

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ:
ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ, ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ**

Νικόλαος Παπαδημητρίου

Ειδικευόμενος Ψυχίατρος

Μεταπτυχιακός φοιτητής του ΠΜΣ

«Εφαρμοσμένη Κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη»

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ζήση Αναστασία

Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Τμήμα Κοινωνιολογίας

Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Τμήμα Εικαστικών και Εφαρμοσμένων Τεχνών

Θεσσαλονίκη 2020

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ:
ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ, ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ**

Νικόλαος Παπαδημητρίου

Ειδικευόμενος Ψυχίατρος

Μεταπτυχιακός φοιτητής του ΠΜΣ

«Εφαρμοσμένη Κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη»

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ζήση Αναστασία

Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Τμήμα Κοινωνιολογίας

Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Τμήμα Εικαστικών και Εφαρμοσμένων Τεχνών

Θεσσαλονίκη 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου Χτούρη Σωτήρη, Ζιώγα Γιάννη και Μπούζα Βασίλη, οι οποίοι με ενέπνευσαν μέσω του διδακτικού τους έργου και μου μετέδωσαν πολύτιμες γνώσεις κατά την διάρκεια των μαθημάτων του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ιδιαίτερα όμως θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Ζήση Αναστασία για την επιστημονική της καθοδήγηση και τις σημαντικές εμπειρίες και γνώσεις που αποκόμισα και κυρίως θα ήθελα να την ευχαριστήσω θερμά που με στήριξε καθόλη την διάρκεια αυτής της πορείας και με βοήθησε να μη χάσω το θάρρος μου στις δύσκολες στιγμές.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Εισαγωγή

- 1.1 Το βιολογικό μοντέλο
- 1.2 Το κοινωνικό μοντέλο
- 1.3 Η φαινομενολογική προσέγγιση της ψύχωσης
- 1.4 Το μοντέλο Recovery (Ανάκαμψης)
- 1.5 Η έννοια της ενδυνάμωσης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

- 2.1 Το πρόγραμμα Σωτηρία
- 2.2 Η Καλύβα των Κρίσεων
- 2.3 Το Σπίτι Φυγής του Βερολίνου
- 2.4 Το Άλογο του Ανέμου
- 2.5 Το κίνημα ‘Ακούγοντας Φωνές’
- 2.6 Ο Ανοιχτός Διάλογος
- 2.7 Η Αφηγηματική/διαλογική προσέγγιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

- 3.1 Η Τέχνη ως εργαλείο ενδυνάμωσης
- 3.2 Η ιστορία της τέχνης στην ψύχωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

- 4.1 Η πρόταση
- 4.2 Η διαδικασία, τα υλικά και η μέθοδος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΝΑΚΑΜΨΗ (Ε.Δ.Α.)

- 5.1 Υλικό και μέθοδος
- 5.2 Η διαδικασία μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής του Ε.Δ.Α.

Περίληψη

Αντικείμενο μελέτης της εργασίας αποτελεί η έννοια της ενδυνάμωσης για άτομα με ιστορικό ψύχωσης. Αρχικά, γίνεται μια θεωρητική αναφορά σε διαφορετικά μοντέλα προσέγγισης της ψυχικής υγείας, όπως είναι το βιολογικό, το φαινομενολογικό, το ψυχοκοινωνικό και το μοντέλο της ανάκαμψης (recovery) και στις βασικές έννοιες που μελετά η εργασία, όπως είναι η ενδυνάμωση και η ψύχωση. Στο δεύτερο μέρος της διπλωματικής εργασίας γίνεται μια ανασκόπηση πρακτικών που εμπνέονται και συμπνέουν με την έννοια της ενδυνάμωσης για άτομα με ψυχωτικές εμπειρίες. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο ρόλο της τέχνης, την ιστορία της τέχνης ατόμων με ιστορικό ψύχωσης, αλλά και πώς η τέχνη μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο ενδυνάμωσης, αλλά και ως εργαλείο ανάδειξης της φωνής μιας ευπαθούς κοινωνικά ομάδας, όπως είναι οι ψυχικά πάσχοντες. Η εργασία αναπτύσσει την ιδέα της Τέχνης ως ενός εργαλείου ψυχοκοινωνικής διαμεσολάβησης και αποστιγματοποίησης. Στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας έγινε μετάφραση, πολιτισμική και εννοιολογική προσαρμογή του ερωτηματολογίου QPR (Questionnaire for the Process of Recovery), κατόπιν χορήγησης άδειας από τους συγγραφείς του, από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο για την πορεία προς την ανάκαμψη ατόμων με ιστορικό ψύχωσης, το οποίο αναπτύχθηκε από ειδικούς στη Βρετανία σε συνεργασία με λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε λήπτες υπηρεσιών που είναι σε πορεία ανάκαμψης με σκοπό τον έλεγχο των ψυχομετρικών του χαρακτηριστικών.

Ένα πρόσθετο τμήμα της εργασίας αποτελεί μια καλλιτεχνική παρέμβαση, η οποία θα δώσει την ευκαιρία σε άτομα με ψυχωτικές εμπειρίες να εμπλακούν ενεργά στην καλλιτεχνική δράση σε συνεργασία με άτομα με καλλιτεχνική εμπειρία. Πέραν της θεραπευτικής επίδρασης της ενασχόλησης με την τέχνη, μέσω της καλλιτεχνικής έκφρασης θα δοθεί η ευκαιρία για εξωτερίκευση του ψυχικού τους κόσμου και πιθανής αποτύπωσης προσωπικών βιωμάτων και διεκδίκησης αυτοπροσδιορισμού. Επιπλέον, αναμένεται μια τέτοιου είδους παρέμβαση να δημιουργήσει γέφυρες επικοινωνίας με το ευρύ κοινωνικό σύνολο και να συμβάλλει στην άρση των προκαταλήψεων γύρω από τις ψυχικές διαταραχές και τους ψυχικά πάσχοντες.

Λέξεις-κλειδιά: ψύχωση, ενδυνάμωση, ανάκαμψη, παρεμβατική τέχνη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο της διπλωματικής μου εργασίας κάνω μια αναφορά σε βασικές έννοιες της ψυχιατρικής: της ψυχικής διαταραχής, της ψύχωσης και της ενδυνάμωσης, έννοιες οι οποίες αποτελούν και το έναυσμα για την έρευνά μου και την καλλιτεχνική δράση. Επιπλέον, περιγράφω ορισμένα θεωρητικά μοντέλα προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας, δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στο μοντέλο της ανάκαμψης, από το οποίο εφορμάται η διπλωματική μου εργασία και η ερευνητική μου προσπάθεια. Η μέθοδος που ακολουθώ σε αυτό το κεφάλαιο είναι περιγραφική.

Εισαγωγή

Η γέννηση της σύγχρονης ψυχιατρικής στις αρχές του 19^{ου} αιώνα έχει συνδεθεί συμβολικά με την εικόνα του Philippe Pinel να απελευθερώνει τους τρελούς σπάζοντας τις αλυσίδες τους, μια πράξη που της δόθηκε μια χροιά ανθρωπιστική, εμπνευσμένη από το πνεύμα της εποχής της Γαλλικής Επανάστασης. Ωστόσο, πριν ακόμη γίνει για τη συλλογική μνήμη ο άνθρωπος μιας χειρονομίας, ο Pinel υπήρξε για τους σύγχρονούς του ο άνθρωπος ενός βιβλίου (Swain,1977). Με το σύγγραμμά του *Traite medico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie* ('Ιατρο-φιλοσοφικό εγχειρίδιο για την ψυχική αλλοτρίωση ή τη μανία') το 1801 τάραξε τα νερά του κυρίαρχου οργανικού μοντέλου για την ψυχική νόσο το 1850, υποστηρίζοντας ότι «η τρέλα, η ψυχική αλλοτρίωση αφορά σε ένα υποκείμενο και, υπό μία τουλάχιστον μορφή της, δεν εμποδίζει το υποκείμενο να εξέλθει από αυτή, έστω και αν κυκλικώς θα επανέλθει. Δεν υπάρχει, επομένως, πλήρης εκμηδένιση του υποκειμένου στην τρέλα» (Καράβατος, 2017,78-79). Μάλιστα, ο Pinel θα αμφισβητήσει την ιατρική νομιμότητα, θεωρώντας την υπαίτια της χρονιότητας και του ανίατου της τρέλας και θα προτείνει πάνω στην οικοδόμηση μίας επιστήμης για την τρέλα και μία ηθική θεραπεία, η οποία δεν είναι φιλανθρωπική πράξη αλλά επιστημονικό ενέργημα που απευθύνεται στο υγιές μέρος της υποκειμενικότητας του ατόμου. Παρέμεινε ωστόσο ταυτόχρονα πιστός στην ιατρική παράδοση της εποχής με τη *Nosographie philosophique*, ακροβατώντας ανάμεσα σε δύο

προσεγγίσεις της τρέλας, από τη μία το περιγραφικό και τυπικό επίπεδο της ιατρικής και από την άλλη την απόλυτη ιδιαιτερότητα της αλλοτρίωσης. Εκράζει με αυτή του τη στάση την δισημία της νόσου της ψυχής· ως νόσος συνδέεται με τη βιολογία και ως αφορώσα την ψυχή σχετίζεται με τον κόσμο των αξιών. Ήδη, από την αρχαιότητα η ιατρική και η ηθική, αν και ξεχωριστές επιστήμες, περιέγραφαν μαζί ένα πεδίο, την αρχαία «ψυχοπαθολογία». Η ιατρική σκέψη υποβοηθούσε να προσδιοριστεί μια εξειδικευμένη ηθική προβληματική και η ηθική προσέφερε στην ιατρική στοιχεία μιας νέας προβληματικής σχετικά με τα πάθη (Καράβατος, 2017). Γίνεται φανερό λοιπόν μέσα από το έργο του Pinel πώς στην ιδρυτική πράξη της ψυχιατρικής τελείται η συνένωση των δύο αρχαίων παραδόσεων, της ιατρικής και της φιλοσοφικής.

Αυτή η προβληματική γύρω από τη διττή φύση της ψυχικής νόσου, στην προσπάθεια μιας βαθιάς κατανόησης και κατεπέκταση αντιμετώπισής της, εκφράζεται μέσα από τα διαφορετικά ρεύματα και τις διαφορετικές θεωρήσεις προσέγγισής της που προέκυψαν στη συνέχεια.

Το ψυχοπαθολογικό γεγονός δεν είναι απλό και μονοδιάστατο, αλλά αποτελεί μια συνολική βιοματική κατάσταση του ατόμου που σε κάθε περίπτωση συνεπάγεται σε διαφορετικό βαθμό συγκεκριμένα συναισθήματα, σκέψεις και σκεπτικές διεργασίες, συγκεκριμένες συμπεριφορές και μοτίβα διαντιδράσεων με τους άλλους, καθώς και σωματικές εκδηλώσεις (Ντώνιας, 1994). Με αυτή την έννοια το ψυχοπαθολογικό γεγονός αποτελεί μια δομή από επιμέρους στοιχεία τα οποία βρίσκονται σε αμοιβαία σχέση μεταξύ τους και έχει μια σχετική σταθερότητα· προσφέρεται στον παρατηρητή ως κάτι που μπορεί να περιγραφεί και να αναλυθεί και επιπλέον αναπτύσσεται και εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου.

Αυτός ο φαινομενολογικός ορισμός του ψυχοπαθολογικού γεγονότος περιγράφει τα παρατηρήσιμα δεδομένα που χαρακτηρίζουν το γεγονός, αλλά δεν το κατανοεί σαν παράγωγο μιας συγκεκριμένης βιογραφίας προσώπου. Δεν δίνει δηλαδή απαντήσεις για το πώς προκύπτει και δεν είναι αρκετός για να καθορίσει μια θεραπευτική παρέμβαση σε κάποιο συνολικό άτομο, δηλαδή ένα άτομο με οργανικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πολιτισμικές διαστάσεις. Για τους θεραπευτικούς σκοπούς της ψυχιατρικής αυτό το συνολικό άτομο πρέπει να ερευνάται ως ενιαίο σύνολο μέσα στο ενιαίο περιβάλλον

στο οποίο ζει, κινείται και δρα, όπως υποστήριζε και ο Μέγιερ (1866-1950), ο πρότανης της αμερικανικής ψυχιατρικής.

Διαμορφώθηκαν λοιπόν προς αυτό το σκοπό διαφορετικά θεωρητικά συστήματα αναφοράς γύρω από την ψυχική διαταραχή και τον ψυχικά πάσχων, όπως είναι το βιολογικό, το ψυχοδυναμικό ή ψυχαναλυτικό, το γνωστικό, το φαινομενολογικό, το κοινωνικό. Για τους σκοπούς της παρούσης εργασίας θα γίνει μια αναφορά στις παραδοχές, τρόπο σκέψης και πρακτικών του βιολογικού μοντέλου, του κοινωνικού, της φαινομενολογικής προσέγγισης και του μοντέλου της ανάκαμψης, με ιδιαίτερη αναφορά στην ψύχωση.

Πριν ωστόσο προχωρήσουμε σε αυτή την αναφορά ίσως θα ήταν χρήσιμο να παρατεθούν κάποιοι ορισμοί της κατεστημένης ψυχιατρικής σχετικά με την ψυχιατρική διαταραχή και την ψύχωση.

Η ψυχική διαταραχή λοιπόν ορίζεται ως μία νόσος με ψυχολογικές ή συμπεριφοριολογικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με σημαντική δυσφορία και ελλειμματική λειτουργικότητα και οφείλεται σε μία βιολογική, κοινωνική, ψυχολογική, γενετική, σωματική ή χημική διαταραχή, ενώ αξιολογείται με βάση την απόκλιση από κάποια κανονιστική έννοια.

Η ψύχωση συγκεκριμένα, θεωρείται μια μείζων ψυχική διαταραχή στην οποία η σκέψη, το συναίσθημα, η επικοινωνία και η συμπεριφορά είναι τόσο σοβαρά διαταραγμένα, ώστε η ικανότητα να ανταπεξέρχεται ο το άτομο στις απαιτήσεις της καθημερινής πραγματικότητας να παρακωλύεται σημαντικά. Χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας (ανικανότητα διαχωρισμού του τι είναι πραγματικό και τι όχι) και απώλεια των ορίων του Εγώ (αδυναμία διάκρισης μεταξύ αυτού που προέρχεται από το μυαλό και τον εξωτερικό κόσμο). Αποτελεί σύμπτωμα μιας ποικιλίας διαταραχών όπως είναι η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Υπό αυτή την έννοια ένα άτομο στην ψυχιατρική θεωρείται ψυχωτικό, όταν δεν έχει επαρκή έλεγχο της πραγματικότητας, όπως αυτή ορίζεται πάντα από την αντίληψη της πλειοψηφίας του συνόλου των ανθρώπων, και παρουσιάζει ψευδαισθήσεις ή/και παραληρητικές ιδέες.

Παραληρητικές ιδέες θεωρούνται οι ψευδείς πεποιθήσεις που είναι βασισμένες σε λανθασμένα συμπεράσματα σχετικά με την εξωτερική πραγματικότητα η οποία δεν αντιστοιχεί στη νοημοσύνη του ασθενούς και το πολιτιστικό του υπόβαθρο και δεν μπορεί να διορθωθεί με τη βοήθεια λογικών επιχειρημάτων. Αντίστοιχα, οι ψευδαισθήσεις αναφέρονται σε αισθητηριακές αντιλήψεις οι οποίες δε σχετίζονται με πραγματικά εξωτερικά ερεθίσματα και μπορεί το άτομο να έχει διαμορφώσει ή όχι μια παραληρητική ερμηνεία της ψευδαισθητικής εμπειρίας. Οι ψευδαισθήσεις κατηγοριοποιούνται σε οπτικές, ακουστικές, σωματικές και άλλες, ανάλογα με το περιεχόμενό τους (Sadock & Sadock, 2007).

1.1 Το βιολογικό μοντέλο

Το βιολογικό μοντέλο προσέγγισης της ψυχικής διαταραχής θεωρεί ότι όλες οι ψυχικές διαταραχές έχουν βιολογικό υπόστρωμα. Έτσι, κάνει λόγο για ψυχικές νόσους που παριστούν δυσλειτουργίες του οργανισμού, όπως διαταραχή της βιοχημείας του εγκεφάλου, οι οποίες μάλιστα προδιαγράφονται συχνά από παράγοντες κωδικογραφημένους στο γενετικό υλικό. Αυτές οι νόσοι είναι σχετικά διακεκριμένες όσον αφορά την αιτιολογία, τα κλινικά χαρακτηριστικά και την πορεία τους. Σε αυτή τη βάση η ψυχική διαταραχή ταυτοποιείται ως κλινική συνδρομή και εδραιώνεται από τη σχέση μεταξύ συμπτωμάτων και σημείων.

Συμπτώματα αποκαλούνται ουσιαστικά οι υποκειμενικές εμπειρίες που εκφράζει ο ασθενής συνήθως με τη μορφή ενοχλήματος, ενώ σημεία οι παρατηρήσεις και τα αντικειμενικά ευρήματα που διαπιστώνει ο κλινικός. Τα σημεία μαζί με τα συμπτώματα συγκροτούν μαζί μια αναγνωρίσιμη κατάσταση, το σύνδρομο, η οποία μπορεί να είναι περισσότερο αμφιλεγόμενη έναντι της ειδικής διαταραχής ή νόσου. Πολλά από τα συμπτώματα και σημεία μπορούν να γίνουν κατανοητά σε ένα φάσμα συμπεριφοράς, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνιο να διαπιστωθούν παθολογικά σημεία ή συμπτώματα στην ψυχιατρική (Sadock & Sadock, 2007).

Η συμπτωματολογία σε συνδυασμό με τη σημειολογία λοιπόν ταυτοποιούν την κλινική συνδρομή ως νοσολογική οντότητα, η οποία στη συνέχεια ταξινομείται, προκειμένου να καθορίσει ο θεράπων ένα

θεραπευτικό πλάνο για την καλύτερη δυνατή έκβαση της πορείας της νόσου. Σε αυτό το πλαίσιο, η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως «ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διαταχή της γνωστικής λειτουργίας του ατόμου, της ρύθμισης των συναισθημάτων ή της συμπεριφοράς που αντικατοπτρίζει δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διαδικασίες που διέπουν την ψυχική λειτουργικότητα. Οι ψυχικές διαταραχές συνήθως συνδέονται με σημαντική ενόχληση ή ανικανότητα στις κοινωνικές, επαγγελματικές ή άλλες σημαντικές δραστηριότητες» (American Psychiatric Association, 2013, 4).

Το πιο σύγχρονο ταξινομικό σύστημα που χρησιμοποιείται στην ψυχιατρική κλινική πράξη είναι το DSM-5, σύμφωνα με τους συγγραφείς του οποίου η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής θα πρέπει να έχει κλινική σκοπιμότητα, δηλαδή να βοηθήσει τους κλινικούς να καθορίσουν την πρόγνωση, το θεραπευτικό σχεδιασμό και τα πιθανά αποτελέσματα της θεραπείας, ενώ παράλληλα επισημαίνουν ότι μία διάγνωση δεν ισοδυναμεί απαραίτητα με μια ανάγκη για θεραπεία, αλλά και αντίστροφα: ένα περιστατικό που δεν πληροί τα κριτήρια μιας διάγνωσης δε σημαίνει πάντα ότι δε χρήζει θεραπευτικής φροντίδας και υποστήριξης.

Η διαταραχή, γενικά, είναι μια κλινική οντότητα που μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερα του ενός σύνδρομα, αφορά σαφή διαγνωστικά κριτήρια και διατυπώνει μια προβλέψιμη πορεία των αλληλοσυνδεόμενων συνδρομών σαν συνολική οντότητα, θέτοντας σαφή φυσικά όρια από άλλες διαταραχές ως κλινικές νοσολογικές οντότητες. Το τελικό στάδιο μιας τέτοιας ιεραρχικής αφαιρετικής διαδικασίας είναι η σύνδεση της κλινικής διαταραχής με κάποια αδιαμφισβήτητη παθογένεση που παίρνει μέρος σε κάθε περίπτωση (Ντώνιας, 1994). Αυτή είναι και η αυστηρή έννοια της νόσου. Συμπερασματικά, στην ψυχιατρική οι κλινικές οντότητες δεν πληρούν τα κριτήρια των νόσων, γι'αυτό και γίνεται λόγος για διαταραχές.

Παρά την πληθώρα των αιτιολογικών υποθέσεων δεν είναι διαθέσιμη η επιστημονική εγκυρότητα που απαιτείται για την επιβεβαίωση αυτών· όχι ακόμη τουλάχιστον. Έτσι, οι ψυχιατρικές διαταραχές χαρακτηρίζονται ως νοσολογικές οντότητες, μόνο σε ένα πλαίσιο αυθαιρεσίας και δογματισμού από

πλευρά της επιστημονικής κοινότητας. Το γεγονός αυτό καθιστά προβληματική την αξιοπιστία και εγκυρότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων.

Συμπερασματικά, η βιολογική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, επικεντρώνοντας σε βιολογικές αιτιάσεις προσπαθεί με τεχνοκρατικούς όρους να εξομοιώσει την ψυχολογική με τη σωματική ασθένεια, παρουσιάζοντάς την ως βιολογικό έλλειμα. Ωστόσο, παρά το φιλόδοξο σχέδιό της να φανερώσει μια οργανική αιτιοπαθογένεια πίσω από τις ψυχιατρικές διαταραχές με στόχο και την πρακτική βιολογική αντιμετώπισή τους, αυτό που έχει προσφέρει μέχρι σήμερα είναι η αποκάλυψη ορισμένων βιολογικών συσχετίσεων. Πλήθος ερευνών μελετά την αύξηση ή μείωση οργανικών παραγόντων που συνοδεύουν τις ψυχιατρικές διαταραχές, ακόμη και γονιδίων που πυροδοτούν αυτές τους βιολογικούς μηχανισμούς υπό συγκεκριμένες συνθήκες ή καθιστούν τον οργανισμό ευάλωτο, ωστόσο ακόμη στηρίζεται μόνο σε υποθέσεις σχετικά με την αποκλειστικά οργανική αιτιότητά τους.

Παράλληλα, από κοινωνιολογικής σκοπιάς το μονομερές ενδιαφέρον της βιολογικά προσανατολισμένης θεραπείας για την αποκατάσταση ενός βιολογικού ελλείματος οδηγεί στην πραγματοποίηση του ασθενούς και την ψυχική του αλλοτρίωση. Η βιολογική θεώρηση αναιρεί τον πάσχοντα ως κοινωνικό υποκείμενο, καθώς και τις εμπειρίες του και τον τρόπο ύπαρξης, εγκαθιδρύοντας σχέσεις κυριαρχίας στις οποίες ο θεράπων λογίζεται ως πηγή αυθεντίας και φορέας αυτής (Ζήση, 2013).

1.2 Το κοινωνικό μοντέλο

Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο θεώρησης της ψυχικής ασθένειας η ψυχική διαταραχή αποτελεί μια αντίδραση στις αντίξοες κοινωνικές συνθήκες που βιώνει ένα άτομο, όπως είναι η ανεργία, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών. Εντάσσει το ψυχοπαθολογικό γεγονός σε συλλογικότητες ή το συνδέει με αυτές, αναδεικνύοντας τη σημασία της διαντίδρασης του ατόμου με τα πολιτισμικά και ιδεολογικά συστήματα, καθώς και με την κοινωνική δομή (κοινωνικό δίκτυο στήριξης, κοινωνικοοικονομικές συνθήκες).

«Δεν ενδιαφέρεται τόσο για τα συμπτώματα όσο για το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου και τα εξωγενή στηρίγματα που του επιτρέπουν ή όχι να οργανώσει με νόημα τη ζωή του» (Ζήση, 2013, 34).

Κεντρικό ρόλο στο κοινωνικό μοντέλο κατέχει η θεωρία του στρες. Η έννοια του στρες αναφέρεται αφενός στα διάφορα ερεθίσματα ή συμβάντα της ζωής που επιβαρύνουν το άτομο ψυχικά και αφετέρου στις διεργασίες οι οποίες προβάλλουν μια απαίτηση από το άτομο. Το στρες ως διεργασία συνεπάγεται μια κρίση στη ζωή του ατόμου, αφού διαταράσσει τη συναισθηματική ομοιοστασία του, θέτει απαιτήσεις για προσαρμοστικά εγχειρήματα και συνεπάγεται την εφαρμογή δεξιοτήτων αντιμετώπισης της κρίσης με προσπάθειες εστιασμένες στην κατανόηση και την ανεύρεση ενός νοήματος στην κρίση (Ντώνιας, 1994).

Ο Pearlin ορίζει το στρες ως μια κοινωνική διαδικασία στην οποία τόσο τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας ενός ατόμου, όπως είναι η αυτοεκτίμηση και η αίσθηση ελέγχου, καθώς και το κοινωνικό κεφάλαιο του ατόμου του παρέχουν τις κατάλληλες άμυνες για να αντιμετωπίσει ή να αποδυναμώσει τη βαρύτητα των εξωτερικών ψυχοπαιστικών συνθηκών (Ζήση, 2013).

Ως εξωτερικές ψυχοπαιστικές συνθήκες και κατ' επέκταση πηγές στρες αναφέρονται τα σημαντικά αρνητικά γεγονότα που επιφέρουν αλλαγές στις οποίες εξαναγκάζεται να προσαρμοστεί το άτομο, οι δυσκολίες της καθημερινότητας και οι χρόνιες ψυχοπαιστικές καταστάσεις. Έτσι, πληθώρα ερευνών κατέδειξε τη συσχέτιση μεταξύ των απροσδόκητων αρνητικών γεγονότων της ζωής και της ψυχικής επιβάρυνσης. Όσο περισσότερα αρνητικά γεγονότα βιώνει ένα άτομο σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, τόσο αναμένεται να χειροτερεύσει η κατάσταση της ψυχικής του υγείας οδηγώντας στην εκδήλωση κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής, ακόμη και σχιζοφρένειας. Οι Brown και Harris αντίστοιχα διεξάγοντας εις βάθος συνεντεύξεις απέδειξαν ότι εκτός από τα σημαντικά γεγονότα, τα προσωπικά και κοινωνικά προβλήματα της καθημερινότητας και οι μακροχρόνιες δυσχέρειες συμβάλλουν επίσης στην ευαλωτότητα του ατόμου να εκδηλώσει μια ψυχική διαταραχή (Ζήση, 2013). Οι χρόνιες δυσκολίες της καθημερινότητας αφορούν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την πρόσβαση σε πόρους, αλλά και το είδος και την ποιότητα των ρόλων που κατέχει το άτομο. Μάλιστα, ο Pearlin κάνει λόγο για «πολλαπλασιασμό των πηγών του στρες», όταν αρνητικά γεγονότα της ζωής συνδυάζονται με χρόνια

προβλήματα προσωπικού και κοινωνικού χαρακτήρα και μαζί πυροδοτούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εκδήλωση μιας ψυχικής ασθένειας.

Η θεωρία του στρες, όπως αναφέρεται παραπάνω, θέτει στο επίκεντρο τις προσωπικές και κοινωνικές συνθήκες του ατόμου, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αυτών με τις ρυθμιστικές συμπεριφορές ή γνωστικές διαδικασίες που ενεργοποιεί το άτομο. Ωστόσο, παραβλέπει τα ευρύτερα συστήματα φυσικών προσώπων, κοινωνικών δεσμών και ιδεολογιών ή πολιτισμικών αξιών, στα οποία το άτομο μετέχει ως στοιχείο τους και βρίσκεται σε συνεχή διάδραση μαζί τους. Με αυτά καταπιάνονται κυρίως «οι κλασικές κοινωνιολογικές θεωρίες, όπως της κοινωνικής αποδιοργάνωσης και της ανομίας του Merton, οι οποίες τοποθετούν τις αιτιάσεις της ψυχικής ασθένειας σε στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με στοιχεία της οικονομικής και της ευρύτερης οργάνωσης μιας κοινωνίας» (Ζήση, 2013, 38). Αντίστοιχα, ο Durkheim στο έργο του περιγράφει πώς οι ραγδαίες αλλαγές σε μια κοινωνία μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία της και να επιφέρουν την ψυχική εξουθένωση των μελών της, με την κατάρρευση των κοινωνικών δεσμών, την παρακμή των αξιών και της ηθικής. Με αφορμή αυτές τις κοινωνιολογικές θεωρίες έχουν διενεργηθεί μια σειρά ερευνών που εξετάζουν τη σχέση της ψυχικής υγείας με τους μακρο-κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι η ανεργία, η οικονομική ύφεση, η εγκληματικότητα και η κοινωνική συνοχή.

Συμπερασματικά, το κοινωνικό μοντέλο αποκαλύπτει τις δικές του ιδιαίτερες αναφορές στην προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας: αναφορές που επεκτείνονται πέραν των ορίων της ατομικής βάσης του ψυχοπαθολογικού γεγονότος, ωστόσο εξίσου σημαντικές για την ολιστική κατανόηση της ψυχικής ασθένειας και του ατόμου που πάσχει ψυχικά. Σε αντιδιαστολή ή αλληλοδιαπλοκή με το βιολογικό μοντέλο και το βιολογικό αίτιο της νόσου ως φυσικού αντικειμένου, φέρνει στο προσκήνιο την Ηθική φύση της νόσου και κατ'επέκταση του ψυχοκοινωνικού της αιτίου. Πάνω σε αυτή την προβληματική γύρω από τη διττή φύση της νόσου οργανώνονται και τα δύο δόγματα της παθολογίας: της ασθένειας ως βλάβης ή ελλείματος και της ασθένειας ως αντίδρασης. «Το πρώτο δόγμα, μηχανιστικό, οργανικιστικό υποτάσσεται σε αυστηρούς ντετερμινισμούς ενώ το δεύτερο δυναμικό και βιταλιστικό υπακούει σε ορισμένη απροσδιοριστία» (Καράβατος, 2017, 33).

1.3 Η Φαινομενολογική προσέγγιση της ψύχωσης

Η φαινομενολογική προσέγγιση του ψυχοπαθολογικού γεγονότος αποσκοπεί στο να εντοπίσει και να περιγράψει συστηματικά τους παράγοντες που προκαλούν και διαμορφώνουν το ψυχοπαθολογικό γεγονός, χωρίς να προσπαθεί να προσδώσει αιτιολογικές ερμηνείες. Πιο συγκεκριμένα, εστιάζει στην βιωμένη υποκειμενική εμπειρία του ψυχικού πόνου και διερευνά την υπαρξιακή σχέση του ατόμου με τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο (Sass & Parnas, 2007), στην προσπάθεια να αναδυθεί η ουσία του ψυχοπαθολογικού γεγονότος μέσα από τους παράγοντες που το συνιστούν ως διαταραχή.

Επηρεασμένοι από τη φαινομενολογία του Edmund Husserl, Martin Heidegger και Maurice Merleau-Ponty ο Karl Jaspers αλλά και άλλοι περιέγραψαν φαινομενολογικά τα χαρακτηριστικά της ψυχωτικής εμπειρίας. Έτσι, παραδείγματος χάρη, μίλησαν για την *αλλοίωση της βασικής υπαρξιακής δυναμικής σχέσης με τον κόσμο* και μια *υπερβάλλουσα διανοητική λειτουργία* που αποσκοπεί στο να αποκαταστήσει αυτή την αλλοίωση ως ιδιαίτερα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρένεια. Ο υπαρξιστής ψυχίατρος Ronald Laing (1927-1989) υποστήριξε ότι «η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ακραία μορφή υπαρξιακής απελπισίας, που χαρακτηρίζεται από οντολογική ανασφάλεια, αποσύνδεση του ατόμου από το σώμα και το περιβάλλον του και βίωμα ακραίου άγχους αποπροσωποποίησης και αφανισμού» (Γεωργάκα, 2013, 2). Τόνισε μάλιστα την δυνατότητα, αλλά και την ανάγκη των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια για υποστήριξη στο να επεξεργαστούν και να νοηματοδοτήσουν τις εμπειρίες αυτές, ώστε να κατακτήσουν μια βιώσιμη ύπαρξη στον κόσμο.

Οι παρατηρήσεις των φαινομενολογικά προσανατολισμένων ψυχιάτρων γύρω από την προσέγγιση της ψυχωτικής εμπειρίας προκάλεσε το ενδιαφέρον και άλλων πεδίων πέρα της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας και της φιλοσοφίας. Μέσα από τις μελέτες αυτών των πεδίων η σχιζοφρένεια προσεγγίζεται ως *αποτέλεσμα διατάραξης της βασικής προστοχαστικής συνείδησης και ως αλλοίωση του εαυτού, με ριζικές επιπτώσεις στην ψυχική συνοχή και συγκρότηση, καθώς και στη σχέση του ατόμου με τους άλλους και τον κόσμο* (Stanghellini, 2001. Stephens & Graham, 2000). Φαίνεται ότι υπάρχει ένα συνεχές μεταξύ της φυσιολογικής ψυχικής κατάστασης και των ενεργών ψυχωτικών επεισοδίων, κάτι το οποίο αναδεικνύει τη σύνδεση μεταξύ στοιχείων της ζωής του ατόμου και των ψυχωτικών του

συμπτωμάτων, καθώς και τον ενεργό ρόλο του ατόμου στο να κατανοήσει και να διαχειριστεί αυτές τις αλλαγές τις οποίες βιώνει (Γεωργάκα, 2013). Οι Sass και Parnas διατύπωσαν την υπόθεση ότι ο ψυχοπαθολογικός πυρήνας της σχιζοφρένειας έγκειται σε μια διαταραχή του εαυτού, η οποία διαταραχή προηγείται χρονικά των οξέων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί και την κεντρική αρχή αυτών των συμπτωμάτων (Parnas & Sass, 2002. Sass & Parnas, 2007). Μάλιστα, σχολιάζουν ότι σύμφωνα με τη νευροαναπτυξιακή υπόθεση, η αυξημένη ευαλωτότητα σε ψυχωτικά επεισόδια, λόγω μιας 'εύθραυστης' συγκρότησης του εαυτού, πιθανά σχετίζεται με δυσμενείς παράγοντες του περιβάλλοντος ή γενετικούς παράγοντες που δρουν κατά την διάρκεια της προγεννητικής, περιγεννητικής και της πρώιμης φάσης ανάπτυξης του ατόμου. Το άτομο στη συνέχεια της ζωής του προσπαθεί να 'χτίσει' πάνω σε αυτή την ασταθή βάση της υποκειμενικής αίσθησης και αντίληψης του εαυτού και του εξωτερικού κόσμου. Τελικά, τα ψυχωτικά του συμπτώματα αποτελούν την έκφραση αυτής της διεργασίας, γεγονός το οποίο εξηγεί τη συνοχή και το περιεχόμενο που παρουσιάζουν οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές του ιδέες. Κατά παρόμοιο τρόπο, ο Kraus (2007) ως φιλοσοφικός σχολιαστής της ψυχοπαθολογίας αναφέρεται στις παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις του ψυχωτικού ατόμου σαν το αποτέλεσμα μιας δημιουργικής διεργασίας, μέσω της οποίας το άτομο προσπαθεί να νοηματοδοτήσει αυτές της εμπειρίες και να τις εντάξει σε μια κοινή πραγματικότητα (Γεωργάκα, 2013).

Παρατηρούμε λοιπόν μέσα από αυτές τις φαινομενολογικά προσανατολισμένες μελέτες πώς η φαινομενολογική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής τελικά δεν περιγράφει μόνο το ψυχοπαθολογικό γεγονός, αλλά μέσα από την παρατήρηση των αλλαγών του εαυτού που προκύπτουν κατά την ψυχωτική διεργασία κατορθώνει να δώσει μια πλούσια εικόνα του βιώματος της ψύχωσης. Με αυτόν τον τρόπο επιχειρεί παράλληλα «να εξηγήσει την ποικιλομορφία των διαφόρων πτυχών του βιώματος προσδιορίζοντας την ουσία της εμπειρίας, τον πυρήνα του βιώματος και εξηγώντας στη συνέχεια πώς οι επιμέρους πτυχές της εμπειρίας προκύπτουν από αυτή την πυρηνική διεργασία» (Γεωργάκα, 2013, 5). Βέβαια, όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, αυτές οι εξηγήσεις παραμένουν πάντα εντός του φαινομενολογικού πεδίου με την έννοια ότι δεν ασχολούνται με την αιτιοπαθογένεια της ψύχωσης, ωστόσο η πλούσια περιγραφή του ψυχωτικού φαινομένου συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του

βιώματος της ψύχωσης και κατά συνέπεια μπορεί να βοηθήσει σε συνδυασμό με άλλες θεωρήσεις της ψυχικής ασθένειας, όπως η βιολογική ή η κοινωνική, στην καταλληλότερη φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα.

1.4 Το μοντέλο Recovery (Ανάκαμψης)

Ο όρος recovery υιοθετήθηκε αρχικά από το κίνημα των Ανώνυμων Αλκοολικών με το «12-step recovery program», το οποίο υποστηρίζει αφενός ότι ένα άτομο με πρόβλημα αλκοολισμού δεν ιάται ποτέ πραγματικά, διότι το αλκοόλ αφήνει τα ίχνη του διά βίου και πάντα ελοχεύει ο κίνδυνος υποτροπής και αφετέρου ότι η εμπειρία του αλκοολισμού μεταμορφώνει ένα άτομο. «Το άτομο που έχει ανακάμψει βρίσκει μια νέα ισορροπία, η οποία ωστόσο σημαδεύεται από την εμπειρία της αρρώστιας» (Στυλιανίδης & Greacen, 2018, 7). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς η ίδια η εμπειρία του αλκοολισμού και η ανάκαμψη από αυτόν εφοδιάζουν το άτομο με μια καινούρια γνώση, οπότε το καθιστούν και πιο ώριμο και αυτή η γνώση και εμπειρία μπορεί να βοηθήσει και άλλα άτομα με παρόμοιο πρόβλημα.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 ο όρος ανάκαμψη, ως αναβίωση του όρου αποκατάσταση των Pinel και Pussin, άρχισε να χρησιμοποιείται στην αμερικανική ψυχιατρική από το κίνημα των ληπτών των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια προσπάθεια να διεκδικήσουν μια διαφορετική προσέγγιση των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές δυσκολίες. Το κίνημα αυτό αγωνίζεται να αλλάξει το ψυχιατρικό κατεστημένο μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το οποίο αναπαράγει μηχανισμούς στιγματισμού και κοινωνικού αποκλεισμού μέσω των θεσμικών πρακτικών. Πέρα από μια απλή κριτική στον ασυλικό εγκλεισμό, η οποία είχε προηγηθεί πιο ηχηρά με το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης και της αντιψυχιατρικής στο παρελθόν, το κίνημα των ληπτών απαρνείται τις θεωρίες του μη αναστρέψιμου και της χρονιότητας της ψυχιατρικής διαταραχής και υπογραμμίζει την ανάδειξη της τραυματικής εμπειρίας ως ευκαιρία αναστοχασμού και αναπλαισίωσης των αρνητικών εμπειριών. Σίγουρα στις μέρες μας έχει σημειωθεί πρόοδος συγκριτικά με το παρελθόν, όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης, όπως είναι οι ομάδες ψυχοεκπαίδευσης, η εργοθεραπεία, τα κέντρα ημέρας, ωστόσο το σύγχρονο ψυχιατρικό κατεστημένο δεν παύει να καταδικάζει συχνά τον ψυχιατρικά πάσχων σε μια διαβίου ψυχιατρική καριέρα, πλαισιωμένη από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης & Greacen, 2018).

Έτσι, αντί για ένα μοντέλο που προσανατολίζεται στην ασθένεια ως έλλειμα και την επίλυση του ψυχιατρικού προβλήματος, το μοντέλο της Ανάκαμψης προσανατολίζεται στην εξατομικευμένη θεραπεία και βελτίωση της ποιότητας ζωής του λήπτη. Η ανάκαμψη σαν έννοια γίνεται αντιληπτή ως μια διεργασία συνεχούς ύφεσης της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας (*κλινική ανάρρωση*) και παράλληλα οικοδόμησης μιας αξιοβίωτης ζωής (*προσωπική ανάρρωση*) (Slade, 2009), στην οποία ο πάσχων καθίσταται πρωταγωνιστής στο σχεδιασμό της θεραπείας του, αντί να ακολουθεί άκριτα τις οδηγίες των ειδικών.

Το μοντέλο της Ανάκαμψης λοιπόν περιγράφει μια δυναμική διαδικασία ανάρρωσης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ατόμου και αποτελεί μια έννοια που συδέεται άμεσα με την έννοια της ενδυνάμωσης. Κατά την διαδικασία αυτή το άτομο-ασθενής, μέσω της ενδυνάμωσης ανακτά ένα μέρος της εξουσίας του και της διαπραγματευτικής ισχύος του και προσπαθεί να αυτοκαθοριστεί «από τον ίδιο για τον ίδιο» (Στυλιανίδης, Χονδρός & Λάβδας, 2015, 22), με την υποστήριξη επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μελών της οικογένειας και ευρύτερα της κοινότητας στην οποία ζει.

Εξέχουσα θέση στην διαδικασία της Ανάκαμψης κατέχει η ελπίδα. Η έννοια της ελπίδας αφορά την αίσθηση ότι η ζωή κάθε στιγμή έχει να προσφέρει στο άτομο ακόμη περισσότερα και εμπνέει την επιθυμία και το κίνητρο να βελτιώσει τη ζωή του ή να ενταχθεί σε μια διαδικασία ανάκαμψης και να επιτύχει αυτόν τον στόχο (Στυλιανίδης & Greacen, 2018).

Ένα δεύτερο θεμελιώδες στοιχείο της διαδικασίας Ανάκαμψης είναι η υποστήριξη από τους άλλους. Οι υποστηρικτικοί άλλοι μπορεί να είναι συγγενείς, μέλη της κοινότητας, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοιες ψυχικές δυσκολίες, ακόμη και κατοικίδια ζώα που προσφέρουν ενθάρρυνση στις δύσκολες στιγμές, ιδιαίτερα όταν δυσκολεύονται να πιστέψουν οι ίδιοι στον εαυτό τους (Στυλιανίδης & Greacen, 2018). Επιπλέον, άτομα που βρίσκονται σε μια πορεία

ανάκαμψης συχνά αναφέρουν πόσο σημαντικό είναι να έχουν ένα άλλο άτομο επίσης σε διαδικασία ανάκαμψης ως πρότυπο για να παίρνουν μια ιδέα του τι να προσδοκούν. Γίνεται φανερό λοιπόν πόσο σημαντικές είναι για την διαδικασία της Ανάκαμψης οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων, αλλά και πώς η ίδια η διαδικασία ενισχύει την ανάπτυξη δεσμών και διασυνδέσεων μεταξύ των μελών της κοινότητας, της οικογένειας και των άλλων ατόμων που «συμπλέουν» σε αυτό το ταξίδι.

Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο για την πορεία προς την ανάκαμψη παίζει το να βρει το άτομο τη θέση του στην κοινότητα, δηλαδή να αναπτύξει κοινωνικούς ρόλους και να συμμετέχει σε δραστηριότητες της κοινότητας (Στυλιανίδης & Greacen, 2018). Με αυτόν τον τρόπο το άτομο, είτε μέσω της εργασίας, είτε συμμετέχοντας σε διάφορες δραστηριότητες και ομάδες, αποκτά ρόλους διαφορετικούς από αυτόν του «ψυχικά ασθενή». Τα βιώματά του αποκτούν νόημα και σκοπό και μέσα από αυτή την δυναμική διαδικασία το άτομο θέτει στόχους, τους οποίους προσπαθώντας να κατακτήσει του προσδίδουν κύρος και κίνητρο για την ανάρρωση. Η ταυτότητα του ψυχικά ασθενή αντικαθίσταται σταδιακά από μία περισσότερη θετική ταυτότητα ενταγμένη στην κοινότητα. Εκτός από την εργασία, που αναμενόμενο είναι να απασχολεί τους περισσότερους ανθρώπους για λόγους βιοποριστικούς, αλλά και δημιουργικής απασχόλησης, σημαντική θέση προς τον παραπάνω σκοπό φαίνεται να κατέχει και η πνευματικότητα, η πίστη σε μια ανώτερη δύναμη και γενικά η αίσθηση του ανήκειν (Davidson et al, 2009).

Βασικές αρχές της προσανατολισμένης στην ανάκαμψη φροντίδας, στο πλαίσιο της κοινότητας είναι: 1) *η φροντίδα έχει ως στόχο την προαγωγή της ανάκαμψης*, δηλαδή η διαμόρφωση του θεραπευτικού σχεδιασμού να δομείται με επίκεντρο τους προσωπικούς στόχους του ατόμου και όχι απαραίτητα την εξάλειψη της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, την αύξηση της ενσυναίσθησης, τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, την αποφυγή νοσηλείας ή την κοινωνική ανοχή. 2) *Η φροντίδα επικεντρώνεται στα δυνατά σημεία του ατόμου*, στα οποία στηρίζεται για να εξελίξει τις δυνατότητες, τα χαρίσματα και τους πόρους που διαθέτει, παρά στα ελλείματά του. Με αυτήν την προσωποκεντρική προσέγγιση «η κατανόηση του ατόμου ως προς το τι δεν μπορεί να είναι και να κάνει το βοηθά να

ανακαλύψει τι μπορεί να είναι και να κάνει» (Στυλιανίδης, Χονδρός & Λάβδας, 2015, 24). 3) *Η φροντίδα εστιάζει στην κοινότητα*, δηλαδή παρέχεται στο φυσικό περιβάλλον του ασθενούς, διευκολύνοντας τη σύναψη σχέσεων εντός των μελών της κοινότητας και ενθαρρύνοντας την ανάληψη ρόλων και τη συνεργασία με αρμόδιους φορείς. 4) *Η φροντίδα διαμορφώνεται από το ίδιο το άτομο*, δηλαδή ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες του ατόμου, ώστε κατά την πορεία ανάκαμψης το άτομο να ανακαλύπτει εκ νέου τον εαυτό του και να αναδομεί μια σταθερή αίσθηση εαυτού ως ενεργού και υπεύθυνου υποκειμένου. 5) *Η φροντίδα επιτρέπει την ύπαρξη αμοιβαίων σχέσεων*. Είναι σημαντικό, σύμφωνα με τις αρχές του μοντέλου Ανάκαμψης, όσοι παρέχουν βοήθεια να καθοδηγούν τους λήπτες ώστε να αποκτήσουν αίσθηση αυτοξίας, αντιμετωπίζοντάς τους ως ίσους, ενθαρρύνοντάς τους να συμμετέχουν στην αυτοβοήθεια και να αποκτήσουν ρόλους μέσα στην κοινότητα. 6) *Η φροντίδα προσαρμόζεται ανάλογα με το εθνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο*, καθότι φαίνεται ότι άτομα εθνικών και φυλετικών μειονοτήτων εξυπηρετούνται ανεπαρκώς από το δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας. 7) *Η φροντίδα ορίζεται από την προσωπική ιστορία και πλαίσιο κατανόησης του κάθε ατόμου*. Στο μοντέλο της Ανάκαμψης οι φροντιστές οφείλουν να αναγνωρίζουν και να αξιοποιούν τις εμπειρίες του κάθε ατόμου, την κατάστασή του, την πορεία του και τους στόχους του. 8) *Η φροντίδα ανταποκρίνεται στην κοινωνικο-οικονομική πραγματικότητα του κάθε ατόμου*. Ο λήπτης πρέπει να αισθάνεται ότι ο φροντιστής του τον αντιμετωπίζει ως ολοκληρωμένο υποκείμενο που αντιμετωπίζει και οικονομικές δυσκολίες, επιπρόσθετα των ψυχικών, του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού. 9) *Η φροντίδα επενδύει στην ανάπτυξη και ενδυνάμωση των σχέσεων του ατόμου*. Η διαδικασία της ανάκαμψης, όπως αναφέρθηκε και προωτέρω, είναι στον πυρήνα της μια κοινωνική διεργασία. Όταν τα άτομα υποστηρίζονται από τα μέλη της οικογένειάς τους, τους φίλους, τους ειδικούς, άλλους λήπτες και μέλη της κοινότητας μπορούν να αναπτύξουν αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις στην κοινότητα και να μοιράζονται τις δυσκολίες, την απογοήτευση, αλλά και τη χαρά και τις επιτυχίες τους. Οι ειδικοί-φροντιστές πρέπει να είναι κάτι παραπάνω από διαχειριστές περιστατικών και να επενδύουν ιδιαίτερα στη σχέση με τον λήπτη, πέρα από τα θεραπευτικά εργαλεία και παρεμβάσεις. 10) *Η φροντίδα αξιοποιεί και ενισχύει τις υπάρχουσες πηγές υποστήριξης*. Στόχος του φροντιστή πρέπει να είναι η χειραφέτηση του λήπτη,

αξιοποιώντας τα υποστηρικτικά δίκτυα, αναπτύσσοντας νέους δεσμούς και ενισχύοντας τους υπάρχοντες. Στην πορεία προς την ανάκαμψη πρέπει ο ρόλος του φροντιστή στη ζωή του λήπτη να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, ενώ αντίθετα πρέπει να ενισχύεται ο ρόλος των φίλων, της οικογένειας και των άλλων μελών της κοινότητας (Στυλιανίδης, Χονδρός & Λάβδας, 2015, 23-26).

Συμπερασματικά, μέσω της διαδικασίας Ανάκαμψης, δίνεται η ευκαιρία στο άτομο να ανακαλύψει τον εαυτό του και να εξελιχθεί προσωπικά, να αναπτύξει ικανότητες και δεξιότητες για να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του. «Γίνεται κατανοητή ως μοναδική για το κάθε άτομο και αφορά σε μεγάλο βαθμό την ανακάλυψη ενός σκοπού και ενός νοήματος για τη ζωή» (Στυλιανίδης & Greacen, 2018, 10). Η εμπειρία που βιώνει ο ψυχικά πάσχων είναι από μόνη της μια εμπειρία απαλλοτριωτική βαθιάς αναπηρίας, που ωθεί το άτομο σε μια κατάσταση διαρκούς αυτοστιγματισμού. Μέσω του μοντέλου Ανάκαμψης αυτή η εμπειρία μετατρέπεται σε ευκαιρία για προσωπική αλλαγή, αναστοχασμό και ανακάλυψη νέων αξιών και αντιλήψεων. Προϋποθέτει την ενεργό εμπλοκή του ατόμου, να αναλαμβάνει προσωπικές ευθύνες, να επιλέγει και, σε κάποιο βαθμό, να παίρνει και ρίσκα. Αντί για ένα μοντέλο που στοχεύει στην απλή επιβίωση ή διαχείριση της καθημερινότητας, το μοντέλο αυτό ενθαρρύνει την εμπλοκή σε μια δια βίου διαδικασία μάθησης, η οποία θεωρείται απαραίτητη για να επιτευχθεί μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Στυλιανίδης και συν., 2014). Η 'θεραπεία' δε νοείται ως καταστολή συμπτωμάτων και αποφυγή δυσκολιών, αλλά ως κατάκτηση μιας ικανοποιητικής εμπειρίας. Με αυτόν τρόπο, η πρόγνωση μετατίθεται «από μία αποθαρρύνουσα απαισιοδοξία προς μία ορθολογική αισιοδοξία» (Amering & Schmolke 2009).

Οι μέθοδοι που ακολουθούνται κατά την διαδικασία ανάκαμψης στη σύγχρονη κοινοτική ψυχιατρική εστιάζουν και επενδύουν στις δεξιότητες και πόρους, εσωτερικούς και εξωτερικούς, που διαθέτει το άτομο. Κεντρική θέση καταλαμβάνει ο άνθρωπος στο εκάστοτε κοινωνικό σύνολο και η ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται το κίνητρο για αλλαγή του ατόμου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και μειώνεται ο κίνδυνος και η ένταση των υποτροπών που στιγματίζουν την διαταραχή (Lester & Gask, 2006· Lecic-Tosevski et al., 2003). Δεν πρέπει να

αποκλείονται άτομα ή ομάδες από το κοινωνικό σύνολο και την δυνατότητα λήψης αποφάσεων, διότι κάτι τέτοιο αποτελεί απειλή για την κοινωνική συνοχή και τις δημοκρατικές διαδικασίες (Ernst & Pokora, 2009).

Ένα σύστημα ψυχικής υγείας βασισμένο στην κοινότητα μπορεί να μειώσει την ανάγκη για νοσοκομειακές κλίνες και αναγκαστικές νοσηλείες. Η εξατομικευμένη φροντίδα που έχει σαν πυρήνα τις ανάγκες των ληπτών ψυχιατρικών υπηρεσιών, ο καθορισμός των στόχων, των μεθόδων, διαδικασιών και πόρων που είναι απαραίτητοι για την επίτευξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης ενδέχεται να έχει θετικό αντίκτυπο στην ατομική λειτουργικότητα, την ενδυνάμωση και την κοινωνική επανένταξη, σύμφωνα με τις αρχές της Ανάκαμψης (Castelrieta, 2018).

Έχουν γίνει αρκετές μελέτες που τεκμηριώνουν την ετερογένεια ως προς την πορεία και την έκβαση των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως είναι η σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικού τύπου διαταραχές (Jobe & Harrow, 2010). Το κληρονομικό υπόστρωμα, αν και προδιαθέτει, δεν εκφράζεται γραμμικά στην εμφάνιση της ασθένειας, αλλά φαίνεται να βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τους παράγοντες του περιβάλλοντος. Παράλληλα, η θετική επίδραση εξω-κλινικών παραγόντων σε εξατομικευμένες εκβάσεις συνηγορούν στην κατάρριψη των μύθων της χρονιότητας και του μη-αναστρέψιμου αυτών των διαταραχών. Γίνονται φανερά λοιπόν τα αδιέξοδα και ελλείματα του βιολογικού μοντέλου προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας, πέρα από το στίγμα που αναπαράγει, μέσω της ετικετοποίησης. Μια διαφορετική οπτική, όπως είναι αυτή που εκφράζει το μοντέλο της Ανάκαμψης που στηρίζεται στη δημιουργία μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας και εξατομικευμένων θεραπευτικών πλάνων, ίσως μπορέσει να δώσει λύσεις σε προβλήματα που απασχολούν τη σύγχρονη ψυχιατρική κοινότητα, όπως είναι η τακτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η μείωση των νοσηλειών ή και η μείωση αισθημάτων απελπισίας και αβοηθησίας που συνοδεύουν τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Βέβαια, μια τέτοια αλλαγή του ψυχιατρικού παραδείγματος δε σημαίνει να παραβλέψουμε τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης στο χώρο των νευροεπιστημών ή της ψυχοφαρμακολογίας. Το ζητούμενο είναι να συναρθρωθούν οι διαφορετικές δυνάμεις που καθορίζουν τα ψυχικά προβλήματα (βιολογικές,

ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές) προς όφελος της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών των ληπτών.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που είναι επιστημονικά και οργανωτικά προσανατολισμένες στο μοντέλο της Ανάκαμψης προσφέρουν στους λήπτες ένα πλήθος δυνατοτήτων και πρακτικών, όπως είναι τα κινήματα συνηγορίας, τα κέντρα ημέρας, οι εναλλακτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι ομάδες αυτοβοήθειας, ατομική και εστιασμένη νομική και κοινοτική στήριξη, τους ειδικούς βάσει εμπειρίας τραύματος (experts by experience), τη συνδιαμόρφωση του ατομικού σχεδίου δράσης, τη βιωματική εμπειρία και την αφηγηματική δραστηριότητα. Παρακάτω θα γίνει μια εκτενέστερη παρουσίαση ορισμένων από αυτές τις πρακτικές που εμπνέονται και συμπνέουν με το μοντέλο της Ανάκαμψης.

1.5 Η έννοια της Ενδυνάμωσης

Η έννοια της ενδυνάμωσης άρχισε να γενικεύεται στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής την δεκαετία του 1960 με το κίνημα των πολιτικών δικαιωμάτων και των δικαιωμάτων των γυναικών, ενώ άρχισε να χρησιμοποιείται ξανά σε πολλές χώρες του Νέου Κόσμου στον αγώνα των αυτόχθονων λαών ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό. Προσπαθούσαν οι κοινότητες να αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να μπορέσουν να ορίσουν και να υπερασπιστούν τα συμφέροντά τους, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες πολιτισμικές τους αξίες (Greacen & Jouet, 2018).

Αρχικά, ο όρος της ενδυνάμωσης χρησιμοποιούνταν για να περιγραφούν οι τρόποι με τους οποίους περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες υπερνικούν τον κοινωνικό αποκλεισμό ή το έλλειμμα διαπραγματευτικής ισχύος. Στη συνέχεια όμως, ο όρος άρχισε να χρησιμοποιείται με μια ευρύτερη έννοια ως μια διαδικασία αυτονόμησης, δηλαδή μια διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο αποκτά τον έλεγχο της ζωής του, κάνει τις επιλογές του αναλαμβάνοντας την ευθύνη αυτών και συμμετέχει στις αποφάσεις που το αφορούν. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών επισημαίνει τον συμμετοχικό στόχο της ενδυνάμωσης, όσον αφορά την ανάκτηση του ελέγχου και της εξουσίας του ατόμου στη ζωή του: «*Ta*

πρόσωπα πρέπει να συμμετέχουν πλήρως στις αποφάσεις και στις διαδικασίες που καθορίζουν την εξέλιξη της ζωής τους» (ONU, 1995, 12)

Στο χώρο της υγείας η ενδυνάμωση είναι μια διαδικασία, μέσω της οποίας τα άτομα αποκτούν μεγαλύτερο έλεγχο και επιρροή πάνω στις αποφάσεις και τις δράσεις που επηρεάζουν την υγεία τους (WHO, 1998). Αποτελεί κεντρική έννοια στο όραμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για την προαγωγή της υγείας και στρατηγικό στόχο.

Μία από τις περιθωριοποιημένες και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες μέχρι και τις μέρες μας αποτελεί και αυτή των ψυχικά πασχόντων. Επιπρόσθετα των αρνητικών επιπτώσεων της διαταραχής της ψυχικής υγείας τους, τα άτομα αυτά έρχονται αντιμέτωπα και με τις αρνητικές επιδράσεις των μηχανισμών του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο κοινωνικός αποκλεισμός δρα αρνητικά σε πολλαπλά επίπεδα: σε ατομικό, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, καθώς και η εσωτερίκευση αυτού από τον ίδιο τον πάσχον φθείρει την κοινωνική του ταυτότητα και μειώνει την αυτοπεποίθησή του, επιτείνοντας αισθήματα αβοηθησίας, απελπισίας και κατωτερότητας· σε μικροκοινωνικό επίπεδο, στον τόπο ζωής του πάσχοντα αλλά και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που του παρέχονται, το άτομο είναι συχνά απομονωμένο και δεν του δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχει ενεργά ακόμη και στο σχεδιασμό της θεραπευτικής φροντίδας του· τέλος, σε μακροκοινωνικό επίπεδο ο αποκλεισμός από ίσες ευκαιρίες για εργασία, στέγαση και κοινωνική ενσωμάτωση είναι μερικές μόνο από τις δυσμενείς επιπτώσεις του στίγματος και των διακρίσεων εις βάρος των ψυχικά πασχόντων.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας η έννοια της ενδυνάμωσης έχει σχέση με το κατά πόσο τα άτομα έχουν την ικανότητα να επιλέγουν, να επηρεάζουν και να ελέγχουν τη ζωή τους και την έννοια της ισχύος. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια εσωτερική ψυχολογική κατάσταση αυτοεκτίμησης, αυτοπεποίθησης και θάρρους στο να παίρνει κανείς υπολογισμένα ρίσκα και να αναλαμβάνει την ευθύνη για αυτά. Παράλληλα υποστηρίζεται εξωτερικά από τη δομή υπηρεσιών διασφαλίζοντας ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διακατέχονται από συνεργασία, διαπραγμάτευση και με εμφανή στόχο. Ενθαρρύνει τους λήπτες υπηρεσιών να αναλαμβάνουν περισσότερη προσωπική ευθύνη στο να θέτουν οι ίδιοι στόχους και να προσπαθούν να τους επιτύχουν και να λαμβάνουν αποφάσεις. Γίνεται φανερό ότι

στην ενδυνάμωση το να εξαλείφονται οι φραγμοί και να μετασχηματίζονται οι σχέσεις εξουσίας είναι κομβικής σημασίας.

Βασικά χαρακτηριστικά της ενδυνάμωσης, σύμφωνα με τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι: 1) η αυτοδυναμία, 2) η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός, 3) η δύναμη και η δυνατότητα λήψης αποφάσεων, 4) η πρόσβαση σε πληροφορίες και πόρους, 5) το αίσθημα του ανήκειν και της προσφοράς σε μία ευρύτερη κοινότητα (Rogers et al. 1997, 1042-1047).

Όμως η ενδυνάμωση δεν αφορά μόνο το άτομο, αλλά και την κοινότητα και τον ευρύτερο πληθυσμό. Δηλαδή, πρόκειται για μια πολυδιάστατη κοινωνική διαδικασία, στην οποία η κοινωνική ενσωμάτωση αποκτά προεξάρχουσα θέση, προκειμένου οι λήπτες υπηρεσιών και οι οικογένειές τους να αποκτήσουν διαπραγματευτική ισχύ, έλεγχο στη ζωή τους και να μπορούν να έχουν μεγαλύτερο φάσμα επιλογών και δράσεων για να αλλάξουν τα πράγματα σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής ζωής τους (WHO, 2010). Η έννοια της κοινωνικής και διαπραγματευτικής ισχύος του ατόμου είναι βασική καθότι αποτελεί παράγοντα θετικών εκβάσεων της φροντίδας των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών. Στην διαδικασία ενδυνάμωσής τους τα άτομα μπορούν να βρουν στήριξη στην κοινότητα, καθώς αυτή ενεργοποιεί κοινωνικά δίκτυα, νέους πόρους, κοινωνική υποστήριξη σε δύσκολες μεταβατικές περιόδους στη ζωή των ευάλωτων ατόμων.

Συμπερασματικά, η διαδικασία της ενδυνάμωσης ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να αναλύει και να επεξεργάζεται τις δυσχέρειες, ώστε να φτάνει σε μια νέα αντίληψη που το καθιστά πιο ικανό και πιο ανθεκτικό. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η ενδυνάμωση αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ψυχιατρικής αποκατάστασης, καθώς αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της συμπτωματολογίας τους και της ικανότητας να λειτουργούν ανεξάρτητα στην καθημερινότητά τους.

Ωστόσο, οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν προσφέρουν διαφορετικές επιλογές θεραπείας, δεν ενεργοποιούν τη συμμετοχή των χρηστών τους στην αξιολόγηση του σχεδίου φροντίδας τους και στις αποφάσεις για τον τρόπο λειτουργίας και την πραγματική διαθεσιμότητα και αξιολόγηση του έργου τους. Λειτουργούν δηλαδή με τρόπο αντίθετο από εκείνο της κουλτούρας της ενδυνάμωσης

των χρηστών τους. Συχνά αποθαρρύνουν τις ομάδες αυτοβοήθειας, δεν ενημερώνουν τους λήπτες για τις διαδικασίες άσκησης των δικαιωμάτων τους ως πολίτες, δεν αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες συνηγορίας, δεν δημιουργούν εταιρική σχέση με τις συλλογικότητες των ληπτών και του υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος.

Μάλιστα, μπορούν να προσδιοριστούν δύο βασικές εσφαλμένες αντιλήψεις («μύθοι») που λειτουργούν ως τροχοπέδη της επιδιωκόμενης αλλαγής του κατεστημένου ψυχιατρικού μοντέλου: ο μύθος του «μη-ιάσιμου» κυρίως των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών και ο μύθος της «χρονιότητας» (Στυλιανίδης, Χονδρός & Λάβδας, 2015, 18-19). Ο μύθος του «μη-ιάσιμου» κάνει λόγο για το μη αναστρέψιμο διαταραχών που χαρακτηρίζονται με βεβαιότητα, η οποία βεβαιότητα ωστόσο βασίζεται στην κλινική παρατήρηση μιας συμπτωματολογίας που μπορεί να παρουσιάσει μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς την πορεία και την έκβαση της διαταραχής. Η υιοθέτηση και αναπαραγωγή αυτού του μύθου, του μη αναστρέψιμου, αντιβαίνει στη λογική της κουλτούρας της Ανάκαμψης, δυσκολεύοντας τον μετασχηματισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, ο μύθος της «χρονιότητας» προέκυψε από την πεποίθηση και αντίληψη πολλών ψυχιάτρων που θεωρούσαν την Πρώιμη Άνοια (αρχικός όρος της σχιζοφρένειας) ως χρόνια νόσο με εκφυλιστική κατάληξη και πρόγνωση. Σύμφωνα όμως με τα νέα ερευνητικά δεδομένα, η «χρονιότητα» μιας νόσου δε σημαίνει απαραίτητα ότι δε θεραπεύεται (Amering & Schmolke, 2009· Στυλιανίδης, 2014), με την έννοια ότι μέσω της εξατομικευμένης προσέγγισης της διαδικασίας της Ανάκαμψης υπάρχει η δυνατότητα ανάρρωσης ακόμη και από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα ψυχικής υγείας, με ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας πρέπει να προσφέρει: παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, ομάδες κοινοτικής ψυχικής υγείας, ενδονοσοκομειακή φροντίδα για οξέα περιστατικά, μακράς διάρκειας στεγαστική φροντίδα που βασίζεται στην κοινότητα, απασχόληση και εργασία (Thornicroft & Tansella, 2010, 90). Επιπλέον, όσον αφορά τα άτομα που πάσχουν ψυχικά, πρέπει να τηρούνται τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, δηλαδή: 1) το δικαίωμα πρόσβασης για δωρεάν θεραπεία και φροντίδα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, 2) το δικαίωμα

στην εκπαίδευση, 3) το δικαίωμα στην ιδιοκτησία, 4) το δικαίωμα προς σύναψη γάμου, 5) δημιουργία οικογένειας και σεβασμού της οικογενειακής τους ζωής, 6) το δικαίωμα του εκλέγειν, 7) το δικαίωμα του συνεταιρίζεσθαι, 8) το δικαίωμα στην εργασία, 9) το δικαίωμα στην διαπραγμάτευση με τη διακλαδική θεραπευτική ομάδα ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας, ώστε το άτομο να ενημερώνεται πλήρως σχετικά με τη διάγνωση, τη φαρμακευτική αγωγή και τις πιθανές παρενέργειές της και να μπορεί να πρωταγωνιστεί στην διαδικασία της Ανάκαμψης και στην ποιότητα ζωής του, 10) το δικαίωμα της αντικατάστασης του όρου «συμμόρφωση» των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που εφαρμόζονται με τον όρο «διαπραγμάτευση» (Στυλιανίδης, Χονδρός & Λάβδας, 2015, 18).

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι ο μετασχηματισμός του ψυχιατρικού συστήματος φροντίδας, απαιτεί θεσμικές παρεμβάσεις ευρύτερα στην κοινωνία. Προκειμένου ο ψυχικά πάσχων να γίνει πρωταγωνιστής της φροντίδας της υγείας του και να βελτιωθεί η τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών από ειδικούς, πρέπει καταρχήν να συμμετέχει σε προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης και αγωγής υγείας στις ψυχικές διαταραχές, ώστε να αναλαμβάνει, όσο είναι δυνατόν, ο ίδιος τη θεραπεία του και να μην εξαρτάται από παντοδύναμους φορείς υγείας. Παράλληλα, η κοινωνία πρέπει να ενθαρρύνει τη συμμετοχή του στις πολιτικές αποφάσεις σε θέματα υγείας και περίθαλψης, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και να προωθεί την ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να επιτευχθεί, σύμφωνα με τις ακόλουθες προτάσεις και στρατηγικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και την Ευρωπαϊκής Ένωσης: α) ενδυνάμωση στο επίπεδο της κοινωνίας· να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και προστασία τα ανθρώπινα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, να υπάρχει νομοθεσία για την προστασία από τις διακρίσεις, να εφαρμόζονται προγράμματα για την υποστήριξη των ληπτών και των φροντιστών, να υπάρχουν αναγνωρισμένοι σύλλογοι ληπτών και φροντιστών, β) ενδυνάμωση στο επίπεδο της κοινότητας· ίδρυση και λειτουργία τοπικών συλλόγων ληπτών και φροντιστών, συγκρότηση ομάδων αυτοβοήθειας, εκπαίδευση για καταπολέμηση του στίγματος για κοινωνικούς εταίρους, όπως τα Μ.Μ.Ε., η αστυνομία και οι εργοδότες, γ) ενδυνάμωση σε επίπεδο υπηρεσιών· να διατίθενται ειδικοί θεραπευτές και φροντιστές, να ορίζεται αρμόδιο όργανο επιθεώρησης εφαρμογής του νομικού πλαισίου και να εμπλέκονται οι λήπτες στο σχεδιασμό, λειτουργία, παροχή και αξιολόγηση των υπηρεσιών, δ)

ενδυνάμωση μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης από τη μία των ιατρών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για άμεση αναγνώριση ψυχικών προβλημάτων και από την άλλη των ίδιων των ληπτών και των φροντιστών πάνω σε δεξιότητες ηγετικές και κοινοτικής εργασίας, ενώ παράλληλα θα πρέπει το στίγμα, οι διακρίσεις και η ενδυνάμωση να είναι μέρος του προγράμματος σπουδών των επαγγελματιών της ΠΦΥ και της ψυχικής υγείας, ε) ενδυνάμωση σε ατομικό επίπεδο· έχοντας λόγο στη θεραπεία, τη φροντίδα και την αντιμετώπιση των κρίσεων, αναπτύσσοντας τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών που προκύπτουν, δουλεύοντας με επιδίωξη προσωπικούς στόχους και επιθυμίες, ενεργώντας για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (WHO, 2010· Ryan et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά και περιγραφή ορισμένων χαρακτηριστικών πρακτικών ενδυνάμωσης που συμπνέουν με τις αρχές του θεωρητικού μοντέλου της Ανάκαμψης, ενώ παράλληλα αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης και για άλλες πρακτικές εναλλακτικές της κατεστημένης ψυχιατρικής πράξης στη θεραπευτική φροντίδα των ατόμων με ψυχωτικές εμπειρίες. Η μέθοδος που ακολουθείται είναι περιγραφική.

2.1 Το πρόγραμμα Σωτηρία

Όσον αφορά την ενδυνάμωση στην ψύχωση έχουν γίνει πολλές συζητήσεις, έρευνες και εφαρμογές σχετικά με την πρακτική του προγράμματος «Σωτηρία». Πρόκειται για ένα μοντέλο θεραπείας που ανάγεται στον αμερικανό ψυχίατρο Loren Mosher (1933-2004) και βασίζεται στις αρχές της Ανάκαμψης (recovery). Το όνομα Σωτηρία το πήρε από την αρχαία ελληνική θεότητα της σιγουριάς και της λύτρωσης από τον κίνδυνο. Στόχος του προγράμματος «Σωτηρία» ήταν να διερευνηθούν οι δυνατότητες μιας θεραπείας ανθρώπινης παρουσίας (milieu therapy) σε ανθρώπους που βίωναν για πρώτη ή δεύτερη φορά ένα ψυχωτικό επεισόδιο και είχαν λάβει την διάγνωση της σχιζοφρένειας (Aderhold, Stastny & Lehmann, 2014).

Στο πρόγραμμα «Σωτηρία» προσφέρονταν εντατική θεραπεία ανθρώπινης παρουσίας σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ψυχωτικού τύπου, σε ένα κλίμα θαλπωρής. Στεγάζονταν μέσα σε ένα σπίτι δώδεκα δωματίων και διαρκούσε έξι έως επτά εβδομάδες. Οι εργαζόμενοι σε αυτό το σπίτι, με πλήρη απασχόληση και επιπλέον εθελοντές, επιλέγονταν με προσωπικά κριτήρια, όπως ψυχική σταθερότητα, ανεξαρτησία, ωριμότητα, 'ζεστασιά' και ικανότητα να συναισθανθούν τον συνάνθρωπο. Ήταν άτομα με μεγαλύτερη αυτογνωσία, πιο ελεύθεροι, πιο ευέλικτοι και ανεκτικοί σε ψυχικές εναλλαγές απ' ό,τι το προσωπικό ενός κλασικού ψυχιατρικού τμήματος (Hirschfeld et al. 1977, Mosher et al. 1973). Απέφευγαν τη χρήση ψυχιατρικών διαγνώσεων και δεν προσανατολίζονταν στην κυρίαρχη έννοια της

ψυχοπαθολογίας. Στους εργαζόμενους συμπεριλαμβάνονταν ένας ψυχίατρος με ημιαπασχόληση, ο οποίος επισκεπτόταν το σπίτι μία φορά την εβδομάδα και ήταν προσβάσιμος τηλεφωνικά 24 ώρες το 24ωρο. Οι εργαζόμενοι συχνά βίωναν από κοινού με τους κατοίκους του σπιτιού ολοκληρωμένους βιολογικούς και ψυχολογικούς κύκλους, καθώς οι βάρδιες εργασίας τους ήταν πολύωρες (εώς 48 ώρες) και δεν διακόπτονταν ξαφνικά οι σχέσεις μεταξύ των κατοίκων.

Με άλλα λόγια, η «Σωτηρία» ήταν ένα ανοιχτό κοινωνικό σύστημα που επέτρεπε εύκολη πρόσβαση, αποχώρηση ή και επανεισαγωγή. Το βασικό καθήκον του προσωπικού ήταν απλά η παρουσία τους για τους αποδιοργανωμένους ενδιαφερόμενους και όχι να κάνουν κάτι εξειδικευμένο. Η διαδικασία θεραπείας ακολουθούσε τρεις φάσεις: 1) *τη φάση της οξείας κρίσης*, όπου εφαρμοζόταν η απλή ανθρώπινη παρουσία ως πράξη διανθρώπινης φαινομενολογίας, με έμφαση σε μια ευέλικτη συντροφική παρουσία σε διάφορες φυσικές και ψυχικές εκφάνσεις. 2) *Τη φάση της αναδόμησης*, κατά την οποία η ομάδα του προσωπικού είχε την ευκαιρία να παρατηρήσει πιθανά γεγονότα έκλυσης της κρίσης και επώδυνα ερεθίσματα που σχετίζονταν με αυτά, μέσα από την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων με τους ενοίκους και την πυροδότηση των μηχανισμών μίμησης και ταύτισης των ενοίκων. Για να γίνει αυτό, έπρεπε οι ένοικοι να ενσωματωθούν στις καθημερινές δουλειές ρουτίνας, έτσι ώστε η σχέση τους με το προσωπικό, αντί να έχει γονεϊκό χαρακτήρα, να είναι όσο το δυνατόν πιο ισότιμη. 3) *Τη φάση προσανατολισμού προς τα έξω*. Αυτή η φάση εμπεριέχει μια νέα εναλλαγή ρόλων, αυξημένες δεξιότητες, ανάπτυξη νέων σχέσεων, συνεργασίας, σχεδιασμού, προσαρμογής και συναινετική διαδικασία σχετικά με τη χρονική στιγμή αποχώρησης κάποιου ενοίκου. Για να διευκολύνεται η κοινωνική ενσωμάτωση των ενοίκων και να εξασφαλίζεται η ψυχική τους σταθερότητα και εκτός του προγράμματος, το κοινωνικό δίκτυο που είχε αναπτυχθεί μέσα στο σπίτι μεταξύ των ενοίκων διατηρούνταν και μετά την αποχώρησή τους. Σκοπός της διατήρησης αυτού του δικτύου ήταν να επιτευχθεί μια μακροπρόθεσμη επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας. Γενικά, η ενσωμάτωση στην τοπική κοινωνία είχε εξέχουσα σημασία (Aderhold, Stastny & Lehmann, 2014).

Η επιτυχία του προγράμματος «Σωτηρία» στηρίζονταν κυρίως στις βασικές αρχές συμπεριφοράς και διαντίδρασης με τους ενοίκους που όρισε ο ίδιος ο Mosher:

- *Καταρχήν αποφεύγουμε να βλάψουμε*
- *Φερόμαστε στους άλλους με σεβασμό και αξιοπρέπεια και περιμένουμε το ίδιο για τον εαυτό μας*
- *Εγγυόμαστε άσυλο, ηρεμία, σιγουριά, υποστήριξη, προστασία, δυνατότητα να μείνει κανείς μόνος, αμοιβαία εκτίμηση, τροφή και στέγη*
- *Περιμένουμε ίαση από την ψύχωση και βλέπουμε στην παρουσία της μια ευκαιρία για τους ενδιαφερόμενους να μάθουν και να ωριμάσουν μέσα από αυτήν*
- *Συνηθίζουμε να χρησιμοποιούμε εκτεταμένα θετικές ερμηνείες και διαπνεόμαστε από αισιοδοξία*
- *Αναζητούμε και βρίσκουμε πειστικές εξηγήσεις, δηλαδή συγκεντρωνόμαστε στη βιογραφία των ενδιαφερομένων, σε περιστατικά της ζωής τους και σε εκλυτικούς παράγοντες, αντί να επικεντρωθούμε σε μια λεγόμενη «ευαλωτότητα»*
- *Προωθούμε βιώματα επιτυχίας*
- *Ενισχύουμε τους ενοίκους μας να αναπτύξουν προσωπικά πλάνα για την ίασή τους και τους βλέπουμε ως ειδικούς στο θέμα αυτό*
- *Τους προσκαλούμε να στρέψουν την προσοχή τους και σε σημαντικές πτυχές της ζωής εκτός της «Σωτηρίας»*
- *Δεν πιστεύουμε ότι είμαστε για όλα υπεύθυνοι, στον βαθμό που οι ένοικοι μπορούν να επιτύχουν πράγματα μόνοι τους*
- *Δεν ετικετάρουμε κανέναν ως σχιζοφρενή*
- *Δουλεύουμε από κοινού με τους ενοίκους μας, ακόμα κι αν αυτοί δεν παίρνουν τα ψυχοφάρμακα που τους συνταγογραφήθηκαν*

Στα προγράμματα «Σωτηρία» δεν είναι η ψύχωση που θεραπεύεται, αλλά ένας άνθρωπος σε κρίση. Κάθε άτομο θεωρείται μοναδικό και δεν υπάρχουν πατέντες ή συνταγές (Runte, 2001), ούτε γενικευμένες διαγνώσεις. Η ιδέα του «Σωτηρία» έχει παίξει σημαντικό ρόλο στο να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι διαπροσωπικές όψεις της θεραπείας, κυρίως στον γερμανόφωνο χώρο.

Το πρόγραμμα «Σωτηρία» διαδόθηκε στην Ευρώπη στη Σουηδία, τη Φινλανδία, στην Ελβετία, στην Ουγγαρία, στην Δανία, αλλά και στις Η.Π.Α.

2.2 Η Καλύβα των Κρίσεων

Η Καλύβα των Κρίσεων ήταν ένα σπίτι με πέντε κρεβάτια στην πόλη Ιθάκη της πολιτείας της Νέας Υόρκης για σύντομη παραμονή (λιγότερη των δύο εβδομάδων). Λειτουργήσε ως δομή εναλλακτική της κατεστημένης ψυχιατρικής από το 1994 έως το 1996. Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από μία μη κερδοσκοπική εταιρεία, την Mental Health Association, με σκοπό να συγκροτηθεί μια αυτόνομη οργάνωση ανθρώπων με ψυχιατρική εμπειρία.

Κατά την διάρκεια λειτουργίας του προγράμματος της Καλύβας οι Jeanne Dumont και Kristine Jones πραγματοποίησαν έρευνα για καταγραφή του τρόπου λειτουργίας της και την εξαγωγή χρήσιμων αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων.

Το πρόγραμμα της καλύβας των κρίσεων χαρακτηρίζαν ουσιαστικά δύο στοιχεία: *η πρόληψη και αντιμετώπιση οξείας ψυχωτικής κρίσης, με την υποστήριξη ενός συμβουλευτικού σταθμού και η δυνατότητα παραμονής σε ανθρώπους που οι ίδιοι εκτιμούσαν ότι χρειάζονταν ψυχιατρική βοήθεια ή φοβόνταν ότι θα τους μεταφέρουν στο ψυχιατρείο παρά τη θέλησή τους.*

Η διαφορά της Καλύβας των Κρίσεων από άλλες συμβατικές υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων ήταν στο ότι ήταν οργανωμένη από άτομα που είχαν προσωπικά ψυχιατρικά βιώματα και υιοθέτησε ένα σχέδιο θεραπείας χωρίς εξαναγκαστικές νοσηλείες. Είχε ως βάση την αρχή της αλληλοβοήθειας και τα μέλη έπρεπε να ορίζουν τα ίδια τις ανάγκες τους. Επικρατούσε επίσης η άποψη ότι η παραμονή σε ένα περιβάλλον, όπου η βοήθεια προσφέρονταν από άτομα που είχαν προσωπική ψυχιατρική εμπειρία

μπορούσε να είναι βοηθητικό αλλά και διδακτικό σε μια διαδικασία αντιμετώπισης κρίσεων. Οι οργανωτές της Καλύβας ήταν πεπεισμένοι ότι τα πρόσωπα με πρόσβαση στο χώρο είχαν μια καλή πορεία προς την ανάκαμψη, ανέπτυξαν ένα πιο ισχυρό συναίσθημα αυτοελέγχου και ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που δέχονταν σε σύγκριση με άτομα που δεν είχαν πρόσβαση στην Καλύβα (Dumont, Jones, 2012).

Τα άτομα της πειραματικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε όλες τις παροχές της Καλύβας, δηλαδή προετοιμασία για την εισαγωγή, υποστήριξη κατά την κρίση, μεσοπρόθεσμα εργαστήρια, συμβουλευτική από άλλους ενδιαφερόμενους, νομική συμβουλευτική, πρόσβαση σε χώρους εκτόνωσης, χαλάρωσης και διανυκτέρευσης.

Και η ομάδα ελέγχου και τα μέλη της πειραματικής ομάδας είχαν πρόσβαση στις συνήθειες υπηρεσίες, όμως η ομάδα ελέγχου δεν μπορούσε να κάνει χρήση των παροχών της Καλύβας. Κατά τα άλλα, τα μέλη και των δύο ομάδων δεν διέφεραν σημαντικά σε τίποτα. Όταν ρωτήθηκαν οι φιλοξενούμενοι τι προσδοκούσαν από την διανυκτέρευση στην Καλύβα τις περισσότερες φορές μίλησαν για λύση προβλημάτων και σχεδιασμό ζωής, διάλειμμα ηρεμίας και μείωση του στρες, αντιμετώπιση αυτοκτονικών σκέψεων, αίσθημα ασφάλειας, στέγη, διαχείριση συναισθημάτων, επιθυμία για σταθερό ρυθμό ύπνου (Dumont, Jones, 2012).

Η Καλύβα υπήρξε για πολλούς σημαντική για την αντιμετώπιση της κρίσης και μάλιστα περισσότερο απ' ό,τι σε ένα ψυχιατρικό τμήμα. Φάνηκαν μεγαλύτερες πρόοδοι στον τομέα της ανάκαμψης, του αυτοκαθορισμού και της ικανοποίησης. Οι ενδιαφερόμενοι θεωρούσαν την Καλύβα των Κρίσεων μέρος του συνολικού δικτύου παροχών ψυχοκοινωνικής φροντίδας και την επέλεξαν ως υποκατάστατο άλλων παροχών, όπως παραδείγματος χάρη του ψυχιατρείου (Dumont, Jones, 2012).

Συνοπτικά, η Καλύβα των Κρίσεων προέκυψε από τους ίδους τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και από την επιθυμία τους για μια εναλλακτική στη βάση των αυστηρά προσωπικών αναγκών, με καθαρά εκούσιο χαρακτήρα. Μια πρακτική απαλλαγμένη από τη βία, ελεύθερη και ελεγχόμενη στην εφαρμογή της από ανθρώπους με ψυχιατρική εμπειρία.

Επειδή με τον καιρό, όλο και περισσότερο πλήθαιναν οι μαρτυρίες ανθρώπων για τις νοσηλείες τους σε ψυχιατρικές κλινικές ως τραυματικές εμπειρίες, με κυρίαρχη την αίσθηση ότι είναι μόνοι τους κατά την διάρκεια της κρίσης και δεν ανήκουν σε μια κοινότητα, συνεχίστηκε η έρευνα πάνω σε εναλλακτικές δομές που οργανώνονταν και λειτουργούσαν από άμεσα ενδιαφερόμενους, έχοντας ως πρότυπο την Καλύβα των Κρίσεων.

Γενικά, στις δομές αυτές, που ονομάστηκαν ‘κέντρα κρίσης οργανωμένα από ανθρώπους με εμπειρία τραύματος’ δεν υπάρχουν πάγιοι ρόλοι βοηθούντος και βοηθούμενου. Η υποστήριξη μέσω ανθρώπων με προσωπική τραυματική εμπειρία απαιτεί αμοιβαία ευθύνη. Το αίσθημα ασφάλειας δομείται πάνω στο πλαίσιο υπεύθυνων σχέσεων εμπιστοσύνης. Και οι δύο πλευρές μαθαίνουν η μία από την άλλη και ορίζουν τους ρόλους της σχέσης. Οι δομές εξουσίας είναι διαυγείς και γίνονται θέμα συζήτησης (Mead, 2012).

Το έργο και η σημασία των κέντρων αυτών επιβεβαιώνεται από τη «Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για ανθρώπους με αναπηρίες» που ψηφίστηκε το 2006 από τα Ηνωμένα Έθνη. Η σύμβαση αυτή αναφέρει ότι «άνθρωποι με αναπηρίες έχουν δικαίωμα φυσικής και ψυχικής ενσωμάτωσης». Αυτή ακριβώς η διακήρυξη εφαρμόζεται στα ‘κέντρα κρίσης’, σε μικρές βέβαια κοινότητες, όπου η ανάρρωση, η κοινωνική δράση και η κοινωνική αλλαγή είναι έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους.

2.3 Το Σπίτι Φυγής του Βερολίνου

Το Σπίτι Φυγής είναι μια προσπάθεια που γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες να οργανωθεί ένα καταφύγιο για ανθρώπους που υφίστανται απαξιοτική και απορριπτική συμπεριφορά σε διάφορους τομείς της κοινωνικής τους ζωής λόγω ψυχιατρικού ιστορικού.

Στο Σπίτι Φυγής οι ψυχικές κρίσεις δε θεωρούνται έκφραση μιας ασθένειας ή ενός ελλείματος, αλλά «το αποτέλεσμα της εξάντλησης τόσο των προσωπικών στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων, όσο και των κοινωνικών αποθεμάτων» (Hartmann & Braunling 2012). Οι ‘αλλόκοτες’ συμπεριφορές αντιμετωπίζονται ως προσπάθεια λύσης μιας εσωτερικής σύγκρουσης. Εδώ, οι αιτίες των κρίσεων δε

θεωρούνται μόνο οι ατομικοί παράγοντες, αλλά και κοινωνικοί και διαπροσωπικοί όπως: περιορισμοί στις δυνατότητες προσωπικής ανάπτυξης, δύσκολη ή καθόλου πρόσβαση σε αποθέματα, αφαίρεση θεμελιακών για την επιβίωση στοιχείων και γεγονότα που γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά για την ίδια την ύπαρξη. «Οι κρίσεις θεωρούνται ένα φυσιολογικό κομμάτι της ζωής και μια ευκαιρία για δομικές αλλαγές» (Hartmann & Braunling 2012, 162).

Στο Σπίτι Φυγής προσέρχονται άτομα με εμπειρίες βίας και των αρνητικών επιπτώσεων της ετικετοποίησης των ψυχιατρικών διαγνώσεων, που αισθάνονται αβοηθησία και αδύναμοι. Εδώ, στο επίκεντρο τίθεται η κατανόηση των κρίσεων και η ανάκτηση της ικανότητας δράσης του υποκειμένου, ενώ ο διαχωρισμός φροντιζόμενων και φροντιζόντων έχει μόνο προσωρινό και χρηστικό χαρακτήρα. Οι ένοικοι στο Σπίτι Φυγής που χρειάζονται προσωρινή υποστήριξη παραμένουν στη βάση τους ενήλικες ικανοί για αυτονομία και εξατομίκευση.

Το Σπίτι Φυγής στεγάζεται σε ένα κτήριο διατηρητέο και ανακαινισμένο με αυξημένη ποιότητα διαμονής, το οποίο βρίσκεται στο Βόρειο Βερολίνο. Το 2000 εντάχθηκε στην κατηγορία κοινωνικών παροχών «Δομές αντιμετώπισης κρίσεων», στην οποία υπάγονται δομές που προσφέρουν άμεσα εντατική υποστήριξη, ώστε να προληφθεί η μόνιμη κατάρρευση των συστημάτων και αποθεμάτων στήριξης των ενδιαφερόμενων ατόμων.

Στο Σπίτι προσφέρεται υποστήριξη επί 24ώρου βάσεως από δεκαπέντε αμειβόμενους συνεργάτες και κάποιους που κάνουν πρακτική άσκηση. Τουλάχιστον οι μισοί συνεργάτες πρέπει να έχουν προσωπικό ψυχιατρικό ιστορικό. Η συνεργασία μεταξύ ατόμων με ψυχιατρικά βιώματα και ατόμων χωρίς, εμπεριέχει την δυνατότητα αποδόμησης των διαφορών. Οι επαφές ανάμεσα στους ένοικους και το προσωπικό του Σπιτιού είναι πάντα στενές, χωρίς ωστόσο να υπακούν σε κάποιον αυστηρό προσυμφωνημένο σχεδιασμό, καθότι η ομάδα των ενοίκων και τα μέλη του προσωπικού που έχουν υπηρεσία κανονίζουν μεταξύ τους τις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Hartmann & Braunling, 2012).

Οι ένοικοι του Σπιτιού αλληλοϋποστηρίζονται με τη μορφή ανταλλαγής εμπειριών, πρακτικής βοήθειας ή κοινών δραστηριοτήτων στον ελεύθερο χρόνο τους. Αυτό τουλάχιστον είναι το επιθυμητό, χωρίς να σημαίνει ότι είναι υποχρεωτικό ή ακόμη ότι δεν υπάρχουν και έντονες διενέξεις, καθότι συχνές

μπορεί να είναι και οι συναισθηματικές διακυμάνσεις, που μάλιστα μπορεί να παρουσιάζουν μεγάλο εύρος. Τόσο τους συνεργάτες όσο και τους ένοικους τους χαρακτηρίζει η ανοχή και η αποδοχή απέναντι σε ασυνήθιστα βιώματα και συμπεριφορές, διότι θεωρούν ότι οι κρίσεις και οι ‘τρελές’ φάσεις στη ζωή ενός ανθρώπου έχουν πάντα ένα νόημα και μάλιστα αποτελούν μια ευκαιρία για επεξεργασία βιωμάτων ή άλλων συγκρούσεων που κουβαλάει κανείς από το παρελθόν του μέχρι σήμερα.

Επιπλέον, στο Σπίτι προσφέρεται, εάν κάποιος το επιθυμεί, υποστήριξη στην διακοπή των ψυχιατρικών φαρμάκων, μια διαδικασία που συνήθως απαιτεί χρόνο και υπομονή, καθότι συνήθως είναι και δυσάρεστη.

Ο πιο καθοριστικός παράγοντας στην υποστήριξη που προσφέρεται στο Σπίτι Φυγής είναι η δόμηση μιας ισχυρής σχέσης εμπιστοσύνης, για την οποία προσπαθούν οι συνεργάτες του Σπιτιού ήδη από την πρώτη επαφή με τον ενδιαφερόμενο, ακόμη και αν αυτή είναι τηλεφωνική. Οι συνεργάτες προσπαθούν να κατανοήσουν, όσο αυτό είναι δυνατόν, το βίωμα της κρίσης και να προσφέρουν βοήθεια για την ανακούφιση των ανθρώπων από τις ψυχικές τους δυσκολίες: «ακούν, ενθαρρύνουν, κρατούν το χέρι, προσφέρουν υποστήριξη σε θέματα διατροφής, σωματικής υγιεινής και ύπνου» (Hartmann & Braunling, 2012, 171).

Κύριος στόχος της βοήθειας που προσφέρεται είναι να κατακτήσουν οι ένοικοι έναν υψηλότερο βαθμό αυτονομίας και αυτοκαθορισμού πάνω στη ζωή τους. Πρέπει ανά πάσα στιγμή να έχουν πλήρη επίγνωση του τι συμβαίνει σε σχέση με αυτούς τους ίδιους, γι’ αυτό και τους παρέχεται οτιδήποτε μόνο όταν το έχουν ζητήσει οι ίδιοι ξεκάθαρα. Βασική προϋπόθεση παροχής βοήθειας είναι η εκούσια παραμονή τους στο Σπίτι, ότι δηλαδή αναλαμβάνουν κάθε στιγμή οι ίδιοι την ευθύνη για την κατάστασή τους. «Η αυτοβοήθεια, όπως αυτή εκπροσωπείται στο Σπίτι Φυγής, σημαίνει πάντα να θέτει κανείς ενώπιον των ευθυνών τους και τους άλλους, ακόμα και την ίδια την κοινωνία» (Hartmann & Braunling, 2012, 172-173).

Το πρόγραμμα Σπίτι Φυγής λειτουργεί ακόμη, παρά το μεγάλο κόστος του. Η επιτυχία του προγράμματος έγκειται στο γεγονός ότι δε στηρίχθηκε σε θεωρητικές σκέψεις, αλλά προέκυψε από πρακτικές εμπειρίες και ανάγκες ανθρώπων. Μέσα από σχέσεις με διαφάνεια στην ιεραρχία, με

προσανατολισμό στις προσωπικές ανάγκες και στόχους, υπό το πρίσμα της εκουσιότητας, η φροντίδα που παρέχεται σε ένα τέτοιο πρόγραμμα συμβάλλει στην ενδυνάμωση και την ενίσχυση του αυτοκαθορισμού των άμεσα ενδιαφερομένων.

2.4 Το Άλογο του Ανέμου

Το πρόγραμμα Άλογο του Ανέμου (Windhorse) είναι άλλο ένα πρόγραμμα στήριξης ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές δυσκολίες, το οποίο συμπορεύεται με τις αρχές του μοντέλου ανάκαμψης. Ιδρύθηκε το 1981 από τον ψυχαναλυτή και ψυχίατρο Edward Podvoll και μια ομάδα αποφοίτων του μεταπτυχιακού της Διαλογιστικής Ψυχολογίας του πανεπιστημίου Ναρόπα ως μια εναλλακτική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση της ψύχωσης, η οποία είναι επηρεασμένη από τις αρχές του βουδισμού σε μια προσπάθεια συγκερασμού δυτικής και ανατολικής ψυχολογίας.

Σύμφωνα με τον Πόντβολ στην εμφάνιση και εξέλιξη μιας ψύχωσης συντελούν συγκεκριμένα αίτια και προϋποθέσεις: οριακές συνθήκες, πρόθεση, δραστηριότητα, χημικές ουσίες και πνευματική αφαίρεση (Podvoll, 2003). Λαμβάνοντας υπόψιν τους πέντε αυτούς παράγοντες μπορούμε να διακρίνουμε τα πρώιμα σημεία μιας αναπτυσσόμενης ψύχωσης και να προλάβουμε δυσκολότερες καταστάσεις. Κυρίως όμως, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση και προσοχή στον ενεργητικό ρόλο που παίζει το άτομο στην όλη θεραπευτική διαδικασία, καθιστώντας το ενεργά εμπλεκόμενο. Ενθαρρύνεται προς αυτόν το σκοπό η ανάληψη ευθύνης για τις προσωπικές εμπειρίες και συμπεριφορές, καθώς και για την προσωπική του ανάκαμψη.

Στόχος του Windhorse είναι να δημιουργήσει ένα προστατευτικό θεραπευτικό περιβάλλον, όπου χρησιμοποιούνται πρακτικές για το συγχρονισμό σώματος, πνεύματος και περιβάλλοντος. Βασική αρχή του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η πεποίθηση ότι «κάθε άνθρωπος διαθέτει μια εσωτερική υγεία και ευφύια, την οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει σε περιπτώσεις δυσκολιών ή προκλήσεων» (Herrick, DiGiacomo & Welsch, 2012, 140).

Σύμφωνα με το Άλογο του Ανέμου η ανάρρωση από μια σοβαρή ψυχική κατάσταση συνδέεται με την οικοδόμηση μιας ικανοποιητικής ζωής με νόημα, όπου ικανοποιούνται οι ανάγκες του ατόμου και το δυναμικό του εξελίσσεται σε πολλά επίπεδα. Κάθε πρόσωπο έχει τέσσερις βασικές διαστάσεις: τη φυσική, την διαπροσωπική, την ψυχολογική και την περιβαλλοντική. Οι ψυχώσεις και άλλες ακραίες πνευματικές εμπειρίες θεωρούνται αποτέλεσμα της διατάραξης της ισορροπίας αυτών των τεσσάρων διαστάσεων, στην αποκατάσταση της οποίας επικεντρώνεται το θεραπευτικό πρόγραμμα (Herrick, DiGiacomo & Welsch, 2012).

Το Windhorse ιδρύθηκε από ανθρώπους που ερευνούσαν καταρχήν τον ίδιο τους τον εαυτό ενδοσκοπικά και αναστοχαστικά, με τη λογική ότι για να μπορέσει κανείς να προσφέρει στον άλλον κάτι χρήσιμο πρέπει καταρχήν να έχει αυτογνωσία. Η στρατηγική του προγράμματος οργανώθηκε γύρω από την καλλιέργεια σχέσεων ενσυναίσθησης και φροντίδας και την δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που εμπνέει ασφάλεια, προκειμένου να μειώνονται τα δυσάρεστα συναισθήματα φόβου και του χάους που συνοδεύουν ακραίες ψυχικές καταστάσεις. Παράλληλα, όπως τονίζει ο Πόντβολ, πρέπει να καταγράφονται οι καταστάσεις νηφαλιότητας, έκφρασης θάρρους, συναισθηματικής συμμετοχής και αυτεπίγνωσης, ώστε να μπορούν να αξιοποιηθούν στην πορεία της θεραπείας.

Στις υπηρεσίες που προσφέρει το Windhorse μια κεντρική παραδοχή είναι ότι μεταξύ προσωπικού και πελατών υπάρχει αμοιβαία μάθηση. Η θεραπεία προκύπτει μέσα από αυθεντικές σχέσεις που αποτελούν από τις πιο σημαντικές προσφορές του προγράμματος, αφού η αιτία ακραίων ψυχικών καταστάσεων συχνά έγκειται στην απουσία υγιών σχέσεων. Μια ολιστική θεώρηση του προσώπου περιλαμβάνει και τον περιβάλλον χώρο του, γι' αυτό στο Άλογο φροντίζουν ώστε ο χώρος θεραπείας να είναι καθόλα ευχάριστος και ασφαλής και κυρίως να καλλιεργείται στους λήπτες των υπηρεσιών το αίσθημα ότι ανήκουν σε μια κοινότητα. Η κοινότητα αυτή συμπεριλαμβάνει τους λήπτες, τις οικογένειές τους και τους συνεργάτες και τους δίνεται η δυνατότητα να συναντιούνται σε κοινωνικές εκδηλώσεις και γιορτές (Herrick, DiGiacomo & Welsch, 2012).

Στο θεραπευτικό πρόγραμμα η φροντίδα εστιάζεται σε δέκα βασικές δεξιότητες: 1) το να είσαι εκεί, 2) να αφήνεις τον εαυτό σου στον άλλον, 3) να τον πηγαίνεις στο σπίτι, 4) να τον παίρνεις μαζί

όπου πας, 5) να τον καταγράφεις ως παρουσία στη ζωή σου, 6) να του ενεργοποιείς την ενέργεια, 7) να αναλαμβάνεις την ευθύνη, 8) να ανακαλύπτεις την φίλια και 10) την αμοιβαία μάθηση (Podvoll, 2003, 326-373).

Για την πρακτική λειτουργία του προγράμματος ανατίθενται ρόλοι· του *Συγκατοίκου*, του *Επικεφαλής*, του *εντατικού ψυχοθεραπευτή*, του *φροντιστή ευημερίας*, του *συμβούλου της ομάδας*, του *συμβούλου με ψυχιατρική εμπειρία*, του *συμβούλου εξαρτήσεων* και του *συντονιστή οικογενειών*.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της θεραπείας θεμελιώδεις είναι οι διαλογιστικές πρακτικές που περιλαμβάνουν τη στιγμή σιωπής, τον ομαδικό διαλογισμό, την πρακτική του εκπέμπειν και λαμβάνειν, την εποπτεία σώματος-πνεύματος-λόγου και τον δρόμο του συμβουλίου (Herrick, DiGiacomo & Welsch, 2012).

Κύρια πρόθεση του προγράμματος Άλογο του Ανέμου είναι η μείωση της τάσης των θεραπευτών να ερμηνεύουν, να αναλύουν και να κρίνουν την διαδικασία, μέσα από την οποία περνάει ο πελάτης. Η θεραπευτική εργασία επιτυγχάνεται αρχικά με την ολιστική πρόσβαση στο πρόσωπο, που αναφέρεται στη συνύπαρξη σώματος-λόγου-πνεύματος και στη συνέχεια με την προσήλωση και την διαλογιστική πρακτική, αναγνωρίζοντας και υποστηρίζοντας την ικανότητα του κάθε ανθρώπου για ανάρρωση και υγεία (Herrick, DiGiacomo & Welsch, 2012).

2.5 Το κίνημα «Ακούγοντας φωνές»

Πρωτοπόροι του κινήματος ανάκαμψης, που έχουν προσφέρει ιδέες αλλά και μια νέα γλώσσα για την ανάκαμψη, είναι οι άνθρωποι που ακούνε φωνές. Οι άνθρωποι που ακούνε φωνές επηρέασαν την διεθνή προσπάθεια για το μετασχηματισμό του συστήματος ψυχικής υγείας και τη δημιουργία νέων πρακτικών προσανατολισμένων στην ανάκαμψη· πρακτικές που βοηθούν τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας να χρησιμοποιήσουν την υγεία τους και την ανθεκτικότητά τους για να επιτύχουν τους στόχους τους στη ζωή. Έδωσαν επίσης μια ώθηση να μετατοπιστεί, έστω και λίγο προς το παρόν, η επικοινωνία από το μονόλογο των ειδικών στο λόγο των ίδιων των ληπτών.

Οι ιδέες του κινήματος ‘Ακούγοντας Φωνές’ στηρίζονται σε μια οπτική πιο ενεργητική και άρα πιο αισιόδοξη από αυτήν της κατεστημένης ψυχιατρικής, αφού δεν αντιμετωπίζει τις εμπειρίες των φωνών ως ένα κενό νοήματος και άρα άχρηστο σύμπτωμα. Νέοι δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αυτή την πρακτική αποτελούν: ο αυτοκαθορισμός, η δυνατότητα προσωπικής επιλογής μιας ευέλικτης υποστήριξης, η ύπαρξη ευκαιριών, η προαγωγή της ενδυνάμωσης και της ελπίδας και τέλος, η βοήθεια σε καταστάσεις λελογισμένων κινδύνων (Romme, Escher, Dillon, Corstens & Morris, 2014).

Οι φωνές λοιπόν, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του κινήματος αυτού, έχουν περιεχόμενο, ποιότητα και χαρακτηριστικά. Εμφανίζονται, εξαφανίζονται, δυναμώνουν, σιωπούν. Έχουν ιδιότητα και ταυτότητα. Διερευνώντας τις ‘φωνές’, μπορούν να συσχετιστούν με τα βιώματα του ανθρώπου που τις ακούει. Στο κοινωνικό επίπεδο, μέσα από το κίνημα ‘Ακούγοντας Φωνές’ αναδύθηκε και συνεχίζει να αναδύεται η ανάγκη επικοινωνίας, ανταλλαγής εμπειριών και εξωτερίκευσης σκέψεων και συναισθημάτων σε ένα πλαίσιο ασφάλειας, αποδοχής και εμπιστοσύνης (Romme, Escher, Dillon, Corstens & Morris, 2014).

Σε αντίθεση με την κυρίαρχη ψυχιατρική λογική, το κίνημα των ανθρώπων που ακούνε φωνές εστιάζει στις εμπειρίες και τις ανάγκες των άμεσα ενδιαφερόμενων, αυτών δηλαδή που έχουν βιώσει φωνές ή άλλες ‘μη φυσιολογικές’ αισθητηριακές εμπειρίες. Θέτει στο επίκεντρο της ανάκαμψης από τα ψυχικά προβλήματα τη σχέση με τους άλλους, την προσωπική προσπάθεια, τις προσωπικές επιλογές και την ανάληψη ευθύνης, καθώς και την ανάκτηση του ελέγχου. Η ανάκαμψη είναι μια δυναμική, συνεχής διεργασία που σχετίζεται με «το να παίρνει ο άνθρωπος τη ζωή στα χέρια του». «Αν θες ν’ αλλάξεις, πρέπει να κάνεις κάτι... Η ανάρρωση είναι μια πολύ εξατομικευμένη υπόθεση. Πρέπει να την ορίσεις για τον εαυτό σου» αναφέρει χαρακτηριστικά ο Peter Bullimore, πρόσωπο με ψυχιατρική εμπειρία και σήμερα εκπαιδευτής του δικτύου Ακούγοντας Φωνές και συνιδρυτής του National Paranoia Network στη Βρετανία.

Το να μάθει κανείς να τα βγάζει πέρα με την εμπειρία των φωνών εξηγείται ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει τρεις φάσεις: τη φάση του «ξαφνιάσματος», όπου κυριαρχεί η αγωνία και το αίσθημα

καταβολής· τη φάση της «οργάνωσης», όπου το άτομο που ακούει φωνές ενδιαφέρεται για την εμπειρία και αρχίζει να αναζητά περισσότερες πληροφορίες· τη φάση της «σταθεροποίησης», όπου ανακτά το δυναμικό και τις ικανότητές του (Romme & Morris, 2014, 12-15).

Άνθρωποι που περιγράφουν την πορεία προς την ανάκαμψή τους μιλούν για το πώς αποδέχτηκαν τις φωνές τους ως προσωπικές, πώς έμαθαν να τις διαχειρίζονται και πώς άλλαξαν τη σχέση τους με αυτές με θετικό αποτέλεσμα.

Προσωπικές μαρτυρίες έχουν δείξει ότι συχνά η αποδοχή των φωνών και η συσχέτισή τους με τα γεγονότα της ζωής είναι ο μόνος δρόμος για να αναρρώσει κανείς από τη δυσφορία που αυτές προκαλούν. Πολλές φορές, αντί η θεραπευτική προσπάθεια να επικεντρώνεται στην καταστολή των φωνών είναι περισσότερο βοηθητικό να ενθαρρύνονται αυτοί οι άνθρωποι να αλλάξουν τη σχέση τους με αυτές, να αναπτύξουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους και να ‘επαναδομήσουν’ τον εαυτό τους.

Καθίσταται επίσης φανερό ότι η ανάρρωση από τη δυσφορία που προκαλούν οι φωνές είναι δυνατή μόνο όταν οι φωνές γίνονται αποδεκτές ως μια ανθρώπινη ιδιότητα που εξυπηρετεί μια λειτουργία στη ζωή του ανθρώπου, η οποία μάλιστα αποτελεί ευκαιρία για αναστοχασμό, επαναπλαισίωση των αρνητικών εμπειριών και συμβάλλει στην προσωπική του εξέλιξη.

2.6 Ο Ανοιχτός Διάλογος

Στη Φινλανδία, την δεκαετία του 1980, αναπτύχθηκε μια νέα θεραπευτική πρακτική που επικεντρώνεται στην οικογένεια και στα κοινωνικά δίκτυα. Οι Σεϊκούλα, Αλακάρε και Χαρακάγκας μαζί και με άλλα μέλη, επηρεασμένοι από τις αρχές της συστημικής ψυχοθεραπείας σκέφτηκαν να οικοδομήσουν στην δυτική Λαπωνία ένα καινούριο σύστημα αντιμετώπισης κρίσεων· τον ανοιχτό διάλογο.

Κάποια λειτουργικά στοιχεία αυτού του διαλόγου είναι ότι: α) στην περίπτωση ψύχωσης ή άλλης σοβαρής κρίσης η πρώτη συνάντηση οργανώνεται μέσα σε μια ημέρα, β) σε αυτή τη συνάντηση και σε όλη την διαδικασία παίρνουν μέρος τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του, γ) προσκαλούνται στη

συνάντηση όλοι οι επαγγελματίες που σχετίζονται με την οικογένεια, όπως οικογενειακός ιατρός, ψυχίατρος, κοινωνική υπηρεσία και ανταλλάσσουν απόψεις γύρω από το πώς προέκυψε η κρίση και τι μπορεί και πρέπει να γίνει, δ) οι συνεργάτες παραμένουν οι ίδιοι για όσο διάστημα χρειάζεται να παρέχεται βοήθεια, ε) όλες οι συζητήσεις και οι αποφάσεις για την αντιμετώπιση της κρίσης γίνονται μπροστά στον άμεσα ενδιαφερόμενο και την οικογένειά του.

Ο ανοιχτός διάλογος αναπτύχθηκε μέσα από την ανάλυση προβλημάτων της καθημερινής πράξης και την προσπάθεια να βρεθούν λύσεις αλλάζοντας την οργάνωση του συνολικού συστήματος φροντίδας ατόμων με ψυχικές δυσκολίες. Η ανάπτυξη του ανοιχτού διαλόγου πέρασε από διάφορες φάσεις: 1) αντί της συστημικής οικογενειακής θεραπείας υιοθετήθηκαν ανοιχτές συναντήσεις οικογενειακής φροντίδας. 2) Ιδρύθηκε τμήμα αντιμετώπισης κρίσεων για να οργανώσει ομάδες εξειδικευμένης παρέμβασης για ασθενείς τμημάτων οξέων περιστατικών. 3) Τα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία άρχισαν να οργανώνουν κινητές μονάδες παρέμβασης σε κρίση.

Λαμβάνοντας υπόψιν τη μακρά παράδοση της Φινλανδίας στη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, η ιδέα του ανοιχτού διαλόγου σήμαινε την παροχή ψυχοθεραπευτικής βοήθειας στους άμεσα ενδιαφερόμενους μέσα στο φυσικό κοινωνικό υποστηρικτικό τους σύστημα. Από τις πολλές έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την διαδικασία του ανοιχτού διαλόγου προέκυψαν επτά βασικές αρχές: 1) *άμεση υποστήριξη*, 2) *συγκέντρωση στο κοινωνικό δίκτυο*, 3) *ευελιξία και κινητικότητα*, 4) *υπευθυνότητα*, 5) *ψυχολογική συνέχεια*, 6) *ανοχή στην αβεβαιότητα*, 7) *προώθηση του διαλόγου*. (Aaltonen et al.1997, Haarakangas 1997, Seikkula 1991, 1994, Seikkula et al. 2003,2006), που συμπληρώθηκαν με γενικές ιδέες με το τι κάνει καλή μια θεραπεία.

Ο ανοιχτός διάλογος περιλαμβάνει δύο πλευρές· πρώτον τις συναντήσεις, όπου παίρνουν μέρος όλοι οι εμπλεκόμενοι από την αρχή, προκειμένου να βρεθεί, μέσω διαλόγου μια κοινή κατανόηση και δεύτερον το συνολικό σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Σεικούλα & Αλακάρε 2012).

Στη θεραπευτική συνάντηση οι εμπλεκόμενοι συζητάνε όλα τα σχετικά με την κατάσταση θέματα, όλα δε τα σχέδια και οι αποφάσεις για το χειρισμό της κατάστασης συμφωνούνται παρουσία όλων. Τρεις είναι οι βασικές λειτουργίες της θεραπευτικής συνάντησης: 1) συγκέντρωση πληροφοριών, 2) ανάπτυξη θεραπευτικού σχεδιασμού και λήψη αποφάσεων πάνω στο αναλυμένο πια πρόβλημα, 3) ανάπτυξη ενός ψυχοθεραπευτικού διαλόγου. Σημείο έναρξης της θεραπείας είναι η γλώσσα της οικογένειας, όπως αυτή περιγράφει το πρόβλημα, ενώ παράλληλα τα προβλήματα αντιμετωπίζονται ως κοινωνικές κατασκευές (Bakhtin 1984, Gergen 1994, 1999, Shotter 1993a, 1993b). Οι παρόντες μιλούν με την δική τους φωνή και η ακρόαση είναι και το σημαντικότερο κομμάτι του διαλόγου. Τα μέλη της ομάδας μπορούν να αναστοχάζονται φωναχτά και η οικογένεια να ακούει, ενώ συνολικά η συζήτηση εστιάζεται στην ενδυνάμωση του ενήλικου μέρους του ασθενούς και στη φυσιολογικοποίηση της κατάστασης (Alanen et al. 1991). Η συνάντηση πραγματοποιείται σε ανοιχτό μέρος, όπου όλοι οι συμμετέχοντες κάθονται σε κύκλο. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας αναλαμβάνουν το συντονισμό του διαλόγου, προγραμματισμένα από πριν για το ποιο από τα μέλη θα θέτει τις ερωτήσεις ή και απρογραμμάτιστα οποιοδήποτε μέλος. Όλοι οι παρόντες μπορούν να σχολιάσουν οτιδήποτε, χωρίς ωστόσο να διακόπτουν τους διαλόγους που είναι σε εξέλιξη και κάθε νέος ομιλητής οφείλει να λάβει υπόψιν όσα μόλις ειπώθηκαν. Στο τέλος της συνάντησης συνοψίζονται τα θέματα που συζητήθηκαν και ποιες αποφάσεις πάρθηκαν.

Σε μια κρίση η ομάδα παρέμβασης πρέπει να οργανώνει άμεσα, εντός 24ώρου, μια συνάντηση. Στόχος αυτής της άμεσης παρέμβασης είναι να αποφευχθεί μια ψυχιατρική εισαγωγή. Επίσης, κατά την πρώτη συνάντηση μπορεί τα σχόλια του ατόμου σε κρίση να μοιάζουν ακτάληπτα κι αυτό γιατί βιώνει κάτι που δεν μπορεί να αντιληφθεί η υπόλοιπη οικογένεια, αλλά στη συνέχεια γίνεται φανερό ότι ο πάσχων μιλούσε για πραγματικά γεγονότα που δε συζητήθηκαν ποτέ πριν την κρίση. Με άλλα λόγια, κατά την διάρκεια της κρίσης το άτομο αποκτά πρόσβαση σε κάτι που αδυνατούν να φτάσουν οι άλλοι στο περιβάλλον του, οπότε στόχος της θεραπείας είναι να γίνει επεξεργασία βιωμάτων για τα οποία δεν υπήρχαν έως τότε λόγια ή μια κοινή γλώσσα. Μόνο αν αντιδράσει γρήγορα η ομάδα θα μπορέσει να

αφουγκραστεί τον πελάτη σε όλα τα θέματα που αναφέρονται, να βρεθεί το καταλληλότερο πλαίσιο αντιμετώπισης και η πρόγνωση να είναι καλύτερη (Σεικούλα & Αλακάρε, 2012).

Στις πρώτες συναντήσεις πάντα προσκαλούνται οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και άλλα σημαντικά μέλη του κοινωνικού τους δικτύου, όπως εκπρόσωποι υπηρεσιών, συνάδελφοι, προϊστάμενοι, γείτονες ή φίλοι. Αυτό γίνεται για να κινητοποιηθούν δυνάμεις υποστήριξης για τον ασθενή και την οικογένειά του. Τα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να συμβάλουν στην διαδικασία ορισμού του προβλήματος, αφού ένα πρόβλημα γίνεται πρόβλημα από τη στιγμή που ορίζεται ως τέτοιο στη γλώσσα του ασθενούς ή των οικείων του προσώπων (Σεικούλα & Αλακάρε, 2012).

Το πρόγραμμα του Ανοιχτού Διαλόγου χαρακτηρίζεται επίσης από ευελιξία, καθώς δεν υπάρχει κανένα θεραπευτικό σχήμα γενικής ισχύος. Η θεραπεία προσαρμόζεται στις ειδικές και εναλλασσόμενες ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η διάρκεια επίσης της θεραπείας είναι ατομικά προσδιορισμένη και προσαρμόζεται στο πρόβλημα.

Όσον αφορά την οργάνωση της εξειδικευμένης ομάδας παρέμβασης αυτή πραγματοποιείται στην πρώτη συνάντηση και συγκροτείται από επαγγελματίες διαφορετικών τμημάτων· παραδείγματος χάρη εκπρόσωπο της κοινωνικής πρόνοιας, των εξωτερικών ιατρείων και του τμήματος οξέων περιστατικών. Τα μέλη της ομάδας φροντίζουν να συγκεντρωθούν όλες οι αναγκαίες πληροφορίες και να ληφθούν οι καλύτερες δυνατές αποφάσεις. Η ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη για τη θεραπεία για όσο χρονικό διάστημα χρειαστεί, εντός και εκτός ψυχιατρικού τμήματος, ώστε να εγγυηθεί η ψυχολογική συνέχεια. Η ψυχολογική συνέχεια μπορεί να επιτευχθεί με την ενσωμάτωση ή συνένωση θεραπευτικών μεθόδων σε μια θεραπευτική διαδικασία, ώστε το ένα να συμπληρώνει το άλλο (Σεικούλα & Αλακάρε, 2012).

Σε μια κρίση οι συνεργάτες πρέπει να εξασφαλίσουν την ασφάλεια όσων εμπλέκονται στην κατάσταση. Η οικοδόμηση εμπιστοσύνης στην από κοινού διαδικασία ενισχύει κάτι τέτοιο. Η οικογένεια δεν πρέπει να αφηθεί μόνη με τα προβλήματά της. Αντίθετα, το αίσθημα ασφάλειας που προσφέρει η ομαδική δουλειά ενισχύει την δυνατότητα να ακουστούν όλοι στη θεραπευτική συνομιλία. Αν τα μέλη της ομάδας μπορούν να ακούσουν ο ένας τον άλλον, τότε μπορούν να κάνουν το ίδιο και τα μέλη της οικογένειας (Σεικούλα & Αλακάρε, 2012). Κατά τις οξείες ψυχωσικές φάσεις αποφασίζεται σε κάθε

συνάντηση πότε θα γίνει η επόμενη, χωρίς να υπάρχει αυστηρό θεραπευτικό συμβόλαιο. Επιπλέον κατά τις πρώτες εβδομάδες δε χορηγούνται νευροληπτικά φάρμακα, καθότι τα νευροληπτικά ηρεμούν και καταστέλλουν και γι' αυτό μπορεί να ακυρώσουν την ψυχολογική επεξεργασία του βιώματος.

Οι συναντήσεις αποσκοπούν στην ενίσχυση του διαλόγου κυρίως, αλλά και στην αλλαγή του ασθενούς ή της οικογένειας. Ο διάλογος, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, παράγει μια νέα κατανόηση, η οποία δίνει την ευκαιρία στις οικογένειες και τους ίδιους τους ασθενείς να αυξήσουν την ικανότητα δράσης συζητώντας τα προβλήματα.

Έρευνες που διενεργήθηκαν με ασθενείς που εκδήλωσαν για πρώτη φορά ψύχωση, ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του Ανοιχτού Διαλόγου, έδειξαν πολύ θετικά αποτελέσματα (Seikkula & Arnkil, 2006). Αυτά τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να στηρίζουν την άποψη ότι οι ψυχώσεις δε χρειάζεται να θεωρούνται ενδείξεις μιας ασθένειας, αλλά θα έπρεπε να εκλαμβάνονται περισσότερο ως ένας τρόπος διαχείρισης κρίσεων και ότι οι περισσότεροι άνθρωποι μετά από μια κρίση είναι σε θέση να ζήσουν πάλι μια ενεργητική κοινωνική ζωή. Αντί λοιπόν να εφαρμόζονται επιθετικές παρεμβάσεις με στόχο την ταχεία καταστολή των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, ίσως η οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να δώσει έμφαση στην οργάνωση του κοινωνικού δικτύου του ατόμου που βρίσκεται σε κρίση και στην εξασφάλιση και ανάπτυξη του κοινωνικού του κεφαλαίου.

2.7 Η Αφηγηματική / διαλογική προσέγγιση

Στο χώρο της ψυχοθεραπείας σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι αφηγήσεις ενός ατόμου σχετικά με τις ιστορίες της ζωής του και γενικά των εμπειριών του. Με τις ιστορίες της ζωής μας που προσδιορίζονται από την προηγούμενη εμπειρία μας, τις συνθήκες του παρόντος και την κοινωνική αναγνώριση, σχηματίζεται και μετασχηματίζεται η αίσθηση του εαυτού. Οι αφηγήσεις του εαυτού συνδέουν το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον, παρέχοντας μια βιογραφική συνοχή στο άτομο. Συνδέουν επίσης σκέψεις, αισθήσεις, συναισθήματα και πράξεις, έτσι ώστε η αίσθηση του εαυτού να χαρακτηρίζεται από μια συνεκτικότητα και τελικά η ζωή να αποκτά νόημα και αξία. Με τις αφηγήσεις

καθοδηγείται η δράση του ατόμου στον κόσμο. Σε κάποιες περιπτώσεις ατόμων οι αφηγήσεις του εαυτού υστερούν σε πλούτο και αρτιότητα κι αυτό προσανατολίζει το ενδιαφέρον κάποιων ερευνητών προς την διερεύνηση προβλημάτων ψυχικής υγείας (Γεωργάκα, 2013).

Διέκριναν οι ερευνητές αφηγήσεις **φτωχές** που χαρακτηρίζονται από μονότονο σενάριο, με έλλειψη συναισθήματος και φτωχό σε νόημα, που δεν απεικονίζουν με επάρκεια τον εσωτερικό κόσμο του ατόμου και αφηγήσεις **αποδιοργανωμένες**, στις οποίες δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ των αφηγούμενων γεγονότων, μεταξύ πτυχών του εαυτού και των άλλων, μεταξύ διαφορετικών ιστοριών και μεταξύ διαφορετικών νοητικών πεδίων (φαντασία, μνήμη, αντίληψη). Αυτές οι αφηγήσεις δημιουργούν μια σύγχυση στο άτομο και δεν του επιτέπουν να εκφράσει με συνέπεια τις επιθυμίες και τις ανάγκες του και να οργανώσει τη δράση στη ζωή του.

Σε περιπτώσεις ψύχωσης το περιεχόμενο, η μορφή και η ποιότητα των αφηγήσεων του εαυτού φαίνονται να είναι ιδιαίτερα διαταραγμένα. Ο Lysaker υποστηρίζει ότι κύριο γνώρισμα της ψύχωσης είναι η αλλοίωση της διαλογικής δομής του εαυτού· όταν δηλαδή οι εσωτερικευμένες θέσεις, χαρακτήρες και φωνές που συγκροτούν τον εαυτό παύουν να διαλέγονται μεταξύ τους (Lysaker & Lysaker, 2002, 2008). Υπό συνήθεις συνθήκες οι σχέσεις αυτές είναι οργανωμένες ιεραρχικά και σταθερές στο χρόνο. Σύμφωνα με τον Lysaker, αποτέλεσμα της βασικής αποδιοργάνωσης που προκύπτει από την διαλογική δομή του εαυτού είναι το πρωταρχικό σύμπτωμα της ψύχωσης, αφού το άτομο δυσκολεύεται να συγκροτήσει κατάλληλες θέσεις του εαυτού και αυτό επηρεάζει δραματικά την ικανότητά του να συνδιαλλαγεί με τους άλλους και να δράσει. Κατά τους Holma και Aaltonen στην οξεία ψυχωτική φάση η αφήγηση καταρρέει και το άτομο βρισκόμενο σε μια προ-αφηγηματική κατάσταση δεν μπορεί να αποτυπώσει και να δώσει νόημα στη βιωμένη εμπειρία του και άρα δεν μπορεί να παράσχει συνοχή στον εαυτό του (Holma & Aaltonen, 1997,1998). Η βιωμένη εμπειρία του ατόμου παραμένει εκτός αφήγησης και επομένως δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο επεξεργασίας.

Στην αφηγηματική και διαλογική προσέγγιση κύριος στόχος είναι να αναδειχθούν οι διαδικασίες μετασχηματισμού της ψύχωσης, που αποτελούν συστατικά στοιχεία της ανάρρωσης και όχι απλά να περιγραφούν οι αλλοιώσεις της αφήγησης. Ενδιαφέρει να περιγραφούν τόσο οι διαδικασίες

μετασχηματισμού της αφήγησης στην ψυχοθεραπεία, όσο και οι στρατηγικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν υποστηρίζοντας αυτόν τον μετασχηματισμό στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας (Γεωργάκα, 2013). Έτσι, η ψυχοθεραπεία της ψύχωσης στην αφηγηματική προσέγγιση αποσκοπεί στο να ενθαρρύνει το άτομο να δημιουργήσει περισσότερες συνεκτικές αφηγήσεις και κατεπέκταση να μπορεί να εκφράσει ανάγκες, επιθυμίες, σκέψεις και συναισθήματα, ενισχύοντας παράλληλα την αίσθηση αυτονομίας του και ελέγχου (Holma & Aaltonen, 1997, 1998. Lysaker, Lysaker & Lysaker, 2001).

Στην πορεία της ανάρρωσης η αφήγηση εμπλουτίζεται, καθώς αυξάνονται οι θετικές θέσεις του εαυτού έναντι των αρνητικών, αυξάνεται η αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτήρων και η πολυπλοκότητα των θέσεων (Lysaker, Lancaster & Lysaker, 2003). «Η ανάκαμψη συνδέεται με αλλαγές τόσο στο περιεχόμενο όσο και στη μορφή των αφηγήσεων» (Γεωργάκα, 2013, 9). Το κεντρικό στοιχείο γύρω από το οποίο διαμορφώνεται η μορφή της αφήγησης είναι η αύξηση της αφηγηματικής συνοχής: τα στοιχεία της ιστορίας συνδέονται λογικά μεταξύ τους, τοποθετούνται σε χρονική συνέχεια, οι θέσεις του εαυτού μετακινούνται με ευελιξία και η παρουσίαση της ιστορίας της ψύχωσης γίνεται με τρόπο κατανοητό από τον εαυτό και τους άλλους (France & Uhlin, 2006. Lysaker & Lysaker, 2004b).

Εξάλλου, όπως αναφέρεται και στην πρακτική του ανοιχτού διαλόγου, στόχος της ψυχοθεραπείας της ψύχωσης είναι η υποστήριξη του ατόμου στο να αναπτύξει μια αφήγηση που να νοηματοδοτεί την εμπειρία του, να έχει υποκειμενική συνοχή και συγκρότηση και να παρέχει βιογραφική συνέχεια ανάμεσα σε βιώματα του παρελθόντος και την παρούσα κατάσταση (Γεωργάκα, 2013).

Συνοψίζοντας, η μελέτη των αλλοιώσεων των αφηγήσεων στην ψύχωση κατέχει κομβικό ρόλο για την κατανόηση της ψυχωτικής εμπειρίας στην αφηγηματική ή/ και διαλογική πρακτική. Σε αυτή την προσέγγιση η αναδόμηση των αφηγήσεων αποτελεί το πυρηνικό εργαλείο για την ανασυγκρότηση του εαυτού και της ανάρρωσης. Πρέπει ακόμη να επισημανθεί ότι η μορφή, αλλά και το περιεχόμενο της αφήγησης συγκροτούνται κοινωνικά, σε διαχρονικό επίπεδο και ανάλογα με το διαδραστικό και ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Γεωργάκα, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

3.1 Η Τέχνη ως εργαλείο ενδυνάμωσης

Στην ελληνική γλώσσα η λέξη τέχνη αφορά οποιαδήποτε διαδικασία για την παραγωγή κάποιου προϊόντος, εμπεριέχοντας στην ουσία την έννοια της δημιουργίας. Η δημιουργική έκφραση μέσω της τέχνης αποκαλύπτει συναισθήματα, ιδέες, την αίσθηση ή τον οραματισμό του δημιουργού. Αυτά τα χαρακτηριστικά της την καθιστούν ικανή να αποτυπώσει, αλλά και να μεταμορφώσει την πραγματικότητα του ανθρώπου.

Η ιδέα της χρήσης της τέχνης για θεραπευτικούς σκοπούς γεννήθηκε πριν αρκετές δεκαετίες. Ο ίδιος ο Φρόυντ είχε υποστηρίξει ότι η τέχνη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν το κλειδί για πρόσβαση στο ασυνείδητο. Σύμφωνα με τον ίδιο και την ψυχαναλυτική θεώρηση η τέχνη αποτελεί το μέσο για μετατροπή των ενδογενών τάσεων του ανθρώπου σε δημιουργική έκφραση μέσω του αμυντικού μηχανισμού της μετουσίωσης. Στη συνέχεια, η Melanie Klein συνέδεσε τη μετουσίωση με το πένθος, υποδεικνύοντας ότι στη βάση κάθε δημιουργικής δραστηριότητας υπάρχει πάντα και η έννοια του πένθους, αφού εμπεριέχεται η έννοια του θανάτου. Πεθαίνει το παλιό και γεννιέται κάτι καινούριο.

Πάνω σε αυτή τη βάση γεννήθηκε η Art Therapy (θεραπεία μέσω τέχνης). Η Τέχνη μπορεί να δράσει θεραπευτικά επιτελώντας δύο σκοπούς: αυτόν της συμβολοποίησης και υποκειμενοποίησης σε ατομικό επίπεδο και αυτόν της διαμεσολάβησης σε συλλογικό επίπεδο (Μάτσα, 2008).

Μέσα από τη φαινομενολογική προσέγγιση της ψύχωσης παραπάνω περιγράφηκε το βίωμα της ψύχωσης ως η αποσύνδεση του ατόμου από το σώμα και το περιβάλλον του, με χαρακτηριστικά αποπροσωποποίησης και αλλοίωσης του εαυτού. Αναμενόμενο είναι λοιπόν οι διαδικασίες της συμβολοποίησης και της υποκειμενοποίησης στο ψυχωτικό άτομο να παρουσιάζει σημαντικά ελλείματα. Με άλλα λόγια το άτομο αδυνατεί να εκφράσει με λέξεις τα βιώματα και τα συναισθήματα αυτά που ήταν τόσο τραυματικά για αυτό, σε σημείο που το οδήγησαν στο να εκδηλώσει ψύχωση και αντίστοιχα, υπάρχει σημαντική δυσκολία στο να οριοθετήσει την υπόστασή του ως υποκείμενο. Σε αυτή τη δυσκολία καλείται η Τέχνη να λειτουργήσει σαν όχημα για να εκφραστεί το τραύμα και ο πόνος που το συνοδεύει.

Το ψυχωτικό άτομο, με εργαλείο την τέχνη αποκτά πρόσβαση στο φαντασιακό και το συμβολικό και συγκροτείται ως υποκείμενο, «επιτρέποντας καταρχήν μια συνειδητοποίηση εαυτού και στη συνέχεια μια εσωτερική αναδόμηση χάρη στη δομική εξουσία των εσωτερικών νόμων κάθε τέχνης» (Jacquement, 2003, 21).

Μέσω της συμβολικής δραστηριότητας δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να νοηματοδοτήσει τις εμπειρίες του και να δημιουργήσει ευκαιρίες επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους και τον εξωτερικό κόσμο. Αυτή η δραστηριότητα αναπτύσσεται σε τρία επίπεδα: της *έκφρασης*, του *σημαίνοντος* και των *σχέσεων*. Η τέχνη, ως δημιουργική δραστηριότητα αποτελεί από τη φύση της μέσο έκφρασης, έχει μια σημαίνουσα διάσταση και απευθύνεται κάπου. Από το συμβολικό δομείται και το *φαντασιακό*, δηλαδή «οι φαντασιώσεις, οι έννοιες και οι αναπαραστάσεις σύμφωνα με τις οποίες ο ανθρώπινος ψυχισμός αντιλαμβάνεται και επινοεί εκ νέου την πραγματικότητα» (Μάτσα, 2008, 113). Συνεπώς, οι διάφορες μορφές της τέχνης και τα υλικά που χρησιμοποιεί, όπως είναι η ζωγραφική, το θέατρο, ο χορός, η ποίηση, δίνουν την ευκαιρία στον ψυχικά πάσχον να ενσωματώσει μέσω της συμβολοποίησης το μη αναπαραστάσιμο που του προκαλεί δυσφορία και άγχος. Αντίστοιχα το σημαίνον διαμορφώνεται από την επιθυμία του δημιουργού, το όραμά του και την οπτική του για την πραγματικότητα. Με αυτόν τον τρόπο μέσω της κουλτούρας και της καλλιτεχνικής δημιουργίας, δηλαδή μέσω της «εργασίας του πολιτισμού», που αποκαλούσε και ο Φρόυντ το 1929, κατακτάται η δυνατότητα συμβολοποίησης και υποκειμενοποίησης, αφού επιτρέπει μια εμπειρία εαυτού λεκτική και συμβολική. Έτσι, η τέχνη, μέσω της θεραπευτικής της διάστασης, επιτρέπει την πρόσβαση στις ελλειμματικές ή και διαταραγμένες ψυχικές διεργασίες με σκοπό να παραχθεί μία καινούρια γλώσσα στη θέση αυτής που απουσιάζει από το ψυχωτικό άτομο.

Από την άλλη μεριά, αυτό που αποκαλούμε συμβολικό αναφέρεται και σε μια διαδικασία ανταλλαγών και επικοινωνίας. Θεμελιώνεται έτσι η βάση για τη συγκρότηση σχέσεων του ατόμου τόσο με τον εαυτό του όσο και με τους άλλους ανθρώπους, μια δραστηριότητα που αποκτά ιδιαίτερα μεγάλη αξία για την ενδυνάμωση ενός ατόμου που βρίσκεται σε μια διαδικασία ανάκαμψης από ψυχωτικές

εμπειρίες, λόγω και της αλλοτρίωσης του εαυτού και της ταυτότητάς του, αλλά και της κοινωνικής απομόνωσης και κοινωνικού αποκλεισμού που επιδέχεται.

Έτσι, από ένα έργο τέχνης μπορούμε να αντλήσουμε χρήσιμες πληροφορίες για τον εσωτερικό ψυχικό κόσμο ενός ατόμου και με αυτόν τον τρόπο να λειτουργήσει η τέχνη ως διαμεσολαβητής σκέψεων, ιδεών και συναισθημάτων. Όμως καμία διαμεσολάβηση δεν παράγει ψυχική ανάπτυξη, εάν δεν επικοινωνείται από ένα υποκείμενο σε ένα άλλο (Μάτσα, 2008). Αυτόν τον ρόλο της διαμεσολάβησης μπορεί να παίξει και πάλι η τέχνη με τα μέσα που χρησιμοποιεί. Γίνεται δηλαδή η τέχνη το όχημα για την ανταλλαγή εμπειριών και χειρονομιών δημιουργώντας δεσμούς και μεταμορφώνοντας το ενδοψυχικό και το διυποκειμενικό πεδίο για να συμβάλει στην ανθρώπινη μετάδοση. Επιτελεί ένα ρόλο προβληματισμού, ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης, απελευθερώνοντας ταυτόχρονα το ψυχωτικό άτομο από τα δεσμά της ψυχικής του οδύνης. Εκφράζει την προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τη μοναξιά που βιώνει λόγω της ψυχωτικής του εμπειρίας και να συνδεθεί με τον εξωτερικό κόσμο και ταυτόχρονα το εξοπλίζει με τη δύναμη και το θάρρος που απαιτεί μια τέτοια πράξη. Εξάλλου, το αισθητικό δεν μπορεί να απομονωθεί από το κοινωνικό. Στη βάση αυτής της χειραφετικής λειτουργίας της τέχνης οικοδομείται η σχέση της με τη θεραπεία και μεταμορφώνει το άτομο σε ένα κοινωνικό υποκείμενο.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν άτομα με ιστορικό ψύχωσης, αλλά και γενικότερα εμπεριέχουν ένα βαθύ κοινωνικό νόημα. Μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία της τέχνης το άτομο αναζητά ένα καινούριο προσωπικό νόημα στο οποίο επενδύει συναισθηματικά και οργανώνει την πράξη του, καλλιεργώντας παράλληλα κριτική συνείδηση. Από παθητικό θεατή ο ψυχωτικός μετατρέπεται σε ενεργό διεκδικητή μιας νέας ψυχοκοινωνικής και πολιτιστικής ταυτότητας.

3.2 Η ιστορία της τέχνης στην ψύχωση

Τουλάχιστον τα τελευταία τριάντα χρόνια του 19^{ου} αιώνα ανευρίσκονται για πρώτη φορά

πληροφορίες σχετικές με την εκδήλωση ενδιαφέροντος, από την πλευρά ψυχιάτρων, για την αυθόρμητη παραγωγή έργων τέχνης από άτομα με ψύχωση. Αυτό το ενδιαφέρον αρχικά είχε καθαρά επιστημονικό προσανατολισμό και αποσκοπούσε στο να χρησιμοποιηθούν τα έργα τέχνης ως διαγνωστικά ή/και ταξινομητικά εργαλεία και προκειμένου να εμπλουτιστεί το ιατρικό ιστορικό των ψυχικά πασχόντων.

Θα μπορούσαμε να παραθέσουμε ονόματα επιστημόνων που ασχολήθηκαν με τέτοιου είδους έρευνα για αυστηρά επιστημονικούς σκοπούς και διαμόρφωσαν συλλογές τέτοιων έργων, όπως ήταν ο Max Simon (1888), ο Jules Séglas (1892), ο Joseph Rogues de Fursac (1905) από τη γαλλική βιβλιογραφία. Κυρίως όμως στη γερμανόφωνη ψυχιατρική κοινότητα αξίζει να αναφερθεί η διαφοροποίηση του Fritz Mohr (1874-1966), ο οποίος ενδιαφέρθηκε για έργα που δημιουργήθηκαν κατ'επίκληση και ζήτησε από ασθενείς να κατανοήσουν και να ολοκληρώσουν ημιτελείς εικονοποιημένες ιστορίες παρακολουθώντας τη συναισθηματική ανταπόκρισή τους στις εικόνες που τους επιδείκνυε. Η έρευνα αυτή του Mohr θυμίζει κάποιες από τις σύγχρονες ψυχολογικές και νευροψυχολογικές δοκιμασίες (MacGregor, 1989).

Άρχισαν λοιπόν να οργανώνονται εκθέσεις έργων ψυχωτικών ασθενών, με πρώτη το 1900 στο Λονδίνο στο Bethlem Royal Hospital, με καθαρά ιατρικούς στόχους, αφού ο οργανωτής της Theophilus Bulkeley Hyslop θέλει να υποστηρίξει τη θεωρία του εκφυλισμού αποδεικνύοντάς την με την παρουσίαση των έργων των ασθενών. Τη δεύτερη έκθεση στην ψυχιατρική κλινική Villejuif στο Παρίσι το 1900 εμπνέεται ο ψυχίατρος Auguste-Armand Marie. Ο Marie με άρθρο του, που δημοσίευσε το 1905 σε περιοδικό ευρείας κυκλοφορίας, επιχείρησε να γίνει γνωστή η συλλογή του (με έργα ασθενών) στο ευρύτερο κοινό. Το άρθρο του με τίτλο «La musée de la folie» περιλαμβάνει κάποια από τα έργα της συλλογής του.

Κατά τον Marie η ψύχωση κάποιων ασθενών αφύπνισε καλλιτεχνικές ικανότητές τους άγνωστες μέχρι τότε. Και όταν ο Marie δώρισε ένα μεγάλο μέρος της συλλογής του στην ψυχιατρική κλινική της Χαϊδελβέργης και εμπλούτισε τη συλλογή του Prinzhorn, αποτέλεσε μέρος της πρώτης έκθεσης με έργα ψυχικά ασθενών που έγινε σε γκαλερί, τη Max Bine το 1929 κι όχι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο κι όπου προσκεκλημένος ομιλητής ήταν ο Hanz Prinzhorn. Την ίδια εποχή οι καλλιτέχνες, επηρεασμένοι από τα

βιβλία τριών ψυχιάτρων στρέφονται προς τα έργα των ψυχικά πασχόντων, καθώς νέα καλλιτεχνικά ρεύματα εμφανίζονται, που αναζητούν τη γνησιότητα και την αυθεντικότητα της έκφρασης στην προϊστορική τέχνη, σε αυτοδίδακτους, στην τέχνη των παιδιών και των περιθωριακών. Οι τρεις αυτοί ψυχίατροι, ο Marcel Réjá, ο Walter Morgenthaler και ο Hanz Prinzhorn έχουν ιδιαίτερη καλλιτεχνική παιδεία και γράφουν λιγότερο ως ψυχίατροι και περισσότερο ως τεχνοκριτικοί και θεωρητικοί της τέχνης. Ειδικά δε οι Prinzhorn και Morgenthaler συστήνουν τους ασθενείς κυρίως ως δημιουργούς τέχνης και δευτερευόντως ως ασθενείς (MacGregor, 1989).

Ο Marcel Réjá στο έργο του «Η τέχνη των παραφρόνων: το σχέδιο, η πρόζα και η ποίηση» (*L'art chez les fous: le dessin, la prose, la poésie*) αντιμετωπίζει τις δημιουργίες των ψυχικά πασχόντων σαν έργα τέχνης και επιχειρεί να βρει κοινά σημεία ανάμεσα στα έργα αυτά και την προϊστορική τέχνη, την τέχνη των παιδιών και των ανθρώπων που δεν ανήκουν στο δυτικό πολιτισμό. Αντιμετωπίζει δηλαδή τα έργα των ψυχικά ασθενών στο πεδίο της ιστορίας της τέχνης στη συγχρονική και διαχρονική της διάσταση και όχι στο πεδίο της ψυχιατρικής διάγνωσης και ιστορίας της ψυχιατρικής. Απευθύνεται πρωτίστως όχι σε ψυχιάτρους, αλλά σε καλλιτέχνες και σε ένα ευρύτερο κοινό, επιδιώκοντας να τους ευαισθητοποιήσει ως προς μια νέα μορφή τέχνης· μάλιστα έχει επίγνωση ότι κινείται σε ένα εντελώς ανεξερεύνητο πεδίο, χωρίς να παραπέμπει σε προηγούμενη βιβλιογραφία, αν και ο ίδιος είχε δημοσιεύσει προηγουμένως εργασία το 1901, με τίτλο «*L'art malade: dessin des fous*» (Η νοσούσα τέχνη: σχέδια παραφρόνων) (Πετρίκης, 2019).

Ο Réjá πιστεύει ότι δεν υπάρχει χάσμα ανάμεσα στην καλλιτεχνική παραγωγή των υγιών και των ψυχικά πασχόντων. Γι' αυτό και μελετώντας την τέχνη των δευτέρων μπορεί να αποκαλύψει πιο εύκολα τα κίνητρα της καλλιτεχνικής δραστηριότητας γενικά. Εντυπωσιάζεται από την εκφραστική και συναισθηματική ένταση των έργων αυτών, καθώς αυτά εκφράζουν μια 'διαταραγμένη' αντίληψη της πραγματικότητας, που δικαιολογεί την προσφυγή σε νέα εκφραστικά μέσα και θεωρεί πολύ ενδιαφέρουσες τις περιπτώσεις όπου ασθενείς δημιούργησαν έργα τέχνης απελευθερώνοντας δυνάμεις, εγκλωβισμένες εώς τότε μέσα τους και αναδείχθηκαν σε καλλιτέχνες, χωρίς προηγουμένως να έχουν τέτοιες ανησυχίες (MacGregor, 1989).

Ο Marcel Rejá με το έργο του σχετικά με την τέχνη των ψυχικά ασθενών έγινε περισσότερο γνωστός ως κριτικός τέχνης, παρά ως κλινικός ψυχίατρος που ήταν στην πραγματικότητα με το όνομα Paul Gaston Meunier. Το έργο του Rejá-Meunier είχε μεγάλη απήχηση στο ευρύτερο κοινό, γεγονός που αποδεικνύει ο πίνακας που ζωγραφίζει την ίδια χρονιά ο Picasso *Οι δεσποινίδες της Αβινιόν* («Les Demoiselles d'Avignon»), όπου και αμφισβητεί τις καθιερωμένες εκφραστικές φόρμες και επιδιώκει την επανασύνδεση της ζωγραφικής με τις αρχέγονες πηγές της (MacGregor, 1989).

Ένα δεύτερο βιβλίο που τράβηξε επίσης την προσοχή των καλλιτεχνών προς τα έργα των ψυχικά ασθενών είναι η μονογραφία: «Ένας ψυχικά ασθενής ως καλλιτέχνης. Adolph Wölflli» του Walter Morgenthaler, που εκδόθηκε σε σειρά βιβλίων με την επιμέλεια του Karl Jaspers το 1921. Με την έκδοση της μονογραφίας αυτής επιδιώκεται να γίνουν γνωστά δεδομένα που αποκτήθηκαν από την κλινική εμπειρία ψυχιάτρων και να αποτελέσουν αντικείμενο έρευνας άλλων επιστημονικών πεδίων. Στο πρώτο μέρος του βιβλίου του Morgenthaler περιγράφεται η ζωή, η νόσος και το έργο του Adolph Wölflli, ενώ το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει μια ψυχολογική και ψυχοπαθολογική σύνοψη και κλείνει «*σχετικά με το καλλιτεχνικό στον Wölflli και γενικά*». Ο Morgenthaler ανακαλύπτει στον Wölflli μια δημιουργική ορμή, κοινή σε όλους τους ανθρώπους και όχι απλά τις καλλιτεχνικές ικανότητες ενός ψυχικά πάσχοντος. Έτσι ο ψυχικά ασθενής Wölflli αντιμετωπίζεται ως δημιουργός καλλιτεχνικού έργου. Ο Morgenthaler γνώρισε και κέρδισε την εμπιστοσύνη του Wölflli στην κλινική Waldau στη Βέρνη της Ελβετίας, όπου νοσηλεύονταν ο Wölflli, και ο ίδιος διετέλεσε διευθυντής της κλινικής από το 1913 έως το 1920. Στην κλινική Waldau ο Wölflli είχε διακοσμήσει ένα χώρο ειδικά διαμορφωμένο, όπου ο Morgenthaler διαμόρφωσε μια από τις πρώτες συλλογές με έργα ασθενών και στη μονογραφία του για τον Wölflli λειτουργεί ως κριτικός τέχνης και όχι ως ψυχίατρος, παρόλο που οι σπουδές του δεν ήταν σχετικές με την Τέχνη, είχε όμως ευρεία γνώση των ρευμάτων και της ιστορίας της Τέχνης. Ο Wölflli, που το 1895 εισήχθη στην κλινική Waldau ως επικίνδυνος για τη δημόσια τάξη, αφού διαγνώστηκε ως ψυχικά ασθενής, δεν είχε κάποια ιδιαίτερη σχολική εκπαίδευση και μόλις το 1899 αρχίζει να γράφει και να σχεδιάζει, ενώ ήταν ήδη από το 1895 τρώφιμος της κλινικής. Τα πιο σημαντικά έργα του φιλοτέχνησε κατά τα πρώτα δέκα χρόνια της δημιουργικής περιόδου του. Ο Morgenthaler διέκρινε ότι όταν οι γιατροί

ενδιαφέρονταν για τα έργα του Wölfli, αυτός επηρεαζόταν δυσμενώς στη δημιουργικότητά του, κάτι το οποίο έγινε αντιληπτό από τους εργοθεραπευτές στις ψυχιατρικές κλινικές και γι' αυτό αργότερα τα έργα που παρήγαγε για πώληση ήταν πολύ χαμηλότερης ποιότητας από αυτά που κρατούσε για τον εαυτό του. Ο Morgenthaler μελετώντας τα έργα του Wölfli θαύμαζε τη γεωμετρική αφαίρεση που κυριαρχούσε και διαπίστωσε ότι ο Wölfli ζωγράφιζε χωρίς προκαθορισμένο στόχο, χωρίς οργάνωση. Είχε μόνο ως στόχο να σχεδιάσει κάτι όμορφο. Γι' αυτό και δε συγκρίνει τον Wölfli με τη μοντέρνα τέχνη, ούτε προσπάθησε να υπεισέλθει σε ζητήματα ψυχιατρικής διάγνωσης. Γνώριζε μόνο ότι είχε μπροστά του έναν καλλιτέχνη σπάνιας αξίας και θεώρησε ότι η μεγαλύτερη συμβολή του Wölfli στην έρευνα της τέχνης των ψυχωτικών ήταν ότι εικονοποίησε με εξαιρετο τρόπο την παράξενη, τρομακτική και απόκοσμη εμπειρία του, γι' αυτό και τον επέλεξε στην έρευνά του (MacGregor, 1989).

Την ίδια αυτή εποχή, που όπως προαναφέραμε, εμφανίζονταν νέα καλλιτεχνικά ρεύματα που ερευνούν έργα αυτοδίδακτων παιδιών και περιθωριακών ο Hanz Prinzhorn, ψυχίατρος με ιδιαίτερη καλλιτεχνική παιδεία και ενασχόληση με την τέχνη, αναλαμβάνει το 1919 ως βοηθός του καθηγητή Karl Wilmanns στην κλινική της Χαϊδελβέργης τη μελέτη των σχεδίων των νοσηλευομένων στην κλινική. Μέσα σε ένα διάστημα τριών ετών κατάφερε να συγκεντρώσει 5000 έργα από 450 ασθενείς διευρύνοντας τη συλλογή της κλινικής της Χαϊδελβέργης με έργα ασθενών και από άλλες κλινικές. Στη συλλογή του Prinzhorn περιλαμβάνονται έργα ασθενών κατασκευασμένα από ευτελή υλικά (χαρτί τουαλέτας, ψίχα ψωμιού κ.α.), τα οποία 'τάραξαν' την καλλιτεχνική προσέγγιση εκείνης της εποχής σχετικά με το τι θεωρείται έργο τέχνης. Τα έργα αυτά προέκυψαν αυθόρμητα από την εσωτερική ανάγκη των νοσηλευομένων για έκφραση, χωρίς να έχουν ούτε καλλιτεχνική παιδεία, ούτε κάποια επαφή με τα καλλιτεχνικά δρώμενα στον κόσμο εκτός των ψυχιατρείων (Legault-Beliveau, 2010).

Ο Prinzhorn αναζήτησε μια κινητήρια δύναμη πίσω από όλες τις μορφές εικαστικής έκφρασης, λειτουργώντας κυρίως ως κριτικός τέχνης και όχι ως ψυχίατρος. Περιγράφει το κίνητρο πίσω από τη ζωγραφική δραστηριότητα ως ανάγκη για ψυχική έκφραση και επικοινωνία με τους άλλους. Προσπάθησε να κατανοήσει τις δημιουργίες των ασθενών όχι με διαγνωστικές προσεγγίσεις, αλλά μέσω της διαπλοκής

των χαρακτηριστικών των έργων ως συμβόλων, συμπεραίνοντας ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη τέχνη των ψυχικά πασχόντων, γιατί δεν υφίσταται ψυχοπαθολογία της εικαστικής τέχνης (Roske, 2009).

Παρουσίασε επιλεγμένα έργα ασθενών για να πείσει τους αναγνώστες του βιβλίου του για την πρωτοτυπία και την αισθητική αρτιότητα των έργων αυτών. Περιέγραψε αναλυτικά τη ζωή των ασθενών-δημιουργών πριν την εμφάνιση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, τις αλλαγές που επέφερε αυτή και την επίδραση τους στην καλλιτεχνική δημιουργία. Ως ψυχίατρος ενδιαφερόταν για το υποκειμενικό βίωμα των ασθενών με σχιζοφρένεια, γι' αυτό επέλεξε να μελετήσει τα έργα τους, για να αποκαλυφθεί το ψυχωτικό βίωμα μέσα από την εικαστική έκφραση (Legault-Beliveau, 2010). Στους ψυχιατρικούς κύκλους το έργο του Prinzhorn συνάντησε εχθρότητα και χλευασμό, ενώ αντίθετα αντιμετωπίστηκε με ενθουσιασμό από εξπρεσιονιστές και γάλλους σουρεαλιστές.

Τα έργα των ασθενών αποτελούσαν πηγή έμπνευσης για τους εξπρεσιονιστές, οι οποίοι έβλεπαν σε αυτά κοινά σημεία στις καλλιτεχνικές τους αναζητήσεις, ενώ οι σουρεαλιστές στέκονταν περισσότερο στη δημιουργική δύναμη της ψύχωσης, που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αυθεντικότητα του έργου, γι' αυτό και προσπαθούσαν να επιτύχουν ελεγχόμενα και παροδικά «ψυχωτικά επεισόδια», πειραματιζόμενοι με ψυχοτρόπες ουσίες ή μελετώντας την ψυχανάλυση (Fink, 2012).

Ο Max Ernst, ο Paul Eluard, ο Breton συγκαταλέγονται μεταξύ αυτών που ασχολήθηκαν με έργα ψυχωτικών. Ο Paul Klee γράφει ότι «τα έργα των παιδιών και των ψυχικά ασθενών πρέπει να τα αντιμετωπίσουμε με μεγαλύτερο ενδιαφέρον από αυτά που εκτίθενται στις πινακοθήκες, αν σκοπός μας είναι η αναμόρφωση της ζωγραφικής... ο αυθορμητισμός και η έλλειψη επιρροών από την εκπαίδευση και την κουλτούρα δίνει σε αυτά τα έργα μια ιδιαίτερη εκφραστική δύναμη και τα καθιστά πολύτιμη πηγή έμπνευσης» (Πετρίκης, 2019). Ο Alfred Kubin, επισκεπτόμενος τη συλλογή του Prinzhorn, υποστήριζε ότι τα έργα αυτά δεν έχουν να ζηλέψουν τίποτα από τα έργα των καλύτερων εξπρεσιονιστών. Μάλιστα θεωρούσε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυθεντικότητα. Ο μεγάλος εξπρεσιονιστής Emil Nolde επικεντρώθηκε ιδιαίτερα στο έργο του σουηδού ζωγράφου Ernst Josephson, ο οποίος αφού παρουσίασε σχιζοφρένεια και ζούσε πλέον απομονωμένος κοινωνικά υιοθέτησε

διαφορετικούς τρόπους έκφρασης σε σχέση με την πρωτότερη καλλιτεχνική δραστηριότητά του, τρόπους που ταίριαζαν με τις αναζητήσεις του Nolde (Fink, 2012).

Το 1937 τα έργα των ψυχικά πασχόντων της συλλογής της Χαϊδελβέργης εκτέθηκαν για πρώτη φορά μαζί με έργα μοντέρνας τέχνης που είχαν κατασχεθεί και αποσυρθεί από μουσεία στο πλαίσιο της οργανωμένης από τους ναζί έκθεσης «Εκφυλισμένη Τέχνη». Στην έκθεση αυτή που έγινε για να αποκαλυφθούν στοιχεία ομοιότητας της τέχνης των ψυχικά ασθενών με τη μοντέρνα τέχνη και με σκοπό να φανεί η αξία των έργων αυτών, οι ναζί επικαλέστηκαν αυτά τα ίδια στοιχεία αλλά με αντίθετο προσανατολισμό· ότι δηλαδή *οι μοντέρνοι ζωγράφοι παράγουν εξίσου νοσηρά και εκφυλισμένα έργα με τους παράφρονες* και άρα η μοντέρνα τέχνη είναι παθολογική. Μάλιστα, τα έργα από την κλινική της Χαϊδελβέργης παρέδωσε για να εκτεθούν ο επιλεγείς από τους ναζί διευθυντής της κλινικής Carl Schneider, ο οποίος συμμετείχε αργότερα και στη δολοφονία πολλών ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο των ναζιστικών εκκαθαρίσεων (Fink, 2012).

Ο Jean Dubuffet είναι αυτός που τον Αύγουστο του 1945 θα δώσει το όνομα art brut στην τέχνη που δημιουργούν άτομα αυτοδίδακτα, κοινωνικά αποκλεισμένα, χωρίς επιρροή από καλλιτεχνικά ρεύματα, που παρακινούνται μόνο από εσωτερική ανάγκη στην παραγωγή των έργων τους (MacGregor, 1989), ονομασία στην οποία κατέληξε μετά από μια αργή διαδικασία ωρίμανσης του ίδιου, σημαδεμένη από πολλούς και μακρείς δρόμους αναζήτησης και μελέτης. Ο όρος art brut επιλέχθηκε από τον Dubuffet εξαιτίας της αμφισημίας που προκαλεί (η τέχνη των ψυχωτικών) ανάμεσα στο ανεπεξέργαστο, το αυθεντικό και το ανεπιτήδευτο. Η art brut, κατά τον Dubuffet, παραμένει άπιαστο και αντιστεκόμενο σε ορισμούς φαινόμενο, αλλά υπαρκτό. Δεν πιστεύει ότι υπάρχει μια ιδιαίτερη τέχνη των ψυχικά πασχόντων, ούτε ότι η art brut αφορά αποκλειστικά την τέχνη των ψυχικά πασχόντων, παρόλο που η πλειονότητα των έργων της συλλογής του είναι έργα ψυχικά πασχόντων (Roske, 2012).

Πέρα από τον Dubuffet που συγκέντρωσε έργα ψυχωτικών, στις αρχές της δεκαετίας του '50 ο ψυχίατρος Leo Navratil παρακινεί τους νοσηλευόμενους του ψυχιατρικού νοσοκομείου Maria Gugging

να ζωγραφίσουν, αρχικά για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς, ωστόσο η καλλιτεχνική τους αξία ξεπέρασε το ιατρικό ενδιαφέρον, παρά το ότι ο Navratil ποτέ δεν υποτίμησε τη θεραπευτική αξία της ενασχόλησης με τη ζωγραφική.

Παράλληλα σχεδόν με τον Navratil ο αυστριακός Arnulf Rainer, ζωγράφος με ενδιαφέρον για το σουρεαλισμό και την ψυχανάλυση, επιδίδεται στη συλλογή έργων ψυχικά πασχόντων, ανταλλάσσοντάς τα με δικά του. Ένα μεγάλο μέρος της συλλογής αποτελούν έργα από ασθενείς των ψυχιατρικών νοσοκομείων της Τσεχοσλοβακίας, της Ουγγαρίας και της Πολωνίας. Μάλιστα, σε δύο σειρές έργων του χρησιμοποίησε την τεχνική του ψυχικά πάσχοντος ζωγράφου Louis Soutter, ο οποίος ζωγράφιζε με τα δάχτυλα, τεχνική που απαιτεί ταχύτητα στην εκτέλεση και δεν επιδέχεται διορθώσεις (Peiry, 2006).

Στην πορεία του χρόνου της έρευνας πάνω στα έργα των ψυχικά ασθενών διαπιστώνονται αλλαγές στη διαχείριση της καλλιτεχνικής τους δημιουργίας, αλλαγές στις οποίες συνέβαλαν η μείωση του στίγματος της ψυχικής νόσου, η αύξηση του απαιτούμενου σεβασμού στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και οι προσπάθειες κοινωνικής επανένταξής τους. Έτσι, τα έργα των ψυχωτικών ακολουθούν κι αυτά, όπως όλα τα έργα τέχνης, τους νόμους της αγοράς με κίνδυνο την εμπορευματοποίηση. Εκτίθενται σε μουσεία ή πωλούνται πολύ ακριβά. Οι ψυχικά πάσχοντες έχουν το δικαίωμα, όπως όλοι, να διαχειρίζονται την τέχνη τους και να κερδίζουν από αυτή, όμως η υπερέκθεση στη δημοσιότητα ενέχει πολύ μεγαλύτερους κινδύνους για ένα άτομο με ψυχικές δυσκολίες. Βέβαια, από την άλλη μεριά, η ενσωμάτωση και η αποδοχή των δημιουργημάτων των ψυχικά πασχόντων στερεί την αίγλη του περιθωριακού-ανατρεπτικού χαρακτήρα της τέχνης τους και ήδη ο όρος art brut του Dubuffet ή ο συνώνυμος αγγλικός όρος outsider art, που καθιερώθηκε την δεκαετία του '70 από τον Roger Cardinal, θεωρούνται ξεπερασμένοι για να περιγράψουν τη σύγχρονη καλλιτεχνική παραγωγή αυτοδίδακτων καλλιτεχνών (Πετρικής, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

4.1 Η πρόταση

Περιγράφηκε παραπάνω το θεωρητικό πλαίσιο που υποστηρίζει τη θεραπευτική αξία της δημιουργικής ενασχόλησης με την τέχνη και πώς μπορεί αυτή, μέσω των διαδικασιών της συμβολοποίησης, της υποκειμενοποίησης και της διαμεσολάβησης, να συμβάλει στην ενδυνάμωση του ψυχικά ασθενή. Στη συνέχεια, έγινε μια ιστορική αναφορά στα δημιουργήματα τέχνης των ψυχωτικών, την επιρροή τους σε καλλιτέχνες της εποχής, αλλά και πώς δημιουργήθηκε ένα καινούριο ρεύμα στην τέχνη χάρη σε αυτούς.

Για τους σκοπούς της παρούσης εργασίας προτείνεται μια καλλιτεχνική δράση, συμμετοχική, η οποία θα αναδείξει το ρόλο της τέχνης στην ενδυνάμωση των ατόμων με ιστορικό ψύχωσης, αλλά ταυτόχρονα θα λειτουργήσει και ως όχημα κοινωνικής διαμεσολάβησης, αφού ευελπιστεί να αναδείξει τη φωνή των εμπλεκόμενων.

Η συμμετοχική τέχνη θέτει στο επίκεντρο τον κοινωνικό χαρακτήρα των πρακτικών, αφού το περιεχόμενο προκύπτει από τους συμμετέχοντες, δηλαδή την κοινωνική εμπλοκή και επιμελείται από την ομάδα των εμπλεκόμενων ή τους καλλιτέχνες (Dezeuze, 2010).

Επίσης, η καλλιτεχνική μας δράση έχει και χαρακτήρα κοινοτικής τέχνης. Οι πρακτικές τέχνης κοινωνικής ενασχόλησης ανήκουν στις προσωρινές δημόσιες πρακτικές της τέχνης κοινοτικής βάσης και στις διάφορες μορφές πολιτιστικού ακτιβισμού (Browne, 2007). Το ενδιαφέρον τους εστιάζεται στην αναγνώριση και επικύρωση από την εμπλεκόμενη κοινότητα και τους συμμετέχοντες, αφού στόχος τους είναι η όσο το δυνατόν ευρύτερη δημόσια προβολή των ζητημάτων που διαπραγματεύονται (Νταφλός, 2015).

Η τέχνη της συμμετοχής συγκλίνει συχνά με την τέχνη κοινοτικής βάσης, έχοντας κοινά την παιγνιώδη διάσταση, τη διδακτική-εκπαιδευτική και ποιμενική καθοδήγηση από τακτικές θεραπευτικής-ιερατικής τελετουργίας, εμπαθητικής ή αποκριτικής στάσης απεύθυνσης προς το Άλλο (Kraavagna, 1998).

«Η τέχνη στη βάση κοινότητας [...] δεν μπορεί μόνο να εκθέτει την ενέργεια και το βάθος των καθημερινών ανθρώπων, αλλά και να βοηθά αυτούς τους ανθρώπους να αναπτύξουν το ανθρώπινο δυναμικό τους σε προσωπικές και κοινοτικές πράξεις» (Brenson, 1995).

Πιο συγκεκριμένα, η πρόταση αφορά την δημιουργία ενός λίκκαλ γκραφίτι (legal graffiti), με τη συμμετοχή ατόμων με εμπειρία ψύχωσης.

Το legal graffiti, δηλαδή το γκραφίτι κατόπιν χορήγησης άδειας, επιλέχθηκε ως μέσο καλλιτεχνικής παρέμβασης ηθελημένα, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του και της ιστορίας του, καθότι μοιράζεται κοινές έννοιες με το μοντέλο ανάκαμψης που απασχολεί την παρούσα μελέτη, όπως είναι αυτές του οράματος, της αλλαγής και του προσωπικού αυτοπροσδιορισμού, του συλλογικού και της κοινωνικής αποδοχής και του αιτήματος για αποπεριθωριοποίηση. Επιπλέον η χαρακτηριστική σύνδεση του γκραφίτι με τον τόπο είναι άλλο ένα από τα στοιχεία που οδήγησε στην επιλογή αυτού του μέσου.

Το γκραφίτι ως μέσο προσωπικής και κοινωνικής χειραφέτησης

Το γκραφίτι κάνει την εμφάνισή του στα τέλη της δεκαετίας του 1960 στη Φιλαδέλφεια και σε μεγαλύτερη έκταση σε υποβαθμισμένες περιοχές της Νέας Υόρκης, στα γκέτο του Μπρόνξ, του Μπρούκλιν, του Κουίνς και του Χάρλεμ. Οι κοινωνικές συνθήκες στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής εκείνη την εποχή χαρακτηρίζονταν από φυλετική ανάταση στις τάξεις των μειονοτήτων, τον αγώνα ενάντια στο ρατσισμό και κάθε είδους ανισότητα γενικότερα, το κίνημα για τα πολιτικά δικαιώματα, προτάγματα για προσωπική χειραφέτηση, πίστη στο πρόσωπο και το συλλογικό. Από τη μια πλευρά τα επεισόδια και οι εξεγέρσεις των Αφροαμερικανών είχαν γίνει ένα συχνό φαινόμενο στα περισσότερα μεγάλα αστικά κέντρα, από την άλλη αυξάνονταν η βίαιη καταστολή τους με την άσκηση της αστυνομικής βίας και κατάχρησης εξουσίας σε σημείο που δολοφονήθηκαν πολίτες, φοιτητές και παιδιά. Μέσα σε αυτό το κλίμα, η φοιτητική νεολαία αντέδρασε και έκανε ηχηρή την παρουσία της με κάθε τρόπο, προτάσσοντας νέα ήθη και αμφισβητώντας κάθε δοσμένη εξουσία και παράδοση που

σχετίζονταν με την καθημερινή ζωή, τα γενικά ήθη, τη θρησκεία, την οικογένεια και την πολιτική. Έχοντας ακόμη νωπές μνήμες από τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, εναντιώνονταν στην εξωτερική πολιτική του κράτους και συγκεκριμένα στον πόλεμο του Βιετνάμ. Στη Νέα Υόρκη, η οριακή οικονομική κατάσταση της πόλης εκφράζεται μέσω της αύξησης της ανεργίας, της υποβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ερείπωση γειτονιών και τη δημιουργία τοπίων παρακμής. Σε αυτές τις υποβαθμισμένες γειτονιές θα γεννηθεί και το γκραφίτι, αρχικά με τη μορφή ονομάτων ή ψευδωνύμων (tags), που επιχειρούν να δηλώσουν τη ζωντανή παρουσία σε ένα ‘νεκρό’ τοπίο αποσύνθεσης, για να μετασηματιστεί αργότερα σε μεγαλύτερης διάστασης έργα, ακόμη και αναπαράσταση εικόνων.

Το γκραφίτι λοιπόν στη γέννηση και την εξέλιξη του ενσαρκώνει τις νεανικές ανησυχίες για το πνεύμα της εποχής, φέρει στοιχεία απόρριψης αξιών και της υπάρχουσας κουλτούρας. Συμβολίζει την αντισυμβατικότητα, την αμφισβήτηση και ένα ερέθισμα για ανυπακοή και διεκδίκηση κοινωνικών αλλαγών. Άλλοτε ευθέως και άλλοτε έμμεσα εκφράζει μια κριτική στο αρχιτεκτονικό περιβάλλον και τον δεδομένο κόσμο εν γένει. Εκπροσωπεί τάσεις επιθετικές και καταστροφής, αλλά ταυτόχρονα προαναγγέλει την αισθητική αλλαγή και τον ερχομό του καινούριου. Φέρει με αυτόν τον τρόπο την έννοια του οράματος και της δημιουργικής αντιμετώπισης της ζωής, εκφράζοντας ένα ρεύμα πρωτοπορίας, αισιοδοξίας και ελπίδας για κάτι καλύτερο (Πάγκαλος, 2017).

Παράλληλα, οι πρώτοι *writers*, έφηβοι και νεαροί ενήλικες θα αναπτύξουν ένα είδος παιχνιδιού μέσα από το γκραφίτι, τόσο μεταξύ τους διεκδικώντας επιφάνειες βαφής στο χώρο, όσο και με τις αρχές της τάξης που τους κυνηγούν εξαιτίας της παράνομης δράσης τους με την παρέμβαση σε ιδιωτικές ιδιοκτησίες και την αυθαίρετη οικειοποίηση του δημόσιου χώρου. Μέσα από το γκραφίτι θα ενηλικωθούν και θα διαμορφώσουν συνειδήσεις, συχνά θα βιώσουν την προσωπική εξέλιξη και την αίσθηση αυτοπραγμάτωσης. Ταυτόχρονα, η πράξη τους έχει αντίκτυπο στη βίωση του χώρου από τους ίδιους, αλλά και στη βίωση του χώρου από τους πολίτες. Έτσι, από τις σχέσεις των πράξεων αναδύονται κοινωνικές σχέσεις, σχέσεις των υποκειμένων και αναπαράγουν κοινωνικές δυνάμεις. Μέσα από την πράξη τους χτίζουν νέους τρόπους επικοινωνίας μεταξύ τους και με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Πάγκαλος, 2017).

Μία ακόμη έννοια που αναδύεται από το γκραφίτι είναι αυτή του συλλογικού. Από τις ομάδες (*crews*) στη γειτονιά, από τη γειτονιά στην πόλη, από την πόλη σε μια γενιά και σε συλλογικότητες κοινής κοινωνικής καταγωγής κάτω από ένα κοινό παρονομαστή, το γκραφίτι διαμορφώνει και διαμορφώνεται από συλλογικότητες διαφόρων μεγεθών. Αρχικά, οι περισσότεροι writers προερχόμενοι από μειονότητες και χαμηλές οικονομικές τάξεις συνδέονταν μέσω της κοινωνικής καταγωγής τους και της κοινής επιθυμίας για αγώνα κατά της καταπίεσης· αργότερα η αποδοχή της κοινωνικής καταγωγής των άλλων και η συνομάδωση σε ένα μεγαλύτερο σύνολο που αψηφούσε τις κατεστημένες διακρίσεις. «Έτσι, ήταν το εμείς απέναντι στις επικρατούσες απόψεις... Κατά έναν άλλον τρόπο εξέφραζαν αυτούς που θέλουν να ακουστούν απέναντι σε αυτούς που ακούγονται» (Πάγκαλος, 2017, 151).

Το γκραφίτι ως εργαλείο παρέμβασης και επικοινωνίας στο δημόσιο χώρο

Ως τόπος για την καλλιτεχνική δράση επιλέχθηκε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα και συγκεκριμένα αυτό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η επιλογή αυτή έγινε με βάση τη σύνδεση των ψυχωτικών ατόμων με μια μονάδα που περιλαμβάνει τμήματα αντιμετώπισης ψυχωτικών κρίσεων, μέσω των προσωπικών βιωμάτων τους, των τραυματικών αλλά και των υποστηρικτικών στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων τους. Ακόμη πιο ειδικά, επιλέχθηκε το κτήριο τμημάτων βραχείας νοσηλείας, δηλαδή των κλινικών στις οποίες νοσηλεύεται ένας άνθρωπος σε περίπτωση ψυχωτικής κρίσης με σκοπό τη θεραπευτική του φροντίδα.

Ο χώρος, αλλά και ο τόπος είναι θεμελιώδη και αδιάρρηκτα στοιχεία του γκραφίτι γενικά. Κάθε έργο έχει επιπτώσεις στην εικόνα και στα κοινωνικά χαρακτηριστικά του τόπου, όπως και στη σχέση των πολιτών με αυτόν· ο τόπος δίνει νόημα στα έργα και τα έργα στον τόπο (Stephen, 1992). Τα γκραφίτι είναι εξ ορισμού site specific έργα, δηλαδή ορίζουν τον τόπο και ορίζονται από αυτόν.

Σύμφωνα με τον Δημήτρη Κωτσάκη ο τόπος είναι ο βιωμένος χώρος (Κωτσάκης, 2012), δηλαδή αυτό που συμβαίνει εκεί, καθώς και αυτό που κάνει εκεί ένα πρόσωπο είναι αυτά που τον διακρίνουν από τους άλλους τόπους. Η βίωση των χώρων και η τροπή τους σε τόπους εξαρτάται από τις πράξεις των

υποκειμένων σε αυτούς και προσωπικά από κάθε υποκείμενο ξεχωριστά, όπως επίσης από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του τόπου, από τη χρήση που κάνει το υποκείμενο, το πώς τον αντιλαμβάνεται και από το πώς συνδέονται τα βιώματά του εκεί.

Επιπλέον, κάθε τόπος ενσωματώνει μια σειρά από συλλογικές υποστάσεις σε σχέση με τους άμεσους χρήστες του, καθώς και με την ιστορία του, τις συλλογικές μνήμες και ταυτόχρονα μια ξεχωριστή υπόσταση για κάθε άτομο ανάλογα με τα βιώματά του εκεί (Πάγκαλος, 2017).

Πρόσθετα στα παραπάνω, ένας ακόμη λόγος που επιλέχθηκε το γκραφίτι ως εργαλείο της καλλιτεχνικής δράσης είναι η ένταξή του στην κατηγορία της ‘ακτιβιστικής τέχνης’, με την έννοια της επέμβασης και οικειοποίησης του χώρου. Η δική μας επέμβαση ευελπιστεί να έχει διαστάσεις καλλιτεχνικής, κοινωνικής και προσωπικής αξίας. Η οικειοποίηση ενός δημόσιου κτηρίου στο οποίο οι ίδιοι οι εμπλεκόμενοι ή και άλλα άτομα με τα οποία μοιράζονται το κοινό βίωμα μιας επώδυνης ψυχωτικής εμπειρίας αναμένεται να συμβάλει σε μια επαναπλαισίωση των τραυματικών παρελθοντικών γεγονότων και την εκτίμηση της προσωπικής πορείας ζωής με μια πιο αισιόδοξη οπτική.

Ταυτόχρονα, το γκραφίτι συγκαταλέγεται στη δημόσια τέχνη ως προς τη δημοσιότητα των έργων και αυτό του το χαρακτηριστικό αναμένεται να κάνει πιο εύκολη την πρόσβαση των πολιτών στο τελικό του αποτέλεσμα, γεγονός που θα συμβάλει στην αυξημένη απήχηση του έργου στην κοινότητα και στην ανάδειξη της φωνής των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Εξάλλου, στη συμμετοχική τέχνη οι ετερόκλητες ομάδες που συναντιούνται, είτε ως συμμετέχοντες, είτε ως θεατές, γίνονται Ένα κάτω από ένα κοινό Εμείς, όπως αναφέρει και η Milevska (2007) και αναπτύσσουν την αίσθηση του συνανήκειν στο ίδιο σύνολο. Με αυτόν τον τρόπο η παρέμβαση φέρει την προοπτική να λειτουργήσει ως όχημα ψυχοκοινωνικής διαμεσολάβησης, συμβάλλοντας στην αποκατάσταση του κοινωνικού δεσμού μεταξύ των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και του υπόλοιπου σώματος της κοινωνίας και συντελώντας στην αποπεριθωριοποίηση και αποστιγματισμό τους. «Η πολιτική συμπεριφορά που εκφράζεται στη συμμετοχή εμπεριέχει στοιχεία ισότιμης δημοκρατικής σύμπραξης και προεκτείνεται προς την προώθηση μη ιεραρχικών κοινωνικών μοντέλων» (Νταφλός, 2015, 108). Θα ανοίξει έτσι ο δρόμος για αναστοχασμό

και επανατοποθέτηση πάνω σε παγιωμένες αρνητικές πεποιθήσεις για τους ψυχικά πάσχοντες και θα επιτευχθεί ένα βήμα κριτικής αφύπνισης προς την κατεύθυνση της δημιουργικής αλληλεγγύης και της παραγωγικής κοινωνικής δικαιοσύνης.

4.2 Η Διαδικασία, τα υλικά και η μέθοδος

Για την πραγματοποίηση της καλλιτεχνικής δράσης στον εξωτερικό τοίχο του κτηρίου των τμημάτων βραχείας νοσηλείας έπρεπε, σε πρώτη φάση, να χορηγηθεί ειδική άδεια από το διοικητικό συμβούλιο της οργανικής μονάδας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Αποδείχθηκε μια χρονοβόρα διαδικασία λόγω γραφειοκρατικών δυσκολιών.

Αρχικά, έγινε η αίτηση και κατάθεση των απαραίτητων δικαιολογητικών για το σκοπό της παρέμβασης, που περιελάμβανε το πρωτόκολλο μελέτης και μεθοδολογίας της διπλωματικής εργασίας, βεβαιώσεις από τη γραμματεία του πανεπιστημίου για την ακαδημαϊκή μου ταυτότητα και την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας και έντυπο συγκατάθεσης για τους εμπλεκόμενους στην καλλιτεχνική δράση.

Αφού έγινε δεκτή η αίτησή μου από το επιστημονικό συμβούλιο του Ψ.Ν.Θ. προχώρησα σε κάλεσμα των άμεσα ενδιαφερομένων. Η χορήγηση άδειας για την υλοποίηση της δράσης αποτελεί από μόνη της μια αναγνώριση της φωνής των εμπλεκόμενων, καθώς και η άδεια για οικειοποίηση του κτηρίου από αυτούς, δίνοντας ένα θετικό πρόσημο της οργανικής μονάδος στην αντίληψη της κοινότητας και συμβάλλοντας στην άρση των αρνητικών προκαταλήψεων γύρω από τους ψυχικά πάσχοντες και την ψυχική ασθένεια.

Για να διασφαλίσω λοιπόν τη συμμετοχή ατόμων με ιστορικό ψύχωσης ανέθεσα τη γραφιστική επιμέλεια ενημερωτικής αφίσας σε εξωτερική συνεργάτη και απευθύνθηκα στους υπεύθυνους καλλιτεχνικών ομάδων που λειτουργούν μέσα στο χώρο του Ψ.Ν.Θ. (εργαστήριο ζωγραφικής, καλλιτεχνική ομάδα διπλής διάγνωσης του προγράμματος ΑΡΓΩ, καλλιτεχνική ομάδα του προγράμματος απεξάρτησης ΙΑΝΟΣ), αλλά και ευρύτερα στους υπεύθυνους όλων των δομών του Ψ.Ν.Θ. προς

ενημέρωση και προώθηση σε άμεσα ενδιαφερόμενους. Επιπλέον, στάλθηκε ηλεκτρονικό γράμμα στο Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στο Χώρο της Ψυχικής Υγείας και στον Σ.Ο.Ψ.Υ. (Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία) Θεσσαλονίκης.

ΚΑΛΕΣΜΑ ΓΙΑ ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΗ ΔΡΑΣΗ
ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ



Η καλλιτεχνική δράση θα πραγματοποιηθεί στον εξωτερικό τοίχο του κτηρίου των Οξέων του Ψ.Ν.Θ. και οργανώνεται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας: "Η έννοια της ενδυνάμωσης στην ψύχωση: θεωρήσεις, πρακτικές και ο ρόλος της Τέχνης" του ειδικευόμενου ψυχιάτρου και μεταπτυχιακού φοιτητή Παπαδημητρίου Νικόλαου του διδρυματικού προγράμματος σπουδών 'Εφαρμοσμένη Κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη' των πανεπιστημίων Αιγαίου και Δυτικής Μακεδονίας.

Τρίτη 4 Φεβρουαρίου 2020 - Ώρα 12:00
Στο κτήριο των Οξέων του Ψ.Ν.Θ. (Λαγκαδά 196)

ΕΛΑΤΕ ΝΑ ΧΡΩΜΑΤΙΣΟΥΜΕ ΜΑΖΙ

Γραφιστική επιμέλεια:
Αλίνα Αντωνίου

Αξίζει να σημειωθεί ότι προέκυψαν έντονες αντιδράσεις από ορισμένα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, δηλώνοντας τις επιφυλάξεις τους σχετικά με τις συνέπειες πραγματοποίησης μιας τέτοιας δράσης στο κτήριο των οξέων περιστατικών. Οι ανησυχίες αφορούσαν το κατά πόσο ένα τέτοιο εγχείρημα μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη θεραπευτική αποκατάσταση των νοσηλευομένων στις κλινικές του κτηρίου και μήπως μια τέτοια δράση αντί να αναδεικνύει ένα κοινωνικό φαινόμενο συμβάλλει στην ‘ωραιοποίηση’ ενός προσωπικού προβλήματος υγείας. Ωστόσο, στον αντίποδα υπήρξε θετικός σχολιασμός από τα περισσότερα άτομα που ενημερώθηκαν και ενθάρρυνση για την πραγματοποίηση του εγχειρήματος, θεωρώντας ότι θα συμβάλλει στην ενεργοποίηση δυνάμεων, τόσο κοινωνικών όσο και ιατρικού ενδιαφέροντος για την καλύτερη θεραπευτική φροντίδα και αποκατάσταση των ατόμων με ψυχωτικές εμπειρίες στο μέλλον.

Λόγω αυτών των αντιδράσεων, η διοίκηση του Ψ.Ν.Θ. επικοινωνήσε με την Υ.Π.Ε. (Υγειονομική Περιφέρεια) Μακεδονίας, η οποία ενημέρωσε ότι για την υλοποίηση της δράσης χρειάζεται επιπλέον η ενυπόγραφη συναίνεση των διευθυντών/-ντριών που λειτουργούν τις κλινικές που στεγάζει το κτήριο, και να διασφαλίσω ενυπόγραφα τη λήψη των κατάλληλων μέτρων προστασίας των εμπλεκομένων (γάντια και μάσκες), καθώς και την ανάληψη του κόστους των υλικών και της αποκατάστασης του τοίχου στην αρχική του κατάσταση, εφόσον το θεωρήσουν απαραίτητο τα μέλη της διοίκησης μετά το πέρας της διαδικασίας. Αναγκάστηκα να ακυρώσω το πρωταρχικό κάλεσμα, να λάβω την ενυπόγραφη συναίνεση των διευθυντών/-ντριών και να καταθέσω τις επιπλέον διαβεβαιώσεις στην διοίκηση.

Με βάση όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά, αποφάσεις και βεβαιώσεις αποφασίστηκε η χορήγηση άδειας από το διοικητικό συμβούλιο της μονάδας, αφού πρώτα δόθηκε έγκριση και από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Εντωμεταξύ, ζήτησα τα κατατιθέντα έγγραφα για να κρατήσω αντίγραφα για το αρχείο της δράσης και μου ζητήθηκε να κάνω καινούρια αίτηση, καθότι πλέον τα έγγραφα έχουν πρωτοκολληθεί και αποτελούν δημόσια περιουσία, οπότε η χορήγησή τους μπορεί να γίνει μόνο κατόπιν της νέας αίτησης.

Παρακάτω παρατίθενται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η δήλωση ενημέρωσης-συγκατάθεσης των συμμετεχόντων και η τελική απόφαση του διοικητικού συμβουλίου:

ΑΙΤΗΣΗ

ΤΟΥ/ΤΗΣ Παπαδημητρίου
Νικόλαου

ΚΛΑΔΟΥ: Ψυχολογίας
Ψυχίατρος

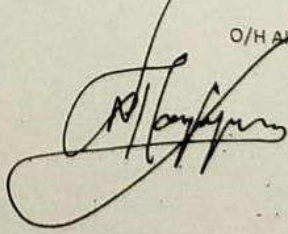
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 6973032333

e-mail: nikaliostro@yahoo.gr

ΘΕΜΑ: Άδεια για καρδιολογική
παρέμβαση στο Ψ.Ν.Θ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 19/12/2019

ΠΑΡΑΚΑΛΩ όπως μου δοθεί άδεια για καρδιολογική παρέμβαση στο εγχειρτικό ζώο του κτηρίου του Α' Τμήματος Βραχίων Νοσηλείας πλαισία της εκπαίδευσης της διδακματικής μεθόδου: "Η εκκασία της εκπαίδευσης στην ψυχολογία θεωρητικές, πρακτικές και ο ρόλος της τέχνης" του διευθυντή μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Εφαρμοσμένη-κλινική κοινωνιολογία και τέχνη του Πανεπιστημίου Πειραιώς και Δυτικής Μακεδονίας, υπό την εποπτεία της καθηγήτριας ψυχολογίας κα Ζέλεν Μπαλασάνας. Προκειμένου για μια καινοτόμο καρδιολογική παρέμβαση, καθώς θα εμπλέκονται ψυχικά πάσχοντες στο βίωμα της καρδιολογικής εκπαίδευσης σε συνεργασία με καρδιολόγους και θα αποσπαστεί ένα σημαντικό πρόβλημα του Ψ.Ν.Θ. με θετικό τρόπο στην κοινωνία, ευρύτελθοντας στην άρση των προαταθίσεων.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ


Σημείωση: Θα ήμουν ευγνώμων εάν τα διοικητικά συμβούδια μπορούσαν να μου δώσουν άμεσα έγκριση ώστε η άδεια να πραγματοποιηθεί μέχρι τέλη του Ιανουαρίου του 2020.

Προς
Δ.Σ. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Θέμα: « Δίνοντας χρώμα σ' έναν τοίχο του Ψ.Ν.Θ. »

Αξιότιμα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου
του Ψ.Ν.Θ.

δια της παρούσης, σας γνωστοποιώ ότι έχουν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα προστασίας των εμπλεκομένων στην καλλιτεχνική δράση «ζωγραφίζοντας τοίχο του Ψ.Ν.Θ.» (π.χ. μάσκες και γάντια) όπως και η έντυπη συγκατάθεση τους ενώ ο υπογράφων αναλαμβάνει τα έξοδα της δράσης και της αποκατάστασης του τοίχου μετά την δράση σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητη από εσάς.

Επίσης, συμπεριλαμβάνω την ενυπόγραφη συγκατάθεση των Διευθυντών/ριών των Κλινικών για την πραγματοποίηση της δράσης στο κτήριο που στεγάσει τις κλινικές τους.

Ευελπιστώ πως το καλλιτεχνικό αποτέλεσμα θα αποζημιώσει τον κόπο και την αγωνία αυτής της προσπάθειας να συνδέσουμε την καθημερινή μας ζωή με την Τέχνη.

Με τιμή
Νίκος Παπαδημητρίου

Διευθυντής/-ρια Α' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας

Διευθυντής/-ρια Β' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας

Διευθυντής/-ρια Γ' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας

Διευθυντής/-ρια Δ' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας

Διατηρώ, Ζηκουνιάδου

Θέμα 13^ο: Εξέταση αιτήματος του κ. Παπαδημητρίου Νικόλαου ειδικευόμενου Ψυχιατρικής για έγκριση καλλιτεχνικής παρέμβασης σε εξωτερικό τοίχο του κτιρίου Α' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας (ΨΝΘ)

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του:

1. Το Αρ. Πρωτ. 24977/19-12-2019 αίτημα του Παπαδημητρίου Νικόλαου ειδικευόμενου Ψυχιατρικής, φοιτητή προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Εφαρμοσμένη Κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη» του Τμήματος Κοινωνιολογίας, της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αιγαίου, για έγκριση άδειας καλλιτεχνικής παρέμβασης σε εξωτερικό τοίχο του κτιρίου του Α' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής του εργασίας με τίτλο: Η έννοια της ενδυνάμωσης στην ψύχωση, θεωρήσεις, πρακτικές και ο ρόλος της Τέχνης». Πρόκειται για μία καινοτόμο καλλιτεχνική παρέμβαση καθότι θα εμπλέξει ψυχικά πάσχοντες στο βίωμα της καλλιτεχνικής έκφρασης, σε συνεργασία με καλλιτέχνες και θα αποτελέσει ένα στιγμιότυπο προβολής του ΨΝΘ, με θετικό τρόπο στην κοινωνία, συμβάλλοντας στην άρση των προκαταλήψεων.
2. Τα συνημμένα: Αριθ. Πρωτ.: 2088/13-10-17 βεβαίωση του Τμήματος Κοινωνιολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αιγαίου, από 17/01/2020 βεβαίωση της επιβλέπουσας καθηγήτριας, Αρ. Πρωτ.: 133/22-01-2020 Πιστοποιητικό Φοιτητικής Ιδιότητας, Πρωτόκολλο Μελέτης, Ερωτηματολόγιο για τη Διαδικασία προς την Ανάκαμψη (Ε.Δ.Α.), Έντυπο Συγκατάθεσης, Δήλωση Ενημέρωσης-Συγκατάθεσης για την Επεξεργασία Προσωπικών δεδομένων όπως διαμορφώθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του DPO.
Για το σκοπό της καλλιτεχνικής παρέμβασης αφού εντοπιστεί η διαθέσιμη επιφάνεια θα γίνει κάλεσμα σε άτομα με ψυχιατρικό ιστορικό για συμμετοχή στη δράση. Σε επόμενη φάση θα πραγματοποιηθεί μια συζήτηση μεταξύ των ενδιαφερόμενων και των καλλιτεχνών γύρω από το πλαίσιο της δράσης και το θέμα της και οι ενδιαφερόμενοι θα προβούν σε ενυπόγραφη συγκατάθεση. Ως μέσα για την καλλιτεχνική δημιουργία θα χρησιμοποιηθούν σπρέι ή πλαστική μπογιά τοίχου και πινέλα. Θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας των εμπλεκόμενων στην καλλιτεχνική δράση όπως μάσκες, γάντια κ.λπ. ενώ η δαπάνη που θα προκύψει από τη δράση θα καλυφθεί από τον ίδιο. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας θα μοιραστούν στους συμμετέχοντες ερωτηματολόγια τα οποία θα συμπληρωθούν από όσους επιθυμούν. Σκοπός της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων είναι η ανώνυμη κατάθεση της ψυχικής κατάστασης της υγείας τους μετά την εμπειρία που έζησαν με τη συμμετοχή τους στην καλλιτεχνική δράση
3. Το έγγραφο συναίνεσης των Διευθυντών των Τμημάτων που θα διεξαχθεί για την καλλιτεχνική παρέμβαση (Η Διευθύντρια του Δ' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας διατηρεί κάποιες επιφυλάξεις, χωρίς να αναφέρει ποιες)



ΑΔΑ: 6Ξ1346906Α-330

4. Το Αρ. Πρωτ. 5035/06.03.2020 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου, με το οποίο αποστέλλεται απόσπασμα πρακτικών της 1^{ης}/21.01.2020 συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου, Θέμα 8^ο «Αίτημα του κ. Παπαδημητρίου Νικόλαου ειδικευόμενου Ψυχιατρικής για έγκριση καλλιτεχνικής παρέμβασης σε εξωτερικό τοίχο του κτιρίου Α' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας», σύμφωνα με το οποίο συναινεί στο αίτημα του Παπαδημητρίου Νικόλαου ειδικευόμενου γιατρού στην Ψυχιατρική, φοιτητή προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Εφαρμοσμένη Κλινική Κοινωνιολογίας και Τέχνη» του Τμήματος Κοινωνιολογίας, της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αιγαίου, με την προϋπόθεση ότι θα προηγηθεί ενυπόγραφη ενημέρωση - συγκατάθεση των συμμετεχόντων στη δράση

Μετά από διεξοδική συζήτηση μεταξύ των Μελών του

Αποφασίζει ομόφωνα

ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΤΟ το αίτημα του Παπαδημητρίου Νικόλαου ειδικευόμενου γιατρού στην Ψυχιατρική, φοιτητή προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Εφαρμοσμένη Κλινική Κοινωνιολογίας και Τέχνη» του Τμήματος Κοινωνιολογίας, της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αιγαίου, για έγκριση άδειας καλλιτεχνικής παρέμβασης σε εξωτερικό τοίχο του κτιρίου του Α' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας, με τη συμμετοχή ψυχικά πασχόντων, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής του εργασίας με τίτλο: Η έννοια της ενδυνάμωσης στην ψύχωση, θεωρήσεις, πρακτικές και ο ρόλος της Τέχνης», με την προϋπόθεση ότι θα προηγηθεί ενυπόγραφη ενημέρωση - συγκατάθεση των συμμετεχόντων στη δράση.



ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο/ Η κάτωθι υπογράφων/ουσα παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 4, 6 παρ. 1, 9 παρ 2 α, 89 παρ. 1 και 2 και τις αιτιολογικές σκέψεις 33 και 159 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016), τη ρητή συγκατάθεσή μου στο ΓΝΘ Παπανικολάου Ψ.Ν.Θ Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης που εδρεύει στην οδό Λαγκαδά 196, Σταυρούπολη, Θεσσαλονίκη και στον Παπαδημητρίου Νικόλαο, Ειδικευόμενο Ψυχίατρο στο προαναφερθέν Νοσοκομείο και μεταπτυχιακό φοιτητή του ΜΠΣ Εφαρμοσμένη Κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη του Πανεπιστημίου Αιγαίου, να συλλέξει και να επεξεργασθεί δεδομένα μου στα πλαίσια της διπλωματικής του εργασίας με τίτλο «Η έννοια της ενδυνάμωσης στην ψύχωση και ο ρόλος της τέχνης» (αρ. πρωτ. 24977/19-12-19) για την εξυπηρέτηση των σκοπών, που ορίζονται κατωτέρω, ενώ παράλληλα δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως σύμφωνα με το άρθρο 13 του Κανονισμού 679/2016

1. Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται επεξεργασία δεδομένων μου, είναι οι εξής:

- Α) συμμετοχή μου σε καλλιτεχνική δράση «Ζωγραφίζοντας τοίχο του ΨΝΘ» στα πλαίσια εκπόνησης της προαναφερθείσας έρευνας διπλωματικής εργασίας
 Β) συμμετοχή μου στη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου το οποίο έχει διαμορφωθεί για τις ανάγκες της έρευνας διπλωματικής εργασίας

2. Νόμιμη βάση επεξεργασίας

Οι ως άνω επεξεργασίες των προσωπικών δεδομένων μου βασίζονται στη συγκατάθεσή μου.

3. Πηγή πληροφόρησης

Ο Παπαδημητρίου Νικόλαος ΓΝΘ Ειδικευόμενος Ψυχίατρος και το Νοσοκομείο Παπανικολάου, (Ψ.Ν.Θ Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) θα συλλέξουν και θα επεξεργαστούν προσωπικά δεδομένα μου, τα οποία θα παρέχω ο ίδιος/α

Η επεξεργασία περιλαμβάνει τις εξής ειδικές κατηγορίες δεδομένων: Συμπληρώστε τις κατηγορίες με βάση τα έντυπα που συνοδεύουν το αίτημα (πχ. Φύλλο, Ηλικία, Διάγνωση, Φαρμακευτική αγωγή).....

4. Κατηγορίες αποδεκτών των δεδομένων:

Το Νοσοκομείο Παπανικολάου, (Ψ.Ν.Θ Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) δεν θα διαβιβάσει τα δεδομένα μου σε τρίτα πρόσωπα ή δημόσιες αρχές. Ο κ. Παπαδημητρίου Νικόλαος Ειδικευόμενος Ψυχίατρος θα διαβιβάσει τα αποτελέσματα στο ΜΠΣ Εφαρμοσμένης Κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη του Πανεπιστημίου Αιγαίου στα πλαίσια αξιολόγησης της. Ορισμένα αποτελέσματα (αωνυμοποιημένα) ενδέχεται να παρουσιασθούν σε επιστημονικά περιοδικά για την ανακοίνωση και τη διάχυση των αποτελεσμάτων της έρευνας διπλωματικής εργασίας. **(Να συμπληρωθεί με άλλους αποδέκτες/ να διορθωθεί όποιο στοιχείο δεν ισχύει)**

5. Χρόνος επεξεργασίας

Τα ανωτέρω δεδομένα θα αποθηκευτούν για χρονικό διάστημα από τη λήξη της ερευνητικής διαδικασίας. Τα δεδομένα που αφορούν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμα.

6. Δικαιώματα Υποκειμένου

Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου καθώς και για τις συνέπειες της τυχόν ανάκλησης. Επιπλέον, ενημερώθηκα για τα παρακάτω δικαιώματά μου, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων (Ε.Ε. 679/2016). Συγκεκριμένα

δικαιούμαι: να έχω πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα που τηρούνται στα πλαίσια της εν λόγω έρευνας να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών ή ανεπίκαιρων δεδομένων που με αφορούν ή τη συμπλήρωση ελλιπών δεδομένων του, να ζητώ τη διαγραφή δεδομένων μου από τα αρχεία που θα τηρηθούν στα πλαίσια της έρευνας εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεχθεί, να ζητώ τον περιορισμό της χρήσης δεδομένων μου σε περίπτωση που αμφισβητώ την ακρίβειά τους, να λαμβάνω τα δεδομένα που έχω ο ίδιος παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Η άσκηση των προαναφερόμενων δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή, έγγραφης αίτησης ή αποστολής ηλεκτρονικού μηνύματος στο ΓΝΘ Παπανικολάου Ψ.Ν.Θ Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης που εδρεύει στην οδό Λαγκαδά 196, τηλέφωνο.....e mail.....

Σε κάθε δε περίπτωση δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr). Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, το ΓΝΘ Παπανικολάου Ψ.Ν.Θ Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

<p>Έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων με σκοπό τη συμμετοχή μου σε καλλιτεχνική δράση «Ζωγραφίζοντας τοίχο του ΨΝΘ» στα πλαίσια εκπόνησης της προαναφερθείσας έρευνας διπλωματικής εργασίας και συναινώ σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Υπογραφή</p>	<p>Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών δεδομένων με σκοπό τη συμμετοχή μου σε καλλιτεχνική δράση «Ζωγραφίζοντας τοίχο του ΨΝΘ» στα πλαίσια εκπόνησης της προαναφερθείσας έρευνας διπλωματικής εργασίας</p> <p>και ΔΕΝ συναινώ σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Υπογραφή</p>
---	---

<p>Έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων με σκοπό συμμετοχή μου στη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου το οποίο έχει διαμορφωθεί για τις ανάγκες της έρευνας διπλωματικής εργασίας και συναινώ σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Υπογραφή</p>	<p>Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών δεδομένων με σκοπό συμμετοχή μου στη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου το οποίο έχει διαμορφωθεί για τις ανάγκες της έρευνας διπλωματικής εργασίας και ΔΕΝ συναινώ σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Υπογραφή</p>
---	--

Ημερομηνία

Ως επιφάνεια για την υλοποίηση της δράσης χρησιμοποιήθηκε ο εξωτερικός τοίχος του κτηρίου που στεγάζει το Α' Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας διαστάσεων επτά μέτρα πλάτος και τρία μέτρα ύψος. Τα υλικά για την δράση περιελάμβαναν κυρίως σπρέυ και πλαστικές μπογιές διαφόρων χρωμάτων και πινέλα, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την επιθυμία των συμμετεχόντων. Παράλληλα, χορηγήθηκαν γάντια μιας χρήσης και προστατευτικές μάσκες, λόγω της χρήσης στη δράση τοξικών ουσιών (μπογιές). Μαζί με τα πρόσωπα με ψυχωτικά βιώματα πήραν μέρος στη δράση και τέσσερα άτομα με καλλιτεχνική εμπειρία στο γκραφίτι, προκειμένου να δοθεί η δυνατότητα σε όσους συμμετέχοντες ενδιαφέρονταν να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους στη χρήση σπρέυ για την δημιουργία καλλιτεχνικού έργου. Εξάλλου, η συμμετοχική τέχνη στην οποία συγκαταλέγεται και το συγκεκριμένο εγχείρημα έχει και μια παιγνιώδη διάθεση και διδακτικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα (Kranavagna, 1998).

Η θεματολογία της δράσης ήταν ελεύθερη και η επιλογή της αφέθηκε στην προσωπική επιθυμία του καθενός, ώστε να δοθεί όσο το δυνατόν περισσότερο προσωπικός χαρακτήρας και έκφραση στο τελικό αποτέλεσμα. Ως τέχνη κοινότητας αναμένεται τα παραγόμενα αποτελέσματα τέχνης να εμφανίζουν και τη μη προβλεψιμότητα της κοινότητας, ως ουσιώδες συστατικό προς απρόσμενες νέες οράσεις, που θα αναδύονται από τις συλλογικές διαδράσεις ή τις διαλογικές συναντήσεις στις απαιτήσεις του εδώ και τώρα (Kester, 2004).

Συμφωνήθηκε να υπάρξει παρέμβαση σε κάποια επιλογή μόνο στην περίπτωση που κριθεί από τους συμμετέχοντες ότι αυτή έχει προσβλητικό ή υβριστικό χαρακτήρα.

Πριν την υλοποίηση της δράσης χορηγήθηκαν τα έντυπα συγκατάθεσης και έγινε μια συζήτηση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων σχετικά με το πλαίσιο και το σκοπό του εγχειρήματος.























Μετά το πέρας της καλλιτεχνικής δράσης θα ήταν χρήσιμο να εκτιμηθεί κατά πόσο βοήθησε τους εμπλεκόμενους ψυχικά και αν σημείωσαν κάποια πρόοδο όσον αφορά την ανάκαμψή τους από τα ψυχωτικά τους βιώματα. Προς αυτό το σκοπό αλλά και για την αξιολόγηση ανάκαμψης γενικότερα, μέσα από οποιαδήποτε πρακτική και δραστηριότητα στην καθημερινή ζωή, είτε αυτή ανήκει σε κάποιο αυστηρά θεραπευτικό πλαίσιο είτε όχι, θα ήταν χρήσιμο να υπάρχει ένα ειδικό ερωτηματολόγιο, όπως το ερωτηματολόγιο που περιγράφεται παρακάτω.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΝΑΚΑΜΨΗ (Ε.Δ.Α.)

Σύμφωνα με το βιολογικό μοντέλο θεώρησης της ψυχικής υγείας η ανάκαμψη από ψυχωτικού τύπου διαταραχές συναύδει με την απουσία ψυχωτικής συμπτωματολογίας (π.χ. διαταραχές αντίληψης, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργάνωση λόγου/συμπεριφοράς) και επικεντρώνεται στη μείωση των νοσηλειών σε ψυχιατρικές κλινικές, τη μείωση των επανεισαγωγών και την επαναφορά της λειτουργικότητας του ατόμου σε φυσιολογικά επίπεδα. Ωστόσο, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιγράφουν την ανάκαμψη με πολύ ευρύτερους όρους και υποστηρίζουν ότι η ανάκαμψη περιλαμβάνει την αύξηση στην ποιότητα ζωής και την ενδυνάμωση (Neil et al., 2013). Δηλαδή, οι ίδιοι οι λήπτες υπηρεσιών ορίζουν την ανάκαμψη διαφορετικά από τους κλινικούς, περιγράφοντάς την περισσότερο ως μια διαδικασία, παρά ως ένα συγκεκριμένο τελικό στόχο (Pitt et al., 2007). Έτσι, προέκυψε η ανάγκη για τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της ανάκαμψης, σε συνεργασία με τους ίδιους τους λήπτες υπηρεσιών, που να λαμβάνει υπόψιν προσωπικούς υποκειμενικούς παράγοντες, όπως είναι η ελπίδα, η ενδυνάμωση και η αποφασιστικότητα για ανάκαμψη, σε συνδυασμό με τους κοινωνικούς παράγοντες και την εξωτερική υποστήριξη.

Κατά τους Pitt et al. (2007) η ανάκαμψη εμπεριέχει τρεις βασικές θεματικές: 1) αναδιαμόρφωση της ζωής, 2) αναδιαμόρφωση του εαυτού και 3) ελπίδα για ένα καλύτερο μέλλον. Πρόσφατη συστηματική ανάλυση και σύνθεση οδήγησε στην ανάπτυξη ενός εννοιολογικού πλαισίου της ανάκαμψης που περιλαμβάνει πέντε πυρηνικές διεργασίες: 1) σύνδεση (connectedness), 2) ελπίδα (hope), 3) ταυτότητα (identity), 4) νοηματοδότηση (meaning) και 5) ενδυνάμωση (empowerment), από τις οποίες προκύπτει το ακρωνύμιο CHIME (Leamy et al., 2011).

Καθότι όλο και περισσότεροι οργανισμοί ψυχικής υγείας προσανατολίζονται στην παροχή υπηρεσιών ανάκαμψης προέκυψε η ανάγκη για την ακριβέστερη δυνατή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτών των υπηρεσιών. Ήδη στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται εργαλεία αξιολόγησης της συμπτωματολογίας, όπως είναι οι κλίμακες PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia), YMRS (Young Mania Rating Scale),

MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale). Ωστόσο, καθώς η ανάκαμψη είναι μια πολύπλοκη, προσωποκεντρική και πολύπλευρη διεργασία είναι αναμενόμενο να είναι εξίσου πολύπλοκη και η αξιολόγηση της πορείας της ανάκαμψης και των εξατομικευμένων στόχων.

Ανάμεσα στις δημοσιευμένες κλίμακες για την αξιολόγηση της ανάκαμψης ξεχωρίζει η RAS (Recovery Assessment Scale) ως η πιο αναγνωρισμένη διαθέσιμη κλίμακα, αλλά ειδικά για άτομα με εμπειρία ψύχωσης έχουν αναπτυχθεί δύο κλίμακες; ο PRI (Psychosis Recovery Inventory) και το QPR (Questionnaire about the Process of Recovery) (Law et al., 2012). Μάλιστα, το QPR είναι ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε σε συνεργασία με τους λήπτες υπηρεσιών υγείας για την αξιολόγηση της ανάκαμψης, όπως αυτή ορίζεται από τους ίδιους τους λήπτες και είναι το μόνο μεταξύ των τριών προαναφερθέντων που χαρτογραφεί και τις πέντε παραμέτρους του εννοιολογικού πλαισίου CHIME για την ανάκαμψη (Law et al., 2014).

Πιο συγκεκριμένα, το QPR αναπτύχθηκε από τους Neil και συνεργάτες μαζί με λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και περιλαμβάνει 22 λήμματα, τα οποία βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert από ‘διαφωνώ πολύ’ έως ‘συμφωνώ πολύ’. Οι υψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές ανάκαμψης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο υποκλίμακες; η μία αφορά ζητήματα ενδοπροσωπικού χαρακτήρα και η δεύτερη διαπροσωπικού χαρακτήρα. Σύμφωνα με έρευνα και δημοσιεύσεις χαρακτηρίζεται από εσωτερική συνοχή, αξιοπιστία και εγκυρότητα (Neil et al., 2009).

Το ερωτηματολόγιο QPR έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα σε πολλές ερευνητικές μελέτες και προτιμάται σε διάφορες ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Βρετανία ως εργαλείο αποτίμησης της πορείας για ανάκαμψη.

5.1 Υλικό και Μέθοδος

Κατόπιν χορήγησης άδειας από τους συγγραφείς του QPR προχώρησα σε μετάφραση και προσαρμογή του QPR από το πρωτότυπο, που είναι γραμμένο στην αγγλική γλώσσα. Αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες για κλινικούς, ερευνητές και λήπτες υπηρεσιών

ψυχικής υγείας ως προς τη χρήση, τη χορήγηση και τη βαθμολόγησή του. Το δεύτερο μέρος είναι το ίδιο το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από εικοσιδύο λήμματα. Οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας τους με τη βοήθεια μιας 5βάθμιας κλίμακας Likert. Οι ερωτήσεις αντιστοιχούν σε δύο υποκλίμακες: 1) μία που καλύπτει ζητήματα ενδοπροσωπικού χαρακτήρα και 2) η δεύτερη που καλύπτει διαστάσεις διαπροσωπικού χαρακτήρα που ενισχύουν την διεργασία της ανάκαμψης.

Για τη μετάφραση και πολιτισμική, γλωσσολογική και εννοιολογική προσαρμογή του ερωτηματολογίου ακολουθήθηκε η εξής μεθοδολογία: α) άδεια χρήσης ερωτηματολογίου από τους συγγραφείς, β) προς τα εμπρός μετάφραση, γ) εναρμόνιση, δ) προς τα πίσω μετάφραση, ε) έλεγχος από ειδικούς, στ) γνωστική ανασκόπηση, ζ) οριστικοποίηση.

Επόμενο στάδιο είναι η επικύρωσή του, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ελληνόφωνο πληθυσμό για αποτίμηση της πορείας προς την ανάκαμψη, αλλά, όπως αναφέρουν και οι συγγραφείς του, και ως εργαλείο επικοινωνίας και στοχοθεσίας για άτομα με ψυχωτικές εμπειρίες. Ευελπιστώ το ερωτηματολόγιο να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες και τους εμπλεκόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας στο θεραπευτικό τους έργο.

Η παρούσα εργασία χαρακτηρίζεται μεθοδολογική. Σκοπός της είναι η μετάφραση και η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου QPR (The Process of Recovery Questionnaire). Η απόδοση του QPR στα ελληνικά είναι 'Ερωτηματολόγιο για τη Διαδικασία προς την Ανάκαμψη' (Ε.Δ.Α.).

Το ερωτηματολόγιο για την Διαδικασία προς την Ανάκαμψη (Ε.Δ.Α.)

Το Ε.Δ.Α. είναι ένα εργαλείο αποτίμησης 22 λημμάτων, το οποίο αναπτύχθηκε στη βάση των προσωπικών αφηγήσεων από λήπτες/-ριες ψυχιατρικών υπηρεσιών που βρίσκονταν εντός μιας διαδικασίας ανάκαμψης από ψυχωτικές εμπειρίες, σε συνεργασία με άλλους/-ες τοπικούς/-ες λήπτες/-ριες ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η ιδέα του Ε.Δ.Α. βασίζεται στο ειδικό ενδιαφέρον να ερωτηθούν οι ίδιοι οι λήπτες/-ριες για διαστάσεις της ανάκαμψης που θεωρούν για αυτούς/ες σημαντικές. Το Ε.Δ.Α. έχει

συγκεντρώσει σχετικές δημοσιεύσεις για εδραιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες, όπως αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η χορήγησή του έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με την συνολική ψυχολογική ευημερία, την ποιότητα ζωής και την ενδυνάμωση όλων εκείνων των παραγόντων που θεωρούνται κρίσιμοι στην διαδικασία της ανάκαμψης από ψύχωση. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο κατηγορίες παραγόντων που αντιστοιχούν σε δύο υποκλίμακες: 1) η πρώτη υποκλίμακα καλύπτει ζητήματα ενδοπροσωπικού χαρακτήρα, ενώ 2) η δεύτερη υποκλίμακα καλύπτει διαστάσεις διαπροσωπικού χαρακτήρα που ενισχύουν την διαδικασία της ανάκαμψης.

Ποιες είναι οι εφαρμογές του Ε.Δ.Α.;

- **Κλινική άσκηση:** Καθώς το Ε.Δ.Α. ενδιαφέρεται και θέτει ερωτήματα σχετικά με διαστάσεις της ανάκαμψης που είναι σημαντικές για τους λήπτες/-ριες υπηρεσιών, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως έναυσμα για επικοινωνία με τους κλινικούς και άλλους επαγγελματίες, και ανάπτυξη μιας σχέσης μέριμνας. Επίσης, καθότι το Ε.Δ.Α. είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης προόδου όσον αφορά την επίτευξη στόχων από την πλευρά των πασχόντων ατόμων είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως ένα μήνυμα ελπίδας σε άλλους λήπτες υπηρεσιών με παρόμοιους στόχους. Η ελπίδα είναι σημαντική και θεωρείται καίριας σημασίας για την ανάκαμψη.

Το Ε.Δ.Α. θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα ως εργαλείο για τον καθορισμό εξειδικευμένων στόχων, αλλά και ως ένα κριτήριο επίτευξης αυτών των προσωπικών στόχων. Για παράδειγμα, το Ε.Δ.Α. θα μπορούσε να αξιοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει τους ανθρώπους να μιλήσουν ανοιχτά για τα θέματα που τους απασχολούν, οργανώνοντας ταυτόχρονα τα ατομικά τους σχέδια και τον καθημερινό τους χρόνο.

5.2 Η διαδικασία μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής του Ε.Δ.Α.

Αρχικά, εξασφάλισα την άδεια μετάφρασης του Ε.Δ.Α, από τους δημιουργούς του. Στη συνέχεια ακολούθησα τη μεθοδολογία που προτείνεται από την International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) για γλωσσική επικύρωση και γνωστική ανασκόπηση του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με την ISPOR, η διαδικασία της γλωσσικής επικύρωσης αποτελείται από τέσσερα στάδια: α) αξιολόγηση μεταφραστικότητας και προς τα εμπρός μετάφρασης, β) εναρμόνιση, γ) προς τα πίσω μετάφραση, δ) τελικός επανέλεγχος και διορθωμένη μετάφραση. Μετά την ολοκλήρωση της γλωσσικής επικύρωσης ακολουθεί η διαδικασία της γνωστικής ανασκόπησης, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι οι ερωτώμενοι της ομάδας-στόχου κατανοούν τα στοιχεία με τρόπο που δείχνει ισοδυναμία νοήματος. Η διαδικασία της γνωστικής ανασκόπησης αποτελείται από τα εξής στάδια: α) στρατολόγηση ερωτώμενων-απαντητών, β) διεξαγωγή συνέντευξης, γ) συγγραφή γενικής αναφοράς, δ) επανέλεγχος και οριστικοποίηση.

Γλωσσική επικύρωση

Στάδιο 1: Αξιολόγηση μεταφραστικότητας και προς τα εμπρός μετάφραση

Σε πρώτο στάδιο, το ερωτηματολόγιο υποβλήθηκε σε αξιολόγηση μεταφραστικότητας, προκειμένου να προσδιοριστούν ποια στοιχεία μπορούσαν να μεταφραστούν ευθέως και ποια στοιχεία απαιτούσαν προσαρμογή.

Ακολούθησε η προς τα εμπρός μετάφραση, η οποία πραγματοποιήθηκε από δύο μεταφραστές με μητρική γλώσσα την ελληνική και πιστοποιημένη άριστη γλωσσική επάρκεια της αγγλικής γλώσσας. Οι δύο μεταφραστές μετέφρασαν ανεξάρτητα το Ε.Δ.Α. από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική.

Στάδιο 2: Εναρμόνιση

Κατά το στάδιο της εναρμόνισης, με τη βοήθεια εξωτερικής συνεργάτιδας με άριστη επάρκεια της αγγλικής γλώσσας και γνώση του αντικειμένου μελέτης συνέκρινε τις δύο μεταφράσεις και

δημιουργήσαμε μια ενοποιημένη μορφή (EE1), η οποία περιελάμβανε τα καλύτερα στοιχεία από τις δύο μεταφράσεις.

Στάδιο 3: Προς τα πίσω μετάφραση

Η ενοποιημένη μορφή (EE1) δόθηκε για προς τα πίσω μετάφραση σε μία άλλη μεταφράστρια, η οποία δε γνώριζε το πρωτότυπο. Η αντιμεταφράστρια είναι ελληνικής καταγωγής, ψυχολόγος, με σπουδές στη Μεγάλη Βρετανία. Στη συνέχεια, αντιπαρέβαλα την αντιμετάφραση και το πρωτότυπο και κατέληξα στην διαμόρφωση μιας πιο ολοκληρωμένης ελληνικής έκδοσης (EE2).

Στάδιο 4: Τελικός επανέλεγχος και διορθωμένη μετάφραση

Ελέγχθηκε η απόδοση των όρων της EE2 από την επόπτρια της εργασίας, η οποία είναι καθηγήτρια ψυχολογίας με γνωστικό αντικείμενο την Κοινότητα και Ψυχική Υγεία. Λαμβάνοντας υπόψιν τις επισημάνσεις της προχώρησα στην αναθεώρηση του ερωτηματολογίου, η οποία οδήγησε στην τρίτη ελληνική έκδοση (EE3). Στην αναθεωρημένη έκδοση EE3 προστέθηκαν επίσης πεδία για συμπλήρωση αδρών δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, συνθήκες διαβίωσης) και ορισμένων γενικών πληροφοριών σχετικών με το ψυχιατρικό ιστορικό (διάγνωση, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, διάστημα χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας).

Παρακάτω, παρατίθενται τα EE1, EE2 και EE3:

(E1)**Ερωτηματολόγιο για τη Διαδικασία της Ανάκαμψης (QPR): Κατευθυντήριες γραμμές για Κλινικούς Ιατρούς, Ερευνητές και Χρήστες Υπηρεσιών για τις χρήσεις, χορήγηση και βαθμολόγηση του QPR**

Αναπτύχθηκε από: Sandra Neil, Liz Pitt, Martina Kilbride, Anthony Morrison, Sarah Nothard, Mary Welford and William Sellwood σε συνεργασία με την The Bolton Salford and Trafford Service User Steering Committee

Τι είναι το QPR; Το QPR είναι ένα μέτρο αξιολόγησης 22 στοιχείων που αναπτύχθηκε με βάση αφηγήσεις χρηστών υπηρεσιών που βρισκόταν σε ανάκαμψη από ψύχωση, σε συνεργασία με τοπικούς χρήστες υπηρεσιών. Η ιδέα του QPR βασίζεται στο να ερωτηθούν οι ασθενείς για πλευρές της ανάκαμψης που βρίσκουν σημαντικές. Το QPR είναι αξιόπιστο και έγκυρο και σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη γενικότερη ψυχολογική ευημερία, ποιότητα ζωής και ενδυνάμωση όλων αυτών των στοιχείων που είναι κρίσιμα στην ανάκαμψη από ψύχωση. Υπάρχουν δύο υποκατηγορίες: 1) ενδοπροσωπικές ασχολίες των ατόμων που εμπλέκονται στην ανάκαμψη και 2) διαπροσωπικοί παράγοντες που προωθούν την ανάκαμψη (δείτε παρακάτω).

Ποιες είναι οι εφαρμογές του QPR;

- **Κλινική πρακτική:** Καθώς το QPR ρωτά σχετικά με πλευρές της ανάκαμψης που είναι σημαντικές για τους χρήστες της υπηρεσίας, η μέτρηση αυτή μπορεί να υποβοηθήσει την επικοινωνία και τη συναισθηματική ανάμειξη. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να απεικονίσει ότι άλλα άτομα προόδευαν για να πετύχουν παρόμοιους στόχους και αυτό το θετικό μήνυμα μπορεί να εμπνεύσει ελπίδα κρίσιμη για την ανάκαμψη.

- Το QPR μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σαν εργαλείο ώστε κάποιος να θέσει στόχους αλλά και σα μέτρο επίτευξης αυτών των προσωπικών στόχων. Για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τους ανθρώπους να ανοιχτούν, να τους παράσχει δομή και συγκέντρωση για τους προσωπικούς τους στόχους, και κατόπιν να σαν έλεγχος της προόδου τους βασισμένος σε στοιχεία.

- Η ευαισθησία του QPR είναι προς το παρόν υπό αξιολόγηση, με σκοπό να αξιολογηθεί η χρήση του ως μέτρο αποτελεσματικότητας της υπηρεσίας και ως στοιχείο μέτρησης αποτελέσματος της καθημερινής ρουτίνας.

- **Έρευνα:** Η χρήση του συνίσταται σε ερευνητές για επέκταση και εμπλουτισμό στη βάση στοιχείων στον τομέα της ανάρρωσης.

Πώς χορηγώ το QPR; Οι υπεύθυνοι ανάπτυξης του QPR συνιστούν στους κλινικούς ιατρούς και ερευνητές πριν τη χορήγησή του να σιγουρευτούν ότι:

- Έχουν δωθεί γενικές πληροφορίες (όπως οι παραπάνω) σε όλους όσους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, καθώς και έχουν εξηγηθεί οι λόγοι συμπλήρωσής του, όπως π.χ.: “μέσα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ελπίζουμε να εντοπίσουμε τομείς της ζωής σας όπου τα πράγματα πηγαίνουν καλά, όπως επίσης και τομείς όπου αντιμετωπίζετε δυσκολίες.”

- Όλοι οι χρήστες της υπηρεσίας πρέπει να δώσουν τη γραπτή ή προφορική συγκατάθεσή τους για να συμπληρώσουν το QPR.

- Όπου είναι δυνατόν, το QPR πρέπει να συμπληρωθεί με έναν ακόμα ειδικό ή άτομο με το οποίο μπορούν να συζητήσουν θέματα που μπορεί να προκύψουν

- Το QPR πρέπει να χρησιμοποιηθεί συνετά και υπεύθυνα από τους κλινικούς ιατρούς, και στους χρήστες της υπηρεσίας που είναι σε κρίση ή/και πολύ αγχωμένοι δεν θα πρέπει να ζητηθεί να το συμπληρώσουν.

- Το QPR δε θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί με τρόπο αποστειρωμένο, αλλά περισσότερο σαν ένα όχημα που θα προωθήσει τη συζήτηση σχετικά με προσωπικούς στόχους.

Πώς βαθμολογώ το QPR; Το QPR περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις, η καθεμιά εκ των οποίων βαθμολογείται από το 0 ως το 4 (0 = διαφωνώ πολύ, 1 = διαφωνώ, 2 = ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 3 = συμφωνώ, 4 = συμφωνώ πολύ). Στην ενδοπροσωπική υποκατηγορία βρίσκονται οι ερωτήσεις: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 21, 22. Στη διαπροσωπική κατηγορία βρίσκουμε τις ερωτήσεις: 14, 15, 16, 17, 20 (τονισμένες με γκρίζο φόντο στο QPR). Τα υψηλότερα σκορ είναι ενδεικτικά της προόδου. Ωστόσο, οι υπεύθυνοι για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου επισημαίνουν ότι τα σκορ των υποκατηγοριών ή το συνολικό σκορ δε θα πρέπει να αθροιστούν ως ένα σκορ ανάκαμψης, αλλά το QPR θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί όπως περιγράφεται παραπάνω, δηλαδή σαν ένα εργαλείο συναισθηματικής ανάμειξης, στοχοθεσίας σχετικής με το άτομο και σαν ένας τρόπος μέτρησης του αποτελέσματος αυτών.

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ

Ερωτηματολόγιο για την Πορεία Ανάρρωσης (QPR)

Αυτό το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε με σκοπό την περαιτέρω κατανόηση της διαδικασίας της ανάκαμψης: τι βοηθά και τι δε βοηθά ιδιαίτερα. Ο καθένας είναι διαφορετικός και θα υπάρξουν αποκλίσεις για όλους. Οι ερωτήσεις αναπτύχθηκαν μέσα από συνεντεύξεις χρηστών της υπηρεσίας σχετικά με τη διαδρομή τους προς την ανάκαμψη. Ελπίζουμε συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο αυτό να μας βοηθήσετε να βρούμε πληροφορίες που είναι σημαντικές για σας και τη δική σας ανάκαμψη. Δε θα είναι όλοι οι παράγοντες σημαντικοί για σας, αφού εξάλλου ο καθένας είναι διαφορετικός. Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν δημιουργήθηκε με σκοπό να σας επιβάλει κάτι παρά τη θέλησή σας.

Αν θα θέλατε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, παρακαλούμε αφιερώστε λίγο χρόνο για να αναλογιστείτε πώς είναι τα πράγματα για εσάς αυτό τον καιρό, ιδίως τις τελευταίες 7 μέρες, σχετικά με την ψυχική σας υγεία και την ανάκαμψή σας. Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω προτάσεις τσεκάροντας το κουτάκι που σας εκφράζει περισσότερο.

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1. Αισθάνομαι καλύτερα με τον εαυτό μου					
2. Αισθάνομαι πως μπορώ να πάρω ρίσκα στη ζωή					
3. Μπορώ να αναπτύξω θετικές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους					
4. Αισθάνομαι περισσότερο κομμάτι της κοινωνίας παρά απομονωμένος					
5. Μπορώ να πατήσω στα πόδια μου					
6. Αισθάνομαι πως η ζωή μου έχει νόημα					
7. Οι εμπειρίες μου με άλλαξαν προς το καλύτερο					
8. Έχω καταφέρει να συμβιβαστώ με πράγματα που μου συνέβησαν στο παρελθόν και να προχωρήσω με τη ζωή μου					
9. Έχω κίνητρο να νιώσω καλύτερα					
10. Μπορώ να αναγνωρίσω τα θετικά πράγματα που έχω κάνει					

11. Μπορώ να καταλάβω τον εαυτό μου καλύτερα					
12. Μπορώ να αναλάβω τον έλεγχο της ζωής μου					
13. Μπορώ να έχω πρόσβαση σε ανεξάρτητη υποστήριξη					
14. Μπορώ να ζυγίσω τα θετικά και τα αρνητικά της ψυχιατρικής θεραπείας					
15. Αισθάνομαι πως οι εμπειρίες μου με κάνουν πιο ευαίσθητο απέναντι στους άλλους					
16. Το να συναντώ ανθρώπους με παρόμοιες εμπειρίες με κάνει να αισθάνομαι καλύτερα					
17. Η ανάρρωσή μου βοήθησε στο να αλλάξει η οπτική άλλων σχετικά με την πιθανή πορεία της ασθένειας					
18. Μπορώ να κατανοήσω τις οδυνηρές μου εμπειρίες					
19. Μπορώ να εμπλακώ ενεργά στη ζωή					
20. Κατανοώ ότι οι απόψεις ορισμένων ειδικών της ψυχικής υγείας δεν είναι ο μοναδικός τρόπος να δει κανείς τα πράγματα					
21. Μπορώ να ελέγξω πλευρές της ζωής μου					
22. Μπορώ να βρω χρόνο να κάνω πράγματα που απολαμβάνω					

Ευχαριστούμε που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο

©Neil et al, 2007 (Να μην αναπαράγεται χωρίς την άδεια των συγγραφέων)

(E2)

Questionnaire about the process of recovery (QPR): guidelines for clinicians, researchers and service users for the use, administration and scoring of QPR.

Developed by: Sandra Neil, Liz Pitt, Martina Kilbride, Anthony Morrison, Sarah Nothard, Mary Welford and William Sellwood σε συνεργασία με την The Bolton Salford and Trafford Service User Steering Committee

What is the QPR? QPR is a 22 items/questions assessment measure that it was developed based on the recordings/narrations of service users who were in recovery from psychosis, in collaboration with local service users. The idea behind QPR is to ask individuals for aspects of recovery that they consider significant/important. QPR is a reliable and valid and correlates in a great degree with the overall psychological wellbeing, with quality of life and with the empowerment of all the elements that are considered critical for the recovery of psychosis. There are two subcategories/subscales (υποκλιμακες): 1) personal activities of individuals who are involved in recovery and 2) interpersonal factors that promote recovery (see below).

What are the applications of QPR?

Clinical practice: Since QPR assesses aspects of recovery that are important for the service users, this measure may subserve the communication and the emotional involvement/ engagement (εμπλοκη). QPR may be used to depict that other individuals progressed in to achieve similar goals and this positive message may instil hope which is of great importance to recovery.

The QPR could be used at the same time/ simultaneously as a tool for setting goals for individualized outcomes and as tool to achieve of these personal goals. For example, the QPR could be used to help people open up, to give them structure and focus to their personal goals that they could work towards and then be used to track the progress and to provide evidence of this

The sensitivity of QPR is currently under evaluation, in order to assess the QPR's use as a measure of service's effectiveness and as a measure of the outcome of everyday life.

Research: The use of QPR is suggested to researchers in order to enhance the database in the field of recovery.

How do I administer the QPR? QPR developers recommend that clinicians and researchers using this questionnaire, before administering it, first should ensure that:

- General information (as above) are given to all people who were asked to complete the QPR, as well as with an explanation was provided as to why they are being asked to complete this questionnaire, such as “through completing this questionnaire, we hope that we can identify the areas in your life where things are going well and also any areas where you might be having difficulties.”
- All service users must give their written or verbal consent to complete the QPR
- The QPR should where possible be completed with another professional or person with whom they can discuss any issues raised.

- The QPR should be used prudently and responsibly by clinicians, and service users who are in crisis and / or very distressed should not be asked to complete the QPR
- The QPR should not be used in a sterile manner, but rather as a vehicle to facilitate discussion about individual goals.

How do I score the QPR? The QPR has 22 questions each scored on a 4-point scale (0= strongly disagree, 1=disagree, 2=neither agree nor disagree, 3=agree, 4= strongly agree). The personal category consists of the questions: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 21, 22. The interpersonal category consists of the questions 14, 15, 16, 17, 20 (labeled with gray background in QPR). Higher scores are indicative of recovery. However, those involved in developing this measure suggest that total scores should not only be added to give total recovery scores, but the QPR should be used as described above, for example as a tool for engagement, setting goals relative to the individual and as a measure of the outcomes for these.

PLEASE CONTINUE IN THE NEXT PAGE

The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)

this questionnaire was developed in order to further understand more about the process of recovery; what's helpful and what's not so helpful. Everyone is different and there will be divergences/deviations for everyone. The questions were developed through interviews with service users about their journey to the recovery. We hope that by answering this questionnaire you will help us find out information that is important to you and your own recovery. Not all factors will be important to you, since everyone is different. This questionnaire was not developed in order to impose anything on you against your wishes.

If you would like to answer the questionnaire, please take a moment to think how are things for you over this period of time, in particular over the last 7 days, with regards to your mental health and recovery. Please answer the following statements by ticking the box which best describes your experience.

1. I feel better with myself
2. I feel that I can take risks in life
3. I can develop positive relationships with other people
4. I feel more part of society rather than isolated
5. I can stand in my feet.
6. I feel that my life has a purpose
7. My experiences have changed me for the better
8. I was able to come to terms with things that have happened to me in the past and move on with my life

9. I have strong motive to get better
10. I can recognise the positive things I have done
11. I can (better or) understand myself better
12. I can take control of my life
13. I can have access to independent support
14. I can weigh pros and cons of psychiatric therapy
15. I feel that my experiences made me more sensitive towards others
16. Meeting people with similar experiences with me, makes me feel better
17. My recovery helped me to challenge other's beliefs/point of view about the possible outcome/progress of my illness
18. I can give meaning to my distressing/negative experiences
19. I can actively engage in life
20. I realise that the opinions of some specialist in mental health is not the only way to view things
21. I can control aspects of my life
22. I can find the time to do the things I enjoy

Thank you for completing this questionnaire

©Neil et al, 2007 (Not to be reproduced without the permission of the authors)

(E3)

Ερωτηματολόγιο για τη Διαδικασία προς την Ανάκαμψη (Ε.Δ.Α.): Κατευθυντήριες οδηγίες για Κλινικούς, Ερευνητές/-τριες και Λήπτες/-τριες Υπηρεσιών ως προς την χρήση, χορήγηση και βαθμολόγηση του

Αναπτύχθηκε από τους/-ες: Sandra Neil, Liz Pitt, Martina Kilbride, Anthony Morrison, Sarah Nothard, Mary Welford and William Sellwood σε συνεργασία με: The Bolton Salford and Trafford Service User Steering Committee

Απόδοση-μετάφραση: Παπαδημητρίου Νικόλαος, ειδικευόμενος ψυχίατρος του Ψ.Ν.Θ.-μεταπτυχιακός φοιτητής του διδρυματικού μεταπτυχιακού προγράμματος Εφαρμοσμένη-κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη των πανεπιστημίων Αιγαίου και Δυτικής Μακεδονίας

Επιμέλεια: Ζήση Αναστασία, καθηγήτρια ψυχολογίας του τμήματος Κοινωνιολογίας του πανεπιστημίου Αιγαίου

Τι είναι το Ε.Δ.Α.; Το Ε.Δ.Α. είναι ένα εργαλείο αποτίμησης 22 λημμάτων, το οποίο αναπτύχθηκε στη βάση των προσωπικών αφηγήσεων από λήπτες/-ριες ψυχιατρικών υπηρεσιών που βρίσκονταν εντός μιας διαδικασίας ανάκαμψης από ψυχωτικές εμπειρίες, σε συνεργασία με άλλους/-ες τοπικούς/-ες λήπτες/-ριες ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η ιδέα του Ε.Δ.Α. βασίζεται στο ειδικό ενδιαφέρον να ερωτηθούν οι ίδιοι οι λήπτες/-ριες για διαστάσεις της ανάκαμψης που θεωρούν για αυτούς/-ες σημαντικές. Το Ε.Δ.Α. έχει συγκεντρώσει σχετικές δημοσιεύσεις για εδραιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες, όπως αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η χορήγησή του έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με την συνολική ψυχολογική ευημερία, την ποιότητα ζωής και την ενδυνάμωση όλων εκείνων των παραγόντων που θεωρούνται κρίσιμοι στην διαδικασία της ανάκαμψης από ψύχωση. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο κατηγορίες παραγόντων που αντιστοιχούν σε δύο υποκλίμακες: 1) η πρώτη υποκλίμακα καλύπτει ζητήματα ενδοπροσωπικού χαρακτήρα, ενώ 2) η δεύτερη υποκλίμακα καλύπτει διαστάσεις διαπροσωπικού χαρακτήρα που ενισχύουν την διαδικασία της ανάκαμψης (δείτε παρακάτω).

Ποιες είναι οι εφαρμογές του Ε.Δ.Α.;

- **Κλινική άσκηση:** Καθώς το Ε.Δ.Α. ενδιαφέρεται και θέτει ερωτήματα σχετικά με διαστάσεις της ανάκαμψης που είναι σημαντικές για τους λήπτες/-ριες υπηρεσιών, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως έναυσμα για επικοινωνία με τους κλινικούς και άλλους επαγγελματίες, και ανάπτυξη μιας σχέσης μέριμνας. Επίσης, καθότι το Ε.Δ.Α. είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης προόδου όσον αφορά την επίτευξη στόχων από την πλευρά των πασχόντων ατόμων είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως ένα μήνυμα ελπίδας σε άλλους λήπτες υπηρεσιών με παρόμοιους στόχους. Η ελπίδα είναι σημαντική και θεωρείται καίριας σημασίας για την ανάκαμψη.

Το Ε.Δ.Α. θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα ως εργαλείο για τον καθορισμό εξειδικευμένων στόχων, αλλά και ως ένα κριτήριο επίτευξης αυτών των προσωπικών στόχων. Για παράδειγμα, το Ε.Δ.Α. θα μπορούσε να αξιοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει τους ανθρώπους να μιλήσουν ανοιχτά για τα θέματα που τους απασχολούν, οργανώνοντας ταυτόχρονα τα ατομικά τους σχέδια και τον καθημερινό τους χρόνο.

Η ευαισθησία του Ε.Δ.Α. είναι προς το παρόν υπό δοκιμασία, η ικανότητά του, δηλαδή, να εφαρμοσθεί ως μέτρο αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, και ως μέτρο μιας συνολικής θεραπευτικής έκβασης.

Έρευνα: Η χρήση του συνιστάται σε ερευνητές/-ριες προκειμένου να διευρύνουν και να εμπλουτίσουν τη βάση δεδομένων στο πεδίο της ανάκαμψης.

Πώς χορηγώ το Ε.Δ.Α.; Οι υπεύθυνοι ανάπτυξης του Ε.Δ.Α. συνιστούν στους κλινικούς και τους ερευνητές που το χρησιμοποιούν, να εξασφαλίζουν, πριν την χορήγηση του, τα ακόλουθα:

- Έχουν δοθεί γενικές πληροφορίες (όπως οι παραπάνω) σε όλους/-ες όσους/-ες ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, καθώς και οι λόγοι συμπλήρωσής του, όπως π.χ.: *“μέσα από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ελπίζουμε να μπορέσουμε να προσδιορίσουμε εκείνους τους τομείς της ζωής σας, όπου τα πράγματα πηγαίνουν καλά, όπως επίσης, και τομείς όπου μπορεί να παρουσιάζετε δυσκολίες.”*
- Όλοι οι λήπτες/-ριες υπηρεσιών πρέπει να δώσουν την γραπτή ή προφορική συγκατάθεσή τους για να συμπληρώσουν το Ε.Δ.Α.
- Όπου είναι δυνατόν, το Ε.Δ.Α. πρέπει να συμπληρωθεί μαζί με έναν ακόμα ειδικό ή άτομο με το οποίο μπορούν να συζητήσουν θέματα που μπορεί, κατά την πορεία, να προκύψουν.
- Το Ε.Δ.Α. πρέπει να χρησιμοποιηθεί συνετά και υπεύθυνα από τους κλινικούς και δεν πρέπει να ζητείται να συμπληρωθεί από λήπτες/-ριες υπηρεσιών που είναι σε κρίση ή/και πολύ αγχωμένοι/-ες.
- Το Ε.Δ.Α. δεν θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί με τρόπο αποστειρωμένο, αλλά περισσότερο σαν ένα όχημα που θα προωθήσει την συζήτηση σχετικά με ατομικά σχέδια και προοπτικές.

Πώς βαθμολογώ το Ε.Δ.Α.; Το Ε.Δ.Α. περιλαμβάνει 22 λήμματα, το καθένα εκ των οποίων βαθμολογείται από το 0 ως το 4 (0 = διαφωνώ πολύ, 1 = διαφωνώ, 2 = ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 3 = συμφωνώ, 4 = συμφωνώ πολύ). Η ενδοπροσωπική υποκλίμακα περιλαμβάνει τις ερωτήσεις: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 21, 22. Η διαπροσωπική υποκλίμακα περιλαμβάνει τις ερωτήσεις: 14, 15, 16, 17, 20 (επισημασμένες με γκρίζο φόντο στο ερωτηματολόγιο). Οι υψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές της ανάρρωσης. Ωστόσο, οι υπεύθυνοι/-ες για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου επισημαίνουν ότι οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων ή η συνολική βαθμολογία δε θα πρέπει να αθροιστούν ως μια βαθμολογία επίδοσης για την ανάκαμψη, αλλά ως εργαλεία επικοινωνίας, στοχοθεσίας, και ενός μόνο ενδεικτικού τρόπου αποτίμησης της διαδικασίας προς την ανάκαμψη.

Ερωτηματολόγιο για την Διαδικασία προς την Ανάκαμψη (Ε.Δ.Α.)

Αναπτύχθηκε από τους/-ες: Sandra Neil, Liz Pitt, Martina Kilbride, Anthony Morrison, Sarah Nothard, Mary Welford and William Sellwood σε συνεργασία με: The Bolton Salford and Trafford Service User Steering Committee

Απόδοση-μετάφραση: Παπαδημητρίου Νικόλαος, ειδικευόμενος ψυχίατρος του Ψ.Ν.Θ.-μεταπτυχιακός φοιτητής του διδρυματικού μεταπτυχιακού προγράμματος Εφαρμοσμένη-κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη των πανεπιστημίων Αιγαίου και Δυτικής Μακεδονίας

Επιμέλεια: Ζήση Αναστασία, καθηγήτρια ψυχολογίας του τμήματος Κοινωνιολογίας του πανεπιστημίου Αιγαίου

Αυτό το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε με σκοπό την κατανόηση της διαδικασίας προς την ανάκαμψη: τι βοηθά και τι δε βοηθά σ' αυτήν την πορεία. Ο καθένας/μια είναι διαφορετικός/ή και είναι πολύ πιθανό να καταγραφούν διατομικές διαφορές. Οι ερωτήσεις αναπτύχθηκαν μέσα από συνεντεύξεις ληπτών ψυχιατρικών υπηρεσιών σχετικά με την πορεία τους προς την ανάκαμψη. Ελπίζουμε πως συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο αυτό, να μας βοηθήσετε να αντλήσουμε πληροφορίες που είναι σημαντικές για σας και τη δική σας ανάκαμψη. Δε θα είναι όλοι οι παράγοντες σημαντικοί για σας, αφού εξάλλου ο καθένας/μια μας είναι μοναδικός και ξεχωριστός. Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν δημιουργήθηκε με σκοπό να σας επιβάλει κάτι, παρά τη θέλησή σας.

Αν θα θέλατε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγο χρόνο για να αναλογιστείτε πώς είναι τα πράγματα για εσάς αυτό τον καιρό, ιδίως τις τελευταίες 7 μέρες, σχετικά με την ψυχική σας υγεία και την προσωπική σας κατάσταση. Παρακαλούμε, απαντήστε, στις παρακάτω προτάσεις τσεκάροντας το κουτάκι που εκφράζει καλύτερα την εμπειρία σας, αφού συμπληρώσετε ορισμένα προσωπικά στοιχεία.

Φύλο:

Ηλικία:

Διάγνωση:

Φαρμακευτική αγωγή (ναι/όχι):

Πόσο χρονικό διάστημα χρησιμοποιείτε υπηρεσίες ψυχικής υγείας:

Συνθήκες διαβίωσης (π.χ. ιδιόκτητη οικία, ξενώνας φιλοξενίας, με πόσα άτομα διαμένετε και τι σχέση έχετε μαζί τους):

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1. Αισθάνομαι καλύτερα με τον εαυτό μου.					
2. Αισθάνομαι πως μπορώ να εκμεταλλευτώ ευκαιρίες στη ζωή μου.					
3. Μπορώ να αναπτύξω θετικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους.					
4. Αισθάνομαι περισσότερο κομμάτι της κοινωνίας παρά απομονωμένος.					
5. Μπορώ να πατήσω στα πόδια μου.					
6. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει έναν σκοπό.					
7. Οι εμπειρίες μου, με έχουν αλλάξει προς το καλύτερο.					
8. Έχω καταφέρει να συμφιλιωθώ με πράγματα που μου συνέβησαν στο παρελθόν και να προχωρήσω με τη ζωή μου.					
9. Έχω ισχυρό κίνητρο να γίνω καλύτερα.					
10. Μπορώ να αναγνωρίσω τα θετικά πράγματα που έχω κάνει.					
11. Μπορώ να καταλάβω τον εαυτό μου καλύτερα.					
12. Μπορώ να αναλάβω τον έλεγχο της ζωής μου.					
13. Μπορώ να έχω πρόσβαση σε ανεξάρτητη υποστήριξη.					
14. Μπορώ να ζυγίσω τα υπέρ και τα κατά της ψυχιατρικής θεραπείας.					
15. Αισθάνομαι πως οι εμπειρίες μου με έχουν κάνει πιο ευαίσθητο απέναντι στους άλλους.					
16. Το να συναντώ ανθρώπους με παρόμοιες εμπειρίες με μένα με κάνει να αισθάνομαι καλύτερα.					

17. Η ανάρρωσή μου με βοήθησε στο να αμφισβητώ εγώ ο ίδιος την οπτική άλλων σχετικά με την πιθανή πορεία της ασθένειάς μου.					
18. Μπορώ να νοηματοδοτώ τις εμπειρίες που μου προκαλούν δυσφορία.					
19. Μπορώ να εμπλακώ ενεργά στη ζωή.					
20. Συνειδητοποιώ ότι οι απόψεις ορισμένων ειδικών της ψυχικής υγείας δεν είναι ο μοναδικός τρόπος να δει κανείς τα πράγματα.					
21. Μπορώ να ελέγξω πλευρές της ζωής μου.					
22. Μπορώ να βρω χρόνο να κάνω πράγματα που απολαμβάνω.					

Ευχαριστούμε που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο

©Neil et al., 2007 (Να μην αναπαράγεται χωρίς την άδεια των συγγραφέων)

Γνωστική ανασκόπηση

Μετά το πέρας της διαδικασίας της γλωσσικής επικύρωσης, ακολούθησε η διαδικασία της γνωστικής ανασκόπησης, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι το ερευνητικό εργαλείο είναι πολιτισμικά αποδεκτό και εννοιολογικά συναφές. Κατά το στάδιο αυτό, αναζήτησα άτομα στα οποία απευθύνεται το ερωτηματολόγιο (ομάδα-στόχος) για να διανείμω το ερωτηματολόγιο ΕΕ3, συμπληρωματικά με έντυπο ενημέρωσης και έντυπο συναίνεσης, τα οποία είχα συντάξει. Τα άτομα αυτά ήταν άτομα της κοινότητας με ιατρικό ιστορικό ψύχωσης, τα οποία κάνουν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συμμετείχαν ανώνυμα και ιδία βούληση. Αφού τους

επεξήγησα την ιδιότητά μου και το σκοπό της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου τους δίνοντας το ερωτηματολόγιο. Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσής του προχώρησα σε μικρής διάρκειας συζήτηση σχετικά με την κατανόηση του περιεχομένου των ερωτήσεων.

Αποτελέσματα

Γλωσσική επικύρωση

Η σύγκριση μεταξύ της αντιμετάφρασης (EE2) και του πρωτότυπου έδειξε ότι υπήρχε αντιστοιχία. Η πιστή μετάφραση του ελληνικού ερωτηματολογίου απέδιδε ορισμένες λέξεις διαφορετικά από ότι στο πρωτότυπο, αλλά το νόημα παρέμενε το ίδιο. Λαμβάνοντας υπόψιν τις επισημάνσεις της ειδικού και την επιμέλειά του, ώστε το ερωτηματολόγιο να ανταποκρίνεται καλύτερα στην ελληνική πολιτισμική και γλωσσολογική πραγματικότητα προχώρησα στη διόρθωση της μετάφρασης και την διαμόρφωση του EE3.

Γνωστική ανασκόπηση

Στην διαδικασία της γνωστικής ανασκόπησης συμμετείχαν συνολικά εικοσιεπτά (27) άτομα. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν δυσκολεύτηκαν ιδιαίτερα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αν και υποστήριζαν ότι υπήρξαν κάποιες λέξεις και λήμματα που δεν ήταν απόλυτα σαφή. Έτσι, όσον αφορά το λήμμα 3, δύο ερωτώμενοι ήθελαν επεξήγηση στο τι σημαίνει ο όρος ‘θετικές σχέσεις’. Το λήμμα 13 φάνηκε να είναι δυσνόητο σε αρκετούς όσον αφορά την έννοια της ‘ανεξάρτητης υποστήριξης’. Στο λήμμα 15, ορισμένοι ερωτώμενοι αναρωτήθηκαν αν ο όρος ‘ευαίσθητος’ αναφέρεται σε αίσθημα ενσυναίσθησης απέναντι σε άλλους ή σε αίσθημα εσωτερικής ανησυχίας εξαιτίας των άλλων. Στο λήμμα 18, δυσκόλεψε

αρκετούς ερωτώμενους η σημασία της λέξης ‘νοηματοδοτώ’. Τα λήμματα 17 και 20 επίσης χρειάστηκαν περαιτέρω επεξήγηση σε λίγες περιπτώσεις.

Έτσι, στο λήμμα 18, η λέξη *νοηματοδοτώ* αντικαταστάθηκε από τη φράση *δίνω νόημα*. Όσον αφορά τα υπόλοιπα λήμματα, τα οποία ανέγειραν ερωτήματα και προβληματισμούς, αποφασίστηκε να παραμείνουν ως έχουν, καθότι δεν ήταν ακατανόητα ως προς τη σημασία των λέξεων που τα απαρτίζουν. Οι προβληματισμοί των ερωτώμενων αφορούσαν το εννοιολογικό πλαίσιο των λημμάτων, γεγονός το οποίο έδωσε την αφορμή για συζήτηση σχετικά με τις υποκειμενικές ερμηνείες και προσωπικά βιώματα. Κατεπέκταση θεωρήθηκε ότι εξυπηρετούν τον πρωταρχικό σκοπό του ερωτηματολογίου, ο οποίος όπως περιγράφουν και οι συγγραφείς του δεν είναι μόνο η αξιολόγηση βαθμολογικά μιας πορείας ανάκαμψης, αλλά να αποτελέσει το έναυσμα για επικοινωνία, προσωπική στοχοθεσία και οικοδόμηση μιας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης.

Μετά λοιπόν από τις παρατηρήσεις των ερωτώμενων και τις αντίστοιχες διορθώσεις διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο για να πάρει τη μορφή του τελικού προϊόντος.

Τελικό προϊόν

Η διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω οδήγησε στην οριστικοποίηση της μορφής της ελληνικής έκδοσης. Παρακάτω παρατίθεται το τελικό προϊόν της διαδικασίας της εν λόγω μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής, καθώς και τα έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης που χορηγήθηκαν στους ερωτώμενους:

Ερωτηματολόγιο για τη Διαδικασία προς την Ανάκαμψη (Ε.Δ.Α.): Κατευθυντήριες οδηγίες για Κλινικούς, Ερευνητές/-τριες και Λήπτες/-τριες Υπηρεσιών ως προς την χρήση, χορήγηση και βαθμολόγηση του

Αναπτύχθηκε από τους/-ες: Sandra Neil, Liz Pitt, Martina Kilbride, Anthony Morrison, Sarah Nothard, Mary Welford and William Sellwood σε συνεργασία με: The Bolton Salford and Trafford Service User Steering Committee

Απόδοση-μετάφραση: Παπαδημητρίου Νικόλαος, ειδικευόμενος ψυχίατρος του Ψ.Ν.Θ.-μεταπτυχιακός φοιτητής του διδρυματικού μεταπτυχιακού προγράμματος Εφαρμοσμένη-κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη των πανεπιστημίων Αιγαίου και Δυτικής Μακεδονίας

Επιμέλεια: Ζήση Αναστασία, καθηγήτρια ψυχολογίας του τμήματος Κοινωνιολογίας του πανεπιστημίου Αιγαίου

Τι είναι το Ε.Δ.Α.; Το Ε.Δ.Α. είναι ένα εργαλείο αποτίμησης 22 λημμάτων, το οποίο αναπτύχθηκε στη βάση των προσωπικών αφηγήσεων από λήπτες/-ριες ψυχιατρικών υπηρεσιών που βρίσκονταν εντός μιας διαδικασίας ανάκαμψης από ψυχωτικές εμπειρίες, σε συνεργασία με άλλους/-ες τοπικούς/-ες λήπτες/-ριες ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η ιδέα του Ε.Δ.Α. βασίζεται στο ειδικό ενδιαφέρον να ερωτηθούν οι ίδιοι οι λήπτες/-ριες για διαστάσεις της ανάκαμψης που θεωρούν για αυτούς/ες σημαντικές. Το Ε.Δ.Α. έχει συγκεντρώσει σχετικές δημοσιεύσεις για εδραιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες, όπως αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η χορήγησή του έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με την συνολική ψυχολογική ευημερία, την ποιότητα ζωής και την ενδυνάμωση όλων εκείνων των παραγόντων που θεωρούνται κρίσιμοι στην διαδικασία της ανάκαμψης από ψύχωση. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο κατηγορίες παραγόντων που αντιστοιχούν σε δύο υποκλίμακες: 1) η πρώτη υποκλίμακα καλύπτει ζητήματα ενδοπροσωπικού χαρακτήρα, ενώ 2) η δεύτερη υποκλίμακα καλύπτει διαστάσεις διαπροσωπικού χαρακτήρα που ενισχύουν την διαδικασία της ανάκαμψης (δείτε παρακάτω).

Ποιες είναι οι εφαρμογές του Ε.Δ.Α.;

- **Κλινική άσκηση:** Καθώς το Ε.Δ.Α. ενδιαφέρεται και θέτει ερωτήματα σχετικά με διαστάσεις της ανάκαμψης που είναι σημαντικές για τους λήπτες/-ριες υπηρεσιών, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως έναυσμα για επικοινωνία με τους κλινικούς και άλλους επαγγελματίες, και ανάπτυξη μιας σχέσης μέριμνας. Επίσης, καθότι το Ε.Δ.Α. είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης προόδου όσον αφορά την επίτευξη στόχων από την πλευρά των πασχόντων ατόμων είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως ένα μήνυμα ελπίδας σε άλλους λήπτες υπηρεσιών με παρόμοιους στόχους. Η ελπίδα είναι σημαντική και θεωρείται καίρια σημασίας για την ανάκαμψη.

Το Ε.Δ.Α. θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα ως εργαλείο για τον καθορισμό εξειδικευμένων στόχων, αλλά και ως ένα κριτήριο επίτευξης αυτών των προσωπικών στόχων. Για παράδειγμα, το Ε.Δ.Α. θα μπορούσε να αξιοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει τους ανθρώπους να μιλήσουν ανοιχτά για τα θέματα που τους απασχολούν, οργανώνοντας ταυτόχρονα τα ατομικά τους σχέδια και τον καθημερινό τους χρόνο.

Ερωτηματολόγιο για την Διαδικασία προς την Ανάκαμψη (Ε.Δ.Α.)

Αναπτύχθηκε από τους/-ες: Sandra Neil, Liz Pitt, Martina Kilbride, Anthony Morrison, Sarah Nothard, Mary Welford and William Sellwood σε συνεργασία με: The Bolton Salford and Trafford Service User Steering Committee

Απόδοση-μετάφραση: Παπαδημητρίου Νικόλαος, ειδικευόμενος ψυχίατρος του Ψ.Ν.Θ.-μεταπτυχιακός φοιτητής του διδρυματικού μεταπτυχιακού προγράμματος Εφαρμοσμένη-κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη των πανεπιστημίων Αιγαίου και Δυτικής Μακεδονίας

Επιμέλεια: Ζήση Αναστασία, καθηγήτρια ψυχολογίας του τμήματος Κοινωνιολογίας του πανεπιστημίου Αιγαίου

Αυτό το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε με σκοπό την κατανόηση της διαδικασίας προς την ανάκαμψη: τι βοηθά και τι δε βοηθά σ' αυτήν την πορεία. Ο καθένας/μια είναι διαφορετικός/ή και είναι πολύ πιθανό να καταγραφούν διατομικές διαφορές. Οι ερωτήσεις αναπτύχθηκαν μέσα από συνεντεύξεις ληπτών ψυχιατρικών υπηρεσιών σχετικά με την πορεία τους προς την ανάκαμψη. Ελπίζουμε πως συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο αυτό, να μας βοηθήσετε να αντλήσουμε πληροφορίες που είναι σημαντικές για σας και τη δική σας ανάκαμψη. Δε θα είναι όλοι οι παράγοντες σημαντικοί για σας, αφού εξάλλου ο καθένας/μια μας είναι μοναδικός και ξεχωριστός. Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν δημιουργήθηκε με σκοπό να σας επιβάλει κάτι, παρά τη θέλησή σας.

Αν θα θέλατε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγο χρόνο για να αναλογιστείτε πώς είναι τα πράγματα για εσάς αυτό τον καιρό, ιδίως τις τελευταίες 7 μέρες, σχετικά με την ψυχική σας υγεία και την προσωπική σας κατάσταση. Παρακαλούμε, απαντήστε, στις παρακάτω προτάσεις τσεκάροντας το κουτάκι που εκφράζει καλύτερα την εμπειρία σας, αφού συμπληρώσετε ορισμένα προσωπικά στοιχεία.

Φύλο:

Ηλικία:

Διάγνωση:

Φαρμακευτική αγωγή (ναι/όχι):

Πόσο χρονικό διάστημα χρησιμοποιείτε υπηρεσίες ψυχικής υγείας:

Συνθήκες διαβίωσης (π.χ. ιδιόκτητη οικία, ξενώνας φιλοξενίας, με πόσα άτομα διαμένετε και τι σχέση έχετε μαζί τους):

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1. Αισθάνομαι καλύτερα με τον εαυτό μου.					
2. Αισθάνομαι πως μπορώ να εκμεταλλευτώ ευκαιρίες στη ζωή μου.					
3. Μπορώ να αναπτύξω θετικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους.					
4. Αισθάνομαι περισσότερο κομμάτι της κοινωνίας παρά απομονωμένος.					
5. Μπορώ να πατήσω στα πόδια μου.					
6. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει έναν σκοπό.					
7. Οι εμπειρίες μου, με έχουν αλλάξει προς το καλύτερο.					
8. Έχω καταφέρει να συμφιλιωθώ με πράγματα που μου συνέβησαν στο παρελθόν και να προχωρήσω με τη ζωή μου.					
9. Έχω ισχυρό κίνητρο να γίνω καλύτερα.					
10. Μπορώ να αναγνωρίσω τα θετικά πράγματα που έχω κάνει.					
11. Μπορώ να καταλάβω τον εαυτό μου καλύτερα.					
12. Μπορώ να αναλάβω τον έλεγχο της ζωής μου.					
13. Μπορώ να έχω πρόσβαση σε ανεξάρτητη υποστήριξη.					
14. Μπορώ να ζυγίσω τα υπέρ και τα κατά της ψυχιατρικής θεραπείας.					
15. Αισθάνομαι πως οι εμπειρίες μου με έχουν κάνει πιο ευαίσθητο απέναντι στους άλλους.					
16. Το να συναντώ ανθρώπους με παρόμοιες εμπειρίες με μένα με κάνει να αισθάνομαι καλύτερα.					

17. Η ανάρρωσή μου με βοήθησε στο να αμφισβητώ εγώ ο ίδιος την οπτική άλλων σχετικά με την πιθανή πορεία της ασθένειάς μου.					
18. Μπορώ να δίνω νόημα στις εμπειρίες που μου προκαλούν δυσφορία.					
19. Μπορώ να εμπλακώ ενεργά στη ζωή.					
20. Συνειδητοποιώ ότι οι απόψεις ορισμένων ειδικών της ψυχικής υγείας δεν είναι ο μοναδικός τρόπος να δει κανείς τα πράγματα.					
21. Μπορώ να ελέγξω πλευρές της ζωής μου.					
22. Μπορώ να βρω χρόνο να κάνω πράγματα που απολαμβάνω.					

Ευχαριστούμε που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο

©Neil et al., 2007 (Να μην αναπαράγεται χωρίς την άδεια των συγγραφέων)

Πανεπιστήμιο Αιγαίου
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Κοινωνιολογίας

Πανεπιστήμιο Δυτ. Μακεδονίας
Σχολή Καλών Τεχνών
Τμήμα Εικαστικών
& Εφαρμοσμένων Τεχνών

***Δι-ιδρυματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Εφαρμοσμένη – Κλινική Κοινωνιολογία και Τέχνη***

Έντυπο ενημέρωσης

Στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας “Η έννοια της ενδυνάμωσης στην ψύχωση: θεωρήσεις, πρακτικές και ο ρόλος της τέχνης ” του δι-ιδρυματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: *ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ* του Πανεπιστημίου Αιγαίου & του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την πορεία προς την ανάκαμψη από άτομα που έχουν βιώσει ψυχωτικές εμπειρίες.

Περιγραφή

Το Ερωτηματολόγιο για την Διαδικασία προς την Ανάκαμψη (ΕΔΑ) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης 22 λημμάτων, το οποίο αναπτύχθηκε στη βάση των προσωπικών αφηγήσεων από λήπτες υπηρεσιών που βρίσκονταν σε μια διαδικασία ανάκαμψης από ψύχωση, σε συνεργασία με τοπικούς λήπτες υπηρεσιών. Η ιδέα του ΕΔΑ βασίζεται στο να ερωτηθούν άτομα για διαστάσεις της ανάκαμψης που θεωρούν τα ίδια σημαντικές. Το ΕΔΑ έχει συγκεντρώσει εδραιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες, αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η χορήγησή του έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με τη συνολική ψυχολογική ευημερία, την ποιότητα ζωής και την ενδυνάμωση όλων αυτών των παραγόντων που θεωρούνται κρίσιμοι στην διαδικασία της ανάκαμψης από ψύχωση. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο κατηγορίες παραμέτρων που αντιστοιχούν σε δύο υποκλίμακες: 1) η πρώτη υποκλίμακα καλύπτει ζητήματα ενδοπροσωπικού χαρακτήρα, ενώ 2) η δεύτερη υποκλίμακα καλύπτει διαστάσεις διαπροσωπικού χαρακτήρα που ενισχύουν την διαδικασία της ανάκαμψης.

Δεοντολογική εγγύηση

Η συμμετοχή στο ερωτηματολόγιο βασίζεται στην αρχή της συνειδητής συναίνεσης και την εθελοντική συμμετοχή. Κάθε άτομο είναι ελεύθερο οποιαδήποτε στιγμή να διακόψει την συμμετοχή του. Επιπλέον, διαφυλάσσεται η εχεμύθεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων/ουσών και εξασφαλίζεται η ανωνυμία τους.

Ο μεταπτυχιακός φοιτητής,

Παπαδημητρίου Νικόλαος

Πανεπιστήμιο Αιγαίου
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Κοινωνιολογίας
Τεχνών

Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας
Σχολή Καλών Τεχνών
Τμήμα Εικαστικών & Εφαρμοσμένων

Ερωτηματολόγιο για την Πορεία προς την Ανάκαμψη από ψυχωτικές εμπειρίες

Έντυπο συγκατάθεσης

Δηλώνω τη συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στην ερευνητική εργασία του διδρυματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: *ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ- ΚΑΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ* του Πανεπιστημίου Αιγαίου & του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας με θέμα: *“Η έννοια της ενδυνάμωσης στην ψύχωση: θεωρήσεις, πρακτικές και ο ρόλος της τέχνης”* με επιστημονική υπεύθυνη την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχικής Υγείας, κα Αναστασία Ζήση.

Έχω λάβει το έντυπο ενημέρωσης στο οποίο περιγράφεται ο σκοπός της χορήγησης του ερωτηματολογίου και οι δεοντολογικές εγγυήσεις που δίνει ο μεταπτυχιακός φοιτητής προς τους/συμμετέχοντες/ουσες. Έχω κατανοήσει τον λόγο που χορηγείται το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Κατανοώ ότι ο φοιτητής έχει υποχρέωση να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε να διασφαλιστεί η εχεμύθεια των πληροφοριών που θα δώσω, το ιατρικό απόρρητο και η ανωνυμία μου. Γνωρίζω, επίσης, ότι μπορώ να αποσύρω τη συμμετοχή μου οποιαδήποτε στιγμή.

Με βάση τα παραπάνω συναινώ να συμμετάσχω στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ο συμμετέχων/ Η συμμετέχουσα

Ονοματεπώνυμο ή
αρχικά.....

Υπογραφή.....
.....

Βιβλιογραφία

- Γεωργάκα, Ε. (2013). Ποιοτική διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας της ψύχωσης-Μεθοδολογική ανασκόπηση. *Psychology, 20*, 397-412.
- Καράβατος, Θ. (2017). *Η ανάδυση της έννοιας «ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ» στον ευρωπαϊκό πολιτισμό*. Αθήνα: ΜΟΤΙΒΟ.
- Κωτσάκης, Δ. (2012). *Τρία και ένα κείμενα*. Αθήνα: Εκδόσεις των συναδέλφων.
- Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση*. Αθήνα: Άγρα.
- Ντάφλος, Κ. (2015). Κοινότητα - Συμμετοχή [κοινός-χώρος]. Στο: *Επιτελεστικές πρακτικές τέχνης, 3*, 108. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Ντόνιας, Σ. (1994). *Διαδικασίες της διάγνωσης και του θεραπευτικού σχεδιασμού στην ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: Η Δωδώνη.
- Πάγκαλος, Ο. (2017). *Η συνάντηση του writer με την εξουσία. Το γκραφίτι ως τρόπος επικοινωνίας και ως τέχνη στο δημόσιο χώρο*. Διδακτορική διατριβή. Θεσσαλονίκη.
- Πετρίκης, Π. (2019). Η τέχνη των ψυχωτικών. *Σύναψις, 15*(52), 42-48.
- Σεικούλα, Τζ., Αλακάρε, Μπ. (2012). Ανοιχτοί διάλογοι. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστιν, Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ.), *Αντί της ψυχιατρικής: εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (195-216). Θεσσαλονίκη: Νησίδες.
- Στυλιανίδης, Σ. (2015). *Ενδυνάμωση και συνηγορία*. Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Στυλιανίδης, Σ., & Greacen, T. (2018). Προλεγόμενα για το recovery: ιστορικές, πολιτικές, κλινικές και πρακτικές αναφορές. *Σύναψις, 14*(49), 4-18.
- Στυλιανίδης, Σ. (2014). Σύντομη ιστορική αναδρομή της τρέλας και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Στο: Σ. Στυλιανίδης και συν. (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής* (249-276). Αθήνα: Τόπος.
- Aderhold, V., Stastny, P., Lehmann, P. (2012). Πρόγραμμα Σωτηρία: μια εναλλακτική μεταρρυθμιστική κίνηση. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστιν, Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ.), *Αντί της ψυχιατρικής: εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (115-132). Θεσσαλονίκη: Νησίδες.
- American Psychiatric Association (2013). *ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟ DSM-5*. Αθήνα: Λίτσας.
- Castelpietra, G. (2018). Καινοτόμες πρακτικές βασισμένες στις αρχές του recovery: η περίπτωση της περιοχής Friuli Venezia Giulia. *Σύναψις, 14*(49), 23.
- Dumont, J. & Jones, K. (2012). Η Καλύβα των Κρίσεων – Αποτελέσματα μιας εναλλακτικής προσπάθειας άμεσα ενδιαφερόμενων στην κλασική ψυχιατρική. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστιν, Α.

Εμμανουηλίδου (Επιμ.), *Αντί της ψυχιατρικής: εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (151-160). Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Greacen, T. & Jouet, E. (2018). Η ενδυνάμωση στην ψυχική υγεία. *Σύναψις*, 14(49), 25-30.

Hartmann, P. & Braunling, S. (2012). Το Σπίτι Φυγής του Βερολίνου-Αναζητώντας κοινές δυνάμεις. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστινι, Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ.), *Αντί της ψυχιατρικής: εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (161-175). Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Herrick, M., DiGiacomo, A. M. & Welsch, S. (2012). Windhorse–Το Άλογο του Ανέμου. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστινι, Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ.), *Αντί της ψυχιατρικής: εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (115-132). Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Mead, S. (2012). Κέντρα κρίσης οργανωμένα από ανθρώπους με εμπειρία τραύματος. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστινι, Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ.), *Αντί της ψυχιατρικής: εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (176-186). Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., Morris, M. (2014). *Ζώντας με φωνές – 50 ιστορίες ανάρρωσης*. Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Sadock, B., Sadock, V. (2007). *Kaplan & Sadock's ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*. Αθήνα: Λίτσαζ.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2010). *Για μία καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας* (μτφρ. Σ. Στυλιανίδης). Αθήνα: Μοτίβο-Τόπος.

Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Sutela, M. (1997). Western Lapland Project: a comprehensive family- and network centered community psychiatric project. Στο: *ISPS, Abstracts and lectures 12-16 October 1997*, 124-129.

Alanen, Y., Lehtinen, K., Rääköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363-372.

Amering, M. & Schmolke, M. (2009). Recovery – Implications for Clinical Responsibilities. Στο: *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*. New York: John Wiley & Sons.

Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics*. Manchester: University Press.

Brenson, M. (1995). Healing in Time. Στο: M.J.Jacob, M. Brenson, E.M. Oldson. *Culture in Action: Art Program of Sculpture Chicago*. Seattle: Bay Press.

Browne, S. (2007). Real Relationships. *The Visual Artist's News Sheet*, September-October.

Davidson, L., Tondora, J., Stahaeli Lawless, M., O'Connell, M.J., Rowe, M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice. Tools for Transforming Mental Health Care*. New York: Oxford University Press.

- Dechamp-Le Roux C. & Rafael F. (2015). *Sante mentale: guerison et retablissement*. Παρίσι: John Libbey Eurotext.
- Dezeuze, A. (2010). An introduction to the Do-It-Yourself Artwork. Στο: A. Dezeuze. *The Do-It-Yourself Artwork: Participation from Fluxus to New Media*. Manchester & New York: Manchester University Press.
- Ernst, S. & Pokora, F. (2009). Between 'Constructive Pressure and Exploitation'? Interpretation Models for the Concept of 'Qualifactory Employment' for Longterm Unemployed.' In: C. Henning, K. Renblad (ed.), *Perspectives on Empowerment, Social Cohesion and Democracy. An International Anthology* (27-51). Jönköping: School of Health Sciences, Jönköping University.
- Fink, A. (2012). *Kunst in der Psychiatrie: verklart-verfolgt-vermarktet*. Berlin: LIT Verlag.
- France, C. M., & Uhlin, B. D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 79, 53-67.
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage Publications.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationship: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Haarakangas, K. (1997). The voices in treatment meeting: A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centered psychiatric treatment process in regard to the team activity. Στο: *Jyvaskyla Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119-126.
- Hirschfeld, R. M., Matthews, S. M., Mosher, L., R., Menn, A. Z. (1977). Being with madness: Personality characteristics of three treatment staffs. *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 267-273.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19(4), 463-477.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1998). The experience of time in acute psychosis and schizophrenia. *Contemporary Family Therapy*, 20(3), 265-276.
- Jacquement, J. L. (2003). Epoque pionniere. Στο: J. L. Sudres, G. Roux, Laharie (επιμ.), *Humeurs et pratiques d'art-therapie*. Paris: L'Harmattan.
- Kester, G. (2004). *Conversation Pieces: Community and Communication in Modern Art*. Berkeley: University of California Press.
- Kraus, A. (2007). Schizophrenic delusion and hallucination as the expression and consequence of an alteration of the existential a prioris. In: M. Cheung Chung, K. W. M. Fulford & Graham (Eds.), *Reconceiving schizophrenia* (96-112). Oxford: Oxford University Press.
- Kravagna, C. (1998). Working on the Community. Models of Participatory Practice. Retrieved from <https://transversal.at/transversal/1204/kravagna/en>

- Law, H., Neil, S., Dunn, G., & Morrison, A. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 184-189.
- Law, H., Morrison, A., Byrne, R., & Hodson, E. (2012). Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *Journal Of Mental Health*, 21(2), 192-207.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal Of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Lecic-Tosevski, D., Christodoulou, G.N., Herrman, H., Hosman, C.M.H., Jenkins, R., Newton, J., Rajkumar, S., Saxena, S., Schmolke, M. (2003). WPA Consensus Statement on Psychiatric Prevention. *Dynamische Psychiatrie*, 36(5-6), 307-315.
- Legault-Beliveau, L. (2010). *Le role des collections dans la legitimisation de l'art marginal. Le cas de la collection d'art pathologique Prinzhorn*. Memoire presente a la Faculte des etudes superieures. Universite de Montreal.
- Lester, H. & Gask, L. (2006). Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery? *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 401-402.
- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S. & Lysaker, J.T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 76, 285-299.
- Lysaker, P. H. & Lysaker, J. T. (2008). *Schizophrenia and the fate of the self*. Oxford: Oxford University Press.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2004b). Dialogical transformation in the psychotherapy of schizophrenia. Στο: H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.). *The dialogical self in psychotherapy*, 205-219. Hove: Brunner-Routledge.
- Lysaker, P. H. & Lysaker, J. T. (2002). Narrative structure in psychosis: Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12, 207-220.
- Lysaker, P. H., Lysaker, J. T. & Lysaker, J., T. (2001). Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: Recovery, narrative and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 252-261.
- MacGregor, J.M. (1989). *The discovery of the art of the insane*. Princeton: Princeton University Press.
- Milevska, S. (2007). Participatory Art: A Paradigm Shift from Objects to Subjects. In: *Readings on Art, Activism & Participation*, January, 1-31.
- Mosher, L. R., Hendrix V. & Fort D.C. (2004) *Soteria: Through madness to deliverance*. Philadelphia: Xlibris Corporation.
- Mosher, L., R., Reifman, A., Menn, A. Z. (1973). Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry*, 24, 391-396.

- Neil, S., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145-155.
- Neil, S., Price, J., Pitt, L., Welford, M., Nothard, S., & Sellwood, W. et al. (2013). Working together: Service Users and researchers in Psychosis research. *Psychosis*, 5(3), 306-316.
- ONU (1995). *Rapport mondial sur le developpement humain 1995*. New York: ECONOMICA.
- Parnas, J. & Sass, L. A. (2002). Self, solipsism and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8, 101-120.
- Peiry, L. (2006). *L'art brut*. Paris: Flammarion.
- Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A.P. (2007). Researching recovery from psychosis: a user-led project. *Psychiatric Bulletin*, 31,55-60.
- Podvoll, E.(2003). *Recovering sanity: A compassionate approach to understanding and treating psychosis*. Boston: Shambhala Publications.
- Rogers, E.S. et al. (1997). Consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric services*, 48, 1042-1047.
- Roske, Th. (2009). Max Ernst's encounter with artistry of the mentally ill. In: *Surrealismus und Wahnsinn*, 54-66.
- Runte, I. (2001). Begleitung hochst personlich. Στο: *Innovative milieu therapeutische Projekte fur akut psychotische Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ryan, P., Ramon, S., & Greacen, T. (2012). *Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Neil, S., Price, J., Pitt, L., Welford, M., Nothard, S., & Sellwood, W. et al. (2013). Working together: Service Users and researchers in Psychosis research. *Psychosis*, 5(3), 306-316.
- Sass, L.A. & Parnas, J. (2007). Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology. In M. Cheung Chung, K.W.M. Fulford & G. Graham (Eds.), *Reconceiving schizophrenia*, 63-96. Oxford: Oxford University Press.
- Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac Books.
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 64(10), 974-980.
- Shotter, J. (1993a). *Conversational realities: Constructing life through language*. London: Sage Publications.
- Shotter, J. (1993b). *Cultural politics of everyday life: Social constructionism, rhetoric, and knowing of the third kind*. Toronto: University of Toronto Press / Milton Keynes: Open University Press.

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stephen, C. (1992). *Public Space*. Cambridge: Cambridge university press.

Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie. Naissance de la Psychiatrie*. Toulouse: Privat.

World Health Organization (2010). *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.