

Η ΤΡΕΛΑ ΩΣ «ΔΙΕΞΟΔΟΣ» ΣΤΙΣ ΑΦΗΓΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κουντουράς, Γεώργιος¹ και Κανδυλάκη, Αγάπη²

Περίληψη

Το άρθρο αυτό επιχειρεί να αναδείξει το 'λόγο' των εθελοντών σε δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να παρουσιάσει τις απόψεις τους σχετικά με την ψυχική νόσο. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται ο τρόπος και τα μοτίβα αντίληψης πάνω στα οποία ικνηλατούνται με παραστατικές θέσεις, σκέψεις αναφορικά με τις διαφοροποιήσεις και τις παραδοξότητες των συμπτωμάτων μιας ψυχικής διαταραχής. Αντλώντας από τον κοινωνικό κονστρουκτιβισμό και την αντίληψη της ασθένειας ως «κοινωνική κατασκευή», και διανθίζοντας τη συζήτηση με τα αποσπάσματα του λόγου των εθελοντών ψυχικής υγείας, μετεχόντων στην έρευνα, η παρούσα μελέτη επιδιώκει να αμβλύνει την “ετερότητα” των ψυχικά ασθενών και να επαναπροσδιορίσει την αντίληψη για την ψυχική νόσο.

Η μελέτη βασίζεται σε ποιοτική έρευνα και μεθοδολογία, με βασικό ερευνητικό εργαλείο την ημι-δομημένη συνέντευξη. Σε αυτή συμμετείχαν 25 εθελοντές, οι οποίοι ικανοποιούσαν δύο προϋποθέσεις: να είναι άμεσα ενεργοί με εθελοντική παρουσία σε ψυχιατρικές δομές και να έχουν ολοκληρώσει τουλάχιστον ένα έτος εθελοντικής εργασίας σε αντίστοιχους τομείς.

Η ανάλυση των δεδομένων η οποία πραγματοποιήθηκε στη βάση της θεμελιωμένης θεωρίας προβάλλει μια ενδιαφέρουσα οπτική αναφορικά με την ψυχική ασθένεια. Οι εθελοντές έθεσαν τις αιτίες της ψυχικής διαταραχής σε ένα πλαίσιο που καταδεικνύει ότι κάθε σοβαρό ψυχιατρικό σύμπτωμα δεν σημαίνει απαραίτητα παρέκκλιση από το φυσιολογικό, αλλά συχνά αποτελεί κατά την άποψή τους μια «μορφή αντίστασης στην αβεβαιότητα του κοινωνικού τοπίου».

Λέξεις -κλείδια: Εθελοντισμός, ψυχικές διαταραχές

-
1. Κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, ψυχαναλυτής, διδάκτορας του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστημίου Θράκης.
 2. Αναπληρώτρια καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστημίου Θράκης.

Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια, μια από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές, δεν έπαψε να δημιουργεί αρνητικά στερεότυπα αποπομπής και στιγματισμού, που θέτουν τα άτομα που την αντιμετωπίζουν στο περιθώριο. Υπολογίζεται ότι έχει επηρεάσει το 1% του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως (Karlan & Sadock, 1998). Λόγω της εικόνας τους και του φόβου που επισύρουν, οι ψυχικές διαταραχές δεν έπαψαν ποτέ να αποτελούν αντικείμενο προβληματισμού και αναζήτησης των αιτιών τους. (Stuart & Arboleda-Flores, 2001). Έρευνες, σύμφωνα με τους Wright et al. (2005), έχουν αποδείξει ότι μόνο το ένα τέταρτο των πολιτών μπορούν να αναγνωρίσουν συμπεριφορές ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα ‘ψύχωσης’. Τα περισσότερα άτομα σχηματίζουν κρίσεις και στερεότυπα για τις ψυχικές διαταραχές, εάν κάποιος αποκλίνει από τα κοινωνικώς κατασκευασμένα ως «υγιή» πρότυπα συμπεριφοράς (Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000).

Ωστόσο, το βιοϊατρικό μοντέλο είναι ανεπαρκές να εξηγήσει πλήρως τα αίτια των ψυχικών διαταραχών και το γιατί οι άνθρωποι δύσκολα θεραπεύονται από αυτές (Tew, 2005). Η αναγνώριση από το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των δυσκολιών, της επικινδυνότητας και της απρόβλεπτης εξέλιξης που μπορεί να έχει μια ψυχική διαταραχή, συνήθως ενθαρρύνει την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας (Yar & Jorm, 2011). Σε άλλες περιπτώσεις, οι ίδιοι οι ασθενείς αναφέρουν ότι, το κόστος για την αντιμετώπιση μιας ψυχικής διαταραχής είναι υψηλό και γι αυτό το αναβάλλουν (Jensen, 2006).

Η ψυχική διαταραχή, όπως σχολιάζουν οι Fresán, Robles-García, De Benito, Saracco, & Esca (2010), παρουσιάζει κάτι το απρόβλεπτο και παραπέμπει στην επικινδυνότητα του εν λόγω ατόμου για το άμεσο περιβάλλον του και την κοινωνία. Αυτή η αντίληψη περί επικινδυνότητας διαμορφώνει κοινωνικές διακρίσεις (Corrigan et al., 2002) και οδηγεί τους χαρακτηριζόμενους ως ψυχικά ασθενείς σε «κοινωνική απόσταση» (Martin, Pesosolido, & Tuch, 2000), απομόνωση και κοινωνικό αποκλεισμό. Οι Stuart & Arboleda-Flórez (2001) αναφέρουν ότι οι αντιλήψεις για την επιθετικότητα και την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών διαφέρουν ανάλογα με το φύλο.

Οι Furnham & Wong (2007) αναφέρουν ότι, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι συγγενείς των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και το ευρύ κοινό έχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά τα αίτια της σχιζοφρένειας. Μια σειρά μελέτες (βλ. Magliano et al., 2001) υποδηλώνουν ότι, συγγενείς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν την τάση να προσφεύγουν σε κοινωνική και όχι βιολογική αιτιολόγηση της σχιζοφρένειας. Οι στρατηγικές αυτοβοήθειας είναι γι’ αυτούς πιο

ευνοϊκές μορφές θεραπείας για την ψύχωση από τη χρήση φαρμακευτικών παρεμβάσεων και τον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα (ibid). Σε άλλες έρευνες ωστόσο, διαφαίνεται ότι οι συγγενείς των σχιζοφρενών προτιμούν βιολογικές εξηγήσεις από τις ψυχοκοινωνικές για τη σχιζοφρένεια (Angermeyer & Matschinger, 1996). Οι Chung et al., (1997) διαπιστώνουν ότι οι συγγενείς και το ευρύ κοινό έχουν χαμηλό επίπεδο αναγνώρισης των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Όταν οι ασθενείς με ψύχωση παρουσιάζουν μια σχετικά καλή εικόνα, οι αιτίες της διαταραχής αποδίδονται σε κληρονομικούς παράγοντες, όπως υποστηρίζουν κάποιες μελέτες (βλ. Zafar et al., 2008). Σε έρευνα που έκαναν οι Kurihana και συνεργάτες (2006) διαπίστωσαν ότι άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο υποστήριζαν ότι η σχιζοφρένεια αναπτύσσεται λόγω της επίδρασης υπερφυσικών δυνάμεων, παραπέμποντας σε αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια που καταγράφονται στο κλασικό πλέον σύγγραμμα του Μισελ Φουκώ «Ιστορία της Τρέλας» (2004, 1^η έκδοση 1961).

Σύμφωνα με τον Hayward (1999), ο πολυπισμός διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο η ψυχική ασθένεια βρίσκει διεξόδους έκφρασης, γι' αυτό και ο τρόπος κατανόησής της δεν είναι καθολικός. Οι Conrad & Barker (2010) υποστηρίζουν ότι μια κοινωνική κατασκευή αναπτύσσεται μέσα από την αλληλεπίδραση του ατόμου με ένα κοινωνικό πλαίσιο· δημιουργείται από άτομα που δρουν μέσα και προς τον κόσμο τους (Sismondo, 2004). Όπως σχολιάζουν οι Glaser & Anselm (1965), η δυναμική αυτή της κοινωνικής κατασκευής εφαρμόζεται και στην περίπτωση της ασθένειας, προκειμένου τα άτομα να δώσουν νόημα σε αυτό που τους συμβαίνει, χωρίς να είναι απλώς παθητικοί φορείς σε διαγνώσεις και αγωγές, που δίνονται από ειδικούς. Ο Gusfield (1967) υποστηρίζει ότι η ασθένεια ως έννοια σχετίζεται με μια κοινωνική κατασκευή, χωρίς να αποδίδει τη φύση του ιατρικού γεγονότος. Αρκετοί θεωρητικοί του κονστρουκτιβισμού υποστήριζαν ότι θα πρέπει να αποστασιοποιηθούμε από τις θετικιστικές ερμηνείες της ασθένειας, διότι όταν ορισμένες συμπεριφορές και εμπειρίες ορίζονται ως ιατρικές καταστάσεις, αυτό μπορεί να λειτουργήσει ως ένα είδος κοινωνικού ελέγχου (Conrad και Schneider, 1992).

Ο Goffman διακρίνει την κοινωνική εμπειρία από οιαδήποτε βιολογική κατάσταση και υπογραμμίζει ότι τα άτομα συνεχίζουν να συμμετέχουν ενεργά στην κατασκευή του εαυτού (selfhood), μέσω της συνεχούς κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Blumer 1969). Σύμφωνα με τον Freidson (1970), η ιατρική γνώση μερικές φορές αντανακλά και αναπαράγει υπάρχουσες μορφές κοινωνικής ανισότητας. Η Joyce (2008) υποστηρίζει ότι η ιατρική γνώση εξαρτάται από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται. Πολλές φορές τα αποδεικτικά στοιχεία της βιοϊατρικής για μια ασθένεια είναι κοινωνικά διαπραγματεύσιμα και ερμηνεύσιμα.

Οι Good & Delvecchio-Good (1980) πρότειναν ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο κάθε ασθένεια είναι ένα φαινόμενο σημαίνουσας τάξης. Ο γιατρός ερμηνεύει τα συμπτώματα που αισθάνεται το άτομο με βάση βιο-ιατρικές έννοιες και ψυχοπαθολογική ταξινόμηση. Από την άλλη, ο ασθενής έχει μια δική του αντίληψη για την υγεία και κατασκευάζει για τον εαυτό του ένα ερμηνευτικό μοντέλο, το οποίο είναι ριζωμένο μέσα του ως πολιτιστικό μόρφωμα. Για τους Good & Delvecchio-Good (1980) υπάρχει ακόμη το «σημασιολογικό πλέγμα της ασθένειας» σύμφωνα με το οποίο δηλώνεται το σύνολο των νοημάτων και των συμβόλων, που συνδέονται με την ασθένεια και της προσδίδουν ένα νόημα. Η Herzlich (1984) μιλάει για τη γλώσσα της υγείας και της ασθένειας, η οποία αποτελεί το κλειδί, με βάση το οποίο τα άτομα ερμηνεύουν τα αίτια και τις εκδηλώσεις της.

Η ψυχιατρική πρακτική, ωστόσο, έχει επικριθεί, διότι εστιάζει σε ένα καθαρά βιολογικό μοντέλο αιτιολόγησης των ψυχικών διαταραχών (Ralph et al., 2002). Αυτός ο περιοριστικός τρόπος θεώρησης δημιουργεί μια ζοφερή εικόνα των ατόμων με σχιζοφρένεια, χαμηλές προσδοκίες ίασης και χρονιότητα. Η αναζήτηση λοιπόν της ερμηνείας που δίδεται για την ψυχική ασθένεια από εθελοντές σε δομές ψυχικής υγείας, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς συχνά σχετίζεται με τα κίνητρα και τις προσδοκίες που οι ίδιοι και οι ίδιες αναπτύσσουν, παρέχοντας εθελοντισμό στο πεδίο.

Το άρθρο αυτό επιχειρεί ν' αναδείξει τις απόψεις και τις στάσεις των εθελοντών που απασχολούνται σε δομές ψυχικής υγείας. Υπογραμμίζοντας τη σημασία της κοινωνικά κατασκευασμένης διάστασης της ψυχικής νόσου και αντλώντας από το λόγο 25 εθελοντών ψυχικής υγείας, οι οποίοι μετείχαν σε μια ποιοτική έρευνα, που αξιοποιήθηκε για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής στο ΔΠΘ, στο κείμενο αυτό η ψυχική ασθένεια φαίνεται συχνά να γίνεται αντιληπτή «ως μια διέξοδος από τη σκληρή πραγματικότητα» των ατόμων που τη βιώνουν.

Ερευνητική Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη, αντλώντας από την ποιοτική μεθοδολογία, είχε βασικό σκοπό να αποτυπώσει τις σκέψεις και τις αντιλήψεις εθελοντών ψυχικής υγείας, μετεχόντων στην έρευνα, αναφορικά με την ψυχική ασθένεια και τις αιτίες της. Συγκεκριμένα, έγινε προσπάθεια να αποτυπωθεί η συνθετικότητα και ο προσανατολισμός του 'λόγου' των ατόμων, που προσφέρουν εθελοντική εργασία σε φορείς ψυχικής υγείας, αναφορικά με τις πεποιθήσεις τους και την «ανάγνωση» του «φυσιολογικού» και της «ψυχοπαθολογίας», που κάνουν. Η θέση του εθελοντή και τα ερεθίσματα που δέχεται ως παρατηρητής, αλλά και ως, ενίοτε, άμεσα εμπλεκόμενος σε παρεμβάσεις υποστήριξης ατόμων με ψυχικές

διαταραχές, σκιαγραφούν ένα πλαίσιο αντίληψης αναφορικά με τις εκδοχές του αιτιατού της ψυχικής διαταραχής. Αυτή την ανάπτυξη ενός συστημικού τρόπου σκέψης, εννοιών και θεώρησης μέσα από την εξοικείωση, τις διαμορφούμενες εμπειρίες, τους αδόμητους συγκεχυμένους κόμβους διασύνδεσης, αλλά και της αντίληψης για την ψυχική νόσο, προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε μέσα από το 'λόγο' των εθελοντών ψυχικής υγείας.

Η παραγωγή και ανάλυση των δεδομένων υλοποιήθηκε μέσα από την αξιοποίηση του 'λόγου' των εθελοντών ψυχικής υγείας, μετεχόντων στην έρευνα. Πρόκειται για μια μελέτη ποιοτικής έρευνας και μεθοδολογίας που βασίζεται στη χρήση ημι-δομημένων, ευέλικτων συνεντεύξεων, που μαγνητοφωνήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν *verbatim* (λέξη προς λέξη). Μέσα από τη συνέντευξη ξετυλίγονται οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις των εθελοντών και οι προσωπικές τους εμπειρίες, τα επιτεύγματα και οι δυσκολίες που συναντούν καθώς συνεργάζονται στο πεδίο με 'ασθενείς' και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Όπως αναφέρουν οι Kvale & Brinkmann (2009), στις ποιοτικές έρευνες η ανθρώπινη αλληλεπίδραση και η διαπραγμάτευση θεωρούνται η βάση για την κατανόηση και την ερμηνευτική της καθημερινότητας των ατόμων. Τα δεδομένα δεν προκύπτουν απλά μέσα από μια συζήτηση, αλλά από μια μορφή συν-κατασκευής, με τον ερευνητή να δημιουργεί γνώση στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης με τους μετέχοντες στην έρευνα.

Λόγω του περιορισμένου αριθμού του δείγματος, η επιλογή των μετεχόντων στην έρευνα έγινε με τη μορφή της δειγματοληψίας κρίσεως ή σκόπιμης δειγματοληψίας (Martin, 1996). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από το Σεπτέμβριο του 2011 έως τα τέλη Ιανουαρίου του 2012. Σε αυτή έλαβαν μέρος 25 εθελοντές ψυχικής υγείας άνδρες και γυναίκες με βασική προϋπόθεση να έχουν προσφέρει εθελοντική εργασία σε δομές ψυχικής υγείας τουλάχιστον για ένα χρόνο. Η πλειονότητα των μετεχόντων ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 40 ετών και με μορφωτικό επίπεδο σχεδόν στο σύνολό τους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Η παραγωγή και ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στη βάση της θεμελιωμένης θεωρίας. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία της ανοικτής κωδικοποίησης, η οποία στοχεύει στη λεπτομερή ανεύρεση της ιδιότητας και των νοημάτων, στα ποιοτικά δεδομένα με τελικό σκοπό τη σταδιακή κατηγοριοποίησή τους (Tesch, 1990). Οι κώδικες που δημιουργήθηκαν αποτελούσαν ένα αναλυτικό εργαλείο προκειμένου να τμηματοποιηθούν ανά θεματικές περιοχές τα ποιοτικά δεδομένα. Η ανάλυση των δεδομένων προϋποθέτει τη μελέτη σειρά-σειρά των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, με σκοπό να εντοπιστούν νοήματα που να αποτυπώνουν τις επιμέρους θεματικές της κάθε γενικής κατηγορίας. Στη συνέχεια έγινε χρήση της κωδικοποίησης άξονα με σκοπό να εντοπιστεί η συσχέτιση των κατηγοριών με

τις υποκατηγορίες που εντοπίστηκαν. Οι υποκατηγορίες αποτελούν το τμήμα των ειδικών διαστάσεων των κατηγοριών και είναι απαραίτητος ο εντοπισμός τους, για τη σταδιακή κατασκευή και δόμηση μιας θεωρίας (Ιωσηφίδης & Σπυριδάκης, 2006). Προκειμένου να ολοκληρωθεί η προσπάθεια αυτή στο σύνολό της η διερεύνηση που πραγματοποιήθηκε οδήγησε σε διαδικασίες παραγωγής θεωρητικών και ερμηνευτικών συμπερασμάτων με τελικό στόχο την αντιστοίχιση με τα εμπειρικά δεδομένα.

Ανάλυση Δεδομένων

Αντιλήψεις για το φυσιολογικό και την ψυχοπαθολογία

α. Πήγαν να δώσουν λύσεις με την τρέλα....

Έχει ενδιαφέρον ότι αρκετοί από τους ερωτώμενους-εθελοντές μοιάζει να συμμερίζονται τη θέση ότι, η «τρέλα» εμφανίζεται ως μια «λύση» στο πρόβλημα ή ως διέξοδος από μια πιεστική κατάσταση: *«Άνθρωποι είναι και αυτοί που πήγαν να δώσουν λύσεις με την τρέλα, μερικές φορές μια κατάσταση δεν αντέχεται εύκολα»* (Συνέντευξη 10, εθελόντρια, Γυναίκα, κλειστή δομή, Δημόσιος Φορέας). Δεν αντιμετωπίζουν την ψύχωση ως κάτι «πολύ σοβαρό», «επικίνδυνο ή ανίατο...», αντίθετα όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια μετέχουσα στην έρευνα «η τρέλα αποτελεί μια διέξοδο στις υφιστάμενες δυσκολίες» : *«Ξέρω ότι το πρόβλημά τους δεν είναι και τόσο σοβαρό, απλά είναι μια διέξοδος απέναντι στις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στη ζωή τους»* (Συν 14, εθ, Γυναίκα, ανοικτή δομή, ΜΚΟ).

Γενικά μια παραδοξότητα της ψύχωσης θα μπορούσε να είναι η αναζήτηση του ποιά είναι τα οφέλη της εμφάνισής της (Martens, 2007). Αυτά τα ενδοψυχικά οφέλη σχετίζονται με εκδηλώσεις, όπως παραληρηματικές πεποιθήσεις, ακουστικές ψευδαισθήσεις και άλλες, και είναι οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο για την αντιμετώπιση και αποφυγή της πίεσης από τα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα (Romme και Escher, 1996). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας ερωτώμενος, «η τρέλα» μοιάζει να έχει μια ανακουφιστική λειτουργία, όταν η οδύνη σε ξεπερνά: *«Εάν η ζωή γίνει τόσο δύσκολη και δημιουργεί πολύ πόνο, η τρέλα τελικά μόνο όφελος μπορεί να σου δώσει, να σε απαλλάξει απ' όλα»* (Συν 8, εθ, Άνδρας, ανοικτή δομή, ΜΚΟ), «δε το αντέχεις και φτιάχνεις κάτι δικό σου. . .» συνεχίζει άλλη ερωτώμενη-εθελόντρια: *«Πολλές φορές αυτό που συμβαίνει γύρω σου είναι φοβερό και δεν αντέχεις, φτιάχνεις τότε κάτι δικό σου»* (Συν 3, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ).

Μία από τις μετέχουσες στην έρευνα, υιοθετώντας την ψυχαναλυτική θέση, αναζητά τις αιτίες της ψύκωσης στο παιδικό τραύμα³: «*Ποιος ξέρει όλοι αυτοί τι πέρασαν ως παιδιά; τι δύσκολες στιγμές και ανυπόφορες καταστάσεις;*» (Συν 2, εθ, Γυναίκα, ανοικτή δομή, ΜΚΟ). Μια άλλη ερωτώμενη θεωρεί ότι η τρέλα δεν είναι παρά ένας τρόπος αναζήτησης του εαυτού: «*Αυτοί μέσα από την τρέλα τους, ψάχνουν να βρουν τον εαυτό τους*» (Συν 15, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ).

Ενώ ένας άλλος ερωτώμενος χαρακτηρίζει την ψύκωση ως την κατασκευή ενός «ψέματος»: «*Το άτομο φτιάχνει ένα ψέμα για να αντέξει τις δυσκολίες της ζωής και πάλι όμως εγώ δεν βλέπω πρόβλημα*» (Συν 23, εθ, Γυναίκα, ανοικτή δομή, ΜΚΟ). Έχει ενδιαφέρον ότι ο απλός αυτός λόγος των εθελοντών φαίνεται να αρνείται να αντιμετωπίσει την ψυχική υγεία ως «παθολογία», καθώς αναζητά «συνδέσεις με την πραγματικότητα» ή την αναγάγει σε μια κατασκευή «ενός λυτρωτικού ψεύδους ...» απομυθοποιώντας τις αντιλήψεις για τους «επικίνδυνους ψυχικά ασθενείς...». Μοιάζει να εμφανίζει συνδέσεις με κλασικούς μελετητές, όπως για παράδειγμα «τα ψευδή μέτωπα» που αναφέρει ο Winnicott⁴.

β. Τελικά δε διαφέρουν πολύ από εμάς «τους φυσιολογικούς...»

Οι ερωτώμενοι δε διακρίνουν πολλές διαφορές από τους «φυσιολογικούς» σε τέτοιο σημείο, που να υποστηρίζουν ότι ορισμένες φορές οι ψυχικά ασθενείς φαίνονται πιο λογικοί και από τους ίδιους⁵: «*Δεν βλέπω οι ασθενείς να έχουν και πολλές διαφορές από*

3. Ο Sullivan (1962) υποστήριξε ότι η εμφάνιση της σχιζοφρένειας θα μπορούσε να αποδοθεί σε ανεπιτυχείς διαπροσωπικές σχέσεις και τραυματικές εμπειρίες στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, με αποτέλεσμα την απώλεια της αυτοεκτίμησης. Η σχιζοφρένεια εδώ είναι απαραίτητη, για να βγει το άτομο από αυτή τη δύσκολη συναισθηματική θέση.

4. Ο Winnicott (1954) αναφέρει ότι στην ψύκωση εντοπίζει την παλινδρόμηση ως το μέσο με το οποίο το άτομο προσπαθεί να δημιουργήσει ψευδή μέτωπα, προκειμένου να υπάρξουν νέες και ζωικής σημασίας σχέσεις με τον εαυτό του και τον κόσμο. Αυτού του είδους η εμπειρία μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ένα είδος «καλοήθους» ψύκωσης, ως ένας τρόπος, με τον οποίο το άτομο προσπαθεί να ολοκληρώσει ή να ανακαλύψει την αυθεντικότητα και την αυτοπραγμάτωσή του. Η ψυχωτική λειτουργία, για να μπορέσει να επιτύχει αυτή τη λανθάνουσα κατάσταση, θα πρέπει να συντρέχουν κάποιες προϋποθέσεις: (1) αυτή του αυτο-διαλόγου, (2) του ελέγχου της πραγματικότητας, (3) της αύξησης της αυτο-πολυπλοκότητας και (4) της ανάπτυξης στις αυτο-έννοιες.

5. Ο Arieti (1974) πιστεύει ότι η ψύκωση είναι ένας “ρεαλιστικός” τρόπος, που ένα άτομο σχετίζεται με τον κόσμο. Παρά τις προσπάθειές του να παραμείνει στον πραγματικό λόγο, τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει την αφόρητη κατάσταση για τον εαυτό του, γι’ αυτό αλλάζει την πραγματικότητα. Π.χ. όταν

εμάς» (Συν 7, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ), «. . . τελικά δε διαφέρουν και πολύ από εμάς τους φυσιολογικούς» (Συν 2, εθ, Γυναίκα, ανοικτή δομή, ΜΚΟ). «Μερικές φορές διερωτώμαι ποιος είναι ο φυσιολογικός; Γιατί είναι πιο λογικοί από εμάς» (Συν7, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ).

Σε αντίθεση με την κυρίαρχη στερεότυπη άποψη για τη «διαφορετικότητα του ψυχικά ασθενούς...», η οποία συχνά με ευκολία καταλήγει σε φόβους και ταξινομήσεις ψυχοπαθολογίας, σε συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από αυθορμητισμό, όπως σχολιάζουν οι Grof και Grof (1989), οι ερωτώμενοι αναφέρουν σχετικά: *«Πήγα με χαρά, δεν διαφέρουν πολύ από έναν άλλο που λέμε ότι είναι φυσιολογικός χωρίς υπερβολή και φόβο» (Συν 3, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ). Ενώ άλλος ερωτώμενος συνεχίζει, υποστηρίζοντας ότι ούτε και αυτός, παρά τους ενδοιασμούς που είχε, δεν διαπίστωσε κάποια μεγάλη διαφορετικότητα από το αποκαλούμενο «φυσιολογικό»: «. . . είχα τους ενδοιασμούς μου με το παιδοψυχιατρικό, μήπως είναι πολύ βαρύ ή αν θα μπορώ να ανταπεξέλθω . . . τελικά δεν υπάρχει μεγάλη διαφορετικότητα και από αυτό που λέμε φυσιολογικό» (Συν 8, εθ, Άνδρας, ανοικτή δομή, ΜΚΟ).*

Ο Farber (1993) αναφέρει ότι, όταν οι μη συνήθεις συμπεριφορές αξιολογούνται ευνοϊκά, αυτό έχει πολλές φορές θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Δεν υπάρχουν διακρίσεις, φόβος, καταναγκασμοί χωρίς κριτική, μόνο με την ουδετερότητα μεταπορίζεται η προσπάθεια για βοήθεια στο επίπεδο των αξιών και της αναγνώρισης του ασύμμετρου. Τη θέση αυτή υπερασπίζεται μέσα από το λόγο της μια μετέχουσα στην έρευνα: *«Μάθαμε όλοι κάποιον που είναι λίγο ή και πολύ διαφορετικός, να τον βάζουμε στον τοίχο και νά αυτός με το πρόβλημα. Η αποδοχή από μόνη της είναι θεραπευτική» (Συν 17, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ).*

Ο Menninger (1989) παρατήρησε ότι ορισμένοι ασθενείς του, τον εξέπληξαν, διότι χωρίς ακόμη να έχουν ένα ολοκληρωμένο κύκλο θεραπείας παρουσίασαν βελτίωση λόγω ενός μηχανισμού που ανέπτυξαν εκτός θεραπείας ως εσωτερική κινητήρια δύναμη, που τους επιτρέπει να ακολουθούν μια πορεία ανάκτησης διά μέσου της αποδοχής. Ο συγγραφέας προτείνει ότι, «το καλύτερο από το καλά» (Weller than Well) μπορεί να θεωρηθεί η απόλαυση της συμπληρωματικής σοφίας από εκείνους που έχουν κάνει ένα τόσο δύσκολο εσωτερικό ταξίδι» (Menninger, 1989: 351).

κάποιος λέει ότι είναι ο Ναπολέων, μπορεί όλο αυτό να αποτελεί την αντιστάθμιση σε ένα αίσθημα ακραίας ταπείνωσης που βίωσε στην οικογένειά του.

γ. Προσεγγίζουν την ανθρώπινη πλευρά... του εγκληματία....

Η ψυχική διαταραχή είναι η ευκαιρία για ένα ταξίδι γεμάτο ερωτηματικά, μια αναζήτηση, η οποία χαρακτηρίζεται από ασαφή δεδομένα και πολλές φορές επώδυνα για το άτομο (Frank, 1995). Η ψυχική διαταραχή ακόμη και στις μέρες μας προκαλεί φόβο και δέος, ντυμένη με το μύθο της εικόνας του παράφρονα, ο οποίος χάνει τον έλεγχο και μπορεί να προβεί σε καταστροφικές πράξεις.

Η πεποίθηση για την επικινδυνότητα του ατόμου με ψυχική διαταραχή δημιουργεί “παράδοξα” κίνητρα, τα οποία βλέπουμε ότι η εθελοντική εργασία μέσα από την καθημερινή επαφή, τα ανατρέπει και οδηγεί σε μια θετική προσέγγιση για την «τρέλα»: « η σχέση μου με τους ψυχικά ασθενείς, με βοήθησε πάρα πολύ στο να καταρρίψω και γω κάποιους μύθους που είχα στο μυαλό μου γι’ αυτούς και να καταλάβω ότι τελικά όλοι μπορούμε να το πάθουμε αυτό, δεν διαφέρει τίποτα από κάποια σωματική ασθένεια η ψυχική ασθένειαφυσιολογικό και ψυχική ασθένεια είναι πολύ κοντά» (Συν 8, εθ, Άνδρας, ανοικτή δομή, ΜΚΟ), «.....τους δίνουμε τη δυνατότητα της αποδοχής και την αίσθηση του φυσιολογικού έχουν την ευκαιρία μέσα από αυτό που βιώνουν να πάρουν απαντήσεις χωρίς να νιώθουν ότι είναι προβληματικοί» (Συν 17, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ).

Παρότι μια άλλη ερωτώμενη μοιάζει να μην αμφισβητεί την εγκληματική συμπεριφορά στο παρελθόν των ανθρώπων με τους οποίους συναλλάσσεται, εμφανίζεται έκπληκτη όταν έρχεται σ’ επαφή με την «ανθρώπινη πλευρά τους»: «.....έχουμε να κάνουμε με εγκληματίες, ναρκομανείς, κλέφτες αλλά εμένα αυτό που μου έκανε εντύπωση είναι το ότι αυτοί οι άνθρωποι..... δείχνουν την ανθρώπινη πλευρά τους προς εμάς και με εξέπληξαν γιατί είδα ότι μου δώσανε την εντύπωση πολύ καλών ανθρώπων. Δηλαδή απορείς πώς αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να έκαναν έγκλημα» (Συν 3, εθ, Γυναίκα, κλειστή δομή, ΔΦ).

Συμπερασματικές σκέψεις και Συζήτηση

Οι εθελοντές σκιαγραφούν την αντίληψή τους για την κοινωνική αιτιότητα που οδηγεί σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα, οι συσχετισμοί που αυτά δημιουργούν και οι αλλαγές που φέρνουν στους ρόλους των ατόμων κατανοούνται με έναν διαφορετικό τρόπο. Μοιάζει μέσα από το λόγο τους να αμβλύνουν την ετερότητα και τη διαφρετικότητα των «ψυχικά ασθενών υπογραμμίζοντας ότι: «δεν βλέπουν ουσιαστικές διαφοροποιήσεις από τους “λογικούς”. Υποστηρίζουν ότι,

η κοινωνική μορφοποίηση οδηγεί το άτομο στο να ενεργοποιεί άμυνες, για να αντισταθεί στις δυσκολίες. Η μόνη λύση εκφέρεται στην τρέλα, καθώς όπως υπογραμμίζουν ορισμένοι μετέχοντες στην έρευνα «το μη λογικό αναδεικνύεται σε διέξοδο». Οι εθελοντές, μετέχοντες και μετέχουσες στην έρευνα, δεν παραμένουν στην ένταση των ορατών συμπτωμάτων, ούτε επικεντρώνονται στην ψυχοπαθολογία, αλλά αναφέρουν χαρακτηριστικά: «...*πήγαν να δώσουν λύσεις με την τρέλα...*». Η ταυτότητα του ψυχικά ασθενούς απογυμνώνεται μπροστά τους και δεν φαίνεται να τους απασχολεί η κοινωνική θέση του ατόμου. Όπως υποστηρίζουν, μέσα από την επαφή κατόρθωσαν να ξεπεράσουν τους αρχικούς ενδοιασμούς. «Δεν τρομοκρατούνται πια όπως οι περισσότεροι», υποστηρίζουν. Αναγάγουν την ψυχική ασθένεια ως μια «διέξοδο στις αντικειμενικές και περιβαλλοντικές δυσκολίες;» ή μια «αντίδραση στην πιεστική πραγματικότητα». Σε αυτά τα ερωτήματα οι εθελοντές ψυχικής υγείας βλέπουν ότι μέσα σε περιβαλλοντικές συνθήκες με απαιτήσεις, δυσχέρεια και έντονο ανταγωνισμό χάνεται ο έλεγχος της αντικειμενικής πραγματικότητας, το αίσθημα της αυτονομίας κλονίζεται, γι' αυτό η ψυχική ασθένεια είναι πολύ κοντά.

Οι εθελοντές όμως συμβάλλουν, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες, ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να πάρουν απαντήσεις, να αναπτύξουν προσδοκίες και να αλλάξουν την υποκειμενική αντίληψη, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους. Υποστηρίζουν ότι μέσα από την εμπειρία τους στις δομές ψυχικής υγείας και την προσπάθειά τους να κατανοήσουν την ψυχική νόσο και να συνεργάζονται με τους ασθενείς, αρχίζουν να αποδέχονται θετικά και αρνητικά στοιχεία για τον εαυτό τους, και κατ' αυτόν τον τρόπο γίνονται πιο ανεκτικοί απέναντι στους άλλους. Επίσης, ισχυρίζονται ότι δημιουργούν κοντινές διαπροσωπικές σχέσεις με ορισμένα άτομα και είναι πιο έτοιμοι να σταθούν απέναντι στις εντάσεις και τις πιέσεις της ζωής. Οι εθελοντές προβαίνουν σε μια αμφισβήτηση εκ βαθέων του βιοϊατρικού μοντέλου επεξήγησης της ψυχικής ασθένειας και καταδεικνύουν τη στενή σχέση της λειτουργικής με την κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά και τις κοινωνικές απαιτήσεις. Άτομα που βίωσαν τον κοινωνικό αποκλεισμό, με κοινωνικο-οικονομικά αδιέξοδα μπορεί να διολισθαίνουν στις ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας, καταλήγοντας ακόμη και στον εγκλεισμό. Οι μετέχοντες στην έρευνα εθελοντές, μέσα από το λόγο τους, φαίνονται περισσότερο έτοιμοι και ευαισθητοποιημένοι να προάγουν την προσωπική αυτονομία του ατόμου και να αναγνωρίσουν τις ανάγκες του, προκειμένου να ομαλοποιηθεί ένα πλαίσιο ρουτίνας και καθημερινότητας στις δομές ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφία

- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science and Medicine*, 43, pp. 1721–1728.
- Arieti, S. (1974). *Interpretation of Schizophrenia*. Basic Books: New York.
- Barham, P., & Hayward, R. (1995). *Relocating Madness: From the Mental Patient to the Person*. London: Free Association Books.
- Blumer, H. (1962). Society as symbolic interaction. In: A.M., Rose (ed.) *Human Behavior and Social Processes*. Boston: Houghton Mifflin Co., pp. 179–192.
- Bullmore, E.T. (2000). Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 157, pp. 16–25.
- Chung, Y.S., Kang, D.H., Shin, N.Y., Yoo, S.Y., & Kwon, J.S. (2008). Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophr Res*, 99, pp. 111–118.
- Conrad, P., & Barker, K.K. (2010). The Social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, pp. 67-79.
- Conrad, P., & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and Medicalisation: from Badness to Sickness*, 2nd edn. Temple University Press: Philadelphia.
- Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as societal attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, pp.48-67.
- Farber, S. (1993). *Madness, Heresy, and the Rumor of Angels: The revolt against the Mental Health System*. Peru, IL: Open Court Publishing.
- Foucault, M. (1961). *L'Histoire de la Folie*; (2004). *Η Ιστορία της Τρέλας*. Αθήνα: Ηριδανός.
- Frank, A. (1995). *The Wounded Storyteller*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead.
- Fresán, A., Robles-García, R., de Benito, L, Saracco, R., & Escamilla, R. (2010). Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 38, pp.340-344.
- Furnham, A., & Wong, L. (2007). A cross-cultural comparison of British and Chinese beliefs about the causes, behavior manifestation and treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 151, pp. 123–138.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Co.
- Good, B.J., & Delvecchio-Good, M.J (1980). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for medical practice. In L. Eisenberg., & A. Kleinmann (eds), *The*

- Relevance of Social Science for Medicine*. Tordrecht. The Netherlands: D.Reide, pp. 165-196.
- Grof, A., & Grof, C. (1989). *Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis*. Los Angeles: Tarcher.
- Gusfield, J.R. 1967. Moral passage: The symbolic process in the public designations of deviance. *Social Problems*, 15, pp. 175-188.
- Herzlich, C.L. (2003). La maladie et la santé comme objets sociologiques. In: J.M., Berthelot (dir) *Sociologie Française Contemporaine*. Paris, PUF., pp. 221-228.
- Ιωσφίδης, Θ., & Σπυριδάκης, Μ. (2006), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα. Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις και Ανάλυση Δεδομένων*. Αθήνα: Κριτική.
- Jensen, A.R. (2006). Clocking the mind: Mental chronometry and individual differences. Amsterdam: Elsevier. DOI: [10.1177/0016986207310434](https://doi.org/10.1177/0016986207310434)
- Joyce, K. (2008). *Magnetic Appeal: MRI and the Myth of Transparency*. Ithaca: Corneli University Press.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (8nd ed.)*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kulhara P., Avasthi A., & Sharma A. (2000). Magico-religious beliefs in schizophrenia: A study from North of India. *Psychopathology*, 33, pp. 62–68.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009) *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA, London and New Delhi: Sage, 2nd edn.
- Magliano, J.P., Miller, J., & Zwaan, R.A. (2001). Indexing space and time in film understanding. *Applied Cognitive Psychology*, 15, pp.533-545.
- Martens, W.H.J. (2007). Free will and psychosis: Theoretical and therapeutic implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), pp. 95-101.
- Martin Jack K, Pescosolido Bernice A, Tuch Steven. (2000). Of fear and loathing: The role of disturbing behavior, labels and causal attributions in shaping public attitudes toward persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (2), pp. 208–33.
- Martin, N.M. (1996). Sampling for qualitative research, *Oxford University Press*, 13 (6), pp.522-525.
- Menninger, K. (1989). Reading notes. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53 (4), pp. 350-352.
- Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescosolido BA. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, pp. 188–207.
- Ralph, R.O. Lambert, D., & Kidder, K.A. (2002). *The Recovery Perspective and Evidence-Based Practice for People with Serious Mental Illness: A Guideline*

developed for the Behavioral Health Recovery Management Project, University of Chicago, Center for Psychiatric Rehabilitation. Ανακτήθηκε από:

<http://bhrmorg/guidelines/mhguidelines.htm>.

- Romme, M.A.J., & Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. In Haddock, G., & P.D. Slade, P.D. (Eds), *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (pp. 137-150). London: Routledge.
- Sismondo, S. (2004). *An Introduction to Science and Technology Studies*. Blackwell Publishing Ltd.
- Stuart H, Arboleda-Flórez J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 46 (3), pp. 245-252.
- Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New York: W.W. Norton.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. London: Rutledge/Falmer.
- Tew, J. (2005). Power relations, social order and mental distress. In J. Tew (ed.) *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*, pp. 71–89. London: Jessica Kingsley.
- Winnicott, D.W. (1954). Metaphysical and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. In *Collected papers. Through Pediatrics to Psychoanalysis* (pp. 278-294). London: Tavistock.
- Wright, I.C., Rabe-Hesketh, S., Woodruff, P.W., David, A.S., Murray, R.M., Yap, M.B.H., & Jorm, A.F. (2011). The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian National Survey of youth. *Journal of Affective Disorders*, 134, pp. 473-477.
- Zafar, S., Syed, R., Waqar, S., Zubairi, A., Waqar, T., Shaikh, M., & Saleem, S. (2008). Self-medication amongst university students of Karachi: Prevalence, knowledge and attitudes. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 58, pp.214–217.