



15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας (ΕΛΨΕ)

27-31 Μαΐου 2015, Λευκωσία, Κύπρος

Ταξική προέλευση και ψύχωση: Μία βιογραφική αφηγηματική μελέτη

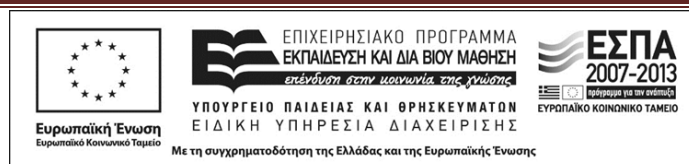
Ευγενία Γεωργάκα & Αναστασία Ζήση

Στη σημερινή εισήγηση θα παρουσιάσω μια μελέτη που εξετάζει τις επιπτώσεις των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην ανάπτυξη της ψύχωσης και της ζωής με την ψύχωση. Βρισκόμαστε στη φάση ανάλυσης των αποτελεσμάτων, γι αυτό και θα σας δώσω μια συνολική εικόνα της μελέτης, αναφορικά με το σχεδιασμό, τη συλλογή υλικού, την ανάλυση και τα πρώτα συμπεράσματα που έχουμε εξάγει από την επεξεργασία του ερευνητικού υλικού.

Στόχοι και σκεπτικό

Η μελέτη εξετάζει **δύο φάσεις** της βιογραφικής πορείας των ανθρώπων με εμπειρία ψύχωσης:

- Η πρώτη φάση αφορά τη **βιογραφική διαδρομή έως την εμφάνιση της ψύχωσης**. Στόχος είναι να εξετάσουμε τις εμπειρίες, τα γεγονότα, τις σχέσεις, τις ερμηνείες και τις στρατηγικές του ατόμου σε κάθε φάση της βιογραφικής του πορείας, από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή, και να σκιαγραφήσουμε πώς αυτά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε κάθε φάση της ζωής, όπως επίσης και πώς οργανώνονται χρονικά.
- Η δεύτερη φάση αφορά την περίοδο από την εμφάνιση των ψυχωτικών εμπειριών έως το παρόν, δηλαδή την **βιογραφική διαδρομή εντός της ψύχωσης**. Η φάση αυτή εστιάζει στην εμπειρία της ψύχωσης, τον τρόπο που το άτομο την αντιλαμβάνεται, τις επιπτώσεις της στη ζωή του ατόμου, την αντιμετώπισή της μέσω επαφής με υπηρεσίες



και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και τέλος τις στρατηγικές διαχείρισης που έχει αναπτύξει.

Στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει το ρόλο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην εμφάνιση και διαχείριση της ψύχωσης. Αναμενόταν ότι μέσω της ανάλυσης θα προκύψουν πρότυπα βιογραφικών διαδρομών προς την ψύχωση και θεραπευτικών μονοπατιών εντός της, τα οποία θα διαφοποιοούνται στη βάση κοινωνικών παραμέτρων.

Στη βάση της βιβλιογραφίας, διαμορφώσαμε **δύο διαγράμματα**, ένα για την κάθε φάση, τα οποία λειτούργησαν ως **εννοιολογικοί οδηγοί** τόσο για τις θεματικές περιοχές που διερευνήθηκαν στις συνεντεύξεις όσο και για την ανάλυση των συνεντεύξεων.

Η βιογραφική προσέγγιση

Η μελέτη υιοθετεί το παράδειγμα της βιογραφικής προσέγγισης. Η βιογραφική προσέγγιση μελετά την ιστορικά και κοινωνικά διαμορφωμένη υποκειμενικότητα. Εξετάζει αφενός πώς οι κοινωνικές συνθήκες και διεργασίες εγγράφονται στην προσωπική ιστορία των υποκειμένων και αφετέρου πώς τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται αυτές τις κοινωνικές διεργασίες.

Η βιογραφική αφήγηση είναι ένα πολύπλοκο κείμενο, το οποίο παραπέμπει σε πολλαπλές διεργασίες και επομένως μπορεί να αναλυθεί σε πολλαπλά επίπεδα (Τσιώλης, 2006):

- Παρέχει πληροφορίες για τη **διαδρομή του βίου** του υποκειμένου, δηλαδή για τις κοινωνικές συνθήκες, τα γεγονότα που επηρέασαν την πορεία της ζωής, τη δράση του υποκειμένου στις διαφορετικές φάσεις της ζωής του. Παρέχει επίσης πληροφορίες για τη **βιωμένη ιστορία ζωής**, τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο το υποκείμενο βίωσε, κατανόησε και κατά συνέπεια έδρασε στα συγκεκριμένα πλαίσια της διαδρομής του βίου του.
- Παρέχει πληροφορίες για τη **βιογραφία** του υποκειμένου, τον τρόπο δηλαδή που, από τη σκοπιά του παρόντος, ο αφηγητής επιλεκτικά νοηματοδοτεί και συγκροτεί το παρελθόν του και κατά συνέπεια προσανατολίζεται προς το μέλλον του
- Παραπέμπει στους **κοινωνικά διαθέσιμους πόρους**, από τους οποίους αντλεί ο αφηγητής και μέσω των οποίων έχει συγκροτηθεί η βιογραφική αφήγηση

- Παραπέμπει στην **υποκειμενικότητα** του αφηγητή, τόσο στο επίπεδο της αφηγούμενης πορείας ζωής όσο και στο επίπεδο του παρόντος της αφήγησης
- Παραπέμπει στο **επικοινωνιακό πλαίσιο** εντός του οποίου παράγεται, αφού το συγκεκριμένο πλαίσιο στο οποίο παράγεται η αφήγηση επηρεάζει τον τρόπο συγκρότησής της

Συλλογή ερευνητικού υλικού

Διεξάγαμε **27 βιογραφικές συνεντεύξεις** με άτομα με εμπειρία ψύχωσης.

Προκειμένου να διασφαλίσουμε τη **μέγιστη εσωτερική διαφοροποίηση του δείγματος**, επιλέξαμε διαφορετικές πηγές άντλησης συμμετεχόντων:

- Δημόσιες κλειστές δομές νοσηλείας (κλινικές οξέων και κλινικές επανερχομένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης) (12)
- Δημόσιες κοινοτικές δομές (Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου και Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου) (5)
- Ομάδες αυτο-οργάνωσης και αυτοβοήθειας (Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στο Χώρο της Ψυχικής Υγείας, ΣΟΨΥ Θεσσαλονίκης, ομάδα Ακούω Φωνές Αθήνας) (10)

Ανάλυση ερευνητικού υλικού

Δεν υπάρχει ένας ενδεικνυόμενος τρόπος ανάλυσης βιογραφικού υλικού. Όπως είπα και νωρίτερα, ένα βιογραφικό κείμενο μπορεί να αναλυθεί σε πολλαπλά επίπεδα, κι έτσι η ανάλυση μπορεί να εστιαστεί σε κάποια επίπεδα ανάλογα με τα ερευνητικά ερωτήματα. Το κάθε επίπεδο απαιτεί τη χρήση διαφορετικών αναλυτικών εργαλείων και συνήθως χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός αναλυτικών εργαλείων.

Ξεκινήσαμε με **μικρο-ανάλυση** 5 συνεντεύξεων από κλειστές ψυχιατρικές δομές. Για κάθε μία συνέντευξη γινόταν τυφλή παράλληλη ανάλυση από τις δύο ερευνήτριες, τόσο του περιεχομένου όσο και της μορφής της αφήγησης. Στη συνέχεια γινόταν συγκριτική και συνθετική επεξεργασία των δύο αναλύσεων, ώστε να επιτευχθεί ανάλυση 2^{ου} επιπέδου, και στη συνέχεια με τον ίδιο τρόπο φτάναμε σε ανάλυση 3^{ου} επιπέδου.

Μετά την ανάλυση των πρώτων 5 συνεντεύξεων διαπιστώσαμε ότι, παρότι εξαιρετικά χρήσιμη, αυτού του είδους η ανάλυση είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα ως καταρχήν τρόπος προσέγγισης των συνεντεύξεων. Αποφασίσαμε ότι η προσφορώτερη αναλυτική στρατηγική θα ήταν να οργανώσουμε αρχικά το υλικό μας στη βάση αναλυτικών αξόνων, να χαρτογραφήσουμε δηλαδή το υλικό, ώστε να αναδειχθούν οι βασικοί άξονες διαφοροποίησης και τα θέματα και οι πτυχές της αφήγησης προς περαιτέρω διερεύνηση. Έτσι ακολουθήσαμε τρεις άλλες μεθόδους επεξεργασίας του βιογραφικού υλικού:

- **Δημιουργία τύπων** βιογραφικών διαδρομών με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της αφήγησης (υφολογικά και περιεχομενικά)
- **Συκρότηση χρονολογίων**, τα οποία περιλαμβάνουν θεματική περίληψη της βιογραφικής διαδρομής των συμμετεχόντων, ανά φάση ζωής τους
- **Συκρότηση πινάκων**, στους οποίους παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα στοιχεία των συμμετεχόντων με βάση του θεωρητικούς και αναλυτικούς μας άξονες

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τα τρία παραπάνω ως εργαλεία, αρχίσαμε να δουλεύουμε από κοινού για τη συναγωγή κανονικοτήτων και μοτίβων.

Σε αυτή τη φάση βρισκόμαστε σήμερα. Παρακάτω θα σας παρουσιάσω πολύ συνοπτικά και γενικά τα πρώτα συμπεράσματα της ανάλυσης.

Αποτελέσματα

Από την οργάνωση του υλικού φαίνεται ότι το δείγμα μας μπορεί να ταξινομηθεί σε **δύο τύπους βιογραφικών διαδρομών** με διακριτά χαρακτηριστικά.

- Οι συμμετέχοντες που αντλήθηκαν από **κλειστές ψυχιατρικές δομές** παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες μεταξύ τους αναφορικά με το περιεχόμενο και τη μορφή της αφήγησής τους και συγχρόνως διαφοροποιούνται σημαντικά από τους συμμετέχοντες από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβοήθειας.
- Από την άλλη οι συμμετέχοντες που αντλήθηκαν από τις **κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας** και από **οργανώσεις αυτοβοήθειας** είχαν πολλά κοινά μεταξύ τους, στο βαθμό που να συγκροτούν μια κοινή ομάδα. Σημειωτέον ότι το δημόσιο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας Βόλου, από όπου αντλήθηκε το δείγμα μας, αποτελεί κατά την άποψή

μας, υπόδειγμα καλών πρακτικών πρώιμης παρέμβασης και αντιμετώπισης της ψύχωσης, και αυτός ήταν ο λόγος που επιλέχθηκε, ώστε να δούμε πώς ένα αποτελεσματικό κοινοτικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματική διαχείριση της ψύχωσης.

Αναφορικά με τη συνολική **ποιότητα και ύφος της αφήγησης**, μπορεί να γίνει μία διάκριση μεταξύ δύο ειδών αφηγήσεων:

- Οι συμμετέχοντες από κλειστές ψυχιατρικές μονάδες έτειναν να παράγουν **φτωχές αφηγήσεις**. Οι συνεντεύξεις ήταν σύντομες και περιγραφικές. Η έλλειψη αναφορών σε εσωτερικές διεργασίες, όπως επίσης και η απουσία εξηγήσεων και αξιολογήσεων, παρήγαγαν έναν ιδιαίτερα φτωχό, σχεδόν τηλεγραφικό, λόγο, από τον οποίο έλειπε η αίσθηση ενός σκεπτόμενου, στοχαστικού αφηγητή.
- Τουναντίον, οι συμμετέχοντες από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβήθειας παρήγαγαν κατά κανόνα **πλούσιες αφηγήσεις**. Οι περιγραφές γεγονότων εναλλάσσονταν με αναφορές σε εσωτερικές διεργασίες του ομιλητή. Η αφήγηση έρεε, με ελάχιστες παρεμβάσεις από τη συνεντεύκτρια.

Κεντρικό διαφοροποιητικό χαρακτηριστικό μεταξύ των δύο ομάδων είναι η **θέση που οι συμμετέχοντες αναλαμβάνουν απέναντι στις ψυχωτικές εμπειρίες τους** και τις επιπτώσεις αυτών.

- Οι συμμετέχοντες από κλειστές ψυχιατρικές δομές φαίνονται παραδομένοι στις εμπειρίες αυτές, κατακλυσμένοι από αυτές και παθητικά αφημένοι στην ψυχιατρική φροντίδα. Δεν διαφαίνεται στο λόγο τους ένα υποκείμενο που να μπορεί να δει, να πάρει μια θέση και να αντιμετωπίσει με κάποιον τρόπο τις εμπειρίες αυτές.
- Αντιθέτως ο λόγος των συμμετεχόντων από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβοήθειας διαπνέεται από μια αίσθηση κυριότητας της εμπειρίας, ανάληψης ευθυνης και ελέγχου (agency). Οι άνθρωποι αυτοί βιώνουν ακραίες και συχνά ανεξέλεγκτες εμπειρίες, τις οποίες επιχειρούν να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν.

Παρακάτω δίνω μια συνοπτική περιγραφή των **διακριτών χαρακτηριστικών** της καθεμίας ομάδας:

- Οι συμμετέχοντες από κλειστές ψυχιατρικές δομές είναι όλοι γεννημένοι στη δεκαετία του '70, δηλαδή κατά κανόνα βίωσαν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και ήρθαν σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα τέλη της δεκαετίας του '80, ουσιαστικά πριν την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Προέρχονται όλοι από εργατικά στρώματα, είτε από υποβαθμισμένες αστικές περιοχές είτε από αγροτικές περιοχές, και έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Με δεδομένα τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά και την εποχή έναρξης της ψύχωσης, οι συμμετέχοντες ακολούθησαν το μοναδικό διαθέσιμο δρόμο, της αναβολής αντιμετώπισης του προβλήματος, έως ότου αυτό φτάνει σε έξαρση, και στη συνέχεια της βίαιης προαγωγής και ακούσιας νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις περιπτώσεις αυτών των ανθρώπων υπήρξε σημαντική καθυστέρηση στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, σε μεγάλο βαθμό, θεωρούμε, εξαιτίας του στίγματος και της δαιμονοποίησης της ψυχικής ασθένειας, που κάνει το περιβάλλον του ατόμου να παραμελεί και να αποκρύπτει το πρόβλημα, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατόν, και σίγουρα έως ότου αυτό φτάσει σε πρόδηλη έξαρση. Μετά την πρώτη νοσηλεία, οι συμμετέχοντες ακολουθούν μια πορεία κοινωνικής απομόνωσης και διαπροσωπικής ερήμωσης, ενώ η μοναδική επαφή τους με υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι οι συστηματικές επισκέψεις σε τακτά χρονικά διαστήματα στο τμήμα επανερχομένων του ψυχιατρικού νοσοκομείου για συνέχιση της φαρμακοθεραπείας και οι κατά καιρούς ακούσιες ή εκούσιες νοσηλείες τους στην κλινική οξέων του ψυχιατρικού νοσοκομείου.
- Οι συμμετέχοντες από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβοήθειας είναι γεννημένοι στην πλειοψηφία τους στη δεκαετία του '80 και κάποιοι στη δεκαετία του '90. Στη μεγάλη πλειοψηφία τους, επομένως, ανέπτυξαν ψυχωτικά συμπτώματα και ήρθαν σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας από τη δεκαετία του '90 και μετά. Οι περισσότεροι (9) είναι εργατικής προέλευσης, αλλά αρκετοί ανήκουν στη μικροαστική ή/και στην αστική τάξη. Όλοι είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και πολλοί είναι απόφοιτοι ΙΕΚ, ΤΕΙ και ΑΕΙ. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν τα πρώτα ψυχωτικά βιώματα στη δεκαετία των 20, αλλά και κάποιοι στη εφηβεία και κάποιοι

λίγοι πολύ αργότερα. Έκαναν αρκετά νωρίς προσπάθειες να αντιμετωπίσουν τα βιώματα αυτά και ήρθαν σχετικά γρήγορα σε επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε κοινοτικά πλαίσια, είτε ιδιώτες είτε εργαζόμενους σε δημόσιες δομές ψυχικής υγείας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (10) διαχειρίζονται τις ψυχωτικές τους εμπειρίες, ακόμη και στις περιπτώσεις που αυτές έχουν κλιμακωθεί σε ψυχωτική κρίση, καταρχάς κοινοτικά, χωρίς νοσηλεία. Είναι ενδεικτικό ότι μόνο για τους 5 από τους 15 συμμετέχοντες η νοσηλεία ήταν το πρώτο σημείο επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Πολλοί νοσηλεύονται μετά από χρόνια, σε κάποιο επόμενο ψυχωτικό επεισόδιο. Όλοι οι συμμετέχοντες έχουν μια ενεργό στάση διαχείρισης των ψυχωτικών τους εμπειριών, μέσω φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας και συμμετοχής σε οργανώσεις αυτοβοήθειας. Σημαντική είναι η συστηματική επαφή και σχέση εμπιστοσύνης με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και η οικοδόμηση οικογενειακών και διαπροσωπικών σχέσεων και μιας συγκροτημένης καθημερινής ζωής.

Με βάση τα χαρακτηριστικά των δύο ομάδων συμμετεχόντων, μπορούμε να διατυπώσουμε τα παρακάτω **αναλυτικά συμπεράσματα**:

Θεωρούμε ότι η πρώτη επαφή με υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τόσο αναφορικά με το χρονικό διάστημα από την έναρξη των ψυχωτικών εμπειριών όσο και αναφορικά με το είδος και την ποιότητα της επαφής, είναι καθοριστικά της κατοπινής πορείας του ατόμου.

Ο τρόπος που προέκυψε το ερευνητικό υλικό δεν μας επιτρέπει άμεσα συμπεράσματα για την ευθεία σχέση της ταξικής προέλευσης με την ανάπτυξη και τη διαχείριση της ψύχωσης. Ως προς την πορεία προς και εντός του σοβαρού ψυχικού πόνου, φαίνεται να υπάρχουν παράγοντες που διαμεσολαβούν ή/και υπερκεράζουν την κοινωνική τάξη.

Η **εποχή**, η ιστορική φάση, εμφάνιση των ψυχωτικών εμπειριών φαίνεται να αποτελεί κρίσιμο παράγοντα.

- Η εποχή συνδέεται καταρχάς με τα ίδια τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών τάξεων. Οι συμμετέχοντες εργατικής τάξης που γεννήθηκαν στη δεκαετία του '70 έχουν όλοι χαμηλό μορφωτικό κεφάλαιο, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες εργατικής τάξης που

γεννήθηκαν σε κατοπινές δεκαετίες, που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η ολοκλήρωση υψηλών επιπέδων εκπαίδευσης αφενός αυξάνει το μορφωτικό και γνωστικό κεφάλαιο και επομένως τη δυνατότητα διαχείρισης των δυσκολιών της ζωής και αφετέρου προσφέρει χώρους κοινωνικοποίησης και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και κοινωνικών δικτύων.

- Η εποχή συνδέεται επίσης με την κατάσταση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Την περίοδο της ασυλιακής φροντίδας από το τέλος της δεκαετίας του '80 διαδέχθηκε η σταδιακή ανάπτυξη κοινοτικών δομών. Η ανάπτυξη κοινοτικών δομών περίθαλψης συνοδεύθηκε και από μια στροφή προς περισσότερο ψυχοκοινωνικούς τρόπους κατανόησης και αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, που σε μεγάλο βαθμό συνδέεται με την είσοδο άλλων επαγγελματιών, π.χ. ψυχολόγων και ψυχοθεραπευτών, στον χώρο της περίθαλψης ψυχικής υγείας. Οι άνθρωποι με ψυχωτικές εμπειρίες από τη δεκαετία του '90 και μετά είχαν άλλες δυνατότητες πρόσβασης σε επαγγελματίες, υπηρεσίες, πρακτικές ψυχικής υγείας, καθώς και εναλλακτικούς τρόπους κατανόησης και διαχείρισης των προβλημάτων αυτών. Αυτό εντάθηκε την τελευταία δεκαετία με την εισαγωγή και της προσέγγισης της αυτοβήθειας και την ανάπτυξη οργανώσεων αυτοβήθειας, στις οποίες οι άνθρωποι με ψυχωτικές εμπειρίες μπορούν να απευθυνθούν.
- Η εποχή καθορίζει τα ευρύτερα λαικά συστήματα γνώσης αναφορικά με θέματα ψυχικής υγείας. Θέματα ψυχικής υγείας έχουν τις τελευταίες δεκαετίες διεισδύσει σε δημοφιλείς εκπομπές και στον κοινό λόγο, κάτι που τροποποιεί τις κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με τα σοβαρά ψυχικά προβλήματα, καθιστώντας τα περισσότερο ορατά, συζητήσιμα και αναγνωρίσιμα. Αυτή η διαφοροποίηση αντανακλάται στο γεγονός ότι για την ομάδα συμμετεχόντων από κλειστές ψυχιατρικές δομές έγινε προσπάθεια απόκρυψης και αποσιώπησης του ψυχικού τους προβλήματος από τους ίδιους και το οικογενειακό τους περιβάλλον, τόσο αρχικά, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όσο και στη συνέχεια, που κατέληξε στην σχεδόν ολική κοινωνική τους απομόνωση. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβοήθειας καταρχήν αναγνώρισαν και αντιμετώπισαν νωρίς το πρόβλημα ψυχικής υγείας και στη συνέχεια διατήρησαν τη

συμμετοχή στα διαπροσωπικά και κοινωνικά δίκτυα, όντας ανοιχτοί αναφορικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν.

- Η εποχή είναι καθοριστική για τις θέσεις που είναι πολιτισμικά διαθέσιμες στους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας αναφορικά με τις υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται διεθνώς, και με κάποια καθυστέρηση στην Ελλάδα, μία στροφή προς τη υπευθυνοποίηση των ατόμων για την αυτοδιαχείριση των προβλημάτων υγείας, όπως και ψυχικής υγείας, σε συνεργασία με τους ειδικούς. Έχει παρατηρηθεί δηλαδή ένα πέρασμα από το ρόλο του ασθενή ως παθητικού δέκτη της ιατρικής φροντίδας, στο ρόλο του ατόμου που αναλαμβάνει την ευθύνη της φροντίδας υγείας του, στο ρόλο δηλαδή του καταναλωτή/χρήστη υπηρεσιών υγείας. Στο χώρο της ψυχικής υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες, αναδείχθηκε και η θέση του επιζώντα τόσο των επίπονων εμπειριών της ψύχωσης όσο και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές οι θέσεις του καταναλωτή και του επιζώντα έγιναν πολιτισμικά διαθέσιμες στους ανθρώπους με ψυχωτικές εμπειρίες στην Ελλάδα μόλις τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Γι αυτό και βλέπουμε ότι οι άνθρωποι από κλειστές μονάδες υιοθετούν αποκλειστικά το ρόλο του ασθενή, ενώ εκείνοι από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβοήθειας υιοθετούν τις δύο άλλες θέσεις.

Η άλλη κεντρική ομάδα παραγόντων που φαίνεται να διαφοροποιεί τις δύο ομάδες συμμετεχόντων είναι ο **ρόλος και η ποιότητα των σχέσεων**.

- Καταρχάς η ύπαρξη καλού πρωταρχικού δεσμού με τα πρώιμα πρόσωπα φροντίδας θέτει τις βάσεις για την ποιότητα των σχέσεων του ατόμου στην υπόλοιπη ζωή του. Και οι δύο ομάδες συμμετεχόντων περιγράφουν δύσκολες παιδικές εμπειρίες αναφορικά με τις σχέσεις με τα πρώτα πρόσωπα φροντίδας. Παραμένει να διερευνηθεί αν η ποιότητα των σχέσεων διαφοροποιείται μεταξύ των δύο ομάδων.
- Και οι δύο ομάδες αναφέρουν επίσης προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλικούς κατά τη σχολική φοίτηση, όπως απομόνωση, συστολή, εκφοβισμό, επιθετικότητα. Παραμένει επίσης να διερευνηθεί εάν υπάρχουν συστηματικές διαφορές ως προς αυτό μεταξύ των δύο ομάδων.
- Από τη εφηβεία και μετά οι συμμετέχοντες από κλειστές δομές βιώνουν πλήρη απομόνωση και ερήμωση αναφορικά με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Δεν φαίνεται

να διατηρούν φιλικές σχέσεις και κανείς δεν είχε συντροφική ερωτική σχέση. Οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν βιώσει αγάπη, φροντίδα, εμπιστοσύνη έστω και σε μία σχέση στην ενήλικη ζωή τους. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβοήθειας βρίσκονται αν μέσω πολύπλοκων δικτύων σχέσεων, φιλικών, ερωτικών και κοινωνικών. Οι ίδιοι αναγνωρίζουν την κεντρική σημασία που έχουν για τους ίδους οι σχέσεις τους, τόσο συζητώντας το ρόλο αρνητικών σχέσεων για την ψυχική τους κατάρρευση όσο και οικοδομώντας υποστηρικτικές σχέσεις ως μέρος της φροντίδας του εαυτού τους. Οι συμμετέχοντες αυτοί ζουν σε έναν ανθρώπινο κόσμο σχέσεων, όσο διαταραγμένες κι αν είναι αυτές οι σχέσεις σε διάφορες φάσεις της ζωής τους. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες από κλειστές δομές ζουν σε ένα κόσμο ερήμωσης και μοναξιάς, χωρίς ουσιαστική ανθρώπινη επαφή.

- Η σημασία των σχέσεων εκτείνεται πέρα και στις σχέσεις με επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι συμμετέχοντες από κοινοτικές δομές και οργανώσεις αυτοβοήθειας αναγνωρίζουν το σημαντικό ρόλο των σταθερών σχέσεων εμπιστοσύνης με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τις καλλιεργούν. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες από κλειστές ψυχιατρικές δομές, ακόμη κι όταν παρακολουθούνται συστηματικά από συγκεκριμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δεν φαίνεται να έχουν την αίσθηση της σχέσης, με την όποια αμοιβαιότητα και συνδιαλλαγή που μπορεί να τη χαρακτηρίζει, αλλά τοποθετούνται ως σχεδόν απρόσωπα, παθητικά αντικείμενα της φροντίδας των ειδικών.

Εν κατακλείδει, είδαμε μέσω της μελέτης αυτής (α) ότι η διαχείριση της ψύχωσης μπορεί να είναι πολύ διαφορετική για το κάθε άτομο και (β) ότι η επίτευξη μιας ζωής με την ψύχωση είναι δυνατή. Κρίσιμες παράμετροι στην οικοδόμηση μιας ζωής με την ψύχωση είναι, πρώτον, το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο, δεύτερον, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και τρίτον, το σύστημα οικογενειακών και διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου. Όπως πολύ εύστοχα ανέφερε ο Σωτήρης Χτούρης, προεδρεύων σε μια πρόσφατη ημερίδα, όπου παρουσιάσαμε τα αποτελέσματά μας, με δύο λέξεις η μελέτη αυτή αναδεικνύει τον κρίσιμο **ρόλο των θεσμών και των δεσμών στη διαχείριση των επώδυνων εμπειριών**.