



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ζώντας με την ψύχωση: Αφηγήσεις διαχείρισης ψυχωτικών εμπειριών και ανάρρωσης Ευγενία Γεωργάκα

Τμήμα Κοινωνιολογίας και Ειδικός Λογαριασμός Έρευνας Πανεπιστημίου Αιγαίου
Εσπερίδα με τίτλο: Παρουσίαση του ερευνητικού έργου της Αριστείας I InMeD: «Ανισότητες και ψυχική καταπόνηση: Κοινωνικές συνθήκες, δρώντες και ιδεολογίες των επαγγελματιών στη σύγχρονη Ελλάδα»

Τετάρτη 29 Απριλίου 2015, 18.00, αίθουσα Επιμελητηρίου Μυτιλήνης

Στην ανακοίνωση σήμερα θα παρουσιάσω τα αποτελέσματα της ανάλυσης των βιογραφικών συνεντεύξεων με ανθρώπους με ψυχωτικές εμπειρίες. Όπως είπε και η Αναστασία Ζήση, στο πλαίσιο αυτής της βιογραφικής μελέτης, πήραμε συνεντεύξεις από ανθρώπους με ψυχωτικές εμπειρίες, που έχουν λάβει επίσημες ψυχιατρικές διαγνώσεις στο φάσμα της ψύχωσης και βρίσκονται σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι συνεντεύξεις αφορούσαν τόσο την πορεία της ζωής τους έως την εμφάνιση της ψύχωσης, τις εμπειρίες δηλαδή των ατόμων από την παιδική και εφηβική ηλικία, όσο και την πορεία της ζωής μετά την εμφάνιση των ψυχωτικών εμπειριών, που περιλαμβάνει τη ζωή με την ψύχωση και τον τρόπο διαχείρισης των ψυχωτικών εμπειριών.

Επειδή θέλαμε να καταγράψουμε τις διαφορετικές πορείες ζωής που άνθρωποι με ψύχωση μπορούν να ακολουθήσουν, υιοθετήσαμε μία στρατηγική μέγιστης διαφοροποίησης του δείγματος. Έτσι αναζητήσαμε συμμετέχοντες από (α) παραδοσιακές ψυχιατρικές δομές, και συγκεκριμένα μια κλινική οξέων περιστατικών ψυχιατρικού νοσοκομείου, (β) εναλλακτικούς χώρους στο πεδίο της ψυχικής υγείας, όπως οργανώσεις και ομάδες αυτοβοήθειας, (γ) κοινοτικές δομές δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και συγκεκριμένα το



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου (γ) ανθρώπους που βρίσκονται σε διαδικασία ανάρρωσης. Συνολικά κάναμε 27 συνεντεύξεις, 12 με άτομα που αντλήσαμε από παραδοσιακές ψυχιατρικές δομές και 15 με άτομα από εναλλακτικές και κοινοτικές δομές.

Εξαρχής είδαμε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων συμμετεχόντων αναφορικά με την επίπτωση των ψυχωτικών εμπειριών και της επακόλουθης ψυχιατρικής διάγνωσης και αντιμετώπισης στη ζωή τους, καθώς και με τον τρόπο που διαχειρίζονται αυτές τις εμπειρίες. Οι άνθρωποι, τους οποίους βρήκαμε σε κλινική οξέων περιστατικών ψυχιατρικού νοσοκομείου, και οι οποίοι έχουν συνεχιζόμενη και αποκλειστική επαφή με παραδοσιακές ψυχιατρικές υπηρεσίες, φαίνονταν να είναι αφενός κατακλυσμένοι από τις ψυχωτικές εμπειρίες, τις οποίες αδυνατούν να νοηματοδοτήσουν και να διαχειριστούν, και αφετέρου παθητικά παραδομένοι στη φροντίδα των υπηρεσιών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αντιθέτως, οι άνθρωποι, τους οποίους βρήκαμε μέσω οργανώσεων αυτοβοήθειας και μέσω του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου, στην πλειοψηφία τους φαίνεται να διαχειρίζονται ενεργητικά και αποτελεσματικά τις ψυχωτικές τους εμπειρίες. Σημειωτέον ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας του Βόλου, δηλαδή η Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, αποτελούν κατά τη γνώμη μας υπόδειγμα καλών πρακτικών στην αντιμετώπιση της ψύχωσης. Πολλοί εργαζόμενοι στις δύο αυτές υπηρεσίες εκπαιδεύτηκαν πριν κάποια χρόνια στη χρήση του Ανοιχτού Διαλόγου, ενός καινοτόμου προγράμματος παρέμβασης στην κρίση που αναπτύχθηκε στη Φινλανδία, και έκτοτε οι δύο υπηρεσίες σε συνεργασία αναλαμβάνουν περιστατικά ψύχωσης, τα οποία αντιμετωπίζουν τόσο φαρμακευτικά όσο και ψυχοθεραπευτικά. Η έμφαση είναι στην άμεση παρέμβαση σε νέους ανθρώπους, όταν βιώνουν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, ώστε να αποφευχθεί η επιδείνωση, η χρονιοποίηση, η παθητικότητα και η απομόνωση του ατόμου, καθώς και να υποστηριχθεί το άτομο και το περιβάλλον του στην καλύτερη διαχείριση των ψυχωτικών εμπειριών. Γι αυτό το λόγο επιλέξαμε να κάνουμε συνεντεύξεις με άτομα που παρακολουθούνται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου, ώστε να δούμε πώς ένα αποτελεσματικό κοινοτικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματική διαχείριση της ψύχωσης.

Στην ανακοίνωσή μου σήμερα η έμφαση θα είναι στο πώς κανείς μπορεί να δομήσει μία ζωή με την ψύχωση, πως δηλαδή μπορεί να διαχειριστεί τις ψυχωτικές εμπειρίες με τρόπο που να του δίνουν τη δυνατότητα να ζει μια ικανοποιητική ζωή. Γι αυτό το λόγο θα σας παρουσιάσω τα ευρήματά μας από τις 15 συνεντεύξεις με άτομα από εναλλακτικές οργανώσεις, από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου, καθώς και άτομα που βρίσκονται σε ανάρρωση από την ψύχωση. Θα αναφέρω κάποια στοιχεία για τις εμπειρίες των συμμετεχόντων πριν την εμφάνιση της ψύχωσης, αλλά η έμφαση θα είναι στην πορεία της ζωής μετά την εμφάνιση της ψύχωσης.

Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Από τους 15 συμμετέχοντες που θα παρουσιάσω σήμερα, οι 10, που συμμετέχουν σε οργανώσεις αυτοβοήθειας, ζουν στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, ενώ οι 5 που παρακολουθούνται από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου ζουν στο Βόλο και τα γύρω χωριά. Αναφορικά με την ηλικία, οι περισσότεροι βρίσκονται στη δεκαετία των 30, αλλά και αρκετοί βρίσκονται στη δεκαετία των 20 και τη δεκαετία των 40 ετών. Είναι σχεδόν ισότιμα μοιρασμένοι σε άνδρες και γυναίκες. Οι περισσότεροι (9) προέρχονται από οικογένειες εργατικής τάξης, αν και αρκετοί έχουν μικροαστική και αστική καταγωγή. Όλοι έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ πολλοί είναι απόφοιτοι ΙΕΚ, ΤΕΙ και ΑΕΙ. Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν εργάζεται. Αρκετοί έχουν εργαστεί στο παρελθόν σε περιστασιακές ανειδίκευτες εργασίες, λίγοι παίρνουν επίδομα πρόνοιας και κάποιοι βοηθούν στην οικογενειακή επιχείρηση. Οι περισσότεροι διαμένουν με την οικογένεια καταγωγής τους, κάποιοι μένουν μόνοι, ενώ λίγοι έχουν φτιάξει δική τους οικογένεια, με την οποία διαμένουν.

Οι συμμετέχοντες αναφέρουν πληθώρα εμπειριών, που καλύπτουν όλο το φάσμα των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Οι διαγνώσεις που δόθηκαν στους συμμετέχοντες καλύπτουν όλο το φάσμα των ψυχωτικών διαταραχών. Κυρίαρχες είναι οι διαγνώσεις 'διπολικής διαταραχής' (ΓΙ, ΓΚ, ΔΖ, ΙΑ, ΜΣ), 'σχιζοφρένειας' (ΓΜ, ΛΚ, ΜΣ), 'σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής' (ΓΙ, ΜΣ) και 'κατάθλιψης με ψυχωτικά στοιχεία' (ΓΜ, ΔΖ, ΜΣ, ΝΚ).



Δυσμενείς πρώιμες εμπειρίες

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρονται σε ποικίλες δυσμενείς **πρώιμες εμπειρίες στην οικογένεια καταγωγής**. Οι περισσότερες επικεντρώνονται σε συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, οικογενειακή ένταση και διάλυση. Συχνές είναι οι αναφορές σε πρώιμο αποχωρισμό από τους γονείς και ασταθή φροντίδα κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων διαφαίνεται συχνά διαταραγμένη σχέση με τη μητέρα, και πιο σπάνια με τον πατέρα. Σε κάποιες, λίγες, περιπτώσεις αναφέρονται πιο ακραία περιστατικά παραμέλησης και κακοποίησης από τους γονείς.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν **δυσμενείς σχολικές εμπειρίες**. Πολλοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι είχαν χαμηλή σχολική επίδοση, την οποία οι περισσότεροι αποδίδουν στην αδιαφορία τους για το σχολείο. Ιδιαίτερα συχνές είναι οι αναφορές των συμμετεχόντων σε κοινωνική απομόνωση στο σχολικό πλαίσιο, ως αποτέλεσμα είτε της δικής τους κοινωνικής απόσυρσης είτε κοροιδίας, εκφοβισμού και αποκλεισμού τους από συμμαθητές.

Στην περίοδο της **εφηβείας** για τους περισσότερους συμμετέχοντες συνεχίζονται οι δυσμενείς οικογενειακές συνθήκες, με κυρίαρχα στοιχεία την ασταθή και ακατάλληλη οικογενειακή ατμόσφαιρα και τις συγκρούσεις μεταξύ των γονέων. Για πολλούς συμμετέχοντες, στην περίοδο της εφηβείας περιγράφονται έντονες συγκρούσεις με τους γονείς, κυρίως με τη μητέρα. Με την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας έρχονται στο προσκήνιο ψυχοσεξουαλικά ζητήματα, τα οποία σε κάποιες περιπτώσεις αποτελούν κεντρικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρονται σε έλλειψη φίλων και εμπειρίες αποξένωσης από σχέσεις, και γενικότερα έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων.

Έναρξη των ψυχωτικών εμπειριών

Όπως είναι αναμενόμενο, στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες βίωσαν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο στη δεκαετία των 20.

Αναφορικά με την εμφάνιση και εξέλιξη των ψυχωτικών εμπειριών, κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν σταδιακή εμφάνιση και επιδείνωση των ψυχωτικών εμπειριών, η οποία κλιμακώνεται σταδιακά σε ψυχωτικό επεισόδιο (ΓΙ, ΓΚ, ΔΧ, ΘΚ, ΛΚ, ΠΑ, ΧΥ). Αυτή η κλιμάκωση από τις πρώτες ψυχωτικές εμπειρίες έως το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο για κάποιους συμμετέχοντες κράτησε μερικές εβδομάδες ή μήνες (ΔΧ, ΘΚ, ΠΑ, ΧΥ). Στο διάστημα αυτό οι συμμετέχοντες σταδιακά βυθίζονται στην ψυχωτική εμπειρία, ενώ τα συμπτώματα εντείνονται και συγκροτούνται (ΔΧ, ΘΚ, ΠΑ). Άλλοι συμμετέχοντες βίωσαν ψυχωτικές εμπειρίες για αρκετά χρόνια πριν την εμφάνιση της πρώτης ψυχωτικής κρίσης (ΓΙ, ΓΚ, ΛΚ). Στο διάστημα αυτό, οι συμμετέχοντες επιχειρούν να αντιμετωπίσουν αυτές τις εμπειρίες μόνοι τους ή απευθύνονται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Σε κάποιους συμμετέχοντες οι ψυχωτικές εμπειρίες δεν κλιμακώνονται ποτέ στο βαθμό έντασης ενός ψυχωτικού επεισοδίου (ΓΜ, ΕΘ). Σε άλλες περιπτώσεις, σύμφωνα με τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, το ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζεται απότομα και σε πλήρη ένταση, με λίγα και σχετικά σύντομα προκαταρκτικά σημάδια (ΔΖ, ΕΒ, ΙΑ, ΛΓ, ΜΣ, ΝΚ).

Πυροδότες των ψυχωτικών εμπειριών

Για πολλούς συμμετέχοντες η έναρξη της ψυχωτικής εμπειρίας σχετίζεται είτε με κάποια ταραχώδη ερωτική σχέση, στην οποία αισθάνονταν εγκλωβισμένοι και ταπεινωμένοι, και η οποία τους απομόνωνε κοινωνικά, είτε με το χωρισμό από μια σχέση.

Πολλοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι βίωσαν τις πρώτες ψυχωτικές εμπειρίες εν μέσω ψυχοπιεστικών συνθηκών, όπως η πίεση της δουλειάς, η πίεση της πανεπιστημιακής φοίτησης, για τις γυναίκες συμμετέχουσες η γέννηση των παιδιών τους, και για κάποιους άνδρες συμμετέχοντες η στρατιωτική θητεία.

Αρκετοί συμμετέχοντες συνδέουν τις ψυχωτικές τους εμπειρίες με αρνητικά συμβάντα και απώλειες που αφορούν την οικογένεια καταγωγής, όπως η ψυχωτική κατάρρευση ενός γονέα, ο θάνατος γονέα ή ο χωρισμός των γονέων.

Πρώτη επαφή με υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας



Μία διακριτή ομάδα 5 συμμετεχόντων **βίωσε για πολλά χρόνια ψυχωτικές εμπειρίες**, τις οποίες διαχειρίστηκαν κοινοτικά, χωρίς νοσηλεία (ΓΙ, ΓΚ, ΓΜ, ΕΘ, ΛΚ). Το σύνθημα σε όλους τους συμμετέχοντες της ομάδας αυτής είναι ότι σε κάποια φάση μετά την έναρξη των ψυχωτικών εμπειριών, και όταν αυτές άρχισαν να προκαλούν δυσφορία στο άτομο ή/και ανησυχία στο οικογενειακό του περιβάλλον, το άτομο απευθύνθηκε, είτε με δική του πρωτοβουλία είτε με συνοδεία των οικείων του, σε επαγγελματία ψυχικής υγείας, ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Στη συνέχεια, και για αρκετά χρόνια, οι συμμετέχοντες βρίσκονται σε συνεχιζόμενη επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είτε ιδιώτες είτε σε δημόσιες δομές. Όλοι οι συμμετέχοντες λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Κάποιοι έκαναν παράλληλα ψυχοθεραπεία (ΓΚ, ΕΘ). Η περίοδος αυτή διαχείρισης των ψυχωτικών εμπειριών και ζωής με αυτές διαρκεί για αρκετά χρόνια. Για τους 2 από τους 5 συμμετέχοντες, που δε νοσηλεύτηκαν ποτέ, συνεχίζεται μέχρι σήμερα, ενώ για τους υπόλοιπους 3 συμμετέχοντες διακόπτεται από ψυχωτικό επεισόδιο και νοσηλεία.

Οι υπόλοιποι 10 συμμετέχοντες ήρθαν σε επαφή με υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας **εν μέσω ψυχωτικού επεισοδίου**. 5 από τους 10 συμμετέχοντες αντιμετώπισαν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο χωρίς νοσηλεία (ΔΖ, ΙΑ, ΜΣ, ΝΚ, ΧΥ). Όλοι οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες απευθύνθηκαν σε ιδιώτες ψυχιάτρους και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή. Οι συμμετέχοντες συνέχισαν να παρακολουθούνται από ψυχιάτρους και να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα, άλλοι σταθερά και άλλοι με ασυνεπή τρόπο. Οι υπόλοιποι 5 συμμετέχοντες ήρθαν σε πρώτη επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσω της νοσηλείας τους, είτε εκούσιας είτε ακούσιας, σε δημόσιες ή ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Μετά την έξοδό τους οι εν λόγω συμμετέχοντες παρακολουθούνται αναφορικά με τη φαρμακευτική τους αγωγή είτε από τους ψυχιάτρους της κλινικής νοσηλείας τους είτε από άλλους ιδιώτες ψυχιάτρους. Ούτε η σοβαρότητα των επεισοδίων ούτε η ένταση ή το είδος των ψυχωτικών εμπειριών φαίνονται να διαφοροποιούν το κατά πόσο οι συμμετέχοντες νοσηλεύτηκαν ή όχι.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι η **διαπίστωση του πότε πρόκειται για ψυχωτικό επεισόδιο** δεν είναι ξεκάθαρη σε πολλές περιπτώσεις. (α) για πολλούς συμμετέχοντες με χρόνια εμπειρία



επιδείνωσης και ύφεσης των ψυχωτικών εμπειριών είναι δύσκολο να καθοριστεί ποιο είναι το όριο που καθορίζει πότε βρίσκονται σε ψυχωτικό επεισόδιο, και ίσως να μην έχει νόημα να προσπαθήσει κανείς να το καθορίσει, και (β) η νοσηλεία δεν αποτελεί επαρκές κριτήριο καθορισμού των ψυχωτικών επεισοδίων, αφού φαίνεται ότι έχουμε στο δείγμα μας τόσο περιπτώσεις νοσηλείας εν απουσία ψυχωτικών επεισοδίων όσο και ψυχωτικά επεισόδια που δεν οδήγησαν σε νοσηλεία. Ίσως το κεντρικό διαχωριστικό κριτήριο να είναι όχι η σοβαρότητα των ψυχωτικών εμπειριών, αλλά (α) η δυνατότητα διαχείρισής τους από το άτομο και το περιβάλλον του και (β) ο βαθμός λειτουργικότητας του ατόμου.

Πορεία των ψυχωτικών βιωμάτων

Με εξαίρεση δύο συμμετέχοντες, που φαίνεται οι ψυχωτικές τους εμπειρίες να μην έφτασαν ποτέ στην ένταση που θα χαρακτηρίζαμε ως ψυχωτικό επεισόδιο (ΓΜ, ΕΘ), όλοι οι συμμετέχοντες **βίωσαν μία ή περισσότερες ψυχωτικές κρίσεις**, με τις επαναλαμβανόμενες ψυχωτικές κρίσεις ανά διαστήματα να αποτελεί το πιο συνηθισμένο μοτίβο.

Η επανεμφάνιση κρίσεων συνδέεται από τους περισσότερους συμμετέχοντες με ψυχοπιεστικά γεγονότα και συνθήκες ζωής. Κοινές είναι οι αναφορές σε γεγονότα ή συνθήκες που συνδέονται με διαπροσωπικές σχέσεις, όπως ο θάνατος οικείων και η συνεπαγόμενη διακοπή της υποστήριξης, η επιστροφή στο πατρικό σπίτι μετά από χρόνια ανεξάρτητης διαβίωσης, οι μη-υποστηρικτικές φιλικές σχέσεις και η μοναξιά, η έλλειψη ερωτικής σχέσης, μια συγκρουσιακή ερωτική σχέση. Αρκετοί συμμετέχοντες συνδέουν την εμφάνιση ψυχωτικών κρίσεων με τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, δίνοντας περισσότερη ή λιγότερη έμφαση στο ρόλο που έπαιξε η διακοπή στην εμφάνιση της ψυχωτικής κρίσης.

Κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν διαστήματα στα οποία οι ψυχωτικές εμπειρίες σταματούσαν εντελώς. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, ωστόσο, αναφέρουν ότι οι ψυχωτικές εμπειρίες συνεχίζονται μεταξύ κρίσεων, όμως σε ύφεση, σε βαθμό δηλαδή που μπορούν να είναι λειτουργικοί, δεν τους προκαλούν έντονη δυσφορία και με κάποιον τρόπο τις διαχειρίζονται.

Νοσηλεία

Κατά κανόνα οι ψυχωτικές κρίσεις συνδέονται με νοσηλεία. Υπάρχουν, ωστόσο, και συμμετέχοντες που δε νοσηλεύτηκαν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (ΓΙ, ΔΖ, ΜΣ, ΝΚ), λόγω της τάσης της οικογένειας να αποφευχθεί η νοσηλεία, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατόν. Οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες νοσηλεύτηκαν σε κατοπινή κρίση, είτε λόγω της κλιμάκωσης των ψυχωτικών συμπτωμάτων που κατέστησε τη νοσηλεία αναπόφευκτη (ΔΖ, ΝΚ) είτε επειδή δεν υπήρχε πλέον στήριξη από την οικογένεια (ΓΙ & ΜΣ). Δύο συμμετέχουσες δεν νοσηλεύτηκαν ποτέ, παρότι βίωσαν πολλαπλά επεισόδια με έντονα και σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα (ΙΑ, ΧΥ). Δεν είναι ξεκάθαρο ποιοι παράγοντες συνέβαλαν στην αποφυγή της νοσηλείας στις δύο αυτές περιπτώσεις.

Το διάστημα από την έναρξη των ψυχωτικών εμπειριών έως την πρώτη νοσηλεία κυμαίνεται σημαντικά. Σε πέντε συμμετέχοντες οι ψυχωτικές εμπειρίες κλιμακώθηκαν πολύ γρήγορα, σε διάστημα μερικών ημερών ή εβδομάδων σε ψυχωτικό επεισόδιο, που οδήγησε σε νοσηλεία. Για τους υπόλοιπους συμμετέχοντες το διάστημα κυμαίνεται από 4 έως 16 χρόνια. Από τους τελευταίους, οι περισσότεροι είναι αυτοί που κατάφεραν να αποφύγουν τη νοσηλεία στο πρώτο επεισόδιο και άρχισαν να νοσηλεύονται από την επόμενη κρίση (ΓΙ, ΔΖ, ΜΣ, ΝΚ), ενώ σε κάποιους συμμετέχοντες οι ψυχωτικές εμπειρίες για κάποια χρόνια πιθανόν δεν είχαν φτάσει ακόμη σε σημείο έξαρσης που να χρήζει νοσηλείας (ΓΚ, ΛΚ).

Η νοσηλεία είναι για όλους τους συμμετέχοντες μία αρνητική εμπειρία.

Διαχείριση των ψυχωτικών εμπειριών

Όλοι οι συμμετέχοντες έχουν αναπτύξει, και υιοθετούν ως σήμερα, μια πληθώρα στρατηγικών διαχείρισης των ψυχωτικών τους εμπειριών.

Καταρχάς όλοι λαμβάνουν **φαρμακευτική αγωγή** και φαίνεται να τη θεωρούν απαραίτητο στοιχείο διαχείρισης των ψυχωτικών τους βιωμάτων. Στους περισσότερους συμμετέχοντες έχουν χορηγηθεί διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα, συχνά σε συνδυασμό μεταξύ τους. Σε αρκετές περιπτώσεις το είδος της φαρμακευτικής αγωγής αλλάζει σε διαφορετικές χρονικές περιόδους – π.χ. μεταξύ αντικαταθλιπτικών, αντιψυχωτικών, ηρεμιστικών και

σταθεροποιητικών της διάθεσης φαρμάκων – και αυτό φαίνεται να αντανακλά σε κάποιες περιπτώσεις αλλαγές στο είδος των εμπειριών, ενώ σε άλλες προτιμήσεις συγκεκριμένων ψυχιάτρων ή δοκιμές διαφορετικής αγωγής, όταν ένα είδος δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Υπάρχουν και περιπτώσεις συμμετεχόντων που διέκοψαν τη φαρμακευτική αγωγή μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, με τη συμφωνία του θεράποντος γιατρού ή όχι, για σχετικά μεγάλα χρονικά διαστήματα και ήταν απολύτως καλά, μέχρι τη βίωση του επόμενου επεισοδίου μερικά χρόνια αργότερα. Πολλοί άλλοι αναφέρουν είτε ασυνεπή χρήση φαρμάκων, δηλαδή εναλλαγή μεταξύ υπερκατανάλωσης και μείωσης ή διακοπής, είτε διακοπή της αγωγής χωρίς συνεργασία με το θεράποντα γιατρό, κάτι που, ωστόσο, συνδέουν με επιδείνωση και εν τέλει υποτροπή σε μεγαλύτερο ή μικρότερο χρονικό διάστημα. Η επιθυμία για διακοπή των φαρμάκων εντείνεται όταν επέρχεται βελτίωση και το άτομο θεωρεί ότι δεν τα χρειάζεται, και συνδέεται με τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις που έχουν στη ζωή αυτού που τα λαμβάνει, όπως οι δυσκολίες στη συγκέντρωση και επομένως στην εργασία, η απάθεια που εμποδίζει την κοινωνική ζωή, η έλλειψη σεξουαλικής διάθεσης, όπως και η σημαντική άυξηση βάρους. Πολλοί συμμετέχοντες αναζήτησαν υποστήριξη στη μείωση και πιθανή διακοπή των ψυχοφαρμάκων είτε μέσω επαγγελματιών ψυχικής υγείας είτε μέσω εναλλακτικών οργανώσεων στο χώρο της ψυχικής υγείας (ΓΙ, ΓΜ, ΔΖ, ΔΧ, ΕΒ, ΛΚ, ΝΚ, ΧΥ) και αρκετοί από αυτούς αναφέρουν ότι έχουν καταφέρει σήμερα να μειώσουν τα φάρμακα που λαμβάνουν σε ικανοποιητικό βαθμό (ΓΙ, ΔΧ, ΓΜ, ΕΒ, ΛΚ, ΧΥ). Στις περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο, η άποψη των ψυχιάτρων που παρακολουθούν τους συμμετέχοντες είναι ότι η συνεχής και σταθερή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι απαραίτητη, κι έτσι οι συμμετέχοντες είτε παθητικά λαμβάνουν την αγωγή που τους δίνεται είτε εμπλέκονται σε μια διαδικασία διαχείρισης της φαρμακευτικής τους αγωγής, σε συνεργασία με τον θεράποντα γιατρό. Συχνές είναι, για παράδειγμα, οι αναφορές σε αλλαγή της δοσολογίας ή σε αλλαγή φαρμάκων έπειτα από αίτημα των συμμετεχόντων είτε λόγω αναποτελεσματικότητας της αγωγής να καταστείλει τα ψυχωτικά βιώματα είτε λόγω των ανεπιθύμητων επιπτώσεων των φαρμάκων.

Εν κατακλείδει, όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούν τη φαρμακευτική αγωγή ουσιαστικό παράγοντα για τη διαχείριση των ψυχωτικών τους εμπειριών. Είναι ξεκάθαρο, ωστόσο, ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες υιοθετούν μία ενεργό στάση διαχείρισης της φαρμακευτικής τους αγωγής, παρακολουθώντας τις επιπτώσεις, τόσο θετικές όσο και αρνητικές, των φαρμάκων που παίρνουν και επιχειρώντας να ελέγξουν τις επιπτώσεις αυτές, αλλάζοντας το φαρμακευτικό σκεύασμα ή αυξομειώνοντας την ποσότητα, είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε σε συνεργασία με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας.

Πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή, η **συστηματική επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας** φαίνεται να είναι μια σημαντική στρατηγική 'φροντίδας του εαυτού' για πολλούς συμμετέχοντες. Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι παρακολουθούνται συστηματικά και για αρκετά χρόνια από τον ίδιο ψυχίατρο, κάποιες φορές ιδιώτη και κάποιες φορές εργαζόμενο σε κάποια δημόσια δομή. Πολλοί συμμετέχοντες αναφέρουν περιόδους εναλλαγής ψυχιάτρων, είτε στην αρχική φάση, όταν προσπαθούν να βρουν κάποιον κατάλληλο επαγγελματία, είτε μετά από νοσηλεία, όταν συνήθως μεταπηδούν στη φροντίδα γιατρών που εργάζονται στη δομή, όπου νοσηλεύτηκαν. Ωστόσο, η τάση είναι οι συμμετέχοντες να σταθεροποιούνται σε συστηματική επαφή με συγκεκριμένο ψυχίατρο, όταν βρουν κάποιον που κρίνουν οι ίδιοι κατάλληλο και οι συνθήκες το επιτρέπουν. Φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες κατέληξαν σε αυτή τη συστηματική συνεργασία με μια έννοια τυχαία, όταν γνώρισαν έναν επαγγελματία που τους ενέπνευσε εμπιστοσύνη. Κάποιοι, ωστόσο, στη συνέχεια, φαίνεται να καλλιεργούν τη συνέχεια αυτής της σχέσης πολύ συνειδητά. Το στοιχείο αυτό δείχνει τη σημασία τόσο της θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης όσο και του συνεχούς της φροντίδας για τη σταθεροποίηση και την καλύτερη διαχείριση των ψυχωτικών εμπειριών.

Δεδομένων των συνηθισμένων πρακτικών αντιμετώπισης της ψύχωσης, είναι εντυπωσιακό το ποσοστό των συμμετεχόντων που έλαβαν κάποιας μορφής **ψυχοθεραπεία**, και μάλιστα σε δημόσιες δομές ψυχικής υγείας. Από τους 10 συμμετέχοντες με εναλλακτικό προσανατολισμό, που αντλήθηκαν από μεγάλα αστικά κέντρα, 3 έχουν κάνει ή/και κάνουν επί τους παρόντος ψυχοθεραπεία. Στην περίπτωση των συμμετεχόντων από τον Βόλο, το εντυπωσιακό ποσοστό συμμετεχόντων που έλαβε ψυχοθεραπεία οφείλεται αφενός στο ότι το δείγμα αντλήθηκε από

το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου, όπου γίνεται συστηματικά ψυχοθεραπεία με άτομα με ψυχωτικές εμπειρίες, και αφετέρου σε μια γενικότερη κατεύθυνση του συστήματος ψυχικής υγείας Βόλου προς πρώιμη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με περιστατικά πρώτης εμφάνισης ψύχωσης. Ωστόσο, ακόμη και πριν έρθουν σε επαφή με δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, 3 από τους 5 συμμετέχοντες από το Βόλο απευθύνθηκαν αρχικά σε ιδιώτη ψυχολόγο, και όχι ψυχίατρο, παρότι είχαν ήδη βιώσει έντονες ψυχωτικές εμπειρίες (ΕΒ, ΕΘ, ΙΑ). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες από το Βόλο έχουν κάνει ατομική ψυχοθεραπεία με ψυχολόγο, είτε ιδιώτη είτε στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, καθώς και οικογενειακή θεραπεία στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Τέλος, οι συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου συνεχίζουν να παρακολουθούνται κάθε δύο εβδομάδες από τον ψυχολόγο της Κλινικής, κάτι που φαίνεται να αποτελεί πάγια πρακτική για άτομα που έχουν νοσηλευτεί στη συγκεκριμένη κλινική.

Όλες οι γυναίκες συμμετέχουσες με εμπειρία ψυχοθεραπείας βρήκαν την ατομική ψυχοθεραπεία κρίσιμη σημασίας για την νοσηματοδότηση και διαχείριση των ψυχωτικών τους εμπειριών και γενικότερα την φροντίδα του εαυτού και της ζωής τους (ΕΒ, ΕΘ, ΙΑ, ΝΚ, ΧΥ) και την οικογενειακή θεραπεία ως κρίσιμη για την κατανόηση της προοπτικής των οικείων και της καλύτερης διευθέτησης των οικογενειακών σχέσεων (ΕΒ, ΙΑ). Αντιθέτως, όλοι οι άνδρες συμμετέχοντες με εμπειρία ψυχοθεραπείας αναφέρουν ότι δεν βρίσκουν την ψυχοθεραπεία χρήσιμη, αλλά τη συνεχίζουν ως μέρος του πλαισίου ασφαλείας που χτίζουν ενάντια στον κίνδυνο νέας κρίσης, αφού κυρίως τους προσφέρει συστηματική επαφή με έναν υποστηρικτικό επαγγελματία ψυχικής υγείας (ΓΚ, ΘΚ, ΜΣ).

Αρκετοί συμμετέχοντες επιχείρησαν να βρουν εναλλακτικούς τρόπους κατανόησης και διαχείρισης της εμπειρίας τους. Οι δύο συμμετέχοντες που είχαν αρχικά υιοθετήσει παραφυσικές ερμηνείες των εμπειριών τους, αναζήτησαν και **ανάλογες πηγές πληροφόρησης και υποστήριξης**. Ένας συμμετέχων, για παράδειγμα, που ερμήνευσε τις αρχόμενες ψυχωτικές του εμπειρίες ως αποτέλεσμα αρνητικής ενέργειας, επιχείρησε να τις αντιμετωπίσει μέσω ρέικι. Σήμερα, παρότι λαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή και κατανοεί τις εμπειρίες του εν μέρει ως ασθένεια, αναζητά τρόπους διαχείρισης μέσω αυτοβοήθειας και δραματοθεραπείας.

Ένας άλλος συμμετέχων, για αρκετά χρόνια, και παρότι λάμβανε και φαρμακοθεραπεία και υιοθετούσε εν μέρει την ιατρική εκδοχή, απευθύνθηκε σε μέντιουμ, σε μάγισσα και σε άλλους ανθρώπους που ασχολούνται με παραφυσικά φαινόμενα, πριν καταλήξει στην αυτοβοήθεια.

Πολλοί από τους συμμετέχοντες επιχείρησαν να διαχειριστούν την εμπειρία τους μέσω εμπλοκής με διάφορους τρόπους σε **οργανώσεις αυτοβοήθειας** στο χώρο της ψυχικής υγείας. Για κάποιους η εμπλοκή σε οργανώσεις αυτοβοήθειας παρέχει έναν χώρο κοινωνικοποίησης και επαναδραστηριοποίησης, συμμετοχής στον κοινωνικό χώρο και οργάνωσης της καθημερινότητας, μετά από μεγάλη περίοδο απάθειας και απομόνωσης. Σε άλλους, η εμπλοκή σε χώρους αυτοβοήθειας παρέχει ένα ενεργό κοινωνικό δίκτυο, αποτελεί τον κοινωνικό τους χώρο, στον οποίο είναι αποδεκτοί, δραστηριοποιούνται και αναπτύσσουν σχέσεις (ΓΙ, ΔΖ, ΛΓ, ΜΣ). Πέρα από την αίσθηση ότι ανήκουν σε έναν χώρο που μοιράζεται τις απόψεις τους, μπορούν να λάβουν και ενεργή υποστήριξη από μέλη της οργάνωσης στη διαχείριση των ψυχωτικών εμπειριών, τη μείωση της φαρμακευτικής αγωγής και ίσως την πρόληψη ψυχωτικής κρίσης. Κάποιοι συμμετέχοντες, ειδικά όσοι συμμετέχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας, αναφέρουν αλλαγές στον τρόπο κατανόησης και διαχείρισης της εμπειρίας τους, που ήταν καθοριστικές για την πορεία τους, και μιλούν για τη σημασία του να μοιράζεται κανείς την εμπειρία του με άλλους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες (ΓΜ, ΔΧ, ΛΚ, ΧΥ).

Πέρα από τους τρόπους διαχείρισης των ψυχωτικών εμπειριών αυτών καθεαυτών, οι συμμετέχοντες έχουν υιοθετήσει ευρύτερες στρατηγικές 'φροντίδας του εαυτού' ή διαχείρισης της ζωής γενικότερα, ώστε να θωρακίζονται ως προς την επίπτωση δυσμενών εμπειριών στην ψυχική τους υγεία. Κεντρικό ρόλο εδώ διαδραματίζει η ύπαρξη ή η οικοδόμηση **υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων**. Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρονται στο πόσο κρίσιμη ήταν η υποστήριξη της οικογένειάς τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της ψυχικής τους υγείας (ΘΚ, ΝΚ, ΠΑ, ΧΥ), ενώ άλλοι αποδίδουν την ψυχική τους κατάρρευση στην έλλειψη ή ανεπάρκεια του οικογενειακού συστήματος (ΓΙ, ΛΚ). Κάποιοι συμμετέχοντες κινήθηκαν προς την αλλαγή των οικογενειακών τους σχέσεων ή/και αναφέρουν τέτοιες θετικές αλλαγές ως αποτέλεσμα της δουλειάς διαχείρισης των ψυχωτικών τους εμπειριών που έχουν κάνει οι ίδιοι (ΔΧ, ΕΒ). Πολλοί συμμετέχοντες έχουν οικοδομήσει ενεργά υποστηρικτικές φιλικές και ερωτικές

σχέσεις, και γενικότερα ένα κοινωνικό δίκτυο στο οποίο ανήκουν και το οποίο τους στηρίζει (ΓΙ, ΔΖ, ΔΧ, ΕΒ, ΛΚ, ΜΣ, ΧΥ).

Αντίστοιχο βάρος στη φροντίδα του εαυτού έχει, για τους συμμετέχοντες, και η **οργάνωση της ζωής και της καθημερινότητας**. Αυτό έχει δύο πτυχές, καταρχάς τη δραστηριοποίηση, την ενασχόληση με δραστηριότητες, την απασχόληση με κάτι, και δεύτερον, την οριοθέτηση και οργάνωση του καθημερινού χρόνου. Για αρκετούς συμμετέχοντες η δραστηριοποίηση αποτελεί κεντρικό στοιχείο της ανάρρωσής τους, είτε πρόκειται για απασχόληση σε κάποιο Κέντρο Ημέρας, είτε για ανάληψη καθηκόντων σε κοινωνικούς χώρους, ενασχόληση με ψυχαγωγικές και αθλητικές δραστηριότητες, πληρωμένη εργασία κ.ά.. Για άλλους μεγαλύτερη σημασία έχει η οργάνωση του χρόνου, με την έννοια της οικοδόμησης ενός σταθερού ρυθμού ζωής. Αυτό χρησιμεύει για κάποιους ως αντίδοτο στην κοινωνική απομόνωση και την απάθεια (ΓΙ, ΘΚ, ΜΣ, ΠΑ), ενώ για άλλους ως αντίδοτο στον χαστικό χαρακτήρα της ζωής στη χρήση ουσιών (ΔΖ).

Η **παροχή φροντίδας** προς άλλους αποτελεί, κυρίως για της μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες με οικογένεια, κεντρικό στοιχείο διαχείρισης της ζωής τους. Συμμετέχουσες που είναι μητέρες μιλούν για το πόσο σημαντική στην ανάρρωσή τους ήταν η παρουσία των παιδιών τους και η ανάγκη και επιθυμία να τα φροντίσουν.

Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες έχουν **σχέδια για το μέλλον**, σχέδια για περαιτέρω σπουδές, για εύρεση εργασίας, για σύναψη ερωτικής σχέσης, για δημιουργία οικογένειας, και αυτά τα σχέδια τους κρατούν σε εγρήγορση για την αντιμετώπιση των δύσκολων εμπειριών τους και τη διαχείριση της ζωής τους.

Συμπέρασμα

Οι 15 άνθρωποι που μας αφηγήθηκαν τη ζωή τους έχουν όλα τα χαρακτηριστικά που τυπικά συνδέονται με τη βίωση μιας ψυχωτικής διαταραχής. Οι δυσμενείς εμπειρίες που έζησαν κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία έχουν καταγραφεί ως κοινές εμπειρίες μεταξύ των ατόμων που εμφανίζουν ψύχωση στην ενήλικη ζωή. Οι συμμετέχοντες βίωσαν όλο το φάσμα των αναγνωρίσιμων ψυχωτικών συμπτωμάτων, έζησαν επανειλημμένες ψυχωτικές κρίσεις, έλαβαν



από επαγγελματίες ψυχικής υγείας τις τυπικές διαγνώσεις των ψυχωτικών διαταραχών και αντιμετωπίστηκαν με τους συνήθεις τρόπους εντός του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, σε αντίθεση με τους ανθρώπους που αντλήσαμε από παραδοσιακές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι μας έδιναν την αίσθηση ατόμων που κατακλύζονται από τις ψυχωτικές τους εμπειρίες και ταυτίζονται με το ρόλο του ψυχικά ασθενή, οι περισσότεροι από τους ανθρώπους στους οποίους αναφέρθηκα σήμερα παρουσιάζονται ως άνθρωποι που έχουν βίωση, και εξακολουθούν να βιώνουν, δύσκολες, και κατά καιρούς ανεξέλεγκτες, ψυχικές καταστάσεις, τις οποίες όμως επιχειρούν να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν. Θα έλεγα ότι το κεντρικό γνώρισμα των ανθρώπων αυτών είναι η ενεργή, μαχητική ακόμη, στάση τους απέναντι στις ακραίες και οδυνηρές ψυχικές καταστάσεις που βιώνουν. Όντως, φαίνεται ότι οι εν λόγω άνθρωποι διαχειρίζονται αυτές τις εμπειρίες, επιχειρώντας να τις κατανοήσουν, αναπτύσσοντας στρατηγικές διαχείρισής τους και χτίζοντας συμμαχίες και δίκτυα υποστήριξης για την καλύτερη αντιμετώπισή τους. Έτσι οικοδομούν μια ζωή με την ψύχωση.

Ποιοι παράγοντες βοηθούν στην οικοδόμηση αυτής της ζωής με την ψύχωση; Τι είναι αυτό που διαφοροποιεί τους ανθρώπους αυτούς, από εκείνους που συναντήσαμε στις κλινικές επανερχομένων του ψυχιατρείου, που ήταν παραδομένοι, αποσυρμένοι και παθητικοί ψυχικά ασθενείς;

Η κύρια διαφορά συνίσταται, θα έλεγα, στο ότι οι άνθρωποι αυτοί είχαν πρόσβαση σε περισσότερο ενεργούς τρόπους κατανόησης και αντιμετώπισης των ψυχωτικών τους εμπειριών. Αυτό αφορά καταρχήν το ευρύτερο σύστημα λαϊκών/κοινωνικών αναπαραστάσεων για την ψυχική ασθένεια, ειδικά σε αστικά περιβάλλοντα, το οποίο τις τελευταίες δεκαετίες τείνει να αναγνωρίζει και να αποδέχεται περισσότερο την ύπαρξη ψυχικών προβλημάτων. Δεύτερον, με την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας τις τελευταίες δεκαετίες, οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε λιγότερο περιοριστικούς και στιγματιστικούς τρόπους διαχείρισης των ψυχωτικών τους εμπειριών. Ακόμη περισσότερο, η ανάπτυξη οργανώσεων αυτοβοήθειας πιο πρόσφατα έδωσε στους ανθρώπους τη δυνατότητα εναλλακτικών

κοινωνικών χώρων και μη στιγματιστικών τρόπων νοσηματοδότησης και αντιμετώπισης των δύσκολων εμπειριών τους.

Πολύ σημαντικό ρόλο στην καλύτερη διαχείριση των ψυχωτικών εμπειριών παίζει η οικοδόμηση υποστηρικτικών δικτύων και πλαισίων, που παρέχουν συνέχεια της φροντίδας ψυχικής υγείας. Όπως είδαμε, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τη μεγάλη σημασία που έχει για αυτούς η ύπαρξη σταθερών υποστηρικτικών σχέσεων με επαγγελματίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επίσης πολύ ενεργά οικοδομούν υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα και διαπροσωπικές σχέσεις, που μπορούν να τους στηρίξουν σε δύσκολες φάσεις της ζωής.

Η κοινοτική διαχείριση των ψυχικών δυσκολιών και η αποφυγή της νοσηλείας, όσο αυτό είναι δυνατόν, φαίνεται επίσης να είναι κρίσιμη.

Επομένως, η επίτευξη μιας ζωής με την ψύχωση είναι συνάρτηση παραγόντων που αφορούν, πρώτον, το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο, δεύτερον, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και τρίτον, το σύστημα οικογενειακών και διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου. Και τα τρία έχουν να παίξουν έναν εξίσου σημαντικό ρόλο και μπορούν να κάνουν πραγματική διαφορά στη ζωή των ανθρώπων που βιώνουν ακραίες και επίπονες ψυχικές εμπειρίες.