μονάδες αυτές, είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους και έχουν εμπορική ιδιότητα. Μπορούν να δραστηριοποιούνται

ταυτόχρονα σε ποικίλους τομείς της οικονομίας, είτε αυτοί είναι παραγωγικοί, καταναλωτικοί, εμπορικοί, προμηθευτικοί, μεταφορικοί, τουριστικοί, οικοδομικοί, πιστωτικοί, αναπτυξιακοί, κοινωνικοί, εκπαιδευτικοί ή πολιτιστικοί. Επίσης, έχουν τη δυνατότητα να ασκούν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα, από αγροτική και κτηνοτροφική έως βιομηχανική και παροχή υπηρεσιών (Κασσαβέτης, 2010).

Οι Κοι.Σ.Π.Ε, αποτελούν μία ιδιαίτερη μορφή συνεταιρισμού καθώς ταυτόχρονα αποτελούν παραγωγικές εμπορικές μονάδες αλλά και Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στόχος της λειτουργίας τους, είναι η κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και η επαγγελματική επανένταξη ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, δημιουργώντας διπλό όφελος για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς αφενός ενισχύεται η θεραπευτική διαδικασία και αφετέρου συμβάλλουν στην οικονομική αυτάρκεια τους. Επιπλέον αναφορικά με την οπτική της κοινωνικής διάστασης, οι Κοι.Σ.Π.Ε αποτελούν μία συλλογική δράση με σκοπό την αντιμετώπιση της περιθωριοποίησης, εντός και εκτός εργασιακού περιβάλλοντος, των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν η οικονομική διάσταση, καθώς επιπλέον βασικός σκοπός του προγράμματος είναι η οικονομική ενίσχυση των ήδη υπάρχοντων επιχειρήσεων αλλά και η δημιουργία νέων με οικονομική οφέλη (Κουπίδης, 2020). Σημαντικό είναι το γεγονός ότι σε κάθε τομέας ψυχικής υγείας μπορεί να ιδρυθεί ένας μόνο ΚοιΣΠΕ και τα μέλη του προέρχονται από τρεις κύριες κατηγορίες: α) λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, β) επαγγελματίες ψυχικής υγείας και γ) άλλα φυσικά πρόσωπα, ιδιώτες και κοινότητες. Επιπλέον ιδιαίτερο γνώρισμα των Κοι.ΣΠΕ είναι το γεγονός ότι κατά την εργασία τους, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, πέρα από το γεγονός ότι αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητα και τον χρόνο απασχόλησης τους, διατηρούν τα επιδόματα ή τις συντάξεις αναπηρίας που λαμβάνουν, πράγμα που δεν δύναται να επιτευχθεί στην ελεύθερη αγορά εργασίας (Πόλα, 2010).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να παρουσιαστεί και η δεύτερη μορφή υποστήριξης στην εργασία, γνωστή ως "υποστηριζόμενη εργασία" (ΥΑ). Στο πλαίσιο αυτής της μορφής υποστήριξης, παρέχεται υποστήριξη τόσο στον εργοδότη όσο και στον απασχολούμενο, συμπεριλαμβανομένης εξατομικευμένης επαγγελματικής κατάρτισης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Ο στόχος είναι η αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρουσιάζονται κατά την αναζήτηση, την τοποθέτηση και τη

διατήρηση μιας θέσης εργασίας (Πόλα , 2010). Η υποστηριζόμενη απασχόληση στοχεύει στο να επιτύχουν και να διατηρήσουν τα άτομα με αναπηρία μια θέση εργασίας που θα τους παρέχει εισοδήματα συγκρίσιμα με εκείνα των συναδέλφων τους χωρίς αναπηρία, οι οποίοι κατέχουν παρόμοιες θέσεις και εκτελούν παρόμοιες εργασίες. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της συνεχούς υποστήριξης και βοήθειας από επαγγελματίες-σύμβουλους που εργάζονται σε φορείς παροχής υπηρεσιών υποστηριζόμενης απασχόλησης (EUSE, 2010).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της υποστηριζόμενης εργασίας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: α) Αμειβόμενη εργασία με τα κανονικά αμοιβαία προνόμια, β) Περιβάλλον εργασίας που αντικατοπτρίζει τις συνθήκες της "κανονικής" απασχόλησης, γ) Σύναψη "κανονικού" συμβολαίου εργασίας, δ) Εξατομικευμένη υποστήριξη εντός και εκτός του εργασιακού πλαισίου, ε) Εξειδικευμένη υποστήριξη σε θέματα ψυχικής υγείας, στ) Ενεργή συμμετοχή του ατόμου που λαμβάνει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε θέματα λήψης αποφάσεων, ζ) Προσανατολισμός στις επιθυμίες και τις φιλοδοξίες του ατόμου σχετικά με την απόφασή του για απασχόληση και η) σημαντική και συστηματική προετοιμασία κατά τη φάση πριν την ενασχόληση (Πόλα , 2010).

Επιπλέον τα προτεινόμενα στάδια για την υποστηριζόμενη απασχόληση, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Υποστήριξης της Απασχόλησης (EUSE) του 2005, είναι τα εξής: 1) Δέσμευση: ο ενδιαφερόμενος εργαζόμενος έρχεται σε επαφή με τον φορέα υποστηριζόμενης απασχόλησης και λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες και έπειτα, αποφασίζει εάν επιθυμεί τη λήψη υπηρεσιών και επιλέγει τον επαγγελματία που θα συνεργαστεί, 2) Δημιουργία Επαγγελματικού Προφίλ: ο εργαζόμενος αναγνωρίζει τα δυνατά και αδύνατα σημεία του, τα ενδιαφέροντά του και τις δεξιότητές του μέσω μιας συμβουλευτικής διαδικασίας και στη συνέχεια, δημιουργεί ένα προφίλ και ένα πλάνο δράσης για τη σύνδεσή του με την αγορά εργασίας, 3) Εύρεση Εργασίας: πραγματοποιούνται δραστηριότητες που στοχεύουν στην εύρεση απασχόλησης, όπως η σύνταξη βιογραφικού, η αναζήτηση αγγελιών και η πρακτική άσκηση, συνεργατικά με υποστήριξη από τον επαγγελματία σύμβουλο. 4) Δέσμευση του Εργοδότη: γίνεται επαφή με πιθανούς εργοδότες και εξετάζεται η κατάλληλη αντιστοίχιση μεταξύ υποψήφιου εργαζόμενου και θέσης εργασίας και 5) Υποστήριξη εντός και εκτός θέσης εργασίας: Μετά την τοποθέτηση, ο επαγγελματίας συνεχίζει να παρέχει υποστήριξη τόσο στον εργαζόμενο όσο και στο εργασιακό του περίγυρο (Ρόκα, 2015).

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3ο: Η Μέθοδος Photovoice

3.1. Εισαγωγή & Ιστορική αναδρομή της μεθόδου Photovoice

Ένα από τα πιο γνωστά ρητά που χρησιμοποιείται σε πολλά μέρη του κόσμου είναι το «μια εικόνα ισούται με χίλιες λέξεις», που αποδείχθηκε ορθό ιδιαίτερα από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα που η φωτογραφία άρχισε να αποκτά σημαντικό έδαφος. Η δύναμη της φωτογραφίας στην ενημέρωση και την επικοινωνία αποδεικνύεται αναρίθμητες φορές, ειδικά όταν πρόκειται για περιοχές ή γεγονότα που είναι εκτός του πεδίου ορατότητας της καθημερινής ζωής του ανθρώπου, όπως είναι συμβάντα στο εξωτερικό, σε εμπόλεμες ζώνες ή σε απομακρυσμένες περιοχές (Lindhout, Reniers, & Teunissen, 2021). Μέσω αυτών, οι φωτογράφοι και οι παρατηρητές μοιράζονται την εμπειρία τους (Harper, 2002), προσφέροντας μια νέα διάσταση στην κατανόηση και ενημέρωση του κοινού, καθώς οι φωτογραφίες δεν αποτυπώνουν απλώς στιγμές και σκηνές, αλλά μεταφέρουν ολόκληρες ιστορίες και συναισθήματα (Lindhout, Reniers, & Teunissen, 2021). Δεν είναι λίγοι οι κοινωνικοί επιστήμονες που παρατήρησαν την δύναμη της φωτογραφίας και την χρησιμοποίησαν για να αναδείξουν κοινωνικά φαινόμενα και ζητήματα που ήταν έως τότε ανείπωτα ή άγνωστα στο ευρύ κοινό. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, την δημιουργία και οργάνωση ποικίλων μεθόδων που ως στόχο έχουν να παρουσιάσουν στο κοινό ένα ζήτημα της κοινωνικής σφαίρας μέσα από τον συνδυασμό της εικόνας με την ιστορία της (Leipert, Plunkett, & Ray, 2013).

Με αυτόν τον τρόπο προέκυψε και η μέθοδος «Photovoice», που αποτελεί πλέον ένα δημοφιλές εργαλείο, που προήλθε από φωτογραφικές προσεγγίσεις στην εθνογραφία και τον ακτιβισμό (Κούτρα, 2022). Η συγκεκριμένη μέθοδος αναπτύχθηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 90' από την Caroline C. Wang και τη May Ann Burris, που όρισαν το Photovoice ως «μία διαδικασία μέσω της οποίας οι άνθρωποι μπορούν να αναγνωρίσουν, να εκπροσωπήσουν και να ενισχύσουν την κοινότητά τους μέσω μιας συγκεκριμένης φωτογραφικής τεχνικής» (Burris & Wang, 1997). Πιο συγκεκριμένα, η μέθοδος αυτή προέκυψε με την πρωτοβουλία της Caroline C. Wang το 1995, που χρησιμοποίησε την φωτογραφία ως μέθοδο επικοινωνίας εκ μέρους των γυναικών που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές της Κίνας με σκοπό να παρουσιάσουν τις συνθήκες ζωής τους, μεταφέροντας εμπειρίες και γεγονότα σχετικά με την υγεία, ώστε να επηρεάσουν τους φορείς χάραξης πολιτικής για βελτίωση των συνθηκών ζωής τους

(Κούτρα, 2022). Η μέθοδος αυτή περιλάμβανε την παράδοση φωτογραφικών καμερών σε μία ομάδα γυναικών με σκοπό να αποτυπώσουν την καθημερινότητα τους σε διάστημα ενός έτους, και στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε μία έκθεση φωτογραφίας, όπου παρουσιάστηκαν οι εικόνες που είχαν συλλεχθεί. Σκοπός του εγχειρήματος ήταν η ευαισθητοποίηση του κοινού και η επιρροή των αρμόδιων αρχών ώστε να ενημερωθούν για τις πραγματικές ανάγκες και να επιφέρουν τις αναγκαίες αλλαγές. Σημαντικό μέρος της έρευνας αυτής ήταν οι τακτικές συναντήσεις της ομάδας, όπου γινόταν ανάλυση των εικόνων και παρακολούθηση της προόδου της μεθόδου. Δια μέσου αυτού του εργαλείου οι γυναίκες της περιοχής, όχι μόνο απέκτησαν φωνή και έλεγχο της ζωής τους αλλά και έχαιραν μεγαλύτερο σεβασμό από την κοινότητα τους (Wang, 1999).

Επομένως είναι αντιληπτό ότι εκείνη περίοδο, η μέθοδος «Photovoice» αναπτύχθηκε με σκοπό να ενισχύσει την ενδυνάμωση των ατόμων που ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας ή περιθωριακές καταστάσεις. Η διαδικασία περιλάμβανε τη χρήση της φωτογραφίας ως μέσο έκφρασης και ανάδειξης των προβλημάτων που αντιμετώπιζαν στην καθημερινή τους ζωή καθώς οι συμμετέχοντες φωτογράφιζαν τα θέματα που τους ενδιέφεραν ή τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν, και στη συνέχεια, ανέπτυσαν συλλογικές δράσεις βασισμένοι στις φωτογραφίες τους. Με αυτό το μέσο είχαν την δυνατότητα να προβάλλουν τα θέματα και τις ανάγκες τους σε ηγέτες και υπεύθυνους πολιτικής, ενισχύοντας τη φωνή τους στον δημόσιο χώρο και προωθώντας την αλλαγή (Hannes & Wang, 2014).

3.2 Έννοια-Ορισμός της Μεθόδου Photovoice

Η ποιοτική μέθοδος έρευνας «Photovoice» συνιστά μία πρωτοποριακή προσέγγιση για συμμετοχική έρευνα δράσης καθώς τοποθετεί κάμερες στα χέρια των συμμετεχόντων, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και ένα μέσο για συγκέντρωση στοιχείων αλλά και ένα εργαλείο αξιολόγησης. Το Photovoice αποβλέπει στην υποστήριξη ευάλωτων κοινοτήτων που αντιμετωπίζουν κοινωνικές ανισότητες λόγω φτώχειας, γλώσσας, φυλής, τάξης, εθνικότητας, φύλου, κ.λπ. Μέσω της χρήσης φωτογραφιών, αυτοί οι πληθυσμοί μπορούν να αποτυπώσουν το περιβάλλον και τις εμπειρίες τους, δίνοντας έτσι φωνή στις δικές τους εμπειρίες και ενθαρρύνοντας την αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης και της ποιότητας ζωής τους (Κούτρα, 2022). Οι εικόνες που απαθανατίζονται στο πλαίσιο του Photovoice συνήθως συνοδεύονται από λεζάντες ή αναφορές που προέρχονται από τους ίδιους τους φωτογράφους/συμμετέχοντες με ενεργή υποστήριξη του ερευνητή, με μορφή ατομική συνέντευξης ή ομαδικών συνεντεύξεων (Focus Group). Αυτές οι λεζάντες βοηθούν στην ερμηνεία και την κατανόηση της εικόνας, μεταφέροντας την πραγματικότητα της ζωής τους και ενισχύοντας το μήνυμα που θέλουν να μεταδώσουν. Αυτός ο τρόπος επικοινωνίας μπορεί να είναι πολύ ισχυρός, καθώς μπορεί να κινητοποιήσει το κοινό, τους πολιτικούς ηγέτες και να προάγει την κοινωνική αλλαγή (Wang, 1999).

Η μέθοδος «Photovoice» είναι ένα ερευνητικό εργαλείο που προβλέπει την αντιμετώπιση πολλαπλών εμποδίων κατά την έκφραση των ατόμων, όπως είναι τα γλωσσικά εμπόδια, η φυλή, η κοινωνική τάξη, η εθνικότητα, το φύλο, ο πολιτισμός ή άλλες περιστάσεις, καθώς η χρήση του περιλαμβάνει την αξιοποίηση βίντεο, εικόνων και φωτογραφιών με σκοπό τα άτομα να συλλάβουν πτυχές του περιβάλλοντός τους καθώς και εμπειρίες ώστε να τις μοιραστούν με τους άλλους (Wang, 1999). Με άλλα λόγια προσφέρει στα άτομα επιπλέον τρόπους έκφρασης εκτός από την λεκτική ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων (Lindhout, Teunissen, & Visse, 2020). Αυτή η ιδιαιτερότητα της μεθόδου, συμβάλλει σημαντικά στην έκφραση εμπειριών που είναι περίπλοκες ή συναισθηματικά επιφορτισμένες (Wang, 1999), καθώς και επιτρέπει την επικοινωνία ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική γλώσσα ή σε άτομα με περιορισμένες λεκτικές δεξιότητες να συμμετέχουν και να συνδιαλέγονται (Lindhout & Swuste, 2012).

Μία αξιοσημείωτη παρατήρηση σχετικά με την μέθοδο Photovoice, είναι ότι στην διεθνή βιβλιογραφία συνοδεύεται από επιμέρους έννοιες, οι οποίες στην

πραγματικότητα περιγράφουν τα χαρακτηριστικά σημεία του εργαλείου. Κατά την αναζήτηση με τον όρο Photovoice, εντοπίζεται να συνδέεται με τον όρο «κοινότητα» και «κοινωνικό σύνολο», που αποτελεί το δείγμα των συμμετεχόντων. Επιπλέον αναγνωρίζεται ως «συμμετοχική έρευνα», αναδεικνύοντας το είδος της μεθοδολογίας και συνδέεται με τον όρο «συλλογική δράση», ως ο σκοπός της έρευνας. Δεν θα μπορούσαν να παραλειφθούν όροι όπως «βιωμένες εμπειρίες», «προσωπική ζωή», «κοινωνικοοικονομική κατάσταση», που αποτελούν τις αιτίες αναγκαιότητας χρήσης της μεθόδου. Τέλος, ένα από τα περισσότερα - εντυπωσιακά - ευρήματα στην αναζήτηση είναι ότι η μέθοδος Photovoice, συνδέεται με επιθετικούς προσδιορισμούς όπως «ανείπωτα», «άγνωστα», «υποβόσκοντα» και «μη αρθρωμένα», που αναφέρονται στα κοινωνικά ζητήματα, που η ουσιαστική τους υπόσταση δεν δύναται να παρουσιαστεί με γλωσσικές ιδιότητες καθώς δεν μεταφέρεται ακραιφνώς η εμπειρία και το βίωμα (Lindhout, Reniers, & Teunissen, 2021).

3.3. Στόχοι και Στάδια της μεθόδου Photovoice

Σύμφωνα με τις Wang & Burris η μέθοδος έχει 3 βασικούς και κύριους στόχους:

α) Αρχικά αποσκοπεί στο να προσφέρει φωνή σε εκείνους που συχνά περιθωριοποιούνται, επιτρέποντάς τους να εκφράσουν τις εμπειρίες τους και να αναδείξουν τις συνθήκες της κοινότητάς τους, τόσο θετικές όσο και αρνητικές, β) έπειτα στοχεύει στην ενθάρρυνση της κριτικής σκέψης, επιτρέποντας στους φωτογράφους/συμμετέχοντες να αναλογιστούν και να συζητήσουν ζητήματα σχετικά με τα θέματα που αναδεικνύουν οι φωτογραφίες τους, γεγονός που οδηγεί σε μια πιο σαφή κατανόηση της κατάστασής τους και των δυνάμεων που τους επηρεάζουν και γ) τέλος επιδιώκει να δημιουργήσει αλλαγές που θα βελτιώσουν τις συνθήκες ζωής και να επηρεάσει τους φορείς λήψης πολιτικών αποφάσεων, με στόχο την προώθηση της ζωής και της ευημερίας των ανθρώπων στις κοινότητες τους (Burris & Wang, 1997).

Επομένως, είναι εύλογο το συμπέρασμα ότι το Photovoice είναι μια διαδικασία κατά την οποία συνήθως άτομα με περιορισμένη εξουσία χρησιμοποιούν τη λήψη βίντεο ή φωτογραφιών για να αποτυπώσουν τις πτυχές του περιβάλλοντός τους και τις προσωπικές τους εμπειρίες. Οι εικόνες μπορούν να λειτουργήσουν ως αντανάκλαση της ζωής από το σπίτι, τις κοινότητες και τις εμπειρίες των ατόμων, μεταφέροντας τις πραγματικές συνθήκες και τις ανάγκες των ανθρώπων σε όσους διαμορφώνουν τις πολιτικές και τις αποφάσεις, ενισχύοντας την κοινωνική αλλαγή, προάγοντας την ευαισθητοποίηση και ενεργοποιώντας τη συζήτηση για ζητήματα που επηρεάζουν τις κοινότητες και την κοινωνία συνολικά (Κούτρα, 2022).

Αξίζει επιπλέον να παρατεθούν οι επιδιώξεις της συγκεκριμένης μελέτης σχετικά με την μέθοδο Photovoice, καθώς βασικός σκοπός της έρευνας είναι να αποτυπωθεί το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική και εργασιακή επανένταξη. Πιο συγκεκριμένα οι επιμέρους στόχοι αφορούν: α) την ενεργοποίηση των ατόμων ώστε να εκφράσουν και να παραθέσουν το βίωμα τους αναφορικά με τον τρόπο που βιώνουν την κοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση κατά την επανένταξη τους στην κοινότητα, β) την προώθηση του κριτικού διαλόγου, της γνώσης αλλά και της ευαισθητοποίησης του κοινωνικού συνόλου σε σχέση με τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, ώστε να επιφέρει αλλαγές στον μείζον ζήτημα του στιγματισμού της ψυχικής νόσου και γ) την επιρροή στους φορείς χάραξης πολιτικής ώστε να προβούν σε αλλαγές που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής

των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αλλά και των ατόμων που διαβαίνουν την διαδρομή της επανένταξης τους.

Αναφορικά με τα στάδια του συγκεκριμένου εργαλείου έρευνας, παρατηρείται ότι αφορούν ένα σύνολο 13 διαδοχικών βημάτων που αποτελούν κατά κανόνα την διαδρομή που ακολουθεί ο ερευνητής για να ολοκληρώσει την μελέτη. Τα στάδια του Photovoice περιλαμβάνουν :

- 1) Αναγνώριση του προβλήματος
- 2) Καθορισμός ευρύτερων στόχων και σκοπών
- 3) Ανάθεση στους φορείς χάραξης πολιτικής την παραλαβή των ευρημάτων του Photovoice
- 4) Εκπαίδευση των συμμετεχόντων
- 5) Διεξαγωγή εκπαίδευσης και κατάρτισης στο Photovoice
- 6) Ορισμός του θέματος που θα φωτογραφηθεί
- 7) Λήψη φωτογραφιών
- 8) Ενίσχυση της ομαδικής συζήτησης ή ατομικής συνέντευξης
- 9) Ανάπτυξη κριτικής σκέψης και διαλόγου που αφορά α) την επιλογή των φωτογραφιών προς συζήτηση, β) την νοηματοδότηση τους και την αφήγηση της ιστορίας πίσω από την εικόνα και γ) την κωδικοποίηση των θεμάτων και των αφηγήσεων
- 10) Καταγραφή των ιστοριών
- 11) Διαμόρφωση αξιολόγησης
- 12) Άνοιγμα σε φορείς πολιτικής, χορηγούς, μέσα ενημέρωσης, ερευνητές και άλλους που μπορεί να κινητοποιηθούν ώστε να δημιουργηθεί αλλαγή
- 13) Διεξαγωγή της συμμετοχικής αξιολόγησης της πολιτικής και του προγράμματος εφαρμογής (Burris & Wang, 1997).

Κεφάλαιο 4^ο: Ερευνητικό Μέρος

4.1. Σκοπός μελέτης & Επιμέρους Στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αποτυπωθεί το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική και εργασιακή τους επανένταξη στον Δήμο Ρεθύμνου. Το πεδίο έρευνας είναι ο Νομός Ρεθύμνου και ο πληθυσμός αφορά την κοινότητα που βιώνει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και συγκεκριμένα τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της εργασιακής ή κοινωνικής επανένταξης τους μέσω υποστηρικτικών δομών, οι οποίες δεν αναφέρονται για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων. Οι επιμέρους στόχοι, που επιδιώκεται να επιτευχθούν μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου είναι: α) αρχικά να κινητοποιηθούν τα άτομα ώστε να παρουσιάσουν το βίωμα τους σχετικά με την κοινωνική και εργασιακή τους επανένταξη, β) έπειτα να προωθηθεί ο κριτικός διάλογος, η γνώση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας με σκοπό τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου και γ) τέλος να επηρεάσει τους φορείς χάραξης πολιτικής.

Ωστόσο αναφορικά με τον σκοπό της έρευνας τίθενται 3 επιπλέον στόχοι ώστε να συλλεχθούν τα δεδομένα που θα αντικατοπτρίζουν το βίωμα των συμμετεχόντων. Αυτοί οι στόχοι στην ουσία αποτελούν και τις βασικές θεματικές γύρω από τις οποίες τα άτομα θα φωτογραφίζουν στιγμές από την ζωή τους και περιλαμβάνουν:

A) Κοινωνική Επανένταξη – 1^{ος} Στόχος : είναι να διερευνηθεί το ζήτημα της επανένταξης των ατόμων στην κοινωνική ζωή και στην ευρύτερη κοινότητα του Ρεθύμνου.

B) Επανένταξη στην Εργασία – 2^{ος} Στόχος είναι να αναζητηθεί η επανένταξη στον εργασιακό βίο και η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που βιώνουν ή έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Γ) Στιγματισμός της Ψυχικής Νόσου – 3^{ος} Στόχος είναι να μελετηθεί αν τα άτομα βιώνουν συνθήκες που αφορούν τον στιγματισμό της ψυχικής νόσου ή αν εντοπίζουν περιστάσεις που αντί να βιώνουν στιγματισμό όπως περίμεναν, παρατηρούν τον αποστιγματισμό ψυχικής νόσου.

4.2. Δείγμα, Δειγματοληψία, Συλλογή & Διάρκεια Έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ποιοτική μέθοδο. Αναφορικά με το δείγμα, κρίνεται αναγκαίο να καθοριστούν κριτήρια εισαγωγής στην μελέτη, αφενός λόγω του ίδιου του είδους της έρευνας και αφετέρου λόγω της ανάγκης να προστατευτεί η θεραπευτική διαδικασία και η έρευνα να μην υπονομεύσει την προσέγγιση της θεραπευτικής ομάδας. Χρειάζεται να αναφερθεί ότι αρχικό και κύριο βήματα κατά την έναρξη της έρευνας είναι η επικοινωνία της ερευνήτριας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των μονάδων ψυχικής υγείας του Δήμου Ρεθύμνου, με σκοπό να καθοριστούν τα κριτήρια με την συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους επιβλέποντες ψυχιάτρους, στην παρούσα έρευνα δεν δύναται να συμμετέχουν άτομα που βιώνουν την οξεία φάση της νόσου και που δεν ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή ή και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Επιπλέον κύριο κριτήριο είναι τα άτομα να μην είναι δικαστικά συμπαραστατούμενα, δηλαδή να μην έχει οριστεί ένα άλλο πρόσωπο από το οικογενειακό τους περιβάλλον, υπεύθυνο να υπογράψει αντί του ίδιου του ατόμου. Ο ορισμός δικαστικού συμπαραστάτη καθίσταται μέσω δικαστηρίου, όπου απαιτείται ψυχιατρική γνωμάτευση και έκθεση κοινωνικής έρευνας, από τις οποίες προκύπτει ότι ο/η ασθενής δεν έχει την δυνατότητα κρίσης για δικαιπραξίες, επομένως δεν μπορεί να δώσει συγκατάθεση ή να αποφασίσει για τον εαυτό του. Στην παρούσα μελέτη τα άτομα μπορούν να αποφασίσουν εξ' ιδίων για την συμμετοχή τους καθώς δεν είναι δικαστικά συμπαραστατούμενα αλλά και δεν βρίσκονται στην οξεία φάση της νόσου. Επιπρόσθετα αξίζει να σημειωθεί ότι πριν την έναρξη του ερευνητικού μέρους (Μάρτιος 2024) δόθηκε στην ερευνήτρια «Βεβαίωση Συναίνεσης» από τον Διευθυντή του Τομέα Ψυχικής Υγείας Γ.Ν.Ρεθύμνου, όπου βεβαιώνει την πρόσβαση σε ιατρικούς φακέλους, αποκλειστικά για την παρούσα μελέτη, έπειτα από την έγγραφη συμφωνία των ατόμων για συμμετοχή στην έρευνα. Επιπλέον αναφέρει την συμφωνία του για συμμετοχή συγκεκριμένων ατόμων, εφόσον οι ίδιοι το επιθυμούν καθώς δεν ενδέχεται να επηρεαστεί η θεραπευτική διαδικασία με αιτιότητα την έρευνα.

Κρίσιμη παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι ηλικιακός περιορισμός δεν καθορίζεται καθώς όλοι οι συμμετέχοντες είναι ενήλικες εξυπηρετούνται σε μονάδες ψυχικής υγείας ενηλίκων (άνω των 18 ετών). Επίσης το φύλο δεν αποτελεί κριτήριο επιλογής ή αποκλεισμού, ωστόσο θα γίνει προσπάθεια ώστε να υπάρχει ποσοστιαία

ισοδυναμία ανάμεσα στα δύο φύλα. Επομένως τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα καθορίζονται ως εξής:

1. Τα άτομα που θα προσεγγιστούν για συμμετοχή στην έρευνα ανήκουν στα μητρώα κάποιων μονάδων ψυχικής υγείας του Δήμου Ρεθύμνου.
2. Είναι απαραίτητο να βρίσκονται στην φάση της επανένταξης, να λαμβάνουν την απαραίτητη φαρμακευτική θεραπεία ή και ψυχολογική υποστήριξη καθώς και να μην βιώνουν την οξεία φάση της πάθησης κατά την περίοδο που θα εκδηλώσουν επιθυμία συμμετοχής στην έρευνα – αυτή η προϋπόθεση εξασφαλίζεται έπειτα από συμφωνία του/της επιβλέποντα/ουσας ιατρού τους.
3. Γενικότερα χρειάζεται να εξασφαλιστεί ότι για την συμμετοχή των ατόμων στην έρευνα υπάρχει συμφωνία του/της επιβλέποντα/ουσας ψυχίατρου σχετικά με την επιρροή που δύναται να έχει η διαδικασία της έρευνας στην ψυχική κατάσταση των ατόμων.
4. Επιπλέον, λόγω του είδους της έρευνας, οι συμμετέχοντες χρειάζεται να εργάζονται για τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα ή να βρίσκονται στο στάδιο της επαγγελματικής αποκατάστασης (που σύμφωνα με την βιβλιογραφία περιλαμβάνει τα στάδια της εύρεσης, τοποθέτησης και παραμονής στο εργασιακό πλαίσιο).
5. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ακόμα ότι τα άτομα που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το προσωπικό τους τηλέφωνο, δεν αποκλείστηκαν. Χρειάζεται να αναφερθεί ότι υπάρχει πλήρης υποστήριξη από την ερευνητική ομάδα ώστε να διευκολύνουν τα άτομα τόσο στην μεταφορά των φωτογραφιών, όσο και στην χρήση του κινητού.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται χρήσιμη η παρουσίαση της μεθόδου δειγματοληψίας καθώς η πιο κατάλληλη θεωρείται η δειγματοληψία της χιονοστιβάδας, που αποτελεί μία μη πιθανοτική τεχνική και χρησιμοποιείται όταν είναι δύσκολο να εντοπιστούν τα μέλη ενός ειδικού πληθυσμού (Babbie, 2011). Στην συγκεκριμένη έρευνα, δεν είναι δυνατό να εντοπιστούν άτομα που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες με άλλο τρόπο πέρα από αυτής της μεθόδου. Επομένως η προσέγγιση των ατόμων ξεκινά να πραγματοποιείται αρχικά με τον εντοπισμό ενός ή δύο ατόμων, μέσω της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των μονάδων ψυχικής υγείας του Δήμου Ρεθύμνου. Στην συνέχεια μετά την πρώτη επαφή και την ανάπτυξη μίας τυπικής σχέσης εμπιστοσύνης, ζητείται από τα άτομα να δημιουργήσουν επικοινωνία ανάμεσα στον

ερευνητή με άλλα άτομα που ίσως γνωρίζουν ότι θα ήθελαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Έπειτα για το ερευνητικό μέρος χρειάζεται να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη ποιοτική μέθοδος Photovoice αποτελεί ένα εργαλείο με δομημένα βασικά βήματα, τα οποία και θα ακολουθηθούν. Μετά την πλήρη ενημέρωση των συμμετεχόντων, την υπογεγραμμένη συναίνεση τους για συμμετοχή και την συμφωνία των ψυχιάτρων, θα ξεκινήσει η διαδικασία.

Για το κύριο μέρος της έρευνας, δηλαδή την λήψη φωτογραφιών από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, θα υπάρχει πλήρης και συνεχής καθοδήγηση του ερευνητή αναφορικά με ζητήματα δεοντολογίας σχετικά με τα εικονιζόμενα θέματα στις φωτογραφίες π.χ. αποφυγή άλλων προσώπων (εκτός αν υπάρχει συναίνεση από τους ίδιους) ή λεπτομερειών που υποδεικνύουν προσωπικά στοιχεία για τους συμμετέχοντες. Στους συμμετέχοντες θα δοθεί περιθώριο περίπου 2 εβδομάδων ώστε να συλλέξουν τις απαραίτητες φωτογραφίες, εκτός και αν κάποιος συμμετέχοντας ζητήσει περαιτέρω χρόνο, λόγω προσωπικών υποθέσεων. Μετά την συλλογή των απαραίτητου αριθμού των εικόνων, περίπου 3-4 φωτογραφίες για την κάθε θεματική από τον κάθε συμμετέχοντα, θα πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά το πέρας της συλλογής, καθώς είναι σημαντικό να προληφθούν καθυστερήσεις, ώστε να μην επηρεαστεί η αξιοπιστία και η δομή της έρευνας και το χρονικό περιθώριο κατά το οποίο θα εμπλέκονται οι συμμετέχοντες, για να μην επηρεαστεί η καθημερινότητα τους σε μεγαλύτερο βαθμό από το επιθυμητό και να αποφευχθεί η πιθανότητα εγκατάλειψης του προγράμματος. Επομένως χρειάζεται να πραγματοποιηθεί η βέλτιστη προετοιμασία ώστε να μην προκύψουν χρονοτριβές και καθυστερήσεις που θα επηρεάζουν τους συμμετέχοντες. Εκτιμάται ότι από την στιγμή που θα συμφωνήσουν οι συμμετέχοντες έως την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων, η διαδικασία θα διαρκέσει 4 εβδομάδες.

4.3. Ανάλυση σταδίων

Σε αυτό το σημείο αναγκαίο κρίνεται να αναφερθούν τα στάδια της μεθόδου Photovoice, τα οποία ποικίλλουν στην βιβλιογραφία. Παρατηρούνται ότι συνήθως διαχωρίζονται σε 9, σε 6 ή και σε 3 στάδια, ανάλογα με τον ερευνητή, ενώ στην πραγματικότητα η μέθοδος περιλαμβάνει τις ίδιες δραστηριότητες διαχωρισμένες σε λιγότερα ή περισσότερα βήματα (Lindhout, Reniers, & Teunissen, 2021). Αξίζει να σημειωθεί ένα μοντέλο περιγραφής σταδίων και επιλέγεται αυτό των Wang & Burris, που αποτέλεσαν τους δημιουργούς της μεθόδου, καθώς τα επερχόμενα μοντέλα αποτελούν τέκνα της πρωτότυπης. Τα βήματα, όπως θα παρουσιαστούν σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, διακρίνονται ως εξής (Wang & Burris, 1997 στο Κούτρα Κ., 2023»):

1. *Αναγνώριση του προβλήματος* – στην συγκεκριμένη έρευνα αναγνωρίζεται ότι το υπό μελέτη ζήτημα είναι η επανένταξη των ατόμων στον κοινωνικό περίγυρο αλλά και στην εργασία, γεγονός που εμποδίζεται από τον στιγματισμό της ψυχικής νόσου.
2. *Καθορισμός σκοπού και στόχων της έρευνας Photovoice* – Βασικός σκοπός: η αποτύπωση του βιώματος της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική και εργασιακή επανένταξη.
Οι επιμέρους στόχοι: Α) Να ενεργοποιήσει τα άτομα να παρουσιάσουν το βίωμα τους σχετικά με την κοινωνική και εργασιακή τους επανένταξη, Β) Να προωθήσει τον κριτικό διάλογο, την γνώση και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας με σκοπό τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου, Γ) Να επηρεάσει τους φορείς χάραξης πολιτικής
3. *Εντοπισμός και εστίαση σε φορείς χάραξης πολιτικής* – όπως είναι ο Δήμος Ρεθύμνου, η Περιφερειακή Ενότητα Ρεθύμνου και 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.
4. *Εντοπισμός, ενημέρωση της ομάδας των ερευνητών/φωτογράφων- υποκείμενων έρευνας* – ο εντοπισμός θα πραγματοποιηθεί μέσω των μητρώων των μονάδων ψυχικής υγείας του Δήμου Ρεθύμνου και θα συντονιστεί ενημέρωση των συμμετεχόντων για τους σκοπούς της έρευνας.

5. *Εκπαίδευση της ομάδας στην μέθοδο Photovoice* - Εκπαίδευση των συμμετεχόντων για Ηθικά & Δεοντολογικά ζητήματα που ενδέχεται να προκύψουν κατά την συλλογή των φωτογραφιών και τρόπους που μπορούν να τα αντιμετωπίσουν και για το ποιες φωτογραφίες είναι αποδεκτές για το πρόγραμμα και ποιες θα μπορέσουν ή δεν θα μπορέσουν να δημοσιευτούν
6. *Ζητήματα ηθικής και φόρμα συγκατάθεσης από ερευνητές/φωτογράφους* - εξασφάλιση της συναίνεσης τους για συμμετοχή στο πρόγραμμα και της χρήσης-δημοσίευσης των φωτογραφιών που θα παραδώσουν.
7. *Ορισμός θέματος που θα φωτογραφηθεί* - Αναφορικά με το θέμα των φωτογραφιών κρίνεται σημαντικό στην παρούσα έρευνα να τεθούν 3 θεματικές:
Α) Κοινωνική Επανάταξη [Να διερευνηθεί το ζήτημα της κοινωνικής επανάταξης των ατόμων στην κοινωνική ζωή και στην ευρύτερη κοινότητα του Ρεθύμνου.]
Β) Επανάταξη στην Εργασία [Να αναζητηθεί η επανάταξη στον εργασιακό βίο και η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που βιώνουν ή έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.]
Γ) Στιγματισμός της Ψυχικής Νόσου [Να παρουσιαστεί το πώς βιώνουν τα άτομα το στιγματισμός της ψυχικής νόσου.]
8. *Διανομή καμερών στους ερευνητές και έλεγχος του τρόπου χρήσης* – τα άτομα που θα συμμετέχουν καλούνται να χρησιμοποιήσουν το κινητό τους τηλέφωνο για την λήψη των φωτογραφιών τους αφενός λόγω της εξοικείωσης τους με την συσκευή τους και αφετέρου επειδή η έρευνα δεν χρηματοδοτείται.
9. *Χρόνος για την συλλογή των φωτογραφιών* - Στους συμμετέχοντες θα δοθεί περιθώριο 2 εβδομάδων για να συλλέξουν τις φωτογραφίες και να τις αποστείλουν στην ερευνητική ομάδα.
10. *Ενίσχυση της ομαδικής συζήτησης και ανάπτυξη διαλόγου* - Σε αυτό το στάδιο πριν την επιλογή των φωτογραφιών θα πραγματοποιηθούν από την ερευνητική ομάδα προς τους συμμετέχοντες κάποιες ασκήσεις που έχουν ως στόχο την δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με την ερευνήτρια, την ανάπτυξη του διαλόγου και της κριτικής σχέσης.
11. *Επιλογή φωτογραφιών για συζήτηση μέσω της τεχνικής «SHOWeD»* - ο κάθε συμμετέχων θα χρειαστεί να επιλέξει 3-4 φωτογραφίες για την κάθε θεματική

(3 θεματικές), για τις οποίες φωτογραφίες δέχεται να συζητήσει και συναινεί με την δημοσίευσή τους.

12. *Νοηματοδότηση στην φωτογραφία και αφήγηση της ιστορίας* - θα πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις σχετικά με τις φωτογραφίες των συμμετεχόντων, οι οποίοι θα χρειαστεί να απαντήσουν σε μερικά βασικά ερωτήματα σχετικά με τις φωτογραφίες.

Αυτά τα ερωτήματα είναι τα εξής:

- α) Τι απεικονίζεται στην παρούσα φωτογραφία;
- β) Που τραβήχτηκε αυτή η φωτογραφία;
- γ) Ποια είναι η ιστορία πίσω από αυτήν την φωτογραφία;
- δ) Πως νιώθεις για αυτό που απεικονίζει η φωτογραφία;
- ε) Τι σε έκανε να επιλέξεις αυτήν την φωτογραφία;

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι είναι πιθανό και επιθυμητό να προκύψουν επιπλέον ερωτήματα για τις φωτογραφίες που θα έχουν επιλέξει οι συμμετέχοντες, γεγονός όμως που δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πριν την συλλογή τους.

13. *Κωδικοποίηση θεμάτων και θεωριών* - Σε αυτό το στάδιο χρειάζεται αρχικά να κατατάξουμε τις φωτογραφίες στις βασικές θεματικές που έχουν οριστεί (1.Κοινωνική Επανάταξη, 2.Εργασιακή Επανάταξη, 3.Στιγματισμός της Ψυχικής Νόσου), ενώ ενδέχεται να προκύψουν και επιμέρους υπό θεματικές. Έπειτα είναι αναγκαίο να συγκεντρωθούν τα ερωτήματα και οι απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με τις φωτογραφίες σε ομάδες σύμφωνα με τις θεματικές.

14. *Καταγραφή ιστοριών* – θα πραγματοποιηθεί καταγραφή των ιστοριών σχετικών με τις φωτογραφίες και να δοθεί από τον ερευνητή η λεζάντα κάτω από την φωτογραφία, όπως προέκυψε από τις συνεντεύξεις.

15. *Διαμόρφωση Αξιολόγησης* - Για να αναγνωριστεί η μελέτη ως επιτυχής χρειάζεται να οριστούν ορισμένα κριτήρια αξιολόγησης ώστε να παρατηρηθεί αν επιτεύχθηκαν οι στόχοι της έρευνας, δηλαδή α) αν ενεργοποιήθηκαν τα άτομα να παρουσιάσουν το βίωμα τους σχετικά με την κοινωνική και εργασιακή τους επανάταξη, β) αν προωθήθηκε ο κριτικός διάλογος, η γνώση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας με σκοπό τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου και γ) αν επηρέασε η έρευνα τους φορείς χάραξης πολιτικής.

16. *Άνοιγμα σε φορείς πολιτικής, χορηγούς, μέσα ενημέρωσης, ερευνητές και άλλους που μπορούν να κινητοποιηθούν ώστε να δημιουργηθεί αλλαγή* –

Τα αποτελέσματα θα προωθηθούν μέσω των δομών που συμμετείχαν αλλά και προς άλλους αρμόδιους φορείς. Αρχικά οι φωτογραφίες και οι λεζάντες τους θα αναρτηθούν στους χώρους αναμονής των δομών. Επιπλέον θα γίνει προσπάθεια να αναρτηθούν στον αμφιθεατρικό χώρο του Νοσοκομείου αλλά και σε επιμέρους σημεία στο Νοσοκομείο με έντονη κινητικότητα (Είσοδος, Έξοδος, Επείγοντα, Γκισέ). Επίσης θα γίνει προσπάθεια να δημοσιευτεί σε τοπική ηλεκτρονική εφημερίδα (π.χ.GOODnet) , στα social media των δομών αλλά και σε τοπικές έντυπες εφημερίδες. Τέλος σε μελλοντικό χρόνο θα γίνει προσπάθεια να παρουσιαστεί σε ημερίδες που αφορούν την ψυχική υγεία και ιδιαίτερα σε συναντήσεις για τις μέρες ψυχικής υγείας (10 Οκτωβρίου).

17. Διεξαγωγή της συμμετοχικής αξιολόγησης της πολιτικής και του προγράμματος εφαρμογής.

4.4. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των Συμμετεχόντων

Επιπλέον ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την έρευνα προκύπτουν αφενός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, που περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση αλλά και τις συνθήκες εργασίας, και αφετέρου από πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της ψυχικής υγείας, όπως είναι η διάγνωση, η έναρξη της νόσου και οι νοσηλείες. Αρχικά αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες διαμένουν στον Δήμο Ρεθύμνου, αποτελούν 3 γυναίκες και ένας άντρας και οι ηλικίες αφορούν το εύρος 20-35 ετών και 40 έως 55 ετών. Επιπλέον τα 3 άτομα είναι ανύπαντρα και το ένα διαζευγμένο. Αναφορικά με την επαγγελματική τους κατάσταση, τα 2 άτομα εργάζονται στον τομέα της καθαριότητας, το ένα άτομο είναι ψυχολόγος και το τέταρτο άτομο αναζητεί εποχιακή εργασία στον κλάδο της εστίασης.

Στην συνέχεια, σχετικά με τις ιατρικές γνωματεύσεις παρατηρείται ότι ποικίλουν καθώς περιλαμβάνουν τις εξής διαγνώσει: α) F60 Διαταραχή Οριακής Προσωπικότητας, β) F31 Διπολική Διαταραχή, γ) F20 Ψυχωσική Διαταραχή/ Σχιζοφρένεια και δ) F22 Χρονίζουσα Παραληρητική Διαταραχή. Επιπλέον τα έτη νοσηλείας ποικίλλουν από το 2015 έως το 2022 ενώ ένα άτομο δεν έχει νοσηλευτεί. Τέλος, όλα τα άτομα λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή και ψυχοθεραπεία.

4.5. Εμπόδια-Δυσκολίες

Όπως σε κάθε ερευνητική μελέτη, έτσι και εδώ προκύπτουν κάποιες δυσκολίες και εμπόδια, εκ των οποίων κάποια είχαν προληφθεί άρα και αντιμετωπιστεί. Πιο συγκεκριμένα, ένα ζήτημα που προέκυψε ήταν η χρήση του προσωπικού κινητού τηλεφώνου των συμμετεχόντων ως μέσο συλλογής των φωτογραφιών, καθώς υπήρξαν 2-3 άτομα που ενώ επιθυμούσαν να συμμετέχουν, δεν είχαν κινητό που να επιτρέπει τη λήψη φωτογραφιών, επομένως δεν μπόρεσαν να λάβουν μέρος στην έρευνα. Ωστόσο αυτό το μέτρο παρατηρήθηκε να ευνοεί την συμμετοχή άλλων ατόμων για δύο λόγους: α) αφενός ήταν εξοικειωμένοι με το προσωπικό τους τηλέφωνο και άρα μπορούσαν εύκολα να το χρησιμοποιήσουν ενώ η παροχή φωτογραφικών μηχανών θα απαιτούσε μία επιπλέον εκπαίδευση που θα τους απέτρεπε να συμμετέχουν τελικά στην έρευνα και β) αφετέρου τα άτομα προτιμούσαν να χρησιμοποιήσουν το δικό τους κινητό ώστε να έχουν την δυνατότητα να ελέγχουν (να διαγράφουν ή να επανα-φωτογραφίζουν) τις εικόνες ανά πάσα στιγμή επιθυμούν, όπως για παράδειγμα αν μία λήψη ήταν θολή ή στραβή μπορούσαν να την ελέγξουν άμεσα και να τραβήξουν ξανά μία νέα εικόνα. Η παροχή φωτογραφικών μηχανών, αν και αποτελεί παραδοσιακό βήμα της μεθόδου, δεν ήταν δυνατή καθώς η έρευνα δεν χρηματοδοτούταν. Για τους παραπάνω λόγους, κρίνεται αναγκαίο σε μετέπειτα έρευνα αρχικά να υπάρχει χρηματοδότηση ώστε στην συνέχεια να δίνεται η δυνατότητα τους υποψήφιους συμμετέχοντες να επιλέξουν την λήψη των φωτογραφιών με δικό τους μέσο ή την παροχή μέσου (φωτογραφικής μηχανής) από την ερευνητική ομάδα.

Στην συνέχεια ένα άλλο ζήτημα που προέκυψε στο στάδιο της συλλογής φωτογραφιών, αφότου οι συμμετέχοντες είχαν υποβάλει την υπογεγραμμένη συμφωνία τους για συμμετοχή, αφορούσε την επιθυμία κάποιων συμμετεχόντων να φανερώσουν την προσωπική τους ταυτότητα απεικονίζοντας το πρόσωπο τους στις φωτογραφίες. Αιτιολογείται ότι αυτή η απόφαση πιθανώς προέκυψε από τον άκρατο ενθουσιασμό που είχαν, ιδιαίτερα για την θεματική του αποστιγματισμού της ψυχικής νόσου, καθώς όπως είπαν «θέλω να δουν όλοι ότι είμαι ένας άνθρωπος όπως όλοι οι άλλοι», «θέλω να δείξω το πρόσωπο μου για να πάψουν με σχολιάζουν κρυφά» και «το να μην δείχνω το πρόσωπο μου είναι σαν να κρύβω την ψυχική πάθηση και αυτό από μόνο του είναι στίγμα». Ο ερευνητής, ως κοινωνικός λειτουργός, για να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα βασίστηκε στις δύο βασικές αρχές της κοινωνικής εργασίας που αφορούν: α) την αυτοδιάθεση του ατόμου και β) την πλήρη ενημέρωση και πληροφόρηση του

εξυπηρετούμενου για όλα τα ζητήματα που τον αφορούν. Επομένως ο ερευνητής ενημερώνει την κοινότητα των συμμετεχόντων για θέματα σχετικά:

1. με την προστασία των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων,
2. με την προοπτική της δημοσίευσης των φωτογραφιών σε πλαίσια της κοινότητας του Ρεθύμνου (την τοπική ιστοσελίδα Goodnet, το σπίτι του πολιτισμού Ρεθύμνου και το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου κ.α.),
3. την ανάγκη υπογραφής υπεύθυνης δήλωσης εκ μέρους του συμμετέχοντα ότι συμφωνεί να δημοσιευτούν τα προσωπικά του δεδομένα,
4. την δυνατότητα που δίνεται από την ερευνητική ομάδα (όπως και αναγράφεται στο έντυπο έγκρισης που υπέγραψαν και διατηρούν) ότι ακόμη και αν έχουν υπογράψει υπεύθυνη δήλωση και έχουν παραδώσει φωτογραφίες με προσωπικά τους στοιχεία, μπορούν να ζητήσουν, χωρίς καμία αιτιολόγηση, να διαγραφούν αυτές οι φωτογραφίες, εκτός και αν έχουν ήδη δημοσιευτεί.
5. Επιπλέον χρειάστηκε να ενημερωθούν τα άτομα για τις συνέπειες που μπορεί να έχει αυτή η πράξη τόσο στους ίδιους όσο και στις οικογένειες τους λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι το Ρέθυμνο αποτελεί μία πόλη που χαρακτηρίζεται από τους συγγενικούς της δεσμούς και της πελατειακές σχέσεις, καθώς αποτελεί μία μικρή πόλη με το κέντρο της να είναι περιορισμένο σε μικρή γεωγραφική κλίμακα.
6. Τέλος δόθηκε περιθώριο στους συμμετέχοντες να σκεφτούν αυτήν την απόφαση και να αποφασίσουν όποια στιγμή το επιθυμούν οι ίδιοι, γνωρίζοντας ότι ακόμη και αν συμφωνήσουν, μπορούν έπειτα να αλλάξουν γνώμη και να αρνηθούν ή και το αντίστροφο.

Έπειτα ένα άλλο ζήτημα που προέκυψε αφορούσε το άγχος των συμμετεχόντων για την μέθοδο της έρευνας με δύο αιτίες, όπως περιγράφουν: α) ένιωθαν ανασφάλεια σχετικά με το ταίριασμα της εκάστοτε φωτογραφίας με τις θεματικές που είχαν προκαθοριστεί και β) αγωνιούσαν αν θα μπορούσαν να ολοκληρώσουν την έρευνα και ανησυχούσαν για την περίπτωση που επιθυμούν έπειτα να διακόψουν την συμμετοχή τους. Οι παραπάνω δύο πιθανότητες είχαν προληφθεί από την ερευνητική ομάδα επομένως οι δυσκολίες αυτές ξεπεράστηκαν με έναν σχετικά εύκολο τρόπο. Πιο συγκεκριμένα για το πρώτο ζήτημα σχετικά με τις θεματικές που είχαν προκαθοριστεί, το οποίο έγινε με σκοπό την διευκόλυνση των συμμετεχόντων, δόθηκε σε όλα τα άτομα ένα πλαίσιο με οδηγίες και επεξηγήσεις σχετικά με τις θεματικές, γραμμένο με απλό

και λιτό λόγο χωρίς εξειδικευμένες ορολογίες ως εξής (Πίνακας 3: Επεξήγηση Θεματικών Αξόνων) :

Πίνακας 3: Επεξήγηση Θεματικών Αξόνων		
Θεματικές	Επεξήγηση	Λέξεις-Κλειδιά
Γενικές Οδηγίες	<p>Γενικότερα προσπαθούμε να τραβάμε ότι νιώθουμε εκείνη την στιγμή και μετά θα τις δούμε μαζί. Δεν ξεχνάμε ότι δεν φωτογραφίζουμε άλλους ανθρώπους εκτός και αν μας δώσουν έντυπη συγκατάθεση, δεν φωτογραφίζουμε πινακίδες αυτοκινήτων ή οδούς δρόμους (αν φαίνεται λίγο θα τις σβήσουμε με επεξεργασία εικόνας- άρα μην ανησυχείτε τόσο). Γενικά προσπαθούμε να μην φαίνεται η ταυτότητα μας. Μία γενική συμβουλή:</p> <p>Φωτογραφίστε ότι σας εκφράζει, ότι σας αρέσει και ότι θέλετε!</p> <p>Όσο πιο πολλές φωτογραφίες τόσο το καλύτερο!</p>	
Κοινωνική Επανάταξη	<p>Εδώ μας ενδιαφέρει να φωτογραφίσουμε πράγματα που συμβαίνουν στην καθημερινότητάς μας και μας δείχνουν ότι ζούμε και υπάρχουμε στην κοινωνία όπου διαμένουμε. Τι μας κάνει να νιώθουμε ότι γυρίσαμε στην κοινωνία? Πως έχει αλλάξει η καθημερινότητα μας τώρα που τα συμπτώματα έχουν μειωθεί?</p>	<p>Κοινωνία, Δραστηριότητες, Κοινωνικές Σχέσεις-Φιλίες-Παρέες, Αυτοεκτίμηση, Καθημερινές Απαιτήσεις, Κάλυψη Προσωπικών Αναγκών, Κινητοποίηση, Εξασφάλιση καλών συνθηκών διαβίωσης (τροφή, στέγαση, ένδυση), Μείωση συμπτωμάτων</p>
Εργασιακή Επανάταξη	<p>Εδώ μας ενδιαφέρει να φωτογραφίσουμε γύρω από την εργασία ή την απασχόληση θέματα για το πώς αισθανόμαστε αρχικά για την ίδια την δουλειά και έπειτα για το γεγονός ότι εργαζόμαστε. Μας ενδιαφέρει να δούμε αν νιώθουμε ικανοποίηση ή μη λόγω της εργασίας.</p> <p>Γενικότερα πως αισθανόμαστε για την επιστροφή στην εργασία και πως συνεισφέρει στην ψυχική μας ισορροπία.</p>	<p>Εργασία και Εργασιακό Περιβάλλον, Συνθήκες Απασχόλησης, Προσωπική Ικανοποίηση μέσα από την εργασία, Νέοι εργασιακοί και επαγγελματικοί στόχοι, Ανάπτυξη της εκτίμησης προς τον εαυτό, Ασφάλεια, Κάλυψη Προσωπικών Αναγκών μέσω των οικονομικών πόρων</p>
Στίγμα & Αποστιγματισμός	<p>Εδώ χρειάζεται να θυμάστε ότι, παρότι γίνονται βήματα για να ευαισθητοποιηθεί η κοινότητα για την ψυχική υγεία, παραμένουν άτομα που είτε δεν γνωρίζουν είτε δεν έχουν κατανοήσει πώς η ψυχική υγεία μπορεί να μεταβληθεί, ακριβώς όπως η σωματική. Μας ενδιαφέρει να φωτογραφίσουμε αν έχουμε βιώσει στιγμές από τον περίγυρο που μας κάνουν να νιώθουμε λίγο αποκομμένοι ή</p>	<p>Στερεότυπα Μύθοι & Αλήθειες για την ψυχική πάθηση Διακρίσεις Απομόνωση</p>

	<p>που μας δείχνουν ότι οι άνθρωποι δεν γνωρίζουν για την ψυχική πάθηση. Ακόμη θέλουμε να δούμε αν υπάρχουν διακρίσεις και στερεότυπα.</p> <p>Σημαντικό είναι ότι ταυτόχρονα μας ενδιαφέρει να φωτογραφίσουμε και στιγμές που βλέπουμε το αντίθετο από τους ανθρώπους, δηλαδή νιώθουμε ότι είναι ευαισθητοποιημένοι σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας, γνωρίζουν αληθινά δεδομένα, και όχι μύθους, και μας συμπεριφέρονται χωρίς διακρίσεις, δηλαδή ακριβώς όπως σε όλους τους άλλους ανθρώπους.</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Επιπλέον για το ζήτημα των θεματικών δόθηκαν στους συμμετέχοντες διάφοροι τρόποι επικοινωνίας με τον ερευνητή (προσωπικό mail, αριθμός προσωπικού τηλεφώνου, αριθμός τηλεφώνου εργασίας και mail εργασίας) ώστε να μπορούν να απευθυνθούν ανά πάσα στιγμή για επεξηγήσεις ή για να αναφέρουν κάποια δυσκολία που αντιμετωπίζουν. Στην συνέχεια για το δεύτερο ζήτημα που αφορά την αγωνία των συμμετεχόντων σε περίπτωση που εγκαταλείψουν το πρόγραμμα, πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή ενημέρωση σχετικά με το θέμα. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες μπορούν να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν χωρίς κάποια αιτιολόγηση με αυτό να σημαίνει και την διαγραφή όλων των προσωπικών τους στοιχείων και δεδομένων, όπως και των φωτογραφιών στην περίπτωση που τις έχουν παραδώσει. Επιπλέον δόθηκε η δυνατότητα να ζητήσουν παράταση χρόνου ή διάλειμμα για τις περιπτώσεις που βιώνουν προσωπικές ή οικογενειακές δυσκολίες και θέλουν να συμμετέχουν στην έρευνα λίγο αργότερα (έως 1 μήνα μετά).

Στην συνέχεια, χρειάζεται να αναφερθεί ένα επιπρόσθετο θέμα που προέκυψε από το γεγονός ότι η ερευνήτρια είναι ταυτόχρονα κοινωνική λειτουργός φορέα που φιλοξενεί κάποιους από τους συμμετέχοντες στην έρευνα και κάποιοι από τους συμμετέχοντες είναι ωφελούμενοι του ίδιου φορέα. Πιο συγκεκριμένα, η ερευνήτρια αρχικά προσέγγισε τον φορέα, δίχως να εργάζεται εκεί, με σκοπό την γνωριμία με τον φορέα αλλά και την συνεργασία της με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στοχεύοντας στον εντοπισμό του δείγματος. Σε βάθος 5 μηνών και αφού είχαν εκδηλώσει ενδιαφέρον οι υποψήφιοι συμμετέχοντες και είχε ξεκινήσει η ερευνητική διαδικασία (τα άτομα είχαν ενημερωθεί και είχαν συλλεχθεί οι φωτογραφίες), κενώθηκε η θέση της κοινωνικής λειτουργού και προτάθηκε στην ερευνήτρια η

αντικατάσταση της θέσης, ενώ στην συνέχεια η προηγούμενη κοινωνική λειτουργός παρέμεινε στην υπηρεσία για 1 μήνα με σκοπό να εκπαιδεύσει την νέα. Στο διάστημα αυτού του 1 μήνα, πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις, δημιουργήθηκαν οι λεζάντες και ολοκληρώθηκε το ερευνητικό εργαλείο. Επομένως η δυσκολία προέκυψε στο στάδιο που η ερευνήτρια ήταν ταυτόχρονα και κοινωνική λειτουργός του φορέα που εξυπηρετούσε κάποιους από τους συμμετέχοντες για το διάστημα του 1 μήνα. Αξίζει να σημειωθεί ότι εντοπίστηκε μία δυσκολία για κάποιους από τους συμμετέχοντες, καθώς αξιοποιούσαν τις φωτογραφίες ως θεραπευτικό μέσο, εκφράζοντας και προσωπικές τους δυσκολίες και αδυναμίες, που δεν σχετίζονταν με την παρούσα μελέτη.

Για να αντιμετωπιστεί αυτή η δυσκολία, προτάθηκε από την ερευνήτρια, να χρησιμοποιήσουν τα άτομα σημειωματάριο ώστε να καταγράφουν αυτές τις δυσκολίες, με σκοπό να τις συζητήσουν μετέπειτα με την άλλη κοινωνική λειτουργό ή με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, από τους οποίους παρακολουθούνταν. Αυτό το μέτρο λειτούργησε θετικά τα άτομα μπόρεσαν να δομήσουν τις σκέψεις τους σχετικά με τις προσωπικές τους δυσκολίες και να επικεντρωθούν στην αναζήτηση συγκεκριμένων λύσεων. Ταυτόχρονα, η ερευνητική διαδικασία συνέβαλε και στην δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης της νέας κοινωνικής λειτουργού με τους συμμετέχοντες που αποτελούσαν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας του παρόν φορέα. Επομένως, σημαντικό είναι ότι αυτή η μελέτη ωφέλησε πολλούς από τους συμμετέχοντες καθώς όπως ανέφεραν οι ίδιοι μέσω των φωτογραφιών που συνέλεξαν, αντιλήφθηκαν περισσότερο τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αναφορικά με την επανένταξη και το στίγμα της ψυχικής νόσου, ταυτόχρονα ενδυναμώθηκαν καθώς παρατήρησαν την προσωπική τους εξέλιξη ενώ επίσης ένα άτομο κινητοποιήθηκε περισσότερο στην διαδικασία εύρεσης εργασίας.

Τέλος χρειάζεται να επισημανθεί το κύριο και μείζον ζήτημα που πρόκυψε κατά την διαδικασία προσέγγισης των ατόμων για συμμετοχή στην έρευνα καθώς πολλές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες ταυτίζονται με την ανάγκη των ατόμων να αποστασιοποιούνται από το κοινωνικό περιβάλλον και να λαμβάνουν ευθύνες. Επομένως αυτού του είδους η έρευνα, που ένας κύριος σκοπός της ήταν να κινητοποιήσει τα άτομα, δυσκόλεψε την συμμετοχή τους. Επιπλέον, τα στάδια της έρευνας, δηλαδή οι συναντήσεις με την ερευνήτρια (συνάντηση ενημέρωσης, διάρκεια 2 εβδομάδων για συλλογή φωτογραφιών, συνάντηση για ανάλυση εικόνων &

συνάντηση για καθορισμό των λεζάντων) επίσης δυσκόλεψε την συμμετοχή τους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί και το ζήτημα του ερευνητικού πλαισίου που προέκυψε καθώς παρατηρήθηκε ότι οι 3 άξονες ανάλυσης (κοινωνική επανένταξη, εργασιακή ένταξη και στίγμα) αντιμετωπίστηκαν ως αφηρημένες έννοιες, οι οποίες είναι δύσκολο να απεικονιστούν σε φωτογραφίες, αποτέλεσε μια επιπλέον δυσκολία για την συμμετοχή τους.

4.6. Ανάλυση δεδομένων

Η παρούσα μελέτη, επιδιώκοντας να διευκολύνει τους συμμετέχοντες αλλά και να συγκεκριμενοποιήσει το υπό διερεύνηση θέμα, δομήθηκε με σκοπό την λήψη φωτογραφιών υπό 3 κύριες θεματικές, οι οποίες είναι: α) η κοινωνική επανένταξη, β) η εργασιακή επανένταξη και γ) το στίγμα & ο αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου. Άξιο λόγου είναι το γεγονός ότι, κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρατηρήθηκε ότι οι 3 αυτές θεματικές εντοπίζονται με κοινά σημεία, καθώς αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοκαθορίζονται. Πιο συγκεκριμένα, αξίζει να σημειωθεί ότι η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση τείνουν να τίθενται υπό έναν κυρίως όρο, ο οποίος είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η οποία με την σειρά της είτε παρεμποδίζεται λόγω του στίγματος ή εξελίσσεται λόγω του αποστιγματισμού, γεγονός που έγινε αντιληπτό στην παρούσα μελέτη.

Αναφορικά με την έρευνα, αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποιοτικά δεδομένα ποικίλλουν καθώς περιλαμβάνουν τόσο φωτογραφικό υλικό όσο και δεδομένα που προέκυψαν από την ανάλυση των εικόνων με την μέθοδο των ημιδομημένων συνεντεύξεων. Κατά την καταγραφή των συνεντεύξεων, γίνεται αντιληπτό ότι για τον κάθε κύριο θεματικό άξονα, εντοπίστηκαν επιμέρους υπό-θεματικές, οι οποίες προέκυψαν με την μέθοδο της θεματικής ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα, στον πίνακα 4, παρουσιάζονται οι κύριοι θεματικοί άξονες με τις αντίστοιχες υπό θεματικές, όπως αναδύθηκαν, ως εξής:

Θεματικός Άξονας:	Κατηγορίες:
1. Κοινωνική Επανένταξη	1. Κοινωνική Συναναστροφή / Κοινωνικοποίηση 2. Φροντίδα / Αυτοφροντίδα 3. Ισότητα 4. Υγεία / Θεραπεία / Υποστήριξη 5. Ασχολίες / Χόμπι 6. Καθημερινότητα / Φυσιολογικός Ρυθμός ζωής 7. Προσωπική προσπάθεια 8. Αποδοχή
2. Εργασιακή Επανένταξη	1. Κοινωνικοποίηση 2. Προσπάθεια για Εξέλιξη 3. Ενεργητικότητα / Κινητοποίηση
3. Στίγμα & Αποστιγματισμός	1. «το φάρμακο αφορά την ψυχική υγεία και δεν πρέπει να μας στιγματίζει»

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή 3. Ανθεκτικότητα στο στίγμα 4. Το στίγμα & ο αποστιγματισμός των Μονάδων Ψυχικής Υγείας
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Κοινωνική Επανάταξη

Ο πρώτος κύριος θεματικός άξονας, που αφορά την κοινωνική επανάταξη, διερευνά το βίωμα και τις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με την επιστροφή τους στην κοινότητα, δηλαδή την συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, την ανάκτηση της ζωής και της υγείας τους, την ανασυγκρότηση της προσωπικής ταυτότητας και την δημιουργία και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων και δικτύων. Οι υποκατηγορίες που εντοπίστηκαν να παρατηρούνται στις περισσότερες των συνεντεύξεων, παρουσιάζονται ως εξής:

Κοινωνική Συναναστροφή / Κοινωνικοποίηση

Αυτή η κατηγορία αναδεικνύει την ανάγκη των ατόμων να δημιουργήσουν αλλά και να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις και επαφές, γεγονός που το καταφέρνουν κατά την κοινωνική επανάταξη, αλλά και την αξία της συμμετοχής στο κοινωνικό σύνολο. Ιδιαίτερα η Σ.2 επισημαίνει *«Αυτή η φωτογραφία είναι στο γυμναστήριο. Άνοιξα τον κοινωνικό μου κύκλο, έκανα φίλους, άνοιξα τις παρέες μου, γνώρισα κόσμο. Και το πιο σημαντικό ότι δεν είμαι μόνη μου. Και (μου έλεγαν) «που θα κάνεις, που θα γνωρίσεις κόσμο, που θα τα κάνεις όλα κλπ. κλπ.» Ε ξέρεις τι; Όλα τα έκανα! Και κόσμο έχω γνωρίσει»* (Σ.2). Επιπλέον η Σ.4 αναφέρει ότι *«γνωρίσαμε και αυτή τη φίλη της αδερφής μου που θέλει να μας ξαναβγάλει βόλτα - γνώρισα μία νέα κοπέλα και έτσι κοινωνικοποιούμαι και μαθαίνω πράγματα για τους άλλους ανθρώπους»* (Σ.4). Το ίδιο άτομο σε άλλη φωτογραφία αναφέρει *«Είναι κοινωνική επανάταξη γιατί η γατούλα συναναστρέφεται με πολλά άτομα και έχει παρέα. Επιδιώκω το ίδιο γιατί και εγώ έχω ανάγκη από κοινωνικότητα και όσες ευκαιρίες έχω για παρέα τις αξιοποιώ!»*, επίσης τονίζει *«μπορούμε να συμμετέχουμε και εμείς και να συνδράμουμε ώστε κάθε χρονιά να γίνεται καλύτερο το καρναβάλι, είναι μέρος της κοινωνίας του Ρεθύμνου και μπορούμε και θέλουμε να συμμετέχουμε και εμείς»*, όπως και αναφέρει ότι *«Ήθελα από παλιά να μάθω κιθάρα για να μπορώ να συμμετέχω σε γιορτές. Τώρα το πήρα απόφαση. Είναι κοινωνική επανάταξη γιατί μέσω της μουσικής γνωρίζεις και άτομα που έχετε κάτι*

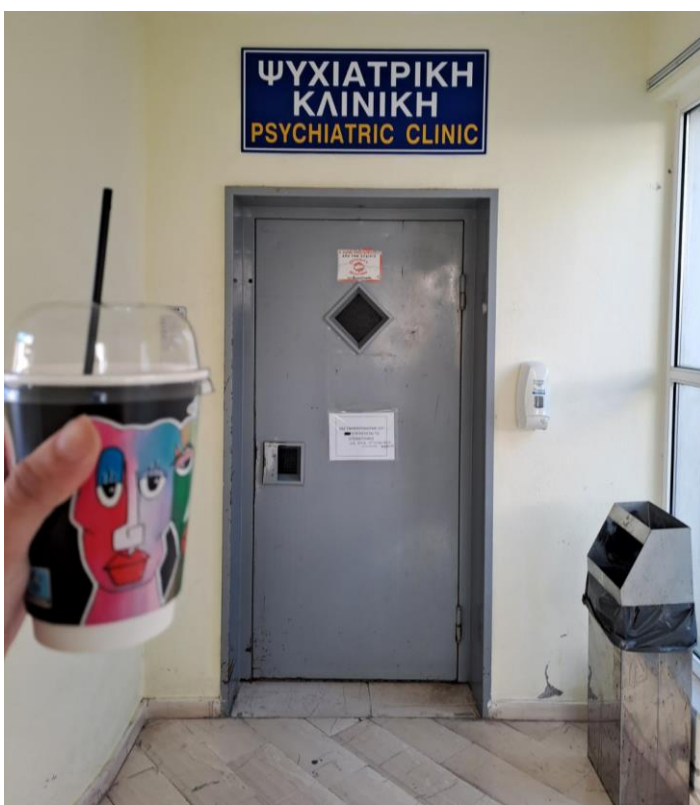
κοινό!» (Σ.4). Επίσης το άτομο Σ.1. αντιλαμβάνεται την κοινωνική επανένταξη ως « Διαβατήρια τελετή: το να μπεις στο ασανσέρ. Αρχικά για νοσηλεία & μετά για επανένταξη. Και είναι το ίδιο άτομο που μπαινοβγαίνει, στην ίδια πόρτα με τον ίδιο καφέ! Τώρα στην επανένταξη νιώθω την κοινωνικότητα & την έχω ανάγκη!» (Σ.1.).



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Κοινωνική Συναναστροφή /
Κοινωνικοποίηση •

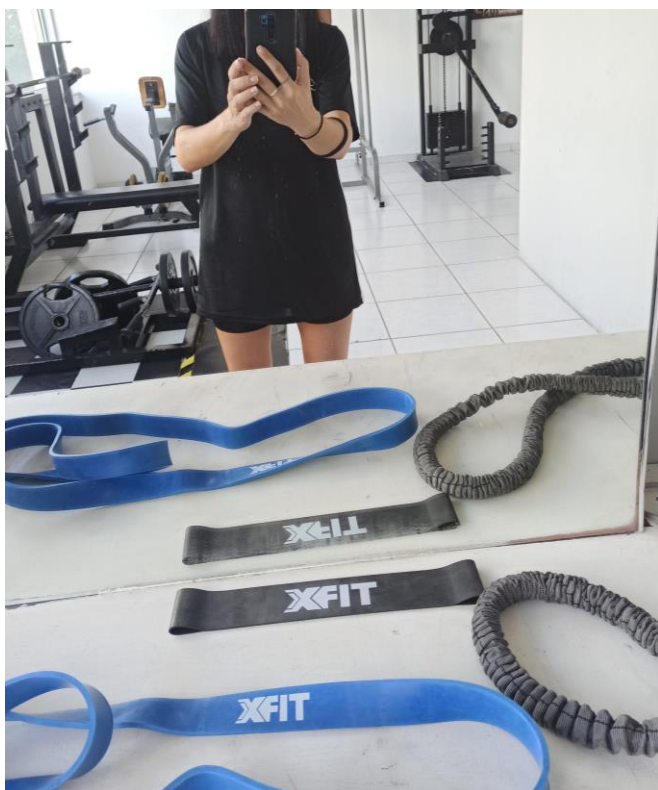
Σ.4.« Εδώ είναι το καρναβάλι και ήθελα να δείξω ότι πάω και βόλτες. Είναι κοινωνική επανένταξη γιατί γνώρισα μία νέα φίλη και έτσι κοινωνικοποιούμαι και μαθαίνω πράγματα για τους άλλους ανθρώπους.»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Κοινωνική Συναναστροφή /
Κοινωνικοποίηση •

Σ.1.« Διαβατήρια τελετή: το να μπεις στο ασανσέρ. Αρχικά για νοσηλεία & μετά για επανένταξη. Και είναι το ίδιο άτομο που μπαινοβγαίνει, στην ίδια πόρτα με τον ίδιο καφέ! Τώρα στην επανένταξη νιώθω την κοινωνικότητα & την έχω ανάγκη!



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Κοινωνική Συναναστροφή /
Κοινωνικοποίηση •

Σ.2.« Πήγα γυμναστήριο & άνοιξα
τον κοινωνικό μου κύκλο. Έχω
κάνει φίλους, έχω ανοίξει τις
παρέες μου . Ήμουν πολύ μόνη
μου. Μου έλεγαν πήγαινε
γυμναστήριο να γνωρίσεις κόσμο,
να περνάς καλά κ.α... Ξέρεις τι;

Όλα τα κατάφερα!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Κοινωνική Συναναστροφή /
Κοινωνικοποίηση •

Σ.4.« Ήθελα από παλιά να μάθω
κιθάρα για να μπορώ να
συμμετέχω σε γιορτές. Τώρα το
πήρα απόφαση. Είναι κοινωνική
επανεένταξη γιατί μέσω της
μουσικής γνωρίζεις και άτομα που
έχετε κάτι κοινό!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΛΕΞΙΑ

• Κοινωνική Συναναστροφή / Κοινωνικοποίηση •

Σ.4. « Μπορούμε να συμμετέχουμε και εμείς στο καρναβάλι, θέλουμε να το ζήσουμε και εμείς, όχι μόνο να το βλέπουμε από την τηλεόραση. Το καρναβάλι είναι μέρος της κοινωνίας του Ρεθύμνου και μπορούμε και θέλουμε να συμμετέχουμε όλοι!»

Φροντίδα / Αυτοφροντίδα

Αυτή η υποκατηγορία αναφέρεται στην αξία που δίνει στα άτομα, η φροντίδα προς τον εαυτό ή προς τους άλλους ανθρώπους καθώς τον τρόπο που διδάχθηκαν να φροντίζουν τον εαυτό σου, ο καθένας σύμφωνα με το υπόβαθρο και τις ανάγκες του. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό είναι αυτό που αναφέρει ο Σ.1 « Αυτό ξεκίνησε από την πρώτη νοσηλεία μου που αποφάσισα και πήρε και καλλιέργησα 1 αβοκάντο. Το διάλεξα γιατί είναι από τα πιο δύσκολα φυτά να καλλιεργήσει κανείς γιατί θέλει πολλή φροντίδα και ενασχόληση. Αυτό το έκανα γιατί ήθελα να παρέχω φροντίδα και διάλεξα το πιο δύσκολο γιατί σκέφτηκα ότι όπως χρειάζεται τόση φροντίδα αυτό, άλλη τόση χρειάζομαι και εγώ. Άρα αποφάσισα ότι όσο φροντίζω το αβοκάντο σε συχνότητα άλλο τόσο πρέπει να φροντίζω και εγώ τον εαυτό μου. Αυτό το έκανα μετά από κάθε νοσηλεία, αγόραζα ένα αβοκάντο, κρατούσα τον καρπό του και τον καλλιεργούσα και το φρόντιζα για καιρό» (Σ.1.). Ο ίδιος αναφέρει επίσης ότι «στο παλιό σπίτι που είχα βγει από την 2η νοσηλεία, προσπαθούσα να κάνω παρεμβάσεις στο χώρο για να αρχίσω να τον νιώθω περισσότερο οικείο και σαν το σπίτι μου - βρίσκομαι σε ένα σπίτι με συσσωρευμένες κακές αναμνήσεις και πυροδότηση της νόσου. Προσπάθησα να αλλάξω το πλαίσιο και να το ομορφύνω για να φροντίσω με αυτόν τον τρόπο τον εαυτό μου και όταν ούτε αυτό δεν αποδίδει, δεν εγκαταλείπω αλλά αποζητώ περισσότερη φροντίδα αλλάζοντας το ίδιο το σπίτι. Μέρος

της συμπτωματολογίας μου είναι να θέλω να βλάπτω τον εαυτό μου και ένα κομμάτι του αλλάζω σπίτι, είναι φροντίδα προς τον εαυτό μου. Δηλαδή στο καινούργιο σπίτι δεν έχω αυτοτραυματιστεί ποτέ» (Σ.1.). Επιπλέον σημαντική επισήμανση είναι αυτή της Σ.2. «Όταν κάποιος έχει ψυχική δυσκολία, μερικές φορές μένει λίγο στην αδράνεια. Τώρα είμαι καλά και μπορώ να φορτίσω τις μπαταρίες μου. Η φόρτιση είναι η φροντίδα που την παίρνω από τα παιδιά μου, τους φίλους μου και κυρίως από εμένα την ίδια! Για να φτάσω εγώ να φροντίσω τα παιδιά μου, πρέπει να φροντίσω πρώτα τον εαυτό μου. Τα παιδιά θέλουν μία μαμά που να τα αγαπάει και να τα φροντίζει. Για να φτάσω εγώ να φροντίσω τα παιδιά μου, πρέπει να φροντίσω πρώτα τον εαυτό μου. Κάποια άτομα εξαρτούνται από εμένα και πρέπει να τα φροντίσω» (Σ.2.). Επίσης το άτομο Σ.4. αναφέρει « Όπως παρέχω φροντίδα στα ευάλωτα πλάσματα, έτσι και εγώ δέχομαι την φροντίδα όταν είμαι ευάλωτη μέσω της φαρμακευτικής αγωγής. Αυτό είναι όλο!» (Σ.4.)



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΛΕΞΙΑ

• Φροντίδα / Αυτοφροντίδα•

Σ.4.« Όπως παρέχω φροντίδα στα ευάλωτα πλάσματα, έτσι και εγώ δέχομαι την φροντίδα όταν είμαι ευάλωτη μέσω της φαρμακευτικής αγωγής. Αυτό είναι όλο!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Φροντίδα / Αυτοφροντίδα -

Σ.1.« Τα φυτά έχουν αξία για μένα. Στην 1^η νοσηλεία μου καλλιέργησα 1 αβοκάντο, που θέλει πολύ φροντίδα.

Σκέφτηκα ότι όση φροντίδα χρειάζεται αυτό, άλλη τόση χρειάζομαι και εγώ. Άρα αποφάσισα ότι όσο φροντίζω το αβοκάντο άλλο τόσο πρέπει να φροντίζω και εγώ τον εαυτό μου. Και το έκανα! Με φρόντισα για πρώτη φορά! Είμαι περήφανος για μένα»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Φροντίδα / Αυτοφροντίδα -

Σ.2.« Όταν κάποιος έχει ψυχική δυσκολία, μερικές φορές μένει λίγο στην αδράνεια. Τώρα είμαι καλά και μπορώ να φορτίσω τις μπαταρίες μου. Η φόρτιση είναι η φροντίδα που την παίρνω από τα παιδιά μου, τους φίλους μου και κυρίως από εμένα την ίδια! Για να φτάσω εγώ να φροντίσω τα παιδιά μου, πρέπει να φροντίσω πρώτα τον εαυτό μου. Κάποια άτομα εξαρτούνται από εμένα και πρέπει να τα φροντίσω



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Φροντίδα / Αυτοφροντίδα -

Σ.1. « Στο παλιό μου σπίτι είχα συσσωρευμένες κακές αναμνήσεις και για αυτό προσπάθησα να το ομορφύνω. Δεν πέτυχε αλλά δεν εγκατέλειψα. Αποφάσισα να μετακομίσω. Μέρος της συμπτωματολογίας μου είναι να θέλω να βλέπω τον εαυτό μου και ένα κομμάτι του αλλάζω σπίτι, είναι φροντίδα προς τον εαυτό μου. Στο καινούργιο σπίτι δεν έχω αυτοτραυματιστεί ποτέ!»

Ασχολίες / Χόμπι

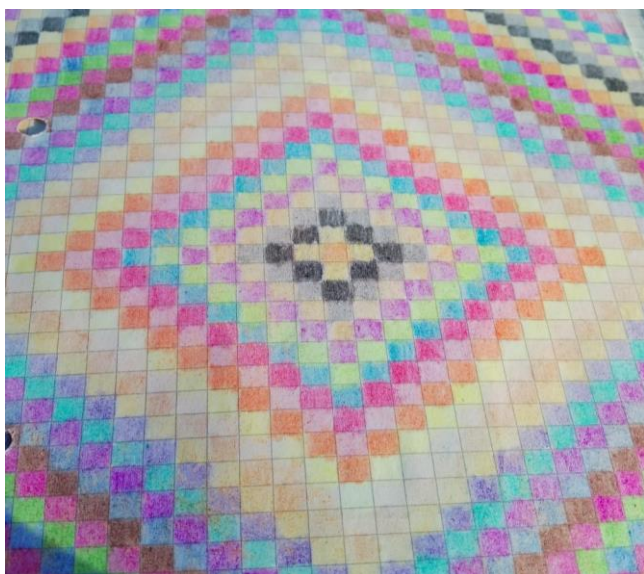
Στην παρούσα κατηγορία αναδεικνύεται η τάση των ατόμων να αναθεωρήσουν την καθημερινότητα τους, αναζητώντας νέες ασχολίες και χόμπι, που θα ενισχύσουν τις δεξιότητες τους και θα δραστηριοποιηθούν. Πιο συγκεκριμένα, η Σ.4. αναγνωρίζει ότι «*το χόμπι μου πλέον είναι να ζωγραφίζω, περνάω τον χρόνο μου έτσι και περνάω ωραία. Παλαιότερα δεν είχα χόμπι και τώρα ένας τρόπος επανένταξης είναι να ψάχνω να βρίσκω πράγματα να κάνω που με ευχαριστούν*». Το ίδιο άτομο αναφέρει ότι «*Ζωγραφίζω τέτοια σχέδια. Είναι το χόμπι μου να ζωγραφίζω και περνάω τον χρόνο μου έτσι. Παλαιότερα δεν είχα χόμπι και τώρα ένας τρόπος επανένταξης το να ψάχνω να βρίσκω πράγματα να κάνω που με ευχαριστούν*» (Σ.4.).



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• ΑΣΧΟΛΙΕΣ / ΧΟΜΠΙ •

Σ.4. «Μαζευόμαστε σπίτι, ντυνόμαστε ένα θέμα & κάνουμε καραόκε. Ψάχνουμε τρόπους να περάσουμε ωραία και να μην βαριόμαστε. Για μένα αυτό είναι κοινωνική επανένταξη!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• ΑΣΧΟΛΙΕΣ / ΧΟΜΠΙ •

Σ.4. «Ζωγραφίζω τέτοια σχέδια. Είναι το χόμπι μου να ζωγραφίζω και περνάω τον χρόνο μου έτσι. Παλαιότερα δεν είχα χόμπι και τώρα ένας τρόπος επανένταξης το να ψάχνω να βρίσκω πράγματα να κάνω που με ευχαριστούν»

Καθημερινότητα / Φυσιολογικός Τρόπος ζωής

Σε αυτήν την υποκατηγορία αναφέρεται το γεγονός ότι τα άτομα ζουν πλέον ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής και μία καθημερινότητα, ακριβώς όπως και όλοι οι άνθρωποι. Το άτομο Σ.1. χαρακτηριστικά τονίζει ότι «μάγκες και οι άνθρωποι που έχουμε προβλήματα, πίνουμε ένα ποτό, βγαίνουμε, κάνουμε πράγματα, δεν είμαστε μόνοι μας σε ένα σπίτι ή στην ψυχιατρική» (Σ.1.). Επιπλέον το άτομο Σ.4. αναφέρει ότι «Πάω για ψώνια με την μητέρα μου και την αδερφή μου, κάνουμε πρώτα λίστα και μετά πάμε και διαλέγουμε μαζί τι θα πάρουμε. Πάω για ψώνια στο supermarket όπως όλοι οι άνθρωποι πάνε μία μέρα και παίρνουν τα ψώνια της εβδομάδας!» (Σ.4.) Η παρούσα υποκατηγορία αναφέρεται τόσο στην ανάγκη των ατόμων να βγαίνουν έξω και να

διασκεδάζουν, όσο και στην κινητοποίηση τους ώστε να πάρουν την απόφαση να απομακρυνθούν από την οικία τους, όπου συνήθιζαν να περνούν το μεγαλύτερο μέρος της εβδομάδας. Χαρακτηριστικά η Σ.3. αναφέρει «Αυτό για μένα είναι κοινωνική επανένταξη γιατί είναι κάτι που δεν μπορούσες να το κάνεις όταν είχες έντονη την δυσκολία ή όταν περνούσες την φάση. Εδώ είμαι έξω σε μαγαζί, πίνω το τσάι μου και έχω και παρέα» (Σ.3.). Το ίδιο άτομο σε άλλη εικόνα αναφέρει «επιδιώκω να βγω, γιατί είναι κάτι που δεν μπορούσες να κάνεις όταν υπήρχε το πρόβλημα, δηλαδή δεν υπήρχε κοινωνική ζωή, να βγεις να κάνεις βόλτα και να περάσεις καλά» (Σ.3.). Επιπλέον η Σ.4. τονίζει «Ανυπομονώ να έρθει αυτή η ώρα της ημέρας, το απόγευμα, για να πάμε βόλτα τον σκύλο. Είναι μία αφορμή για να βγούμε από το σπίτι και να κάνω κάτι μέσα στην μέρα» (Σ.4.)



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Καθημερινότητα / Φυσιολογικός Ρυθμός Ζωής-

Σ.4. « Σκέφτηκα να βγάλω αυτή τη φωτογραφία για να δείξω ότι κάνω και εγώ κανονικά πράγματα μέσα στην εβδομάδα μου. Πάω για ψώνια με την μητέρα μου και την αδερφή μου, κάνουμε πρώτα λίστα και μετά πάμε και διαλέγουμε μαζί τι θα πάρουμε. Πάω για ψώνια στο supermarket όπως όλοι οι άνθρωποι πάνε μία μέρα και παίρνουν τα ψώνια της εβδομάδας!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Καθημερινότητα / Φυσιολογικός Ρυθμός Ζωής•

Σ.1. «Μάγκες και οι άνθρωποι που έχουμε προβλήματα, πίνουμε ένα ποτό, βγαίνουμε, κάνουμε πράγματα, δεν είμαστε μόνοι μας σε ένα σπίτι ή στην ψυχιατρική. Παίρνουμε αγωγή & έχουμε μάθει πότε και πως να τα παίρνουμε σωστά και τι να κάνουμε σε κάθε περίπτωση, άρα ζούμε κανονικά ! Κατάλαβες;»»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Καθημερινότητα / Φυσιολογικός Ρυθμός Ζωής•

Σ.3. «Επιδιώκω να βγω, γιατί είναι κάτι που δεν μπορούσες να κάνεις όταν υπήρχε το πρόβλημα, δηλαδή δεν υπήρχε κοινωνική ζωή, να βγεις να κάνεις βόλτα και να περάσεις καλά»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Βγαίνω Βόλτα / Κινητοποίηση -

*Σ.3. «Μπορώ να βγω βόλτα έξω. Είμαι υγιής!
Έχεις το δικαίωμα να απολαμβάνεις την
ζωή, να βγεις έξω, να δεις κόσμο. Το
επιλέγω πια & το έχω ανάγκη!»*



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Βγαίνω Βόλτα / Κινητοποίηση -

*Σ.4. «Ανυπομονώ να έρθει αυτή η ώρα της
ημέρας, το απόγευμα, να πάμε βόλτα τον
σκύλο. Είναι μία αφορμή για να βγούμε
από το σπίτι και να κάνω κάτι μέσα στην
μέρα»*

Υγεία / Θεραπεία / Υποστήριξη

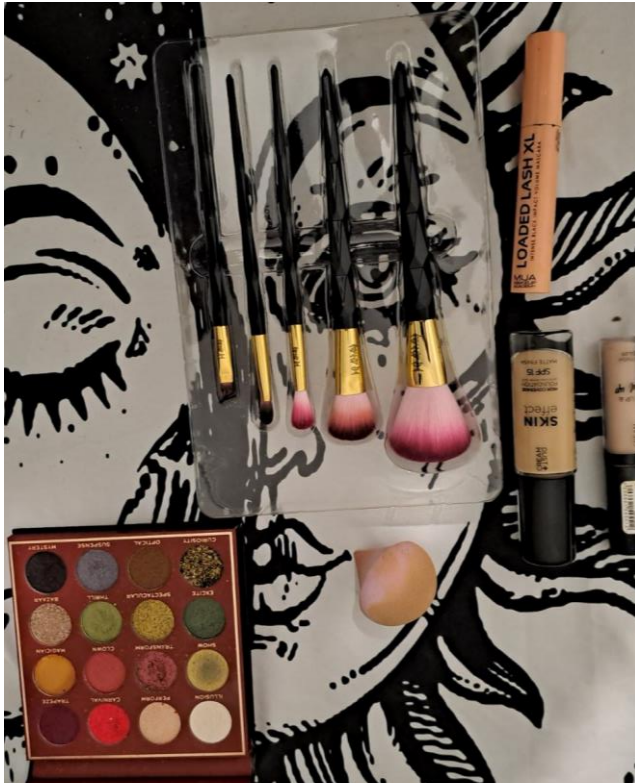
Σε αυτήν την κατηγορία παρατηρείται ότι τα άτομα που έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, κατά την κοινωνική επανένταξη, τοποθετούν σε προτεραιότητα την υγεία τους, στην οποία επιφέρει θετικά αποτελέσματα η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία που λαμβάνουν. Αρχικά η Σ.2. φωτογραφίζοντας ένα τζάμι που στο εσωτερικό του έχει πράσινα φυτά αναφέρει « Είναι πράσινα, είναι υγιής δηλαδή δεν είναι ξεραμένα, είναι ζωντανά - Τα φυτά πίσω από το τζάμι μπορούν και αναπτύσσονται και όταν είναι υγιής πια μπορούν να βγουν προς τα έξω» (Σ.2.). Η ίδια σε μία άλλη εικόνα παρατηρεί ότι «Είναι ένα λουλούδι που ανυπομονείς να ανθίσει για να το δεις. Δηλαδή χρειάζεται να περιμένεις πολύ καιρό και αυτό έχει να κάνει με την θεραπεία. Η ψυχική υποστήριξη, που έχει την προσμονή για το καλύτερο, και συνήθως έρχεται στο τέλος» (Σ.2.). Επιπλέον παρομοιάζει το λουλούδι σε ένα βάζο ως «το νερό είναι η φροντίδα που δέχεσαι (η οικογένεια, η αγωγή και ότι σε κρατάει δυνατό), και στόχος να σηκωθείς στα πόδια σου, η φροντίδα που δέχεσαι είναι θαυματουργή. Και η φαρμακευτική αγωγή με βοήθησε αλλά ο συνδυασμός τις φαρμακευτικής αγωγής με την ψυχική μου υποστήριξη με έφτασαν στο να είμαι όρθια» (Σ.2.). Τέλος ο Σ.1. επισημαίνει Σ.1. «Εδώ είναι τα πρώτα καλλυντικά που αγοράζω . Έχω περάσει πολλές φάσεις κατά τις οποίες αυτοτραυματιζόμουν και η νούμερο 1 συμβουλή από ψυχολόγο είναι ότι όταν θέλεις να αυτοτραυματιστείς, εκείνη τη στιγμή πρέπει να περιποιείσαι πολύ τον εαυτό σου, ας πούμε να βάζεις κρέμες εκεί που είχες σημάδια ή να χαϊδεύεις το σημείο με τα σημάδια. Οπότε είναι πολύ θεραπευτική για μένα η διαδικασία του να κάτσω να βαφτώ και να περιποιηθώ, με οποιονδήποτε τρόπο» (Σ.1)



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Υγεία / Θεραπεία / Υποστήριξη •

Σ.2. «Η παπαρούνα είναι λυγισμένη & το νερό είναι η φροντίδα που δέχεται, δηλαδή η οικογένεια, η αγωγή και ότι σε κρατάει δυνατό! Η παπαρούνα άντεξε πολλές μέρες, λόγω του νερού, δηλαδή η φροντίδα που δέχεσαι είναι θαυματουργή. Η φαρμακευτική αγωγή & η ψυχική υποστήριξη με έφτασαν στο να είμαι όρθια!



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Υγεία / Θεραπεία / Υποστήριξη -

Σ.1. «Εδώ είναι τα πρώτα καλλυντικά που αγοράζω . Συχνά αυτοτραυματιζόμουν και η συμβουλή από ψυχολόγο είναι να περιποιείσαι πολύ τον εαυτό σου, ας πούμε να βάζεις κρέμες εκεί που είχες σημάδια ή να χαϊδεύεις το σημείο με τα σημάδια. Οπότε είναι πολύ θεραπευτική για μένα η διαδικασία του να κάτσω να βαφτώ και να περιποιηθώ, με οποιονδήποτε τρόπο»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- Υγεία / Θεραπεία / Υποστήριξη -

Σ.2. «Ακόμα και ο κάκτος βγάζει λουλούδι. Το προσπαθεί, το παλεύει, βρίσκει το θάρρος και τα καταφέρνει! Χρειάζεται χρόνο & αυτό έχει να κάνει με την θεραπεία. Η ψυχική υποστήριξη, που παίρνεις & έχεις την προσμονή για το καλύτερο, στο τέλος όμως έρχεται!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Υγεία / Θεραπεία / Υποστήριξη •

Σ.2. «Είναι πράσινα, είναι υγιή & είναι ζωντανά! Τα φυτά πίσω από το τζάμι αναπτύσσονται και όταν είναι υγιή πια μπορούν να βγουν προς τα έξω! Είναι η προσπάθεια που κάνω για επανένταξη! Να περάσω τον γυάλινο τοίχο. Βλέπουμε τι συμβαίνει στην κοινωνία αλλά για να ενταχθούμε πρέπει να περάσουμε εμπόδια, που το μεγαλύτερο είναι το στίγμα!

Προσωπική προσπάθεια

Σε αυτήν την κατηγορία αναδεικνύεται η αναγνώριση των ατόμων ότι μπορούν να προσπαθήσουν και να επιδιώξουν την βελτίωση και την εξέλιξη, έπειτα από δική τους προσωπική προσπάθεια. Συγκεκριμένα, το άτομο Σ.2. επισημαίνει ότι «Όσο πιο πολύ πλησιάζεις την διπολική τόσο πιο πολύ προσπαθείς να βρεις την ηρεμία, που εδώ είναι η θάλασσα ενώ κινείσαι σε άγνωστα μονοπάτια & είναι μία απέραντη & ατέρμονη διαδικασία. Η θάλασσα είναι σαν την διπολική διαταραχή, δεν ξέρεις τι σε περιμένει. Και αυτό που μπορείς να κάνεις είναι να προσπαθείς να ισορροπήσεις μέσα σε αυτή, δηλαδή να κολυμπάς με σκοπό να βρεθείς σε ισορροπία και σταθερότητα δηλαδή την επόμενη στεριά.». Επιπλέον το ίδιο άτομο τονίζει ότι «τα βράδια στην κλινική τον έβαζα κάτω από μαξιλάρι & σκεφτόμουν ότι «με την δύναμη του Θεού και την δική μου προσπάθεια θα τα καταφέρω. Εγώ ζήτησα βοήθεια για να βγω από αυτό, από την κλινική, και όταν βγω να παλέψω για την ζωή μου και να την αλλάξω, να την βελτιώσω». Επιπρόσθετα αναφέρει ότι « Η φρουτιέρα είναι οι πτυχές του εαυτού μου και τα φρούτα τα συναισθήματα της διπολικής διαταραχής! Σκέφτομαι ότι δεν ήρθε και το τέλος του κόσμου που έχω διπολική διαταραχή, όπως το έβλεπα τόσα χρόνια. «είμαι διπολική» και «είμαι διπολική» και το έλεγα κιόλας. Δεν είναι και το τέλος του κόσμου, θέλει θεραπεία και δουλειά μόνη μου. Να προσπαθήσω από μόνη μου! » (Σ.2.). Εξίσου σημαντική είναι

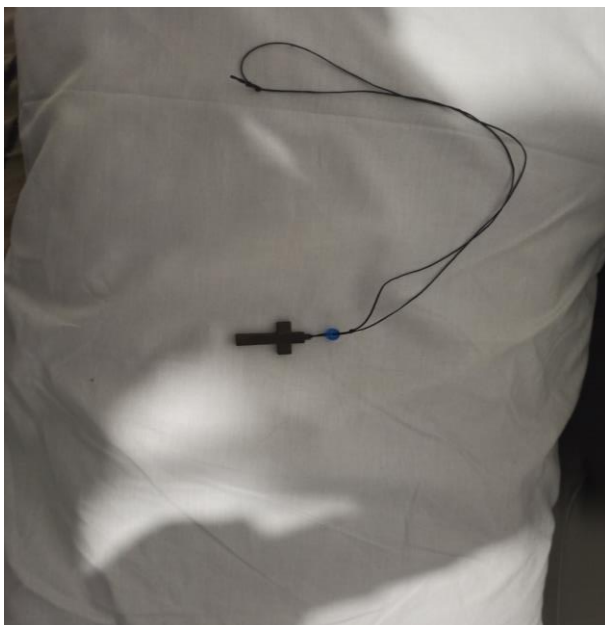
η παρατήρηση του σχετικά με τα αντικείμενα που χρησιμοποιούσε για τον αυτοτραυματισμό του καθώς τονίζει ότι « σε έναν άλλον άνθρωπο που θα χρησιμοποιούσε αυτά τα αντικείμενα για να τραυματίζεται, θα ήθελα να του πω «Μπορείς να το κάνεις! Θα τα καταφέρεις! Είναι κάτι που μπορείς να τα καταφέρεις. Εδώ τα έχω καταφέρει εγώ που έχω αυτό το ιστορικό. Δεν ξέρω το δικό σου ιστορικό, αλλά φαντάζομαι ότι έχουμε κάποιες κοινές εμπειρίες» και θέλω κάποιος να το δει και να πει «Ξέρεις τι; Μπορώ και εγώ να το κάνω!»» (Σ.1.)



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Προσωπική προσπάθεια •

Σ.2. «Όσο πιο πολύ πλησιάζεις την διπολική τόσο πιο πολύ προσπαθείς να βρεις την ηρεμία, που εδώ είναι η θάλασσα ενώ κινείσαι σε άγνωστα μονοπάτια & είναι μία απέραντη & ατέρμονη διαδικασία. Η θάλασσα είναι σαν την διπολική διαταραχή, δεν ξέρεις τι σε περιμένει. Και αυτό που μπορείς να κάνεις είναι να προσπαθείς να ισορροπήσεις μέσα σε αυτή, δηλαδή να κολυμπάς με σκοπό να βρεθείς σε ισορροπία και σταθερότητα δηλαδή την επόμενη στεριά»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Προσωπική προσπάθεια •

Σ.2. «Τα βράδια στην κλινική τον έβαζα κάτω από μαξιλάρι & σκεφτόμουν ότι «με την δύναμη του Θεού και την δική μου προσπάθεια θα τα καταφέρω. Εγώ ζήτησα βοήθεια για να βγω από αυτό, από την κλινική, και όταν βγω να παλέψω για την ζωή μου και να την αλλάξω, να την βελτιώσω»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Προσωπική προσπάθεια •

Σ.1. «Σε έναν άνθρωπο που θα χρησιμοποιούσε αυτά τα αντικείμενα για να τραυματίζεται, θα ήθελα να του πω «Μπορείς να το κάνεις! Θα τα καταφέρεις! Είναι κάτι που μπορείς να το κάνεις! Δεν ξέρω το δικό σου ιστορικό, αλλά φαντάζομαι ότι έχουμε κάποιες κοινές εμπειρίες» Θέλω κάποιος να δει τη φωτογραφία και να πει «Ξέρεις τι; Μπορώ να τα καταφέρω και εγώ!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Προσωπική προσπάθεια •

Σ.2. «Η φρουτιέρα είναι οι πτυχές του εαυτού μου και τα φρούτα τα συναισθήματα της διπολικής διαταραχής! Σκέφτομαι ότι δεν ήρθε και το τέλος του κόσμου που έχω διπολική διαταραχή, όπως το έβλεπα τόσα χρόνια. «είμαι διπολική» και «είμαι διπολική» και το έλεγα κιόλας. Δεν είναι και το τέλος του κόσμου, θέλει θεραπεία και δουλειά μόνη μου. Να προσπαθήσω από μόνη μου!»

Ισότητα

Στην παρούσα υποθεματική που προέκυψε παρατηρείται το ζήτημα της ισότητας κατά την κοινωνική επανένταξη. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο Σ.2. αναφέρει ότι *«Είναι όλα το ίδιο όμορφα & το ίδιο χρώμα όπως όλοι οι άνθρωποι ίσοι. Είμαστε όλοι ίσοι αλλά τους ανθρώπους με ψυχική νόσο μας αντιμετωπίζουν όλους με τον ίδιο τρόπο, παρόλο που ο καθένας έχει διαβεί άλλο δρόμο στην ζωή και στην θεραπεία του. Ίσα δικαιώματα, ίσες υποχρεώσεις»* (Σ.2.).



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Ισότητα •

Σ.2. *«Είναι όλα το ίδιο όμορφα & το ίδιο χρώμα όπως όλοι οι άνθρωποι ίσοι. Είμαστε όλοι ίσοι αλλά τους ανθρώπους με ψυχική νόσο μας αντιμετωπίζουν όλους με τον ίδιο τρόπο, παρόλο που ο καθένας έχει διαβεί άλλο δρόμο στην ζωή και στην θεραπεία του. Ίσα δικαιώματα, ίσες υποχρεώσεις»*

Αποδοχή

Στην παρούσα υποκατηγορία, τα άτομα τονίζουν ότι αναγνωρίζουν την αποδοχή του εαυτού τους, γεγονός που κατατάσσουν ως βασικό γνώμονα της κοινωνικής επανένταξης. Επιπρόσθετα αναφέρουν ότι μέσο κινητοποίησης αποτελεί και η αποδοχή των άλλων ανθρώπων, δηλαδή του οικογενειακού και του κοινωνικού περιβάλλοντος, την οποία δεν μπορούν όμως να κατακτήσουν δίχως την αποδοχή του εαυτού τους, που συνοδεύεται από την αποδοχή της διάγνωσης και της φαρμακευτικής αγωγής. Η Σ.2. αναφέρει ότι *«είναι ένας αγώνας αποδοχής το να παίρνεις την αγωγή ευφόρου ζωής για να είσαι σταθερή. «Τι να κάνουμε τώρα;», αυτό λέω στον εαυτό μου «τι να κάνουμε τώρα; Θα μπορούσες να έχεις κάτι άλλο και ίσως πιο σοβαρό και να πρέπει να παίρνεις διπλή και τριπλή φαρμακευτική αγωγή»*. Επίσης ο Σ.1. αναφέρει ότι *«Ακόμα είναι ενοχή το να τρώω ενώ πρέπει να συμφιλιωθώ κιόλας με το γεγονός ότι έχει*

αλλάζει η εικόνα μου. Έχω βιώσει ανορεξία. Και μέσα από αυτήν την φωτογραφία βλέπουμε την ισορροπία δηλαδή ότι τρώω ενώ κάνω και διατροφή! Νομίζω είναι κοινωνική επανένταξη γιατί η επανένταξη έχει μέσα της το «αποδέχομαι» (Σ.1.).



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Αποδοχή •

Σ.2. «Ξέρεις ότι εσύ πρέπει να τα παίρνεις. Είναι ένας αγώνας αποδοχής. Πρέπει να αποδεχτώ ότι θα τα παίρνω! Ευφόρου ζωής! Για να είμαι σταθερή! «Τι να κάνουμε τώρα;», αυτό λέω στον εαυτό μου «τι να κάνουμε τώρα; Θα μπορούσες να έχεις κάτι άλλο και ίσως πιο σοβαρό!»



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• ΑΠΟΔΟΧΗ •

Σ.1. «Ακόμα είναι ενοχή το να τρώω ενώ πρέπει να συμφιλιωθώ κιόλας με το γεγονός ότι έχει αλλάξει η εικόνα μου. Έχω βιώσει ανορεξία. Και μέσα από αυτήν την φωτογραφία βλέπουμε την ισορροπία δηλαδή ότι τρώω ενώ κάνω και διατροφή! Νομίζω είναι κοινωνική επανένταξη γιατί η επανένταξη έχει μέσα της το «αποδέχομαι»!

Εργασιακή Επανάταξη

Ο δεύτερος κύριος θεματικός άξονας, αναφέρεται στην επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων μετά από περίοδο απομόνωσης ή ανασφάλειας. Είναι άμεσα συνυφασμένη με την κοινωνική επανένταξη καθώς μέσω της εργασίας τα άτομα αποκτούν οικονομικού πόρους, αναπτύσσουν την αποδοτικότητα τους και δημιουργούν κοινωνικά δίκτυα. Οι υποκατηγορίες που εντοπίστηκαν να παρατηρούνται στις περισσότερες των συνεντεύξεων, παρουσιάζονται ως εξής:

Κοινωνικοποίηση

Στην παρούσα υποκατηγορία οι συμμετέχοντες/ουσες αναφέρουν ότι η πιο αξιοσημείωτη συνεισφορά της εργασίας στην προσωπική τους ζωή, είναι η κοινωνικοποίηση και η δημιουργία κοινωνικού δικτύου, καθώς τα άτομα μέσω της εργασίας τους γνωρίζουν άλλους ανθρώπους, γεγονός που στην συνέχεια αναπτύσσεται σε φιλία. Συγκεκριμένα η Σ.4. αναφέρει ότι *«μέσω του Κοι.ΣΠΕ είχα δουλέψει στην καθαριότητα και το καλύτερο είναι ότι εκεί γνώρισα και την Χ και κάνουμε τώρα παρέα. Η εργασία δεν είναι μόνο για την δουλειά και τα λεφτά, βρήκα και παρέα εκεί, έκανα γνωριμίες, που μετά γινόντουσαν φιλίες»* (Σ.4.). Επιπλέον ο Σ.1. αναγνωρίζει ότι *«μέσω του εθελοντισμού έκανα και μία έστω μικρή παρέα με τα άλλα κορίτσια εδώ. Εγώ περνάω τέλεια στην δουλειά μου! Κάθε πρωί μέχρι να μαζευτούμε όλοι, καθόμαστε και πίνουμε καφέ - κάνουμε έναν πολύ ωραίο γύρο σαν ομάδα, έρχονται και οι άλλοι επαγγελματίες της κλινικής, και καθόμαστε όλοι μαζί και περνάμε πολύ ευχάριστα. Είναι πάρα πολύ βασικό αυτό, γιατί εγώ για ένα βμηνο είχα μείνει χωρίς παρέα, γιατί μπορεί να είμαι μοναχικός αλλά αυτό είναι βαρύ. Και με τα συγκεκριμένα κορίτσια δεν συνυπάρχουμε απλά φιλικά, αλλά ταιριάζουμε κιόλας, δεν είναι βαρύ το να κάνουμε παρέα.»* (Σ.1.).



ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Κοινωνικοποίηση •

Σ.4. «Μέσω Κοι.ΣΠΕ βρήκα πρώτη φορά δουλειά στην καθαριότητα. Η εργασία δεν είναι μόνο η δουλειά και τα χρήματα. Βρήκα παρέα, γνώρισα και την Χ και κάνουμε παρέα. Κοινωνικοποιούμαι! Είναι εργασιακή επανένταξη»



ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

« Κοινωνικοποίηση »

Σ.1. «Μέσω του εθελοντισμού έκανα μία νέα παρέα. Εγώ περνάω τέλεια στην δουλειά μου! Κάθε πρωί μέχρι να μαζευτούμε όλοι, καθόμασθε και πίνουμε καφέ - κάνουμε έναν πολύ ωραίο γύρο σαν ομάδα & περνάμε πολύ ευχάριστα. Είναι πάρα πολύ βασικό αυτό, γιατί εγώ για ένα 6μηνο είχα μείνει χωρίς παρέα!»

Προσπάθεια για εξέλιξη

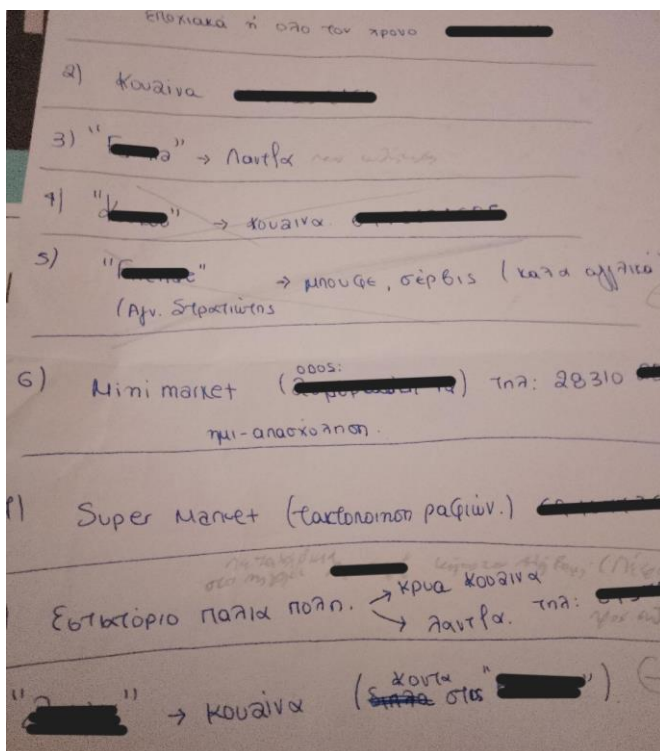
Σε αυτήν την υπό κατηγορία, τα άτομα αναγνωρίζουν ότι μέσω της εργασίας, αντιλαμβάνονται περισσότερο τον εαυτό τους σε ρόλους και επιδιώκουν να εξελιχθούν και όχι μόνο επαγγελματικά. Η Σ.4. αναφέρει ότι «Νιώθω ότι έχω επιλογή! Έβαλα κριτήρια! Έτσι ήταν πιο εύκολο να βρω ποιες μου ταιριάζουν. Όταν ψάχνουμε δουλειά κοιτάμε δύο πράγματα: α) βάζουμε κριτήρια για τι δουλειά θέλουμε και που είναι η δουλειά και μετά β) τι ικανότητες έχουμε για την δουλειά που πάμε να κάνουμε» (Σ.4.). Επιπλέον ο Σ.1. τονίζει ότι «για πολλά χρόνια μέχρι να ξεκινήσω την ψυχοθεραπεία ένιωθα και εγώ ότι είμαι καμένο χαρτί, χαμένη υπόθεση, ότι δεν θα βελτιωθώ, δεν υπάρχει σωτηρία τελοσπάντων για μένα. Και το διάστημα που ξεκίνησα να βλέπω ότι βελτιώνομαι, ήταν και το διάστημα για μένα που ξεκίνησα να βλέπω ως ψυχοθεραπευτής πια ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτου διάγνωσης, μπορούν να γίνουν καλύτερα. Εγώ και από την εμπειρία μου βλέπω ότι γίνεται, ότι μπορεί να γίνει ο άλλος καλύτερα, ξέρω ότι μπορεί να γίνει. Ναι και είναι πολύ σημαντικό να γυρίσεις να πεις στον άλλον ότι θα φτιάξουν τα πράγματα και ότι μπορούν να φτιαχτούν» (Σ.1.).



ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Προσπάθεια για εξέλιξη •

Σ.1. «Πολλά χρόνια ως νοσηλεύόμενος ένιωθα και εγώ ότι είμαι καμένο χαρτί - χαμένη υπόθεση & ότι δεν θα βελτιωθώ. Όταν έγινα ψυχοθεραπευτής κατάλαβα ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτου διάγνωσης, μπορούν να γίνουν καλύτερα, βλέπω ότι μπορεί να γίνει ο άλλος καλύτερα! Είναι πολύ σημαντικό να γυρίσεις να πεις στον άλλον ότι θα φτιάξουν τα πράγματα και ότι μπορούν να φτιάξουν!»



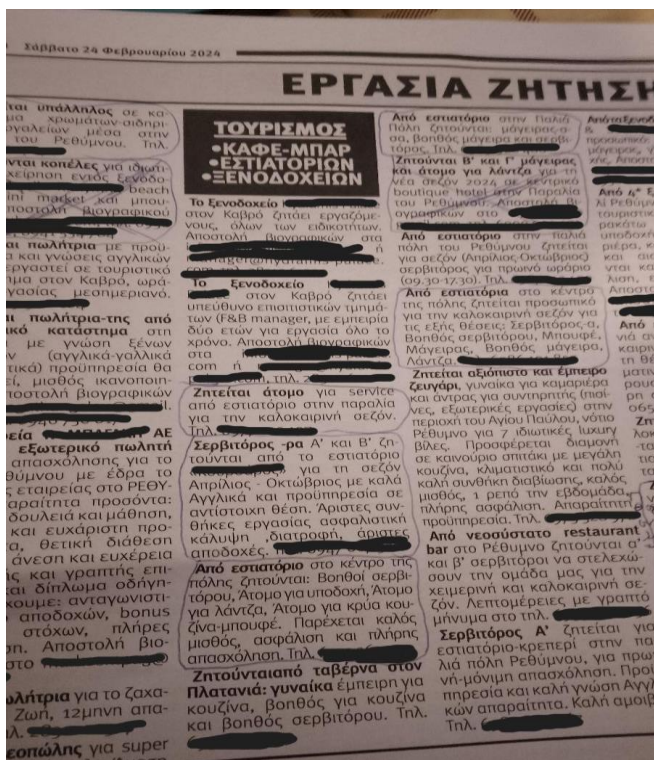
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

• Προσπάθεια για εξέλιξη •

Σ.4. « Νιώθω ότι έχω επιλογή! Έβαλα κριτήρια! Έτσι ήταν πιο εύκολο να βρω ποιες μου ταιριάζουν. Όταν ψάχνουμε δουλειά κοιτάμε δύο πράγματα: α) βάζουμε κριτήρια για τι δουλειά θέλουμε και που είναι η δουλειά και μετά β) τι ικανότητες έχουμε για την δουλειά που πάμε να κάνουμε και πως θα εξελιχθούμε»

Ενεργητικότητα - Κινητοποίηση

Σε αυτήν την κατηγορία, γίνεται αντιληπτό ότι τα άτομα αναγνωρίζουν την εργασία ως ένα μέσο κινητοποίησης και ενεργητικότητας, που δεν ανταποκρίνεται αποκλειστικά στο επαγγελματικό πλαίσιο αλλά τους συνοδεύει στο σύνολο της καθημερινότητάς τους. Η Σ.4. αναφέρει ότι «*όταν πήγαινα για δουλειά από την προηγούμενη μέρα ένιωθα χαρά και ανυπομονούσα και για να δουλέψω. Ένιωθα ασφάλεια και ανυπομονησία, σαν να πήγαινα εκδρομή*». Το ίδιο άτομο αναφέρει «*Σκέφτηκα ότι ένα μέρος της εργασιακής επανένταξης δεν είναι μόνο το να δουλεύεις είναι και το να ψάξεις να βρεις την δουλειά! Είμαι περήφανη που πρώτη φορά παίρνω αυτήν την πρωτοβουλία*» (Σ.4.). Επιπλέον η Σ.3. αποδεικνύει ότι «*εδώ είναι ο χώρος της εργασίας μου. Είναι ο χώρος που κάνω την δουλειά μου, που είναι μέσα στην ζωή, είναι απαραίτητο. Δουλεύω κάθε μέρα. Ανυπομονώ να πάω στην δουλειά.*» (Σ.3.) Τέλος ο Σ.1. αναγνωρίζει ότι «*από το καλοκαίρι έως σήμερα έχουν υπάρξει περίοδοι κρίσεων και σκέφτομαι ότι δεν με παίρνει να με πάρει από κάτω, γιατί τώρα έχω κάποιες υποχρεώσεις. Δηλαδή οι εργασιακές ευθύνες σε κινητοποιούν*» (Σ.1.).



ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

« Ενεργητικότητα - Κινητοποίηση »

Σ.4. «*Εδώ βλέπουμε εργασίες προς ζήτηση γιατί εγώ αυτή τη περίοδο ψάχνω για εργασία. Είναι η πρώτη εφημερίδα που παίρνω για να βρω δουλειά . Σκέφτηκα ότι ένα μέρος της εργασιακής επανένταξης δεν είναι μόνο το να δουλεύεις είναι και το να ψάξεις να βρεις την δουλειά! Είμαι περήφανη που πρώτη φορά παίρνω αυτήν την πρωτοβουλία!*»



ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

« Ενεργητικότητα - Κινητοποίηση »

Σ.4. « Αυτό είναι στο γραφείο του Κοι.ΣΠΕ. Όταν βρήκα την πρώτη μου δουλειά εκεί ένιωθα χαρά και ανυπομονούσα και για να δουλέψω και να δω τους ανθρώπους και να μιλήσουμε, Ένιωθα ασφάλεια και ανυπομονησία, σαν να πήγαινα εκδρομή»



ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

« Ενεργητικότητα - Κινητοποίηση »

Σ.3. « Εδώ είναι ο χώρος της εργασίας μου. Εδώ έχω κοινωνικοποιηθεί, έχω γνωρίσει άτομα, κάνω την δουλειά μου, που είναι μέσα στην ζωή, είναι απαραίτητο. Δουλεύω κάθε μέρα. Ανυπομονώ να πάω στην δουλειά. Όλες τις παρέες που έχω τώρα τις έχω δημιουργήσει μέσω της εργασίας τα τελευταία 4 χρόνια, πριν δεν είχα παρέες»

Στίγμα & Αποστιγματισμός

Ο τρίτος κύριος θεματικός άξονας, που αφορά το στίγμα αναφέρεται σε στάσεις, στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις που υφίσταται ένας άνθρωπος λόγω της ψυχικής του υγείας. Αυτές οι στάσεις οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων, επιδεινώνοντας έτσι και την ψυχική κατάσταση τους. Στην συγκεκριμένη θεματική θα παρουσιαστεί ο τρόπος που αναγνωρίζουν τα άτομα το στίγμα και πως συμπεριφέρονται απέναντι στις προσπάθειες στιγματισμού τους από το κοινωνικό σύνολο. Οι υποκατηγορίες που εντοπίστηκαν να παρατηρούνται στις περισσότερες των συνεντεύξεων, παρουσιάζονται ως εξής:

«Το φάρμακο αφορά την ψυχική υγεία και δεν πρέπει να μας στιγματίζει»

Στην 1^η υποκατηγορία γίνεται αντιληπτό ότι τα άτομα πολύ συχνά φέρουν το στίγμα της ψυχικής νόσου, που προκύπτει με αφορμή την λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής. Ωστόσο οι συμμετέχοντες ομόηφα αναγνωρίζουν ότι το φάρμακο συμβάλλει στην διατήρηση της ψυχικής τους υγείας και κατά συνέπεια ότι συμβάλλει στην υγεία, δεν πρέπει να αποτελεί στόχο στιγματισμού. Πιο στοχευμένη η Σ.4. αναφέρει ότι *«αυτή την φωτογραφία την βάζω στο στίγμα γιατί δείχνει ότι έχεις ένα πρόβλημα αλλά μπορείς να το ξεπεράσεις με το φάρμακο που παίρνεις. Αυτό το φάρμακο αφορά την ψυχική υγεία και δεν πρέπει να μας στιγματίζει γιατί απλά έχουμε ένα θέμα, παίρνουμε το φάρμακο και έτσι μπορούμε να ανταπεξέλθουμε στις μέρες μας κανονικά και δεν μας περιορίζει και δεν μας αφήνει να έχουμε πάλι πρόβλημα»* (Σ.4.). Ο Σ.1. αναγνωρίζει όλα τα φάρμακα ως απλά χάπια, τοποθετώντας το εξής *«Σκέφτηκα το στίγμα. Αυτό είναι ένα κουτί που το έχει δει άπειρος κόσμος, το έχουν δει στην δουλειά που δούλευα το καλοκαίρι, το έχουν δει στην σχολή όταν ήμασταν πολλές ώρες. Είναι απλά χάπια, τίποτα περισσότερο, τίποτα λιγότερο. Κάποιοι έχουν απλά δερμα στην τσάντα τους, εγώ έχω απλά αυτά. Έχεις απλά μία ανάγκη και παίρνεις ένα χάπι. Αυτό είναι όλο!»* (Σ.1.)



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

- Τα φάρμακα δεν στιγματίζουν! -

Σ.4. « Αυτό το φάρμακο αφορά την ψυχική υγεία και δεν πρέπει να μας στιγματίζει γιατί απλά έχουμε ένα θέμα, παίρνουμε το φάρμακο και έτσι μπορούμε να ανταπεξέλθουμε στις μέρες μας κανονικά και δεν μας περιορίζει και δεν μας αφήνει να έχουμε πάλι πρόβλημα και να μην μπορούμε να κοιμηθούμε»»



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Τα φάρμακα δεν στιγματίζουν! •

Σ.1. « Σκέφτηκα το στίγμα. Αυτό είναι ένα κουτί που το έχει δει άπειρος κόσμος, το έχουν δει στην δουλειά που δούλευα το καλοκαίρι, το έχουν δει στην σχολή όταν ήμασταν πολλές ώρες. Είναι απλά χάπια, τίποτα περισσότερο, τίποτα λιγότερο. Κάποιοι έχουν απλά δερμα στην τσάντα τους, εγώ έχω απλά αυτά. Έχεις απλά μία ανάγκη και παίρνεις ένα χάπι. Αυτό είναι όλο!»



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Τα φάρμακα δεν στιγματίζουν! •

Σ.1. « Αυτός γιατί έχει μαζί του χάπια; Γενικότερα σαν φωτογραφία έχει διπλό νόημα γιατί είναι σαν να λέει από την μία σε αυτούς που βιώνουν το στίγμα «μάγκες δεν είναι τίποτα, και εγώ χάπια κουβαλώ μαζί μου» και από την άλλη ενημερώνεις τους άλλους ότι «εγώ έχω αυτή την ανάγκη να έχω αυτά τα χάπια μαζί μου!»

Στίγμα; Όταν ένα αντικείμενο 2 εκατοστών μέσα στην τσάντα σε καθορίζει!»

Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή

Σε αυτήν την κατηγορία, γίνεται εμφανές ότι τα άτομα αναγνωρίζουν ότι το στίγμα και κατ'επέκταση οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, αποτελούν κοινωνικές κατασκευές, καθώς αυτού του είδους τις διακρίσεις δεν τις εντοπίζουν στο φυσικό περιβάλλον. Η Σ.3, φωτογραφίζοντας ένα βάζο με μανουσάκια, τονίζει ότι «η φύση δεν

σε στιγματίζει, τα προσφέρει σε όλους ίδια και ίσα. Μετά οι άνθρωποι δημιουργούν και κάνουν τις διακρίσεις». Η ίδια επίσης παρατηρεί σε μία φωτογραφία με γάτες ότι «εδώ οι γατούλες είναι αποστιγματοποίηση γιατί αυτά δεν έχουν στερεότυπα. Το πιο σημαντικό για μένα είναι ότι δεν σε κρίνουν και δεν σκέφτονται τι είσαι ή τι έζησες παλιά ή τι ήσουν πριν. Δεν κρίνουν, δεν έχουν κοινωνικές κατασκευές, γιατί το στίγμα αυτό είναι τελικά. Δεν κάνουν διακρίσεις με βάση την ψυχική υγεία.» (Σ.3.). Επίσης η Σ.2. φωτογραφίζει ένα καλαθάκι αχρηστών αναφέροντας ότι «με τα στερεότυπα που επικρατούν στις μέρες μας, γενικά ο άλλος δεν σου δίνει την ευκαιρία να παλέψεις και να αποδείξεις ότι είσαι εντάξει με τον εαυτό σου και απλά σε πετάει σε ένα καλαθάκι των αχρηστών χωρίς να μπει στην διαδικασία» (Σ.2.).



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Το στίγμα = κοινωνική κατασκευή !•

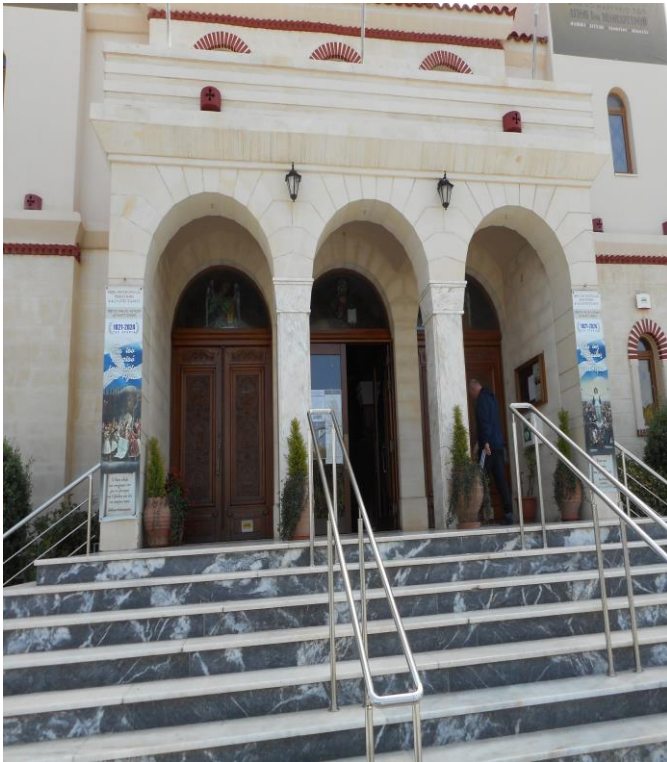
Σ.3. « Για μένα αυτό είναι αποστιγματισμός, δηλαδή η ομορφιά της φύσης και η χαρά της ζωής που είναι για όλους. Και τα μανουσάκια στην φωτογραφία είναι όλα ίδια και ίσα και ακριβώς στο ίδιο ύψος. Αποστιγματοποίηση. Ότι η φύση δεν σε στιγματίζει, τα προσφέρει σε όλους ίδια και ίσα. Μετά οι άνθρωποι δημιουργούν και κάνουν τις διακρίσεις!»



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Το στίγμα = κοινωνική κατασκευή !•

Σ.3. « Εδώ βλέπουμε τις γατούλες μου, που δείχνουν την αποστιγματοποίηση γιατί αυτά δεν έχουν στερεότυπα! Το πιο σημαντικό για μένα είναι ότι δεν σε κρίνουν και δεν σκέφτονται τι είσαι ή τι έζησες παλιά ή τι ήσουν πριν. Δεν κρίνουν γιατί δεν έχουν κοινωνικές κατασκευές, γιατί το στίγμα αυτό είναι τελικά. Δεν κάνουν διακρίσεις με βάση την ψυχική υγεία!»



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Το στίγμα = κοινωνική κατασκευή !•

Σ.3. « Πρέπει να αγαπήσεις τον εαυτό σου και με τα λάθη του και τα σωστά του, και να αποστιγματοποιήσεις και εσύ ο ίδιος τον εαυτό σου, να μην σκέφτεσαι για τους άλλους το τι θα πουν και πως θα σε κρίνουν γιατί και αυτοί μπορεί να το κάνουν άθελα τους χωρίς να έχουν σκοπό να σε βλάψουν. Γιατί ο Θεός δεν πρόκειται να σε στιγματίσει, τους αποδέχεται όλους έτσι και αλλιώς



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Το στίγμα = κοινωνική κατασκευή !•

Σ.2. « Είναι ένα καλάθι των αχρηστών, που γενικά με τα στερεότυπα που επικρατούν στις μέρες μας, ο άλλος δεν σου δίνει την ευκαιρία να παλέψεις και να αποδείξεις ότι είσαι εντάξει με τον εαυτό σου και απλά σε πετάει σε ένα καλάθι των αχρηστών χωρίς να μπει στην διαδικασία»

Ανθεκτικότητα στο στίγμα

Στην παρούσα κατηγορία γίνεται αντιληπτός ο τρόπος που τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους σχετικά με το στίγμα της ψυχικής νόσου και πως αντιστέκονται στην ταμπέλα που τους προσδίδει το κοινωνικό περιβάλλον. Η Σ.3.

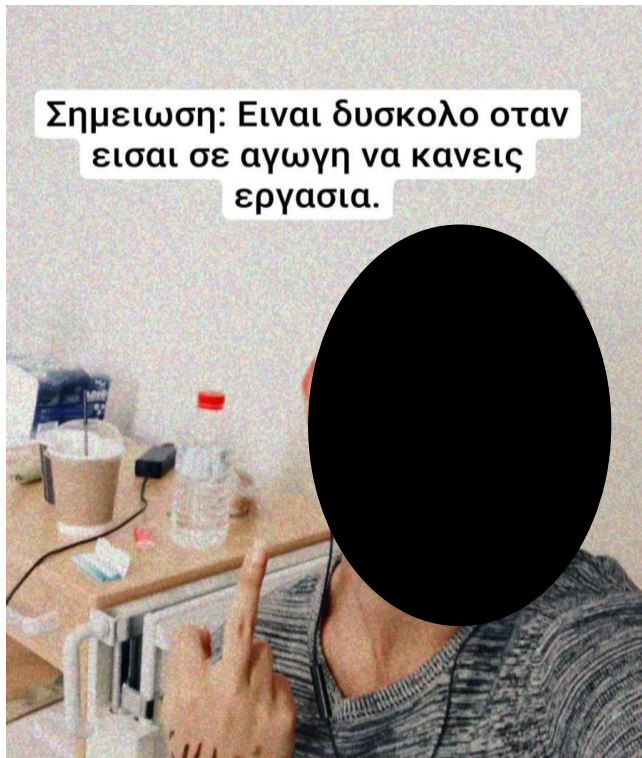
τονίζει ότι «εγώ τον εαυτό μου ούτε τον αντιμετώπισα ποτέ, ούτε θα τον αντιμετωπίσω αρχικά ως ψυχασθενή. Όταν χρειάζεται να δείξω την γνωμάτευση για να ανανεώσω την κάρτα μετακίνησης λεωφορείων, θα πούνε εκεί «ωχ πρόσεχε γιατί αυτή είναι σχιζοφρενής». Εμένα δεν με στιγματοποιεί αυτό, δεν αλλάζει αυτό που πιστεύω εγώ για τον εαυτό μου» (Σ.3.). Στην συνέχεια ο Σ.1. επισημαίνει ότι «το να μιλάς ελεύθερα για την διάγνωση, είναι μέρος του αποστιγματισμού. Εγώ στο Instagram έχω ένα fake profile, που προφανώς και είναι δικό μου αλλά έχω μόνο τους γνωστούς μου εκεί. Το χρησιμοποιούσα πολύ όταν νοσηλευόμουν και ανέβαζα πράγματα κάνοντας έτσι update στο κόσμο για το τι συνέβαινε κλπ. Δεν νομίζω ότι ο μέσος άνθρωπος θα ανεβάσει φωτογραφία και θα παραδέχεται ότι σε ψυχιατρική.» (Σ.1.). Τέλος περιγράφει μία συνθήκη που χρειάστηκε να υπομείνει κατά την οποία « το εξιτήριο έπρεπε να το πάω στους καθηγητές στο Τμήμα Ψυχολογίας για να με πιστέψουν ότι το νοσηλεύομουν. Οπότε γενικά υπήρχε μία συζήτηση γύρω από εμένα, ειδικά όταν προστέθηκε και αυτό το χαρακτηριστικό της νοσηλείας. Ήμουν λίγο δακτυλοδεικτούμενος στο δικό μου έτος αλλά εμένα δεν με άγγιζε. Ξέρεις τι κατάλαβα; Δεν το δέχτηκα το στίγμα, απευθύνθηκε σε εμένα και εγώ δεν το δέχτηκα. Προσπάθησαν να με βάλουνε σε αυτό το πλαίσιο αλλά εγώ δεν δέχτηκα να μπω γιατί ήξερα ότι δεν υπάρχει λόγος να μπω. Η ζωντανή απόδειξη σε όλους αυτούς τους τίτλους και στις ετικέτες που μου έβαζαν είναι ότι κατάφερα και πήρα πτυχίο στα 4 χρόνια χωρίς να έχω πάει ποτέ Σεπτέμβριο και χωρίς να έχω κοπεί ποτέ σε μάθημα. Οπότε δεν μπορεί να πει κανένας τίποτα. Ναι η μόνη διαφορά με τους άλλους φοιτητές είναι ότι εμένα με ενδιέφερε η σχολή μου. Και σχετικά με τις ετικέτες, όσες ετικέτες και αν έχω φορτωθεί, που προφανώς είναι περισσότερες από αυτές που ξέρω, δεν είχαν κάποια επίδραση στην πορεία.» (Σ.1.).



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

- Ανθεκτικότητα στο στίγμα -

Σ.2. « Εγώ τον εαυτό μου ούτε τον αντιμετώπισα ποτέ, ούτε θα τον αντιμετωπίσω αρχικά ως ψυχασθενή. Γιατί εγώ όταν θα πάω να δείξω αυτό το χαρτί (της διάγνωσης) για να πάω να ανανεώσω την κάρτα μετακίνησης λεωφορείων, θα πούνε εκεί «ωχ πρόσεχε γιατί αυτή είναι σχιζοφρενής». Εμένα δεν με στιγματοποιεί αυτό, δεν το επιτρέπω!»



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Ανθεκτικότητα στο στίγμα -

Σ.2. « Να μιλάς ελεύθερα για την διάγνωση - είναι μέρος του αποστιγματισμού! Εγώ στο Instagram έχω ένα λογαριασμό που χρησιμοποιούσα πολύ όταν νοσηλευόμουν και ανέβαζα πράγματα κάνοντας έτσι update στο κόσμο για το τι συνέβαινε κλπ. Δεν νομίζω ότι ο μέσος άνθρωπος θα ανεβάσει φωτογραφία και θα παραδέχεται ότι σε ψυχιατρική»

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΔΕΥΤΕΡΟΝΟΣ

Αρ. Μητρώ. Ασθ: [redacted]
Ομάδα αίματος: [redacted]
ΗΜΑΑ: [redacted]

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ
Το ενημερωτικό σημείωμα αυτό θα πρέπει να σας κάθε φορά που θα επισκέπτεστε τον Ιατρό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επίθετο: [redacted] Όνομα: [redacted] Ηλικία: [redacted]
Διεύθυνση: [redacted] Τ.Κ. - Πόλη: Ρεθύμιο Τηλέφωνο: [redacted]
Ημερ/Νία Εισόδου: 04/11/22 Ημερ/Νία Εξόδου: 15/12/22

ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Καταθλιπτικό επεισόδιο - ερεσώδια - αρθροπάθειες - αυτοτραυματισμός - επιδίφια θανάτου.

ΧΑΙΝΤΕΕΕΕ ΒΓΗΚΑ

ΠΡΟΦΕΡΑ ΝΟΣΟΥ

Ζητρώου

ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Ανθεκτικότητα στο στίγμα -

Σ.2. « Το εξιτήριο που έπρεπε να το πάω στους καθηγητές στο Τμήμα Ψυχολογίας για να με πιστέψουν ότι το νοσηλευόμουν. Υπήρχε μία συζήτηση γύρω το χαρακτηριστικό της νοσηλείας μου αλλά εμένα δεν με άγγιξε. Ξέρεις τι κατάλαβα; Δεν το δέχτηκα το στίγμα, απευθύνθηκα σε εμένα να αλλά εγώ δεν το δέχτηκα. Προσπάθησαν να με βάλουνε σε αυτό το πλαίσιο αλλά εγώ δεν δέχτηκα να μπω !

Το στίγμα & ο αποστιγματισμός των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Η παρούσα κατηγορία που προέκυψε διεγείρει το ερευνητικό ενδιαφέρον καθώς παρατηρήθηκε από την ίδια την κοινότητα των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, να αναγνωρίζουν τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας ταυτόχρονα ως μέσα στιγματισμού αλλά και αποστιγματισμού της ψυχικής νόσου. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι συγκεκριμένα για τον Κοι.ΣΠΕ η Σ.2 αναφέρει ότι «ο ΚοιΣΠΕ έχει βοηθήσει κατά καιρούς Α' (λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας), όμως μπαίνει ταμπέλα με τον ΚΟΙΣΠΕ. Όχι από τον ίδιο, αλλά από την μεριά της κοινωνίας διότι όταν με ρωτήσουν που δουλεύω και τους πω ότι είμαι καθαρίστρια στον ΚοιΣΠΕ, θα με ρωτήσουν «τι είναι ο ΚοιΣΠΕ;». Και θα πω ότι «είναι Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης για ανθρώπους με ψυχικές δυσκολίες» Αμέσως πας έτσι στο καλάθι των αχρηστών. Δεν φταίει ο ΚοιΣΠΕ αλλά ο κόσμος ψάχνει αφορμή να αρπάξει για να στιγματίσει. Δεν σκέφτεται (ο κόσμος) την δουλειά που γίνεται με τα παιδιά που είναι Α' και προσπαθούν για μία επανένταξη στην κοινωνία» (Σ.2.). Την ίδια πεποίθηση φαίνεται να έχει και η Σ.3., επίσης εργαζόμενη του Κοι.ΣΠΕ, η οποία τονίζει ότι «Ο Κοι.ΣΠΕ έχει πάντα καλή πρόθεση, βοηθάει, κάνει ένα έργο και πρέπει να φανερωθεί τι έργο κάνει και τι άτομα βοηθάει, δεν γίνεται να το κάνει κρυφά. Είναι κάτι που δεν μπορείς να το αποφύγεις τελικά. Δεν σε στιγματοποιεί, αλλά άθελα του γίνεται αυτό το πράγμα. Γιατί προσπαθώντας να αντιμετωπίσει το στίγμα, άθελα του το δημιουργούσε, έπρεπε να πει τι κάνει και τι έργο κάνει, άθελα του γινόταν» (Σ.3.). Επίσης η Σ.2. τονίζει το στίγμα που επιφέρει η νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική και χαρακτηριστικά παρομοιάζει το στίγμα ως ζελοτέιπ. Πιο συγκεκριμένα παρατηρεί ότι «σου μένει ρετσινιά μετά την νοσηλεία. Γιατί συνήθως έτσι το διαχειριζόμαστε για κάποιον που έχει θέμα με την ψυχική του υγεία. Μία ρετσινιά! Σε όλους τους ανθρώπους έχει συμβεί να περνάνε μία δύσκολη περίοδο στην ζωή τους, μα δηλαδή αν σπάσεις το χέρι σου, δεν θα γίνει καλά; Δεν θα δέσει το χέρι σου; Γιατί τα ψυχικής φύσης νοσήματα να είναι διαφορετικά από τα άλλα; Γιατί μέχρι τώρα είναι διαφορετικά για τον κόσμο! Δεν θα έπρεπε να είναι! Σίγα, μία αρρώστια είναι, παίρνεις τα φάρμακα σου και το ξεπερνάς». Τέλος η ίδια, σε μία φωτογραφία που απεικονίζει την πόρτα της ψυχιατρικής κλινικής αναφέρει ότι «Όποιος περάσει την πόρτα της ψυχιατρικής, είναι στιγματισμένος όπως και να έχει, είτε από τον κοινωνικό του κύκλο, ή από το περιβάλλον ευρύτερα. Πάντα φοβάσαι μην μαθευτεί, μην βγει προς τα έξω. Την ταμπέλα την αποκτάς στο ψυχιατρικό και μόνο.» (Σ.2.).



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

- Το στίγμα & ο αποστιγματισμός των Μονάδων Ψυχικής Υγείας -

Σ.2. « Σου μένει ρετσινιά μετά την νοσηλεία. Έτσι το διαχειρίζονται κάποιον που έχει θέμα με την ψυχική του υγεία. Μία ρετσινιά! Σε όλους τους ανθρώπους έχει συμβεί να περνάνε μία δύσκολη περίοδο στην ζωή τους, μα δηλαδή αν σπάσεις το χέρι σου, δεν θα δέσει; Γιατί τα ψυχικής φύσης νοσήματα να είναι διαφορετικά από τα άλλα; Δεν θα έπρεπε να είναι διαφορετικά! Παίρνεις τα φάρμακα σου και το ξεπερνάς»



ΣΤΙΓΜΑ & ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

- Το στίγμα & ο αποστιγματισμός των Μονάδων Ψυχικής Υγείας -

Σ.2. « Όποιος περάσει την πόρτα της ψυχιατρικής, είναι στιγματισμένος όπως και να έχει, είτε από τον κοινωνικό του κύκλο, ή από το περιβάλλον ευρύτερα. Πάντα φοβάσαι μην μαθευτεί, μην βγει προς τα έξω. Το πρώτο πράγμα όταν κοιτάω την πόρτα αυτή είναι το στίγμα. Σε στιγματίζει η πόρτα αυτή άπαξ και την περάσεις. Αν το σκεφτείς όμως, είναι απλά η πόρτα του νοσοκομείου!

Ηθικά Διλήμματα & Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με ποιοτική μέθοδο, και πιο συγκεκριμένα με το συμμετοχικό εργαλείο έρευνας, Photovoice, όπου ο πληθυσμός αποτελούνταν από άτομα που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Αναφορικά με τους περιορισμούς που προέκυψαν αξίζει να σημειωθεί ότι ένας βασικός περιορισμός αφορά το θεωρητικό υπόβαθρο, καθώς μέρος του περιγράφεται με ιατρικούς όρους και δεδομένα, γεγονός που δεν αντιστοιχεί με την κοινωνική οπτική της παρούσας μελέτης. Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρήθηκε ότι η ψυχική υγεία και νόσος παρουσιάζονται κυρίως υπό ιατρικούς όρους και με βάση το ιατρικό πρότυπο της ψυχικής υγείας, ενώ υπήρχαν ελάχιστοι και μεμονωμένοι κοινωνικοί όροι, ενώ και αυτοί ακόμα αφορούσαν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Συνεπώς, ένας περιορισμός που προκύπτει αφορά την βιβλιογραφία και συγκεκριμένα γίνεται αντιληπτή η έλλειψη ορολογίας υπό κοινωνική οπτική σχετικά με την ψυχική νόσο. Επομένως, στο θεωρητικό υπόβαθρο χρησιμοποιούνται ιατρικοί όροι της ψυχικής νόσου, όπως και στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπου σκοπός είναι κοινή συνεννόηση μεταξύ των διάφορων ειδικοτήτων της ιατρικής και παραϊατρικής κοινότητας. Ταυτόχρονα παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών όρων αφορούν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που βιώνουν κοινωνικές δυσκολίες με έμφαση στην κοινωνική και εργασιακή επανένταξη.

Στην συνέχεια αξίζει να σημειωθεί ένας επιπλέον περιορισμός που προέκυψε και αφορά το μέγεθος του δείγματος, καθώς αρχικά στόχος ήταν να λάβουν μέρος 8 συμμετέχοντες. Κατά την προσέγγιση των ατόμων, έγινε αντιληπτό ότι αυτό δεν μπορούσε να πραγματοποιηθεί καθώς υπήρχε μεγάλη άρνηση από τα άτομα τόσο στο να δεσμευτούν στην διάρκεια της έρευνας όσο και απέναντι στην χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου λόγω της λήψης φωτογραφιών. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξαν υποψήφιοι συμμετέχοντες που αν και ήταν θετικοί στο να εκφράσουν το βίωμα τους υπό την μορφή ατομικών συνεντεύξεων, ταυτόχρονα δεν ήθελαν να το κάνουν με την χρήση φωτογραφιών ακόμη και όταν διαβεβαιώθηκαν ότι δεν θα αποκαλυπτόταν με κανέναν μέσο ή τρόπο η προσωπική τους ταυτότητα, καθώς οι φωτογραφίες που πιθανόν να ήταν μέσο ταύτισης θα απορρίπτονταν. Ταυτόχρονα, τα άτομα δεν ήθελαν να δεσμευτούν στην διαδικασία λόγω της διάρκειας αλλά και λόγω των συναντήσεων με την ερευνήτρια. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι το παρόν εργαλείο ενώ αποτέλεσε εμπόδιο για κάποια άτομα, ταυτόχρονα λειτούργησε ως κινητήριος δύναμη για τους

συμμετέχοντες, καθώς μέσω της εικόνας αναγνώρισαν και οι ίδιοι το βίωμα τους αλλά και κινητοποιήθηκαν να το εκφράσουν. Επομένως, έπειτα από πολλαπλές προσπάθειες, αναγνωρίστηκε ότι το μέγεθος του δείγματος δεν δύναται να μεγαλώσει, λόγω της άρνησης και ταυτόχρονα λόγω των πολλαπλών κριτηρίων συμμετοχής, με αποτέλεσμα ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων να είναι 4 άτομα.

Έπειτα χρειάζεται να αναφερθεί ένα ηθικό δίλλημα που παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη που αφορούσε τον διττό ρόλο της ερευνήτριας και ως κοινωνική λειτουργός σε φορέα όπου ωφελούμενοι είναι κάποιοι από τους συμμετέχοντες. Αξίζει να αναφερθεί ότι η επιλογή του εργαλείου και του δείγματος της μελέτης είχαν προηγηθεί αρκετό καιρό πριν την ανάληψη της θέσης εργασίας. Πιο συγκεκριμένα η θέση κοινωνικού λειτουργού κενώθηκε όταν είχε ξεκινήσει ήδη η ερευνητική διαδικασία και λόγω του ενδιαφέροντος της ερευνήτριας για τον φορέα, της προτάθηκε και η αντίστοιχη θέση. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτό είναι το γεγονός ότι την περίοδο που ολοκληρώθηκε η έρευνα, η ερευνήτρια αποτελούσε εκπαιδευόμενη κοινωνική λειτουργός υποστηριζόμενη από την ήδη υπάρχουσα επαγγελματία. Το ηθικό δίλλημα προκύπτει στον ρόλο της αυθεντίας που συνοδεύει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς στην παρούσα μελέτη αυθεντίες χρειάζεται να είναι οι ίδιοι συμμετέχοντες. Από τον σχεδιασμό ακόμη της ερευνητικής πρότασης, για την ερευνήτρια είναι αντιληπτό ότι στο παρόν εργαλείο η ίδια αποτελεί συντονίστρια της έρευνας καθώς οι συμμετέχοντες είναι οι ίδιοι οι ερευνητές. Πολύ περισσότερο, η παρούσα μέθοδος Photovoice, επιλέχθηκε ακριβώς για αυτό το χαρακτηριστικό της δηλαδή για τον συμμετοχικό ρόλο των ατόμων - φωτογράφων σε όλα τα στάδια της έρευνας. Αποτελεί ένα εργαλείο έρευνας που ξεκινάει «από τα κάτω», δίνοντας στα άτομα τον λόγο να εκφράσουν το προσωπικό βίωμα τους, ενώ ο ρόλος του ερευνητή στην ουσία είναι να συντονίζει την έρευνα και όχι να την πραγματοποιεί. Με αυτήν την οπτική, πραγματοποιήθηκε όλη η έρευνα καθώς οι ουσιαστικοί ερευνητές ήταν τα 4 άτομα που συμμετείχαν. Επομένως, χρειάζεται να αναφερθεί ότι κατά τη χρήση του εργαλείου Photovoice, είναι σημαντικό ο ερευνητής να έχει πραγματοποιήσει μία λεπτομερής προετοιμασία σχετικά με δυσκολίες που πρόκειται να προκύψουν, ενώ στο στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας, είναι αναγκαίο να αποστασιοποιείται από τον ρόλο του ερευνητή, να υιοθετεί τον ρόλο του συντονιστή και να δίνει τον λόγο στους συμμετέχοντες ώστε να γίνουν οι ίδιοι οι ερευνητές και να κατευθύνουν την μελέτη σύμφωνα με τα βιώματά τους, όπως πραγματοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη.

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη, βασικός σκοπός είναι να αποτυπωθεί το βίωμα της κοινότητας που αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες αναφορικά με την κοινωνική και την εργασιακή επανένταξη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την ποιοτική μέθοδο Photovoice και ημιδομημένες συνεντεύξεις. Οι συμμετέχοντες αποτελούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον Δήμο Ρεθύμνου. Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση τεκμηριώθηκε ότι η κοινωνική επανένταξη σχετίζεται θετικά με την βελτίωση της υγείας ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο, όπως και σε μελέτες άλλων επιβεβαιώνεται ότι η διαδικασία αποκατάστασης της ψυχικής υγείας επιτυγχάνεται ταυτόχρονα με την κοινωνική ένταξη και συνιστάται η δημιουργία εξατομικευμένων παρεμβάσεων ενδυνάμωσης των ατόμων ώστε να βελτιώσουν την υγεία τους και να ανακτήσουν την θέση τους στην κοινότητα (Amering, et al., 2011). Επίσης η παρούσα μελέτη τεκμηρίωσε ότι ζητήματα όπως το κοινωνικό στίγμα, οι διακρίσεις και η ανεργία αυξάνουν τις προκλήσεις και επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων (Goldberg, Klingaman, Molinari, Muralidharan , & Prior, 2016). Γίνεται αντιληπτό ότι η κοινωνική επανένταξη δεν είναι μονοδιάστατη αλλά αλληλοεπηρεάζεται και επιδρά σε διάφορα άλλα ζητήματα όπως η εργασιακή αποκατάσταση και το κοινωνικό στίγμα. Η παρούσα έρευνα αφορά στη μελέτη τριών θεματικών οι οποίες είναι: α) κοινωνική επανένταξη (η επανένταξη των ατόμων στην κοινωνική ζωή και στην ευρύτερη κοινότητα του Ρεθύμνου), β) η επαγγελματική αποκατάσταση (η επανένταξη στον εργασιακό βίο και η εργασιακή αποκατάσταση ατόμων που βιώνουν ή έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες) και γ) ο στιγματισμός της ψυχικής νόσου (συνθήκες που υποδηλώνουν τον στιγματισμό ή αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου).

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με την ποιοτική μέθοδο Photovoice δίνοντας έμφαση στην λήψη φωτογραφιών από τους συμμετέχοντες, οι οποίες συνοδεύονται και από ημιδομημένες συνεντεύξεις και όλα αναλύθηκαν με τη θεματική ανάλυση. Αναφορικά με την πρώτη θεματική, την κοινωνική επανένταξη, προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν την επανένταξη με την επιστροφή στην καθημερινότητα που είχαν πριν την έναρξη της νόσου, με τον φυσιολογικό ρυθμό ζωής αλλά και με την υιοθέτηση νέων ασχολιών – χόμπι. Σε συμφωνία είναι και η ποιοτική έρευνα με την μέθοδο Photovoice των Brophy L. et.al, που διερευνά την σύνδεση ανάμεσα στην αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων με την ενασχόληση με

καθημερινές δραστηριότητες όπου τεκμηριώνεται ότι οι καθημερινές εμπειρίες και δραστηριότητες συντελούν στο ευ ζην των ατόμων που έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες (Brophy, Doroud, Fortune, Fossey , & Mountford, 2022). Επιπλέον στην ποιοτική έρευνα των Piat et.al γίνεται αντιληπτό ότι η συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες συμβάλλει στην ανάπτυξη της προσωπικής ταυτότητας και στην κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων (Piat, Seida, & Sabetti, 2017) ενώ ταυτόχρονα συσχετίζεται με το βίωμα του φυσιολογικού ρυθμού ζωής (Borg & Davidson, 2009). Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τον φυσιολογικό ρυθμό ζωής σύμφωνα με τις καθημερινές δραστηριότητες που είχαν πριν την έναρξη της νόσου και που η συμπτωματολογία δυσχέραινε την πραγματοποίησή τους. Επομένως, η συμμετοχή σε παλαιότερες δραστηριότητες αλλά και η αναζήτηση νέων ασχολιών σχετίζεται με την κοινωνική επανένταξη καθώς τα άτομα επιστρέφουν στην κοινοτική ζωή και αναγνωρίζουν την προσωπική τους ταυτότητα μέσω των άλλων, όπως αναφέρουν ότι δραστηριοποιούνται «όπως όλοι οι άλλοι», εννοώντας τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Επιπλέον αναγνωρίζουν ότι για να επιστρέψουν στην κοινωνική ζωή χρειάζεται να αξιοποιούν ή και να δημιουργούν ευκαιρίες να βρίσκονται στην κοινότητα και να βγαίνουν από την οικεία τους, όπου συνήθιζαν να περνούν το μεγαλύτερο μέρος της μέρας τους την περίοδο που βίωναν έντονα ψυχικές δυσκολίες.

Επιπρόσθετα στην ίδια θεματική προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται ότι βρίσκονται στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης δια μέσω των κοινωνικών συναναστροφών τους και της κοινωνικοποίησης. Σε συμφωνία και η ποιοτική έρευνα των Morrens. et.al που πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο Photovoice, όπου παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες υπογραμμίζουν την αξία της συναισθηματικής σύνδεσης με άλλους ανθρώπους ενώ αναγνωρίζουν και την αξία των κοινωνικών σχέσεων στην διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Morrens, Vansteenkiste, & Westerhof, 2020) . Η κοινωνική συναναστροφή αφορά την σχέση του ατόμου με το κοινωνικό δίκτυο, δηλαδή την οικογένεια, τους φίλους και τα άλλα μέλη της κοινότητας όπου διαμένει (Fernandez, Lim, & Ong, 2021) και παίζει κρίσιμο ρόλο στην διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας και του ευ ζην για ανθρώπους που έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες (Asher, et al., 2018), καθώς η κοινωνική επανένταξη εξισώνεται με διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας (Belger, et al., 2008). Άξιο παρατήρησης είναι ότι οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν την αξία του κοινωνικού

δικτύου, καθώς, όπως αναφέρουν, έχουν ανάγκη την κοινωνική συναναστροφή. Η δημιουργία νέων κοινωνικών επαφών αλλά και ο επαναπροσδιορισμός των ήδη υπάρχοντων αποτελεί σημαντικό δείκτη της κοινωνικής επανένταξης, όπου τα άτομα όχι μόνο κατανοούν την ανάγκη για κινητοποίηση αλλά ταυτόχρονα επιδιώκουν την συναναστροφή με άλλα άτομα.

Επιπλέον οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι η αυτοφροντίδα, η θεραπευτική διαδικασία, η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη συντελούν στην μείωση της συμπτωματολογίας και στην βελτίωση της υγείας, δηλαδή συμβάλλουν και στην κοινωνική επανένταξη. Σε ποιοτική έρευνα των Kommu J. et al. γίνεται αντιληπτό ότι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει άμεση συσχέτιση με την απουσία των συμπτωμάτων της νόσου και την βελτίωση της λειτουργικότητας ώστε το άτομο να ανακτήσει συναισθηματική σταθερότητα, να επιστρέψει στον εργασιακό βίο και να μειωθεί η ποσότητα της συνταγογραφημένης αγωγής (Kommu, Mathew , & Nirmala, 2023). Στην παρούσα μελέτη αναδεικνύεται ότι η επιστροφή στην κοινοτική ζωή έχει άμεση σχέση με την παροχή της απαραίτητης φροντίδας, καθώς η μείωση των συμπτωμάτων μέσω φαρμακευτικής αγωγής αλλά και η ενδυνάμωση των ατόμων μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης συντέλεσαν στην κοινωνική επανένταξη τους.

Επιπρόσθετα, στην μελέτη αναγνωρίζεται ότι η κοινωνική επανένταξη σχετίζεται με την αυτοφροντίδα καθώς οι συμμετέχοντες, εκτός της φροντίδας που δέχονται από εξωτερικούς παράγοντες, αξιοποιούν δεξιότητες αυτοφροντίδας κατά την επιστροφή στην κοινότητα τονίζοντας την συμβολή των ίδιων στην κοινωνική επανένταξη. Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο «αυτοφροντίδα» εννοείται η ικανότητα των ατόμων να προάγουν και να διατηρούν την υγεία τους καθώς προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν την ασθένεια, με ή χωρίς την υποστήριξη των φροντιστών, αξιοποιώντας πληροφορίες και λαμβάνοντας αποφάσεις με θετικό αντίκτυπο στην υγεία τους (World Health Organization, 2024). Επιπλέον σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες συσχετίζουν την κοινωνική επανένταξη με την προσωπική τους προσπάθεια και την αυτοδιαχείριση των κρίσεων και των καθημερινών συνθηκών. Στην ποιοτική έρευνα των Letts Lori και Strong Susan, που αφορά προσωπικές διηγήσεις ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχετικά με μαθήματα αυτοδιαχείρισης, τεκμηριώνεται ότι το ευ ζην σχετίζεται με την αυτοδιαχείριση καταστάσεων ενώ αποδεικνύεται ότι η ανάγκη για υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων στην κατάκτηση αυτής της δεξιότητας οδηγεί τόσο στην ψυχοκοινωνική

αποκατάσταση όσο και στην ανεξαρτητοποίηση των ατόμων (Letts & Strong, 2021). Από την παρούσα μελέτη επιβεβαιώνεται η ανάγκη για υποστήριξη των ατόμων καθώς οι συμμετέχοντες που επισήμαναν την αξία της αυτοδιαχείρισης και της προσωπικής προσπάθειας, λαμβάνουν πολυετή ψυχοκοινωνική υποστήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα να έχουν αναπτύξει δεξιότητες αναγκαίες για την επιστροφή στην κοινότητα και την διατήρηση ενεργού ρόλου εντός αυτής.

Στην παρούσα θεματική, το αποτέλεσμα που αναδείχθηκε από τους συμμετέχοντες είναι η συσχέτιση της κοινωνικής επανένταξης με την αποδοχή του εαυτού και της ψυχικής πάθησης. Η ποιοτική μελέτη των Glover H. et al., που διερευνά τους παράγοντες που αναγνωρίζονται ως οι πιο σημαντικοί κατά την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από άτομα που έχουν διαγνωστεί από σχιζοφρένεια, επιβεβαιώνει ότι η κατανόηση της νόσου, η διαχείριση αλλά και η αποδοχή της συνθήκης αυτής αποτελεί από τους πιο συχνά αναφερόμενους παράγοντες που συμβάλλουν την βελτίωση της υγείας (Glover, Kalyanasundaram, Momenzadah, & Tooth, 2003). Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι η αποδοχή της ψυχικής πάθησης αλλά και η κατανόηση των νέων συνθηκών της ζωής τους, όπως είναι η φαρμακευτική αγωγή συμβάλλουν στην διατήρηση στην βελτίωση της υγείας τους. Πιο συγκεκριμένα συνδέουν την αποδοχή του εαυτού με την ισορροπία στην καθημερινή ζωή, που αποτελεί δείκτη της κοινωνικής επανένταξης.

Η δεύτερη θεματική της παρούσας μελέτης αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων που έχουν βιώσει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και περιλαμβάνει την επιστροφή στον εργασιακό βίο και τα στάδια τοποθέτησης στην εργασία (από την αναζήτηση έως και την παραμονή). Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι η ίδια η εργασία αλλά και η διαδικασία ανεύρεσης εργασίας, συμβάλλει στην κινητοποίηση και την ενεργητικότητα τους. Επιπλέον χρήσιμο δεδομένο που αναδεικνύεται από την παρούσα μελέτη είναι το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν την προσωπική τους ταυτότητα μέσω της εργασίας και αναπτύσσουν την αυτοεκτίμησή τους, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να εξελιχθούν περαιτέρω. Αντίστοιχα, στην ποιοτική έρευνα των Jun Yaeda και Yumi Yuzawa, που αφορά την κινητοποίηση των ψυχικά πασχόντων έπειτα από την ανάληψη εργασίας υπό υποστηριζόμενες μορφές απασχόλησης, παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι κινητοποιούνται και νιώθουν λειτουργικά μέλη του εργασιακού δυναμικού, ακόμη από την διαδικασία ανεύρεσης εργασίας καθώς αναγνωρίζουν ότι είναι ορατοί στην

κοινότητα και ταυτίζουν τον εαυτό τους με τον ρόλο του «εργαζόμενου». Επιπλέον, στο στάδιο τοποθέτησης στην εργασία, αναπτύσσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοαντίληψη τους, κατανοώντας την ικανότητα τους για εργασία και τις δεξιότητες τους. Αυτό με την σειρά του οδηγεί στην βελτίωση της ποιότητας της εργασίας, γεγονός που δημιουργεί στα άτομα το αίσθημα της προσωπικής ικανοποίησης και την προσπάθεια για εξέλιξη (Jun & Yumi, 2024). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι και οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη που αναφέρονται σε κινητοποίηση μέσω της εργασίας και αναγνωρίζουν την λειτουργικότητα τους και τον ρόλο τους εντός του εργασιακού πλαισίου, είναι επίσης εργαζόμενοι σε πλαίσιο υποστηριζόμενης απασχόλησης, όπως στην προαναφερόμενη έρευνα, που λαμβάνουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη που εστιάζει τόσο στην απασχόληση όσο και σε ζητήματα του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Επιπλέον δεδομένο της μελέτης είναι η συσχέτιση της εργασίας με την κοινωνικοποίηση, καθώς οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι κοινωνικοποιούνται μέσω της εργασίας, δημιουργώντας φιλίες και γνωρίζοντας άλλα άτομα τόσο στο εργασιακό περιβάλλον όσο και εκτός. Το παρόν συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Danemark B. et al., που διερευνά την σύνδεση ανάμεσα στην υποστηριζόμενη μορφή εργασίας και στην κοινωνική επανένταξη, σύμφωνα με τις εμπειρίες εργαζομένων με αναπηρία, όπου τεκμηριώνεται ότι οι θετικές εμπειρίες εντός του εργασιακού πλαισίου σχετίζονται άμεσα με την οικοδόμηση σχέσεων με τους συναδέλφους και με το αίσθημα του ανήκειν στον χώρο εργασίας. Επιπλέον στην ίδια έρευνα γίνεται αντιληπτό ότι η διαμόρφωση στενών σχέσεων με συναδέλφους και η συμπερίληψη στον χώρο εργασίας, σχετίζονται με την κοινωνικοποίηση των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες τόσο εντός της εργασίας, όσο και εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος (Danermark, Gustafsson, & Peralta, 2018). Στην παρούσα μελέτη, η απασχόληση αποτελεί σημαντικό γνώμονα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των συμμετεχόντων, καθώς μέσω της εργασίας αναγνωρίζουν ότι βρίσκονται σε ένα πλαίσιο και ανήκουν σε μία ομάδα, αναπτύσσοντας με αυτόν τον τρόπο το αίσθημα του ανήκειν. Επιπλέον αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές δεξιότητες τους, αξιοποιώντας τις και εκτός εργασιακού πλαισίου, δημιουργώντας κοινωνικές επαφές και φιλίες.

Η τρίτη θεματική της παρούσας έρευνας εστιάζει στο στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο, όπου οι συμμετέχοντες αρχικά παρατηρούν το πως έχουν βιώσει το

στίγμα και έπειτα το ερμηνεύουν. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι το στίγμα αποτελεί μία κοινωνική κατασκευή καθώς οι διακρίσεις, που έχουν βιώσει λόγω της ψυχικής πάθησης, προέρχονται από τον κοινωνικό περίγυρο, δηλαδή από τα άτομα της κοινότητας, με αποτέλεσμα να αναζητούν τον αποστιγματισμό στην φύση, στα ζώα αλλά και στα άγια από όπου δεν βιώνουν διακρίσεις. Στην ποιοτική έρευνα των Albanese E. et.al. σχετικά με το στίγμα και τις διακρίσεις που βιώνουν οικογένειες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες ανησυχούν για τις στάσεις της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο, με αποτέλεσμα να μην αποκαλύπτουν την πάθηση, με σκοπό την αποφυγή του στιγματισμού (Albanese, et al., 2018). Επιπλέον στην ποιοτική έρευνα των Bonnington O. & Rose D., σχετικά με τον στιγματισμό ατόμων που έχουν διαγνωστεί με διπολική διαταραχή, παρατηρείται αφενός ότι οι συμμετέχοντες περιθωριοποιούνται και αφετέρου βιώνουν διακρίσεις και στιγματίζονται από τον κοινωνικό περίγυρο, δηλαδή την οικογένεια, το φιλικό περιβάλλον, το εκπαιδευτικό πλαίσιο, το εργασιακό περιβάλλον αλλά και από όλες τις κοινωνικές σχέσεις εντός της κοινότητας (Bonnington & Rose, 2014). Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα παρατηρούν τα πλαίσια, όπου έχουν έρθει αντιμέτωποι με το στίγμα, καταλήγοντας ότι διακρίσεις δεν έχουν δεχτεί από τα κατοικίδια τους, που τους αγαπούν άνευ όρων και από τα άγια (στην συγκεκριμένη περίπτωση ο χριστιανισμός), αναγνωρίζοντας όμως ότι διακρίσεις βιώνουν εντός του εκκλησιαστικού πλαισίου, το οποίο ανήκει εξίσου στο κοινωνικό περιβάλλον. Με άλλα λόγια, οι συμμετέχοντες αποδίδουν την ευθύνη του στιγματισμού της ψυχικής νόσου, στο κοινωνικό περιβάλλον καθώς τις διακρίσεις τις βιώνουν μόνο σε κοινοτικά πλαίσια.

Ακολούθως, στην τρίτη θεματική περί στιγματισμού της ψυχικής νόσου, παρατηρείται υψηλή ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων απέναντι στο στίγμα, γεγονός που σχετίζεται θετικά με την αντίσταση των ατόμων στο κοινωνικό στίγμα, καθώς τα άτομα αναγνωρίζουν ότι ενώ «το στίγμα έχει «απευθυνθεί» σε αυτούς, οι ίδιοι δεν το έχουν αποδεχτεί». Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες αναδιπλώνουν εμπειρίες στιγματισμού τους από το κοινωνικό περιβάλλον, με πεποιθήσεις τις οποίες οι ίδιοι δεν ενστερνίζονται για τον εαυτό τους και δεν αυτοστιγματοποιούνται. Η αντίσταση στο κοινωνικό στίγμα έχει αρνητική συσχέτιση με τον αυτοστιγματισμό, καθώς όπως παρατηρείται στην μελέτη τα άτομα που αντιστέκονται στο κοινωνικό στίγμα, δεν υιοθετούν πρακτικές αυτοστιγματισμού. Το συμπέρασμα αυτό, επιβεβαιώνεται και σε άλλες έρευνες, όπως είναι η ποσοτική έρευνα των Li, Zhang, Shi, & Sun., σχετικά με

τον αυτοστιγματισμό ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές παθήσεις, όπου τεκμηριώνεται ότι το κοινωνικό στίγμα δημιουργεί στα άτομα έντονο στρες, το οποίο με την σειρά του μετατρέπεται σε αυτοστιγματισμό. Αντίστοιχα, όταν το στρες βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, τα άτομα τείνουν να αντιστέκονται περισσότερο στο κοινωνικό στίγμα (Li, Zhang, Shi, & Sun 2024). Επιπλέον, στην έρευνα των Hofer A. et al. παρατηρείται ότι η ανθεκτικότητα του ατόμου σχετίζεται σημαντικά αντίστροφα με τον αυτοστιγματισμό. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αντιληπτό ότι όσο ισχυρότερη ανθεκτικότητα έχει ένα άτομο, αντίστοιχα τόσο πιο έντονη είναι η αντίσταση του στο στίγμα και τόσο λιγότερο αυτοστιγματίζεται (Hofer, et al., 2018). Επίσης, σε έρευνα των Kao C.Y. et al, παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη αντίσταση στο στίγμα σχετίζεται με δύο δεδομένα: α) με μικρότερα ποσοστά αυτοστιγματισμού, και β) με υψηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης και προσαρμοστικότητας (Kao, et al. 2017). Στην παρούσα μελέτη αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες λαμβάνουν πολυετή ψυχιατρική παρακολούθηση αλλά και ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή και ψυχοθεραπεία. Τα άτομα αναπτύσσοντας την ανθεκτικότητά τους, λειτουργούν με ισχυρή αντίσταση απέναντι στο στίγμα που δέχονται από το κοινωνικό περιβάλλον, η οποία αντίσταση σχετίζεται θετικά με τον μη αυτοστιγματισμό των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Ένα άλλο δεδομένο που προκύπτει από την παρούσα μελέτη αφορά τις εμπειρίες των συμμετεχόντων απέναντι στο στίγμα που σχετίζεται με την φαρμακευτική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες έχουν θετική στάση απέναντι στην φαρμακευτική αγωγή και αρνητική στάση απέναντι στο στίγμα, αναγνωρίζοντας ότι «τα φάρμακα δεν στιγματίζουν». Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η αντίσταση στο στίγμα σχετίζεται ανάλογα με τον αυτοστιγματισμό των ατόμων που βιώνουν ψυχικές παθήσεις, γεγονός που επηρεάζει και τον τρόπο που συμμορφώνονται στην προτεινόμενη θεραπεία. Σύμφωνα με την έρευνα Kazemi F. et al. παρατηρείται ότι η συμμόρφωση στην θεραπεία σχετίζεται σημαντικά με τον αυτοστιγματισμό καθώς το αυξημένο «προσωπικό» στίγμα οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης (Amin, Farideh Kazemi, Omid, & Zahra, 2024). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, όπως αποδείχθηκε σε προηγούμενο συμπέρασμα, έχουν χαμηλά επίπεδα αυτοστιγματισμού και υψηλή ανθεκτικότητα στο στίγμα, γεγονός που σχετίζεται με την θετική στάση απέναντι στην φαρμακευτική αγωγή και την αφοσίωση στην θεραπεία. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται από την μελέτη των Cinculona et

al., που διερευνά την σχέση ανάμεσα στον αυτοστιγματισμό και στην αφοσίωση στην θεραπεία, όπου παρατηρήθηκαν πολλές μεταβλητές που επηρεάζουν τον βαθμό αφοσίωσης στην θεραπεία, εκ των οποίων μία είναι η διάγνωση. Ωστόσο η μόνη μεταβλητή που κατέστη ίδια σε όλες τις διαγνώσεις είναι το επίπεδο του αυτοστιγματισμού καθώς τεκμηριώνεται ότι τα υψηλά επίπεδα αυτοστιγματισμού συνδέονται με την παύση της προτεινόμενης θεραπείας, ενώ τα χαμηλά επίπεδα αυτοστιγματισμού συνδέονται με την αφοσίωση στην φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον συμπέρασμα της έρευνας αυτής είναι ότι η προσκόλληση στην αγωγή σχετίζεται θετικά με την ηλικία έναρξης της νόσου, καθώς όσο πιο πρόσφατη είναι η έναρξη της νόσου, τόσο μικρότερο είναι το επίπεδο της αφοσίωσης στην θεραπεία (Cinculona, et al., 2016). Ορμώμενοι από την παρούσα παρατήρηση αξίζει να παρουσιαστεί ότι στην δική μας έρευνα, όλοι οι συμμετέχοντες απέχουν από νοσηλεία για τουλάχιστον 1 έτος, βρίσκονται στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης και εργάζονται ή βρίσκονται στο στάδιο ανεύρεσης εργασίας. Επομένως, η ηλικία έναρξης της νόσου δεν είναι πρόσφατη, γεγονός που σχετίζεται με την αφοσίωση στην φαρμακευτική αγωγή.

Τέλος, άξιο αναφοράς είναι το τελευταίο συμπέρασμα της παρούσας θεματικής σχετικά με το στίγμα και τον αποστιγματισμό που προέρχεται από τις μονάδες ψυχικής υγείας του Δήμου Ρεθύμνου. Οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν υψηλή συσχέτιση του κοινωνικού στίγματος με την επαφή των ατόμων με τις μονάδες ψυχικής υγείας. Το συμπέρασμα αυτό, επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Stolzenburg S. et al. σύμφωνα με τους οποίους, η αναζήτηση βοήθειας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνδέεται με το στίγμα της ψυχικής πάθησης. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή τεκμηριώνεται ότι τα άτομα επιλέγουν να αποφεύγουν την επαφή με μονάδες ψυχικής υγείας ώστε να διαφύγουν της διάγνωσης, που οδηγεί σε ετικετοποίηση και στίγμα (Stolzenburg, et al., 2017). Επιπλέον στην έρευνα των Schladitz, K. et al, τεκμηριώνεται ότι οι προκαταλήψεις απέναντι στην ψυχική πάθηση σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα προσέγγισης μονάδων ψυχικής υγείας εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος (Schladitz, et al., 2023). Στην δική μας έρευνα οι συμμετέχοντες αποτελούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας επομένως λαμβάνουν βοήθεια από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο χρειάζεται να επισημανθεί ότι η προσέγγιση σε αυτές τις υπηρεσίες δεν αποτέλεσε δική τους πρωτοβουλία, κατά την έναρξη της νόσου, αλλά αντίθετα πραγματοποιήθηκε με προτροπή του οικογενειακού περιβάλλοντος, των εισαγγελικών αρχών και μέσω παραπομπών από άλλες κοινοτικές υπηρεσίες.

Επομένως η επαφή των ατόμων με τις μονάδες ψυχικής υγείας, πραγματοποιήθηκε μέσω του κοινωνικού πλαισίου, γεγονός που ενισχύει ακόμα περισσότερο το κοινωνικό στίγμα.

Στην συνέχεια, αναφορικά με το στίγμα που προέρχεται από τους επαγγελματίες υγείας, για τα άτομα που βιώνουν ψυχικές παθήσεις, υπάρχει ένα σύνολο ερευνητικών δεδομένων, που άλλες έρευνες το επιβεβαιώνουν και άλλες το απορρίπτουν. Μία έρευνα που αξίζει να αναφερθεί είναι αυτή της Stowe-Maloney R. που συνεκτιμά την αξιολόγηση 15 μελετών σχετικά με το επίπεδο του στίγματος και των διακρίσεων προς άτομα που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες από τους επαγγελματίες υγείας. Το αποτέλεσμα της έρευνας δείχνει ότι το στίγμα και οι διακρίσεις υπάρχουν σε βάρος των ψυχικά πασχόντων, γεγονός που επηρεάζει αφενός την αναζήτηση βοήθειας και αφετέρου την διαδικασία της ένταξης (Stowe-Maloney, 2022). Στην παρούσα έρευνα, δεν εντοπίζεται τα άτομα να βιώνουν διακρίσεις ή στίγμα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενώ είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι συμμετέχοντες βρίσκονται στο στάδιο της επανένταξης και λαμβάνουν ψυχιατρική παρακολούθηση. Μία ποιοτική έρευνα που αξίζει να σημειωθεί είναι αυτή των Clough et al. σχετικά με τον στιγματισμό της ψυχικής υγείας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπου αποδεικνύει ότι ο αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου από τους επαγγελματίες εξαρτάται από δύο μεταβλητές: α) την ενασχόληση τους με το επαγγελματικό πλαίσιο και β) η εξοικείωση με την ψυχική πάθηση. Αντιληπτό είναι ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που περνούν μεγάλο διάστημα εντός πεδίου και εξοικειώνονται με την ψυχική πάθηση, τείνουν να έχουν λιγότερες προκαταλήψεις και στερεότυπα σχετικά με την ψυχική νόσο με αποτέλεσμα να μειώνεται ο στιγματισμός (Clough, Jauch, O'Donovan, & Occhipinti, 2024). Από τα παραπάνω αξίζει να σημειωθεί ότι ο στιγματισμός της ψυχικής νόσου από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ούτε αποκλείεται, ούτε επιβεβαιώνεται καθώς υπάρχουν πολλές διαφορετικές μεταβλητές, πολλαπλά υγειονομικά πλαίσια αλλά και κοινωνικά περιβάλλοντα που επηρεάζουν τις στάσεις των επαγγελματιών απέναντι στην ψυχική πάθηση. Στην συγκεκριμένη μελέτη, συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες δεν έχουν βιώσει διακρίσεις και στιγματισμό από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, από τους οποίους παρακολουθούνται, στον Δήμο Ρεθύμνου.

Συμπερασματικά, εύλογο είναι ότι η επανένταξη δεν αποτελεί μία διαδικασία ή και κατάσταση με μοναδικό πρωταγωνιστή το άτομο που νοσεί, αλλά αντίθετα αφορά το

σύνολο της κοινωνίας, όπου το άτομο επιστρέφει και ξεκινά να συναναστρέφεται με μέλη της κοινότητας. Η έννοια της επιστροφής στην κοινωνική σφαίρα γίνεται έντονα αντιληπτή καθώς οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν την θέση τους στην κοινότητα, με την επιστροφή στον καθημερινό ρυθμό ζωής και στην ενασχόληση με δραστηριότητες που είχαν πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας και της νόσου. Επιπλέον στην παρούσα μελέτη αναδύεται ότι η κοινωνική επανένταξη σηματοδοτείται μέσω των κοινωνικών σχέσεων καθώς τα άτομα δίνουν ιδιαίτερη αξία στην κοινωνικοποίηση και την κοινωνική συναναστροφή. Αξίζει να σημειωθούν επιπλέον δείκτες της κοινωνικής επανένταξης όπου τίθεται στο επίκεντρο η δυναμική του ίδιου του ατόμου που βιώνει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Η κινητοποίηση και η προσωπική προσπάθεια βρίσκονται στο επίκεντρο της κοινωνικής επανένταξης, όπου τα άτομα αναλαμβάνουν την ευθύνη του εαυτού τους επιδιώκοντας την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και την ισορροπία της ψυχικής τους κατάστασης. Επιπλέον ζητήματα όπως η φροντίδα, η αυτοφροντίδα και η θεραπεία πρωταγωνιστούν στην κοινωνική επανένταξη καθώς τα άτομα αναπτύσσουν δεξιότητες αυτοδιαχείρισης των καταστάσεων της ζωής, αναγνωρίζουν τι ευνοεί και τι δυσχεραίνει την ψυχική υγεία τους, καθώς και αφοσιώνονται στην προτεινόμενη θεραπεία, ώστε να διατηρούν την ψυχική ισορροπία, γεγονός που σχετίζεται με την αποδοχή της νόσου και της φαρμακευτικής αγωγής.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί έναν σύνθετο όρο που περιλαμβάνει τόσο την κοινωνική επανένταξη, όσο και την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Η εργασία ερμηνεύεται από τους συμμετέχοντες με διάφορες συνθήκες μία εκ των οποίων είναι η κοινωνικοποίηση, καθώς τα άτομα εντός της απασχόλησης συνδιαλέγονται με τους άλλους και αναπτύσσουν κοινωνικό κύκλο. Επιπλέον η εργασία συμβάλλει στην ανάπτυξη της προσωπικής ταυτότητας καθώς τα άτομα ταυτίζονται με τον ρόλο του εργαζόμενου, γεγονός που με την σειρά του συμβάλλει στην ενεργητικότητα, στην κινητοποίηση αλλά και στην προσπάθεια για εξέλιξη των ατόμων τόσο εντός του εργασιακού πλαισίου όσο και στην κοινοτική ζωή.

Από τα προαναφερόμενα, κρίνεται αναγκαία η τοποθέτηση, όπου η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες δεν δύναται να διερευνηθούν δίχως να δοθεί έμφαση στο κοινωνικό στίγμα της ψυχικής νόσου ή αντιληπτό στίγμα, το οποίο αφορά τον στιγματισμό των ατόμων εξαιτίας καταστάσεων υγείας και τις διακρίσεις που τα άτομα

αυτά δέχονται ή φοβούνται ότι θα δεχτούν από την σύνολο της κοινότητας ή τον κοινωνικό περίγυρο τους (Van, et al., 2006). Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η αντίσταση των ατόμων απέναντι στο κοινωνικό στίγμα, καθώς αν και έχουν βιώσει συνθήκες διακρίσεων και στιγματισμού, οι ίδιοι δεν έχουν υιοθετήσει αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στον εαυτό τους προλαμβάνοντας έτσι τον αυτοστιγματισμό. Η αντίσταση στο στίγμα και η υψηλή ανθεκτικότητα του ατόμου αποτελούν δείκτη που σχετίζεται θετικά με την αφοσίωση στην φαρμακευτική αγωγή. Τα άτομα που δεν αυτοστιγματοποιούνται τείνουν να συμμορφώνονται με την προτεινόμενη θεραπεία αναγνωρίζοντας ότι η αγωγή δεν αποτελεί δείκτη κοινωνικού στιγματισμού. Σε αυτό το σημείο δεν θα μπορούσε να μην αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας τονίζουν την κοινωνική πλευρά του στίγματος, καθώς αντιλαμβάνονται ότι οι διακρίσεις αποτελούν κοινωνική κατασκευή. Πιο συγκεκριμένα, αναζητώντας στο περίγυρο τους, δεν εντοπίζουν τον στιγματισμό σε συνθήκες που αφορούν την φύση, τα ζώα και τα άγια, αλλά αντίθετα τον ανιχνεύουν στην συνδιαλλαγή τους με τα κοινωνικά όντα, τους ανθρώπους, εντός του κοινωνικού πλαισίου. Σημαντικό είναι ότι ο στιγματισμός του κοινωνικού περιβάλλοντος γίνεται αντιληπτός από την επαφή των ατόμων με τις μονάδες ψυχικής υγείας, πριν καν επέρθει η διάγνωση. Οι συμμετέχοντες ανιχνεύουν διττό ρόλο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς αφενός οι επαγγελματίες δεν συμπεριφέρονται με διακρίσεις και δεν προβάλλουν το στίγμα της ψυχικής νόσου, όμως η προσέγγιση προς αυτούς στιγματίζει τα άτομα από το σύνολο της κοινότητας.

Με την ολοκλήρωση της παρουσίασης των αποτελεσμάτων, το ενδιαφέρον στρέφεται στους προκαθορισμένους στόχους της μεθόδου Photovoice, με ένα από τους πιο σημαντικούς να είναι η ενεργοποίηση των ατόμων να παρουσιάσουν το βίωμα τους σχετικά με την κοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση, γεγονός το οποίο επιτεύχθηκε καθώς τα άτομα που εκδήλωσαν ενδιαφέρον για συμμετοχή στην έρευνα, τελικά ολοκλήρωσαν την διαδικασία, παρά τις δυσκολίες που εντόπιζαν, όπως ήταν: α) η ανασφάλεια σχετικά με το ταίριασμα της εκάστοτε φωτογραφίας με τις θεματικές που είχαν προκαθοριστεί και β) η αγωνία αν θα μπορέσουν να ολοκληρώσουν την έρευνα ή θα διακόψουν την συμμετοχή τους. Οι δύο άλλοι στόχοι της μεθόδου αποσκοπούν: α) στην προώθηση του κριτικού διαλόγου και στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και β) στο να επηρεάσει τους φορείς χάραξης πολιτικής όπως είναι ο Δήμος Ρεθύμνου, η Περιφερειακή Ενότητα Ρεθύμνου και 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτη κ.α. Για να

επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, οι φωτογραφίες με τις λεζάντες παρουσιάστηκαν αρχικά στην Τακτική Γενική Συνέλευση του Κοι.ΣΠΕ Ρεθύμνου, όπου πραγματοποιήθηκαν και οι τριετείς αρχαιρεσίες, με επακόλουθο την υψηλή προσέλευση των μελών. Στο σύνολο της η έρευνα δέχθηκε θετικές στάσεις από τους παρευρισκόμενους, ενώ πιο συγκεκριμένα τα άτομα παρατήρησαν ότι η αξία των φορέων εργασιακής επανένταξης, ενισχύεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Στην συνέχεια, τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν επιπλέον την κοινότητα του Ρεθύμνου σε μορφή έκθεσης φωτογραφιών αφενός στις δομές που συμμετείχαν και σε άλλους αρμόδιους φορείς και αφετέρου θα γίνει προσπάθεια να αναρτηθούν στον αμφιθεατρικό χώρο του Νοσοκομείου αλλά και σε επιμέρους σημεία στο Νοσοκομείο με έντονη κινητικότητα (Είσοδος, Έξοδος, Επείγοντα, Γκισέ). Επίσης θα γίνει προσπάθεια να δημοσιευτεί σε τοπική ηλεκτρονική εφημερίδα (π.χ.GOODnet) , στα social media των δομών αλλά και σε τοπικές έντυπες εφημερίδες. Τέλος σε μελλοντικό χρόνο θα γίνει προσπάθεια να παρουσιαστεί σε ημερίδες που αφορούν την ψυχική υγεία και ιδιαίτερα σε συναντήσεις για τις μέρες ψυχικής υγείας (10 Οκτωβρίου).

Εν κατακλείδι, η κοινωνική επανένταξη, η εργασιακή αποκατάσταση και το στίγμα αποτελούν συνθήκες αντιληπτές μόνο εντός του κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι κοινότητες ανά τον κόσμο τείνουν να διαμορφώνονται σε τάξεις, διαχωρίζοντας τα μέλη τους σε κατηγορίες σύμφωνα με τις διαφορές και τις ομοιότητες. Η υγεία και η νόσος, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά, αποτελούσε πάντα, αποτελεί και θα αποτελεί δείκτη διαχωρισμού των ατόμων σε υγιείς και σε ασθενείς. Σε μία τέτοια συνθήκη δεν θα μπορούσε να λείπει η ψυχική υγεία και η ψυχική νόσος που δομείται στην βάση του στίγματος και των διακρίσεων ως ανάγκη ταξινόμησης των μελών της κοινότητας. Πριν την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αυτός ο διαχωρισμός ήταν έντονα αντιληπτός τόσο κτιριακά όσο και γεωγραφικά, καθώς πολλά άτομα που έπασχαν ψυχική διαταραχή μεταφέρονταν σε ιδρύματα μόνιμης παραμονής σε απομακρυσμένες περιοχές όπως η Λέρος και η Σούδα της Κρήτης, με ελάχιστες πρακτικές επανένταξης και επιστροφής των ατόμων στο κοινοτικό σύνολο.

Με την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και το κλείσιμο των ιδρυμάτων, δόθηκε μία πνοή στην ψυχική υγεία, καθώς η κοινοτική ψυχιατρική προκάλεσε αναταραχή στην κοινωνικές δομές με την ένταξη μονάδων ψυχικής υγείας εντός της κοινότητας. Η ψυχιατρική θεραπεία μεταφέρθηκε από την απλή καταστολή της έξαρσης των συμπτωμάτων, στην ψυχική ισορροπία και στην πολυπαραγοντική

ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, με βασικές πυξίδες την επανένταξη στην κοινότητα και στην εργασία. Την τελευταία 20ετία έχουν γίνει αξιόλογες προσπάθειες τόσο για την κοινωνική επανένταξη, με την μεταφορά της ψυχιατρικής θεραπείας εντός της κοινότητας όσο και για την επαγγελματική απασχόληση με κοινοτικές καινοτομίες της κοινωνικής αλληλέγγυας οικονομίας, όπως είναι οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης (Κοι.ΣΠΕ), οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί ένταξης και οι υποστηριζόμενες μορφές απασχόλησης. Οι κοινοτικές αυτές παρεμβάσεις δεν έχουν αφήσει ασυγκίνητες τις κοινότητες, καθώς οι ημερίδες ευαισθητοποίησης, οι κοινοτικές δράσεις, τα συνέδρια και οι ενημερώσεις για την ψυχική υγεία πολλαπλασιάζονται κάθε χρόνο, ιδιαίτερα από το 1992 με την έναρξη της Παγκόσμιας Ημέρας Ψυχικής Υγείας (10η Οκτωβρίου), που ως στόχο έχει την ευαισθητοποίηση του κοινού για τις ψυχικές παθήσεις.

Αισιόδοξα μηνύματα καταγράφονται καθημερινά και γίνονται αντιληπτά στην βελτίωση των συνθηκών ζωής των ψυχικά πασχόντων εντός ψυχιατρικών κλινικών, στην προσέγγιση των μονάδων ψυχικής υγείας από άτομα που χρήζουν θεραπεία, ακόμα και στην δημιουργία «Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές» από την ελληνική κυβέρνηση. Παρόλες τις προσπάθειες, το στίγμα παραμένει και οι διακρίσεις δεν αποτελούν παρελθόν καθώς αναπτύσσονται στον πυρήνα δόμησης των κοινοτήτων. Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει την αξία και την ερμηνεία της κοινωνικής επανένταξης και της εργασιακής αποκατάστασης στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που βιώνουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Περαιτέρω μελέτη για τα εμπόδια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θα είναι χρήσιμη για την δόμηση απαραίτητων ανθρωποκεντρικών παρεμβάσεων με σκοπό την επίτευξη του ευ ζην.

Προτάσεις

Το κοινωνικό στίγμα ως πυρήνας της κοινότητας καθορίζει τις ζωές των ατόμων που πάσχουν από ψυχική πάθηση και επηρεάζει τομείς όπως η έναρξη της νόσου, η αναζήτηση βοήθειας, η διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας, η ψυχική ανθεκτικότητα, η κοινωνική επανένταξη και η εργασιακή αποκατάσταση. Οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης τονίζουν ότι σύνηθες είναι να δέχονται διακρίσεις λόγω της φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός όμως που δεν θα έπρεπε να συμβαίνει καθώς τα φάρμακα λειτουργούν θετικά στην μείωση των συμπτωμάτων και στην διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας. Επιπροσθέτως, αναφέρουν ότι το στίγμα προέρχεται από τα μέλη των κοινοτήτων και περιλαμβάνει πράξεις διακρίσεων, προκαταλήψεις και στερεότυπα. Αυτά τα δύο δεδομένα, δομούν τις απαραίτητες παρεμβάσεις καθώς απαντούν στα ερωτήματα «τι;» και «ποιος;» για την αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής νόσου. Πιο συγκεκριμένα, αυτό που φαίνεται να έχουν ανάγκη τα μέλη της κοινότητας είναι επιπλέον ενημερώσεις σχετικά με όλο το φάσμα της ψυχικής υγείας (φαρμακευτική αγωγή, θεραπεία, υποτροπή-βελτίωση, επανένταξη, εργασία), με αναλυτικές πληροφορίες τόσο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όσο και από τα άτομα που αποτελούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας με μορφή ερευνών, που στόχος είναι οι ίδιοι να αποκαλύψουν τις προσωπικές τους εμπειρίες δίχως την καταπάτηση των προσωπικών δεδομένων. Με γνώμονα τα προαναφερθέντα αποτελέσματα και συμπεράσματα, προτείνεται η δόμηση παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης θεμάτων σχετικά με την ψυχική υγεία και νόσο, με και προς το σύνολο της κοινότητας του Δήμου Ρεθύμνου, με σκοπό να μειωθεί το στίγμα της ψυχικής νόσου, το οποίο φαίνεται να καθορίζει την εξέλιξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων.

Σημαντική παρατήρηση είναι το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις προς τις κοινότητες, είτε αφορά το σύνολο των μελών της κοινωνίας, ή μία ομάδα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τείνουν να οργανώνονται από τα «πάνω», δηλαδή από επαγγελματίες-ειδικούς ή από φορείς χάραξης πολιτικής, με σκοπό την δημιουργία πρακτικών και παρεμβάσεων που θα αξιοποιηθούν από τις ομάδες που το χρήζουν ανάγκη. Τέτοιες πρωτοβουλίες έχουν ήδη πραγματοποιηθεί με σκοπό την αντιμετώπιση του στίγματος και φαίνεται το αποτέλεσμα να έχει φτάσει μέχρι το σημείο που είναι εφικτό. Η παρούσα μελέτη δομήθηκε με ένα εργαλείο έρευνας, που βασικό χαρακτηριστικό έχει το να δώσει στα ίδια τα άτομα την ικανότητα να μιλήσουν και να κοινοποιήσουν το

βίωμα τους στο κοινωνικό σύνολο. Με την επιλογή αυτού του εργαλείου, προτείνεται η υιοθέτηση της ίδιας πρακτικής στην δημιουργία παρεμβάσεων για την μείωση του στιγματισμού. Πιο συγκεκριμένα, αντί για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων με πρωτοβουλία των «πάνω», προτείνεται ο σχεδιασμός της παρέμβασης να πραγματοποιείται είτε μαζί με τα άτομα στα οποία απευθύνεται ή ακόμα καλύτερα από τα ίδια τα άτομα τα οποία που θα αξιοποιήσουν την παρέμβαση, με την υποστήριξη κοινοτικών λειτουργών όπου είναι απαραίτητο. Με άλλα λόγια, η κοινότητα για αντιμετωπίσει ένα βαθύ κοινωνικό φαινόμενο που δημιουργεί προκλήσεις σε ένα μεγάλο σύνολο της, αρκεί να συντονιστεί ώστε να δημιουργήσει παρεμβάσεις σύμφωνα με τις ανάγκες της, τις ικανότητες και τα δυνατά της σημεία αλλά και με τις δυσκολίες και τις αδυναμίες της. Οι πρακτικές που στην βάση τους έχουν τον ίδιο τον πληθυσμό τείνουν να αξιοποιούνται καλύτερα από το κοινωνικό σύνολο καθώς στην δημιουργία τους δεν συντελούν παρατηρητές ή εξωτερικοί παράγοντες, αλλά τα ίδια τα μέλη της κοινότητας που θα λάβει μέρος στην παρέμβαση.

Εν κατακλείδι, προτείνεται διερεύνηση του κοινωνικού στίγματος και ιδιαίτερα της βάσης πάνω στην οποία δομούνται και αναπαράγονται οι διακρίσεις (π.χ. ελλείψει πληροφοριών και γνώσεων), όπως και αναζήτηση των δυσκολιών που βιώνουν τα άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο κατά τα στάδια της κοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι παρούσες έρευνες χρειάζεται να δομηθούν με τα ελάχιστα φίλτρα εκ μέρος των ερευνητών, ώστε τα ίδια τα άτομα να λάβουν την ερευνητική διαδικασία στα χέρια τους και να αναδείξουν τα ζητήματα που τους αφορούν. Τέλος, πρακτικές και παρεμβάσεις είναι επιτακτικής ανάγκης για την αντιμετώπιση του στίγματος με την διαφορά ότι ο σχεδιασμός τους θα προέρχεται από την ίδια την κοινότητα προς τα ίδια τα μέλη της.

Βιβλιογραφία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

7η ΥΠΕ Κρήτης. (2008). Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου - Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου . Ρέθυμνο .

7η ΥΠΕ Κρήτης. (2008). Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου - Ψυχιατρική Κλινική. Ρέθυμνο.

Αθανασιάδου, Μ., Ανοιζά, Μ., Γιαννόγλου, Σ., Δερέτση, Γ., Διακογιάννης, Ι., Ζεράκης, Ν., . . . Σκαρπάρη, Σ. (2022, Nov. 30). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in Psychiatry*.

Αρωδαμός. (2015). Κοι.Σ.Π.Ε Ρεθύμνου: Μάθε κοινωνικά, Δράσε υποστηρικτικά και Νιώσε ευχάριστα. Ρέθυμνο.

Βασιλοπούλου, Γ., & Κατσιμίγκας, Γ. (2010, Απρίλιος-Ιούνιος). Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9, σσ. 158-170.

Βενιέρης, Δ. (2013). *ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ: Το Τέλος των Ύμνων* . Αθήνα: ΜΟΤΙΒΟ ΕΚΔΟΤΙΚΗ .

Γιότης, Λ., Γραμανδάνη, Κ., Λούκη, Ε., Οικονόμου, Μ., Πέππου, Λ., & Στεφανής, Σ. (2012, Sep.). Fighting psychiatric stigma in the classroom: the impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry*, σσ. 544-551. doi:<https://doi.org/10.1177/0020764011413678>

Δημόπουλος, Χ., Κασσαβέτης, Δ., Μουζάκη, Μ., & Σουλιώτης, Κ. (2023). Από το ασυλιακό περιβάλλον στην κοινότητα: Οι ΚοιΣΠΕ ως μηχανισμός κοινωνικής επανένταξης. (Μ. Ζουμπουλάκης, & Π. Βέργου, Επιμ.) *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, 21(78), σσ. 3-27.

Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος. (2024). "Σβήνουμε το στίγμα.Στο λόγο μας". Ανάκτηση από Οι βασικότερες ψυχικές διαταραχές: <https://svinoumetostigma.gr/mathe-gia-tis-psychikes-diataraches/>

Ζήση, Α. (2002). *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων*. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ-Γιώργος Δαρδανός.

Θεοδωράκης, Π. (2008). Το "κλείσιμο" των ψυχιατρείων στην Ελλάδα: Μύθος ή Πραγματικότητα;. *Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής* (σ. 71). Ηράκλειο: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία Ε.Ψ.Ε.

Θεοδώρου, Μ., & Μητροσύλη, Μ. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις : Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας* (Τόμ. Γ'). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Θεοχαράκης, Ν., Στυλιανίδης, Σ., & Χόνδρος, Π. (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μία διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΑ & ΤΕΧΝΕΣ*.

- Καραγκούνης, Β. (2018). *Κοινωνική Εργασία στην Υγεία: Θεωρήσεις, Μεθόδοι και Πρακτικές στον χώρο του νοσοκομείου και στην κοινότητα*. (Μ. Αποστολοπούλου, Επιμ.) Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Καρύδη, Μ. (2010). Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και το Βίωμα της Νόσου των Ατόμων με Ψυχιατρικά Προβλήματα. *Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις - Προβληματισμοί*. Αποθετήριο Ήλιος.
- Κασσαβέτης, Δ. (2010). Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί. *Συλλογικό Έργο - Τιμητικός τόμος καθηγητή Ιωάννη Βούλγαρη*. Αθήνα: Σάκκουλας.
- Κασσιμάτη, Κ. (1998). *Έρευνα για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά της απασχόλησης*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών ερευνών.
- Κοκκινάκος, Γ. (2008). Ο Ρόλος των Ψυχιατρικών Δομών και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας του Νομού Χανίων στην Προετοιμασία του Κλεισίματος των Ψυχιατρικών Δομών . *Πρακτικά του 20ου Συνεδρίου Ψυχιατρικής* (σ. 71). 2008: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία Ε.Ψ.Ε.
- Κόντης, Κ. (2008). Πορεία του Προγράμματος Ψυχαργω στο ΨΝΑ - Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. *Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής* (σ. 54). Ηράκλειο: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία Ε.Ψ.Ε.
- Κουπίδης, Σ. (2020). *Η εργασία ως επένδυση στην ψυχική υγεία και ως δικαίωμα του ψυχικά πάσχοντα*. Πρακτικά του 28ο Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής Ε.Ψ.Ε.
- Κούτρα, Κ. (2022). PHOTONOICE METHOD. στο ΔΙΠΜΣ "Κοινοτική Εργασία και Κοινωνική Οικονομία" του Πανεπιστημίου Κρήτης και του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.
- Κυριακάκης, Β. (1987). Κοινωνική Αποκατάσταση και Επανένταξη Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Στο Γ. Παπαδάτου, *Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση* (σσ. 387-402). Αθήνα: Εκδόσεις Ειρήνη .
- Λούκη, Ε., Οικονόμου , Μ., Πέππου, Ε., Στεφανής, Κ., & Χαρίτση , Μ. (2010). Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική Προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες. (Ε. Π. (ΕΠΨΥ), Επιμ.) *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (Ε.Ψ.Ε)*, σσ. 217-2225.
- Μαδιανός , Μ. (1996). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία: Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. *1*.
- Μαδιανός, Μ. (1994). *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση-από το άσυλο στην κοινότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός, Μ. (1996). *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία: Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή* (Τόμ. 2). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μάμας, Θ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.

- Μαρτινάκη, Σ., Μαυρέας, Β., Πλουμπίδης, Δ., & Τσόπελας, Χ. (2010). Μεταβολή της Οικογενειακής ατμόσφαιρας θεραπευόμενων σε αποκαταστασιακές δομές. *Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής "Εξαρτήσεις, Συννοσηρότητα, Πρόληψη & Θεραπεία"*, σσ. 145-153.
- Ματθαίου, Ε. (2017). Οι πολιτικές για την Ψυχική Υγεία του Π.Ο.Υ και η Διερεύνηση της Άσκησης των Πολιτικών στις Κοινοτικές Δομές στο Σύστημα της Ψυχικής Υγείας της Κύπρου . *Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Δημόσια Διοίκηση" της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης* . Πανεπιστήμιο Νεάπολις Κύπρου .
- Μπιλανάκης, Ν. (2004). *Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΟΔΥΣΣΕΑΣ.
- Μπουρδούνη, ΄.-Μ. (2022, Μάιος 19). Κοινωνικός αποκλεισμός και φτώχεια: έννοιες ταυτόσημες;. *Social Policy - Κοινωνική Πολιτική & Κοινωνική Θεωρία* .
- ΝΟΜΟΣ 2716/1999, Φ. (ΦΕΚ Α' 96/17.5.1999). Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.
- Οικονόμου, Μ. (2004). Στίγμα και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. *Πρακτικά του 18ου Πανελλήνιου Συνέδριου Ψυχιατρικής* (σ. 52). Κως: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία Ε.Ψ.Ε.
- Π.Ο.Υ. (1996). *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles*. Geneva: WHO Press.
- Π.Ο.Υ. (2005). *Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα: Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και της Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας*. (Β. Ζαχαρίας, Επιμ., & Γ. Πασαντωνόπουλος, Μεταφρ.) Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Π.Ο.Υ. (2013). *Mental health action plan 2013-2020 : Overview of the Mental Health Action Plan 2013-2020*. (D. M. Chan, Επιμ.) Ανάκτηση 01 30, 2024, από WHO: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=888F6937BB298FBF9676AE46BF086ABC?sequence=1
- Παλάσκας , Σ. (2021). Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Το ζήτημα της αποτελεσματικότητας των Στεγαστικών Δομών για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα. *ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ* . Αθήνα.
- Παναγιωτοπούλου , Α. (2015). Ψυχική Νόσος & Στίγμα: Διαδικασία Αποστιγματισμού στην Κοινότητα. *Πτυχιακή Εργασία του Τ.Ε.Ι Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης - Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας - Τμήμα Νοσηλευτικής* . Διδυμότειχο.
- Πανελλήνιος Ψυχολογικός Σύλλογος. (2014, Δεκέμβριος). Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων. Αθήνα.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2002). *Κοινωνικός Αποκλεισμός : Για τους ανθρώπους που παραμερίζουμε*. Αθήνα: Αρμός.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2004). *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*. (Μ. Πετμεζίδου, & Χ. Παπαθεοδώρου, Επιμ.) Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ.

- ΠΟΚοιΣΠΕ. (2011). Επιχειρούμε μαζί: ΠΟΚοιΣΠΕ. Αθήνα.
- Πόλα, Ν. (2010). Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης: Ο ρόλος του Κοινοτικού Φορέα Ψυχικής Υγείας. Στο Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Ε. Βλαχάκη, & Γ. Μανιαδάκης (Επιμ.), *Ψυχική Υγιεινή και Ψυχική Διαταραχή στην Κοινότητα: Ζητήματα Πρόληψης, Θεραπείας και Εκπαίδευσης* (σσ. 75-91). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Ράγια, Α. (1993). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: ΙΔΙΩΤΙΚΗ.
- Ράγια, Α. (2004). *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: ΙΔΙΩΤΙΚΗ.
- Ράτσικα, Ν. (2023). Κοινωνική Συμμετοχή . *Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Οικονομία*. Ηράκλειο, Κρήτης.
- Ρόκα, Ό. (2015). *Εργασιακή ένταξη/επανεκπαίδευση και αναπηροί διαδικασίες και τα αποτελέσματα της υποστηριζόμενης απασχόλησης από την οπτική των ληπτών και των επαγγελματιών-συμβούλων*. Βόλος: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας- Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία".
- Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ. Ρεθύμνου . (2010). Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία. Ρέθυμνο .
- Τομάρας, Β. (2004). Η ψυχιατρική αποκατάσταση από αντί-ιδρυματική σκοπιά. *Πρακτικά 18ου Πανελληνίου Συνέδριου Ψυχιατρικής* (σ. 68). Κως: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία Ε.Ψ.Ε.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Νέα Υγεία.
- Υπ. Απόφαση Γ3β/Γ.Π.οικ.40569/2019. (χ.χ.). Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του ν.2716/1999.
- Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.876/2000. (χ.χ.). ΦΕΚ 661/Β/23-5-2000. *Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων* .

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Ajayi, K., Allgower, A., Baumgartner, J., Breilmann, J., Falkai, P., Günhe, U., . . . Pabst, A. (2021, Apr. 16). Employment status and desire for work in severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, σσ. 1657-1667.
- Albanese, E., Chrtková, D., Čihařová, M., Janoušková, M., Krupchanka, D., Munzel, D., . . . Winkler, P. (2018, 9). Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science and Medicine*, σσ. 129 - 135. doi:10.1016/j.socscimed.2018.07.015

- American Psychiatric Association. (1996). *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV*. (Κ. Κοτζαμάνης, Επιμ., & Κ. Γκοτζαμάνης, Μεταφρ.) Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5η εκδ.). American Psychiatric Publishing.
- Amering, M., Bhargavi, D., Freidin, J., Froggatt, D., Herrman, H., Jafri, H., . . . Warner, R. (2011, 10 10). Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry*, σσ. 229-236. doi:<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00062.x>
- Amin, T. Kazemi, F., Omid, F., Zahra, S., Farideh, R., & (2024, 1 17). Internalized Stigma and Adherence to Treatment Among Outpatients with Mental Illness. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. doi:10.5812/ijpbs-139384
- Amresh, Avinash, Lodha, Pragya, Shrivastava, & Sousa. (2018, Jul-Dec). Research Progress in the Understanding and Implications of Stigma Related to Mental Health. *Annals of Indian Psychiatry*, σσ. 93-100. doi: 10.4103/aip.aip_27_18
- Arboleda-Florez, J. (2002, Feb). What causes stigma? *World Psychiatric Association*, σσ. 25-26.
- Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordan, M., Kroht, B., Mutamba, B., . . . Singla, D. (2018). The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>
- Authority, B. H. (1999). *Positive Steps 2000: Surviving the New Millennium* .
- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. (Κ. Ζαφειρόπουλος, Επιμ.) Αθήνα: Κριτική.
- Becker, D., Bond, G., Drake, R., Fraser , V., Frounfelker, R., Kim, S., . . . Swanson, S. (2015, Jun. 1). A Controlled Trial of Supported Employment for People With Severe Mental Illness and Justice Involvement. *American Psychiatric Association*. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400510>
- Belger, A., Drake, R., Keefe, R., Lieberman, J., Perkins, D., Sederer, L., & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, σσ. 487-496. doi:<https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.5.487>
- Benburg, J. (2019). Labeling theory. Στο *Handbook on Crime and Deviance* (σσ. 179-196). Springer Nature.
- Beresford, P. (2005). Social work and a social model of madness and distress: developing a viable role for the future. *Social Work & Social Science Review*. doi:<https://doi.org/10.1921/swssr.v12i2.454>

- Black, K., Kopala, L., Milliken, H., Peters, S., Rui, Q., & Whitehorn, D. (2001, Mar. 1). Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophr Res*, σσ. 215-22. doi:https://doi.org/10.1016/s0920-9964(00)00144-4
- Bond, G., Rapp, C., Rollins, A., Salyers, M., & Zipple, A. (2004, Dec.). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal*, σσ. 569-588. doi:https://doi.org/10.1007/s10597-004-6130-8
- Bonnington, O., & Rose, D. (2014, 12). Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis. *Social Science & Medicine*, σσ. 7-17. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.048
- Bono, E., Francesconi, M., Kelly, Y., Marmot, M., & Sacker, A. (2011). What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *ArchDisChild*. doi:10.1136/adc.2010.195917
- Borg, M., & Davidson, L. (2009, 7 6). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, σσ. 129-140. doi:https://doi.org/10.1080/09638230701498382
- Brenda, M., & Brien, L. (2005, Feb.). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, σσ. 393-421. doi:https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Brohan, E., Holmes-Lewis, E., Kassam, A., & Thornicroft, G. (2008, April 13). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*. doi:https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-3
- Brophy, L., Doroud, N., Fortune, T., Fossey, E., & Mountford, L. (2022, 2 31). A journey of living well: a participatory photovoice study exploring recovery and everyday activities with people experiencing mental illness. *Journal of Mental Health*, σσ. 246-254. doi:https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080/09638237.2021.1952950
- Bryant, R., Christensen, H., Harvey, S., Joyce, S., Mitchell, P., Modini, M., & Mykletun, A. (2016, Aug. 24). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, σσ. 331-336. doi:https://doi.org/10.1177/1039856215618523
- Buch, B., Chauhan, A., Kotwani, P., Makwana, S., Pandya, A., Saha, S., & Vikar, S. (2020, Feb.). Psychosocial rehabilitation of people living with mental illness: Lessons learned from community-based psychiatric rehabilitation centres in Gujarat. *Journal of Family Medicine Primary Care*, σσ. 892-897. doi:https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_991_19
- Burris, M., & Wang, C. (1997). Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior: the official*

- publication of the Society for Public Health Education*, σσ. 269-387. doi:<https://doi.org/10.1177/109019819702400309>
- Buser, S., & Cruz, L. (2014). *DSM-5 insanely simplified: Unlocking the spectrums within DSM-5 & ICD 10*. North Carolina: Chiron Publications.
- Byrne, P. (2018). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. Στο *Advances in Psychiatric Treatment* (σσ. 65-72). Cambridge University Press.
- Cambridge University Press. (2019). *ΛΕΞΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ CAMBRIDGE* (Τόμ. Α'). (D. Matsumoto, Επιμ.) Αθήνα: ΠΕΔΙΟ.
- Cambridge University Press. (2019). Λεξικό Ψυχολογίας του Cambridge. *Β' Τόμος*. (D. Matsumoto, Επιμ.) New York, ΗΠΑ: ΠΕΔΙΟ .
- Carlisle, C., Mason, T., Watkins, C., & Whitehead, E. (2001). *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*. London & New York: ROUTLEDGE.
- Carrara, B., & Ventura, C. (2017, November 7). Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, σσ. 317-324. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.001>
- Chaudhury, S., Pande, V., & Saini, R. (2011, Jan-Jul). Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals. *Industrial Psychiatric Journal*, σσ. 17-20. doi:10.4103/0972-6748.98409
- Cinculova, A., Holubova, M., Kamaradova, D., Kubinek, R., Latalova, K., Mainerova, B., . . . Tichaskova, A. (2016, 7 22). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*, σσ. 1289 - 1298. doi:10.2147/PPA.S99136
- Clough, B., Jauch, M., O'Donovan, A., & Occhipinti, S. (2024). A Qualitative Study Into the Relative Stigmatization of Mental Illness by Mental Health Professionals. *Qualitative Health Research*. doi:10.1177/10497323241238618
- Corrigan, P., & Kosyluk, K. (2014). Mental illness stigma: Types, constructs, and vehicles for change. Στο P. Corrigan, *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (σσ. 35–56). American Psychological Association.
- Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D. (2014, 10 3). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, σσ. 37-70. doi:<https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P., Nieweglowski, K., & Sheehan, L. (2017). Structures and Types of Stigma. Στο *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (σσ. 43-66). Springer.
- Culkin, J., & Perrotto, R. (2008). *Θεμελιώδεις Αρχές της Ψυχολογίας: Εφαρμογές στην Ζωή & την Εργασία*. (Α.-Σ. Αντωνίου, Γ. Μπακοπούλου, Επιμ., & Μ. Πάντα, Μεταφρ.) Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Danermark, B., Gustafsson, J., & Peralta, J. (2018, 2 1). Supported Employment and Social Inclusion – Experiences of Workers with Disabilities in Wage Subsidized

- Employment in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research*, σσ. 26-36. doi:<https://doi.org/10.16993/sjdr.36>
- Diska, E., & Sally, R. (1997). Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: Results of the Employer Attitude Questionnaire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, σσ. 31-44.
- EUSE. (2010). *EUSE Report 2009: A Brief Overview Of Supported Employment In Europe*. Library & Information Centre - University of Thessaly : Institutional Repository .
- Farreras, I. (2021). *History of Mental Illness*. (B. Diener, & E. Diener, Επιμ.) DEF Publishers.
- Fernandez, P., Lim, H., & Ong, H. (2021, May 5). Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singap. Med. J.*, σσ. 213-219. doi:<https://doi.org/10.11622/smedj.2021057>
- Franck, N., & Morin, L. (2017, Jun. 12). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00100>
- Freedman , A., Kaplan, H., & Sadock, B. (1975). *Comprehensive textbook of Psychiatry Second* .
- Glover, H., Kalyanasundaram, V., Momenzadah, S., & Tooth, B. (2003, 10). Factors Consumers Identify as Important to Recovery from Schizophrenia. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, σσ. 70-77. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.11.s1.1.x>
- Goffman , E. (1986). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster Inc.
- Goffman, E. (2001). *Στίγμα: Σημειώσεις για την Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*. (Δ. Μακρυγιώτη, Μεταφρ.) Αθήνα: ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ.
- Goldberg, R., Klingaman, E., Molinari, V., Muralidharan , A., & Prior, S. (2016). Medical and psychosocial barriers to weight management in older veterans with and without serious mental illness. *Psychological Services*, σσ. 419–427. doi:<https://doi.org/10.1037/ser0000088>
- Hannes , K., & Wang, Q. (2014, March). Academic and socio-cultural adjustment among Asian international students in the Flemish community of Belgium: A photovoice project. *International Journal of Intercultural Relations*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2013.09.013>
- Harper , D. (2002, Apr.). Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual Studies*, σσ. 13-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14725860220137345>
- Hofer, A., Hoertnagl, C., Frajo-Apor, B., Fleischhacker, W., Post, F., Pardeller, S., & Kemmler, G. (2018, 7 13). Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical

- symptoms. *Psychiatry Research*, σσ. 396-401.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.029>
- Hoffmann, M., & Richter, D. (2019, Aug. 28). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology & Psychiatric Science*, σσ. 427-435.
doi:<https://doi.org/10.1017/s2045796017000786>
- Ihuoma, N. (2022, Νοέμβριος). *American Psychiatric Association*. Ανάκτηση από What is mental illness?: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Joint Commissioning Panel for Mental Health. (2015). *Guidance for commissioning public mental health services - Practical mental health commissioning*. RaffCreative.
- Jun, Y., & Yumi, Y. (2024, 3). The Process of Cultivating Autonomous Working Motivation in Supported Employment Program Users in Psychiatry. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, σσ. 55-66.
doi:[10.1007/s40737-022-00322-3](https://doi.org/10.1007/s40737-022-00322-3)
- Kaneko, Y., & Keshavan, M. (2012, Dec.). Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology & Neuroscience*, σσ. 125-135.
doi:<https://doi.org/10.9758%2Fcpn.2012.10.3.125>
- Kao, Y.-C., Lien, Y.-J., Chang, H.-A., Tzeng, N.-S., Yeh, C.-B., & Loh, C.-H. (2017, 1 10). Stigma Resistance in Stable Schizophrenia: The Relative Contributions of Stereotype Endorsement, Self-Reflection, Self-Esteem, and Coping Styles. *The Canadian Journal of Psychiatry*, σσ. 735 - 744.
doi:[10.1177/0706743717730827](https://doi.org/10.1177/0706743717730827)
- Kassam, A., Pinfold, V., Rose, D., & Thornicroft, G. (2007, June 28). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*.
doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Khalema, N. (2014, Nov. 20). Perspectives on Employment Integration, Mental Illness and Disability, and Workplace Health. *Advances in Public Health*.
doi:<https://doi.org/10.1155/2014/258614>
- Kommu, J., Mathew, T., & Nirmala, B. (2023, 2). Personal meaning of recovery among persons with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, σσ. 78-85. doi:[10.1177/00207640211068370](https://doi.org/10.1177/00207640211068370)
- Kring, A., & Johnson, S. (2021). Introduction and Historical Overview. Στο *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders* (15 εκδ.). Wiley.
- Leipert, B., Plunkett, R., & Ray, S. (2013, Jun. 20). Unspoken phenomena: using the photovoice method to enrich phenomenological inquiry. *Nursing Inquiry*, σσ. 156-164. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2012.00594.x>

- Letts, L., & Strong, S. (2021, 10). Personal narratives of learning self-management: Lessons for practice based on experiences of people with serious mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, σσ. 395 - 406. doi:10.1111/1440-1630.12748
- Levitas, R. (2005). Three discourses of social exclusion. Στο P. Macmillan, *The Inclusive Society?* (σσ. 7-28). London : University of Bristol.
- Li, Z, Shi, X., Sun, X., Zhang, C., &. (2024, 3 21). Individual stigma in people with severe mental illness: Associations with public stigma, psychological capital, cognitive appraisal and RO coping orientations. *Comprehensive Psychiatry*. doi:https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152474
- Lindhout, P., & Swuste, P. (2012, Oct.). Safety in multilingual work settings Reviewing a neglected subject in European Union policymaking. *European Journal of Language Policy*, σσ. 137-169. doi:http://dx.doi.org/10.3828/ejlp.2012.10
- Lindhout, P., Reniers, G., & Teunissen, T. (2021, Nov. 15). What about Using Photovoice for Health and Safety? *Int.J. Environ. Res. Public Health*. doi:https://doi.org/10.3390/ijerph182211985
- Lindhout, P., Teunissen, T., & Visse, M. (2020, Dec. 14). Inarticulate Experiences in Qualitative Health Research: Bounds and Bounty of Expression Types. *International Journal of Qualitative Methods*. doi:https://doi.org/10.1177/1609406920978107
- Mattes, A. (1982, Oct.). The optimal length of hospitalization for psychiatric patients: a review of the literature. *Hospital Community Psychiatry*, σσ. 824-828. doi:https://doi.org/10.1176/ps.33.10.824
- Morrens, M., Vansteenkiste, T., & Westerhof, G. (2020, 11 23). Images of Recovery: A PhotoVoice Study on Visual Narratives of Personal Recovery in Persons with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, σσ. 1151–1163. doi:10.1007/s10597-020-00746-w
- NIMH. (1987). *Toward a model plan for a comprehensive, community-based mental health system : administrative document*. (N. I. Health, Επιμ.) Washington DC: National Institute of Mental Health.
- Patel, V., & Prince, M. (2010, 5 19). Global Mental Health : A New Global Health Field Comes of Age. *JAMA Network*. doi:10.1001/jama.2010.616
- Piat, M., Seida, K., & Sabetti, J. (2017, 11 13). Understanding everyday life and mental health recovery through CHIME. *Mental Health and Social Inclusion*, σσ. 271-279. doi:DOI 10.1108/MHSI-08-2017-0034
- Schladitz, K., Weitzel, E., Lobner, M., Soltmann, B., Jessen, F., Pfennig, A., . . . Guhne, U. (2023, 8 9). Experiencing (Shared) Decision Making: Results from a Qualitative Study of People with Mental Illness and Their Family Members. *Healthcare (Switzerland)*. doi:10.3390/healthcare11162237

- Sjöström, S. (2017). Labelling theory. Στο *In Routledge International Handbook of Critical Mental* (σσ. 15-23). Routledge.
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lako, S., Muehlan, H., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2017, 12). The Stigma of Mental Illness as a Barrier to Self Labeling as Having a Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, σσ. 903-909. doi:10.1097/NMD.0000000000000756
- Stowe-Maloney, R. (2022, 3). Discrimination and Stigma of Mentally Ill Patients among Health Care Workers and the Public in Developing Countries; its Effect on the Integration of Mental Health Services into the Primary Health Care System-A Systematic Review. *Texila International Journal of Public Health*. doi:10.21522/TIJPH.2013.10.01.Art029
- Trang, N., & Xiaoming, L. (2020, Feb. 19). Understanding public-stigma and self-stigma in the context of dementia: A systematic review of the global literature. *National Library of Medicine*, σσ. 148-181. doi:10.1177/1471301218800122
- UCL IHE. (2012). *The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London*. London: UCL IHE.
- Van, B., Anderson, A., Mutatkar, R., Bakirtzief, Z., Nicholls, P., & Raju, M. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public. *Disability and Rehabilitation*, σσ. 193-203.
- Wang, C. (1999). Photovoice: A participatory action research strategy applied to women's health. (M. Liebert, Επιμ.) *Journal of women's health*., σσ. 185-192.
- World Health Organization. (2008). *the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. Switzerland : WHO Press.
- World Health Organization. (2024). Self-care for health and well-being. Ανάκτηση 6 6, 2024, από https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1
- World Psychiatric Association. (2024, Jan.). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatric - Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. doi:10.1002/wps.21160