

«Η σχιζοφρένεια ως βιοψυχοκοινωνική ασθένεια», προβληματισμοί από την ανθρωπολογική σκοπιά για τις νοσηματοδοτήσεις του κοινωνικού στην ψύχωση

Αθηνά Πεγκλίδου, Κοινωνική Ανθρωπολόγος *

Οι ψυχωσικές διαταραχές και οι διαφορετικές εκφράσεις τους οι οποίες συγκεκριμενοποιούνται συνήθως στη διαγνωστική κατηγορία της σχιζοφρένειας ή της διπολικής διαταραχής θεωρούνται ότι διαπερνούν την πολιτισμική και κοινωνική εμπειρία και ορίζονται ως οικουμενικές και διαχρονικές ως οι «πιο» βιολογικές από τις ψυχικές διαταραχές. Ο Bleurer (1950) ήταν ο πρώτος που ανέδειξε την «ομάδα των σχιζοφρενείων» ως ιδιαίτερα ετερογενή και συσχέτισε την ανομοιομορφία των ψυχωσικών με την κοινωνιολογική και πολιτισμική διαφοροποίηση τους. Κι ενώ η σύγχρονη επίσημη θετικιστική ψυχιατρική πριμοδοτώντας νευροβιολογικά δεδομένα τυποποίησε μια ομογενοποιημένη εικόνα της ψύχωσης και των ψυχωσικών συμπτωμάτων κυρίως μέσα από την στοιχειοθέτηση διαγνωστικών κριτηρίων και εγχειριδίων τύπου DSM και ICD επικαλούμενη πρακτικούς λόγους διάγνωσης και θεραπείας, η ανθρωπολογία και οι κοινωνικές επιστήμες ευρύτερα πρότειναν έναν επιστημολογικό σκεπτικισμό σε ουσιοκρατικές και ουνιβερσαλιστικές προσεγγίσεις της ψυχικής διαταραχής και οδύνης και έδωσαν έμφαση στους τρόπους με τους οποίους μέσα σε διαφορετικά κοινωνικά συμφραζόμενα αναδύονται διαφορετικές εμπειρίες και επινοούνται διαφορετικές πρακτικές γνώσης, διαχείρισης και ίασης της ψυχωσικής κατάστασης. Εδώ θα προσπαθήσουμε να προβληματοποιήσουμε κάποιους από τους τρόπους με τους οποίους η κοινωνική εμπειρία (συνήθως εκφράζεται στους όρους, τάξη, προέλευση, προφίλ, κουλτούρα, υπόβαθρο) σχετίζεται με την ψύχωση στις κυρίαρχες ψυχιατρικές προσεγγίσεις η οποία γενικά υπονοείται στο στερεοτυπικό και ασαφή ορισμό της «σχιζοφρένειας ως βιοψυχοκοινωνικής ασθένειας» (Brenner et al., 1992) ή στην αναζήτηση των «κοινωνικών παραγόντων διακινδύνευσης» (social risk factors) που λειτουργούν επιβαρυντικά σε μια βιολογική προδιάθεση,

όπως θεωρείται. Τα τελευταία χρόνια θα πρέπει να επισημάνουμε, η υπερίσχυση του βιολογικού/γενετικού/γνωστικού μοντέλου στην ψυχιατρική μείωσε το ενδιαφέρον των προηγούμενων δεκαετιών για τις κοινωνικές συνισταμένες (τάξη, εκπαίδευση, οικογένεια, κοινωνικά δίκτυα, γεγονότα ζωής) αν και κάποιες όπως η σχέση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας με την επανεμφάνιση παραληρηματικών συμπεριφορών, κατέληξαν να θεωρούνται τόσο βέβαιες και αξιωματικές όσο και τα βιολογικά δεδομένα (Kleinman, 2004 : xv).

Οι ανθρωπολογικές προσεγγίσεις, αν και εξακολουθούν να καταλαμβάνουν ένα μικρό ποσοστό της ερευνητικής παραγωγής πάνω στην ψύχωση, έχουν προκαλέσει μια ενδιαφέρουσα και πολύπλευρη συζήτηση για «τη σχιζοφρένεια ως κοινωνικά κατασκευασμένη πραγματικότητα» (Barrett, 1998: 485) η οποία μπορεί να φωτίσει τόσο την σύνθεση του κοινωνικού κόσμου όσο και της ίδιας της ψύχωσης. Ιδιαίτερα μάλιστα σε μια εποχή στην οποία κυριαρχούν στην ψυχιατρική και ακόμα και στην ψυχολογία, τα μακριά-από-την-εμπειρία-εξηγητικά μοντέλα και οι τηλε-κατευθυνόμενες έρευνες (Kleinman, 2004: xvi), η ανθρωπολογική ματιά δίνει έμφαση στην κοντά-στην-εμπειρία φαινομενολογία της διαταραχής και στις θεραπευτικές εμπειρίες. Η εθνογραφική περιγραφή, η οποία στηρίζεται σε μακρόχρονη έρευνα πεδίου που περιλαμβάνει συνεντεύξεις και συνομιλίες σε διαφορετικά επίπεδα τυπικότητας, συμμετοχική παρατήρηση της καθημερινών αντιλήψεων, συμπεριφορών, συνηθειών και καταγραφή των γραπτών, μιντιακών και προφορικών δεδομένων, δίνει έμφαση στους τρόπους με τους οποίους οι τοπικοί κόσμοι (local worlds) διαμορφώνουν την επώδυνη εμπειρία των πασχόντων, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών υγείας. Αυτές οι περιγραφές, ωστόσο, κάνουν κάτι περισσότερο απ' αυτό. Αποδομούν τις κυρίαρχες ψυχιατρικές και ψυχολογικές ιδεολογίες για το πώς αιτιολογείται, πλάθεται, βιώνεται και αφηγηματοποιείται μια παθολογία. Επανεξετάζουν τη συμπτωματολογία και τις κατηγοριοποιήσεις της σχιζοφρένειας ως της κατεξοχήν ψυχωσικής διαταραχής. Κάνουν την κοινωνική πορεία της ασθένειας ένα δυναμικό εναλλακτικό αναλυτικό εργαλείο στο γνωστό μοντέλο της πρόγνωσης ως φυσικής και, σε μεγάλο βαθμό, προδιαγεγραμμένης πορείας. Περιγράφουν την ανταπόκριση του πάσχοντος, της οικογένειας του και της κοινότητας στην ψύχωση και καταδεικνύουν ότι η

πρόγνωση και η θεραπεία περιλαμβάνουν πολλές στάσεις εκτός από τις παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, οι εθνογραφίες της ψύχωσης μπορούν να φωτίσουν όχι μόνο τους τρόπους με τους οποίους σκεφτόμαστε το ενδοψυχικό και τις διαπροσωπικές και ευρύτερα τις κοινωνικές διασυνδέσεις του αλλά και την ίδια την κοινωνική πραγματικότητα μέσα από τις νοηματικές της ασυνέχειες της (Good et al, 2007, Corin, 1990, 1998, Jenkins, 1997, Barrett, 1996) .

Οι ανθρωπολογικές προσεγγίσεις της ψυχιατρικής άρχισαν να εμφανίζονται στις αρχές του 1970 και εστίασαν γενικά στην ανάδειξη της σχέσης των ψυχιατρικών θεσμών και γνώσης/εξουσίας με όψεις της κοινωνικής ζωής, της ατομικής και συλλογικής ταυτότητας, της κοινωνικής επιδημιολογίας και της φαινομενολογίας της κοινωνικής οδύνης. Διαμορφώθηκε λοιπόν σταδιακά ένα πεδίο προβληματοποίησης της ψυχιατρικής το οποίο σχηματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. κάτω από τον όρο «ανθρωπολογία της ψυχιατρικής», μια δεκαετία πριν την εισαγωγή του DSM-III, την περιθωριοποίηση της μέχρι τότε κυρίαρχης ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στην αμερικανική ψυχιατρική πρακτική, την ανάδυση του κινήματος της αντι-ψυχιατρικής, τη μετάφραση στα αγγλικά το 1964 του έργου του Μ. Foucault (1961), *Ιστορία της Τρέλας στην κλασική εποχή* και την απαρχή της χρυσής εποχής της ψυχοφαρμακολογίας (Young, 2008: 299).

Μαζί με την ψυχιατρική τέθηκαν υπό ανθρωπολογική παρατήρηση μέσα στις μικροσυνθήκες της καθημερινότητας και οι βασικές διαγνωστικές της κατηγορίες με προεξέχουσα την ψύχωση στην οποία άλλωστε οφείλει η νεωτερική δυτική ψυχιατρική και τη δημιουργία της. Η ψύχωση λοιπόν μέσα από την οπτική της κοινωνικής ανθρωπολογίας θεωρείται ότι έχει σε κάθε χωροχρόνο μια συγκεκριμένη ηθική οικονομία γιατί, όπως σε κάθε παθολογική κατάσταση, συγκεκριμένα ζητήματα φαίνεται να διακυβεύονται περισσότερο από κάποια άλλα για τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους. Αξίες ενσωματώνονται και αναφαίνονται τόσο στα συμπτώματα και στην εξέλιξη της ψύχωσης όσο και στις εμπειρίες των θεραπευτών και των ερευνητών (Corin, 1993: 7), με αποτέλεσμα όλο το σύμπλοκο της κατανόησης και της διαχείρισης της να διαμορφώνεται κάτω από τη σύγκλιση και απόκλιση αυτών των διαφορετικών και ασύμπτωτων αξιών καθώς και της πολιτικής οικονομίας που τις υποστηρίζει. Συνεπώς, η ψύχωση δεν

προσεγγίζεται στην ανθρωπολογική οπτική ως μια υποστασιοποιημένη ασθένεια ή σύμπτωμα αλλά ως ένα σύμπλεγμα λόγων και πρακτικών, του ιατρικού, του ηθικού, του οικονομικού και του πολιτικού.

Ψύχωση, κοινωνική τάξη και κουλτούρα

Η ψύχωση ως μια ευρύχωρη κατηγορία διαταραχών, η μετανεωτερική μετωνυμία της τρέλας και με κυρίαρχο σύμπτωμα της την απώλεια επαφής με την πραγματικότητα θεωρείται στην παραδειγματική της μορφή, την σχιζοφρένεια ως η πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή η οποία προκαλεί σημαντικές επιπλοκές τόσο στους ίδιους του πάσχοντες όσο και στα άτομα που τους φροντίζουν λόγω της έκδηλης κοινωνικής αδυναμίας όσο και των υψηλών ποσοστών θνησιμότητας που τη συνεπάγονται. Αν και στα εγχειρίδια ψυχοπαθολογίας είναι σαφές ότι η ψύχωση ομαδοποιεί ένα σύνολο παθολογιών μεταξύ των οποίων και η σχιζοφρένεια, στο ελληνικό ψυχιατρικό πλαίσιο οι δύο όροι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά μια η ψύχωση θεωρείται ως μια διάγνωση λιγότερο στιγματισμένη κοινωνικά. Η ευρεία κοινωνική και πολιτισμική διασπορά της, όπως και η μεγάλη διαφοροποίηση της συμπτωματολογίας της, αποτελούν κάποια από τα χαρακτηριστικά της που μπορούν εύκολα να την μεταπλάσουν κατά περίπτωση τόσο σε βιολογική όσο και σε κοινωνική. Και ενώ φαίνεται ότι αγγίζει όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, τα χαμηλά εμφανίζονται ως πιο ευάλωτα (Cohen, 1993). Η σχέση σχιζοφρένειας και κοινωνικής τάξης θεωρείται δημοφιλές κοινωνιολογικό εύρημα της ψυχιατρικής επιδημιολογίας (Fox, 1990) όπως αντίστοιχα, εκείνο που ισχυρίζεται την σχέση κατάθλιψης και γυναικείου φύλου (Koblinsky et al., 1993). Ως συνέπεια της παραπάνω συσχέτισης μπορεί να θεωρηθεί ένα επίσης διαδομένο «δεδομένο» στην περιγραφή της κοινωνιολογικής εικόνας της σχιζοφρένειας, το οποίο τη συνδέει με την μετανάστευση (Mallett et al., 2002), (McKenzie et al., 2002). Ωστόσο, όπως υποστηρίζει ο (Barrett (1998: 473) τα κυρίαρχα ερμηνευτικά ψυχιατρικά σχήματα στα οποία οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες μεταβολίζονται σε εμπειρία της σχιζοφρένειας κατασκευάζουν περισσότερο μια σχιζοφρένεια ως οριακό τύπο προσωπικότητας παρά ως μια εφήμερη ασθένεια που έρχεται και φεύγει. Κατά συνέπεια, ενισχύουν και βαθαίνουν τις κοινωνικές ασυμμετρίες δημιουργώντας άλλες, το ίδιο διαρκείς, αμετάκλητες και επώδυνες.

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ψυχιατρικών και ψυχολογικών προσεγγίσεων για την κοινωνικοοικονομική εμπειρία αναθερμαίνεται, ειδικά στη Βρετανία (Atkinson et al. 2013: 1-3), χάρη στην ανάπτυξη ενός θεωρητικού προβληματισμού πάνω σε ζητήματα που είχαν αποκλειστεί από προηγούμενα ερευνητικά προγράμματα. Η κοινωνική τάξη δεν συσχετίζεται πλέον μόνο με την εκμετάλλευση και τις οικονομικές ανισότητες αλλά και με την πολιτισμική και συμβολική υποτέλεια, όχι μόνο με τις ευκαιρίες ζωής και «τις ίσες ευκαιρίες» αλλά και με την αυτοεκτίμηση, την υποτίμηση και την εμπειρία της δυστυχίας και του πόνου, όχι μόνο με τις πολιτικές αναδιανομής αλλά και με τις πολιτικές αναγνώρισης. Στις νέες αυτές προσεγγίσεις, οι θεωρητικές αναφορές δεν προέρχονται από τους μεγάλους διανοητές που αποτέλεσαν τους πυλώνες της μελέτης της κοινωνικής τάξης καθ' όλη της διάρκεια του 20^{ου} αι., τον Karl Marx ή τον Max Weber αλλά από τις θέσεις του Pierre Bourdieu. Για τον τελευταίο, η κοινωνική τάξη δεν προσδιορίζεται από την πρόσβαση της στα μέσα παραγωγής ούτε κι από την κατοχή συγκεκριμένων προσόντων και ικανοτήτων στην αγορά εργασίας αλλά με την απόκτηση όλων των μορφών οικονομικού κεφαλαίου (πλούτου και εισοδήματος), πολιτισμικού κεφαλαίου (μόρφωσης και «καλού γούστου») και κοινωνικού κεφαλαίου (κοινωνικών επαφών, κοινωνικών δικτύων, τίτλων) οι οποίες από κοινού οριοθετούν τις εμπειρίες που μπορεί κάποιο συγκεκριμένο υποκείμενο να έχει, τα αγαθά και τις ευκαιρίες στα οποία μπορεί να έχει πρόσβαση, τους ανθρώπους με τους οποίους μπορεί να αλληλεπιδρά και τέλος τις αξίες, τις προσδοκίες, τις επιθυμίες, το γούστο και γενικότερα τον τρόπο ζωής. Υποκείμενα λοιπόν με μεγαλύτερο κοινωνικό κύρος και εξουσία το οποίο απορρέει και υλοποιείται μέσω των παραπάνω συνιστωσών επιβάλλουν τον τρόπο ζωής τους (οικονομικές και εκπαιδευτικές επιτυχίες, «καλλιέργεια», «καλούς τρόπους») και τον νομιμοποιημένο, τον αξιόλογο και κυρίως τον κοινωνικά ορθό τρόπο να γίνονται τα πράγματα υποτιμώντας όσους δε διαθέτουν τις υλικές προϋποθέσεις για να τα πετύχουν. Ο Bourdieu (1970) ονομάζει την παραπάνω διαδικασία «συμβολική βία». Η συμβολική βία, ως μη βίαιη και «μαλακή» μορφή βίας βρίσκεται στις καθημερινές κοινωνικές συνήθειες και αλληλεπιδράσεις και επιβεβαιώνει τη θέση των ατόμων

στην κοινωνική ιεραρχία. Αναφέρει λοιπόν στη «Διάκριση» (1979) ότι περισσότερο από το οικονομικό κεφάλαιο και την πρόσβαση σε οικονομικούς πόρους, το συμβολικό κεφάλαιο είναι καθοριστικό στην εδραίωση των σχέσεων εξουσίας. Βέβαια ο συνδυασμός οικονομικού και συμβολικού κεφαλαίου αποτελεί τον πιο δυναμικό συνδυασμό στην κοινωνική κατάταξη.

Η σχέση της κοινωνικής θέσης με το πολιτισμικό κεφάλαιο μέσα από την οπτική του Bourdieu μας οδηγεί στην έννοια της κουλτούρας που παρέμεινε εμβληματική στο αναλυτικό λεξιλόγιο της κοινωνικής ανθρωπολογίας μέχρι την προβληματοποίηση της στην αναστοχαστική στροφή στη δεκαετία του 1980 (Clifford και Marcus, 1986). Κυρίως, μέσα από τις θεωρητικές θέσεις του Geertz (1973, 1983) ο οποίος αποπειράθηκε την προσέγγιση ψυχικών και πολιτισμικών ζητημάτων φέρνοντας στο επίκεντρο της συζήτησης το υποκείμενο, η ανθρωπολογία προτάθηκε να κατανοήσει την υποκειμενική ζωή αναλύοντας τις συμβολικές μορφές (λέξεις, εικόνες, θεσμούς, συμπεριφορές) μέσα από τις οποίες τα άτομα αναπαριστούν τον εαυτό τους στους ίδιους και στους άλλους. Η κουλτούρα εδώ ενυπάρχει στους θεσμούς και στις διαπροσωπικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις ως ένα φαινόμενο σε διαρκή εξέλιξη, διαρκώς ανανεώσιμο και πραγματοποιήσιμο μέσα από τις κοινωνικές συνάψεις, πολιτικές διαδικασίες, ηθικά διλήμματα. Η κουλτούρα, γράφει ο Fischer (2003:7) δεν είναι μεταβλητή, είναι σχεσιακή, βρίσκεται στα περάσματα, εκεί που το νόημα υφάινεται και ανανεώνεται συχνά μέσα από τα κενά και τις σιωπές, εξουσιάζει πέρα από τη συνειδητή θέληση των υποκειμένων και αναφαίνεται στο διάκενο της κοινωνικής και ηθικής ευθύνης ατόμων και θεσμών. Σύμφωνα με την κοντά-στην-εμπειρία έννοια της κουλτούρας η οποία δεν την εξισώνει πλέον αποκλειστικά με το Άλλο, περιλαμβάνει κοινά σύμβολα και νοήματα που τα κοινωνικά υποκείμενα χρησιμοποιούν και δημιουργούν κατά τη διαδικασία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Διαμορφώνει την ατομική και συλλογική εμπειρία (όπως και την εμπειρία της ψύχωσης), την ερμηνεία και τη δράση. Προσανατολίζει τους τρόπους που τα άτομα αισθάνονται, σκέφτονται και υπάρχουν μέσα στον κόσμο. Αποτελεί όμως και το ηθικό και νοηματικό πεδίο από όπου τα άτομα μπορούν να αποκλίνουν. Η σχιζοφρένεια μέσα από αυτήν την προοπτική αποτελεί παράδειγμα υπέρβασης που βρίσκεται στο όριο

της κουλτούρας, στα κρόσσια της εμπειρίας με νόημα. Έτσι, ενώ από τη μια η κουλτούρα μπορεί να ειδωθεί ως ένα αντικείμενο (ένα σώμα από κοινές γνώσεις και αξίες όπως και καθημερινές πρακτικές) από την άλλη αποτελεί ουσιαστικά μια διαδικασία παραγωγής και υλοποίησης γνώσης, μεταμόρφωσης της πρακτικής και αναπαραγωγής αξιών. Όπως σημειώνει ο Obeyesekere (1990: xix), η «λειτουργία της κουλτούρας» συνίσταται στην υποκειμενική διαδικασία διαμόρφωσης και μεταμόρφωσης «βάσει των οποίων τα υπάρχοντα συμβολικά σχήματα δημιουργούνται και ξαναδημιουργούνται στο μυαλό των ανθρώπων». Η πολιτισμική θεωρία έχει προτείνει τη διάκριση ανάμεσα στην πειθαρχική και λογοθετική επιστημονική γνώση που ενυπάρχει στις θεσμοθετημένες μορφές εξουσίας και στην αυτόχθονη γνώση που συγκροτείται ως ατομικός τρόπος αντίστασης και ενδυνάμωσης. Ο συσχετισμός τους, ωστόσο, θεωρείται ότι στηρίζεται όχι στον αμοιβαίο αποκλεισμό αλλά στην από κοινού συνδιαμόρφωση (Bourgois, 1995 και Ortner, 1996).

Οι ανθρωπολογικές προσεγγίσεις από το 1970 και μετά, ανέλυσαν την κουλτούρα στα μικροσκοπικά επίπεδα των κοινωνικών σχέσεων όπως των ενδοοικογενειακών, διαπροσωπικών ή θεραπευτικών όπου φάνηκε περισσότερο αντιφατική, κατακερματισμένη, αμφισβητήσιμη, πολιτικοποιημένη παρά ομοιογενής και συνεκτική σύμφωνα με προηγούμενες προσεγγίσεις όταν ταυτιζόταν «με την κοινωνία». Αρκετές φορές τα πολιτισμικά νοήματα που αποδίδονται στη σχιζοφρένεια εκκινούν ή αναδεικνύουν συγκρουσιακά δίπολα όπως παράδοση/νεωτερικότητα, μαγεία /ιατρική, ομάδες υποστήριξης ασθενών και ομάδες αυτοβοήθειας/ορθόδοξη ψυχιατρική, επίσημη θρησκεία/ παραθρησκευτικές ομάδες. Η μελέτη της σχιζοφρένειας χρειάζεται ένα ερμηνευτικό σχήμα, όπως υποστηρίζει η Jenkins (2004), όπου η προσέγγιση της κουλτούρας ως μικροαλληλεπίδρασης θα συναντά την έννοια της διυποκειμενικότητας αφού και τα δυο εμπλέκονται με τις σημασιολογικές δομές και τις ερμηνευτικές διαδικασίες μέσα από τις οποίες τα υποκείμενα κατανοούν το ένα το άλλο ειδικά στη σχιζοφρένεια όπου αυτές οι αλληλεπιδράσεις είναι ιδιαίτερα επιφορτισμένες για τους ίδιους τους πάσχοντες όσο και για τα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος. Αντλεί λοιπόν από κοινωνικούς επιστήμονες όπως τον Sapir (1924) οι οποίοι

αντλαμβάνονται την πολιτισμική εμπειρία με επίκεντρο την αλληλεπίδραση και τη νοσηματοδότηση και ψυχιάτρους όπως ο Sullivan (1962) ο οποίος κατανοούν τη σχιζοφρένεια με βάση τις καθημερινές λεπτομέρειες της βιωμένης εμπειρίας.

Η μετατόπιση του θεωρητικού βάρους στις έννοιες της υποκειμενικότητας και της βιωμένης εμπειρίας ουσιαστικά έλαβε χώρα στην ανθρωπολογία σε μια εποχή που η συμβατική ψυχιατρική και η ψυχολογία άρχισαν να τις αγνοούν και να επικεντρώνονται σε βιολογικά και γνωστικά θεωρητικά μοντέλα. Το παθογόνο/παθοπλαστικό μοντέλο (pathogenic/pathoplastic model) αποτέλεσε ένα συμβατικό πλαίσιο κατανόησης της σχέσης του κοινωνικού και ψυχικής διαταραχής σύμφωνα με το οποίο τα συμπτώματα παραμένουν σταθερά στη μορφή αλλά διαφοροποιούνται ως προς το περιεχόμενο ανάλογα με την κοινωνική (πολιτισμική) προέλευση. Ο Kleinman (1988) καταρχήν όπως και άλλοι (Jenkins, Barrett, Corin) εντόπισαν το δυαδικό σχήμα μορφή/περιεχόμενο και διαπίστωσαν το περιοριστικό εύρος του. Στα εναλλακτικά μοντέλα που προτάθηκαν στη συνέχεια οι κοινωνικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο ως ερμηνευτικά πλαίσια στη μορφοποίηση της παθολογικής εμπειρίας και επιτρέπουν στο πάσχοντα να οικοδομήσει μια διυποκειμενική κατανόηση της κατάστασης του μαζί με τους άλλους. Από την άλλη πλευρά, κάποιοι άλλοι μπορούν να αντλούν από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον τους για να αποκρύψουν ή να συσκοτίσουν εμπειρίες από τους ίδιους και τους άλλους, δημιουργώντας ένα εμπόδιο στην κατανόηση το οποίο στη συνέχεια δημιουργεί κοινωνική απόσταση και αποξένωση (Jenkins and Barrett, 2004: 6).

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η κοινωνικοοικονομική εμπειρία φαίνεται να είναι καθοριστική σε όλα τα επίπεδα του βιώματος της σχιζοφρένειας: στην αναγνώριση, στον ορισμό και στη νοσηματοδότηση του στις προδρομικές, οξείες και μόνιμες φάσεις του, στο χρόνο και τον τρόπο της έναρξης των ψυχωσικών επεισοδίων, στη διαμόρφωση των συμπτωμάτων ως προς τη μορφή και το περιεχόμενο, στην πρόσληψη της θεραπείας και στην αναζήτηση της. Θεωρούμε ότι η εισαγωγή της έννοιας της υποκειμενικότητας ως στρατηγικής ύπαρξης στον κόσμο και ως πεδίο και μέσο άσκησης ποικίλων εξουσιών βοηθά στην κατανόηση του περάσματος από το κοινωνικό στο ψυχικό και το αντίστροφο.

Θραυματοποιημένες μέσα σε πολιτικές, τεχνολογικές, μιντιακές, ψυχολογικές και γλωσσολογικές διαχειρίσεις (Foucault, 1982), οι διαδικασίες της εσωτερικής ζωής απορροφούν τη βία και τους αποκλεισμούς της καθημερινότητας. Εδώ η έννοια της δομικής βίας (structural violence) (Galtung, 1969) μπορεί να μας βοηθήσει ως αναλυτική κατηγορία στην ερμηνεία των βιογραφιών των πασχόντων και αφορά στις μορφές βίας που ασκούν κοινωνικοί θεσμοί και δομές εμποδίζοντας συγκεκριμένα άτομα να ικανοποιήσουν τις βασικές ανάγκες τους. Ο θεσμοθετημένος ελιτισμός, σεξισμός, ρατσισμός, εθνοκεντρισμός, ταξισμός, εθνικισμός είναι κάποια παραδείγματα δομικής βίας που υπογράμμισε ο Galtung. Στις υπηρεσίες υγείας, για παράδειγμα, στις οποίες ο Farmer (1999, 2003) ανέλυσε τις μορφές δομικής βίας, η βία παραβλέπεται και γίνεται αντιληπτή από το ιατρικό προσωπικό ως βιολογική τρωτότητα παρά ως κοινωνική.

Αναλύοντας λοιπόν μέσα από μια εθνογραφική και συγκριτική προοπτική τα ιστορικά ζωής ατόμων που έχουν διαγνωσθεί ως ψυχωσικά, ερχόμαστε αντιμέτωποι με συγκεκριμένους αστερισμούς γεγονότων μέσα στους οποίους τα υποκείμενα σφυρηλατούν και διαπραγματεύονται την ασθένεια και τη ζωή τους. Θεωρούμε ότι η αφηγηματοποίηση της εμπειρίας όπως και η ακρόαση της είναι μια ενεργητική διαδικασία κατασκευής νοήματος κι όχι μια παθητική καταγραφή γεγονότων ζωής. «Η δομή των βιογραφικών αφηγήσεων ουσιαστικά προϋπάρχει του περιεχομένου τους» γράφει ο A.Young (1995) και «μπορούμε να διαβάσουμε σε αυτές τις εντυπώσεις των θεσμοθετημένων ιδεολογιών και πρακτικών». Ωστόσο, η αφήγηση κατασκευάζεται αλλά και η αφήγηση κατασκευάζει (εμπειρία) (Mattingly and Garro, 2000:16). Μέσα σε αυτήν τα υποκείμενα διαπλέκουν το ατομικό με το κοινωνικό δράμα και δίνουν μορφή στην εμπειρία τους και στην υποκειμενικότητά τους.

Η συγκριτική ανάλυση των αφηγήσεων της ψύχωσης σε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια (δημόσιο ψυχιατρείο, ιδιωτικό ιατρείο, ομάδες και συλλόγους αυτοβοήθειας) και των αφηγήσεων των θεραπευτών, όπως αυτή σχεδιάστηκε στο ερευνητικό έργο InMeD με Κύρια Ερευνήτρια την Αναστασία Ζήση, μπορεί να αναδείξει τις διαφορετικές εμπειρίες που κατασκευάζονται σε κάθε πλαίσιο καθώς και την αξιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων σε κάθε περίπτωση. Στην περίπτωση της ψύχωσης αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον να εξετάσουμε πως το

υποκείμενο οργανώνει μέσα από κοινωνικά και πολιτισμικά σημαίνοντα την εμπειρία της παθολογίας η οποία θεωρείται κατακερματισμένη, εκτός ελέγχου και επικοινωνιακών τεχνικών. Μας ενδιαφέρει λοιπόν να προσέξουμε τους τρόπους με τους οποίους το «ψυχωσικό» υποκείμενο δανείζεται, μετατοπίζει, μεταμορφώνει και μεταποιεί τελικά τα κοινωνικά σύμβολα σε μια προσπάθεια να ονοματίσει και να καθυποτάξει τον ακατανόητο εαυτό του και την εμπειρία του. Κατά πόσο η κοινωνική δυστυχία με τις τρέχουσες συνδηλώσεις της στο συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο αποτελεί ένα τέτοιο σημαίνον το οποίο χρησιμοποιείται και χρησιμεύει κατά περίπτωση; Στη σχιζοφρένεια υποστηρίζει η Corin (2007:276-277) μια τέτοια αναζήτηση μπορεί να φωτίσει τα όρια των λέξεων και της αφήγησης και να ξεσκεπάσει το αναπόφευκτο κενό ανάμεσα στην «πραγματικότητα», την εμπειρία και την λεκτικοποίηση της. Και σημειώνει «θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί (ως ερευνητές) στο τι έρχεται στην επιφάνεια στην άκρη της γλώσσας και του νοήματος, να ακούσουμε τις σιωπές και τις εκφράσεις που ξεπερνούν τη γλωσσική εκφορά και λέγονται με σωματοποιημένους τρόπους». Η καταγραφή ενσώματων τρόπων έκφρασης κατά το χρόνο των αφηγήσεων θεωρούμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική στην αξιοποίηση και ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων.

Η ιατρική αφήγηση και οι αφηγήσεις ασθένειας

Ο ιατρικός λόγος και η διαμορφωτική του δύναμη προκάλεσαν δυο μεγάλα ρεύματα μελετών από τη δεκαετία του 1960 και μετά. Το ένα, μικροαναλυτικό, προέρχεται από τις Ηνωμένες Πολιτείες (Strauss et al.,1964; Scheflen, 1973) και την κοινωνιολογία και επικεντρώνεται στη μετωπική επικοινωνία γιατρών και ασθενών η οποία προσεγγίζεται μεθοδολογικά μέσα από την ανάλυση συνομιλίας. Το δεύτερο, μακροαναλυτικό εμπνέεται και βασίζεται στο έργο του Φουκώ (1963, 1978) και ασχολείται κυρίως με τη μελέτη της θεραπείας και της εμπειρίας της ασθένειας ως ιστορικό γεγονός και με τους τρόπους με τους οποίους η ιατρική γνώση/εξουσία ορίζει το αντιληπτό και το εκφωνήσιμο της ασθένειας.

Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας πάνω στην λεκτική οικοδόμηση του ιατρικού λόγου εξαντλείται στην αλληλεπίδραση γιατρών/ασθενών μέσα σε ιατρικές δομές και σε έμμεσες ή άμεσες προτάσεις βελτίωσης της επικοινωνίας τους

μέσα από βιοιατρικά μοντέλα κατανόησης της όπως «αρρωστοκεντρικά» (“patient-centered”) ή «βιοψυχοκοινωνικά» (Kuipers, 1989). Εδώ υποβαθμίζεται το νοηματικό φορτίο του θεσμοθετημένου πλαισίου διάγνωσης και θεραπείας, της αλληλεπίδρασης του θεραπευτικού προσωπικού, της ιατρικής ιδεολογίας που δρομολογείται μέσα από ποικίλες εκπαιδευτικές διαδικασίες (ιατρικές σχολές, απόκτηση ειδίκευσης και επιστημονικά συνέδρια) (Good, 1994) και οι διαχειρίσεις της πολιτισμικής διαφοράς ανάμεσα σε θεραπευτές και ασθενείς με ανόμοια κοινωνική, πολιτισμική και θρησκευτική εμπειρία.

Η κατανόηση της ιατρικής και κατ’ επέκταση της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας ως σημασιοδοτικής διαδικασίας δηλαδή ως λόγου και τελετουργίας η οποία δίνει φωνή, μορφή και όνομα στη διαταραχή παραβλέπει την ουσιοκρατική θεώρηση του ιατρικού. Ο ιατρικός λόγος λοιπόν έχει «αποτέλεσμα» ως συμβολικό σύστημα αφηγηματοποίησης του ψυχικού πόνου (Lévi-Strauss, 1963) αλλά και ως μηχανισμός δημιουργίας και διατήρησης ηγεμονικών ομάδων «ειδικών» (MacDonald, 2002). Αυτό την εξισώνει ως θεραπευτικό σύστημα με μια ποικιλία σχημάτων που κατά καιρούς προσδιορίζονται ως ανεπίσημα, εναλλακτικά, παράλληλα, παραδοσιακά, θρησκευτικά, μη δυτικά και μπαινοβγαίνουν στη θεραπευτική αρένα ιδιαίτερα μετά τη δεκαετία του 1990 όταν η ζήτηση του ψυχικού ευ-ζην διευρύνθηκε (Ehrenberg, 1998) και νέες «τεχνολογίες του ψυχισμού» (Rose, 1998) θεσμοθετήθηκαν. Ωστόσο, η ψυχιατρική νομιμοποιείται μέσα από γλωσσολογικές μεταρρυθμίσεις επινοώντας νέες ψυχικές ασθένειες και επιστημονικούς λόγους οι οποίοι ως μετακείμενα υποστηρίζουν τις νέες διαγνώσεις. Οι νέες διαγνώσεις δομούν το εννοιολογικό πεδίο της ψυχιατρικής οντολογίας και αναδεικνύουν τις κλινικές κατηγορίες ως φυσικές.

Η ετερογλωσσία των ποικίλων θεραπευτικών πλαισίων δημιουργεί πολυφωνία αφηγήσεων ασθένειας οι οποίες, στην προσπάθεια ασθενών και θεραπευτών να επικοινωνήσουν, φαίνεται να προσαρμόζονται στον κυρίαρχο εξουσιαστικό λόγο της κάθε συνθήκης (Estroff 1995, Kirmayer 2000). Έτσι, οι αφηγήσεις ασθένειας αποτυπώσουν διαφορετικά στρώματα θεραπευτικών λόγων και με κανένα τρόπο αφηγητές και αφηγήσεις δεν συνιστούν μια μονοδιάστατη και ομόκεντρη υποκειμενική δράση (Wilce, 2009). Κι ενώ γενικά οι αφηγήσεις των

ασθενών εξαφανίζονται από τα ιατρικά και θεσμοθετημένα θεραπευτικά πλαίσια (Radley et al. 2008) και ιστορίες που ενσωματώνουν αντιλήψεις για τη μαγεία για παράδειγμα αποκρύπτονται τόσο από τους ασθενείς όσο και από την οικογένεια τους (Wilce, 2004. Peglidou, 2010), έξω από το επίσημο ιατρικό περίγραμμα η παραγωγή και η κοινωνική απήχηση τους πολλαπλασιάζεται (σχετικά με τη μεγάλη κυκλοφορία και τις συνέπειες της ιστοριών ασθενών του AIDS βλ. Farmer, 2004). Ένα τέτοιο παράδειγμα στο ελληνικό πλαίσιο αποτελεί το «*Βγαίνοντας από τα ψυχοφάρμακα. Εμπειρίες επιτυχημένης διακοπής νευροληπτικών, αντικαταθλιπτικών, λιθίου και άλλων ρυθμιστικών της διάθεσης, Ritalin και αγχολυτικών*» (2008).

Η κυρίαρχη ιδεολογία στο πεδίο της ψυχοθεραπείας και πολύ περισσότερο της ψυχιατρικής αναπαριστά τους ασθενείς/πελάτες ως ολότητες που υφίστανται ανεξάρτητα από τη διαμορφωτική δύναμη του (θεραπευτικού) λόγου. Ωστόσο, μέσα από την φουκωική προσέγγιση, η θεραπευτική συνθήκη παράγει υπο-κείμενα στον κυρίαρχο λόγο και συνεπώς δεν υπάρχει αυθεντικός εαυτός ή τουλάχιστον δεν είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί. Οι ιστορίες ασθένειας λοιπόν μορφοποιούνται μέσα σε διαφορετικά θεραπευτικά συμφραζόμενα και το βίωμα της κοινωνικής εμπειρίας διαθλάται, αναβαθμίζεται ή υποβαθμίζεται, αναφαίνεται ή καταπνίγεται. Όπως καταλήγει η Velpry (2008:255) στην έρευνα της σε «ψυχωσικούς» ασθενείς σε μια ανοιχτή ψυχιατρική δομή στη Γαλλία, η σκοπιά του ασθενούς δεν είναι ένα σταθερό και ανεξάρτητο δεδομένο το οποίο παραμένει ανενεργό μέχρι να έρθει η κατάλληλη στιγμή για να εκφωνηθεί αλλά είναι ενδιαφέρον να το εξετάζουμε κάθε φορά μέσα στις διαδικασίες κατασκευής του που υλοποιούνται σένα συγκεκριμένο χωροχρόνο.

Βιβλιογραφία

Atkinson W., Roberts S., Savage M., (2013). *Class inequality in austerity Britain, Power, difference and suffering*. London: Palgrave Macmillan.

Barrett R., (1996). *The psychiatric Team and the social definition of schizophrenia, An anthropological study of person and illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barrett R., (1998). The 'schizophrenic' and the liminal persona in modern society. *Culture, Medicine and Psychiatry* 22: 465-494.

Biehl J., Good B., and Kleinman A., (2007). *Subjectivity: ethnographic investigations*. Berkley: University of California Press.

Blue A., (1993). "Greek Psychiatry's Transition from the Hospital to the Community." *Medical Anthropology Quarterly* 7, 3: 301-18.

Bourdieu P., Passeron J.-P. (1970). *La reproduction, Eléments pour une théorie du système de l'enseignement*. Paris : Editions de Minuit.

Bourdieu P., 2002 (1979), *Η διάκριση, Κοινωνική Κριτική της καλαισθητικής κρίσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Castel R., (1981). *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Editions de Minuit.

Clifford J. και Marcus G. (eds) (1986), *Writing Culture: the poetics and politics of ethnography*, Berkley: University of California Press.

Cohen C., (1993). Poverty and the course of schizophrenia: implications for research and policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(10): 951-8.

Corin E., (1990). Facts and meanings in Psychiatry: an anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, 153-88.

Corin E., (1998). The thickness of being : intentional worlds, strategies of identity and experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 61, 133-46.

Corin, E. (2007). The "other" of culture in psychosis. In Biehl et al. *Subjectivity: ethnographic investigations*. Berkley: California University Press, 273-314.

Corin E., Lauzon G., (1994). From symptom to phenomena: the articulation of experience in schizophrenia. *Journal of Phenomenological Psychology*, 25, 3-50.

Csordas T. et al, (2010). Ways of asking, ways of telling, a methodological comparison of ethnographic and research diagnostic interviews. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34, 29-55.

Davis, E., (2010). The antisocial profile: deception and intimacy in Greek psychiatry”, *Cultural Anthropology*, 25 (1), 130-164.

Davis E., (2014). The problem of culture : ‘Tradition’ and ‘Reform’ in Greek Psychiatry στο C. Stewart (ed), *Colonizing the Greek Mind: The reception of Western Psychotherapeutics in Greece*. Athens: DERE, The American College of Greece, σς. 89-111.

Ehrenberg, A. 1998. *La fatigue d’être soi : dépression et société*. Paris: Odile Jacob.

Estroff, S. 1995. Whose story is it anyway? Authority, voice and responsibility in narratives of chronic illness. In S. Toombs, D. Barnard, R. Carson (eds), *Chronic Illness: from experience to policy*. Bloomington: Indiana University Press.

Fabrega, H., (1989). On the significance of an anthropological approach to schizophrenia. *Psychiatry*, 52, 45-65.

Farmer, P. (1994). AIDS-talk and the constitution of cultural models. *Social Sciences and Medicine*, 38, 801-9.

Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities. The modern Plagues*. Berkley: University of California Press.

Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: health, human rights and the new war on the poor*. Berkley: University of California Press.

Fischer, M. (2003). *Emergent forms of life and the anthropological voice*. Durham: Duke University Press.

Foucault M. (2012)(1963). *Η γέννηση της κλινικής*. Αθήνα: Νήσος.

(2011)(1978). *Ιστορία της σεξουαλικότητας Ι. Η βούληση για γνώση*. Αθήνα: Πλέθρον.

(1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795.

Fox, J., (1990). Social class, mental illness and social mobility: the social selection-drift hypothesis for serious mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 344-53.

Galtung, J. (1969). Violence, Peace and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6 (3), 167-191.

Good B., 1994. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Good B., Subandui, Delvecchio Good M.-J., 2007. The subject of Mental Illness, Psychosis, Mad Violence and Subjectivity in Indonesia στο J. Biehl, B. Good and A. Kleinman, *Subjectivity*. Berkley: University of California Press, σσ. 243-72

Harland R., Morgan C., Hutchinson G., 2004. Phenomenology, Science and the Anthropology of the Self: a new model for the aetiology of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 185, 361-362.

Jenkins J., Barrett R., (2004). *Schizophrenia, culture and subjectivity, The edge of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kleinman, A.(1988). *The Illness narratives*. New York: New Books.

Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.

Kleinman, A., Das V., Lock M.,1997. *Social suffering*. Berkeley: University of California Press

Kleinman, A. (2004). Preface in J. Jenkins, R. Barrett. *Schizophrenia, culture and subjectivity, The edge of experience*. Cambridge: Cambridge University Press, xv-xix.

Koblinsky M., Timyan J., Gay J. (eds), 1993. *The Health of Women: a global perspective*, Boulder: West View Press.

Λέμαν Π. και Εμμανουηλίδου Α.(επιμ.) (2008), *Βγαίνοντας από τα ψυχοφάρμακα. Εμπειρίες επιτυχημένης διακοπής νευροληπτικών, αντικαταθλιπτικών, λιθίου και άλλων ρυθμιστικών της διάθεσης, Ritalin και αγχολυτικών*, Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Levi-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique in *Anthropologie Structurale I*. Paris: Plon.

Kuipers J., 1989. "Medical discourse" in anthropological context: views of language and power. *Medical Anthropological Quarterly*, 3, 99-123.

MacDonald, M. 2002. Pedagogy, pathology and ideology: the production, transmission and reproduction of medical discourse. *Discourse and Society*, 13: 447-67.

Mallett R., Leff J., Bhugra D. et al. (2002). Social Environment, ethnicity and schizophrenia- a case control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 329-335.

Mattingly C., Garro L. (2000). *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. California: University of California Press.

Masquelet, A.-C. (ed) (2010). *Soin and Subjectivité*. Paris: PUF.

McKenzie K., Whitley R., Weich S. (2002). Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 181, 280-283.

Obeyesekere, G. (1990). *The Work of Culture: symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. Chicago: Chicago University Press.

Pandolfo, S.(2000). The thin line of modernity: some Moroccan debates on subjectivity. In T. Mitchell (ed). *Questions of Modernity*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Parish, S. (2008). *Subjectivity and Suffering in American Culture, Possible selves*. London: Palgrave Macmillan.

Peglidou, A. (2010). Therapeutic itineraries of “depressed” women in Greece: power relationships and agency in therapeutic pluralism. *Anthropology and Medicine*, 17, 41-57.

Radley A., Mayberry J., Pearce M. (2008). Time, space and opportunity in the outpatient consultation: “the doctor’s story”. *Social Sciences and Medicine*, 66, 1484-96.

Rose, N. 1998. *Inventing our Selves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sapir, E. (1924). Culture, Genuine and Spurious. *American Journal of Sociology*, 29, 401-29.

Saris, A. (1995). Telling stories: life histories, illness narratives and institutional landscapes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19, 39-72.

Saussy, H. (ed) (2010). *Partner to the poor: A Paul Farmer reader*. Berkeley: University of California Press.

Schefflen, A. 1973. *Communicational Structure: analysis of a psychotherapy transaction*. Bloomington: Indiana Univ. Press.

Smith, R. (1984). Anthropology and the concept of social class. *Annual Review of Anthropology*, 13, 467-494.

Strauss A., Schatzman L., Bucher R., Ehrlich D., Sabshin M., (1964). *Psychiatric ideologies and institutions*. Glencoe: Free Press of Glencoe.

Sullivan, H. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: The Norton Library.

Troisoeufs, A. (2009). La personne intermédiaire. Hôpital psychiatrique et groupe d'entraide mutuelle. *Terrain*, 52, 96-111.

Van Os, J. (2004). Does the urban environment cause psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 184,287-288.

Velpry, L. (2008). The patient's view: issues of theory and practice. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32, 238-258.

Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris : Armand Colin.

Young, A. (1995). *The harmony of Illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press.

Wilce, J. (2004). Madness, fear and control in Bangladesh: clashing bodies of power/knowledge. *Medical Anthropology Quarterly*, 18: 357-75.

Wilce, J. (2009). *Medical Discourse. Annual Review of Anthropology*, 38, 199-215.

Young, A., 2008. A time to change our minds: Anthropology and psychiatry in the 21th century. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32, 298-300.

*Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια στο ερευνητικό έργο «Ανισότητες και ψυχική καταπόνηση: κοινωνικές συνθήκες, δρώντες και ιδεολογίες των επαγγελματιών στη σύγχρονη Ελλάδα» με επιστημονική υπεύθυνη την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Αναστασία Ζήση το οποίο υλοποιείται στο πλαίσιο της Οριζόντιας Πράξης «ΑΡΙΣΤΕΙΑ» του Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π.) «Εκπαίδευση & Δια Βίου Μάθηση» και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και Εθνικούς Πόρους



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης