



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

ΤΟΥ

ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΗ ΣΠΥΡΙΔΩΝ
ΑΜ. 141 ΈΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ 2008

ΜΕ ΤΙΤΛΟ
ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
Κ. ΧΙΩΤΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2009

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

| | |
|--|-----------|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 4 |
| ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ | 5 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 6 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | 9 |
| 1.1 Οι Διακρίσεις | 9 |
| 1.2 Ο Στιγματισμός | 9 |
| 1.3 Η Περιθωριοποίηση | 10 |
| 1.4 Η Ανικανότητα (disability) | 10 |
| 1.5 Η Χρόνια Πάθηση | 10 |
| 1.6 Η Υγεία | 11 |
| 1.7 Η Ψυχική Υγεία | 11 |
| 1.8 Οι Κανονικότητες | 11 |
| 1.9 Τα Πρότυπα | 12 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ | 13 |
| 2.1 Διακρίσεις σε επίπεδο Διαμονής | 13 |
| 2.2 Διακρίσεις σε επίπεδο Υγείας | 14 |
| 2.3 Διακρίσεις στον τομέα της Εκπαίδευσης | 15 |
| 2.4 Διακρίσεις στον τομέα των Υπηρεσιών | 16 |
| 2.5 Διακρίσεις στον τομέα της Ασφάλειας | 17 |
| 2.6 Συνολική Θεώρηση των Πέντε Τομέων | 18 |
| 2.7 Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις διακρίσεις | 18 |
| 2.8 Προσωπική Εμπειρία Διακρίσεων | 19 |
| 2.9 Η Ευρωπαϊκή Νομοθεσία και το Έτος 2007 | 20 |
| 2.10 Εθνική Νομοθεσία κατά των Διακρίσεων | 22 |
| 2.11 Ο τομέας της Διαμονής | 22 |
| 2.12 Ο τομέας της Υγείας | 23 |
| 2.13 Ο τομέας της Εκπαίδευσης | 23 |
| 2.14 Ο τομέας των Υπηρεσιών | 24 |
| 2.15 Ο τομέας της Ιατρικής Ασφάλισης | 24 |
| 2.16 Συνολική Θεώρηση Πέντε Τομέων σχετικά με τη Νομοθεσία | 25 |
| 2.17 Άτομα με αναπηρία και απασχόληση | 26 |
| 2.18 Τα αίτια του κοινωνικού αποκλεισμού | 27 |
| 2.19 Άτομα με αναπηρία: Πολίτες με ίσα δικαιώματα | 28 |



| | |
|--|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΑ | 29 |
| 3.1 Ο Ρόλος της Κοινωνίας..... | 29 |
| 3.2 Κοινωνικός Στιγματισμός..... | 32 |
| 3.3 Κοινωνικές Αναπαραστάσεις..... | 34 |
| 3.4 Κοινωνικό-Οικονομική Προσέγγιση | 36 |
| 3.5 Ο Ρόλος του Πολιτισμού | 36 |
| 3.6 Κοινωνική και Πολιτισμική δομή της γλώσσας..... | 39 |
| 3.6 Ο Ρόλος της Χριστιανικής Εκκλησίας στην Ελλάδα..... | 40 |
| 3.8 Αλλαγή στερεοτύπων και μείωση των προκαταλήψεων | 42 |
| 3.9 Συμπεράσματα | 43 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ | 44 |
| 4.1 Η Ιστορική εξέλιξη της Ψυχιατρικής Περίθαλψης..... | 44 |
| 4.2 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα..... | 45 |
| 4.3 Πολιτικές στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης..... | 46 |
| 4.4 Πρόγραμμα «Ψυχαργός»..... | 49 |
| 4.5 Πολιτικές στον τομέα της ψυχικής υγείας | 49 |
| 4.6 Πολιτική της Ένταξης..... | 50 |
| 4.7 Διαπολιτισμική Ψυχιατρική..... | 52 |
| 4.8 Συμπεράσματα | 53 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο:ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ..... | 54 |
| 5.1 Η Στάση της Τοπικής Κοινωνίας Ρεθύμνου στους Ψυχικά Πάσχοντες | 54 |
| 5.2 Τα δικαιώματα των Ψυχικά Πασχόντων..... | 55 |
| 5.3 Κοινωνική και Επαγγελματική Ένταξη των Ψυχικά Πασχόντων, Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί του Ν. 2716/99..... | 57 |
| 5.4 Πολιτικός Σχεδιασμός Επανένταξης Ψυχικά Πασχόντων | 57 |
| 5.5 Στιγματισμός Ψυχικά Πασχόντων | 58 |
| 5.6 Στερεοτυπικές στάσεις απέναντι σε ψυχικά πάσχοντες..... | 60 |
| 5.7 Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης..... | 61 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ | 63 |
| 6.1 Ερευνητικές Υποθέσεις..... | 63 |
| 6.2 Δείγμα | 63 |
| 6.3 Διαδικασία | 64 |
| 6.4 Ερωτηματολόγιο | 89 |
| 6.5 Αποτελέσματα..... | 65 |
| 6.6 Περιορισμοί | 80 |
| | |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 81 |
| | |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ | 83 |
| | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ | 86 |



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ποιες στρατηγικές ενσωμάτωσης υιοθετεί το κράτος; Ποια είναι η ανοχή και η ποιότητα ανεκτικότητας της κοινωνίας μας, απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες ή με ψυχολογικές δυσκολίες; Είναι εφικτή η δόμηση μίας κουλτούρας που θα αποδέχεται το διαφορετικό; Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να προσεγγίσει τα προαναφερθέντα ερωτήματα και να ανοίξει έναν διάλογο πάνω σε θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Βασικοί άξονες της εργασίας είναι η αποτίμηση των πολιτικών ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και ο ρόλος της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Οι παραπάνω θεματικοί άξονες μελετώνται σε ένα δείγμα 54 ατόμων - χρόνιων ψυχικά πασχόντων, με ήπια συμπτώματα, οι οποίοι απαντούν σε μία σειρά ερωτήσεων. Το δείγμα προέρχεται από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ), του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης. Τα αποτελέσματα αναλύονται με το στατιστικό πακέτο SPSS 17 και προβάλλονται με γραφικές παραστάσεις. Επίσης, πραγματοποιείται συγκριτική μελέτη των παραπάνω αποτελεσμάτων με διεθνή ευρωπαϊκά ερευνητικά δεδομένα. Επιπρόσθετα, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο θέμα του στιγματισμού των ατόμων με ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες και στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τέλος, αξιολογούνται οι προσπάθειες από-στιγματισμού της ψυχικής νόσου.

Λέξεις Κλειδιά: Πολιτικές Ψυχικής Υγείας, Στερεότυπα, Προκαταλήψεις, Στιγματισμός, Ψυχικά Πάσχοντες



ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Απόφοιτος Τμήματος Ψυχολογίας, Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης (2004-2008). Βαθμός Πτυχίου 8.28.

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πολιτική Ανάλυση και Πολιτική Θεωρία» στην κατεύθυνση «Πολιτική Ανάλυση Δημόσιων και Ευρωπαϊκών Πολιτικών» (2008-2009).

Μεταπτυχιακά Μαθήματα

1. Θεωρίες και Έννοιες στην Πολιτική Επιστήμη (Βαθμός 6)
2. Δημόσια Διοίκηση και Πολιτικές (Βαθμός 9)
3. Διαδικασίες Διαμόρφωσης και Εφαρμογής Ευρωπαϊκών Πολιτικών (Βαθμός 9)
4. Εκπαιδευτική και Πανεπιστημιακή Πολιτική (Βαθμός 10)
5. Πολυπολιτισμικότητα και Πολιτικές Διαχείρισης της Διαφορετικότητας (Βαθμός 8)
6. Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες (Βαθμός 10)

Μεταπτυχιακές Εργασίες

1. Ελληνική Πανεπιστημιακή Πολιτική. Από το Νόμο Πλαίσιο 1268/82 στη συζήτηση για το Νόμο του 2004.
2. Ιστορία και Δομή της Δημόσιας Διοίκησης. Η ανάγκη για Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση.
3. Διαδικασίες Διαμόρφωσης και Εφαρμογής Ευρωπαϊκών Πολιτικών.
4. Οι διακρίσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση
5. Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων
6. Research Design



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο **Κεφάλαιο 1** (Εννοιολογική Προσέγγιση), πραγματοποιείται η αποσαφήνιση των παρακάτω όρων: διάκριση, στιγματισμός, περιθωριοποίηση, ανικανότητα, χρόνια πάθηση, υγεία, ψυχική υγεία, κανονικότητες και πρότυπα. Αυτές οι έννοιες αποτελούν τον βασικό άξονα-πυρήνα της παρούσας μελέτης και αναλύονται περαιτέρω στα κεφάλαια που ακολουθούν.

Το **2^ο Κεφάλαιο** αναφέρεται στα άτομα με ανικανότητα-αναπηρία. Σε πρώτο επίπεδο, καταγράφονται, από το Ευρωβαρόμετρο (2008), τα ποσοστά διακρίσεων που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία σε πέντε τομείς (διαμονής, εκπαίδευσης, υγείας, υπηρεσιών, ασφάλειας). Σε δεύτερο επίπεδο, ακολουθεί μία συγκριτική μελέτη ανάμεσα στα ποσοστά διακρίσεων στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, των 27 μελών-κρατών. Ακόμα, η Ευρωπαϊκή Έκθεση, για τις διακρίσεις δίνει, έμφαση στο έτος 2007, το οποίο καθιερώθηκε ως το «Ευρωπαϊκό Έτος Ισότητας Ευκαιριών». Επιπρόσθετα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή μελετά την αναγκαιότητα θέσπισης Εθνικού Νομοθετικού πλαισίου στο εκάστοτε μέλος-κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο **3^ο Κεφάλαιο** (Κοινωνία και Πολιτισμός), αξιολογούνται τρεις βασικοί πυλώνες: η κοινωνία, ο πολιτισμός και η θρησκεία. Όσον αφορά τον πρώτο πυλώνα, αξίζει να αναφερθεί ότι η κοινωνία διαμορφώνει συγκεκριμένες προσδοκίες και κανονικότητες, τις οποίες τα άτομα-μέλη της κοινωνίας οφείλουν να υπακούσουν. Οποιαδήποτε παρέκκλιση, από το κοινωνικά καθιερωμένο, απαντάται ως μη φυσιολογικό, ως «τρελό», ως αντικοινωνικό, ως περιθωριακό και παθολογικό. Αυτή η διαδικασία αναδεικνύει την δύναμη της κοινωνίας, η οποία δημιουργεί στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις για τα άτομα που είναι ή φαίνονται διαφορετικά. Το στίγμα βέβαια, δεν το διαμορφώνει ο στιγματισμένος αλλά η ποιότητα της αλληλεπίδρασης του, με την κοινωνική πραγματικότητα. Επίσης, η αλληλεπίδραση αυτή συνήθως δημιουργεί συγκεκριμένα συναισθήματα και συγκεκριμένες συμπεριφορικές αντιδράσεις.

Ο πολιτισμός καθορίζει, σε μεγάλο βαθμό, τις γενικότερες αντιλήψεις για την ψυχική υγεία, την ασθένεια τον πόνο και τον θάνατο. Φαίνεται λοιπόν, ότι η υγεία είναι άμεσα και άρρηκτα συνδεδεμένη με τον εκάστοτε πολιτισμό. Συγκεκριμένα, σε μερικούς πολιτισμούς υιοθετούνται κάποιες συμπεριφορές, οι οποίες κρίνονται επικίνδυνες, αν όχι επιβλαβείς, για την υγεία (για παράδειγμα, η κλειτοριδεκτομή).



Χαρακτηριστικό ακόμα, είναι το παράδειγμα, στο νησί Σαμόα όπου τα κορίτσια, στην εφηβεία, βιώνουν λιγότερα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα σε σχέση με τα κορίτσια, της ίδιας ηλικίας, που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Ο ρόλος της Χριστιανικής Εκκλησίας Ελλάδος, στη διαμόρφωση συγκεκριμένων στάσεων και αντιλήψεων για την ψυχική υγεία, τον πόνο και τον θάνατο, παρουσιάζει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ειδικότερα, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής παραδείγματα: οι ψυχικά πάσχοντες θεωρήθηκαν ως φορείς αμαρτιών, ο πόνος θεωρείται ότι ισχυροποιεί τα δεσμά του ανθρώπου με το Θείο. Ακόμα, πρέπει να αναφερθεί ότι η Χριστιανική Εκκλησία, στο νεοσύστατο ελληνικό κράτος, παρείχε ψυχιατρική φροντίδα στους ψυχικά πάσχοντες, καθώς το ελληνικό κράτος αδυνατούσε να εντάξει στην πολιτική του ατζέντα, τη ψυχιατρική περίθαλψη. Βέβαια, ο εξορκισμός, η απομόνωση ως «θεραπευτικά μέσα», μάλλον έθιξαν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα στοιχειώδη δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, ενισχύοντας τον κοινωνικό στιγματισμό και την περιθωριοποίησή τους.

Στο **4^ο Κεφάλαιο** (Πολιτική Αποιδρυματισμού), περιγράφεται η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης, από τον δαιμονισμό και τις υπερφυσικές αντιλήψεις της κλασικής περιόδου και του μεσαίωνα, ως τις νεότερες ψυχιατρικές αντιλήψεις του 20^{ου} αιώνα για την ψυχική υγεία. Εδώ και ένα τέταρτο του αιώνα, η ελληνική ψυχιατρική εγκαταλείπει σταδιακά τα ασφαλή τείχη του ασύλου και εγκαθίσταται σε νέους τύπους θεραπείας «εντός της κοινότητας». Την πορεία αυτήν την ονομάζουμε «ψυχιατρική μεταρρύθμιση», εννοώντας ένα πρόγραμμα αντικατάστασης του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης.

Το νεοσύστατο ελληνικό κράτος δεν έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης. Φαίνεται, ότι κυρίαρχα πολιτικά θέματα ήταν η άμυνα, η εξωτερική πολιτική και η διοίκηση. Μερικές δεκαετίες αργότερα, όμως η ψυχιατρική περίθαλψη βρίσκεται στο επίκεντρο της πολιτικής συζήτησης αλλά η πολιτική απραξία και η έλλειψη χρημάτων δεν έφεραν θετικά αποτελέσματα. Μονάχα η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα έφερε οικονομική ενίσχυση της κοινωνικής πολιτικής. Συγκεκριμένα, σήμερα, η Ευρωπαϊκή Ένωση, συγχρηματοδοτεί (κατά 70% ή 75%) τις δομές ψυχικής υγείας, με σκοπό την βελτίωση της ψυχιατρικής φροντίδας. Πέρα όμως από μία ολοκληρωμένη πολιτική υγείας, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν και να προωθηθούν «υγιείς πολιτικές». Αυτές πρέπει να μειώνουν τα επίπεδα φτώχειας, να ενθαρρύνουν την απασχόληση και να παρέχουν καθολική βασική εκπαίδευση.



Το **5^ο Κεφάλαιο** (Στίγμα και Ψυχική Πάθηση), αναφέρεται στις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των ψυχικά πασχόντων και συγκεκριμένα στον κοινωνικό στιγματισμό και στις δυσκολίες ένταξης ή επανένταξης τους στην κοινωνία. Νέες λέξεις όπως ψυχικά πάσχων, εξυπηρετούμενος, χρήστης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διεισδύουν στο πεδίο της καθημερινότητας. Αυτές οι λέξεις αντιμάχονται άλλες, περισσότερο παραδοσιακές, κατεξοχήν αυτή του ψυχικά αρρώστου, και αποσκοπούν στο να καταστήσουν το φορέα της ψυχοπαθολογίας υποκείμενο που φέρει δικαιώματα.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μάχονται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου. Επιχειρούν λοιπόν, να καταρρίψουν τους μύθους και τις ανακρίβειες γύρω από την ψυχική πάθηση. Ακόμα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι συνηφασμένη με την ιδεολογική αναδόμηση της κοινωνίας, η οποία πρέπει να βοηθήσει και να εντάξει τους ψυχικά πάσχοντες στην κοινότητα. Στα προαναφερθέντα, η τηλεόραση και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, κατέχουν έναν ιδιαίτερο και εξαιρετικό ρόλο αφού η δύναμη της εικόνας διαμορφώνει συγκεκριμένες στάσεις και πρότυπα απέναντι στην ψυχική πάθηση.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1 Οι Διακρίσεις

Ο όρος σχετίζεται με τον τρόπο αντιμετώπισης ατόμων ή ομάδων. Βασίζεται σε αυθαίρετα κριτήρια και προκαταλήψεις, οι οποίες σχετίζονται με χαρακτηριστικά, όπως φυλή, φύλο, εθνικότητα, πολιτισμικό υπόβαθρο κ.α. (Παπαδόπουλος, 2005: 222). Διάκριση είναι η άνιση αντιμετώπιση ατόμων ή ομάδων, με βάση την κατηγορία στην οποία υπάγεται ένα άτομο.

Οι διακρίσεις επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια, στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν την κοινωνική λειτουργικότητά τους και να ενταχθούν στο κοινωνικό πλαίσιο. Οι διακρίσεις είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που ξεκινάει όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως διαφορετικός. Ακόμα, όταν υιοθετούνται αρνητικές απόψεις έπειτα ακολουθούν και αρνητικές συμπεριφορές. Οι διακρίσεις είναι πολύμορφες και έχουν κυρίως αρνητικές συνέπειες στην πορεία της ψυχικής νόσου και στην κοινωνική ένταξη-ενσωμάτωση¹ των ψυχικά ασθενών. Τέτοιες συνέπειες αφορούν στη μείωση των πόρων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, τη διαθεσιμότητα των χώρων στέγασης, τον περιορισμό των ευκαιριών για εργασία, δημιουργώντας επιπρόσθετα προβλήματα που στη συνέχεια ανατροφοδοτούν ακόμα περισσότερο το στίγμα δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο στον οποίο σχεδόν «υποχρεωτικά» κινείται ο ψυχικά ασθενής (Ψυχαργός, 2004).

1.2 Ο Στιγματισμός

Διεθνούς χρήσης ελληνικός όρος με πρωταρχική και βασική έννοια το σημείο ή το τραύμα. Ο στιγματισμός αναφέρεται στη διαπόμπευση και στηλίτευση προσώπων ή ομάδων. Σε αυτόν αποδίδονται γενικά και με στερεότυπη μορφή αρνητικά κοινωνικά γνωρίσματα, καθώς και ιδιαίτερα γνωρίσματα διαφορετικότητας και ατομικής ταυτότητας. Ο όρος δηλώνει επίσης κάθε εμφανή ιδιομορφία του σώματος και ιδιαίτερα εκείνη που θεωρείται ενδεικτική εκφυλισμού. Σωματικές

¹ Η ένταξη αναφέρεται στη συμμετοχή των ψυχικά πασχόντων στο κοινωνικό πλαίσιο. Η ενσωμάτωση όμως, δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των ψυχικά πασχόντων και της κοινωνίας. Η επιδίωξη λοιπόν, μιας ευαισθητοποιημένης κοινωνίας πρέπει να είναι, όχι η ένταξη, αλλά η ενσωμάτωση κάθε ατόμου στο κοινωνικό σύνολο, με στοιχεία αλληλόδρασης και αλληλεπίδρασης και ισότητας ευκαιριών και προσβασιμότητας.



ελλείψεις και «αδυναμίες του χαρακτήρα» αποτελούν συνήθως πηγές προτίμησης για στιγματισμό (Παπαδόπουλος, 2005: 755).

Το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής. Το στίγμα στη σύγχρονη εποχή χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να καταδείξει ότι κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. φυματίωση, καρκίνος, ψυχικές ασθένειες) καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν σχετίζονται με την κινητοποίηση προκαταλήψεων σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές (Ψυχαργός, 2004).

1.3 Η Περιθωριοποίηση

Αναφέρεται στην κατάσταση του ατόμου που από τη συμπεριφορά των άλλων ή και από δικές του επιλογές, στάσεις περιέρχεται σε απομόνωση, διαβιώνει δηλαδή χωρίς επικοινωνία και χωρίς συμμετοχή σε κάποια πολιτισμικά δρώμενα (Παπαδόπουλος, 2005: 667).

1.4 Η Ανικανότητα (disability)

Η απώλεια ή ελάττωση μιας λειτουργίας (νοητικής ή σωματικής) που οφείλεται συνήθως σε κάποια εξασθένιση ή μείωση της κατασκευής, σε τραύμα ή ασθένεια. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής υπάρχει ένα επίσημα καθορισμένο κριτήριο σύμφωνα με το οποίο ανικανότητα αποτελεί η αδυναμία ένταξης σε οποιαδήποτε κερδοφόρα ενέργεια, εξαιτίας οποιασδήποτε καθορισμένης φυσικής ή διανοητικής βλάβης, η οποία διαρκεί για μία συνεχή περίοδο όχι μικρότερη των 12 μηνών (Παπαδόπουλος, 2005: 93).

1.5 Η Χρόνια Πάθηση

Η Χρόνια Πάθηση συνίσταται στη βλάβη, ορατή η όχι, ενός οργάνου του σώματος η οποία εμφανίζεται είτε κατά τη γέννηση του ατόμου είτε σε οποιαδήποτε ηλικία και τον συνοδεύει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Το άτομο υπόκειται εφ' όρου ζωής σε θεραπευτική- φαρμακευτική αγωγή. Ο βαθμός βαρύτητας και η εξέλιξη της πάθησης με την πάροδο του χρόνου οδηγούν σε αναπηρία. Οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής σχετίζονται με την σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Μπαρμπαλιά, 2006: 14).



1.6 Η Υγεία

Η υγεία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου αλλά επιπλέον σημαίνει πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η υγεία είναι περισσότερο μία κατάσταση υπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, να διαμορφώνει νέους κανόνες και νέες αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν καλύτερους τρόπους πρόληψης² και αποφυγής της αρρώστιας, της αναπηρίας και της ανικανότητας. Αυτό επιπλέον σημαίνει ότι η κατανομή των πόρων για την υγεία πρέπει να είναι ισομερής και η φροντίδα προσιτή στον καθένα. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Σαρρής 2001:67).

1.7 Η Ψυχική Υγεία

Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο δύναται να ζει, να εργάζεται με άνεση εντός της κοινότητας και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά, επιτεύγματα (Παγκόσμιος οργανισμός υγείας). Μερικά βασικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας είναι τα ακόλουθα: α) το στατιστικό κριτήριο, στο οποίο μη υγιής θεωρείται εκείνος του οποίου η συμπεριφορά αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των μελών μιας κοινότητας. Είναι ένα ανεπαρκές κριτήριο, καθώς στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι ψυχικά άρρωστοι είναι ελάχιστοι, γεγονός που αντικειμενικά δεν είναι αληθές, β) το κριτήριο της ψυχικής νόσου, το οποίο ορίζει την ψυχική υγεία με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας γ) το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής, το οποίο δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς (Μαδιανός, 1989: 31-32, Ουλής, 2003: 114-117).

1.8 Οι Κανονικότητες

Πρόκειται για την ανάγκη κατασκευής μίας θεωρίας ως σύνολο κανονικοτήτων που εκφράζεται ως επικύρωση, με την αξία νόμων, υποθέσεων που επιβεβαιώνονται με σκοπό την εύληπτη κατανόηση των φαινομένων και τη δυνατότητα πρόβλεψης. Αποτελεί ουσιαστικά μια ενδιάμεση κατασκευή μεταξύ παρατήρησης και ερμηνείας και είναι συστημικό (ή δομικό), αφορά δηλαδή ένα σύνολο αποτελούμενο από αλληλοεξαρτούμενα στοιχεία. Ορίζει αξιωματικά μια

² Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στη λήψη μέτρων με σκοπό την αποφυγή εκδήλωσης κάποιας διαταραχής ή ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Η δευτερογενής πρόληψη δίνει βαρύτητα στην πρόωμη παρέμβαση ενώ η τριτογενής σε μία διεπιστημονική συνεργασία με σκοπό την παρέμβαση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μίας διαταραχής.



σειρά, που δεν είναι μια απλή εμπειρική κανονικότητα αλλά περισσότερο μια ρύθμιση. Τις περισσότερες φορές, η λειτουργία αυτή είναι ασυνείδητη και συχνά καλύπτεται από συνειδητά μοντέλα (πρότυπα).

1.9 Τα Πρότυπα

Δεν είναι τίποτα άλλο από ένα ερμηνευτικό σύστημα, ένα εργαλείο γνώσης, σχηματοποίησης ή ερμηνείας, μία κατασκευή. Είναι ουσιαστικά γνωστικές αναπαραστάσεις των τυπικών χαρακτηριστικών που ορίζουν μία κατηγορία. Κατά κάποιο τρόπο το πρότυπο μιας κατηγορίας είναι η αφηρημένη γνωστική αναπαράσταση του ιδανικού μέλους της. Το πολιτισμικό πλαίσιο ενοποιεί τα διάφορα πρότυπα. Κάθε γεινίαση που διαρκεί έστω και λίγο και έχει ως αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεις, δημιουργεί ορισμένους κανόνες, αρχικά σε επίπεδο πληροφορίας, και έπειτα σε επίπεδο στάσεων και απόψεων. Από μόνη της η ένταξη σε μία συλλογική κατάσταση συχνά επιφέρει την εμφάνιση κοινών κανόνων αντίληψης. Η παραβίαση μίας αξιωματικά κοινωνικής συναίνεσης γύρω από ένα τέτοιο σύστημα κανόνων που έχουν γίνει αποδεκτοί ως νόμιμοι, συνιστά την έννοια της παρέκκλισης³.

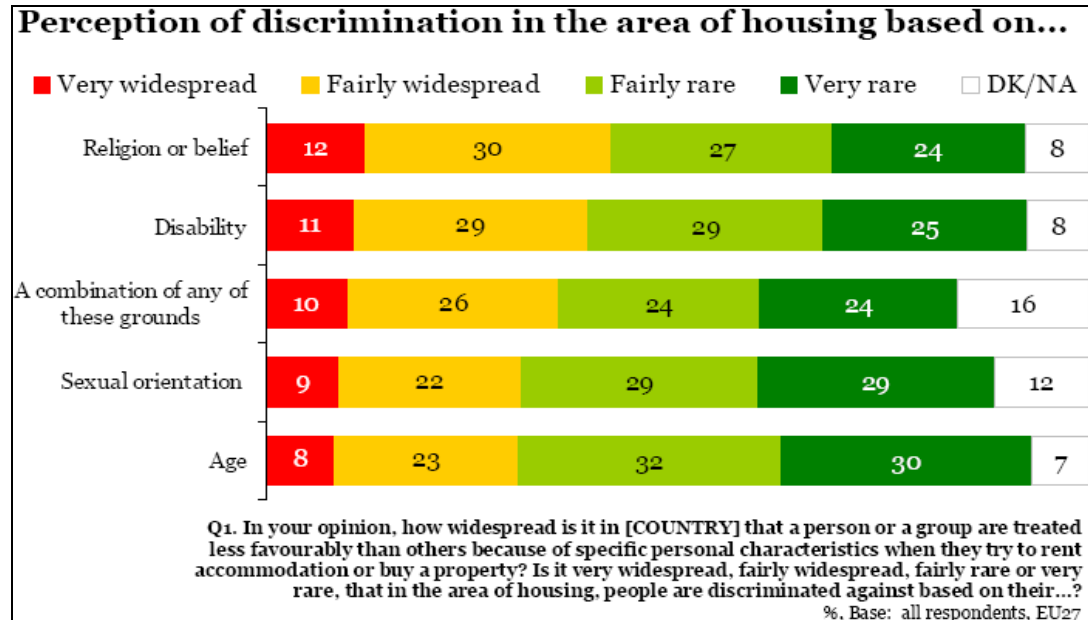
³ Η παρέκκλιση δεν ορίζεται με βάση το είδος της πράξης όσο με την αντίδραση του κοινωνικού συνόλου. Αυτό που θεωρείται σήμερα εκτροπή ενδέχεται αύριο να μη θεωρείται ή να μην επισύρει το ίδιο έντονες μορφές κοινωνικού ελέγχου (Τσαούση, 2004: 155)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

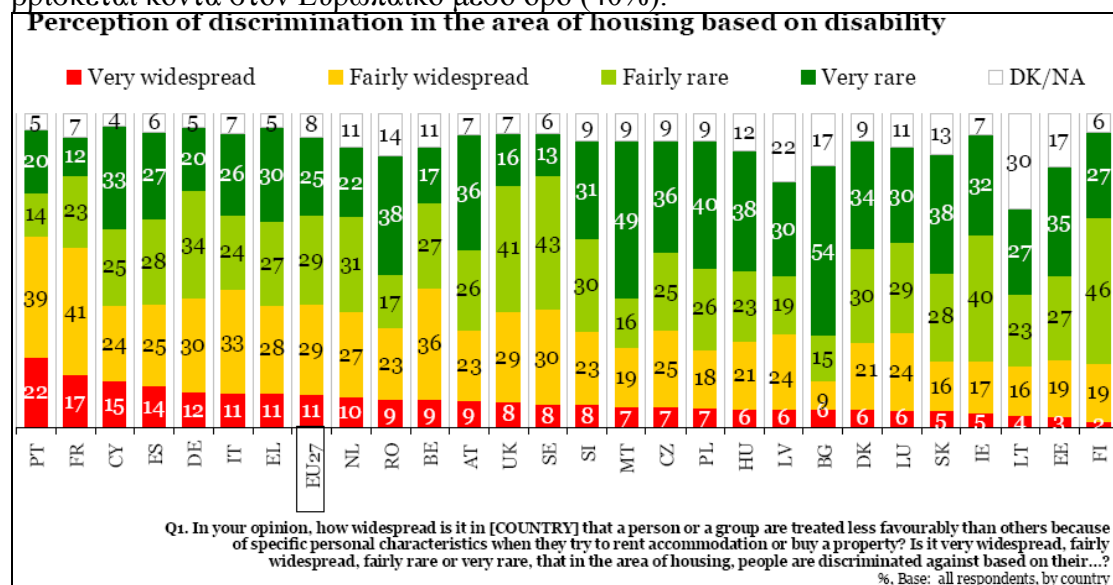
2.1 Διακρίσεις σε επίπεδο Διαμονής

Το 40% των Ευρωπαίων πολιτών θεωρεί ότι τα άτομα με ανεπάρκεια (disability) θα υποστούν ή έχουν υποστεί διάκριση στον τομέα της διαμονής (δηλαδή στην αγορά ή στην ενοικίαση ενός σπιτιού).



Διάγραμμα 1: Εκτίμηση των διακρίσεων στον τομέα της διαμονής

Οι διακρίσεις στον τομέα της διαμονής με βάση κάποια ανικανότητα, είναι εκτεταμένες στην Πορτογαλία και τη Γαλλία, με ποσοστά 61% και 58% αντίστοιχα. Αντίθετα, στη Βουλγαρία, μόνο το 15% των πολιτών πιστεύει ότι υφίστανται διακρίσεις στον τομέα της διαμονής με βάση κάποια ανικανότητα, όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα. Στην Ελλάδα τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά διάκρισης (39%) στον τομέα της διαμονής και αυτό το ποσοστό βρίσκεται κοντά στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (40%).

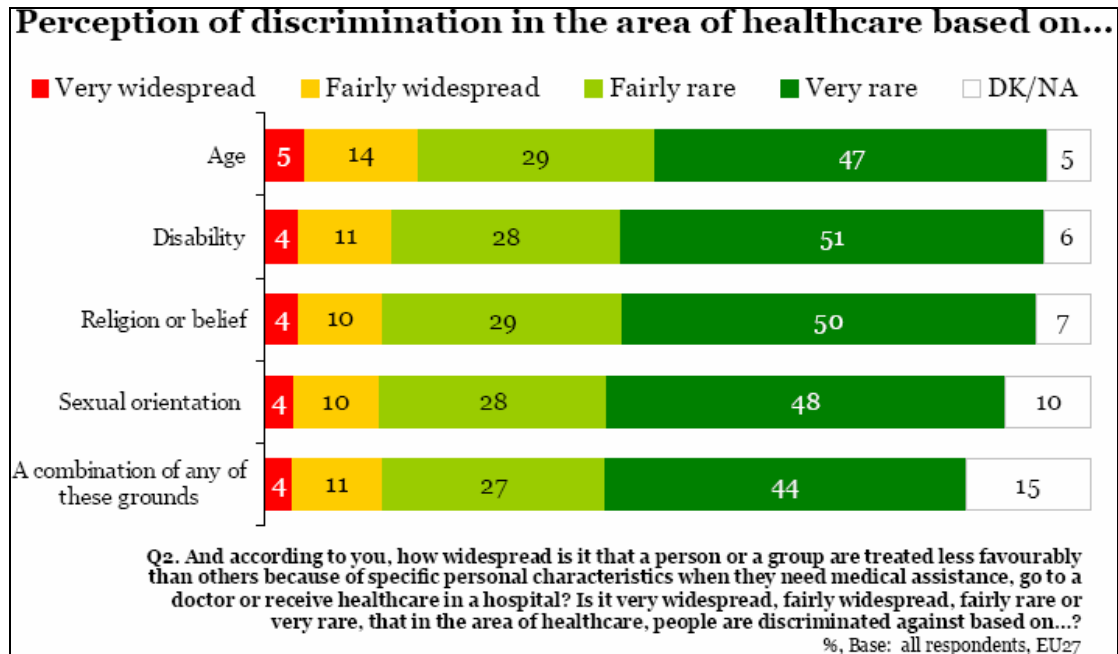


Διάγραμμα 2: Εκτίμηση των διακρίσεων με βάση την ανικανότητα στον τομέα της διαμονής



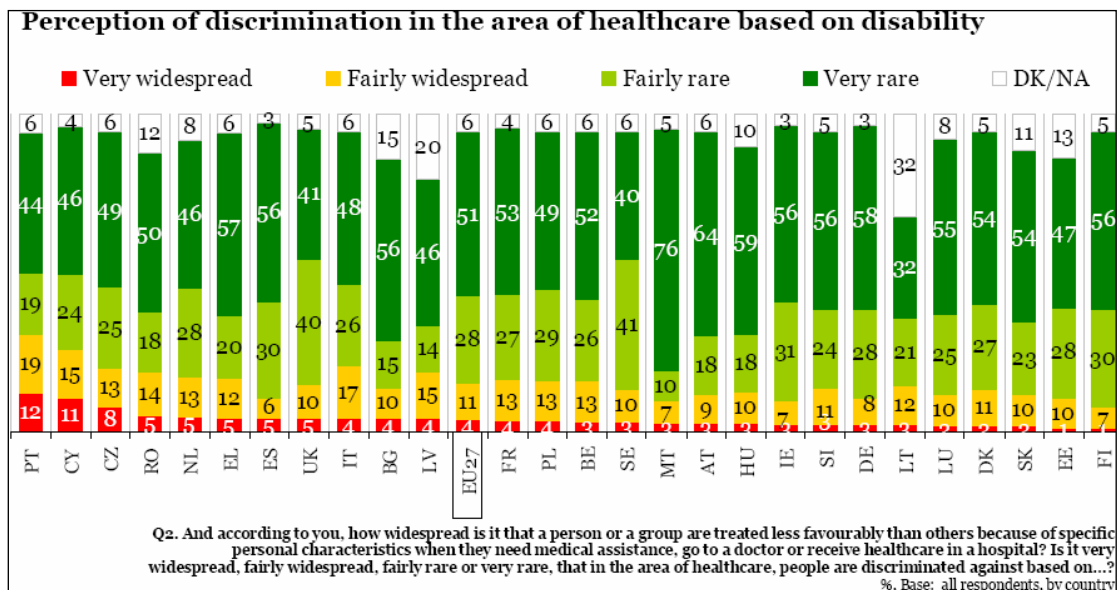
2.2 Διακρίσεις σε επίπεδο Υγείας

Σε ποσοστό 19% οι πολίτες πιστεύουν ότι υπάρχουν διακρίσεις στον τομέα της Υγείας (για παράδειγμα, παροχή ιατρικής φροντίδας) με βάση την ηλικία, 15% με βάση κάποια ανικανότητα, 14% με βάση τη θρησκεία, 14% με βάση τις σεξουαλικές προτιμήσεις και 15% σε συνδυασμό όλων των παραγόντων που αναφέρθηκαν.



Διάγραμμα 3: Εκτίμηση των διακρίσεων στον τομέα της Υγείας

Η γενικότερη άποψη της πλειοψηφίας των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης δηλώνει ότι η διάκριση με βάση κάποια ανικανότητα στον τομέα της Υγείας είναι σπάνια. Η Ελλάδα (17%) βρίσκεται πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (15%).

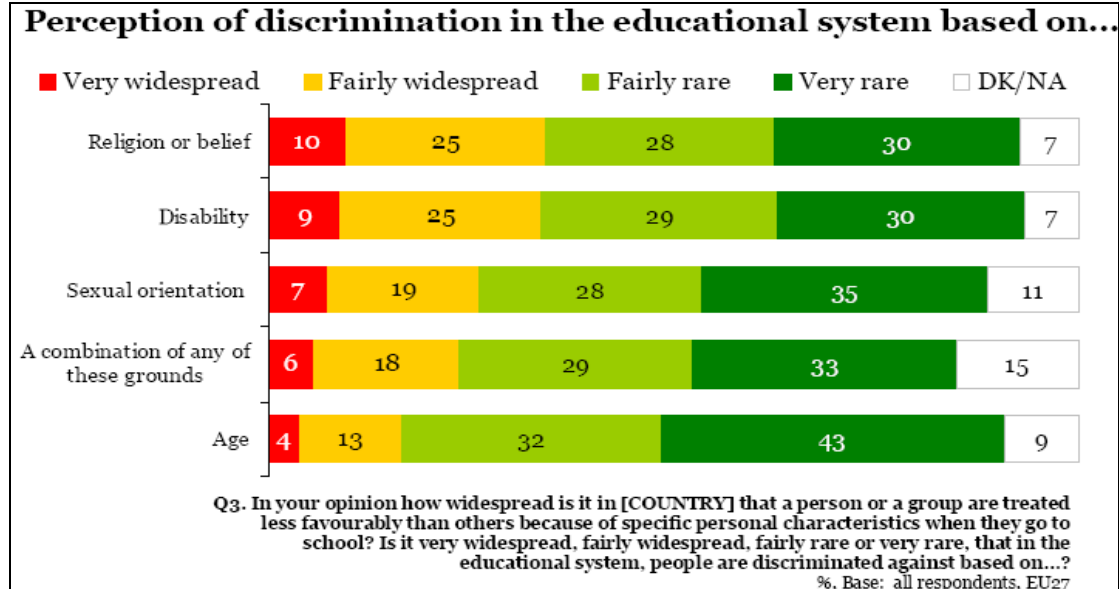


Διάγραμμα 4: Εκτίμηση των διακρίσεων στον τομέα της Υγείας με βάση την ανικανότητα



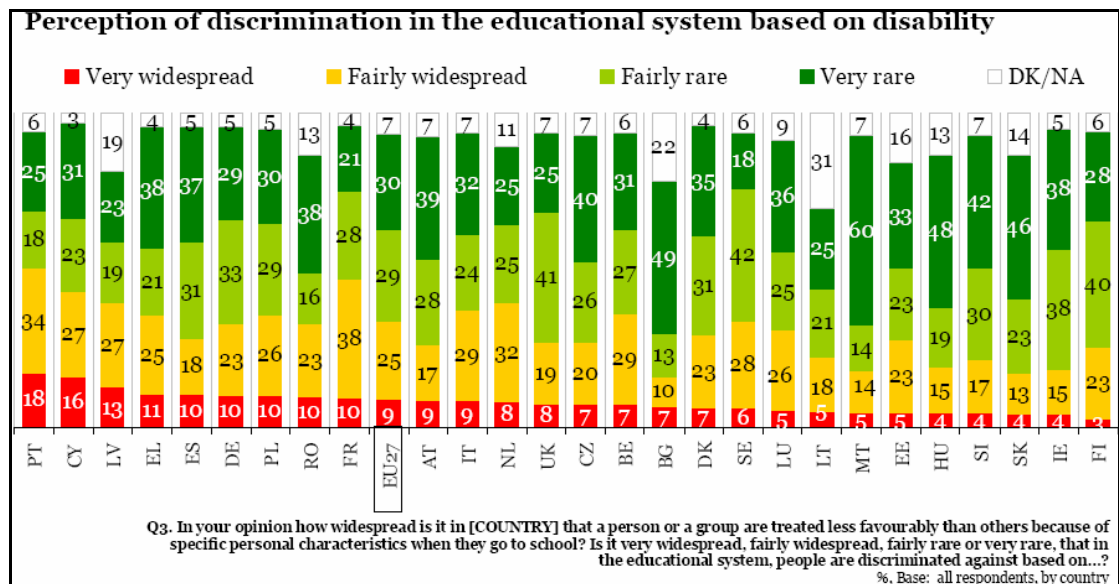
2.3 Διακρίσεις στον τομέα της Εκπαίδευσης

Η πλειοψηφία των Ευρωπαίων πολιτών πιστεύει ότι διακρίσεις στον τομέα της εκπαίδευσης γίνονται κυρίως με βάση το θρήσκευμα (35%). Ακολουθεί η διάκριση στον τομέα της εκπαίδευσης με βάση κάποια ανικανότητα (34%) και στη συνέχεια, η διάκριση με βάση τις σεξουαλικές προτιμήσεις (26%).



Διάγραμμα 5: Εκτίμηση των διακρίσεων στον τομέα της εκπαίδευσης

Το 34% των Ευρωπαίων πολιτών πιστεύει, ότι υφίσταται διάκριση με βάση κάποια ανικανότητα στον τομέα της εκπαίδευσης (για παράδειγμα στο σχολείο). Τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτών που πιστεύουν ότι υφίσταται τέτοια διάκριση στη χώρα τους συγκεντρώνονται στην Πορτογαλία, τη Γαλλία και την Κύπρο. Η Ελλάδα (36%) βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (34%).

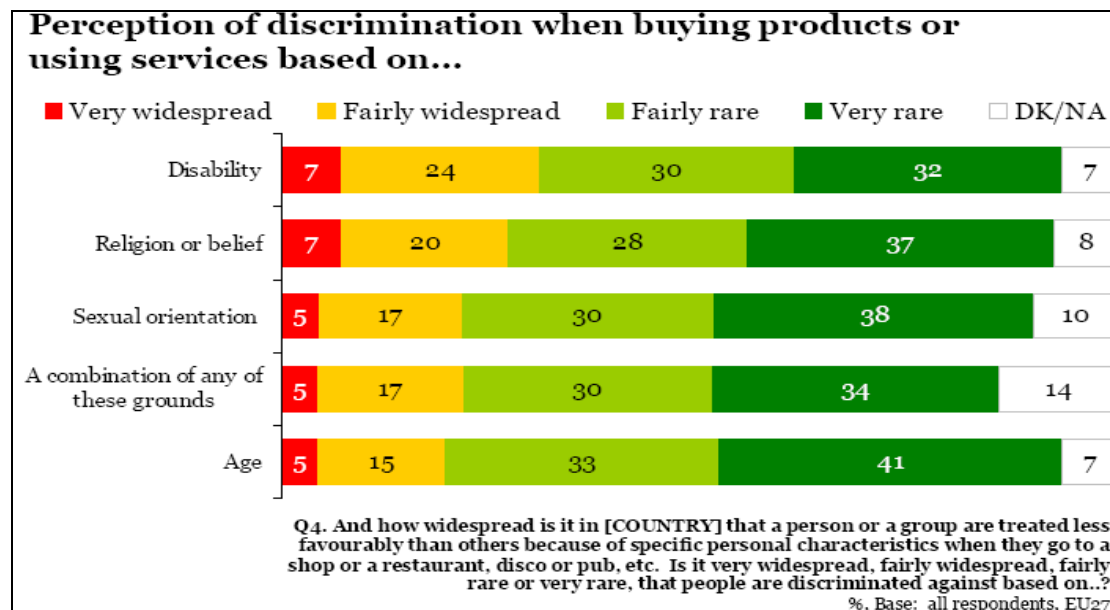


Διάγραμμα 6: Εκτίμηση διακρίσεων με βάση την ανικανότητα στον τομέα της εκπαίδευσης.



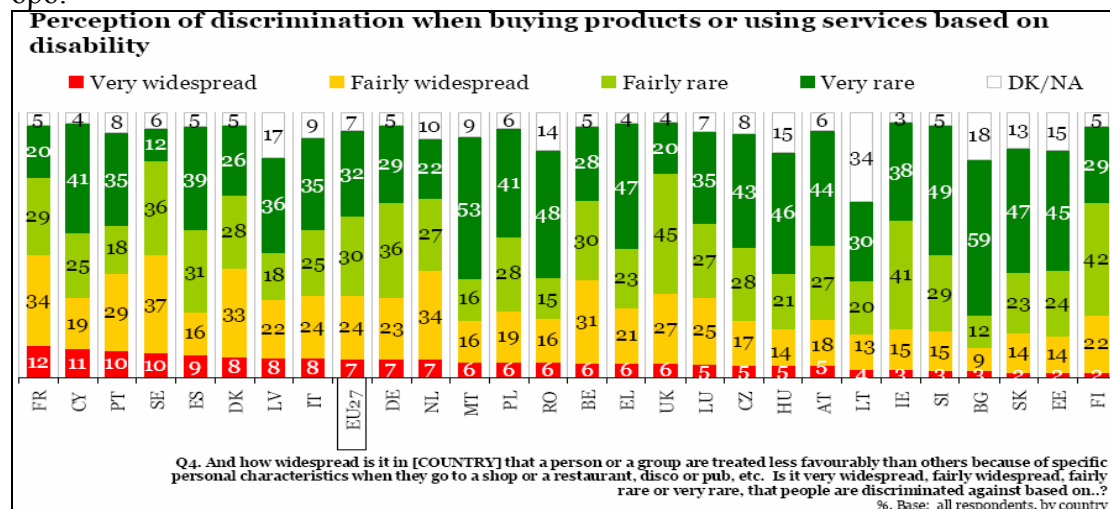
2.4 Διακρίσεις στον τομέα των Υπηρεσιών

Το 20% με 31% των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πιστεύουν ότι οι διακρίσεις στον τομέα των υπηρεσιών στην χώρα τους (σε μαγαζιά, καταστήματα, κλαμπ κ.α.) είναι αρκετά ή πολύ εκτεταμένες. Αντίθετα, το 62% με 74% των πολιτών πιστεύει ότι δεν υφίστανται τέτοιου είδους διακρίσεις στη χώρα τους. Το 31% των πολιτών πιστεύει ότι οι διακρίσεις στον τομέα των υπηρεσιών με βάση κάποια ανικανότητα είναι εκτεταμένες, το 27% με βάση το θρήσκευμα, το 22% με βάση τις σεξουαλικές προτιμήσεις και το 22% με βάση έναν συνδυασμό όλων των παραγόντων, όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα.



Διάγραμμα 7: Εκτίμηση διακρίσεων στον τομέα των υπηρεσιών και της αγοράς προϊόντων

Η πλειοψηφία των Ευρωπαίων πολιτών πιστεύει ότι δεν είναι εκτεταμένη αυτού του είδους η διάκριση στη χώρα τους. Τα υψηλότερα ποσοστά των πολιτών που πιστεύουν ότι αυτή η διάκριση υφίσταται στη χώρα τους συγκεντρώνουν η Σουηδία, η Γαλλία, η Δανία και η Ολλανδία. Αντίθετη άποψη για την έκταση της διάκρισης αυτής έχουν οι Βούλγαροι, οι Σλοβάκοι και οι Εσθονοί. Ο μέσος όρος διάκρισης για την Ευρώπη είναι 31% ενώ για την Ελλάδα 27%. Σε αυτήν την μέτρηση τα ποσοστά της Ελλάδας είναι μειωμένα σχετικά με τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.

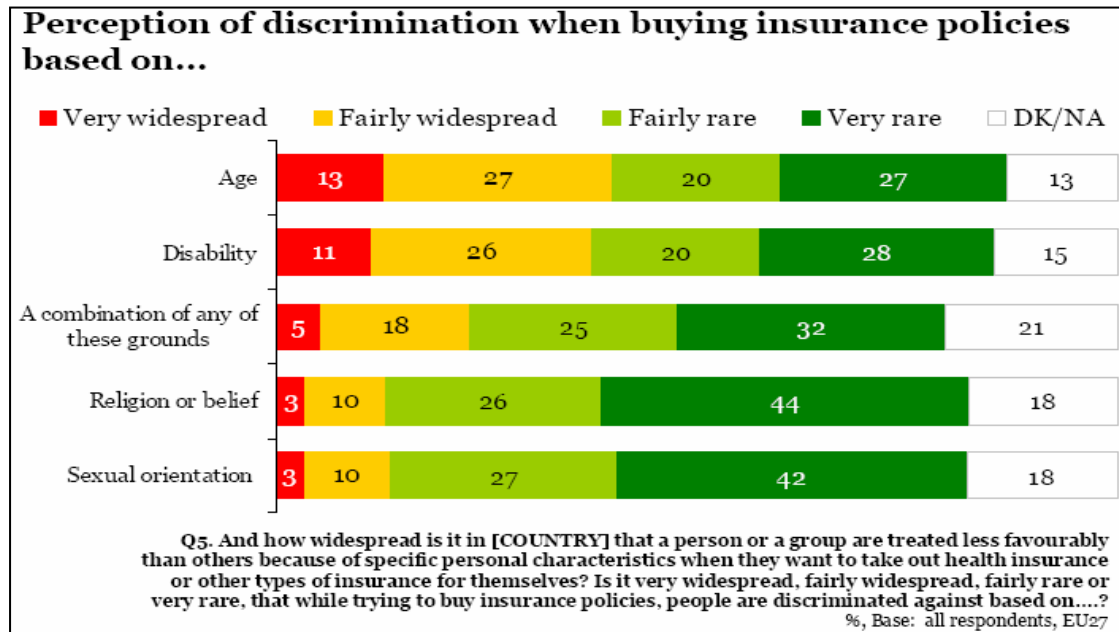


Διάγραμμα 8: Εκτίμηση διακρίσεων στον τομέα των υπηρεσιών με βάση την ανικανότητα



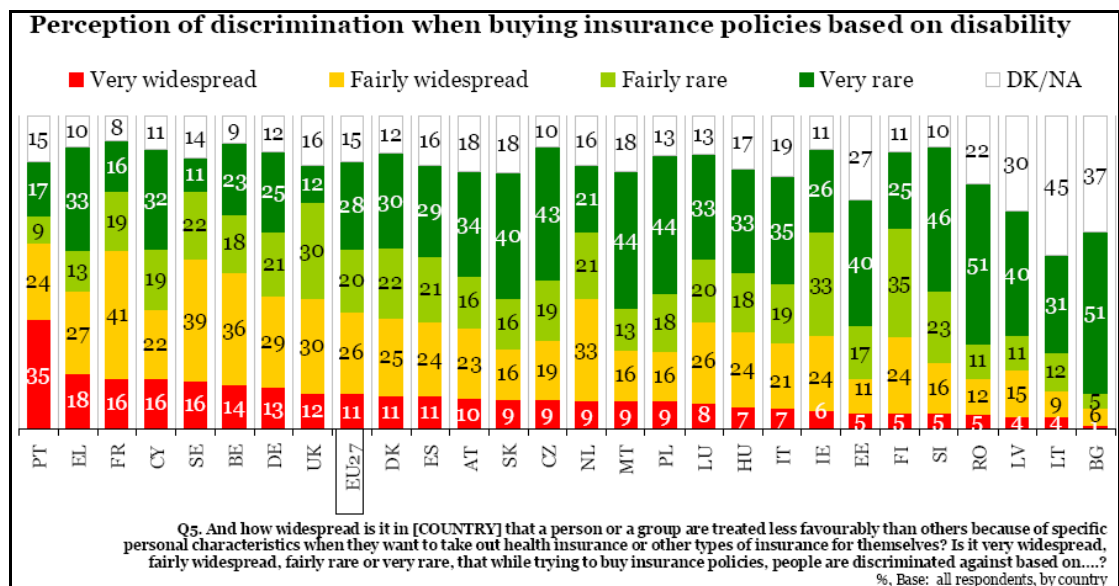
2.5 Διακρίσεις στον τομέα της Ασφάλειας

Το 40% των ευρωπαϊών πολιτών πιστεύει ότι η διάκριση στον τομέα της ιατρικής ασφάλειας γίνεται με βάση την ηλικία, το 37% με βάση κάποια ανικανότητα, το 23% σε συνδυασμό όλων των παραγόντων ενώ οι παράγοντες του θρησκευματος και της σεξουαλικής προτίμησης σε ποσοστό 13%. Αυτό που γίνεται εύκολα αντιληπτό από το παρακάτω διάγραμμα είναι ότι τα ποσοστά αυτών που δεν μπορούν να διατυπώσουν εκτίμηση (Do not know/ Do not answer) για το τι συμβαίνει στη χώρα τους είναι αρκετά έως πολύ υψηλά.



Διάγραμμα 9: Εκτίμηση διακρίσεων στον τομέα της ιατρικής ασφάλισης

Το 37% των Ευρωπαϊών πολιτών πιστεύει ότι είναι εκτεταμένη η διάκριση στον τομέα των υπηρεσιών με βάση κάποια ανικανότητα. Υψηλά ποσοστά συγκεντρώνει η Ελλάδα και η Κύπρος. Στον αντίποδα, οι Βούλγαροι, οι Εσθονοί, οι Λιθουανοί και οι Λετονοί πιστεύουν ότι αυτή η διάκριση δεν είναι εκτεταμένη στη χώρα τους.



Διάγραμμα 10: Εκτίμηση διακρίσεων στον τομέα της ασφάλισης με βάση την ανικανότητα



2.6 Συνολική Θεώρηση των Πέντε Τομέων

| ΤΟΜΕΑΣ | ΕΛΛΑΔΑ | ΕΥΡΩΠΗ ₂₇ |
|--------------------|-----------|----------------------|
| Διαμονής | 39% (-1%) | 40% |
| Υγείας | 17% (+2%) | 15% |
| Εκπαίδευσης | 36% (+2%) | 34% |
| Υπηρεσιών | 27% (-4%) | 31% |
| Ιατρικής Ασφάλειας | 45% (+8%) | 37% |

Στον παραπάνω πίνακα πραγματοποιείται σύγκριση ανάμεσα στα ποσοστά διάκρισης (ανά τομέα) για την Ελλάδα και για την Ευρώπη των 27 μελών κρατών. Σε γενικές γραμμές, η Ελλάδα βρίσκεται κοντά στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (με εξαίρεση τον τομέα της ιατρικής ασφάλειας). Ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα στον τομέα της ιατρικής ασφάλειας όπου σχεδόν ένας στους δύο πολίτες (με ανεπάρκεια) βιώνει διάκριση. Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθεί ότι στον τομέα της Υγείας, της Ιατρικής Ασφάλειας και της Εκπαίδευσης τα ποσοστά της Ελλάδας βρίσκονται πάνω από τον μέσο Ευρωπαϊκό όρο.

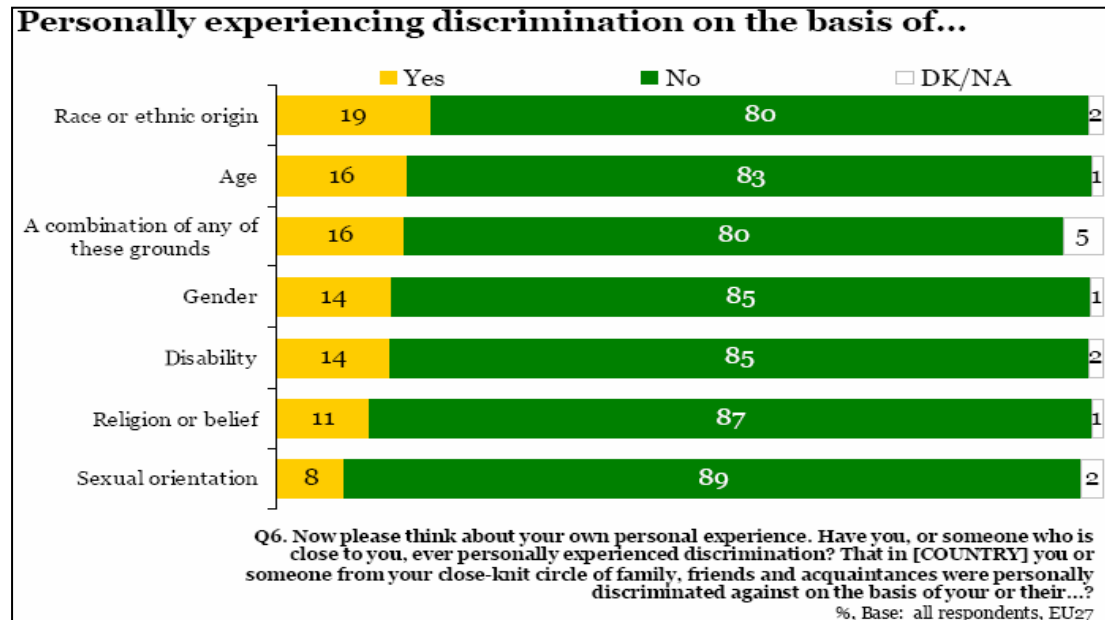
2.7 Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις διακρίσεις

Η έρευνα από το Ευρωβάρόμετρο έχει ως στόχο να διερευνήσει τις τάσεις των Ευρωπαίων πολιτών σχετικά με θέματα διάκρισης. Η μελέτη διενεργήθηκε μεταξύ 25 και 29 Ιανουαρίου 2008 χρησιμοποιώντας τυχαίο δείγμα 27.000 πολιτών στα 27 κράτη-μέλη της Ένωσης. Έτσι, σε κάθε χώρα αντιστοιχούν 1.000 ερωτώμενοι. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις και σε κάποιες περιπτώσεις, οι έρευνες «face to face».



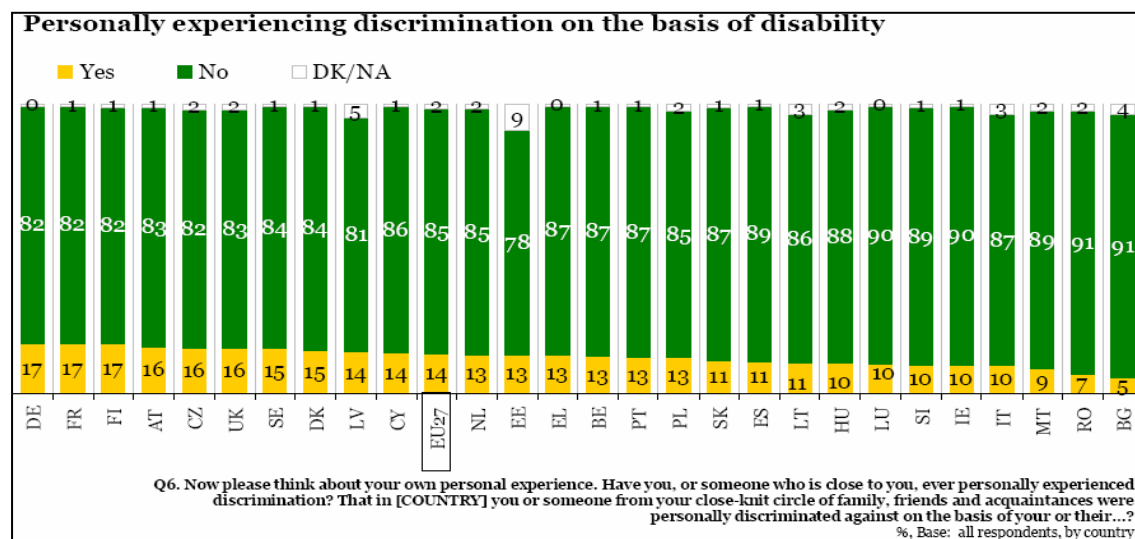
2.8 Προσωπική Εμπειρία Διακρίσεων

Οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ρωτήθηκαν, για την έρευνα του ευρωβαρόμετρου, αν έχουν βιώσει προσωπικές εμπειρίες διάκρισης είτε οι ίδιοι είτε κοντινά τους πρόσωπα (για παράδειγμα εντός του οικογενειακού κύκλου). Η διάκριση ως προς την ανικανότητα αντιστοιχεί σε 14%.



Διάγραμμα 11: Προσωπικές εμπειρίες διακρίσεων

Η Ελλάδα κατέχει ένα ποσοστό 13% το οποίο είναι αρκετά κοντά με το μέσο όρο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι πολίτες της Γερμανίας, Γαλλίας και της Φιλανδίας έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ως προς τις προσωπικές εμπειρίες διάκρισης.



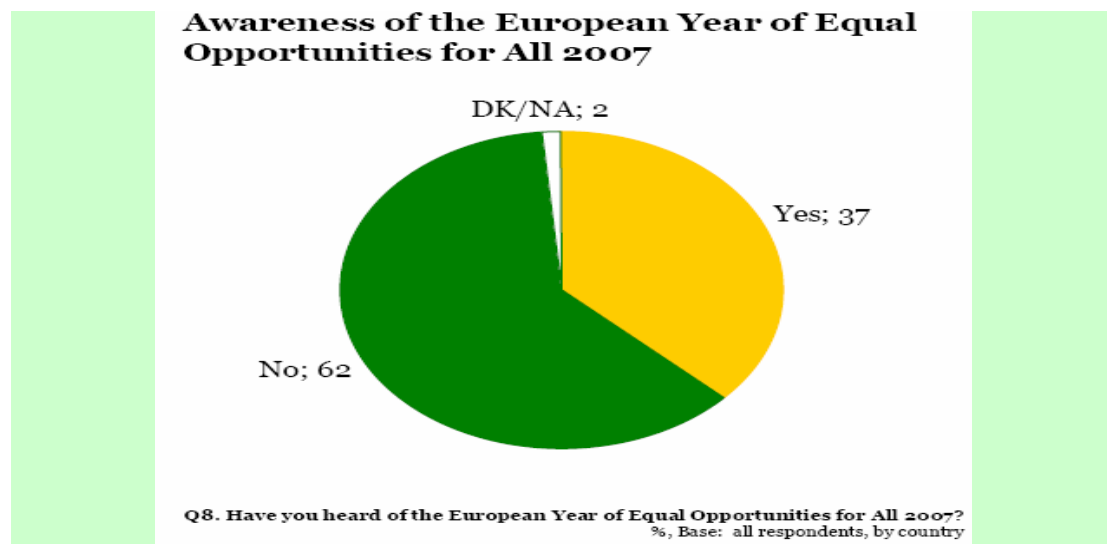
Διάγραμμα 12: Προσωπικές εμπειρίες διακρίσεων με βάση την ανικανότητα



2.9 Η Ευρωπαϊκή Νομοθεσία και το Έτος 2007

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει σε εφαρμογή νομοθεσία η οποία θέτει ως προτεραιότητα την εξάλειψη των διακρίσεων. Βέβαια, οι νόμοι από μόνοι τους δεν προϋποθέτουν ότι οι διακρίσεις θα μειωθούν και ότι όλοι θα έχουν ίδιες ευκαιρίες. Για αυτό τον λόγο, το 2007, καθιερώθηκε ως το Ευρωπαϊκό Έτος Ισότητας Ευκαιριών και αποτέλεσε τη βάση για έναν διάλογο με στόχο να προαχθεί η δημιουργία νομοθεσίας που θα αμβλύνει τις διακρίσεις στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το 62% των Ευρωπαίων πολιτών δεν γνωρίζει ότι το 2007 είναι το Ευρωπαϊκό Έτος Ισότητας των Ευκαιριών. Το έτος 2007 ήταν μια πρωτοβουλία που θα βοηθούσε την προώθηση των στρατηγικών για την καταπολέμηση των διακρίσεων. Οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά γνώσης της συγκεκριμένης πρωτοβουλίας είναι η Μάλτα (62%), το Λουξεμβούργο (60%) και η Πορτογαλία (59%). Τα μικρότερα ποσοστά συγκέντρωσαν η Δανία (15%), η Σουηδία (16%) και η Φινλανδία (17%). Γενικότερα, οι πολίτες των παλαιών κρατών-μελών της Ε.Ε. γνώριζαν τη συγκεκριμένη πρωτοβουλία (38%) σε σχέση με τους πολίτες των νέων κρατών-μελών (32%).

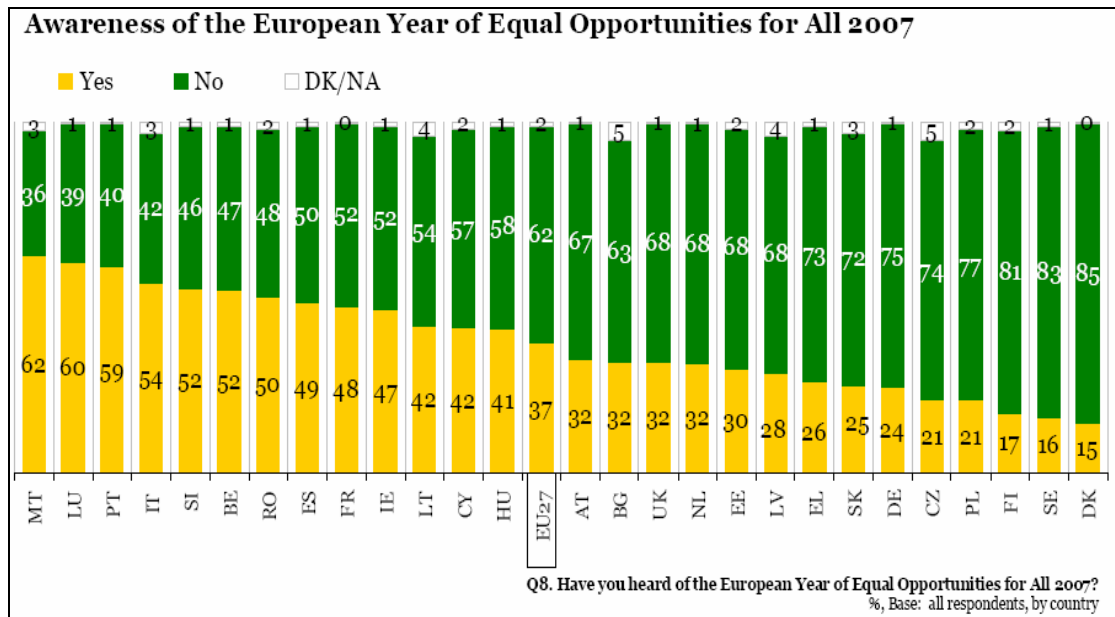


Διάγραμμα 13: Γνώση των Ευρωπαίων πολιτών ότι το 2007 ήταν το Ευρωπαϊκό Έτος Ισότητας Ευκαιριών.

Όσο αφορά την Ελληνική πραγματικότητα το 26% των Ελλήνων πολιτών γνωρίζει ότι το 2007 είναι το Ευρωπαϊκό Έτος Ισότητας Ευκαιριών. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (37%). Επιπρόσθετα αξίζει να σημειωθεί ότι παρά τις επιμέρους διαφορές στα κράτη-μέλη, η συγκεκριμένη πρωτοβουλία, που έχει ως στόχο την προώθηση πολιτικών και



στρατηγικών κατά των διακρίσεων, δεν δύναται να χαρακτηριστεί ως μια κίνηση που είναι ευρέως διαδεδομένη στην Ευρωπαϊκή κοινή γνώμη.

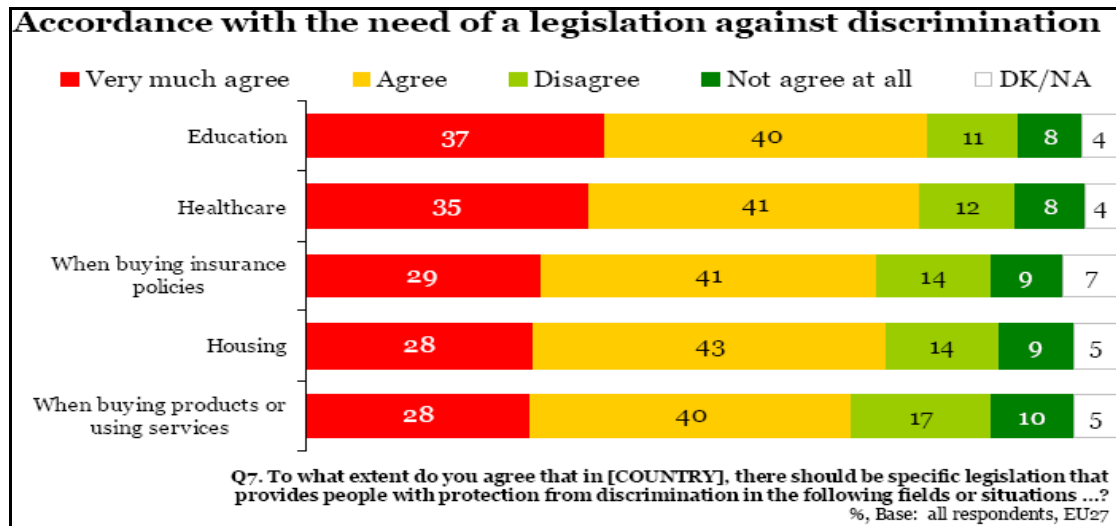


Διάγραμμα 14: Γνώση των Ευρωπαίων πολιτών (ανά κράτος-μέλος) ότι το 2007 είναι το Ευρωπαϊκό Έτος Ισότητας Ευκαιριών.



2.10 Εθνική Νομοθεσία κατά των Διακρίσεων

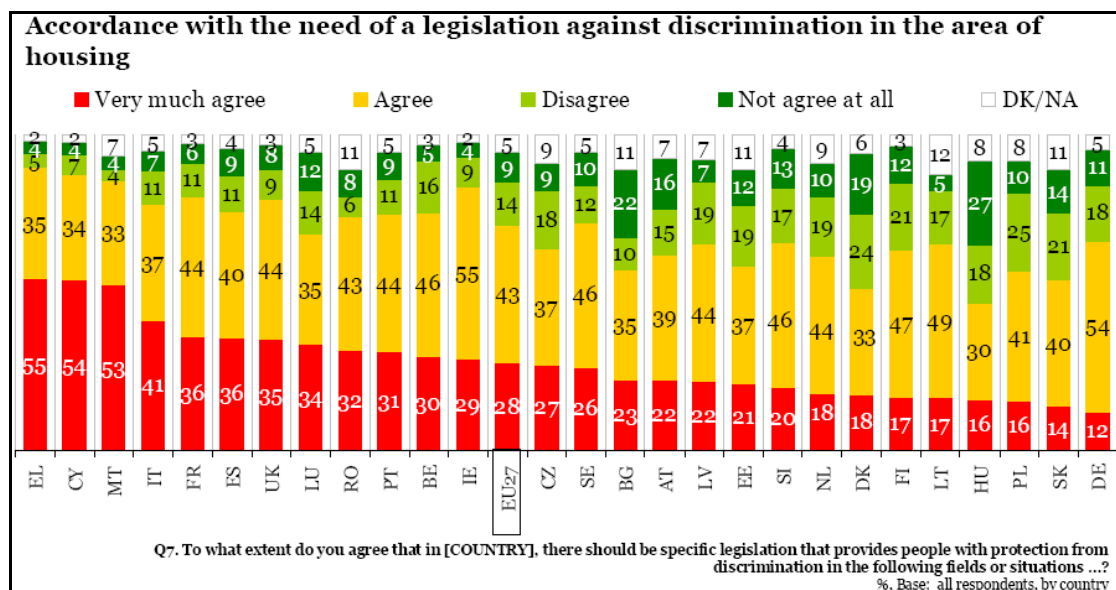
Η πλειοψηφία των Ευρωπαίων πολιτών (από 68% έως 77%) συμφωνούν ότι είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν εθνικές Νομοθετικές ρυθμίσεις κατά των διακρίσεων. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με την εισαγωγή Νομοθετικού πλαισίου κατά των διακρίσεων καταγράφονται στην Εκπαίδευση (77%) και στον τομέα της Υγείας (76%).



Διάγραμμα 15: Αναγκαιότητα ύπαρξης Νομοθετικού πλαισίου κατά των διακρίσεων

2.11 Ο τομέας της Διαμονής

Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα, οι Έλληνες πολίτες (90%) θεωρούν ως επιτακτική ανάγκη τη ύπαρξη Νομοθετικού πλαισίου κατά των διακρίσεων στον τομέα της Διαμονής.

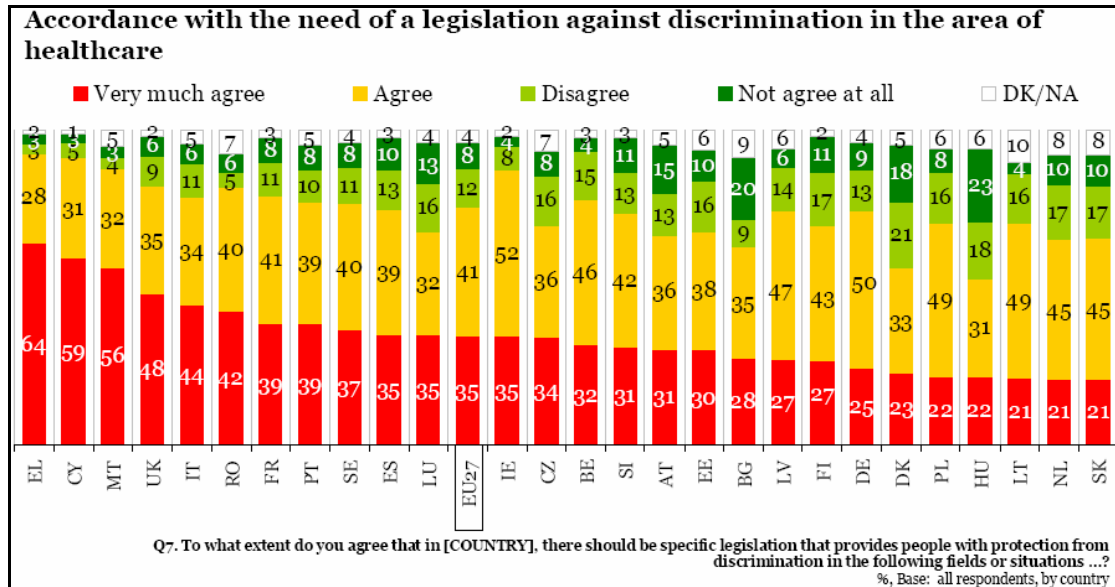


Διάγραμμα 16: Υπέρ της εφαρμογής Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων στον τομέα της διαμονής



2.12 Ο τομέας της Υγείας

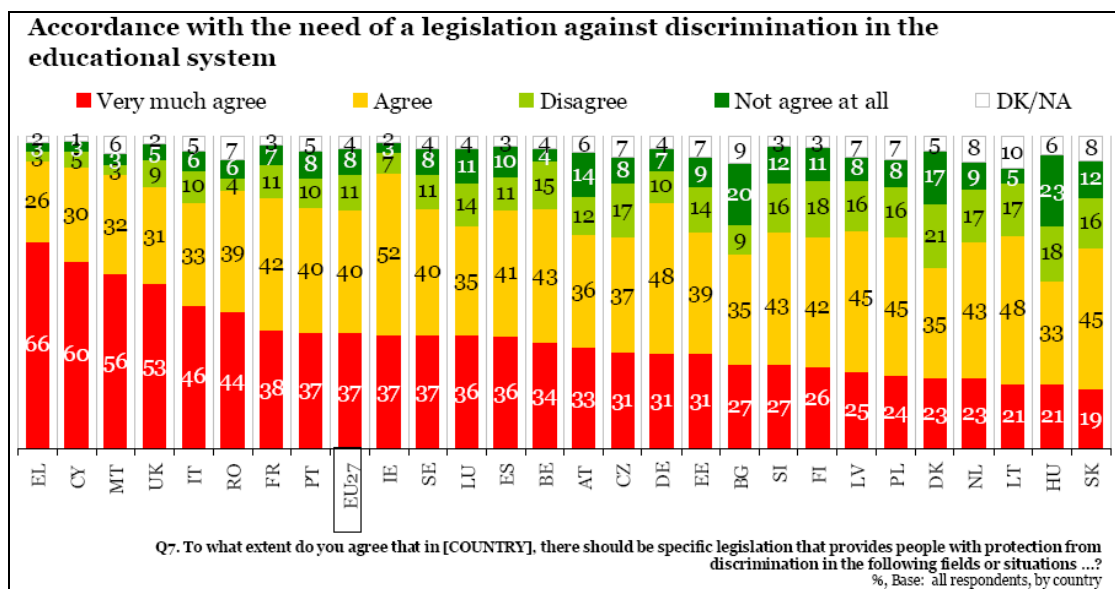
Η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση καθώς οι Έλληνες πολίτες υποστηρίζουν με ποσοστό 92% την εισαγωγή Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων στον τομέα της Υγείας. Ακολουθεί, η Κύπρος και η Μάλτα.



Διάγραμμα 17: Υπέρ της εφαρμογής Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων στον τομέα της Υγείας

2.13 Ο τομέας της Εκπαίδευσης

Η Ελλάδα και σε αυτόν τον τομέα (της Εκπαίδευσης) εξακολουθεί να κατέχει την πρωτιά (92%) σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Κοινότητας.



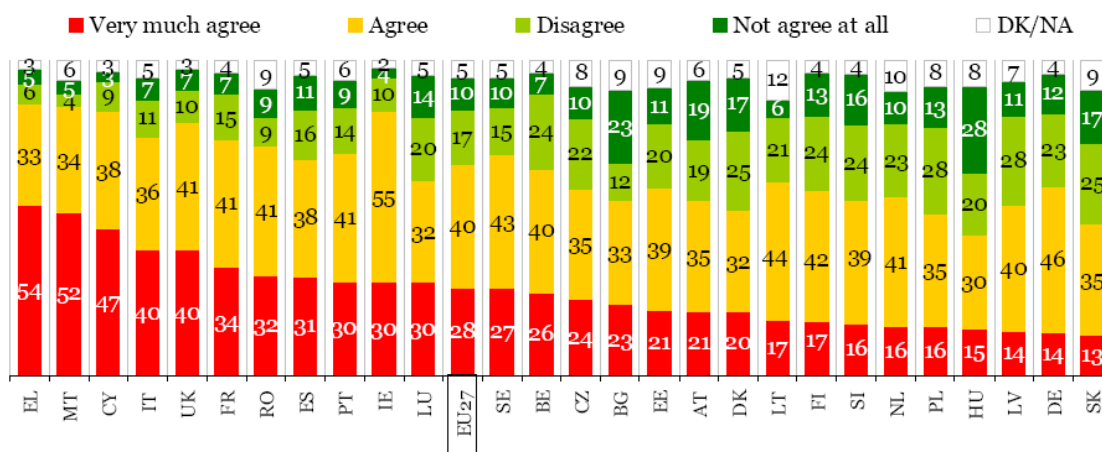
Διάγραμμα 18: Υπέρ της εφαρμογής Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων στον τομέα της εκπαίδευσης



2.14 Ο τομέας των Υπηρεσιών

Η Ελλάδα με ποσοστό 87% βρίσκεται στην κορυφή της κατάταξης. Οι Έλληνες πολίτες επιθυμούν την εφαρμογή Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων στον τομέα των Υπηρεσιών. Το ποσοστό μάλιστα που κατέχει η Ελλάδα είναι πολύ υψηλό σε σχέση με το μέσο όρο (68%) των Ευρωπαϊκών κρατών-μελών.

Accordance with the need of a legislation against discrimination when buying products or using services



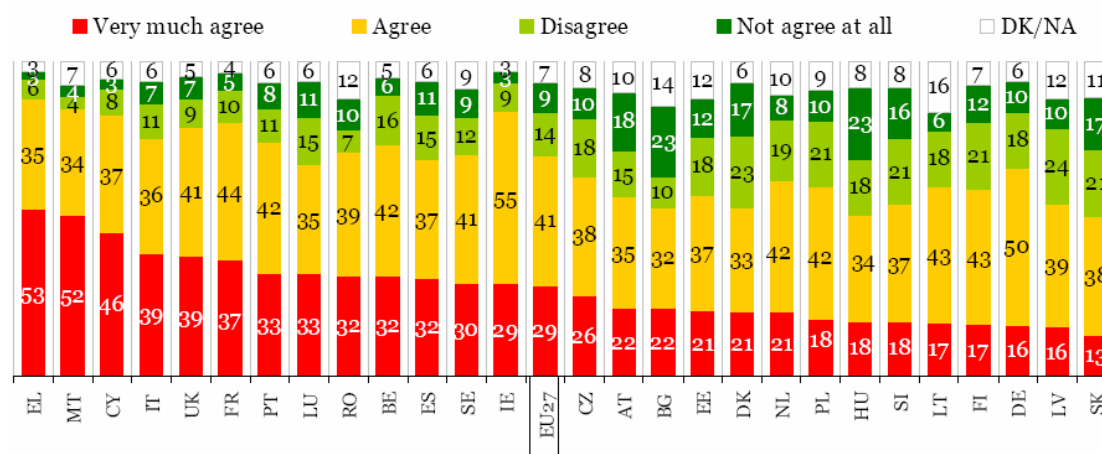
Q7. To what extent do you agree that in [COUNTRY], there should be specific legislation that provides people with protection from discrimination in the following fields or situations ...?
%, Base: all respondents, by country

Διάγραμμα 19: Υπέρ της εφαρμογής Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων στον τομέα των υπηρεσιών

2.15 Ο τομέας της Ιατρικής Ασφάλισης

Η Ελλάδα με ποσοστό 88% βρίσκεται πρώτη και σε αυτήν την κατηγορία. Ακολουθεί η Μάλτα και η Κύπρος. Σε γενικές γραμμές ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι σε υψηλά επίπεδα.

Accordance with the need of a legislation against discrimination when buying insurance policies



Q7. To what extent do you agree that in [COUNTRY], there should be specific legislation that provides people with protection from discrimination in the following fields or situations ...?
%, Base: all respondents, by country

Διάγραμμα 20: Υπέρ της εφαρμογής Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων στον τομέα της Ασφάλισης



2.16 Συνολική Θεώρηση Πέντε Τομέων σχετικά με τη Νομοθεσία

| ΤΟΜΕΑΣ | ΕΛΛΑΔΑ | ΕΥΡΩΠΗ ₂₇ |
|--------------------|------------|----------------------|
| Διαμονής | 90% (+19%) | 71% |
| Υγείας | 92% (+16%) | 76% |
| Εκπαίδευσης | 92% (+15%) | 77% |
| Υπηρεσιών | 77% (+9%) | 68% |
| Ιατρικής Ασφάλειας | 88% (+18%) | 70% |

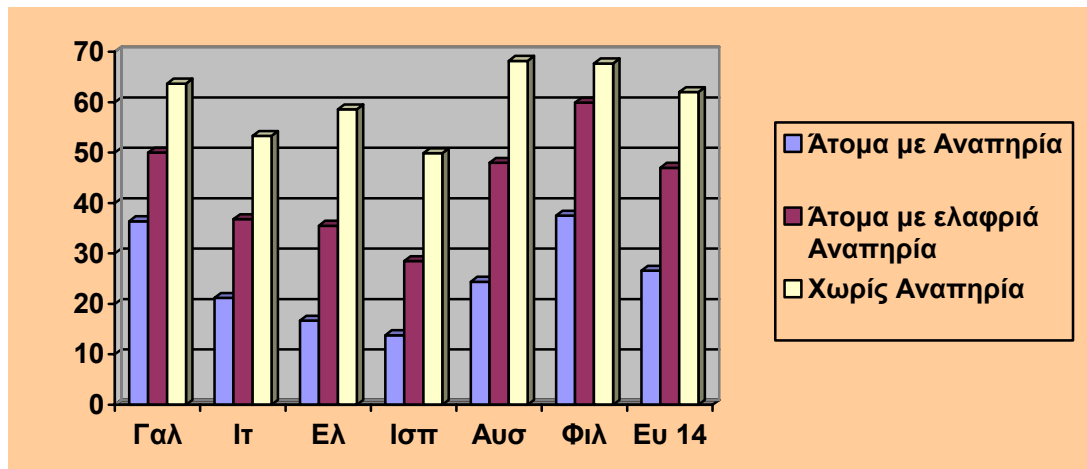
Οι Έλληνες πολίτες επιθυμούν την εφαρμογή Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά που κυμαίνονται από 77% (στον τομέα των Υπηρεσιών) ως και 92% (στον τομέα της Υγείας και της Εκπαίδευσης). Εάν συγκρίνουμε τα ποσοστά των Ελλήνων πολιτών με τα αντίστοιχα των Ευρωπαίων, θα παρατηρήσουμε ότι η Ελλάδα βρίσκεται από 9 (στον τομέα των Υπηρεσιών) έως 19 ποσοστιαίες μονάδες (στο τομέα της Διαμονής) υψηλότερα σε σχέση με τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο των 27 μελών-κρατών.

Πιθανές Προσεγγίσεις των Αποτελεσμάτων

- ▶ Οι Έλληνες πολίτες δείχνουν ιδιαίτερη ευαισθησία απέναντι στα άτομα που βιώνουν διακρίσεις.
- ▶ Οι Έλληνες πολίτες επιθυμούν την άμβλυνση του φαινομένου των διακρίσεων.
- ▶ Οι διακρίσεις αποτελούν μείζον πρόβλημα για την Ελληνική κοινωνία.
- ▶ Απουσία Εθνικού Νομοθετικού πλαισίου στήριξης των ατόμων που βιώνουν διακρίσεις.
- ▶ Μη εφαρμογή υπάρχοντος Εθνικού Νομοθετικού πλαισίου.



2.17 Άτομα με αναπηρία και απασχόληση



Σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν σημαντικούς φραγμούς για την εξεύρεση και τη διατήρηση μίας θέσης εργασίας. Στο παραπάνω διάγραμμα απεικονίζονται τα ποσοστά απασχόλησης ανά χώρα των ατόμων με βαριά ή ελαφριά αναπηρία σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάποια αναπηρία (Eurostat, 2001).

Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι η Φιλανδία, η Γαλλία και η Αυστρία έχουν πετύχει υψηλά ποσοστά απασχόλησης για τα άτομα με αναπηρία. Αντίθετα, η Ελλάδα και η Ισπανία παρέχουν περιορισμένες ευκαιρίες πρόσβασης στην αγορά εργασίας για τα άτομα με αναπηρία (Τελική Έκθεση Μελέτης, 2002:16,17).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνώρισε από την ίδρυση της την ανάγκη να επιτύχει κοινωνική συνοχή, μαζί με τη δημιουργία εσωτερικής αγοράς. Ειδικό Άρθρο για τον αγώνα κατά του κοινωνικού αποκλεισμού περιλήφθηκε στη Συνθήκη του Άμστερνταμ το 1997, θέτοντας τα θεμέλια για μια Ευρωπαϊκή Πολιτική Κοινωνικής Ένταξης. Όσο αφορά τη Διάσκεψη Κορυφής της Λισσαβόνας, έδωσε νέα ώθηση στο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο δηλώνοντας: «Η Ευρώπη πρέπει να γίνει η πιο ανταγωνιστική και δυναμική, βασισμένη στη γνώση, κοινωνία του κόσμου, ικανή για αειφόρο οικονομική ανάπτυξη με καλύτερες θέσεις απασχόλησης με μεγαλύτερη οικονομική συνοχή» (Τελική Έκθεση Μελέτης, 2002: 11).



2.18 Τα αίτια του κοινωνικού αποκλεισμού

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κοινωνικού αποκλεισμού για άτομα με αναπηρία είναι οι εξής:

- Έλλειψη πρόσβασης ή περιορισμένη πρόσβαση σε κοινωνικό περιβάλλον και ανεργία (94%).
- Έλλειψη υπηρεσιών ή περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες (85,4%).
- Στιγματισμός (83,3%)
- Έλλειψη επαρκούς κατάρτισης (81,2%).
- Έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών (80%).
- Ανεπαρκές εκπαιδευτικό σύστημα (77,1%).
- Έλλειψη οικονομικών πολιτικών για αντιστάθμιση του πρόσθετου κόστους λόγω αναπηρίας (75,7%).
- Δομή επιδοματικής πολιτικής (75%).
- Ιδρυματισμός (60%) (Τελική Έκθεση Μελέτης, 2002: 62-63).

Τα άτομα με αναπηρία είναι μία από τις πιο ευάλωτες ομάδες πληθυσμού στη φτώχεια. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να θεσπιστούν επαρκή μέτρα, καθώς οι οικογένειες των ατόμων αυτών αντιμετωπίζουν επίσης μεγάλη οικονομική δυσκολία. Όσον αφορά την καταπολέμηση των διακρίσεων, αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την διδασκαλία του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Δυστυχώς τα εκπαιδευτικά συστήματα αδυνατούν να εντάξουν τα άτομα αυτά στην εκπαίδευση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα παιδιά αυτά να αποκλείονται μελλοντικά από θέσεις εργασίας (Τελική Έκθεση Μελέτης, 2002: 64).

Κάθε πολίτης της ευρωπαϊκής ένωσης έχει δικαίωμα σε αξιοπρεπές εισόδημα, εκπαίδευση, κατάρτιση, απασχόληση, κατοικία, περίθαλψη, κοινωνική και πολιτιστική ζωή. Η στέρηση αυτών οδηγεί σε απομόνωση και φτώχεια. Επίσης είναι αναγκαίο να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις στα άτομα με ειδικές ανάγκες και στις οικογένειές τους. Αυτό προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε αντιπροσωπευτικές οργανώσεις, στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση μέτρων και κοινωνικής πολιτικής (Τελική Έκθεση Μελέτης, 2002: 70-71).



2.19 Άτομα με αναπηρία: Πολίτες με ίσα δικαιώματα

Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις διεκδικούν την κοινωνική ένταξη και την ισότιμη πρόσβαση τους στο κοινωνικό-οικονομικό και πολιτικό γίγνεσθαι της χώρας. Είναι απαραίτητη η αλλαγή νοοτροπίας στην κατεύθυνση όπου τα άτομα με χρόνια πάθηση να μην αντιμετωπίζονται ως ασθενείς και παθητικοί δέκτες της ιατρικής φροντίδας αλλά ως πολίτες που διεκδικούν την ανεμπόδιστη άσκηση των βασικών ανθρωπίνων και κοινωνικών δικαιωμάτων στο κοινωνικό-πολιτικό εποικοδόμημα (Μπαρμπαλιά, 2006:14).

Η συμμετοχή των φορέων που εκπροσωπούν τους χρόνιους πάσχοντες στα κέντρα λήψης αποφάσεων για πολιτικές που άπτονται της υγείας, της κοινωνικής ασφάλισης, της απασχόλησης αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διακυβέρνησης κάθε δημοκρατικής και πλουραλιστικής κοινωνίας. Έτσι λοιπόν, η δόμηση ενός ευέλικτου, αποκεντρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας που παρέχει πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, εκπαίδευση, δωρεάν υπηρεσίες στα άτομα με χρόνιες παθήσεις αποτελεί βασική προϋπόθεση για την σωματική και ψυχοκοινωνική τους υγεία (Μπαρμπαλιά, 2006:14,16).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν τα άτομα με χρόνια πάθηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την παγιωμένη άποψη που αντιμετωπίζει τη χρόνια πάθηση ως ασθένεια. Επιπρόσθετα, ο βαθμός του κοινωνικού αποκλεισμού εξαρτάται άμεσα από την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του ατόμου (Μπαρμπαλιά, 2006:17).

Με την παραπάνω φιλοσοφία και κατεύθυνση, συστάθηκε ο συνήγορος κατά των διακρίσεων, ο οποίος απευθύνεται σε πολίτες με αναπηρία που θέλουν να καταγγείλουν περιστατικά αρνητικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας, στην οικογένεια, στις δημόσιες υπηρεσίες, στις κοινωνικές επαφές κ.α. Ειδικότερα, παρέχει ψυχολογική στήριξη, συμβουλές σε θέματα νομικά, πολιτικά και κοινωνικά (Θεωνά, 2006: 11).

Το 1989 ιδρύθηκε η ΕΣΑΕΑ (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία) από οργανώσεις ατόμων με αναπηρία και τις οικογένειες τους. Η αποστολή της είναι η καταπολέμηση των διακρίσεων που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία και η κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους. Στοχεύει ακόμα, στην προώθηση μέτρων πολιτικής και νομοθετικής υφής. Δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στη συνεργασία με τους Κοινωνικούς Εταίρους και με τις οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΑ

3.1 Ο Ρόλος της Κοινωνίας

Τόσο η προσωπική όσο και η κοινωνική ταυτότητα είναι αποτέλεσμα κοινωνικής κατασκευής. Έτσι λοιπόν, η προσωπική και η κοινωνική ταυτότητα μεταβάλλονται ανάλογα με τις εμπειρίες και τους ερμηνευόμενους ρόλους. Στο «Στίγμα» καταπατάται η προσωπική ταυτότητα, ως αποτέλεσμα επιβολής μίας κοινωνικής ταυτότητας και των καθιερωμένων κοινωνικών κατηγοριοποιήσεων. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο προσωπικός εαυτός προσβάλλεται ή απειλείται και αναγκάζεται να εμπλακεί σε διαδικασίες προστασίας ή αντίστασης (Goffman, 1996: 31-32).

Επιπρόσθετα, η έννοια του εαυτού είναι κοινωνικά προσδιορισμένη καθώς υπάρχει μόνο μέσω και εντός της αλληλεπίδρασης. Ο εαυτός του Goffman είναι εφήμερος και ορίζεται σύμφωνα με την περίσταση, είναι ένας μετανεωτερικός εαυτός αποτελούμενος από επιφάνειες και ερμηνείες (Goffman, 2006: 11, 23, 24).

Σε πολλές περιπτώσεις, η κοινωνία⁴ εκδηλώνει σφάλματα απόδοσης απέναντι στα άτομα με αναπηρία και στους ψυχικά πάσχοντες. Συγκεκριμένα, όταν τα άτομα αυτά πετυχαίνουν κάτι το σπουδαίο, τότε η κοινωνία το αποδίδει σε θαύμα. Αντίθετα, όταν αυτά τα άτομα αποτυγχάνουν, σε μία προσπάθειά τους, τότε η κοινωνία την αποδίδει (την αποτυχία) σε σωματικές ή ψυχικές αδυναμίες.

Η κοινωνική αλληλεπίδραση είναι χαρακτηριστικό στοιχείο τη ανθρώπινης ζωής. Τα άτομα εκφράζουν στοιχεία του πολιτισμού τους, οικονομικά θέματα, κοινωνική θέση, προσωπικές αξίες-πεποιθήσεις και θρησκευτικά πιστεύω. Η φύση της αλληλεπίδρασης αποτελεί αντικείμενο μελέτης για τον τομέα της ανθρωπολογίας. Σε μια κοινωνική διαμάχη, ένα ή περισσότερα άτομα, είναι σε θέση, είτε να κερδίσουν, είτε να χάσουν κάτι. Το τι ακριβώς θα χαθεί ή θα κερδιθεί είναι σημαντικό. Βέβαια το αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα περισσότερο ή λιγότερο συνειδητά αντιλαμβάνονται ότι κάτι διακυβεύεται (Goldschmidt, 1972).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η κοινωνία δημιουργεί κανονικότητες και συγκεκριμένες προσδοκίες για κάθε περίσταση ή κοινωνική συνεύρεση. Το άτομο

⁴ Η κοινωνία δεν περιορίζεται μόνο στην κοινωνικοποίηση για να ρυθμίσει τη συμπεριφορά των ατόμων. Ακόμα, χρησιμοποιεί τη διαδικασία του κοινωνικού ελέγχου όπου με τον όρο αυτό χαρακτηρίζουμε το σύνολο των μέσων που χρησιμοποιεί μία κοινωνία για να εξασφαλίσει τη συμμόρφωση προς τους κανόνες και τα κανονιστικά πρότυπα που ισχύουν στους κόλπους της σε μία διαδεδομένη στιγμή. Τέλος, ο κοινωνικός έλεγχος δύναται να είναι θετικός (επιδιοκιμασία της συμπεριφοράς) ή αρνητικός (αποδοκιμασία της πράξης) (Τσαούσης, 2004: 170).



που αποκλίνει, από αυτές τις προσδοκίες⁵, τείνει να στιγματίζεται. Αντίθετα, τα άτομα τα οποία «ικανοποιούν» τις κοινωνικές «επιθυμίες» ανάγονται σε φυσιολογικά. Έτσι λοιπόν, γίνεται εύκολα, κατανοητό ότι το φυσιολογικό και το μη-φυσιολογικό δεν προκύπτουν από αντικειμενικά κριτήρια και μετρήσεις. Μάλιστα, είναι πιθανό το φυσιολογικό για την μία κοινωνία, να είναι κατακριτέο για μία άλλη. Επίσης, στην ίδια κοινωνία, αυτό που θεωρείται σήμερα φυσιολογικό, ενδεχομένως στο παρελθόν να ήταν μη-φυσιολογικό. Η ασθένεια και η υγεία, σε μεγάλο βαθμό, καθορίζονται από τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες της κοινωνίας, των οικογενειακών, των διαπροσωπικών και επαγγελματικών σχέσεων. Δικαιολογημένα, λοιπόν, δύναται να χαρακτηριστούν ως κοινωνικές καταστάσεις. Ακόμα, οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στην ασθένεια και στην κοινωνία, διαμορφώνουν την απόδοση νοημάτων και συμβολικών διεργασιών (Χαμπέσης, 1993: 221).

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι μια συμπεριφορά δύναται να εκληφθεί ως ασθένεια, ως έγκλημα ή ακόμα και ως αμαρτία σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια. Επίσης, σε μία άλλη κοινωνία μία παρόμοια συμπεριφορά δύναται να νοηματοδοτηθεί ως ιερή ή ως προνομιακή κατάσταση. Ειδικότερα, η Ιαπωνική οικογένεια είναι ανεκτική απέναντι στη ψυχική πάθηση και αποφεύγει τον ιδρυματισμό των συγγενικών προσώπων. Αντίθετα, στη Δύση είναι συνηθισμένη η πρακτική του ιδρυματισμού των ψυχικά πασχόντων καθώς η ανεκτικότητα στους ψυχικά πάσχοντες, από τις οικογένειες τους (και κατ'επέκταση από την κοινωνία), είναι χαμηλή (Hughes, 2001: 154-157).

Τα ανθρώπινα κοινωνικά συστήματα αναπτύσσουν και διατηρούν κάποια γραπτά και άγραφα πρότυπα αποδεκτής συμπεριφοράς που καθορίζουν τα όρια μέσα στα οποία κινούνται τα άτομα και οι ομάδες. Τα μέλη ενός κοινωνικού συστήματος μαθαίνουν τα όρια που διαχωρίζουν την αποδεκτή και την έκτροπη πράξη μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης (οικογένεια, σχολείο, μέσα μαζικής ενημέρωσης κ.α.). Βέβαια, τα όρια της συγκλίνουσα και της αποκλίνουσας συμπεριφοράς υπόκειται σε συνεχή αναθεώρηση (Χαμπέσης, 1993: 221).

Στην κοινωνιολογική θεωρία η αποκλίνουσα συμπεριφορά ατόμων ή ομάδων, είναι συνισταμένη δύο δυνάμεων. Από τη μία, υπάρχει η παραβίαση ενός κανόνα ή νόμου και από την άλλη, υπάρχει κάποια κοινωνική αντίδραση σε αυτήν την

⁵ Η έννοια του πολιτιστικού μορφώματος (culture) γενικά αναφέρεται στη συνολική κληρονομιά που μεταδίδεται από γενιά σε γενιά μέσα στην κοινωνία. Αυτή η κληρονομιά εμπεριέχει το σύνολο των προσδοκιών ή των τύπων συμπεριφοράς που αποκτούν τα άτομα μέσω της μάθησης ή της κοινωνικοποίησης σε μία συγκεκριμένη κοινωνία (Μαντή, Τσελέπη, 1999:73).



παραβίαση. Σύμφωνα με την θεωρία της «ετικέτας» (Labeling Theory), η διαδικασία της παρεκτροπής είναι μονάχα ένας χαρακτηρισμός της συμπεριφοράς του ατόμου ή της ομάδας ως αποκλίνουσα από κάποια άλλη ομάδα που έχει την κοινωνική δύναμη να χαρακτηρίσει την συμπεριφορά αυτή ως αποκλίνουσα αλλά και να την επιβάλει στο κοινωνικό σύστημα (Χαμπέσης, 1993: 221).

Σύμφωνα λοιπόν, με τα προαναφερθέντα, η κοινωνία κατέχει ενεργητικό και κομβικό ρόλο στην διαμόρφωση και εκδήλωση του στίγματος. Η κοινωνία κατασκευάζει το φυσιολογικό και το μη-φυσιολογικό με αυθαίρετα, πολλές φορές, κριτήρια. Στη μικτή επαφή αλληλεπιδρούν οι φυσιολογικοί με τους στιγματισμένους. Τους κανόνες της επικοινωνίας τους ορίζει ο φυσιολογικός, ενώ ο στιγματισμένος καλείται να τους αποδεχθεί και να συμμορφωθεί με αυτούς. Σε αυτήν την συναλλαγή, οι φυσιολογικοί χρησιμοποιούν συγκεκριμένους όρους και χαρακτηρισμούς.

Σύμφωνα με τον Goffman, υπάρχουν τρία είδη στίγματος: τα σωματικά, της ομάδας (φύλο, θρησκεία κ.λ.π.) και οι «αδυναμίες-ατέλειες» του χαρακτήρα. Αυτά με τη σειρά τους κατατάσσονται σε εγγενή, επίκτητα, χρόνια και παροδικά. Βέβαια, με την αυστηρή έννοια του όρου, όλοι οι άνθρωποι (κάπου, κάπως, κάποτε) βίωσαν το στίγμα. Με αυτό τον τρόπο ο συγγραφέας (Goffman) αναγάγει το στιγματισμό σε μείζον κοινωνικό θέμα. Ακόμα, τονίζει την πολυπλοκότητα της αλληλεπίδρασης στίγματος και κανονικότητας, αφού στην πραγματικότητα κάθε άνθρωπος έχει διττό ρόλο (στιγματισμένος και φυσιολογικός).

Οι στιγματισμένοι στις μικτές επαφές εκδηλώνουν: απογοήτευση, απελπισία, ντροπή, ανασφάλεια, μίσος για τον εαυτό, υποτίμηση εαυτού, συναισθηματική σύγχυση, κατωτερότητα, αυτοκτονικούς ιδεασμούς, αβεβαιότητα, επιθετικότητα, άγχος, ζήλια κ.α. Από την άλλη, οι φυσιολογικοί αντιδρούν με: αμηχανία, συναίσθημα απειλής, απαξίωση, αποστροφή και φόβο.

Τα άτομα με αναπηρία και οι ψυχικά πάσχοντες συγκροτούν μία ομάδα υποτιμημένη. Ακόμα και σε καθημερινές δραστηριότητες αντιλαμβάνονται ότι ανήκουν σε μία ομάδα η οποία δεν χαίρει μεγάλης εκτίμησης. Το στίγμα αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο τα άτομα ερμηνεύουν την κατάσταση τους. Θα μπορούσε να αναφερθεί λοιπόν, ότι τα άτομα αυτά αδυνατούν να αντιληφθούν αν οι πράξεις τους είναι αποτέλεσμα των προσωπικών τους χαρακτηριστικών ή αν είναι απόληξη μίας αντίδρασης στο στίγμα. Οι αντιδράσεις των ατόμων δύναται να ποικίλουν από την παθητικότητα έως την πλήρη ρήξη με την κοινωνία (Χρυσόχοου, 2005: 93).



Ο όρος «κουλτούρα» αναφέρεται στο σύστημα των αξιών, πεποιθήσεων, στάσεων και συμπεριφορών που αναπτύσσουν τα άτομα κατά τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις και σχέσεις με άλλα άτομα. Το σύνολο αυτών των στοιχείων επηρεάζει τη συμπεριφορά του αρρώστου, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την αρρώστια, τα συμπτώματα και τα σημεία εκδήλωσης της, την εικόνα και την ερμηνεία που θα σχηματίσει για την αρρώστια. Οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις που αναπτύσσουν τα άτομα μίας κοινωνίας δύναται να παρουσιάζουν ομοιότητες, λόγω του ότι αποτελούν μέρη μίας συνολικής κουλτούρας, όπως επίσης και διαφορές, λόγω του ότι αποτελούν άτομα μίας κοινωνίας, στηριζόμενα στη μοναδικότητα της προσωπικότητάς τους. Η κουλτούρα ενός ατόμου δύναται να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα μίας θεραπείας ή μίας πρόληψης. Ο παράγοντας της κουλτούρας αποκτά έτσι μία ιδιαίτερη σημασία ως προς την αποτελεσματικότητα διάφορων μέτρων πρόληψης και προγραμμάτων αγωγής υγείας ομάδων του πληθυσμού (Σαρρής, 2001: 34).

Μεταξύ παθολογικού και φυσιολογικού διαπιστώνεται πάντα μία μεταβαλλόμενη σχέση στο χώρο και στο χρόνο. Η αντίληψη για το φυσιολογικό εμπεριέχει τόσο τις εμπειρίες του κάθε ατόμου, όσο και τις αξίες και τους κανόνες της κάθε κοινωνίας. Συνήθως το παθολογικό ορίζεται και χαρακτηρίζεται αρνητικά ως προς το φυσιολογικό, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες (Σαρρής, 2001:74).

Η κοινωνία λοιπόν, φαίνεται ότι διαμορφώνει εκείνες τις συνθήκες, επί των οποίων θα συγκροτηθεί η έννοια του στίγματος και κατ'επέκταση του αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων. Στον αντίποδα, φαίνεται ότι η ομαλή κοινωνική επαφή και αλληλεπίδραση αποτελεί προστατευτική ασπίδα για την ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, μελέτες αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι δύναται να αποφύγουν μερικές ψυχικές δυσκολίες, εάν διατηρήσουν ενεργό ρόλο εντός της κοινότητας (Desjarlais et al. 1995: 212-217).

3.2 Κοινωνικός Στιγματισμός

Μέσα στο πλαίσιο της κοινωνίας δημιουργούνται στερεότυπα⁶, προκαταλήψεις και συγκεκριμένες στάσεις. Προκατάληψη είναι μία εχθρική στάση απέναντι σε ένα πρόσωπο, που εντάσσεται σε μία ομάδα και συνεπώς υποθέτουμε ότι έχει όλες τις ανεπιθύμητες ιδιότητες που χαρακτηρίζουν εκείνο το σύνολο. Η

⁶ Τα στερεότυπα αποκτώνται μέσω της κοινωνικής μάθησης και της αντίστοιχης κοινωνικής ενίσχυσης.



ανθρώπινη τάση για δημιουργία στερεοτύπων αποτελεί μια διαδικασία εφαρμογής σταθερών εικόνων στην αντίληψη και νοηματοδότηση προσώπων και καταστάσεων (Χαμπέσης, 1993: 224).

Η κοινωνική νοηματοδότηση φαίνεται ότι προέρχεται από μία διαδομένη απαγωγική διαδικασία (παρά επαγωγική) και «a priori» τοποθέτηση στην αντικειμενική πραγματικότητα. Ακόμα, τα στερεότυπα κατευθύνουν τους τρόπους με τους οποίους η κοινωνία αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα. Με αυτόν τον μηχανισμό αποκλείουν τη δυνατότητα διαφοροποίησης σε ατομικό επίπεδο της μοναδικότητας γεγονότων, φαινομένων και προσώπων. Τα στερεότυπα λοιπόν, οδηγούν το κοινωνικό σύνολο να επιδείξει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά απέναντι σε άτομο ή ομάδες. Βέβαια, το άτομο αυτό με τη σειρά του, αντιδρά αναλογικά, ίσως και αντιδραστικά απέναντι στη στάση της κοινωνίας. Αυτό έχει ως απόληξη, την επιβεβαίωση της αρχικής προσδοκίας της κοινωνίας και την ολοκλήρωση του φαύλου κύκλου των στερεοτύπων και προκαταλήψεων (Χαμπέσης, 1993: 224).

Γίνεται λοιπόν, κατανοητό ότι η κοινωνία με «εργαλεία» την προκατάληψη και τα στερεότυπα⁷, δημιουργεί συγκεκριμένες στάσεις απέναντι σε πρόσωπα, ομάδες, φαινόμενα και καταστάσεις. Οι αποδέκτες αυτής της στάσης αντιδρούν ή συμπεριφέρονται με ένα συγκεκριμένο στυλ. Όμως, αυτή τους ή αντίδραση, γίνεται κατανοητή από το κοινωνικό σύνολο, αφενός μεν ως επιβεβαίωση της πρωταρχικής αντίληψής τους, αφετέρου δε ως ενίσχυση αυτής. Η κοινωνία λοιπόν, τείνει να «τιμωρεί» το διαφορετικό και την ελευθερία έκφρασης όταν αυτή αποκλίνει από το συνηθισμένο. Αυτή λοιπόν, η διαδικασία ερμηνεύει τον τρόπο και τη διαδικασία διαμόρφωσης του κοινωνικού στίγματος.

Τα στερεότυπα δύναται να λειτουργήσουν αυτοεκπληρούμενα. Δηλαδή, το στερεότυπο της επιθετικής συμπεριφοράς του ψυχικά πάσχοντα, δύναται να ερμηνευθεί ως μία αντίδραση του ψυχικά πάσχοντα απέναντι στην κοινωνική επιθετική στάση, η οποία προηγήθηκε.

Το κοινωνικό στίγμα απολήγει επιζήμιο, όχι μόνο για τα άτομα και τις ομάδες (που στιγματίζονται) αλλά και για εκείνους που φέρουν την εξουσία και τη δύναμη να επιβάλουν τον κοινωνικό στιγματισμό. Τα άτομα που στιγματίζονται είναι λιγότερο δημιουργικά και περισσότερο διστακτικά να αναλάβουν πρωτοβουλίες και δράσεις.

⁷ Τα στερεότυπα χαρακτηρίζονται από την τάση για κατηγοριοποίηση και γενίκευση.



Μέσα σε ένα δημοκρατικό κοινωνικό σύστημα υπάρχουν πάντοτε οι πιθανότητες να συνυπάρχουν οι μεθοδεύσεις δημιουργίας στερεοτύπων, εκμετάλλευσης προκαταλήψεων και προσάψεις κοινωνικού στίγματος, έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις εκμετάλλευσης του ανθρώπου από τον συνάνθρωπο του (Χαμπέσης, 1993: 225).

Τα άτομα που προέρχονται από μειονοτικές ή μειονεκτικές ομάδες βιώνουν το ζήτημα της προκατάληψης και της κοινωνικής απόρριψης. Όσο αυξάνονται τα άτομα που διεκδικούν κοινωνική ένταξη στην κοινότητα τόσο τα προκατειλημμένα άτομα θα ψάχνουν να βρουν ένα ειδικό σημείο ή στίγμα, το οποίο θα το χρησιμοποιήσουν για να διατηρήσουν τις ομάδες αυτές στη θέση τους. Έτσι λοιπόν, η προκατάληψη⁸ δεν πρέπει να θεωρείται ως κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά (Καλαντζή-Αζίζι, 1996: 2).

3.3 Κοινωνικές Αναπαραστάσεις

Η έννοια των κοινωνικών αναπαραστάσεων αναφέρεται στο σύστημα αξιών, αντιλήψεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών ενός ατόμου. Το σύστημα αυτό παρέχει τη δυνατότητα επικοινωνίας του ατόμου με τα υπόλοιπα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας. Έτσι λοιπόν, αναπτύσσονται κώδικες επικοινωνίας μέσω της απόδοσης νοημάτων στα στοιχεία που συνθέτουν την κοινωνική και προσωπική ζωή των ατόμων. Η χρησιμότητα αυτών έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν την ερμηνεία της συμπεριφοράς ενός ατόμου, ενώ παράλληλα επιτρέπουν τη σύγκριση συμπεριφορών μεταξύ των ατόμων, σε επίπεδο κοινωνικών συναλλαγών (Σαρρής, 2001:78).

Το άτομο δημιουργεί μία ταξινόμηση πραγμάτων και ανθρώπων, ανάλογα με τη σημασία και τη συμπεριφορά τους. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αποτελούν μία μορφή γνώσης, η οποία, μέσω των κοινωνικών αλληλοδράσεων μεταξύ των ατόμων, αποκτά μία κοινωνική διάσταση και εκφράζεται ως κοινωνική γνώση. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις ως εκ του ρόλου τους, που αφορά τη δημιουργία δηλαδή μίας γέφυρας διασύνδεσης μεταξύ του βαθύτερου κόσμου του ατόμου και του κοινωνικού του περιβάλλοντος (Σαρρής, 2001:79).

Η μετεξέλιξη των κοινωνικών αναπαραστάσεων υφίσταται στο χώρο χρόνο του κοινωνικού γίνεσθαι και ο ρυθμός της μετεξέλιξης τους εξαρτάται από τον βαθμό αντιστοιχίας και συμβατότητας μεταξύ της πραγματικότητας αυτής καθ αυτής

⁸ Αζίζι να αναφερθεί ότι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, δυσχεραίνουν τις διαδικασίες σύναψης και διατήρησης διαπροσωπικών σχέσεων.



και των αναπαραστάσεων της, μεταξύ των κοινωνικών πρακτικών και συμβολικών νοημάτων. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις δεν αποδίδουν μόνο ένα ερμηνευτικό και επεξηγηματικό πλαίσιο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αλλά αποτελούν επίσης και έναν μηχανισμό διαμόρφωσης και προσδιορισμού της κοινωνικής συμπεριφοράς ενός ατόμου (Σαρρής, 2001:79-80).

Η αμφίδρομη αυτή σχέση μεταξύ ατόμου και κοινωνίας, μεταξύ ατομικών και κοινωνικών αναπαραστάσεων των θεμάτων που αφορούν την υγεία και την αρρώστια παρέχει ένα ερμηνευτικό πλαίσιο ορισμένων παράδοξων που διαπιστώνονται σε ορισμένου τύπου κοινωνικό οικονομικών προσεγγίσεων της αρρώστιας. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις συμβάλλουν στην κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας του ατόμου για την αρρώστια και την υγεία. Η εμπειρία αυτή δεν στηρίζεται τόσο στην ιατρική ενημέρωση που θα προσφέρει ο ιατρός, όσο σε αυτές τις έννοιες, τις ιδέες, τις αξίες, που θα αποδώσει το ίδιο το άτομο στην αρρώστια του. Βάση αυτών, τις οποίες το άτομο έχει εσωτερικεύσει κατά τη διαδικασία της αμφίδρομης σχέσης του με την κοινωνία, ο άρρωστος θα αποδώσει ένα νόημα και μία σημασία στην αρρώστια του και ανάλογα θα προσδιορίσει και την συμπεριφορά του (Σαρρής, 2001:80,81).

Μέσω των ατομικών και κοινωνικών αναπαραστάσεων, ο άρρωστος σχηματίζει και μορφοποιεί τη δική του αιτιολογία της αρρώστιας και την αναγάγει συνήθως στο επίπεδο των σχέσεων του με την κοινωνία. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την αρρώστια εκφράζονται με μία πολλαπλότητα εκδοχών και επιμέρους ερμηνευτικών προσεγγίσεων ανάλογα με τις κοινωνικές και προσωπικές εμπειρίες που βιώνει κάθε άνθρωπος στην πορεία της ζωής του (Σαρρής, 2001:81).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις ως εσωτερικευμένα κοινωνικά νοήματα, σύμβολα, έννοιες και ιδέες δεν λειτουργούν με μία μηχανική επανάληψη και αποδοχή από τη πλευρά των ατόμων. Το κάθε άτομο διαμορφώνει παράλληλα τις δικές του ατομικές αναπαραστάσεις, βάση των οποίων ρυθμίζει την συμπεριφορά υγείας του. Το άτομο, ανάλογα με τις εμπειρίες του, τροποποιεί προϋπάρχουσες και διαμορφώνει νέες αναπαραστάσεις της υγείας και της αρρώστιας, νοηματοδοτώντας και αποδίδοντας κάθε φορά τη δική του σημασία του δίπολου «υγεία-αρρώστια» (Σαρρής, 2001:82).



3.4 Κοινωνικό-Οικονομική Προσέγγιση

Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση της υγείας, η αρρώστια δεν επιτρέπει στο άτομο που νοσεί να συμμετέχει στις παραγωγικές διαδικασίες (εργασία), αλλά αντίθετα αποτελεί κόστος για το κοινωνικό σύνολο και ως εκ τούτου πρέπει να αντιμετωπισθεί, να θεραπευθεί. Η αντιμετώπιση της νόσου, αλλά και η βελτίωση της υγείας αυξάνει σημαντικά τόσο τα ποσοτικά, όσο και τα ποιοτικά αποτελέσματα της εργασίας (Σαρρής, 2001: 71,72).

Η αρρώστια διαταράσσει την ισορροπία της λειτουργίας ενός ατόμου όχι μόνο στη βιολογική της υπόσταση, αλλά επίσης και στην κοινωνική όπως και στην ψυχοσυναισθηματική της διάσταση. Με την αρρώστια διακόπτεται η φυσιολογική λειτουργία του ατόμου, η εργασία του, ο τρόπος ζωής του, οι ευθύνες και οι υποχρεώσεις του. Η αρρώστια εκφράζει ταυτόχρονα μία απειλή, βιώνεται ως παράγοντας κινδύνου τόσο για το άτομο όσο και για το κοινωνικό σύστημα (Σαρρής, 2001: 73).

Οι κοινωνικά και οικονομικά αδύνατοι παραμένουν ευάλωτοι σε όποια ασθένεια είναι φορείς, αποκλεισμένοι από το σύστημα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, το κράτος-πρόνοιας, αποδεχόμενο τον προσδιορισμό ότι η υγεία αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό, παρεμβαίνει στους μηχανισμούς λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας με την τάση να διαμορφώσει ένα άλλο σύστημα υγείας, θεμελιώδης αρχή του οποίου είναι η ισότητα (Σαρρής, 2001:78).

Η παρέμβαση του κράτους δεν αφορά μόνο τον έλεγχο ή τον καθορισμό των τιμών υπηρεσιών υγείας που καταναλώνονται. Επί πλέον, κατευθύνει την κατανομή των πόρων στο τομέα υγείας έτσι ώστε να προσδοκάται και να επιτυγχάνεται, η καλύτερη δυνατή, ποσοτικά και ποιοτικά, παροχή υπηρεσιών τόσο στο επίπεδο του πάσχοντος όσο και στο επίπεδο του κοινωνικού συνόλου, αποσκοπώντας στην βελτίωση του επιπέδου υγείας, ευημερίας και ευεξίας του πληθυσμού γενικότερα (Σαρρής, 2001:78).

3.5 Ο Ρόλος του Πολιτισμού

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν σε κάθε περίπτωση τα ζητήματα της υγείας και της αρρώστιας εξαρτάται άμεσα από τον εκάστοτε πολιτισμό. Ο πολιτισμός λοιπόν, καθορίζει σε σημαντικό βαθμό, τις γενικότερες αντιλήψεις για την υγεία, την αρρώστια και τον θάνατο. Αποτελεί επίσης, το βασικό πλαίσιο για τον εντοπισμό των αιτιών της



αρρώστιας και διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στη θεωρητική και πρακτική διαμόρφωση της ιατρικής φροντίδας (Τούντας, 2000: 201).

Ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια η αρρώστια δύναται να θεωρηθεί βλάβη, τιμωρία, επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα. Ο πολιτισμός άλλοτε ευθύνεται για την πρόκληση ορισμένων (σωματικών ή ψυχικών) νοσημάτων, ενώ άλλοτε επηρεάζει τη συμπτωματολογία και άλλοτε τον τρόπο που τα άτομα αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της αρρώστιας και την ένταση του πόνου (Τούντας, 2000: 201-202).

Οι πολιτισμικοί παράγοντες δύναται να αποτελέσουν αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Συγκεκριμένα, η οικογενειακή δομή, οι ρόλοι των φύλων, τα πρότυπα γάμου, η σεξουαλική συμπεριφορά, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι, η πληθυσμιακή πολιτική, η τεκνοποίηση και η ανατροφή των παιδιών, που σε υψηλό ποσοστό διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία της υγείας και την πρόκληση της αρρώστιας. Στους πολιτισμικούς παράγοντες συγκαταλέγονται επίσης διάφορες διαιτητικές συνήθειες, η ένδυση, η ατομική υγιεινή, οι συνθήκες διαβίωσης και απασχόλησης, η χρήση τοξικών ουσιών, οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες κ.α. (Τούντας, 2000: 203).

Μία άλλη κατηγορία πολιτισμικών επιδράσεων αφορά την υιοθέτηση σε ορισμένους πολιτισμούς συμπεριφορών που είναι επικίνδυνες για την υγεία. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί ο σεξουαλικός ακρωτηριασμός (κλειτοριδεκτομή, αιδιοεκτομή), στα κορίτσια της περιοχής της Αιγύπτου, του Σουδάν και της Σομαλίας, ο οποίος εφαρμόζεται από την αρχαιότητα (Τούντας, 2000: 205).

Ο πολιτισμός γενικά, αποτελεί ένα περιβάλλον ευνοϊκό για την ανάπτυξη της τρέλας. Αν η πρόοδος των επιστημών διαλύει την πλάνη, τότε έχει τη δυνατότητα να διαδίδει τη συνήθεια και τη μανία της μελέτης. Η ζωή του γραφείου, οι αφηρημένες θεωρίες και η συνεχής κίνηση του πνεύματος χωρίς την παράλληλη άσκηση του σώματος μπορούν να φέρουν τα πιο μοιραία αποτελέσματα (Φουκώ, 1964: 215).

Ο Ρουσσώ, στο ίδιο μήκος κύματος με το Φουκώ, θεωρεί ότι ο πολιτισμός είναι φορέας ανθρώπινης δυστυχίας. Το άτομο μέσα στον κοινωνικό ιστό αναπτύσσει δεσμούς εξάρτησης και αυτό συνεπάγεται με ένα ισχυρό έλλειμμα ελευθερίας. Ο άνθρωπος μακριά από τη φύση είναι δέσμιος των υλικών αγαθών, των διαπροσωπικών σχέσεων, των συναισθημάτων. Ακόμα και η επιστήμη γίνεται φορέας δυστυχίας καθώς δημιουργεί νέες ανάγκες και επιθυμίες. Ο άνθρωπος αν και γεννήθηκε ελεύθερος, παντού βρίσκεται αλυσοδομένος.



Οι πολιτισμικά και ιστορικά καθορισμένες στάσεις ως προς την ψυχική νόσο, τα ψυχιατρικά προβλήματα και τις ψυχιατρικές διαταραχές διαφέρουν από χώρα σε χώρα και από φυλή σε φυλή. Ακόμη και ανάμεσα στις παραδοσιακές «δυτικές» κουλτούρες υπάρχουν τεράστιες διαφορές στο πως γίνονται αντιληπτές και αποδεκτές οι ψυχικές διαταραχές. Πιθανόν το μοναδικό κοινό στοιχείο να είναι η στάση που στιγματίζει τους ψυχικά πάσχοντες (Μπλού, 1999: 12). Επιπλέον, το πολιτισμικό πλαίσιο κατέχει καταλυτικό ρόλο στην πορεία και την έκβαση της ψυχικής νόσου.

Το κύριο ζήτημα για τη ψυχιατρική ανθρωπολογία είναι τα πολιτισμικά καθορισμένα όρια ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και στην «απόκλιση». Η συνεισφορά της εθνοψυχιατρικής προκύπτει από το γεγονός ότι δίνει βαρύτητα στις πολιτισμικές αναφορές, σχετικά με την παρέκκλιση και το μη-φυσιολογικό. Παρόλο που η «τρέλα» υφίσταται σε όλο τον κόσμο, ωστόσο το περιεχόμενο της και η έκφραση της, διαφέρει ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς. Για παράδειγμα, οι ντόπιοι της Αμερικής «Wittico» με ψυχωτική διαταραχή, καταλαμβάνονται από κανιβαλιστικό πανικό. Παρόλο που το υπόβαθρο της διαταραχής είναι βιολογικό, ωστόσο ο τρόπος έκφρασης διαφέρει, ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Έτσι λοιπόν, τα ψυχωτικά επεισόδια δύναται να περιλαμβάνουν στοιχεία ή σύμβολα συγκεκριμένης πολιτισμικής προέλευσης. Κάποιος λοιπόν, ψυχωτικός από τη Σκωτία, εκδηλώνει ψυχωτικά επεισόδια με περιεχόμενο το τέρας Λοχ Νες, δηλαδή το μυθικό τέρας που αποτελεί σύμβολο αυτού του πολιτισμού (Hughes, 2001: 154-157).

Στις δυτικές κοινωνίες είναι ευρύτατα αποδεκτή η πρακτική της επίσκεψης σε ψυχοθεραπευτή. Σε αντίθεση, με τον αποκάλυπτο στιγματισμό της νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα. Η ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί είναι ότι εμπλέκεται η πολιτισμική συμπεριφορά. Έχει γίνει εξάλλου μόδα να επισκέπτεσαι τον ψυχαναλυτή σου, στοιχείο που δηλώνει άμεσα ή έμμεσα οικονομική ισχύ (Μπλού, 1999: 13).

Από τις πιο σημαντικές συμβολές στη διερεύνηση της σχέσης πολιτισμού και ψυχικής υγείας είναι μία μελέτη του 1928 για την ενηλικίωση των νέων στο νησί Σαμόα του Ειρηνικού Ωκεανού. Οι νέες κοπέλες στη Σαμόα έμπαιναν στην ενηλικίωση ομαλά, χωρίς τα προβλήματα και τις ψυχολογικές εντάσεις που ταλαιπωρούσαν τα κορίτσια της ίδιας ηλικίας στις Η.Π.Α. Όσον αφορά τη σεξουαλική ηθική, ενώ τα κορίτσια στις Η.Π.Α. αντιμετώπιζαν διλλήματα, όπως η αποδοχή ή απόρριψη του προγαμιαίου έρωτα, στη Σαμόα τα κορίτσια δεν είχαν τέτοια διλλήματα. Η διαφορετική αυτή αντιμετώπιση, οφειλόταν στον πολιτισμό και είχε ως συνέπεια την καλή ψυχική υγεία των κοριτσιών-εφήβων. Σε ανάλογα



συμπεράσματα κατέληξαν και άλλες μελέτες, διαπιστώνοντας ότι οι διαφοροποιήσεις της ψυχικής υγείας των εφήβων συναρτώνται με τις εκάστοτε πολιτισμικές αξίες και συμπεριφορές. Το συναισθηματικό στρες είναι προϊόν πολιτισμικών επιρροών, παρά ηλικιακών βιολογικών διεργασιών (Τούντας, 2000: 204).

Συχνά, οι άνθρωποι δεν μπορούν να κατανοήσουν, πέρα από κάποιο ορισμένο όριο, την ιδεολογική, πολιτισμική ή φυσική διαφορετικότητα παρά μόνο ως παθολογική εκδήλωση είτε ψυχονοητικής κατωτερότητας είτε ψυχικής και ηθικής διαστροφής. Επιπλέον, η δημιουργία «αποδιοπομπαίων τράγων» και η ποινικοποίηση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (π.χ. της ομοφυλοφιλίας), συμβάλλει στη συσπείρωση και στην ομογενοποίηση της πλειονότητας των πολιτών γύρω από «υγιείς αξίες» και προσδιορίζει στην κυρίαρχη ιδεολογία, το κύρος του κήρυκα και του φύλακα της ηθικής (Λειβαδίτης, 2003: 201).

Η παγκοσμιοποίηση, πέραν από το ό, τι καταργεί τα εθνικά σύνορα, υποδηλώνει ότι οι εξελίξεις στην οικονομία, την τεχνολογία και την πληροφόρηση εντάσσουν τους ανθρώπους σε μία ενιαία αγορά και κοινωνία, με μια ομογενοποιημένη κουλτούρα. Είναι λοιπόν, είναι ευνόητο ότι διανοίγεται ένας πολιτισμικός μονόδρομος, που μαζί με τα αμερικάνικα προϊόντα, επιβάλλει αμερικάνικα πρότυπα ζωής, αποδυναμώνοντας ή αλλοιώνοντας τις ιδιαιτερότητες και τις παραδόσεις άλλων χωρών (Χιωτάκης, 1999: 106). Έτσι, διαπιστώνουμε ότι η διαμόρφωση του εκάστοτε πολιτισμού δεν είναι στατική αλλά υπόκειται σε αλληλεπιδράσεις με άλλα πολιτισμικά πρότυπα και κυρίως αυτά της Αμερικής. Ο αμερικανικός κινηματογράφος δηλαδή, με την παγκόσμια ακτινοβολία, προωθεί και διαμορφώνει στάσεις απέναντι σε ομάδες και πολιτισμούς. Άλλοτε λοιπόν, ενοχοποιεί και άλλοτε νομιμοποιεί πρόσωπα και καταστάσεις.

3.6 Κοινωνική και Πολιτισμική δομή της γλώσσας

Η κοινωνική και πολιτισμική δομή της γλώσσας, αρκετές φορές, εμπεριέχει ρατσιστικές ιδεολογίες. Συγκεκριμένα, συνηθίζεται η χρήση λέξεων όπως, «τρελός», «ψυχοπαθής», «σχιζοφρενής» για τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα.

Η γλώσσα έχει την ισχύ να εκφράζει, να δημιουργεί, να ορίζει, να προσδιορίζει και να κατευθύνει. Οι σχέσεις ανάμεσα στη γλωσσική έκφραση, στους ορισμούς και στην διαμόρφωση κοινωνικό-πολιτικής πρακτικής και ιδεολογίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες.



Το «πως» θα ορίσει ο εκάστοτε πολιτισμός ή η εκάστοτε κοινωνία μία κατάσταση, καθορίζει τον τρόπο αντιμετώπισης της. Για παράδειγμα, τα άτομα με αναπηρία συχνά αντιμετωπίζονται ως «υποκείμενα οίκτου» και κατά συνέπεια εξάρτησης (Καλαντζή-Αζίζι, 1996: 28, 29).

Ο τρόπος με τον οποίο ορίζουμε την έννοια αναπηρία, επηρεάζει διαμορφώνει και στηρίζει εκπαιδευτικές πρακτικές, παροχές κοινωνικών υπηρεσιών και πολιτικές προτεραιότητας. Συνεπώς, ο αγώνας σχετικά με την εγκαθίδρυση συγκεκριμένων ορισμών δεν είναι απλά ένα παιχνίδι λέξεων αλλά ένα ζήτημα δυνάμεων και καθορισμού της κοινωνίας (Καλαντζή-Αζίζι, 1996: 29).

Ακόμα, ο τρόπος που ορίζουμε μια κατάσταση προσδιορίζει, σε σημαντικό βαθμό, τα προσωπικά και κοινωνικά μας βιώματα προσφέροντας μια ιδεολογική δομή η οποία μας βοηθά να κατανοήσουμε πολιτισμικά, κοινωνικά και πολιτικά τα φαινόμενα που συμβαίνουν γύρω μας (Καλαντζή-Αζίζι, 1996: 31).

Η γλώσσα μέσα από την οποία εκφραζόμαστε για την υγεία και την ασθένεια, μέσα από την οποία ερμηνεύουμε τα αίτια, τις εκδηλώσεις και τις συνέπειες της, δεν είναι μια γλώσσα του σώματος αλλά πρόκειται για τη γλώσσα που χαρακτηρίζει τη σχέση του ατόμου με την κοινωνία (Adam, Herzlich, 1999:60).

3.6 Ο Ρόλος της Χριστιανικής Εκκλησίας στην Ελλάδα

Η θρησκεία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τον πόνο. Σύμφωνα με την θρησκεία, εκείνος που πονά και υποφέρει, ισχυροποιεί τα δεσμά του με το Θείο. Επίσης, ο πόνος λαμβάνεται ως άφεση αμαρτιών και ως πνευματική εξύψωση. Όσο αφορά την ασθένεια, αυτή είναι αποτέλεσμα αμαρτίας του Αδάμ και όχι φυσική κατάσταση του ανθρώπου.

Στο νεοσύστατο ελληνικό κράτος, η ιατρική περίθαλψη προσφέρεται από ένα δίκτυο ιδρυμάτων που υποστηρίζονται από την εκκλησία⁹, δήμους και επιχειρηματίες. Συγκεκριμένα, η Ελληνική Κυβέρνηση το 1862, πλήρως συνολικά

⁹ Στις πρωτόγονες κοινωνίες, επικρατούσαν αντιλήψεις που έδιναν στην ασθένεια μεταφυσικές προεκτάσεις. Οι θεοί και οι μάγοι έστελναν την αρρώστια καθώς ήταν εξοργισμένοι από τα ηθικά παραπτώματα του ανθρώπου. Οι θεοί λοιπόν, τιμωρούσαν την ανήθικη συμπεριφορά των ανθρώπων. Βέβαια, ο Ιπποκράτης (460 π.Χ.) προσπάθησε να εξηγήσει και να ερμηνεύσει την προέλευση των ασθενειών. Έδωσε λοιπόν, ιδιαίτερη βαρύτητα στις περιβαλλοντικές επιδράσεις, στην διατροφή, το κλίμα κ.α. Ήταν λοιπόν, ο πρώτος που αμφισβήτησε το δίπολο της μαγείας και του μυστικισμού. Έπρεπε όμως να περάσουν πολλοί αιώνες για να μείνουν πίσω αυτές οι δεισιδαιμονίες καθώς ακόμα και σήμερα αυτές οι πεποιθήσεις βρίσκουν μερικούς ένθερμους υποστηρικτές. Από τον Μεσαίωνα η εκκλησία αναλάμβανε πρωτοβουλίες για την υγεία των φτωχών και των περιθωριακών, οι οποίες ξεκινούσαν από τη φιλανθρωπία και έφταναν μέχρι την έντονη καταπίεση (Μαντή, Τσελεπή, 2000).



320 δρχ. το μήνα σε μοναστήρια για τη φροντίδα 21 ψυχοπαθών. Όσο αφορά τα εκκλησιαστικά ιδρύματα, αυτά αντιμετώπιζαν τους ψυχικά πάσχοντες με κύριο μέλημα την θεραπεία τους ή τη φύλαξη και τον εγκλεισμό τους. Παράδειγμα μοναστηριού είναι ο Άγιος Γεράσιμος στην Κεφαλονιά, γνωστός στην Ελλάδα ως προστάτης και θεραπευτής των ψυχοπαθών. Η μονή είχε κτιστεί στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα και αποτελούσε κοινή πίστη ότι ο Απόλλωνας τιμωρούσε τους ασεβείς με την εκδήλωση της «φρενοβλάβειας» (Μπιλανάκης, 2004: 20).

Οι λαϊκές παροιμίες, αυτής της εποχής, αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι «είναι για τον Αη Γεράσιμο» για κάποιον που τον θεωρούσαν «τρελό» και χρειάζεται θεραπεία. Υπάρχει ακόμα η παροιμιώδης φράση «θέλει διάβασμα» που έχει απομείνει από την περίοδο που το διάβασμα των ειδικών ευχών από τον ιερέα, ήταν από τα απαραίτητα μέσα για την θεραπεία της νόσου. Επιπρόσθετα, στα Επτάνησα τον περασμένο αιώνα τους ήσυχους ψυχασθενείς τους θεωρούσαν καλορίζικους και τους ανήσυχους τους έστελναν σε μοναστήρια γιατί πίστευαν ότι φέρουν γρουσουζιά (Μπιλανάκης, 2004: 19).

«Θεραπευτικές» πρακτικές που χρησιμοποιούσαν στα εκκλησιαστικά ιδρύματα ήταν η απομόνωση του ψυχοπαθούς από το οικογενειακό πλαίσιο και η διαμονή του σε ξενώνες. Αυτό δηλώνει ότι η ψυχική νόσος ήταν ντροπή για την οικογένεια καθώς την στιγματίζε. Συνηθιζόταν ακόμα, η αυστηρότατη νηστεία, η υποχρεωτική παρουσία σε λειτουργίες, το διάβασμα προσευχών, οι εξορκισμοί, η επαφή του σώματος με τον σταυρό, το δέσιμο του ψυχοπαθούς με κρίκους κ.α. Κυρίαρχη ακόμα, ήταν η αντίληψη ότι η αρρώστια σχετίζεται με την απόκλιση της ζωής του ατόμου, από τους θρησκευτικούς κανόνες (Μπιλανάκης, 2004: 21).

Αδιάψευστη μαρτυρία του αλυσοδέματος των ψυχοπαθών αποτελεί η ύπαρξη των σιδερένιων κρίκων σε τοίχους κελιών, παλιών εκκλησιών και μοναστηριών. Αξίζει να σημειωθεί, ότι σώζονται ακόμα και σήμερα σιδερένια περιλαίμια και βραχιόλια. Όσο αφορά τη διαίτα των φρενοβλαβών στα μοναστήρια αυτή περιλάμβανε νερόβραστο ρύζι, ελιές και φέτα ψωμί. Το νερό, σε αρκετές περιπτώσεις, λάμβανε την ονομασία «αγίασμα», τονίζοντας με αυτόν τον τρόπο την θεραπευτική του αξία (Μπιλανάκης, 2004: 21).

Στο ίδιο πάντοτε χρονικό πλαίσιο (περίοδος νεοσύστατου κράτους), η αστυνομία για να αντιμετωπίσει τους «ταραχοποιούς» και «επικίνδυνους» ψυχοπαθείς, που κυκλοφορούσαν ελεύθερα στους δρόμους της Αθήνας, τους



συλλάμβανε και τους οδηγούσε σε μοναστήρια ή στα κρατητήρια. Στο χωριό ο «τρελός» είναι μία φιλική οικεία, φιγούρα, ίσως και απαραίτητη, καθώς λειτουργεί είτε ως γραφικός τύπος, έχοντας μια ιστορία πίσω του ή έναν ρόλο να επιτελέσει, είτε ως αποδιοπομπαίος τράγος που ποτέ όμως δεν αποδιοπομπεύεται εντελώς. Αντίθετα, στην πόλη ο «τρελός» έχοντας απολέσει κάθε επικοινωνία με τον «άλλον», καταντά ένα αξιοθέατο του δρόμου (Μπιλανάκης, 2004: 24, 25).

3.8 Αλλαγή στερεοτύπων και μείωση των προκαταλήψεων

Σύμφωνα με τον Allport, για την βελτίωση και τον επαναπροσδιορισμό των δι-ομαδικών σχέσεων η «υπόθεση της επαφής» είναι ο καλύτερος τρόπος για να αμβλυνθεί η σύγκρουση μεταξύ αυτών. Αυτή η υπόθεση δομείται επί της αρχής ότι μερικές ομάδες αγνοούν τα πραγματικά χαρακτηριστικά κάποιων άλλων (ομάδων). Έτσι λοιπόν, με αφετηρία την άγνοια και την έλλειψη πληροφόρησης, αυτές οι ομάδες υπόκειται εχθρικά σε άλλες. Για παράδειγμα, αρκετοί άνθρωποι εκφράζουν συναισθήματα παράλογου φόβου¹⁰ απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Φυσικά κάτι τέτοιο, έχει διαμορφωθεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από τα κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις. Όταν όμως, αυτοί οι άνθρωποι έρθουν σε επαφή και επικοινωνία με ψυχικά πάσχοντες συχνά, αναθεωρούν την αρχική τους εκτίμηση, καθώς διαπιστώνουν ότι τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα κάθε άλλο παρά επικίνδυνα δύναται να θεωρηθούν.

Πέρα από την δι-ομαδική επικοινωνία, είναι απαραίτητη η αναπροσαρμογή των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων. Βέβαια, η αλλαγή των στερεοτύπων δεν είναι μια απλή διαδικασία. Τα στερεότυπα εμπεριέχουν προσδοκίες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά των ψυχικά πασχόντων. Αυτές οι προσδοκίες επηρεάζουν και κατευθύνουν την επεξεργασία νέων πληροφοριών που άπτονται της ψυχικής πάθησης. Για παράδειγμα, τα στερεότυπα δύναται να οδηγήσουν σε μεροληπτική νοηματοδότηση των νέων πληροφοριών με σκοπό να επιβεβαιώνουν αυτά τα στερεότυπα. Σύνηθες είναι το φαινόμενο, στο οποίο οι πολίτες δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις πληροφορίες που επιβεβαιώνουν, παρά στις πληροφορίες που απορρίπτουν το στερεότυπο.

¹⁰ Ο φόβος της «τρέλας», μαζί με το φόβο του θανάτου, αποτελούν τους αρχέτυπους φόβους του ανθρώπου. Και οι δυο αυτοί φόβοι συνδέονται με την απειλή της απώλειας. Φόβος για την απώλεια της λογικής στη μια περίπτωση, φόβος για την απώλεια της ζωής, στην άλλη. Φόβος, σε τελική ανάλυση, για την απώλεια της ουσίας της ίδιας της ανθρώπινης ύπαρξης (Ψυχαργός, 2006)



Σε γενικές γραμμές, τα στερεότυπα δημιουργούνται σε μικρή ηλικία και τροποποιούνται δύσκολα. Οι άνθρωποι τείνουν να χαρακτηρίζουν αυτόματα και με αδικαιολόγητη ευκολία, κάποιες ανθρώπινες ομάδες, με βάση κάποια ελάχιστα ή επιμέρους χαρακτηριστικά. Τέλος, η στερεοτυπική συμπεριφορά ενισχύεται όταν υπάρχει ένταση και σύγκρουση μεταξύ των ομάδων.

Τέλος, συνάπτεται ένας φαύλος κύκλος, ο οποίος προσλαμβάνει μονάχα εκείνες τις πληροφορίες που επιβεβαιώνουν την αρχική εκτίμηση. Αντίθετα, οι πληροφορίες, που υπό φυσιολογικές συνθήκες, θα απέρριπταν το στερεότυπο δεν τυγχάνουν προσοχής. Την παραπάνω τακτική την ακολουθεί όχι μόνο μία μερίδα πολιτών, αλλά πολλές φορές τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το πολιτικό σύστημα, εξυπηρετώντας (ή όχι) συγκεκριμένες σκοπιμότητες.

3.9 Συμπεράσματα

Από τα προαναφερθέντα στοιχεία προκύπτει ότι τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και ο στιγματισμός προκύπτουν κατόπιν δυναμικής αλληλεπίδρασης των παρακάτω τομέων: κοινωνία, πολιτισμός, εκκλησία, γλώσσα. Στα επόμενα κεφάλαια θα αναλύσουμε τον ρόλο της πολιτικής από-ιδρυματισμού (Κεφάλαιο 4) και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Κεφάλαιο 5). Θεωρώ ότι οι παραπάνω τομείς καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο νοσηματοδότησης της ασθένειας, της ψυχικής νόσου και του στίγματος.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

4.1 Η Ιστορική εξέλιξη της Ψυχιατρικής Περίθαλψης

Η λαϊκή αντίληψη για την ψυχική αρρώστια, στην κλασσική εποχή, περιλαμβάνει μια υπερφυσική αιτιολογία. Συγκεκριμένα, ο ψυχικά άρρωστος είναι ένα άτομο με θεϊκές ιδιότητες και διακατέχεται από τα πνεύματα της Μανίας και Λύσσας (Μαδιανός, 1994: 165-166). Το μεταφυσικό πρότυπο της ψυχικής πάθησης χαρακτηρίζεται ακόμα, από αόρατες, σκοτεινές, δαιμονικές δυνάμεις που εξουσιάζουν το άτομο και τον στρέφουν σε ιδιόρρυθμη συμπεριφορά.

Τον 4^ο π.Χ. αιώνα με την ανάπτυξη της Ιπποκρατικής άποψης, η ψυχική αρρώστια χαρακτηρίζεται ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και της κίτρινης χολής και του φλέγματος). Έτσι λοιπόν, τίθονται τα θεμέλια της βιολογικής υπόστασης στην ψυχική ασθένεια. Η έννοια του εγκλεισμού των τρελών αναπτύσσεται στους «Νόμους» του Πλάτωνα. Ακόμα, οι ψυχικά άρρωστοι στην Αθηναϊκή κοινωνία εκρατούντο στο σπίτι τους κάτω από συνεχή παρακολούθηση (Μαδιανός, 1994: 166).

Τον 3^ο αιώνα μ.Χ., ο Σωρανός και ο Αρεταίος αναπτύσσουν πραγματικά ανθρωπιστικές απόψεις περί τη θεραπεία των ψυχικά αρρώστων, οι οποίοι διέμεναν σε δωμάτια με απόλυτη ησυχία χωρίς επισκέψεις συγγενών τους. Οι άρρωστοι ενθαρρύνονταν να συμμετάσχουν σε συζητήσεις, να παίζουν σε τραγωδίες ή κωμωδίες, μια πρακτική που μοιάζει με το σημερινό ψυχόδραμα. Ακόμα, απαγορεύτηκε η χρήση των αλυσίδων, η χρήση βίας και ο εγκλεισμός σε σκοτεινά υπόγεια, αφού όλα αυτά επιβάρυναν την κατάσταση τους. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο Σωρανός είναι ένας αρκετά σύγχρονος μεταρρυθμιστής για την εποχή του (Μαδιανός, 1994: 167).

Οι Άραβες από τον 6^ο μ.Χ. αιώνα, φαίνεται ότι έχουν ειδικούς χώρους για να εγκλείονται οι ψυχικά πάσχοντες. Τα γραπτά τεκμήρια μαρτυρούν τις ανθρωπιστικές συνθήκες. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στην Ευρώπη κτίστηκε στην Βαλένθια το 1409. Ο 18^{ος} αιώνας υπήρξε το ορόσημο για τις επαναστάσεις στην ψυχιατρική περίθαλψη (Μαδιανός, 1994: 167-169). Τότε ο ψυχικά πάσχων αποβάλλει τον μανδύα του υπερφυσικού και παραδίδεται στα χέρια της επιστήμης. Βέβαια, αυτή η επιστήμη συχνά αντιμετωπίζει τους πάσχοντες ως φορείς συμπτωμάτων και όχι ως φορείς δικαιωμάτων.



Ο 19^{ος} αιώνας δεν φημίζεται για την βελτίωση των συνθηκών διαμονής στα άσυλα. Οι πάσχοντες βρίσκονται στοιβαγμένοι σε ανθυγιεινούς χώρους. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την ελάχιστη τροφή που τους προσέφεραν είχε ως απόληξη την αύξηση της θνησιμότητας. Οι ανήσυχoi-διεγερτικοί ασθενείς, εκρατούντο σε κλουβιά όπως ακριβώς τα άγρια θηρία στους ζωολογικούς κήπους (Μαδιανός, 1994: 169).

Ο Vincenzo Chiarugi, (1759-1829) διηύθυνε με ανθρωπισμό το νοσοκομείο που ίδρυσε ο Μέγας Δούκας Πέτρος Λεοπόλδος (1747-1792) στη Φλωρεντία. Εκείνη την περίοδο συντάχθηκε ειδικός νόμος για τους φρενοβλαβείς ο οποίος ήταν εξαιρετικά προοδευτικός. Συγκεκριμένα, απαγορεύονταν οι βίαιες μέθοδοι καταστολής και θεσπίζονταν μέτρα ανθρωπιστικής θεραπευτικής μεταχείρισης (Μαδιανός, 1994: 171).

Το 1793, στην κορύφωση της Γαλλικής Επανάστασης, ο γιατρός Pinel «απελευθέρωσε τους τρελούς από τις αλυσίδες τους». Το συγκεκριμένο γεγονός αποτελεί έναν ιστορικό σταθμό στην ιστορία της ψυχικής υγείας, καθώς το άσυλο και τα ψυχιατρεία ενοχοποιούνται και γίνονται συν-υπεύθυνα μίας αναποτελεσματικής περίθαλψης. Η αρχή για την αλλαγή και την μεταρρύθμιση έγινε, αλλά οι περεταίρω μεταρρυθμίσεις είναι επίπονες καθώς προϋποθέτουν κοινωνική συναίνεση, κοινωνική συμμετοχή και «υγιείς πολιτικές».

Ιστορικά η Ψυχιατρική οικοδομήθηκε πάνω σε ένα φόντο απομόνωσης και διακρίσεων. Ακόμα και σήμερα οι ασθενείς είναι φορείς κοινωνικού στίγματος. Το υποκείμενο της ψυχιατρικής γίνεται ένα αντικείμενο κηδεμονίας στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο ή ακόμα και αντικείμενο πρωτογόνων συμπεριφορών (Αμπατζογλου, 1991: 159).

Αυτό λοιπόν, που για μας σήμερα είναι αποτέλεσμα διαταραχής σε άλλες εποχές ή σε άλλες κοινωνίες μπορεί να θεωρείται περίπτωση δαιμονισμού και ο φορέας της εκτροπής να είναι αντικείμενο αποβολής από το σύνολο, ακόμη και θανάτωσης του, ή αντίθετα περιβάλλεται με δέος ως ενσάρκωση αγαθοποιού θεότητας (Τσαούσης, 2004: 156).

4.2 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασηματισμό, την τροποποίηση και την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται ένας μετασηματισμός θεσμικών και δομικών στοιχείων που



καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η μεταρρύθμιση αφορά το νομικό, οργανωτικό, διοικητικό, διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994: 25).

Ψυχιατρικό άσυλο είναι το ίδρυμα το οποίο έχει δημιουργηθεί για την φροντίδα ατόμων που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται. Τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για από-ασυλοποίηση. Ο όρος είναι συνυφασμένος με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τη νέα δηλαδή αντίληψη για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Αυτή συνίσταται στην οργάνωση των προσπαθειών ένταξης των ατόμων αυτών στην κοινωνική επαγγελματική ζωή και όχι τη διατήρησή τους σε άσυλα. Η νέα αυτή αντίληψη-στάση οδηγεί στη διαμόρφωση μίας νέας στάσης απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα με περισσότερη ανοχή και κατανόηση (Παπαδόπουλος, 2005: 139).

Εδώ και ένα τέταρτο του αιώνα η ελληνική ψυχιατρική εγκαταλείπει σταδιακά τα ασφαλή τείχη του ασύλου και εγκαθίσταται σε νέους τόπους θεραπείας «εντός της κοινότητας». Την πορεία αυτήν την ονομάζουμε «ψυχιατρική μεταρρύθμιση», εννοώντας ένα πρόγραμμα αντικατάστασης του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης. Το νέο μοντέλο συνίσταται εν μέρει σε ένα εγχείρημα επαναπροσδιορισμού του υποκειμένου αναφοράς. Επιπλέον, οι κοινωνικές διαδικασίες συνιστούν εγχείρημα επαναδόμησης της θεραπευτικής σχέσης, συχνά προς την κατεύθυνση ενός μοντέλου θεραπευτικής παρέμβασης, το οποίο εμπεριέχει την υπόσχεση της επικοινωνίας μεταξύ ομοίων (Τζανάκης, 2008: 13-15).

Παραδοσιακά η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα ήταν ιδρυματική βασισμένη σε 9 μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν υπήρχε. Οι απάνθρωπες συνθήκες των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και η περίπτωση του ασύλου της Λέρου αποτέλεσαν τα κύρια εναύσματα για την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, εντασσόμενη στον ευρωπαϊκό κοινοτικό κανονισμό 815/84 (Ζήση, 2002: 116).

4.3 Πολιτικές στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης

Το νεοσύστατο ελληνικό κράτος έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στους τομείς της άμυνας, της διοίκησης και της εξωτερικής πολιτικής. Αντίθετα, η υγειονομική πολιτική βρίσκεται εκτός ατζέντας. Σε αυτό βέβαια, καταλυτικό ρόλο διαδραμάτισε η έλλειψη οικονομικών πόρων και η απουσία πολιτειακής σταθερότητας. Η περίθαλψη προσφέρεται από ένα δίκτυο ιδρυμάτων που υποστηρίζονται από την εκκλησία¹¹,



τους δήμους και από επιχειρηματίες. Ακόμα τα νοσοκομεία που ιδρύονται εκείνη την περίοδο διοικούνται υπό την εποπτεία ιδιωτών και όχι από το κράτος (Μπιλανάκης, 2004: 17-19).

Οι πρώτες σοβαρές εκδηλώσεις μέριμνας για την ψυχιατρική περίθαλψη εμφανίστηκαν τριάντα πέντε χρόνια μετά τη δημιουργία του ελληνικού κράτους και αφορούσαν την κατάθεση του πρώτου Νόμου σχετικά με την ιατρική περίθαλψη και την ίδρυση φρενοκομείων. Τελικά, η Ελλάδα αποκτά το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο το 1864, όταν μετά την προσάρτηση των Ιονίων Νήσων αποκτά και το ιδρυθέν από το 1838 (Βλ. Παράρτημα: Χρονολογικός Πίνακας Ίδρυσης των Ψυχιατρικών Ίδρυμάτων) φρενοκομείο της Κέρκυρας (Μπιλανάκης, 2004: 24-26).

Το επόμενο διάστημα (1914-1983), το ελληνικό κράτος παρεμβαίνει ενεργά στον υγειονομικό τομέα. Αυτό έχει ως απόληξη, την έκδοση μεγάλου αριθμού Νόμων και Διαταγμάτων, την ίδρυση πολυάριθμων νοσοκομείων και την καθιέρωση της ασφάλειας της υγείας. Όμως, η Μικρασιατική καταστροφή και οι συνεχείς πόλεμοι, επηρέασαν περιοριστικά την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας εκ μέρους του κράτους. Ειδικότερα, η συρροή προσφύγων αυξάνει τον πληθυσμό της Αθήνας σε 800.000 κατοίκους, γεγονός που αυξάνει και τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη (Μπιλανάκης, 2004: 31,32).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η κακή φήμη των υπαρχόντων μέχρι τότε δημοσίων ψυχιατρείων, η αύξηση του αστικού πληθυσμού και η εδραίωση της ψυχιατρικής ως θεσμού, ευνόησε την ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών. Τη δεκαετία του 50, η υπέρ-πληρότητα των δημοσίων ψυχιατρείων παίρνει διαστάσεις σοβαρού προβλήματος. Η παραδοσιακή λύση, προσθήκης κρεβατιών, δεν ήταν πρόσφορη. Έτσι λοιπόν, η Ελληνική Κυβέρνηση αποφασίζει τη δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου (Μπιλανάκης, 2004: 33, 34).

Ο Νόμος 1397 του Αυγούστου του 1983 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας επιχειρεί τη συνολική μεταρρύθμιση του υφιστάμενου υγειονομικού συστήματος, το οποίο είχε υποστεί δριμύτατη κριτική για τις ανεπάρκειες του, την αναποτελεσματικότητά του, τον κατακερματισμό του και τις υγειονομικές ανισότητες¹². Οι θεμελιώδεις αρχές του Νόμου αναφέρουν ότι: το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και ότι οι υπηρεσίες

¹² Το θέμα των ανισοτήτων στην υγεία γίνεται κεντρικό θέμα κατά τον σχεδιασμό και την χάραξη πολιτικής υγείας, καθώς οι διαπιστώσεις για την ύπαρξη ανισοτήτων πρέπει ουσιαστικά να προσδιορίζουν και τις πολιτικές στρατηγικού και τακτικού χαρακτήρα που πρέπει να εφαρμόζονται για την άρση ή τον περιορισμό τους (Μάντη, Τσελέπη, 2000: 118).



υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Στο άρθρο 21³⁰ προβλέπεται η δημιουργία ενός αποκεντρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα με την εισαγωγή των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Μπιλανάκης, 2004: 43,44).

Η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα έφερε μία σειρά από αλλαγές. Πρώτα από όλα η ελληνική κυβέρνηση ζητά οικονομική αρωγή από την Κοινότητα για να στηριχθεί ο κοινωνικός τομέας του Κράτους. Τότε λοιπόν, η Κοινότητα συγκροτεί ομάδα εμπειρογνομώνων (από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, οικονομολόγους από διάφορες χώρες της Ευρώπης) με εντολή να μελετήσουν τις συνθήκες του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα και να υποβάλλουν προτάσεις έτσι ώστε να υποστηριχθούν οι Ελληνικές αρχές στην προσπάθεια τους να διαμορφώσουν ένα μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα για την ψυχιατρική περίθαλψη (Μπιλανάκης, 2004: 44,45).

Το Μάρτιο του 1984, η ομάδα εμπειρογνομώνων δημοσιεύει το πόρισμα της: «Με λίγες εξαιρέσεις το επίπεδο της ψυχιατρικής περίθαλψης στα Δημόσια Ψυχιατρεία στην Ελλάδα είναι απαράδεκτο. Αυτό το ακατάλληλο σύστημα περίθαλψης, είναι το αναπόφευκτο αποτέλεσμα της παραμέλησης δεκαετιών». Ακόμα, στις 26/03/1984 το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας αποφάσισε με τον κανονισμό 815/84 να προσφέρει έκτακτη οικονομική ενίσχυση με σκοπό να στηρίξει τον κοινωνικό τομέα του ελληνικού κράτους για το διάστημα 1984-1988. Στα τέλη του 1988 αποκαλύπτεται ότι μόνο το 24.5% των κονδυλίων των κοινοτικών πόρων έχει απορροφηθεί με προγράμματα (Μπιλανάκης, 2004: 45).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναφέρει ότι οι αλλαγές στα γενικά νοσοκομεία είναι αποσπασματικές, ενώ η κατάσταση στα άσυλα της Λέρου, του Δαφνίου και του Δρομοκαϊτείου είναι σχεδόν αμετάβλητη. Επίσης, δεν συντελέστηκε ουσιαστική πρόοδος ούτε στο τομέα των θεραπειών, ούτε στον τομέα του διοικητικού συστήματος. Τέλος, το προσωπικό των νοσοκομείων, σε μεγάλο βαθμό, στερείται ουσιαστικής εκπαίδευσης, ενώ το κέντρο με την περιφέρεια αδυνατεί να συντονιστεί (Μπιλανάκης, 2004: 46).

Το 1989 γυρίζεται ένα φιλμ για το βρετανικό channel 4 του BB, όπου αποτυπώνεται η δραματική κατάσταση στη Λέρο. Το σκάνδαλο αυτό υπερβαίνει τα ελληνικά σύνορα, λαμβάνοντας διεθνείς διαστάσεις. Εκτός όμως από τη δυσφήμιση του ελληνικού συστήματος υγείας, το ελληνικό κράτος βρίσκεται υπόλογο στο ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το οποίο αναστέλλει την χρηματοδότηση προς το ελληνικό



κράτος. Τελικά, το διάστημα 1984-1995 αναπτύχθηκαν 260 νέες δομές (Ψυχιατρικά Τμήματα, Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.α.) αλλά παρόλα αυτά το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης πάσχει από οργάνωση και ορθή διοίκηση (Μπιλανάκης, 2004: 48).

Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα «Ψυχαργώς» συγχρηματοδοτείται από το ελληνικό κράτος και την ευρωπαϊκή ένωση και προβλέπει την οργάνωση νέων σύγχρονων δομών ψυχικής υγείας και το οριστικό κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

4.4 Πρόγραμμα «Ψυχαργώς»

Επίκεντρο της πολιτικής ατζέντας, όσον αφορά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αποτελεί η μετάβαση σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοινοτικά προσανατολισμένο. Οι σύγχρονες απαιτήσεις συνδέονται με σύγχρονες μονάδες, αποκεντρωμένες, κοντά στον πληθυσμό και τις ανάγκες του. Πέρα από την διάγνωση και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, είναι απαραίτητη αφενός μεν η πρόληψη αφετέρου δε η επανένταξη των ατόμων στην κοινότητα. Την παραπάνω στοχοθεσία επιχειρεί να υλοποιήσει το πρόγραμμα «Ψυχαργώς», το οποίο στοχεύει στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών στην ένταξη ή επανένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ευρύτερα στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Οι χρόνιοι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να μεταβούν σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα¹³). Οι νέοι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά σε μονάδες ψυχικής υγείας εντός της κοινότητας. Η Β' φάση του προγράμματος αυτού χρηματοδοτείται από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» με συνολικό ποσό 218 εκατομμύρια ευρώ. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 75% του κόστους καλύπτεται από την ευρωπαϊκή ένωση.

4.5 Πολιτικές στον τομέα της ψυχικής υγείας

Η προστασία και η βελτίωση της ψυχικής υγείας για να είναι αποτελεσματική, απαιτεί την ανάπτυξη και εφαρμογή αντίστοιχων μέτρων πολιτικής. Συγκεκριμένα κρίνεται απαραίτητη η ανεμπόδιστη πρόσβαση των πολιτών σε κατάλληλες

¹³ Οι ξενώνες είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η δυναμικότητά του δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 15 άτομα και διαβαθμίζονται, ανάλογα με το χρόνο παραμονής σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας. Το οικοτροφείο είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας και ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται δεν πρέπει να περνά τα 25. Τα προστατευόμενα διαμερίσματα παρέχουν ψυχοκοινωνική φροντίδα με στόχο την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας και αποτελεσματικότητας ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία. Ο μέγιστος αριθμός ατόμων δεν πρέπει να ξεπερνά τα 6 άτομα.



υπηρεσίες προαγωγής-πρόληψης της ψυχικής υγείας, η επαρκής περίθαλψη και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών, η εκτίμηση και καταγραφή της ψυχικής υγείας των κοινοτήτων, η μείωση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε ψυχικές διαταραχές και ο συνεχής έλεγχος και αξιολόγηση των συστημάτων ψυχικής υγείας (Ψυχαργός, 2004).

Η χάραξη της πολιτικής για την ψυχική υγεία πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πολιτικής για την υγεία, την πρόνοια και την κοινωνία γενικότερα. Επίσης, προϋποθέτει την ύπαρξη ενός συστήματος συλλογής δεδομένων στα οποία συμπεριλαμβάνεται η καταγραφή των κύριων δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που καθορίζουν την ψυχική υγεία, η καταγραφή του πληθυσμού που νοσεί ψυχικά κατά ειδικές κατηγορίες, η κατάσταση του συστήματος υγείας (Ψυχαργός, 2004).

Η πολιτική για την ψυχική υγεία θα πρέπει να προάγει τα πρωταρχικής αξίας δικαιώματα των ασθενών όπως: η ισότητα-εξάλειψη των διακρίσεων, το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής, η αυτονομία, η σωματική ακεραιότητα, το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής, η ανεξιθρησκία, το δικαίωμα του συνέρχεσθαι και της ελεύθερης κίνησης. Τα συγκεκριμένα δικαιώματα πολλές φορές αγνοούνται και παραβιάζονται, με την υιοθέτηση στερεοτυπικών στάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες δεν απαντώνται μόνο στο γενικό πληθυσμό, αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις, διαπερνούν τις γραμμές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Ψυχαργός, 2004).

Πέρα από μία ολοκληρωμένη πολιτική υγείας, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν και να προωθηθούν «υγιείς πολιτικές». Αυτές πρέπει να μειώνουν τα επίπεδα φτώχειας, να ενθαρρύνουν την απασχόληση και να παρέχουν καθολική βασική εκπαίδευση. Ακόμα, πρωταρχικοί στόχοι πρέπει να είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η αξιοπρεπής στέγη και η επαρκής διατροφή (Gelder, Lopez-Ibor, Andreasen, 2007: 13).

4.6 Πολιτική της Ένταξης

Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο κοινωνικό περιβάλλον αποτελεί κυρίως ένα πολιτικό φαινόμενο, καθώς αναφέρεται στη συμβίωση των ανθρώπων και στη δράση τους μέσα στην κοινωνία. Η συμβίωση των πολιτών, με το σημερινό ουμανιστικό της χαρακτήρα, έχει ως αφετηρία την εποχή του Διαφωτισμού. Από το 1789, καταγράφεται η προσπάθεια για «κοινό ζην όλων των πολιτών». Η Γαλλική



Επανάσταση σηματοδότησε την έναρξη μίας εποχής, η οποία υποσχόταν αδελφότητα και αλληλεγγύη στο κοινωνικό γίνεσθαι. Επιπλέον, η Γαλλική Επανάσταση έδωσε το έναυσμα για εκδημοκρατισμό των κοινωνιών. Οι νέοι Νόμοι και τα νέα Συντάγματα χαρακτηρίζονται από την κατεύθυνση της ουμανιστικής αρχής. Γίνονται ακόμα, μεγάλες προσπάθειες για την κατάργηση των προνομίων κάποιων κοινωνικών ομάδων (Σουλής, 2002: 79, 80).

Ο σεβασμός της ανθρώπινης προσωπικότητας, αξιοπρέπειας, η αναγνώριση ίσων δικαιωμάτων για όλους αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά κάθε δημοκρατικής κοινωνίας που επιδιώκει την συνοχή και την αλληλεγγύη. Βέβαια, ο εκδημοκρατισμός δεν είναι μία απλή διαδικασία, καθώς πρόκειται για μία διαρκή ενταξιακή πορεία. Η δημοκρατία λοιπόν, δεν είναι θεωρητικό ιδεολόγημα, αλλά μια ζώσα διαδικασία που απαιτεί από τον πολίτη να δρα δημοκρατικά. Οι σημερινές κοινωνίες οφείλουν να καλλιεργήσουν δημοκρατικές συνειδήσεις και να υιοθετήσουν δημοκρατικές αντιλήψεις (Σουλής, 2002: 80, 81).

Όλα τα άτομα ανεξάρτητα από τη φυσική, νοητική, ψυχική κατάσταση τους, διαθέτουν κάποια κοινά γνωρίσματα. Έτσι λοιπόν, προκύπτει ότι η ένταξη δεν πρέπει να είναι επιλεκτική αλλά καθολική. Δεν επιτρέπεται να διαμορφώνονται συνθήκες εξαιρέσεων και αποκλεισμών από τις ενταξιακές διαδικασίες. Συνεχώς προβάλλονται τα ελαττώματα και οι ελλείψεις των ατόμων με αναπηρία ή ψυχολογικές δυσκολίες. Σπάνια δίνεται έμφαση στις ικανότητες και στα κοινά ανθρώπινα χαρακτηριστικά (Σουλής, 2002: 81, 82).

Ο αποκλεισμός και η απόρριψη των μειονοτήτων συνδέεται με την ανθρώπινη φύση και τη λειτουργία της κοινωνίας (Βλέπε Κεφάλαιο 3). Από κοινωνική άποψη, ο αποκλεισμός εγγυάται την ταυτότητα και τη σταθερότητα της κυρίαρχης ομάδας. Βέβαια, οι αρχές της ελευθερίας (ισότητα, ισονομία, αλληλεγγύη) δεν αναφέρονται μόνο στις κυρίαρχες κοινωνικές ομάδες, αλλά και στις μειονοτικές ομάδες. Κατά αυτόν τον τρόπο οι γυναίκες, οι θρησκευτικές και οι εθνικές μειονότητες διεκδικούν τα δικαιώματά τους. Ένας πολιτισμένος λαός πρέπει να αναγνωρίζει και να αποδέχεται την διαφορετικότητα (θρησκευτική, ιδεολογική, εθνική κ.α.) και να αποδίδει σε αυτούς την ίδια αξία όπως αποδίδει και στον εαυτό του (Σουλής, 2002: 121-123).

Ανεκτικός απέναντι στον Άλλον δεν σημαίνει ότι απλά δέχομαι παθητικά κάποιες πληροφορίες που μου προσφέρει. Επιπρόσθετα, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για κοινά βιώματα και κοινές εμπειρίες. Έτσι είναι εφικτό να αναδειχθούν τα



κοινά γνωρίσματα των ανθρώπων, ανεξάρτητα από την ομάδα στην οποία ανήκουν. Τέλος, η κοινωνία οφείλει να υπερασπίσει το σύνθημα «ούτε καλύτερος ούτε χειρότερος, απλά διαφορετικός». Η αποδοχή στη διαφορετικότητα είναι το πρώτο βήμα για μία κοινωνία μη ξενοφοβική και χωρίς φοβικά αντανακλαστικά απέναντι στη ψυχική πάθηση και την διαφορετικότητα.

Η πολυπολιτισμικότητα που εκφράζει τις σύγχρονες κοινωνίες αλλά και η διαφορετικότητα του εκάστοτε ατόμου σε ποικίλα επίπεδα (φύλο, καταγωγή, γλώσσα, εξωτερική εμφάνιση, υγεία, αναπηρία) προάγει την ανάγκη αποδέσμευσης της κοινωνίας μας από στερεότυπα και προκαταλήψεις, που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό ομάδων. Η διαφορετικότητα δεν είναι ανωμαλία που πρέπει να διορθώσουμε, αλλά μια ευκαιρία να δούμε τον κόσμο μας, από διαφορετικές οπτικές γωνίες και να εκτιμήσουμε (ή να επανεκτιμήσουμε) τη διαφορετικότητα (Μητακίδου, 2000).

Μία πολυπολιτισμική κοινωνία έχει ανάγκη από πολιτισμική ευαισθητοποίηση των μελών της. Να ανέχονται, να αποδέχονται, να κατανοούν και να αναγνωρίζουν διαφορετικές πολιτισμικές συμπεριφορές. Με αυτόν τον τρόπο οι πολιτισμικά «διαφορετικοί» δύναται να αξιοποιηθούν από την κοινωνία και το κράτος.

4.7 Διαπολιτισμική Ψυχιατρική

Η παγκοσμιοποίηση, η μετανάστευση και οι μετακινήσεις πληθυσμών έχουν ως αποτέλεσμα την επαφή των γιατρών με μειονοτικές εθνικές ομάδες. Αυτήν την κατάσταση μελετά και διερευνά η διαπολιτισμική ψυχιατρική, τη σχέση δηλαδή, που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και στον ασθενή που προέρχεται από μία μειονοτική εθνική ομάδα.

Οι εκάστοτε εθνικές ομάδες έχουν ένα συγκεκριμένο τρόπο αντίληψης της ασθένειας, της υγείας, του πόνου και της θεραπείας. Είναι ακόμα, πιθανό ότι τα άτομα της ίδιας μειονοτικής ομάδας να έχουν ουσιαστικές διαφοροποιήσεις στον τομέα νοσηματοδότησης της πάθησης ή της νόσου. Τα προαναφερθέντα, εμπλέκονται στο δίπολο της σχέσης γιατρός και ασθενής, με απόληξη να γίνεται επιτακτική η ανάγκη της κατανόησης αυτών των αντιλήψεων, πεποιθήσεων.

Είναι σημαντικό ο θεραπευτής να γνωρίζει τα συνηθέστερα και κυριότερα συστήματα πεποιθήσεων. Αυτό είναι αναγκαίο καθώς αμβλύνεται ο κίνδυνος της λανθασμένης διάγνωσης. Τα διαγνωστικά κριτήρια που αναπτύχθηκαν σε μία κοινωνία δεν δύναται να εφαρμοστούν σε ένα άλλο κοινωνικό πλαίσιο. Ακόμα, είναι



ευκολότερο να αναπτυχθεί μία λειτουργική σχέση ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο (Gelder, Lopez-Ibor, Andreasen, 2007: 14,15, 405).

Η ανθρωπολογία στην ψυχιατρική στηρίζεται σε στοιχεία από διάφορα κράτη και έθνη, καθώς και σε δεδομένα από παρακμιακές κοινωνίες, για να τονίσει την ανάγκη μείωσης των ποσοστών ψυχικών προβλημάτων και την ανάγκη για παροχή επιπρόσθετων υπηρεσιών ψυχικής περίθαλψης. Κατακρίνει τον εθνοκεντρισμό και οραματίζεται ένα μεγαλύτερο τμήμα διεθνούς υγείας. Η ανθρωπολογία σε συνδυασμό με την κοινωνιολογία και τις πολιτικές επιστήμες παρέχουν τα εργαλεία ώστε να αναπτυχθούν οι ψυχιατρικές πολιτικές (Gelder, Lopez-Ibor, Andreasen, 2007: 410).

4.8 Συμπεράσματα

Προϋποθέσεις για ένα σύγχρονο ψυχιατρικό σύστημα:

- Αποκέντρωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης
- Ανάπτυξη δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Αποϊδρυματισμός χρόνιων νοσηλεύομενων
- Πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Πρόγραμμα αποστιγματισμού της ψυχικής πάθησης
- Βελτίωση συνθηκών περίθαλψης
- Επιμόρφωση επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Αύξηση χρηματοδότησης
- Πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης
- Ανοχή στην διαφορετικότητα
- Οι χρόνοι ψυχικά πάσχοντες δύναται με επαρκείς πόρους και κατάλληλη υποστήριξη να ζήσουν με σχετική αυτονομία στο φυσικό χώρο της κοινότητας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ

5.1 Η Στάση της Τοπικής Κοινωνίας Ρεθύμνου στους Ψυχικά Πάσχοντες

Τον Ιούλιο του 2008, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου ξεκίνησε έρευνα με θέμα «τη στάση της τοπικής κοινωνίας¹⁴ προς τους ψυχικά πάσχοντες». Η έρευνα είχε διάρκεια 3 μήνες και τα πρώτα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στις 10/10/2008- Παγκόσμια Ημέρα Ψυχικής Υγείας. Συμμετείχαν 150 άτομα εκ των οποίων 54 (36%) ήταν άντρες και 96 (64%) ήταν γυναίκες.

Σημαντικά είναι τα ευρήματα ότι περίπου το 50% του δείγματος χαρακτηρίζει τους ψυχικά ασθενείς «ευάλωτους» ενώ μόλις το 18% «αντικοινωνικούς» ενώ αντίθετα, το 1/3 του δείγματος (31,3%) χαρακτηρίζει τους ψυχικά ασθενείς ως επικίνδυνους, επιθετικούς και αντικοινωνικούς, ενισχύοντας με αυτή τη στάση το στερεότυπο¹⁵ της επικινδυνότητας, καθώς και την ύπαρξη ισχυρής προκατάληψης¹⁶ για την προσωπικότητα των ψυχικά πασχόντων .

Τα ευρήματα αυτά επαληθεύονται από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν θα αποδέχονταν «καθόλου» έναν ψυχικά ασθενή ως σύζυγό τους με ποσοστό 41,3% ενώ αντίθετα ως φίλο του παιδιού τους με ποσοστό 20%. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να σημαίνει ότι όσο πιο στενοί είναι οι δεσμοί με ένα ψυχικά ασθενή, τόσο μικρότερος είναι ο βαθμός αποδοχής τους.

Στην ερώτηση «ποιο είναι το σημαντικότερο πρόβλημα των ψυχικά ασθενών», το 55,3% απάντησε ότι είναι η «κοινωνική απόρριψη», ενώ μόλις το 4,7% θεωρεί ότι είναι η «ανεργία». Μοιάζουν λοιπόν να τοποθετούν το πρόβλημα στο επίπεδο των κοινωνικών σχέσεων κάτι το οποίο θα μπορούσε να υποδηλώνει :

- α) την ανάγκη κοινωνικής ένταξης των ψυχικά ασθενών και της συμμετοχής τους σε δραστηριότητες κοινωνικοποίησης,
- β) την ανάγκη ευαισθητοποίησης των κοινωνικών δομών και την παροχή ευκαιριών δράσης των ψυχικά πασχόντων,

¹⁴ Είναι μάλλον, αληθές, ότι η ελληνική κοινωνία με τη στάση που είχε υιοθετήσει, υποβοηθούσε τα πλοία των «τρελών» να ταξιδέψουν ως τη Λέρο (Μπιλανάκης, 2004:11).

¹⁵ Η έννοια στερεότυπο περιλαμβάνει κρίσεις σύμφωνα με τις οποίες διάφορα χαρακτηριστικά αποδίδονται αυθαίρετα σε ομάδες ατόμων (Λειβαδίτης, 2003: 194).

¹⁶ Η έννοια της προκατάληψης περιλαμβάνει κάθε κρίση η οποία έχει συναχθεί αυθαίρετα, δηλαδή χωρίς επαρκείς αποδείξεις, ενίοτε μάλιστα παρά την ύπαρξη αποδείξεων περί του αντιθέτου (Λειβαδίτης, 2003: 194) Η έννοια της προκατάληψης είναι συνώνυμη με την έννοια του προδικασμένου. Ξεκίνησε από την αρχαία Ρώμη όπου τα δικαστήρια, σε κάποιες περιπτώσεις, έκριναν όχι με βάση τα χαρακτηριστικά της αντιδικίας αλλά με βάση τα χαρακτηριστικά των αντιδίκων (Χαμπέσης, 1993: 221).



γ) την ανάγκη διαμόρφωσης ενός υποστηρικτικού και ενθαρρυντικού οικογενειακού περιβάλλοντος .

Οι παραπάνω παρατηρήσεις επιβεβαιώνονται και από τη άποψη των ερωτηθέντων όσον αφορά την σημαντικότερη ανάγκη των ψυχικά ασθενών, κατά την οποία το 30,7% θεωρεί ότι είναι «η κοινωνική επανένταξη» και το 37,3% «η οικογενειακή υποστήριξη» (Καραμπερίδου, 2009: 25).

5.2 Τα δικαιώματα των Ψυχικά Πασχόντων

Τόσο στη βυζαντινή παράδοση όσο και στη μουσουλμανική, η «τρέλα» θεωρούνταν συχνά είτε φορέας θείου μηνύματος είτε έκφραση δαιμονισμού. Στον ελλαδικό χώρο πολλοί τόποι λατρείας θεωρήθηκαν ως τόποι εξαγνισμού της τρέλας, με την έννοια της απαλλαγής της ψυχής από τα δαιμόνια που την είχαν κατακυριεύσει. Σε εκκλησίες και μοναστήρια αναπτύχθηκαν τελετουργικά και ειδικές πρακτικές εξαγνισμού όπως η νηστεία, ο ξυλοδαρμός και η ακινητοποίηση με ειδικούς κρίκους (Τζανάκης, 2008: 66). Από τα μέσα του 18^{ου} αιώνα οι ψυχικά πάσχοντες άλλοτε με επιχειρήματα «μεταφυσικά» και άλλοτε με «επιστημονικά» είναι αντιμέτωποι με τον αποκλεισμό, με μία απάνθρωπη μεταχείριση και μία συνεχή παραβίαση των δικαιωμάτων τους (Ζήση, 2002:15).

Στο πλαίσιο της παραδοσιακής ψυχιατρικής φροντίδας, το πέρασμα των τειχών του ασύλου συνοδευόταν από μία απογύμνωση του ατόμου από τα πολιτικά και τα κοινωνικά δικαιώματα του, καθώς η ηθική σταδιοδρομία του φορέα της ψυχοπαθολογίας υπέσκαπτε σταδιακά την ιδιότητα του ατόμου ως φορέα δικαιωμάτων (Τζανάκης, 2008: 170-171).

Νέες λέξεις όπως ψυχικά πάσχων, εξυπηρετούμενος, χρήστης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διεισδύουν στο πεδίο της καθημερινότητας. Αυτές οι λέξεις αντιμάχονται άλλες, περισσότερο παραδοσιακές, κατεξοχήν αυτή του ψυχικά αρρώστου, και αποσκοπούν στο να καταστήσουν το φορέα της ψυχοπαθολογίας υποκείμενο που φέρει δικαιώματα (Τζανάκης, 2008:171). Ακόμα, οι θεραπευτές πρέπει να λειτουργήσουν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ «τρέλας» και «υγείας», αφού οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές, μεταβλητές καταστάσεις. Η τοποθέτηση αξιόπεραστων ορίων μεταξύ «υγείων» και «τρελών» διαιωνίζει τους μηχανισμούς στιγματισμού και της ετικετοποίησης. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει ένα συνεχές ανάμεσα στην υγεία και στην αρρώστια. Κάθε άτομο είναι τοποθετημένο σε ένα συγκεκριμένο σημείο αυτού του συνεχούς, χωρίς όμως να είναι αμετακίνητο.



Εξωτερικοί ή εσωτερικοί παράγοντες είναι δυνατόν να μετακινήσουν το άτομο από το χώρο της υγείας στην αρρώστια και αντίστροφα (Μαδιανός, 1994:36,54).

Η θεώρηση του θεραπευόμενου ως φορέα δικαιωμάτων έχει ως συνέπεια την αμφισβήτηση ενός ολόκληρου συστήματος τεχνικών διαχείρισης «σωμάτων-αντικειμένων», δίνοντας την υπόσχεση μεταβολής τους σε διαλογικές σχέσεις μεταξύ ομοίων. Με τον τρόπο αυτό εγκαθιδρύεται, ένα μοντέλο θεραπευτικής σχέσης το οποίο προϋποθέτει ότι απέναντι στους ειδικούς της ψυχικής υγείας δεν υπάρχει απλά ο φορέας της ψυχοπαθολογίας αλλά ένα υποκείμενο-φορέας δικαιωμάτων (Τζανάκης, 2008: 171-173).

Μέσα από την κατάδειξη των «ειδικών ικανοτήτων» αναδεικνύεται η ανθρώπινη διάσταση, το προσωπικό στοιχείο και οι ιδιαιτερότητες που έχουν να κάνουν με ένα συγκεκριμένο υποκείμενο, και όχι μονοδιάστατα με το φορέα της ψυχοπαθολογίας. Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και το αίτημα για μετατόπιση από τα συμπτώματα στις ανάγκες. Συχνά στις νέες ψυχιατρικές υπηρεσίες η πρωτοκαθεδρία θεωρείται ότι πρέπει να δοθεί στον θεραπευόμενο, στην ανθρώπινη διάσταση του.

Μέσω αυτής της μεταστροφής από τα συμπτώματα στις ανάγκες, πολιτικοποιείται ευθέως η ψυχιατρική πρακτική, καθώς καθίσταται υπόλογη έναντι του ανθρώπινου μέτρου. Το ζητούμενο φαίνεται να είναι μια στροφή από τη διαχείριση νοσολογικών οντοτήτων σε μία εξανθρωπισμένη αντιμετώπιση αναγκών υπό θεραπεία υποκειμένων (Τζανάκης, 2008:173-175, Βλ. Παράρτημα: Δικαιώματα Ψυχικά Πασχόντων).

Τα δικαιώματα των Ψυχικά πασχόντων:

- I.** Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη.
- II.** Το δικαίωμα στην ισότητα.
- III.** Το δικαίωμα στην ενημέρωση.
- IV.** Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
- V.** Το δικαίωμα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- VI.** Το δικαίωμα στη ζωή εντός της κοινότητας.
- VII.** Το δικαίωμα της διεκδίκησης αξιώσεων
(συμμετοχή στον πολιτικό σχεδιασμό για την ψυχική υγεία)

(Ψυχαργός, 2004).



5.3 Κοινωνική και Επαγγελματική Ένταξη των Ψυχικά Πασχόντων, Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί του Ν. 2716/99

Η ανάπτυξη Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης αποτελεί κορυφαία στιγμή για την κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η νέα νομοθεσία του ελληνικού κράτους εμπεριέχει καινοτόμα και πρωτοποριακά στοιχεία σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο, απαντά στις κατακερματισμένες και χωρίς σαφές θεσμικό πλαίσιο πρωτοβουλίες επαγγελματικής ένταξης που αναπτύσσονται από άτυπες θεραπευτικές μονάδες του χώρου ψυχικής υγείας.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί του Ν. 2716/99 προβλέπεται να συσταθούν και να λειτουργήσουν στη βάση πρωτοποριακής εταιρικής σχέσης μεταξύ ατόμων του πληθυσμού στόχου, εργαζόμενων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και φορέων από την κοινότητα. Η συμμετοχή των ασθενών στους νέους συνεταιρισμούς πρέπει να είναι τουλάχιστον 35% των εταίρων, γεγονός που καθιστά τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων βαρύνουσα και υποχρεωτική.

Η δημιουργία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους και εντάσσονται στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας. Διοικητικά υπάγονται στις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) και συνιστούν δομές θεραπευτικών μονάδων, όπου παρέχουν την αναγκαία στήριξη στα συνεταιριστικά μέλη. Οι ΚΟΙΣΠΕ θα αποτελέσουν πιλοτικά πεδία εφαρμογής κοινωνικής επαγγελματικής ένταξης και των υπολοίπων ατόμων του αναπηρικού κινήματος.

Το κλείσιμο των μεγάλων Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων σηματοδοτεί το πέρασμα από τα προστατευόμενα εργαστήρια για ψυχικά πάσχοντες σε οργανωμένες παραγωγικές μονάδες με επιχειρηματικό σχεδιασμό σε πραγματικές συνθήκες εργασίας. Η θεσμοθέτηση του καινοτόμου σχεδιασμού των ΚΟΙΣΠΕ επιχειρεί τη διοικητική και νομική τακτοποίηση των πρωτοβουλιών που αποσκοπούν στην κοινωνικό επαγγελματική ένταξη των ψυχικά πασχόντων. Το στοίχημα είναι μεγάλο τόσο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και για τους ψυχικά πάσχοντες, που βιώνουν ολόπλευρα τον κοινωνικό αποκλεισμό από την αγορά εργασίας και από την πολιτεία (Λιοδάκης, 2009).

5.4 Πολιτικός Σχεδιασμός Επανεένταξης Ψυχικά Πασχόντων

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 200.000.000 άτομα σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές ελάσσονος μορφής, ενώ 45.000.000



άτομα νοσούν από σοβαρές ψυχικές παθήσεις που οδηγούν σε χρονιότητα και αναπηρία. Η σημασία λοιπόν, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αυτού του πληθυσμού είναι πρωταρχική (Μαδιανός, 1994: 17).

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μία φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως ένα συνεχές που ξεκινά με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Σε κάθε περίπτωση κομβικό στοιχείο είναι η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου (Μαδιανός, 1994:53).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει σε όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα για τα άτομα με αναπηρία ή ψυχική διαταραχή. Τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες πρέπει να προσεγγίζονται ολιστικά. Συγκεκριμένα, η έμφαση και ο σχεδιασμός του θεραπευτικού προγράμματος δεν δομείται στις δυσκολίες ή στα μειονεκτήματα του ατόμου αλλά στα πλεονεκτήματα και τις δυνατότητές του.

Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης οφείλει να μεριμνά για το στεγαστικό, εκπαιδευτικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο των ατόμων με ψυχική πάθηση. Επιπρόσθετα, το ψυχικά πάσχων υποκείμενο δεν πρέπει να είναι παθητικός δέκτης ενός προγράμματος αλλά ο ίδιος πρέπει να συνδιαμορφώνει τον σχεδιασμό και την ποιότητα παροχής ιατρικής φροντίδας.

Το σύστημα ψυχικής υγείας οφείλει να αλλάξει νοοτροπία και φιλοσοφία για την ψυχική πάθηση. Ειδικότερα, πρέπει να πειστεί ότι η ψυχική νόσος είναι ιάσιμη και θεραπεύσιμη. Όσον αφορά, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αυτοί πρέπει να έχουν λάβει υψηλού βαθμού εξειδικευμένη εκπαίδευση, με επιμόρφωση και κατάρτιση, στις νέες ανάγκες και απαιτήσεις της ψυχιατρικής φροντίδας (Anthony et al., 1999. Βλ. Παράρτημα Παραδείγματα Αποκατάστασης).

5.5 Στιγματισμός Ψυχικά Πασχόντων

Ο φορέας του στίγματος θεωρείται υποδεέστερος και οι άνθρωποι για να ερμηνεύσουν το στιγματισμό, τείνουν να κατασκευάζουν μία συγκεκριμένη θεωρία ή ιδεολογία. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών στηρίζεται σε θεωρίες περί ηθικής αδυναμίας, επικινδυνότητας, μόλυνσης και ενοχής (Gelder, Lopez-Ibor, Andreasen, 2007: 5).



Στην καρδιά του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών βρίσκονται μία σειρά από αντιλήψεις: η ψυχική νόσος, κατά μία έννοια, δεν είναι μία πραγματική νόσος, συγκριτικά με τις αποκαλούμενες οργανικές διαταραχές. Οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι αλλά ταυτόχρονα και αδύναμοι χαρακτήρες. Ακόμα, είναι ένοχοι και υπεύθυνοι για την κατάσταση τους. Αποτελούν κοινωνική απειλή, αφού δύναται να μεταδώσουν την ασθένεια-νόσο τους. Αυτές οι ακραίες αντιλήψεις οδηγούν στην υπεράσπιση συγκεκριμένων θέσεων: οι ψυχικά πάσχοντες πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνοι για τις πράξεις τους και να τους αρνείται ο ρόλος του ασθενούς και κατ'επέκταση της θεραπείας. Ακόμα, πρέπει να τους επιβάλλονται τιμωρίες και καταλογισμός ευθυνών. Επίσης, είναι απαραίτητος ο εγκλεισμός τους σε ψυχιατρεία και η απομόνωση τους από την κοινωνική συνεύρεση για λόγους ασφάλειας (Gelder, Lopez-Ibor, Andreasen, 2007: 6).

Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας βιώνουν αρνητική στάση από την κοινωνία. Υποβάλλονται λοιπόν, στη διαδικασία της ετικετοποίησης (labeling) που τους οδηγεί στην υιοθέτηση του ρόλου του ψυχικά πάσχοντα με απόληξη τη διαμόρφωση ταυτότητας με αυτόν τον ρόλο. Αυτή η κατάσταση εξηγεί και ερμηνεύει την χρόνια παρεκκλίνουσα συμπεριφορά (Scheff, 1966), την αυτό-απόρριψη και την αυτό-υποτίμηση (Kaplan, 2001).

Οι Wahl και Harman (1989), πραγματοποίησαν ταχυδρομική δημοσκόπηση σε 20 πολιτείες των Η.Π.Α. Το δείγμα ήταν 487 άτομα και αποτελούνταν από συγγενικά πρόσωπα ψυχικά πασχόντων. Η μελέτη είχε ως στόχο να ανακαλύψει τους παράγοντες διαμόρφωσης στίγματος, τα αποτελέσματα-επιδράσεις του στίγματος και τέλος τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Τα αποτελέσματα (όπως ήταν αναμενόμενο) αποκάλυψαν υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στη ψυχική νόσο και το στίγμα. Τόσο οι ψυχικά πάσχοντες, όσο και τα συγγενικά τους πρόσωπα, έχουν βιώσει αρνητικές εμπειρίες εξαιτίας του στιγματισμού. Συγκεκριμένα, οι αρνητικές συνέπειες για τους ψυχικά πάσχοντες είναι η χαμηλή αυτό-εικόνα, η αδυναμία σύναψης και διατήρησης διαπροσωπικών σχέσεων, δυσκολίες σε επίπεδο επαγγελματικό και διαμονής. Όσο αφορά τις αρνητικές επιπτώσεις για την οικογένεια¹⁷, αυτές είναι: οι δυσκολίες σε ενδο-οικογενειακό πλαίσιο και η χαμηλή αυτό-εικόνα. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση του στίγματος είναι οι εξής: οι τηλεοπτικές ταινίες με

¹⁷ Υπάρχει η τάση να διαχέεται το στίγμα από το στιγματισμένο άτομο στο στενό του κύκλο (Goffman, 2001: 97).



πρωταγωνιστές «ψυχοπαθείς» δολοφόνους, η κατάχρηση των λέξεων «τρελός» και «ψυχοπαθής, τα ανέκδοτα για «τρελούς».

Τα άτομα που στιγματίζονται χρησιμοποιούν μία από τις παρακάτω τεχνικές για να αμβλύνουν την ένταση των μικτών επαφών (φυσιολογικών και στιγματισμένων): Πρώτη τεχνική, τα άτομα αυτά αποκρύπτουν το απαξιωτικό χαρακτηριστικό ώστε να γίνονται αποδεκτοί ως φυσιολογικοί. Δεύτερη μέθοδος, προσπαθούν να μειώσουν το χαρακτηριστικό του στιγματισμένου αντί να αρνηθούν την ύπαρξή του. Τέλος, αποσύρονται από τις κοινωνικές συνευρέσεις και αποφεύγουν την επαφή με τους φυσιολογικούς (Adam, Herzlich, 1999:99).

Αν οι κύριοι παράγοντες που συμβάλουν στο στιγματισμό είναι η άγνοια, ο φόβος και η εχθρότητα, τότε αντίδοτα τους είναι η πληροφόρηση, η καθυσύχαση και μια γενναία εκστρατεία κατά των διακρίσεων, από την πλευρά αυτών που διαμορφώνουν την πολιτική περί ψυχικής υγείας και αυτών που διαμορφώνουν την κοινή γνώμη (Gelder, Lopez-Ibor, Andreasen, 2007: 7).

Το βίωμα της στερεοτυπικής και προληπτικής αντιμετώπισής των ψυχικά πασχόντων, διαβρώνει την αυτοεικόνα τους, συγκροτώντας αμφιβολίες και ενοχικά συναισθήματα, οδηγώντας τελικά στον αυτοστιγματισμό τους. Βέβαια, ο στιγματισμός πλήττει και όλους όσους άμεσα ή έμμεσα συνδέονται με τον πάσχοντα: τις οικογένειες τους, τους φίλους τους, το σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, το στίγμα επηρεάζει σημαντικά, στο βαθμό που η κοινή γνώμη επηρεάζει και διαμορφώνει, την επίσημη κοινωνική πολιτική για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

5.6 Στερεοτυπικές στάσεις απέναντι σε ψυχικά πάσχοντες

- I.** Κατηγοριοποίηση: τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας γίνονται αντιληπτά σαν να είναι «όλα ίδια», με συνέπεια να αντιμετωπίζονται τα ατομικά τους χαρακτηριστικά κατά τρόπο εξισωτικό.
- II.** Αποπροσωποποίηση: τα άτομα με ψυχικές διαταραχές γίνονται αντιληπτά σαν να μην έχουν χαρακτηριστικά όπως η σκέψη, η συγκίνηση, η επιθυμία, η προσωπικότητα, τα δικαιώματα.
- III.** Υποβάθμιση: οι ψυχικά ασθενείς εκλαμβάνονται ως «κατώτεροι», στάση αμυντική προκειμένου να παρασχεθεί λογική αιτιολόγηση για τον αποκλεισμό.
- IV.** Επικινδυνότητα: οι ψυχικά ασθενείς εκλαμβάνονται στο σύνολό τους ως άτομα επικίνδυνα για τους «άλλους» και τον εαυτό τους.



5.7 Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Στην εδραίωση του κοινωνικού στίγματος¹⁸ καθοριστικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ως βασικοί φορείς διαμόρφωσης της κοινής γνώμης. Ειδικότερα, η σχιζοφρένεια είναι εκείνη η ψυχική ασθένεια που ελκύει περισσότερο το ενδιαφέρον του κοινού, και από μόνη της συνιστά «είδηση». Κυρίως όμως, συνιστά «κακή είδηση» μέσα από τον τρόπο που προσεγγίζεται από τα ΜΜΕ, τα οποία συχνά διολισθαίνουν στον εντυπωσιασμό με αποτέλεσμα να αναπαράγουν την προκατάληψη και το φόβο (Ψυχαργός, 2006).

Το κοινωνικό στίγμα συχνά αποτρέπει άτομα με ψυχική ασθένεια από την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας σε υπηρεσίες ψυχικής υποστήριξης. Έτσι, τα άτομα αυτά αποκόπτονται από τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις και καταδικάζονται να ζήσουν την επιβάρυνση της ασθένειάς τους (Ψυχαργός, 2006).

Είναι γεγονός ότι η προβολή και δημοσίευση αρνητικών στερεοτύπων συμβάλλει στη διαίωνιση των αρνητικών στάσεων απέναντι σε θέματα ψυχικής υγείας. Από την άλλη πλευρά, η υπεύθυνη και σαφής προβολή των θεμάτων ψυχικής υγείας από τα ΜΜΕ έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει στη σωστή ενημέρωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση στη μείωση του στίγματος απέναντι στους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ψυχαργός, 2006).

Η στερεότυπη εικόνα του «σχιζοφρενούς» που προβάλλεται, είναι συνήθως παραπλανητική και «τρομολαγνική». Δεν είναι όμως μόνο το περιεχόμενο, αλλά και η ταχύτητα μετάδοσης της πληροφορίας που κάνουν το μέσο θεατή να γίνεται δέκτης μιας εικόνας την οποία δεν μπορεί εύκολα να αποκωδικοποιήσει. Έτσι, υπονομεύεται η ίδια η πληροφορία αλλά και ο πλουραλισμός της ενημέρωσης, με απόληξη να μην αφήνεται περιθώριο «χώρο-χρονικό» για μια σφαιρική παρουσίαση τόσο της επιστημονικής γνώσης όσο και του υποκειμενικού «βιώματος» του πάσχοντος (Ψυχαργός, 2006).

Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, στη σημερινή εποχή, είναι αδιαμφισβήτητα καίριος στη διάχυση της πληροφόρησης¹⁹ για θέματα ψυχικής υγείας, για την καταπολέμηση του στίγματος, για την αγωγή του πληθυσμού στην

18 Το κοινωνικό στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις σχεδόν σε κάθε τομέα της ζωής ενός ανθρώπου από την κατοικία και την εργασία, μέχρι την οικογένεια και κάθε μορφής κοινωνικές σχέσεις. Γι' αυτό ακριβώς αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες υποβάθμισης της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχική ασθένεια (Ψυχαργός, 2006).

19 Η σωστή, σφαιρική και ολοκληρωμένη πληροφόρηση για την ψυχική ασθένεια προάγει τη Δημόσια Υγεία στο σύνολό της.



ψυχική υγεία. Είναι γνωστό ότι τα Μέσα Ενημέρωσης έχουν την δύναμη να διαμορφώνουν στάσεις απέναντι στη ψυχική ασθένεια. Κρίνεται λοιπόν, αναγκαία η συνεργασία των ΜΜΕ με τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας. Η ενδεχομένη συνεργασία είναι δυνατόν να επαναπροσδιορίσει τις στάσεις της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και να καταπολεμήσει τον στιγματισμό απέναντι στη ψυχική ασθένεια (Ψυχαργός, 2006).

Εφόσον τα ΜΜΕ διαδραματίζουν κύριο ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης, τότε ο ρόλος τους σε ότι αφορά το κοινωνικό στίγμα είναι καθοριστικός. Η επιστημονική, ολοκληρωμένη και σφαιρική ενημέρωση των επαγγελματιών των ΜΜΕ από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σχετικά με τα θέματα ψυχικής υγείας συμβάλλει αποφασιστικά στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος. Ταυτόχρονα, η διαρκής επαφή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τα ΜΜΕ συμβάλλει ενεργά στη σωστή, ισορροπημένη και «αποδραματοποιημένη» παρουσίαση της ψυχικής ασθένειας, όπως και στην ενημέρωση και εκπαίδευση της κοινής γνώμης (Ψυχαργός, 2006).

Όσο αφορά τις κινηματογραφικές ταινίες αυτές δύναται να ευαισθητοποιήσουν και να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες στο τηλεοπτικό κοινό. Μετά την ταινία RainMan (Ο Άνθρωπος της Βροχής) που προβλήθηκε το 1988, η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς, καθώς και άλλες οργανώσεις ανέφεραν ότι το κοινό έδειχνε μεγαλύτερη αποδοχή και συμπάθεια στα αυτιστικά παιδιά και στους ενήλικες με σχιζοφρένεια. Μια πιο πρόσφατη ταινία, Le Huitieme Jour (Η Όγδοη Μέρα), που πήρε βραβείο στο Φεστιβάλ Κανών το 1996, αναφέρεται σε ένα αγόρι με Σύνδρομο Down, και θεωρείται ότι συνέβαλε πολύ στην κατανόηση και την ανοχή για τα άτομα με αυτό το σύνδρομο (Ψυχαργός, 2004).

Τα τελευταία χρόνια γίνονται συνεχείς παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας τόσο από τους φορείς ψυχικής υγείας, όσο και από τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές οι παρεμβάσεις δείχνουν να έχουν, ως ένα βαθμό, ένα θετικό αποτέλεσμα στον τρόπο που η ψυχική ασθένεια παρουσιάζεται στα ΜΜΕ. Δυστυχώς όμως υπάρχουν ακόμα πολλά παραδείγματα ανακριβούς πληροφόρησης και στρεβλής παρουσίασης των ζητημάτων που αφορούν την ψυχική υγεία. Η αρνητική αυτή «κάλυψη» από τα ΜΜΕ διατηρεί και στηρίζει τον στιγματισμό των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ψυχαργός, 2006).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

6.1 Ερευνητικές Υποθέσεις

- Οι χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες (με ήπια συμπτώματα) αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης, στην εύρεση εργασίας και στην αποδοχή από την κοινωνία.
- Η τηλεόραση προβάλλει τους ψυχικά πάσχοντες ως επικίνδυνους και εχθρικούς, διαμορφώνοντας αντίστοιχες αντιλήψεις στα μέλη της κοινωνίας.
- Το κράτος δεν μεριμνά για τα άτομα με αναπηρία ή ψυχολογικές δυσκολίες.
- Η Νομοθεσία κατά τον διακρίσεων στα άτομα με ειδικές ανάγκες, είναι θεμιτή.
- Υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις σε θέματα ψυχικής υγείας, ως προς το φύλο.

6.2 Δείγμα

Στη μελέτη συμμετείχαν χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα (δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή) του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο. Η διεξαγωγή της μελέτης ήταν ανώνυμη, καθώς οι ερωτώμενοι δεν όφειλαν να αναγράψουν το όνομα τους στο ερωτηματολόγιο. Σε γενικές γραμμές, αυτό δύναται να αυξήσει τις πιθανότητες ειλικρινούς απάντησης²⁰ των συμμετεχόντων.

Το μέγεθος του δείγματος για την απλή τυχαία δειγματοληψία

που διενεργήσαμε καθορίζεται από τα παρακάτω:

A) Το μέγεθος του πληθυσμού ενδιαφέροντος (N=200 χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα, που κατοικούν στο Ρέθυμνο).

B) Εφόσον επιθυμούμε 95% διάστημα εμπιστοσύνης τότε ισχύει ότι: **1- α = 0,95**

α = 0,05 **$\alpha / 2 = 0,025$** **$1 - \alpha / 2$** **$1 - 0,025$**

Z _{$\alpha/2$} = 0,9750.

Γ) Εντοπίσαμε τις σπουδαιότερες μεταβλητές στην έρευνα μας και οι οποίες είναι οι E7, E8, E9, E10, E11, E21, E22, από τις οποίες εκείνη με τη μέγιστη τυπική απόκλιση είναι η E7 ($\sigma_{E7} = 1,1$). Επίσης δεχτήκαμε στην έρευνα μας ότι το σφάλμα δειγματοληψίας βρίσκεται στο επίπεδο του 5%. Ακόμα ισχύει ότι $D = 5 * 0,05 = 0,25$.

²⁰ Οι ανακόλουθες-αλληλοσυγκρουόμενες ερωτήσεις προβάλλουν το επίπεδο ειλικρινείας των συμμετεχόντων (κοινωνικός-αντικοινωνικός).



Δ) Σύμφωνα με τον τύπο:

$$n = \frac{N * Z^2 * \sigma^2}{d^2 (N-1) + Z^2 * \sigma^2}$$

Θέτουμε τα δεδομένα που προαναφέρθηκαν και προκύπτει ότι $n = 54,4116$. Στην παρούσα μελέτη πράγματι, μετέχουν 54 χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα (δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή). Αυτό συνεπάγεται με τη θεώρηση ότι το σφάλμα δειγματοληψίας της παρούσας μελέτης ($n = 54$) βρίσκεται στο 5%.

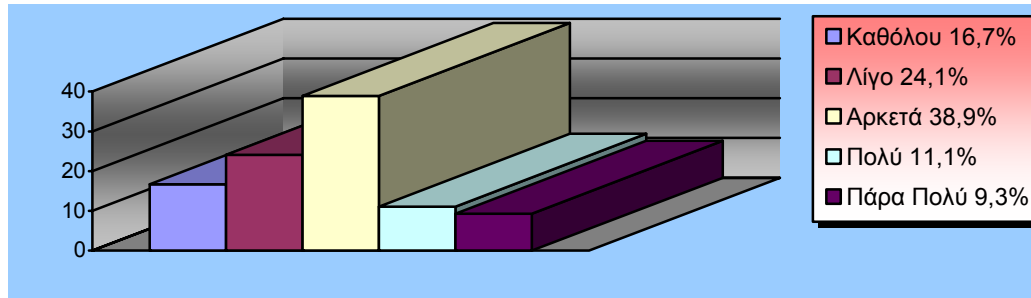
6.3 Διαδικασία

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ) Ρεθύμνου και συμμετείχαν χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα (δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή). Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε άτομα με ήπιες ψυχολογικές δυσκολίες και αποτελείται από 6 θεματικές ενότητες, οι οποίες εξετάζονται παρακάτω. Ειδικότερα, εξετάζεται η στάση της κοινωνίας, της τηλεόρασης και του κράτους απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Επίσης, δίνεται έμφαση στις βασικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια ψυχοσυναισθηματική δυσλειτουργία. Τα αποτελέσματα της μελέτης (Βλέπε Υποκεφάλαιο 6.4) αναλύθηκαν με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 17.



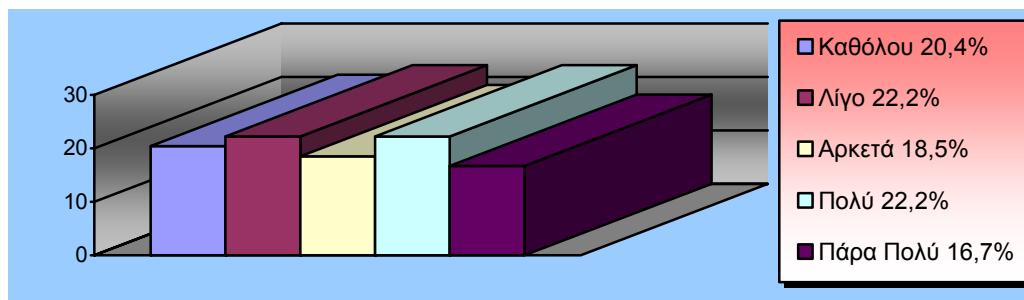
6.5 Αποτελέσματα

Θεματική ενότητα 1: Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα;



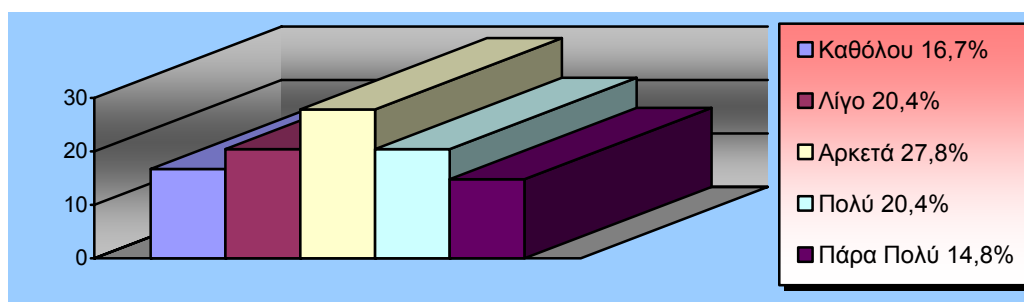
Διάγραμμα Συχνότητας 1: Σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων

Το **20,4%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων δηλώνει ότι αντιμετωπίζει σε υψηλό ή σε πάρα πολύ υψηλό ποσοστό δυσκολίες που άπτονται της σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων.



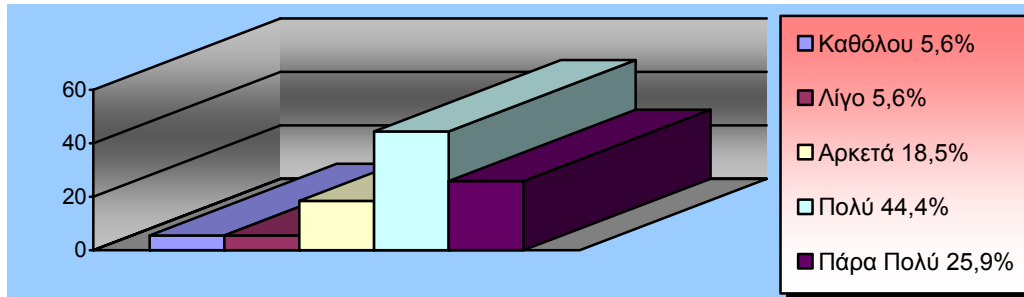
Διάγραμμα Συχνότητας 2: Εκπαιδευτικό Σύστημα

Το **38,9%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων εκφράζει την άποψη ότι βιώνει σημαντικά εμπόδια που σχετίζονται με την εκπαίδευση και το εκπαιδευτικό σύστημα.



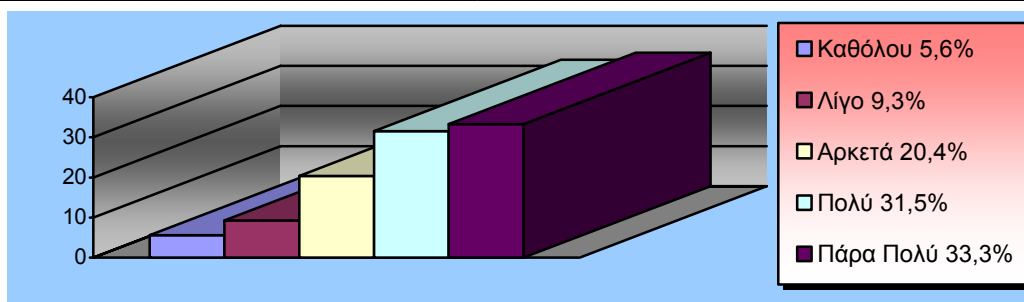
Διάγραμμα Συχνότητας 3: Οικογενειακές Σχέσεις

Το **35,2%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ανθρώπων με ψυχοσυναισθηματικές δυσλειτουργίες βιώνει ισχυρές δυσκολίες που συνδέονται με τις οικογενειακές σχέσεις και το οικογενειακό περιβάλλον.



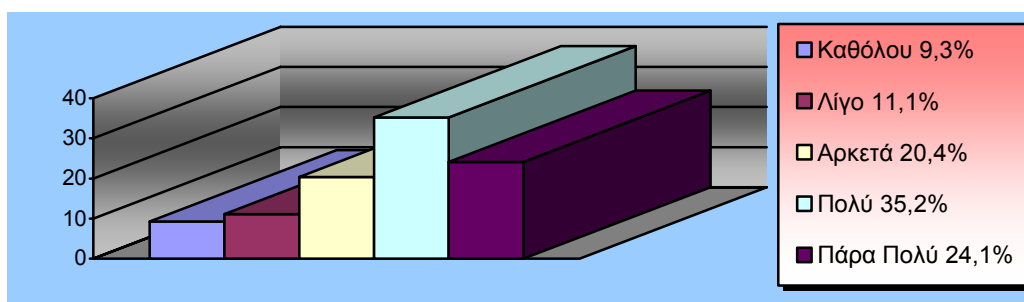
Διάγραμμα Συχνότητων 4: Εύρεση Εργασίας

Το **70,3%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων δηλώνει ότι αντιμετωπίζει σε υψηλό ή σε πάρα πολύ υψηλό ποσοστό εμπόδια που άπτονται της εύρεσης εργασίας.



Διάγραμμα Συχνότητων 5: Αποδοχή από την κοινωνία

Το **64,8%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων εκφράζει την άποψη ότι βιώνει σημαντικές δυσκολίες που σχετίζονται με την αποδοχή από το κοινωνικό γίγνεσθαι.



Διάγραμμα Συχνότητων 6: Ιατρική Περίθαλψη

Το **59,3%** των ανθρώπων με ψυχοσυναισθηματικές δυσλειτουργίες βιώνει ισχυρές δυσκολίες που συνδέονται με το επίπεδο ιατρικής περίθαλψης τους.



Ιεραρχική Ταξινόμηση: Οι Δυσκολίες των ψυχικά πασχόντων

| | |
|------------------------------------|-------|
| 1. Εύρεση Εργασίας | 70,3% |
| 2. Αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο | 64,8% |
| 3. Ιατρική Περίθαλψη | 59,3% |
| 4. Εκπαιδευτικό Σύστημα | 38,9% |
| 5. Οικογενειακές Σχέσεις | 35,2% |
| 6. Διαπροσωπικές Σχέσεις | 20,4% |

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω δεδομένα, οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες που άπτονται της εύρεσης εργασίας, της αποδοχής από την κοινωνία και της ιατρικής περίθαλψης. Λιγότερο σημαντικά εμπόδια είναι αυτά του εκπαιδευτικού συστήματος, των διαπροσωπικών και των οικογενειακών σχέσεων.

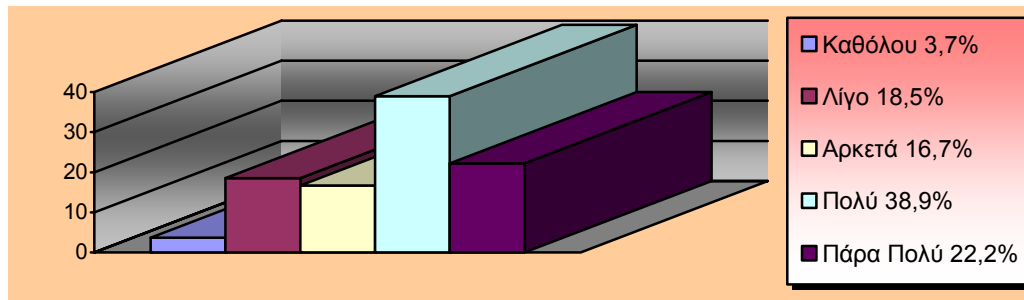
Κρίνεται λοιπόν, σημαντικό να δημιουργηθούν νέες δομές απασχόλησης για αυτά τα άτομα. Σημαντικό ρόλο σε αυτό το θέμα διαδραματίζουν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης- ΚοιΣΠε (Βλέπε Υποκεφάλαιο 5.3) για την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη-ενσωμάτωση τους.

Όσο αφορά την απόρριψη των ψυχικά πασχόντων από την κοινωνία, αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται από μια σειρά ερευνών και μελετών σε διεθνές επίπεδο. Σε αυτό βαρύνουσα σημασία διαδραματίζουν η τηλεόραση, η εκκλησία, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις.

Τέλος, η ιατρική περίθαλψη αποτελεί ένα ακόμα ζήτημα για τους ψυχικά πάσχοντες. Είναι λοιπόν αναγκαίο να εισαχθούν «υγιείς» πολιτικές υγείας, με γενναία αύξηση της χρηματοδότησης για τη δημιουργία νέων, σύγχρονων δομών ψυχικής υγείας.

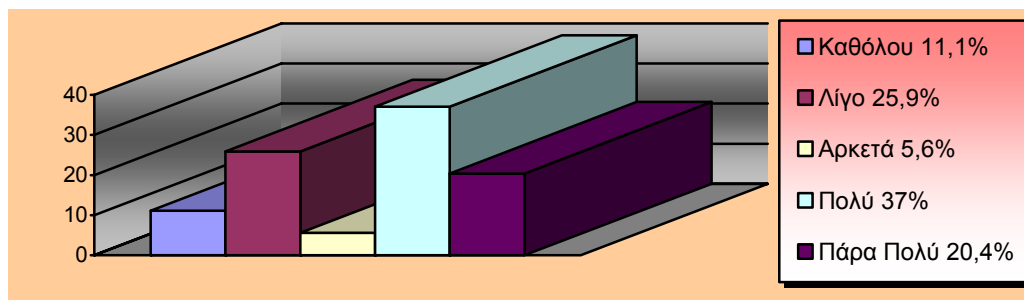


Θεματική ενότητα 2: Πως προβάλλει η τηλεόραση τα άτομα με ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες;



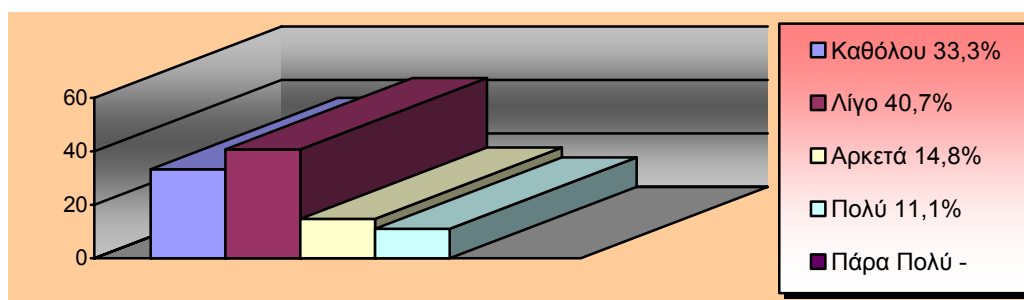
Διάγραμμα Συχνότητας 7: Ως Επικίνδυνους

Το **61,1%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ατόμων θεωρεί ότι η τηλεόραση (μέσω των ταινιών και των ειδήσεων) παρουσιάζει τους ψυχικά πάσχοντες ως επικίνδυνους.



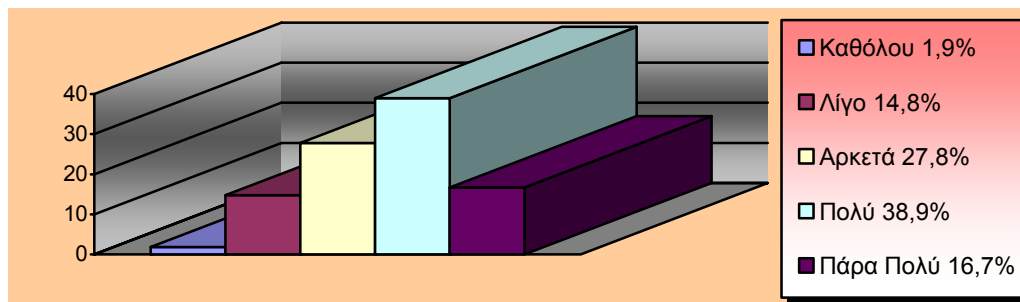
Διάγραμμα Συχνότητας 8: Ως Αντικοινωνικούς

Το **50,4%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων θεωρεί ότι η τηλεόραση προβάλλει τους ψυχικά πάσχοντες ως αντικοινωνικούς.



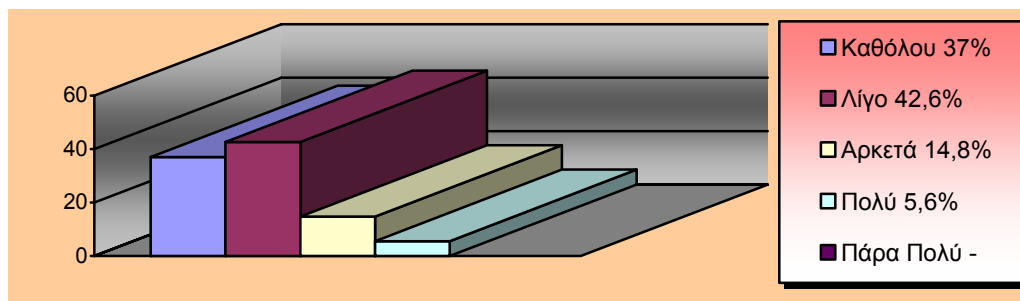
Διάγραμμα Συχνότητας 9: Ως Φιλικούς

Το **70,4%** των συμμετεχόντων στην μελέτη κρίνει ότι η τηλεόραση εμφανίζει τους ψυχικά πάσχοντες καθόλου ή ελάχιστα φιλικούς.



Διάγραμμα Συχνότητων 10: Ως Εχθρικούς

Το **55,5%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) του δείγματος πιστεύει ότι η τηλεόραση παρουσιάζει τους ψυχικά πάσχοντες ως εχθρικούς.



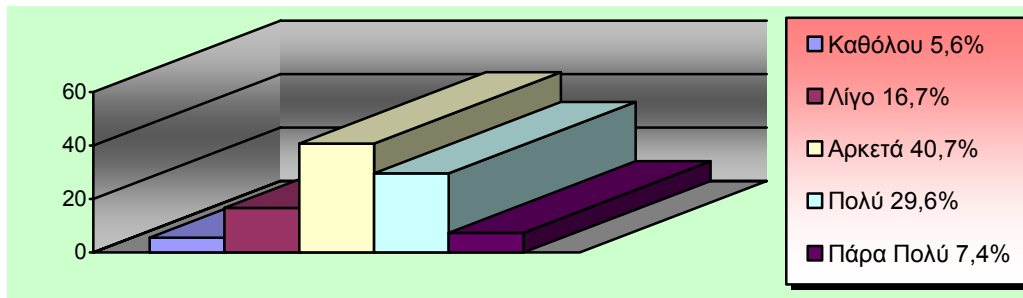
Διάγραμμα Συχνότητων 11: Ως Κοινωνικούς

Το **79,6%** των συμμετεχόντων πρεσβεύει την άποψη ότι η τηλεόραση προβάλλει τα άτομα με ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες καθόλου ή ελάχιστα κοινωνικούς.

Στην εδραίωση του κοινωνικού στίγματος καθοριστικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (και ειδικά η τηλεόραση), ως βασικοί φορείς διαμόρφωσης της κοινής γνώμης. Ειδικότερα, η σχιζοφρένεια είναι εκείνη η ψυχική ασθένεια που ελκύει περισσότερο το ενδιαφέρον του κοινού, και από μόνη της συνιστά «είδηση». Κυρίως όμως, συνιστά «κακή είδηση» μέσα από τον τρόπο που προσεγγίζεται από τα ΜΜΕ, τα οποία συχνά διολισθαίνουν στον εντυπωσιασμό με αποτέλεσμα να αναπαράγουν την προκατάληψη και το φόβο (Ψυχαργός, 2006). Η τηλεόραση «απεικονίζει» τους ψυχικά πάσχοντες ως εχθρικούς, αντικοινωνικούς και επικίνδυνους, διαμορφώνοντας αντίστοιχες αντιλήψεις στο κοινωνικό σύνολο.

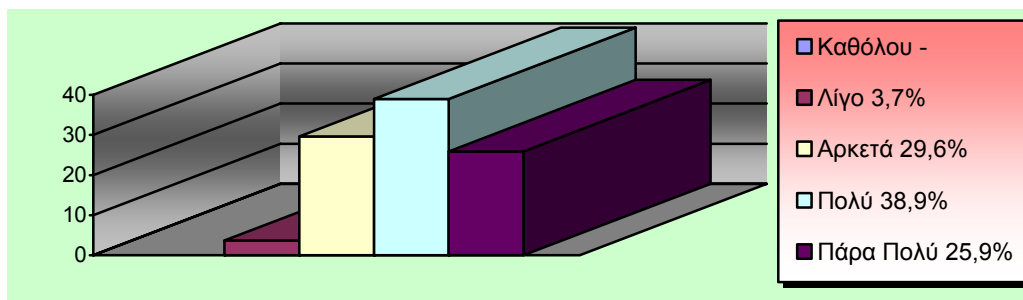


Θεματική ενότητα 3: Ποια η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες;



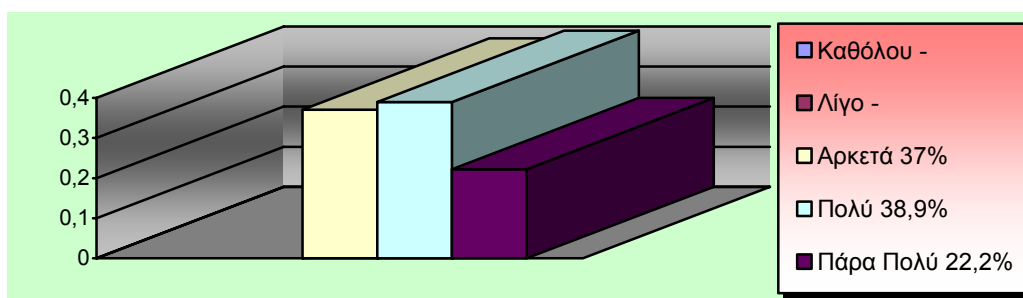
Διάγραμμα Συχνότητων 12: Η Εχθρική Διάθεση

Το **37%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων αντιλαμβάνονται τη στάση της κοινωνίας απέναντι τους ως εχθρική.



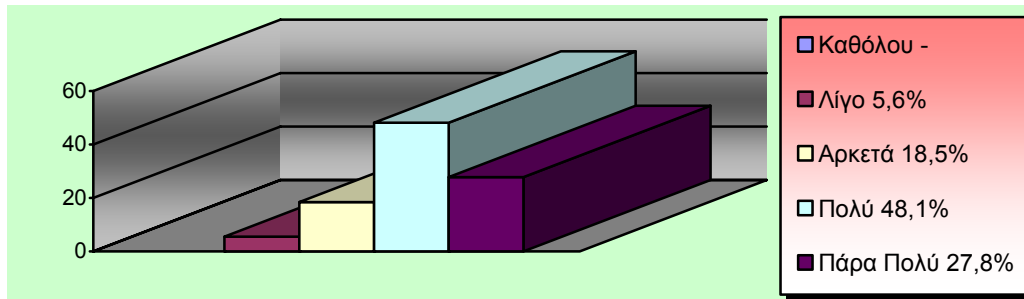
Διάγραμμα Συχνότητων 13: Ο Παράλογος Φόβος

Το **64,8%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων θεωρούν ότι η κοινωνία χαρακτηρίζεται από έναν παράλογο φόβο απέναντι τους.



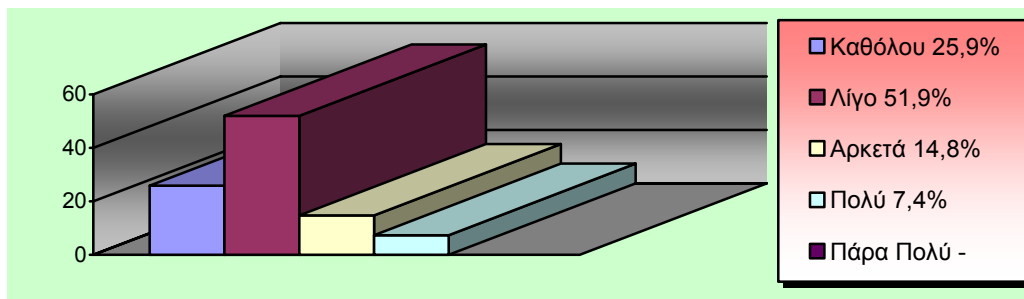
Διάγραμμα Συχνότητων 14: Η Επιφυλακτικότητα

Το **61,1%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των συμμετεχόντων της μελέτης κρίνει ότι η κοινωνία είναι επιφυλακτική απέναντι στα άτομα με ψυχολογικές δυσκολίες.



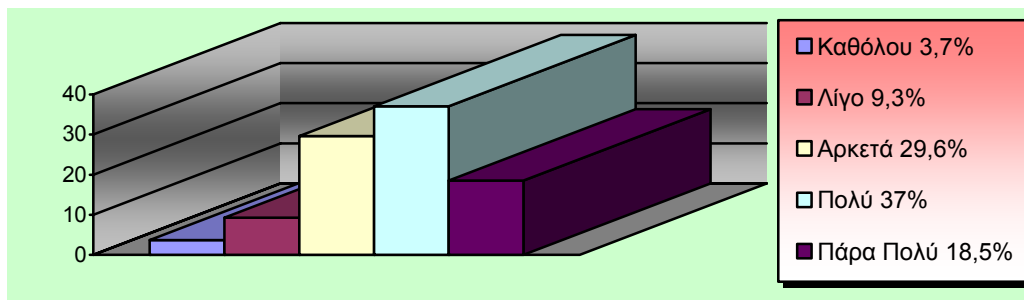
Διάγραμμα Συχνότητων 15: Η Προκατάληψη

Το 75,9%(Πολύ και Πάρα Πολύ) του δείγματος πιστεύει ότι η κοινωνία εκφράζει ένα σύνολο προκαταλήψεων απέναντι στα άτομα-φορείς μίας ψυχικής πάθησης.



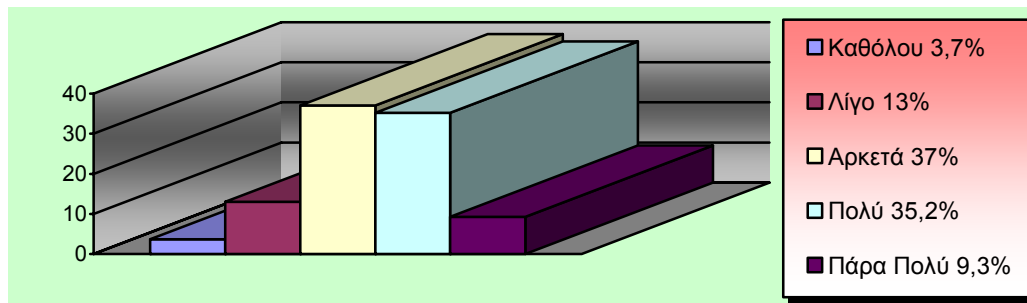
Διάγραμμα Συχνότητων 16: Η Αγάπη

Το 77,8 % (Καθόλου ή Λίγο) των συμμετεχόντων εκφράζει την πεποίθηση ότι η κοινωνία δεν προβάλλει συναισθήματα αγάπης απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες.



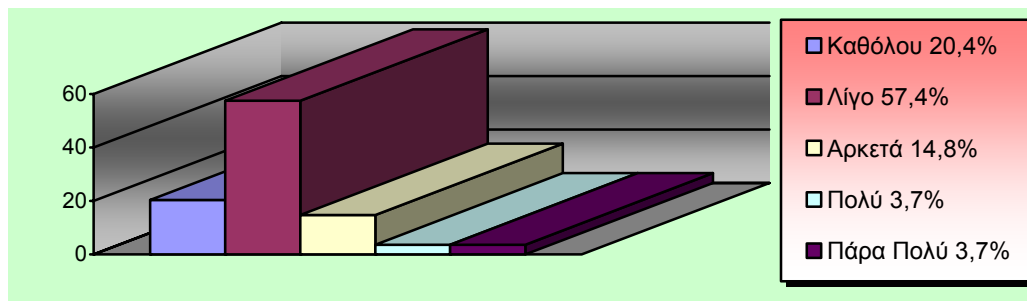
Διάγραμμα Συχνότητων 17: Η Περιφρόνηση

Το 55,5 % (Πολύ ή Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων θεωρεί ότι τα μέλη της κοινωνίας εκφράζουν περιφρόνηση απέναντι τους.



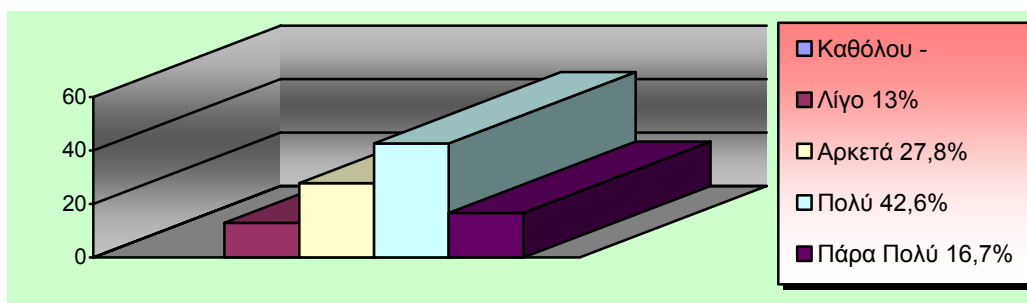
Διάγραμμα Συχνοτήτων 18: Ο Οίκτος

Το **44,5%** (Πολύ ή Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων χαρακτηρίζει τη στάση της κοινωνίας με τη λέξη «οίκτος» (λύπη για κάποιον ή κάτι).



Διάγραμμα Συχνοτήτων 19: Η Στοργή

Μονάχα το **7,4%** (Πολύ ή Πάρα Πολύ) των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η κοινωνία φέρεται στοργικά απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες.



Διάγραμμα Συχνοτήτων 20: Η Αδιαφορία

Το **59,3 %** (Πολύ ή Πάρα Πολύ) των ψυχικά πασχόντων αξιολογεί τη στάση της κοινωνίας ως «αδιάφορη».



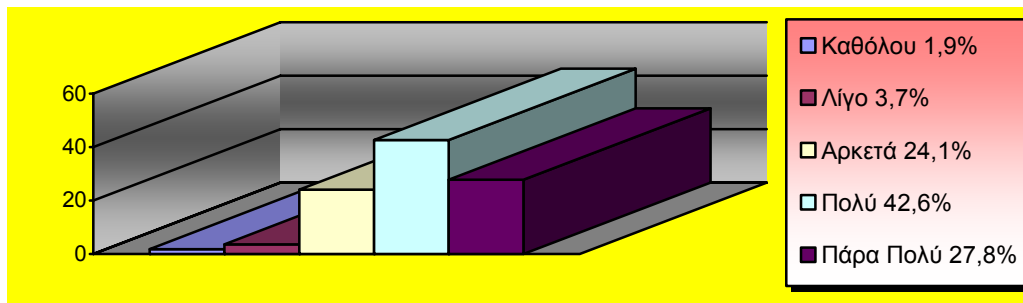
Ιεραρχική Ταξινόμηση: Η στάση της Κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες

| | |
|---------------------|-------|
| 1. Έλλειψη Αγάπης | 77,8% |
| 2. Έλλειψη Στοργής | 77,8% |
| 3. Προκατάληψη | 75,9% |
| 4. Παράλογος Φόβος | 64,8% |
| 5. Επιφυλακτικότητα | 61,1% |
| 6. Αδιαφορία | 59,3% |
| 7. Περιφρόνηση | 55,5% |
| 8. Οίκτος | 44,5% |
| 9. Εχθρική Διάθεση | 37% |

Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα τονίζουν και αναδεικνύουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι προς τους ψυχικά πάσχοντες. Από τη μία, η έλλειψη αγάπης (77,8%) και στοργής (77,8%) και από την άλλη, οι ισχυρές προκαταλήψεις (75,9%), ο παράλογος φόβος (64,8%) η επιφυλακτικότητα (61,1%), η αδιαφορία (59,3%) και η περιφρόνηση (55,5%) συνθέτουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι προς τους ψυχικά πάσχοντες.

Σε πολλές περιπτώσεις, η κοινωνία εκδηλώνει σφάλματα απόδοσης απέναντι στα άτομα με αναπηρία και στους ψυχικά πάσχοντες. Συγκεκριμένα, όταν τα άτομα αυτά πετυχαίνουν κάτι το σπουδαίο, τότε η κοινωνία το αποδίδει σε θαύμα. Αντίθετα, όταν αυτά τα άτομα αποτυγχάνουν, σε μία προσπάθεια, τότε η κοινωνία την αποδίδει (την αποτυχία) σε σωματικές ή ψυχικές αδυναμίες.

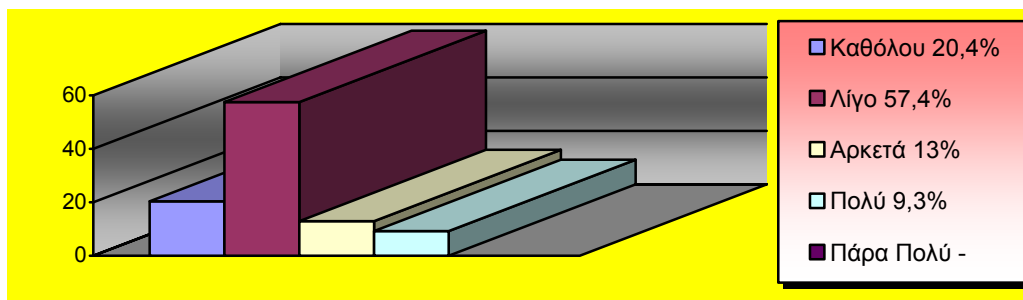
Οι ψυχικά πάσχοντες συγκροτούν μία ομάδα υποτιμημένη. Ακόμα και σε καθημερινές δραστηριότητες αντιλαμβάνονται ότι ανήκουν σε μία ομάδα η οποία δεν χαίρει μεγάλης εκτίμησης. Το στίγμα αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο τα άτομα ερμηνεύουν την κατάσταση τους. Θα μπορούσε να αναφερθεί λοιπόν, ότι τα άτομα αυτά αδυνατούν να αντιληφθούν αν οι πράξεις τους είναι αποτέλεσμα των προσωπικών τους χαρακτηριστικών ή αν είναι απόληξη μίας αντίδρασης στο στίγμα. Οι αντιδράσεις των ατόμων δύναται να ποικίλουν από την παθητικότητα έως την πλήρη ρήξη με την κοινωνία (Χρυσόχοου, 2005: 93).

**Θεματική ενότητα 4: Κοινωνία, Κράτος, Νομοθεσία****Διάγραμμα Συχνότητων 21: Χρήση των λέξεων «τρελός», «σχιζοφρενής»**

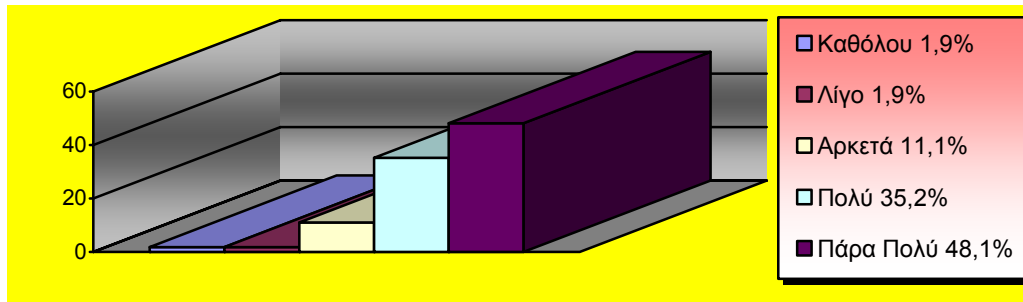
Το 70,4% (Πολύ και Πάρα Πολύ) θεωρεί ότι η κοινωνία συνηθίζει να χρησιμοποιεί τις λέξεις «τρελός» και «σχιζοφρενής» για τα άτομα με ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες.

Η γλώσσα μέσα από την οποία εκφραζόμαστε για την υγεία και την ασθένεια, μέσα από την οποία ερμηνεύουμε τα αίτια, τις εκδηλώσεις και τις συνέπειες της, δεν είναι μια γλώσσα του σώματος αλλά πρόκειται για τη γλώσσα που χαρακτηρίζει τη σχέση του ατόμου με την κοινωνία (Adam, Herzlich, 1999:60).

Το «πως» θα ορίσει ο εκάστοτε πολιτισμός ή η εκάστοτε κοινωνία μία κατάσταση, καθορίζει τον τρόπο αντιμετώπισης της. Για παράδειγμα, τα άτομα με αναπηρία συχνά αντιμετωπίζονται ως «υποκείμενα οίκτου» και κατά συνέπεια εξάρτησης (Καλαντζή-Αζίζι, 1996: 28, 29).

**Διάγραμμα Συχνότητων 22: Το Κράτος βοηθάει τα άτομα με αναπηρία και τους ψυχικά πάσχοντες;**

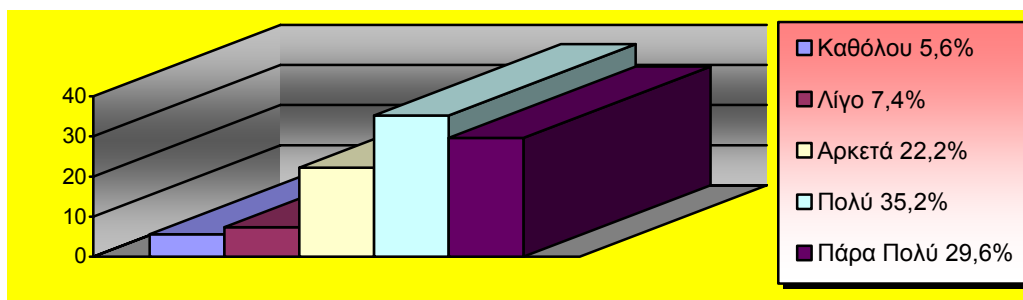
Το 77,8% των απαντήσεων φανερώνουν ότι το Κράτος είτε δεν βοηθάει είτε βοηθάει ελάχιστα τα άτομα με αναπηρία ή ψυχολογικές δυσκολίες. Είναι αξιοσημείωτο ότι κανείς δεν απάντησε «Πάρα Πολύ» σε αυτήν την ερώτηση. Το Κράτος λοιπόν, αλλά και οι πολιτικές που υιοθετούνται, πρέπει να δώσουν έμφαση στις συγκεκριμένες ομάδες ατόμων, προσφέροντας τους, αρωγή και ουσιαστική μέριμνα.



Διάγραμμα Συχνότητων 23: Αναγκαιότητα ενημερωτικών εκδηλώσεων για τη Ψυχική Υγεία

Το **83,3%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) των συμμετεχόντων της μελέτης κρίνει ότι οι ενημερωτικές εκδηλώσεις για την ψυχική υγεία είναι απαραίτητες. Μονάχα το **3,8%** (Καθόλου ή Λίγο) διαφωνεί με αυτήν την θεώρηση.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας οφείλουν λοιπόν, να μάχονται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου και να επιχειρούν, μέσα από ενημερωτικές εκδηλώσεις, να καταρρίψουν τους μύθους και τις ανακρίβειες γύρω από την ψυχική πάθηση.



Διάγραμμα Συχνότητων 24: Αναγκαιότητα Θέσπισης Νόμων κατά των Διακρίσεων στα ΑμΕΑ

Το **64,8%** (Πολύ και Πάρα Πολύ) του δείγματος χαρακτηρίζει ως αναγκαία την θέσπιση Νόμων κατά των διακρίσεων στα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο (2008), οι Έλληνες πολίτες επιθυμούν την εφαρμογή Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά που κυμαίνονται από **77%** (στον τομέα των Υπηρεσιών) ως και **92%** (στον τομέα της Υγείας και της Εκπαίδευσης).

**Θεματική ενότητα 5: Σύγκριση μέσω των όρων (T-Test)****1. Οι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα αντιμετωπίζουν δυσκολίες**

| | Γυναίκες | | Άνδρες | | (df=52) | p value |
|---|----------|------|--------|------|--------------|--------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| 1.1 Στη δημιουργία φιλικών σχέσεων | 1,44 | 1,25 | 2,14 | 1,01 | -0,70 | 0,028 |
| 1.2 Στην εκπαίδευση | 1,69 | 1,32 | 2,27 | 1,42 | -0,58 | 0,132 |
| 1.3 Στις οικογενειακές σχέσεις | 2,25 | 1,10 | 1,55 | 1,37 | 0,70 | 0,050 |
| 1.4 Στην εύρεση εργασίας | 2,69 | 0,99 | 2,95 | 1,12 | -0,26 | 0,373 |
| 1.5 Στην αποδοχή από την κοινωνία | 2,78 | 1,19 | 2,77 | 1,18 | 0,01 | 0,286 |
| 1.6 Στην ιατρική περίθαλψη | 2,69 | 1,17 | 2,32 | 1,28 | 0,37 | 0,979 |

2. Η τηλεόραση προβάλλει τους ψυχικά πάσχοντες μάλλον ως

| | Γυναίκες | | Άνδρες | | (df=52) | p value |
|----------------------------|----------|------|--------|------|--------------|--------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| 2.1 Επικίνδυνους | 2,22 | 1,16 | 3,09 | 0,92 | -0,87 | 0,005 |
| 2.2 Αντικοινωνικούς | 2,13 | 1,41 | 2,55 | 1,26 | -0,42 | 0,266 |
| 2.3 Φιλικούς | 1,09 | 0,99 | 0,95 | 0,95 | 0,14 | 0,609 |
| 2.4 Εχθρικούς | 2,44 | 1,01 | 2,68 | 0,99 | -0,24 | 0,385 |
| 2.5 Κοινωνικούς | 0,78 | 0,87 | 1,05 | 0,84 | -0,26 | 0,272 |

**3. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες χαρακτηρίζεται μάλλον από**

| | Γυναίκες | | Άνδρες | | (df=52) | p value |
|-----------------------------|----------|------|--------|------|-------------|--------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| 3.1 Εχθρική διάθεση | 2,28 | 0,96 | 2,00 | 1,02 | 0,28 | 0,307 |
| 3.2 Παράλογο Φόβο | 3,06 | 0,81 | 2,64 | 0,85 | 0,43 | 0,069 |
| 3.3 Επιφυλακτικότητα | 2,88 | 0,71 | 2,81 | 0,87 | 0,06 | 0,765 |
| 3.4 Προκατάληψη | 3,09 | 0,82 | 2,82 | 0,85 | 0,28 | 0,237 |
| 3.5 Αγάπη | 0,94 | 0,80 | 1,18 | 0,91 | -0,24 | 0,301 |
| 3.6 Περιφρόνηση | 2,81 | 0,96 | 2,24 | 1,04 | 0,57 | 0,045 |
| 3.7 Οίκτο | 2,19 | 1,05 | 2,55 | 0,80 | -0,35 | 0,191 |
| 3.8 Στοργή | 1,06 | 0,84 | 1,23 | 1,02 | -0,16 | 0,519 |
| 3.9 Αδιαφορία | 2,66 | 0,94 | 2,59 | 0,91 | 0,06 | 0,800 |

4. Η κοινωνία συνηθίζει να χρησιμοποιεί τις λέξεις «τρελός» και «σχιζοφρενής» για τα άτομα με ψυχολογικές δυσκολίες;

| | Γυναίκες | | Άνδρες | | (df=52) | p value |
|--|----------|------|--------|------|------------|--------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| | 3,13 | 0,83 | 2,59 | 0,96 | ,53 | 0,034 |

5. Το Κράτος βοηθάει τα άτομα με αναπηρία ή ψυχολογικές δυσκολίες;

| | Γυναίκες | | Άνδρες | | (df=52) | p value |
|--|----------|------|--------|------|---------|---------|
| | M | SD | M | SD | | |
| | 1,00 | 0,72 | 1,27 | 0,98 | -0,27 | 0,244 |

**6. Είναι απαραίτητες οι ενημερωτικές εκδηλώσεις για την ψυχική υγεία και την αναπηρία**

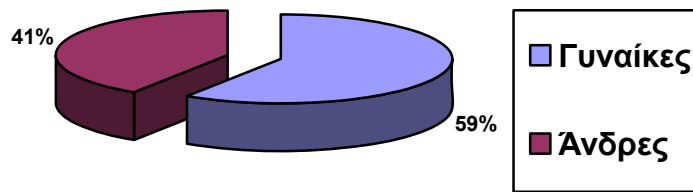
| Γυναίκες | | Άνδρες | | (df=52) | p value |
|----------|------|--------|------|-------------|--------------|
| M | SD | M | SD | | |
| 3,56 | 0,62 | 2,86 | 1,06 | 0,70 | 0,004 |

7. Θεωρείς απαραίτητη τη θέσπιση Νόμων κατά των διακρίσεων στα άτομα με αναπηρία

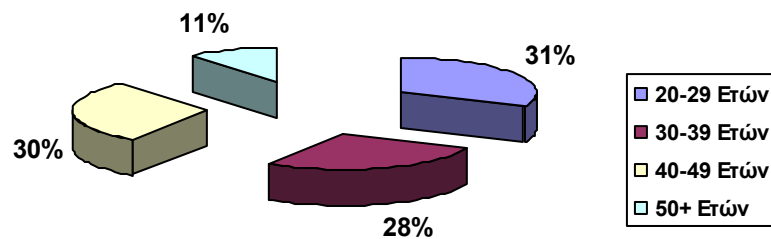
| Γυναίκες | | Άνδρες | | (df=52) | p value |
|----------|------|--------|------|---------|---------|
| M | SD | M | SD | | |
| 2,78 | 1,01 | 2,73 | 1,32 | 0,05 | 0,865 |

Τα παραπάνω αποτελέσματα αναφέρονται στους μέσους όρους και στις τυπικές αποκλίσεις των ανδρών και των γυναικών (χρόνιων ψυχικά πασχόντων με ήπια συμπτώματα). Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t-test με σκοπό να αναδειχθεί η στατιστική σημαντικότητα. Στις ερωτήσεις: 1.1, 1.3, 2.1, 3.6, 4 και 6 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των ανδρών και των γυναικών. Από αυτό λοιπόν, προκύπτει ότι οι αντιλήψεις για θέματα ψυχικής υγείας διαφέρουν ανάλογα με το φύλο του ψυχικά πάσχοντα.

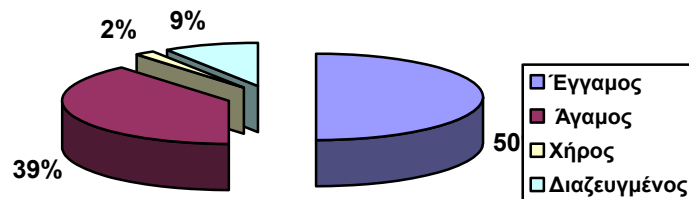
Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης (correlation) με σκοπό να διαπιστωθεί εάν οι αντιλήψεις σε θέματα ψυχικής υγείας διαφοροποιούνται ως προς την ηλικία του ψυχικά πάσχοντα. Οι αναλύσεις δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά. Αυτό συνεπάγεται με την θέση, ότι η ηλικιακή διαφοροποίηση δεν συνεπάγεται με διαφορετικές αντιλήψεις σε θέματα ψυχικής υγείας.

**Θεματική ενότητα 6: Χαρακτηριστικά του Δείγματος**

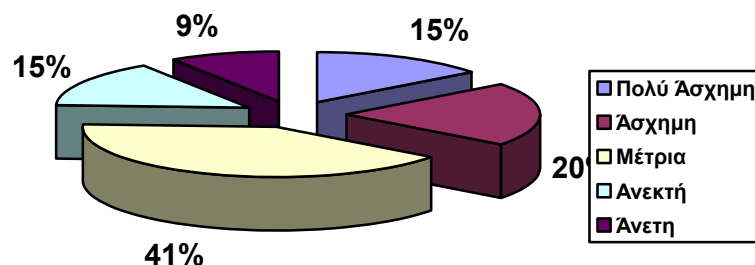
Το σύνολο του δείγματος είναι 54 άτομα - χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα. Το 59% είναι γυναίκες και το 41% άνδρες.



Το 31% των ατόμων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 20 έως 29 ετών. Έπεται η ομάδα 30 έως 39 ετών, 40 ως 49 ετών. Μονάχα το 11% του δείγματος είναι ηλικίας άνω των 50 ετών. Αξίζει να τονιστεί ότι το **59%** των χρόνιων ψυχικά πασχόντων ανήκουν στην ευρύτερη ηλικιακή «ζώνη» 20 έως 39.



Στο παραπάνω γράφημα αποτυπώνεται η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.



Το παραπάνω γράφημα παρουσιάζει την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Μονάχα το **24%** των χρόνιων ψυχικά πασχόντων χαρακτηρίζει την οικονομική του κατάσταση ως ανεκτή ή ως άνετη. Οι υπόλοιποι (76%) φαίνεται να αντιμετωπίζουν ήπιες ή έντονες οικονομικές δυσκολίες.



6.6 Περιορισμοί

Ο βαθμός ανταπόκρισης των συμμετεχόντων ανέρχεται στο 77% (54 από τους 70 συμμετέχοντες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ενώ οι υπόλοιποι αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη). Αυτό βέβαια δύναται να επηρεάσει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων καθώς ο λόγος για τον οποίο κάποιοι δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ενδεχομένως να σχετίζεται με μια συγκεκριμένη στάση-αντίληψη για την ψυχική υγεία η οποία δεν καταγράφηκε.

Το ερωτηματολόγιο ενείχε αποκλειστικά ερωτήσεις κλειστού τύπου της διαβαθμισμένης κλίμακας «καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ, πάρα πολύ». Οι ερωτώμενοι δεν δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Ωστόσο σε αυτού του τύπου τις ερωτήσεις, είναι υπαρκτός ο κίνδυνος της τυχαίας απάντησης ή του «αθώου» ψέματος. Ακόμα, δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι η επιλογή της ίδιας απάντησης (από δύο υποκείμενα, σε ένα ερώτημα) σημαίνει τελικά και τον ίδιο βαθμό αποδοχής ή απόρριψης μίας θέσης, στάσης.

Σε αντίθεση με τη συνέντευξη, το ερωτηματολόγιο είναι ανελαστικό. Οι ερωτήσεις δεν είναι ευέλικτες και δεν δύναται να αλλάξουν ή να παραλειφθούν. Ο ερωτώμενος πρέπει να επιλέξει μία από τις απαντήσεις που καταγράφονται και όχι να δώσει μια δική του. Γίνεται λοιπόν, αντιληπτό ότι στο ερωτηματολόγιο χάνουμε ένα τμήμα χρήσιμων πληροφοριών που θα προέκυπταν από το προσωπικό «στυλ» απάντησης του ερωτώμενου.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αιτία για την οποία έχει σήμερα, αναγνωριστεί η σημασία και η σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας, είναι ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ψυχικά πασχόντων. Αυτό έχει ως απόληξη, δυσμενείς κοινωνικές επιπτώσεις και σημαντική οικονομική επιβάρυνση των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (2001), περίπου 450.000.000 άνθρωποι υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή (Ψυχαργός, 2004).

Ο Ν. Καζαντζάκης αναφέρει ότι «Κάθε χωριό έχει τον κουζουλό του. Και αν δεν έχει τον δημιουργεί». Με αυτή τη φράση γίνεται εμφανής, ο ρόλος του χωριού ή της κοινωνίας, απέναντι στη ψυχική νόσο. Οι κοινωνίες δημιουργούν αυθαίρετες κανονικότητες, καθορίζουν το φυσιολογικό και το παθολογικό, μάχονται το διαφορετικό και εκφράζουν φοβικά αντανάκλαστικά απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Είναι άραγε οι ψυχικά πάσχοντες επικίνδυνοι ή μήπως η κοινωνία τους ετικετοποιεί, κατ' αυτόν τον τρόπο, για να δικαιολογήσει και να δώσει νόημα στην απάνθρωπη στάση της, έναντι της ψυχικής νόσου; Η παρούσα εργασία δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στη δυναμική αλληλεπίδραση της κοινωνίας, του πολιτισμού, της γλώσσας, της εκκλησίας, των μέσων μαζικής ενημέρωσης και των πολιτικών ψυχικής υγείας στη διαμόρφωση και διατήρηση του στίγματος, των διακρίσεων και των στερεοτύπων.

Οι ψυχικά πάσχοντες συγκροτούν μια ομάδα περιθωριοποιημένη και κοινωνικά αποκλεισμένη. Το κριτήριο που τους οδηγεί σε αυτήν την κατάσταση είναι οι στερεοτυπικές αντιλήψεις της κοινωνίας και οι υποκειμενικές, αυθαίρετες κανονικότητες. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι από κοινωνία σε κοινωνία και από πολιτισμό σε πολιτισμό, εκφράζονται ουσιαστικές διαφοροποιήσεις. Μερικές κοινωνίες χαρακτηρίζονται «ανεκτικές» και αποδέχονται τους ψυχικά πάσχοντες. Κάποιες άλλες όμως, λιγότερο «ανεκτικές» τους απορρίπτουν, τους ιδρυματοποιούν ενισχύοντας τα ήδη καλά δομημένα κοινωνικά στερεότυπα και φοβικά αντανάκλαστικά. Τα πρότυπα λοιπόν, «φυσιολογικής συμπεριφοράς» διαφέρουν ανάλογα με το εκάστοτε χωροχρονικό πλαίσιο αναφοράς.

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε μελέτη σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας. Το δείγμα συγκροτήθηκε από χρόνιους ψυχικά πάσχοντες (με ήπια συμπτώματα) του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου. Τα αποτελέσματα



αναδεικνύουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, η οποία φαίνεται να εκφράζει προκαταλήψεις, παράλογο φόβο, επιφυλακτικότητα και αδιαφορία απέναντι τους. Ακόμα, τα μέλη της κοινωνίας φαίνεται να χρησιμοποιούν τις λέξεις «τρελός» και «σχιζοφρενής» για να περιγράψουν την συγκεκριμένη ομάδα ατόμων.

Όσον αφορά την τηλεόραση, αυτή προβάλλει τους ψυχικά πάσχοντες ως αντικοινωνικούς, επικίνδυνους και εχθρικούς, ενισχύοντας τα ήδη καλά δομημένα στερεότυπα και οξύνοντας τον στιγματισμό. Οι ψυχικά πάσχοντες «ομολογούν» ότι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες σχετικά με την εύρεση εργασίας, την αποδοχή από την κοινωνία και την ιατρική περίθαλψη. Τα παραπάνω συνθέτουν την καθημερινότητα τους και αποδίδουν με ξεκάθαρο τρόπο την ανάγκη για κοινωνική, οικονομική ένταξη ή επανένταξη τους. Τέλος, εκφράζουν την πεποίθηση ότι το Κράτος δεν τους παρέχει ουσιαστική βοήθεια. Κρίνουν ακόμα, αναγκαία τη θέσπιση Νομοθεσίας κατά των διακρίσεων για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Μία πρόταση για μελλοντική μελέτη είναι: «η στάση της Ελληνικής Εκκλησίας απέναντι σε θέματα ψυχικής υγείας». Όπως αναφέρθηκε στην παρούσα εργασία, η Εκκλησία πρέσβευε την αντίληψη ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι φορείς αμαρτιών. Επιπρόσθετα, τα μοναστήρια φαίνεται ότι αποτέλεσαν «θεραπευτήρια» για την ψυχική νόσο. Το «αγίασμα», ο εξορκισμός, οι ευχές, τα διαβάσματα αποτέλεσαν «θεραπευτικά εργαλεία» για την Εκκλησία του 19^{ου} αιώνα. Εύλογα, νομίζω προκύπτει το ερώτημα: Ποια η στάση της Εκκλησίας απέναντι στη ψυχική νόσο; Διαφοροποιείται από το παρελθόν ή μήπως ταυτίζεται; Αυτά τα ερωτήματα μάλλον είναι καίριας σημασίας καθώς η Εκκλησία έχει την δύναμη να διαμορφώνει στάσεις απέναντι στη ψυχική πάθηση και τον κοινωνικό στιγματισμό.

Ακόμα, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια διαχρονική μελέτη με θέμα τη στάση της κοινωνίας του Ρεθύμνου απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Συγκεκριμένα, το ίδιο ερωτηματολόγιο θα μπορούσε να δοθεί σε διαφορετικά χρονικά πλαίσια (για παράδειγμα ανά δύο χρόνια) με τον ίδιο ακριβώς τρόπο. Έπειτα, η σύγκριση των αποτελεσμάτων θα έδειχνε αν οι στάσεις και οι αντιλήψεις της κοινωνίας μεταβάλλονται ή παραμένουν σχετικά σταθερές. Τέλος, σημαντικό είναι να μελετηθεί και το επίπεδο ικανοποίησης των ψυχικά πασχόντων στους τομείς της κοινωνικής πρόνοιας και της ιατρικής περίθαλψης, διαχρονικά.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Anthony W., Cohen M., Farkas M., The future of psychiatric rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28, 48-68, 1999.

Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A., *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Counties*. Oxford University Press 1995.

Eurobarometer, *Discrimination in the European Union, Perceptions, Experiences and attitudes*. European Commission, July 2008.

Eurostat, *Disability and social participation in Europe*, 2001.

Goldschmidt W. *An Ethnography of Encounters: A Methodology for the Enquiry into the relation between individual and society*. Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research. Vol. 13, No 1, pp.59-78. 1972.

Hughes N. S., *Saints, Scholars and Schizophrenics. Mental illness in rural Ireland*. University of California, 2001.

Kaplan H. B., Xiaoru L. *Adolescent self-rejection and adult social action: A conditional relationship*. *Social Science Quarterly* 82(4): 701-715, 2001.

Scheff T., *Being Mentally ill. A sociology theory*. New York: Aldine De Gruyter 1999.

Wahl O. F., Harman C., R., *Family Views of Stigma*. *Schizophrenia Bulletin*. Vol.15, No. 1, 1989.

Wilder J., Lewin G., Zwerling I., *Planning and developing the locus of care*. In H. Grunebaum, *The practice of Community Mental Health*. Boston Little Brown, pp.383-409, 1970.

Adam P., Herzlich C., *Η Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής*. Κ. Βασιλικού (Μετάφραση). Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο 1999.

Αμπατζογλου Γ., *Ψυχιατρική και Ιατρική, τα όρια, οι ταυτότητες και οι σχέσεις*. Αθήνα, Οδυσσέας/ Τριάψις Λόγος 1991.

Γκόφμαν Ε., *Στίγμα, Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. Δ. Μακρυγιάννη (Εισαγωγή, Μετάφραση). Αθήνα, Αλεξάνδρεια 2001.

Γκόφμαν Ε., *Συναντήσεις: Δύο μελέτες στην Κοινωνιολογία της αλληλεπίδρασης*. Δ. Μακρυγιάννη (Εισαγωγή, Μετάφραση). Αθήνα, Αλεξάνδρεια 1996.

Γκόφμαν Ε., *Παρουσίαση του εαυτού στην καθημερινή ζωή*. Δ. Μακρυγιάννη (Εισαγωγή). Αθήνα, Αλεξάνδρεια 2006.



Gelder M., Lopez-Ibor J., Andreasen N., Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος Ι). Κ. Σολδάτος (Συντονισμός). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2007.

Ζήση Α., Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων, Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες Προσεγγίσεις και Προοπτικές. Αθήνα, Τυπωθήτω Γ.Δαρδανός 2002.

Θεωνά Α., Δωδεκανησιακός Σύλλογος Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες: Ένα φωτεινό παράδειγμα για το αναπηρικό κίνημα. Στο Θέματα Αναπηρίας, Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. Τεύχος 05, 2006.

Καλαντζή-Αζίζι Α., Προκαταλήψεις και Στερεότυπα. Γ., Μάρκου & Μ., Βασιλειάδου (επιμ.). Αθήνα, Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης 1996.

Καραμπερίδου Ειρηλένα, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου, Ακούω Φωνές, Περιοδική Επιστημονική Έκδοση, Τεύχος 1, 2009.

Κούσνερ Μ., Η Δικτατορία των Γιατρών. Σ. Διαμάντη, Ε. Μουτσοπούλου (Μετάφραση). Γ. Κυριακόπουλος (Επιμέλεια-Εισαγωγή). Αθήνα, Έξαντας 2000.

Λειβαδίτης Μ., Πολιτισμός και Ψυχιατρική. Αθήνα, Παπαζήση 2003.

Λιοδάκης Α., Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου, Ακούω Φωνές, Περιοδική Επιστημονική Έκδοση, Τεύχος 2, 2009.

Μαδιανός Μ., Γ., Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από τη θεωρία στην πράξη. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα 1994.

Μαδιανός Μ., Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, από το Άσυλο στη Κοινότητα. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα 1994.

Μαδιανός Μ., Κοινωνία και Ψυχική Υγεία. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη 1989.

Μάντη Π., Τσελέπη Χ., Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα, Ανοικτό Ελληνικό Πανεπιστήμιο 2000.

Μητακίδου, Χ., Εκπαίδευση Μειονοτήτων Και Ομάδων Που Απειλούνται Με Κοινωνικό Αποκλεισμό».Θεσσαλονίκη, 2000.

Μπαρμπαλιά Ε., Χρόνοι Πάσχοντες: από ασθενείς...σε πολίτες με δικαιώματα. Στο Θέματα Αναπηρίας, Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, Τεύχος 03, 2006.

Μπιλανάκης Ν., Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα. Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας 2004.

Μπλού Ε., Η δημιουργία της Ελληνικής Ψυχιατρικής. Κ. Λογοθέτη (Μετάφραση), Ε. Μπαρετόγλου (Εισαγωγή). Αθήνα, Έξαντας Εκδοτική 1999.

Ουλής Π., Η φύση της ψυχικής νόσου. Αθήνα, Έξαντας Εκδοτική 2003.



- Παπαδόπουλος Ν., Λεξικό της Ψυχολογίας, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική, 2005.
- Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα ζωής. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση 2001.
- Σουλής Σ., Γ., Παιδαγωγική της Ένταξης. Τόμος Α. Αθήνα, Τυπωθήτω 2002.
- Τελική Έκθεση Μελέτης, Αναπηρία και Κοινωνικός Αποκλεισμός στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Υπό την αιγίδα του Ευρωπαϊκού Φόρουμ Ατόμων με Αναπηρία, 2002.
- Τζανάκης Μ., Πέραν του Ασύλου, Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου. Αθήνα, συνάψεις -6, 2008.
- Τούντας Γ., Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα, Οδυσσεάς / Νέα υγεία, 2000.
- Τσαούσης Δ., Γ., Η Κοινωνία του ανθρώπου, Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία. Αθήνα, Gutenberg 2004.
- Φουκά Μ., Η Ιστορία της Τρέλας. Αθήνα, Ηριδανός 1964.
- Χαμπεσής Θ., Αυτοκτονία-Ευθανασία-Στίγμα, στο Ιατροψυχολογικά Θέματα. Ι. Κούρος (επιμέλεια). Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα 1993.
- Χιωτάκης Σ., Η «πολυπολιτισμικότητα» εναντίον της πολυπολιτισμικότητας; Επιστήμη και Κοινωνία. Τεύχος 2-3/1999.
- Χρυσόχου Ε., Πολυπολιτισμική Πραγματικότητα, Οι κοινοψυχολογικοί προσδιορισμοί της πολιτισμικής πολλαπλότητας. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα 2005.
- Ψυχαργός- Β΄ Φαση, Δικαιώματα Ψυχικά Πασχόντων. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» Αθήνα, Δεκέμβριος 2004.
- Ψυχαργός- Β΄ Φαση, Μεθοδολογία Κοινωνικής Ευαισθητοποίησης και Καταπολέμησης των Προκαταλήψεων για τη Ψυχική Νόσο. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» Αθήνα, Μάρτιος 2004.
- Ψυχαργός- Β΄ Φαση, Οδηγός Εκπόνησης και Εφαρμογής Επικοινωνιακής Στρατηγικής για θέματα Ψυχικής Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» Αθήνα, Δεκέμβριος 2006.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Χρονολογικός Πίνακας Ίδρυσης των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων

| Ίδρυμα | Περιοχή | Χρόνος |
|--|------------------------------------|--------|
| Ψυχιατρείο Κέρκυρας | Μέσα στην πόλη | 1838 |
| Άσυλο Κεφαλλονιάς | Αργοστόλι | 1840 |
| Σκυλίτσειο Νοσοκομείο Τμήμα Ψυχοπαθών | Μέσα στην πόλη | 1886 |
| Δρομοκαϊτειο | Στο Χαϊδάρι Αθηνών (12 χλμ.) | 1887 |
| Αιγινήτειο | Έξω από το κέντρο της Αθήνας | 1905 |
| Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου | Ερμούπολη Σύρου | 1906 |
| Η πρώτη ιδιωτική Κλινική Βλαβιανού | Αθήνα (Πατήσια) | 1904 |
| Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών | Μέσα στην πόλη της Θεσσαλονίκης | 1908 |
| Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας | Σούδα | 1910 |
| Βέγειο Άσυλο Κεφαλλονιάς | Ληξούρι | 1910 |
| Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών | Μοσχάτο Αθηνών | 1914 |
| Άσυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας | Καλλιθέα Αθηνών | 1919 |
| Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) | Δαφνί | 1934 |
| Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης | Σταυρούπολη | 1946 |
| Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης | Σταυρούπολη | 1950 |
| Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης | Πεντέλη Αττικής | 1958 |
| Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου | Λέρος | 1958 |
| Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης | Τρίπολη | 1967 |
| Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου | Πέτρα Ολύμπου | 1971 |
| Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων (Νέα κτίρια) | Σούδα Χανίων | 1971 |



2. Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ασθενή

Άρθρο 1: Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα ίσης προστασίας της υγείας, χωρίς διακρίσεις ηλικίας, προσωπικής κατάστασης ή οικονομικών δυνατοτήτων.

Άρθρο 2: Η ισότητα αυτή αποτελεί θεμελιώδη αρχή την οποία εγγυώνται η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η οργάνωση του συστήματος υγείας.

Άρθρο 3: Η πολιτεία αναλαμβάνει τις δαπάνες της πρόληψης και της περίθαλψης, εφόσον ο πλούτος της το επιτρέπει. Είναι υπεύθυνη για την ίση πρόσβαση στην προστασία. Η κοινή συνεισφορά θεσπίζεται ακριβοδίκαια, ανάλογα με τα οικονομικά μέσα του καθενός.

Άρθρο 4: Οι επαγγελματίες της υγείας δικαιούνται μία σωστή αμοιβή σε σχέση με τις ικανότητες και τις δραστηριότητες τους.

Άρθρο 5: Σε κανέναν δεν μπορεί να επιβληθεί να δεχτεί ιατρικές φροντίδες στις οποίες δεν έχει συγκατατεθεί, εκτός αν στερείται συνείδησης-νόησης.

Άρθρο 6: Καθένας έχει δικαίωμα σε προηγούμενη σωστή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και τις ιατρικές φροντίδες που του προτείνονται ή που του παρέχονται λόγω ανάγκης. Οι πληροφορίες αυτές δεν μπορούν να κοινοποιηθούν σε κανέναν χωρίς την άδεια του ενδιαφερόμενου.

Άρθρο 7: Η πρόληψη αποτελεί βασικό καθήκον του συστήματος υγείας, όπου οφείλουν να συμβάλουν οι παράγοντες του τομέα στο σύνολο τους. Κάθε άτομο μπορεί να επωφελείται από την εν λόγω πρόληψη, που οργανώνεται από την πολιτεία.

Άρθρο 8: Η πολιτεία πρέπει να αξιολογεί κάθε δράση πρόληψης και περίθαλψης. Οι φορείς και οι επαγγελματίες της υγείας υποχρεούνται να προβαίνουν σε αξιολόγηση των δραστηριοτήτων τους, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι σχετικοί νόμοι και ρυθμίσεις. Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων αυτών θα δημοσιοποιούνται.

Άρθρο 9: Κάθε επαγγελματίας της υγείας οφείλει να παρακολουθεί μία συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση προς όφελος των ασθενών.

Άρθρο 10: Οι φορείς και οι επαγγελματίες της υγείας πρέπει να χρησιμοποιούν τα μέσα που έχουν στη διάθεση τους με προθυμία και ικανότητα, προκειμένου να παρέχουν στον ασθενή τις πλέον κατάλληλες φροντίδες στις καλύτερες συνθήκες ασφάλειας.

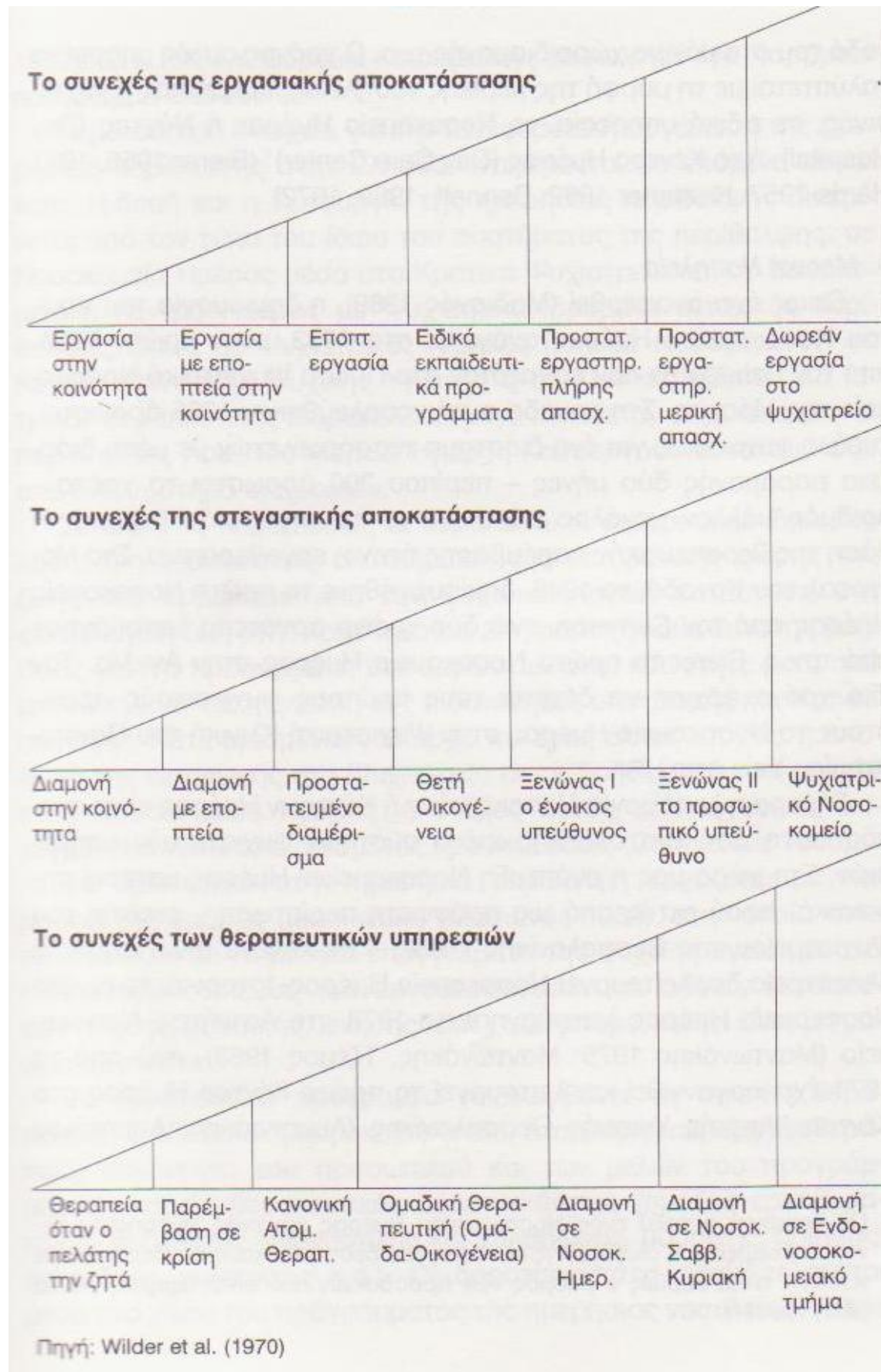
Άρθρο 11: Κάθε άτομο, θύμα ιατρικού ατυχήματος, έχει δικαίωμα να ζητήσει επανόρθωση της βλάβης που υπέστη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι σχετικοί νόμοι-ρυθμίσεις.

Άρθρο 12: Οι σύλλογοι ασθενών πρέπει να συμμετέχουν στη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Άρθρο 13: Ένα Παρατηρητήριο για την ισότητα στην περίθαλψη θα καταθέτει κάθε χρόνο στο Κοινοβούλιο μία Έκθεση για τις συνθήκες πρόσβασης στην περίθαλψη. Όλα τα άτομα που συναντούν εμπόδια στην άσκηση του δικαιώματος τους στην προστασία της υγείας, θα δύναται να προσφύγουν στο εν λόγω Παρατηρητήριο και σε μεσολαβητές του ιατρικού τομέα (Κούσνερ, 2000: 217-219).



3. Παραδείγματα Αποκατάστασης





6.4 Ερωτηματολόγιο

Ημερομηνία: _____
Κωδικός Ερωτηματολογίου: _____

1. Οι ψυχικά πάσχοντες με ήπια συμπτώματα αντιμετωπίζουν δυσκολίες:

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|--------------------------------|---------|------|--------|------|-----------|
| Στη δημιουργία φιλικών σχέσεων | | | | | |
| Στην εκπαίδευση | | | | | |
| Στις οικογενειακές σχέσεις | | | | | |
| Στην εύρεση εργασίας | | | | | |
| Στην αποδοχή από την κοινωνία | | | | | |
| Στην ιατρική περίθαλψη | | | | | |

2. Η τηλεόραση προβάλλει τους ψυχικά πάσχοντες μάλλον ως:

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|-----------------|---------|------|--------|------|-----------|
| Επικίνδυνους | | | | | |
| Αντικοινωνικούς | | | | | |
| Φιλικούς | | | | | |
| Εχθρικούς | | | | | |
| Κοινωνικούς | | | | | |

3. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες χαρακτηρίζεται μάλλον από:

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|------------------|---------|------|--------|------|-----------|
| Εχθρική διάθεση | | | | | |
| Παράλογο Φόβο | | | | | |
| Επιφυλακτικότητα | | | | | |
| Προκατάληψη | | | | | |
| Αγάπη | | | | | |
| Περιφρόνηση | | | | | |
| Οίκτο | | | | | |
| Στοργή | | | | | |
| Αδιαφορία | | | | | |



4. Η κοινωνία συνηθίζει να χρησιμοποιεί τις λέξεις «τρελός» και «σχιζοφρενής» για τα άτομα με ψυχολογικές δυσκολίες;
Καθόλου ___ **Λίγο** ___ **Αρκετά** ___ **Πολύ** ___ **Πάρα Πολύ** ___
5. Το Κράτος βοηθάει τα άτομα με αναπηρία ή ψυχολογικές δυσκολίες;
Καθόλου ___ **Λίγο** ___ **Αρκετά** ___ **Πολύ** ___ **Πάρα Πολύ** ___
6. Είναι απαραίτητες οι ενημερωτικές εκδηλώσεις για την ψυχική υγεία και την αναπηρία;
Καθόλου ___ **Λίγο** ___ **Αρκετά** ___ **Πολύ** ___ **Πάρα Πολύ** ___
7. Θεωρείς απαραίτητη τη θέσπιση Νόμων κατά των διακρίσεων στα άτομα με αναπηρία;
Καθόλου ___ **Λίγο** ___ **Αρκετά** ___ **Πολύ** ___ **Πάρα Πολύ** ___

Φύλο: **Ανδρας** ___ **Γυναίκα** ___

Ηλικία: ___

Οικογενειακή Κατάσταση: **Έγγαμος** ___ **Άγαμος** ___ **Χήρος** ___ **Διαζευγμένος** ___

Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;

Πολύ Άσχημη ___ **Άσχημη** ___ **Μέτρια** ___ **Ανεκτή** ___ **Άνετη** ___

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας!!!