

Το στίγμα στην ΨΥ:

Ένα ζήτημα Δημόσιας Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το στίγμα στην Ψυχική Υγεία εντάσσεται αποκλειστικά στο πλαίσιο των κοινωνικών συνθηκών και των πολιτικών για το πεδίο ενώ δεν συνδέεται με τις Ψυχικές Διαταραχές καθ' εαυτές.

Ο στιγματισμός έχει συγκεκριμένη ιστορική διαδρομή και μορφές που ακολουθούν αντίστοιχα την εξέλιξη του ευρύτερου πλέγματος των αντιλήψεων για τη φύση και τα αίτια των ΨΔ καθώς και τις εφαρμοζόμενες πολιτικές για την Ψυχική Υγεία.

Ο στιγματισμός αξιοποιείται πολλαπλά ως μηχανισμός

- ελέγχου των πασχόντων
- διατήρησης των αιτίων που προκαλούν ΨΔ και επιδείνωσής τους
- συσκότισης της ανεπάρκειας των ασκούμενων πολιτικών για την Ψυχική Υγεία
- αξιοποίησης των ΨΔ για την αναπαραγωγή της κυρίαρχης ιδεολογίας σχετικά με τη διαφορετικότητα και την εν τέλει διατήρηση της κρατούσας κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής τάξης.

Η σύγχρονη προσέγγιση του στίγματος συνίσταται στην αναγνώρισή του ως ζητήματος Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων με αιχμή την επίκληση των αρχών της ανεκτικότητας και της ισονομίας. Με την αντίληψη αυτή εισάγεται εμμέσως και γίνεται επί της αρχής αποδεκτό πλαίσιο διάκρισης μεταξύ ψυχικά «ασθενών» και «υγείων» ενώ δεν υπάρχει ακόμη αντικειμενικός και κοινά αποδεκτός επιστημονικός ορισμός της ψυχικής ασθένειας πέρα από τις εμπειρικές κλινικές περιγραφές των επιμέρους ΨΔ. Είναι χαρακτηριστικές οι έντονες επιστημονικές διχογνωμίες ακόμη και στο στοιχειώδες επίπεδο της ταξινόμησης των ΨΔ.

Παρά την ισχυρή αυτή διάσταση, το στίγμα **αποτελεί κύρια ζήτημα Δημόσιας Υγείας** που καταλήγει στη συνολική λειτουργία του πολιτικού / οικονομικού συστήματος: αν κάτι εμποδίζει την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας τότε προσβάλλονται στοιχεία του πυρήνα του κράτους όπως αυτό περιγράφεται και νομιμοποιείται στις σύγχρονες αντιλήψεις για την αποδοχή και λειτουργία του.

Η αποτελεσματική καταπολέμηση και εξάλειψη του στιγματισμού μπορεί να προέλθει μόνο από την αναθεώρηση των αντιλήψεων για τις ΨΔ, των σχετικών πρακτικών αποκατάστασης και της διαμόρφωσης μιας σύγχρονης στρατηγικής προσέγγισης του πεδίου της Ψυχικής Υγείας. Το έργο αυτό δεν αντιστοιχεί σε άτομα ή μεμονωμένους φορείς. Η παρούσα δήλωση καταλήγει σε ένα κατάλογο 10 προτάσεων αντιμετώπισης του ζητήματος.

ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΑ

I. ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

- A. ΟΡΙΣΜΟΙ
- B. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
- Γ. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ή ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ?

II. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

- A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- B. ΕΙΔΗ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ
- Γ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ
- Δ. ΓΙΑΤΙ ΚΑΙ ΠΟΙΟ ΣΤΙΓΜΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ
- Ε. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΗΜΕΡΑ
- ΣΤ. ΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΟΥΜΕ ΝΑ ΔΩΣΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
- ΣΤ. ΕΠΙΛΟΓΟΣ – Τι να κάνουμε?

I . ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

A. ΟΡΙΣΜΟΙ

«*Αρχή παιδείσεως ή τών όνομάτων επίσκεψις*» (Αντισθένης)

1. Ο ορισμός της έννοιας «Ψυχική Υγεία» έχει αποδειχθεί πολύ δύσκολη υπόθεση. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ως Ψυχική Υγεία ορίζεται "η κατάσταση ευεξίας όπου κάθε άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα (κανονικά, φυσιολογικά, συνήθη) προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον και όχι απλά η απουσία ενός προβλήματος ή μιας «διαταραχής». Αναλυτικότερα: «Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community. (...) Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." An important implication of this definition is that mental health is more than just the absence of mental disorders or disabilities. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Η αντίστοιχη προσπάθεια της American Psychiatric Association (APA) έχει καταλήξει στις ακόλουθες διατυπώσεις:

Οι ψυχικές ασθένειες είναι καταστάσεις υγείας που αναφέρονται σε αλλαγές διάθεσης, σκέψης ή συμπεριφοράς (ή συνδυασμού τους). Οι ψυχικές ασθένειες συνδέονται με αγωνία ή λειτουργικά προβλήματα στις κοινωνικές, εργασιακές ή οικογενειακές δραστηριότητες.

Η Ψυχική Υγεία περιλαμβάνει την αποτελεσματική λειτουργικότητα

- Στις παραγωγικές δραστηριότητες (εργασία, σχολείο, παροχή φροντίδας)
- Στις υγιείς σχέσεις
- Στην ικανότητα προσαρμογής στις αλλαγές και αντιμετώπισης αντιξοοτήτων

Η ψυχική ασθένεια αναφέρεται συνολικά σε όλες τις διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές – καταστάσεις υγείας που περιλαμβάνουν

- Σημαντικές αλλαγές διάθεσης, σκέψης ή/και συμπεριφοράς
- Αγωνία ή/και λειτουργικά προβλήματα στις κοινωνικές, εργασιακές ή οικογενειακές δραστηριότητες <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

(οι υπογραμμίσεις δικές μας)

2. Καθώς προσπαθούμε να ορίσουμε τις έννοιες της ΨΥ, των ΨΔ και στη συνέχεια του στίγματος όχι ως προς τις φιλοσοφικές, επιστημολογικές ή ιστορικές διαστάσεις τους το σημείο επικέντρωσης είναι η κλινική τους διάσταση και χαρακτηριστικά. Σε αυτό θα μας βοηθήσει μια συγκριτική προσέγγιση με την τυχαία παράθεση του ορισμού του καρκίνου: «Με τον όρο «καρκίνος ή (κακοήθεις νεοπλασίες) περιγράφεται «μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης.»

(Cancer: A term for diseases in which abnormal cells divide without control and can invade nearby tissues.)

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/cancer>

Επιλέγοντας από τους ορισμούς τα ποιοτικά στοιχεία τους μπορούμε να τους εξετάσουμε ως προς την επιστημονική τους ακρίβεια και ακεραιότητα με κριτήρια (1) την κλινικά αποδεδειγμένη βλαπτικότητα και (2) την πειραματικά αποδεδειγμένη μετρησιμότητα των στοιχείων αυτών:

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΡΑΧΕΣ	Βλαπτικότητα	Μετρησιμότητα	ΚΑΡΚΙΝΟΣ	Βλαπτικότητα	Μετρησιμότητα
Σημαντικές αλλαγές στον τρόπο σκέψης, συναισθησης ή / και συμπεριφοράς	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Υπερβολική ανάπτυξη κυττάρων	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Αγωνία ή / και προβλήματα	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Χωρίς προγραμματισμό	ΝΑΙ	ΝΑΙ
που επηρεάζουν τις κοινωνικές, εργασιακές ή οικογενειακές δραστηριότητες	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Φυσιολογικός προγραμματισμός	ΟΧΙ	ΝΑΙ
			Ικανότητα διεύθυνσης / επέκτασης καρκινικών κυττάρων σε παρακείμενους ιστούς	ΝΑΙ	ΝΑΙ

Αλλά πέρα από την παραπάνω συγκριτική εξέταση, όλοι οι παράγοντες / όροι / χαρακτηριστικά ακόμη και τα συνδετικά που υποχρεωτικά χρησιμοποιούνται για να αρθρωθούν οι ορισμοί τόσο της Ψυχικής Υγείας όσο και της Ψυχικής Ασθένειας / Διαταραχής είναι απόλυτα υποκειμενικοί και σχετικοί:

- **σημαντικές αλλαγές στον τρόπο σκέψης, συναισθησης ή / και συμπεριφοράς:** Επιλογή του μοναστικού βίου ή διαζύγιο?
- **με επιτυχία:** συμπερίληψη στον ετήσιο κατάλογο του Forbs ή κηδεία από φυσικό θάνατο χωρίς πόνο στον ύπνο του στην ηλικία των 95 χρόνων όπου παραβρίσκονται 14 δισεγγωνα και όλο το χωριό?
- **κανονικά (φυσιολογικά, συνήθη) προβλήματα της ζωής:** εξασφάλιση νερού σε παρατεταμένη ξηρασία στην υποσαχάρια Αφρική ή συμμόρφωση προς τις επιταγές της μόδας?
- **εργαστεί παραγωγικά:** σύμφωνα με τις νόρμες παραγωγικότητας της εταιρείας ή σύμφωνα με την ανταπόκριση σε ένα καταναλωτικό πρότυπο που το άτομο επιλέγει?
- **συνεισφέρει στην κοινότητά του:** ενεργοποιώντας ένα εκρηκτικό μηχανισμό ως μέλος του IRA ή συμβάλλοντας στον έρανο του Ερυθρού Σταυρού?
- **συμμετέχει φυσιολογικά, ενεργά:** ως ηγετική φυσιογνωμία των νόμιμων σωματείων Θύρα 13 (...7, originals) η ψηφίζοντας κάθε τέσσερα χρόνια?



- **υγιείς σχέσεις:** αποσιώπηση ενδοοικογενειακής βίας / αιμομικτικού βιασμού ή διαπαιδαγώγηση μέσω του παραδείγματος?
- **ικανότητα προσαρμογής:** περιορισμός του βιοτικού επιπέδου στα επίπεδα του επιδόματος ανεργίας ή υποσκάπτοντας συναδέλφους στο εργασιακό περιβάλλον?
- **ικανότητα αντιμετώπισης των αντιξοοτήτων της ζωής:** νομικά κατοχυρωμένη υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή αυτοκτονία για το σταμάτημα βασανιστηρίων?
- **η/και:** διαζευκτικά ή κατ' ανάγκη αθροιστικά?

Κορυφαία βέβαια παραμένει η συμπληρωματική διατύπωση «Υγεία ορίζεταικαι όχι απλά η απουσία ενός προβλήματος ή μιας διαταραχής». Αν σύμφωνα με μια πρώτη ανάγνωση φαίνεται να οδηγεί σε ένα «ολιστικό» ορισμό της Υγείας, η κυριολεκτική πρόσληψη της διατύπωσης επιτρέπει το συμπέρασμα ότι **ακόμη και αν δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα ή διαταραχή, ένα άτομο δεν χαρακτηρίζεται κατ' ανάγκη υγιές αν δεν καλύπτει τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις.**

Από την επιφανειακή συγκριτική αυτή προσέγγιση γίνεται φανερό ότι οι επίσημες προσπάθειες ορισμών ΨΥ και ΨΔ

- Πάσχουν από έντονη υποκειμενικότητα καθώς τα χρησιμοποιούμενα χαρακτηριστικά τους διαθέτουν μικρή έως καθόλου επιστημονική τεκμηρίωση
- Είναι ευάλωτοι σε προκαταλήψεις ή μεροληπτικότητα
- Βασίζονται καθοριστικά και αναπαράγουν γενικότερες εγκατεστημένες ιδέες παρά το γεγονός της δεδομένης μεταβλητότητας των ιδεών ανάλογα με την ιστορική συγκυρία ή την ανανεούμενη επιστημονική παρατήρηση.

Σχετικά με το τελευταίο σημείο οφείλουμε να είμαστε επιεικείς ως προς τη διαδικασία εξέλιξης της επιστημονικής έρευνας και την ευστάθεια των θεωρητικών υποθέσεων. Αρκεί να θυμόμαστε ότι απέχει μόλις εκατό χρόνια η κατάρριψη της ύπαρξης ή καλλίτερα της αναγκαιότητας της έννοιας του «αιθέρα» για την ερμηνεία σειράς φυσικών φαινομένων και της εγκυρότητας των μέχρι τότε διατυπωμένων φυσικών νόμων. Η κατάρριψη, ή η άλλη ανάγνωση, όμως αυτή ήταν αρκετή και μάλλον απαραίτητη, για την ανάπτυξη της Ειδικής Θεωρίας της Σχετικότητας που άνοιξε το δρόμο για την Τρίτη Βιομηχανική Επανάσταση. **Υπό το πρίσμα αυτό, για την αδυναμία ακριβούς και αποτελεσματικού ορισμού η επιστημονική έρευνα ευθύνεται σε κατά πολύ μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τους δύο πρώτους από τους τρεις παράγοντες.**

Σημειώσεις:

α) Η επιλογή των δύο παραπάνω ορισμών έγινε με μοναδικό κριτήριο τον εξέχοντα επίσημο χαρακτήρα τους με βάση τις οντότητες που τους έχουν επεξεργαστεί και εκπονήσει. Και άλλοι ηπιότεροι όμως, όπως οι ακόλουθοι, πάσχουν από τα ίδια ακριβώς ελαττώματα αλλά και άλλα όπως της ταυτολογίας:

- Η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη.
- Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχικά ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου.





β) Η ανάλυση των κυρίαρχων ορισμών έγινε για να καταδειχθεί ότι προσεγγίζοντας την Ψυχική Υγεία ερχόμαστε σε επαφή με ιδιαίτερα εκτεταμένα επιχειρηματικά, επαγγελματικά, δικαιικά ή εκπαιδευτικά πεδία που όμως αναπτύσσονται σε ένα εξαιρετικά αμφιλεγόμενο επιστημονικό πλαίσιο. Αυτό αποδεικνύεται περίτρανα από την έντονη διαμάχη στους κόλπους των επαγγελματιών ΨΥ για την **περιγραφή και ταξινόμηση των ΨΔ**, που είναι απόλυτα απαραίτητη για

- τη διαμόρφωση γενικών μοντέλων ερμηνείας και παρέμβασης,
- ανάπτυξη θεραπευτικών πρωτοκόλλων,
- παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων,
- εκπόνηση κρατικών πολιτικών και
- διαμόρφωση συμπεριφορών του γενικού κοινού.

B. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Δεν αντιστοιχεί στους στόχους του κειμένου η εμπλοκή στη ουσία των επιστημονικών διχογνωμιών σχετικά με το ζήτημα της ταξινόμησης. Οι αναφορές σε αυτές θα χρησιμοποιηθούν για την άντληση επιχειρημάτων και την τελική απόδειξη του παραπάνω ισχυρισμού περί ασαφούς και αντικρουόμενου επιστημονικού πλαισίου που ξεκινώντας από την αδυναμία ορισμών, φανερώνει την ατελή ακόμη επιστημονική τεκμηρίωση των ψυχικών διεργασιών και καταλήγει σε ένα απόλυτα εμπειρικό, και σαν τέτοιο απόλυτα υποκειμενικό, πλαίσιο προσέγγισης.

Επί σειρά ετών, με αρχή από το 1952, το **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)** της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) αποτελούσε το ευαγγέλιο της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας. Το εγχειρίδιο έχει υποστεί σειρά αναθεωρήσεων με πιο πρόσφατη έκδοσή του το DSM -5 του 2013. Η διαρκής αυτή διαδικασία αναθεωρήσεων δεν έχει σταθεί ικανή να οδηγήσει στην πλήρη και απρόσκοπτη αποδοχή του:

*«Η πέμπτη έκδοση επικρίθηκε από διάφορες αρχές πριν και μετά την επίσημη έκδοσή της. Οι κριτικοί δήλωσαν, για παράδειγμα, τα εξής: ότι πολλές αναθεωρήσεις και προσθήκες στο DSM-5 στερούνταν εμπειρικής υποστήριξης, ότι η δοκιμασία αξιοπιστίας μεταξύ παρατηρητών είναι χαμηλή για πολλές διαταραχές, ότι πολλές ενότητες περιέχουν ελλιπώς γραμμένες, συγκεχυμένες ή αντιφατικές πληροφορίες και ότι η **βιομηχανία ψυχιατρικών φαρμάκων επηρέασε ανάρμοστα το περιεχόμενο του εγχειριδίου**. Διάφοροι επιστήμονες έχουν επιχειρηματολογήσει ότι το **DSM-5 υποχρεώνει τους κλινικούς ιατρούς να κάνουν διακρίσεις** οι οποίες δεν υποστηρίζονται από αδιάσειστα στοιχεία, διακρίσεις οι οποίες έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των συνταγογραφήσεων φαρμάκων και της διαθεσιμότητας κάλυψης ιατρικής ασφάλισης. Η γενική κατάκριση του DSM-5 τελικά είχε ως αποτέλεσμα την υπογραφή από **13.000** ενός υπομνήματος το οποίο προωθήθηκε από πολλές οργανώσεις ψυχικής υγείας και το οποίο καλούσε για εξωτερική κριτική του εγγράφου». (Απόσπασμα από το σχετικό λήμμα της Wikipedia <https://el.wikipedia.org/wiki/DSM-5> που βασίζεται και παραπέμπει σε αναλυτική παρουσίαση των αντιδράσεων: <https://web.archive.org/web/20131013231434/http://dsm5-reform.com/> .*

Το DSM-5 δεν είναι η μόνη μέθοδος ταξινόμησης καθώς αντίστοιχες κατευθύνσεις / συστάσεις ταξινόμησης και οδηγιών διάγνωσης προσφέρει το σύστημα **International Classification of Diseases (ICD)** του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας . Είναι όμως δικαιολογημένη η ιδιαίτερη εστίαση στο πρώτο καθώς «αν και το ICD είναι το επίσημο σύστημα των ΗΠΑ, οι επαγγελματίες υγείας δεν το





συνειδητοποιούν λόγω της κυριαρχίας του DSM» παρά το γεγονός ότι η κριτική είναι καταλυτική.
https://en.wikipedia.org/wiki/International_Classification_of_Diseases#cite_note-39.

Ο μηχανισμός εμπέδωσης αυτής της αναφερόμενης κυριαρχίας περιγράφεται στη μελέτη «Αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ιατρών και της φαρμακευτικής βιομηχανίας γενικά και των αντιπροσώπων πωλήσεων συγκεκριμένα και της σχέσης τους με τις στάσεις των γιατρών και τις συνήθειες συνταγογράφησης: μια συστηματική ανασκόπηση» (Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes (!) and prescribing habits(!): a systematic review) <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/9/e016408.full.pdf> ως μέρος της τεκμηρίωσης της Έκθεσης “**Shedding light on transparent cooperation in healthcare: The way forward for sunshine and transparency laws across Europe**” του Ευρωπαϊκού Δικτύου Mental Health Europe <https://www.mhe-sme.org/shedding-light/>. Η υπογράμμιση (δική μας) των physicians, attitudes και habits οφείλεται στο γεγονός ότι δυστυχώς, όπως θα δούμε στη συνέχεια, δεν μιλάμε κατ’ ανάγκη για πρωτόκολλα ούτε καν για συνταγογράφηση αποκλειστικά από επαγγελματίες ΨΥ(!).

Η επισήμανση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη καθώς η σημασία των ΗΠΑ στο ευρύτερο πεδίο είναι καθοριστική για πολλούς λόγους όπως θα δούμε και στη συνέχεια. Ειδικά όμως για τον χρησιμοποιούμενο από το DSM-5 ορισμό της Ψυχικής Διαταραχής σταχυολογούμε από τη δημοσίευση του 2015 του Bruce Thyer στο Springer με 62 αναφορές σε σχετικές μελέτες και έρευνες «**The DSM-5 Definition of Mental Disorder: Critique and Alternatives**» https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-17774-8_3

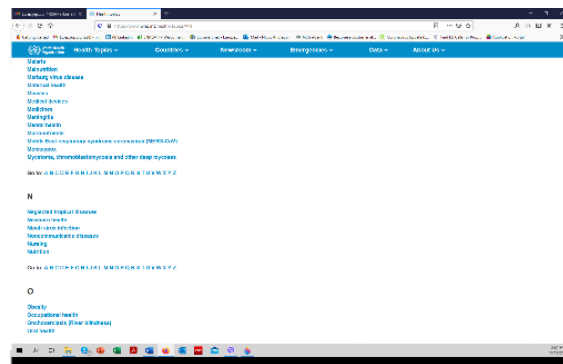
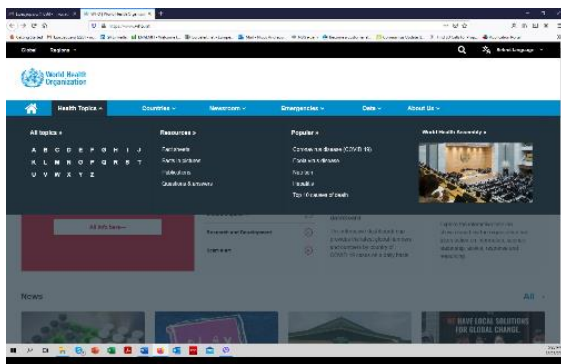
«Το κεφάλαιο ξεκινά τεμαχίζοντας τον ορισμό της ψυχικής διαταραχής που προσφέρεται στην τελευταία έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου, επισημαίνοντας με ακρίβεια τα ελαττώματα και τις αδυναμίες του. Αυτά τα ελαττώματα είναι δύο ειδών. Πρώτον, υπάρχει η υπέρβαση του DSM σε αυτό που "μετράει" ως ψυχική διαταραχή - π.χ., διαρκείς συνθήκες με σαφή βιολογική αιτιολογία όπως το σύνδρομο Down, προσωρινές καταστάσεις που προκαλούνται από γεγονότα όπως τοξίνωση από αλκοόλ, αφυδάτωση ή παραλήρημα που προκαλείται από πυρετό και αντιδράσεις σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες. Για μια κατάσταση που μπορεί να χαρακτηριστεί ως ψυχική διαταραχή, η αιτιολογία της πρέπει να σχετίζεται ψυχικά, όχι απλώς να αντιπροσωπεύει μια κατάσταση που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική λειτουργία. Πράγματι, η δυσφορία και η δυσλειτουργία μπορούν να προκληθούν από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, που δεν είναι όλοι «ψυχικές διαταραχές». Δεύτερον, υπάρχουν θεμελιώδη σφάλματα στη λογική συλλογιστική που βρίσκονται σε ολόκληρο το εγχειρίδιο - π.χ., η υπόθεση ότι οι διαγνώσεις αντιπροσωπεύουν φυσικά και συνεκτικά σύνδρομα, καθώς και τη διεισδυτική επανάληψη και την ταυτολογική συλλογιστική στο πώς η ψυχική διαταραχή «εξηγείται» από τα ίδια τα στοιχεία που αποτελούν τον ορισμό της. Εξετάζονται εναλλακτικές λύσεις για το DSM, συμπεριλαμβανομένων διαφόρων μορφών «άρνησης», συμπτωματικής θεραπείας και λειτουργικής αξιολόγησης συμπεριφοράς. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με προβληματισμό σχετικά με τις συνέπειες για την κλινική αξιολόγηση και τη θεραπεία του οράματος της ψυχικής διαταραχής του DSM και μια έκκληση για τους κοινωνικούς λειτουργούς να εξετάσουν κριτικά τις αρχές του και να αποφασίσουν από μόνοι τους τα μοντέλα που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν.»

Γ. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ή ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ?

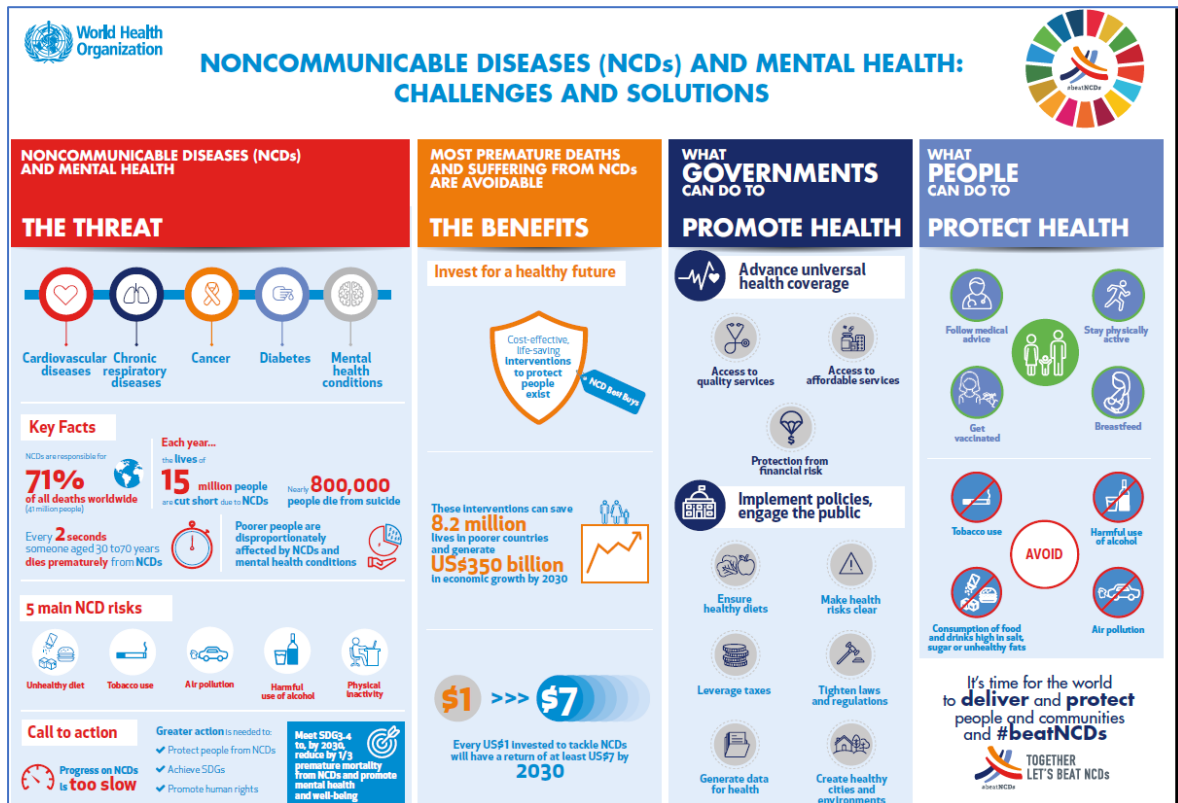


Δεν είναι λοιπόν να απορεί κανείς για τις επιστημονικές ατέλειες και τη λειτουργική ασάφεια των κυρίαρχων ορισμών για την Ψυχική Υγεία και τις Ψυχικές Διαταραχές. Αν όμως επιμένουμε να αναφερόμαστε και στους δύο αυτούς όρους συγχρόνως είναι γιατί πρέπει να υπογραμμιστεί η διόλου αθώα σύγχυση που προκαλείται από την αδιάκριτη μεταξύ τους και συχνά αλληλοεπικαλυπτόμενη χρήση τους. Αυτή η σύγχυση θα λειτουργήσει ως στοιχείο του σκοτεινού υπόβαθρου του στίγματος. Σχετική αναλυτική επισήμανση βρίσκουμε στον επίλογο της παρουσίασης του MENTAWORLD <https://mentalworld.site/epilogue/>:

«Σχετικά με την ορολογία ο όρος «Ψυχική Υγεία» χρησιμοποιείται με ένα ομιχλώδη τρόπο και οπωσδήποτε όχι σε αντίστιξη ή παράθεση προς τον όρο «Φυσική Υγεία» (όπως και μεθοδολογικά θα επιβαλλόταν). Τυπικά παραδείγματα αντλούμε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το μεγαλύτερο διεθνή θεσμικό φορέα Υγείας: στην ιστοσελίδα του <https://www.who.int/> επιλέγοντας την περιοχή «Θέματα Υγείας» (Health Topics) αναπτύσσεται ένα μενού αναλυτικών επιλογών στο οποίο εντοπίζουμε την επιλογή «Ψυχική Υγεία (Mental Health)». Περιέργως στο ίδιο αναλυτικό μενού περιλαμβάνεται εξατομικευμένη επιλογή για την «Κατάθλιψη (Depression)», χωρίς αναφορά σε άλλες μείζονες ψυχικές διαταραχές ή σε ομαδοποιημένη αναφορά τους.



Για κάποιον παράξενο λόγο οι ψυχικές διαταραχές συχνά συσχετίζονται με τις «Μη μεταδιδόμενες ασθένειες (Non communicable diseases)» ενώ στη σχετική με αυτές υποσελίδα δεν υπάρχει επίσημος κατάλογος που να περιλαμβάνει τις ΨΔ. «Noncommunicable diseases (NCDs), including **heart disease, stroke, cancer, diabetes and chronic lung disease**, are collectively responsible for almost 70% of all deaths worldwide». Η σύγχυση γίνεται ακόμη μεγαλύτερη όταν οι δύο αυτοί όροι χρησιμοποιούνται σε παράθεση:



«Μη μεταδιδόμενες ασθένειες και Ψυχική Υγεία» είναι ο τίτλος του Infographic όπου αν τα επίθετα "noncommunicable" and "mental" αφαιρεθούν, τα ουσιαστικά "diseases" and "health" παραμένουν συνδεδεμένα και σημειολογικά εξισώνονται.

<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-infographic-2014.pdf?ua=1>

Οι επιστημονικές ανακρίβειες που εντοπίζονται παραπάνω και οι μεθοδολογικές συγχύσεις που προκαλούνται από αυτές τις αντικρουόμενες – αντισυνημικές συνδέσεις μάλλον δύσκολα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν τυχαίες. Αντίθετα φαίνεται να παρέχουν τη δυνατότητα συσκοτίσης της εικόνας και της ανεπαρκούς επεξεργασίας των πραγματικών δεδομένων».

Πράγματι, δύσκολα μπορούμε να κατανοήσουμε τί «λύσεις (solutions)» απαιτεί η «ψυχική υγεία – (mental health)» εφ' όσον είναι εξ ορισμού μία θετική κατάσταση /έννοια ή γιατί εισάγεται ο νέος απόλυτα ουδέτερος όρος «mental health conditions» παρατιθέμενος στον καρκίνο ή τις καρδιαγγειακές παθήσεις? Δεν υπάρχει καμία πηγή που να έχει προτείνει κάτι παρόμοιο, ενδεχομένως για λόγους απάλειψης του στίγματος, αντίθετα οι προτεινόμενοι όροι είναι «mental health problem» ή «mental ill health» και πάντα όταν πρόκειται για μαζική επικοινωνία και όχι για επιστημονικούς σκοπούς όπου οι όροι «disorder» ή «illness» χρησιμοποιούνται αναντίρρητα . Μήπως αυτή η «ουδετεροποίηση» του όρου «ψυχική διαταραχή (mental disorder)», πέρα από το ενδεχόμενο ενός εσώτερου φόβου ή μιας «πολιτικά ορθής φιλανθρωπίας», σκοπεύει στη διεύρυνση της αγοράς ψυχοφαρμάκων αφού με το τρόπο αυτό επιτρέπεται πρακτικά η συνταγογράφηση από μη επαγγελματίες της ΨΥ ακόμη και σε άτομα μη διαγνωσμένα, όπως έχουμε προηγουμένως επισημάνει και επίσημα καταγγέλλεται:

«Ένας από τους κύριους παράγοντες που οδηγεί στην αύξηση της συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών είναι ο αυξανόμενος αριθμός παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας και άλλων **εκτός του πεδίου της ψυχιατρικής** που συνταγογραφούν **για ασθενείς οι οποίοι δεν διαθέτουν κλινική ψυχιατρική διάγνωση**, σύμφωνα με μελέτη δημοσιευμένη στο Health Affairs Journal τον Αύγουστο του 2011»

«Η έρευνά μας έδειξε ότι μεταξύ 1996 και 2007 η αναλογία επισκέψεων κατά τις οποίες έγινε συνταγογράφηση σε **μη ψυχιατρικά διαγνωσμένους** αυξήθηκε από 59.5 σε 72.7 %» αναφέρουν οι ερευνητές Ramin Mojtabai, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, και Mark Olfson, with the College of Physicians and Surgeons of Columbia University in New York, and a research psychiatrist at New York State Psychiatric Institute.

<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20110808.012879/full/>

Η παραπάνω προσέγγιση δεν περιορίζεται στις διαστάσεις ερευνητικών αποτελεσμάτων. Έχει πάρει πλέον τη μορφή παγκόσμιου κινήματος για τη συνολική αναθεώρηση των αντιλήψεων και πρακτικών για την ΨΥ. Ακολουθεί το εισαγωγικό απόσπασμα της παρουσίασης της πρωτοβουλίας για μια «Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων για την Ψυχική Υγεία»:

«Όλες οι οργανώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων καθορίζουν κώδικες με τους οποίους ευθυγραμμίζουν τους σκοπούς και τις δραστηριότητές τους. Η Διακήρυξη Ψυχικής Υγείας για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα διατυπώνει τις κατευθυντήριες αρχές και τους στόχους της Επιτροπής Πολιτών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (CCHR).

Το 2017, ο Δρ Dainius Pūgas, ειδικός εισηγητής των Ηνωμένων Εθνών για το δικαίωμα στην υγεία, κάλεσε σε επανάσταση στη φροντίδα ψυχικής υγείας σε όλο τον κόσμο για να «τερματίσει δεκαετίες παραμέλησης, κακοποίησης και βίας» και δηλώνοντας ότι «Υπάρχουν τώρα σαφείς αποδείξεις των αστοχιών ενός συστήματος που βασίζεται πάρα πολύ στο βιοϊατρικό μοντέλο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρώτης γραμμής και της υπερβολικής χρήσης ψυχοτρόπων φαρμάκων, ωστόσο αυτά τα μοντέλα εξακολουθούν να υφίστανται.

*Τα ανθρώπινα δικαιώματα περιλαμβάνουν το δικαίωμα του καθενός στο πνεύμα του και να προστατεύει τον εαυτό του και τα αγαπημένα του πρόσωπα από τυχόν καταχρηστικές ή επιβλαβείς «θεραπείες» που παρέχονται με το πρόσχημα της ψυχικής υγείας. Κάθε άνδρας, γυναίκα και παιδί δικαιούται τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα που διατυπώνονται στην παρούσα **Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα Ψυχικής Υγείας**, ανεξάρτητα από τη φυλή, την πολιτική ιδεολογία, τις θρησκευτικές, πολιτιστικές ή κοινωνικές πεποιθήσεις. Δεδομένου ότι ουσιαστικά δεν υπάρχουν ανθρώπινα ή πολιτικά δικαιώματα για την προστασία των πολιτών από παραβιάσεις ψυχικής υγείας, είναι ζωτικής σημασίας να αναγνωριστούν τα ακόλουθα δικαιώματα και να υιοθετηθούν όλες οι χώρες αυτή τη Διακήρυξη.*

A. Το δικαίωμα σε πλήρως ενημερωμένη συγκατάθεση, που περιλαμβάνει:

*1. Το επιστημονικό / ιατρικό τεστ που επιβεβαιώνει **εικαζόμενες** διαγνώσεις ψυχιατρικής διαταραχής και το δικαίωμα να διαψεύσει οποιαδήποτε ψυχιατρική διάγνωση ψυχικής «ασθένειας» που δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί ιατρικά.*

2.»

<https://www.cchr.org/about-us/declaration-of-human-rights/>

Είναι φανερό πλέον ότι η ασάφεια των ορισμών και των διαγνωστικών διαδικασιών / πλαισίων μόνο αθώς δεν είναι. Και εάν οι ειδικοί του πεδίου, ερευνητές / επαγγελματίες / διαχειριστές, μαζί με



όσους διαμορφώνουν τους όρους των επίσημων πολιτικών δεν είναι σε θέση να παράσχουν μια ενιαία και συγκροτημένη άποψη για την Ψυχική Υγεία και τις Ψυχικές Διαταραχές, τότε πώς μπορούμε να απαιτήσουμε κάτι τέτοιο από τους πολίτες? Και εφ' όσον δεν υπάρχει μια τέτοια συμπαγής άποψη, γιατί καθένας μας

να μη φοβάται για το χειρότερο από ένα ψυχικά πάσχοντα?

να μη αποδέχεται την οποιαδήποτε αυθαίρετη εικόνα για τη διαταραχή?

και να μη στιγματίζει με βάση την εικόνα αυτή έναν ή όλους τους πάσχοντες συλλήβδην?

Αυτά τα ερωτηματικά μας οδηγούν στην προσπάθεια κατανόησης του στίγματος που είναι και ο πραγματικός στόχος του κειμένου αυτού.

II . ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σαν εισαγωγή δανειζόμαστε μια γενική περιγραφή του στίγματος από το σχετικό κείμενο του ψυχίατρου-ψυχοθεραπευτή Κυρ. Σταυριανάκου:

«Το φαινόμενο του στίγματος καταγράφηκε θεωρητικά και εμπειρικά για πρώτη φορά το 1963 από τον κοινωνιολόγο Erving Goffman, ο οποίος όρισε το στίγμα ως μια “ανεπιθύμητη και δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και του στερεί την πλήρη κοινωνική αποδοχή, αναγκάζοντάς το παράλληλα να αποκρύπτει την αιτία αυτής της αρνητικής αντιμετώπισης”. Τρία χρόνια αργότερα (1966) ο κοινωνιολόγος Thomas Scheff διατύπωσε τη “θεωρία της ετικέτας” (labelling theory) σύμφωνα με την οποία η κοινωνική στάση απέναντι σε άτομα τα οποία εμφανίζουν κάποιου είδους ιδιαιτερότητα δεν εξαρτάται τόσο από τη συμπεριφορά τους, όσο από την “ταμπέλα” που τους έχει αποδοθεί από τον κοινωνικό τους περίγυρο, με βάση τα στερεότυπα της εποχής. Αυτό σημαίνει για παράδειγμα ότι ένας άνθρωπος που πάσχει από σχιζοφρένεια θα αντιμετωπίζεται ως επικίνδυνος και απρόβλεπτος, παρά το γεγονός ότι ουδέποτε έχει επιδείξει τέτοια συμπεριφορά. Η δύναμη της προκατάληψης υπερισχύει της αντικειμενικής πραγματικότητας.

Σήμερα το στίγμα θεωρείται ότι διέπεται από τρεις αλληλένδετες συνιστώσες, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις. Τα στερεότυπα είναι αρνητικές πεποιθήσεις, συνήθως υπεραπλουστευμένες, στρεβλές και παραπλανητικές, που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για άτομα και ομάδες. Οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που ακολουθούν την αποδοχή των στερεοτύπων χαρακτηρίζονται προκαταλήψεις ενώ οι συμπεριφορικές αντιδράσεις που προκύπτουν από τις προκαταλήψεις αποτελούν τις διακρίσεις. Το στίγμα αποτελεί ίσως το αιχμηρότερο “αγκάθι” στην προσπάθεια πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης των ψυχιατρικών διαταραχών. Εκτιμάται ότι οι μισοί περίπου ασθενείς που πάσχουν από μείζονα ψυχιατρική διαταραχή δεν λαμβάνουν θεραπεία. Το 85% εξ αυτών αποφεύγει την ψυχιατρική παρακολούθηση λόγω παραγόντων που σχετίζονται με το στίγμα της ψυχικής νόσου». (Από την ιστοσελίδα www.psyxiatros.gr).

Τα παραπάνω περιγράφουν το στιγματισμό σαν διαδικασία προσωπικών προλήψεων που καταλήγουν σε ατομική συμπεριφορά. Ποια είναι τα όμως χαρακτηριστικά της διαδικασίας ως κοινωνικής πρακτικής, συλλογικής συμπεριφοράς? Γιατί πρέπει να παραδεχθούμε ότι

- δεν στιγματίζουμε όλοι
- δεν στιγματίζουμε το ίδιο σε κάθε ιστορική φάση





- δεν στιγματίζονται όλοι εξ ίσου και με τον ίδιο τρόπο
- δεν επηρεάζονται όλοι το ίδιο από το στιγματισμό

Επιπλέον όμως, εξετάζοντας το στιγματισμό στο πλαίσιο των επίσημων πολιτικών ΨΥ και των συγκεκριμένων δράσεων για την αντιμετώπισή του, πρέπει να παραδεχθούμε ότι δεν υπάρχει μία κοινά αποδεκτή και ενιαία εφαρμοζόμενη

- ολοκληρωμένη ερευνητική τεκμηρίωση για το περιεχόμενό του
- επιστημονική ποσοτική εκτίμηση για το φαινόμενο και την εξέλιξή του.

Δεν είναι δυνατόν στα πλαίσια της παρούσας προσπάθειας να απαντηθούν με επιστημονική επάρκεια όλα τα παραπάνω ερωτήματα που θα μπορούσαν, και κανονικά θα έπρεπε ήδη, να έχουν αποτελέσει κεντρικά ερευνητικά ερωτήματα και να έχουν αποδώσει τα απαραίτητα αποτελέσματα. Υπό το πρίσμα αυτό θα μπορούσαμε να κατηγορηθούμε ότι ενδεχομένως ασχολούμαστε με ένα θέμα μικρής έκτασης, χαμηλής προτεραιότητας ή αμελητέας τελικά επίδρασης στους όρους ανάπτυξης / αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών και γενικότερης εξασφάλισης καλής ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

Πειθόμενοι στις επανειλημμένες επίσημες σχετικές διακηρύξεις, πιστεύουμε ότι κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει. Έτσι θα διαμορφώσουμε ένα πλαίσιο υποθέσεων εργασίας ώστε να μπορέσουμε να προχωρήσουμε.

Μπορούμε να εμπνευστούμε το πλαίσιο αυτό από την περιγραφή της κατάστασης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σύμφωνα με τον οποίο το στίγμα:

- είναι μείζων παράγοντας διακρίσεων και αποκλεισμού
 - επιδρά αρνητικά στην αυτοεκτίμηση, στις οικογενειακές σχέσεις, στην κοινωνικοποίηση και την κάλυψη των αναγκών κατοικίας και δουλειάς
 - εμποδίζει την πρόληψη των ΨΔ και την πρόωθηση της καλής ΨΥ
 - εμποδίζει την παροχή αποτελεσματικής θεραπείας καθώς πολλοί πάσχοντες αποφεύγουν τη λήψη υπηρεσιών ΨΥ λόγω του στίγματος
- ενώ
- οι προσπάθειες των ληπτών υπηρεσιών ΨΥ και τους φροντιστών τους για την αντιμετώπισή του τυγχάνουν χαμηλής υποστήριξης και συνηγορίας που εμποδίζει το σχεδιασμό πολιτικών αποτελεσματικών και σύμφωνων στις ανάγκες και τις επιθυμίες τους
 - αρνητικές εμπειρίες θεραπείας και φροντίδας συνεισφέρουν στην αποτυχία δέσμευσης
 - απαιτούνται μεταρρυθμίσεις για τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας
 - οι πολιτικές ΨΥ πρέπει να συνδυάσουν δομικές μεταρρυθμίσεις των υπηρεσιών σε συνδυασμό με μια εστίαση στην ποιότητα εξασφαλίζοντας την παροχή ασφαλών, αποτελεσματικών και αποδεκτών θεραπειών από αρμόδιους επαγγελματίες.

Αυτή τη φορά δεν πρόκειται για κάποια μεθοδολογική σύγχυση: ο ΠΟΥ συνδέει, όσο ευθέως του επιτρέπεται από τη φύση του ως παγκόσμιου θεσμικού οργανισμού, το στιγματισμό με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αρμοδιότητα των παρόχων των υπηρεσιών και την πραγματική δυναμική των επίσημων πολιτικών για την αντιμετώπιση του στίγματος. Επιβεβαιώνοντας με τον τρόπο αυτό ότι έχουμε παραθέσει για την κρισιμότητα των ασαφών ορισμών, των συστημάτων ταξινόμησης / διάγνωσης και των επιπτώσεών τους στη θεραπεία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ **οι δομικές αλλαγές στο οικοδόμημα της ΨΥ είναι μια από τις προϋποθέσεις της αντιμετώπισης του στίγματος.**





<https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>

B. ΕΙΔΗ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ενδεχομένως να έχει ήδη γίνει αντιληπτή η προτίμηση στη χρήση του δυναμικού όρου «στιγματισμός» σε σχέση με τον στατικό «στίγμα» καθώς ο πρώτος εμπεριέχει και το στοιχείο της διαδικασίας ενώ ο δεύτερος περιορίζεται μόνο στο αποτέλεσμα ή την κατάσταση. Αντίθετα με την εξέταση ενός φυσικού φαινομένου, όπου η σύνδεση με τις γενεσιουργές αιτίες προσφέρει μεν γνώση αλλά αυτή συχνά δεν είναι απαραίτητη για την άμεση αντιμετώπισή του (χιόνι – κλιματική κρίση), η περίπτωση του στιγματισμού δεν μπορεί να εξεταστεί παραγωγικά αν αποσυνδεθεί από τις ατομικές, κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές διεργασίες που μέσα τους δημιουργείται και εξελίσσεται.

Με βάση τη σχετική βιβλιογραφία διακρίνονται τρία είδη στιγματισμού:

Αυτό-στιγματισμός: πρόκειται για την προσωπική διαδικασία κατά την οποία ο ψυχικά πάσχων αναπτύσσει απορριπτικά συναισθήματα και σκέψεις, ενσωματώνει κυρίαρχα στερεότυπα, βιώνει διακρίσεις και αποξενώνεται κοινωνικά σαν αποτέλεσμα προσωπικής επεξεργασίας εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων.

<https://nami.org/Blogs/NAMI-Blog/February-2021/The-Many-Impacts-of-Self-Stigma>

Κοινωνικός / δημόσιος στιγματισμός: αναφέρεται σε στάσεις της κοινότητας απέναντι σε άτομα μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας. Το αντιληπτό δημόσιο στίγμα αναφέρεται σε διακρίσεις και υποτίμηση από άλλους.

<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201200561>

Δομικός (θεσμικός, διαρθρωτικός) στιγματισμός: αναφέρεται στους κανόνες, τις πολιτικές και τις πρακτικές των κοινωνικών θεσμών που περιορίζουν αυθαίρετα τα δικαιώματα και τις ευκαιρίες για άτομα με ψυχικές ασθένειες. Σε αυτήν τη μορφή στίγματος, η κυρίαρχη πολιτιστική ιδεολογία ενσωματώνεται σε θεσμικά συστήματα, έτσι ώστε οι διαφορές εξουσίας να νομιμοποιούνται και τα κοινωνικά μειονεκτήματα να διαιωνίζονται

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_OpeningMinds_MentalIllness-RelatedStructuralStigmaReport_ENG_0_0.pdf

Παρατηρήσεις:

- Είναι δεδομένη η διασύνδεση των τριών όψεων του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά η κάθε μία έχει τη ιδιαίτερή της σημασία για τις συγγενικότερες με αυτήν πλευρές. Για παράδειγμα ενώ ο αυτοστιγματισμός αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την θεραπευτική διαδικασία καθ' εαυτή, ο κοινωνικός στιγματισμός είναι συχνά απόρροια του δομικού. Είναι εύλογη η εστίαση εδώ σε αυτές τις δυο όψεις (δομική και κοινωνική) με έμφαση στο δομικό καθώς ο στόχος μας δεν είναι θεραπευτικός.
- Ο κοινωνικός και ο δομικός στιγματισμός εκφράζονται εξ ίσου είτε με ενεργές – φανερές πρακτικές (παραβίαση δικαιωμάτων, αποκλεισμοί) είτε με απουσία ενεργειών φυσιολογικά αναμενόμενων ή και θεσμικά επιβαλλόμενων με δυνητικά νομικά αποτελέσματα (αμέλεια, απιστία, ζημία κ.α.) για τη διοίκηση.





Γ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων φαίνεται να παρακολουθεί την εξέλιξη των επιστημονικών αντιλήψεων για την ΨΥ αλλά δεν επηρεάζεται μόνο από αυτές. Μάλλον δεν διαθέτουμε ικανά στοιχεία για την ενδεχόμενη ύπαρξη, έκταση και εκφράσεις του φαινομένου κατά τους παλαιότερους χρόνους από την αρχαιότητα μέχρι τον μεσαίωνα. Η εικόνα γίνεται περισσότερο φανερή στους νεότερους χρόνους όταν εμφανίζονται αμιγώς ψυχιατρικά ιδρύματα, η τάση όμως αυτή συμπορεύεται με τη διαδικασία αστικοποίησης, την δραματική αλλαγή των παραγωγικών διαδικασιών / σχέσεων με την πρώτη βιομηχανική επανάσταση, την αναδιάταξη των μηχανισμών ιδεολογικού ελέγχου με την μείωση του ρόλου της εκκλησίας (Διαφωτισμός), τη διατύπωση νέων θεμελιωδών φιλοσοφικών αντιλήψεων (ο διαχωρισμός σώματος και πνεύματος από τον Descartes), την ανάπτυξη νέων ιστορικών αφηγημάτων (εθνικά κράτη, κεντρική διοίκηση) και τη συγκέντρωση, τέλος, τέτοιου πληθυσμού πασχόντων που λειτουργεί ως κρίσιμη μάζα για την εφαρμογή νέων πρακτικών, χωρίς όμως να είμαστε σε θέση να προσδιορίσουμε με ακρίβεια τη συνεισφορά αυτών των διαδικασιών στην εξέλιξη των αντιλήψεων για την ΨΥ και το στίγμα.

Είναι μόλις στον 20^ο αιώνα και περισσότερο στο δεύτερο μισό του όπου ο στιγματισμός συμπεριλαμβάνεται στα επιστημονικά ενδιαφέροντα και αναπτύσσονται ερευνητικές διαδικασίες. Σε αυτό θα βοηθήσουν και η διαρκώς αυξανόμενη κατανόηση της χρησιμότητας των δεδομένων, η ανάπτυξη των διαδικασιών συλλογής και επεξεργασίας τους (στατιστική, πληροφορική) και κυρίως η κατανόηση της σημασίας τους ως συστημάτων για τους μηχανισμούς άσκησης της πολιτικής εξουσίας (κυβερνητική). Στο σημείο αυτό δεν μπορεί παρά να επισημανθεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι είναι σε αυτήν ακριβώς την ιστορική φάση όπου γιγαντώνονται και οι μηχανισμοί δημιουργίας και προβολής προτύπων (κινηματογράφος) και μαζικής επικοινωνίας (τηλεόραση) .

Η αναφορά στην ιστορική εξέλιξη δεν θα μας απασχολήσει πολύ γιατί γίνεται και μόνο για να δειχθεί ότι:

- οι αντιλήψεις του πληθυσμού για τις ΨΔ αλλά και οι όροι για το στίγμα δεν είναι στατικές αλλά μεταβαλλόμενες
- δεν συνδέονται κατ' ανάγκη με το δοσμένο επίπεδο και περιεχόμενο της επιστημονικής γνώσης για τις ψυχικές διαταραχές σε μια χρονική περίοδο και
- εν τέλει διαμορφώνονται από ισχυρούς εξωγενείς του πεδίου της ΨΥ παράγοντες.

Μια καλή παρουσίαση της άποψης αυτής παρέχεται από το εκπαιδευτικό υλικό του State University of New York / Monroe Community College (2021) **Stigma of mental illness (Το στίγμα στην Ψυχική Ασθένεια)** <https://courses.lumenlearning.com/diseaseprevention/chapter/stigma-of-mental-illness/> με πλήθος παραπομπών ερευνητικής τεκμηρίωσης. Καθώς πρόκειται για ένα εκτεταμένο κείμενο αλλά κρίσιμο πηγή τεκμηρίωσης θα μπορούσε να συμπεριληφθεί ως **Παράρτημα 1** της παρούσας προσέγγισης. Ενώ αντλεί τα συμπεράσματα του κυρίως από την περίοδο 1950 – 1990, ιδιαίτερα σημαντική λόγω της χρονικής εγγύτητας αλλά και των περιεχομένων ΨΥ της περιόδου, περιλαμβάνει και καίριες διαφωτιστικές αναφορές γενικότερου χαρακτήρα:

«(...) Οι εξηγήσεις για το στίγμα προέρχονται, εν μέρει, από την **λανθασμένο διαχωρισμό μεταξύ πνεύματος και σώματος που προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Descartes**. Μια άλλη πηγή στίγματος έγκειται στον διαχωρισμό του συστήματος θεραπείας ψυχικής υγείας στις Ηνωμένες





Πολιτείες από τον 19ο αιώνα από το κυρίαρχο ενιαίο σύστημα υγείας. Αυτές οι ιστορικές επιρροές ασκούν μια συχνά άμεση επίδραση στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές στο σύγχρονο κόσμο.»

Αν και οφείλουμε να μελετήσουμε αναλυτικά το υλικό αυτό, ας αρκεστούμε εδώ στη σταχυολόγηση ορισμένων από τα δεδομένα του:

..... **Δημόσιες συμπεριφορές σχετικά με την ψυχική ασθένεια: από το 1950 στο 1990**

Στη δεκαετία του 1950, το κοινό θεώρησε την ψυχική ασθένεια ως στιγματισμένη κατάσταση και έδειξε **μια μη επιστημονική κατανόηση της ψυχικής ασθένειας**. Το κοινό δεν ήταν ιδιαίτερα ικανό να διακρίνει τις ψυχικές ασθένειες από τη συνηθισμένη δυστυχία και την ανησυχία και έτεινε να βλέπει μόνο ακραίες μορφές συμπεριφοράς - δηλαδή την ψύχωση - ως ψυχική ασθένεια. Οι ψυχικές ασθένειες έφεραν μεγάλο κοινωνικό στίγμα, ειδικά συνδεδεμένες με το φόβο της απρόβλεπτης και βίαιης συμπεριφοράς (Star, 1952, 1955; Gurin et al., 1960; Veroff et al., 1981).

Μέχρι το 1996, μια σύγχρονη έρευνα αποκάλυψε ότι οι Αμερικανοί είχαν επιτύχει μεγαλύτερη επιστημονική κατανόηση της ψυχικής ασθένειας. **Όμως, οι αυξήσεις της γνώσης δεν αμβλύνουν το κοινωνικό στίγμα** (Phelan et al., 1997). Το κοινό απέδωσε την ψυχική ασθένεια σε ένα συνδυασμό βιολογικών ανωμαλιών και τρωτών σημείων στο κοινωνικό και ψυχολογικό άγχος (Link et al., Στον τύπο). Ωστόσο, σε σύγκριση με τη δεκαετία του 1950, η αντίληψη του κοινού για ψυχικές ασθένειες **ενσωμάτωσε συχνότερα τη βίαιη συμπεριφορά** (Phelan et al., 1997). Με άλλα λόγια, η αντίληψη των ατόμων με ψύχωση ως επικίνδυνων είναι ισχυρότερη σήμερα από ό, τι στο παρελθόν (Phelan et al., 1997). Γιατί το στίγμα είναι τόσο ισχυρό παρά την καλύτερη κατανόηση του κοινού για τις ψυχικές ασθένειες; Η απάντηση φαίνεται να είναι ο **φόβος της βίας**: τα άτομα με ψυχική ασθένεια, ειδικά εκείνα με ψύχωση, θεωρούνται πιο βίαια από ό, τι στο παρελθόν (Phelan et al., 1997). Αυτό το εύρημα δημιουργεί ένα ακόμη ερώτημα: **Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πραγματικά πιο βίαια; Η έρευνα υποστηρίζει ορισμένες ανησυχίες του κοινού, αλλά η συνολική πιθανότητα βίας είναι χαμηλή**. ... Ωστόσο, ο κίνδυνος βίας είναι πολύ μικρότερος για έναν ξένο από ότι για ένα μέλος της οικογένειας ή για ένα άτομο που είναι γνωστό στο άτομο με ψυχική ασθένεια (Eronen et al., 1998). Στην πραγματικότητα, υπάρχει πολύ μικρός κίνδυνος βίας ή βλάβης σε έναν ξένο από περιστασιακή επαφή με ένα άτομο που έχει ψυχική διαταραχή. Επειδή ο μέσος άνθρωπος δεν είναι καλά εξοπλισμένος για να κρίνει εάν κάποιος που συμπεριφέρεται ακανόνιστα έχει κάποια από αυτές τις διαταραχές, μόνος του ή σε συνδυασμό, η φυσική τάση είναι να είναι επιφυλακτικός. Ωστόσο, για να τεθούν όλα αυτά σε προοπτική, η συνολική συμβολή των ψυχικών διαταραχών στο συνολικό επίπεδο βίας στην κοινωνία είναι εξαιρετικά μικρή (Swanson, 1994). Επειδή οι περισσότεροι άνθρωποι πρέπει να έχουν ελάχιστο λόγο να φοβούνται τη βία από εκείνους με ψυχική ασθένεια, ακόμη και στις πιο σοβαρές μορφές του, **γιατί ο φόβος της βίας είναι τόσο εδραιωμένος**; Οι περισσότερες εικασίες επικεντρώνονται στην κάλυψη των μέσων ενημέρωσης και στην αποϊδρυματοποίηση (Phelan et al., 1997; Heginbotham, 1998). Μια σειρά ερευνών διαπίστωσε ότι η επιλεκτική αναφορά μέσων ενίσχυσε τα στερεότυπα του κοινού που συνδέουν τη βία και την ψυχική ασθένεια και ενθάρρυνε τους ανθρώπους να αποστασιοποιηθούν από εκείνους με ψυχικές διαταραχές (Angermeyer & Matschinger, 1996). Και όμως, **η αποϊδρυματοποίηση κατέστησε αυτήν την απόσταση αδύνατη κατά τα 40 χρόνια**, καθώς ο πληθυσμός των νοσοκομείων πολιτειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων μειώθηκε από ένα υψηλό περίπου 560.000 το 1955 σε πολύ κάτω από 100.000 μέχρι τη δεκαετία του 1990 (Bachrach,



1996). Ορισμένοι υποστηρικτές της αποϊδρυματοποίησης ανέμεναν το στίγμα να μειωθεί με την κοινοτική φροντίδα και το κοινό.

Στο παρελθόν ήταν οικογένειες, θρησκευτικά ιδρύματα, σχολεία και σεβαστά μέλη της κοινότητας που ενστάλαξαν πολιτιστικές συμπεριφορές. «Σήμερα, αυτό γίνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης», λέει ο George Gerbner, ιδρυτής του Κινήματος Πολιτιστικού Περιβάλλοντος, και ένας ερευνητής του οποίου η καριέρα περιλαμβάνει 30 χρόνια παρακολούθησης των πολιτιστικών επιπτώσεων της τηλεόρασης στην κοινωνία. Η τηλεόραση είναι, σύμφωνα με τα λόγια του Gerbner, "ο χονδρέμπορος του στίγματος της ψυχικής ασθένειας". Η έρευνά του έχει δείξει ότι οι χαρακτήρες που απεικονίζονται στην τηλεόραση ως έχοντας ψυχικές ασθένειες έχουν τέσσερις φορές το ποσοστό βίας και έξι φορές το ποσοστό θυματοποίησης άλλων χαρακτήρων. Ο Gerbner σημειώνει ότι "Η βία και η τιμωρία εμφανίζονται ως εγγενείς στην ίδια την ασθένεια και συνεπώς αναπόφευκτες. Καμία άλλη ομάδα στον δραματικό κόσμο της τηλεόρασης δεν υποφέρει και φαίνεται να αξίζει μια τόσο τρομερή μοίρα".

Η απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας στις ταινίες είναι εξίσου διαστρεβλωμένη. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, ο Steven E. Hylar του Πανεπιστημίου Columbia και οι συνεργάτες του εντόπισαν έξι κατηγορίες ψυχιατρικών χαρακτήρων σε ταινίες: μανιακό δολοφόνο, ναρκισσιστικό παράσιτο, αποπλανήτρια, φωτισμένο μέλος της κοινωνίας, επαναστατικό ελεύθερο πνεύμα και δείγμα ζωολογικού κήπου. Ο Hylar κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτά τα κυρίως αρνητικά στερεότυπα είχαν επιζήμιες επιπτώσεις στο κοινό και στους ίδιους τους ασθενείς, στα μέλη της οικογένειάς τους και στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Πιο πρόσφατα, ο Otto F. Wahl του Πανεπιστημίου George Mason, μια αυθεντία για τις δημόσιες εικόνες ψυχικής ασθένειας, διαπίστωσε ότι στη δεκαετία από το 1985 έως το 1995, το Χόλιγουντ κυκλοφόρησε περισσότερες από 150 ταινίες με χαρακτήρες που έχουν ψυχικές ασθένειες, η πλειοψηφία αυτών των δολοφόνων και κακοποιών. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα στερεότυπα του Χόλιγουντ είναι ένα μεγάλο μέρος αυτού που οι άνθρωποι γνωρίζουν ή νομίζουν ότι γνωρίζουν, για άτομα με ψυχιατρικά τρωτά σημεία. Οι αναφορές των εφημερίδων για την ψυχική ασθένεια είναι συχνά πιο ακριβείς από τους χαρακτήρες που βλέπει κανείς στην τηλεοπτική ψυχαγωγία και τις ταινίες. Ωστόσο, τα άτομα με ψυχιατρικό ιστορικό γενικά αναφέρονται αρνητικά. Το 1991, οι ερευνητές Russell E. Shain και Julie Phillips, χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων United Press International από το 1983, διαπίστωσαν ότι το 86% όλων των έντυπων ιστοριών που ασχολούνται με πρώην ψυχικούς ασθενείς επικεντρώθηκαν στο βίαιο έγκλημα. Μια βρετανική μελέτη του 1997 βρήκε παρόμοια διαστρεβλωμένες ιστορίες και μια γερμανική μελέτη του 1999 καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η επιλεκτική αναφορά σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες αναγκάζει το κοινό να διαστρεβλώσει την άποψή του για τον "πραγματικό κόσμο".

(...) **Εξηγήσεις για το στίγμα προέρχονται, εν μέρει, από τον λανθασμένο διαχωρισμό μεταξύ νου και σώματος που προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Καρτέσιο.** Μια άλλη πηγή στιγματισμού έγκειται στο διαχωρισμό του **19ου αιώνα** του συστήματος θεραπείας ψυχικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες από την επικρατούσα τάση της υγείας. Αυτές οι ιστορικές επιρροές ασκούν συχνά άμεση επιρροή στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές στον σύγχρονο κόσμο.

(...) Το στίγμα αναμενόταν να μειωθεί με αυξημένη γνώση της ψυχικής ασθένειας, αλλά ακριβώς το αντίθετο συνέβη: το στίγμα κατά κάποιον τρόπο εντάθηκε τα τελευταία 40 χρόνια, παρόλο που η κατανόηση βελτιώθηκε.

(...) Κατά ειρωνικό τρόπο, αυτά τα παραδείγματα απεικονίζουν επίσης μια πιο ανησυχητική συνέπεια: ότι ο τομέας της ψυχικής υγείας επηρεάστηκε αρνητικά όταν εντοπίστηκαν αιτίες και θεραπείες. Καθώς η πρόοδος επιτεύχθηκε, κάθε κατάσταση μεταφέρθηκε από τον τομέα της ψυχικής υγείας σε μια άλλη ιατρική ειδικότητα (Grob, 1991). Για παράδειγμα, η κυριαρχία στη σύφιλη μεταφέρθηκε στη δερματολογία, την εσωτερική ιατρική και τη νευρολογία μετά από πρόοδο στην αιτιολογία και τη θεραπεία. Η ηγεμονία για τις ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με ορμόνες μεταφέρθηκε στην ενδοκρινολογία υπό παρόμοιες συνθήκες. Η συνέπεια αυτού του μετασχηματισμού, σύμφωνα με τον ιστορικό Gerald Grob, είναι ότι ο τομέας της ψυχικής υγείας έγινε με την πάροδο των ετών το αποθετήριο για ψυχικές διαταραχές των οποίων η αιτιολογία ήταν άγνωστη. Αυτό άφησε τον τομέα της ψυχικής υγείας "ευάλωτο σε κατηγορίες από τους ιατρικούς αδελφούς τους ότι η ψυχιατρική δεν ήταν μέρος της ιατρικής και ότι η ψυχιατρική πρακτική στηριζόταν σε δεισιδαιμονίες και μύθους" (Grob, 1991).

Αυτά τα ιστορικά παραδείγματα υποδηλώνουν ότι το στίγμα διαλύεται για μεμονωμένες διαταραχές μόλις οι εξελίξεις τις καθιστούν λιγότερο απενεργοποιητικές, μολυσματικές ή παραμορφωτικές. Ωστόσο, το στίγμα που περιβάλλει άλλες ψυχικές διαταραχές όχι μόνο επιμένει, αλλά μπορεί να ενισχυθεί ακούσια αφήνοντας στην ψυχική υγεία μόνο εκείνες τις συμπεριφορικές καταστάσεις χωρίς γνωστές αιτίες ή θεραπείες. Το να το επισημάνουμε αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει η πρόοδος στην ψυχική υγεία· αντίθετα, οι πρόοδοι θα πρέπει να καλλιεργούνται και να προαναγγέλλονται. Ο σκοπός εδώ είναι να εξηγηθούν μερικές από τις ιστορικές ρίζες του χάσματος μεταξύ των τομέων υγείας και ψυχικής υγείας.

Το στίγμα πρέπει να ξεπεραστεί. Έρευνα που θα συνεχίσει να παράγει όλο και πιο αποτελεσματικές θεραπείες για ψυχικές διαταραχές υπόσχεται να είναι ένα αποτελεσματικό αντίδοτο. Όταν οι άνθρωποι καταλαβαίνουν ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι αποτέλεσμα ηθικών αποτυχιών ή περιορισμένης δύναμης θέλησης, αλλά είναι νόμιμες ασθένειες που ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες θεραπείες, πολλά από τα αρνητικά στερεότυπα μπορεί να διασκορπιστούν. Ωστόσο, πρέπει να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν νέες προσεγγίσεις για τη διάδοση των ερευνητικών πληροφοριών και, ως εκ τούτου, για την αντιμετώπιση του στιγματισμού. Η έρευνα στις κοινωνικές επιστήμες έχει πολλά να συμβάλει στην ανάπτυξη και αξιολόγηση προγραμμάτων κατά του στιγματισμού (Corrigan & Penn, 1999). Καθώς το στίγμα μειώνεται, θα πρέπει να συμβεί ένας μετασχηματισμός στις δημόσιες συμπεριφορές. Οι άνθρωποι πρέπει να είναι πρόθυμοι να αναζητήσουν φροντίδα. Θα πρέπει να γίνουν πιο πρόθυμοι να απορροφήσουν το κόστος του. Και, το σημαντικότερο, θα πρέπει να γίνουν πολύ πιο δεκτικοί στα μηνύματα που αποτελούν το υπονοούμενο αυτής της έκθεσης: η ψυχική υγεία και οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν μέρος της επικρατούσας τάσης της υγείας και αποτελούν ανησυχία για όλους τους ανθρώπους.

Βία και Ψυχική Ασθένεια: Τα Γεγονότα

Οι διακρίσεις και το στίγμα που σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τη σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και βίας στο μυαλό του ευρέος κοινού, σύμφωνα με τον **Γενικό Χειρουργό των ΗΠΑ** (DHHS, 1999). Η πεποίθηση ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι επικίνδυνα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη του στιγματισμού και των διακρίσεων (Corrigan, et al., 2002). Οι επιπτώσεις του στιγματισμού και των διακρίσεων είναι βαθιές. Η Νέα Επιτροπή Ελευθερίας του Προέδρου για την Ψυχική Υγεία διαπίστωσε ότι, «Το στίγμα οδηγεί τους άλλους να

αποφεύγουν να ζουν, να κοινωνικοποιούν ή να εργάζονται με, να νοικιάζουν ή να απασχολούν άτομα με ψυχικές διαταραχές – ειδικά σοβαρές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια. Οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση και απελπισία. Αποτρέπει το κοινό από το να αναζητήσει και να θέλει να πληρώσει για φροντίδα. Απαντώντας στο στίγμα, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας εσωτερικεύουν τις στάσεις του κοινού και ντρέπονται τόσο πολύ ή ντρέπονται που συχνά κρύβουν συμπτώματα και αποτυγχάνουν να αναζητήσουν θεραπεία (Νέα Επιτροπή Ελευθερίας, 2003)."

Αυτός ο σύνδεσμος προωθείται συχνά από τα μέσα ψυχαγωγίας και ειδήσεων. Για παράδειγμα, η Ψυχική Υγεία της Αμερικής (πρώην Εθνική Ένωση Ψυχικής Υγείας) ανέφερε ότι, σύμφωνα με μια έρευνα για τη Συντεχνία Ηθοποιών Οθόνης, χαρακτήρες στην τηλεόραση υψηλής ακροαματικότητας που απεικονίζονται ως έχοντας μια ψυχική ασθένεια απεικονίζονται ως οι πιο επικίνδυνοι από όλες τις δημογραφικές ομάδες: το 60 τοις εκατό αποδείχθηκε ότι εμπλέκονται στο έγκλημα ή τη βία. Επίσης, τα περισσότερα ειδησεογραφικά προγράμματα απεικονίζουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια ως επικίνδυνα (Ψυχική Υγεία Αμερική, 1999). Η συντριπτική πλειοψηφία των ειδήσεων σχετικά με την ψυχική ασθένεια είτε επικεντρώνονται σε άλλα αρνητικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τα άτομα με τη διαταραχή (π.χ. μη προβλεψιμότητα και μη δυνατότητα) είτε σε ιατρικές θεραπείες. Ιδιαίτερα απουσιάζουν θετικές ιστορίες που αναδεικνύουν την ανάκαμψη πολλών ατόμων με ακόμη και τις πιο σοβαρές ψυχικές ασθένειες (Wahl, et al., 2002). Ανακριβείς και στερεότυπες αναπαραστάσεις ψυχικής ασθένειας υπάρχουν και σε άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπως ταινίες, μουσική, μυθιστορήματα και κινούμενα σχέδια (Wahl, 1995).

Οι περισσότεροι πολίτες πιστεύουν ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι επικίνδυνα. Μια διαχρονική μελέτη της στάσης των Αμερικανών για την ψυχική υγεία μεταξύ 1950 και 1996 διαπίστωσε, "το ποσοστό των Αμερικανών που περιγράφουν την ψυχική ασθένεια με όρους που συνάδουν με βίαιη ή επικίνδυνη συμπεριφορά σχεδόν διπλασιάστηκε". Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των Αμερικανών πιστεύει ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αποτελούν απειλή για τη βία προς τους άλλους και τους εαυτούς τους (Pescosolido, et al., 1996, Pescosolido et al., 1999).

Ως αποτέλεσμα, οι Αμερικανοί διστάζουν να αλληλεπιδράσουν με ανθρώπους που έχουν ψυχικές ασθένειες. Τριάντα οκτώ τοις εκατό είναι απρόθυμοι να είναι φίλοι με κάποιον που έχει δυσκολίες ψυχικής υγείας. Εξήντα τέσσερα τοις εκατό δεν θέλουν κάποιον που έχει σχιζοφρένεια ως στενό συνεργάτη, και περισσότερο από εξήντα οκτώ τοις εκατό είναι απρόθυμοι κάποιο μέλος της οικογένειάς του να παντρευτεί κάποιον με κατάθλιψη (Pescosolido, et al., 1996).

Αλλά, στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι δεν έχουν λόγο για τέτοιους φόβους. Κατά την ανασκόπηση της έρευνας για τη βία και τις ψυχικές ασθένειες, το Ινστιτούτο Ιατρικής κατέληξε στο συμπέρασμα, "Αν και οι μελέτες δείχνουν μια σύνδεση μεταξύ ψυχικών ασθενειών και βίας, η συμβολή των ατόμων με ψυχικές ασθένειες στα συνολικά ποσοστά βίας είναι μικρή" και επιπλέον, "το μέγεθος της σχέσης είναι πολύ υπερβολικό στο μυαλό του γενικού πληθυσμού" (Ινστιτούτο Ιατρικής, 2006). Για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, η βίαιη συμπεριφορά φαίνεται να είναι πιο συχνή όταν υπάρχει επίσης η παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου. Σε αυτές περιλαμβάνεται η κατάχρηση ουσιών ή η εξάρτηση· ιστορικό βίας, κράτησης ανηλίκων ή σωματικής κακοποίησης· και πρόσφατους στρεσογόνους παράγοντες όπως το να είσαι θύμα εγκλήματος, να παίρνεις διαζύγιο ή να χάνεις μια δουλειά (Elbogen και Johnson, 2009).

Επιπλέον:

"Η έρευνα έχει δείξει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων που είναι βίαιοι δεν πάσχουν από ψυχικές ασθένειες (Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, 1994)."

". . . Ο απόλυτος κίνδυνος βίας μεταξύ των ψυχικά ασθενών ως ομάδα εξακολουθεί να είναι πολύ μικρός και . . . μόνο ένα μικρό ποσοστό της βίας στην κοινωνία μας μπορεί να αποδοθεί σε άτομα που είναι ψυχικά άρρωστα (Mulvey, 1994)."

Τα άτομα με ψυχιατρικές αναπηρίες είναι πολύ πιο πιθανό να είναι θύματα από τους δράστες βίαιων εγκλημάτων (Appleby, et al., 2001). Οι ερευνητές στο Κρατικό Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας και στο Πανεπιστήμιο Duke διαπίστωσαν ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες - σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή ψύχωση - είναι 2 1/2 φορές πιο πιθανό να επιτεθούν, να βιαστούν ή να ληστευτούν από τον γενικό πληθυσμό (Hiday, et al., 1999).

Δ. ΓΙΑΤΙ ΚΑΙ ΠΟΙΟ ΣΤΙΓΜΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ?

Εφ' όσον πλέον γνωρίζουμε τις μορφές και τα περιεχόμενα του στιγματισμού και έχουμε ακροθιγώς παρακολουθήσει την ιστορική εξέλιξη, μπορούμε να απαντήσουμε επιγραμματικά στο ερώτημα του τίτλου της παραγράφου:

- Ο στιγματισμός κατ' αρχή έχει τεκμηριωθεί ως ένα κατ' εξοχήν εμπόδιο για την αναζήτηση θεραπείας από τον πάσχοντα. Κατά συνέπεια, αν ενδιαφερόμαστε πραγματικά για την θεραπεία, πρέπει να εξαλειφθεί το εμπόδιο αυτό. Μη εντατική προσπάθεια προς το στόχο αυτό οδηγεί στη διαιώνιση των ΨΔ.
- Ο στιγματισμός οδηγεί στην περιθωριοποίηση των πασχόντων, άρα απειλεί άμεσα την κοινωνική συνοχή.
- Από τη διαιώνιση, διατήρηση και επιπολασμό των ΨΔ επηρεάζονται αρνητικά η ανάπτυξη, η παραγωγικότητα, τα δημόσια οικονομικά και μία σειρά άλλων παραγόντων, ουσιαστικών συστατικών της κοινωνικής / οικονομικής ευημερίας.

Κατά συνέπεια το αν και πώς καταπολεμάται ο στιγματισμός είναι η **Λυδία λίθος**

- Για την κατανόηση της πραγματικής δυναμικής των θεραπευτικών προσεγγίσεων
- Για την επιβεβαίωση της αξιοπιστίας των διακηρύξεων και εφαρμοζόμενων πολιτικών
- Για την αποκάλυψη των πραγματικών στόχων αν η αξιοπιστία δεν επιβεβαιώνεται

Και για να μη επιτρέψουμε στο λογικό μας οικοδόμημα να στέκει με το κεφάλι κάτω και τα πόδια πάνω πρέπει να δεχθούμε ότι

- ο αυτοστιγματισμός δεν είναι παρά η ενσωμάτωση σε προσωπικό επίπεδο του στίγματος που υπάρχει στο εξωτερικό περιβάλλον
- το κοινωνικό στίγμα δεν πηγάζει αυτόματα αλλά διαμορφώνεται μέσα από ανιχνεύσιμες διαδικασίες και
- το δομικό στίγμα είναι αυτό που συντονίζει και κατευθύνει τη διαμόρφωση των αντιλήψεων σε κοινωνικό επίπεδο ή κατά το κοινώς λεγόμενο «το ψάρι βρωμάει από το κεφάλι».

Για την έγκυρη προσέγγιση επίσημων πολιτικών είναι απαραίτητο να μιλούμε με τα ίδια λόγια των αρμόδιων αρχών. Στο σημείο αυτό θα μας βοηθήσει η επίσημη έκθεση της MENTAL HEALTH COMMISSION της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης του Καναδά με τίτλο «Δομικό στίγμα σχετικά με την Ψυχική Ασθένεια: το καθοδικό σπινάλ του συστημικού αποκλεισμού» (Mental Illness-Related Structural Stigma: The Downward Spiral of Systemic Exclusion Final Report) του James D. Livingston, PhD Assistant Professor, Department of Sociology and Criminology, Saint Mary's University, Halifax, Nova Scotia, October 31, 2013

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_OpeningMinds_MentalIllness-RelatedStructuralStigmaReport_ENG_0_0.pdf

Αντιγράφοντας από τη Σύνοψη: «Σε πολλούς τομείς ζωής, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες πρέπει να αντιμετωπίσουν αυθαίρετους περιορισμούς στα δικαιώματα και τις ευκαιρίες τους - ακόμη και σε χώρες με προηγμένες νομοθετικές προφυλάξεις κατά των διακρίσεων, όπως ο Καναδάς. Το στίγμα δεν μπορεί να εξαλειφθεί χωρίς να αντιμετωπιστεί το δομικό στίγμα. Δηλαδή, οι ανισότητες και οι αδικίες που εντάσσονται στις πολιτικές και τις πρακτικές των θεσμικών μας συστημάτων. Αυτή η έκθεση συνοψίζει ό, τι είναι γνωστό για το διαρθρωτικό στίγμα που σχετίζεται με τις ψυχικές ασθένειες. Ξεκινά με μια επισκόπηση των εννοιών του στίγματος και του δομικού στίγματος, συμπεριλαμβανομένου του πώς κατανοούνται από τους σύγχρονους μελετητές. Στη συνέχεια, η έκθεση περιγράφει τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους εκδηλώνεται το δομικό στίγμα σε σύγχρονα θεσμικά συστήματα και κοινωνικά πλαίσια, περιλαμβάνοντας: ιατρική φροντίδα / απασχόληση και εισόδημα · στέγαση / εκπαίδευση / ποινικής δικαιοσύνης / ιδιωτικότητα και προστασία προσωπικών δεδομένων / δημόσια συμμετοχή / κινητικότητα και μετανάστευση / μέσα μαζικής ενημέρωσης / και αναπαραγωγή / γονική μέριμνα. Είναι προφανές ότι υπάρχουν λίγες περιοχές της κοινωνικής πολιτικής που επηρεάζουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες που παραμένουν άθικτες από το στίγμα. Τα τελικά τμήματα της έκθεσης συνθέτουν τις υπάρχουσες γνώσεις που αφορούν την αντιμετώπιση του δομικού στίγματος. Οι πιο υποσχόμενες μέθοδοι περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό νομικής και πολιτικής δράσης, υπεράσπισης, προσπάθειες συμπερίληψης, μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, εκπαίδευση και έρευνας.»

Η ύπαρξη και μόνο της έκθεσης αποτελεί κατ' αρχή την πλήρη αναγνώριση του προβλήματος. Το περιεχόμενο της όμως αποκαλυπτικό όχι μόνο ως προς τα στοιχεία, για τα οποία παρέχεται πλήρης τεκμηρίωση, αλλά κυρίως ως προς τις έννοιες που η Επιτροπή αποδέχεται και χρησιμοποιεί για τις ερμηνείες καταστάσεων:

- ... Το δομικό στίγμα μπορεί να είναι σκόπιμο ή ακούσιο
- ... Πρακτικές που έχουν σχεδιαστεί για σκόπιμο στιγματισμό.
- ... η κυρίαρχη ιδεολογία στην κοινωνία
- ... τα άτομα με πόρους και δύναμη έχουν αυξημένη πιθανότητα να επηρεάσουν την κοινωνική πολιτική ·
- ... θεσμικές πρακτικές, συνήθως καθοδηγούμενες από άγραφα έθιμα ή διαδικασίες
- ... Το δομικό στίγμα είναι δύσκολο να εντοπιστεί και να μελετηθεί επειδή είναι «θαμμένο κάτω από στρώματα κανόνων και κανονισμών»
- ... Οι ψυχικές ασθένειες έχουν συστηματικά υποβαθμιστεί κατά την κατανομή της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης



- ... φθηνότερα φάρμακα μπορεί να διατίθενται σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, παρά συγκριτικά νεότερα, πιο ακριβά και πιο αποτελεσματικά φάρμακα που έχουν λιγότερες παρενέργειες
- ... άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να έχουν πρόσβαση σε φαρμακολογικές παρεμβάσεις, αλλά όχι σε άλλες μορφές φροντίδας που είναι εξίσου ή πιο αποτελεσματικές, όπως ψυχολογικές θεραπείες
- ... ανεπαρκής κάλυψη για την ψυχική υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με εκείνη που παρέχεται για σωματικές ασθένειες
- ... εμποδίζοντας την ανάρρωσή τους και θέτοντάς τους σε κίνδυνο για πλήθος αρνητικών αποτελεσμάτων
- ... η απουσία αποτελεσματικού συστήματος ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί «έλλειψη ελευθερίας»
- ... να αποτρέψει τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να επιτύχουν άλλες μορφές ελευθερίας, όπως η πλήρης συμμετοχή στην κοινωνική και πολιτική ζωή.
- ... υποτίμηση των ψυχικών ασθενειών από την κοινωνία '
- ... τα άτομα με ψυχικές ασθένειες υπερεκπροσωπούνται κατά πολύ στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης
- ... μόλις άτομα με ψυχικές ασθένειες εισέλθουν στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, εδραιώνουν το δομικό στίγμα
- ... τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι συστηματικά μειονεκτικά στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης.

Οι παραπάνω διατυπώσεις έχουν σταχυολογηθεί μόνο από τα εδάφια που αναφέρονται στην **Υγεία / Περίθαλψη** και την **Ποινική Δικαιοσύνη** καθώς σε αυτά το κράτος έχει άμεσα εκτελεστικό ρόλο και εξουσία. Τα άλλα πεδία που προσεγγίζονται είναι εξ ίσου κρίσιμα και τα στοιχεία εξίσου αποκαλυπτικά για την Απασχόληση / Εισόδημα, Στέγαση, Εκπαίδευση, Ιδιωτικότητα, Δημόσια συμμετοχή, Κινητικότητα / Μετανάστευση, Μέσα μαζικής Επικοινωνίας, και την Αναπαραγωγή / Γονεϊκότητα αλλά εκεί ο ρόλος του κράτους είναι περισσότερο ρυθμιστικός.

Η αξία και η συνεισφορά της Έκθεσης αυτής είναι τέτοια που πρέπει και αυτή να θεωρηθεί αναπόσπαστο κομμάτι της προσέγγισής μας σαν **Παράρτημα 2**.

Η συνδυασμένη ανάγνωση των δύο βασικών αναφορών / παρατημάτων μας (State University of New York και Mental Health Commission of Canada) μας επιτρέπει να εισάγουμε προς εξέταση την υπόθεση ότι αντιμετωπίζουμε ένα **υβρίδιο δομικού και κοινωνικού στιγματισμού** με τον πρώτο να οργανώνει ηχηρά ή σιωπηρά το θεσμικό και λειτουργικό υπόβαθρο και έτσι να εμπνέει, συντηρεί και τέλος να νομιμοποιεί το δεύτερο σαν απαραίτητο ιδεολόγημα για την πολιτική υποστήριξη του πρώτου. Το υβρίδιο αυτό, παρά το ότι η έννοια του στιγματισμού είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις Ψυχικές Διαταραχές, αναπτύσσεται και λειτουργεί στο συνολικό πεδίο της Ψυχικής Υγείας μη περιοριζόμενο στους πάσχοντες. Αν η υπόθεση ευσταθεί, τότε **το στίγμα δευτερευόντως μόνο είναι ζήτημα Ανθρώπινων Δικαιωμάτων ενώ κύρια είναι ζήτημα Δημόσιας Υγείας που καταλήγει στη συνολική λειτουργία του πολιτικού / οικονομικού συστήματος: αν κάτι εμποδίζει την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας τότε προσβάλλονται στοιχεία του πυρήνα του κράτους όπως αυτό περιγράφεται και νομιμοποιείται στις σύγχρονες αντιλήψεις για την αποδοχή και λειτουργία του.**



Αν ένας τέτοιος παράγοντας εντοπίζεται και αναγνωρίζεται σαν πρόβλημα στον Καναδά, μπορούμε εύκολα να εικάσουμε την έκταση και έντασή του στις παρυφές του Δυτικού κόσμου και καλλίτερα να μη τον αναζητήσουμε καθόλου έξω από τα όρια αυτά. (Η αν επιμεινουμε να το κάνουμε, χρειάζεται μια άλλη προετοιμασία που δεν είναι διαθέσιμη σε μας τώρα.) Ας αρκεστούμε λοιπόν στα παραπάνω με την επικουρία της έρευνας της Γ.Δ. Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής» που δημοσιεύθηκε το 2007 «Μετρώντας το στιγματισμό και τις διακρίσεις των ατόμων με προβλήματα ΨΥ στην Ευρώπη» (Countering the stigmatization and discrimination of people with mental health problems in Europe» που επιβεβαιώνει πλήρως, όταν δεν υπερακοντίζει, τις θέσεις της καναδικής έκθεσης.

https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf

Και βέβαια πρέπει να δεχθούμε ότι οι κοινωνικές διαδικασίες έχουν οντότητα, ακόμα και όταν δεν περιβάλλονται από θεσμικούς ή νομικούς τύπους, και δεν είναι προϊόν παρθενογενέσεων. Πηγάζουν από συγκεκριμένα πολιτικά και οικονομικά συμφέροντα με τα οποία συνδέονται και εξυπηρετούν.

E. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΗΜΕΡΑ

Ύστερα από τη διαδρομή που διανύσαμε μέχρι τώρα μελετώντας ορισμούς, συστήματα ταξινόμησης, κατηγοριοποίηση ειδών, ιστορική εξέλιξη και περιγραφές του στίγματος είμαστε πια αρκετά εξοπλισμένοι για να αποπειραθούμε να «αλλάξουμε τον κόσμο και όχι απλά να τον ερμηνεύσουμε». Είναι αυτό το σημείο στην ανάλυσή μας όπου καλούμαστε να αποδείξουμε την άποψη που έχει διατυπωθεί στην εισαγωγή, ότι δηλαδή **ο στιγματισμός είναι ένας μηχανισμός**

- **ελέγχου των πασχόντων**
- **διατήρησης των αιτιών που προκαλούν ΨΔ και επιδείνωσής τους**
- **συσκότισης της ανεπάρκειας των ασκούμενων πολιτικών για την Ψυχική Υγεία**
- **αξιοποίησης των ΨΔ για την αναπαραγωγή της κυρίαρχης ιδεολογίας σχετικά με τη διαφορετικότητα και την εν τέλει διατήρηση της κρατούσας κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής τάξης.**

Για να αποδειχθεί αν ευσταθεί ή άποψη πρέπει να περιγράψουμε το πλαίσιο αναφοράς στο οποίο θα δοκιμάσουμε την αλήθεια της. Το πλαίσιο συντίθεται από τις ακόλουθες αρχές:

1. Η Φυσική και η Ψυχική Υγεία είναι αναπόσπαστοι όροι της γενικής έννοιας της Υγείας.
2. Το πεδίο της Ψυχικής Υγείας συμπεριλαμβάνει ισότιμα την επιδίωξη της ψυχικής ευεξίας του πληθυσμού (πρόληψη) και την αποτελεσματική φροντίδα, προστασία και αποκατάσταση των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές (θεραπεία).
3. Η εξασφάλιση των δύο αυτών παραμέτρων θεωρείται ως θεμελιώδης λειτουργία του κράτους.
4. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ως θεμελιώδους καθολικής λειτουργίας.
5. Οι ΨΔ οφείλονται κυρίως/ή και σε περιβαλλοντικά αίτια με τα χαρακτηριστικά τους και ιδιαίτερα τους τρόπους αντιμετώπισής τους να συνδέονται πολύ στενά με τούς όρους της ατομικής ανάπτυξης και την κοινωνικής ζωής / οργάνωσης.
6. Το στίγμα είναι ένα συνωδό φαινόμενο ανεξάρτητο από τη φύση των ΨΔ και προκαλείται από εξωγενείς παράγοντες.

Επισήμανση 1: Είναι φανερό ότι το παραπάνω πλαίσιο αναφοράς βασίζεται σε ορισμένες παραδοχές αρχής και δημιουργεί πεδίο διαλόγου που κατά τεκμήριο περιορίζεται σε όσους τις αποδέχονται.

Παραδείγματα: Οι υπέρμαχοι της κυριαρχίας της αγοράς δεν συμφωνούν με την αντίληψη της υγείας ως θεμελιώδους υποχρέωσης του κράτους. - Οι υπέρμαχοι του βιοϊατρικού μοντέλου δεν συμφωνούν με την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση.

Επισήμανση 2: Η έμπρακτη συμφωνία με τις αρχές του πλαισίου δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη ακόμη και όταν δηλώνεται ή είναι θεσμικά κατοχυρωμένη.

Παραδείγματα: Το ποσοστό των δαπανών υγείας των κρατών μελών της ΕΕ που κατευθύνεται στην πρόληψη είναι μόλις 3% (για το πεδίο της ΨΥ μόλις 1%) χωρίς η επάρκεια, το δίκαιο και η αποτελεσματικότητα της κατανομής αυτής να τεκμηριώνεται από οποιοδήποτε δεδομένο. - Οι πολίτες δεν έχουν ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή έχουν πρόσβαση υπό προϋποθέσεις (ασφαλιστικά συστήματα). Καθώς η ισχύς του πλαισίου αναφοράς θεωρείται δεδομένη μπορούμε να προχωρήσουμε στην παρουσίαση των δεδομένων που θα μας επιτρέψουν να συνεχίσουμε την ανάλυσή μας και να καταλήξουμε σε πρακτικά συμπεράσματα.

i) Υγεία του Πληθυσμού

Τα στατιστικά του πεδίου της Ψυχικής Υγείας χειροτερεύουν διαρκώς και δραματικά. Οι ετήσιες αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικές. Καθώς η ανάλυση απευθύνεται σε ήδη ενημερωμένους ειδικούς θα παρατεθούν πολύ λίγα ενδεικτικά στοιχεία. Πληρέστερη εικόνα παρέχεται στα σχετικά links.

- Η κατάθλιψη επηρεάζει 264 εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο, μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας.
- Έως και 450 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από ψυχική διαταραχή ή διαταραχή συμπεριφοράς.
- Σχεδόν 1 εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο. Περίπου οι μισές από όλες τις παθήσεις ψυχικής υγείας ξεκινούν από την ηλικία των 14 ετών και η αυτοκτονία είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου σε νέους ηλικίας 15-29 ετών.
- Τέσσερις από τις έξι κύριες αιτίες των ετών που ζουν με αναπηρία οφείλονται σε νευροψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, διαταραχές χρήσης αλκοόλ, σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή).
- Μία στις τέσσερις οικογένειες έχει τουλάχιστον ένα μέλος με ψυχική διαταραχή. Τα μέλη της οικογένειας είναι συχνά οι κύριοι φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
- Σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος μεταξύ 76% και 85% των ατόμων με ψυχικές παθήσεις δεν λαμβάνουν καμία θεραπεία για την κατάστασή τους, παρά τα στοιχεία ότι μπορούν να παρασχεθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε οποιοδήποτε πλαίσιο πόρων.
- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πεθαίνουν 20 χρόνια νεότερα από τον γενικό πληθυσμό.
- Ο εκτιμώμενος επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ το 2015 ήταν 110 εκατομμύρια, που ισοδυναμεί με το 12% του συνολικού πληθυσμού ανά πάσα στιγμή. Η συμπερίληψη διαταραχών χρήσης ουσιών αυξάνει τον αριθμό αυτό κατά 27 εκατομμύρια (σε 15%), ενώ η συμπερίληψη νευρολογικών διαταραχών όπως η άνοια, η επιληψία και οι διαταραχές κεφαλαλγίας αυξάνει το σύνολο κατά περισσότερα από 300 εκατομμύρια, σε 50%.
- Οι θάνατοι από αυτοκτονία σχετίζονται στενά με ψυχικές ασθένειες, με περίπου το 90% να αποδίδεται σε ψυχικές ασθένειες σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Στην ευρωπαϊκή περιοχή του ΠΟΥ, το



ποσοστό αυτοκτονιών είναι απαράδεκτα υψηλό. Το 2015, το τυποποιημένο ποσοστό αυτοκτονιών ηλικίας ήταν 14,1 ανά 100 000 πληθυσμού και για τα δύο φύλα μαζί, πάνω από τον παγκόσμιο μέσο όρο των 13,6.

- Ο μέσος όρος εργατικού δυναμικού της ΜΗ αποκρύπτει μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών. Για παράδειγμα, ο αριθμός των ψυχιάτρων ανά 100 000 κατοίκους κυμαίνεται από 48 ανά 100 000 στη Νορβηγία και 24 στην Πολωνία έως 7 στη Βουλγαρία.

Αν και από τα παραπάνω στοιχεία δεν απεικονίζονται διαχρονικές τάσεις, η διαρκής επιβάρυνση της εικόνας αποτελεί κοινή πεποίθηση.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf

<https://reliefweb.int/report/world/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health-13-%09may-2020>

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019>

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-on-the-sdgs-mental-health-2018>

Συμπέρασμα: οι ασκούμενες πολιτικές στο πεδίο της ΨΥ έχουν απογοητευτικά αποτελέσματα και δεν ανταποκρίνονται στην αρχή της εξασφάλισης της Υγείας ως θεμελιώδους κρατικής λειτουργίας.

Δημιουργούνται εύλογα ερωτηματικά για τις αιτίες της αποτυχίας: ανικανότητα ή έλλειψη πολιτικής βούλησης?

ii) Οικονομικά της Ψυχικής Υγείας

Υφιστάμενη κατάσταση

- Η κατάθλιψη και το άγχος έχουν σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο. το εκτιμώμενο κόστος για την παγκόσμια οικονομία είναι **1 τρισεκατομμύριο δολάρια** ΗΠΑ ετησίως σε χαμένη παραγωγικότητα.
- Διαθέσιμη έρευνα κόστους-οφέλους για στρατηγικές για την αντιμετώπιση των σημείων ψυχικής υγείας προς τα καθαρά οφέλη. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη μελέτη με επικεφαλής τον ΠΟΥ εκτιμά ότι για κάθε 1 δολάρια ΗΠΑ σε μια κλιμακωτή θεραπεία για κοινές ψυχικές διαταραχές, υπάρχει μια απόδοση 4 δολαρίων ΗΠΑ σε βελτιωμένη υγεία και παραγωγικότητα.
- Δραματικά δυσανάλογη χρηματοδότηση: Οι χώρες του ΠΟΥ ξοδεύουν κατά μέσο όρο μόνο το 2% τους προϋπολογισμούς υγείας τους για την ψυχική υγεία (...) Παρά την τεράστια παγκόσμια οικονομική επιβάρυνση των συνθηκών ψυχικής υγείας, οι δαπάνες ανέρχονται μόνο στο 1% των συνολικών δαπανών υγείας από τις κυβερνήσεις στην ευρωπαϊκή περιοχή του ΠΟΥ. Από αυτές τις δαπάνες, το 69% αφιερώθηκε σε κρατικά ψυχιατρεία.

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-in-the-workplace>

Οι τρεις ακόλουθες αναφορές μας βοηθούν να προσεγγίσουμε την κατάσταση με απόλυτους αριθμούς και αποκαλύπτουν την πραγματικές τάσεις και προθέσεις:

Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis

Chisholm et al - Δημοσίευση στο Lancet: April 12, 2016 <https://bit.ly/3a6ba1b>





«Η καθαρή παρούσα αξία των επενδύσεων που απαιτούνται κατά την περίοδο 2016–30 για ουσιαστική αύξηση της αποτελεσματικής κάλυψης θεραπείας για κατάθλιψη και διαταραχές άγχους εκτιμάται σε 147 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ. Οι αναμενόμενες αποδόσεις αυτής της επένδυσης είναι επίσης σημαντικές. Όσον αφορά τον αντίκτυπο στην υγεία, η κλιμακωτή θεραπεία οδηγεί σε 43 εκατομμύρια επιπλέον χρόνια υγιούς ζωής κατά την περίοδο κλιμάκωσης. Η τοποθέτηση μιας οικονομικής αξίας σε αυτά τα υγιή χρόνια ζωής παράγει μια καθαρή παρούσα αξία 310 δισεκατομμυρίων \$. Εκτός από αυτά τα εγγενή οφέλη που σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας, η κλιμακωτή θεραπεία κοινών ψυχικών διαταραχών οδηγεί επίσης σε μεγάλα κέρδη οικονομικής παραγωγικότητας (καθαρή παρούσα αξία 230 δισεκατομμυρίων δολαρίων για κλιμακούμενη θεραπεία κατάθλιψης και 169 δισεκατομμύρια δολάρια για διαταραχές άγχους)».

Ας κάνουμε την απλή αριθμητική πράξη που περιγράφεται παραπάνω: Επενδύσεις συνολικού κόστους 147 δις θα απέδιδαν συνολικά οφέλη (310 + 230 + 169 =) 709 δις. **Άρα θα προέκυπτε καθαρό τελικό όφελος (709 – 147=) 562 δις.**

Investing in global mental health: the time for action is now

Paul Summergrad, Δημοσίευση στο Lancet, Απρίλιος 2016 <https://bit.ly/3g9fAs1>

Τα συμπεράσματα των Chisholm et al επικυρώνονται και επαυξάνονται από τον Summergrad ο οποίος εξετάζοντας τους λόγους για την υστέρηση των απαραίτητων χρηματοδοτήσεων αναφέρει:

«(...) Επιπλέον, **οι ψυχικές ασθένειες είναι πολύ στιγματισμένες**. Όντας στο όριο της συμπεριφοράς, της νευροβιολογίας και του πολιτισμού, παραμένουν - ανεξάρτητα από την αιτία - οι πιο οικείες και προσωπικές ιατρικές διαταραχές και προκαλούν προσδοκίες για αυτοέλεγχο και πιο παραδοσιακές απόψεις για την ανθρώπινη φύση. Ανεξάρτητα από αυτές τις προκλήσεις, μέσω της επίμονης υπεράσπισης, η ψυχική υγεία ενσωματώθηκε επίσημα στους Στόχους Αειφόρου Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών για την περίοδο 2016–30. Ωστόσο, οι ανησυχίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα ή την εφικτότητα των επενδύσεων σε ψυχικές διαταραχές μπορεί να συνεχίσουν να εμποδίζουν τις απαραίτητες επεμβάσεις ευρείας κλίμακας. **Οι ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν ένα πολύ μικρό ποσοστό των εθνικών δαπανών για την υγεία ή εξωτερική υποστήριξη**»

Sustainable development and global mental health—a Lancet Commission

Patel et al, 2016 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00208-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00208-7)

«(...) Παρά τα στοιχεία αυτά, σε καμία χώρα δεν είναι η επένδυση σε προγράμματα ψυχικής υγείας ανάλογη με το βάρος αυτών των διαταραχών και οι περισσότερες χώρες με χαμηλό εισόδημα επενδύουν λιγότερο από το **1% του προϋπολογισμού για την υγεία τους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας**. Η αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία από τις πλουσιότερες χώρες του κόσμου δεν είναι καλύτερη, με **λιγότερο από το 1% να αφιερώνεται στην ψυχική υγεία από το 2007**. Η συστηματική διάκριση **εναντίον ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας** - από κοινότητες έως πρωτοβάθμια παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε εθνική και παγκόσμια χάραξη πολιτικής - **καθιστά την ψυχική υγεία την πιο παραμελημένη από όλες τις συνθήκες ανθρώπινης υγείας**. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι αυτή η παραμέληση έχει αναφερθεί ως **«αποτυχία της ανθρωπότητας»**.



Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from *Disease Control Priorities, 3rd edition*

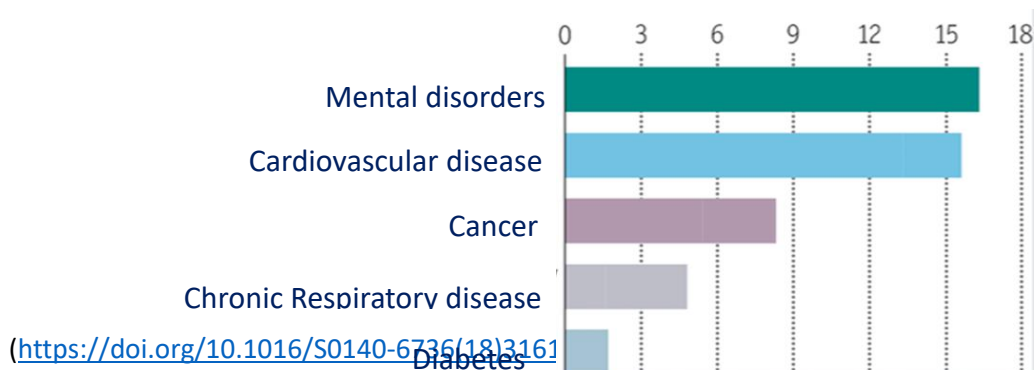
Patel, Chisholm et al, 2015 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)

«Το φορτίο των ψυχικών, νευρολογικών και των διαταραχών χρήσης ουσιών (MNS) αυξήθηκε **κατά 41% μεταξύ 1990 και 2010** και τώρα αντιπροσωπεύει ένα στα 10 χαμένα χρόνια υγείας παγκοσμίως. Αυτή η απογοητευτική στατιστική δεν λαμβάνει υπόψη τη σημαντική περίσσεια θνησιμότητας που σχετίζεται με αυτές τις διαταραχές ή τις κοινωνικές και **οικονομικές συνέπειες** των διαταραχών MNS στα προσβεβλημένα άτομα, τους φροντιστές τους και την κοινωνία».

Τάσεις των οικονομικών της ΨΥ – προβλέψεις για το 2030

• **Επιτροπή Lancet για την παγκόσμια υγεία και τη βιώσιμη ανάπτυξη**

Οι προβλέψεις για οικονομικές απώλειες εξ αιτίας μη μεταδιδόμενων ασθενειών τοποθετούν τις ψυχικές ασθένειες στην πρώτη θέση για την περίοδο 2011 – 2030 ξεπερνώντας τα \$ 16 τρισεκατομμύρια



- **Παγκόσμιο Οικονομικό Φόρουμ - Table 13: Mental illness costs expected to more than double by To ετήσιο κόστος των ψυχικών ασθενειών αναμένεται να υπερδιπλασιαστεί μέχρι το 2030 - από την εκτίμηση των US\$ 2.5 τρις το 2010 αύξηση σε US\$ 6.0 τρις το 2030.**
(Costs shown in billions of 2010 US\$)

	Low- and Middle-Income Countries			High-Income Countries			World		
	Direct Costs	Indirect costs	Total cost	Direct Costs	Indirect costs	Total cost	Direct Costs	Indirect costs	Total cost
2010	287	583	870	536	1088	1624	823	1671	2493
2030	697	1416	2113	1298	2635	3933	1955	4051	6046

http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf

Συμπέρασμα: οι πολιτικές για την Ψυχική Υγεία υποχρηματοδοτούνται δραματικά και αγνοείται συστηματικά το προφανές οικονομικό όφελος από την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών ενώ το στίγμα καταχωρείται ως παράγοντας που συνεισφέρει στη διαμόρφωση των αποφάσεων. Οι τάσεις επιβεβαιώνουν την πρόβλεψη για επιδείνωση.



Δημιουργούνται εύλογα ερωτηματικά για τα αίτια των επιλογών: είναι σαφής πολιτική βούληση για τη διατήρηση των ΨΔ ή για τη διαφύλαξη άλλων οικονομικών συμφερόντων?

iii) Πρόληψη

- Το ποσοστό των δαπανών υγείας των κρατών μελών της ΕΕ που κατευθύνεται στην πρόληψη είναι μόλις 3% (για το πεδίο της ΨΥ μόλις 1%)
- Στον Πίνακα 17: **“Best Buy” interventions for NCD prevention and control** της έκθεσης του Παγκόσμιου Οικονομικού Φόρουμ δεν περιλαμβάνεται **καμία δράση πρόληψης** σχετική με την Ψυχική Υγεία σε αντίθεση με τις άλλες μεγάλες κατηγορίες μη μεταδιδόμενων ασθενειών
- Η οικονομική περίπτωση μιας καλλίτερης ψυχικής υγείας (The economic case for better mental health)

Martin Knapp, Valentina Lemmi. Δημοσίευση LSE 2014, <https://bit.ly/3tCkI0R>

Η μελέτη υποστηρίζεται από εκτεταμένο πλήθος αναφορών σε σχετικές έρευνες ώστε δεν χρειάζεται να παρατεθούν εδώ πρόσθετες πηγές.

«Βασικά στατιστικά στοιχεία

Το 2000, το κόστος υπηρεσιών που συνδέεται με τις παιδικές ψυχιατρικές διαταραχές ήταν 12 φορές μεγαλύτερο για τις εκπαιδευτικές υπηρεσίες πρώτης γραμμής από ό, τι για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Πάνω από 25 χρόνια, η συνολική απόδοση από τα προγράμματα γονικής μέριμνας για παιδιά με διαταραχή συμπεριφοράς είναι μεταξύ 2,8 και 6,1 φορές το κόστος παρέμβασης, μεγάλο μέρος αυτού μέσω μείωσης της εγκληματικότητας.

Οι υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης που παρέχουν εντατική υποστήριξη στους νέους που βιώνουν ένα πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο μπορούν να συμβάλουν στην αποφυγή σημαντικών δαπανών υγείας και κοινωνικής περίθαλψης: πάνω από 10 χρόνια ίσως 15 λίρες σε κόστος μπορούν να αποφευχθούν για κάθε 1 λίρα που επενδύεται.

£1 σε κάθε £8 που δαπανάται στην Αγγλία σε μακροπρόθεσμες συνθήκες συνδέεται με την κακή ψυχική υγεία.

Περισσότερο από το 11% του προϋπολογισμού του NHS δαπανάται για τη θεραπεία ψυχικών ασθενειών – αλλά το έμμεσο κόστος από την ανεργία, τις απουσίες και τις παρουσιάσεις μπορεί να είναι υψηλότερο. Αυτές οι έμμεσες δαπάνες ανήλθαν συνολικά σε £ 30.3 δισεκατομμύρια στην Αγγλία το 2009/10 σε όλες τις ψυχικές ασθένειες, σε σύγκριση με το άμεσο κόστος υγείας και κοινωνικής περίθαλψης των £ 21.3 δισεκατομμυρίων.

Το οικονομικό κόστος μιας ολοκληρωμένης αυτοκτονίας για κάποιον σε ηλικία εργασίας στο Ενωμένο Βασίλειο υπερβαίνει το 1,6 εκατομμύρια λίρες.

Συμπεράσματα

Απαιτούνται προσπάθειες για τη βελτίωση της μετάφρασης και της εφαρμογής της γνώσης, για την αντιμετώπιση ορισμένων βαθιά ριζωμένων στιγματιστικών στάσεων απέναντι στις ψυχικές ασθένειες και τους ανθρώπους που την βιώνουν, καθώς και για την αντιμετώπιση των ελλείψεων κατάλληλα εκπαιδευμένων επαγγελματιών (όπως οι ψυχολόγοι). Απαιτούνται επίσης προσπάθειες για τη συμμετοχή παραγόντων σε πολλούς τομείς – όχι μόνο της υγείας, αλλά και της κοινωνικής





περίθαλψης, της στέγασης, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης, της ποινικής δικαιοσύνης, της κοινωνικής πρόνοιας κ.ο.κ.– δεδομένων των σύνθετων επιπτώσεων της αιτιολογίας και των ευρύτερων επιπτώσεων πολλών προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι δαπάνες για τεκμηριωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μια επένδυση που θα αποφέρει ποιότητα ζωής και οικονομικά μερίσματα σε μεγάλο μέρος της κοινωνίας, για πολλά χρόνια.

Προτάσεις πολιτικής

Τα πιθανά δια βίου μειονεκτήματα που συνδέονται με προβλήματα ψυχικής υγείας απαιτούν μακροπρόθεσμη στρατηγική δράση.

Η καλύτερη **ενσωμάτωση της σωματικής και ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης**, η οποία θα ενθαρρυνθεί από τους επανασχεδιασμένους μηχανισμούς παροχών, θα βελτιώσει περαιτέρω την ποιότητα και την παραγωγικότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Απαιτούνται εθνικές και τοπικές προσπάθειες για **την αντιμετώπιση των επίμονων αρνητικών στάσεων απέναντι στις ψυχικές ασθένειες**, ιδίως όσον αφορά τη σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις. Η πρόσβαση σε θεραπείες (και ως εκ τούτου στις θεραπευτικές παροχές τους) μπορεί να **κατανομηθεί άδιστα** ανά εθνικότητα, φύλο, ηλικία, γλώσσα, θρησκεία, εισόδημα ή τόπο διαμονής.»

Όμως η διάσταση της πρόληψης δεν περιορίζεται στην ενημέρωση και συμβουλευτική αλλά πρέπει να περιλαμβάνει και την **καταστολή πρακτικών** που οδηγούν κατά τεκμήριο στην προβληματική κατάσταση του πεδίου και το στιγματισμό των πασχόντων (ίσως και μη πασχόντων!). Χωρίς στο σημείο αυτό να ασχοληθούμε με το τι πρέπει / μπορεί να γίνει για την εξάλειψη των βαθύτερων αιτίων των ΨΔ ως ουσιαστικό τμήμα μιας στρατηγικής πρόληψης θα σταθούμε σε δύο μόνο όψεις:

- **Χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών**

Οι χρήστες επίσημα παράνομων ουσιών στιγματίζονται ποικιλότροπα για την χρήση τους και την κατάσταση στην οποία περιέχονται εξ αιτίας της παρά το γεγονός ότι είναι θύματα μιας παράνομης δραστηριότητας. Ενώ αντίθετα οφείλεται στιγματισμός σε όσους ανίκανους κρατικούς λειτουργούς είναι υπεύθυνοι για την επεξεργασία και κυρίως την πλημμελή εφαρμογή της απαγορευτικής νομοθεσίας παραμένουν στο απυρόβλητο. Όπως είναι φανερό δεν χρειάζεται καμία απόδοση προθέσεων, μια υποχρεωτική ετήσια τελετή των συναρμόδιων Υπουργείων παρουσίασης των στατιστικών της περιόδου από τους εξ αντικείμενου υπευθύνους (ακόμη και αν ήταν οι «τελευταίοι τροχοί της αμάξης») θα συνεισέφερε καθοριστικά στην πρόληψη.

- **Παράνομες πρακτικές εμπορικής προώθησης**

Έχει ήδη επισημανθεί η συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων από μη επαγγελματίες της ΨΥ σε μη διαγνωσμένους ασθενείς. Για την πτυχή της αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς ας ασχοληθούν οι επαγγελματίες τους ενώσεις με τα αρμόδια πειθαρχικά συμβούλια ή και τα αρμόδια ποινικά και αστικά δικαστήρια για τη διερεύνηση και ποινική καταδίκη των περιπτώσεων ιατρικής αμέλειας ή καταλογισμό αστικής ευθύνης για την περίπτωση ιατρικού λάθους. Όμως παράλληλα και σε επίπεδο πολιτικών το κίνητρο για τις αντιδεοντολογικές αυτές συμπεριφορές να πρέπει να αναζητηθεί στις παράνομες πρακτικές εμπορικής προώθησης για τις οποίες τακτικά καταδικάζονται οι φαρμακευτικές εταιρείες. Ένα από τα αποτελέσματα των πρακτικών αυτών είναι η παροχή ισχυρών κινήτρων για υπερβολική συνταγογράφηση ή τη





συνταγογράφηση σε άτομα που δεν έχουν ανάγκη τη συγκεκριμένη θεραπεία, ανεξάρτητα από τις αναμφισβήτητες αρνητικές συνέπειες στους λήπτες.

Δυστυχώς όμως οι περιπτώσεις των αθέμιτων πρακτικών εμπορικής προώθησης αντιμετωπίζονται στα πλαίσια του εμπορικού δικαίου και σχεδόν πάντα διευθετούνται με διοικητικούς – οικονομικούς διακανονισμούς από τους οποίους επιπλέον οι άμεσα βλαπτόμενοι δεν ωφελούνται στο παραμικρό. Οι παρακάτω περιπτώσεις είναι χαρακτηριστικές:

«Η AstraZeneca συμφώνησε πρόσφατα να πληρώσει 520 εκατομμύρια δολάρια για να διευθετήσει τις ομοσπονδιακές έρευνες σχετικά με τις πρακτικές μάρκετινγκ της Seroquel - οι οποίες μόνο πέρυσι απέφεραν στην εταιρεία 4,9 δισεκατομμύρια δολάρια σε πωλήσεις. Η Γραμματέας Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, Κάθλιν Σεμπέλιους, σημείωσε ότι η εταιρεία έδωσε παράνομες αμοιβές σε γιατρούς ως μέρος ενός παράνομου συστήματος εμπορίας φαρμάκων για μη εγκεκριμένες χρήσεις». (...) Η AstraZeneca είναι η τέταρτη φαρμακευτική εταιρεία που κατέληξε σε οικονομικό διακανονισμό στα τρία τελευταία χρόνια για παράνομες εμπορικές πρακτικές. Σύμφωνα με τους Times, η Pfizer πλήρωσε \$2.3 δις για off-label promotion του παυσίπνου Bextra και Geodon in 2009. Τον ίδιο χρόνο, η Eli Lilly πλήρωσε \$1.4 δις για παράνομη προώθηση του Zyprexa. ([Zyprexa](#), olanzapine – Bipolar disorder, Schizophrenia). Το 2007, η Bristol-Myers-Squibb πλήρωσε \$515 εκ για να διακανονίσει πρόστιμα για το Abilify. ([Abilify](#), aripiprazole – Bipolar disorder, Depression, Schizophrenia)” Τα παραπάνω παραδείγματα είναι ενδεικτικά και δεν εξαντλούν την εικόνα, το γνωστό σκάνδαλο Novartis δεν έχει κλείσει ακόμη σε μια σειρά κρατών.

Πηγές: <https://www.psychiatrictimes.com/view/top-25-psychiatric-medications-big-business-and-price-pay>

<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/MHE-SHEDDING-LIGHT-REPORT-Final-1.pdf>

Κρίνοντας από τα τελικά αποτελέσματα των παραπάνω περιπτώσεων και τη διαρκή εμφάνιση παρόμοιων, διαπιστώνουμε ότι η ακολουθούμενη αντιμετώπιση μπορεί να επηρεάζει (ενδεχομένως) συγκυριακά την κερδοφορία αλλά σε καμία περίπτωση δεν απειλεί ουσιαστικά τη βιωσιμότητα των εταιρειών ώστε να ληφθεί σοβαρά υπ’ όψη ένας παρόμοιος κίνδυνος. Με την έννοια αυτή, η υφιστάμενη προσέγγιση σε διεθνές επίπεδο δεν έχει καμία αποτρεπτική δύναμη, άρα και κανένα αποτέλεσμα πρόληψης που θα είχε, για παράδειγμα, μια απαγόρευση κυκλοφορίας ενός φαρμάκου που βαρύνεται με παράνομες πρακτικές προώθησης.

Στην πράξη, οι τάσεις στο πεδίο αυτό προοιωνίζουν ένα πολύ ζοφερότερο μέλλον καθώς ακόμη και οι ρυθμιστικές αρχές δέχονται ισχυρές πιέσεις από το σύστημα δικαιοσύνης για τον περιορισμό της δικαιοδοσίας και της ισχύος τους. Ο προσανατολισμός του νομικού συστήματος των ΗΠΑ σε ανώτατο επίπεδο προς την υπεράσπιση του δικαιώματος των φαρμακευτικών εταιρειών στις παράνομες εμπορικές πρακτικές είναι μία από τις χαρακτηριστικότερες περιπτώσεις ευτελισμού της έννοιας της δημοκρατίας αφού επιστρατεύεται η κατοχύρωση της ελευθερίας του λόγου για τον ποταπό αυτό σκοπό και καθιστά τη συζήτηση περί στίγματος και δικαιωμάτων ένα ζήτημα για αφελείς:

«Η FDA παίρνει τη θέση ότι ένας κατασκευαστής φαρμάκων δεν μπορεί να προωθήσει το φάρμακο του για μια μη εγκεκριμένη χρήση, και ότι οποιαδήποτε τέτοια προώθηση είναι ψευδής και παραπλανητική απλά και μόνο επειδή έχει εγκριθεί από τη FDA. Ωστόσο, πολλές χρήσεις εκτός ετικέτας είναι στην πραγματικότητα αποτελεσματικές και ασφαλείς, όπως αποδεικνύεται από την επακόλουθη έγκριση από τον FDA τέτοιων χρήσεων για πολλά φαρμακευτικά προϊόντα. Το Ανώτατο Δικαστήριο έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια να





αντιμετωπίζει τα όρια μεταξύ της κυβερνητικής ρύθμισης των φαρμακευτικών προϊόντων και της εγγύησης ελευθερίας του λόγου της Πρώτης Τροπολογίας. Ορισμένοι νομικοί παρατηρητές έχουν προτείνει ότι η τάση των αποφάσεων του Δικαστηρίου μπορεί τελικά να μειώσει την ικανότητα του FDA να εμποδίζει την ευρύτερη διάδοση πληροφοριών εκτός ετικέτας σχετικά με εγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Μια επιτροπή τριών δικαστών του *United States Court of Appeals for the Second Circuit* στο Μανχάταν αποφάνθηκε στις 5 Δεκεμβρίου 2012 ότι ένας εκπρόσωπος πωλήσεων ναρκωτικών ο οποίος διώχθηκε ποινικά για την πραγματοποίηση διαφημιστικών δηλώσεων εκτός ετικέτας σχετικά με τον *Xyrem* είχε υποστεί παραβίαση του δικαιώματος του στην ελευθερία του λόγου».

Πηγή: Wikipedia https://en.wikipedia.org/wiki/Marketing_of_off-label_use

Συμπέρασμα: Η διάσταση της πρόληψης στις πολιτικές για την Ψυχική Υγεία είναι απόλυτα υποβαθμισμένη παρά τα προφανή λειτουργικά και οικονομικά πλεονεκτήματα από ενδεχόμενη υιοθέτηση και ενίσχυσή της. Το στίγμα εμφανίζεται σαν ιδιαίτερα ενεργός παράγοντας για την απώθηση πολιτικών πρόληψης.

Δημιουργούνται εύλογα ερωτηματικά για τη βάση της κυρίαρχης προσέγγισης: μήπως προτιμώνται άλλα πολιτικά και οικονομικά πλεονεκτήματα που η παθητική στάση απέναντι στις ΨΔ εξασφαλίζει?

ΣΤ. ΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΟΥΜΕ ΝΑ ΔΩΣΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Έχουμε μέχρι εδώ περιγράψει το στίγμα σαν σοβαρό εξωγενή παράγοντα διαμόρφωσης των πολιτικών για την Ψυχική Υγεία ενώ έχει καταδειχθεί η αναποτελεσματικότητα αυτών των κυρίαρχων πολιτικών για την πρόληψη και αντιμετώπιση των Ψυχικών Διαταραχών και του στιγματισμού καθ' εαυτού.

Τα στοιχεία δεν οδηγούν από μόνα τους σε ενέργειες. Μας βοηθούν να προχωρήσουμε σε υποθέσεις για τα αίτια που γεννούν την κατάσταση ώστε να σχεδιαστεί η αντιμετώπισή τους. Εκτιμώντας ότι ένα σύστημα που ορίζει τον κόσμο για πάνω από 200 χρόνια και εξασφαλίζει τη διατήρησή του μάλλον διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες για την πραγμάτωση των στόχων του. Έτσι φαίνεται λογικό να αποκλείσουμε την πιθανότητα της ανικανότητας ως ερμηνείας της τραγικής κατάστασης στο πεδίο της ΨΥ. Τότε, βέβαια, απομένει μόνο η περίπτωση της σκόπιμης και αποτελεσματικής εφαρμογής πολιτικών οι οποίες πολύ απλά έχουν άλλους στόχους από την αντιμετώπιση των προβλημάτων της Ψυχικής Υγείας.

Για να τεκμηριώσουμε ότι η υπόθεση αυτή ευσταθεί και δεν ανήκει στη σφαίρα της επιστημονικής φαντασίας ή ιδεολογημάτων, ας χρησιμοποιήσουμε την κλασική μέθοδο εξιχνίασης των εγκλημάτων: πτώμα έχουμε, αυτό της Ψυχικής Υγείας. Πρέπει να αναζητήσουμε το κίνητρο και το όπλο.

«Follow the money».

Έχει δειχθεί ότι, παρά τις επίσημες διακηρύξεις το προφανές και σημαντικότερο κόστος για κράτη και υπερεθνικά μορφώματα που προκύπτει από την τόσο επιβαρυσμένη κατάσταση στο πεδίο της ΨΥ, συντρέχουν υποχρηματοδότηση ή/και διατήρηση ζημιόγων πολιτικών. Έχοντας αποκλείσει το



ενδεχόμενο της πολιτικής ανικανότητας, η μόνη λογική ερμηνεία είναι ότι τα κέρδη από άλλους τομείς υπερτερούν της ζημίας που προκαλείται. Μπορούμε να αναζητήσουμε τέτοια κέρδη σε προφανή αλλά και αφανή πεδία:

- Κατ' αρχήν στη φαρμακευτική βιομηχανία. Και μάλιστα χωρίς αυτή να περιορίζεται στην παραγωγή ψυχιατρικώνσκευασμάτων και τα δίκτυα διανομής τους καθώς είναι τεκμηριωμένη η συσχέτιση των ΨΔ με σειρά άλλων φυσικών παθήσεων και η συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων από μη επαγγελματίες ΨΥ.
- Στον τομέα της ιατρικής έρευνας στη γενετική, τη γηριατρική και την αναπηρία.
- Στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών ΨΥ και μάλιστα μη περιοριζόμενη στις δομές και στους επαγγελματίες ΨΥ καθώς είναι τεκμηριωμένη η συνταγογράφηση από γενικούς γιατρούς.
- Στο πεδίο των εξαρτήσεων (παραγωγή, διακίνηση και χρήση νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών) αλλά και στο πεδίο του τζόγου.

Θα ήταν ενδιαφέρουσα μια οργανωμένη έρευνα για την αποτίμηση της αξίας των παραπάνω οικονομικών δραστηριοτήτων και μια απόπειρα περιγραφής του τοπίου για την παγκόσμια οικονομία με μια μείωση των προβλημάτων ΨΥ κατά 10% ή 20% σε πέντε χρόνια. Και χωρίς όμως αυτά, είναι δεδομένο ότι τα οικονομικά μεγέθη είναι αδιανόητα και υπερβαίνουν κατά πολύ το 1 τρις, το μεγαλύτερο από τα στατιστικά στοιχεία που έχουμε αναφέρει, αν συνυπολογίσουμε ότι οικονομίες κρατών ολόκληρων είναι συνδεδεμένες με την παραγωγή εξαρτησιογόνων ουσιών. Μπορεί κανείς λοιπόν βάσιμα να υποθέσει ότι, από οικονομική άποψη, η μη αντιμετώπιση των προβλημάτων της ΨΥ εξασφαλίζει τη διατήρηση πολλαπλάσιων κερδών από τους άλλους τομείς, κατά συνέπεια είναι μία ορθή επιχειρηματικά και αποδοτική διαχειριστικά απόφαση. Και σαν τέτοια μπορεί να αποτελέσει το **οικονομικό κίνητρο** για τις κυρίαρχες πολιτικές στρατηγικές και πρακτικές που εκπονούνται και υλοποιούνται σε θεσμικό / κυβερνητικό επίπεδο. Η μεγάλη εικόνα βοηθάει συχνά να χάνεται η προσωπική κατάσταση. Ίσως εδώ βρίσκεται και η απόδειξη της διατύπωσης των Patel et al: **«Η συστηματική διάκριση εναντίον ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας ... καθιστά την ψυχική υγεία την πιο παραμελημένη από όλες τις συνθήκες ανθρώπινης υγείας. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι αυτή η παραμέληση έχει αναφερθεί ως «αποτυχία της ανθρωπότητας».**

«It is power, stupid».

Η παραπάνω αποκλειστικά οικονομική εξήγηση οδηγεί στο σχηματισμό μιας εικόνας της κρατούσας πολιτικής τάξης ως απλού υποχείριου, ή εταίρου δεύτερης κατηγορίας, νόμιμων και παράνομων οικονομικών συμφερόντων.

Η έννοια του κέρδους όμως δεν περιορίζεται σε αυτή του θετικού ταμειακού αποτελέσματος για μια δεδομένη χρονική στιγμή. (Συμβαίνει, εξ άλλου, η αξία του corporate brand και μόνο να ξεπερνά ορισμένες φορές την αποτίμηση του συνόλου του ενεργητικού της εταιρείας). Οι όροι που εξασφαλίζουν την αποκόμιση κερδών είναι εξ ίσου σημαντικοί με τα κέρδη τα ίδια, παρ' ότι άυλοι και μη επιδεχόμενοι οικονομικής αποτίμησης. Και οι όροι αυτοί, με μια λέξη, δεν είναι άλλοι παρά η δύναμη που χρειάζεται η πολιτική εξουσία για την επιβολή της ώστε να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στον προορισμό της. Η πολιτική εξουσία αντλεί τη δύναμη από το εκλογικό σώμα που, κατά σύμβαση, εκπροσωπεί και το οποίο της αναθέτει τη διακυβέρνηση εν' ονόματί του. Ο έλεγχος αυτού του εκλογικού σώματος επιτυγχάνεται πείθοντας κατ' αρχήν ένα τμήμα του ότι είναι ο αυθεντικός εκφραστής των συμφερόντων του τμήματος, παράμετρος που δεν μας αφορά στην



παρούσα ανάλυση. Καθώς, όμως, το τμήμα αυτό δεν αποτελεί συνήθως την κοινωνική / εκλογική πλειοψηφία, είναι απαραίτητο

- να μεθοδεύσει είτε τον προσεταιρισμό ενός συμπληρωματικού τμήματος (που αισθάνεται συγγενικό) είτε/και
- να ελέγξει, περιθωριοποιήσει και αδρανοποιήσει άλλα, μη προνομιούχα και κατά τεκμήριο αντίπαλα τμήματα.

Με την τελευταία αυτή διαδικασία μπορεί να συμπληρωθεί η μεταφορά του εγκλήματος. Ύστερα από το πτώμα και το κίνητρο που εντοπίσαμε παραπάνω, βρισκόμαστε κοντά στην ανακάλυψη του όπλου.

Το όπλο είναι το στίγμα.

Το βρίσκουμε πεταμένο μετά το φόνο στις φυλακές, στα σχολεία και τα στέκια της νεολαίας, στις στρατιές των ανέργων, στις πιάτσες των ναρκωτικών, στις γειτονιές των μειονοτήτων, στα control rooms των ΜΜΕ, στον καλλιεργημένο ψευδή φόβο βίας για τις ΨΔ, στους εκλογικούς καταλόγους.

Στην έρευνά μας για το όπλο θα μας βοηθήσουν τα πρόσφατα στοιχεία (Μάρτιος 2021) που παρέχονται στο <https://www.nami.org/mhstats> από την National Alliance on Mental Health, τη μεγαλύτερη οργάνωση βάσης των ΗΠΑ για την ΨΥ:

Για τις Ψυχικές Διαταραχές

- Το 18,4% των ενηλίκων στις ΗΠΑ με ψυχική ασθένεια εμφάνισαν επίσης διαταραχή χρήσης ουσιών το 2019 (9,5 εκατομμύρια άτομα)
- Η αυτοκτονία είναι η 2η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των ατόμων ηλικίας 10-34 ετών στις ΗΠΑ.
- Η αυτοκτονία είναι η 10η κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ.
- Το συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών στις ΗΠΑ έχει αυξηθεί κατά 35% από το 1999.
- Το 46% των ανθρώπων που πεθαίνουν από αυτοκτονία είχαν διαγνωστεί σε κατάσταση ψυχικής υγείας.
- Το 90% των ανθρώπων που πεθαίνουν από αυτοκτονία είχαν παρουσιάσει συμπτώματα ψυχικής υγείας.
- Οι λεσβίες, οι ομοφυλόφιλοι και οι αμφιφυλόφιλοι νέοι είναι 4 φορές πιο πιθανό να επιχειρήσουν αυτοκτονία από την ευθεία νεολαία.
- Οι διεμφυλικοί ενήλικες είναι σχεδόν 12 φορές πιο πιθανό να επιχειρήσουν αυτοκτονία από τον γενικό πληθυσμό.

Για το παιδί και τους νέους:

- Το 50% όλων των ψυχικών ασθενειών της ζωής αρχίζει από την ηλικία των 14 ετών και το 75% από την ηλικία των 24 ετών
- 1 στους 6 νέους των ΗΠΑ ηλικίας 6-17 ετών βιώνουν μια διαταραχή ψυχικής υγείας κάθε χρόνο
- Το 50% όλων των ψυχικών ασθενειών της ζωής αρχίζει από την ηλικία των 14 ετών και το 75% από την ηλικία των 24 ετών
- Η αυτοκτονία είναι η 2η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ ατόμων ηλικίας 10-34 ετών



- Το 50,6% των νέων των ΗΠΑ ηλικίας 6-17 ετών με διαταραχή ψυχικής υγείας έλαβαν θεραπεία το 2016
- Το 70,4% των νέων στο σύστημα δικαιοσύνης ανηλίκων έχουν διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια

Για τη κατανομή των ΨΔ ανά δημογραφική ομάδα

Δημογραφική ομάδα	Ετήσιος επιπολασμός ΨΔ μεταξύ των ενηλίκων (%)	% επί του συνολικού πληθυσμού	Ετήσιες τιμές θεραπείας ενηλίκων (%)
Non-Hispanic Asian:	14.4	5.8	23.3
Non-Hispanic white:	22.2	59.7	50.3
Non-Hispanic black or African-American:	17.3	12.5	32.9
Non-Hispanic American Indian or Alaska Native:	18.7	0.9	43.0
Non-Hispanic mixed/multiracial:	31.7	2.3	
Non-Hispanic Native Hawaiian or Other Pacific Islander:	16.6	0.2	
Hispanic or Latino:	18.0	18.7	33.9
Lesbian, Gay or Bisexual:	44.1		

Για τις υπηρεσίες υγείας

- Η μέση καθυστέρηση μεταξύ εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας και θεραπείας είναι 11 έτη
- Το 55% των κομητειών των ΗΠΑ δεν έχουν ούτε έναν εν ενεργεία ψυχίατρο.

Για τη σχέση πασχόντων και εφαρμογής του νόμου

- Περίπου 2 εκατομμύρια φορές κάθε χρόνο, άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια κρατούνται σε φυλακές.
- Περίπου 2 στους 5 ανθρώπους που είναι φυλακισμένοι έχουν ιστορικό ψυχικής ασθένειας
- Το 66% των γυναικών στη φυλακή ανέφεραν ότι είχαν ιστορικό ψυχικής ασθένειας, σχεδόν διπλάσιο από το ποσοστό των ανδρών στη φυλακή.
- Σχεδόν ένας στους τέσσερις ανθρώπους που πυροβολήθηκαν και σκοτώθηκαν από αστυνομικούς μεταξύ 2015 και 2020 είχε πρόβλημα ψυχικής υγείας.
- Η αυτοκτονία είναι η κύρια αιτία θανάτου για τους ανθρώπους που κρατούνται στις τοπικές φυλακές.
- Το 70% των νέων στο σύστημα δικαιοσύνης ανηλίκων έχουν διαγνωσμένη κατάσταση ψυχικής υγείας.
- Οι νέοι υπό κράτηση έχουν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από ψύχωση από ό,τι οι νέοι στην κοινότητα.
- Περίπου 50.000 βετεράνοι κρατούνται σε τοπικές φυλακές - το 55% αναφέρει ότι βιώνει ψυχική ασθένεια.



- Μεταξύ των φυλακισμένων ατόμων με κατάσταση ψυχικής υγείας, τα μη λευκά άτομα είναι πιο πιθανό να πάνε στην απομόνωση, να τραυματιστούν και να παραμείνουν περισσότερο στη φυλακή.
- Περίπου 3 στα 5 άτομα (63%) με ιστορικό ψυχικής ασθένειας δεν λαμβάνουν θεραπεία ψυχικής υγείας ενώ είναι φυλακισμένοι σε κρατικές και ομοσπονδιακές φυλακές.
- Λιγότεροι από τους μισούς ανθρώπους (45%) με ιστορικό ψυχικής ασθένειας λαμβάνουν θεραπεία ψυχικής υγείας ενώ κρατούνται σε τοπικές φυλακές.
- Οι άνθρωποι που έχουν υγειονομική κάλυψη μετά την αποφυλάκισή τους είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε υπηρεσίες που μειώνουν την υποτροπή.

Με λίγα λόγια **μη θετικά διακεείμενες κοινωνικές ομάδες και κατηγορίες αποδυναμώνονται και περιθωριοποιούνται** παραμένοντας ευάλωτες σε ΨΔ (με το στιγματισμό εμποδίζεται η αναζήτηση θεραπείας και ορθώνονται αποκλεισμοί από κοινωνικές ευκαιρίες) με αποτέλεσμα τη χειραγώγηση, την ακύρωση του εν δυνάμει ριζοσπαστικού λόγου ή και τον εξοβελισμό από τις πολιτικές διαδικασίες.

Το όπλο του στίγματος το βρίσκουμε και φανερό στα οριζόντια στερεότυπα της «σιωπηρής πλειοψηφίας» που προωθούνται και διακονίζονται από τους μηχανισμούς κατασκευής τους (π.χ. η έντονη σύνδεση της βίας με τις ΨΔ παρά την επιστημονική τεκμηρίωση για το αντίθετο) αλλά και κρυμμένο στις φιλανθρωπικού τύπου χαρακτήρα εκκλήσεις για την εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων την ίδια στιγμή που:

- Σημαντικό μέρος του κλήρου με τη δογματική κάλυψη της εκκλησίας εφαρμόζει το επίσημο δόγμα της αυτοκτονίας ως αμαρτίας και πάσχοντες υφίστανται στιγματισμό ακόμη και «μετά θάνατον». Η ακραία αυτή στάση δεν είναι ούτε καν ένα απομεινάρι του παρελθόντος καθώς οι μάρτυρες της πίστεως εθελούσια ανέβαιναν στο σταυρό, την πυρά ή πρόσφεραν τον εαυτό τους ως βορά των θηρίων. Αποτελεί απλά την ιδεολογική διαχείριση της ακραίας δήλωσης ελευθερίας που σηματοδοτεί η πράξη της αυτοκτονίας ή οποία, με την ευκαιρία, παρέχει και την πλήρη απόδειξη της ελεύθερης βούλησης που χωρίς αυτήν δεν υπάρχει η έννοια της αμαρτίας. Αποτέλεσμα του κοινωνικού στίγματος της αυτοκτονίας ο αριθμός των μη επίσημα χαρακτηρισμένων αυτοκτονιών υπερβαίνει, κατά ορισμένες αναφορές, έως και τις 25 φορές αυτόν των επίσημα δηλωνόμενων.
- Οι χρήστες επίσημα παράνομων ουσιών στιγματίζονται ποικιλότροπα για την χρήση τους και την κατάσταση στην οποία περιέχονται εξ αιτίας της, ενώ όσοι ανίκανοι κρατικοί λειτουργοί που είναι υπεύθυνοι για τη μη αποτελεσματική εφαρμογή της απαγορευτικής νομοθεσίας παραμένουν στο απυρόβλητο όπως προαναφέρθηκε.
- Οι κοινότητες αυτοβοήθειας (φυσικές ή online) συμμετέχουν ελάχιστα στις κυρίαρχες πολιτικές για την Ψυχική Υγεία.

Και όταν το στίγμα δεν επαρκεί για να εξουθενώσει ένα πολίτη (μέλος εθνικής μειονότητας, φυλακισμένο, νέο, LGBT, ανασφάλιστο, άνεργο, εξαρτημένο) τότε επιστρατεύονται τα μεγάλα όπλα: η ουσιαστική αφαίρεση της ίδιας της ιδιότητας του πολίτη μέσω των πλαισίων και του τρόπου εφαρμογής του τρόπου εφαρμογής της δικαστικής συμπαράστασης ή κυρίως της ακούσιας νοσηλείας. Για το τελευταίο θα αναφερθούμε στην περίπτωση της Ελλάδας, μιας χώρας που διεκδικεί τη θλιβερή πρωτοκαθεδρία με τρόπο που μας ξαναφέρνει στον πυρήνα του ζητήματος που πραγματευόμαστε. Είναι χαρακτηριστικός ο τίτλος της μελέτης του καθηγητή Κοινωνικής Ψυχιατρικής Στ. Στυλιανίδη και





της Ειδικής Επιστημονικής Συνεργάτιδας του Συνηγόρου του Πολίτη Αι. Πανάγου: «**Ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα: από την ανάγκη θεραπείας στον θάνατο των δικαιωμάτων**», 2018.

<https://bit.ly/3v4cdqg>. Παραθέτουμε δύο μόνο χαρακτηριστικά αποσπάσματα:

«(...) Σε κάθε περίπτωση, όμως, συνιστά μια διπλή ρωγμή στα δικαιώματα του ανθρώπου: στέρηση της ελευθερίας και υποβολή σε ιατρικές πράξεις χωρίς συναίνεση και χωρίς προηγούμενη διάπραξη παραβατικής πράξεως ή συμπεριφοράς (Βιδάλης, 1995; Χρυσόγονος, 2006; Φυτράκης, 2007; Giannoulis, 2018). Όμως, η στέρηση της ελευθερίας ενός ατόμου αποτελεί βάνουση προσβολή ατομικού δικαιώματος και επιβάλλεται μόνο για την τέλεση εγκλήματος, αφού μάλιστα μεσολαβήσει καταδικαστική απόφαση. Γι αυτό, η ακούσια νοσηλεία, στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης, αντιμετωπίζεται κυρίως ως μορφή στέρησης της ελευθερίας, όπως η φυλάκιση (Murdoch, 2006).»

«(...) Είναι άραγε δυνατόν να κάνει κανείς λόγο για προστασία των δικαιωμάτων, την στιγμή που στην Ελλάδα ο ακούσιος εγκλεισμός κινείται μεταξύ του 50-60% των εισαγωγών; Σε κανένα από τα Κράτη - Μέλη της Ε.Ε. ο αριθμός αυτός δεν ξεπερνά το 7-8%. Στις χώρες αυτές η πρωτοβάθμια περίθαλψη λειτουργεί ως ηθμός των εισαγωγών και ιδιαίτερα των ακούσιων εγκλεισμών.»

Το μέχρι πρότινος υφιστάμενο καθεστώς επιδεινώνεται περισσότερο με σχετική πρόσφατη Υπουργική Απόφαση (2020) η οποία έχει κατακριθεί σκληρά από μεγάλο μέρος της επιστημονικής κοινότητας. Αντιγράφουμε από την παρέμβαση του δικηγόρου Γιάννη Αλεξάκη, μέλους της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές:

«Η θεσμική εκτροπή που δημιουργείται στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι προφανής, καθώς δεν καθορίζονται στην εν λόγω υπουργική απόφαση με τρόπο σαφή και ορισμένο οι όροι και οι προϋποθέσεις «που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία». Ούτε ορίζεται με σαφήνεια ο τρόπος «διασύνδεσης των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές», ενώ ταυτόχρονα παρακάμπτεται και δεν αναφέρεται το παραμικρό σχετικά με «τους όρους και τον τρόπο παρακολούθησης των ασθενών από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας» κ.λ.π., όπως επιβάλλουν οι διατάξεις του άρθρου 16, ν. 2716/19991[2] και του άρθρου 101 παρ. 2 ν. 2071/19922[3].

Σημειωτέων, η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές έχει δεχθεί και επιβεβαιώσει καταγγελίες για μακροχρόνιες ακούσιες νοσηλείες ψυχικά πασχόντων σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, καθώς και άλλες παρατυπίες».

"[ΤΟ ΚΟΥΤΙ ΤΗΣ ΠΑΝΔΩΡΑΣ](#)", 30-10-2020.

Για την αποφυγή του κινδύνου μιας μονομερούς, ελληνοκεντρικής, προσέγγισης θα προστρέξουμε στη διαφωτιστική έκθεση «Πρόσβαση στη Δικαιοσύνη των ατόμων με Ψυχοκοινωνικές αναπηρίες και προβλήματα ΨΥ» («Access to Justice for Persons with Psychosocial Disabilities & Mental Health Problems: Reflection Paper and Promising Practices», Mental Health Europe, March 2021)





ΕΠΙΛΟΓΟΣ - Τι να κάνουμε ?

Το κείμενο αυτό θα μπορούσε να διαβαστεί και ανάποδα, από το τέλος προς την αρχή.

Να ξεκινήσει, δηλαδή, από την παράθεση του βασικού ισχυρισμού ότι ο στιγματισμός αξιοποιείται πολλαπλά ως μηχανισμός

- ελέγχου των πασχόντων
- διατήρησης των αιτίων που προκαλούν ΨΔ και επιδείνωσής τους
- συσκότισης της ανεπάρκειας των ασκούμενων πολιτικών για την Ψυχική Υγεία
- αξιοποίησης των ΨΔ για την αναπαραγωγή της κυρίαρχης ιδεολογίας σχετικά με τη διαφορετικότητα και τη εν τέλει διατήρηση της κρατούσας κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής τάξης.

Να συνεχίσει αναδεικνύοντας το οικονομικό και πολιτικό ενδιαφέρον για τη διατήρηση της τραγικής και διαρκώς επιδεινούμενης κατάστασης της Ψυχικής Υγείας

Να περιγράψει τη φύση και το περιεχόμενο και τις μεθόδους στιγματισμού και να καταλήξει στο πραγματικό του υπόβαθρο που είναι οι κυρίαρχες αντιλήψεις για τα αίτια και τη φύση των ψυχικών διαταραχών (ορισμός της Ψυχικής Υγείας). Και με αυτή την ανάστροφη διαδρομή θα φθάναμε πάλι στο συμπέρασμα ότι **οι δομικές αλλαγές στο οικοδόμημα της ΨΥ είναι μια από τις προϋποθέσεις της αντιμετώπισης του στίγματος.**

Και αυτές τις αλλαγές καλούμαστε να τις επιβάλλουμε και υλοποιήσουμε εμείς γιατί κανείς άλλος δεν μπορεί να πραγματοποιήσει το αίτημα ελευθερίας που ενυπάρχει σε κάθε ψυχική έκφραση, είτε ονομαστεί διαταραχή είτε οτιδήποτε άλλο.

- Η πανδημία προσέφερε την τρανότερη απόδειξη για τα αίτια των ψυχικών διαταραχών: ο κορωνοϊός φαίνεται να πολλαπλασιάζει το γονίδιο της κατάθλιψης, αλλιώς δεν εξηγείται ο τουλάχιστον διπλασιασμός της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών.
- ο πόλεμος ενάντια στο ΚΕΘΕΑ εν μέσω πανδημίας την αποκάλυψη ενός τρόπου της πολλαπλής αξιοποίησης των εξαρτήσεων αλλά και την καταπολέμηση(!) της αύξησης κατά 60% της χρήσης κοκαΐνης
- η ασυλία των εμπόρων ναρκωτικών φανερώνει την αποθέωση της διαπλοκής των μεγάλων οικονομικών συμφερόντων με την πολιτική εξουσία και
- ο κίνδυνος ευτελισμού του οράματος του Franco Basaglia μέσα από τον τρόπο υλοποίησης της αποασυλοποίησης στην Ελλάδα την επίγνωση ότι **ψυχιατρική και κλειστές πόρτες δεν συμβαδίζουν.**

Ας μετρήσουμε το στίγμα, γιατί μάλλον ένα μέλος ενός Ομίλου Τένις των Βορείων προαστίων της Αθήνας και ένας υδραυλικός από το Περιστερι δεν στιγματίζονται το ίδιο ακόμη και αν πάσχουν από την ίδια ψυχική διαταραχή

Ας μελετήσουμε τους στιγματιστές, γιατί δεν βαρύνει όλους το στίγμα του στιγματισμού

Ας μελετήσουμε τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των πασχόντων και στιγματιζόμενων

Ας αναλύσουμε τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

ΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΟΥΜΕ ΚΑΠΟΤΕ ΑΛΗΘΙΝΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ» γιατί ενώ στις 289 σελίδες της μοναδικής έκθεσης αξιολόγησης που



υπάρχει και αναφέρεται στην περίοδο 2010 – 2014, ενώ έχουν καταχωρηθεί αναρίθμητα στοιχεία χρηματοδοτήσεων, δομών, προσλήψεων και ότι άλλων, μόνο δύο μόνο αράδες από τη σελίδα 221 έχουν αληθινή σημασία:

Αποδοτικότητα της ΨΜ		
Δείκτες αποδοτικότητας της ΨΜ	Συνολικός δείκτης αποδοτικότητας της ΨΜ & Δείκτης αποδοτικότητας ανά άξονα της ΨΜ	Δεν δύναται να υπολογισθεί.
Επιπτώσεις της ΨΜ		
Επιπτώσεις στον πληθυσμό	Βελτίωση του επιπέδου της ψυχικής υγείας του πληθυσμού	Δεν έχει γίνει κάποια σχετική έρευνα για τον υπολογισμό των επιπτώσεων της ΨΜ στη βελτίωση της ΨΥ του πληθυσμού.

https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/Eval_Report_2014.pdf

Με μια φράση: πόσοι μπήκαν, πόσοι βγήκαν και πώς βγήκαν

Και τότε, και μόνο τότε, θα μπορούμε

- να ερμηνεύσουμε, για παράδειγμα, την ουσιαστική απουσία της Ψυχικής Υγείας από το EU4HEALTH και HORIZON, τα βασικά προγράμματα για την Υγεία και την Έρευνα της ΕΕ για την περίοδο 2021 – 2027,
- να μιλήσουμε για το μετασχηματισμό των πολιτικών Ψυχικής Υγείας που ευαγγελίζεται ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,
- να κατανοήσουμε τους λόγους της συστηματικής υποβάθμισης της έμπρακτης ενσωμάτωσης της Φυσικής Δραστηριότητας και Άσκησης στην ευρύτερη προσέγγιση της Ψυχικής Υγείας παρά την ευρεία και από χρόνια επιστημονική τεκμηρίωσή της
- να διαμορφώσουμε θέσεις για την Ψυχική Υγεία που να διαθέτουν την απαραίτητη αίσθηση ευθύνης και λογοδοσίας και να κινητοποιήσουμε πάνω σε αυτά τους πολίτες.

Για να γίνουμε συγκεκριμένοι, ας εξετάσουμε τις ακόλουθες προτάσεις αξόνων δράσης αλλά και όποιες άλλες η ευρύτερη αναζήτηση και συνεργασία θα αποδώσει:

1. **Ενίσχυση της αυτόνομης οργάνωσης, διάδρασης, και δημόσιας έκφρασης των ληπτών υπηρεσιών ΨΥ** – ενθάρρυνση της δημιουργίας τυπικών ή άτυπων δομών, με φυσική ή ηλεκτρονική μορφή, και υποστήριξή τους
2. **Ισχυρή θεσμική αναγνώριση του ρόλου των οργανώσεων των ληπτών υπηρεσιών ΨΥ** – Ισχυρές διαδικασίες διαβούλευσης και αξιολόγησης / λογοδοσίας
3. **Σαφής προσδιορισμός των ρόλων και των ορίων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα**



4. Περιφρούρηση των διαδικασιών διαμόρφωσης πολιτικών και παροχής υπηρεσιών από εξωγενείς παράγοντες – Δημοσίευση / διαχείριση δεδομένων – Διαδικασίες αυτοδέσμευσης και ελέγχου
5. Εμπέδωση της αντίληψης του στίγματος ως ζητήματος δημόσιας υγείας στους επαγγελματίες και τους φορείς του πεδίου – Ανάπτυξη πρωτοκόλλων αντιμετώπισης του στίγματος, ενσωμάτωση στα εκπαιδευτικά περιεχόμενα
6. Συντονισμός δράσης των δικτύων και οργανισμών των πεδίων Ψυχικής Υγείας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων – οι μικρόκοσμοι συντηρούν το σίγμα
7. Εκτεταμένη και προσαρμοσμένη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την κατάσταση στο πεδίο και την πραγματική πρόληψη – Η Ψυχική Υγεία είναι υπόθεση του καθενός ως μελλοντικά πασχόντων όσο η κατάσταση διαιωνίζεται.
8. Εντατικοποίηση της επιστημονικής έρευνας - γενεσιουργά αίτια, μορφές χαρακτηριστικά των Ψυχικών Διαταραχών, διάλογος και αποκατάσταση.
9. Ποσοτική και ποιοτική αναβάθμιση των πολιτικών Ψυχικής Υγείας σε υπερεθνικά και εθνικά πλαίσια.
10. Ανοικτές πόρτες - ο παράγοντας κλειδί για την επιτυχία καθεμιάς από τις παραπάνω κατευθύνσεις

Και ύστερα από αυτά το σίγμα θα έχει εξαφανιστεί γιατί θα το έχουμε εμείς ξεριζώσει στην πράξη χωρίς να εστιάζουμε ούτε καν να μιλάμε γι' αυτό, κάνοντας απλά τη δουλειά μας.

Γιατί το σίγμα είναι ένα ζήτημα Δημόσιας Υγείας(*)

(*) «Addressing Stigma. Towards a More Inclusive Health System»

Chapter 2 – Stigma is a Public health Issue.

The Chief Public Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2019

<https://bit.ly/3gCszCL>

