



Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα
«Θεσμοί και πολιτικές υγείας»

Διπλωματική Εργασία:

«Άσυλο και Αποασυλοποίηση: Η περίπτωση του
Δρομοκαϊτείου»



Μέλη Τριμελούς Επιτροπής: Σπυριδάκης Μάνος (Επιβλέπων Καθηγητής)
Τσακίρη Δέσποινα
Σουλιώτης Κυριάκος

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Παπαϊωάννου Αικατερίνη / Α.Μ. 03 2007 07

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2009

009106

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	
1.1. Η ιστορία του ασύλου.....	10
1.2. Άσυλο και ψυχιατρική.....	16
1.3. Το κίνημα της αντιψυχιατρικής και η δημοκρατική ψυχιατρική.....	26
1.4. Προς την αποασυλοποίηση.....	33
1.5. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	39
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ	
2.1. Η ίδρυση και η ιστορία του.....	47
2.2. Οργανωσιακή δομή.....	50
2.2.1. Όργανα Διοίκησης.....	50
2.2.2. Νοσηλευτικά τμήματα.....	56
2.3. Το νοσοκομείο ημέρας και η εργοθεραπεία.....	69
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ	
3.1. Η διαδικασία της έρευνας – περιορισμοί.....	72
3.2. Τα αποτελέσματα της έρευνας.....	76
3.2.1. Ασθενείς.....	76
I. Ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον.....	76
II. Ασθενείς και κοινωνικός περίγυρος.....	80
III. Ασθενείς και απασχόληση.....	83
IV. Ασθενείς και ψυχιατρική δομή.....	86
3.2.2. Το προσωπικό.....	89
3.3. Συμπεράσματα – προτάσεις.....	94
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	98

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	104

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Την πρώτη θέση στις ευχαριστίες μου κατέχει ο Μάνος Σπυριδάκης, Λέκτορας του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, επιβλέπων καθηγητής στην παρούσα διπλωματική εργασία, ο οποίος μου έδωσε απλόχερα την βοήθεια του για την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας. Η σταθερή ενθάρρυνση του καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας ήταν για μένα πολύτιμη.

Στον Βασίλη, σύντροφο της ζωής μου, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ για την υποστήριξη και για την ηθική του συμπαράσταση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθένειες της ψυχής και του σώματος έχουν αποτελέσει αντικείμενο πραγμάτευσης από ετερόκλητα συστήματα ιδεών και αντιλήψεων στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, πολύ πριν η μοντέρνα ιατρική τις αναδείξει, τις επαναπροσδιορίσει και τις οικειοποιηθεί ως αποκλειστικά δικό της προνομιακό πεδίο ενασχόλησης και παρέμβασης.

Δεν υπάρχει μια καθολικά αποδεκτή άποψη ως προς τι σημαίνει ο όρος ψυχικό νόσημα και πια είναι η συμπεριφορά εκείνη που θα δικαιολογούσε την απόδοση αυτού του χαρακτηρισμού και την εφαρμογή του σε ατομικές περιπτώσεις. Κάθε απόπειρα εννοιολογικής αποσαφήνισης της ψυχικής ασθένειας προσκρούει σε επιστημολογικά, πολιτισμικά και μεθοδολογικά προβλήματα. Ο όρος αυτός δεν επιδέχεται έναν σαφώς οριοθετημένο και περιχαρακωμένο ορισμό που να χρησιμοποιείται με μια σχετική ομοιογένεια (Τσαλίκογλου 1996: 240).

Η προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας της ψυχικής υγείας έχει κομβική σημασία εξαιτίας της στενής σύνδεσης της με την αξία του ανθρώπου, την απρόσκοπτη ανάπτυξη της προσωπικότητας του και την αρμονική κοινωνική συμβίωση. Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) «Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα». Όπως όμως, επισημαίνει και ο Μ. Μαδιανός οι διάφοροι ορισμοί δεν μπορούν να δώσουν μια σαφή και οριστική απάντηση στο ζήτημα του καθορισμού των ορίων μεταξύ της ψυχικής υγείας και ασθένειας, αλλά αυτό που κάθε φορά καθορίζει αυτά τα όρια, είναι η άσκηση μια γενικότερης πολιτικής στο χώρο του συστήματος ψυχικής υγείας, που νοηματοδοτείται από το κοινωνικό-πολιτιστικό συγκεκριμένο πλαίσιο της κάθε εποχής (Μαδιανός 2000: 31-33).

Όπως είναι, λοιπόν, κατανοητό η ίδια η ιδέα της «φυσιολογικότητας» θεμελιώνεται πάνω στην ιδέα της «διαταραχής», αυτού που βρίσκεται έξω από τον κανόνα. Μια αληθινά προοδευτική προσέγγιση πρέπει να επαναπροσδιορίσει και να επεκτείνει την έννοια της φυσιολογικότητας. Μόνο αν πάψει να κυριαρχεί το δίπολο φυσιολογικότητας και διαταραχής, θα μπορέσουν να αναπτυχθούν τρόποι πρόσληψης και κατανόησης του διαφορετικού.

Εν συντομία, παρατηρώντας την ιστορική πορεία της ψυχικής ασθένειας, διαπιστώνουμε την μετάβαση, σε πρώτη φάση, από τον θεσμό της εγκάθειρξης σ' εκείνο του ασύλου και ταυτόχρονα την εδραίωση της ψυχιατρικής και σε μια δεύτερη φάση, της προσπάθειας υπέρβασης της ασυλικής δομής, μέσα από την έννοια της αποασυλοποίησης και την αλλαγή που επέφερε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση τον 20^ο αιώνα.

Ο ασυλιακός θεσμός αποκτά την κυριολεκτικά διττή σημασία του: άσυλο για την κοινωνία από τους ενοχλητικούς και τους παρείσακτους από τη μία, άσυλο για τους φρενοβλαβείς από τις βλαβερές επιδράσεις της κοινωνίας από την άλλη. Το έργο του Pinel, με το οποίο σηματοδοτείται η επιστημολογική τομή που εισάγει τις νεότερες κοινωνίες στην εποχή της ψυχιατρικής, θεμελιώνεται πάνω στο άσυλο ως τόπο εφαρμογής της κλινικής πράξης. Ο περιορισμός στο άσυλο, που θα ονομαστεί ψυχιατρικό νοσοκομείο αργότερα, μόλις στα τέλη της δεκαετίας του 1930, δεν είχε εφεξής την έννοια της τιμωρίας και του στυγνού εγκλεισμού, αλλά αποσκοπούσε στην θεραπεία, συνώνυμη της απελευθέρωσης του ατόμου από την τρέλα του. Γιατροί και φύλακες απομονώθηκαν μαζί με τους ασθενείς σε μεγάλα ιδρύματα όπου οι εξατομικευμένοι θεραπευτικοί στόχοι βρισκόντουσαν σε αντίφαση με το πρακτικό αποτέλεσμα, δηλαδή τις μαζικές, στρατοπεδικές συνθήκες διαβίωσης (Τζανάκης 2003: 34, 37).

Οι περισσότερες μεταρρυθμιστικές πολιτικές που έλαβαν χώρα στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης των δυτικών χωρών βασίστηκαν στη συνύπαρξη της κοινοτικής ψυχιατρικής με το παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο, το οποίο παρότι συρρικνώνεται και μετασχηματίζεται ούτε εξαφανίζεται ούτε και αποκαθίσταται πλήρως. Οι διαφοροποιημένες ανοιχτές δομές καλούνται να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επιστροφής στους «φυσικούς» κοινωνικούς χώρους διαβίωσης. Δηλαδή, οι «εναλλακτικές δομές» δεν αντιστρατεύονται το ψυχιατρείο αλλά το συμπληρώνουν. Σε σχέση με την συνύπαρξη του ψυχιατρικού νοσοκομείου και των εναλλακτικών σε αυτό θεσμούς μπορούμε να παρατηρήσουμε ένα πολλαπλασιασμό των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, σε συνδυασμό όμως με σωματικές θεραπείες και ιδιαίτερα με τη φαρμακοθεραπεία (Τζανάκης 2003: 159).

Μέσα από αυτή την οπτική εύκολα γίνεται κατανοητό ότι η αποασυλοποίηση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν είναι ούτε μια τεχνική, ούτε η εφαρμογή ενός θεωρητικού μοντέλου. Είναι μια φιλοσοφία η οποία συγκροτεί μια πολύπλοκη προσέγγιση, σκέψη και παρέμβαση σε πολλά επίπεδα (Στυλιανίδης 2001: 15).

Η μελέτη αυτή, που ενέχει τη μορφή διπλωματικής εργασίας, στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» φιλοδοξεί να διερευνήσει την έννοια του ασύλου και τις παραμέτρους της αποασυλοποίησης στον Ελληνικό χώρο κάτω από το πρίσμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Η παρούσα διερεύνηση εστιάζει ακριβώς σ' αυτήν την ζεύξη: αποασυλοποίηση και ψυχιατρική μεταρρύθμιση ως πρόταγμα, έχοντας ως συνδετικό κρίκο τις έννοιες της ψυχικής ασθένειας και της ψυχιατρικής ως καθημερινής πρακτικής στο χώρο του ψυχιατρείου, αλλά και ως ρεύμα αλλαγής με διεκδικήσεις και αναφορές κοινωνικού χαρακτήρα, όπως τα ανθρώπινα δικαιώματα, η αυτονομία και η ισότητα, η αυτοδιάθεση και η υπευθυνότητα.

Έτσι, λοιπόν, δημιουργείται μια σειρά από ερωτήματα σχετικά με τα περιεχόμενα της αποασυλοποίησης και την ανάπτυξη ανοιχτών ψυχιατρικών δομών, τη λειτουργικότητα και τις συνέπειες του εν λόγω εγχειρήματος, τον τρόπο που οι επαγγελματίες του χώρου το αντιλαμβάνονται και κυρίως τις σκέψεις και τις αντιδράσεις του υποκειμένου, δηλαδή του ψυχιατρικού πάσχοντα.

Έγινε, επίσης, προσπάθεια για να «φωτιστεί» η δυναμική του αποασυλοποιητικού σχεδίου, χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της ποιοτικής έρευνας. Ως τόπος μελέτης επιλέχθηκε το Δρομοκαϊτείο και τα προγράμματα ανοιχτών δομών με τις αρχές της αποϊδρυματοποίησης που έχουν θεσπιστεί όλα αυτά τα χρόνια, ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο που αντανακλά το ιστορικό της εγκαθίδρυσης της ψυχιατρικής στην Ελλάδα από τις απαρχές της έως τα πρόσφατα μεταρρυθμιστικά εγχειρήματα.

Σταδιακά, κατά την διαδικασία των ποιοτικών συνεντεύξεων και της ανάλυσης του υλικού σε δεύτερο χρόνο, αναδύθηκαν και άλλα κεντρικά ερωτήματα από τους λόγους των ίδιων των συνεντευξιαζόμενων και είναι τα εξής:

- Ποιοι είναι οι ενδογενείς και ποιοι οι εξωγενείς παράγοντες που οδηγούν το ψυχιατρικό πεδίο σε μετασχηματισμό και στην άρθρωση του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος;
- Ποιά είναι η εσωτερική λογική της αλλαγής προς τις ανοιχτές δομές;
- Μέσα από ποιες διαδρομές τα άτομα φτάνουν στο να συνδέσουν την βιογραφία τους με τις αρχές της αποασυλοποίησης;

Εν τέλει, η μελέτη αυτή είναι το αποτέλεσμα, από την μια πλευρά, της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας που έχει εκδοθεί σχετικά με το θέμα και, από την

άλλη, των λόγων των ίδιων των υποκειμένων του ψυχιατρικού πεδίου. Κλείνοντας αυτή την εισαγωγή, θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε στην διάρθρωση της διπλωματικής εργασίας. Περιλαμβάνει τρία κυρίως μέρη όπου το καθένα διαιρείται σε υποκεφάλαια.

Στο πρώτο μέρος, επιχειρείται ένα σκιαγράφημα του πεδίου έρευνας, του Δρομοκαϊτείου. Παρουσιάζεται η ιστορία του Ιδρύματος από τότε που ιδρύθηκε, στο τέλος του 1887, έως την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. το 1983 με την εξασφάλιση διαφοροποιημένου πλαισίου λειτουργίας ως κληροδότημα. Παρατίθεται, επίσης, η ιεραρχία και η λειτουργία των οργάνων διοίκησης από τις ανάλογες διευθύνσεις και από τα βασικά επιστημονικά όργανα. Στην συνέχεια, αναλύεται η νοσηλευτική δομή του νοσοκομείου ως προς τα τμήματα που υπάρχουν και τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει στο τμήμα της εργοθεραπείας και του νοσοκομείου ημέρας, καθώς αυτά τα δυο τμήματα αποτελούν το πεδίο της ποιοτικής έρευνας που διενεργήθηκε.

Στο δεύτερο μέρος, αναλύονται διεξοδικά οι εξελίξεις που αφορούν στο πέρασμα από την ασυλιακή μορφή ψυχιατρικής θεραπείας στην αποασυλοποίηση. Θα γίνει ιστορική παρουσίαση των ασύλων από τα πρώτα χρόνια ίδρυσης τους, καθώς και των θεωρήσεων του παραλογισμού από την αρχαιότητα έως τον 19^ο αιώνα με την γέννηση του νοσολογικού προτύπου. Στο επόμενο υποκεφάλαιο, συνδέοντας το άσυλο με την ψυχιατρική, θα παρουσιαστούν οι γενικές έννοιες διαβίωσης μέσα σε αυτό, σύμφωνα με τον Goffman και άλλους συγγραφείς. Αναλύονται, βεβαίως, σημαντικοί όροι όπως «διάγνωση», «στίγμα» και «ψυχοφάρμακα». Το τρίτο υποκεφάλαιο στηρίζεται στην ριζοσπαστικότητα του κινήματος της αντιψυχιατρικής την δεκαετία του '60 στην Αγγλία, δίνοντας την βάση για την ανάπτυξη της παράλληλης κίνησης της δημοκρατικής ψυχιατρικής στην Ιταλία με κυρίαρχη φιγούρα τον Basaglia. Στο τέταρτο υποκεφάλαιο, παρουσιάζεται η αποασυλοποίηση με τα συστατικά της στοιχεία, δηλαδή την αναίρεση της κοινωνικής απραξίας του ασθενούς και την επανάκτηση της αυτονομίας και της λειτουργικότητας του. Το πέμπτο υποκεφάλαιο αναδεικνύει την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και εστιάζεται στο μεγαλεπήβολο στόχο της: να επικρατήσει μια διαφορετική θεώρηση για την ψυχική πάθηση και παράλληλα να τροποποιηθεί η ίδια η ψυχιατρική πράξη έτσι ώστε να μετασχηματιστεί το ψυχιατρικό πεδίο σε ένα «ανοικτό» σύστημα παροχής ψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών.

Το τρίτο μέρος είναι αφιερωμένο στην ποιοτική έρευνα που διεξήχθη. Πρώτα πρώτα, παρουσιάζεται η διαδικασία της έρευνας και οι δυσκολίες που συνάντησε η ερευνήτρια καθώς και τα κριτήρια επιλογής του εν λόγω πεδίου. Στην συνέχεια, τα αποτελέσματα της έρευνας διαιρέθηκαν σε δυο βασικές ομάδες: στην ομάδα των ασθενών και στην ομάδα του προσωπικού. Έτσι, στην πλευρά των ασθενών καταγράφηκαν οι αναπαραστάσεις που έχουν σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον, τον κοινωνικό περίγυρο, την απασχόληση και την ανοιχτή ψυχιατρική δομή που συμμετέχουν. Στην ομάδα του προσωπικού καταγράφηκε η βιωμένη εμπειρία τους μέσα σε αυτήν την δομή καθώς και οι δυσκολίες που υπάρχουν. Σημαντικό ρόλο κατέχουν οι σκέψεις τους για την διασύνδεση δομής-κοινότητας καθώς και για το μέλλον αυτών των δομών. Στο τελευταίο υποκεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα καθώς και προτάσεις για την στήριξη των ανοιχτών ψυχιατρικών δομών.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα «γενικά συμπεράσματα», με την ανάπτυξη μιας επιχειρηματολογίας η οποία αποσκοπεί στο να υπογραμμίσει ότι σήμερα η αποασυλοποίηση και οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η νέα διάσταση στον ψυχιατρικό χώρο. Η εγκατάσταση των διαφοροποιημένων ψυχιατρικών υπηρεσιών κοντά στην κοινότητα συνάδει με μια γενικότερη διαδικασία επαναπροσδιορισμού του ψυχικά πάσχοντος.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

1.1. Η ιστορία του ασύλου

Η ψυχική ασθένεια, και η κοινωνική αντίδραση προς αυτή, εμφανίζεται τόσο διαχρονικά, όσο και διαπολιτισμικά. Ανιχνεύονται στοιχεία αυτής της αλληλόδρασης μέχρι και 4000 ή 5000 χρόνια πριν, στα ίχνη των τρυπανισμένων κρανίων, ή των σαμανιστικών τελετουργιών. Στην αρχαία Ελλάδα η Μανία και η Λύσσα είναι οι «υπεύθυνες» θεότητες για την πρόκληση της ψυχικής ασθένειας (Μάνος 1997: 17). Οι υλιστικές προσεγγίσεις, βέβαια, της ψυχικής νόσου στην αρχαία Ελλάδα και στην Ελληνορωμαϊκή εποχή από φιλόσοφους και ερευνητές γιατρούς όπως ο Ιπποκράτης, ο Αρεταίος, ο Γαληνός, οδήγησαν σε μια σχετική αποδυνάμωση των δαιμονολογικών πρωτόγονων δοξασιών, θέτοντας τις βάσεις για μια μεταγενέστερη επιστημονική προσέγγιση της παραφροσύνης (Τσαλίκογλου 1987: 34).

Αντίθετα, κατά την περίοδο του Μεσαίωνα διαφαίνεται μια ιδιαίτερα διαφορετική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Η αναπαράσταση της είναι φορτισμένη με προλήψεις, ηθικολογία, φανατική θρησκευτικότητα, ενώ η συμπεριφορά προς τον ψυχικά άρρωστο πολύ σκληρή (Μάλαινος 2005: 50). Οι επιστήμες σωπαίνουν και η εκκλησία εξαπλώνει την επικυριαρχία της διαδραματίζοντας ένα θεμελιακό κοινωνικό και πολιτικό ρόλο. Αόρατες δαιμονικές δυνάμεις θεωρείται ότι εξουσιάζουν τον τρελό προσδιορίζοντας την ιδιαιτερότητα της συμπεριφοράς του. Το έργο δυο γερμανών μοναχών του 15ου αιώνα, «το σφυρί των μαγισσών», χρησιμοποιείται από την Ιερά Εξέταση ως επίσημος οδηγός για την αντιμετώπιση των ψυχασθενών, που θεωρούνται όργανα του διαβόλου. Στο έργο αυτό κυριαρχεί η μαγικό-θρησκευτική αντίληψη της ψυχικής διαταραχής και η αναγωγή της σε θρησκευτική αίρεση (Τσαλίκογλου 1987: 35).

Η ασυλικού τύπου αντιμετώπιση και διαχείριση των ψυχικά αρρώστων φαίνεται να έχει εμφανιστεί κατά τον 13ο αιώνα. Το πρώτο άσυλο δημιουργήθηκε από τον Bethlehem στο Λονδίνο το 1247, ενώ στην ηπειρωτική Ευρώπη, ο Jofre δημιουργεί το πρώτο άσυλο στην Βαλένθια της Ισπανίας το 1409, στον ίδιο τόπο που λειτουργούσε η Ιερά Εξέταση. Από τότε και ύστερα δημιουργούνται αρκετά τέτοια άσυλα στην Ευρώπη, το χαρακτηριστικό των οποίων είναι η ετερογένεια των τροφίμων (Μαδιανός 2003: 28-30).

Προς τα τέλη του Μεσαίωνα και την περίοδο της Αναγέννησης, η τρέλα συνδεόταν με συγκεκριμένες ιερές μορφές γνώσης για τις οποίες επικρατούσε η αντίληψη ότι παρέχουν ενοράσεις γύρω από την ανθρώπινη κατάσταση. Από τον 16ο αιώνα, με την ανατολή της Αναγέννησης και την ανάπτυξη της φιλοσοφίας, σημειώνεται μια γενική πρόοδος. Τότε συγκροτείται η έννοια της ψυχικής νόσου και στα μέσα του 16ου αιώνα ιδρύονται άσυλα στο Λονδίνο, στο Παρίσι, στην Βιέννη. Η κατάσταση εντός των ασύλων ήταν ιδιαίτερα σκληρή ως το τέλος του 18ου αιώνα. Το προσωπικό των ιδρυμάτων αυτών φερόταν με ιδιαίτερη σκαιότητα στους τροφίμους και ήταν συνηθισμένη τακτική να καθηλώνονται δεμένοι με αλυσίδες οι διεγερτικοί ασθενείς (Τσότσος 2008: 17).

Αργότερα, η τρέλα αποτελούσε στίγμα και εθεωρείτο επιλήψιμη. Η διαφοροποίηση της τρέλας από την λογική, κατά την εποχή του διαφωτισμού, συνιστούν για τον Foucault ένα σημαντικό ιστορικό γεγονός. Σηματοδοτούν το σημείο καμπής από το οποίο η σύγχρονη λογική και η σύστοιχη νεοτερική επιστήμη αναδύθηκαν για να κυριαρχήσουν στην ανθρώπινη εμπειρία. Η τρέλα άρχισε πλέον να γίνεται αντιληπτή ως απώλεια του αυτοελέγχου και όχι ως αλλοίωση της ανθρώπινης υπόστασης, όπως εθεωρείτο τα προωθύτερα χρόνια.

Το σύστημα εγκλεισμού που ιδρύθηκε στα μέσα του 17ου αιώνα επέβαλε την εργατικότητα, μια ηθική φιλοπονίας και ενάρετης διαγωγής, επέφερε μια αστυνόμευση της αλητείας και της ανεργίας, για να ενισχύσει έτσι τις αρετές της κοινωνικής ευταξίας και να στηρίξει συγκεκριμένες ηθικές και θρησκευτικές αξίες. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο εγκάθειρξης των «φτωχών», δηλαδή των απόρων, των ανέργων, των εγκληματιών και των τρελών, η έννοια της παραφροσύνης άρχισε να αποκτά αρνητικές συνεκδοχές λόγω της ανικανότητας των τρελών να εργαστούν και επειδή αυτοί προσέβαλλαν την δημόσια ευπρέπεια, υιοθετώντας επονείδιστες συμπεριφορές. Με αυτόν τον τρόπο, οι «τρελοί» διαχωρίστηκαν από τις άλλες «μη λογικές» ομάδες και η τρέλα άρχισε να αποκτά μια αποκλειστική θέση μέσα στο πεδίο του αποκλεισμού. Με λίγα λόγια, οι «τρελοί» άρχισαν να διαφοροποιούνται από τους άλλους εγκλειστούς πληθυσμούς οι οποίοι ήταν σε θέση να ανταποκριθούν στους ανελέητα απαιτητικούς κανόνες της εργασίας (Smart 1999: 141, 146).

Αν πράγματι σε ένα επίπεδο το άσυλο σηματοδοτεί ένα εμφανές σημάδι προόδου και βελτίωσης των πραγμάτων, σε ένα άλλο επίπεδο σηματοδοτεί το μέλημα μιας άγρυπνης και στυγνής παρακολούθησης όσων αποκλίνουν από τα επιθυμητά για την εξουσία πλαίσια. Μέσα από τις διακηρύξεις ενός ρηξικέλευθου ουμανιστικού

λόγου ελλοχεύει το αίτημα ενός σκληρού κοινωνικού ελέγχου (Γκρο 2007: 85-87). Όπως σημειώνει ο ίδιος ο Foucault, το ψυχιατρικό άσυλο, όπως όλες οι βαθμίδες ατομικού ελέγχου, λειτουργούν με διπλή μορφή. Από την μια έχουμε την μορφή του δυαδικού διαμοιρασμού και χαρακτηρισμού (τρελός – μη τρελός) και από την άλλη, την μορφή του καταναγκαστικού προσδιορισμού, της διαφορισμένης κατανομής (ποιος είναι, που πρέπει να βρίσκεται κλπ.) (Foucault 1989).

Ο ορθολογισμός, θεωρητικό αποκύημα της βιομηχανικής επανάστασης και ιδεολογία της ανερχόμενης αστικής κοινωνίας, οδήγησαν σε ένα επόμενο στάδιο που συμβολίζεται από την επέμβαση του Πινέλ, Γάλλου γιατρού, διευθυντή της κλινικής Bicetre, γνωστού ως ανθρωπιστή (Roback 2004: 84). Σε αυτήν την «κίνηση φιλανθρωπίας» σηματοδοτείται μια κρίσιμη στροφή στην εξέλιξη των ψυχικά ασθενών, και κατά συνέπεια στην λειτουργία του ασύλου.

Στο σημείο αυτό, ίσως είναι κρίσιμη η εισαγωγή της έννοιας του φόβου. Μέσα στο Bicetre, η χειραγώγηση του φόβου που προκαλεί τρέλα, μετατίθεται. Μετατίθεται επίσης και ο χειρισμός του φόβου που προκαλεί το «σύστημα». Ο ειδικός «λύνει» την τρέλα, και σε αντίθεση με πριν, μπαίνει στην διαντίδραση και στην διαχείριση φαινομενικά «άοπλος», άρα και μη απειλητικός. Ο φόβος παύει να είναι εξωτερικός (ιμάντες και αλυσίδες) και μετατίθεται μέσα στο ίδιο το άτομο. Απευθύνεται με λόγια και όχι με όργανα, προσπαθώντας να βγάλει στην επιφάνεια το «υγιές» αίσθημα ευθύνης (αφού κάθε δυνητική παρέκκλιση συνδέεται και με μια ποινή). Δηλαδή, η «ελεύθερη» τρομοκρατία της τρέλας αντικαθίσταται από την ενοχή του ψυχικά ασθενή σαν ένα σύστημα συνειδητοποίησης του εαυτού του. Και τώρα δίνεται μάχη, αλλά με μια «τρέλα» που έχει ήδη εξουσιαστεί. Ο Άρρωστος σηματοδοτείται σαν ανήλικος, καθηλωμένος ή παλινδρομημένος σε πρώιμα στάδια, και η εμπλοκή του με το άσυλο παίρνει έντονα την μορφή μιας σχέσης οικογένειας, με όλες τις αναπαραστάσεις που αυτή εμπεριέχει (Foucault 2004: 240-245). Ο Foucault επίσης υποστηρίζει ότι στον κόσμο του παλαιού φρενοκομείου, πριν τις καταλυτικές αλλαγές του Πινέλ και των άλλων μεταρρυθμιστών, οι «τρελοί» στη ουσία απολάμβαναν μεγαλύτερη ελευθερία από όση τους παρέχουν οι σύγχρονες θεραπείες, γιατί απλούστατα η κλασική αντιμετώπιση μέσω του εγκλεισμού δεν αποσκοπούσε στο να μεταβάλει την συνείδηση τους.

Το άσυλο του Πινέλ, απομονωμένο από τον κόσμο, είναι ένα ομοιόμορφο πεδίο νομοθεσίας, τόπος ηθικών συνδέσεων. Όλη η ζωή των εγκλειστών, όλη η συμπεριφορά των επιτηρητών και των γιατρών προς αυτούς, οργανώνονται από τον

Πινέλ προκειμένου να επιτελεσθούν αυτές οι ηθικές συνδέσεις. Και τούτο με τρία κύρια μέσα:

1. Την σιωπή. Σε σύγκριση με τον αδιάκοπο διάλογο του λόγου με την τρέλα, κατά την αναγέννηση, ο κλασικός εγκλεισμός ήταν επιβολή σιωπής. Οι αλυσίδες που πέφτουν, αυτή η αδιαφορία και η βουβαμάρα όλων, φυλακίζουν τον τρελό μέσα στην περιορισμένη χρήση μιας κενής ελευθερίας. Ο ίδιος ο άνθρωπος και όχι η προβολή του μέσα στο παραλήρημα, είναι που θα βρεθεί τώρα ταπεινωμένος: ο σωματικός περιορισμός αντικαθίσταται από μια ελευθερία που συναντά κάθε στιγμή τα όρια της μοναξιάς.
2. Την αναγνώριση στον καθρέφτη. Στο Bicetre τον τρελό τον κοίταζαν και αυτός ήξερε πως τον έβλεπαν. Όμως με εξαίρεση το άμεσο τούτο βλέμμα, που από την άλλη δεν της επέτρεπε να συλλάβει τον εαυτό της παρά πλαγίως, η τρέλα δεν καταλάβαινε άμεσα τον εαυτό της. Είναι αντίθετα ολότελα μεταμορφωμένη στο υποκείμενο, που γίνεται άμεση αλήθεια και απόλυτος κριτής: η τρέλα, σα απλό παραλήρημα, προβάλλεται πάνω στους άλλους· σαν απόλυτη ασυνειδησία αναλαμβάνεται εξ ολοκλήρου από τον τρελό. Έτσι, σε αυτό το σημείο, ο καθρέφτης από συνεργός γίνεται αποφευκτικής.
3. Η αέναη δίκη. Με αυτό το παιχνίδι του καθρέφτη, όπως με την σιωπή, η τρέλα καλείται ακατάπαυστα να κρίνει τον εαυτό της. Όμως επιπρόσθετα, κρίνεται κάθε στιγμή από τα έξω· κρίνεται όχι από μια ηθική ή επιστημονική συνείδηση, αλλά από ένα είδος αόρατου δικαστηρίου που συνεδριάζει μόνιμα. Το άσυλο ως δικαστική αρχή δεν αναγνωρίζει καμία άλλη. Η δικαιοσύνη που βασιλεύει στο άσυλο του Πινέλ δεν δανείζεται από την άλλη δικαιοσύνη τους κατασταλτικούς τρόπους της· επινοεί τους δικούς της (Foucault 2007: 637-642).

Ο Πινέλ, επηρεασμένος από της ιδέες της γαλλικής επανάστασης χαράσσει τον δρόμο για μια ανθρωπιστική αντιμετώπιση στην ψυχιατρική και γίνεται ο πατέρας της λεγόμενης «ηθικής θεραπείας» (Γρίβας 1985: 39-41). Αυτή η νέα έννοια διεπόταν από μια καινοφανή και αναπάντεχη ριζοσπαστική δεοντολογία, αφού πρέσβευε ότι η μεταχείριση των ασθενών έπρεπε να γίνεται με τρόπου μαλακούς και ευγενικούς, ακόμα και με κάποια σκληρότητα βέβαια όταν το απαιτούσε ο σκοπός της θεραπείας, πάντα όμως με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ασθενούς.

Το παράδειγμα του Πινέλ θα ακολουθήσει στην Αγγλία ο νομομαθής φιλόανθρωπος, Κουάκερος¹ Tuke, ιδρύοντας στο York το άσυλο Retreat House. Στόχος του Tuke ήταν η περίθαλψη των ψυχασθενών κουάκερων σε ένα ειδικό ίδρυμα όπου η θεραπεία θα ακολουθούσε όλα τα βασικά γνωρίσματα της «ηθικής θεραπείας» του Πινέλ. Και αυτό το άσυλο θα λειτουργήσει ως ένας χώρος αναπαραγωγής όλων των «ιερών» αξιών που στηρίζουν την κεφαλαιοκρατική αστική κοινωνία. Οι αξίες της οικογένειας, της εργασίας, που ανάγονται σε «πεφωτισμένα» ιδανικά, σε κατεξοχήν αστικές αρετές, βασιλεύουν στην δομή του ασύλου (Τσαλίκου 1987: 38).

Το εγχείρημα του Tuke εντάσσεται ακριβώς στην μεγάλη νομική αναδιοργάνωση της αρωγής, στο τέλος του ΙΗ' αιώνα, σε εκείνη την σειρά μέτρων μέσω των οποίων το αστικό κράτος επινοεί, για τις δικές του ανάγκες, την ιδιωτική πρωτοβουλία. Σημαντικό ήταν ότι το άσυλο στην Υόρκη ήταν εξοχικό οίκημα. Δεν γεννά επ' ουδενί την ιδέα φυλακής, αλλά μάλλον μεγάλης αγροικίας περιβάλλεται από μεγάλο κλειστό κήπο. Κανένα κιγκλίδωμα, καμιά σιδεριά στα παράθυρα. Όλες οι φανταστικές δυνάμεις της απλής ζωής, της αγροδιαίτης ευτυχίας, συγκαλούνται εδώ για να προεδρεύσουν στην ίαση κάθε τρέλας. Τούτο γιατί η τρέλα, σύμφωνα με τις ιδέες του ΙΗ' αιώνα, δεν είναι ασθένεια της φύσης, ούτε του ίδιου του ανθρώπου, αλλά της κοινωνίας' συγκινήσεις, αβεβαιότητες, ήταν όλες αιτίες τρέλας που γίνονται δεκτές από τον Tuke. Η τρέλα είναι γέννημα μιας ζωής που απομακρύνεται από την φύση. Δεν θέτει σε αμφισβήτηση αυτό που είναι ουσιώδες στον άνθρωπο και που είναι το άμεσο ανήκειν στην φύση (Foucault 2007: 608-609).

Η απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της τρέλας συνυφαίνεται με την ιατροκρατική «βιολογικίστικη» προσέγγιση, απόλυτα εναρμονισμένη με το κυρίαρχο θετικιστικό πνεύμα του 19ου αιώνα. Η ακλόνητη πίστη στην θεώρηση της ψυχής και του σώματος σαν αδιαχώριστες ενότητες προσανατολίζει την ψυχιατρική έρευνα στο συσχετισμό όλων των ψυχικών ασθενειών με ανατομικό – εγκεφαλικές βλάβες (Τσαλίκου 1987: 40). Οπωσδήποτε, όμως, η όποια εξιστόρηση της ψυχιατρικής

¹ Οι Κουάκεροι ή Χριστιανοί Φίλοι (αγγλ.: Quakers) είναι μέλη μιας Χριστιανικής Ομολογίας (Εκκλησίας) που φέρει την ονομασία Θρησκευτική Κοινωνία των Φίλων (Religious Society of Friends) και ιδρύθηκε τον 17ο αιώνα στην Αγγλία από τον περιπλανώμενο ιεροκήρυκα Γεώργιο Φοξ. Η Αγγλική λέξη Quaker σημαίνει αυτός που τρέμει, και τους δόθηκε τον 17ο αιώνα από άλλους σαν παρωνύμιο, διότι σε μια δίκη ο Γεώργιος Φοξ είπε σε έναν δικαστή να τρέμει στο Λόγο του Θεού και ο δικαστής απάντησε, "Πες μας, λοιπόν, εσύ ο τρέμων (Quaker)...". Έπειτα μερικές φορές κατά την ώρα της λατρείας τους έτρεμαν από ευλάβεια. Άλλες ονομασίες που χρησιμοποιήθηκαν για αυτούς είναι «Παιδιά του Φωτός» (Children of the Light) και «Εκκλησία των Φίλων» (Friends Church) (el.Wikipedia.org).

δεν μπορεί να αποκοπεί από το ιστορικό της ανακάλυψης και της γενίκευσης της χρήσης των ασύλων, καθώς και από τον επιστημονικό-θεραπευτικό προσανατολισμό στον οποίο βασίστηκε αρχικά, δηλαδή την ηθική θεραπεία. Ένας θεσμός που βρέθηκε στο επίκεντρο των συστημάτων παροχής ψυχιατρικής φροντίδας στις δυτικές χώρες (Τζανάκης 2003: 38).

Έτσι, σιγά σιγά, η πρόοδος της νευρολογίας ενδυναμώνει τον ανερχόμενο ιατρικό ιμπεριαλισμό και σηματοδοτεί το άνοιγμα ενός δρόμου για την διαμόρφωση μιας νέας οργανιστικής αντίληψης για την ψυχική ασθένεια. Μιας αντίληψης που αναγορεύει τον εγκέφαλο σε έδρα του ψυχισμού, αποδίδοντας όλες τις ψυχικές διαταραχές σε εγκεφαλικές δυσλειτουργίες. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια θεμελιώνεται ένα νέο πρότυπο παραφροσύνης, το νοσολογικό, μέσα από το οποίο αυτή προβάλλει ως μια μορφή βιολογικής ασθένειας (Πανκόφ 2004: 52).

Και με τη «βόμβα» της φροϋδικής θεωρίας, κλείνει ο κύκλος: η ψυχανάλυση, ανάγοντας τον ψυχίατρο σε μείζων γνώστη και ρυθμιστή της ανθρώπινης ψυχής, ουσιαστικά καταφέρνει να μεταθέσει όλες τις παραπάνω σημασιοδοτήσεις του ασύλου, σε ένα και μόνο πρόσωπο, αυτό του γιατρού (Foucault 2004: 240).

1.2. Άσυλο και ψυχιατρική

Αν και θα ήταν δομικά λάθος να προσπαθήσουμε να ερμηνεύσουμε τα άσυλα, έτσι όπως τα γνωρίζουμε σήμερα, σαν αποκλειστικά προϊόντα μιας εξελικτικής διαδικασίας όπως περιγράφηκε πιο πάνω, μπορούμε ωστόσο να ανιχνεύσουμε κάποιες βασικές συνιστώσες, οι οποίες προσδίδουν και τον συστατικό χαρακτήρα στο άσυλο-ίδρυμα.

Σχετικά με την μελέτη των ασύλων, τεράστια είναι η συμβολή του Goffman και του έργου «Άσυλα». Ολοπαγές ίδρυμα, σημειώνει, «είναι ένας τόπος διαμονής και εργασίας όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, αποκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, διάγουν μαζί μια έγκλειστη, τυπικά διευθυνόμενη, καθημερινότητα» (Goffman 1994: 19). Για τον Goffman, ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ολοπαγές ίδρυμα. Επίσης κάθε τέτοιο ίδρυμα έχει περικλειστικές τάσεις που ο συμβολικός τους χαρακτήρας, διαφαίνεται από την ίδια τη μορφή των υλικών εγκαταστάσεων του. Ψηλοί τοίχοι, κλειδωμένες πόρτες, συρματοπλέγματα, απομονωμένη περιοχή. Ολοπαγές ίδρυμα δεν είναι μόνο ένα ψυχιατρείο, αλλά και μια φυλακή, ένα γηροκομείο ή ένα στρατόπεδο. Το καίριο ζήτημα εδώ, εκτός από το περικλειστο χαρακτήρα αυτών των ιδρυμάτων, είναι και κάποια άλλα κοινά χαρακτηριστικά που τα διακρίνουν όπως:

1. όλες οι εκδηλώσεις της ζωής διεξάγονται στον ίδιο χώρο.
2. κάθε φάση της καθημερινής δραστηριότητας του μέλους συντελείται σε άμεση συναναστροφή με τα υπόλοιπα μέλη.
3. οι φάσεις των δραστηριοτήτων είναι αυστηρά προγραμματισμένες.
4. οι καταναγκαστικές δραστηριότητες συντάσσονται σ' ένα μοναδικό, ορθολογικό σχέδιο (Goffman 1994: 24, 25).

Το κύριο όμως χαρακτηριστικό τους, σύμφωνα με τον Goffman, είναι «η διαχείριση πολλών ανθρώπινων αναγκών μέσω της γραφειοκρατικής οργάνωσης ολοτήτων ανθρώπων». Επίσης, μια σημαντική συνέπεια της γραφειοκρατικής χειραγώγησης των ασθενών είναι και το διαφορετικό νόημα που παίρνει η εργασία αλλά και η οικογένεια στα μάτια των τροφίμων. Εν τέλει το ολοπαγές ίδρυμα

αποτελεί ένα κοινωνικό υβρίδιο, εν μέρει κοινότητα διαμονής, εν μέρει μια τυπική οργάνωση (Goffman 1994: 26).

Όσον αφορά τους σκοπούς τους, δηλαδή το τι επιδιώκουν τα ολοπαγή ιδρύματα, ο Goffman θεωρεί ότι αυτά «δημιουργούν και θρέφουν ένα ιδιαίτερο είδος έντασης ανάμεσα στον οικείο και στον ιδρυματικό κόσμο και χρησιμοποιούν τη διαρκή αυτή ένταση ως μοχλό στρατηγικής σημασίας για την χειραγώγηση ανθρώπων» (Goffman 1994: 30).

Το ψυχιατρείο, ως ένα ολοπαγές ίδρυμα, παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία αποτυπώνουν και συγκροτούν τη μοναδικότητα του. Πριν ο ασθενής εισαχθεί σε ένα τέτοιο ίδρυμα, έχει υιοθετήσει κάποιον ή κάποιους ρόλους στην κοινωνική του ζωή, που τον διευκολύνουν ή τον δυσκολεύουν στην επικοινωνία του με τους συνανθρώπους του. Με την είσοδο του όμως, έχουμε την έναρξη ορισμένων διαδικασιών, όπως ηθικές μειώσεις και ταπεινώσεις που ευτελίζουν τη προσωπικότητα του και εκριζώνουν τις προηγούμενες ρυθμίσεις στις οποίες υπόκεινταν ο ασθενής πριν τη εισαγωγή του.

Αυτές τις διαδικασίες ευτελισμού αναλύει ο Goffman, ως το πρώτο στοιχείο της κοινωνικής ζωής στο άσυλο. Η πρώτη, και χρονικά, είναι ο ίδιος ο περίκλειστος χαρακτήρας του, το φράγμα που θέτει ανάμεσα στον ίδιο και τον έξω-κόσμο, η περιστολή του εαυτού και η στέρηση του ρόλου. Μία δεύτερη έγκειται στην εφαρμογή των εισαγωγικών διατυπώσεων που διενεργούνται στα άσυλα, όπως η λήψη βιογραφικού, η καταγραφή των προσωπικών ειδών προς αποθήκευση, το κούρεμα, η διανομή του ρουχισμού κ.α. Αυτές οι εισαγωγικές διατυπώσεις που εφαρμόζονται από το προσωπικό, έχουν ως στόχο το προγραμματισμό ή τη ρύθμιση του νεοφερμένου, την ταξινόμηση του. Κάποιες άλλες διαδικασίες ευτελισμού είναι οι δοκιμασίες υπακοής, οι σωματικοί εξευτελισμοί, οι λεκτικές ταπεινώσεις, όπως και η στέρηση της ιδιοκτησίας που επιβάλλεται στους ασθενείς. Μια σημαντική επίσης μορφή ευτελισμού είναι και η παραβίαση του εαυτού ως ένα είδος μαντικής έκθεσης. Για παράδειγμα, ο φάκελος του τροφίμου και όσοι έχουν πρόσβαση σ' αυτόν, η ομαδική ή ατομική αξιολόγηση, οι σωματικές εκθέσεις. Επίσης, μια ιδιαίτερη διαδικασία έμμεσου κυρίως ευτελισμού, αποτελεί αυτό που ο Goffman ονομάζει «βροχισμό» δηλαδή όταν «ένας φορέας που προκαλεί μια αμυντική απόκριση από μέρος του τροφίμου βάζει την ίδια αυτή απόκριση στόχο της επόμενης επίθεσης» (Goffman 1994: 24, 35, 41). Για παράδειγμα μια αντίδραση του τροφίμου με χαρακτηριστικά αυθάδειας ή ειρωνείας σε κάποια ταπεινωτική επιταγή

του προσωπικού, μπορεί να επιφέρει μία καταδίκη της ίδιας της αντίδρασης του τροφίμου από το προσωπικό, έως αυτή να ήταν αδικαιολόγητη σε σχέση με την εντολή, με αποτέλεσμα το προσωπικό θα τιμωρήσει την αντίδραση ως παράπτωμα, επιβάλλοντας μια ποινή. Αυτή η διαδικασία, συνήθως διευκολύνεται, μέσα στα πλαίσια του ψυχιατρικού εγκλεισμού, αφού μέσα σ' αυτά οι σφαίρες ζωής δεν είναι διαχωρισμένες. Έτσι το προσωπικό επιβάλλει ποινές στους ασθενείς ή σχολιάζει τις δραστηριότητες τους σε μια συγκεκριμένη φάση με σκοπό να ελέγξει τη διαγωγή του, σε μια άλλη σφαίρα ή επίπεδο. Δηλαδή απλές πράξεις να χρειάζονται έγκριση, όπως και οποιοδήποτε μέλος από το προσωπικό έχει τη δυνατότητα να ελέγχει οποιοδήποτε μέλος από τους τροφίμους σ' ένα ιεραρχικά δομημένο σύστημα εξουσίας (Goffman 1994: 37, 51, 53).

Πέρα από τις διαδικασίες ευτελισμού, το ψυχιατρικό ίδρυμα συνίσταται και από ένα σύστημα προνομίων το οποίο συγκροτείται από τρία στοιχεία. Πρώτον, από τους εσωτερικούς κανόνες, δηλαδή το σύνολο των ρητών και τυπικών απαγορεύσεων σε σχέση με τη διαγωγή του τροφίμου. Δεύτερον, από τις άτυπες επιβραβεύσεις και τρίτον, από τις τιμωρίες, ως συνέπεια της μη τήρησης των κανόνων. Οι τιμωρίες και τα προνόμια είναι καθ' εαυτοί τρόποι οργάνωσης που προσιδιάζουν στα ολοπαγή ιδρύματα, αποτελούν συνάρτηση της επιδιωκόμενης καλής διαγωγής από τη πλευρά του ασθενή για την συντομότερη απόλυση του και εναρμονίζονται σ' ένα σύστημα που αφορά τη διαμονή και την εργασία. Όπως εύστοχα, σημειώνει ο Goffman «οι τρόφιμοι μετακινούνται, το σύστημα όχι» (Goffman 1994: 82), θέλοντας με αυτή τη φράση, να υποδηλώσει ότι μέσα από τη λειτουργία των προνομίων και των τιμωριών σε συνάρτηση πάντα με την ιδιαίτερη φύση των ολοπαγών ιδρυμάτων και την εξατομίκευση της πειθαρχικής-ψυχιατρικής εξουσίας πάνω στους ασθενείς με τέτοιο τρόπο, ώστε το ίδιο το σύστημα να μην απειλείται στο σύνολο του.

Επίσης, εκτός από τους ευτελισμούς και τα προνόμια, δύο άλλα στοιχεία της κοινωνικής ζωής στο άσυλο, αποτελούν οι ιστορίες και οι ιδρυματικές διάλεκτοι που αναπτύσσουν οι ασθενείς για να μπορούν, κατά κάποιο τρόπο να «σπάνε τη ρουτίνα» της μονότονης καθημερινότητας τους και να έρχονται, μέσω των ιστοριών ή αφηγήσεων, οι παλιοί τρόφιμοι σε επικοινωνία με τους νεότερους (Goffman 1994: 66).

Τέλος, έχουμε και τις δευτερογενείς εναρμονίσεις, όπως τις ονομάζει ο Goffman, οι οποίες αναφέρονται και ως «κόλπα» ή «να ξέρεις τα κατατόπια» από τη πλευρά των τροφίμων, δηλαδή πρακτικές που επιτρέπουν στους ίδιους, χωρίς να

έρχονται σε ευθεία αντιπαράθεση με το προσωπικό, να πετυχαίνουν απαγορευμένες ικανοποιήσεις ή επιτρεπτές με απαγορευμένα μέσα (Goffman 1994: 67).

Ο τρόφιμος, από την άλλη, έχει το περιθώριο να χρησιμοποιήσει μια γκάμα συμπεριφορών για να αντιμετωπίσει τις νέες συνθήκες που προκύπτουν από την ένταξη του στο περιβάλλον του ιδρύματος. Ομαδοποιημένες, σύμφωνα με τον Goffman, μπορούν να προσδιοριστούν σε τέσσερις κατηγορίες:

- A. Η καταστασιακή απόσυρση είναι η κατάσταση που ψυχιατρικά περιγράφεται ως παλινδρόμηση. Ο άρρωστος αποσύρει την προσοχή του σχεδόν από τα πάντα, εκτός από αυτά που έχουν να κάνουν με το σώμα του, επιδεικνύοντας μια αυτιστική, θα μπορούσαμε να πούμε, συμπεριφορά.
- B. Η αδιάλλακτη γραμμή, όταν ο τρόφιμος αρνείται με συνέπεια να προσαρμοστεί και να δεχθεί τους κανόνες του ιδρύματος.
- Γ. Η εποίκηση, το ίδρυμα γίνεται το «νέο σπίτι»: το ομοίωμα του έξω κόσμου που παρέχει το ψυχιατρικό κατάστημα λαμβάνεται από τον τρόφιμο ως το «όλον», και ένας ήρεμος, σχετικά επαρκής τρόπος ζωής κτίζεται πάνω στις μέγιστες ικανοποιήσεις που μπορεί κανείς να αντλήσει από την παραμονή του στο ίδρυμα. Σχεδόν όλοι οι «χρόνιοι» άρρωστοι των μεγάλων ψυχιατρείων παρουσιάζουν συμπεριφορές αυτού του τύπου.
- Δ. Η μεταστροφή, η οποία ουσιαστικά αναφέρεται στην αποδοχή και ενσωμάτωση μιας ψυχιατρικής εικόνας για τον εαυτό, άσχετα από το ποσοστό εναισθησίας που ο τρόφιμος διαθέτει. Είναι κατανοητό το ότι αυτές οι τέσσερις κατηγορίες, τις πιο πολλές φορές, δεν είναι διακριτές η μία από την άλλη, και επίσης μπορεί, τόσο να συνυπάρχουν, όσο και να εναλλάσσονται μεταξύ τους (Goffman 1994: 72-77).

Από τους περισσότερους τροφίμους, ο χρόνος διαμονής βιώνεται σαν χαραμισμένος και νεκρός, σαν μια παρένθεση που πρέπει να λήξει όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Αυτό το γεγονός, αν συνδυαστεί με τον ψυχωτικό χρόνο, που και αυτός έχει το χαρακτηριστικό του «νεκρού» χρόνου, έρχεται σε μεγάλη αντιδιαστολή με τον «θεραπευτικό» χρόνο (Μαδιανός 1999). Ο χρόνος δεν είναι ούτε γραμμικός, αλλά ούτε και κυκλικός. Είναι ένας «αυτιστικός» χρόνος, με μεγάλες συνέπειες στις κοινωνικές αποσυνδέσεις του τροφίμου, ο οποίος έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά

με τον «ψυχωτικό» χρόνο που βιώνουν ήδη οι άρρωστοι (Στυλιανίδης–Χονδρός 2007: 216).

Μέσα από αυτή την «ομογενοποίηση», (για παράδειγμα, ίδιες διαγνώσεις: ο «ψυχωτικός», η «διαταραχή προσωπικότητας», ο «καταθλιπτικός»), αλλά και ίδιες ή τουλάχιστον παραπλήσιες θεραπείες και μέσα από αυτή την απώλεια λειτουργικού χωροχρόνου, έρχονται και επικάθονται τα δυο κύρια λειτουργικά χαρακτηριστικά του ιδρύματος: η αποπαίδευση και ο στιγματισμός (Goffman 1994: 82). Η κοινωνική θέση, όχι μόνο αλλάζει, αλλά επιπλέον και μετά την έξοδο του αρρώστου από το ίδρυμα, δεν μπορεί να είναι ίδια με την αναπαράσταση της προηγούμενης κοινωνικής του θέσης. Αν σε αυτό το πλαίσιο ενταχθούν και οι παλιότερες υποθέσεις «κατολίστησης», αλλά και οι νεότερες περί «κοινωνικής επιλογής» (το ψυχωτικό κυρίως άτομο, είτε ήδη ανήκει σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, είτε έχει χάσει δεξιότητες και κοινωνικό προφίλ λόγω της ψύχωσης, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διατηρήσει την προηγούμενη «κοινωνική βαθμίδα» που κατείχε) (Μαδιανός 2003: 191), γίνεται κατανοητός ο ολοκληρωτικός αποκλεισμός που επέρχεται μέσω της εισαγωγής και της διαβίωσης στο ίδρυμα.

Η επιχειρηματολογία του Goffman γνώρισε ευρύ πεδίο εφαρμογής στις κοινωνιολογικές μελέτες σχετικά με το νόημα και την εμπειρία της ψυχικής και σωματικής αρρώστιας. Το στίγμα, δηλαδή ο βαθμός φθοράς της ταυτότητας του εαυτού που προκύπτει από το βίωμα της αρρώστιας, αποτέλεσε κατηγορία-κλειδί στη διερεύνηση της κοινωνικής κατασκευής της ασθένειας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χρόνιων καταστάσεων (Οικονόμου 2005: 101). Ο όρος «στίγμα» περιγράφει ένα απαξιωτικό χαρακτηριστικό, το οποίο μπορεί να αφορά σωματικές δυσμορφίες, όπως διάφορες μορφές αναπηρίας, αρνητικά στοιχεία του προσωπικού χαρακτήρα, όπως οι νοητικές διαταραχές ή η ψυχική ασθένεια, ή να αποδίδεται σε κοινωνικές συλλογικότητες, όπως η φυλή και οι Θρησκευτικές ομάδες. Το χαρακτηριστικό αυτό υποδηλώνει μια ασυμφωνία ανάμεσα στη «δύνητική» και την «πραγματική» κοινωνική ταυτότητα, δηλαδή ανάμεσα στις κανονιστικές προσδοκίες για τα γνωρίσματα που αναμένουμε να έχει κάποιος κατά τη διάρκεια της συνέντευξης μαζί του και τα γνωρίσματα που στην πραγματικότητα αποδεικνύεται να έχει (Goffman 2001: 64-84).

Με αυτή την έννοια, το στίγμα συνιστά μια ιδιαίτερη σχέση μεταξύ γνωρίσματος και στερεότυπου, η οποία νοηματοδοτείται αρνητικά και φθείρει την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου, οδηγώντας στην απόρριψη και την αποκοπή του

από την κοινωνία και τον εαυτό του. Στην περίπτωση που το στίγμα είναι εμφανές ή γνωστό, τότε το άτομο καθίσταται «απαξιωμένο» και πρωταρχικό του μέλημα είναι η «διαχείριση της έντασης» που προκαλείται στις κοινωνικές επαφές του. Εάν όμως η διαφορετικότητα δεν είναι άμεσα ορατή ή το άτομο νομίζει ότι δεν είναι γνωστή στους άλλους, τότε το συγκεκριμένο πρόσωπο είναι «απαξιώσιμο» και σε ζητούμενο εκ μέρους του αναδεικνύεται η «διαχείριση των πληροφοριών» σχετικά με τη μειονεξία του (Goffman 2001: 111-112).

Κεντρική θέση στην ανάλυση του Goffman καταλαμβάνει η υπόθεση ότι το στίγμα δεν συνιστά εγγενή ιδιότητα ενός χαρακτηριστικού ή μιας συμπεριφοράς καθ' εαυτή, αλλά είναι αποτέλεσμα κοινωνικής κατασκευής, αντηχώντας τις θέσεις της θεωρίας της «κοινωνικής ετικέτας» ή του «χαρακτηρισμού» (labeling theory) (Οικονόμου 2005: 100).

Σύμφωνα με τον Goffman, η διατήρηση των κοινωνικών αποστάσεων από τους τροφίμους και η διατήρηση μιας στερεότυπης αντίληψης για αυτούς συσχετίζεται άμεσα με το προσωπικό των ασύλων. Όσον αφορά τις ιδιαίτερες αντιλήψεις του προσωπικού για τους ασθενείς και το ερμηνευτικό σχήμα που κατασκευάζουν, έχουμε τέσσερις στάσεις. Πρώτον, το προσωπικό, μόλις ο τρόφιμος εισαχθεί στο ίδρυμα, θεωρεί ότι αυτός είναι αναγκαστικά άρρωστος. Δηλαδή, έχουμε μια ταύτιση της ψυχικής νόσου και του αρρώστου. Δεύτερο, το προσωπικό πολύ συχνά καταφεύγει στο να εφευρέσει ένα παράπτωμα για κάθε τιμωρία, ώστε να ελέγξει τους τροφίμους και να υπερασπισθεί το ρόλο του ιδρύματος. Τρίτο, το προσωπικό θεωρεί ότι η εργασία στα ψυχιατρικά ιδρύματα είναι ένα μέσο ηθικής διαπαιδαγώγησης, πρόσφορο για τους ασθενείς. Τελευταίο, και ίσως το πιο σημαντικό, το προσωπικό πιστεύει, αναπτύσσοντας μία θεωρία της ανθρώπινης φύσης, έστω και ασυνείδητα, ότι η διαγωγή του ασθενή (επιθυμητή ή ανεπιθύμητη) εκπορεύεται από τη προσωπική του θέληση η οποία όμως σχετίζεται με μια προσωπική ηθική (Goffman 1994: 97-98).

Επίσης, ο Goffman υποστηρίζει ότι σ' ένα ψυχιατρικό ίδρυμα, ούτε ο κόσμος των τροφίμων, ούτε του προσωπικού είναι ομοιογενείς. Υπάρχουν πολλές ενδοομαδικές διαφορές μέσα στη κάθε κατηγορία, όπως και διαφορετικών ειδών σχέσεις μεταξύ των υπό-ομάδων των δύο κατηγοριών: τρόφιμοι-προσωπικό (Goffman 1994).

Παρατηρεί, επίσης, ότι όταν ένας υποψήφιος ασθενής έρχεται στην πρώτη εισαγωγική του συνέντευξη, οι γιατροί εφαρμόζουν αμέσως το υπηρεσιακό ιατρικό

μοντέλο, το οποίο συνίσταται στη συγκέντρωση πληροφοριών, διατύπωση παρατηρήσεων, πρόταση διάγνωσης και μεθόδου αγωγής για τον ασθενή. Η εφαρμοσιμότητα αυτού του ιατρικού μοντέλου διευκολύνεται από την εμφάνιση από τη πλευρά των ασθενών μίας ορατής και κοινωνικά ανάρμοστης συμπεριφοράς και μιας ορατής επίσης οργανικής παθολογίας, μέσα σ' ένα πλαίσιο ανάγκης προστασίας από τον κίνδυνο ειδών τέτοιας συμπεριφοράς, που πρέπει να λάβει το ψυχιατρικό νοσοκομείο (Goffman 1994: 333).

Ίσως δεν θα ήταν μεγάλη υπερβολή να αποδεχτούμε ότι τον τελευταίο αιώνα, παρά τις εντυπωσιακές προόδους της ιατρικής, της βιοϊατρικής, της ερευνητικής ψυχοφαρμακολογίας και της τεχνολογίας, τα βασικά ερωτήματα της καθημερινής κλινικής πράξης παραμένουν πεισματικά αμετακίνητα: η πολυπλοκότητα της αιτιοπαθογένειας της ψυχικής νόσου, το απρόβλεπτο της κλινικής έκφρασης της ψυχοπαθολογίας κάθε πάσχοντος υποκειμένου, η αβεβαιότητα και ο ιδεολογικός προσδιορισμός της χρήσης της ψυχιατρικής νοσογραφίας (μέσα από αλληλοδιαδεχόμενα ταξινομητικά συστήματα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας), αυταπάτες για την πολλά υποσχόμενη χρήση των παλαιών και νέων ψυχοφαρμάκων και τέλος, ηθικά, δεοντολογικά και κοινωνικά προβλήματα στην άσκηση της ψυχιατρικής πράξης, με τον έμπρακτο ή μη σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων του ασθενούς. Δεν θα ήταν υπερβολικό να υποστηρίξαμε ότι καμία άλλη ασθένεια δεν αντιμετωπίζεται σήμερα στις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες με τόσο μεγάλη άγνοια και ανικανότητα στην κατανόηση των πραγματικών αναγκών και της αυθεντικής οδύνης της, όπως αντιμετωπίζονται οι ψυχώσεις από τη δήθεν επιστημονική-θετικιστική ψυχιατρική (Στυλιανίδης 2002: 267).

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι ιστορικά συνυφασμένη με την ιατρική επιστήμη. Η ιατροκρατική, βιολογικιστική προσέγγιση σηματοδότησε και την απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της παραφροσύνης στη διάρκεια του 19ου αιώνα. Η ακλόνητη πίστη στη θεώρηση της ψυχής και του σώματος ως αδιαχώριστες ενότητες, εναρμονισμένη με το δεσπόζον πνεύμα του ορθολογισμού, προσανατόλισε την ψυχιατρική έρευνα στο συσχετισμό όλων των ψυχικών ασθενειών με ανατομικό-εγκεφαλικές βλάβες. Ο συσχετισμός αυτός ήταν ένα προϊόν ενθουσιασμού από τις διαγνωστικές κατακτήσεις της Νευρολογίας και την απομόνωση οργανικών αιτίων σε πολλές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Η πρώτη συστηματική παρουσίαση της οργανογένεσης των ψυχικών ασθενειών επιχειρείται αρχικά από το γερμανό ψυχίατρο W. Griesinger, που διατυπώνει την υπόθεση ότι όλες οι ψυχικές διαταραχές

μπορούν να εξηγηθούν μέσα από την παθολογία του εγκεφάλου (Τσαλίκογλου 1987: 78).

Από την εποχή που πρωτοεμφανίζεται μέχρι σήμερα, το ιατρικό πρότυπο μοιάζει να κατέχει μια κυρίαρχη θέση στο ψυχιατρικό στερέωμα. Οι υποστηρικτές της άποψης αυτής πιστεύουν ακράδαντα ότι οι δυνατότητες της επιστημονικής έρευνας θα εντοπίσουν το αίτιο της ψυχοπαθολογίας στο οργανικό υπόστρωμα του ατόμου. Σύμφωνα με αυτούς, οι ψυχοπαθολογικές εκείνες διαταραχές που δεν συναρτώνται αιτιοπαθογενετικά με βιολογικούς παράγοντες (π.χ. οι λειτουργικές ψυχώσεις) δεν οφείλονται σε ψυχοκοινωνικά αίτια, όπως υποστηρίζεται από εκπροσώπους των άλλων τάσεων, αλλά οφείλονται στην ατελή ακόμη ανάπτυξη της επιστημονικής έρευνας και στην αδυναμία της να τεκμηριώσει τις βιολογικές συναρτήσεις μέσα από κατάλληλα διαγνωστικά εργαλεία (Maisonneuve 2001: 121).

Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που τίθεται σε προβληματισμό είναι το θέμα των ψυχιατρικών διαγνώσεων. Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις δεν αντιστοιχούν απαραίτητα σε μια εξωτερική πραγματικότητα. Αντίθετα, κατασκευάζονται μέσα από σχέσεις ανάμεσα σε ομάδες επαγγελματιών και ιδρύματα, μέσα από συσχετισμούς που τα δημιουργούν και τα συντηρούν. Η «ψύχωση», η «σχιζοφρένεια», η «μανιοκατάθλιψη» έχουν αποκτήσει την ιδιότητα των μειζόνων συνδρόμων μέσω εντατικού κλινικού έργου. Είναι ο αναμφίλεκτος χαρακτήρας τους ως πραγματικών «γεγονότων» που επιτρέπει στους ερευνητές και στους επαγγελματίες να συνεχίζουν να αναλύουν, να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν τα άτομα στα οποία αποδίδονται αυτές οι κατηγορίες. Αυτά τα «γεγονότα», που αναπαράγονται μέσα από μια σειρά σχετικών πρακτικών, επιτρέπουν στην ψυχιατρική και την κλινική ψυχολογία να διατηρούν την εξουσία τους πάνω στη διαχείριση του ανθρώπινου πόνου. Τα σύνδρομα αυτά δεν αντανakλούν μια προϋπάρχουσα πραγματικότητα, αλλά σίγουρα συγκροτούν αντιλήψεις και η πραγματικότητα που κατασκευάζεται είναι αυτή ενός παντοδύναμου ψυχιατρικού κατεστημένου, που έχει το αποκλειστικό δικαίωμα και την υποχρέωση να θεραπεύσει τα «ψυχωτικά» άτομα (Τσότσος 2008: 36).

Παρότι ζούμε σε ένα πολιτισμό που διατείνεται ότι είναι φιλελεύθερος, η διαταραχή εξακολουθεί να ορίζεται με αναφορά σε αυτό που θεωρείται φυσιολογική συμπεριφορά. Κοινωνικοί επιστήμονες, στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν την πραγματικότητα των κοινωνικών διακρίσεων, ισχυρίζονται ότι οι κοινωνικές διακρίσεις προκαλούν ψυχικό πόνο είτε ότι οι κοινωνικές διακρίσεις οδηγούν σε μεροληπτικές διαγνώσεις (Τσαλίκογλου 1999: 80).

Το σημαντικό ερώτημα είναι ποιοι δικαιούνται να «χαρακτηρίζουν». Άπαξ και δοθεί ο χαρακτηρισμός, αλλάζουν καθοριστικά η ταυτότητα και η κοινωνική θέση του ατόμου. Από τη στιγμή που κάποιος χαρακτηριστεί ως άτομο μειωμένης λογικής, ποτέ δεν θα είναι ίδιος στα μάτια των άλλων. Είναι πλέον σαφές ότι ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως αλλοπρόσαλλης ή «παθολογικής» δεν περιγράφει απλώς μια συμπεριφορά, αλλά έχει τη δύναμη να επιβάλλει μια ελαττωματική ταυτότητα στον άλλον, τέτοια που να προσδιορίζει τη στάση του περίγυρου απέναντι του και κυρίως του ίδιου απέναντι στον εαυτό του. Η ύπαρξη συμπτωμάτων και η απόφαση να ζητηθεί η αναγκαία βοήθεια σε περιπτώσεις ψυχικής οδύνης είναι ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία, που εξαρτάται από τις πεποιθήσεις τόσο των ασθενών όσο και του περιβάλλοντος τους για τα λεγόμενα ψυχολογικά προβλήματα και από τη μεταπήδηση από την εκδήλωση των συμπτωμάτων στη λήψη της απόφασης να απευθυνθεί κανείς στους αρμόδιους επιστήμονες. Η ύπαρξη τελικά κάποιας νοσηρότητας δεν καθορίζεται μόνο από μία παρατηρησιακή αναφορά στην παρουσία ή απουσία κλινικών συμπτωμάτων, αλλά και από την ίδια την αντίληψη του ασθενούς και την ερμηνεία που αυτός αποδίδει στα συμπτώματα του (Ραγιά 1993: 206).

Οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας βιώνουν την απόλυτη εξουσία των ειδικών αδιάλειπτα, εφόσον τους στερείται το δικαίωμα να επιλέξουν γιατρό ή θεραπεία. Οι ψυχικά ασθενείς είναι πιθανό να εξαναγκαστούν να αποδεχτούν το ρόλο του αρρώστου, μέσω της καταναγκαστικής νοσοκομειακής εισαγωγής. Αυτό καθεαυτό το γεγονός, ότι ένα άτομο μπορεί να υποχρεωθεί να εισέλθει στο ψυχιατρείο ή να αποδεχτεί κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία, ακυρώνει κάθε έννοια ελεύθερης βούλησης (Λειβαδίτης 1994: 437).

Με τη νομιμοποίηση που παρέχει η επιστήμη οι άνθρωποι κατηγοριοποιούνται και μετατρέπονται σε ένα ομοιομορφοποιημένο, αδιαφοροποίητο σύνολο, το οποίο ελέγχεται σε κάθε έκφανση του καθημερινού του βίου από ένα πανίσχυρο εξουσιαστικό βλέμμα. Η θεραπεία είναι απαραίτητη για την ίαση του ασθενούς όσο δυσάρεστη και περιοριστική και αν είναι. Η κλινική ψυχιατρική είναι μια βιολογία των βιοχημικών υποδοχέων, της λειτουργίας των συνάψεων του εγκεφάλου, έχει κύρια συμβολή στην ανάπτυξη καινούριων ψυχοτρόπων σκευασμάτων από τις υπάρχουσες φαρμακοβιομηχανίες, δεν μπορεί όμως ποτέ να ισχυριστεί ότι παρέχει μια τελική αιτιολογική εξήγηση των ψυχικών διαταραχών (Παπαγεωργίου 1997: 129).

Η σύγχρονη ψυχιατρική έχει τρεις ή τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων και με βάση αυτές θα πρέπει να επιλύσει όλα τα προβλήματα της δυσφορίας στον σύγχρονο πολιτισμό. Κάθε ένδειξη ή σύμπτωμα δυσφορίας πρέπει να αποτελέσει στόχο μιας φαρμακευτικής ουσίας. Σε ολόκληρες ζώνες του νοσολογικού φάσματος θα πρέπει να αγνοηθούν οι ατομικές ιδιαιτερότητες, με σκοπό ετερογενείς παθολογίες να ομογενοποιηθούν ώστε να αποτελέσουν στόχο ενός διαθέσιμου φαρμάκου. Υπνωτικά για τον ύπνο, διεγερτικά και βιταμινούχα για το ξεκίνημα της ημέρας, ηρεμιστικά για το στρες, αγχολυτικά για το άγχος, αντικαταθλιπτικά για τις στενοχώριες (Pignarre 2003: 47).

Χάρη σε ένα αποτελεσματικό μάρκετινγκ και στον στρατηγικό ρόλο που διαδραματίζει η ιατρική μέσα στο σύστημα της βιοεξουσίας ως προνομιακός διαχειριστής των αιτημάτων ευζωίας και από τη στιγμή που η σύγχρονη ψυχιατρική έχει απομακρυνθεί από κάθε οργανωμένη μορφή κλινικής γνώσης προς όφελος της φαρμακευτικής καταστολής του συμπτώματος, συρρικνωμένου μάλιστα στην αόριστη περιγραφική κατηγορία της «διαταραχής», η εικαζόμενη δράση του φαρμάκου αναγορεύεται σε ύστατο και μοναδικό διαγνωστικό κριτήριο. Η ελλειμματική εμπλοκή του γιατρού στο σύμπτωμα του υποκειμένου διαμορφώνεται από τη συρρίκνωση του ακούσματος του λόγου του ασθενούς προς όφελος μιας απόλυτης ευθυγράμμισης με μια τυποποιημένη νοσολογική κωδικοποίηση (Pilgrim-Rogers 2004: 192).

1.3. Το κίνημα της αντιψυχιατρικής και η δημοκρατική ψυχιατρική

Από την εποχή που απέβαλλε το μεταφυσικό της περίβλημα και αφέθηκε στα χέρια της επιστήμης έως σήμερα, η σχιζοφρένεια προσεγγίζεται όπως είδαμε από ένα πολύμορφο πρίσμα, το οποίο την συνδέει άλλοτε με βιολογικούς, άλλοτε με κοινωνικούς, και άλλοτε με ψυχολογικούς παράγοντες. Η πολυμορφία ωστόσο των προσεγγίσεων αυτών συγκλίνει σε μια κοινή αντίληψη: Η σχιζοφρένεια εκφράζει πάντα μια παθολογική κλινική οντότητα. Είναι μια ψυχική νόσος. Τη θεώρηση αυτή έρχεται να αμφισβητήσει η αντιψυχιατρική κίνηση, που εδώ και πολλά χρόνια δημιουργεί νέους ορίζοντες στοχασμού και προβληματισμού στη μελέτη της σχιζοφρένειας.

Η αντιψυχιατρική αμφισβητεί τόσο την ύπαρξη της σχιζοφρένειας, όσο και το σύνολο γνώσεων και εφαρμογών της παραδοσιακής Ψυχιατρικής, επιχειρώντας μια ριζοσπαστική ανατροπή των ορίων που χωρίζουν την ψυχική υγεία από την ψυχική ασθένεια. Οι ορίζοντες της κίνησης αυτής, ξεπερνούν κατά πολύ τα σύνορα ενός περιχαρακωμένου ψυχιατρικού πεδίου και επεκτείνονται στην επανεκτίμηση του συνόλου των κοινωνικο-πολιτικών δομών. Εμπνευστές και πρωτεργάτες της αντιψυχιατρικής, Laing, Cooper, Esterson, απαρτίζουν στις αρχές της δεκαετίας του '60 την Βρετανική αντιψυχιατρική σχολή, προκαλώντας την βάση των ιδεών που θα συμβάλλει στην ανάπτυξη παράλληλων κινήσεων στην Γαλλία (Gentis, Manoni), στην Ιταλία (Basaglia, Gervis) και Αμερική (Szasz) (Τσαλίκογλου 1984: 35).

Θα πρέπει να σημειωθεί ο ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος που διαδραμάτισαν αυτά τα αμφισβητητικά κινήματα της παραδοσιακής ψυχιατρικής στην υπόδειξη των επιβαρυντικών συνεπειών των μακροχρόνιων εγκλεισμών. Παρά τον ουτοπικό προσανατολισμό τους, συνέβαλαν δραστικά στην αφύπνιση της ευρύτερης κοινωνίας και στη προσπάθεια να καταστούν οι ψυχικά πάσχοντες από παθητικά υποκείμενα διαφόρων παρεμβάσεων, ενεργοί συνομιλητές στην διαμόρφωση της αντιμετώπισης τους.

Οι βασικές θέσεις, στις οποίες σχηματοποιείται ο προσανατολισμός του κινήματος της αντιψυχιατρικής, είναι οι εξής:

- Η σχιζοφρένεια είναι κοινωνικό και όχι ιατρικό φαινόμενο. Αποτελεί προϊόν των αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών. Ψυχίατροι όπως ο Κούπερ

προσπάθησαν να δώσουν ένα κοινωνικό χρώμα στις ατομικές δυσανεξίες ώστε να επιτρέψουν στον πάσχοντα να καταλάβει ότι δεν είναι αυτός που έχει προβλήματα αλλά η κοινωνία μέσα στην οποία ζει, εγχείρημα που αντίκειται στις υποθέσεις της επικρατούσας κλινικής ψυχολογίας η οποία εξατομικεύει τις κοινωνικές αντιθέσεις, δίνοντας έτσι στο ψυχικό νόσημα μια απόλυτα ιδιωτική διάσταση. Βασική παραδοχή της όλης συλλογιστικής ήταν ότι η ψυχική «ασθένεια» αποτελεί έκφραση των κοινωνικών συνθηκών. Η ψυχική διαταραχή πυροδοτείται και εξαρτιέται στην πορεία της από εξωγενείς κοινωνικές παραμέτρους. Τα διαγνωστικά της κριτήρια δεν είναι ανατομικά και φυσικά, όπως στην περίπτωση της παθολογικής ασθένειας (Ζακάρ 1987: 68).

- Μέσα από τη γλώσσα της σχιζοφρένειας εκφράζεται η παθολογία των κοινωνικών δομών. Η διαταραχή της ομιλίας είναι ένα από τα κύρια κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών. Πίσω όμως από την προφανή αποδιοργάνωση της «ψυχωτικής» ομιλίας υπάρχουν «φυσιολογικά» μηνύματα, που ο ομιλητής επιχειρεί ανορθόδοξα και ταυτόχρονα απεγνωσμένα να μεταδώσει (Τζανάκης 2003: 147).
- Αυτά που η ψυχιατρική κατονομάζει ως σχιζοφρενικά συμπτώματα μαρτυρούν τη διαταραγμένη επικοινωνία στο μικροκοινωνιολογικό και ιδιαίτερα στο οικογενειακό περιβάλλον. Ο D. Cooper κάνει αναφορά στο ρόλο της οικογένειας, μιας και οι μελέτες του, επιδιώκουν να δούνε όχι μόνο τη κοινωνική κατάσταση της σχιζοφρένειας, αλλά και τις οικογένειες των σχιζοφρενικών. Παρατηρεί λοιπόν ότι η «σχιζοφρενικότητα» ενός ατόμου συνδέεται με τον αλλοτριωμένο και αποξενωμένο τρόπο ζωής μέσα στην οικογένεια του, στοιχείο που η οικογένεια για να μπορέσει να το αποσιωπήσει, κατασκευάζει ή μάλλον, και σε συνεννόηση με το ψυχιατρικό κατεστημένο, δείχνει το μέλος της (συνήθως το νεαρό μέλος) ως σχιζοφρενικό, όταν αυτό αντιδράει με ένα βίαιο και «παράλογο» τρόπο απέναντι στα άλλα μέλη της οικογένειας (Μπαλωμένος 2004: 63).
- Η ψυχιατρική αποτελεί μηχανισμό της κυρίαρχης ιδεολογίας και θεματοφύλακα του status quo.
- Αυτό που αποκαλείται ως «ψυχική ασθένεια» από την ψυχιατρική δεν είναι παρά η διαμαρτυρία ενάντια στον αλλοτριωμένο κοινωνικό κόσμο. Το βίωμα του «ασθενούς» μας δείχνει το δρόμο για τη συγκρότηση ενός επαναστατικού

κινήματος, το οποίο σφείλει να ασκήσει δριμεία κριτική στην παραδοσιακή ψυχιατρική που στιγματίζει και υποβιβάζει την υπαρξιακή διαμαρτυρία στο επίπεδο του βιοχημικού συμβάντος, αρνούμενη να δει την ψυχογένεση και την κοινωνιογένεση αυτού που αποκαλεί «ψυχική ασθένεια». Με την ψυχιατρική βία ο «ασθενής» αποπροσωποποιείται, χάνει την ταυτότητά του (Μπαϊρακτάρης 1994).

Ο Cooper επιχείρησε να συλλάβει μια άποψη του ατόμου που του δόθηκε ο όρος «σχιζοφρενικό άτομο». Με ποιον τρόπο και από ποιον του δόθηκε, τι σημαίνει γι' αυτούς που τον έδωσαν και για αυτόν που τον έχει υποστεί. Ο Μπαλωμένος αναφέρει ότι ο Cooper στο έργο του θεωρεί ότι το σχιζοφρενικό άτομο έχει υποστεί μια κοινωνική απαξίωση η οποία έχει δύο πλευρές: πρώτον, ο άρρωστος θεωρείται ως μια αδρανής ταυτότητα και δεύτερο, οι εμπειρίες του, ως σχιζοφρενή θεωρούνται άκυρες.

Αναλυτικότερα, ο D. Cooper αναλύει την τεχνική της απαξίωσης: υπάρχει, πρώτα, μια πράξη αρνητική, μια πράξη απαξίωσης ενός προσώπου από άλλα· η πράξη αυτή περιλαμβάνει την ετικέτα της διάγνωσης, της διατύπωσης μιας καταδίκης, τη φυσική μετάπτωση ενός ατόμου έξω από το κοινωνικό περιβάλλον. Κατά δεύτερο λόγο (ταυτόχρονα, μάλλον, και όχι χρονολογικά αργότερα), οι άλλοι αρνούνται την αρνητική αυτή πράξη με διάφορους τρόπους: Ισχυρίζονται ότι το εν λόγω πρόσωπο απαξίωσε μόνο του τον εαυτό του, ή ότι απαξιώθηκε από τις έμφυτες αδυναμίες του, ή από τη διαδικασία της αρρώστιας, και ότι οι άλλοι δεν έπαιξαν κανένα ρόλο σ' αυτό. Με τη διπλή αυτή άρνηση, η κοινωνική ομάδα συγκαλύπτει από τον εαυτό της τις ίδιες της τις πράξεις. Έτσι με ένα ψέμα, οι «καλοί» και οι «υγιείς», εκείνοι που αυτοχαρακτηρίζονται έτσι χαρακτηρίζοντας άλλους ανθρώπους «τρελούς» ή «κακούς» αποκλείοντας τους από την ομάδα, διατηρούν μια ασφαλέστατη και άνετη ισορροπία. Οι επιλεγμένοι, σαν αποδιοπομπαίοι τράγοι, βοηθούν πολλές φορές οι ίδιοι τη διαδικασία αυτή, κρίνοντας πως το μόνο μέσο να θεωρηθούν απαραίτητοι στους άλλους, ή για να καθοριστεί κάπως η ταυτότητα τους, είναι να υιοθετήσουν τον κοινωνικό ρόλο του τρελού ή κακού. Για τον Cooper, η διαδικασία αυτή, η τεχνική της κοινωνικής απαξίωσης προϋποθέτει μια ύπουλη πνευματική βία (Μπαλωμένος 2004: 62).

Ο όρος «αντιψυχιατρική» ανήκει στον Cooper, ο οποίος τον απέσυρε 10 χρόνια αργότερα προτείνοντας τον όρο «κριτικό κίνημα μέσα στην ψυχιατρική»

(Μπαϊρακτάρης 1994). Επηρεασμένος από την υπαρξιστική θεωρία της ανάπτυξης ελεύθερων χώρων, οργανώνει την πειραματική μονάδα για νεαρούς σχιζοφρενείς, της οποίας ανέλαβε τη διεύθυνση (περίπερο-21). Αρχικά αναδιοργάνωσε την εν λόγω ψυχιατρική δομή με βάση τις αρχές της ευελιξίας και της οριζόντιας οργάνωσης. Στη συνέχεια έθεσε ως στόχο την ανατροπή του «αυτοστιγματισμού» των ασθενών και την επεξεργασία, μέσα από συλλογική προσπάθεια, των αντιδράσεων των εφήβων κατά τη μετάβασή τους στην ενηλικίωση. Επιχείρησε, τέλος, να δημιουργήσει ένα «ομαδικό πρότυπο», μια ομάδα που θα μπορούσε να λειτουργήσει σαν μια οικογένεια που δεν καταστέλλει τα βιώματα και τα συναισθήματα μιας κρίσιμης και εξόχως συγκρουσιακής περιόδου. Το εγχείρημα του Περιπέρο-21 τερματίστηκε με διοικητικές παρεμβάσεις, έπειτα από αντιδράσεις των εργαζομένων (Τζανάκης 2003: 148).

Θεωρώντας ότι οι δυνατότητες παρόμοιων πειραματισμών εντός του επίσημου συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας είναι εξαιρετικά περιορισμένες, οι Laing και Cooper διοργανώνουν τον «Σύνδεσμο Φιλαδέλφεια» (Philadelphia Association), με στόχο την ανάπτυξη ενός αριθμού εναλλακτικών, «μη ψυχιατρικών», θεραπευτικών κοινοτήτων. Τα σπίτια που νοικιάστηκαν για το σκοπό αυτό ονομάστηκαν «νοικοκυριά» και είχαν τη μορφή κοινοβίων. Σ' αυτά διέμεναν άτομα που έχριζαν ψυχιατρικής ή ψυχολογικής υποστήριξης μαζί με άτομα που σε καμία περίπτωση δε θα ζητούσαν μια ψυχιατρική συνδρομή, καθώς και επαγγελματίες θεραπευτές. Οι ρόλοι των «θεραπευτών» και των «ατόμων υπό θεραπεία» έμπαιναν σε εισαγωγικά και γίνονταν προσπάθεια να αποδομηθεί ο ρόλος του «επαγγελματία θεραπευτή» (Μπαϊρακτάρης 1994).

Ο κοινός «θεραπευτικός» προσανατολισμός των Cooper και Laing συνίσταται στο μέλημα της αποκατάστασης της διαλεκτικής σχέσης εμπειρίας και συμπεριφοράς και της ανασυγκρότησης του δικτύου των διαπροσωπικών και των κοινωνικών σχέσεων. Η αποκατάσταση αυτή τίθεται ως προϋπόθεση για την κατανόηση των ανθρώπινων πράξεων εν γένει, συνεπώς και κάθε θεραπευτικής παρέμβασης. Στο επίπεδο της πρακτικής, δοκιμάζεται ένας θεραπευτικός πειραματισμός, που βασίζεται στην αρχή της απόδοσης αυτονομίας και της ενίσχυσης της αυτορρύθμισης, στο σεβασμό της εμπειρίας του άλλου (Τσότσος 2008).

Η αντιψυχιατρική ευαισθητοποίησε το κοινό γύρω από το πρόβλημα της σχιζοφρένειας, αξιώνοντας να αναγνωρισθεί στο σχιζοφρενικό άτομο μια θέση μέσα στο διάλογο της ψυχιατρικής. Μια σημαντική εξάλλου συνεισφορά της κίνησης

αυτής είναι η θεώρηση της σχιζοφρένειας σαν ένα διαφορετικό τρόπο ύπαρξης, χωρίς να προδικάζεται σαν σωστός, λανθασμένος ή αφύσικος. Θα μπορούσε όμως να θεωρηθεί ότι η μεγαλύτερη συμβολή της αντιψυχιατρικής είναι η επανεκτίμηση των ορίων που επιχειρεί ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό άτομο, καθώς και η σύνδεση που κάνει ανάμεσα στην κοινωνική και την ατομική παθολογία (Τσαλίκου 1984: 39).

Το κίνημα της «δημοκρατικής ψυχιατρικής» (Psichiatria Democratica) αναπτύχθηκε στην Ιταλία στις αρχές της δεκαετίας του '60, στοχεύοντας στην κριτική του ασυλιακού ιδρύματος. Παράλληλα, δρομολόγησε διεργασίες εντός και εκτός του ψυχιατρικού ιδρύματος, οι οποίες απέβλεπαν στη συνολική επανεξέταση της λειτουργίας του ψυχιατρικού θεσμού. Στο κίνημα της δημοκρατικής ψυχιατρικής κυρίαρχη φιγούρα αποτέλεσε ο Basaglia, ένας ψυχίατρος που προέρχεται από τον ακαδημαϊκό χώρο. Το 1961 ο Basaglia προσπάθησε, ως διευθυντής του ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Γκορίτσια, να αναδιοργανώσει τις ψυχιατρικές υπηρεσίες στη βάση των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας, διευρύνοντας την εν λόγω προσέγγιση, έτσι ώστε να συνδέεται με παρεμβάσεις και έξω από τους χώρους του ψυχιατρείου. Μετά από διαφωνίες που αναπτύχθηκαν στους κόλπους της ομάδας, κυρίως ανάμεσα σε αυτούς που υπερασπίζονταν μια πραγματιστική προσέγγιση και αυτούς που συνέδεαν την παρέμβαση με ένα ευρύτερο χειραφετητικό κίνημα, ο Basaglia παραιτήθηκε και επιχείρησε μια ανάλογη προσπάθεια στο Κολόρνο της Πάρμας. Το πείραμα της Γκορίτσια τερματίζεται το 1971 με παρεμβάσεις της χριστιανοδημοκρατικής διοίκησης (Τζανάκης 2003: 150).

Το 1971 ο Basaglia αναλαμβάνει τη διεύθυνση του ψυχιατρείου της Τεργέστης. Οι παρεμβάσεις που θα λάβουν χώρα εκεί θα γίνουν ευρύτερα γνωστές ως «πείραμα της Τεργέστης» και αφορούν στο εγχείρημα της αντικατάστασης του τοπικού ψυχιατρικού Νοσοκομείου από μια σειρά εναλλακτικών θεσμών. Στο επίκεντρο του νέου συστήματος βρέθηκαν τα «Κέντρα Ψυχικής Υγείας», με συγκεκριμένη γεωγραφική αρμοδιότητα, τα οποία προσφέρουν κοινωνική βοήθεια, ατομική υποστήριξη και φαρμακευτική κάλυψη. Λειτουργικά ενσωματωμένα στο δίκτυο φροντίδας που συναποτελούν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας είναι η μονάδα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου, που αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των «οξέων φάσεων». Στους χώρους του πρώην ψυχιατρείου δημιουργήθηκε πάρκο και ορισμένα διαμερίσματα καθώς και μια μονάδα αποκατάστασης για πάσχοντες με βαριές αναπηρίες, υπό την ευθύνη του Κέντρου Ψυχικής Υγείας της περιοχής. Οι

υπόλοιποι χώροι του πρώην ψυχιατρικού Νοσοκομείου χρησιμοποιήθηκαν ως καλλιτεχνικά εργαστήρια, όπου ελάμβαναν χώρα διάφορα δρώμενα πολιτιστικού και κοινωνικού περιεχομένου. Επίσης, δημιουργήθηκε μια σειρά από συνεταιρισμούς όπου εργάζονταν πρώην νοσηλεύόμενοι, νέοι «πάσχοντες» αλλά και άτομα από άλλες περιθωριακές ομάδες καθώς και άνεργοι. Μια ψυχιατρική υπηρεσία στο εσωτερικό της τοπικής φυλακής και ένα κέντρο για εξαρτημένα άτομα συμπληρώνουν το πάζλ του δικτύου εναλλακτικών θεσμών που αντικατέστησε το ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τεργέστης (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Ο Basaglia τονίζει ότι η έννοια της «ιδρυματοποίησης» δεν είναι καινούρια. Η ιδρυματοποίηση εγκαθίσταται ως μια καινούρια «ασθένεια», η οποία προστίθεται στην προηγούμενη και συχνά συγχέεται μ' αυτή. Τα αίτια αυτής της καινούριας ασθένειας είναι η αυταρχική και εξαναγκαστική συμπεριφορά απέναντι στον τρόφιμο του ψυχιατρείου, ο οποίος «εξημερώνεται» και υποτάσσεται στη βία του θεσμού. Η βία αυτή δεν εξαντλείται στη χωροταξική απομόνωση του τροφίμου του ψυχιατρείου αλλά σχετίζεται άμεσα με τη στάση των επαγγελματιών που αναλαμβάνουν την φροντίδα του. Η αποϊδρυματοποίηση συνίσταται αφενός στην άρση όλων των διαδικασιών που οδηγούν στον εγκλεισμό, αφετέρου στην απόδοση στους «ασθενείς» όλων των δικαιωμάτων και των δυνατοτήτων που θεωρούνται ως αυτονόητα για τους μη εγκλειστούς. Το ψυχιατρικό ίδρυμα θα πρέπει να αποσκοπεί στην επιστροφή του ατόμου στο φυσικό του χώρο, δηλαδή στην κοινωνία (Μπαϊρακτάρης 1994).

Οι επαγγελματίες οφείλουν να παίξουν το ρόλο του καταλύτη, εάν θέλουν να άρουν τον υποβαθμισμένο ρόλο του διαχειριστή των αποκλεισμένων που τους έχει αποδοθεί από την κοινωνία. Οποιοσδήποτε βελτιώσεις και νεωτερισμοί κι αν εφαρμοστούν, όπως η εφαρμογή μοντέρνων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, δε θα αναιρέσουν τη θεμελιώδη λειτουργία του ψυχιατρικού θεσμού, ως θεματοφύλακα και διαχειριστή του κοινωνικού περιθωρίου, εάν δεν αρθεί η βασική αντίθεση και δε δρομολογηθεί η αντίστροφη πορεία: αυτής της εξόδου από τα ψυχιατρικά ιδρύματα (Τζανάκης, 2003: 152).

Σύμφωνα με τη θεώρηση της «δημοκρατικής ψυχιατρικής», η διεργασία αυτή έχει δύο πόλους, σχετίζεται με δύο διαδικασίες υποκειμενικοποίησης. Καταρχάς, ο επαγγελματίας καλείται να εγκαταλείψει τον εξουσιαστικό ρόλο της αυθεντίας, προκειμένου να καταστεί δυνατή η συνομιλία εκείνη που θα μειώσει την «απόσταση» από τον τρόφιμο και θα περιορίσει την αντικειμενικοποίησή του. Ο επαγγελματίας καλείται από φύλακα να γίνει συνομιλητής. Από την άλλη, ο πρώην

τρόφιμος του ψυχιατρικού ασύλου καλείται να δράσει ως υποκείμενο, όσον αφορά τη σχέση του με τους ψυχιατρικούς θεσμούς (Μπαϊρακτάρης 1994).

Το εγχείρημα της αποϊδρυματοποίησης, σύμφωνα με τις αρχές της «δημοκρατικής ψυχιατρικής», δεν προτάσσει ένα ετοιμοπαράδοτο μοντέλο, αλλά καλεί σε μια συλλογική διεργασία εφεύρεσης και πειραματισμού, κατ' ανάγκη συγκρουσιακή και αντιφατική, προς την κατεύθυνση της αντικατάστασης του ασυλιακού θεσμού με εναλλακτικές ψυχιατρικές δομές. Η πάλη ενάντια στην ιδρυματοποίηση δεν ολοκληρώνεται με τη θέσπιση ενός δικτύου εναλλακτικών θεσμών, γιατί κι εκεί είναι πιθανό να ακμάσει αυτό το φαινόμενο, αυτή τη φορά σε μικροκλίμακα. Επιπλέον, η διεργασία αυτή δεν αφορά μόνο τους επαγγελματίες και τους πρώην τροφίμους αλλά το σύνολο των τοπικών φορέων: δεν πρόκειται για ένα «εσωτερικό ζήτημα» του ψυχιατρικού θεσμού αλλά για ένα πρωτίστως πολιτικό και κοινωνικό ζήτημα. Μόνο με την ενεργή συμβολή των τοπικών κοινωνιών θα καταστεί δυνατή η αντικατάσταση του ασύλου από ένα σύνολο «διαφοροποιημένων δομών» που θα απαντούν σε κάθε «διαφοροποιημένο αίτημα» (Τζανάκης 2003: 153).

1.4. Προς την Αποασυλοποίηση

Ο όρος «αποασυλοποίηση» εντάσσεται μέσα σε ένα πλέγμα ορισμών, μέσω των οποίων ουσιαστικά γίνεται μια προσπάθεια επαναπροσδιορισμού ενός συνόλου θέσεων, αντιλήψεων, πρακτικών, οργάνωσης, διαχείρισης και αντιμετώπισης, όχι μόνο του «αντικειμένου» της, αλλά περισσότερο της στάσης απέναντι στο αντικείμενο. Πρόκειται για μια πολυεπίπεδη και ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία, η οποία εκτείνεται από το ελάχιστο «μικρο» επίπεδο (το ατομικό, το ενδο-ψυχικό) μέχρι το «μάκρο», περιλαμβάνοντας διαφοροποιήσεις σε θεσμούς, ιδεολογίες, πολιτικές, πολιτιστικές και κοινωνικές συνιστώσες. Δηλαδή, η συγκεκριμένη διαδικασία εμπεριέχει πολλές -και διαφορετικές μεταξύ τους- συνισταμένες, χωρίς πολλές φορές να μπορούν να γίνουν απόλυτα διακριτές η μια από την άλλη. Κατ' αυτό τον τρόπο, ο όρος «αποασυλοποίηση» (αλλά και ο όρος «αποϊδρυματοποίηση») έχει άμεση σχέση με τον όρο «κοινωνική επανένταξη» ή τον όρο «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση». Φαίνεται, δηλαδή, πως όλοι αυτοί οι ορισμοί αποτελούν τόσο μια προσπάθεια οριοθέτησης ενός συγκεκριμένου πεδίου πρακτικών, όσο και μια προσπάθεια για τον διαχωρισμό και την αποσαφήνιση των πεδίων και των διαδικασιών που εμπλέκονται στον χώρο αυτό. Γεγονός είναι, πάντως, ότι οι συγκεκριμένοι όροι, αλλά και το πλέγμα των πρακτικών που αυτοί σημασιοδοτούν, είναι στενά συνδεδεμένοι, με τρόπο που πολλές φορές να προκαλεί αρκετές δυσκολίες στην διαφοροποίησή τους. Γεγονός, επίσης, είναι ότι όλους αυτούς τους όρους/πρακτικές μπορούμε -αν όχι να τους εντάξουμε- τουλάχιστον να τους προσδιορίσουμε σε συνάρτηση με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, τόσο σαν ορισμό, όσο και σαν σύνολο πρακτικών με συγκεκριμένα ιδεολογικά, θεωρητικά και μεθοδολογικά ερείσματα (Λιακός 1999: 57). Η αποασυλοποίηση εντάσσεται στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των «ασθενών» εκείνων οι οποίοι έχουν νοσηλευθεί -συνήθως για χρόνια- σε κάποιο ψυχιατρικό κατάστημα, με ασυλιακά χαρακτηριστικά.

Είναι πλέον γνωστές σε όλους μας, ιδιαίτερα μετά την ευρύτατη δημοσιότητα της κατάστασης και των συνθηκών που επικρατούν στα ελληνικά ψυχιατρεία οι εικόνες, για πολλούς ανεξήγητες και ακόμη χειρότερα ακατανόητες, που συναντούμε στο εσωτερικό των ψυχιατρείων ακόμη και σήμερα. Η απάθεια, η απώλεια ενδιαφέροντος, το αργό και μονότονο βάδισμα με το κεφάλι σκυφτό, χωρίς σκοπό στους κοιτώνες ή στους διαδρόμους, κάποιες ξαφνικές αντιδράσεις χωρίς εμφανή

λόγο (που πολύ συχνά αποδίδονται στην ψυχασθένεια), μια συμπεριφορά τόσο υποχωρητική που θυμίζει εξημερωμένο ζώο, τα μονότονα παράπονα, το βλέμμα που μοιάζει χαμένο μη βρίσκοντας κάτι που να ακουμπήσει επάνω του, το μυαλό που είναι άδειο μια που δεν έχει ένα σκοπό προς τον οποίο να κατευθυνθεί, δεν είναι παρά κάποιες πλευρές αυτού του συνδρόμου και εκφράζουν την αργή, βαθμιαία, αφύσικη υποταγή σε μια απρόσωπη αρχή που θεσπισμένη για να προστατεύσει και να φροντίσει αυτόν που της εμπιστεύονται, κατέφυγε στο τελευταίο μέσο το οποίο θα έπρεπε να χρησιμοποιήσει πάνω σε αυτό τον ιδιαίτερο άρρωστο, τη βία (Μεγαλοοικονόμου 2001: 83).

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, ανάμεσα στον έγκλειστο και στο ίδρυμα, αναπτύσσεται μια απόλυτη σχέση εξάρτησης, μια σχέση που συνθλίβει την ατομικότητα του και τον οδηγεί σε μια σταδιακή πορεία παθητικοποίησής του. Οι επιπτώσεις αυτές είναι ολέθριες για την ψυχοδιανοητική υγεία του ατόμου. Η αποδοχή και η εσωτερίκευση της εξάρτησης αυτής ευνοούν την ανάπτυξη διαφόρων φαινομένων όπως: αναστολή της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, μείωση της διανοητικής απόδοσης, «χαοτική μνήμη», αδυναμία συγκέντρωσης, συναισθηματική αδιαφορία ή έντονη ερεθιστικότητα. Τα φαινόμενα αυτά απαρτίζουν το σύνδρομο του «ιδρυματισμού». Κατά συνέπεια, πολλά από τα γνωρίσματα που αναφέρθηκαν, δεν απορρέουν αποκλειστικά από την ιδιοτυπία της προσωπικότητας, αλλά και από την ιδιοτυπία της φύσης του εγκλεισμού (Τσαλίκoglου 1984: 93).

Ο χρόνιος ψυχικά άρρωστος διακρίνεται σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο, σε ψυχοκοινωνικά ανάπηρο, αλλά και σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο και ψυχοκοινωνικά ανάπηρο συγχρόνως. Τα βασικά κριτήρια που συνήθως χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της χρόνιας ψυχικής διαταραχής αφορούν τη διάγνωση, την ανικανότητα και τη διάρκεια. Η χρησιμοποίηση του κριτηρίου της χρονικής διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο είναι πολύ ενδιαφέρουσα, γιατί έχει επιτρέψει να προσδιοριστούν σε αδρές γραμμές δύο διαφορετικές κατηγορίες χρόνιων ψυχικά πασχόντων, οι «παλιοί» και οι «νέοι» χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες. Σαν «παλιός» πάσχων περιγράφεται ο άρρωστος με μεγάλο διάστημα παραμονής στο ψυχιατρικό ίδρυμα, το οποίο συνήθως ξεπερνά τα πέντε χρόνια, συνήθως άντρας, με κλινική διάγνωση υπολειμματική σχιζοφρένεια (και με έντονη αρνητική συμπτωματολογία), ο οποίος εκτός ιδρύματος ζει μόνος του ή με την πυρηνική οικογένεια (πιο συχνά τον ένα ή τους δύο γονείς του), ο οποίος αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες στην αυτοφροντίδα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, και γενικότερα χαρακτηρίζεται από

πολλά ελλείμματα στην λειτουργικότητα του. Αναφορικά με τους «νέους» χρόνιους ψυχικά αρρώστους, φαίνεται ότι αποτελούν ένα σχετικά ανομοιογενές σύνολο, τουλάχιστον σε σχέση με τις διαγνώσεις. Η διάρκεια νοσηλείας τους προσδιορίζεται από ένα έως τρία χρόνια, ενώ η πορεία τους χαρακτηρίζεται από συχνές εισαγωγές σύντομης διάρκειας, όχι μόνο σε μεγάλα ψυχιατρικά καταστήματα, αλλά και σε τμήματα οξέων που λειτουργούν στην κοινότητα (κυρίως σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικών Νοσοκομείων). Οι διαγνώσεις είναι σύνθετες, παρουσιάζουν συγκεχυμένη εικόνα συμπτωματολογίας, ενώ σχετίζονται και με χρήση ουσιών (Ζήση 2002: 36-37).

Διαφαίνεται, όμως, ότι υπάρχει μια «υποομάδα» ανάμεσα στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες, έντονα αξιολογημένη υπό όρους επιθετικότητας, η οποία κρίνεται ως και η πιο δύσκολη αναφορικά με την μετάβαση -αλλά και την ενσωμάτωση- σε κάποια εξωνοσοκομειακή, κοινοτική δομή. Η συγκεκριμένη ομάδα φαίνεται να παρουσιάζει κάποια συγκεκριμένα, κοινά, χαρακτηριστικά: 1) σχετικά νέοι σε ηλικία, άνδρες, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία των «νέων» χρόνιων, 2) επιδεικνύουν επαναλαμβανόμενη επιθετική συμπεριφορά, 3) χαρακτηρίζονται από παραπλήσιες «προβληματικές» συμπεριφορές, όπως τάσεις φυγής, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, 4) παρουσιάζουν φτωχή συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή, ή και αντίσταση σε αυτή, 5) η κύρια κλινική διάγνωση είναι η σχιζοφρενική ψύχωση με υψηλά επίπεδα άγχους, 6) έχουν αξιολογηθεί αρνητικά από το προσωπικό (Μαδιανός 1994: 71). Η συγκεκριμένη ομάδα, αυτό το «απόθεμα» δύσκολων ασθενών (το οποίο πιθανότατα αποτελεί και βασικό «πληθυσμό-στόχο» της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας) φαίνεται να είναι και το πιο δύσκολο στη μετάβαση, αλλά και το λιγότερο συμμετέχον στις διαδικασίες και στα προγράμματα αποασυλοποίησης.

Η επίμονη προσπάθεια αποϊδρυματοποίησης δεν σημαίνει τίποτε περισσότερο από την εστιασμένη προσπάθεια αναίρεσης της επιβαρυντικής κατάστασης και της δυσχερούς θέσης του έγκλειστου, με την αποκατάσταση όλων εκείνων των αυτονόητων για τους απ' έξω δικαιωμάτων και δυνατοτήτων, να είναι δηλαδή άνθρωποι. Το κύριο ζητούμενο στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης δεν είναι η οριστική «θεραπεία», σύμφωνα με το ιατρικό της περιεχόμενο, αλλά η επιστροφή της δυνατότητας της ζωής σε αντιδιαστολή με την κοινωνική ευθανασία που συντελείται κατά την παραμονή του έγκλειστου στο ψυχιατρικό ίδρυμα (Συνοδινού 2002: 86).

Η αποασυλοποίηση, υπό το πρίσμα της διαδικασίας, εμπεριέχει δύο βασικά στάδια. Στο καθένα από αυτά εντάσσεται ένα σύνολο διακριτών πρακτικών και

διεργασιών, οι οποίες υπακούουν σε μια εξελικτική προοπτική. Το **πρώτο στάδιο** έχει άμεση σχέση με την εξατομίκευση του αρρώστου, και αφορά τη λεπτομερή καταγραφή των πλευρών της ζωής του ατόμου, όπως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου, την παρουσία ή όχι συννοσηρότητας, την δομή της οικογένειας του, αν υπάρχει, τις εργασιακές του δυνατότητες, την ύπαρξη ή όχι στεγαστικής δυνατότητας, την λειτουργικότητα του πάσχοντα, γενικότερα. Αυτή η φάση της διαδικασίας αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο, υπό την έννοια ότι υπάρχει μια σταδιακή έξοδος του αρρώστου από το ίδρυμα με την μορφή της μερικής νοσηλείας σε Νοσοκομεία Ημέρας ή σε Κέντρα Ημέρας. Σε αυτό το σημείο, «πυρήνας» της διαδικασίας είναι αφενός οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, μέσω των οποίων ο άρρωστος θα αρχίσει να «εκπαιδεύει» την χαμένη λειτουργικότητα του, και αφετέρου οι θεραπευτικές ομάδες (Μαυρατζώτου 2003). Ουσιαστικά, ο χρόνιος άρρωστος καλείται να μάθει ξανά (και μερικές φορές, από την αρχή) τον τρόπο του να συναλλάσσεται με τους άλλους. Να μάθει να ξαναζεί στην ευρύτερη κοινωνία και να αποδέχεται σταδιακά το νέο του ρόλο, όπως αυτός διαμορφώνεται κάτω από τα καινούρια δεδομένα (Μαδιανός 1994: 92).

Δηλαδή, φαίνεται πως η λέξη-κλειδί του πρώτου αυτού σταδίου της διαδικασίας της αποασυλοποίησης/επανένταξης είναι η λέξη αγωγή. Καταρχήν, αγωγή του ψυχικά πάσχοντα, έτσι όπως περιγράφηκε πιο πάνω, με σκοπό την ανάκτηση του αναγκαίου επιπέδου λειτουργικότητας με απώτερο στόχο την όσο το δυνατόν περισσότερο αυτόνομη διαμονή του στην κοινότητα. Αλλά μια διαδικασία αγωγής που θα είχε σαν αποκλειστικό αντικείμενο τον άρρωστο, θα ήταν τουλάχιστον ελλιπής και αποσπασματική, με αναμενόμενη μια αποτυχία. Η αποασυλοποίηση είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία, κατά συνέπεια, είναι αναμενόμενο η αγωγή να πρέπει να επεκταθεί σε πολλά πεδία. Πέραν του αρρώστου, τα τρία σημαντικότερα πεδία είναι αυτά της ίδιας της κοινότητας, της οικογένειας του πάσχοντα, αλλά και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας. Αναφορικά με την παράμετρο των επαγγελματιών υγείας, ο βασικός προβληματισμός έγκειται στο κατά πόσο οι ρόλοι που υιοθετούν οι ειδικοί συμβάλλουν με την σειρά τους στην αναπαραγωγή ή στο «ξεπέραςμα» του ψυχιατρικού ασύλου, υπό την έννοια ότι θέτουν στο επίκεντρο τον ψυχικά πάσχοντα και τις ανάγκες του ή, αντίθετα, επιμένουν στη διαχείριση της αρρώστιας σαν μια «αφηρημένη» οντότητα. Ο παραδοσιακός τρόπος λειτουργίας του ολοπαγούς ιδρύματος, με την απομονωμένη από την κοινωνία, μαζική, καταναγκαστική και άνωθεν κατευθυνόμενη διαχείριση των αναγκών των τροφίμων, παράγει θέσεις και

ρόλους εργασίας που απαιτούν από το προσωπικό μια ταυτοποίηση με τον κοινωνικό ρόλο που τους έχει ανατεθεί. Μέσω αυτής της ταύτισης επισυμβαίνει, τόσο η δική τους ιδρυματοποίηση, όσο και η αναπαραγωγή του ιδρυματικού θεσμού. Στα πλαίσια της δομής του ασύλου, οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζονται ως απρόσωπη μάζα, γεγονός που συμβάλλει στην ιδρυματική αναπαραγωγή τους. Το ζήτημα λοιπόν που προκύπτει είναι το κατά πόσο στις νεοϊδρυθείσες δομές αποκατάστασης κυρίαρχος στόχος είναι η κοινωνική επανένταξη και όχι η -όπως μέχρι τώρα- ιδρυματική αναπαραγωγή του αρρώστου, υπό την έννοια ότι οι θεραπευτικές πρακτικές που ασκούνται από το ειδικευμένο προσωπικό διαπνέονται από την φιλοσοφία της οικοδόμησης των ικανοτήτων του αρρώστου, προκειμένου να καταστεί όσο το δυνατόν πιο ικανός και αυτόνομος αναφορικά και με τις υποχρεώσεις του, αλλά κυρίως με τα δικαιώματά του (Αλεξανδρή et al. 1998: 24-26).

Φαίνεται, λοιπόν, η ανάγκη ύπαρξης ειδικευμένου προσωπικού που θα δείξει συνέπεια και σταθερότητα στην υποστήριξη και τη φροντίδα των αρρώστων αυτών. Εξάλλου, έχει υποστηριχθεί έντονα η θέση ότι η διατήρηση μιας θετικής και αισιόδοξης στάσης εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και όλου του προσωπικού γενικότερα, συμβάλλει στην θετικότερη έκβαση της αποκατάστασης των αρρώστων. Αυτός είναι και ο λόγος που καθίσταται αναγκαία η αναγνώριση και ο έλεγχος των συναισθηματικών αντιδράσεων εκ μέρους του προσωπικού κατά την εξέλιξη των προγραμμάτων (Χριστοδούλου et al. 2000: 176). Επίσης, θα πρέπει να υπογραμμισθεί, εκτός της σημαντικότητας του ρόλου που διαδραματίζει το προσωπικό στις διαδικασίες αποασυλοποίησης, το γεγονός ότι συχνά οι καινούριες αυτές δομές συνοδεύονται από ανεπάρκειες και προβλήματα στη λειτουργία τους. Αυτές οι ανεπάρκειες κάποιες φορές φαίνεται ότι βιώνονται από τους επαγγελματίες ως μη αναστρέψιμες. Έτσι, ενώ στην αρχή αναλαμβάνουν με ενθουσιασμό να συμμετέχουν στο έργο της αποκατάστασης, σταδιακά η έλλειψη ικανοποίησης και η ψυχική κούραση από τις συνθήκες εργασίας και την βραδεία πορεία των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζουν το λεγόμενο «Burnout Syndrome», το «Σύνδρομο Ψυχικής Εξουθένωσης» (Μεγαλοοικονόμου 1997: 10).

Την ολοκλήρωση (στο μέτρο που ολοκληρώθηκε για τον κάθε άρρωστο) της πρώτης φάσης/σταδίου, της μεταβατικής περιόδου στην διαδικασία της αποασυλοποίησης διαδέχεται η **κύρια φάση/στάδιο**. Αυτή ουσιαστικά αναφέρεται στην κοινωνική αποκατάσταση των αρρώστων στο ευρύτερο κοινωνικό σώμα, με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών στήριξης και παρακολούθησης των αρρώστων. Οι δύο

βασικοί άξονες είναι αφενός η εξασφάλιση εναλλακτικών στεγαστικών λύσεων (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα) και αφετέρου η εργασιακή αποκατάσταση/απασχόληση (Lamb 1998: 8).

Η δημιουργία ενός επαρκούς συστήματος περίθαλψης και στήριξης των ανθρώπων αυτών θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την επανένταξη τους. Μόνο μέσα από την πλήρη ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών μπορούμε να μιλάμε για πραγματική υπέρβαση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και ουσιαστική αποασυλοποίηση. Διαφορετικά, η διαδικασία αποασυλοποίησης παραμένει απλή «από-νοσοκομειοποίηση». Εξάλλου, η διαδικασία της αποασυλοποίησης αναφέρεται στη μετάβαση πέρα από τις δομές του ψυχιατρικού «κυκλώματος», σε τρόπους ζωής όπου ο κοινωνικός αποκλεισμός έχει αρθεί και το άτομο δεν έχει απλά «γλυτώσει» τον εγκλεισμό, για να βρεθεί σε μια φαινομενικά διαφορετική, αλλά δομικά ίδια περιθωριοποίηση. Ουσιαστικά, ο όρος αναφέρεται σε όλες τις αναγκαίες παρεμβάσεις, ώστε το πρώην έγκλειστο άτομο να καταφέρει να επανενταχθεί και να ενσωματωθεί κοινωνικά (Μαδιανός 1994: 96).

1.5. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Όλα άρχισαν στα τέλη της δεκαετίας του '70. Οι διαμαρτυρίες για τις συνθήκες που επικρατούσαν εκείνη την εποχή στα Ελληνικά ψυχιατρεία, έμελλαν να γίνουν το σύμβολο των επερχόμενων εξελίξεων. Ωστόσο, δεν ήταν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ζούσαν οι τρόφιμοι, αυτές κάθε αυτές, που οδήγησαν σε μια έκρηξη αγανάκτησης. Ήταν η ένταξη της Ελλάδας στην τότε Ε.Ο.Κ., που έθετε ένα νέο πλαίσιο προδιαγραφών και απαιτήσεων, από το οποίο απείχε παρασάγγας η τότε κατάσταση των ψυχιατρείων της χώρας. Έτσι λοιπόν, πλάι στην περισσότερο τεχνική-διοικητική αναδιοργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και στην δημιουργία μιας σειράς από θεσμούς εναλλακτικούς του ψυχιατρικού νοσοκομείου-ασύλου, αρθρώνεται μια πρόταση αλλαγής, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Τζανάκης 2003: 14).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας έχει περάσει από τη φάση της παραδοσιακότητας στη μεταβατική. Η φάση αυτή διαρκεί ακόμα, παρότι στις άλλες δυτικές χώρες δεν υπερέβη τη δεκαετία. Η κατάσταση αυτή αποτελεί την αιτία για την ανεπάρκεια στην ανάπτυξη ικανού αριθμού εναλλακτικών κοινοτικών ψυχιατρικών δομών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, οι οποίες να λειτουργούν στο πλαίσιο ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την κάλυψη πραγματικών αναγκών του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, με βάση έγκυρα ελληνικά επιδημιολογικά δεδομένα, περίπου 1.500.000 άτομα νοσούν από κάποια συγκεκριμένη ψυχική νόσο, από τα οποία 105.000 πάσχουν από σχιζοφρένεια, ενώ αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων από ουσίες. Στον αριθμό αυτό πρέπει να προσθέσουμε και άλλες νοσολογικές οντότητες, όπως οι συναισθηματικές ψυχώσεις και οι οργανικές και αναπτυξιακές διαταραχές, η νοητική καθυστέρηση, καταστάσεις με χρόνια διαδρομή. Όλες αυτές οι νοσολογικές οντότητες απαιτούν, σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, παρεμβάσεις στο άτομο ή στην οικογένεια του για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του και την ισότιμη ένταξη στην κοινότητα (Μαδιανός 2005: 27).

Αναφορικά μ' αυτή τη «μετάβαση», από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο, το οποίο βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, θα μπορούσαμε να το διακρίνουμε σε τρεις περιόδους: α) στην «πρόδρομη περίοδο», από τα τέλη του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου έως τα τέλη της δεκαετίας του '70, β) στην «πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδο» από τις αρχές της δεκαετίας του '80 έως την ολοκλήρωση της εφαρμογής του κανονισμού 805/84, δηλαδή έως τα τέλη της δεκαετίας του '90 και γ) στη

«δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδο», αυτή του «ψυχαργώς», του μεταρρυθμιστικού προγράμματος που ξεκίνησε το 2000 (πρώτη φάση 2000-2001) με ορίζοντα δεκαετίας. Καθεμιά από αυτές τις τρεις περιόδους διατηρεί ορισμένα ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά (Τζανάκης 2003: 172).

Η επίσημη έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με το «σκάνδαλο» της Λέρου. Η Λέρος θα αποτελέσει τον σημαίνοντα «τόπο» της προσπάθειας αλλαγής, ο οποίος θα υπογραμμίσει ένα «ξεπερασμένο» όσο και «απάνθρωπο», σύμφωνα με τη νέα αντίληψη, «τρόπο». Η είσοδος της Ελλάδας στην Ε.Ο.Κ. και η συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας συμπίπτει με την ευαισθητοποίηση ομάδων «επαγγελματιών ψυχικής υγείας» για τις συνθήκες που επικρατούσαν στα ψυχιατρεία και ιδιαίτερα στη Λέρο. Λίγο πιο πριν, στα τέλη της δεκαετίας του '70, η λεγόμενη «Ομάδα της Λέρου», συγκροτημένη κατά βάση από αγροτικούς γιατρούς που υπηρέτησαν στο εν λόγω νησί, δραστηριοποιείται και δημοσιοποιεί την κατάσταση που επικρατούσε εκεί (Μπαϊρακτάρης 1994: 108).

Με παρέμβαση της Ε.Ο.Κ. συγκροτείται μια επιτροπή εμπειρογνομόνων αποτελούμενη από Έλληνες και ξένους ειδικούς, κυρίως ψυχιάτρους, με σκοπό να εκπονήσουν μια μελέτη για το συνολικό μετασχηματισμό του συστήματος της ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στη βάση αυτού του πορίσματος εγκρίθηκε ο κανονισμός 815 του 1984, πενταετούς διάρκειας, με συγχρηματοδότηση (55% κοινοτικοί και 45% εθνικοί πόροι), ο οποίος προέβλεπε την δημιουργία *εναλλακτικών* θεσμών, την εκπαίδευση του προσωπικού και άλλες δράσεις που αποσκοπούσαν στη μεταστροφή της λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών προς το κοινοτικό μοντέλο. Η βραδύτητα στην απορρόφηση των κονδυλίων οδήγησε σε πενταετή παράταση (έως το 1995). Το 1991 αποφασίστηκε μια παρέμβαση ειδικά στο ψυχιατρείο της Λέρου (πρόγραμμα Λέρος II): δημιουργήθηκαν 11 ξενώνες σε όλη τη χώρα με στόχο την «επανάταξη» 110 τροφίμων (κατά βάση ηλικιωμένων και με μακρά παραμονή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα). Το χρονικό διάστημα 1980-95 δημιουργήθηκαν συνολικά 140 νέες δομές, στο πλαίσιο του κανονισμού της Ε.Ο.Κ. 815/84 και της παράτασής του (Μαδιανός 2000: 169).

Πιο πριν, το 1983, με την ψήφιση του Ν.1397 θεσπίζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας όπου με το άρθρο 21 οριοθετείται εκ νέου η εξάσκηση της δημόσιας ψυχιατρικής. Η ψυχιατρική φροντίδα ενηλίκων ασκείται από τα «εξειδικευμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία» αλλά και από τους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών

νοσοκομείων καθώς και από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Αργότερα, ο Ν. 2071 του 1992 θα εκσυγχρονίσει το μέχρι τότε υπάρχον νομικό πλαίσιο (Τζανάκης 2003: 180).

Στην περίοδο 1981-2000, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αντανακλάται στην πολύ μεγάλη μείωση των διαθέσιμων κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, η οποία φτάνει το 53,2%, που ανταποκρίνεται σε αριθμό 3.380 κρεβατιών. Η αναλογία ψυχιατρικών κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους περιορίζεται κατά 33,81%, συμπεριλαμβανομένης της μικρής αύξησης στα γενικά νοσοκομεία και της σημαντικής μείωσης στα ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η μείωση αυτή οφείλεται, κυρίως, στον περιορισμό της δυναμικότητας σε κρεβάτια των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων, η οποία φτάνει στο διάστημα 1981-1996 στο 44,94%. Ενώ το 1981 λειτουργούσε μονάχα ένα ψυχιατρικό τμήμα σε γενικό Νοσοκομείο (Θράκη) και συνολικά έξι Κέντρα Ψυχικής Υγείας, σε δεκαπέντε χρόνια (1996) ο αριθμός των ψυχιατρικών τομέων σε γενικά νοσοκομεία αυξάνεται σε τριάντα και ο αριθμός των Κέντρων Ψυχικής Υγείας φτάνει τα είκοσι τέσσερα. Αξίζει να επισημανθεί ότι την ίδια περίοδο προετοιμάζονταν, αλλά δεν ήταν έτοιμα για λειτουργία, δεκατέσσερα Κ.Ψ.Υ. και έντεκα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία (Μαδιανός 2000: 171).

Την ίδια περίοδο (1981-1996) παρατηρείται ένας πολλαπλασιασμός των δομών φροντίδας και αποκατάστασης που αντιτάσσονται στην «κλειστή» ενδονοσοκομειακή μέριμνα. Η πλειοψηφία των διαθέσιμων θέσεων σε αυτές τις «εναλλακτικές» δομές καταλαμβάνεται από τους επονομαζόμενους «χρόνιους ασθενείς» (Μαδιανός 2000), δηλαδή από άτομα που ήδη διαβιούσαν για μακρύ χρονικό διάστημα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα.

Σε γενικές γραμμές, όμως, η εφαρμογή του κανονισμού 815/84 οδήγησε σε σχετική αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών που δε θα πρέπει να νοηθεί μόνο γεωγραφικά αλλά και κοινωνικά. Δίπλα στο οριοθετημένο με σαφήνεια ψυχιατρικό Νοσοκομείο, που εξακολουθεί να κυριαρχεί, αναπτύσσεται σταδιακά ένας αριθμός πολύμορφων και διαφοροποιημένων υπηρεσιών. Οι δομές αυτές δε μπορούν προς το παρόν να αποτελέσουν ένα «δίκτυο» που να αντικαθιστά ή να τείνει στην υποκατάσταση του ψυχιατρείου. Είναι σχετικά ασύνδετες μεταξύ τους και δεν υπηρετούν ένα συνολικό σχεδιασμό. Αποτελούν, όμως, την πρώτη προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο για το πέρασμα από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης (Τζανάκης 2003: 181).

Η «δεύτερη μεταρρυθμιστική» περίοδος, η οποία ξεκινά με τον καινούριο αιώνα και βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, εστιάζεται στην ολοκλήρωση του

«περάσματος». Ο ιδιαίτερος τόνος δίνεται ακριβώς από την έννοια της «συνέχειας» και της «ολοκλήρωσης»: κάτι έχει ξεκινήσει και «πρέπει» να ολοκληρωθεί.

Έμφαση δόθηκε στον τομέα της εκπαίδευσης. Η κατάρτιση των νέων στελεχών του προσωπικού βρέθηκε στο επίκεντρο της εφαρμογής εξειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Το γεγονός αυτό, ανεξάρτητα από την «αντικειμενική» εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς της, καταδεικνύει την προβληματικοποίηση της «στάσης του προσωπικού». Το προσληφθέν προσωπικό οφείλει, σε αντίθεση με το παρελθόν, να είναι εκπαιδευμένο, προκειμένου να κατέχει εκείνα τα εχέγγυα που θα του επιτρέψουν να επιτελέσει το έργο του, ακολουθώντας τη νέα αντίληψη για τον «άνθρωπο που πάσχει», για τον «ψυχιατρικό ασθενή». Η εκπαίδευσή του βασίζεται εξ αρχής στην υιοθέτηση του «θεραπευτικού πνεύματος» που συνάδει με ένα κοινοτικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης (Φραγκούλη, Σακελλαρόπουλος 1999: 36-37).

Εκτός όμως από την κατάρτιση του προσωπικού που επρόκειτο να στελεχώσει τις νέες δομές, μεγάλη έμφαση δόθηκε στην επέκταση προγραμμάτων «αποκαταστασιακού» χαρακτήρα. Τα προγράμματα αυτά υιοθετούσαν έναν προσανατολισμό επανένταξης στον κοινωνικό ιστό των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις που διαβιούσαν ήδη στα μεγάλα και στα μικρότερα ψυχιατρεία της χώρας.

Τα προγράμματα αυτού του είδους βασίζονται στη λογική της επαγγελματικής μαθητείας των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, δηλαδή της απόκτησης δεξιοτήτων που δυνάμει υποβοηθούν την ένταξη στον κόσμο της εργασίας. Τα εν λόγω προγράμματα διαχωρίζονταν ανάλογα με τον πληθυσμό, στον οποίο απευθύνονταν (ομάδα στόχος), στη βάση όχι αυστηρών ψυχιατρικών διαφορικών διαγνώσεων, αλλά γενικών κατηγοριοποιήσεων του πληθυσμού που διαβιούσε και εξακολουθεί να διαβιεί στα άσυλα (Τζανάκης 2003: 182).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το τέλος του Κανονισμού 815/84, από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Συγκεκριμένα, το 1999 καταρτίστηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το Πρόγραμμα αποτελεί το επιχειρησιακό εργαλείο

πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μαδιανός 1998).

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός», ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του είχε προγραμματιστεί για το έτος 2004, οπότε και ισχύει για μια νέα δεκαετία.

Η Α' φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας». Εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξαν τα εξής:

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων κατάρτισης
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός 2005).

Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» συνδέεται με την περίοδο 2000-2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Ταμειακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη, ενώ απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών έχει σχεδιαστεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στον αποϊδρυματισμό με την

κατανομή τους στον χώρο διακρίνονται σε δυο πτέρυγες, απομονωμένες με κήπο μεταξύ τους.» Έτσι, αφού ολοκληρώθηκαν όλες οι διαδικασίες, άρχισε η λειτουργία του Δρομοκαΐτειου την 1^η Οκτωβρίου 1887 με τέσσερα νοσηλευτικά κτίρια συνολικής δυνάμεως 110 κλινών, αντί των 500 που αρχικά προβλεπόταν (Τζανάκης 2003: 70).

Από την μοναδικότητα και την καλή φήμη που απέκτησε το Δρομοκαΐτειο παρακινήθηκαν και άλλοι εύποροι φιλάνθρωποι κυρίως Χίοι, οι οποίοι διέθεσαν σημαντικά ποσά με τα οποία χτίστηκαν και άλλα νοσηλευτικά κτίρια, που φέρουν κατά κανόνα τα ονόματα των δωρητών. Το Δρομοκαΐτειο θα αποτελέσει την «βιτρίνα» της ψυχιατρικής για πολύ καιρό. Εμφανίζεται ως ίδρυμα υψηλού επιπέδου όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Όμως, σταδιακά οι πλούσιοι ασθενείς αποχωρούν και το ποσοστό των απόρων αυξάνεται. Για πλούσιες αστικές οικογένειες θα ιδρυθούν αργότερα οι ιδιωτικές κλινικές. Για τους φτωχούς αντίθετα, οι συνθήκες διαβίωσης στο εν λόγω ίδρυμα είναι πολύ καλύτερες των πραγματικών και για αυτό, ανεξάρτητα από τα όποια θεραπευτικά αποτελέσματα συνιστά μια ιδανική λύση «απόθεσης». «Η παραμονή για μεγάλο χρονικό διάστημα ανίατων περιπτώσεων σε συνδυασμό με την αποχώρηση μεγάλου αριθμού εύπορων ασθενών μετά, από την διάψευση μιας σύντομης θεραπείας, θα μετατρέψει αργότερα το φρενοκομείο σε τελευταίο κρίκο αλυσίδας επιλογών» (Τζανάκης 2003: 71).

Το νοσοκομείο, επί δικτατορίας το 1973, υποχρεώθηκε να εκχωρήσει στο Ελληνικό δημόσιο 105 στρέμματα από την εδαφική έκταση που του ανήκε, με σκοπό να χρησιμοποιηθούν για την ανέγερση του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής, αλλά αργότερα παραχωρήθηκε από το Δημόσιο στο ΙΚΑ για τον ίδιο σκοπό. Το ποσό των 80 εκατομμυρίων δραχμών που δόθηκε στο νοσοκομείο από το υπουργείο κοινωνικών υπηρεσιών κατατέθηκαν στην Εθνική τράπεζα και μαζί με τους τόκους σχημάτισαν ένα αξιόλογο κεφάλαιο προοριζόμενο να διατεθεί για την κτιριακή ανασυγκρότηση του θεραπευτηρίου.

Ως προς την νομική του μορφή, το Δρομοκαΐτειο λειτούργησε ως κληροδότημα-φιλανθρωπικό Ίδρυμα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), το οποίο υπαγόταν και ελεγχόταν από την Διεύθυνση Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών και από το Υπουργείο Υγείας. Με την μορφή αυτή του Ν.Π.Ι.Δ. λειτούργησε μέχρι το 1985. Μετά την δημοσίευση του νόμου 1397/1983 για το Ε.Σ.Υ. και ύστερα από σχετικό έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με

το οποίο καλείται το Ίδρυμα να απαντήσει αν θα ενταχθεί ή όχι στο Ε.Σ.Υ., το διοικητικό συμβούλιο αποφάσισε την ένταξη του Ιδρύματος, αλλά υπό την μορφή Ν.Π.Ι.Δ. όπως συνέβη από της συστάσεως του προ 100 περίπου ετών.

Τα Υπουργείο Υγείας δεν συμφώνησε με την άποψη αυτή και από 1/1/1985 σταμάτησε την καλούμενη επιχορήγηση του Ιδρύματος με αποτέλεσμα το Ίδρυμα να αντιμετωπίσει άμεσο κίνδυνο διακοπής της λειτουργίας του. Ύστερα από αυτό, το διοικητικό συμβούλιο κατέληξε στην απόφαση της μετατροπής του Δρομοκαϊτείου σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και την υπαγωγή του στις διατάξεις του νόμου 2592/1953, αφού εξασφάλισε μερικές βασικές προϋποθέσεις ως προς την σύνθεση του διοικητικού συμβουλίου.

2.2. Οργανωσιακή δομή

2.2.1. Όργανα Διοίκησης

Όσον αφορά τις τρεις υπηρεσίες του νοσοκομείου (Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική), σύμφωνα με το άρθρο 6 του Οργανισμού του Νοσοκομείου κάθε μια έχει δική της συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση, είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Ειδικότερα και σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν2889/2001, στην **Ιατρική υπηρεσία** προϊστάται ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας που επιλέγεται από το Δ.Σ., του νοσοκομείου. Η επιλογή του γίνεται από πίνακα με τους υποψηφίους και την αξιολόγηση τους από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, ενώ παράλληλα ανακοινώνεται από τη Διοίκηση του νοσοκομείου στο Δ.Σ. του Υ.Π.Ε.

Η θητεία του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι τριετής και έργο του είναι κυρίως η παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της ιατρικής υπηρεσίας και ο συντονισμός των τομέων και των τμημάτων όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, εισηγείται στη Διοίκηση το πρόγραμμα και το ωράριο των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ύστερα από γνώμη των Διευθυντών των τομέων), το πρόγραμμα εφημεριών (έπειτα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου), τη χορήγηση αδειών στο ιατρικό προσωπικό, καθώς και το πρόγραμμα επισκέψεων των νοσηλευομένων. Τέλος, επιμελείται την τήρηση του πρωτοκόλλου της Ιατρικής Υπηρεσίας και των ατομικών φακέλων με τις ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης των Διευθυντών τομέων. Στη διάρκεια της θητείας του μπορεί να ορίζει ως αναπληρωτή, στα ιατρικά του καθήκοντα, έναν Αναπληρωτή Διευθυντή ή έναν Επιμελητή Α'.

Σε κάθε τομέα της ιατρικής υπηρεσίας προϊστάται ο Διευθυντής του τομέα, που ορίζεται ιατρός Διευθυντής που προϊστάται τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας που μπορεί να είναι και μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου, που όμως κωλύεται να συμμετάσχει στην κατάρτιση του πίνακα αξιολόγησης των διευθυντών των τμημάτων των τομέων. Η επιλογή γίνεται από τη Διοίκηση του νοσοκομείου έπειτα από γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου που δεν είναι δεσμευτική.

Η θητεία του είναι τριετής και είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της λειτουργίας των τμημάτων του τομέα του. Ειδικότερα, εποπτεύει και ελέγχει τα εκπαιδευτικά, μετεκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα του τομέα (σύμφωνα με

τις αποφάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου), καταρτίζει, εισηγείται και παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού του τομέα, προτείνει στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας το πρόγραμμα των εκπαιδευτικών αδειών του προσωπικού και τέλος αξιολογεί και συμμετέχει στη βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού του τομέα.

Σε κάθε τμήμα προϊστάται ιατρός Διευθυντής ή άλλος επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας με βαθμό Διευθυντή. Ο Διευθυντής αυτός είναι ο επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος και υπεύθυνος για τη λειτουργία του. Αναλυτικότερα, συντονίζει το σύνολο του προσωπικού που εργάζεται στο τμήμα (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό κλπ), προτείνει και παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού στα πλαίσια του προϋπολογισμού του τομέα, συντάσσει απολογισμό και ετήσια έκθεση πεπραγμένων, αξιολογεί (ως Α' βαθμολογητής) το προσωπικό του τμήματος που ανήκει στην ιατρική υπηρεσία και τέλος, εποπτεύει και ελέγχει την εφαρμογή των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του τμήματος.

Στη Νοσηλευτική υπηρεσία προϊστάται ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτικής και ορίζεται από το Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς, που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλείς των τομέων είναι Τομεάρχες που ορίζονται από τη Διοίκηση του νοσοκομείου και είναι υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτικής. Τόσο οι τομεάρχες όσο και ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας προέρχονται από τους πίνακες προακτέων υπαλλήλων στο βαθμό του Διευθυντή και η επιλογή τους γίνεται από το Δ.Σ. του Νοσοκομείου. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων των τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι υπάλληλοι με βαθμό Α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτικής, και επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο υπάγονται οι υποψήφιοι, ενώ τοποθετούνται από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

Επιπλέον, σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνίσταται Επιστημονικό Συμβούλιο, που συγκροτείται με απόφαση του Προέδρου του Δ.Σ. του νοσοκομείου, και απαρτίζεται από:

α) Τρεις ιατρούς, Διευθυντές τμημάτων ή κλινικών, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές Ιατρούς του νοσοκομείου. β) Έναν ιατρό Αναπληρωτή Διευθυντή,

που εκλέγεται από όλους τους αναπληρωτές Διευθυντές του νοσοκομείου. γ) Έναν ιατρό με βαθμό επιμελητή Α', που εκλέγεται από όλους τους επιμελητές Α' του νοσοκομείου. δ) Έναν ιατρό με βαθμό επιμελητή Β', που εκλέγεται από όλους τους επιμελητές Β' του νοσοκομείου. ε) Έναν Επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό, που εκλέγεται από όλους τους Επιστήμονες, μη ιατρούς, που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία. στ) Μία νοσηλεύτρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ, με βαθμό τουλάχιστον Α', που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ, με βαθμό τουλάχιστον Α'. Τέλος, στο Επιστημονικό Συμβούλιο μετέχει χωρίς δικαίωμα ψήφου αιρετός εκπρόσωπος των ειδικευομένων ιατρών.

Οι αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι κυρίως γνωμοδοτικές και συμβουλευτικές, ενώ σε αυτό υπάγονται και οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας. Παρόλο που δεν υπάρχει ακόμη κανονισμός λειτουργίας του, ο νόμος προβλέπει ότι εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο για κάθε επιστημονικό θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου, εισηγείται την συγκρότηση επιτροπών και ομάδων εργασίας για συγκεκριμένα επιστημονικά θέματα του νοσοκομείου και επίσης για επιστημονικά θέματα στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Υ.Π.Ε.

Επίσης, γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού, συντονίζει και παρακολουθεί τα εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά προγράμματα του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου και μεριμνά για τη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων. Επιπλέον, γνωμοδοτεί σε επιστημονικά ερωτήματα της Διοίκησης ή του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας ενώ στον τελευταίο γνωμοδοτεί και για το πρόγραμμα εφημερίων των ιατρών και του λοιπού προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.

Επίσης, στο Νοσοκομείο συγκροτήθηκε με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου και βάσει της σχετικής απόφασης Φ.Ε.Κ. 733/13-6-2001 και ύστερα από πρόταση του Επιστημονικού Συμβουλίου, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (Ε.Ν.Λ.), που αποτελείται από τα παρακάτω μέλη με τους αναπληρωτές τους.

1. Πρόεδρος-Διευθύντρια Μικροβιοχημικού Εργαστηρίου
2. Αντιπρόεδρος-Διευθυντής Παθολογικού Τομέα
3. Μέλη: Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Διευθύντρια Φαρμακείου
Διευθύντρια Τεχνικής Υπηρεσίας
Επιμελητής Β' (Παθολόγος)
Επόπτης Υγείας
2 ΤΕ Νοσηλεύτριες

Η Ε.Ν.Λ. σχεδιάζει και προτείνει μέτρα για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων εντός του Νοσοκομείου και ελέγχει την εφαρμογή τους. Η δραστηριότητα της κινείται μέσα στο πλαίσιο που χαράσσεται με τις οδηγίες και τις κατευθύνσεις της Κεντρικής Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του Κ.Ε.Σ.Υ.

Ειδικότερα η Ε.Ν.Λ. εποπτεύει και ελέγχει:

1) Την τήρηση των κανόνων Υγιεινής και καθαριότητας του Νοσοκομείου σύμφωνα και με τις συστάσεις και τις οδηγίες της Κ.Ε.Ν.Λ. 2) Την τήρηση των κανόνων αποστείρωσης, απολύμανσης και αντισηψίας του Νοσοκομείου σύμφωνα και με τις συστάσεις και τις οδηγίες της Κ.Ε.Ν.Λ. 3) Την πολιτική χρήσης αντιβιοτικών στο νοσοκομείο. 4) Την τήρηση των κανόνων Υγιεινής των τροφίμων. 5) Την καταγραφή και παρακολούθηση των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου σε ειδικό πρωτόκολλο που καθορίζεται από την Κ.Ε.Ν.Λ. και αποστέλλει τα αποτελέσματα στο Κέντρο Υποστήριξης της Περιφέρειας του Νοσοκομείου που ανήκει στο τέλος κάθε μήνα ή κατά τακτά διαστήματα, όπως θα καθορισθούν από την Κ.Ε.Ν.Λ.

Η **Διοικητική Υπηρεσία** αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο (2) Υποδιευθύνσεις: Α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού. Β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού. Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, ως ακολούθως:

Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού διαρθρώνεται στα ακόλουθα τμήματα:

- Προσωπικού
- Γραμματείας
- Κίνησης Αρρώστων
- Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων)

Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού διαρθρώνεται στα ακόλουθα τμήματα:

- Οικονομικού
- Πληροφορικής-Οργάνωσης

- Διατροφής

Επίσης διαρθρώνεται και στα αυτοτελή Γραφεία.

- Επιστασίας
- Ιματισμού

Το Οικονομικό Τμήμα του Νοσοκομείου, το οποίο υπάγεται στην Υποδιεύθυνση Οικονομικού, μεριμνά για την μελέτη των οικονομικών αναγκών του Ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του Ιδρύματος, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, τη διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου, την τήρηση του Δημόσιου Λογιστικού Συστήματος, καθώς και την είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου, την ευθύνη για την διαφύλαξη της περιουσίας του Ιδρύματος και την τήρηση των Οικονομικών Στατιστικών Στοιχείων. Παράλληλα, στο Τμήμα Οικονομικού υπάγονται το Γραφείο Μισθοδοσίας, το Λογιστήριο, το Ταμείο, το Γραφείο Υλικού, η Αποθήκη Υλικού και το Γραφείο Προμηθειών.

Το λογιστήριο του Νοσοκομείου έχει την κύρια αρμοδιότητα-εκτός από την υποστηρικτική του λειτουργία κατά την κατάρτιση του προϋπολογισμού και του απολογισμού-για την καταγραφή των κρατήσεων των ασφαλιστικών ταμείων, για την παρακολούθηση των τραπεζικών εργασιών, για τη δημιουργία στατιστικών καταστάσεων και για το κλείσιμο των λογιστικών βιβλίων του Νοσοκομείου.

Η μισθοδοσία αποτελεί μέριμνα του Τμήματος Προσωπικού και του Οικονομικού Τμήματος. Το τμήμα Προσωπικού παρακολουθεί τις μεταβολές, τις υπερωρίες, ενώ το τμήμα Οικονομικού αναλαμβάνει τον υπολογισμό των αποδοχών και τις πληρωμές στο προσωπικό. Όλες οι αμοιβές του προσωπικού προϋπολογίζονται και υποβάλλονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για έγκριση, ουσιαστικά όμως ακολουθούνται τρεις διαφορετικές διαδικασίες ανάλογα με την κατηγορία των υπαλλήλων και των αμοιβών τους.

Οι Διοικητικές Λειτουργίες του Νοσοκομείου εκτός από τις δραστηριότητες που προαναφέρθηκαν, προσφέρουν υποστήριξη στους τομείς της Γραμματειακής Υποστήριξης, της Διαχείρισης Προσωπικού, της Εκπαίδευσης Προσωπικού και Λοιπών Υποστηρικτικών Λειτουργιών.

Η γραμματειακή υποστήριξη φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση του Γενικού πρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διεκπεραίωση του έργου του Νοσοκομείου.

Η αρμοδιότητα της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων είναι η ευθύνη και η φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των τακτικών ιατρείων, η υποδοχή και η εξυπηρέτηση των προσερχόμενων σ' αυτά αρρώστων. Έχει την ευθύνη για την ρύθμιση της οικονομικής λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρείων, τηρεί κατάσταση οικονομικά αδυνάτων, διενεργεί κοστολόγηση των εργαστηριακών πράξεων βάσει του Φ.Ε.Κ., ρυθμίζει τη σειρά προσέλευσης των άρρωστων και προγραμματίζει την επανεξέτασή τους με προσυνεννόηση. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν το ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης. Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες και τον τρόπο λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.

Η διαχείριση προσωπικού αποτελεί μέριμνα του τμήματος προσωπικού και κατ' επέκταση της Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας. Το τμήμα φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Το τμήμα Προσωπικού τηρεί το φάκελο των υπαλλήλων που περιλαμβάνει την υπηρεσιακή κατάσταση του κάθε υπαλλήλου, τις άδειες, τις ποινές και τα προσόντα.

Τέλος, η **Τεχνική Υπηρεσία** αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται στο τμήμα Τεχνικού. Αρμοδιότητα του τμήματος Τεχνικού είναι η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, καθώς και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους. Παράλληλα έχει την ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των υδραυλικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων κλιματισμού και κεντρικής θέρμανσης και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων.

2.2.2. Νοσηλευτικά τμήματα

Σήμερα, το «Δρομοκαΐτειο» αποτελείται από 3 Ψυχιατρικούς Τομείς (7 Ψυχιατρικά Τμήματα), έναν Παθολογικό Τομέα (Παθολογικό και Νευρολογικό Τμήμα), 6 Διατομεακά τμήματα και 1 Διατομεακή Μονάδα Πολλαπλών Ψυχοθεραπειών. Επίσης, διαθέτει Εργαστηριακό τομέα (Μικροβιολογικό-Βιοχημικό Εργαστήριο, Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, και Φαρμακείο) ενώ λειτουργεί και Α' & Β' Οδοντιατρείο. Στις δομές του νοσοκομείου διαμένουν συνολικά 161 ασθενείς, ενώ 486 ασθενείς παραμένουν ακόμη εντός νοσοκομείου. Η δύναμη του ιατρικού προσωπικού ανέρχεται σήμερα σε 36 ειδικευμένους ιατρούς και 15 ειδικευόμενους στη ψυχιατρική, ενώ το υπόλοιπο προσωπικό ανέρχεται σε 557 άτομα.

Ταυτόχρονα, μέσα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που θεσμοθετήθηκε με το νόμο 1397/83, συνεχίστηκε με τον νόμο 2071/92 και εδραιώθηκε με τον νόμο 2716/99, το ψυχιατρείο σαν κύρια μονάδα νοσηλείας και θεραπείας της ψυχικής νόσου περιορίζεται, με σκοπό την τελική του κατάργηση και αντικαθίσταται σταδιακά από εναλλακτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως Ψυχιατρικούς Τομείς σε Γενικά Νοσοκομεία, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, καθώς και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες, διαμερίσματα), αλλά και Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης και Επαγγελματικής Αποκατάστασης (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης-Κοι.Σ.Π.Ε.).

Επίσης, μέσα από την υλοποίηση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ενός δεκαετούς προγράμματος υπό τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, δρομολογήθηκαν και λειτουργούν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς και μία σειρά εργαστηρίων που στοχεύουν στην εργασιακή απασχόληση και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Για τη διαμόρφωση μιας συνολικής εικόνας της εξέλιξης και των δραστηριοτήτων των επιμέρους τομέων που απαρτίζουν το νοσοκομείο, παρατίθενται στη συνέχεια πιο αναλυτικά στοιχεία για τις λειτουργίες και το έργο των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου, τις ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές, καθώς και τα εργαστήρια που λειτουργούν σε αυτό.

Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Ο Α' Ψυχιατρικός Τομέας αποτελείται από τρία ψυχιατρικά τμήματα, τα οποία είναι: α) Βελέντζειο, Τμήμα χρόνιας νοσηλείας, β) Αγία Μαρκέλλα, Τμήμα βραχείας νοσηλείας, και γ) Κουντουριώτειο, Τμήμα βραχείας νοσηλείας.

Βελέντζειο (Πρώην Α΄ Θέση Ανδρών)

Το Βελέντζειο είναι από τα πρώτα τμήματα του νοσοκομείου. Το κτίριο ανεγέρθηκε το 1887 και ανακαινίστηκε μερικώς το 1986, Αρχικά, και αυτό, όπως και όλα τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, ήταν τμήμα που φιλοξενούσε χρόνια και οξεία περιστατικά (βραχείας νοσηλείας), αλλά σήμερα λειτουργεί αποκλειστικά σαν τμήμα χρόνιων περιστατικών.

Το τμήμα φιλοξενεί χρόνιους νοσηλευόμενους, αποκλειστικά άνδρες. Όσον αφορά το εύρος των παθήσεων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι σχιζοφρενείς, οι οποίοι λόγω ηλικίας (ορισμένοι ασθενείς βρίσκονται στο νοσοκομείο για 30 χρόνια) έχουν μικτή εικόνα καθώς έχουν και διάφορες οργανικές παθήσεις. Αυτοί οι ασθενείς, παρότι λόγω ηλικίας θα μπορούσαν να πάνε στο Ψυχογηριατρικό Τμήμα, παραμένουν στο Βελέντζειο γιατί το Ψυχογηριατρικό δέχεται κυρίως τα καινούρια περιστατικά από άτομα μεγάλης ηλικίας. Επίσης, ένα ποσοστό ασθενών είναι άτομα με διανοητική καθυστέρηση.

Αγία Μαρκέλλα

Το τμήμα της Αγίας Μαρκέλλας είναι από τα πρώτα τμήματα του νοσοκομείου και στεγάζεται σε κτίριο που ανεγέρθηκε το 1887. Είναι Τμήμα βραχείας νοσηλείας, παρόλο που λόγω πληρότητας των τμημάτων χρόνιας νοσηλείας φιλοξενεί και χρόνιους ασθενείς. Σε γενικές γραμμές στο τμήμα εισάγονται άτομα νεότερης ηλικίας, κυρίως άντρες, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους είναι υποτροπιάζοντες ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσικές συνδρομές. Το τμήμα φιλοξενεί τους ασθενείς από 2-8 εβδομάδες με μέγιστο χρόνο νοσηλείας τους 3 μήνες.

Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά την αυξημένη επιτήρηση και κλινική παρακολούθηση των ασθενών, καθότι το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών νοσηλεύονται ακούσια, καθώς επίσης και τη διεξαγωγή μίας θεραπευτικής ομάδας, αποτελούμενη από ψυχολόγο και εργοθεραπεύτρια.

Κουντουριώτειο

Το Κουντουριώτειο στεγάζεται σε κτίριο που χτίστηκε το 1922 και ανακαινίστηκε το 1997. Το 1989 λειτούργησε σαν το πρώτο Τμήμα βραχείας νοσηλείας στα πλαίσια προγράμματος της ΕΟΚ. Στο τμήμα νοσηλεύονται κυρίως άτομα με σχιζοφρένεια, άντρες και γυναίκες, με μέσο όρο νοσηλείας ενός μήνα περίπου. Μετά την έξοδο τους από το τμήμα, οι ασθενείς, αν δεν πάρουν εξιτήριο, πάνε στους ξενώνες ή τα διαμερίσματα του νοσοκομείου. Οι κύριες δραστηριότητες του τμήματος αφορούν: α) καθημερινή εξέταση των ασθενών από ψυχίατρο, β) θεραπευτική δουλειά από ψυχολόγο, γ) υποστηρικτική της οικογένειας, και δ) καθημερινή συνεργασία με τα τμήματα εργοθεραπείας του νοσοκομείου.

Β' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Σύγγρειο

Το Σύγγρειο ήταν ένα παλιό τμήμα που λειτουργούσε από το 1901, αλλά τα τελευταία χρόνια έκλεισε με σκοπό να ανακαινιστεί και λειτουργεί στη σημερινή του μορφή από το Μάιο του 2003. Είναι Τμήμα θέσεων και φιλοξενεί ασθενείς ενός ευρέως φάσματος ψυχιατρικών παθήσεων. Θεωρείται τμήμα μέσης νοσηλείας, που φιλοξενεί δηλαδή ασθενείς μετά την έξοδο τους από το τμήμα βραχείας νοσηλείας αλλά πριν την είσοδο τους σε τμήμα χρόνιων περιστατικών. Είναι τμήμα μικτό, και ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών είναι 1-2 μήνες. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά την εξέταση των ασθενών και την παρακολούθηση τους από έναν ψυχολόγο καθώς και την κοινωνική υπηρεσία. Ορισμένοι από τους ασθενείς του τμήματος απασχολούνται τα πρωινά στο τμήμα εργοθεραπείας.

Ταρσή Δρομοκαϊτη

Το Ταρσή Δρομοκαϊτη στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου το οποίο κτίστηκε το 1938, επισκευάστηκε το 1990, ενώ άρχισε να λειτουργεί σαν Τμήμα βραχείας νοσηλείας από το 2001. Είναι Τμήμα μικτό (άνδρες και γυναίκες) που προβλέπεται να φιλοξενεί ασθενείς μόνο μέχρι 3 μήνες. Οι ασθενείς στο τμήμα πάσχουν από ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών παθήσεων ενώ ένας αριθμός από αυτούς είναι ασθενείς με αναγκαστική νοσηλεία λόγω αξιόποινης εγκληματικής πράξης.

Γ' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Βελισσάριο (Πρώην Α' Θέση Γυναικών)

Το τμήμα στεγάζεται σε ένα από τα παλαιότερα κτίρια του νοσοκομείου που ανεγέρθηκε το 1887, ενώ του έγιναν κάποιες επιδιορθώσεις το 1986, Είναι Τμήμα χρόνιων περιστατικών (μέχρι το 2001 ήταν και οξέων) στο οποίο νοσηλεύονται αποκλειστικά γυναίκες, με ένα εύρος ασθενειών όπως σχιζοφρένεια, νοητικές στερήσεις, και άνοια. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά: α) εξέταση ασθενών, β) ομάδα ψυχοθεραπείας, γ) ομάδες επανάκτησης δραστηριοτήτων (επικοινωνίας, προσωπικής υγιεινής), δ) ομάδες προετοιμασίας ασθενών για τους ξενώνες.

Ελλήνων Αμερικής

Το τμήμα στεγάζεται στο δεύτερο όροφο ενός παλιού κτιρίου (χτίστηκε το 1922) στο οποίο έχει γίνει ριζική ανακαίνιση το 1997. Λειτουργήσε σαν Τμήμα βραχείας νοσηλείας από το 2002, και οι ασθενείς φιλοξενούνται μέχρι 4 μήνες, με μέσο όρο παραμονής 40 ημέρες. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά την: α) εξέταση ασθενών από όλη τη θεραπευτική ομάδα (ψυχίατροι, ψυχολόγος, προϊσταμένη, υπεύθυνη, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια), και β) εργασία των ασθενών στα εργαστήρια της Εργοθεραπείας του νοσοκομείου.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Παθολογικό Τμήμα

Το τμήμα στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου που κτίστηκε το 1988 και ανακαινίστηκε το 1990. Συστεγάζεται μαζί με το Νευρολογικό, το Μικροβιοχημικό, καθώς και το Ταρσή Δρομοκαΐτη. Το τμήμα λειτούργησε για πρώτη φορά με διευθυντή το 1985 με την ένταξη του νοσοκομείου στο ΕΣΥ.

Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος περιλαμβάνει: α) εξέταση των νεοεισαχθέντων ασθενών, β) άσκηση προληπτικής ιατρικής μέσω κάποιων απαραίτητων εμβολιασμών (π.χ. αντιγριπικοί, ηπατίτιδας), γ) εξέταση των ασθενών των τμημάτων επί κλίνης, και αν κριθεί απαραίτητο μεταφορά τους στο παθολογικό τμήμα, δ) τακτικά εξωτερικά ιατρεία τρεις φορές την εβδομάδα μόνο για τους εσωτερικούς ασθενείς και ε) Εφημερία σε ετοιμότητα από τους γιατρούς του τμήματος που δεν σχετίζεται με τις γενικότερες εφημερίες του νοσοκομείου.

Νευρολογικά Τμήμα

Το τμήμα συστεγάζεται με το Παθολογικό, το Μικροβιοχημικό και το 8^ο Ψυχιατρικό Τμήμα βραχείας νοσηλείας στο κτίριο Ταρσή Δρομοκαΐτη, ένα από τα πιο καινούρια κτίρια του νοσοκομείου. Η λειτουργία του ξεκίνησε με την έναρξη του ΕΣΥ. Το είδος των νευρολογικών ασθενειών που συναντώνται πιο συχνά στους ψυχιατρικούς ασθενείς είναι φαρμακευτικό Parkinson, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, επιληπτικές κρίσεις, μηνιγγίτιδες, αιμορραγίες.

Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος περιλαμβάνει: α) εξέταση των εσωτερικών ασθενών επί κλίνης, και εάν κριθεί απαραίτητο τη μεταφορά τους στην παθολογική κλινική (όπου διατίθενται κρεβάτια για νευρολογικά περιστατικά), β) διενέργεια εξωτερικού ιατρείου 3 φορές την εβδομάδα όπου γίνεται εξέταση εξωτερικών ασθενών, γ) εκτέλεση και γνωμοδότηση ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων και ηλεκτρομυογραφημάτων για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, και δ) εφημερία ετοιμότητας 10 φορές το μήνα.

ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

Ψυχογηριατρικό

Το τμήμα στεγάζεται στο «Γεμέλειο» κτίριο και ανήκει στα Διατομεακά τμήματα του νοσοκομείου. Λειτουργεί από το 1988. Είναι Τμήμα βραχείας νοσηλείας για άτομα άνω των 65 ετών και είναι το μοναδικό ψυχογηριατρικό τμήμα βραχείας νοσηλείας στην Ελλάδα (υπάρχει και ένα στη Θεσσαλονίκη αλλά έχει χρόνιους ασθενείς). Φιλοξενούνται ασθενείς μεγάλου εύρους παθήσεων με διάφορα οργανικά προβλήματα λόγω ηλικίας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχιατρικών παθήσεων που παρατηρούνται στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι κατάθλιψη και διπολική συναισθηματική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη). Το τμήμα εφημερεύει 2 φορές την εβδομάδα στα πλαίσια της γενικής εφημερίας και δέχεται ασθενείς που έρχονται είτε εκούσια είτε ακούσια.

Η κύρια λειτουργία του τμήματος εστιάζεται: α) στην εξέταση και θεραπεία των ασθενών, και β) στην προσπάθεια εξεύρεσης τρόπων, ώστε να διοχετεύσουν τους ασθενείς, μετά το πέρας της παραμονής τους στο τμήμα είτε στις οικογένειες τους είτε αλλού καθώς οι ασθενείς στο τμήμα πληθαίνουν γρήγορα.

Ευεργετών

Το τμήμα καλύπτει τις ανάγκες ασθενών που βρίσκονται σε οξεία φάση συμπτωμάτων, παρόλο που στο τμήμα υπάρχουν και ορισμένοι χρόνιοι. Είναι τμήμα ταχείας διακίνησης, καθώς οι ασθενείς που εισάγονται παίρνουν εξιτήριο σε ένα περίπου μήνα μετά την εισαγωγή τους. Είναι χωρισμένο επιστημονικά σε τρία μέρη, καλυπτόμενο ισομερώς από 3 ψυχιάτρους.

Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά την: α) εξέταση των ασθενών, β) ομαδική ψυχοθεραπεία από την ψυχολόγο, γ) συνεργασία της κοινωνικής λειτουργού με τον ασθενή και την οικογένεια του

Συμβουλευτικός Σταθμός

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός στεγάζεται στο ισόγειο του ξενώνα του Κορυδαλλού και ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2000, αρχικά χρηματοδοτούμενος από το πρόγραμμα «Ψυχαργός» και σήμερα χρηματοδοτούμενος από το νοσοκομείο. Η χρήση των υπηρεσιών του είναι δωρεάν και κάνει παρέμβαση στην κοινότητα για πρόληψη και αντιμετώπιση περιστατικών που έχουν φύγει από το νοσοκομείο.

Λειτουργεί Δευτέρα με Παρασκευή 8-3, και Πέμπτη απόγευμα ως τις 8 μμ., ενώ στο μέλλον πρόκειται να γίνει Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Οι κύριες λειτουργίες του τμήματος αφορούν την: α) ατομική και ομαδική θεραπεία στους χρόνιους ασθενείς είτε υπήρξαν ασθενείς του νοσοκομείου είτε όχι, β) υποστήριξη και εκπαίδευση των οικογενειών των ψυχικά αρρώστων (που έχουν δημιουργήσει και σύλλογο), γ) συμβουλευτική για προβλήματα σχέσεων ατόμων που δεν είναι ψυχικά άρρωστοι, δ) ομιλίες στην κοινότητα, ε) βοήθεια στο σπίτι αν χρειαστεί. Στο συμβουλευτικό σταθμό επίσης υπάρχει α) μια οργανωτική ομάδα που καθορίζει τις λειτουργίες, και β) μια ομάδα εποπτείας για τα διάφορα προβλήματα, καθώς επίσης γίνεται προσπάθεια για καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία.

Κέντρο Ψυχοθεραπειών

Το Κέντρο Ψυχοθεραπειών άρχισε να λειτουργεί το Νοέμβριο του 1996 και στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου. Το δυναμικό του απαρτίζεται από ψυχιάτρους και ψυχολόγους οι οποίοι προσφέρουν εθελοντικά εργασία.

Η κύρια λειτουργία του Κέντρου Ψυχοθεραπειών είναι η δωρεάν παροχή βραχείας ψυχοθεραπείας (μέχρι 20 συνεδρίες) σε άτομα εκτός νοσοκομείου που χρήζουν ψυχολογικών υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, οι ενδιαφερόμενοι, οι οποίοι συνήθως παραπέμπονται από επαγγελματίες υγείας και άλλους φορείς, κλείνουν ένα αρχικό ραντεβού με το κέντρο, στο οποίο γίνεται η πρώτη εκτίμηση της κατάστασης τους και αποφασίζεται το είδος της θεραπείας που κρίνεται πλέον κατάλληλη για τις ανάγκες του, ενώ ακολουθεί η ψυχοθεραπεία τους με ψυχοθεραπευτή.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο του κέντρου, αρχικά ήταν πλούσιο καθώς αποτελούνταν από α) εβδομαδιαίες διαλέξεις Ελλήνων ακαδημαϊκών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας, β) εκπαίδευση μέσω ζωντανής παρακολούθησης των συνεδριών από μονόδρομο καθρέπτη, και γ) ανακοινώσεις σε συνέδρια, τα τελευταία χρόνια ωστόσο έχει ατονήσει σημαντικά.

Εφημερείο

Το Εφημερείο στεγάζεται σε ένα παλιό (1901) αλλά πλήρως ανακαινισμένο κτίριο (ανακαινίστηκε το 1995) και λειτουργεί κάθε Πέμπτη και Κυριακή με ανοικτές 24ωρες εφημερίες. Τις ημέρες γενικής εφημερίας το Εφημερείο δέχεται τα ακούσια περιστατικά που στέλνονται με εισαγγελική παραγγελία ή εντολή, ενώ τις υπόλοιπες

μέρες της εβδομάδας το Εφημερείο δέχεται τους εκούσιους ασθενείς. Αυτός ο διαχωρισμός έγινε τα τελευταία 5 με 6 χρόνια όπου το υπουργείο χάρισε τους ψυχιατρικούς τομείς του Δρομοκαϊτείου και του Δαφνιού και έβαλε εφημερίες.

Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος περιλαμβάνει την εξέταση των ασθενών από όλη την επιστημονική ομάδα του προσωπικού (ψυχίατροι, ειδικευόμενοι, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι), και την προσαγωγή τους, αν κριθεί απαραίτητο, σε κάποιο από τα ψυχιατρικά τμήματα βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου. Τις ημέρες κατά τις οποίες το νοσοκομείο δεν βρίσκεται σε γενική εφημερία, οι ασθενείς που επισκέπτονται το Εφημερείο εκούσια έχουν προηγουμένως παραπεμφθεί από ψυχίατρο των Εξωτερικών ιατρείων, οπότε με την επίσκεψη τους καλείται ο εφημερεύων ιατρός, και γίνεται η εισαγωγή τους σε κάποιο από τα τμήματα.

Εξωτερικά Ιατρεία

Τα Εξωτερικά Ιατρεία στεγάζονται (μαζί με τρία από τα διαμερίσματα των εξωνοσοκομειακών δομών του νοσοκομείου) στο ισόγειο πολυκατοικίας στην οδό Κωλέττη 17, πλατεία Κάνιγγος. Λειτουργούν καθημερινά, εκτός Σαββατοκύριακου, 9-1 πμ, και 5-8 μμ.

Στα εξωτερικά Ιατρεία προσέρχονται: α) πρώην νοσηλευόμενοι του νοσοκομείου όπου έχουν κλείσει ραντεβού για επανεξέταση και ανανέωση των φαρμάκων και β) ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που χρειάζονται πιστοποιητικό από ψυχίατρο με σκοπό να το χρησιμοποιήσουν για διάφορους λόγους.

ΔΟΜΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ενδονοσοκομειακές

Οι Ενδονοσοκομειακές δομές αποτελούνται από τους ακόλουθους ξενώνες: α) Ξενώνας 16 ατόμων, β) Ξενώνας 50 ατόμων, ή αλλιώς Ξενώνας Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, και γ) Ξενώνας 13 ατόμων, Σκυλίτσειο Α'. Οι ξενώνες αυτοί λειτουργούν σαν τμήματα αποκατάστασης και προετοιμασίας των ασθενών για να μεταφερθούν σε ξενώνες και διαμερίσματα εκτός του νοσοκομείου,

A) Ξενώνας 16 ατόμων

Λειτουργεί από το 1995 και είναι τμήμα αποκατάστασης και προετοιμασίας για ξενώνες και διαμερίσματα, ενώ φιλοξενεί ασθενείς όλης της γκάμας των ψυχικών παθήσεων, που βρίσκονται όμως σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται. Υπάρχει προσωπικό μόνο κατά την πρωινή βάρδια, ενώ αν υπάρξει κάποιο πρόβλημα όταν δεν υπάρχει κάποιος υπεύθυνος, οι ασθενείς τηλεφωνούν στο Εφημερείο.

Κατά τις πρωινές ώρες οι περισσότεροι ασθενείς απασχολούνται σε κάποιο από τα εργαστήρια του τμήματος της Εργοθεραπείας, ή εργάζονται στα περίπτερα του νοσοκομείου και σε άλλες υπηρεσίες των τμημάτων.

B) Ξενώνας 50 ατόμων-Ξενώνας Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης

Είναι τμήμα ενδιάμεσης δομής που προετοιμάζει ασθενείς (άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών) για τους ξενώνες και τα διαμερίσματα. Ξεκίνησε να λειτουργεί το 1998 και στόχος του προγράμματος είναι να ετοιμάσει τους ψυχικά πάσχοντες για την κοινωνική τους επανένταξη.

Για τις δραστηριότητες του τμήματος υπάρχει ωριαίο, ημερήσιο, και μηνιαίο πρόγραμμα τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Με βάση το πρόγραμμα γίνονται α) ομάδες ασθενών με ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα, β) ομάδες ασθενών με εκπαιδευτικό χαρακτήρα, που αποσκοπούν στην αποκατάσταση τους μέσω της ανάπτυξης της ικανότητας ιεράρχησης και ικανοποίησης των αναγκών τους. Οι ομάδες σχετίζονται και με την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοεξυπηρέτηση, όπως μαγειρική, χρήση πλυντηρίου, καθαριότητα του χώρου από τους ίδιους με την επίβλεψη του προσωπικού. Επειδή ο ξενώνας στοχεύει να λειτουργεί σαν θεραπευτική κοινότητα, λειτουργούν και ομάδες προσωπικού στις οποίες συζητείται

ο προγραμματισμός του τμήματος και η λύση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν.

Γ) Ξενώνας 13 ατόμων-Σκυλίτσειο Α'

Είναι ένα τμήμα ανδρών και γυναικών που δημιουργήθηκε σαν πρόγραμμα στεγαστικής αποκατάστασης και τέθηκε σε εφαρμογή το 1990 στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης του Ν.185 σαν πρόγραμμα της Ε.Ο.Κ.. Έτσι, ο συγκεκριμένος ξενώνας λειτούργησε σαν χώρος εκμάθησης δραστηριοτήτων και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, καθώς επίσης και σαν χώρος προετοιμασίας για τη μετάβαση τους σε εξωνοσοκομειακούς ξενώνες και διαμερίσματα. Φιλοξενεί ασθενείς όλου του φάσματος των ψυχικών παθήσεων (σχιζοφρένεια, μανιοκατάθλιψη), καθώς και ήπιας μορφής νοητικής στέρησης. Οι ασθενείς επιλέγονται μεταξύ των ασθενών των τμημάτων, τόσο από τμήματα χρόνιων όσο και οξέων περιστατικών, με βασική προϋπόθεση να έχουν σταθεροποιηθεί τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται. Γι αυτό το λόγο, στον ξενώνα υπάρχει προσωπικό μόνο για τις πρωινές και απογευματινές ώρες. Ο χρόνος παραμονής στο τμήμα εξαρτάται από την ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση του κάθε ασθενούς και μπορεί να κυμαίνεται από μερικούς μήνες μέχρι και χρόνια.

Οι κύριες λειτουργίες του τμήματος στοχεύουν στο να εκπαιδευτούν οι ασθενείς να αναπτύξουν κάποιες βασικές δεξιότητες και δυνατότητες και να μπορέσουν τελικά να αφομοιωθούν στην κοινότητα. Γι αυτό το λόγο, το τμήμα λειτουργεί σαν «προθάλαμος» για τη μετάβαση των ασθενών στα διαμερίσματα (εξωνοσοκομειακές δομές). Στο τμήμα λειτουργεί θεραπευτική ομάδα από τον ψυχολόγο του τμήματος όπου συζητούνται θέματα συμβίωσης των μελών. Ορισμένοι από τους ασθενείς εργάζονται σε διάφορες δομές του νοσοκομείου (π.χ. κατάστημα δώρων, τυροπιτάδικο) ενώ άλλοι απασχολούνται στα εργαστήρια εργοθεραπείας. Τις ώρες που οι ασθενείς δεν εργάζονται υπάρχει σταθερό πρόγραμμα δραστηριοτήτων καθώς και απογευματινή έξοδος με τη συνοδεία προσωπικού, ενώ κατά καιρούς γίνεται και προγραμματισμός κοινωνικών εκδηλώσεων σε θέατρα ή ταβέρνες.

Εξωνοσοκομειακές

Οι εξωνοσοκομειακές δομές διακρίνονται σε αυτές που χρηματοδοτούνται από το νοσοκομείο και αυτές που χρηματοδοτούνται από το κοινοτικό πρόγραμμα «Ψυχαργός». Και τα δυο είδη των δομών στελεχώνονται με ιατρικό προσωπικό από

το νοσοκομείο, το οποίο μοιράζει τον χρόνο του μεταξύ των δομών και του νοσοκομείου, ενώ το λοιπό προσωπικό των δομών είναι άτομα που έχουν προσληφθεί με σύμβαση αποκλειστικά για τη λειτουργία των δομών.

Οι ένοικοι αυτών των δομών έχουν πλήρως ανεπτυγμένες ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης και ο βαθμός επίβλεψης και υποστήριξης τους είναι χαμηλός. Ένας μεγάλος αριθμός των ενοίκων εργάζεται σε δομές του νοσοκομείου, ενώ οι υπόλοιποι που παραμένουν στα διαμερίσματα έχουν αναλάβει την οικιακή φροντίδα αυτών. Σε εβδομαδιαία βάση τηρείται θεραπευτική ομάδα όπου γίνεται η θεραπευτική παρακολούθηση των ενοίκων και η αντιμετώπιση τυχών προβλημάτων. Επίσης γίνεται παρακολούθηση των ασθενών στον εργασιακό τους χώρο και παρέμβαση στην οικογένεια τους. Στόχος αυτών των δομών είναι η ανάπτυξη των ικανοτήτων των ασθενών για εργασιακή απασχόληση και εκμάθηση τρόπων επικοινωνίας με στόχο την αποϊδρυματοποίηση.

Συγκεκριμένα, μέχρι τις αρχές του 2009 έχουν οργανωθεί 5 ξενώνες:

- Ξενώνας «Νίκη» Κωλέττη 17 Αθήνα,
- Ξενώνας «Το Όραμα» 25ης Μαρτίου 104 Περιστέρι
- Ξενώνας «Το όνειρο» Καραμήτσα 7 Πατήσια
- Ξενώνας «Ηλιος» Αιολίδος 12 Πετράλωνα
- Ξενώνας Πατησίων Νάζου 28

Επίσης από τον Οκτώβριο του 2005 λειτουργεί το οικοτροφείο «Η Ροδιά» στην περιοχή του Χαλανδρίου και φιλοξενεί 14 άτομα άνω των 60 ετών με καλό επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης.

Μια άλλη δομή στην οποία διαμένουν ασθενείς (4 ως 6 άτομα) με μερική καθημερινή επιτήρηση είναι τα διαμερίσματα που βρίσκονται σε διάφορες περιοχές της Νομαρχίας Αθηνών και της Δυτικής Αττικής. Ειδικότερα υπάρχουν τα παρακάτω:

- Διαμέρισμα 1ο Κωλέττη 17 3ος Όροφος Αθήνα
- Διαμέρισμα 2ο Κωλέττη 17 4ος Όροφος Αθήνα
- Διαμέρισμα 3ο Κωλέττη 17 5ος Όροφος Αθήνα
- Διαμέρισμα 4ο Κωλέττη 17 6ος Όροφος Αθήνα

- Διαμέρισμα 5ο Δοχειαρίου 6 Αθήνα
- Διαμέρισμα «Πατέλειο» Ξάνθου 21 Ψυχικό
- Διαμέρισμα Φλωρίνης 4 Αιγάλεω
- Διαμέρισμα Δουσμάνη 18 Αγ. Βαρβάρα
- Διαμέρισμα Ζεφύρου 23 Χαϊδάρι
- Διαμέρισμα Ολυμπιών 8 Πατήσια

2.3. Το νοσοκομείο ημέρας και η εργοθεραπεία

Το Νοσοκομείο Ημέρας ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1996 και στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου, Το τμήμα έχει δύναμη 25 ασθενών και στόχος του είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η αποκατάσταση επαγγελματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων εξωτερικών ασθενών, καθώς επίσης και η ανακούφιση και στήριξη των οικογενειών τους.

Η κύρια λειτουργία του τμήματος αφορά την απασχόληση ψυχιατρικά ασθενών μετά το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο και την επαναφορά τους στην οικογένεια. Φιλοξενεί ασθενείς διαφόρων ψυχικών παθήσεων, με εξαίρεση α) ασθενείς που έχουν προβλήματα εξάρτησης από ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ), β) ασθενείς με νοητική στέρηση και γ) ασθενείς που βρίσκονται σε έξαρση της ψυχικής νόσου. Το τμήμα απασχολεί τους ασθενείς καθημερινά 9-3 (μετά το μεσημεριανό φαγητό) εκτός Σαββατοκύριακου. Οι δραστηριότητες του τμήματος περιλαμβάνουν α) ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, β) εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων (συζήτηση, μαγειρική, ζωγραφική, κλπ), γ) ομάδα απασχόλησης στα εσωτερικά εργαστήρια του νοσοκομείου στα οποία οι ασθενείς πληρώνονται για την εργασία τους, ενώ τα αντικείμενα που κατασκευάζονται πωλούνται σε εκθέσεις του νοσοκομείου ή άλλων φορέων όπως του Κέντρου Έκθεσης Πληροφόρησης και Κοινωνικής Έρευνας (ΚΕΠΚΕ). Τα έσοδα διατίθενται για διάφορες ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Από την άλλη πλευρά, η εργοθεραπεία ξεκίνησε από την έναρξη της λειτουργίας του νοσοκομείου, αλλά ήταν αρχικά μια μορφή καθημερινής κινητοποίησης και απασχόλησης σε γενικότερο πλαίσιο (όπως αγροτικές ασχολίες του νοσοκομείου-βουστάσιο, λιόδεντρα), και χωριζόταν σε εργοθεραπεία ανδρών και γυναικών. Από την ένταξη του νοσοκομείου στο Ε.Σ.Υ., τη μετατροπή του σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και την ένταξη της λειτουργίας των νοσοκομείων στα προγράμματα της ΕΟΚ, μέσα από το στόχο για αποασυλοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών, άρχισε να γίνεται αξιολόγηση τους, με σκοπό να κριθεί η καταλληλότητα τους να ενταχθούν σε οργανωμένα προγράμματα, δηλαδή εργαστήρια, και να ξεκινήσει έτσι το πρώτο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης, η εργασιακή εκπαίδευση και απασχόληση.

Σήμερα, η δραστηριότητα των εργοθεραπευτών επεκτείνεται στη: α) λειτουργία ομάδων εργοθεραπείας στα τμήματα του νοσοκομείου, β) λειτουργία εργαστηρίων όπου φιλοξενούνται τόσο ασθενείς που διαμένουν στις ενδονοσοκομειακές δομές και

έρευνας ήταν πολύ δύσκολη, καθόσον υπήρχε και χρονικός περιορισμός και το «πεδίο» δεν ήταν τόσο «ανοιχτό».

Η επιλογή του πεδίου μελέτης βασίστηκε σε τρεις παραμέτρους, οι οποίες πλαισιώναν εξ αρχής την έρευνα: 1) η ερευνήτρια είχε εργαστεί στο Δρομοκαϊτείο την περίοδο 2002 – 2006, 2) η ύπαρξη οργανωμένου προγράμματος αποασυλοποίησης και, 3) ο συγκεκριμένος χώρος να αποτελεί πρόκληση για την διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας.

Από τον πρώτο καιρό που εργάστηκε η ερευνήτρια στο Δρομοκαϊτείο, οι αναζητήσεις και οι προβληματισμοί ήταν ποικίλοι. Από το 2002 έως το 2004, εργαζόταν σε νοσηλευτικό τμήμα οξέων περιστατικών, γεγονός που την έκανε να βιώσει το παραλήρημα των ασθενών και την οξεία φάση διαφόρων διαταραχών. Από το 2004 έως το 2006, εργάστηκε σε τμήμα χρόνιων περιστατικών βλέποντας καθημερινά την απόσυρση, την ιδρυματοποίηση και την έντονη εξάρτηση των υποκειμένων, ασθενών και προσωπικού, από τον θεσμό του ψυχιατρείου. Οπότε δημιουργήθηκε ένα ακόμη «σκαλοπάτι» στον προβληματισμό της ερευνήτριας: Πώς προάγεται η αποσυλοποίηση στις νέες ανοιχτές δομές; Πώς βιώνουν καθημερινά την ψυχιατρική «ελαστική» δομή ασθενείς και προσωπικό; Πώς δημιουργούνται οι αναπαραστάσεις των ασθενών στον κοινωνικό τους χώρο; Πώς βλέπουν οι επαγγελματίες υγείας το μέλλον και τα προβλήματα των δομών;

Η δεύτερη παράμετρος, η ύπαρξη οργανωμένου προγράμματος αποασυλοποίησης, καλύπτεται από το Δρομοκαϊτείο. Σήμερα διαθέτει ένα δίκτυο διαφοροποιημένων δομών στα πλαίσια της Ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται ένα ευρύ πρόγραμμα μετεγκατάστασης χρόνιων ασθενών, με τη δημιουργία ξενώνων, στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός».

Η τρίτη παράμετρος, δηλαδή η ίδια η πρόκληση για την διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας, ολοκληρώθηκε μέσα στους «κόλπους» των δομών του Δρομοκαϊτείου. Εντούτοις, η εν λόγω επιλογή καταδεικνύει και τα προβλήματα που αντιμετώπισε η ερευνήτρια. Το πρώτο σοβαρό πρόβλημα ήταν η γραφειοκρατία. Η έρευνα, μαζί με όλα της τα στοιχεία και το ερωτηματολόγιο, έπρεπε να εγκριθεί πρώτα από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου και έπειτα από τον πρόεδρο του ιδρύματος έχοντας τη συναίνεση των διευθυντών των δομών όπου θα διεξαγόταν η έρευνα. Αυτή η διαδικασία διήρκησε περίπου ένα μήνα, με αποτέλεσμα η έρευνα να αρχίσει καθυστερημένα.

Το δεύτερο πρόβλημα ήταν η επιφυλακτικότητα που έδειχναν οι συνεντευξιαζόμενοι εν σχέση με την χρήση μαγνητοφώνου. Από κάποια άτομα του προσωπικού, έγινε αντιληπτή η χρήση του μαγνητοφώνου ως ένα αντικείμενο άγχους και εχθρότητας ενώ σε κάποιους ασθενείς δημιούργησε φόβο και αναχαίτισε την ανταπόκρισή τους. Συνεπώς, ερευνήτρια σε κάποιες συνεντεύξεις δεν χρησιμοποίησε μαγνητόφωνο αλλά γραπτές σημειώσεις, οι οποίες γράφονταν μετά το τέλος της συνέντευξης.

Όπως αναφέρει ο Ασημόπουλος (2009: 48), οι Patton και Lofland επισημαίνουν ότι η χρήση μαγνητοφώνου καθιστά την έρευνα πεδίου περιεκτική και ότι είναι ο καλύτερος τρόπος για την καταγραφή της λεκτικής αλληλεπίδρασης. Επίσης, στα πλεονεκτήματα του συνυπολογίζεται το ότι απελευθερώνει τον ερευνητή από την τεχνική της καταγραφής και έτσι αυτός έχει την δυνατότητα να ανταποκρίνεται πλήρως στην επικοινωνία με τους ανθρώπους του πεδίου μελέτης και να τους δίνει όλη του την προσοχή. Στα μειονεκτήματα του μαγνητοφώνου, όμως, λογίζεται ότι η δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων όχι μόνο αναστέλλει την ελεύθερη έκφραση των σκέψεων των ανθρώπων του πεδίου αλλά και τους οδηγεί στην ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών που παγιώνουν την αποφυγή και την αντίσταση τους προς τον ερευνητή.

Δεδομένων, ωστόσο, των δυσκολιών της ερευνήτριας και των ιδιαιτεροτήτων του πεδίου, η έρευνα ολοκληρώθηκε με την συνεργασία όλων των εμπλεκομένων. Τα ονόματα που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των κεφαλαίων της έρευνας είναι ψευδώνυμα των συνεντευξιαζόμενων, για την τήρηση της ανωνυμίας και τις διαφύλαξης των προσωπικών απόψεων.

3.2. Τα αποτελέσματα της έρευνας

3.2.1. Ασθενείς

I. Ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον

Η Χριστίνα είναι 25 χρονών και ζει με την μητέρα της, τον αδερφό της και την αδερφή της. Είναι η μεσαία από τα τρία αδέρφια. Ο πατέρας της έχει πεθάνει εδώ και τέσσερα χρόνια. Για αυτήν, ο θάνατος του ήταν ταυτόχρονα κάτι το απροσδιόριστο αλλά και τραγικό, γεγονός που την στιγματίσει ψυχικά:

«Νοιώθω ότι ο θάνατος του πατέρα μου ήταν η πιο δύσκολη στιγμή μου έως τώρα. Μετά από αυτό το γεγονός ένοιωσα άδεια, μισή, ανολοκλήρωτη ψυχικά...».

Η επαφή της Χριστίνας με την οικογένεια της περιγράφεται από την ίδια ως θαυμάσια. Της έχουν συμπαρασταθεί σε αυτά τα χρόνια που «παλεύει» με την ψυχική ασθένεια πάρα πολύ. Παλαιότερα όμως, που βρισκόταν σε διαφορετικής εντάσεως υποτροπές και δεν έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή, οι σχέσεις τους δεν ήταν τόσο καλές και, τώρα το καταλαβαίνει η ίδια, ήταν σε ψυχική ανισσοροπία και δεν είχε υπομονή με κανέναν, ούτε με τον ίδιο της τον εαυτό:

«Όσο συμμορφωνόμουν εγώ με την θεραπεία, τόσο οι σχέσεις μας βελτιώνονταν. Έχουμε μεγάλο δέσιμο μεταξύ μας. Η οικογένεια μου είναι δίπλα μου σε κάθε στιγμή και τους χρωστάω πολλά. Αυτοί είναι οι πρωταγωνιστές της καλής μου ψυχικής κατάστασης...».

Αυτό που ευχαριστεί, κυρίως, την Χριστίνα είναι το ότι σε όλες της αποφάσεις που παίρνουν ως οικογένεια, η γνώμη της είναι σεβαστή και τα πάντα μπορούν να συζητηθούν:

«Μ' αρέσει που η οικογένεια μου εφαρμόζει τον διάλογο. Όλων οι γνώμες είναι σεβαστές και πολύτιμες όπως και η δική μου. Βέβαια, η μητέρα μου ως αρχηγός της οικογένειας έχει ένα λόγο παραπάνω...».

Υπάρχει, βέβαια, και η αναπαράσταση του Γιώργου. Ο Γιώργος είναι 37 ετών και με δυσκολία τελείωσε το δημοτικό. Ζει με τον πατέρα του και την μητέρα του ενώ έχει και τρεις αδερφούς οι οποίοι είναι παντρεμένοι και ζουν με τις οικογένειες τους στην ίδια γειτονιά.

Ο Γιώργος αισθάνεται πως η μητέρα του είναι περισσότερο στο πλευρό του. Του έδωσε όλη την συμπαράσταση της στις δύσκολες στιγμές που περνούσε στο παρελθόν λόγω της ψυχικής του ασθένειας και των υποτροπών που τον ανάγκαζαν σε

επανελημμένες νοσηλείες. Ο πατέρας του, όχι ότι δεν προσπαθούσε να βοηθήσει, όπως λέει ο Γιώργος, αλλά σαν προσωπικότητα δεν ταιριάζει με την ιδιοσυγκρασία του:

«Ο πατέρας μου σαν άνθρωπος, είναι κάπως απόμακρος και μη εκδηλωτικός. Ενώ με την μητέρα μου είμαστε τόσο κοντά, με τον πατέρα μου είμαστε μίλια μακριά ο ένας από τον άλλον. Είναι και οξύθυμος, συχνά με επικρίνει για διάφορες δουλειές που κάνω και τίποτα δεν του αρέσει. Ευτυχώς, είναι και τα αδέρφια μου... αυτά με καταλαβαίνουν και δέχονται τις δυνατότητες μου...».

Ο Γιώργος, όμως, έχει αποσυρθεί από τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις κοινές αποφάσεις του στενού του περιβάλλοντος. Οι περισσότερες αποφάσεις λαμβάνονται από τους γονείς του και τα αδέρφια του, χωρίς να συμμετέχει σε οποιαδήποτε συζήτηση. Όπως εξηγεί:

«Εγώ δεν συμμετέχω σε συζητήσεις. Φοβάμαι μην αγχωθώ, μην νευριάσω. Αυτοί παίρνουν τις αποφάσεις και σε εμένα απλά τις ανακοινώνουν: Γιώργο, θα κάνεις αυτό...».

Ο Χρήστος είναι 28 ετών και είναι απόφοιτος γυμνασίου. Ζει με τον πατέρα του και την γυναίκα που συζεί αυτός καθώς και την κόρη της. Έχει τέσσερα αδέρφια τα οποία είναι παντρεμένα και ζουν στο διπλανό προάστιο. Με την μητέρα του έχει χρόνια να συναντηθεί και δεν θέλει καμία επικοινωνία μαζί της. Νιώθει πληγωμένος από την συμπεριφορά της και απογοητευμένος από την απουσία της:

«...Εφυγε από το σπίτι σε μια νύχτα και με εγκατέλειψε. Την έχω ξεγράψει την μητέρα μου. Όπως και αυτή. Είμαι θυμωμένος μαζί της και αποφασισμένος να μην την συγχωρήσω ποτέ...».

Η σχέση του Χρήστου με το οικογενειακό του περιβάλλον περιγράφεται από τον ίδιο ως ποικιλόμορφη. Η επαφή του με τον πατέρα του είναι μέτρια, άλλες στιγμές καλύτερη και άλλες φορές χειρότερη. Ο Χρήστος θεωρεί ότι αυτό οφείλεται στο πόσο απόμακρος και κυκλοθυμικός είναι ο πατέρα του. Αντίθετα, η κυρία Γιάννα (η γυναίκα που συζεί ο πατέρας του) και η κόρη της τον στηρίζουν ενεργά και έχουν καλή επικοινωνία διότι, όπως παρατηρεί, είναι άτομα ήρεμα και χωρίς εντάσεις στις εκδηλώσεις τους. Σημαντικό ρόλο στην ζωή του έχουν και τα αδέρφια του. Τον αγαπούν και τον έχουν στηρίξει σε όλες τις δύσκολες φάσεις της ζωής του.

Ο Χρήστος εξομολογείται ότι από παιδί ήταν πολύ δραστήριο και κοινωνικό. Όμως, από πολύ νωρίς αρρώστησε, με αποτέλεσμα αυτά τα ψυχιατρικά προβλήματα

να τον καταβάλουν, ως άτομο και ως προσωπικότητα, και να τον «φέρουν πίσω». Ο Χρήστος αναφέρει:

«Όταν αρρώστησα, η οικογένεια μου έμεινε άφωνη... Υπήρχε ιστορικό στο συγγενικό μου περίγυρο αλλά κανείς δεν περίμενε να αρρωστήσω εγώ. Όταν άρχισα τις νοσηλείες, έβλεπα την στεναχώρια στο βλέμμα τους όσο και αν προσπαθούσαν να μου το κρύψουν και να έκαναν φιλότιμες προσπάθειες να φέρονται φυσιολογικά. Ωστόσο, ήταν πάντα δίπλα μου...».

Η εμπειρία του Άρη είναι εξίσου πολύτιμη. Είναι 36 χρονών και έχει αποφοιτήσει από ένα ιδιωτικό ΙΕΚ νοσηλευτικής. Ζει με την μητέρα του ενώ ο πατέρας του έχει πεθάνει εδώ και δέκα χρόνια. Έχει έναν αδερφό, μεγαλύτερο σε ηλικία, ο οποίος διαμένει μαζί με την οικογένεια του σε προάστιο μακριά από τον τόπο κατοικίας του Άρη.

Ο Άρης αισθάνεται έντονα την υπερπροστατευτικότητα της μητέρα του και πολλές φορές ενοχλείται από αυτό. Την χαρακτηρίζει πεισματάρη και ξεροκέφαλη καθώς θέλει να «γίνεται πάντα το δικό της» με αποτέλεσμα ο ίδιος να βαρυφορτώνεται από αυτό και να πιέζεται ψυχολογικά. Ενδεικτικά αναφέρει:

«...Ακόμα και τα πρωινά που είμαι εδώ στην εργοθεραπεία θα με πάρει πολλές φορές τηλέφωνο και αυτό με εκνευρίζει. Προσπαθώ όμως να μην είμαι εριστικός μαζί της γιατί σίγουρα σκέφτεται το καλύτερο για μένα. Προσπαθώ με κόπο να απομονώνω τα αρνητικά της και να βλέπω μόνο τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της. Σε γενικές γραμμές, λειτουργούμε σαν μια τυπική οικογένεια, όπου όλοι δεν ταιριάζουν με όλους αλλά η ζωή συνεχίζεται...».

Επιπροσθέτως, ο αδερφός του εμφανίζεται πιο αποστασιοποιημένος από τον Άρη και την κατάσταση της υγείας του. Με τα χρόνια το «δέσιμο» που είχαν, χαλάρωσε και υπάρχει κενό στην επαφή τους εδώ και χρόνια. Όπως λέει:

«...Έχει καριέρα, υποχρεώσεις, οικογένεια. Καταλαβαίνω πως η καθημερινότητα τον έχει απομακρύνει από εμένα και την μητέρα μας χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μας αγαπάει και δεν νοιάζεται για εμάς. Σίγουρα μου λείπουν οι συζητήσεις μας και θα τον ήθελα περισσότερο κοντά μου. Νοιώθω ότι θα ήθελα να μοιραστώ πιο ουσιαστικά μαζί του τα προβλήματα μου και τα όνειρα μου...».

Όπως διαπιστώνεται, λοιπόν, το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να δρα υποστηρικτικά για τον ασθενή, δίνοντας του την συμπαράσταση που αυτός χρειάζεται, προάγοντας την αυτονομία και την λειτουργικότητα του. Η οικογένεια είναι το πρώτο οικείο περιβάλλον του ατόμου και αυτή είναι που, πρώτα από όλους

τους κοινωνικούς σχηματισμούς, διαμορφώνει και μετασχηματίζει την προσωπικότητα του με πρακτικές αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα μέλη της.

II. Ασθενείς και κοινωνικός περίγυρος

Ένα σημαντικό ζήτημα που προκύπτει από τα λόγια των συνεντευξιζόμενων είναι η επαφή τους με τον κοινωνικό περίγυρο και η δραστηριότητα τους μέσα στα κοινωνικά πλαίσια.

Η Χριστίνα, εκτός από δυο παιδικές φίλες που έχει, η παρέα της είναι τα αδέρφια της. Μαζί θα έχουν εξόδους και μαζί θα πάνε διακοπές. Αισθάνεται μαζί τους πιο οικεία και πιο ασφαλής. Εξομολογείται, όμως, μια τραυματική εμπειρία για αυτήν:

«Για να έρθω κάθε μέρα στο Δρομοκαϊτειο χρησιμοποιώ τρία λεωφορεία και μετρό. Πολλά πρωινά έχω τρεμούλες έντονες στα χέρια και μια φορά που ήμουν μέσα στο μετρό, άρχισε ο διπλάνός μου να με κοιτάει παράξενα και υποτιμητικά, κάνοντας νόημα στο παιδί του να με κοιτάξει παρατηρητικά. Ένοιωσα φοβερά άσχημα. Ένοιωσα ότι έπρεπε να απολογηθώ για μένα, για την κατάσταση μου, για την κακοτυχία μου. Βγήκα κλαίγοντας από το βαγόνι...».

Από την άλλη πλευρά, ο Γιώργος θεωρεί πως, μετά τα πρώτα συμπτώματα που εκδήλωσε, έκανε «πέρα» τους περισσότερους φίλους που είχε, διότι δεν ήθελε να έχουν στο μυαλό τους την αλλαγή του.

«Δεν κάνω παρέες όπως παλιά. Εγώ δεν ήθελα τους φίλους μου, δεν ήθελα να έχουν επαφή με τον καινούργιο Γιώργο. Αυτόν που είναι κουρασμένος από τα προβλήματα, δοκιμασμένος από τις υποτροπές και από την φαρμακευτική αγωγή. Η πιο ευχάριστη πια ασχολία μου είναι το ψάρεμα. Να είμαι μόνος μου...».

Η κατάσταση αυτή μας ανακαλεί τη θέση του Goffman για την διάχυτη κοινωνική διαδικασία των διπλών ρόλων. Το στίγμα δεν αφορά τόσο ένα σύνολο συγκεκριμένων ατόμων που μπορούν να χωριστούν σε δυο σύνολα, τους στιγματισμένους και τους φυσιολογικούς, όσο μια διάχυτη κοινωνική διαδικασία διπλών ρόλων, στην οποία κάθε άτομο μετέχει και στους δυο, τουλάχιστον σε κάποιες συναρτήσεις και σε κάποιες φάσεις της ζωής. Το φυσιολογικό και το στιγματισμένο δεν αφορούν πρόσωπα αλλά μάλλον προοπτικές. Αυτές γεννιούνται σε κοινωνικές περιστάσεις, κατά την διάρκεια μικτών επαφών, χάρη στα απραγματοποίητα κανονιστικά πρότυπα που είναι πιθανόν να διέπουν την συνάντηση (Goffman 2001).

Ο Χρήστος, ωστόσο, δεν έχει χάσει κανένα κομμάτι των δραστηριοτήτων του. Συνεχίζει να έχει τους ίδιους φίλους με πριν και να απολαμβάνει πράγματα μαζί τους όπως τον αθλητισμό και τις εξόδους.

Ο Άρης εμφανιζόταν διστακτικός προς την έννοια της φιλίας και της κοινωνικής συναναστροφής πάντα, όπως λέει. Έχει μόνο ένα φίλο που τον γνώρισε πριν από 20 χρόνια και συναντιούνται κάθε 15 μέρες για καφέ. Τον υπόλοιπο καιρό, κάθε απόγευμα, πίνει καφέ μόνος του σε συγκεκριμένη καφετέρια. Η πιο ευχάριστη απασχόληση του Άρη είναι το διάβασμα της Καινής Διαθήκης και η προσευχή. Αυτό τον ανανεώνει και του δίνει κουράγιο για να αισθάνεται καλύτερα με τον εαυτό του.

Ο Νίκος, σε σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο, συναναστρέφεται ως φίλους μόνο άτομα που έχουν και αυτά προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι παλιοί του φίλοι, είτε έχουν κάνει οικογένεια και έχουν υποχρεώσεις, είτε ταξιδεύουν ως ναυτικοί, όπως ήταν και αυτός.

«Ένας φίλος που έχει τα ίδια προβλήματα με εσένα θα σε καταλάβει καλύτερα. Θα νοιώσει τους προβληματισμούς σου, τα πάνω σου και τα κάτω σου. Θα στηρίζει ο ένας τον άλλον και θα είναι δίπλα σου καθημερινά γιατί κάθε μέρα αποτελεί μια πρόκληση για μας...».

Το πιο σημαντικό ζήτημα που απασχολεί όλους τους πληροφορητές είναι ο στενός κοινωνικός περίγυρος, η γειτονιά. Αυτή αποτελεί ένα χώρο περιορισμένου μεγέθους συνδεδεμένο με την τοπική κοινωνία με μια πληθώρα δεσμών. Το στοιχείο της ανωνυμίας είναι υποβαθμισμένο, οι καθημερινές συναναστροφές βρίσκονται πιο κοντά στο συγκεκριμένο παρά στο αφηρημένο. Οι «ρόλοι» έχουν υπόσταση σε μορφές ανθρώπων με ονοματεπώνυμο και οι πράξεις καθενός είναι βάση, λιγότερο ή περισσότερο, προσωποποιημένων χαρακτηρισμών.

Ο Άρης αποφεύγει τους γείτονες και έχει τυπικές σχέσεις μαζί τους. Θεωρεί ότι τον κουτσομπολεύουν και δεν θέλει να τους δίνει δικαιώματα γιατί στο παρελθόν, λόγω των υποτροπών δημιούργουσε προβλήματα.

«Δεν θα γνωστοποιήσω, γενικά, την κατάσταση της ψυχικής μου υγείας. Είναι κάτι προσωπικό και δεν θέλω να το μοιραστώ. Ο κόσμος είναι κακοπροαίρετος και δεν ξέρει πώς να φερθεί γιατί φοβάται τις ψυχικές νόσους. Θα ήθελα η γειτονιά μου να μην βλέπει τα πράγματα όπως την βολεύουν. Όλοι έχουμε ένα χαρακτήρα, μια ιδιοσυγκρασία και η νόσος είναι μέσα σε αυτά. Δεν υπάρχει μόνο η ψυχική ασθένεια σε ένα άτομο...».

Η Μαρία έχει μια παρόμοια εμπειρία. Παρότι με τους ενοίκους της πολυκατοικίας που ζει, στο κέντρο της Αθήνας, έχει θαυμάσια σχέση, θεωρεί ότι η κατάσταση της δεν αποτελεί κοινό ανακωχθέν. Όπως εξηγεί:

«Είμαι ένα άτομο που ξέρει να βάζει όρια στην συμπεριφορά των άλλων. Μιλάω σε όλους ευγενικά αλλά αν θεωρήσω ότι κάποιος έχει διάθεση κουτσομπολιού, τον παραμερίζω με καλό τρόπο. Δεν πειράζω κανέναν και δεν ασχολούμαι με κανέναν, οπότε το ίδιο περιμένω και από τους άλλους. Θα ήθελα ο κόσμος να είναι ανοιχτός. Να με δεχτεί έτσι όπως είμαι, και όχι όπως ιδανικά θα ήθελε να ήμουν. Να μην ξεχνάμε λοιπόν, ότι όλοι μας ανά πάσα στιγμή μπορούμε να βρεθούμε σε μια κατάσταση που πριν σχεδόν να την ζορκίζαμε...».

Ο Γιώργος, από την άλλη πλευρά έχει πολύ καλή σχέση με τους γείτονες, μολονότι την εποχή των έντονων υποτροπών του είχαν ξεσηκωθεί εναντίον του.

«Όταν ήμουν σε υποτροπή φώναζα και τσακωνόμουν συνέχεια. Έσπαγα πράγματα μέσα στο σπίτι και πέταγα άλλα από το μπαλκόνι. Όλοι οι γείτονες είχαν φοβηθεί και προσπαθούσαν να με συνεφέρουν, αλλά ήταν αδύνατον.

Τώρα προσπαθώ να τους δείχνω σεβασμό και έχουμε καλή επαφή. Θεωρώ ότι τότε είχαν καλή θέληση αλλά η κατάσταση μου δεν επέτρεπε να το δω. Δεν έχω πρόβλημα με τον εαυτό μου, τον έχω αποδεχτεί, οπότε δεν έχω δισταγμούς να παραδεχτώ ότι παίρνω φαρμακευτική αγωγή και ότι εμφανίζω προβλήματα στην ψυχική μου υγεία. Πάντα θυμάμαι το ρητό που λέει ότι το παρόν είναι γιατρός για το παρελθόν οπότε θεωρώ ότι δεν πρέπει να παραδινόμαστε στις κακοτυχίες που μας έχουν συμβεί...».

Διαπιστώνεται, εν κατακλείδι, ότι η κοινότητα είναι ένα πεδίο στο οποίο ασκούνται αλληλεπιδράσεις διαφόρου μεγέθους και έντασης. Και ο άρρωστος; Είναι ο παρατηρητής, ο δέκτης της απόρριψης ή ο εκλυτικός της παράγοντας. Έτσι, ο άρρωστος φοβάται την κοινότητα και η κοινότητα φοβάται ή δε ανέχεται τον άρρωστο (Μαδιανός 1996). Το αποτέλεσμα επηρεάζει τον ίδιο τον ασθενή: κλείνεται στον εαυτό του απορρίπτοντας έστω και τις απλές επαφές στα πλαίσια της καθημερινότητας.

III. Ασθενείς και απασχόληση

Η Χριστίνα συμμετέχει στο εργαστήριο κεντήματος στην εργοθεραπεία και θεωρεί πως πλέον αυτή είναι η εργασία της γιατί και απασχολείται και πληρώνεται. Θεωρεί όμως ότι το εισόδημα της είναι πενιχρό (173€ τον μήνα) και θα ήθελε να συνεισφέρει περισσότερα και στον εαυτό της και στην οικογένειά της. Φυσικά, θα ήθελε να εργάζεται σε μια κανονική θέση εργασίας, αλλά, έχει ενδοιασμούς στο να ψάξει για κάτι τέτοιο γιατί φοβάται το άγχος στην ψυχική της υγεία και η προηγούμενη εμπειρία της ήταν άσχημη. Όπως εξηγεί:

«Παλαιότερα δούλευα στο ΙΚΑ για τρία χρόνια ως συμβασιούχος όμως παραιτήθηκα. Μπαινόβγαινα συνέχεια στα ψυχιατρεία. Οπότε μια εργαζόμουν και μια έλειπα για καιρό. Δεν γινόταν να συνεχιστεί αυτό και να φαίνομαι συνέχεια ανεπαρκής. Άσε που όλοι οι συνάδελφοι στο γραφείο με λοξοκοίταζαν καλά – καλά και σίγουρα με κουτσομπόλευαν...».

Ο Γιώργος ήταν μικροπωλητής αλλά πλέον θεωρεί ότι δεν μπορεί να δουλέψει, γιατί η συγκεκριμένη εργασία τον κουράζει ψυχολογικά και τον θυμώνει ο κόσμος που δεν ψωνίζει. Τώρα εργάζεται στο ξυλουργείο, στην εργοθεραπεία, και όπως λέει, οι βλέψεις του για μια αυριανή δουλειά πηγάζουν μέσα από τις δεξιότητες που έμαθε εκεί:

«Δεν μπορώ να μιλήσω για την αγορά εργασίας γιατί ποτέ δεν ζήτησα δουλειά ως υπάλληλος. Από ό,τι όμως ακούω είναι δύσκολα τα πράγματα. Θα ήθελα να πιάσω δουλειά σε ένα ξυλουργείο, όχι όμως για πολλές ώρες, ως ημιαπασχόληση. Θεωρώ ότι στην εργοθεραπεία έμαθα πολύ χρήσιμα πράγματα και νομίζω ότι θα τα κατάφερνα. Θα έπρεπε η κοινωνία να βοηθάει περισσότερο τα άτομα με προβλήματα και εύχομαι κυρίως να υπήρχαν οι άνθρωποι που θα με βοηθούσαν να πιάσω μια κανονική ξυλουργική δουλειά για λίγες ώρες...».

Ο Νίκος εργάζεται ως κλητήρας στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Δηλαδή, μεταφέρει έγγραφα από την κοινωνική υπηρεσία στις διοικητικές υπηρεσίες. Δεν θα επιχειρούσε να αναζητήσει μια εργασία στην κοινότητα διότι δεν έχει υπομονή και αυτό θα τον έκανε αντιπαραγωγικό. Ο Νίκος εξηγεί:

«Είμαι ευχαριστημένος από την εργασία μου στην κοινωνική υπηρεσία. Πληρώνομαι μάλιστα και 149€ τον μήνα. Δεν είναι αρκετά τα χρήματα για τις ανάγκες μου αλλά είναι κάτι από το τίποτα. Παίρνω επίσης και το επίδομα της Πρόνοιας, 500€ το δίμηνο. Είναι δύσκολο να βρει κάποιος δουλειά στην τωρινή αγορά εργασίας, όπου

οι θέσεις είναι λίγες και η ζήτηση μεγάλη. Πόσο μάλλον εγώ, χωρίς τυπικά προσόντα και με προβλήματα υγείας...».

Ο Χρήστος είχε μια ανάλογη εμπειρία. Την εποχή της έρευνας δεν ασχολιόταν με κάτι όμως δεν ενδιαφερόταν κιόλας να ψάξει, για να μην χάσει το επίδομα της Πρόνοιας που ήταν πολύτιμο και για αυτόν και για την οικογένεια του. Ο Χρήστος ισχυρίζεται:

«Μέχρι πριν ένα μήνα δούλευα σε ένα κυλικείο σε ένα πολυκατάστημα, αλλά έφυγα. Πριν κάποιο καιρό, ήμουν βοηθός ηλεκτρολόγου για τρία χρόνια. Ταυτόχρονα, βοηθούσα τον θείο μου στην οικοδομή κουβαλώντας διάφορα υλικά. Όλα αυτά με είχαν κουράσει και σωματικά και ψυχολογικά. Τώρα θέλω να ξεκουραστώ και να φροντίσω τον εαυτό μου. Παίρνω το επίδομα της Πρόνοιας και δεν θέλω να το χάσω, αλλά και πάλι, αν δεν το δώσω στο σπίτι, το χαλάω αμέσως με αποτέλεσμα και η οικογένεια μου και εγώ να στερούμαστε πράγματα...».

Ο Άρης φοβάται την αγορά εργασίας διότι θεωρεί ότι αδυνατεί να εργαστεί σε έντονους ρυθμούς και ότι οι απαιτήσεις για την παραγωγικότητα του θα ήταν υπέρμετρες για τις δυνατότητες του. Οπότε, προτιμά την απασχόληση του στο εργαστήριο ξυλουργικής τέχνης στην εργοθεραπεία, όπου εργάζεται εδώ και τρία χρόνια.

«Δεν θα άλλαζα αυτό το εργαστήριο. Έχω μάθει καλά την τέχνη και εργάζομαι χωρίς λάθη. Ίσως να ήθελα να εργαστώ σε ένα ξυλουργείο κανονικό κάποια στιγμή αλλά δεν νομίζω να τα κατάφερα. Σίγουρα τα πράγματα είναι δύσκολα για άτομα σαν και εμένα. Πριν από εδώ, είχα εργαστεί για τέσσερα χρόνια στην Κλίμακα, μια μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εταιρεία για άτομα με ειδικές ανάγκες, ως ταπετσήρας επίπλων. Αυτό μπορώ να ομολογήσω μου άρεσε περισσότερο. Ευτυχώς, το εισόδημα μου για τις δικές μου ανάγκες είναι ικανοποιητικό. Παίρνω αναπηρική σύνταξη διότι έχω σοβαρό πρόβλημα με την μέση μου και έχω εγχειριστεί και επίσης λαμβάνω και ένα μικρό ποσό από την εργοθεραπεία κάθε μήνα...».

Η Μαρία, από την άλλη πλευρά, είναι συνταξιούχος και θεωρεί ότι η αγορά εργασίας είναι φτωχή σε ευκαιρίες και με μεγάλες απαιτήσεις από τους νέους που ψάχνουν απελπισμένα για απασχόληση. Η ίδια λαμβάνει σύνταξη από την πρεσβεία της Αυστραλίας όπου εργαζόταν ως γραμματέας καθώς και το «μικρό χαρτζιλίκι», όπως το ονομάζει, των 173€ από την εργοθεραπεία. Η Μαρία παρατηρεί:

«...Δεν μπορώ να πω ότι δεν με φτάνει το εισόδημα μου όμως προσπαθώ να κάνω οικονομία, γιατί φοβάμαι την ακρίβεια που υπάρχει. Επίσης, κάποιο άτομο στην

ηλικία μου μπορεί να έχει αυξημένα έξοδα για αυτό και κάνω κάποια οικονομία. Ευτυχώς, είναι δίπλα μου και ο αδερφός μου ο οποίος με συμβουλεύει στα οικονομικά ζητήματα μιας και έχει τις γνώσεις...».

Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι έχει αναπτυχθεί ένα ολόκληρο υποστηρικτικό «πλαίσιο» βασισμένο στην επαγγελματική απασχόληση και παρέχονται ορισμένα εφόδια για μια μελλοντική ένταξη στον κόσμο της εργασίας. Παραταύτα, οι σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, με τα πολύ υψηλά ποσοστά ανεργίας, ιδιαίτερα όσον αφορά στις νεαρές ηλικίες, έχουν στρέψει από την επαγγελματική στην στενά ψυχοθεραπευτική διάσταση της προστατευμένης εργασίας και της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (Μαδιανός 2000).

IV. Ασθενείς και ψυχιατρική δομή

Στο συγκεκριμένο υποκεφάλαιο εξετάζονται οι αναπαραστάσεις των ασθενών μέσα στις ψυχιατρικές δομές που συμμετέχουν, δηλαδή στο νοσοκομείο ημέρας και την εργοθεραπεία. Το ψυχιατρικό νοσοκομείο, ο πιο παραδοσιακός ψυχιατρικός θεσμός, είναι ο βασικός κρίκος της αλυσίδας των υπηρεσιών που συνδέουν την κοινότητα με την ψυχική ασθένεια. Οι θεραπευτικοί προσανατολισμοί δεν είναι προσκολλημένοι σε ένα στενά ιατρικό βλέμμα αλλά εμπλουτίζονται με ψυχοκοινωνικούς προσανατολισμούς σχετικά με τον ρόλο της δομής.

Η εργοθεραπεία, από πολύ νωρίς, θεωρήθηκε ότι συνιστά θεραπευτικό παράγοντα, ο οποίος συμβάλει στην προσομοίωση της «ομαλής» κοινωνικής ζωής. Η ένταξη του ατόμου με ψυχιατρικές διαγνώσεις σε τέτοιου είδους δομές νοείται αφενός θεραπευτική και αφετέρου ως επανενταξιακή πρακτική (Τζανάκης 2003).

Ο Άρης πάσχει από μανιοκατάθλιψη. Άρχισε θεραπεία σε ιδιωτικό γιατρό όμως ανά τα χρόνια είχε υποτροπές, μια με έντονες καταθλίψεις και μια με επεισόδια μανίας. Έτσι, ύστερα από διάφορες νοσηλείες σε ιδιωτική κλινική, είχε την τελευταία του εισαγωγή σε τμήμα οξέων περιστατικών στο Δρομοκαϊτείο. Οι γιατροί του τμήματος, ύστερα από τον πρώτο κρίσιμο μήνα, τον παρέπεμψαν στην εργοθεραπεία και παρότι αργότερα πήρε εξιτήριο, συνέχισε να απασχολείται σε αυτή την δομή. Ο Άρης συμμετέχει στο εργαστήριο της ξυλουργικής τέχνης και έρχεται κάθε μέρα από τις 08:30 έως στις 12:00. Ο ίδιος λέει:

«Η εργοθεραπεία είναι ένας χώρος δημιουργίας και απασχόλησης για εμένα. Στην αρχή όμως είχα άγχος. Δεν ήξερα αν θα τα πάω καλά με τον εργοθεραπευτή – επόπτη και αν θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω με επιτυχία αυτά τα πολύπλοκα μηχανήματα. Ύστερα από τους δισταγμούς του πρώτου καιρού, η εργοθεραπεία έγινε η καθημερινή μου συνήθεια. Τώρα πλέον, μοντάρω πολλά έπιπλα μόνος μου και είμαι περήφανος γι' αυτό...».

Η Μαρία νοσηλεύτηκε σε τμήμα του Δρομοκαϊτείου πριν πολλά χρόνια. Έκτοτε, αντιμετώπιζε κάποιες μικροϋποτροπές στο σπίτι με την επίβλεψη του αδερφού της και την στενή παρακολούθηση του γιατρού της, τροποποιώντας την θεραπευτική αγωγή. Ο θεράπων γιατρός της συνέστησε την εργοθεραπεία διότι, όπως λέει η ίδια, ήθελε να κάνει κάτι για λίγες ώρες ώστε να εκτονωθεί η ενεργητικότητά της. Όπως αναφέρει:

«Η εργοθεραπεία είναι ένα τμήμα άριστα οργανωμένο. Έχει διάφορα εργαστήρια αλλά το κέντημα είναι το καλύτερο για μια γυναίκα. Με όλες τις κοπέλες που κεντάνε τα πάω μια χαρά και η εργοθεραπεύτρια – επόπτρια έχει πολύ καλή συμπεριφορά απέναντι μας...».

Στην αρχή, η Μαρία είχε άγχος για την συγκεκριμένη δραστηριότητα, παρότι είχε ενημερωθεί από το προσωπικό για διάφορες λεπτομέρειες. Την κούραζε, επίσης, η απόσταση από το σπίτι της και η κίνηση. Η Μαρία λέει:

«Τον πρώτο καιρό φοβόμουν μήπως κάνω λάθη. Το έλαβα όμως σαν πρόκληση. Γιατί όχι; Ήταν κάτι που θα το προσπαθούσα και θα με βοηθούσαν και άλλοι για να το πετύχω. Σιγά σιγά, μου βγήκε μια αγάπη για την εργοθεραπεία και το κέντημα που ούτε και εγώ το περίμενα. Ακόμα και στο διάλειμμα που έχουμε δεν βγαίνω έξω και συνεχίζω να κεντάω. Αγοράζω και πολλά κεντήματα και τα κάνω δώρα. Αρέσουν σε όλους πάρα πολύ...».

Από την άλλη πλευρά, το νοσοκομείο ημέρας αποσκοπεί στην ημερήσια ψυχιατρική περίθαλψη ατόμων, τα οποία διαμένουν στους δικούς τους χώρους. Λειτουργεί σε οκτάωρη πρωινή καθημερινή βάση, εκτός από σαββατοκύριακα και αργίες, και παρέχονται ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές υπηρεσίες σε ατομικό, οικογενειακό ή ομαδικό επίπεδο.

Η Χριστίνα είχε διάφορες νοσηλείες σε διάφορα νοσοκομεία. Όμως πριν από ενάμιση χρόνο, η κατάσταση της ψυχικής της υγείας είχε ξεφύγει από τον έλεγχο. Φώναζε και έκανε διάφορες ακατανόητες πράξεις αλλά καταλάβαινε ότι χρειαζόταν βοήθεια. Η μητέρα της, με καλό τρόπο, προσπαθούσε να την ενθαρρύνει και να την στηρίξει ώστε να έρθει εκούσια στο Δρομοκαΐτειο. Σύμφωνα με τον Goffman, οι γονείς και συνήθως αυτός που έχει την «καλή σχέση» με τον άρρωστο, είναι τις περισσότερες φορές, τόσο οι μεσολαβητές όσο και οι ενάγοντες, αυτοί που δομούν την κοινωνική αφετηρία της σταδιοδρομίας του ψυχικά ασθενή (Goffman 1994).

Στο ξεκίνημα της Χριστίνας στο νοσοκομείο ημέρας, η απόσταση από τον τόπο διαμονής όσο και το τι θα αντιμετώπιζε, την άγχωνε έντονα. Πλέον όμως ύστερα από οκτώ μήνες, είναι πολύ ευχαριστημένη από όλα και αυτό την κάνει να εμπιστεύεται τους γιατρούς και το προσωπικό.

Ο Γιώργος, είχε νοσηλευτεί τρεις φορές στο Δαφνί με εισαγγελική παραγγελία. Την τέταρτη φορά έκανε εκούσια εισαγωγή στο Δρομοκαΐτειο και μετά τους δυο πρώτους μήνες, οι γιατροί του τμήματος τον παρέπεμψαν στο νοσοκομείο ημέρας. Ο ίδιος εξηγεί:

«Όλες αυτές οι δυσκολίες της ζωής μου συνέβαλαν στο να αποκτήσω ψυχιατρικό πρόβλημα. Από τα τρία μου έως τα δώδεκα βρισκόμουν σε ορφανοτροφείο στην Πάτρα. Στα είκοσι είχα μπλέξει με ναρκωτικά. Πως είναι δυνατόν να τα βγάλει πέρα κάποιος με όλα αυτά; Όμως μπορώ να πω ότι η καθημερινή επαφή με τα άλλα παιδιά στο νοσοκομείο ημέρας με κάνει να αισθάνομαι ευχάριστα και άνετα. Η στήριξη των γιατρών και του προσωπικού του τμήματος με κάνει να είμαι πιο ενεργητικός...».

Ο Χρήστος έχει νοσηλευτεί δυο φορές με εισαγγελική παραγγελία σε άλλο νοσοκομείο αποκομίζοντας άσχημες εντυπώσεις. Πριν από δυο χρόνια, εισήχθη σε τμήμα οξέων περιστατικών του Δρομοκαϊτείου με την θέληση του, όπου μετά από τρεις μήνες, ο γιατρός του πρότεινε το νοσοκομείο ημέρας. Ο ίδιος αναφέρει:

«Τον πρώτο καιρό αισθανόμουν έξω από τα νερά μου. Δεν μπορούσα να φανταστώ ότι υπάρχει χώρος μέσα σε ένα ψυχιατρείο στον οποίο κάποιος βρίσκεται εκεί μέχρι το μεσημέρι και ζει στο σπίτι του. Επίσης, φοβόμουν μήπως δεν μπορούσα να προσαρμοστώ εύκολα με καινούργιες ασχολίες και καινούργια πρόσωπα. Όμως σιγά σιγά συνήθισα...».

Ο Χρήστος περιγράφει το νοσοκομείο ημέρας ως «πεδίο» συνεργασίας και εμπιστοσύνης με τους συνασθενείς του, τους γιατρούς και το προσωπικό.

«...Οι γιατροί προσπαθούν με όλες τους τις δυνάμεις για το καλό μας. Το προσωπικό είναι καλοπροαίρετο και σωστό. Θα έρθω εδώ γύρω στις 08:30, θα πάρω την αγωγή μου και θα φύγω στις 13:30 για το σπίτι. Οργανώνονται διάφορες ομάδες κατά διαστήματα όπως μαγειρικής, χειροτεχνίας και θέλω να συμμετέχω πολύ. Το μόνο πρόβλημα που βρίσκω είναι ότι δεν διοργανώνονται συχνότερα...».

Ο Χρήστος κάνει μια ευχή για τον εαυτό του. Ευχή που θα μπορούσε να ήταν στα χείλη κάθε ατόμου μέσα στην συγκεκριμένη δομή:

«Εύχομαι το νοσοκομείο ημέρας να είναι το τελευταίο μέρος από ένα ψυχιατρείο που πρέπει να βρίσκομαι...».

Η ψυχιατρική δομή, λοιπόν, εμφανίζεται ότι κατέχει σημαντική θέση στην διαχείριση της ασθένειας των πληροφορητών. Βέβαια, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η σωστή οργάνωση της δομής και η διαμόρφωση του έργου των θεραπειών από τις σύγχρονες αντιλήψεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

3.2.2. Το προσωπικό

Η «μικροκοινωνία» του ψυχιατρείου, εκτός από τους ασθενείς, περιλαμβάνει και τον κόσμο του προσωπικού. Σύμφωνα με τον Goffman (1994) είναι αυτή η ομάδα που πρέπει να παρουσιάσει προσωπικά τις απαιτήσεις του ιδρύματος στους τροφίμους. Η οπτική του προσωπικού συγκροτεί την καθημερινότητα μέσα στις ψυχιατρικές δομές στην βάση της οικειότητας με τις ανάγκες του ατόμου που νοσεί. Το βλέμμα του είναι προσανατολισμένο στις προσωπικές σχέσεις, στις πρακτικές εργασίας της κάθε ημέρας, στην ρουτίνα που αποσκοπεί στην διαχείριση μιας ομάδας ανθρώπων. Η αντιμετώπιση του «άλλου» συνδέεται με την καθημερινή του φροντίδα και με τα πιθανά προβλήματα που σχετίζονται με την καθημερινή του συμπεριφορά.

Η Ειρήνη είναι ψυχίατρος και εδώ και τέσσερα χρόνια προσφέρει τις υπηρεσίες της στο νοσοκομείο ημέρας. Πριν, είχε ιδιωτικό ιατρείο για επτά χρόνια όμως δεν άντεχε την ανασφάλεια του ελεύθερου επαγγέλματος και προσπαθούσε να διορισθεί σε δημόσιο ψυχιατρείο.

Θεωρεί ότι το νοσοκομείο ημέρας διαφέρει πάρα πολύ από τις άλλες δομές του Δρομοκαϊτείου. Απευθύνεται σε ασθενείς που συμμορφώνονται με την αγωγή τους και έχουν καλό λειτουργικό επίπεδο. Είναι από τις λίγες δομές που δεν υπάρχει η έννοια της καθεαυτό νοσηλείας, πόσο μάλλον του εγκλεισμού. Επίσης, η παρακολούθηση του ατόμου από τον γιατρό δεν είναι τόσο στενή, αφού εννοείται ότι τα έντονα συμπτώματα έχουν χαλιναγωγηθεί και ο ίδιος ο ασθενής έχει την δυνατότητα να παρατηρεί τυχόν αλλαγές στην διάθεση του. Όμως, όλα αυτά τα «δομικά συστατικά» της λειτουργίας του νοσοκομείου ημέρας, στην αρχή, άγχωναν την Ειρήνη:

«Η έννοια της ανοιχτής δομής με τρόμαζε γιατί δεν ήξερα τα όρια της. Όμως, δεν θα ήθελα να δουλέψω σε ένα άλλο τμήμα γιατί δεν μου ταιριάζει η επιθετική ψυχιατρική. Προτιμώ πιο πολύ το ψυχαναλυτικό έργο. Ευτυχώς έτσι όπως ήρθαν τα πράγματα, δουλεύω ακριβώς με τον τρόπο που ήθελα...».

Η Ειρήνη στην καθημερινή επιτέλεση του έργου της, αντιμετωπίζει προβλήματα με τους ασθενείς. Ένα από αυτά είναι η λήψη ναρκωτικών ουσιών από κάποιους νεαρούς ασθενείς. Η ίδια αναφέρει:

«Πολλά παιδιά έπαιρναν ναρκωτικά στο παρελθόν, οπότε ήρθαν πιο αποσυντονισμένοι σε εμάς. Επίσης, πολλές φορές ξανακυλούν με αποτέλεσμα η υποτροπή της ψυχικής τους ασθένειας να έρχεται πολύ γρήγορα. Από την άλλη πλευρά,

η φαρμακευτική αγωγή όπως υπναγωγά και ηρεμιστικά χάπια μαζί με την λήψη ναρκωτικών ανοίγουν επικίνδυνες πόρτες στο μυαλό του ασθενή και είναι επικίνδυνα και για την σωματική τους υγεία. Είναι ξεκάθαρο: Ψυχική ασθένεια και ναρκωτικά είναι ο χειρότερος συνδυασμός...».

Η δεύτερη δυσχέρεια που αντιμετωπίζει η Ειρήνη με τους ασθενείς είναι η κακή συνεργασία κάποιων οικογενειών. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην επίτευξη θεραπευτικού αποτελέσματος χωρίς την συμμετοχή της οικογένειας. Έτσι, σπάει η «αλυσίδα» που περιέχει τον ασθενή, την οικογένεια και την θεραπευτική ομάδα με αποτέλεσμα το «πλαίσιο» του ασθενή να σταματήσει να είναι θεραπευτικό και διαδραστικό.

Η Ειρήνη θεωρεί ότι υπάρχουν καθοριστικά προβλήματα που την κάνουν να αισθάνεται το μέλλον της δομής αβέβαιο. Η απουσία της στήριξης της διοίκησης του νοσοκομείου συνεπάγεται την έλλειψη προσωπικού. Όπως λέει:

«Εάν υπήρχε και άλλος γιατρός, θα ήταν δυνατόν να γίνονται πιο συστηματικά ψυχαναλυτικές ομάδες... Εάν υπήρχε μόνιμος εργοθεραπευτής, οι ομάδες απασχόλησης των ασθενών θα λειτουργούσαν κανονικά...»

Το όνειρο της Ειρήνης είναι να πραγματοποιηθεί η διασύνδεση του νοσοκομείου ημέρας με την κοινότητα, αν και αποτελεί δύσκολη υπόθεση. Για ένα τέτοιο επίτευγμα, θα ήταν σκόπιμη η συνεργασία με κοντινούς δήμους αλλά δεν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή και ο σχεδιασμός για κάτι τέτοιο, σύμφωνα με την Ειρήνη.

Ο Δημήτρης είναι εργοθεραπευτής και είναι υπεύθυνος στο εργαστήριο ξυλουργικής, στο νοσοκομείο ημέρας και στο οικοτροφείο Χαλανδρίου. Έχοντας ελάχιστη εμπειρία από ψυχιατρείο, ο διορισμός του Δημήτρη στο Δρομοκαΐτειο του δημιούργησε άγχος για το τι θα συναντήσει και αν θα τα καταφέρει. Το θετικό ήταν ότι ως σπουδαστής είχε κάνει την πρακτική του άσκηση εκεί οπότε λίγο – πολύ ο χώρος του ήταν γνωστός. Τα τωρινά προβλήματα του Δημήτρη στην εργασία του είναι ποικίλα, όπως αναφέρει:

«Το πρόβλημα στο ξυλουργείο καταρχήν ξεκινάει από την πληρωμή των ασθενών. Λαμβάνουν κάποια χρήματα που ονομάζονται θεραπευτικό κίνητρο και κίνητρο επανένταξης. Αυτά κάθε χρόνο εγκρίνονται από το Υπουργείο αλλά πάντα καθυστερεί η πληρωμή τους. Για τους ασθενείς που έρχονται από τα νοσηλευτικά τμήματα στην εργοθεραπεία, δεν θα υπάρξει μεγάλο πρόβλημα, θα το δουν ως απασχόληση στα πλαίσια της νοσηλείας τους. Όμως, κάποιος που έρχεται από το σπίτι

του και δεν παίρνει το βοήθημα για τα έξοδα του, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να σταματήσει να έρχεται.

Ένα άλλο ερώτημα είναι ο αναχρονισμός των δραστηριοτήτων της εργοθεραπείας. Όλα τα εργαστήρια που έχουν δημιουργηθεί απαιτούν μεγάλη παραμονή του ασθενή για να μάθει κάποιος καλά. Φυσικά, δεν φιλοδοξούμε να δημιουργήσουμε επαγγελματίες αλλά το επίπεδο μάθησης και εργασίας είναι πολύ καλό...».

Ο Δημήτρης διαβλέπει ότι στο μέλλον η εργοθεραπεία θα επιταχύνει την διαδικασία εκμάθησης των δραστηριοτήτων γιατί αυτό αντικατοπτρίζει την πιο βραχεία νοσηλεία του ασθενούς, σύμφωνα με τα προτάγματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Στυλιανίδης 2001, Μαδιανός 1994, Μεγαλοοικονόμου 2001). Εφόσον δεν θα υπάρχουν χρόνιοι ασθενείς, πρέπει να γίνει τροποποίηση στην οργάνωση των δομών του νοσοκομείου σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών. Η διασύνδεση των δομών με την κοινότητα, σύμφωνα με τον Δημήτρη, αποτελεί δύσκολη υπόθεση:

«Από την μια πλευρά, το ξυλουργείο είναι άγνωστο στους κατοίκους των πλησιέστερων δήμων. Τα έργα που φτιάχνουν οι ασθενείς τα αγοράζουν κυρίως οι εργαζόμενοι. Επίσης, είναι δύσκολο να βρει κάποιος μετά από εδώ δουλειά σε ξυλουργείο έξω. Και υπάρχει ανεργία και χρειάζεται κάποιος υπομονετικός εργοδότης. Να καταλαβαίνει ότι μπορεί ο ασθενής να αργήσει να ξυπνήσει λόγω φαρμάκων, ίσως συμβεί και καμιά υποτροπή. Κάποιοι ασθενείς που προσπάθησαν, μόλις έληξε η επιδότηση του ΟΑΕΔ, απολύθηκαν. Από την άλλη πλευρά, στις εκθέσεις που γίνονται στο νοσοκομείο ημέρας έρχεται αρκετός κόσμος, κυρίως από το Χαϊδάρι. Υπάρχει, δηλαδή, καλύτερη επαφή αυτής της δομής με την τοπική κοινωνία...».

Η Μάγδα είναι κοινωνική λειτουργός και εργάζεται εδώ και δέκα χρόνια στο Δρομοκαϊτειο, αναλαμβάνοντας τρεις δομές: Τον ξενώνα Πατησίων, το νοσοκομείο ημέρας και ένα τμήμα οξέων περιστατικών. Στον ξενώνα και στο νοσοκομείο ημέρας, ο ρόλος είναι εποπτικός μιας και οι ασθενείς αυτοί είναι λειτουργικοί και έχουν αναλάβει ευθύνες μόνοι τους. Επίσης, διοργανώνονται ομάδες συμβουλευτικής μαζί με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Γενικά, ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον ασθενή και στην κοινωνία, στο άτομο και στις υπηρεσίες του κράτους. Ένα «υπέρ» στην εργασία της σε αυτές τις δομές είναι ότι οι ασθενείς είναι συγκεκριμένοι και δεν αλλάζουν εύκολα. Συνεπώς, το θεραπευτικό αποτέλεσμα έχει βάθος χρόνου και ποιότητα. Τα προβλήματα, όμως,

που αντιμετωπίζει η Χρύσα με τους ασθενείς είναι διάφορα αλλά επικεντρώνονται κυρίως σε δυο:

«Μεγάλο ζήτημα είναι η αδιαφορία του οικογενειακού περιβάλλοντος ή ακόμα και η κακή συνεργασία μαζί τους. Είναι απόμακροι με τον ασθενή οπότε και με τις ανάγκες τους, συνεπώς όλο το βάρος πέφτει στον κοινωνικό λειτουργό.

Βέβαια, η ίδια η φύση της ψυχικής ασθένειας κάποιου είναι μια δυσκολία για εμάς. Κάποιος αδυνατεί να συνεννοηθεί γιατί βρίσκεται σε υποτροπή. Άλλος ταλαιπωρείται από την χρονιότητα της νόσου με αποτέλεσμα την απόσυρση και την μη τακτοποίηση των ασφαλιστικών ή καθημερινών του εκκρεμοτήτων...».

Για την Μάγδα, το χάσμα ανάμεσα στην κοινωνία και τους ασθενείς μοιάζει αγεφύρωτο. Δύσκολα γίνεται η ένταξη του ατόμου στην καθημερινή πραγματικότητα. Η ίδια αναφέρει:

«...Η πολιτεία πάμπολλες φορές εξήγγειλε την ένταξη αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα. Όλοι, όμως, ξέρουμε καλά πως αυτό μέχρι τώρα δεν έγινε. Και σε αυτό φταίει το κράτος, σαν οργάνωση, και ο καθένας μας ξεχωριστά, σαν ιδιοσυγκρασία. Κάθε χρόνο μεγαλώνει ο αριθμός των ατόμων που είτε εισάγονται και ανά τακτά χρονικά διαστήματα ξαναυποτροπιάζουν και ξανάρχονται είτε έρχονται και δεν είναι δυνατόν να πάρουν εξιτήριο λόγω κοινωνικών προβλημάτων – είναι άστεγοι, χωρίς οικογενειακό περιβάλλον, χωρίς κανένα εισόδημα – οπότε γίνεται προσπάθεια να απορροφηθούν σε διάφορες δομές του νοσοκομείου όπως οι ξενώνες κλπ.

Απλά παραδείγματα της αναληψίας του Ελληνικού κράτους θα μπορούσε να είναι η τόσο μεγάλη γραφειοκρατία που χρειάζεται ο ασθενής για να βγάλει διάφορα χαρτιά στον ασφαλιστικό του φορέα και μάλιστα κάθε χρόνο τα ίδια. Ένα άλλο παράδειγμα είναι ότι μόνο η εφορία Χαϊδαρίου και όχι άλλες, επειδή στον δήμο αυτό ανήκουν τα δυο μεγάλα ψυχιατρεία, ζητά χαρτί δικαστικής επιμέλειας, εάν ο ασθενής πρέπει να διευθετήσει υποθέσεις του εκεί. Και βέβαια, δεν είναι αξιοπερίεργο πως τόσα χρόνια μένει ανενεργός ο νόμος που δεν επιτρέπει την εγκατάλειψη ατόμων με ειδικές ανάγκες – συμπεριλαμβανομένου και του ψυχασθενή – ενώ κάθε νόμος που αναφέρεται στην επικινδυνότητα αυτού του ατόμου εφαρμόζεται κατά γράμμα;».

Η Κωνσταντίνα είναι νοσοκόμα και εργάζεται δεκαοκτώ χρόνια στο Δρομοκαΐτειο, όπου τα τέσσερα τελευταία είναι στο νοσοκομείο ημέρας. Περιγράφει την ανοιχτή δομή που εργάζεται με επιδοκιμαστικά λόγια επισημαίνοντας πως συμμετέχουν δεκατέσσερις ασθενείς ενώ το προσωπικό είναι δυο νοσοκόμες και η προϊσταμένη. Όπως εξηγεί:

«Πιστεύω πως αυτή η δομή είναι το μέλλον της ψυχιατρικής νοσηλείας ενός ατόμου. Η νοσηλεία θα πρέπει να είναι ανοιχτή μετά την οξεία φάση. Το άτομο θα πρέπει να έχει την φροντίδα του νοσοκομείου, από την μια, αλλά από την άλλη να μην χάνει τις συνήθειες του και να μένει στον χώρο του. Έτσι, δεν θα δημιουργούνται άσυλα, δεν θα υπάρχει ασυλοποίηση. Διαφαίνεται ότι η ανάγκη για τέτοιου είδους δομές είναι μεγάλη. Και αυτό τεκμηριώνεται από την ζήτηση των θέσεων που έχουμε. Με την πρόοδο στον τομέα των φαρμάκων, οι υποτροπές είναι λιγότερες ή πιο ήπιες, αρκεί ο ασθενής να συμμορφώνεται στην θεραπεία. Άρα όλο και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων είναι εφικτό να νοσηλευτούν σε τέτοιες ανοιχτές δομές...».

Η Κωνσταντίνα, επίσης, θεωρεί ότι η συγκεκριμένη δομή είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την κοινωνία και ότι συμπληρώνει την αγωγή του ατόμου με «απαλούς» τρόπους. Η ίδια αναφέρει:

«...Ο ασθενής ζει μέσα στην οικογένεια του, έχει την καθημερινότητα του μέσα στον κοινωνικό του περίγυρο. Δεν χαλάει τις συνήθειες του και την ροή της ζωής του. Απλά, στο νοσοκομείο ημέρας έρχεται το πρωί και φεύγει το μεσημέρι έχοντας δίπλα του κάποιους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Θα πρέπει λοιπόν η κοινωνία να αγκαλιάσει ολόψυχα τον ψυχικά άρρωστο γιατί έχει δυνατότητες. Να πάψει να υπάρχει το στίγμα, να πάψουμε όλοι μαζί να τον βγάζουμε στην άκρη σαν ανεπιθύμητο. Δεν ήταν επιλογή του να αρρωστήσει, απλά έτυχε. Έχει δικαιώματα σαν όλους εμάς. Έχει συναισθήματα και εσωτερικό κόσμο...».

Έτσι, λοιπόν, το προσωπικό, ως ένας ακόμα θεμέλιος λίθος της ανοιχτής δομής, επισημαίνει πρώτα από όλα την δυσκολία στην διασύνδεση δομής – κοινωνίας. Για κάποιους αποτελεί μια ουτοπία, τουλάχιστον με τα σημερινά κοινωνικά δεδομένα, και για άλλους, έστω και με αργούς ρυθμούς είναι ως ένα βαθμό εφικτό. Οι επαγγελματίες υγείας, μολονότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά είναι ποικίλες, θεωρούν το είδος αυτών των δομών ως το επόμενο βήμα στην ανάπτυξη ενός ψυχιατρικού υποστηρικτικού συστήματος, απαλλαγμένο από τις αδιέξοδες τεχνικές του παραδοσιακού ψυχιατρείου.

3.3. Συμπεράσματα-προτάσεις

Στην μελέτη αυτή προσπάθησα να αναδείξω, μέσα από τις μεθόδους της ποιοτικής έρευνας, κατά πρώτον, τις αναπαραστάσεις των ψυχικά πασχόντων σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον, τον κοινωνικό περίγυρο, την απασχόληση και την ανοιχτή ψυχιατρική δομή που εντάσσεται, στα πλαίσια ενός μεγάλου και οργανωμένου ψυχιατρείου της χώρας. Κατά δεύτερον, η μελέτη συμπληρώνεται από τις αναπαραστάσεις του προσωπικού – διαφόρων ειδικοτήτων – σχετικά με την δομή και τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν μέσα σε αυτήν καθώς και τις σκέψεις τους σχετικά με την διασύνδεση ασθενή – δομής – κοινωνίας. Κεντρικός άξονας της μελέτης αποτέλεσε η διαρκής συσχέτιση και αλληλεπίδραση ασθενών – προσωπικού ως αποτέλεσμα της καθημερινότητας του ενός με τον άλλον.

Στις αφηγήσεις των συνεντευξιαζόμενων ασθενών διαφαίνεται ο σπουδαίος ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια, ως μηχανισμός στήριξης του ατόμου κατά την «περιπέτεια» της ψυχικής ασθένειας. Θεωρείται ως ο πρώτος «χώρος» θεραπείας και αναδόμησης της προσωπικότητας του ατόμου. Όσο ο ασθενής διανύει την ζωή του σε ένα ομαλό οικογενειακό πλαίσιο χωρίς εντάσεις και αντιπαλότητες, τόσο η ψυχιατρική δομή απλά συμπληρώνει την έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Εάν έστω και ένας γονέας απέχει από αυτή την διαδικασία, καλλιεργείται έδαφος μη θεραπευτικό, οπότε αυτό επενεργεί σαφώς αρνητικά στην ψυχική υγεία του ατόμου. Η νοσηλεία ενός μέλους μια οικογένειας, δεν αποτελεί μόνο καταφράκωση του ίδιου του ατόμου αλλά και ένα καθολικό σοκ για τα οικεία πρόσωπα. Όπως είδαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, το κίνημα της αντιψυχιατρικής έχει αναδείξει την σημαντικότητα της διαταραγμένης επικοινωνίας στην οικογένεια και παρατηρεί ότι η «σχιζοφρενικότητα» ενός ατόμου συνδέεται με τον αλλοτριωμένο και αποξενωμένο τρόπο ζωής του μέσα σ' αυτήν.

Σημαντική θέση στην έρευνα καταλαμβάνουν οι αναπαραστάσεις των ασθενών για τον κοινωνικό τους περίγυρο. Το άτομο που πάσχει ψυχικά συμμετέχει σε μια πολύ δύσκολη κατάσταση όπου η κοινωνία δείχνει σκληρότητα και, βάζοντας άνισους κανόνες, του κλείνει την «πόρτα», χωρίς να το υπολογίζει. Έτσι, το στίγμα, ως νοοτροπία και ως καθημερινή πρακτική, ξεπροβάλλει στις περισσότερες εκφάνσεις της ζωής. Αξίζει να παρατηρήσουμε ότι στην επικοινωνιακή πραγματικότητα, η αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος περιορίζεται στα στενά πλαίσια μιας συνθηματολογικής ρητορικής. Για την αλλαγή των αρνητικών στάσεων και την άρση

των προκαταλήψεων απαιτείται η κινητοποίηση όλου του κοινωνικού και εκπαιδευτικού μηχανισμού ώστε να επιτευχθεί ριζική μεταστροφή.

Σκοπός πια δεν είναι η λειτουργία της «θεραπευτικής ομάδας» αλλά ο πρωταγωνιστικός ρόλος της «θεραπευτικής κοινότητας» όπου συμμετέχοντες θα είναι όλοι. Η γειτονιά, το σχολείο, οι κοινωνικοί θεσμοί, η νέα ιδιοσυγκρασία των Ελλήνων μέσω των βημάτων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σίγουρα, η κεντρική ιδέα της κοινοτικής ψυχιατρικής φιλοδοξεί να θέσει σε μια εντελώς καινούργια βάση την σχέση κοινωνίας και ψυχικής ασθένειας. Μόνο η ενεργή συμμετοχή των μελών ενός κοινωνικού χώρου μπορεί να δράσει ως καταλύτης στην μετατροπή και αναθεώρηση αυτής της σχέσης. Μόνο έτσι το άσυλο, ως μια στατική και απαρχαιωμένη μορφή αποκλεισμού, θα έδινε την θέση του σε ένα σύστημα ψυχιατρικών δομών στο οποίο ούτε οι ίδιοι οι ασθενείς θα νοιώθουν περιχαρακωμένοι, ούτε οι υπόλοιποι θα τους αντιμετωπίζουν ως διαφορετικούς.

Στον τομέα της απασχόλησης, επίσης, διαφαίνεται ότι οι ασθενείς προτιμούν την «σιγουριά» της ψυχιατρικής δομής. Παρόλο το μικρό εισόδημα που τους προσφέρει, η συνεντευξιαζόμενοι φοβούνται να αντιμετωπίσουν τους έντονους ρυθμούς, τις προκλήσεις και τις παραμέτρους της αγοράς εργασίας. Την θεωρούν σκληρή και απροσπέλαστη για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Προτιμούν τα ελαστικά όρια της απασχόλησης που θέτει η δομή. Μέσα σε αυτά δεν υπάρχει κάτι που μπορεί να τους αγχώσει. Δεν χρειάζεται να αποδείξουν σε κάποιον κάτι με αποτέλεσμα το περιβάλλον απασχόλησης να μην αποτελεί για αυτούς μια ακόμη πηγή απόρριψης από το περιβάλλον.

Σπουδαίο ρόλο μέσα στην ανοιχτή ψυχιατρική δομή διαδραματίζει το προσωπικό, ως παράγοντας αλληλόδρασης μέσα στην καθημερινότητα με τους ασθενείς. Το προσωπικό αποτελεί την προσωποποίηση της δομής στα μάτια των ασθενών, τον ακρογωνιαίο λίθο για την οργάνωση της μέσα στο ψυχιατρικό πλαίσιο.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες με τους ασθενείς είναι διάφορα και εστιάζονται κυρίως στις εκφάνσεις της ίδιας της ασθένειας. Συχνά εμφανίζεται η στατικότητα στις παραμέτρους της καθημερινής ζωής του ασθενούς και η απόσυρση. Το αποτέλεσμα, αξιοσημείωτο: το άτομο στρέφεται όλο και περισσότερο στον εαυτό του και προς την ασφάλεια του γνώριμου περιβάλλοντος της δομής. Γιατί σε αυτόν τον χώρο είναι σίγουρο ότι θα βρει αποδοχή και σύμπνοια.

Από τις αφηγήσεις των πληροφορητών από την πλευρά του προσωπικού, προκύπτει ότι οι ανοιχτές δομές, παρότι η αναγκαιότητα τους αναδεικνύεται μέρα με

την μέρα μεγαλύτερη, χρειάζονται περισσότερο την στήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου και είναι αναγκαία η οργάνωση τους σύμφωνα με τα προτάγματα της νέας Ελληνικής πραγματικότητας και των αλλαγών στην ψυχιατρική πρακτική.

Υπό το πλαίσιο αυτών των διαπιστώσεων, είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι το προσωπικό θεωρεί δύσκολη την διασύνδεση της δομής με την κοινωνία. Και τούτο ως αποτέλεσμα της προκατάληψης του πολίτη προς τον ψυχικά ασθενή και της ασυνέπειας του κράτους προς τα μέλη του που αντιμετωπίζουν προβλήματα στον ψυχισμό τους. Αναγνωρίζουν, λοιπόν, ένα φαύλο κύκλο ζωής: όσο το άτομο αποξενώνεται από τους γύρω του λόγω της ασθένειάς του, τόσο ενεργοποιείται ο μηχανισμός του στίγματος και όσο νοιώθει στιγματισμένο, τόσο αποστασιοποιείται όλο και περισσότερο από τη κοινωνική πραγματικότητα.

Συμπερασματικά, η ύπαρξη των ανοιχτών ψυχιατρικών δομών είναι πολύ θετικό βήμα προς την αποασυλοποίηση και προς την ενδυνάμωση των ατομικών δυνατοτήτων κάθε ασθενούς. Αυτές στηρίζονται σε μια πολυδιάστατη δυναμική διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες σε άτομα ψυχικά πάσχοντα ώστε να πετύχουν όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξαρτησίας και ενσωμάτωσης στην κοινότητα.

Μιλώντας όμως με ρεαλιστικούς όρους, ο καθένας καταλαβαίνει πως διάφορες δυσχέρειες δυσκολεύουν το έργο των δομών, με αποτέλεσμα η λειτουργία τους να χρειάζεται αναδιοργάνωση με σαφείς προτάσεις αναβάθμισης.

Είναι απαραίτητο, λοιπόν, η πολιτεία να στηρίζει δραστικά πλέον και ολόπλευρα την λειτουργία των ανοιχτών δομών, στα πλαίσια μιας κοινωνικής πολιτικής στην ψυχική υγεία όπου τα γραφειοκρατικά εμπόδια που θέτει ο κρατικός μηχανισμός να είναι ελαχιστοποιημένα. Το κράτος οφείλει να ενθαρρύνει την αναδιάταξη των συγκεκριμένων δομών και να μην «νομιμοποιήσει» την έννοια της κρίσης στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο όνομα της οποίας περιστέλλονται οι ενέργειες για ανάπτυξη, οργάνωση και αποτελεσματικότητα σε βάρος των ψυχικά πασχόντων.

Συνεπακόλουθα, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη τέτοιων δομών και σε άλλους χώρους εκτός των ψυχιατρείων όπως παραδείγματος χάριν σε νοσοκομεία που διαθέτουν ψυχιατρική πτέρυγα, κυρίως στην επαρχία. Ως αποτέλεσμα, ένα μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών θα καλύπτεται με ανοιχτή νοσηλεία και ψυχοδυναμική θεραπεία. Έτσι, οι πολιτικές ψυχικής υγείας θα αναδιοργανωθούν σε τοπικό επίπεδο και αυτή η αποκέντρωση των υπηρεσιών θα αποσυμφορήσει τα ψυχιατρεία των μεγαλουπόλεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξανδρή Ε. - Δαμιανίδου Κ. - Καρατζολίδου Α. - Μεγαλοοικονόμου Θ., 1998, «Επαγγελματικοί ρόλοι και αποκατάσταση», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.62, Απρίλιος-Ιούνιος.
2. Ασημόπουλος Χ., 2009, *Η καθημερινή ζωή στο Ψυχιατρείο*, Αθήνα: Καστανιώτης.
3. Asset Τεχνολογική, 2004, *Επιχειρησιακό σχέδιο Δρομοκαϊτείου*, Αθήνα.
4. Asset Τεχνολογική, 2006, *Επιχειρησιακό σχέδιο Δρομοκαϊτείου*, Αθήνα.
5. Γκρό Φρ., 2007, *Μισέλ Φουκώ*, Αθήνα: Νήσος.
6. Goffman E., 1994, *Άσυλα*, Αθήνα: Ευρύαλος.
7. Goffman E., 2001, *Στίγμα: σημειώσεις για την διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
8. Γρίβας Κλ., 1985, *Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός*, τόμος 1ος, Θεσσαλονίκη: Ιανός.
9. Ζήση Α., 2002, *Επανένταξη χρόνιων ψυχικά αρρώστων*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
10. Ιωσηφίδης Θ., 2006, «Ποιοτική κοινωνική έρευνα και κριτικός ρεαλισμός» στο, Ιωσηφίδης Θ. - Σπυριδάκης Μ., (Επιμ.), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα*, Αθήνα: Κριτική.
11. Κοκκινάκος, Γ., 1999, «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.66, Απρίλιος-Ιούνιος.
12. Lamb R., 1999, «Η αποϊδρυματοποίηση στις αρχές της τρίτης χιλιετηρίδας», *Harvard Review of Psychiatry* (Ελληνική έκδοση), Vol. 6, τ.1, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος.
13. Λειβαδίτης Μ., 1994, *Ψυχιατρική και δίκαιο*, Αθήνα: Παπαζήσης.
14. Λιακός Α., 1999, «Φιλοσοφία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και οι επιπτώσεις της στην εκπαίδευση», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.66, Ιανουάριος-Μάρτιος.
15. Μαδιανός Μ., 1994, *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Από το άσυλο στην κοινότητα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

16. Μαδιανός Μ., 1996, *Κοινωνία και ψυχική υγεία*, 2ος Τόμος, Αθήνα: Καστανιώτη.
17. Μαδιανός Μ., 1998, «Η χαμένη ευκαιρία για μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος.
18. Μαδιανός Μ., 1999, *Η μηλιά κάτω από το μήλο*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
19. Μαδιανός Μ., 2000, *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*, Αθήνα: Καστανιώτης.
20. Μαδιανός Μ., 2003, *Κλινική ψυχιατρική*, Αθήνα: Καστανιώτης.
21. Μαδιανός Μ., 2005, *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*, (Συμπληρωμένη έκδοση), Αθήνα: Καστανιώτης.
22. Μάλαινος Π., 2005, «Άσυλο, επικινδυνότητα και αποασυλοποίηση», Διπλωματική εργασία στο Π.Μ.Σ. «Κοινωνικός αποκλεισμός, μειονότητες και φύλο», Πάντειο Πανεπιστήμιο.
23. Μάνος Μ., 1997, *Βασικές αρχές κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
24. Maisonneuve J., 2001, *Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνιολογία*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
25. Mason J., 2003, *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
26. Μαυρατζώτου Κ., 2003, *Σχεδιασμός και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας: αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Αθήνα: Παπαζήσης.
27. Μπαϊρακτάρης Κ., 1994, *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
28. Μπαλωμένος Ι., 2004, «Πειθαρχική εξουσία και ψυχική ασθένεια», Διπλωματική εργασία στο Π.Μ.Σ. «Κοινωνικός αποκλεισμός, Μειονότητες και φύλο», Πάντειο Πανεπιστήμιο.
29. Μεγαλοοικονόμου Θ., 1997, «Το σύνδρομο της κοπώσεως στις δομές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 59, Ιούλιος-Σεπτέμβριος.

30. Μεγαλοοικονόμου Θ., 1999, «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ή διαχειριστικός εκσυγχρονισμός;», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 66, Απρίλιος-Ιούνιος.
31. Μεγαλοοικονόμου Θ., 2001, «Κοινωνικές και θεσμικές παράμετροι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 76, Οκτώβριος-Δεκέμβριος.
32. Οικονόμου Χ., 2005, *Κοινωνιολογία της υγείας*, Αθήνα: Διόνικος.
33. Ουλής Π., 2003, *Η φύση της ψυχικής νόσου*, Αθήνα: Εξάντας.
34. Πανκόφ Γκ., 2004, *Ο Άνθρωπος και η ψύχωση του*, Αθήνα: Καστανιώτης.
35. Παπαγεωργίου Ε., 1997, *Νευρολογία*, Αθήνα: Παρισιάνος.
36. Pignarre Ph, 2003, *Πως η κατάθλιψη έγινε επιδημία*, Αθήνα: University Studio Press.
37. Pilgim D. - Rogers A., 2004, *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
38. Ραγιά Α., 1993, *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, Αθήνα: Ευνίκη.
39. Roback A., 2004, *Η ιστορία της ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: Βάνιας.
40. Ρολάρ Ζ., 1987, *Η τρέλα*, Αθήνα: Χατζηνικολή.
41. Smart B., 1999, «Michel Foucault: κύρια θέματα και ζητήματα», στο Πετμεζίδου Μ., (επιμ), *Σύγχρονη κοινωνιολογική θεωρία*, Τόμος 2ος, Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
42. Σπυριδάκης Μ., 2006, «Οι κοινωνικές και οικονομικές όψεις της απασχόλησης στη ναυπηγοεπισκευαστική ζώνη Περάματος, Πειραιά: Αποτελέσματα έρευνας πεδίου», στο, Ιωσηφίδης Θ. - Σπυριδάκης Μ., (Επιμ.), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα*, Αθήνα: Κριτική.
43. Στυλιανίδης Σ., 2001, «Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στο χώρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.75, Ιούλιος-Σεπτέμβριος.
44. Στυλιανίδης Σ., 2002, «Η ψυχαναλυτική προσέγγιση στο πλαίσιο της ψυχιατρικής φροντίδας των ψυχώσεων», στο Βαρτζόπουλος Κ., (επιμ), *Σχιζοφρένεια*, Αθήνα: Καστανιώτης.

45. Στυλιανίδης Σ. - Θεοχαράκης Ν. - Χονδρός Π., 2007, «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα», *Αρχαιολογία και Τέχνες*, τ. 105, Δεκέμβριος.
46. Στυλιανίδης Σ. - Χονδρός Π., 2007, «Σημεία αναφοράς για την λειτουργία τοπικών δικτύων ψυχικής υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τ. 24 (3).
47. Συνοδινού Κ., 2002, «Εισαγωγή στις θεραπευτικές τεχνικές», Σημειώσεις, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
48. Τζανάκης Μ., 2003, *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
49. Τσαλικογλου Φ., 1984, *Ο ανθρωποκτόνος σχιζοφρενής*, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
50. Τσαλικογλου Φ., 1987, *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Οι λειτουργίες μια κοινωνικής κατασκευής*, Αθήνα: Παπαζήσης.
51. Τσαλικογλου Φ., 1996, *Μυθολογίες βίας και καταστολής*, Αθήνα: Παπαζήσης.
52. Τσαλικογλου Φ., 1999, *Η ψυχολογία της καθημερινής ζωής. Η κουλτούρα του εφήμερου*, Αθήνα: Καστανιώτης.
53. Τσότσος Χ., 2008, «Η ανάδυση της σύγχρονης ψυχιατρικής και ο ρόλος της στις δυτικές αστικές κοινωνίες», Διπλωματική εργασία στο Π.Μ.Σ. «Ψυχολογία και Μ.Μ.Ε.», Πάντειο Πανεπιστήμιο.
54. Foucault M., 1989, *Επιτήρηση και τιμωρία: Η γέννηση της φυλακής*, Αθήνα: Ράππας.
55. Foucault M., 2004, *Η ιστορία της τρέλας*, Αθήνα: Ηριδανός.
56. Foucault M., 2007, *Η ιστορία της τρέλας στην κλασική εποχή*, Αθήνα: Καλέντης.
57. Φραγκούλη Α. - Σακελλαρόπουλος Π., 1999, «Γιατί καθυστέρησε η Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση; Λάθη στον σχεδιασμό της», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 66, Απρίλιος-Ιούνιος.
58. Χριστοδούλου Γ. - Κονταξάκης Β. - Οικονόμου Μ., 2000, *Προληπτική ψυχιατρική*, Αθήνα: ΒΗΤΑ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. Ερωτηματολόγιο – Οδηγός συνέντευξης προς τους ασθενείς

1. Προσωπικά στοιχεία
 - A. Όνομα (χωρίς επίθετο)
 - B. Φύλο και ηλικία
 - Γ. Μορφωτικό επίπεδο
2. Ερωτήσεις που αφορούν το οικογενειακό περιβάλλον
 - A. Περιέγραψε την δομή της οικογένειας σου
 - B. Ποια η στάση της οικογένειας σου στην γενικότερη θεραπεία σου;
 - Γ. Ανέφερε το μορφωτικό επίπεδο και την μορφωτική κατάσταση των μελών της
 - Δ. Περιέγραψε μια συνηθισμένη μέρα μέσα στην οικογένεια σου. Ποια η συμμετοχή σου στις δουλειές του σπιτιού;
 - E. Συνηθίζετε να έχετε στιγμές όλοι μαζί όπως π.χ. για συνάθροιση για φαγητό, βόλτες ή μικρά ταξίδια;
 - Στ. Πως περνάτε συνήθως τις γιορτές;
 - Z. Επισκέπτεσαι με την οικογένεια σου φίλους και συγγενείς; Δέχεστε επισκέψεις στο σπίτι;
 - H. Συγκεντρώνεστε όλοι μαζί για να συζητήσετε ή να πάρετε αποφάσεις για θέματα που σας αφορούν;
 - Θ. Θα ήθελες να αναλύσεις την μεταξύ σας επαφή;

3. Ερωτήσεις που αφορούν τον κοινωνικό περίγυρο και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς.
- A. Ποιος ο τόπος διαμονής σου και ποιες οι σκέψεις σου για αυτόν;
 - B. Περιέγραψε τις σχέσεις σου με την γειτονιά σου
 - Γ. Ανέφερε κάποια ευχάριστη απασχόληση που έχεις και τις επαφές σου με άλλα άτομα που έχουν το ίδιο ενδιαφέρον
 - Δ. Ανέλυσε τις κοινωνικές, προσωπικές ή /και φιλικές επαφές σου
 - E. Περιέγραψε τις καθημερινές σου δραστηριότητες π.χ. χρήση μέσω συγκοινωνίας, εξόδους, αγορές και τακτοποίηση εξωτερικών υποθέσεων
4. Ερωτήσεις που αφορούν την απασχόληση και την εργασία του ασθενούς
- A. Ποια είναι η απασχόληση σου και ανέλυσε την σκέψη σου για αυτήν
 - B. Θεωρείς ότι το εισόδημα σου είναι ικανοποιητικό για τις ανάγκες σου;
 - Γ. Εάν σου δινόταν η ευκαιρία, θα άλλαζες απασχόληση;
 - Δ. Ποιες οι σκέψεις σου για τις ευκαιρίες εργασίας που δίνονται στην κοινότητα;
5. Ερωτήσεις που αφορούν το άτομο και την ψυχιατρική δομή
- A. Περιέγραψε μου τα βιώματα που σε οδήγησαν σε αυτήν την δομή
 - B. Περιέγραψε την δομή που βρίσκεσαι
 - Γ. Ανέλυσε τις σκέψεις που είχες για αυτήν πριν αρχίσεις τις συνεδρίες
 - Δ. Θα ήθελες να αναφέρεις τις σκέψεις σου για την δομή τον πρώτο καιρό της επαφής σου και τις τωρινές;
6. Ερωτήσεις που αφορούν τον ασθενή, άλλα άτομα ασθενείς και την κοινότητα

- A. Θα ήθελες να γνωστοποιήσεις την κατάσταση σου στον περίγυρο σου;
- B. Πως ονειρεύεσαι το μέλλον σου;
- Γ. Ποιο είναι το μήνυμα που θα ήθελες να απευθύνεις στον περίγυρό σου; Και ποιο σε άλλα άτομα με τα ίδια προβλήματα;
- Δ. Ποιο είναι το μήνυμα που θα ήθελες να απευθύνεις σε άτομα χωρίς προβλήματα;

II. Ερωτηματολόγιο – Οδηγός συνέντευξης προς επαγγελματίες υγείας που αποτελούν την θεραπευτική ομάδα της ψυχιατρικής δομής

1. Περιέγραψε την δομή που εργάζεσαι
2. Ποιες είναι οι σκέψεις σου για την δομή πριν αρχίσεις να εργάζεσαι;
3. Ποια τα προβλήματα που αντιμετωπίζεις μέσα στην δομή σχετικά με τους ασθενείς;
4. Πως θέτεις το μέλλον της δομής;
5. Πως σκέφτεσαι την διασύνδεση της δομής με την κοινότητα;
6. Ποιο το μήνυμα που θα ήθελες να απευθύνεις στους ασθενείς;
7. Ποιο το μήνυμα που ήθελες να απευθύνεις στην κοινότητα;