

Από το ασυλιακό περιβάλλον στην κοινότητα: Οι ΚοιΣΠΕ ως μηχανισμός κοινωνικής επανένταξης

Μαρία Μουζάκη¹, Χαράλαμπος Ν. Δημόπουλος², Δημοσθένης Ν.
Κασσαβέτης³ και Κυριάκος Σουλιώτης⁴

Περίληψη

Η διαχείριση της ψυχικής ασθένειας ακολουθεί τις εκάστοτε κυριαρχούσες κοινωνικές αντιλήψεις, με αποτέλεσμα να διαπιστώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στην έννοια, όπως και στο πρότυπο του ψυχικά ασθενούς. Κατά τη διάρκεια των αιώνων η ψυχική ασθένεια γίνεται συνώνυμο της επικινδυνότητας και της επιθετικότητας, «απειλώντας» την κοινωνική συνοχή της κοινότητας. Ο μοναδικός τρόπος διαχείρισης αυτής της απειλής ήταν ο περιορισμός της εντός του οικογενειακού και του ασυλιακού περιβάλλοντος, υπό το φόβο του στίγματος της ίδιας της οικογένειας. Μία αντίδραση που σχετίζεται άμεσα με το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια και ευθύνεται για τα φαινόμενα αποκλεισμού και πολλαπλών διακρίσεων που αντιμετωπίζουν. Με την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα, η φροντίδα των ψυχικά ασθενών μεταφέρεται στην κοινότητα, στοχεύοντας στον αποϊδρυματισμό και στην κοινωνική τους επανένταξη, περιορίζοντας παράλληλα το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Σε αυτή τη διαδικασία ο ρόλος των κοινωνικών συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ) είναι καθοριστικός, διότι προωθούν της ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μέσω της παροχής απασχόλησης σε άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: ψυχική ασθένεια, κοινωνικός αποκλεισμός, άσυλο, κοινωνική επανένταξη.

¹Κοινωνιολόγος, MSc, Διδάκτωρ στους τομείς Κοινωνικής Πολιτικής και Άτυπου Κοινωνικού Ελέγχου, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. email: marmouzaki@yahoo.com.

² Καθηγητής Εγκληματολογίας της Νομικής Σχολής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και Επισκέπτης Καθηγητής στο Philips University. email: h.dimopoulos@philipsuni.ac.cy.

³ Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνιολογίας του Δικαίου της Νομικής Σχολής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Μέλος ΣΕΠ στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και μέλος του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών. email: dkassavetis@otenet.gr.

⁴ Καθηγητής Πολιτικής Υγείας στη Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Ιδρυτής και Επιστημονικός Διευθυντής του Ινστιτούτου Πολιτικής Υγείας. email: ksouliotis@uop.gr.

Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια των αιώνων, η κοινωνική αντίδραση απέναντι στην ψυχική ασθένεια αναδιαμορφώνεται, ακολουθώντας ουσιαστικά τις εκάστοτε κυριαρχούσες κοινωνικές, πολιτιστικές και ιστορικές αντιλήψεις. Ένα συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε ένα πλήθος μελετητών, αναδεικνύοντας παράλληλα τις σημαντικές διαφοροποιήσεις που έχουν επέλθει στον προσδιορισμό, όπως και στο περιεχόμενο της ψυχοσυναισθηματικής ευαλωτότητας. Αλλαγές που διαμορφώνουν πρότυπα και συμπεριφορές, επηρεάζοντας την κοινωνική και την προσωπική ταυτότητα των ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι μοιάζουν να βρίσκονται συχνά εγκλωβισμένοι ανάμεσα σε γνωματεύσεις και πιθανότητες.

Σύμφωνα με τον Murphy (1976), σε κάθε πολιτιστικό πλαίσιο παρατηρούνται διαχρονικά, εξειδικευμένοι ρόλοι και πρακτικές, προκειμένου να περιγράψουν και να προσδιορίζουν άτομα των οποίων η συμπεριφορά διαφοροποιείται, παρεκκλίνει από τα πρότυπα της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς. Οι συμπεριφορές αυτές μοιάζουν να είναι παρόμοιες με εκείνες που αποκαλούνται σήμερα ως «ψυχωτικές». Στο έργο του, *Η ιστορία της τρέλας*, ο Foucault (2004), κατέδειξε την πολυδιάστατη ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας. Μία ιστορία που έχει ως ορόσημο τον 17^ο αιώνα, όπου η «τρέλα» ιατρικοποιείται και πραγματοποιείται ο «Μεγάλος Εγκλεισμός».

Κατά την αρχαία ελληνική και ρωμαϊκή σκέψη, η ψυχική ασθένεια ερμηνευόταν ως ένα αποτέλεσμα κακών πνευμάτων. Μία θεώρηση που συναντάται και στους αρχαίους λαούς της Μεσοποταμίας, όταν στις πρωτόγονες κοινωνίες η ψυχική διαταραχή προσδιοριζόταν σαν μία εκδήλωση κάποιου θεικού πνεύματος (Pilgrim, Rogers, 2004:28, Λέκκα, 2012:18). Με την εδραίωση του χριστιανισμού, τα αίτια της ψυχικής ασθένειας επανακαθορίζονται, αποκτώντας έναν διφορούμενο, διπλό χαρακτήρα που αναπροσαρμόζεται ανά περίπτωση. Τις περισσότερες φορές η ψυχική ασθένεια γίνεται συνώνυμο του διαβόλου · σπανιότερα, ερμηνεύεται και αντιμετωπίζεται ως μία «θεική μορφή τρέλας», που εκδηλώνεται στους οσίους, στους μάρτυρες και στους προφήτες (Λέκκα, 2012:27-28).

Η ταύτιση της ψυχικής ασθένειας με την αμαρτία, είχε ως αποτέλεσμα τη δαιμονοποίηση και το στιγματισμό της. Για την κοινή γνώμη, ο ψυχικά ασθενής συνιστά

μία απειλή απέναντι στην ευημερία και στην ευδαιμονία της κοινότητας, η οποία πρέπει να κατασταλεί, για να μην «μολύνει» άλλα μέλη. Μία ασέβεια που τιμωρείται με τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση τόσο του ίδιου, όσο και της οικογένειάς του (Foucault,2004:9). Πράγματι, πολλοί ψυχασθενείς θεωρήθηκαν αιρετικοί και θανατώθηκαν από την Ιερά Εξέταση. Πραγματοποιούνται οι πρώτες απόπειρες εγκλεισμού σε ιδρύματα, εγκαταλελειμμένους χώρους, φυλακές καθώς και σε μοναστήρια, όπου οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες, με τους εγκλείστους να συνωσιάζονται γεγονός που είχε αντίκτυπο στη σωματική τους υγεία (Μάνος, 1997:19). Αξίζει δε σε αυτό το σημείο να επισημανθεί, ότι οι χώροι αυτοί δεν πρέπει να ταυτίζονται με τα σημερινά ιδρύματα, εξαιτίας ακριβώς των εγκλείστων, οι οποίοι προέρχονται από διάφορες ευπαθείς, περιθωριοποιημένες και αποκλίνουσες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των εγκληματιών, των ηλικιωμένων, των ορφανών και άλλων κοινωνικών ομάδων (Λέκκα,2012:29).

Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπήρχαν εξαιρέσεις. Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο ιδρύεται στη Βαλένσια, όταν το 1524 περίπου, ο Ισπανός Juan Luis Vives περιέγραψε τις προϋποθέσεις λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων, εισάγοντας τις έννοιες της αμφιθυμίας και των συνειρμών (Μάνος,1997:20). Παράλληλα, εμφανίζονται συστηματικές μελέτες σε ζητήματα ψυχικής ασθένειας, διαμορφώνοντας μία νέα εποχή, κατά την οποία τίθενται τα όρια μεταξύ της «φυσιολογικότητας» και της «μη φυσιολογικότητας». Μία διάκριση που οφείλεται στις αλλαγές που επιφέρει η Βιομηχανική Επανάσταση, βάσει των οποίων οι δυνατότητες ένταξης του ατόμου στην παραγωγική διαδικασία και στις νέες κοινωνικές τάξεις καθορίζουν την κοινωνικά αποδεκτή, φυσιολογική συμπεριφορά. Ο Foucault (2004), τοποθετεί αυτή τη διάκριση κατά τον 17ο αιώνα, όπου η «τρέλα» ιατροκοποιείται και πραγματοποιείται ο «Μεγάλος Εγκλεισμός». Η εδραίωση της ιδρυματικής διαχείρισης της «τρέλας», συνέβαλε στη συγκρότηση και στην ανάπτυξη των επιστημών της Ψυχιατρικής και της Ψυχοπαθολογίας, έχοντας ως στόχο τη θεραπεία και τη διαχείρισή της (Μπαϊρακτάρης,2007:28-29).

Τον 18^ο αιώνα, η εικόνα της ψυχικής υγείας μεταβάλλεται εκ νέου. Μαζί με τα ιδιωτικά ιδρύματα δημιουργούνται ιδρύματα δημόσιου και φιλανθρωπικού χαρακτήρα, όπου οι τρόφιμοι ανήκουν στα μεσαία και στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα (Λέκκα, 2012:45). Οι αλλαγές αυτές, καθώς και η εισαγωγή νέων μεθόδων θεραπείας αναδιαμόρφωσαν

το περιεχόμενο της ψυχιατρικής, με αποτέλεσμα, ήδη από τον 19ο αιώνα να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα. Στην Αγγλία, ο ανθρωπισμός συμβάλει στην ανθρωπιστική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Το ιδρυματικό πλαίσιο επανασχεδιάζεται, ενώ ο όρος *moral insanity* (ηθική παραφροσύνη) εισάγεται στην αγγλική νομοθεσία. Το 1844 ιδρύεται η Αμερικανική Ιατρο-Ψυχολογική Εταιρεία και το *American Journal of Insanity*, τα οποία μετονομάστηκαν αργότερα στην *American Psychiatric Association* και στο *American Journal of Psychiatry*, αντίστοιχα (Μάνος,1997:23).

Παρά τις παραπάνω πρωτοβουλίες, ο τρόπος διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας συνέχιζε να εμμένει στην κατασταλτική πολιτική και ιδίως στον εγκλεισμό όσων απέκλιναν από τα κοινωνικά καθορισμένα πρότυπα της φυσιολογικότητας. Οι πάσχοντες αντιμετώπιζαν την εχθρική και σκληρή στάση της Πολιτείας, παραμένοντας περιθωριοποιημένοι, σχεδόν αποκλεισμένοι από τα κοινωνικά και ατομικά τους δικαιώματα, με την προτεινόμενη θεραπεία τους να έχει κυρίως τιμωρητικό σκοπό. Ένας τρόπος διαχείρισης που ενέτεινε το στιγματισμό και την περιθωριοποίησή τους.

Κατά τον 20^ο αιώνα, πραγματοποιούνται οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες αλλαγής του ιδρυματικού πλαισίου. Η εισαγωγή της «θεσμικής» ή «ιδρυματικής» ψυχοθεραπείας, σε συνδυασμό με τη χρήση νέων τεχνολογιών, απέβλεπαν στον «εξανθρωπισμό» των ασύλων, καθώς και στην περαιτέρω κατανόηση του ανθρώπινου σώματος. Θεραπευτικές τεχνικές αντικαθίσταται, θέτοντας τις βάσεις της αναδιοργάνωσης του θεραπευτικού μοντέλου και του ασυλιακού περιβάλλοντος (Μπαϊρακτάρης,2007:35). Το ασυλιακό περιβάλλον παύει πλέον να αντιμετωπίζεται ως ένας χώρος τοποθέτησης αυτών των ανθρώπων. Αποκτά ένα θεραπευτικό σκοπό, μιας και καλείται να διασφαλίσει και να προάγει την προστασία του ασθενούς και όχι της υπόλοιπης κοινότητας. Ο ασθενής παύει να αντιμετωπίζεται ως ένας παθητικός δέκτης. Γίνεται υποκείμενο μελέτης και παρατήρησης της ψυχιατρικής επιστήμης. Εμφανίζεται η «ηθική θεραπεία» και το «θεραπευτικό άσυλο», προϋποθέτοντας τη συναισθηματική, την ψυχολογική και ταυτοχρόνως την ηθικά υπεύθυνη θεραπεία προς τον ασθενή (Λέκκα,2012:55-56).

Αναδεικνύεται το «ψυχο-κοινωνικό» μοντέλο, στο οποίο γίνεται σύνδεση του κοινωνικού περιβάλλοντος, της οργάνωσης του κράτους, της κρατικής εξουσίας και του καταμερισμού εξουσιών. Η Ψυχιατρική προβάλλεται ως ένα εργαλείο κοινωνικού

ελέγχου, αμφισβητώντας με αυτό τον τρόπο τη θεραπευτικότητα των ιδρυματικών χώρων (Μπαϊρακτάρης,2007:36-43). Προς τα τέλη του αιώνα, εμφανίζεται το μοντέλο της αποασυλοποίησης, αποτέλεσμα του αντιψυχιατρικού κινήματος, αμφισβητώντας έντονα την ψυχιατρική επιστήμη, καθώς και την ίδια την έννοια της ψυχικής νόσου. Η θεραπεία του ασθενούς τοποθετείται πλέον στην κοινότητα, ενθαρρύνοντας ταυτόχρονα την ενεργό συμμετοχή του. Διαμορφώνονται νέοι χώροι και υπηρεσίες στις τοπικές κλινικές, στα κέντρα ψυχικής υγείας, στα τμήματα των εκάστοτε νοσοκομείων, στις υπηρεσίες αποκατάστασης, ενώ αρχίζουν να εμφανίζονται ανοικτές δομές και «προστατευμένα διαμερίσματα» (Μάνος,1997:29). Μία μέθοδος που συμβάλλει στην επανακοινωνικοποίηση των ασθενών, καθώς και στην εγκαθίδρυση της κοινωνικής συμμετοχής (Μπαϊρακτάρης, 2007:40).

Το αντιψυχιατρικό κίνημα επαναχαράζει τον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση να λαμβάνει ποικίλες μορφές, μεταξύ των οποίων διακρίνονται δύο μοντέλα. Το πρώτο, αφορά τις μικρο-κοινωνικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν στην Αγγλία, συντελώντας στη δημιουργία χώρων εκτός ψυχιατρείων και συνθηκών εργασίας για τους ασθενείς. Το δεύτερο μοντέλο που εφαρμόστηκε στην Ιταλία βασίζεται σε μία ευρύτερη μακρο-κοινωνική αλλαγή, η οποία ονομάστηκε «δημοκρατική»/ «αντι-ιδρυματική ψυχιατρική». Στόχος αυτού του μοντέλου ήταν η αποϊδρυματοποίηση, με την έννοια της αποκατάστασης όλων εκείνων των δικαιωμάτων που είναι αυτονόητα για όσους βρίσκονται έξω από το ίδρυμα. Κοινό σημείο ωστόσο αυτών των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών ήταν η προώθηση της ενεργούς συμμετοχής των ασθενών, όπως και η ανάγκη δημιουργίας εξωτερικών δομών. Τακτικές που αντικαθιστούν σταδιακά την εισαγωγή σε ένα ασυλιακό περιβάλλον, λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην αποκατάσταση και στην αποθεραπεία του ασθενούς (Μπαϊρακτάρης,2007:55-68). Μαζί με το αντιψυχιατρικό κίνημα εφαρμόζονται νέες, εναλλακτικές μορφές θεραπείας, ενώ ήδη από τη δεκαετία του 1950 δημοσιεύεται το DSM-I, η πρώτη συστηματική προσπάθεια περιγραφής και ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (Μάνος, 1997:30).

Στην Ελλάδα οι προσπάθειες αυτές έχουν ως ορόσημο τον Κανονισμό 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στον Κανονισμό, εγκρίνεται έκτακτη οικονομική ενίσχυση στη χώρα, ώστε να προχωρήσει στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή προγραμμάτων, που

θα προωθούσαν την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών, καλύπτοντας ένα σύνολο αναγκών, όπως είναι η παροχή στέγασης και η επαγγελματική αποκατάσταση.

Αρχές της δεκαετίας του 1990, πραγματοποιούνται οι πρώτες πρωτοβουλίες επαγγελματικής ένταξης των ασθενών, που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή σε ψυχιατρικούς ξενώνες στην κοινότητα. Εμφανίζονται οι πρώτες παραγωγικές μονάδες μικρής κλίμακας για ψυχικά ασθενείς, που είχαν τη μορφή της «αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας» ή του «αγροτικού συνεταιρισμού» και αποτελούν μία πρώιμη μορφή των «κοινωνικών επιχειρήσεων» ή «κοινωνικών συνεταιρισμών». Η λειτουργία αυτών των επιχειρήσεων είναι εξαιρετικά σημαντική, μιας και επιτρέπει την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη όχι μόνο των μελών τους, αλλά και των ίδιων των τοπικών κοινωνιών. Επιπλέον, συμβάλλει στην ενημέρωση της κοινής γνώμης σε ζητήματα ψυχικής υγείας και εντέλει στον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν βρίσκουν εμπόδια στην κοινωνική και στην επαγγελματική τους ένταξη. Το στίγμα παραμένει ισχυρό, ιδίως στην ελληνική κοινωνία και ευθύνεται για την περαιτέρω κοινωνική, σωματική και ψυχική τους ευαλωτότητα.

Ο πολλαπλός κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά νοσούντων

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί διαχρονικά, μία πρόκληση για την παγκόσμια κοινότητα. Πολιτικοί φορείς όπως είναι η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προχωρούν στο σχεδιασμό ειδικών παρεμβάσεων, με σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, μεταξύ των οποίων είναι τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (Heinz et al.,2015). Πολιτικές που αποσκοπούν στην κοινωνική επανένταξη αυτών των ατόμων και σχετίζονται με τη συμμετοχή του ατόμου στο κοινωνικό επίπεδο και δη στην απόλαυση των κοινωνικών του δικαιωμάτων.

Ο όρος «αποκλεισμός» υπονοεί την ύπαρξη περιορισμών στην κοινωνική ζωή, είτε αυτοί είναι ηθελημένοι είτε όχι και έγκειται στην ανικανότητα του ατόμου να συμμετέχει αποτελεσματικά στην οικονομική, στην κοινωνική και στην πολιτιστική ζωή (Καβουνίδα,2005:53). Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο αναφέρεται σε πολύ διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης και απορρέει σε ένα σύνολο κοινωνικών φαινομένων (Hall et al.,2019). Υπάρχουν άτομα, τα οποία εξαιτίας κάποιου χαρακτηριστικού τους ή των θρησκευτικών και πολιτικών τους αντιλήψεων, που

παρεκκλίνουν ή διαφέρουν από τα παραδοσιακά κοινωνικά πρότυπα, τίθενται στο κοινωνικό περιθώριο.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων με ψυχικά προβλήματα «μαστίζεται» από υψηλά ποσοστά ανεργίας, στερούνται τα νόμιμα δικαιώματα ψήφου, γάμου, αναφέροντας επίσης την έλλειψη ενός υποστηρικτικού δικτύου (Corrigan, 2004). Στην πραγματικότητα, τα άτομα αυτά βρίσκονται στο κοινωνικό περιθώριο εξαιτίας των στερεοτυπικών αντιλήψεων για την ψυχική υγεία που ενυπάρχουν στην κοινωνία και ευθύνονται για τον πολλαπλό κοινωνικό τους αποκλεισμό. Η διάγνωση μιας ψυχικής νόσου συνεπάγεται την άμεση υιοθέτηση αρνητικών στερεοτυπικών αντιλήψεων, οι οποίες συνιστούν τις κύριες αιτίες που χαρακτηρίζουν την ψυχική ασθένεια ως ένα θέμα ταμπού, συνοδευόμενο από ενοχικά συναισθήματα.

Μία εικόνα που διαφοροποιείται αισθητά ανάλογα με τη διάγνωση και την ορατότητα της διαταραχής. Η πλειοψηφία των πασχόντων με βαριές ψυχικές διαταραχές αναφέρουν διακρίσεις σε όλο το φάσμα της προσωπικής τους ζωής, καθώς και στην αναζήτηση της εργασιακής τους αποκατάστασης. Η κοινοποίηση μάλιστα της νόσου έχει αντίκτυπο στην εργασιακή τους ένταξη και ανέλιξη, όπως και στις σχέσεις με τους συναδέλφους τους. Άλλοι εργοδότες εκφράζουν την ανησυχία τους σχετικά με την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητά τους, ιδίως όταν αφορά θέσεις που απαιτούν γνωστικές δεξιότητες (Παπάνης, Βίκου, 2007:129-131). Οι Luciano και Meara (2014), συγκρίνοντας τους δείκτες ανεργίας μεταξύ του 2009 και του 2010 στις Η.Π.Α., διαπίστωσαν ότι το 39% εκείνων που έπασχαν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια είχαν εισόδημα κάτω των 10.000, με το αντίστοιχο ποσοστό για τα υγιή άτομα να ανέρχεται στο 23%. Τον εργασιακό αποκλεισμό φαίνεται να βιώνουν και οι ασθενείς με άλλες πιο ήπιες μορφές διαταραχών, με την εικόνα να είναι περαιτέρω δυσσιώπη για τους άνω των 49 ετών.

Οι ψυχικά πάσχοντες, συνήθως εκλαμβάνονται ως εξαιρετικά επικίνδυνοι, βίαιοι, ανίκανοι για εργασία. Αρνητικές αντιλήψεις που οδηγούν συχνά στην εσωτερίκευση του στίγματος, στην ενσωμάτωση δηλαδή αυτών των αρνητικών χαρακτηριστικών, με αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και γενικότερα στην αυτοεικόνα του ατόμου. Μία διαδικασία που επηρεάζει όλο το φάσμα της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, την αυτοεκτίμηση, προκαλώντας ανάλογες συμπεριφορές. Οι διακρίσεις αυτές έχουν

επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και κυρίως στην υποτροπή του ασθενούς (Corrigan and Watson,2002,Goffman,2001).

Οι ψυχικά πάσχοντες μοιάζουν να βρίσκονται εγκλωβισμένοι σε ένα φαύλο κύκλο κοινωνικού αποκλεισμού και περιθωριοποίησης, με σαφείς συνέπειες σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα άτομα αυτά, εξαιτίας του στίγματος που ενυπάρχει στην κοινότητα και τον αυξημένο κίνδυνο φτώχειας που αντιμετωπίζουν, παραμένουν «εξαρτημένα» από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή το σύστημα περίθαλψης, μιας και οι ίδιοι από μόνοι τους δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα προς το ζην τους. Μία εξάρτηση που επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και την αυτοεικόνα τους, καθώς και τις δυνατότητες κοινωνικής τους ένταξης.

Οι ανεπαρκείς και σπασμωδικές κρατικές παρεμβάσεις απέναντι σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα, ευθύνονται για τη γενικότερη οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, αλλά και για την ανάπτυξη συνδρόμων εξουθένωσης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν οι φροντιστές τους. Η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας συνιστά έναν επιπλέον παράγοντα αναπαραγωγής του στίγματος και της περιθωριοποίησης, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις οικογενειών, κυρίως σε λιγότερο ανεπτυγμένες, αγροτικές περιοχές, οι οποίες συνηθίζουν να χρησιμοποιούν το «αλυσόδεμα» ως μέθοδο περιορισμού του ασθενούς, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις καθημερινές τους υποχρεώσεις (Hall et al.,2019:10-11).

Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, ο ψυχικά ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει εκτός από την ίδια τη νόσο, το κοινωνικό στίγμα, το φόβο και την προκατάληψη της κοινωνίας για αυτήν του τη διαφορετικότητα. Αρνητικές προκαταλήψεις που εκφράζονται και μέσω των νόμων, δημιουργώντας εμπόδια στην καθημερινότητά τους, ακόμα και στην πρόσβαση βασικών αγαθών που για τους περισσότερους ανθρώπους θεωρούνται αυτονόητα. Η εξαναγκαστική νοσηλεία για παράδειγμα, αποτελεί ένα ενδεικτικό παράδειγμα διακρίσεων και παραβίασης των δικαιωμάτων τους. Πολλές φορές, ο ασθενής εξαναγκάζεται να ακολουθήσει μία φαρμακευτική αγωγή που του επιβάλλεται, έστω και αν ο ίδιος είναι ικανός να δώσει ή να μην δώσει τη συγκατάθεσή του.

Στην Ελλάδα, υπάρχει η δυνατότητα ακούσιας νοσηλείας (Ν.2071/1992), έπειτα από αίτημα του/της συζύγου, του συγγενή του ασθενούς ή αυτεπάγγελα από τον

εισαγγελέα. Μία διάταξη ιδιαίτερος προβληματική, όπως φανερώνει η έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη (2007), σύμφωνα με την οποία το 55%-60% των εισαγωγών στα ψυχιατρεία γίνονται χωρίς τη θέληση των ψυχικά ασθενών –όταν το αντίστοιχο ποσοστό σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται στο 7%-8%- με το 97% των ασθενών να μεταφέρεται από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ. Μία τακτική που επί της ουσίας, υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως «δυνάμει επικίνδυνων ατόμων» και όχι ασθενών. Υπήρξε εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό σε ποσοστό 94%, ενώ στις μισές περίπου περιπτώσεις των εξετασθέντων φακέλων δεν βρέθηκε κλήση για δίκη και σε ποσοστό 84% περίπου, δεν βρέθηκε δικαστική εντολή για εγκλεισμό. Στο εξωτερικό υπάρχουν και άλλες μορφές υποχρεωτικής θεραπείας έξω από νοσοκομειακές εγκαταστάσεις. Μία από αυτές είναι η δέσμευση του ατόμου με απόφαση του δικαστηρίου, κατά την οποία επιβάλλεται στον ασθενή να λαμβάνει την φαρμακευτική θεραπεία του και να ακολουθεί συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, ως προϋπόθεση για την παραμονή του εκτός του χώρου του νοσοκομείου.

Πολλοί πάσχοντες επίσης, ακριβώς λόγω του φόβου του στίγματος και των διακρίσεων «επιλέγουν» είτε να μην λάβουν –ή και να μην ακολουθήσουν- κάποια θεραπεία είτε να μην αναζητήσουν θεραπεία. Μία συμπεριφορά που ανατροφοδοτεί το φαύλο κύκλο του στίγματος. Είναι δε εντυπωσιακό ότι και στην περίπτωση που τα συμπτώματα της νόσου υποχωρήσουν, καθιστώντας το άτομο λειτουργικό, ικανό να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο, το στίγμα και οι διακρίσεις εις βάρος του θα παραμείνουν, περιορίζοντας τις πιθανότητες του για κοινωνική επανένταξη (Sartorius,Schulze,2005).

Στερεότυπα που πλήττουν όχι μόνο το οικείο περιβάλλον του ασθενούς, αλλά και την ίδια τη στάση της οικογένειας. Υπάρχουν οικογένειες που βιώνουν αισθήματα ντροπής, θυμού, ενοχής και άλλες, που αντιμετωπίζουν την κατάσταση αυτή με ζεστασιά και αποδοχή. Μία στάση που διαφοροποιείται αισθητά ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Ειδικότερα, τα αρνητικά συναισθήματα φαίνεται να δημιουργούνται από μέλη της οικογένειας κυρίως, κατά την πρώτη νοσηλεία στο ψυχιατρείο, όπου πολλές οικογένειες αποκρύπτουν το περιστατικό. Αντίθετα, η συναισθηματική κατάσταση μεταβάλλεται, όταν το μέλος τους έχει νοσηλευτεί περισσότερες φορές στο ψυχιατρείο ή για μακρύτερα χρονικά διαστήματα (Ζήση,2002:172-173). Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν

υπάρχουν εξαιρέσεις που συνδέονται με το ευρύτερο πολιτιστικό πλαίσιο και το αξιακό σύστημα που το διέπει.

Η κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη του ψυχικά ασθενούς

Επί δεκαετίες, το ζήτημα της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά νοσούντων αποσιωπούσαν επιμελώς, ακριβώς λόγω των κοινωνικών στερεοτύπων περί επικινδυνότητας και ανικανότητας που συνόδευαν τη διάγνωση. Αυτή η συνθήκη αφορά σε μία κατάσταση που αντιμετωπίζουν καθημερινά πολλά άτομα ιδίως σε περιπτώσεις βαριάς μορφής διαταραχών ή όταν έχει υπάρξει νοσηλεία, με τον ασθενή να θεωρείται ανίκανος, ίσως και επικίνδυνος, για την κοινότητα. Εκτιμάται ότι μόνο ένας στους δέκα ασθενείς με βαριά ψυχική διαταραχή και ένας στους πέντε με συναισθηματική διαταραχή, εργάζεται. Ποσοστά που αναδεικνύουν τη δυσχερή κοινωνική πραγματικότητα για αυτά τα άτομα, με ότι αυτό συνεπάγεται για την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση.

Λέξεις όπως ανίκανος, επικίνδυνος, αναξιόπιστος, οξύθυμος, παρορμητικός, συναισθηματικός είναι ορισμένοι μόνο από τους χαρακτηρισμούς που αποδίδονται στα άτομα αυτά. Ιδιότητες που προϊδεάζουν αρνητικά την κοινή γνώμη, τους ίδιους, όπως και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον. Χαρακτηρισμοί που οφείλονται στο στίγμα για την ψυχική ασθένεια που αναπαράγεται εντός της κοινωνίας και σχετίζεται με τις διακρίσεις και τον πολλαπλό κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν. Στερεοτυπικές αντιλήψεις που αντηχούν σε αναχρονιστικά μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης και αντικρούονται από μελέτες, οι οποίες καταδεικνύουν ότι άτομα με ψυχικά προβλήματα, με την κατάλληλη υποστήριξη, μπορούν να εργαστούν αποτελεσματικά. Ένα εύρημα που υποδεικνύει την άμεση συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ένταξης με την ψυχοσυναισθηματική και τη σωματική υγεία. Δεν πρέπει επίσης να παραλείπεται ότι η επαγγελματική επανένταξη πέρα από την αίσθηση προσωπικής ανάπτυξης και ολοκλήρωσης, είναι άμεσα συνυφασμένη με την κοινωνική ένταξη όλων των ατόμων (Bond et al.,1997).

Οι χρόνια ψυχικά πάσχοντες, όπως και στο σύνολό τους τα άτομα με ψυχικές/συναισθηματικές διαταραχές που έχουν νοσηλευτεί για κάποιο διάστημα σε ψυχιατρικό ίδρυμα, πέραν του χαρακτηριστικού κλινικού τους προφίλ, παρουσιάζουν υψηλά και χρόνια ποσοστά ανεργίας. Μία εικόνα που σχετίζεται με τον

αυτοστιγματισμό, τη χρόνια κοινωνική απομόνωση, τα χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας, παρουσιάζοντας σημαντικά γνωστικά και κοινωνικά ελλείμματα. Φαινόμενα που σχετίζονται με την αρνητική συμπτωματολογία, καθώς και με το στίγμα και τη μειονεξία που βιώνουν. Παράλληλα, οι ελλειπείς κρατικές δομές σε συνδυασμό με την απουσία ενός ισχυρού δικτύου συναισθηματικής υποστήριξης, έχουν ως συνέπεια την ανάδυση του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας», της επανεισαγωγής δηλαδή των ίδιων των ασθενών χωρίς ψυχοκοινωνική υποστήριξη εντός του ιδρυματικού περιβάλλοντος, όπως και την υποτροπή τους.

Υπό αυτές τις συνθήκες, εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής επανένταξης, μεταφέροντας τη θεραπεία του ασθενούς στην κοινότητα. Μία πολιτική που αποσκοπεί στην κοινωνική επανένταξη αυτών των ατόμων, καθώς και στην καταπολέμηση, αν όχι στην εξάλειψη, του στίγματος και των προκαταλήψεων που βιώνουν. Στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η καλλιέργεια και η απόκτηση των κατάλληλων δεξιοτήτων, οι οποίες θα βοηθήσουν τους ψυχικά πάσχοντες να ζήσουν ανεξάρτητα και αυτόνομα στην κοινότητα, μειώνοντας αισθητά τη συμπτωματολογία της ψυχικής διαταραχής.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ένας όρος που χρησιμοποιείται κυρίως στην περίπτωση της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, επιδιώκει τη διαχείριση, αλλά και τη μείωση των επιπτώσεων της ψυχικής/συναισθηματικής διαταραχής στην κοινωνική και στην επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Τα προγράμματα αυτά αποτελούν έναν ειδικό κλάδο τριτογενούς πρόληψης, που βασίζονται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, θέτοντας τις βάσεις μιας ολοκληρωμένης και εξειδικευμένης προσέγγισης για αυτά τα άτομα, έχοντας ως βασικό στόχο την αποϊδρυματοποίησή τους.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν αναφέρεται αποκλειστικά, στη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου. Σχεδιάζει και προωθεί ειδικές και εξατομικευμένες δράσεις επαγγελματικής αποκατάστασης, βοηθώντας με αυτό τον τρόπο τον ασθενή, ώστε να νιώσει και πάλι ενεργό μέλος της κοινότητας. Δράσεις που προφανώς απαιτούν τις αντίστοιχες αλλαγές σε μακρο-επίπεδο, οι οποίες θα πρέπει να είναι συντονισμένες και ολοκληρωμένες, αναδεικνύοντας τη σημασία του σωστού και προσεκτικού κοινωνικού σχεδιασμού, καθώς και την ύπαρξη ενός κοινοτικού υποστηρικτικού συστήματος, με σκοπό την υποστήριξη και την επιτυχή εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων. Ένα

σύστημα που θα απαρτίζεται από ένα δίκτυο υπεύθυνων ατόμων και τοπικών πόρων, απεγκλωβισμένο από τυχόν στερεοτυπικές αντιλήψεις.

Ήδη από τη δεκαετία του 1950, η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε στεγαστικές δομές εντός της κοινότητας βρέθηκε στο επίκεντρο των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών. Ένας στόχος που αντανάκλα το πρώτο βήμα στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης, μεταβάλλοντας αισθητά τα μέχρι τότε μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης. Η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί έναν άλλον από τους βασικότερους άξονες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Η εργασία φαίνεται να βοηθά αποτελεσματικά τον ασθενή αφενός στη μείωση της αρνητικής συμπτωματολογίας και αφετέρου, στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Μέσω αυτής της διαδικασίας, το άτομο αποκτά πλέον ένα ενεργό ρόλο, ο οποίος μπορεί σταδιακά να οδηγήσει στην ανεξαρτητοποίηση και στην αυτονόμησή του, επιδρώντας καταλυτικά στην αυτοεκτίμησή του. Στη χώρα μας, η επαγγελματική αποκατάσταση προϋποθέτει μία σειρά από γραφειοκρατικές διαδικασίες, όπως είναι η έκδοση κάρτας ανεργίας από τον ΟΑΕΔ ως ΑμΕΑ, ενώ δίνονται κίνητρα στους επιχειρηματίες, ώστε να προχωρήσουν στην πρόσληψη αυτών των ατόμων (Βασιλοπούλου,2014:244).

Η επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων προσκρούει σε πάγια, εδραιωμένα, στερεότυπα και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια, με αποτέλεσμα οι πιθανότητες απασχόλησής τους να είναι ελάχιστες. Μία κατάσταση που έχει αντίκτυπο στην οικονομική τους ανεξαρτητοποίηση. Μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών των ατόμων εργάζονται, αντιμετωπίζοντας συχνά ένα εχθρικό, καχύποπτο εργασιακό περιβάλλον, με τις δυνατότητες εργασιακής τους ανέλιξης να είναι περιορισμένες, αν όχι μηδαμινές, βιώνοντας συγχρόνως συνθήκες εκμετάλλευσης και διακρίσεων. Για την πλειοψηφία, η οικονομική τους βιωσιμότητα φαίνεται να στηρίζεται αποκλειστικά στο οικογενειακό περιβάλλον (Ζήση,2002:51).

Το Σεπτέμβριο του 2006, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο προχώρησε στη θέσπιση μίας κοινής στρατηγικής για την ψυχική υγεία, τονίζοντας την ανάγκη εναρμόνισης των υφιστάμενων εθνικών και διεθνών δεικτών ψυχικής υγείας με τις πολιτικές και τη νομοθεσία των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δύο χρόνια αργότερα, διαμορφώθηκε το «Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και την Ευημερία», αναγνωρίζοντας την ψυχική υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα και προωθώντας την

ενεργή συμμετοχή των ψυχικά πασχόντων στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση των δράσεων.

Η Ελλάδα καθυστέρησε αρκετά να εφαρμόσει αυτό το μοντέλο περίθαλψης. Η αιτία αυτής της καθυστέρησης βρίσκεται στις κοινωνικές, ιστορικές και πολιτικές συγκυρίες, που συνέβησαν στη χώρα. Μόλις το 1999, η Ελλάδα εισέρχεται σε ένα σύγχρονο ψυχιατρικό σύστημα περίθαλψης, βασισμένο στην κοινοτική ψυχιατρική. Ένας νόμος που προέβλεπε την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, διαιρώντας τη χώρα σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. Ιδιαίτερη μνεία αποδίδεται στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και των εξω-νοσοκομειακών μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι δομές αυτές θα μπορούσαν να φιλοξενήσουν χρόνιους ασθενείς που ήταν έγκλειστοι στα ψυχιατρικά ιδρύματα, σχεδιάζοντας ταυτοχρόνως δράσεις που θα συνέβαλαν στην ανάπτυξη αλληλεγγύης και στην καταπολέμηση στερεοτύπων και προκαταλήψεων για την ψυχική ασθένεια. Μεταξύ των δράσεων βρίσκεται η θέσπιση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ), οι οποίοι προωθούν την κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών.

Το Ψυχαργώς, όπως ονομάστηκε, είναι ένα δεκαετές πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποασυλοποίηση και το δεύτερο στις δομές της κοινότητας. Η Α' φάση του προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή την περίοδο 2000-2001 και εντάχθηκε στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Βασικός της στόχος ήταν η συνέχιση της διαδικασίας της αποϊδρυματοποίησης των χρόνιων ασθενών, εγκλειστών σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν δεν μετέβαλαν αισθητά τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εξαιτίας των διαχρονικά σημαντικών δυσλειτουργιών του ελληνικού γραφειοκρατικού συστήματος. Το μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα παραμένει σε αισθητό βαθμό αποσπασματικό, δίχως να καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο. Άλλη μία δυσλειτουργία του συστήματος αφορά τον υπερσυγκεντρωτικό χαρακτήρα της οργάνωσης και της διοίκησης σε κεντρικό επίπεδο, χωρίς να πραγματοποιείται συντονισμός των διαφόρων τμημάτων.

Οι διαπιστώσεις αυτές καταγράφονται στην τελευταία δημοσιοποιημένη έκθεση αξιολόγησης του προγράμματος για το έτος 2014, σύμφωνα με την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν περιοχές που είτε δεν διαθέτουν κάποια μονάδα ψυχικής υγείας, είτε οι υπάρχουσες δομές δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του τοπικού πληθυσμού ή στη γεωγραφική κατανομή. Υπάρχει εντούτοις μία αύξηση των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, σε σχέση με το 2011 από τετρακόσιες τριάντα (430) σε τετρακόσιες ενενήντα μία (491), έστω και αν συνεχίζουν να καταγράφονται αξιοσημείωτα προβλήματα στη λειτουργία τους (Παραδοτέο Π.β.1.4,2015).

Σε εξέλιξη βρίσκεται και ο μετασχηματισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε ανοικτά δίκτυα κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, καθώς και οι ενέργειες μετάβασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα υφιστάμενα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε διάφορες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ο αριθμός των οποίων, έως τέλος του 2014, ανήλθε στους εκατόν είκοσι δύο (122). Παρόλα αυτά, υπάρχουν ακόμα περιφέρειες στη χώρα που δεν διαθέτουν τις απαραίτητες δομές και άλλες που παρουσιάζουν αισθητές ελλείψεις. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί, ότι μέχρι τα τέλη του 2014, εκτός από τις ελλείψεις που καταγράφονται στις παρεχόμενες υπηρεσίες για τα παιδιά στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, δεν είχαν σχεδιαστεί δράσεις για ομάδες, που αφορούν παιδιά με γονείς ψυχικά πάσχοντες, με νευρική ανορεξία και πρόσφυγες/μετανάστες. Αντιστοίχως, έργα που εστιάζουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες βρίσκονταν σε πρώιμο στάδιο. Τέλος, η έκθεση τονίζει ότι η υλοποίηση δεν τηρείται και δεν εφαρμόζεται, ενώ το πιο σημαντικό έγκειται στο ότι δεν επιτυγχάνεται το συνεχές της φροντίδας των ασθενών, ούτε σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο (Παραδοτέο Π.β.1.4,2015).

Η περίπτωση των ΚοιΣΠΕ

Η πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα, ακολουθεί την ανάπτυξη και οργάνωση της επίσημης Πολιτείας, με ορόσημο τη σύσταση του σύγχρονου ελληνικού Κράτους. Υπήρχαν βέβαια κάποιες εμβρυακές μορφές περίθαλψης, ακόμα και κατά τη διάρκεια της Επανάστασης του 1821, οι οποίες δεν μπορούν να συγκριθούν με τις ανάλογες που συναντώνται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Λέκκα,2012:165). Σύμφωνα

με τον Μπιλανάκη (2004:17), η ιστορία της ελληνικής ψυχιατρικής θα μπορούσε να διακριθεί ως εξής:

- Η πρώτη ή ιστορική περίοδος, αρχίζει από την ίδρυση του ελληνικού κράτους μέχρι το 1914.
- Η δεύτερη ή παραδοσιακή, φθάνει έως το 1983 και χαρακτηρίζεται από την ενεργό παρέμβαση του κράτους στον υγειονομικό χώρο.
- Η τρίτη και τελευταία, συγκεντρώνει ένα σύνολο σημαντικών μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών στην ψυχιατρική περίθαλψη, καθώς και τη συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (μεταρρυθμιστική περίοδος).

Μέχρι τη δεκαετία του 1980 η εικόνα των ιδρυμάτων στη χώρα ήταν αποκαρδιωτική. Διέπονταν από μία κατασταλτική ψυχιατρική αντιμετώπιση, ενώ η υλικο-τεχνική υποδομή, όσο και οι συνθήκες διαβίωσης άγγιζαν ακραία όρια υποβάθμισης, με τους εγκλείστους να μοιάζουν εγκαταλελειμμένοι, δίχως θεραπευτικές προοπτικές (Μπαϊρακτάρης,2007:104). Με το Ν.1397/1983 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας σηματοδοτείται μία πραγματική μεταρρυθμιστική περίοδος για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, ιατροκοποιώντας για πρώτη φορά την ψυχική διαταραχή και δημιουργώντας ένα αποκεντρωμένο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Ο νόμος προέβλεπε τη μετατροπή του ψυχιατρικού νοσοκομείου/ασύλου σε ειδικό νοσοκομείο βελτιώνοντας την ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Ιδρύονται ψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία, όπου θα πρόσφεραν βραχύχρονη νοσηλεία, προωθώντας συνθήκες αξιοπρεπούς περίθαλψης των ασθενών σε αυτά και εστιάζοντας στην εκπαίδευση του προσωπικού στις σύγχρονες πρακτικές (Μπαϊρακτάρης, 2007:105-106,Μπιλανάκης,2004:43-45,Ζήση,2002:16).

Οι παραπάνω μεταρρυθμίσεις κρίθηκαν ως αναποτελεσματικές και αποσπασματικές. Τα προβλήματα επικοινωνίας και οργάνωσης μεταξύ κέντρου και περιφέρειας παρέμεναν, δίχως να πραγματοποιούνται αλλαγές στο ασυλιακό περιβάλλον και στις θεραπείες που εφαρμόζονταν. Η κατάσταση αυτή επέφερε την αντίδραση της εγχώριας και της διεθνούς κοινότητας για κακή διαχείριση των κοινοτικών πόρων και της γενικότερης κατάστασης του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, με αφορμή την κατάσταση που κυριαρχούσε στην Λέρο, απειλώντας τη χώρα ακόμα και με απαίτηση κονδυλίων (Μπιλανάκης,2004:46-47).

Το 1989 ο Ελληνικός Ψυχιατρικός Σύλλογος υπέβαλε μία σειρά συστάσεων στο Υπουργείο Υγείας σχετικά με το άσυλο της Λέρου, μεταξύ των οποίων ήταν ο αποϊδρυματισμός ενός αξιοσημείωτου αριθμού ασθενών και η τοποθέτησή τους σε προστατευόμενες κατοικίες στην ηπειρωτική χώρα (Madianos and Christodoulou, 2007). Το απαραίτητο θεσμικό πλαίσιο για την αλλαγή του ψυχιατρικού μοντέλου στη χώρα τίθεται με το Ν. 2071/1992 περί «Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας», ο οποίος επικεντρωνόταν στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και στην εναρμόνιση του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα. Ένας νόμος που θέτει τις βάσεις για την υλοποίηση μιας αποκεντρωμένης και τομεοποιημένης ψυχιατρικής περίθαλψης (Στυλιανίδης και συν., 2007:51).

Κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας, των εξω-νοσοκομειακών μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι οποίες θα μπορούσαν να φιλοξενήσουν χρόνιους ασθενείς που ήταν έγκλειστοι στα ψυχιατρικά ιδρύματα, σχεδιάζοντας ταυτοχρόνως δράσεις που θα συνέβαλαν στην ανάπτυξη αλληλεγγύης και στην καταπολέμηση στερεοτύπων και προκαταλήψεων για την ψυχική ασθένεια. Δίνεται εξίσου έμφαση στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που αποσκοπούν στην πρόληψη, στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην περίθαλψη όχι μόνο των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, αλλά και ατόμων αυτιστικού τύπου, με μαθησιακές δυσκολίες και χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών (Γκιωνάκης και Χονδρός, 2005:40-55).

Ο Ν.2731/1999 προσέφερε το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο για την περαιτέρω εξέλιξη των μη κυβερνητικών οργανισμών. Προβλέπεται επίσης, η δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (εξωτερικών δομών) και κοινωνικής, επαγγελματικής επανένταξης, με τη δημιουργία ειδικότερα των κοινωνικών συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης-ΚοιΣΠΕ- (άρθρο 12 του Ν. 2716/99) που συνιστούν οικονομικές και θεραπευτικές μονάδες, σηματοδοτώντας τις προσπάθειες αποασυλοποίησης στη χώρα. Η λειτουργία τους εντάσσεται στις ευρωπαϊκές οδηγίες και στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας, η οποία ξεκίνησε με τον Κανονισμό 815/84 της Ε.Ε., με την Ελλάδα να υιοθετεί το μοντέλο που εφαρμόστηκε στην Ιταλική νομοθεσία.

Οι μονάδες αυτές ή ΚοιΣΠΕ είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχοντας εμπορική ιδιότητα. Μπορούν να είναι ταυτοχρόνως παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες, όπως και να ασκούν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης). Έχουν δηλαδή τη δυνατότητα να αναπτύσσουν οικονομική δραστηριότητα σε όλους τους τομείς της οικονομίας, εκτός αν για την άσκηση κάποιας δραστηριότητας προβλέπεται άλλος εταιρικός τύπος (άρθρο 12 παρ.2) (Κασσαβέτης,2010).

Αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας και εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας μάλιστα, μπορεί να ιδρυθεί μόνο ένας ΚοιΣΠΕ. Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα αυτών των μονάδων δεν είναι ότι δημιουργούν μόνο θέσεις εργασίας για ψυχικά πάσχοντες. Μέσα από το χαρακτήρα τους, συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξη αυτών των ατόμων, κατοχυρώνοντας στην πράξη τα δικαιώματά τους, έχοντας εξίσου αντίκτυπο στην τοπική οικονομία (Αδάμ,2012:36).

Ο ΚοιΣΠΕ διοικείται και αναπτύσσει τη δράση του μέσα από τρία βασικά όργανα: τη γενική συνέλευση, το διοικητικό και το εποπτικό συμβούλιο. Ανώτερο όργανο του ΚοιΣΠΕ είναι η Γενική Συνέλευση (Γ.Σ.), που ελέγχει και εποπτεύει όλα τα όργανα της διοίκησης, στην οποία συμμετέχουν όλα τα μέλη και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν στο καταστατικό δίνεται η ευκαιρία αντιπροσώπευσης με εξουσιοδότηση. Για τη σύστασή του, απαιτείται η υπογραφή του καταστατικού από δεκαπέντε (15) άτομα, το λιγότερο -εκατό (100) πρόσωπα, όταν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό- και άδεια σκοπιμότητας, που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αφού ληφθούν υπόψη παράγοντες που σχετίζονται με τις προοπτικές δράσης του συνεταιρισμού. Το καταστατικό το οποίο ρυθμίζει τη λειτουργία, την οργάνωση και τους σκοπούς του συνεταιρισμού, εγκρίνεται από το Ειρηνοδικείο στην περιφέρεια του οποίου ο υπό ίδρυση συνεταιρισμός θα έχει την έδρα του (άρθρο 1 παρ.4 του Ν.1667/1986).

Η επωνυμία του περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον όρο Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα δραστηριότητάς του. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των ΚοιΣΠΕ, έπειτα από την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων

μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η ιδιότητα του μέλους αποκτάται από την απόφαση αποδοχής της αίτησης από το διοικητικό συμβούλιο, η οποία κοινοποιείται στον ενδιαφερόμενο μέσα σε 20 ημέρες από τη λήξη των εργασιών της, έχοντας το δικαίωμα προσφυγής στο Ειρηνοδικείο της περιφέρειας που εδρεύει ο συνεταιρισμός (Κασσαβέτης, 2010).

Υπάρχουν ειδικές διατάξεις που διέπουν την πολυεταιρικήτητα αυτών των μονάδων, όπως ορίζονται από την παρ.4 του άρθρου 12 του νόμου. Συγκεκριμένα, το 35% των μελών θα πρέπει να προέρχεται από την Α' κατηγορία (άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας) ενήλικες ή ανήλικες τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, σε ποσοστό μέχρι 45% μέλη από τη Β' κατηγορία (επαγγελματίες ψυχικής υγείας) και μέχρι 20% να ανήκουν στη Γ' κατηγορία (φυσικά και νομικά πρόσωπα, όπως δήμοι, κοινότητες, ΜΚΟ). Δεν μπορούν να γίνουν μέλη φυσικά ή νομικά πρόσωπα που μετέχουν σε άλλο Συνεταιρισμό με τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό, ο οποίος έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Μέλη της Α' κατηγορίας μπορούν να γίνουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή τους. Δεν χρειάζεται να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία κατά παρέκκλιση των διατάξεων του αστικού κώδικα και των νόμων περί συνεταιρισμών. Στον ίδιο νόμο (παρ.5) δύναται η δυνατότητα απασχόλησης και αμοιβής των μελών της Α' κατηγορίας, σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας του ΚοιΣΠΕ, ενώ σε καμία περίπτωση, δεν διακόπτεται η καταβολή οποιονδήποτε άλλων επιδομάτων, που ενδεχομένως λαμβάνουν (γήρατος, αναπηρίας, πρόνοιας, επανένταξης), τα οποία συνεχίζουν να τα λαμβάνουν μαζί με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό.

Τα μέλη του συνεταιρισμού απολαμβάνουν δικαιώματα, έχοντας και βασικές υποχρεώσεις απέναντι στο συνεταιρισμό. Τα δικαιώματά τους διέπονται από τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 4 του Ν.1667/1986. Κάθε συνέταιρος συμμετέχει στη γενική συνέλευση με μία μόνο ψήφο, έχοντας επίσης το δικαίωμα λόγου, υποβολής προτάσεων και αιτήσεων σε αυτήν. Να ενημερώνεται για την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού και να παίρνει αντίγραφα των πρακτικών της γενικής συνέλευσης. Συμμετέχει στις συνεταιριστικές συναλλαγές, αφού κάθε συνέταιρος έχει δικαίωμα στα κέρδη, ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες και στο προϊόν εκκαθάρισης, εάν

προβλέπεται από το καταστατικό. Στις υποχρεώσεις του μέλους, είναι η καταβολή ενός ποσού, εκτός από την μερίδα του, ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού. Τα μέλη ευθύνονται και για χρέη του συνεταιρισμού που είχαν δημιουργηθεί πριν την εγγραφή τους, ενώ δεν φέρουν καμία ευθύνη για ότι προκύψει μετά την έξοδό τους από αυτόν. Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις, υπό ίδιες προϋποθέσεις είναι ισότιμα για όλα τα μέλη. Αντίστοιχα, η απώλεια της ιδιότητας του μέλους υπεισέρχεται με την αποχώρηση, τη διαγραφή, το θάνατο και τη μεταβίβαση της συνεταιριστικής ομάδας. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται, ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται μόνο, η συνεταιριστική μερίδα (άρθρο 12 παρ.7 του Ν.2716/1999).

Ο πρώτος κοινωνικός συνεταιρισμός ιδρύεται το Νοέμβριο του 2002 στη Λέρο, απασχολώντας ψυχικά ασθενείς από το ψυχιατρικό νοσοκομείο της Λέρου, καθώς και άτομα της τοπικής κοινωνίας. Αποτελεί ένα από τα πιο επιτυχημένα μοντέλα ΚοιΣΠΕ, μέχρι και σήμερα, εξαιτίας κυρίως της συμμετοχής της τοπικής κοινότητας και των φορέων του νησιού στη λειτουργία του. Ο ΚοιΣΠΕ προχώρησε σε συνεργασίες με τους τοπικούς αγρότες, συντελώντας στην αύξηση της τοπικής παραγωγικής δραστηριότητας και στην ενίσχυση της οικονομικής και της κοινωνικής εξέλιξης. Σήμερα οι δραστηριότητές του περιλαμβάνουν κυλικείο, εργαστήριο ζαχαροπλαστικής –catering, μονάδα μελισσοκομίας, αλλά και εργαστήριο επεξεργασίας και τυποποίησης μελιού, πραγματοποιώντας παράλληλα κοινωνικές δράσεις.

Στα επόμενα τρία χρόνια ιδρύονται συνολικά δέκα (10) ΚοιΣΠΕ, με τον αριθμό τους σήμερα να ανέρχεται στους τριάντα (30), καταγράφοντας 3.300 οργανωμένους συνεταιριστές εκ των οποίων οι 1300 αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Το 2005 αξιολογούνται και χαρακτηρίζονται ως Πανευρωπαϊκή «Καλή Πρακτική» δημόσιας πολιτικής για την οικονομική και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων, ακριβώς λόγω των πολλαπλών θετικών χαρακτηριστικών τους, τα οποία είναι (Νικολάου,2014:254):

- Ενδυναμώνουν και κινητοποιούν την τοπική κοινωνία.
- Διευκολύνουν και προάγουν την «από κάτω προς τα πάνω» προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων.
- Δημιουργούν φιλοσοφία «ολιστικής» προσέγγισης, στις διαδικασίες επανένταξης.

- Διευκολύνουν τη συμμετοχή στην απασχόληση και την πρόσβαση όλων σε πόρους, δικαιώματα, αγαθά και υπηρεσίες.

Το 2009 «ωριμάζει» η ιδέα για τη δημιουργία ενός δευτεροβάθμιου πανελλαδικού οργάνου, εκπροσώπησης των Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Πράγματι, το 2011 ιδρύθηκε η Πανελλήνια Ομοσπονδία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΠΟΚοιΣΠΕ), στην οποία συμμετέχουν όλοι οι ΚοιΣΠΕ της χώρας και αποτελεί το μοναδικό νομοθετημένο δευτεροβάθμιο όργανο εκπροσώπησης τους. Το ίδιο διάστημα, πραγματοποιούνται σημαντικές πρωτοβουλίες στη χρηματοδότηση των ΚοιΣΠΕ, όπως προκύπτει από την Έκθεση αξιολόγησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009, το οποίο τους επέτρεψε να αναπτύξουν την υλικοτεχνική τους υποδομή και να αυξήσουν κατά πολύ, την απασχόληση των ψυχικά νοσούντων σε αυτούς.

Το 2011, θεσπίζεται ο Ν. 4019/2011 περί «Κοινωνικής Οικονομίας και Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας», ο οποίος τροποποιήθηκε με το Ν. 4430/2016 «Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις». Σύμφωνα με αυτές τις διατάξεις, δημιουργούνται οι Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (Κοιν.Σ.Επ.) Ένταξης. Αυτές οι νέες μορφές είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ), με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, όπου η ανάπτυξη και η εποπτεία τους ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και ασκείται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Οι Κοιν.Σ.ΕΠ διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (α) Κοιν.Σ. Επ. Ένταξης Ευάλωτων Ομάδων, οι οποίες επιδιώκουν την ένταξη στην οικονομική και στην κοινωνική ζωή, των ατόμων που ανήκουν στις Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες και (β) Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης Ειδικών Ομάδων, οι οποίες επιδιώκουν την ένταξη στην οικονομική και στην κοινωνική ζωή των ατόμων που ανήκουν στις Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού. Η λειτουργία τους εξυπηρετεί το σύνολο των αναγκών των μελών τους. Δεν εξυπηρετούν απλά τη θεραπευτική διαδικασία, συμβάλλουν και προωθούν την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων.

Συνοψίζοντας, οι ΚοιΣΠΕ φαίνεται να παρουσιάζουν τον υψηλότερο βαθμό απασχόλησης ευάλωτων ομάδων, συμβάλλοντας εξίσου στην κοινωνική ένταξη αυτών των ατόμων. Οι κοινωνικές επιχειρήσεις ή κοινωνικοί συνεταιρισμοί αποτελούν ένα πιστό «αντίγραφο» εργασιακού περιβάλλοντος ελεύθερης αγοράς, στις οποίες μπορούν να απασχοληθούν άτομα που βρίσκονται στο κοινωνικό περιθώριο και

«αποκλείονται» από την ελεύθερη αγορά εργασίας, λόγω κάποιων ιδιαιτεροτήτων τους. Μέσα από την εργασία τους, τα άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα γίνονται ισότιμοι, ενεργοί πολίτες και όχι απλώς παθητικοί δέκτες, κατοχυρώνοντας στην πράξη τα δικαιώματά τους και έχοντας παράλληλα πρόσβαση σε βασικά κοινωνικά αγαθά (Νικολάου,2014:249-250). Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι ο αριθμός των εργαζομένων με μερική απασχόληση ή πλήρη απασχόληση φθάνει τους 1000 εκ των οποίων οι 520 ήταν άτομα με ψυχικές διαταραχές, με τον κύκλο εργασιών τους για το 2020 να υπερβαίνει τα 8,5 εκ. ευρώ.

Παρά το γεγονός ότι έχουν δημιουργήσει και διατηρήσει πολλές θέσεις απασχόλησης ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ακόμα και σε περιόδους έντονων κοινωνικοοικονομικών μεταβολών, δεν μπορούν εντούτοις να ανταποκριθούν στο σύνολο των αναγκών των ατόμων αυτών. Υπάρχουν πολλές περιοχές της χώρας και Τομείς Ψυχικής υγείας στους οποίους δεν έχουν αναπτυχθεί ΚοιΣΠΕ, με τα αίτια να βρίσκονται στις χρόνιες δυσλειτουργίες του ελληνικού διοικητικού συστήματος. Δεν πρέπει επίσης να παραλείπεται ότι υπάρχουν άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία έχουν ικανότητες, δεξιότητες και υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι ΚοιΣΠΕ αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες αυτών ατόμων, λόγω των συγκεκριμένων επιχειρηματικών τους δραστηριοτήτων, το οποίο δημιουργεί νέες προκλήσεις στον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσής τους (Υπουργείο Υγείας,2023).

Συμπέρασμα

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης δεν παύουν να συνιστούν έναν καινοτόμο θεσμό στο χώρο της ψυχιατρικής, που κατάφερε να δημιουργήσει θέσεις εργασίας σε πάνω από χίλια άτομα, καταγράφοντας ετήσιο τζίρο, σχεδόν οκτώ εκατομμύρια. Σε αντίθεση με άλλες πρακτικές, ακολουθεί μία ολιστική παρέμβαση στις διαδικασίες επανένταξης, προσφέροντας ένα ευρύ πλαίσιο δραστηριοτήτων και συμβάλλοντας στη θεραπεία και στην οικονομική αυτοδυναμία των ψυχικά ασθενών. Είναι ένας θεσμός που ανταποκρίνεται στη φιλοσοφία της κοινωνικής αποκατάστασης, ενώ παράλληλα εναρμονίζεται και με τις κυρίαρχουσες κοινωνικές αντιλήψεις, έχοντας σαφή επιχειρηματική δραστηριότητα.

Μέσα από τη δημιουργία στοχευμένων θέσεων εργασίας, διαμορφώνουν ένα φιλικό περιβάλλον, το οποίο ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες και στις ανάγκες αυτής της πληθυσμιακής ομάδας. Η επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων, όπως και η γενικότερη εργασιακή εμπειρία που αποκτούν, βοηθά τα μέλη τους να αποκτήσουν νέες εμπειρίες, καθώς και ένα σταθερό επαγγελματικό προσανατολισμό, κατάλληλο και για την ένταξή τους στην αγορά εργασίας, καθιστώντας τους σε οικονομικά και κοινωνικά ενεργούς πολίτες, ικανούς να προασπίζονται και να απολαμβάνουν τα δικαιώματά τους. Μία λειτουργία που συμβάλλει όχι μόνο στην οικονομική αυτοδυναμία των ψυχικά πασχόντων, αλλά και στη σταθεροποίησή τους και σε σημαντικό βαθμό στη βελτιστοποίησή τους.

Οι ΚοιΣΠΕ συνεργάζονται με την τοπική κοινότητα, παραγωγούς και φορείς προωθώντας τη γενικότερη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας. Δραστηριότητες που προάγουν την πληροφόρηση της κοινής γνώμης απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας, καταπολεμώντας το στίγμα και τα φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού και περιθωριοποίησης, που επιφέρει. Στην πραγματικότητα, ο θεσμός αυτός μοιάζει να αντικαθιστά το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, μιας και η λειτουργία του δεν περιορίζονται στη θεραπευτική του ιδιότητα και στην επίτευξη της λειτουργικότητας του ασθενούς. Συνιστά ταυτοχρόνως, ένα μέσο κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης, που προάγει την ισότητα, την εργασιακή σταθερότητα και τα εκάστοτε κενά των κρατικών πολιτικών.

Η υψηλή φορολόγηση, η προείσπραξη του φόρου κερδών, σε συνδυασμό με τις καθυστερήσεις που παρατηρούνται στην καταβολή αποζημιώσεων από δημόσιους οργανισμούς διαμορφώνουν ένα «ασφυκτικό» περιβάλλον βιωσιμότητας του συνεταιρισμού. Εάν σε αυτούς τους παράγοντες προστεθεί η χαμηλή κεφαλαιακή τους βάση, η μη πρόσβασή τους σε δανειακά κεφάλαια, τα δημοσιονομικά μέτρα στον χώρο της υγείας, αλλά και η ελλιπής στελέχωσή τους, τότε γίνεται αντιληπτό ότι ο θεσμός αυτός «κινδυνεύει», αν όχι με διάλυση, να «μετατραπεί» σε ένα παθητικό περιβάλλον, παρόμοιο με εκείνα του παρελθόντος, αποτυγχάνοντας να ανταπεξέλθει στους σκοπούς λειτουργίας του και οδηγώντας σε ασυλοποιημένους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. and Becker, D.R., «An update on supported employment for people with severe mental illness», *Psychiatric Services*, 48:335-46, 1997.
- Corrigan, P. and Watson, A., «The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness», *Clinical Psychology Science and Practice*, 9: 35-53, 2002.
- Corrigan, P., «How stigma interferes with mental health care», *American Psychologist*, 59: 614-625, 2004.
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E. and Watson, A.C., «Structural levels of mental illness stigma and discrimination», *Schizophrenia Bulletin*, 30:481–491, 2004.
- Foucault, M., *Η ιστορία της τρέλας*, Αθήνα: Ηριδανός, 2004.
- Goffman, E., *Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια, 2001.
- Hall, T., Kakuma, R., Palmer, L., Minas, H., Martins, J. and Kermode, M., «Social inclusion and exclusion of people with mental illness in Timor-Leste: a qualitative investigation with multiple stakeholders», *BMC Public Health*, 19:702, 2019.
- Heinz, A., Müller, S., Wackerhagen, C. and Sartorius, N., «Inclusion as the goal of psychiatric care - impact of the UN convention on the rights of persons with disabilities», *Ethics in Medicine and Public Health*, 1: 300–305, 2015.
- Luciano, A. and Meara, E., «Employment status of people with mental illness: national survey data from 2009 and 2010», *Psychiatric Services*, 65: 1201–1209, 2014.
- Madianos, M.G. and Christodoulou, G.N., «Reform of the mental healthcare system in Greece, 1984–2006», *International Psychiatry*, 4:16-19, 2007.

Murphy, M. J., «Psychiatric Labeling in Cross-Cultural Perspective», *Science*, 191:1019-1028,1976.

Pilgrim, D. and Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός, 2004.

Sartorius, N. and Schulze, H., *Reducing the stigma of mental illness: A report from the global programme of the World Psychiatric Association*, Cambridge: Cambridge University Press,2005.

Αδάμ, Σ., *Κοινωνική οικονομία και ενεργητικές πολιτικές ένταξης: Αποτελέσματα έρευνας πεδίου σε κοινωνικές επιχειρήσεις εργασιακής ένταξης στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε., 2012.

Βασιλοπούλου, Δ., Κοινωνική εργασία και επαγγελματική επανένταξη ψυχικά ασθενών. Το παράδειγμα της ειδικής μονάδας αποκατάστασης & επαγγελματικής επανένταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), στο Σ. Μαρτινάκη και Δ. Μπουρίκος (επιμ.), *Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Βήτα,2014.

Γκιωνάκης, Ν. και Χονδρός, Δ., «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και η πρόσφατη πορεία της (πρόγραμμα «Ψυχαργώς»)», στο Α. Ζήση, Ν. Πολεμικός και Μ. Καΐλα (επιμ), *Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Ατραπός, 2005.

Ζήση, Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων: Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες Προσεγγίσεις και Προοπτικές*, Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, 2002.

Καβουνίδη, Τ., «Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού αποκλεισμού: Κοινωνικός αποκλεισμός, έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής», στο Η. Κατσούλης, Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη και Ε. Φρονίμου (επιμ), *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα: Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 2005.

Κασσαβέτης, Δ., «Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί», στο Συλλογικό έργο, *Τιμητικός τόμος καθηγητή Ιωάννη Βούλγαρη*, Αθήνα: Σάκκουλας, 2010.

Λέκκα, Β., *Ιστορία και Θεωρία της Ψυχιατρικής. Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault*, Αθήνα: Futura-Μιχάλης Παπαρούνης, 2012.

Μάνος, Ν. (1997), *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1997.

Μπαϊρακτάρης, Κ., *Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση: εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές*, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις, 2007.

Μπιλανάκης, Ν., *Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*, Αθήνα: Οδυσσέας, 2004.

Νικολάου, Π., «Κοινωνικός Συνεταιρισμός και κοινωνική εργασία», στο Σ. Μαρτινάκη, Δ και Μπουρίκος (επιμ.), *Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Βήτα, 2014.

Παπάνης, Ε. και Βίκη, Α., Επαγγελματικός προσανατολισμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές: Πιλοτικό πρόγραμμα Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας Αγιάσου «Η Θεομήτωρ», *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 12: 129-144, 2007.

Παραδοτέο Π.β.1.2 (2013), *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012, στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” από το 2011μέχρι και το 2015»*. Διαθέσιμο στο <https://bit.ly/2VLzsZ5>.

Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν. και Χονδρός, Π.Χ., «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μία διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα», *Αρχαιολογία & Τέχνες*, 105:45-54, 2007.

Συνήγορος του Πολίτη-στο, *Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών: Ειδική Έκθεση*, 2007. Διαθέσιμο στο <https://www.synigoros.gr/resources/docs/206391.pdf>.

Υπουργείο Υγείας, *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030: 10 Άξονες για την προάσπιση της Ψυχικής Υγείας των πολιτών και τη βελτίωση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 2023.