



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ, ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ
ΠΟΛΙΤΗ**

**Ψυχική υγεία και δομές στήριξης. Η περίπτωση μιας
ψυχοθεραπευτικής μονάδας στην πόλη του Αργινίου**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ανδρεάννα Ξυγκά

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Μ. Σπυριδάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων
Α. Φερόνας, Επίκουρος Καθηγητής
Λ. Βεντούρα, Καθηγήτρια

Κόρινθος, Μάιος 2015

Copyright © Ανδρεάννα Ξυγκά, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	7

Κεφάλαιο 1^ο: Θεωρητικό πλαίσιο

1.1. Ψυχική υγεία - Ψυχική ασθένεια.....	9
1.2. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της τρέλας.....	11
1.3. Το άσυλο και η αντίφασή του.....	15
1.4. Αντιψυχιατρική και δημοκρατική ψυχιατρική.....	18
1.5. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	21
1.6. Ψυχιατρική και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	25
1.7. Κριτική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	28
1.8. Αποασυλοποίηση.....	30
1.9. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.....	31
1.10. Ξενώνες.....	32
1.11. Προστατευόμενα διαμερίσματα.....	33
1.12. Οικοτροφεία.....	33
1.13. Ψυχικά ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον.....	33
1.14. Στίγμα.....	34
1.15. Κοινωνικός αποκλεισμός.....	35
1.16. Στίγμα - κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχικά ασθενείς.....	36
1.17. Τα «γενικά» και τα «ειδικά» δικαιώματα του ατόμου με ψυχική αναπηρία.....	38
1.18. Τα δικαιώματα του ατόμου με ψυχική αναπηρία όταν νοσηλεύεται.....	39

Κεφάλαιο 2^ο: Μεθοδολογικό πλαίσιο

2.1. Σκοπός της έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα.....	41
2.2. Μεθοδολογία έρευνας.....	41
2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	43
2.4. Μεθοδολογικά και πρακτικά ζητήματα.....	44
2.5. Ξενώνας Αργώ.....	46
2.6. Ξενώνας Ίριδα.....	47
2.7. Προστατευόμενα διαμερίσματα.....	49

Κεφάλαιο 3^ο: Αποτελέσματα

3.1. Ο λόγος των εργαζομένων	
3.1.1. Οι συνθήκες και ο τρόπος λειτουργίας του ξενώνα Αργώ.....	51
3.1.2. Το καθημερινό πρόγραμμα και η ποιότητα της χωροταξικής μετεγκατάστασης.....	61
3.1.3. Οι ασθενείς και η λειτουργικότητά τους εντός και εκτός δομής.....	67
3.1.4. Οι συνθήκες που οδηγούν στην ιδρυματοποίηση στον ξενώνα.....	80
3.1.5. Η αίσθηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού.....	82
3.1.6. Οι συνθήκες και ο τρόπος λειτουργίας του ξενώνα Ίριδα.....	83
3.1.7. Το καθημερινό πρόγραμμα και η ποιότητα της χωροταξικής μετεγκατάστασης.....	91
3.1.8. Οι συνθήκες που οδηγούν στην ιδρυματοποίηση στον ξενώνα.....	95
3.1.9. Η αίσθηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού.....	98
3.1.10. Οι συνθήκες και ο τρόπος λειτουργίας των προστατευόμενων διαμερισμάτων.....	100
3.2. Ο λόγος των ασθενών	
3.2.1. Εξωτερικοί ασθενείς του ξενώνα Αργώ.....	102
3.2.2. Εσωτερικοί ασθενείς του ξενώνα Αργώ.....	104
3.2.3. Οι ασθενείς του ξενώνα Ίριδα.....	107
3.2.4. Οι ασθενείς των προστατευόμενων διαμερισμάτων.....	109
3.2.5. Οι αιτίες και οι εκδηλώσεις της ψυχοπαθολογίας των ασθενών.....	112
3.2.6. Οι συνθήκες νοσηλείας στις ψυχιατρικές κλινικές	115
3.2.7. Οι αιτίες και οι συνέπειες των υποτροπών.....	121
3.2.8. Η ζωή των ασθενών στον ξενώνα Αργώ.....	124
3.2.9. Η ζωή των ασθενών στον ξενώνα Ίριδα.....	132
3.2.10. Η ζωή των ασθενών στα προστατευόμενα διαμερίσματα.....	135
3.2.11. Η αίσθηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας.....	138
3.2.12. Κοινωνικός αποκλεισμός ως αποτέλεσμα της ψυχικής ασθένειας.....	144
3.2.13. Η συμβίωση των ψυχικά ασθενών με την οικογένεια.....	149
3.3. Η κριτική και η γνώμη για τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τη λειτουργία της αποασυλοποίησης.....	155
3.3.1. Το κλείσιμο των ψυχιατρείων και οι συνέπειές του.....	164
Συμπεράσματα.....	168
Βιβλιογραφία.....	172
Διαδικτυακές πηγές.....	179

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας το οποίο, πέρα από τις βιολογικές διαστάσεις του, συνδέεται άμεσα με την κοινωνία στην οποία ιστορικά εμφανίζεται και η οποία προσπαθεί να το διαχειριστεί. Αποτελεί σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, που δεν έχει την ίδια αντιμετώπιση σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις εποχές. (Pilgrim & Rogers, 2004) Η κοινωνία έχει την ικανότητα να ενεργοποιεί και να αναζωογονεί και τα πιο αδύναμα μέλη της και να τα καθιστά οντότητες με δικαιώματα στη ζωή, στη διαφορά, στην κοινωνική προστασία και στις ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης που οδηγούν στην ανάπτυξη της κοινωνικής ζωής. Έτσι, μέσω της κοινωνικής αλληλεγγύης και αφού ο ασθενής δεχτεί τις κατάλληλες γι' αυτόν θεραπευτικές παρεμβάσεις, μπορεί να ζήσει ενταγμένος και να αποφύγει την απόκλιση, τον εγκλεισμό και τη δυστυχία του κοινωνικά αποκλεισμένου.

Οι ραγδαίες αλλαγές του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτισμικού προτύπου και τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, έχουν καταστήσει αναγκαία την εμβάθυνση, τον εμπλουτισμό και την ανάπτυξη ενεργητικών πολιτικών στην Ελλάδα. Ο όρος μεταρρύθμιση συνεπάγεται μετασχηματισμό, τροποποίηση, αλλαγή, μετατροπή τόσο θεσμικών όσο και δομικών στοιχείων, που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αφορά πρώτα το άτομο στο κοινοτικό επίπεδο και μετά την εξουσία νομοθετική και εκτελεστική.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση πέτυχε τη μετακίνηση από το δογματισμό της κλασικής ψυχιατρικής στην κοινοτικά προσανατολισμένη φροντίδα. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, το ερώτημα που τίθεται δεν είναι μόνο αν έχει επιτευχθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αλλά και αν τέθηκαν ποτέ οι σωστές βάσεις προς αυτή την κατεύθυνση. Επομένως, η συγκεκριμένη εργασία έχει στόχο να μελετήσει πως επιτυγχάνεται η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών στην περίπτωση της πόλης του Αγρινίου βάσει των συνθηκών λειτουργίας του προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των δύο ξενώνων και των τριών προστατευόμενων διαμερισμάτων που υπάρχουν στα πλαίσια της πόλης. Ενδιαφέρον αποτελεί η επιρροή της ψυχικής ασθένειας στη ζωή των ασθενών, αν και πως αντιμετωπίζουν συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού. Τέλος, σημαντική είναι η κριτική και η γνώμη των συμμετεχόντων της έρευνας σχετικά με την εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέχρι σήμερα καθώς

και ποιες θεωρούν ότι θα είναι οι συνέπειες του κλεισίματος των ψυχιατρείων βάσει του προγράμματος «Ψυχαργός» (2011- 2020).

Λέξεις – κλειδιά: ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αποασυλοποίηση, Εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός», ιδρυματοποίηση, ξενώνας, προστατευόμενα διαμερίσματα, εργαζόμενοι, ψυχική ασθένεια, στίγμα, κοινωνικός αποκλεισμός.

ABSTRACT

Mental illness is a particular health problem which, beyond the biological dimensions, is directly linked to the society in which it historically appears and that attempts to manage it. It is a complex biopsychosocial phenomenon which does not receive the same treatment in all societies and in all seasons. (Pilgrim & Rogers, 2004) The society has the ability to activate and refresh the weaker members and make them entities with rights to life, the difference in social protection and human living conditions which lead to the development of social life. Thus, through social solidarity and after the patient has received the appropriate therapeutic interventions for him, he can live integrated and avoid the deviation, confinement and misery of the socially excluded.

The rapid changes in the social, economic and cultural model and the new epidemiological data on the mental health sector, especially in recent years, have made it necessary to deepen, enrich and develop active policies in Greece. The term reform implies transformation, modification, change, transformation of both institutional and structural elements that regulate and define the dimensions of the psychiatric service system in a country. The psychiatric reform is primarily about the person in the Community and secondarily the legislative and executive power.

The psychiatric reform succeeded in moving from the dogmatism of classical psychiatry in community-oriented care. In the case of psychiatry in Greece, the question is not only whether the psychiatric reform has been achieved, but if the right foundations were ever laid in this direction. Therefore this work aims to study how the deinstitutionalization of the mentally ill in the case of the city of Agrinio has been achieved under the operating conditions of the psychosocial rehabilitation program of two halfway houses and the three community residences which are in the city. It is interesting to study the impact of mental illness on patients' life, in the case and the way that they face social exclusion conditions. Finally, it is important to hear the criticism and opinion of the participants of research on the development of psychiatric reform to date and what they consider to be the consequences of the closure of psychiatric hospitals under the "Psychargos" (2011- 2020).

Keywords: psychiatric reform, deinstitutionalization, National program "Psychargos", institutionalization, halfway house, community residences, mental health staff, mental illness, stigma, social exclusion.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Οι επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας, δείχνουν πως το 10-20% του πληθυσμού ανά πάσα στιγμή υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, από τις ελαφρότερες, έως τις βαρύτερες που συχνά προκαλούν αναπηρία δια βίου. Η καλή πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυξάνει τη δυνατότητα για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα μας μέσω του κανονισμού 815/843 της Ε.Ε. (τότε ΕΟΚ), ο οποίος αποτέλεσε το πλαίσιο για την επεξεργασία και υλοποίηση του πρώτου προγράμματος για τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας. Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις». (ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ΄ 2011-2020: 4, 10) Το πρόγραμμα «Ψυχαργός¹» είναι ένα πρόγραμμα δράσεων που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και πρόκειται να μελετηθεί στην παρούσα έρευνα από την πλευρά της αποασυλοποίησης και των τελευταίων δράσεων που στοχεύει να επιτύχει.

Αφορμή για την πραγματοποίηση αυτής της έρευνας αποτέλεσε η ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών σπουδών στην κατεύθυνση «Κοινωνικές διακρίσεις, Μετανάστευση και Ιδιότητα του Πολίτη» με ένα ερευνητικό θέμα το οποίο πρώτη φορά ερευνάται με ποιοτικά στοιχεία στην πόλη του Αγρινίου. Έτσι, στη συγκεκριμένη εργασία ενδιαφέρον αποτελεί η μελέτη της εξέλιξης του προγράμματος «Ψυχαργός» μέσα από τις δομές της πόλης του Αγρινίου που είναι δύο ξενώνες και τρία προστατευόμενα διαμερίσματα. Ο λόγος των εργαζομένων των δομών αλλά και των ενοίκων που μπορούν να δώσουν απαντήσεις σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος της αποασυλοποίησης και την εξέλιξή του από το ξεκίνημά του μέχρι σήμερα.

¹ Η κωδική σημασία του προγράμματος ως «Ψυχαργός» προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση βλ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011) ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ΄(2011-2020), Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός, ΥΥΚΑ, Αθήνα σελ. 10

Επομένως, ο στόχος είναι να διερευνηθεί μέσα από τις συνθήκες λειτουργίας των δομών πως επιτυγχάνεται η κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά ασθενών και αν ουσιαστικά υπάρχει ένας θεσμικός και οικονομικός σχεδιασμός για την ολοκλήρωση αυτού του σκοπού μέσα από τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των συγκεκριμένων δομών. Επιπλέον, είναι σημαντικό να ακουστεί ο λόγος των ψυχικά ασθενών αλλά και των γονιών κάποιων ασθενών σχετικά με την επιρροή της ασθένειας στη ζωή τους καθώς επίσης αν και πως αντιλαμβάνονται και επηρεάζονται από συνθήκες που οδηγούν στον αποκλεισμό όπως είναι το στίγμα. Τέλος, η κριτική και η γνώμη όλων των συμμετεχόντων της έρευνας σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ό,τι συνεπάγεται βάσει των στόχων αυτής, ιδιαίτερα όσον αφορά το κλείσιμο των ψυχιατρείων σύμφωνα με το πρόγραμμα Ψυχαργός (2011-2020).

Συνεπώς, στο πρώτο κεφάλαιο που είναι και το θεωρητικό πλαίσιο μέσω της βιβλιογραφικής έρευνας γίνεται αρχικά μια προσέγγιση των εννοιών της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας καθώς επίσης γίνεται αναφορά στον τρόπο που κοινωνικά αναπαριστάται και γίνεται αντιληπτή η «τρέλα» στο πέρασμα του χρόνου φτάνοντας στην εποχή του ασύλου όπου γίνεται παραδεκτή η αντίφασή του. Έπειτα, γίνεται αναφορά στις αρχές και τις αξίες των κινημάτων της αντιψυχιατρικής και της δημοκρατικής ψυχιατρικής που οδηγούν στην κοινοτική ψυχιατρική και τα μοντέλα ανάπτυξης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ακολουθεί η περιγραφή της ψυχιατρικής και η ανάπτυξη του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα με κύριο πρόσφατο στόχο το κλείσιμο των ψυχιατρείων καθώς και μια κριτική προσέγγιση της εξέλιξής αυτής. Ακόμη, δίνονται οι συνώνυμες λέξεις και η σημασία της αποασυλοποίησης, εξηγώντας τη σημασία των ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων και των Κοι.Σ.Π.Ε. μέσα από την ανάπτυξη και λειτουργία των δομών των ξενώνων, των προστατευόμενων διαμερισμάτων και των οικοτροφείων καθώς επίσης αναφέρονται οι επιδράσεις της ψυχικής ασθένειας στο οικογενειακό περιβάλλον. Τέλος, δίνονται οι έννοιες του στίγματος, του κοινωνικού αποκλεισμού αλλά και η σχέση και η σημασία αυτών των φαινομένων στη ζωή των ψυχικά ασθενών ολοκληρώνοντας με τα δικαιώματα των ασθενών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία διαπραγματεύεται η συγκεκριμένη έρευνα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας που είναι η ποιοτική έρευνα μέσω της ελεύθερης συνέντευξης, τα μεθοδολογικά και πρακτικά ζητήματα που προέκυψαν κατά την διεξαγωγή της

παρούσας μελέτης καθώς και η περιγραφή των δύο ξενώνων και των προστατευόμενων διαμερισμάτων.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας μέσα από τα βιώματα των συνεντευξιζόμενων καθώς και τα θέματα που αναδύθηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας στις συγκεκριμένες δομές.

Τέλος, διατυπώνονται τα συμπεράσματα της έρευνας τα οποία προκύπτουν μέσα από το λόγο των συμμετεχόντων και καταγράφονται οι σχετικές διαπιστώσεις σε σχέση με τις κοινωνιολογικές αναλύσεις που παρουσιάστηκαν στο πρώτο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 1^ο: Θεωρητικό πλαίσιο

1.1. Ψυχική υγεία - Ψυχική ασθένεια

Η έννοια της ψυχικής υγείας δεν είναι εύκολο να οριστεί με σαφήνεια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «Η ψυχική υγεία δεν είναι απλά η απουσία της ψυχικής διαταραχής. Ορίζεται ως μια κατάσταση ευεξίας στην οποία κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το δικό του δυναμικό, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συμβάλλει στην κοινότητά του». (WHO 2001) Ο Μαδιανός αναφέρει ότι 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. (Μαδιανός, 1989: 31)

Επίσης, από την άλλη πλευρά, η εννοιολογική αποσαφήνιση της ψυχικής ασθένειας δυσχεραίνεται από τη διαπίστωση της απουσίας ενός σαφούς, καθολικά αποδεκτού ορισμού. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας έχει αποκτήσει μια υπεραφθονία σημασιών που προκαλεί σύγχυση. Τα τρία θεωρητικά μοντέλα της ψυχικής ασθένειας ορίζουν την ψυχική ασθένεια μέσω της δικής τους οπτικής.

Βάσει του βιοϊατρικού μοντέλου, η κλινική ψυχιατρική ορίζει την ψυχική ασθένεια ως αποτέλεσμα αλλαγών της φυσιολογίας του οργανισμού, της βιοχημείας του εγκεφάλου και της ομαλής λειτουργίας άλλων μερών του νευρικού συστήματος. Η νοσολογική

εξήγηση της ψυχικής ασθένειας εξομοιώνει τη σωματική εξέταση με την ψυχολογική και ορίζει την ψυχική ασθένεια ως βιολογική μειονεξία.

Το γνωσιακό – συμπεριφοριστικό μοντέλο ορίζει την ψυχική ασθένεια ως αποτέλεσμα αμοιβαία ενισχυόμενων δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και συμπεριφορών οι οποίες εκδηλώνονται με συγκεκριμένα συμπτώματα και αρνητική διάθεση.

Το κοινωνικό μοντέλο εξηγεί την ψυχική ασθένεια ως προσωρινή δυσπροσαρμοστική αντίδραση στις αντίξοες συνθήκες ζωής οι οποίες συνδέονται με τη φτώχεια, την ανεργία, το κοινωνικό στρες, την κοινωνική απομόνωση και την έλλειψη συναισθηματικών δεσμών. (Ζήση, 2013: 23-34)

Ένας άλλος εναλλακτικός τρόπος θεώρησης της ψυχικής ασθένειας υποστηρίζει ότι η ψυχική ασθένεια δεν είναι μια αντικειμενικά προσδιορισμένη κατάσταση, αλλά μια κοινωνικά προσδιορισμένη κατασκευή, που υπόκειται σε κοινωνικο-ιδεολογικές αξιολογήσεις. Το άτομο χαρακτηρίζεται ψυχικά άρρωστο από ψυχιάτρους που λειτουργούν σε ένα πολύπλοκο κοινωνικό δίκτυο μέσα στο οποίο διαμορφώνουν τις αντιλήψεις τους. Η ψυχική διαταραχή, σε αντίθεση με τη σωματική νόσο πυροδοτείται και εξαρτιέται στην πορεία της από εξωγενείς κοινωνικούς συντελεστές. Τα διαγνωστικά και θεραπευτικά της κριτήρια δεν είναι ανατομολειτουργικά και φυσικά, όπως στην περίπτωση της σωματικής νόσου, αλλά κοινωνικά. Δεν αποτελεί έκδηλη εκτροπή, σαφή ασυνέχεια από τη φυσιολογικότητα. Αποτελεί, αντίθετα, μια διαφοροποιημένη κατάσταση στη ζωή του ατόμου που υπακούει σε αναρίθμητες κοινωνικο-πολιτισμικές μεταβλητές, διαταγμένες σε ένα συνεχές συμπεριφεριολογικό φάσμα που μόνον με συμβατικά, κοινωνικά κριτήρια μπορούμε να το διασπάσουμε σε φυσιολογικά και παθολογικά τμήματα. (Τσαλίκου, 1987: 88-89)

Ο Γρίβας περιγράφει την ψυχική ασθένεια ως μια συγχυτική κατακερματισμένη και αδιέξοδη απάντηση της ατομικής προσωπικότητας στη σύγχυση, τον κατακερματισμό και το αδιέξοδο που της επιβάλλει μια νοσογόνα κοινωνική δομή. Σύμφωνα με την προσωπική του γνώμη είναι η τραγικότερη, ολοκληρωτικά αλλοτριωμένη, ατομική αντίδραση στην απόλυτα αλλοτριωτική δράση μιας κοινωνικής δομής που λειτουργεί με στόχο την καθυπόταξη και όχι την εξυπηρέτηση των μελών της. Κι' αυτό σημαίνει πως κάθε απόπειρα για προσέγγισή της, προϋποθέτει πριν απ' όλα έρευνα στο χώρο της κοινωνικής και όχι της σωματικής παθολογίας. (Γρίβας, 1987: 172)

Η ψυχική υγεία δεν είναι απλά και μόνο ένα ζήτημα «ειδικών». Είναι μια υπόθεση της κοινωνίας, της δομής της, του τρόπου του «σχετίζεσθαι», των μέσων που παρέχονται, ή όχι, ώστε να μπορεί ο καθένας να πραγματώσει ή όχι, τον εαυτό του- του βαθμού που

μπαίνουν σε αμφισβήτηση οι αλλοτριωμένες και αλλοτριωτικές σχέσεις. Δε μπορεί να υπάρξει ψυχική υγεία μέσα σε άρρωστες κοινωνικές σχέσεις. Η καλύτερη ψυχική υγεία είναι δημόσιο αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα.

Έτσι, η ψυχική αρρώστια δε μπορεί να διαχωριστεί πλήρως από την ομαλότητα, παρά μόνο στο βαθμό που η κοινωνία την απορρίπτει και την αποκλείει. (Τζανάκης, 2008: 33)

1.2. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της τρέλας²

Ένας ισχυρός και αρχέγονος φόβος εξακολουθεί να περιβάλλει το φαινόμενο της τρέλας, εκφράζοντας το συναισθηματικό κατάλοιπο ενός πρωτογονισμού που μοιάζει να επιβιώνει ακέραιος στην εποχή μας, η οποία αδυνατεί να περιβάλλει στους κόλπους της και απορρίπτει στο περιθώριο οτιδήποτε καθορίζεται από ένα διαφορετικό τρόπο ύπαρξης. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών γύρω από την στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια αποκαλύπτει ότι η εικόνα του ψυχικά άρρωστου διαμορφώνεται σταθερά με βάση την πεποίθηση ότι είναι ένα ανεξέλεγκτο και επικίνδυνο άτομο καθώς θεωρείται ότι η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται ως απρόβλεπτη και ανεξέλεγκτη. Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή μοιάζει να αποτελεί το σταθερό σημείο αναφοράς που αναδύεται από τη μακροχρόνια προσπάθεια της ανθρώπινης σκέψης να κατανοήσει το πρόβλημα της παραφροσύνης. Μέσα από μια εξελικτική πορεία σημαδεμένη από αλληπάλληλες κατασκευές και ανατροπές μύθων, που διαμορφώνουν σε διάφορες ιστορικές περιόδους ένα πλήθος διαμετρικά αντίθετων αντιλήψεων γύρω από την έννοια της ψυχικής ασθένειας, ανέπαφη διαιωνίζεται η σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με την επικινδυνότητα, η θεώρηση του τρελού ως ενσάρκωση του κακού, ενός αμαρτωλού ατόμου ικανού να διαπράξει μια οποιαδήποτε βίαιη εγκληματική πράξη. (Τσαλίκου, 1987: 19, 21, 33)

² Ο όρος «τρέλα» χρησιμοποιείται, όταν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, επιδιώκεται η διαφυγή από το κλειστό περίβλημα της ιατρικής ορολογίας και επιχειρείται ένα πισωγύρισμα, μια αναδρομή στο χρόνο, προκειμένου να προσδιοριστεί εννοιολογικά αυτή η κατάσταση που οριοθετείται και ανασυγκροτείται από την ψυχιατρική ως ασθένεια. (Τζανάκης, 2008:119). Για καλύτερη κατανόηση και μελέτη του περιεχομένου του συγκεκριμένου τίτλου βλ. Foucault M. (2004), *Η ιστορία της τρέλας*, Ηριδανός, Αθήνα και Τσαλίκου Φ. (1987), *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Σύμφωνα με το (Foucault, 2004: 27) ο Μεσαίωνας είχε κατατάξει την τρέλα στα αμαρτήματα. Έτσι, παρατηρούνται δύο προθέσεις αποκλεισμού των τρελών, εκείνη της θεραπείας δηλαδή του τελετουργικού αποκλεισμού μέσω του τόπου προσκυνήματος που γίνεται χώρος εγκλεισμού και εκείνη της τελετουργικής αποδιοπομής από τις κατοικημένες περιοχές έξω από τα τείχη των πόλεων μέσω λατρευτικών εθίμων και στην καταδίκη τους σε μια ζωή περιπλάνησης καθώς οι τρελοί καταλαμβάνονται από κακά πνεύματα και οι διάφορες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σ'αυτά. Γύρω στα τέλη του Μεσαίωνα και κατά την Αναγέννηση, η τρέλα και ο τρελός αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, μέσα στο διαφορούμενο χαρακτήρα τους: γίνονται “απειλή και εξευτελισμός, ιλιγγιώδης παραλογισμός του κόσμου και καταφρονετική γελοιοποίηση των ανθρώπων”. (Foucault, 2004: 15,18) Μέσα από το πρότυπο αυτό αναδύεται η αντίληψη του διαφορετικού ως προϊόν της δράσης εξωανθρώπων δαιμονικών δυνάμεων. Κορυφώνεται δηλαδή η έκφραση ενός απόλυτα αρνητικού στοιχείου και η αντίληψη ότι πίσω από κάθε διαφορετική συμπεριφορά ελλοχεύει ένας δαίμονας. Στην εικόνα αυτή της τρέλας ο ψυχικά ασθενής προβάλλεται ως η ενσάρκωση της αμαρτίας, του δαιμονικού στοιχείου, των πιο πρωτόγονων ενστίκτων του ανθρώπου, του ξεπεσμού του στο επίπεδο του ζώου. (Τσαλίκoglou, 1987: 36) Έτσι, η θέση του τρελού μέσα στην κοινωνία είναι αυτή του συμβόλου της ηθικής παρακμής.

Στην Αναγέννηση η τρέλα κυκλοφορεί μέσα στις κοινωνίες αν και δεν πρόκειται για μια ευχάριστη παρουσία κυριαρχεί η ανεκτικότητα και όχι η αποδοχή. Στη ζωγραφική συνδέεται με την εικόνα του θανάτου το παραλήρημα υπενθυμίζει την εφιαλτική, αλλά κρυμμένη φύση και τον κίνδυνο της παρουσίας της. «Η τρέλα δρα στον πυρήνα της λογικής και της αλήθειας... μορφή εσχατολογική στα σύνορα του κόσμου, του ανθρώπου και του θανάτου... η τρέλα δίνει το “παρόν” του θανάτου». (Foucault, 2004: 19, 25, 27) Στη φιλολογία της εποχής η πρόσληψη της τρέλας διαφοροποιείται από το φανταστικό εφιαλτικό και συνδέεται με το λόγο. Η τρέλα δεδομένη της υπό όρους αποδοχής, γίνεται στοιχείο του αγώνα με τον εαυτό του. Ταυτόχρονα η τρέλα είναι «γνώση», μια γνώση δύσκολη, κλειστή, εσωτερική. Ο σοφός μπορεί να προσεγγίσει την αλήθεια μόνο αποσπασματικά, ενώ ο τρελός γνωρίζει μ' έναν τρόπο ολοκληρωτικό τη σκοτεινή αναγκαιότητα του κόσμου, την απαγορευμένη αλήθεια για τις απειλές και τα μυστήρια της ζωής. Το νόημα της τρέλας σταδιακά μεταλλάσσεται από υπερκόσμια επαφή με τις υποχθόνιες δυνάμεις και αποκτά μια πιο ηθική διάσταση, καθώς αντλεί τη δύναμή της από τον ίδιο τον άνθρωπο και τις αδυναμίες του. Είναι παρούσα στην καρδιά του ανθρώπου, μπερδεύει το αληθινό και το φανταστικό, διατηρεί την

ανάμνηση όσων απειλούν τον άνθρωπο και αποτελεί έναν εμπαιγμό για την κοινωνία, μια αστάθεια του λογικού. Κατά την κλασική περίοδο (18ο και 19ο αιώνα) ιδρύονται τα “Γενικά Νοσοκομεία” και μαζί με αυτά ξεκινάει η εποχή της εγκάθειρξης των τρελών μαζί με όλους τους κοινωνικά απορριφθέντες από την αστική κοινωνία της εποχής. Σε πρώτη φάση οι λειτουργίες του Γενικού Νοσοκομείου δεν έχουν καμία απολύτως σχέση με την ιατρική αλλά είναι καθαρά δημιούργημα της τάξης που προσπαθούν να επιβάλλουν η μοναρχία και οι αστοί, αποτελεί ένα ηθικό ίδρυμα, είναι μια παράξενη εξουσία που ιδρύει ο βασιλιάς ανάμεσα στην αστυνομία και τη δικαιοσύνη και που εξαντλεί τα όρια του νόμου είναι μια τρίτη δύναμη καταπίεσης. Η τρέλα εγκλείεται στο όνομα της ηθικής της εργασίας, εντάσσεται στον κοινωνικό ορίζοντα της φτώχειας, της ανικανότητας για εργασία και της απροσαρμοστικότητας και έτσι αρχίζει να ενσωματώνεται στα προβλήματα της πολιτείας. Οι τρελοί δεν αποπέμπονται, όπως γινόταν άλλοτε στο Μεσαίωνα, αλλά κλείνονται στο άσυλο όπου βρίσκονται στα όρια του νόμου, κάτω από μια διοικητική εξουσία που ορίζεται από την αστυνομία και τη δικαιοσύνη με αντάλλαγμα την προσωπική τους ελευθερία. Ο χώρος του ασύλου ορίζεται από τη Λογική, τους κανόνες της ηθικής και επιτάσσει την ηθική της εργασίας, τις ηθικές υποχρεώσεις του ατόμου και τον αστικό κώδικα. «Η «εγκάθειρξη» δεν απομόνωσε ξένους, που η καθημερινότητα είχε κρατήσει παραγνωρισμένους ή σε αφάνεια, αλλά δημιούργησε ξένους παίρνοντας πρόσωπα οικεία, μέσα από το κοινωνικό τοπίο, για να τα μεταβάλλει σε αλλόκοτες μορφές, που κανένας πια δε θα αναγνώριζε. Γεννούσε τον Ξένο, εκεί που κανένας δεν το περίμενε. Έσπαγε το νήμα, διέλυε τις σχέσεις οικειότητας...» με μια λέξη μπορούμε να πούμε πως ήταν ο δημιουργός της αλλοτρίωσης και ο στόχος της δεν είναι σε καμία περίπτωση η θεραπευτική απομόνωση αλλά η κοινωνική διάκριση και η επιβολή του ηθικού καταναγκασμού. (Foucault, 2004: 66)

Κατά την κλασική εποχή, τρέλα είναι η ενσάρκωση του ανθρώπου στο ζώο. Αυτή, σαν έσχατο στάδιο της πτώσης του, αποτελεί και το πιο τρανό σημάδι της ενοχής του. Αποτελεί την έσχατη αλήθεια του και συνάμα τη μορφή της κατάλυσης του ανθρώπινου προσώπου. (Foucault, 2004: 91, 97) Στην τρέλα η ενότητα σώματος και ψυχής κομματιάζεται σε τμήματα που απομονώνουν τον άνθρωπο από τον εαυτό του και την πραγματικότητα. Η τρέλα εμφανίζεται σαν το μηδέν του είναι, μια τύφλωση δηλαδή δεν είναι τίποτα άλλο από ένα κενό το οποίο σαν τέτοιο δύσκολα θεωρητικοποιείται. (Τζανάκης, 2008: 38)

Η ίδρυση του ασύλου, «το Ησυχαστήριο του Tuke» θα πρέπει να ξαναστήσει μια σχέση αλληλεγγύης ανάμεσα στο λογικό και τον τρελό άνθρωπο. Τώρα η τρέλα δεν μπορεί να προκαλεί φόβο στους άλλους, αλλά «φοβάται» η ίδια, όντας ολοκληρωτικά στο έλεος της παιδαγωγικής, της ορθοφροσύνης, της αλήθειας και της ηθικής. Ο τρελός μπορεί να μην είναι ένοχος για την τρέλα του, είναι όμως υπεύθυνος για ό,τι πάνω του ενοχλεί την ηθική και την κοινωνία και για τις ποινές που του επιβάλλουν. (Foucault, 2004: 238-239) Έτσι, ο Tuke δημιούργησε ένα άσυλο όπου την ελεύθερη τρομοκρατία της τρέλας την υποκατέστησε με την ασφυκτική αγωνία της ενοχής. Το άσυλο δεν τιμωρεί πια τον τρελό σαν ένοχο αλλά οργανώνει την ενοχή του τρελού σαν ένα σύστημα συνειδητοποίησης του εαυτού μέσα από το βλέμμα του άλλου, του φύλακά του, σαν θεραπευτική επέμβαση πάνω στην ύπαρξή του, σαν συνειδητοποίηση του αλλότριου προς τη λογική, την ενοχή του ώστε ο τρελός να ξαναποκτήσει συνείδηση ελεύθερου και υπεύθυνου υποκειμένου και συνακόλουθα τη λογική του. Το πλησίασμα του προσωπικού με τον τρελό καθιερώνεται με την απελευθέρωση από αλυσίδες και περιοριστικά μέτρα, αλλά ταυτόχρονα απομακρύνονται λόγω «του βλέμματος που επιτηρεί, που κατασκοπεύει, που πλησιάζει για να βλέπει καλύτερα, αλλά που ολοένα απομακρύνεται, αφού δεν δέχεται και δεν αναγνωρίζει παρά τις αξίες του Ξένου». Έτσι, η επιστήμη των διανοητικών παθήσεων όπως διαμορφωνόταν στα άσυλα ανήκε στη τάξη της παρατήρησης και της ταξινόμησης, δεν ήταν διάλογος. (Foucault, 2004: 240-243) Η απουσία καταναγκασμού στα άσυλα του 19^{ου} αιώνα δεν ισοδυναμεί με την απελευθέρωση του παραλογισμού, αλλά με μια τρέλα που έχει ήδη εξουσιαστεί. Η ουσιαστική τρέλα η πραγματικά απειλητική θα είναι εκείνη που θα ανεβαίνει από τα κατώτερα στρώματα της κοινωνίας.

Η απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της τρέλας συνυφαίνεται με την ιατροκεντρική, βιολογική προσέγγιση, που είναι απόλυτα εναρμονισμένη με το κυρίαρχο θετικιστικό πνεύμα του 19ου αιώνα. Έτσι, σηματοδοτείται το άνοιγμα του δρόμου για τη διαμόρφωση και την εμπέδωση μιας νέας οργανιστικής, ιατρικής αντίληψης για την ψυχική ασθένεια, που αναγορεύει τον εγκέφαλο σε έδρα του ψυχισμού, αποδίδοντας όλες τις ψυχικές διαταραχές σε εγκεφαλικές ανωμαλίες. Παράλληλα, η παθολογικοποίηση της εγκληματικότητας νομιμοποιεί την άσκηση κοινωνικού ελέγχου και την εξουδετέρωση μιας κατηγορίας ατόμων που θα χαρακτηριστούν από την εξουσία ως επικίνδυνα. Και πάλι η τρέλα εμφανίζεται ως η ενσάρκωση του κακού, αυτή τη φορά, γιατί συνδέεται με την εγκληματικότητα. Θεωρείται ικανή να επιφέρει απροειδοποίητα το “απόλυτο έγκλημα” που παραβιάζει

όλους τους θεμελιώδεις νόμους της φύσης και της κοινωνίας. (Τσαλίκογλου, 1987: 40, 65)

Το άσυλο στα χέρια του Pinel γίνεται όργανο ηθικής αφομοίωσης και κοινωνικής κατακραυγής ενάντια στις παρεκκλίσεις, ένας τόπος ηθικών συνθέσεων όπου σβήνουν οι διανοητικές παθήσεις που γεννιούνται στα έσχατα περιθώρια της κοινωνίας, έτσι η τρέλα στο άσυλο θα τιμωρηθεί, φυλακισμένη μέσα σε ένα ηθικό κόσμο. 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 θέτοντας ένα τέρμα στις προηγούμενες βάρβαρες μεθόδους μεταχείρισης που τις χαρακτήριζε ο πρωτογονισμός και οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης των τρελών. Ωστόσο, η νέα αυτή ανθρωπιστική αντιμετώπιση, εγκαινιάζοντας μια εποχή που ο Foucault χαρακτηρίζει ως εποχή του μεγάλου εγκλεισμού, όσο και αν σημειώνει μια αναμφισβήτητη πρόοδο στην αντιμετώπιση του τρελού, δεν παύει να λειτουργεί ως μια κατεξοχήν μορφή άσκησης ενός στυγνού κοινωνικού ελέγχου. (Τσαλίκογλου, 1987: 38-39)

1.3. Το άσυλο και η αντίφασή του

Ο όρος άσυλο υπονοεί την προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο ψυχιατρείο, επειδή η ψυχική διαταραχή τους καθιστούσε βαθμιαία ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ταυτόχρονα, όμως, γινόταν και η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο, λόγω των προκαταλήψεων που υπήρχαν για τη ψυχική διαταραχή και του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών, ο ασθενής ήταν ανεπιθύμητος για το «υγιές» κοινωνικό σύνολο. Το στερεότυπο του ανεύθυνου, επικίνδυνου και ανίατου ψυχασθενή κυριαρχούσε και η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας για την προστασία του ασθενή και του κοινωνικού συνόλου. (Λιάκος, 1995: 391)

Τα ψυχιατρεία τίθενται στο επίκεντρο των ερευνών του αμερικανού κοινωνιολόγου Erving Goffman, ο οποίος διεισδύει στο εσωτερικό των ιδρυματικών χώρων χαρακτηρίζοντάς τους ως «ολοπαγή ιδρύματα». Σημειώνει, ότι το ολοπαγές ίδρυμα θα μπορούσε να ορισθεί ως 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: 18) Το καίριο ενδιαφέρον, εκτός από το περικλειστο χαρακτήρα αυτών των ιδρυμάτων, είναι και τα χαρακτηριστικά ελέγχου της προσωπικής ζωής των εγκλειστών στα άσυλα όπως:

- Όλες οι εκδηλώσεις της ζωής διεξάγονται στον ίδιο χώρο και κάτω από την ίδια μοναδική αυθεντία. Κάθε φάση της καθημερινής δραστηριότητας του μέλους συντελείται σε άμεση συναναστροφή με μια σωρεία άλλων, οι οποίοι όλοι τυγχάνουν της ίδιας μεταχείρισης και από τους οποίους απαιτείται να κάνουν μαζί το ίδιο πράγμα.
- Όλες οι φάσεις των δραστηριοτήτων της ημέρας είναι αυστηρά προγραμματισμένες, καθώς η μια δραστηριότητα οδηγεί στην επόμενη σε χρόνο προκαθορισμένο κι ολόκληρη η ακολουθία των δραστηριοτήτων επιβάλλεται εκ των άνω από ένα σύστημα ρητών τυπικών θεσπίσεων κι ένα σώμα λειτουργών.
- Οι ποικίλες καταναγκαστικές δραστηριότητες συντάσσονται σ' ένα μοναδικό, ορθολογικό σχέδιο, καταρτισμένο, όπως λέγεται, για να εκπληρώνει τους επίσημους σκοπούς του ιδρύματος. (Goffman, 1994: 24, 25)

Το καίριο γεγονός των ολοπαγών ιδρυμάτων, σύμφωνα με τον Goffman, είναι η διαχείριση πολλών ανθρώπινων αναγκών μέσω της γραφειοκρατικής οργάνωσης ολοτήτων ανθρώπων - ασχέτως αν αποτελεί ή όχι ένα αναγκαίο ή ατελέσφορο μέσο κοινωνικής οργάνωσης. Πρωταρχική συνέπεια της γραφειοκρατικής οργάνωσης ολοτήτων ανθρώπων είναι το σχίσμα προσωπικού – τροφίμων, δεύτερη είναι η εργασία και τρίτη η οικογένεια. Το ολοπαγές ίδρυμα αποτελεί ένα κοινωνικό υβρίδιο, εν μέρει κοινότητα διαμονής, εν μέρει μια τυπική οργάνωση. Τα ολοπαγή ιδρύματα δεν επιζητούν να κατισχύσουν σε επίπεδο κουλτούρας αλλά 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: 26-33)

Το ψυχιατρείο, ως ένα ολοπαγές ίδρυμα, παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία αποτυπώνουν και συγκροτούν τη μοναδικότητά του. Πριν ο ασθενής εισαχθεί σε ένα τέτοιο ίδρυμα, έρχεται με μια ιδέα για τον εαυτό του που έγινε δυνατή χάρις σε ορισμένες σταθερές ρυθμίσεις στον οικείο κόσμο του. Με την είσοδό του, απογυμνώνεται αμέσως από το στήριγμα που του παρείχαν οι ρυθμίσεις αυτές. Αρχίζει να υφίσταται μια σειρά ηθικών μειώσεων, υποβιβασμών, ταπεινώσεων και βεβηλώσεων του εαυτού. Ο εαυτός του συστηματικά, αν και συχνά χωρίς πρόθεση, «ευτελίζεται». (Goffman, 1994: 33) Αυτό που γενικότερα μπορούμε να πούμε για

κάποιον που μπαίνει στο άσυλο είναι πως ότι μετράει γι' αυτόν πάνω απ' όλα είναι η κατωτερότητα κι η αδυναμία που νιώθει απέναντι στο περιβάλλον του. (Gentis, 1983: 43)

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) Σύμφωνα με το Goffman οι ψυχωσικοί άρρωστοι επειδή παραμένουν στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να «θεραπευθούν» από την ψυχωσική διεργασία χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητά τους όση τους έχει απομείνει από την πορεία της αρρώστιας. Ο άρρωστος είναι κλεισμένος, αδιαφοροποίητος και έτσι ενισχύεται η ψυχωσική του ομογενοποίηση η έλλειψη δηλαδή της διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους. Η αντίφαση έγκειται στο ότι το ψυχιατρείο υποτίθεται ότι είναι θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ψύχωσης και όχι ο χώρος παραγωγής τους. (Μαδιανός, 1994:33) Ο Barton (1966) στη Μεγάλη Βρετανία διαχώρισε τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο από τη συμπτωματολογία της νόσου και τις ονόμασε «ιδρυματική νεύρωση» ή «ιδρυματισμό». Επομένως, το ψυχιατρείο όχι μόνο δε λειτουργούσε θεραπευτικά για τον ψυχικά πάσχοντα, αλλά του προκαλούσε μια δευτερογενή διαταραχή, τον «ιδρυματισμό», που έκανε πολύ πιο δύσκολη ή και απέκλειε την ανάρρωσή του, λίγοι μήνες ιδρυματικής διαβίωσης συχνά έφταναν για να αποκοινωνικοποιήσουν, να ακρωτηριάσουν και να εκμηδενίσουν τον ψυχικά πάσχοντα ως ύπαρξη. Το άσυλο σήμαινε πάντα μια απλή βιολογική συντήρηση του ασθενή, σε συνθήκες ακραίας στέρησης και εξαθλίωσης – υλικής, υπαρξιακής, ψυχολογικής και κοινωνικής. Ο όρος άσυλο, δεν είναι παρά ένα άλλοθι για τον ψυχολογικό και υπαρξιακό θάνατο των ανθρώπων μέσα σε αυτά τα ιδρύματα.

Συνεπώς, αυτού του είδους βία των ψυχιατρείων οδήγησε στην εναντίωση κατά της ψυχιατρικής εξουσίας, των ψυχιατρείων και του ολοκληρωτικού θεραπευτικού κράτους με τη δημιουργία κινημάτων όπως της αντιψυχιατρικής και της δημοκρατικής ψυχιατρικής που αναγνωρίζουν και ενδυναμώνουν την κοινωνική και ατομική χειραφέτηση του ψυχικά ασθενή.

1.4. Αντιψυχιατρική και δημοκρατική ψυχιατρική

Αντιψυχιατρική είναι η αμφισβήτηση της ψυχιατρικής, η οποία μέσα από τη συσσωρευμένη θεωρητική γνώση και πρακτική πείρα, οδηγείται στη διεκδίκηση του αιτήματος της εξάλειψης της ψυχιατρικής καταδείχνοντας «ορισμένους δρόμους που προσφέρονται για μια τελείως διαφορετική κοινωνία». Είναι μ'άλλα λόγια μια, μέσα από διάφορες ετερογενείς συνεισφορές διαμορφωμένη, ενιαία και ολοκληρωμένη αντίληψη κοινωνικο-ψυχιατρικής κριτικής και κοινωνικο-πολιτικής παρέμβασης. (Γρίβας, 1985: 192)

Οι βασικές θέσεις του κινήματος της αντιψυχιατρικής, είναι οι εξής:

1. Η σχιζοφρένεια είναι κοινωνικό και όχι ιατρικό φαινόμενο. Αποτελεί προϊόν των αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών.
2. Μέσα από τη γλώσσα της σχιζοφρένειας εκφράζεται η παθολογία των κοινωνικών δομών.
3. Αυτά που η ψυχιατρική κατονομάζει ως σχιζοφρενικά συμπτώματα μαρτυρούν τη διαταραγμένη επικοινωνία στο μικροκοινωνιολογικό και ιδιαίτερα στο οικογενειακό περιβάλλον.
4. Η ψυχιατρική αποτελεί μηχανισμό της κυρίαρχης ιδεολογίας και θεματοφύλακα του status quo.
5. Αυτό που αποκαλείται ως «ψυχική ασθένεια» από την ψυχιατρική δεν είναι παρά η διαμαρτυρία ενάντια στον αλλοτριωμένο κοινωνικό κόσμο. (Τζανάκης, 2008: 88)

Εμπνευστής και πρωτεργάτης της αντιψυχιατρικής στην Αμερική ο Szasz (1956) σύμφωνα με τον οποίο ο εγκλεισμός εξυπηρετεί θεσμικές αξίες της Ψυχιατρικής, ως συστήματος κοινωνικού ελέγχου. (Szasz, 2007: 45) Το κύριο πρόβλημα της ιδρυματικής ψυχιατρικής είναι η βία. Η πιθανή βία του τρελού και η πραγματική βία της κοινωνίας και της ιδρυματικής ψυχιατρικής εναντίον του. (Szasz, 1982: 108) Η εισαγωγή του ψυχικά ασθενή στο ψυχιατρείο και η έξοδός του απ' αυτό, είναι οι ακραίες στιγμές της σύγχρονης ψευδο-επιστημονικής τελετουργίας. Ο ασθενής μπαίνει σαν αιρετικός και βγαίνει σαν προσηλυτισμένος ή δε βγαίνει ποτέ.

Μέσα σε αυτό το κλίμα εμφανίζονται δύο παραδείγματα ριζοσπαστικής ψυχιατρικής στα οποία η θεωρητική κριτική συνάδει με την προσπάθεια δημιουργίας εναλλακτικών στο ψυχιατρείο προτύπων. Το πρώτο από αυτά, η «αντιψυχιατρική», εμφανίστηκε στην Αγγλία τη δεκαετία του '60. Ένας από τους κύριους εκφραστές αυτής της κίνησης, ο Ronald Laing, ίδρυσε το 1965 ένα θεραπευτικό κοινόβιο με κύρια στοιχεία τη διαμόρφωση του εξω-ιδρυματικού συλλογικού μοντέλου και μέσω της μη-

παρεμβατικής «συνοδείας» επαγγελματιών και άλλων έμπειρων ασθενών δημιουργούνται συνθήκες αμοιβαιότητας. Αντιλαμβανόμενος την ψυχική διαταραχή σαν «εσωτερικό ταξίδι», επαναδομείται το πληγμένο «Εγώ» και αναδεικνύεται μέσα από μια άλλη εμπειρία, ισχυροποιημένο το συναίσθημα και η συνείδηση. Το κοινόβιο αυτό λειτούργησε έως το 1970. (Μπαϊρακτάρης, 1994: 60, Γρίβας, 1985: 200)

Λίγο πριν, από το 1962 ο David Cooper στον οποίο ανήκει η πατρότητα του όρου «αντιψυχιατρική» δρομολογεί μία προσπάθεια αναδιοργάνωσης ενός από τα περίπτερα του δημόσιου ψυχιατρείου του Λονδίνου, της «Villa 21». Διασυνδέει άμεσα την κοινωνικο-οικονομική με την ψυχική αποξένωση και απορρίπτοντας οποιαδήποτε μορφή ατομικής ψυχοθεραπείας ή θεραπείας με φυσικά μέσα (φαρμακοθεραπεία, ηλεκτροσόκ κλπ) εστίασε στο πλαίσιο της οικογένειας του ασθενή και στην αυτονομία των ίδιων των έγκλειστων καθώς άσκησε κριτική στην οικογένεια την οποία θεώρησε όπως και την ιατρική μηχανισμό της καπιταλιστικής κοινωνίας. Η κίνηση αυτή θα διαρκέσει από το 1962 μέχρι το 1966. (Μπαϊρακτάρης, 1994: 61, Γρίβας, 1985: 203-204)

Από την άλλη, το κίνημα της «δημοκρατικής ψυχιατρικής» (Psichiatria Democratica) αναπτύχθηκε στην Ιταλία στις αρχές της δεκαετίας του '60, στοχεύοντας στην κριτική και την αμφισβήτηση της ψυχιατρικής. Σύμφωνα με το Basaglia η ψυχιατρική είναι μια καταπιεστική τεχνική και ένας τρόπος επιβολής κοινωνικού ελέγχου που το κράτος χρησιμοποιεί πάντα για να καταπιέζει τους φτωχούς ασθενείς δηλαδή, την τάξη των εργαζομένων που δεν παράγουν. (Basaglia, 2008: 38)

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. Το 1971 ο Basaglia αναλαμβάνει τη διεύθυνση του ψυχιατρείου της Τεργέστης. Οι παρεμβάσεις του θα 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. 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.

Ο Basaglia υποστηρίζει 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 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 εγκλείστους. Το ψυχιατρικό ίδρυμα θα πρέπει να αποσκοπεί στην επιστροφή του ατόμου στο φυσικό του χώρο, δηλαδή στην κοινωνία. Οι δε 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. 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. Η διεργασία αυτή δεν αφορά μόνο τους επαγγελματίες και τους πρώην τρωφίμους αλλά το σύνολο των τοπικών φορέων: δεν πρόκειται για ένα «εσωτερικό ζήτημα» του ψυχιατρικού θεσμού αλλά για ένα πρωτίστως πολιτικό και κοινωνικό ζήτημα. (Τζανάκης, 2008: 90-93) Αποτέλεσμα της όλης προσπάθειας ήταν η ψήφιση του νόμου 180/78³, ο οποίος όριζε την απαγόρευση νέων εισαγωγών και τη σταδιακή κατάργηση του ψυχιατρείου, με παράλληλη δημιουργία εναλλακτικών κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας. (Μπαϊρακτάρης, 1994: 75)

Το αντιψυχιατρικό κίνημα τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ σχεδόν κατέρρευσε στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ήταν η διάδοχη κατάσταση, έχοντας βασικό στόχο την αποασυλοποίηση και τη φροντίδα των ασθενών στο φυσικό τους περιβάλλον. Η κοινοτική ψυχολογία και η κοινωνική ψυχιατρική έγιναν διάυλος μέσω του οποίου άρχισε να υλοποιείται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. (Ποταμιάνος, 2000: 43- 44)

³ Ο Basaglia αναφέρει σε μια διάλεξή του στο Σάο Πάουλο: «Τελικά ο αγώνας μας έγινε νόμος του κράτους. Σήμερα στην Ιταλία υπάρχει ένας νόμος που απαγορεύει τη δημιουργία ψυχιατρείων και ορίζει την κατάργηση των υπαρχόντων σε βάθος χρόνου. Υπήρξε μια μεγάλη νίκη της εργατικής τάξης που πίεσε το Κοινοβούλιο να ψηφίσει ένα νόμο ο οποίος εμβολιάζει με κοινωνικούς προβληματισμούς την ιατρική». (Basaglia, 2008: 48-49)

1.5. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση νοούνται οι αλλαγές που απαιτούνται να γίνουν ώστε να επιτευχθεί η ομαλή μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό μοντέλο του ασύλου στο μοντέλο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δηλαδή στην κάλυψη των αυξημένων αναγκών του ψυχιατρικού ασθενούς ώστε να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. (Σταμούλη, 2006: 767)

Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής άρχισε μεταπολεμικά να λαμβάνει χώρα. Κατανοήθηκε στο εσωτερικό της ψυχιατρικής ως νίκη της «δημόσιας υγείας», σε αντίθεση με τη μονόπλευρη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας ως ατομικού – βιολογικού φαινομένου που συνόδευε την ασυλιακή πρακτική. Το βασικό επιχείρημα της κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί η πρόταση ενός εναλλακτικού σχεδίου στο παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο, δηλαδή μια πρόταση που βασίζεται σε μια διαφορετική θεσμική διάρθρωση, η οποία επιτρέπει την εφαρμογή μιας σειράς θεραπευτικών παρεμβάσεων χωρίς τη διαμεσολάβηση του εγκλεισμού, ή έστω χωρίς την επικέντρωση σε αυτόν. Στο νέο αυτό μοντέλο της κοινοτικής ψυχιατρικής, η ψυχιατρική φροντίδα λαμβάνει χώρα διαφόρων νέων δομών, οι οποίες βρίσκονται μέσα στον κοινωνικό ιστό και αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητα. (Τζανάκης, 2008: 81) Ειδική έμφαση δίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας, με στόχους την αλλαγή στάσεων και τη μείωση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών. (Μαδιανός, 2004: 524) Οι Szmukler & Thornicroft (2001: 3) έδωσαν έναν ορισμό σύμφωνα με τον οποίο η Κοινοτική Ψυχιατρική περιλαμβάνει τις αρχές και τις πρακτικές που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό, διαμέσου i. της ανάδειξης των βασισμένων στον πληθυσμό αναγκών θεραπευτικής αγωγής και φροντίδας ii. της πρόβλεψης ενός συστήματος υπηρεσιών που συνδέουν ένα ευρύ φάσμα πόρων επαρκούς καταλληλότητας, λειτουργώντας σε προσιτούς χώρους iii. της παροχής θεραπευτικών παρεμβάσεων που είναι βασισμένες στην τεκμηρίωση (evidence-based) σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές.

Σ' αυτήν την πορεία προς τη κοινότητα καθοριστικό ρόλο έπαιξε η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων. Πριν από τη δεκαετία του '50, υπήρχαν λίγες «μέθοδοι» για τη θεραπεία σοβαρά διαταραγμένων ανθρώπων, ιδιαίτερα ο εγκλεισμός και η σωματική καθήλωση ήταν περισσότερο συνηθισμένα και απαραίτητα μέσα απ' ότι σήμερα. Η

θεραπεία περιλάμβανε «υδροθεραπεία, ινσουλινικό σοκ, νευροχειρουργική, ψυχοχειρουργική, ναρκωτικές ουσίες, βαρβιτουρικά και βρωμιούχα», θεραπευτικά μέσα τα οποία ευτυχώς έχουν εκλείψει. (Μάνος, 1997: 743-744) Τα ψυχοφάρμακα τροποποίησαν ριζικά την επικρατούσα ατμόσφαιρα στο εσωτερικό των ψυχιατρικών ιδρυμάτων κι επέτρεψαν μια αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων των θεραπευομένων στο εσωτερικό της κοινότητας, χωρίς τη μεσολάβηση, ή με το δραστικό περιορισμό, της νοσηλείας. Όμως πέρα από την σημαντική αυτή ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων, η κρίση του ασυλιακού μοντέλου και οι προσπάθειες για ριζικό μετασχηματισμό του, είχαν προηγηθεί της ανακάλυψής τους. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε δύο περιπτώσεις εγχειρημάτων υπέρβασης του θεσμού του ασύλου και της λογικής του, οι οποίες έλαβαν χώρα πριν από την εμφάνιση των ψυχοφαρμάκων: η θεσμική ψυχοθεραπεία και η θεραπευτική κοινότητα. (Τζανάκης, 2008: 82) Το κίνημα της θεσμικής ψυχοθεραπείας αναπτύχθηκε στη Γαλλία. Επηρέαστηκε από εξωγενείς παράγοντες, όπως η αγγλική εμπειρία του μη περιορισμού και της ανοικτής πόρτας και οι απόψεις του Γερμανού Simon για την εργασία ως θεραπευτικό παράγοντα. (Μπαϊρακτάρης, 1994: 38) Κεντρική αρχή του κινήματος αποτέλεσε η διαπίστωση ότι δεν είναι δυνατή η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών χωρίς μια προηγηθείσα ανάλυση του ασυλιακού θεσμού. Οι παγιωμένες σχέσεις μεταξύ των θεσμικά εμπλεκομένων, των γιατρών, των νοσηλευτών, του βοηθητικού προσωπικού τους. Ο σκοπός του κινήματος ήταν να καταστεί δυνατή η διασύνδεση νοσοκομειακής πρακτικής και ψυχανάλυσης. (Τζανάκης, 2008: 83)

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα άλλο παράδειγμα κριτικής του ασυλιακού μοντέλου πριν την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων. Νέες θεωρίες και πρακτικές συνοδεύουν την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας. Οι νέες αυτές θεωρίες και πρακτικές κάνουν λόγο για διαφορά της θεραπευτικής κοινότητας από άλλα κέντρα και το πιο σημαντικό και ουσιαστικό, η ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία του και στη θεραπεία άλλων, αντί της υιοθέτησης του παθητικού ρόλου και δέκτη των υπηρεσιών. Μέσω αυτών των επιχειρούμενων αλλαγών επιτυγχάνεται όχι μόνο η ενσωμάτωση στη ψυχιατρική πρακτική ενός νέου θεραπευτικού πνεύματος, αλλά και η κριτική του ασυλιακού περιβάλλοντος. (Τζανάκης, 2008: 84)

Οι θεωρίες και οι πρακτικές που αναπτύχθηκαν αναφορικά με την ιδέα της θεραπευτικής κοινότητας επηρέασαν τις ευρωπαϊκές και τις βορειοαμερικανικές χώρες. Όμως, παρά τις επιφανειακά παρόμοιες δομές που δημιουργήθηκαν στις διάφορες χώρες (π.χ. στις περισσότερες χώρες δημιουργήθηκαν Κέντρα Ψυχικής Υγείας),

σημαντική διαφορά υπάρχει στην ιδεολογική κατεύθυνση των κινήσεων αυτών. Έτσι, διακρίνονται τρία μοντέλα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης⁴:

Το μοντέλο της **αποϊδρυματοποίησης** (με κύριο εκφραστή το Basaglia και των συνεργατών του στην Ιταλία) ως μορφή υπέρβασης του ασύλου, προϋποθέτει ένα ριζικό στοχασμό όσον αφορά το νόημα της ψυχικής ασθένειας, τη διάρθρωση των θεσμών που απευθύνονται στην εξυπηρέτηση ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και το ρόλο των επαγγελματιών. Η αναδιάταξη του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας βασίζεται στο κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου-ασύλου και την αντικατάστασή του από ένα ευρύ διαφοροποιημένο δίκτυο δομών που αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις στο φυσικό τους κοινωνικό χώρο. Ως μόνη λύση προτείνεται η αποσάρθρωση του ψυχιατρείου ως θεσμικού κέντρου της διαχειριστικής λογικής που βασίζεται στη βία. Για το σκοπό αυτό απαιτείται η αναδιοργάνωση των επαγγελματικών ρόλων, η παραίτηση από την ισχύ της αυθεντίας και η εγκαθίδρυση μιας παραδοχής των κοινωνικών αντιφάσεων που επικαθορίζουν το θεραπευτικό έργο. Η σύγκρουση με τις παραδοσιακές δυνάμεις θεωρείται αναπόφευκτη, εφόσον η ψυχιατρική σχετίζεται αναγκαστικά με τις κοινωνικές διαιρέσεις και την παγιωμένη κοινωνική ιεραρχία. Η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης κατανοείται ως μια συνεχής κριτική διεργασία χωρίς ετοιμοπαράδοτες αλήθειες. (Τζανάκης, 2008: 97) Σύμφωνα με τον Del Aqua, ψυχίατρο της ιστορικής ομάδας Basaglia, «ο αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητούμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». «Αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε «ο άρρωστός μου», «ο γιατρός μου», ακόμα και αν εργαζόμαστε στη κοινότητα». (Μαδιανός, 1994: 35-36)

Το μοντέλο της **απονοσοκομειοποίησης** (π.χ Η.Π.Α.) βασίζεται στο δραστικό περιορισμό του ρόλου των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και το κλείσιμό τους σε ορισμένες περιπτώσεις, με μια παράλληλη ενίσχυση της ελεύθερης αγοράς υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. Εξαιτίας της κριτικής και της δυσφορίας σχετικά με

⁴ Σχετικά με την κοινοτική ψυχιατρική και τα μοντέλα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που πραγματοποιήθηκαν βλ. Ποταμιάνος Γ. (2000), *Κλινική ψυχολογία. Σύγχρονα θέματα κλινικής πρακτικής και έρευνας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα σελ. 111-148 καθώς επίσης Μπαϊρακτάρης Κ. (1994), *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές, Εναλλακτικές εκδόσεις*, Αθήνα σελ.77-92.

την ψυχιατρική πρακτική των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, καθώς τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ήταν ξεκομμένα από τη ζωή της κοινότητας, οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών ήταν χαμηλού επιπέδου, τα θεραπευτικά προγράμματα δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες των ασθενών, η περίοδος αποασυλοποίησης των «ψυχικά ασθενών» διαρκούσε μεγάλα χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα την αποξένωση των ασθενών. (Ποταμιάνος, 2000: 111) Η λογική αυτού του μοντέλου είναι η φιλελευθεροποίηση του ψυχιατρικού συστήματος και η δημοσιονομική πολιτική περιστολής των δημοσίων δαπανών. Οι κοινοτικές δομές που οργανώνονται δεν αποσκοπούν στην αντικατάσταση της φροντίδας που πριν παρέχονταν από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι νέες δομές καλούνται να λειτουργήσουν παράλληλα αφενός με τον ιδιωτικό τομέα που αναπτύσσεται, και αφετέρου με μια σειρά από φιλανθρωπικού, ανθρωπιστικού και προνοιακού χαρακτήρα ιδρύματα. (Τζανάκης, 2008: 98, Μπαϊρακτάρης, 1994: 95- 96)

Πρέπει να επισημάνουμε ότι το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων χωρίς την αντικατάστασή του από ένα δίκτυο κοινωνικών δομών (το οποίο θεωρείται ότι επίσης αναπαράγει δυνητικά την ιδρυματοποίηση) οδηγεί πολλούς από τους πρώην τροφίμους σε ένα άλλο είδους κοινωνικό περιθώριο: η αποασυλοποίηση παίρνει εδώ τη μορφή της αντικατάστασης του εγκλεισμού από την ανεργία και την έλλειψη στέγης. Η νέα αυτή κατάσταση οδηγεί στην άνθηση προνοιακών υπηρεσιών νεο-ιδρυματικού χαρακτήρα (περιστασιακή, εθελούσια διαμονή). Συναφές με αυτές τις εξελίξεις αποτελεί το φαινόμενο της συνεχούς μεταπήδησης σε διαφορετικούς θεσμούς και ιδρύματα φροντίδας, χωρίς θεραπευτική συνέχεια. Κατ' αντιδιαστολή, στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου υπέρβασης του ασύλου, αναπτύσσονται σημαντικά κινήματα διεκδίκησης και προώθησης των ατομικών δικαιωμάτων από τα κάτω, με τη συμμετοχή τόσο ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, όσο και επαγγελματιών. (Μπαϊρακτάρης, 1994: 96)

Το **μεικτό** μοντέλο (δυτική Ευρώπη). 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 υποκαθίσταται πλήρως. Οι νέες δομές έχουν διπλό ρόλο, αφενός στην εισαγωγή του ατόμου στο ψυχιατρείο και αφετέρου στην επιστροφή του στους φυσικούς χώρους διαβίωσης. Δηλαδή, οι εναλλακτικές δομές δεν αντιστρατεύονται το ψυχιατρείο, αλλά το συμπληρώνουν, το υποκαθιστούν σε ορισμένες περιπτώσεις αλλά δεν το αντικαθιστούν. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του «μεικτού» μοντέλου δε

συνίσταται στον εγκλεισμό και στη διαχείρισή του, όπως παλαιότερα στο ασυλιακό μοντέλο. (Τζανάκης, 2008: 99)

1.6. Ψυχιατρική και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα⁵

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, την μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μία χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά το νομικό, το οργανωτικό, το διοικητικό, το διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών. (Μαδιανός, 1994: 25)

Το πρώτο υγειονομικό διάταγμα ήταν ο γνωστός νόμος ΨΜΒ/1862 «Περί των φρενοκομείων» πρότυπο του οποίου υπήρξε η αντίστοιχη γαλλική νομοθεσία του 1838 και ακολούθησε ο νόμος 6/7/1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο. Ο νόμος ΨΜΒ/1862 αποτέλεσε το βασικό ρυθμιστικό νόμο της ελληνικής ψυχιατρικής που καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο (ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θεσμοθετημένο και ελεγχόμενο από το κράτος) ύστερα από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του ασθενή. Στον ελλαδικό χώρο το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1838, από βρετανική διοίκηση, έπειτα το 1887 ιδρύθηκε το Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο καθώς επίσης το ιδιωτικό φρενοκομείο στο Δαφνί. Από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, που νομοθετικά δεν ρυθμιζόνταν από το νόμο ΨΜΒ. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, και οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες. (Στυλιανίδης, Θεοχαράκης, Χονδρός, 2007: 50)

Οι πρώτες εξωνοσοκομειακές δομές στο χώρο της ψυχικής υγείας δημιουργήθηκαν το 1956 από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών στην Αθήνα. Τη μεγαλύτερη όμως ευθύνη της αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενούς την είχαν ασυλιακού τύπου

⁵ Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και τις πολιτικές του προγράμματος «Ψυχαργός» βλ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), *Εκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα επίσης Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011) *ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020)*, Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός, ΥΥΚΑ, Αθήνα.

ψυχιατρικά ιδρύματα, που λειτουργούσαν σε όλη την επικράτεια με βάση την αρχή της απομόνωσης του ασθενούς από την κοινότητα (Δρομοκαΐτειο, Δαφνί, Ψυχιατρεία Κέρκυρας, Χανίων, Τρίπολης, Κατερίνης, Θεσσαλονίκης, Λέρου κ.α.). Μέχρι το 1981 υπήρχε σημαντική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη. (Μαδιανός, 1994)

Η πρώτη αναφορά στην οργάνωση συστήματος ψυχικής υγείας σε νομοθετικό επίπεδο γίνεται στο νόμο 1397 του 1983 για το ΕΣΥ. Ένα από τα βασικότερα σημεία του νόμου αφορά το γεγονός ότι για πρώτη φορά αναφέρεται ο όρος «αποασυλοποίηση». Την επίσημη αρχή της μεταρρύθμισης σηματοδοτεί ο κανονισμός 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ») που δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη δομών εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης (κέντρα ψυχικής υγείας, ξενώνες, μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης). Η παρέμβαση αυτή της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν το αποτέλεσμα της πίεσης που είχε δημιουργηθεί παγκοσμίως με τη δημοσιοποίηση των απαράδεκτων συνθηκών διαβίωσης των ασθενών στο θεραπευτήριο και το ΠΙΚΠΑ της Λέρου⁶ κάτι που δεν συνέβαινε μόνο στο συγκεκριμένο ίδρυμα αλλά ήταν φαινόμενο παγκόσμιο σε ασυλιακού τύπου ψυχιατρικά νοσοκομεία. (Σταμούλη, 2006: 767-768)

Κατά τη δεκαετία 1983-1993, οι δράσεις για τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας που πραγματοποιήθηκαν, βασίστηκαν στις «απαιτήσεις» της Ευρωπαϊκής Ένωσης (τότε ΕΟΚ) όπως αυτές εκφράζονταν μέσω του κανονισμού ΕΟΚ αριθμ. 815/84 Συμβουλίου ΕΚ.

Ο Κανονισμός 815/84, ο οποίος εγκρίθηκε στις 26 Μαρτίου 1984, προέβλεπε έκτακτη οικονομική ενίσχυση για:

- (Πρόγραμμα Α): Τη δημιουργία νέων εγκαταστάσεων κατάρτισης στην ευρύτερη περιφέρεια των Αθηνών. Στο πλαίσιο του Προγράμματος Α, η δράση εστιαζόταν στη δημιουργία υποδομής κατάρτισης στην ευρύτερη περιφέρεια Αθηνών, η οποία θα συμπλήρωνε τις ελλείψεις εκεί λόγω της εξαίρεσης της περιφέρειας από την

⁶ Ειδικότερα οι καταγγελίες που αφορούσαν τις απάνθρωπες μεθόδους αντιμετώπισης των ασθενών στο ψυχιατρείο της Λέρου ήταν αυτές του ένατου περιπτέρου των γυμνών και του ενδέκατου των αλυσοδεμένων, η έλλειψη της κρατικής φροντίδας ώθησε τους υπηρετούντες αγροτικούς γιατρούς στη διαμαρτυρία και τη δημοσίευση της κατάστασης στον ελληνικό και διεθνή τύπο. Η Ελλάδα κατηγορήθηκε για καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ως νεότερο μέλος της ΕΟΚ το 1981 αναγκάστηκε να δεχθεί την παρέμβαση της Ευρώπης. Ασημόπουλος, 2009:21, Μαδιανός, 2009:16.

παρέμβαση ΕΤΠΑ. Στόχος ήταν η ανέγερση, επέκταση, διαρρύθμιση και εξοπλισμός των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης.

- (Πρόγραμμα Β): Τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στο σύνολο της επικράτειας της Ελλάδας. Η δράση στα πλαίσια του Προγράμματος Β απέβλεπε στην ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών σε ολόκληρη την επικράτεια με στόχο την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και μειονεξίες καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με τον τρόπο αυτό θα αντιμετωπίζονταν οι σοβαρές ανεπάρκειες του ελληνικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης. (ΕΠ, «Υγεία και Πρόνοια»2000-2006: 11)

Το 1992 ψηφίζεται ο νόμος 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», όπου γίνεται προσπάθεια εναρμόνισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής με το νομικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και με τις πρόσφατες επιστημονικές ανακαλύψεις. Παράλληλα, καθορίζονται και οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά σθενών. Το 1997 ψηφίζεται ο νόμος 2716/97, ο οποίος καθορίζει το πλαίσιο του τρόπου παροχής ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας. Ακόμη, το 1999 υλοποιείται το πρόγραμμα «Ψυχαργός» με το νόμο 2716/99 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Υγείας και άλλες διατάξεις» το οποίο είναι ένα διαρκές - δεκαετούς ανάπτυξης - πρόγραμμα που αφορά στην ανάπτυξη μονάδων και δράσεων ψυχικής υγείας, σε όλη την επικράτεια. Ο νόμος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (2716/99) ορίζει ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας». (ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ΄ 2011-2020: 14) Ο αρχικός δεκαετής προγραμματισμός πραγματοποιήθηκε το 1997 και αφορούσε δύο διαδοχικές περιόδους: 1997-2001 «Α΄ φάση Ψυχαργός» και εντάχθηκε στο επιχειρησιακό πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα». Το 2001-2006 «Β΄ φάση Ψυχαργός» εντάχθηκε ο άξονας της ψυχικής

υγείας στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», καθώς διαπιστώθηκε η ανάγκη ενίσχυσης και εδραίωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τόσο σε επίπεδο αποασυλοποίησης ασθενών των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων, όσο και σε επίπεδο της πρόληψης (ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006»). Οι βασικοί στόχοι του Ψυχαργώς ήταν δυο και αφορούσαν (ΥΥΚΑ «Ψυχαργώς 2001-2010», 2001):

- Την αποασυλοποίηση των ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την επιστροφή τους στους τόπους από τους οποίους προέρχονταν.
- Τη δημιουργία δομών στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της ψυχικής υγείας. Το νέο δίκτυο υπηρεσιών θα διαμορφωνόταν σε περιφερειακή βάση και θα εξειδικευόταν σε επίπεδο Νομού και τομέα. (ΥΥΚΑ, 2011: 76)

Στο τέλος της Α΄ φάσης πραγματοποιήθηκε η πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος για την περίοδο 2001-2010 ενώ η δεύτερη προβλέφθηκε στο τέλος της Β΄ φάσης για την περίοδο 2006-2015. Το πλαίσιο εθνικού σχεδίου δράσης Ψυχαργώς Γ΄ 2011-2020 αφορά την περίοδο 2011-2015 που αποτελεί την Α΄ φάση του προγράμματος (η οποία συμπίπτει με την περίοδο υλοποίησης του ΕΣΠΑ) και η περίοδος 2014-2018 τη Β΄ φάση υλοποίησής του.

Αποτελεί στρατηγικό στόχο του Υπ. Υγείας και τίθεται με σαφήνεια ως στόχος στην πολιτική του Ψυχαργώς Γ΄, η περαιτέρω συρρίκνωση και οριστική κατάργηση των ψυχιατρείων που έχουν απομείνει (ΨΝΑ Δαφνί, ΨΝ Δρομοκαΐτειο, ΨΝΘ, ΚΘ Λέρου) μέχρι το 2015 (ή εφόσον η τρέχουσα οικονομική συγκυρία δεν το επιτρέψει, μέχρι το 2020) και η υποκατάστασή τους από επαρκώς αναπτυγμένα και αποδοτικά κοινοτικά δίκτυα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εν τούτοις, ενδέχεται στο μέλλον, να αποδειχθεί ότι ένας μικρός αριθμός ιδρυμάτων (1- 2 σε όλη τη χώρα) με μικρό αριθμό κλινών να χρειασθεί να παραμείνουν για ειδικά περιστατικά για τα οποία είναι αδύνατη η φροντίδα άλλου είδους λόγω υψηλής επικινδυνότητας (ψυχιατρεία μέσης και υψηλής ασφαλείας, δικαστικά ψυχιατρεία). (ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ΄ 2011-2020: 35)

1.7. Κριτική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Στην Ελλάδα η προσπάθεια για ψυχιατρική μεταρρύθμιση και αποασυλοποίηση έχει ξεκινήσει εδώ και χρόνια. Τα προβλήματα όμως που συνοδεύονται με τις δυσκολίες και τις αδυναμίες στο θεραπευτικό επίπεδο των προγραμμάτων αποκατάστασης, έχουν

αρχίσει να εμφανίζονται το τελευταίο διάστημα με ιδιαίτερη ένταση. Τα αίτια των προβλημάτων αυτών συνδέονται: α) με την αποσπασματική υλοποίηση των νέων δομών, χωρίς παράλληλη ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας του οποίου θα αποτελούσαν μέρος και β) με την απουσία ενός κλινικού προβληματισμού για το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο στις δομές αυτές. Ο επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων στο σχεδιασμό των νέων υπηρεσιών καθώς και η δημιουργία μιας κλινικής θεωρίας ενός «ψυχονοητικού θεσμού» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την αποασυλοποίηση, είναι επιτακτική ανάγκη, για να επιτευχθούν οι στόχοι. Αυτοί θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν την καλύτερη θεραπευτική φροντίδα των χρόνιων αρρώστων αλλά και τη συνολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και όχι μόνο την υλοποίηση μιας επιμέρους αναγκαιότητας που αφορά το κλείσιμο των ψυχιατρείων. Αν η ανάπτυξη των υπηρεσιών δεν είναι σφαιρική και δεν συνοδεύεται από ένα κλινικό προβληματισμό του παρεχόμενου έργου, τότε, η προσπάθεια θα είναι αποσπασματική και οι παρεχόμενες υπηρεσίες προβληματικές. (Δαμίγος, Μαυρέας, 2003: 482) Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» δεν είναι επαρκές για την πλήρη ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Χωρίς την ταυτόχρονη ανάπτυξη των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και πρόληψης, η τροφοδότηση των ψυχιατρείων με νέους ασθενείς, λόγω έλλειψης εναλλακτικών τρόπων νοσηλείας θα διαιωνίζεται. (Λιάκος, 2003: 148)

Σύμφωνα με το Μεγαλοοικονόμου (2009: 37- 40) η μεταστέγαση των πρώην εγκλείστων των δημόσιων ψυχιατρείων σε στεγαστικές δομές της κοινότητας χωρίς την παροχή φροντίδας και στήριξης στην κοινότητα εκτός της παροχής κλίνης και η μείωση χρηματοδότησης μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων οδηγεί σε ένα νεοϊδρυματικό ψυχιατρικό παράδειγμα που είναι η εκμοντερνισμένη αν και απορρυθμισμένη μορφή, του κλασικού ψυχιατρικού παραδείγματος δηλαδή ένα στρεβλό προϊόν της μεταρρύθμισης. Επομένως, όπως περιγράφει ο Foucault χρησιμοποιώντας τον όρο «εξανθρωπισμός» δηλαδή η αλλαγή του ιδεολογικού συστήματος χωρίς το θεσμικό και το αντίθετο με τον όρο «ρεφορμισμός» δηλαδή να θεωρείται ως αλλαγή η μεταφορά των μεθόδων θεραπείας του ιδρύματος στην κοινότητα με αποτέλεσμα τη διατήρηση της κουλτούρας του ιδρυματισμού οδηγεί στην πλήρη αποτυχία του όλου εγχειρήματος καθώς είναι απαραίτητη η ταυτόχρονη θεωρητική και πρακτική υπέρβαση του ψυχιατρείου και της ψυχιατρικής.

Επιπροσθέτως, δε γνωρίζουμε ποιος τύπος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα επικρατήσει στην Ελλάδα. Αν και οι εξελίξεις έδειχναν ότι οδεύουμε προς την

κατεύθυνση της επικράτησης ενός «μεικτού μοντέλου» όπου πλάι στο μετασχηματισμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο αναπτύσσονται κοινοτικού τύπου δομές, δεν είναι απίθανο, μετά τις πρόσφατες δημοσιονομικές εξελίξεις, να επικρατήσει μια λογική «απονοσοκομειοποίησης», περιστολής, δηλαδή της δημόσιας ψυχιατρικής φροντίδας γενικά. (Τζανάκης, 2012: 239)

1.8. Αποασυλοποίηση

Η αποασυλοποίηση ως όρος αναφέρεται στη διαδικασία της τριτοβάθμιας ψυχιατρικής πρόληψης και είναι άμεσα συνυφασμένος με τις έννοιες όπως αποϊδρυματοποίηση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και έχει ως σκοπό τη μείωση των συνεπειών της χρονιότητας της ψυχικής διαταραχής. Ο όρος «χρόνιος ασθενής» αναφέρεται σε ένα φάσμα χαρακτηριστικών του ασθενούς που προσδιορίζεται από τρία επίπεδα: η μακρά διάρκεια της νόσου, η σοβαρότητα της νόσου, (συχνά πάσχει από σχιζοφρένεια, οργανική ψυχική διαταραχή ή μείζονα συναισθηματική διαταραχή) και την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία του.

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα (μετά από κατάλληλη προετοιμασία) και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα. Η συρρίκνωση ή το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων (ασύλων) μετά την έξοδο των χρόνιων ασθενών, οδηγεί σε εναλλακτικούς τύπους φροντίδας για τους ασθενείς όπως μονάδες στεγαστικής κάλυψης: ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, οικοτροφεία και βρίσκονται σε στενή σχέση με άλλες κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες ή νοσοκομεία. Τα προγράμματα της αποϊδρυματοποίησης πρέπει να λειτουργούν παράλληλα και να συνοδεύουν τις ευρύτερες προσπάθειες αλλαγής στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών (αποστιγματισμός, αποδοχή από την κοινότητα) με έμφαση την ανάπτυξη της κοινωνικής-κοινοτικής φροντίδας μέσω της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. (Κονταξάκης, Καρύδη, Οικονόμου, 2000: 836-838)

Η ύπαρξη μονάδων στεγαστικής κάλυψης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, αφού οι μονάδες αυτές αποτελούν τον πυρήνα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς. Έχει παρατηρηθεί ότι προγράμματα αποκατάστασης που υλοποιήθηκαν χωρίς να προβλεφθεί η στεγαστική κάλυψη των ασθενών οδήγησαν σε σημαντικά κοινωνικά προβλήματα π.χ. αύξηση των παραμελημένων αστέγων ασθενών, αύξηση των προβλημάτων διαταραχών συμπεριφοράς των ασθενών. (Κονταξάκης, 2002: 5)

Η πλήρης ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει στην πραγματική υπέρβαση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και στην ουσιαστική αποασυλοποίηση. 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)

1.9. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προσανατολίζονται αφενός μεν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του ψυχικά πάσχοντα και αφετέρου στην ανάπτυξη των πόρων, που θα υποστηρίξουν την κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη. Βασικός στόχος τους, εξάλλου, είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος και το στενό περιβάλλον του (οικογένεια κ.α.). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η αποκατάσταση ορίζεται ως «μια δυναμική διαδικασία, που επιτυγχάνεται με τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων, η οποία αποσκοπεί στο να βοηθήσει το άτομο να φτάσει στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία».

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν πρέπει να ανάγεται, απλώς και μόνο σε θεραπευτικές/αποκαταστασιακές μεθόδους που απευθύνονται στο άτομο που πάσχει. Σύμφωνα με το Basaglia απαιτεί τη διαπραγμάτευση τριών αλληλένδετων μεταξύ τους επιπέδων που είναι το ατομικό επίπεδο, το θεσμικό και το δομικό. (Μεγαλοοικονόμου, 2000: 16-17)

Η επιτυχία των προγραμμάτων αυτών επιβεβαιώνεται όταν με την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη διασφαλίζεται η κινητοποίηση του ασθενούς για ενεργό συμμετοχή στην αποκαταστασιακή διαδικασία, με την απόκτηση κοινωνικών και εργασιακών ρόλων. Έτσι, ενδυναμώνεται το αίσθημα του αυτοελέγχου, της αυτοεκτίμησης, της αυτενέργειας και της αυτονομίας και διαμορφώνεται ένα άτομο με νέα ταυτότητα αποδεκτή από τον ίδιο και το περιβάλλον του. Επίσης, σύμφωνα με τους Braun και τους συνεργάτες τους η κοινοτική περίθαλψη είναι αποτελεσματική και

με σημαντικά οφέλη με απαραίτητες, ωστόσο, προϋποθέσεις τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και την εξασφάλιση θεραπευτικού συνεχούς. (Ζήση, 2002: 89) Επιπλέον, ο επαναπροσδιορισμός του κοινωνικού ρόλου των ασθενών επιτυγχάνεται με την ένταξή τους σε προγράμματα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης και στους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης ευθύνης. (Κοι.Σ.Π.Ε.)

Το άρθρο 12 του ελληνικού Νόμου 2716/199 αναφέρεται στην ίδρυση των Κοι.Σ.Π.Ε. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης είναι παραγωγικές, εμπορικές και κοινωνικές μονάδες οι οποίες αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα και συνιστούν μια μορφή απασχόλησης που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εποπτεία των απασχολούμενων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι ΝΠΙΔ που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αποβλέπουν στην οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Όμως, στην Ελλάδα η απόσταση που μας χωρίζει σε σχέση με την Ευρώπη όσον αφορά τον αριθμό των ασθενών που εργάζονται και τα αποτελέσματα της παροχής υπηρεσιών είναι μεγάλη καθώς δεν αρκεί η έκδοση ενός νόμου για να υλοποιηθεί η απόφαση του νομοθέτη και της Πολιτείας. Ο Νόμος 2716 δίνει μεγάλη έμφαση στους Κοι.Σ.Π.Ε. Παρόλα αυτά, οι συνεταιρισμοί βρίσκονται σε εμβρυακή κατάσταση και η διαδικασία εφαρμογής του Νόμου δεν έχει ξεκινήσει σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας. (Φραγκούλη, 2003: 545)

1.10. Ξενώνες

Οι ξενώνες ανήκουν στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που υποστηρίζουν το βασικό κοινωνικό δικαίωμα της στέγασης για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ψυχικά νοσήματα.

Στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογένεια, ασθενείς που κρίνεται ότι για τη θεραπεία τους απαιτείται κάποιο χρονικό διάστημα μακριά από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή άτομα που χρειάζονται μια μεταβατική περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης πριν επανέλθουν στην κοινότητα.

Ως άριστη δυναμικότητα του κάθε ξενώνα θεωρείται η φιλοξενία 15 περίπου ατόμων. Οι ξενώνες διακρίνονται, ανάλογα με τη διάρκεια παραμονής των ενοίκων τους, σε βραχείας, μέσης, και μακράς διάρκειας παραμονής. Επίσης, ανάλογα με το επίπεδο παρουσίας προσωπικού, χαρακτηρίζονται ως υψηλού βαθμού φροντίδας (24ωρη

παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού φροντίδας (παρουσία προσωπικού μικρότερου του 24ωρου) και χαμηλού βαθμού φροντίδας (περιοδική παρακολούθηση των ενοίκων). Για να εξυπηρετεί ο ξενώνας τον στόχο της κοινωνικής επανένταξης, πρέπει να βρίσκεται μέσα στην κοινότητα, δηλαδή σε οικιστική περιοχή. (Σταμούλη, 2006: 774)

1.11. Προστατευόμενα διαμερίσματα

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι μονάδες στέγασης που βρίσκονται σε πολυκατοικίες ή σε μονοκατοικίες στεγάζουν τους πλέον αυτόνομους ασθενείς. Συνήθως, διαμένουν τρία έως πέντε άτομα σε κάθε διαμέρισμα και οι ένοικοι φροντίζουν για τη διεκπεραίωση των καθημερινών οικιακών εργασιών. Τα λειτουργικά έξοδα, η εποπτεία και η ψυχιατρική κάλυψη παρέχονται από το φορέα στον οποίο ανήκει το προστατευόμενο διαμέρισμα. (Σταμούλη, 2006: 775) Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση. (Μαδιανός, 2005: 142)

1.12. Οικοτροφεία

Η λειτουργία των οικοτροφείων άρχισε πρόσφατα στη χώρα μας (Β' φάση «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»). Αποσκοπούν να προσφέρουν στέγη σε ασθενείς με πολύ μικρή λειτουργικότητα για τους οποίους πολύ μικρές πιθανότητες αποκατάστασης υπάρχουν είτε λόγω ηλικίας, ψυχιατρικής κατάστασης (βαριά υπολειμματικά συμπτώματα) ή λόγω συνυπάρχουσας νοητικής στέρησης. Αναμένεται να συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση των ασθενών αυτών στην κοινότητα, για το υπόλοιπο διάστημα τους ζωής τους. Ιδιαίτερη πρόνοια πρέπει να δοθεί ώστε να μην μετατραπούν με το πέρασμα του χρόνου σε «μικρά άσυλα». (ΥΥΚΑ, 2011: 39)

1.13. Ψυχικά ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον

Οι ψυχωσικοί άρρωστοι στην Ελλάδα το 94% επιστρέφουν στο σπίτι μετά τη νοσηλεία ή αν δεν νοσηλευθούν διαμένουν με την οικογένεια τους στην κοινότητα. Οι

διεργασίες που αναπτύσσονται μέσα στην οικογένεια μετά την εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής είναι πολλές και μπορεί να προκαλέσουν επιπτώσεις στο άρρωστο μέλος, οι οποίες μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές στο πλαίσιο της οικογενειακής ατμόσφαιρας που έχει παγιωθεί, όπως ο τύπος της επικοινωνίας (εξάρτηση – ανεξαρτησία των μελών), οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, οι ρόλοι, το οικονομικό κόστος, η στάση της οικογένειας απέναντι στη θεραπεία και η ίδια η δομή της οικογένειας.

Επίσης μπορεί να ασκήσουν επίδραση στα συναισθήματα και στις συμπεριφορές των μελών της οικογένειας προς το πάσχον μέλος. Έχει βρεθεί μια συσχέτιση της αρνητικής ατμόσφαιρας πάνω στην υποτροπή από τη νόσο ενώ παράλληλα έχει αναπτυχθεί η υπόθεση του εκφραζόμενου συναισθήματος (expressed emotion) βάσει του οποίου αντικατοπτρίζεται η συναισθηματική έκφραση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο και γενικότερα την ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα. Τέλος ως προς τη λειτουργικότητα της οικογένειας παρατηρείται μια ψυχοπιεστική κατάσταση η λεγόμενη επιβάρυνση (burden) το να υποφέρει δηλαδή η ίδια η οικογένεια από τη συνύπαρξη με το ψυχωσικό άρρωστο μέλος της. (Μαδιανός, 2005: 404)

1.14. Στίγμα

Το στίγμα ως φαινόμενο καταγράφηκε θεωρητικά και εμπειρικά πρώτη φορά από το Goffman 1963, ο οποίος μιλάει για την «κατεστραμμένη ταυτότητα» του ατόμου και την απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Εξ ορισμού ένας στιγματισμένος δεν είναι εντελώς άνθρωπος. Με βάση αυτή την παραδοχή κάνουμε διακρίσεις, μέσω των οποίων μειώνουμε δραστικά, αν και συχνά απερίσκεπτα, τις ευκαιρίες που έχει στη ζωή του. Κατασκευάζουμε μια θεωρία για το στίγμα, μια ιδεολογία για να εξηγήσουμε την κατωτερότητά του και να περιγράψουμε τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει, εκλογικεύοντας μερικές φορές μια εχθρότητα που στηρίζεται σε άλλες διαφορές, όπως εκείνη της κοινωνικής τάξης. Χρησιμοποιούμε συγκεκριμένους όρους στίγματος στον καθημερινό μας λόγο, όπως σακάτης, μπάσταρδος, βλαμμένος, ως πηγή μεταφοράς και εικονοπλασίας, χωρίς να σκεφτόμαστε την αρχική τους σημασία. Επίσης, το άτομο που συνδέεται μέσα από την κοινωνική δομή με έναν στιγματισμένο – μια σχέση που κάνει την ευρύτερη κοινωνία να αντιμετωπίζει από κάποιες απόψεις και τα δύο άτομα σαν ένα. Έτσι, η πιστή σύζυγος του ψυχασθενή, η κόρη του πρώην κατάδικου, ο γονιός του ανάπηρου, ο φίλος του τυφλού, η οικογένεια του δήμιου είναι όλοι υποχρεωμένοι να

μοιράζονται ένα μέρος από την απαξίωση του στιγματισμένου ανθρώπου με τον οποίο συνδέονται. Μια αντίδραση σ' αυτό το πεπρωμένο είναι να το επωμιστεί κανείς και να ζήσει μέσα στον κόσμο του στιγματισμένου οικείου του. (Goffman, 2001: 68, 96)

Πρόκειται για μια «ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και του στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα το αναγκάζει να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή την αρνητική κοινωνική αντιμετώπιση». Μια κατάσταση που επηρεάζει και τους οικείους του και τους οδηγεί στην κοινωνική απόρριψη. Η διαδικασία του στιγματισμού είναι ένα παγκόσμιο και διαχρονικό φαινόμενο αν και με διαφορετικές μορφές και αποχρώσεις και παρατηρείται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλους τους πολιτισμούς. (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2009: 138)

1.15. Κοινωνικός αποκλεισμός

Η πρωτοεμφάνιση του όρου “αποκλεισμός” έγινε στη Γαλλία, σε μία περίοδο οικονομικής ευημερίας και ανάπτυξης. Δεν σκιαγραφούσε βέβαια το πρόβλημα της ανεργίας και της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας, ούτε είχε συνδεθεί με την αποδυνάμωση του κοινωνικού δεσμού, αλλά αποτελούσε περισσότερο μία φανερό κοινωνική ντροπή για ένα μέρος του πληθυσμού που εξακολουθούσε να παραμένει στο περιθώριο της οικονομικής ανάπτυξης και των απολαβών που τη συνόδευαν. (Paugam, 1996) Η περιορισμένη επιτυχία του όρου την περίοδο αυτή συνδέεται αναμφίβολα με την περιορισμένη έκταση που εμφάνιζαν αυτά τα φαινόμενα και μάλιστα ο όρος “αποκλεισμός” έριχνε το κύριο βάρος της ευθύνης στο άτομο και στην αδυναμία του για κοινωνική προσαρμογή στα νέα δεδομένα. (Παπαδοπούλου, 2004: 369) Η έννοια του “αποκλεισμού” είναι σχετική και διαφορετική ανάλογα με τις περιόδους που διανύουμε και ανάλογα με τους χώρους μέσα στους οποίους καλείται να λειτουργήσει. Είναι παράλογο να αναζητούμε ένα επιστημονικό ορισμό του “αποκλεισμού”, αποστασιοποιημένο από τον κοινωνικό διάλογο, από τις βασικές αξίες μίας κοινωνίας και από τα ιστορικά στοιχεία συγκρότησης του εθνικού κράτους. Η έννοια του “αποκλεισμού” χαρακτηρίζει μία διαδικασία και δε χαρακτηρίζει σε καμία περίπτωση μία κατάσταση. Υπάρχουν δύο βασικά επιχειρήματα που ενδυναμώνουν την άποψη της διαδικασίας, σε αντίθεση με αυτή της κατάστασης. Στην περίπτωση της κατάστασης έχουμε ένα φαινόμενο που είναι μετρήσιμο, είτε γιατί είναι αυστηρά προσδιορισμένο

από μία δημόσια και συνήθως κρατική πηγή, είτε γιατί αποτελεί μία φωτογραφία φαινομένου με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και συγκεκριμένη θέση μέσα στον κοινωνικό χώρο. Τέτοιες περιπτώσεις εννοιών αποτελούν αναμφισβήτητα οι έννοιες της “φτώχειας”, των “ατόμων με ειδικές ανάγκες”, της “ψυχικής ασθένειας”, κλπ. Στην περίπτωση του κοινωνικού αποκλεισμού αναφερόμαστε σε καταστάσεις που ενδεχομένως οδηγούν σε αποκλεισμό. (Παπαδοπούλου, 2002: 29)

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού συνδέεται με το περιεχόμενο της φτώχειας, αναφέρεται σε οικονομικά φαινόμενα με κοινωνικές επιπτώσεις, στην έλλειψη πόρων για την αγορά βασικών αγαθών και υπηρεσιών και στις διεργασίες που προκαλούν διαδικασίες στέρησης, με πολλαπλές διαστάσεις. Η έλλειψη αυτών των αγαθών οδηγεί συνήθως στην οικονομική ανέχεια, την ανισότητα, την αποδυνάμωση, την αποξένωση και την περιθωριοποίηση, δηλαδή στην αδυναμία συμμετοχής, εξέλιξης και εκπλήρωσης κοινωνικών ρόλων και αρμονικής κοινωνικής λειτουργίας. Τα άτομα που πλήττονται περισσότερο από κοινωνικό αποκλεισμό είναι τα άτομα εκείνα που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την έλλειψη κοινωνικής συμμετοχής, της ουσιαστικής άσκησης πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και τους χαλαρούς κοινωνικούς δεσμούς. Δημιουργείται συνθήκη κοινωνικής παθολογίας, οι μειονεξίες και οι επιπτώσεις της οποίας μεταβιβάζονται σε κάποια από τα μέλη της κοινωνίας, που απωθούνται στο περιθώριο μερικώς ή ολικώς, αδρανοποιούνται και κατ’ επέκταση στιγματίζονται. (Αλτάνης, 2006: 288)

1.16. Στίγμα - κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχικά ασθενείς

Η κοινωνική παραγωγή του στίγματος είναι από μόνη της μια διαδικασία που προκαλεί ανισότητες, αρνητική διάκριση και αποκλεισμό. Η απόδοση ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες και η συνεπακόλουθη κοινωνική τους απόρριψη που τους οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό είναι ένα μέρος του μηχανισμού της άμεσης και έμμεσης παραγωγής των κοινωνικών ανισοτήτων.

Το στίγμα είναι ένα κοινωνιο-ψυχολογικό φαινόμενο στο οποίο συμπλέκονται διεργασίες κοινωνικής κατηγοριοποίησης και ιεραρχικής κατάταξης ατόμων και ομάδων κοινωνικής σύγκρισης και ταυτότητας, απόδοσης ετικέτας και εδραίωσης κριτηρίων για την κοινωνική κατασκευή του δίπολου «κανονικό»-«παθολογικό». Αποτελεί κοινωνιο-ψυχολογική διεργασία που εξηγεί την κοινωνική απαξίωση ατόμων

και ομάδων που παρεκκλίνουν του «φυσιολογικού» καθώς και τις συμπεριφορές αρνητικής διάκρισης σε βάρος τους. Η προέλευσή του είναι ιδεολογική και ως τέτοια προϋποθέτει την ανάλυση των αναπαραστάσεων, των κυρίαρχων αντιλήψεων και των προκαθορισμένων ιδεών που κατασκευάζουν τις κοινωνικές και πολιτισμικές σημασίες του κανονικού, τους κανόνες και τα πρότυπα της «φυσιολογικής» ή της «αναμενόμενης» κοινωνικής συμπεριφοράς. Για τους Crocker et al (1998) τα στιγματισμένα άτομα διαθέτουν ή θεωρείται ότι διαθέτουν κάποια ιδιότητα ή χαρακτηριστικό που εκφράζει μια κοινωνική ταυτότητα η οποία απαξιώνεται σε ένα δοσμένο κοινωνικό πλαίσιο. Το στίγμα ως σχέση του εαυτού με τους άλλους κατανέμει αξιώσεις ρόλους και θέσεις στην ιεραρχική κλίμακα ενός συγκεκριμένου κοινωνικού συστήματος καθώς τοποθετεί τα στιγματισμένα άτομα στις κατώτερες βαθμίδες του. Οι στιγματιστικές αντιλήψεις μιας δεδομένης κοινωνίας για άτομα και κοινωνικές ομάδες είναι δυνατό να αποτελέσουν μέτρο για την αποτίμηση της κοινωνικής της συνοχής. Η χαμηλή κοινωνική θέση στην κοινωνική ιεραρχία μειώνει σημαντικά τις ευκαιρίες για συμμετοχή σε δραστηριότητες και κοινωνικά δίκτυα ανατροφοδοτώντας έτσι την κοινωνική δυσμένεια λόγω της αδυναμίας πρόσβασης σε πόρους. Η απώλεια της κοινωνικής θέσης είναι η επιβλαβής συνέπεια του στίγματος και της κοινωνικής απαξίωσης των ατόμων και ομάδων που θεωρούνται ότι παρεκκλίνουν των νορμών που ισχύουν για μια κοινωνική ενότητα. (Ζήση, 2013: 91-94) Τόσο οι στιγματισμένοι όσο και οι ψυχασθενείς αδυνατούν να ανταποκριθούν στα δεδομένα και προβλέψιμα στοιχεία της καθημερινής ζωής και τα κανονιστικά πρότυπα που τη διέπουν. Η αδυναμία αυτή έχει σοβαρές συνέπειες για την κοινωνική ταυτότητα που αποδίδεται τόσο στο στιγματισμένο όσο και στον ψυχασθενή.

Όταν μια ενέργεια που αργότερα θα ερμηνευθεί ως ψυχικό σύμπτωμα επιτελείται για πρώτη φορά από το άτομο που αργότερα θα θεωρηθεί ψυχικά ασθενής, η ενέργεια αυτή δεν εκλαμβάνεται ως σύμπτωμα ασθένειας αλλά ως παρέκκλιση από τα κοινωνικά κανονιστικά πρότυπα, δηλαδή ως παραβίαση κανόνων και κοινωνικών προσδοκιών. (Goffman, 2012: 49) Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής θα απογυμνωθεί από την παλιά του ταυτότητα και μια νέα παίρνει τη θέση της σε μια τελετή που ο Goffman αποκαλεί «τελετή αποκαθήλωσης» (status degradation ceremony). Μέρος αυτής της διαδικασίας οδηγεί τον χαρακτηρισμένο στην εσωτερικευση της νέας ταυτότητας που του αποδόθηκε. (Pilgrim, Rogers, 2004: 47) Ο χαρακτηρισμός κάποιου ως «ψυχικά άρρωστου» από μόνο του ως γεγονός οδηγεί τον παρεκκλίνοντα να εσωτερικεύσει τις κυρίαρχες προκατειλημμένες και στερεοτυπικές πεποιθήσεις για τα υποτιθέμενα εξ

ορισμού κοινωνικά απαξιωμένα χαρακτηριστικά και ιδιότητες μιας συγκεκριμένης στιγματισμένης κοινωνικής κατηγορίας ατόμων αυτής των «ψυχικά αρρώστων».

Σύμφωνα με τη θεωρητική πρόταση του Link (1987) όταν τα άτομα λάβουν από το θεσμικό σύστημα μια επίσημη ψυχιατρική ετικέτα τείνουν να εσωτερικεύουν τις γενικές στερεοτυπικές και στιγματιστικές πεποιθήσεις που ισχύουν εντός της κοινωνίας για τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες και να τις μετασχηματίζουν σε προσδοκίες αρνητικής μεταχείρισης οι οποίες εκφράζονται με το φόβο της απόρριψης. Επίσης οι Link et al. (2001) μελέτησαν τις διαχρονικές επιπτώσεις του στίγματος στην αυτο-αντίληψη των ψυχικά πασχόντων επιβεβαιώνοντας τη μείωση της αυτοπεποίθησής τους που τους οδηγεί σε μια παθητικοποίηση που εκδηλώνεται με την αποσιώπηση και την αποφυγή οι οποίες προκαλούν αρνητικές επιπτώσεις, όπως περιορισμένες κοινωνικές επαφές, ανεργία, απώλεια εισοδήματος και χαμηλή ικανοποίηση της ζωής.

Επιπλέον, οι Schulze and Angemeyer (2003) διερευνώντας την εμπειρία του στίγματος σε άτομα με διάγνωση της σχιζοφρένειας αναγνωρίζοντας την οδύνη του στίγματος ως πηγή στρες για τα στιγματισμένα άτομα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα θέματα που απασχολούσαν τα άτομα με σχιζοφρένεια ήταν η διαπροσωπική επαφή, οι ευρύτερες κοινωνικές προκαταλήψεις και το πως αυτές παρουσιάζονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι αρνητικές διακρίσεις σε επίπεδο συστήματος παροχής υπηρεσιών και περιορισμένες ευκαιρίες για πρόσβαση σε εναλλακτικούς ρόλους.

Η εξήγηση της αιτιολογίας της ψυχικής ασθένειας με όρους κοινωνιακής αντίδρασης στη συμπεριφορά που καταπατά τις ισχύουσες νόρμες έφερε στο προσκήνιο τις διαδικασίες του κοινωνικού θεσμικού ελέγχου και το ρόλο που αυτές διαδραματίζουν στην κοινωνική της κατασκευή. Η τιμωρητική στάση της κοινωνίας απέναντι στους παρεκκλίνοντες δρώντες εκδηλώνεται με την απόδοση σε αυτούς αρνητικών χαρακτηρισμών που τους οδηγούν στην απαξίωση, την απόρριψη και τον κοινωνικό τους αποκλεισμό. (Ζήση, 2013: 54-58)

1.17. Τα «γενικά» και τα «ειδικά» δικαιώματα του ατόμου με ψυχική αναπηρία

Το άτομο με ψυχική αναπηρία προστατεύεται κατά πρώτο και κύριο λόγο από τις διατάξεις του Συντάγματος, που καθιερώνουν την προστασία της αξίας του ανθρώπου (άρθρο 2 παράγραφος 1 του Συντάγματος) και την προστασία της ελευθερίας ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρο 5 παράγραφος 1 του Συντάγματος).

Το άτομο με ψυχική αναπηρία προστατεύεται επίσης, και από τις διατάξεις του συντάγματος, που αφορούν ειδικότερα το δικαίωμα στην υγεία και καθιερώνουν υποχρέωση της πολιτείας να φροντίζει για την προάσπιση της υγείας των πολιτών και να λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία των ΑμεΑ (άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος) και δικαίωμα των ΑμεΑ στην απόλαυση μέτρων, τα οποία εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας (άρθρο 21 παράγραφος 6 του Συντάγματος). Τα δικαιώματα αυτά ανήκουν στα λεγόμενα «κοινωνικά δικαιώματα» και συνυπάρχουν με το ατομικό δικαίωμα του καθενός στην προστασία της υγείας του, που θεσπίζει το άρθρο 5 παράγραφος 5 του Συντάγματος.

Η δυνατότητα του ατόμου με ψυχική αναπηρία να ιδρύει σωματεία, μη κερδοσκοπικές ενώσεις και συνεταιρισμούς προστατεύεται, όπως και για κάθε άλλο πολίτη, με βάση το άρθρο 12 του Συντάγματος, ενώ η οικογενειακή και προσωπική του ζωή, όπως και οποιουδήποτε άλλου που δεν είναι άτομο με ψυχική αναπηρία, είναι απαραβίαστη (άρθρο 9 παράγραφος 1 του Συντάγματος).

Το άτομο με ψυχική αναπηρία προστατεύεται ενάντια σε κάθε είδους διάκριση, άμεση ή έμμεση, καθώς η αναπηρία κατονομάζεται ρητά ως πραγματική κατάσταση που απαγορεύεται να οδηγεί σε διακρίσεις στο άρθρο 1 του Νόμου 3304/2005, ενώ στο άρθρο 7 παράγραφος 1 του ίδιου νόμου ρητά ορίζεται ότι δεν συνιστούν έμμεση διάκριση - και άρα εφαρμόζονται κανονικά - τα μέτρα που λαμβάνονται υπέρ των ατόμων με αναπηρία σύμφωνα με το άρθρο 21 παράγραφος 6 του Συντάγματος. (Χαραλαμπίδης, Κοσμάτος, 2013: 50-54)

1.18. Τα δικαιώματα του ατόμου με ψυχική αναπηρία όταν νοσηλεύεται

Πηγαίνοντας στο δημόσιο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου

Όταν το άτομο με ψυχική αναπηρία πάει στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας, για να νοσηλευθεί με τη θέλησή του, έχει όλα τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, που περιέχονται στο άρθρο 47 του Ν. 2071/92 «εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας».

Ειδικότερα έχει:

- δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου (παράγραφος 1)

- δικαίωμα να το φροντίσουν με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του (παράγραφος 2)
- δικαίωμα να πει «ναι» ή «όχι» ο ίδιος, ή, αν ο ίδιος δεν μπορεί, ο εκπρόσωπος του, σε κάθε ιατρική πράξη, που του προτείνουν οι γιατροί (παράγραφος 3)
- δικαίωμα να έχει ακριβείς πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του για να μπορεί να σχηματίσει πλήρη εικόνα και να πάρει τις αποφάσεις του (παράγραφος 4)
- δικαίωμα να δεχθεί ή όχι πειραματικές θεραπείες (παράγραφος 5)
- δικαίωμα να παραμένουν απόρρητα απέναντι σε τρίτους τα στοιχεία, που αφορούν τη νοσηλεία του (παράγραφος 6)
- δικαίωμα να σέβονται οι γιατροί, οι νοσηλευτές και όλο το προσωπικό του νοσοκομείου τις θρησκευτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις του (παράγραφος 7)
- και τέλος το πολύ σημαντικό δικαίωμα να του απαντούν σε διαμαρτυρίες ή ενστάσεις του.
- Επίσης έχει το δικαίωμα να διακόψει τη νοσηλεία του με τη θέληση του (άρθρο 5 παράγραφος 3 Ν. 2619/1998-Σύμβασης του Οβιέδο), πλην όμως αυτό θα αναγράφεται στο εξιτήριο που θα πάρει.

Πηγαίνοντας στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική

Όταν ο ψυχιατρικός ασθενής νοσηλεύεται σε ιδιωτική κλινική, έχει τα ίδια ακριβώς δικαιώματα που έχει και στο δημόσιο νοσοκομείο, γιατί, σύμφωνα με το άρθρο 101 του Ν. 2071/1992 ιδιωτικά θεραπευτήρια, που παρέχουν ψυχιατρικές υπηρεσίες υπόκεινται στις διατάξεις των άρθρων 91-100 του ίδιου νόμου, τα οποία αφορούν τις υπόλοιπες δημόσιες μονάδες ψυχικής υγείας. (Χαραλαμπίδης, Κοσμάτος, 2013: 55-57)

Κεφάλαιο 2^ο: Μεθοδολογικό πλαίσιο

2.1. Σκοπός της έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης από το ξεκίνημά του μέχρι σήμερα στην πόλη του Αγρινίου μέσα από τα βιώματα των εργαζομένων και των ενοίκων των δύο ξενώνων και των τριών προστατευόμενων διαμερισμάτων καθώς και των ασθενών που επισκέπτονται το χώρο του ενός ξενώνα αλλά και η ζωή τους στο οικογενειακό τους περιβάλλον σύμφωνα με τις στάσεις και τις απόψεις των γονέων των ασθενών. Ενδιαφέρον αποτελεί η επιρροή της ψυχικής ασθένειας στον τρόπο ζωής των ασθενών καθώς και η δυνατότητα επανένταξής τους στην κοινωνία του Αγρινίου και αν μπορεί να υπάρξει επανένταξη ή αν το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού τους εμποδίζει. Τέλος, σημαντική είναι η γνώμη των συμμετεχόντων της έρευνας όσον αφορά την εξέλιξη του προγράμματος δηλαδή αν με τις συγκεκριμένες παροχές που υπάρχουν μπορεί να λειτουργήσει ποιοτικά το πρόγραμμα και αν καταφέρνει να έχει αποτελέσματα ή απλά δημιουργείται μια νέα ιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών χωρίς περιθώρια επανένταξης καθώς και οι συνέπειες που θα προκύψουν με το κλείσιμο των ψυχιατρείων βάσει του προγράμματος «Ψυχαργός» 2011-2020. Με λίγα λόγια αν μπορεί να υπάρξει ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τα δεδομένα που υπάρχουν χωρίς αποκλεισμούς με πραγματικά αποτελέσματα.

Συνεπώς, οι ερευνητικοί άξονες είναι: Ποιες είναι οι συνθήκες λειτουργίας του προγράμματος αποασυλοποίησης στις δομές των ξενώνων και των προστατευόμενων διαμερισμάτων στο δήμο του Αγρινίου; Πως η ψυχική ασθένεια επηρεάζει τη ζωή των ψυχικά ασθενών και αν τους οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό; Ποια τα αποτελέσματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέχρι τώρα και ποιες οι συνέπειες της κατάργησης των ψυχιατρείων βάσει του προγράμματος Ψυχαργός 2011-2020 στη λειτουργία της κοινότητας;

2.2. Μεθοδολογία έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα μεθοδολογικά στηρίχτηκε στην ποιοτική έρευνα καθώς αποτελεί μία αποδεκτή και σεβαστή μέθοδο στις κοινωνικές επιστήμες. Όπως αναφέρει ο Ιωσηφίδης (2008: 21), η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση,

ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, καταστάσεων και χαρακτηριστικών κοινωνικών ομάδων. Βασική επιδίωξη είναι η καταγραφή των λεγόμενων ή των δρώμενων των συμμετεχόντων, ώστε να κατανοηθεί γιατί απαντούν ή δρουν με το συγκεκριμένο τρόπο, επικεντρώνονται κυρίως στο «πώς» και στο «γιατί». Επομένως, στη συγκεκριμένη έρευνα ενδιαφέρον αποτελεί η κατανόηση του πώς λειτουργεί το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης στην πόλη του Αγρινίου δηλαδή η περιγραφή των συνθηκών λειτουργίας των συγκεκριμένων δομών που είναι οι ξενώνες και τα διαμερίσματα. Από την αρχή μέχρι σήμερα μέσα από το λόγο των εργαζομένων και των ενοίκων καθώς και των ασθενών που επισκέπτονται τον ένα ξενώνα η ανάλυση της λειτουργίας της αποασυλοποίησης σύμφωνα με το καθημερινό πρόγραμμα της δομής δηλαδή πώς οι συνθήκες λειτουργίας της δομής οδηγούν στην κοινωνική επανένταξη των ασθενών και αν παρατηρείται βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επίσης, μέσα από το λόγο των γονιών των δύο εξωτερικών ασθενών, η περιγραφή της επιρροής της ασθένειας στη ζωή τους δηλαδή αν υπάρχουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και στην κοινότητα. Αν η ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα είδος στίγματος και αν και γιατί τους οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό. Τέλος, μέσα από την κριτική και τη γνώμη όλων των συμμετεχόντων της έρευνας η ανάλυση των αποτελεσμάτων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέχρι τώρα δηλαδή αν έχει καταφέρει να πετύχει τους στόχους της με το πέρασμα του χρόνου και αν υπήρξαν οι σωστές βάσεις για να τους πραγματοποιήσει καθώς και η περιγραφή των συνεπειών του κλεισίματος των ψυχιατρικών βάσει του προγράμματος «Ψυχαργός» 2011-2020. Επιπλέον, ο δυσανάλογος αριθμός των ποσοτικών ερευνών έναντι των ποιοτικών στην μελέτη της ελληνικής ψυχιατρικής πραγματικότητας αποτέλεσε έναν ακόμη λόγο για την επιλογή της ποιοτικής μεθόδου στην παρούσα έρευνα. (Ασημόπουλος, 2009: 32)

Ως εργαλείο έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μη δομημένη, ελεύθερη συνέντευξη, η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία προκαθορισμένων ερωτήσεων και βασίζεται σε θεματικές περιοχές πάνω στις οποίες αναπτύσσεται η αλληλεπίδραση μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου. (Robson, 2002) Παίρνει τη μορφή συζήτησης που κατευθύνεται από το συνεντευκτή, αλλά με ερωτήσεις που μεταβάλλονται, διαμορφώνονται ή προστίθενται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Δεδομένου ότι η ποιοτική έρευνα δεν αποσκοπεί στον έλεγχο μιας θεωρίας από τα δεδομένα, το ανοιχτό, μη τυποποιημένο, ευέλικτο σχήμα της συνέντευξης είναι πιο κατάλληλο, εφόσον δεν υπάρχουν συγκεκριμένες εμπειρικές υποθέσεις που προσδιορίζουν το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Αντιθέτως, οι απαντήσεις του ερωτώμενου συμβάλλουν στη διαμόρφωση

των ερωτήσεων που ακολουθούν, καθώς διαπλέκεται η διαδικασία συλλογής και ερμηνείας των δεδομένων. (Κυριαζή, 1999: 123) Με αυτό τον τρόπο ο ερωτώμενος βοηθιέται να ξαναεκφράσει τη σκέψη του και να συνειδητοποιήσει αυτό που λέει χωρίς να εξαναγκάζεται να διατυπώσει τη γνώμη του για προβλήματα που ποτέ πριν δεν είχε σκεφτεί και έτσι να εκφράσει την εντύπωση της στιγμής, χωρίς η απάντηση να μην έχει ωριμάσει αρκετά μέσα του. (Φίλιας, 1996: 133) Οι συνεντεύξεις βασίστηκαν σε ανοιχτές ερωτήσεις στοχεύοντας στην πρόκληση συζήτησης και στην ανάδειξη των εμπειριών, απόψεων, στάσεων των ατόμων. Ακόμη, οι συνεντεύξεις είχαν ελαστικό και έντονα διαδραστικό χαρακτήρα καθώς δημιουργούνταν στις περισσότερες περιπτώσεις, κλίμα εμπιστοσύνης, πράγμα το οποίο έφερνε στο φως περισσότερα δεδομένα για την κατανόηση ζητημάτων που απασχολούσαν την έρευνα. (Σπυριδάκης, 2006: 76)

2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η έρευνα ξεκίνησε στις αρχές Δεκεμβρίου του 2014 και ολοκληρώθηκε στα μέσα Φεβρουαρίου του 2015. Πριν την επίσκεψη στο χώρο των ξενώνων, είχε γίνει η επαφή με τον ψυχίατρο που είναι ο επιστημονικά υπεύθυνος των δομών, ο οποίος ενημερώθηκε για την έρευνα και το σκοπό της και πρόσφερε απλόχερα τη βοήθειά του, δίνοντας κατευθείαν την άδεια και ενημερώνοντας τις υπεύθυνες των ξενώνων για την πραγματοποίηση της έρευνας και το σκοπό αυτής. Κατά την προσέγγιση των υποκειμένων ερωτώνταν αν ενδιαφέρονταν να συμμετάσχουν σε μια έρευνα που αφορούσε την αποασυλοποίηση και τη ζωή των ασθενών στις συγκεκριμένες δομές που εργάζονται. Επίσης, δόθηκαν εξηγήσεις για το ότι η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Κοινωνικές Διακρίσεις, Μετανάστευση και Ιδιότητα του Πολίτη». Σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά, δόθηκαν σαφείς διαβεβαιώσεις σχετικά με την τήρηση της εμπιστευτικότητας των ερευνητικών δεδομένων και της ανωνυμίας των υποκειμένων. Έτσι, τα ονόματα που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των κεφαλαίων της έρευνας είναι ψευδώνυμα των συνεντευξιαζόμενων για το σκοπό αυτό.

Οι ασθενείς επιλέχθηκαν με βάση την όσο μεγαλύτερη λειτουργικότητα και αυτονομία που παρουσίαζαν και τη σύμφωνη γνώμη των ίδιων καθώς και των δύο γονιών των δύο εξωτερικών ασθενών που επισκέπτονται τη μια δομή. Επομένως, συμμετείχαν δώδεκα ασθενείς από τους οποίους οι εννέα είναι ένοικοι των δομών και

οι τρεις επισκέπτονται τις δομές για την παρακολούθηση των εργαστηρίων του ενός ξενώνα καθώς και οι δυο γονείς εκ των τριών. Από την πλευρά του προσωπικού δέχθηκαν τη συνεργασία στην έρευνα σχεδόν όλα τα άτομα που εργάζονται στις δομές με αποτέλεσμα να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις από όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες που στηρίζουν τις δομές και να υπάρξει ποικιλία στο πλαίσιο ανάλογα με την προσωπική αντίληψη του καθενός βάσει του επαγγελματικού του υπόβαθρου και την καθημερινότητά του στις δομές. Έτσι, συμμετείχαν έντεκα άτομα από το προσωπικό των δομών μαζί με τον ψυχίατρο που είναι και ο επιστημονικά υπεύθυνος των δομών με μέσο όρο ηλικίας τα σαράντα χρόνια. Ακόμη, το μέγεθος του δείγματος ήταν επαρκές καθώς η συλλογή και η παραγωγή των ποιοτικών δεδομένων έφτασε σε κορεσμό δηλαδή η συμπερίληψη και άλλων συμμετεχόντων ή περιπτώσεων στην ερευνητική διαδικασία δεν προσφέρει τίποτα καινούριο και πρωτότυπο από αναλυτικής και θεωρητικής πλευράς. (Ιωσηφίδης, 2008: 65)

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο των δύο ξενώνων και συγκεκριμένα σε χώρο ανεκμετάλλευτο των δύο ξενώνων δηλαδή σε δύο γραφεία που παλιότερα χρησιμοποιούνταν από τον ψυχολόγο των δομών αυτών καθώς και με τους ασθενείς των διαμερισμάτων, οι οποίοι σχεδόν καθημερινά επισκέπτονται τους ξενώνες για βασικά θέματα εξυπηρέτησής τους. Ακόμη, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας της πόλης στο γραφείο του ψυχιάτρου πραγματοποιήθηκε η συνέντευξη μαζί του και στο γραφείο της συναδέλφου του ολοκληρώθηκε η έρευνα με τη συνέντευξη του ασθενή του τρίτου διαμερίσματος.

Ο χρόνος που διήρκεσαν οι συνεντεύξεις ήταν από τριάντα λεπτά μέχρι και εβδομήντα λεπτά. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε μαγνητόφωνο για την καταγραφή των δεδομένων, εφόσον ο κάθε συνεντευξιζόμενος δήλωσε ρητά τη συγκατάθεσή του πριν την έναρξη της συνέντευξης. Βασικό πλεονέκτημα της χρήσης του μαγνητοφώνου είναι η δυνατότητά του να καταγράφει με απόλυτη ακρίβεια τη λεκτική επικοινωνία. (Ασημόπουλος, 2009: 48)

2.4. Μεθοδολογικά και πρακτικά ζητήματα

Η συνέντευξη είναι ένα αρκετά περίεργο είδος επικοινωνίας, έχει ένα συγκεκριμένο σκοπό και βάζει αντιμέτωπα τα άτομα που σε γενικές γραμμές δε γνωρίζονται μεταξύ τους. Έτσι, η συνέντευξη πρέπει να δημιουργήσει μια διαδικασία επικοινωνίας όπου όλα τα εμπόδια εκλείπουν ή περιορίζονται και αυτή είναι η αποστολή του συνεντευκτή.

(Φίλιας, 1996: 140) Στη συγκεκριμένη εργασία η ερευνήτρια αντιμετώπισε την αρνητική και αγχωτική διάθεση κάποιων από τους επαγγελματίες των δομών με ένα από τα επιχειρήματά τους ότι δε μπορούν να μιλήσουν για το απόρρητο της λειτουργίας των δομών καθώς και το φόβο για το περιεχόμενο των ερωτήσεων, κάτι που κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αντιμετωπίστηκε με επιτυχία. Ακόμη, δεν υπήρξε η δυνατότητα πρόσβασης στο αρχείο του ψυχιατρικού ιστορικού των ενοίκων καθώς δεν ήταν διαθέσιμο για μελέτη.

Η ποιοτική, κυρίως, έρευνα σε ψυχιατρικούς χώρους ενέχει πολλές δυσκολίες καθότι και οι ασθενείς και το προσωπικό είναι πολύ επιφυλακτικοί προς τον ερευνητή, σχετικά με την παρουσία του στο χώρο που δρουν και ζουν και τις μεθόδους που θα ακολουθήσει. (Goffman, 1994) Ιδιαίτερα, στη συγκεκριμένη έρευνα το προσωπικό και οι ασθενείς δε γνώριζαν την ερευνήτρια και για πρώτη φορά πραγματοποιούνταν στο χώρο τους έρευνα με ποιοτικά στοιχεία καθώς επίσης και για την ερευνήτρια ήταν η πρώτη της επαφή με το συγκεκριμένο αντικείμενο και πεδίο έρευνας.

Είναι σημαντικό να ειπωθεί ότι, η καλύτερη επικοινωνία υπάρχει όταν ο ερωτώμενος θεωρεί τον συνεντευκτή ικανό να τον καταλάβει και να τον δεχτεί έτσι όπως είναι στην πραγματικότητα. Δεν οφείλει να τον θεωρεί όμοιό του. (Φίλιας, 1996: 143) Κατά τη διαδικασία της συνέντευξης με τους ασθενείς⁷ περισσότερο δημιουργήθηκε αυτή η σχέση εμπιστοσύνης καθώς οι ασθενείς είχαν την ανάγκη της επικοινωνίας και εξέφρασαν την ικανοποίηση τους σ' αυτή την προσωπική επαφή αφού κρίθηκε απαραίτητο από την πλευρά της ερευνήτριας και των ερωτώμενων οι συνεντεύξεις να επαναληφθούν και να συμπληρωθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας στους χώρους που πραγματοποιήθηκε. Παρόλο' αυτά, κάποιοι ασθενείς σε κάποια θέματα όπως το θέμα του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού εξέφρασαν κάποιους μηχανισμούς άμυνας όπως η ευγενική δικαιολογία και η εκλογίκευση καθώς αιτιολογούσαν τη στάση τους δίνοντας μια εξήγηση που την πιστεύουν μεν, αλλά που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Τέλος, η χρήση του μαγνητοφώνου κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δημιούργησε αίσθημα άγχους και επιφύλαξης, ιδιαίτερα στο προσωπικό των δομών, αλλά δεν υπήρξε κανείς που να αρνηθεί τη χρήση του. Σύμφωνα με το

⁷ Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την αξιοπιστία του λόγου των ψυχικά ασθενών σε συνεντεύξεις καθώς από τη μία πλευρά θεωρείται ότι είναι ικανοί να δίνουν καθαρές, συγκεκριμένες απαντήσεις για τη ζωή τους και από την άλλη θεωρείται ότι είναι αναξιόπιστες, όμως δεν παραμένουν αμετακίνητοι στο χώρο της απόλυτης ψυχοπαθολογίας αλλά μετακινούνται και στο φάσμα της κατάστασης υγείας. Επομένως, οι ψυχικά ασθενείς ενδεχομένως γίνονται αξιόπιστοι ως προς τις απαντήσεις τους σε διαδικασίες συνέντευξης, άνθρωποι με κατανοητό κόσμο και δυνατότητες ερμηνεύσιμης λεκτικής επικοινωνίας, αλληλεπίδρασης και συσχέτισης. Ασημόπουλος, 2009:51-53.

Fetterman (1989) το μαγνητόφωνο, είναι δυνατόν να μετατρέπεται σε ένα αντικείμενο που να προκαλεί άγχος και φόβο. Συναισθήματα τα οποία είναι δυνατόν όχι μόνο να αναστέλλουν την ελεύθερη έκφραση των σκέψεων των ανθρώπων του πεδίου, αλλά και να τους οδηγούν στην ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών που παγιώνουν την αποφυγή και την αντίστασή τους προς τον ερευνητή. (Ασημόπουλος, 2009: 49)

Δεδομένων, ωστόσο, των δυσκολιών της ερευνήτριας και των ιδιαιτεροτήτων του πεδίου, η έρευνα ολοκληρώθηκε με τη συνεργασία όλων των εμπλεκομένων. Επίσης, οι απόψεις των συμμετεχόντων της έρευνας σχετικά με τα θέματα που ερευνώνται, ενδεχομένως να μην εκφράζουν επαρκώς τις πεποιθήσεις του συνόλου των ατόμων που εργάζονται ή φιλοξενούνται στις συγκεκριμένες δομές. Ακόμη, οι ξενώνας και τα προστατευόμενα διαμερίσματα αποτελούν μόνο δύο από τις ποικίλες αποκαταστασιακές υπηρεσίες που λειτουργούν στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός», με αποτέλεσμα οι απόψεις των συνεντευξιαζόμενων, πιθανόν να μην απηχούν τις αντιλήψεις και στάσεις του προσωπικού και των ενοίκων των εν συνόλω δομών του προγράμματος «Ψυχαργός» καθώς διαφέρουν ως προς τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους αλλά και ως προς τα χαρακτηριστικά και αριθμό των ατόμων που εξυπηρετούν.

2.5. Ξενώνας Αργώ

Ο ξενώνας Αργώ ανήκει στα πλαίσια του Εθνικού Προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και Καταπολέμησης του Κοινωνικού Αποκλεισμού «Ψυχαργός» και υπάγεται διοικητικά στο νοσοκομείο Αγρινίου. Η λειτουργία του ξεκίνησε το Μάρτιο του 2001. Αποτελεί μια Κοινοτική δομή παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης για άτομα με ψυχωσικές διαταραχές.

Ο ξενώνας Αργώ βρίσκεται σε κεντρικό σημείο της πόλης και η πρόσβαση σε αυτόν γίνεται οδικώς. Το κτίριο αποτελείται από ισόγειο, ημιώροφο και δύο ορόφους είναι περίπου 450 τμ. Στο ισόγειο υπάρχουν τα γραφεία του προσωπικού, ο χώρος για τις εκδηλώσεις και για δραστηριότητες των ασθενών, στον ημιώροφο τα εργαστήρια, στον πρώτο όροφο διαμερίσματα των ασθενών και στο δεύτερο όροφο η κουζίνα το σαλόνι, το γραφείο της νοσηλεύτριας και τα διαμερίσματα των ασθενών. Ο ξενώνας έχει έξι κλίνες η δυναμικότητα του ξενώνα είναι για 15 άτομα αυτή τη στιγμή, όμως, φιλοξενούνται δώδεκα άτομα. Υπάρχουν πέντε γυναίκες και επτά άνδρες, οι ηλικίες

τους είναι από 43 έως 63 ετών. Τα άτομα που φιλοξενοούνται στον ξενώνα χαρακτηρίζονται για την μακράιωνη παραμονή τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα καθώς οι περισσότεροι ήρθαν στη δομή από το ψυχιατρείο της Τρίπολης και παραμένουν σ' αυτή από την αρχή της λειτουργίας της δηλαδή από το 2001 καθώς επίσης υπάρχουν και ασθενείς που ήρθαν και μένουν στη δομή μέσω της κοινότητας.

Η θεραπευτική ομάδα χαρακτηρίζεται ως πολυκλαδική δηλαδή από επαγγελματίες υγείας διάφορων κλάδων δηλαδή υπάρχει ένας ψυχίατρος ο οποίος είναι και επιστημονικά υπεύθυνος της δομής, κοινωνική λειτουργός, η οποία είναι και υπεύθυνη του υπό μελέτη ξενώνα, τέσσερις νοσηλεύτριες μια ΤΕ και τρεις ΔΕ. Τρεις εκπαιδευτριες κεραμικής, κοπτικής-ραπτικής και κεντήματος, λειτουργούν δηλαδή τρία εργαστήρια. Αν και στην αρχή ο ξενώνας είχε ξεκινήσει με περισσότερο προσωπικό δηλαδή υπήρχε ψυχολόγος, περισσότερες νοσηλεύτριες, προσωπικό γενικών καθηκόντων και διοικητικό προσωπικό. Αρχικά το νοσηλευτικό προσωπικό της δομής απασχολούνταν σε εβδομαδιαία εικοσιτετράωρη βάση, όμως εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού και με απόφαση του επιστημονικά υπεύθυνου παρέχεται μόνο δεκαεξάωρη καθημερινή φροντίδα στους ενοίκους της δομής.

Οι ένοικοι μένουν στα δωμάτια τους ανά δύο και ανάλογα με τους δεσμούς φιλίας που έχουν αναπτύξει. Οι περισσότεροι αυτοεξυπηρετούνται (κάνουν μπάνιο, σιδερώνουν, στρώνουν τα κρεβάτια, σκουπίζουν) αν και υπάρχει καθαρίστρια που τους βοηθάει. Το φαγητό είναι από catering του νοσοκομείου και δύο φορές την εβδομάδα μαγειρεύουν μόνοι τους συγκεκριμένα την Τρίτη και την Παρασκευή.

2.6. Ξενώνας Ίριδα

Ο ξενώνας Ίριδα λειτουργεί απ' τον Απρίλιο του 2001. Αποτελεί Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου και λειτουργεί στα πλαίσια του Προγράμματος «Ψυχαργώς» το οποίο εντάσσεται στο Εθνικό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την αγορά εργασίας». Στην αρχή της λειτουργίας του ξενώνα υπήρχε το εργαστήριο της «Κηποτεχνικής» που λειτουργούσε στα πλαίσια της μονάδας για πέντε χρόνια. Ο ξενώνας βρίσκεται σε μια οικιστική περιοχή στα πλαίσια της πόλης του Αγρινίου δύο χιλιόμετρα μακριά από το κέντρο της πόλης. Η πρόσβαση σε αυτόν γίνεται οδικώς καθώς επίσης υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης μέσω της δημόσιας συγκοινωνίας. Το κτίριο στέγασης της δομής είναι ένα

μεγάλο σπίτι στο οποίο, στον εξωτερικό χώρο υπάρχει αυλή με κήπο και στον εσωτερικό χώρο, στο ισόγειο είναι τα δύο γραφεία του προσωπικού καθώς επίσης ένας ενιαίος χώρος που είναι το σαλόνι και η κουζίνα των ασθενών. Τα υπνοδωμάτια των ασθενών και οι τουαλέτες βρίσκονται στον πάνω όροφο, η επικοινωνία μεταξύ των χώρων του ξενώνα γίνεται μέσω της σκάλας. Επίσης, στον εξωτερικό χώρο υπάρχει ακόμη ένα γραφείο, ένα δωμάτιο που το ονομάζουν καπνιστήριο όπου είναι ο χώρος που καπνίζουν οι ένοικοι και ένα δωμάτιο με μια τουαλέτα. Ο ξενώνας είναι δυναμικότητας έξι κλινών και υπάρχουν τρία δωμάτια δίκλινα για γυναίκες και τρία δίκλινα δωμάτια για άνδρες με δύο τουαλέτες μια γυναικεία και μια ανδρική. Αυτή τη στιγμή οι ένοικοι της δομής είναι τέσσερις γυναίκες και τέσσερις άνδρες και η ηλικία τους κυμαίνεται από 47 ετών έως 80 ετών. Οι περισσότεροι ασθενείς που φιλοξενούνται στη δομή ήταν μακροχρόνια νοσηλευόμενοι του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και κάποιοι εισήλθαν στη δομή μέσω της κοινότητας μετά από νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Όσον αφορά το προσωπικό⁸ αρχικά ξεκίνησε με έντεκα άτομα προσωπικό υπήρχε ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, έξι νοσηλεύτριες, δύο άτομα στα εργαστήρια και ένα άτομο γενικών καθηκόντων. Τώρα υπάρχουν πέντε άτομα δηλαδή τέσσερις νοσηλεύτριες και μια κυρία που έχει έρθει με απόσπαση από άλλο ξενώνα, η ειδικότητά της είναι κοπτική ραπτική αλλά δεν υπάρχει το εργαστήριο απλά καλύπτει βάρδιες. Επίσης, στην αρχή της λειτουργίας της δομής υπήρχε νοσηλευτικό προσωπικό που μπορούσε να απασχοληθεί σε εβδομαδιαία εικοσιτετράωρη βάση. Αυτή τη στιγμή, όμως εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού αναγκαστικά τις πέντε ημέρες της εβδομάδας υπάρχει δεκαεξάωρη φροντίδα, ενώ τα Σαββατοκύριακα καλύπτεται μόνο η πρωινή βάρδια δηλαδή από τις εφτά το πρωί μέχρι τις τρεις το μεσημέρι.

Οι ένοικοι μένουν στα δωμάτιά τους ανά δύο και ανάλογα με τους δεσμούς φιλίας που έχουν αναπτύξει. Οι περισσότεροι αυτοεξυπηρετούνται (κάνουν μπάνιο, σιδερώνουν, στρώνουν τα κρεβάτια, σκουπίζουν) όμως όσον αφορά την καθαριότητα του κτιρίου υπάρχει καθαρίστρια την οποία πληρώνουν οι ίδιοι για να τους εξυπηρετεί καθώς όλοι δε μπορούν λόγω ηλικίας να ανταπεξέλθουν στις συγκεκριμένες υποχρεώσεις. Το

⁸ Όλα τα επαγγέλματα της ψυχιατρικής φροντίδας και των δύο ξενώνων καλύπτονται από γυναίκες με εξαίρεση αυτή του ψυχιάτρου, επιβεβαιώνοντας την εύστοχη παρατήρηση του Τζανάκη (2008:161) περί «εκθήλυνσης της ψυχιατρικής φροντίδας».

φαγητό είναι από catering του νοσοκομείου, το οποίο προσφέρεται όλες τις ημέρες της εβδομάδας.

2.7. Προστατευόμενα διαμερίσματα

Στο Αγρίνιο υπάρχουν τρία προστατευόμενα διαμερίσματα που βρίσκονται σε τρεις περιοχές της πόλης του Αγρινίου. Αυτή τη στιγμή λειτουργούν και τα τρία διαμερίσματα όπου στο ένα διαμένουν δύο άνδρες και στα άλλα δύο από ένας άνδρας στο κάθε ένα. Η δυναμικότητα όλων των διαμερισμάτων είναι για τέσσερα άτομα, το κάθε ένα διαθέτει δύο μεγάλα υπνοδωμάτια, μπάνιο, κουζίνα και σαλόνι. Το διαμέρισμα που κατοικούν οι δύο άνδρες, βρίσκεται σε διώροφο κτίριο μέσα στο Αγρίνιο, δέκα λεπτά απόσταση από τον ξενώνα Αργώ. Δίπλα σε αυτό το διαμέρισμα βρίσκεται ένα διαμέρισμα του ιδιοκτήτη του κτιρίου στο οποίο δε διαμένει κανένας και κάτω από το διαμέρισμα υπάρχει ένα καφενείο. Το δεύτερο διαμέρισμα είναι μια μονοκατοικία που βρίσκεται σε μια γειτονιά κοντά στο κέντρο της πόλης και στον ξενώνα Αργώ και το τρίτο διαμέρισμα βρίσκεται επίσης κοντά στο κέντρο της πόλης αλλά και στον ξενώνα Ίριδα, είναι ένα από τα δύο διαμερίσματα ενός διώροφου κτιρίου όπου στο διπλανό διαμέρισμα κατοικεί μόνη μια κυρία μεγάλης ηλικίας και κάτω από τα διαμερίσματα στεγάζεται ένα ξυλουργείο. Η μετακίνηση των ασθενών προς τους ξενώνες γίνεται με τα πόδια και μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα μέσα δημόσιας συγκοινωνίας. Ιδιαίτερα στην περίπτωση του ξενώνα Ίριδα που είναι σχετικά μακριά από το κέντρο της πόλης, αφού οι ασθενείς έχουν δωρεάν κάρτες για τη χρήση της αστικής συγκοινωνίας.

Σε κάθε περίπτωση πριν τη εγκατάσταση των ατόμων στα προστατευόμενα διαμερίσματα έχει μεσολαβήσει η διαμονή τους στους ξενώνες. Τα διαμερίσματα λειτουργούν υπό συνθήκες ημιαυτόνομης διαβίωσης, υποστηριζόμενα από το προσωπικό του ξενώνα, δηλαδή, καθημερινά οι ένοικοι του διαμερίσματος που υποστηρίζεται από τους εργαζόμενους του ξενώνα Αργώ μεταβαίνουν στο χώρο του εργαστηρίου όπου απασχολούνται τις πρωινές ώρες στα πλαίσια της προεπαγγελματικής τους κατάρτισης. Ακόμη, ο ένοικος του διαμερίσματος που υποστηρίζεται από τον ξενώνα Ίριδα μεταβαίνει στον ξενώνα για τη διευθέτηση κάποιων αναγκών του όπως τη διαχείριση των χρημάτων της σύνταξής του και την

παροχή της φαρμακευτικής του αγωγής αλλά και για την επικοινωνία του με τους ενοίκους της δομής. Τέλος, ο ένοικος του τρίτου διαμερίσματος επικοινωνεί κυρίως με το Κ.Ψ.Υ. καθώς εξυπηρετείται κατευθείαν από το γιατρό όσον αφορά τη φαρμακευτική του αγωγή και την ψυχολογική του υποστήριξη, βέβαια όλοι οι ασθενείς μπορούν ανά πάσα στιγμή να έρθουν σε επικοινωνία και να εξυπηρετηθούν από τον ψυχίατρο και τον ψυχολόγο που βρίσκονται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Κεφάλαιο 3^ο: Αποτελέσματα

3.1. Ο λόγος των εργαζομένων

3.1.1. Οι συνθήκες και ο τρόπος λειτουργίας του ξενώνα Αργώ

Τα άτομα που αποτελούν το προσωπικό των εργαζομένων στο χώρο του ξενώνα Αργώ είναι απόφοιτοι των ελληνικών τεχνολογικών ιδρυμάτων, συγκεκριμένα η κοινωνική λειτουργός και η μία νοσηλεύτρια, οι υπόλοιπες νοσηλεύτριες και οι εκπαιδευτριες των εργαστηρίων είναι πτυχιούχοι των επαγγελματικών σχολών της πόλης του Αγρινίου, ενώ ο επιστημονικά υπεύθυνος όλων των δομών αποασυλοποίησης της πόλης είναι ο ψυχίατρος απόφοιτος του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων που είχε την τύχη επιστημονικά να βρεθεί στη Λέρο με ένα πρόγραμμα του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων και να εξειδικευτεί όσον αφορά την αποασυλοποίηση στο πρόγραμμα της κινητής μονάδας που δημιουργήθηκε στη Φωκίδα.

Το κίνητρο των εργαζομένων να δουλέψουν στη συγκεκριμένη δομή ήταν η επαγγελματική τους αποκατάσταση καθώς οι περισσότεροι εκείνη την περίοδο που κοινοποιήθηκε η προκήρυξη των θέσεων εργασίας στον ξενώνα είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές τους και βρίσκονταν σε περίοδο αναζήτησης εργασίας. Όλοι γνώριζαν ποιο θα ήταν το αντικείμενο της εργασίας τους καθώς η προκήρυξη γνωστοποιούσε το σκοπό των θέσεων της προκήρυξης παρόλο που δεν είχε ποτέ κανένας καμία συναφή προϋπηρεσία ή εκπαίδευση με το αντικείμενο της ψυχικής υγείας. Η μόνη εκπαίδευση που δέχτηκαν ήταν κατά την πρόσληψή τους στο Ψυχιατρείο της Τρίπολης και στο Νανσύ της Γαλλίας για τις ειδικότητες της τεχνολογικής εκπαίδευσης καθώς και κάποια σεμινάρια που έγιναν αργότερα, όμως η κύρια εκπαίδευσή τους έγινε στην πράξη κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στο χώρο του ξενώνα που ήταν πολύ δύσκολη από ό,τι αναφέρουν καθώς ήταν κάτι άγνωστο και πρωτόγνωρο για αυτούς. Επίσης, ελάχιστη στήριξη δέχτηκαν από τις ομάδες ασθενών και προσωπικού από τον ψυχολόγο που υπήρχε στην αρχή της λειτουργίας του ξενώνα και τον ψυχίατρο. Συγκεκριμένα οι ίδιοι αναφέρουν, Νέλλη νοσηλεύτρια: *«Είχα τελειώσει τη σχολή τότε, έψαχνα για δουλειά και έκανα τα χαρτιά. Μετά έπεσα στα βαθιά είναι πολύ δύσκολο! Δεν είχα ξανά επαφή με ψυχική υγεία και ούτε και κανένας άλλος από εμάς. Η επαφή μου μέχρι τότε ήταν μόνο κλινικές στο νοσοκομείο, δεν είχα ποτέ επαφή με ψυχικά άτομα και η πρακτική ήταν πάρα πολύ λίγη και όταν διοριστήκαμε, πήγαμε ενάμιση μήνα για μια*

μικρή εκπαίδευση στην Τρίπολη στο ψυχιατρείο και είχαμε πάει δεκαπέντε μέρες σεμινάριο εμείς οι ΤΕ στην Γαλλία στο Νανσύ. Μετά όταν λέω ότι πέσαμε στα βαθιά εννοώ, ότι μόνοι μας έπρεπε να ανταπεξέλθουμε σε πολλά πράγματα δηλαδή πράγματα που βλέπαμε και δεν τα ξέραμε έπρεπε μόνοι μας να ανταπεξέλθουμε». Ζωή νοσηλεύτρια: «Δουλεύω στον ξενώνα από το Μάρτιο του 2001 γιατί το προηγούμενο χρόνο όταν έγινε η πρόσληψη, ήμασταν στο νοσοκομείο Αγρινίου μέχρι να ανοίξει ο ξενώνας. Πήγαμε στο ψυχιατρείο στην Τρίπολη για εκπαίδευση, εκεί είδαμε κάποια πράγματα, όπως το πως χορηγούν τα φάρμακα, τι περιπτώσεις ασθενών υπάρχουν, άλλοι ήταν βαριά, άλλοι πιο ελαφριά, άλλοι τους πέταξαν εκεί οι δικοί τους σαν ένα ασθενή που έχουμε εδώ και ένα παππού που είχαμε που είναι άτομα με νοητική υστέρηση, οι οποίοι δεν χρειάζονταν ψυχιατρείο αλλά είναι δύσκολη η περίπτωση τους για να μείνουν στο σπίτι. Εκεί στο ψυχιατρείο θυμάμαι μου έκανε εντύπωση το πως τους κάνανε μπάνιο. Είχαν ένα δωμάτιο μεγάλο, μακρόστενο και τους έδιναν ότι να 'ναι από ρούχα ένας ένας που έκανε μπάνιο. Είχαν θυμάμαι κάτω σεντόνια ριγμένα, πάταγαν πάνω για να μην γλιστρήσουν και με τη μάνικα τους κάνανε μπάνιο». Νίκη νοσηλεύτρια: «Δουλεύω στη δομή από το 2000 ξεκινήσαμε στην αρχή δουλέψαμε στο νοσοκομείο για εννιά μήνες. Εγώ ήμουν στη χειρουργική μέχρι να ανοίξουν οι ξενώνες. Στο ψυχιατρείο στην αρχή φοβόμασταν, δεν είχα ξαναπάει ποτέ, δεν ήξερα καν το αντικείμενο, είχαμε την αγωνία να το πω, περιέργεια πιο πολύ για το τι ανθρώπους θα συναντήσουμε. Εκεί ήταν δύσκολα γιατί πήγαμε και στα οξέα περιστατικά, οπότε έβλεπες ανθρώπους στα μπαλκόνια να χτυπιούνται να φοράνε κράνη και όλα αυτά, γυμνούς. Άνθρωποι έξω που ήταν σαν τα ζώα, παρατημένοι γιατί παρατημένοι είναι. Πολύ περίεργα μας φάνηκαν όλα αυτά, όταν επιστρέψαμε από την Τρίπολη πήγαμε κατευθείαν στο νοσοκομείο οπότε είχαμε και λίγο αγωνία μέχρι να ανοίξει ο ξενώνας. Πώς θα είναι οι ασθενείς και τι ασθενείς θα μας στείλουνε». Μαρία εκπαιδευτρια: «Ήξερα πριν προσληφθώ ότι η θέση ήταν για τη δομή ψυχικής υγείας, ήμουν λίγο ευαισθητοποιημένη όμως, γιατί έκανα τα μαθήματα κεραμικής σε ομάδες ΑΜΕΑ στο εικαστικό εργαστήρι στο Δήμο Αγρινίου. Ήμουν στο κλίμα όμως, το κομμάτι της ψυχικής υγείας είναι εντελώς διαφορετικό και δεν το συγκαταλέγω στο αν είναι πιο δύσκολο ή πιο εύκολο. Έγινε εκπαίδευση άλλα ήταν πολύ λίγος ο χρόνος σε σχέση με αυτό που μας είχαν πει ότι θα κάνουμε. Εκεί που μας είχαν πει για τρεις μήνες κάναμε ένα και αυτό ελάχιστο, για ένα άτομο που ήταν άσχετος και δε γνώριζε, η εκπαίδευση θα έπρεπε να ήταν μεγαλύτερη». Η περιορισμένη διάρκεια των εκπαιδευτικών προγραμμάτων υποβαθμίζει οπωσδήποτε το επιθυμητό θετικό τους αποτέλεσμα. (Μαδιανός, 2005: 550) «Έγινε στο ψυχιατρείο της Τρίπολης για λίγες

μέρες. Ήταν όλα τα πράγματα πολύ φρέσκα στο ξεκίνημά τους για την αλλαγή στα ψυχιατρεία και τα εργαστήρια. Υπήρχαν εργαστήρια από ό,τι είδα εκεί, υπήρχε ξυλουργική, αγιογραφία υπήρχε κεραμική, το οποίο ήταν νεκρό σαν εργαστήριο γιατί όταν είχα πάει τελικά έδειχνα εγώ στη δασκάλα εκεί πως να ψήσει και τις θερμοκρασίες. Για το προσωπικό ήταν κάτι καινούριο, για όλους ήταν πολύ δύσκολο. Πιστεύω μέχρι να ενταχθούμε να μάθουμε τι γίνεται, ήταν ελλιπής η εκπαίδευση. Όταν μπήκαμε, δε γνωρίζαμε πολλά πράγματα, υπήρχε και προσωπικό που φοβόταν, φοβόντουσαν δηλαδή σου λέει: «Τι θα κάνω; Πως θα το αντιμετωπίσω; Τι θα γίνει;» Αλλά αυτό ήταν λογικό γιατί οφειλόταν και οφείλεται στην άγνοια, πήρε σε όλους χρόνο για να εγκλιματιστούν και να πάνε καλύτερα τα πράγματα». Η άποψη του γιατρού σχετικά με την εκπαίδευση του προσωπικού: «Το προσωπικό των δομών δεν ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένο και κανείς μας δεν ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένος, αλλά υπήρχε η δυνατότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος και συμμετείχαν και είχαν τη δυνατότητα κάποιοι από αυτούς ένα μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος να το κάνουν στη Γαλλία σε δομές πολύ πιο προχωρημένες από τις δικές μας και βέβαια την εκπαίδευση που χρειάζεσαι και την παίρνεις μέσα από τη δουλειά σου σε αυτά και από την εμπειρία σου και νομίζω ότι είχαν τέτοιες δυνατότητες και εμείς κάναμε κάποια προγράμματα που όταν ήταν πιο εύκολο εκπαιδεύσαμε και άλλες δομές στη συνέχεια από όλη την Ελλάδα και από το πανεπιστήμιο στα Ιωάννινα και από το κομμάτι της κινητής μονάδας στην Φωκίδα και από την Αθήνα και έτσι το προσωπικό εκπαιδεύτηκε από όλα αυτά».

Η λειτουργία του ξενώνα σύμφωνα με την άποψη του προσωπικού όσον αφορά τη συνεργασία τους από την αρχή της μέχρι τώρα πέρασε κάποια στάδια δυσκολίας: Η Ευτέρπη κοινωνική λειτουργός εξηγεί: «Πάντα υπήρχαν προβλήματα με τους συναδέλφους και ειδικά στην αρχή, ιδιαίτερα όταν πρέπει να συνεργαστούν διαφορετικές ειδικότητες και διαφορετικοί άνθρωποι. Στην αρχή δεν ήταν τόσο ξεκάθαρο το πλαίσιο και ο τρόπος λειτουργίας, το καθηκοντολόγιο δεν ήταν ξεκάθαρο, ούτε γραμμή είχε δοθεί από το Υπουργείο ή από το ΦΕΚ που βγήκε και αφορούσε τη λειτουργία των ξενώνων δηλαδή υπήρχε μια γραμμή που έλεγε είμαστε 'όλοι για όλα' και αυτό μας έφερε προβλήματα στην αρχή γιατί η αλήθεια είναι ότι όλοι μπορούμε να κάνουμε κάποια πράγματα, αλλά ο καθένας έπρεπε να έχει τη θέση του και το ρόλο του και το επάγγελμά του. Έπρεπε να ξεκαθαρίσουν αυτά τα πράγματα, είχαμε κάποια προβλήματα σιγά σιγά μπήκαν σε ένα δρόμο και τώρα υπάρχουν και πάντα θα υπάρχουν γιατί είμαστε διαφορετικοί άνθρωποι. Κάποιοι δουλεύουν πρωί, κάποιοι δουλεύουν πρωί απόγευμα και αυτό αφήνει κάτι στον καθένα και επηρεάζει τη σχέση». Η έρευνα του Martin (1985)

σε μεγάλα ψυχιατρεία αναφέρεται στην προσωπική απομόνωση δηλαδή καταστάσεις όπου μεμονωμένα άτομα καθίστανται υπεύθυνα στην αντιμετώπιση ασθενών. (Pilgrim, Rogers, 2004: 271) Η Νέλλη νοσηλεύτρια περιγράφει: «Είχαμε μια μικρή βοήθεια από τον ψυχίατρο στην αρχή, αλλά δεν ήταν κάθε μέρα εδώ ο ψυχίατρος. Ερχόταν μια φορά στις δεκαπέντε, μια φορά το μήνα και έβλεπε τους ασθενείς και κάναμε ομάδες, συνεδρίες από εκεί και πέρα έπρεπε μόνοι μας. Εμείς οι νοσηλεύτριες κάνουμε και μονοβάρδιες πολλές και αυτό είναι πιο δύσκολο γιατί εκεί αν σου συμβεί κάτι πρέπει μόνος σου να σκεφτείς τι θα κάνεις και πως θα ανταπεξέλθεις με αυτόν τον ασθενή. Είχαμε καθηκοντολόγιο και ένα πλαίσιο που το είχαμε κάνει με τον ψυχίατρο που είναι και επιστημονικά υπεύθυνος. Στη συνεργασία μας προβλήματα υπήρχαν γιατί δεν ξέραμε στην αρχή τι πρέπει να κάνει ο καθένας. Εκεί που ξεκινάει ο ένας πρέπει να σταματά ο άλλος να μην παρεμβαίνει στη δουλειά του άλλου, είχαμε κάποιες τέτοιες ρήξεις και τέτοια προβλήματα που αυτά κάποια στιγμή μπήκαν σε κάποια σειρά. Κάνουμε ομάδες αποφόρτισης άγχους μια φορά το μήνα ή κανονίζουμε μόνοι μας για να μιλήσουμε για κάποιον ασθενή με κάποιο πρόβλημα γιατί αλλιώς, δε γίνεται χάνεσαι γιατί άλλος θα δουλέψει απόγευμα, άλλος παίρνει το ρεπό του, χάνεσαι, δε γίνεται αλλιώς».

Η πρώτη επαφή με τους ασθενείς στο χώρο της δομής αποτέλεσε αιτία άγχους και φόβου για το προσωπικό που δεν είχε καμία επαφή με το αντικείμενο της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα η Βιβή εργοθεραπεύτρια αναφέρει: «Εγώ θυμάμαι την πρώτη μέρα που ήρθαν οι ασθενείς. Εγώ έτρεμα, μας κοίταζαν με ένα βλέμμα, εντάξει αν δεν έχεις μια επαφή με ψυχικά ασθενείς, ήταν τρομακτικό και στο περιβάλλον μου δεν είχα καμιά επαφή με ψυχικά ασθενή, έστω ένας γείτονας κάτι, κάτι μια εμπειρία, όχι. Στην αρχή έβλεπα όνειρα, εδώ συνέχεια τον ξενώνα γιατί ήταν αγχωτική η κατάσταση και εμείς φοβόμασταν. Μας πέταζαν στα βαθιά, δεν υπήρχε ένα πρόγραμμα δηλαδή δεν υπήρχε μια οργάνωση στο τι θα κάνει ο καθένας, ποιός είναι ο ρόλος του. Εμένα στην αρχή μου είχαν κάνει επίθεση γιατί δεν έκανε μπάνιο ο ασθενής, ενώ εγώ ήμουν στα εργαστήρια. Γενικά δεν υπήρχε ένα πρόγραμμα δεν ήταν ξεκαθαρισμένες οι θέσεις, μας βάλανε να δουλέψουμε και δεν ξέρανε ακριβώς τι ζητάνε από εμάς. Έναν ψυχολόγο είχαμε, ο οποίος προσλήφθηκε μαζί με εμάς, δεν υπήρχε ένας προγραμματισμός. Επειδή έπρεπε να γίνει, ο χρόνος πίεζε, μας πετάζανε στα βαθιά έτσι, χωρίς προγραμματισμό. Πολλές κόντρες εδώ μέσα, τι πρέπει να κάνει ο καθένας, ποιός είναι ο ρόλος του, η πρώτη ομάδα που κάναμε, ήταν απογοητευτική δηλαδή πιο πολύ ήταν ομάδα ψυχασθενών. Την είχε κάνει ο ψυχολόγος, όχι ομάδα προσωπικού και στην πρώτη επαφή έπρεπε να σηκωθούμε όρθιοι να πει το προσωπικό όχι τα θετικά αλλά τα αρνητικά για

τον καθένα που θα σηκωνόταν όρθιος. Τότε είχα δεχτεί την επίθεση, ότι έπρεπε να κάνω και εγώ μπάνιο τους ασθενείς και θυμάμαι ότι είχα φύγει κλαίγοντας από τον ξενώνα, αλλά είχε παρέμβει ο ψυχίατρος από το Μεσολόγγι και λίγο ισορροπήσανε τα πράγματα. Τώρα, είναι καλύτερα τα πράγματα σε σχέση με την αρχή τώρα έχουν κάπου ξεκαθαριστεί τα πράγματα, ξέρουμε και εμείς πλέον έχουμε εκπαιδευτεί τόσα χρόνια, ξέρουμε να τους διαχειριστούμε. Σιγά σιγά συζητώντας, μαθαίνουμε και εμείς πολλά πράγματα, μάθαμε σε αυτή τη δουλειά και για εμάς. Τώρα είναι διαφορετική η αντιμετώπιση πρώτα τους φοβόμουν τώρα δε τους φοβάμαι, μένω μόνη μου στο κτίριο. Εντάξει έχω κάνει και μόνη μου απόγευμα, εντάξει τώρα δε τους φοβάμαι καμιά σχέση δηλαδή η πρώτη επαφή με το σήμερα γιατί πλέον ξέρουμε να τους χειριστούμε». Η αντίθετη άποψη της Μαρίας εργοθεραπεύτρια ενισχύει την άποψη της κατεύθυνσης «όλοι για όλα» της προκήρυξης. «Δεν υπήρχε καθηκοντολόγιο κάτι συγκεκριμένο, υπήρχαν ειδικότητες. Αυτό ήταν ξεκάθαρο, αλλά από εκεί και πέρα και πιστεύω ότι καλώς έγινε για μένα, ενώ κάποιοι άλλοι από το προσωπικό ήταν αρνητικοί στο γεγονός ότι θα μπορούσαν να κάνουν και κάτι άλλο να εξυπηρετήσουν κάποιον άλλο τομέα πχ τη νοσηλευτική. Η συνεργασία υπήρχε και σιγά σιγά με τα χρόνια μαθαίνοντας και ο καθένας τον τομέα του καλά πως θα τον αποδίδει, έπιανε ο καθένας το πόστο του πιο σταθερά. Ότι εγώ έχω να κάνω αυτό, δε σημαίνει ότι τώρα δε βοηθάμε και πιστεύω για μένα σε τέτοιες μονάδες θα πρέπει να υπάρχει απόλυτη συνεργασία δηλαδή δε μπορεί να βάλεις τα όρια εγώ κάνω αυτό, εγώ δεν κάνω αυτό. Εγώ έχω πλύνει και ασθενή, έχω ξεσκατίσει ασθενή που έτυχε να μην είναι νοσηλεύτρια εδώ και να είμαι μόνη μου με την κοινωνική λειτουργό και το έχουμε κάνει. Θα αφήναμε έναν άνθρωπο μέχρι να έρθει κάποιος το απόγευμα όταν είναι πρωί σε αυτή την κατάσταση; Δε νομίζω και πατέρας σου και αδερφός σου να ήταν, το ίδιο θα έκανες, το ίδιο κάνουμε και εδώ και αυτό συμβαίνει και τώρα παρόλο που ο καθένας έχει τον τομέα του».

Η μη αναπλήρωση του προσωπικού που εγκαταλείπει τις θέσεις του, στους ξενώνες οδηγεί σε οργανωτικές δυσκολίες στη λειτουργία των δομών. (ΥΥΚΑ, 2011: 39) Ο γιατρός εξηγεί: «Στην αρχή είχε ένα προσωπικό που έχει το πρόβλημα ότι οι θέσεις είναι προσωποπαγείς. Ο καθένας που φεύγει, δε μπορεί να αντικατασταθεί και είναι ένα από τα προβλήματα που έχουμε γιατί στην αρχή όταν οι άνθρωποι έβρισκαν κάτι καλύτερο, έφευγαν. Γιατί δεν ήταν και ακριβώς Δημόσιο ήταν κάτι κοντά στο Δημόσιο και έφευγαν. Τώρα βέβαια είναι εκεί και δεν πρόκειται να φύγουν, είναι από τα καλά της κρίσης, θεωρούν τον εαυτό τους πολύ τυχερό που εργάζονται σε αυτές τις δομές».

Η Ευτέρπη προσθέτει: «Στον ξενώνα υπεύθυνη είμαι εγώ για θέματα διαδικαστικά και λειτουργικά. Η ομάδα του ξενώνα είναι πολυκλαδική θεραπευτική και όλοι μαζί αποφασίζουμε για τα θέματα που προκύπτουν στο χώρο του ξενώνα. Οι θέσεις μας εδώ είναι προσωποπαγείς, αυτό σημαίνει, ότι όταν κάποιος μπαίνει σε μια θέση με το όνομά του φεύγοντας την παίρνει μαζί του. Έτσι είχαν βγει οι θέσεις από το Νομοσχέδιο. Εδώ οι θέσεις μας είναι Ιδιωτικού Δικαίου αορίστου χρόνου και υποτίθεται ότι αν το πρόγραμμα κάποια στιγμή λήξει, ότι μπορεί και εμείς να χάσουμε τις θέσεις μας ή να πάμε στο νοσοκομείο. Βέβαια υπάρχει η στήριξη από το νοσοκομείο όπως φάρμακα, φαγητό, έξοδα λογαριασμών του χώρου του ξενώνα και σε υλικά και το ίδιο το προσωπικό προσπαθεί όσο γίνεται περισσότερο για την καλύτερη λειτουργία του ξενώνα». Σύμφωνα με τη Νέλλη ΤΕ νοσηλεύτρια: «Ξεκινήσαμε έξι νοσηλεύτριες, δύο ΤΕ, τέσσερις ΔΕ και κάναμε κυκλικό ωράριο, κάποια στιγμή όμως φύγανε. Έγιναν κάποιες μετακινήσεις στο νοσοκομείο και μείναμε τέσσερα άτομα. Έτσι, οι νύχτες σταμάτησαν με ευθύνη του ψυχιάτρου, καθαρά για λόγους πρακτικούς γιατί δεν υπήρχε πλέον προσωπικό, δεν έβγαινε το πρόγραμμα όχι ότι έπρεπε να βγουν γιατί αυτά τα άτομα πρέπει να είσαι όλη την ώρα πάνω από το κεφάλι τους». Η Νίκη νοσηλεύτρια περιγράφει εκφράζοντας την κούρασή της: «Ήμασταν περισσότερο προσωπικό στην αρχή γιατί γίναν κάποιες μετατάξεις, μια κοπέλα που ήταν εδώ πήγε στον άλλο ξενώνα. Ήταν πιο εύκολο τότε γιατί ήμασταν έξι νοσηλεύτριες και τώρα ήμαστε μόνο τέσσερις και η μια έχει απαλλαγεί από το κυλιόμενο ωράριο, οπότε ήμαστε τρεις που κάνουμε πρωί και απόγευμα. Είναι δύσκολο γιατί δουλεύουμε και αργίες και Σαββατοκύριακα δύσκολα βγαίνει το πρόγραμμα. Είμαστε τέσσερα άτομα. Όταν λείπει κάποια σε άδεια, εμείς κάνουμε μπορεί τέσσερα και πέντε απογεύματα την εβδομάδα γιατί η μία κάνει μόνο πρωινά». Η Βιβή εργοθεραπεύτρια περιγράφει: «Παλιά κάναμε και κυκλικό ωράριο δηλαδή στην αρχή έκανα και νύχτα μαζί με νοσηλεύτρια για να μην είναι και οι νοσηλεύτριες μόνες. Η πρώτη επαφή να μείνεις όλη τη νύχτα [...]. Είχαμε και απογεύματα ήταν και πιο χαλαρά λόγω του ότι τώρα δεν έχουμε προσωπικό κάνουμε μόνο πρωινά. Με αυτό το προσωπικό που υπάρχει τώρα δεν υπάρχουν παραπάνω δυνατότητες για δραστηριότητες. Παλιά που ήμασταν περισσότεροι και μπαίναμε και εμείς από τα εργαστήρια απόγευμα, δεν τους απασχολούσαμε στο εργαστήριο γιατί εντάξει το απόγευμα είναι πιο χαλαρό, αλλά είχαμε το χρόνο να πάμε μια βόλτα, να παίζουμε και εμείς επιτραπέζια μαζί τους, ακόμα και να συζητήσουμε να καθίσουμε στη βεράντα, να κάνουμε άλλα πράγματα. Είχαμε και περισσότερο χρόνο να ασχοληθούμε με τα πρόσωπα αναφοράς μας, πράγμα που δε μπορούμε τώρα. Εγώ έχω πρόσωπο αναφοράς στο διαμέρισμα, δεν έχω το χρόνο να

πάω, εφόσον είμαι από τις δέκα μέχρι τη μία στο εργαστήριο. Πρέπει να ετοιμάσω πιο πριν συν ότι έχω καθαριότητα για τα πράγματα, ό,τι θα χρειαστούν για το φαγητό αν λείπει η νοσηλεύτρια, θα πρέπει να ανέβουμε πάνω. Είναι πάρα πολλά τα πράγματα που πρέπει να κάνουμε, κάνω και τη συντήρηση των ρούχων τους και ό,τι χρειαστεί εδώ. Από τις 7 το πρωί μέχρι τις 3 κάνουμε τα πάντα. Ό,τι χρειαστεί θα το κάνουμε π.χ. τώρα είχαμε τα γενέθλια του Χάρη, θα πάμε έξω με τους ασθενείς να ψωνίσουμε τα απορρυπαντικά τους, θα χρειαστεί να πάμε σούπερ μάρκετ, οτιδήποτε χρειαστεί ανά πάσα στιγμή».

Η σωστή χρήση των ανθρώπινων πόρων, που αποτελούν το σημαντικότερο πόρο του συστήματος ψυχικής υγείας, η λειτουργία του οποίου δεν βασίζεται στην υψηλή τεχνολογία, αποτελεί βασικό και απαραίτητο στοιχείο της λειτουργίας ενός σύγχρονου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παράμετροι που αφορούν στη χρήση του χρόνου και των δεξιοτήτων του προσωπικού και στη δυνατότητα του συστήματος να το ανακατανέμει σύμφωνα με τις διαπιστούμενες ανάγκες, στις επενδύσεις του συστήματος σε εκπαίδευση και στον προγραμματισμό της, αποτελούν προϋποθέσεις για την σωστή διοίκηση και λειτουργία του συστήματος.

Τα παραδοσιακά σχήματα διορισμού σε συγκεκριμένες θέσεις από όπου οι εργαζόμενοι στο σύστημα είναι αμετακίνητοι, δημιουργεί σημαντικές παρενέργειες και συμβάλλει στην αντιοικονομική χρήση των ανθρώπινων πόρων και στον περιορισμό αξιοποίησης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, ενώ, σε συνάρτηση και με την έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών για την εργασία τους, συμβάλλει στην επαγγελματική τους καταπόνηση (burn-out). (ΥΥΚΑ, 2011: 41- 42)

Η Νέλλη νοσηλεύτρια υποστηρίζει: *«Θα ήταν καλό να υπήρχαν εκπαιδεύσεις, να γίνονταν κάποιες συνεδρίες να μπορούσα να μιλήσω με κάποιο ψυχολόγο να του πω: «Ουφ! σήμερα εγώ νευρίασα». Δεν το έχουμε αυτό δυστυχώς, γιατί ξέρεις όταν δεν είσαι καλά, σου φταίει και ο διπλανός σου και ο συνάδελφός σου και τα ρίχνεις εκεί και τσακώνεσαι με τον άλλο, χωρίς να υπάρχει ουσιαστικός λόγος. Αν δεν είσαι καλά μέσα σου, αν δεν είσαι καλά με αυτό που κάνεις, θα σου φταίει και άλλος που πήρε αυτό από εδώ και το πήγε εκεί και τέτοιες ρήξεις υπάρχουν δυστυχώς σε τέτοιους χώρους και τα πρώτα χρόνια είχαμε πολύ έντονα τέτοια προβλήματα. Όταν εγώ δεν έχω κάποιον να με τονώσει ψυχολογικά είναι λογικό ότι και εγώ θα πέφτω και απλά θα γίνω ένας υπάλληλος που θα το βλέπω μόνο οικονομικά, να πάρω τα χρήματά μου κάθε μήνα και να φύγω, κάτι που είναι δύσκολο να το κάνεις εδώ μέσα. Δεν είναι δηλαδή ένας χώρος όπως η εφορία να πας σε ένα γραφείο να καθίσεις, έχεις να κάνεις με έμψυχο υλικό, δεν*

έχεις να κάνεις με χαρτιά ή έλα να σου δώσω τα φάρμακα να φύγω, ούτε να μπω σε ένα κομπιούτερ και να δω κάποιους αριθμούς. Έχω να κάνω με ψυχές».

Απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη ενός διαφορετικού τύπου σχέσεων μεταξύ θεραπευόμενων και θεραπευτών μέσα στο πλαίσιο της πραγματικότητας της σχέσης υγείας- αρρώστιας όπου οι θεραπευόμενοι και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς όρια μεταξύ «τρέλας» και «υγείας», αφού και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές μεταβλητές καταστάσεις. Η τοποθέτηση αξεπέραστων ορίων μεταξύ των λεγόμενων «υγιών» και των λεγόμενων «τρελών» διαιωνίζει τον τεχνητό ιδρυματισμό με τους μηχανισμούς του στιγματισμού, ετικετοποίησης, της απαισιοδοξίας (τίποτα δε γίνεται) και της παραίτησης από κάθε αλλαγή. (Μαδιανός, 2005: 487) Ένα ακόμη θέμα που προκύπτει όσον αφορά τα άτομα που εργάζονται στη δομή είναι η δυσκολία τους στην επικοινωνία με τους ασθενείς στον τρόπο οριοθέτησής τους και στη συνεργασία μεταξύ τους. Η Μαρία περιγράφει αυτή την περίπτωση με απογοήτευση λέγοντας: *«Εγώ αυτό που αντιμετωπίζω και με κουράζει είναι το θέμα της συνεργασίας που έχει να κάνει με την ευαισθητοποίηση και το χαρακτήρα του καθενός εδώ μέσα. Έχω δει προσωπικό που αντιμετωπίζει τους ασθενείς χειρότερα και από τους ανθρώπους έξω και αυτοί έχουν τη δικαιολογία, ότι δεν ξέρουν. Εσύ που δουλεύεις δέκα και δεκαπέντε χρόνια με αυτούς τους ανθρώπους και τους αντιμετωπίζεις σαν να είναι ένα τίποτα, εκεί έχουν σβήσει όλα. Μπορεί να φαίνομαι σκληρή, αλλά δε μπορείς να τους ρίχνεις άκυρο, πρέπει να τους βλέπεις σαν ανθρώπους πάνω από όλα και να τους αντιμετωπίζεις έτσι. Δε μπορείς να τους συμπεριφέρεσαι σαν να είναι μικρά παιδιά, σαν ένα τίποτα. Έχουν αισθήματα, αντιλαμβάνονται αλλά, είναι πολύ εύκολο να μπει στο τρυπάκι αυτό και μέσω αυτού επιβεβαιώνεται για το ότι εσύ είσαι καλά. Εγώ είμαι καλά ενώ εσύ δεν είσαι καλά. Δεν το θέλουν και κάποιοι να το κάνουν, βγαίνει ασυνείδητα, οπότε χρειάζεται περισσότερη εκπαίδευση με τον εαυτό μας. Δηλαδή μη συμπεριφέρεσαι στον ασθενή σαν να μην αντιλαμβάνεται κάποια πράγματα και μην τον υποτιμάς και οι ασθενείς το αντιλαμβάνονται και σου λένε: «Μα, εγώ είμαι εντάξει στη συμπεριφορά μου». Για να καταλάβεις, τι εννοώ: Ένας ασθενής κάνει μια δουλειά και κάποιος από το προσωπικό του λέει: «Δεν τη έκανες καλά» και ο ασθενής απαντά: «Μα, εμένα έτσι μου είπαν και αυτό έκανα» και το άτομο του προσωπικού απαντά: «Δε με νοιάζει! Θα κάνεις αυτό που σου λέω εγώ γιατί έτσι το λέω εγώ!». Δηλαδή σαν να μιλάνε στον άντρα τους στο σπίτι, όμως δε γίνεται έτσι. Επιβάλλονται και εδώ δεν είμαστε για να επιβαλλόμαστε αλλά για να οριοθετούμε και είναι τελείως διαφορετικά αυτά τα δύο πράγματα». Ένα από τα βασικά συστατικά για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του προσωπικού της δομής*

είναι η καλή διάθεση, η Ζωή αναφέρει: «Η δουλειά που γίνεται εξαρτάται από το χαρακτήρα των ατόμων του προσωπικού βέβαια υπάρχουν δυο άτομα που τώρα με την κρίση σου λέει: «Εγώ τόσα παίρνω, τόσο δουλεύω». Αυτό όμως, έμενα δε με επηρεάζει, κάνω αυτό που μπορώ όταν έχω διάθεση που πρέπει πάντα να έχουμε διάθεση, η αλήθεια είναι αυτή». Η Βιβή εργοθεραπεύτρια προσθέτει: «Οι σχέσεις μας μεταξύ μας το προσωπικό είναι μέτριες, τις αποφάσεις εδώ τις παίρνει η κοινωνική λειτουργός για κάποια πράγματα μας ρωτάει για κάποια άλλα όχι».

Ο όρος burn out, αποδίδεται συνήθως στα ελληνικά με τις λέξεις «εξαντλημένος/η» ή «εξουθενωμένος/η» και εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. ΕΠΑΨΥ (2001-2003: 5) Η Νέλλη περιγράφει την αίσθηση του burn out: «Είναι ψυχοφθόρο όταν δουλεύεις σε ένα τέτοιο χώρο. Εγώ όταν δουλεύω συνεχόμενα πάνω από εφτά ή οχτώ βάρδιες, δε μπορώ, το λέω δηλαδή θέλω μετά να φύγω γιατί έχεις να κάνεις με ψυχιατρικά περιστατικά δεν έχεις να κάνεις με μια νοσηλεία δηλαδή να κάνω αυτά που λέει ο γιατρός και να φύγω. Εδώ είναι ένα κλειστό τμήμα γιατί τα ίδια πρόσωπα θα βλέπω, τους ίδιους ασθενείς και αυτό είναι κουραστικό και μετά πρέπει να ακούσω τι θέλει ο καθένας και έτσι ο ένας έτσι ο άλλος, ο καθένας θέλει τα δικά του. Πριν έρθεις, είχα εδώ μέσα δύο τρεις που μου τα έλεγαν και εκεί πρέπει να είσαι τελείως οργανωμένος, εντελώς ήρεμος να διώξεις αν έχεις κάποιες αρνητικές σκέψεις που έχεις είτε από την οικογένειά σου είτε από τον εαυτό σου και να είσαι εκεί και αυτό δυστυχώς δε γίνεται κάθε φορά, είναι πολύ ψυχοφθόρο. Δεν είναι τόσο πολύ η σωματική κούραση βέβαια εξαρτάται και από τις βάρδιες που θα έχεις, αλλά είναι η ψυχολογική κούραση δηλαδή ότι θα έρθω και θα ακούσω τα ίδια και τα ίδια και μετά έχω να κάνω με σχιζοφρένεια, έχω να κάνω με παραλήρημα, με ψευδαισθήσεις, πράγματα τα οποία για μένα αυτά δεν είναι μέσα στη λογική μου δηλαδή κάποια στιγμή πρέπει να μπω μέσα σε εισαγωγικά στη λογική ενός σχιζοφρενούς. Όταν θα έρθει ένας σχιζοφρενής και θα μου πει εγώ είμαι η Παναγία ή θα δω τον άλλο ασθενή στο καθιστικό να μιλάει μόνος του, αυτό καταλαβαίνεις είναι πολύ ψυχοφθόρο γιατί δεν είναι μέσα στη λογική τη δικιά μου για αυτόν όμως είναι λογικό το παραλήρημα του ή αν ακούει φωνές. Αυτό εμένα με κουράζει σαν επαγγελματία και πρέπει να το αντιμετωπίσω. Αυτό βγαίνει και στον ασθενή και δε θα τον προσεγγίσεις όπως πρέπει και μπορεί να του μιλήσεις απότομα, μπορεί να έρθει να σου πει το πρόβλημά του και να του πεις: «Άντε παράτα με τώρα!» ή να του δώσεις λάθος συμβουλή. Είναι λογικό αυτή τη συμφορά να τη βγάλω

στον ασθενή και οι ασθενείς το αντιλαμβάνονται αυτό και πολλές φορές το αντιλαμβάνονται και από το βλέμμα μας. Μπορεί να υπάρξουν βάρδιες και να κάτσω στο καθιστικό δίπλα τους και να μου πουν: «Σήμερα δεν είσαι καλά!» και του λες: «Που το κατάλαβες;» και σου λένε: «Σε βλέπω εγώ!» γιατί πλέον μας ξέρουν, το καταλαβαίνουν ή «Γιατί φωνάζεις σήμερα; Γιατί είσαι τόσο άγρια σήμερα; Θέλεις να πας να καθίσεις μέσα στο γραφείο; Κάτσε, μην κάνεις τίποτα σήμερα». Επιπλέον, ο όρος burn out περιγράφει την καθημερινή δυσφορία και ευερεθιστότητα, το επιπρόσθετο στρες που προκύπτει από τα συναισθήματα που συνδέονται με την εκάστοτε παθολογία των ασθενών, την καταβολή δυνάμεων, το αίσθημα «κενού», την αίσθηση απογοήτευσης και ανικανότητας πολλών εργαζόμενων. ΕΠΑΨΥ (2001- 2003: 5) Η Μαρία περιγράφει τη δική της δυσκολία: «Έχω νιώσει ότι χάνω τον έλεγχο στις αντιδράσεις των ασθενών όταν βρίσκονται σε υποτροπή, αλλά εδώ έχεις το παιδί σου στο σπίτι και θα βρεθεί εκτός εαυτού ή ένας δικός μας άνθρωπος που τον ζούμε καθημερινά και υπάρχει στη ζωή μας και λες τι γίνεται τώρα και χάνεις λίγο το μπούσουλα. Ναι, εγώ το έχω νιώσει και το έχω σκεφτεί όχι όμως με το φόβο ότι θα κολλήσω κάτι. Απλά χάνεις την υπομονή γιατί κουράζεσαι είναι δύσκολη η επαφή με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα κάποιες φορές. Ε! και η υπομονή δεν είναι πάντα η ίδια και σε αυτές τις φορές εγώ παίρνω άδεια γιατί αισθάνομαι ότι έχω φτάσει πλέον στα όριά μου. Παίρνω ένα διάστημα άδεια για να μπορώ να ηρεμήσω και να αλλάξω παραστάσεις να γεμίσω τις μπαταρίες και μετά ξανά προχωράμε. Όσο περνάνε τα χρόνια για μένα είναι πιο εύκολο σε σχέση με την αρχή. Ειδικά στην αρχή, η συνεχής επαφή με αυτούς τους ασθενείς, στεναχωριόμουν περισσότερο δεν ήξερα να το ορίσω στο συναίσθημά μου. Τώρα το ορίζω και έτσι περνάει πιο ανώδυνα, δεν έχω τόσο συχνά ανάγκη να φεύγω». Ακόμη η Νέλλη αναφέρεται και στην ανάγκη στήριξης των εργαζομένων από την κρατική πολιτική: «Όλα παίζουν ρόλο για τις συνθήκες λειτουργίας ενός ξενώνα, όταν το προσωπικό βλέπει αδιαφορία από το κράτος, θα το κάνει και αυτό. Όταν ζητάς υποστήριξη και ιδιαίτερα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θέλουν και ψυχολογική υποστήριξη για να αντέξουν εδώ μέσα. Πέρα από τη σωματική κούραση της κάθε βάρδιας είναι και η ψυχολογική κούραση και όταν δε μου δίνει σημασία κανένας, λογικό είναι ότι θα τα φορτώσω και εγώ στον κόκορα και θα πω δε με νοιάζει. Θα πάω να κάνω το ωράριό μου, θα πάω να τους βάλω φαγητό, θα τους δώσω τα φάρμακα και θα φύγω και θα το πεις αυτό κάποια στιγμή, ενώ δεν αισθάνεσαι καλά. Κάποια στιγμή κουρελιάζεις μέσα σου όταν βλέπεις ότι υπάρχει αδιαφορία».

Η εποπτεία των ασθενών είναι αναγκαία και τα καθημερινά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κρατούν σε εγρήγορση τα μέλη του προσωπικού της δομής. Σύμφωνα με την Ευτέρπη: *«Ποτέ δε μπορούμε να είμαστε ήσυχoi για τους ασθενείς γιατί μπορεί να προκύψει ένα έμφραγμα ας πούμε ένας πνιγμός την ώρα του φαγητού. Δεν είμαστε ποτέ ήσυχoi. Η ανησυχία υπάρχει πάντα και όχι μόνο όταν είμαι εδώ και όταν είμαι σπίτι μου, τους σκέφτομαι. Είμαι υπεύθυνη στο χώρο αυτό και δε σου κρύβω ότι κάποια στιγμή πέρασα κάποιες περιόδους μετά το θάνατο δύο ασθενών που πέθαναν ξαφνικά, που περίμενα ότι θα χτυπήσει το τηλέφωνό μου, ότι θα συνέβαινε κάτι εδώ. Υπήρχε αυτό μέσα μου γιατί υπάρχει πάντα το ξαφνικό, όχι όμως για υποτροπή, κάτι άσχημο από υποτροπή της ψυχικής νόσου, τα άλλα σωματικά προβλήματα φοβάμαι τα ξαφνικά πχ εγκεφαλικό. Αυτό το οποίο δε μπορείς ποτέ να το σιγουρέψεις και σε ένα σπίτι, αυτό συμβαίνει». Η Βιβή προσθέτει: «Πάντα έχουμε προβλήματα τώρα έχουμε μια ασθενή που είναι σε υποτροπή. Πριν, είχαμε μια άλλη που πήγε, πήρε τα χρήματα από την τράπεζα, έβγαλε δεύτερη ταυτότητα, δήλωσε ότι την έχασε, έφυγε πήγε στην Αθήνα, επέστρεψε, νοίκιασε σπίτι έξω γιατί δεν τη δεχόμασταν. Μετά παρακαλούσε να ξανάρθει, δε μπορούσε να μείνει μόνη της και τη δεχτήκαμε. Εντάξει, έχουμε συνέχεια προβλήματα δε μπορείς να πεις ότι είσαι σε ένα ρυθμό πάντα έχεις προβλήματα, πάντα είσαι σε επαγρύπνηση είναι ψυχικά ασθενείς. Εδώ δημιουργούνται σε μια οικογένεια προβλήματα. Αυτά τα άτομα είναι διαφορετικά με τόσα προβλήματα, δε μπορούμε να είμαστε ήρεμοι».*

3.1.2. Το καθημερινό πρόγραμμα και η ποιότητα της χωροταξικής μετεγκατάστασης

Το καθημερινό πρόγραμμα του προσωπικού και των ασθενών διακρίνεται για την επναληπτικότητά του. Είναι μια δομή η οποία συνδυάζει χαρακτηριστικά της φροντίδας που παρέχεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο όπως υψηλή εποπτεία αποκαταστασιακές και θεραπευτικές παρεμβάσεις αλλά και χαρακτηριστικά των κοινοτικών στεγαστικών δομών όπως μικρό μέγεθος, πρόσβαση σε κοινοτικές διευκολύνσεις και έλλειψη περιοριστικών μέτρων. (Bennet 1985, Shepherd, 1995) Ουσιαστικά, η συγκεκριμένη στεγαστική δομή δανείζεται ορισμένες πρακτικές του ψυχιατρείου για να τις εφαρμόσει σε ένα οικιακό περιβάλλον που εξασφαλίζει προσωπικό χώρο και συμμετοχή στην κοινότητα. (Ζήση, 2002: 159) Η Μαρία παρουσιάζει το καθημερινό πρόγραμμα: *«Ερχόμαστε το πρωί εφτά και μισή ανάλογα αν είναι κάνουμε κάποια προεργασία εμείς όσον αφορά τα εργαστήρια για να δουν κάτι*

έτοιμο στο τέλος ή κάποιες άλλες αρμοδιότητες, όπως μπορεί να βγούμε έξω για κάποια χαρτιά. Στις οχτώ τους ζυπνάμε, όσους δεν έχουν ζυπνήσει, καθόμαστε μαζί τους μέχρι να πάρουν το πρωινό τους, βοηθάμε και εμείς στο πρωινό, θα συζητήσουμε στο καθιστικό αν κάτι προέκυψε, αν θέλουν να μας πουν κάτι ή αν και εμείς οι ίδιοι θέλουμε να τους κάνουμε μια ανακοίνωση για μια γιορτή, μια εκδρομή, παίρνουν τα φάρμακα οχτώ και μισή μέχρι τις εννέα. Στο καθιστικό θα κάνουν το τσιγάρο τους, θα καθαρίσουν το χώρο τους, θα μαζέψουν τα τραπέζομάντηλά τους και αυτό γίνεται για να δραστηριοποιούνται και αυτοί και να νιώθουν πιο καλά στο χώρο τους, ότι είναι ο χώρος τους και πρέπει να μάθουν να τον προσέχουν. Προσπαθούμε να μοιάζει με τις δουλειές του σπιτιού μέχρι τις εννέα και μισή έχουν τελειώσει όλα αυτά. Αυτό το μισάωρο μπορούν να κάνουν ένα τσιγάρο, να πάνε μια βολτίτσα, να πάνε σε κάποιο γιατρό ό,τι υπάρχει στο δικό τους κομμάτι και θέλουν να κάνουν, άλλος μπορεί να πάει να ξαναξαπλώσει μέχρι να έρθει στα εργαστήρια, ό,τι θέλει. Μετά έρχονται στα εργαστήρια που είναι δέκα με μία, με μισή ώρα διάλειμμα στις έντεκα και μισή για να κάνουν ένα τσιγάρο. Δεν τα παρακολουθούν όλοι τα εργαστήρια είναι κάποιοι που είναι τελείως αρνητικοί, δε μπορείς να τους βάλεις όλους, αλλά προσπαθούμε να βρίσκουμε κάποιες δραστηριότητες που μπορούν να κάνουν. Εκτός και αν είναι σε κάποια πιο βαριάς μορφής ή κάποια υποτροπή μικρή που θέλουν να είναι στο δωμάτιο τους. Δε μπορείς να επιβληθείς, μα δεν υπάρχει και λόγος. Εδώ δεν είμαστε για να επιβαλλόμαστε ούτε να κάνουμε τον άρχοντα. Αλίμονο! να ζουν πιο ανθρώπινα, αυτό θέλουμε και αυτό συμβαίνει. Στις μία θα φάνε, το φαγητό έρχεται από το νοσοκομείο και δύο φορές την εβδομάδα μαγειρεύουν οι πιο λειτουργικοί ασθενείς δηλαδή κάθε Τρίτη και Παρασκευή, θα πάρουν τα φάρμακά τους και μετά θα ξαπλώσουν. Αλλάζει η βάρδια του νοσηλευτικού προσωπικού στις τρεις. Το μεσημέρι κλείνει ένα διάστημα η πόρτα του ξενώνα καθαρά επειδή είναι ώρες κοινής ησυχίας για να είναι και αυτοί ήσυχοι και από τις τέσσερις μέχρι τις εννέα και μισή που θα φύγει η νοσηλεύτρια είναι ανοιχτή. Τα απογεύματα υπάρχουν ομάδες που έχουμε κανονίσει μέσω του εικαστικού και μέσω του Δήμου που κάνουν θεατρικό, κάνουν χορό, γυμναστική και μια φιλόλογος εθελόντρια τους διαβάζει κάποια πεζογραφήματα και συζητούν. Κάναμε και αναλφαβητισμό που κάποιοι από τους ασθενείς μάθανε να γράφουν το όνομα τους και να διαβάζουν ελαφρώς που είναι σημαντική η κίνηση αυτή δηλαδή που το χαιρόντουσαν και αυτοί. Είναι πιο ελεύθερος ο χρόνος τους τα απογεύματα θα ζυπνήσουν, θα πιουν το καφέ τους, θα χαζέψουν στην τηλεόραση, άλλος θα πάει τη βόλτα του δηλαδή πάλι ένα χαλαρό πρόγραμμα μέχρι να έρθει η ώρα του φαγητού να πάρουν τα φάρμακά τους και να ξαπλώσουν το βράδυ. Το

κυκλικό ωράριο υπήρχε στην αρχή για το νοσηλευτικό τώρα δε φτάνει το προσωπικό και μένουν μόνοι τους το βράδυ. Οι πιο λειτουργικοί ασθενείς το βράδυ έχουν τα τηλέφωνα από κάποια άτομα του προσωπικού και μπορούν να πάρουν κάποια τηλέφωνα και να έρθουμε για οτιδήποτε συμβεί. Εδώ είναι ελεύθεροι σαν το σπίτι τους δεν είναι μωρά, άλλωστε, αυτοί οι άνθρωποι δεν έχουν νοητική υστέρηση. Εξάλλου, κάποιοι ασθενείς είναι τόσο ευφείς που μπορούν να σε χειριστούν άψογα. Αν υπάρξει κάποια υποτροπή το βράδυ θα μείνει κάποιος γιατί έχουν ανασφάλεια οι υπόλοιποι γιατί έχουν τις φοβίες τους και αυτό μπορεί να βγάλουν». Η Βιβή εξηγεί: «Το βράδυ από κάποια ώρα και μετά που φεύγει η νοσηλεύτρια, οι ασθενείς δε μπορούν να βγουν εκτός και αν το ζητήσουν και είμαστε ενήμεροι, όπως παλιά που υπήρχαν τα αγόρια πιο παλιά κάποια στιγμή θέλανε να βγουν για ένα ποτό μια φορά στο τόσο. Ξέραμε τι ώρα θα επιστρέψουν και μπορούσαν να βγουν, η μια ασθενής ξέρουμε ότι θα πάει σινεμά. Ξέρουμε ότι θα βγουν διαφορετικά όχι δε βγαίνουν, τι να κάνουν έξω το βράδυ; Η πόρτα κλειδώνει το βράδυ για τη δική τους ασφάλεια έχουν δικό τους κλειδί, τώρα πια που δεν έχουμε κυκλικό ωράριο μένουν μόνοι τους». Η Νέλλη σχετικά με την έλλειψη προσωπικού το βράδυ περιγράφει: «Οι ασθενείς το βράδυ είναι ήσυχοι οχτώ χρόνια τώρα που σταμάτησε το κυκλικό ωράριο δεν μας έχουν καλέσει, δεν έχει γίνει τίποτα. Μπορεί να σηκωθούν, να κάνουν ένα καφέ, να κάνουν τσιγάρο, να δουν τηλεόραση, τα οποία θα τα καταλάβουμε το πρωί γιατί θα βρούμε αποσιγάρα, θα δούμε ότι νυστάζουν, θα το πουν και οι ίδιοι, θα πουν εγώ έβλεπα χθες τηλεόραση μέχρι τις δύο, εγώ κάπνιζα και ο ένας λέει για τον άλλο. Επίσης, έχουμε ένα πίνακα ανακοινώσεων των ασθενών για κάτι που θέλουμε να ενημερώσουμε τους ασθενείς για κάποιο δρώμενο μέσα στην πόλη, μια γιορτή, μια εκδρομή και τους βγάζουμε κάθε εβδομάδα κάποιες δραστηριότητες, οι οποίες ανακοινώνονται σ'αυτόν τον πίνακα και εναλλάσσονται κάθε εβδομάδα». Επιδιώκεται η εγκαθίδρυση ενός «έθους υπευθυνότητας» που συνάδει με μια ηθική της ευθύνης, βασικό στοιχείο στο υπό διαμόρφωση θεραπευτικό καθεστώς είναι το κάλεσμα στους ίδιους τους θεραπευόμενους να αναλάβουν υπεύθυνο ρόλο ως βασικοί παρεμβαίνοντες στη διαδικασία της θεραπείας. (Τζανάκης, 2008: 172) «Οι καλύτεροι ασθενείς μπαίνουν, οι πιο λειτουργικοί και ανακοινώνεται, ποιες ομάδες θα μπουκ στην τραπεζαρία, ποιες ομάδες θα στρώσουν τα πιάτα, ποιος θα καθαρίσει καθώς επίσης σ'αυτόν τον πίνακα υπάρχουν τα ονόματα των ασθενών με τα πρόσωπα αναφοράς του προσωπικού». Ο ρόλος των εργαζομένων της δομής δε θεωρείται ως εκτελεστικού και διεκπαιρωτικού οργάνου ενός φυλακτικού ιδρύματος, αλλά ως υπεύθυνου θεραπευτή που αναλαμβάνει ως «πρόσωπο αναφοράς», την ευθύνη για το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα των

χρηστών. (Μεγαλοοικονόμου, 2010: 16) Η Μαρία προσθέτει: «Κάνουν δουλειές σαν να είναι στο σπίτι τους, όπως η Αλίκη κάθε χρόνο τέτοιο καιρό φτιάχνει σταράκι και το πάει στην εκκλησία για τη μαμά της που έχει πεθάνει. Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν στο Θεό και πηγαίνουν στην εκκλησία, όχι όλοι, όμως έχουν ένα φόβο προς το Θεό και τον αναφέρουν».

Σύμφωνα με τους (Becker and Drake, 2004) η σημασία των εργαστηρίων για τους ασθενείς που εντάσσονται στα προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης είναι ότι δεν παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα υποτροπών, αυτοκτονιών, έλλειψη στέγης, διακοπή της θεραπευτικής αγωγής και επιδείνωση της πάθησης. (ΥΥΚΑ, 2011: 111) Επιπλέον η Ζωή προσθέτει: «Πρέπει να ασχοληθούν με κάτι όσο μπορούν παλιά που ήταν πιο νέοι είχαν περισσότερη όρεξη να γαζώσουν τα σεντόνια, έφτιαχναν στα κεραμικά, άλλη όρεξη υπήρχε. Τώρα κάποιοι πηγαίνουν επειδή ξέρουν ότι πρέπει να δουλέψουν, αλλά όσο περνούν τα χρόνια τόσο δεν έχουν και διάθεση και τους κουράζει». Η Βιβή περιγράφει: «Έρχονται οι ασθενείς στο εργαστήριο και τους ενδιαφέρει, είναι και ασθενείς εξωτερικοί. Από τη μία, ξέρεις κάποιες μέρες είναι που θέλουν να αποφύγουν το εργαστήριο και από την άλλη δε μπορούν χωρίς το εργαστήριο γιατί ας πούμε οι νοσηλεύτριες επάνω είναι μέσα στο γραφείο θα έχουν τα φάρμακα εκείνο το άλλο, ενώ στα εργαστήρια ακόμη και αν δεν έχουν εργαστήριο θα περάσουν για να συζητήσουν γιατί είμαστε ακριβώς απέναντί τους, οπότε τους εξυπηρετεί αυτό, τους βολεύει, στο να ανοιχτούν να μιλήσουν, είναι ένας χώρος ψυχαγωγίας. Για παράδειγμα η Τζένη πολλές φορές θα 'ρθει, μπορεί να μην έχει διάθεση να δουλέψει αλλά θα 'ρθει να καθίσει, δεν υπάρχει περίπτωση να μην περάσει. Μια μέρα μου έλεγε: «Εγώ θα κάνω απεργία, δεν έρχομαι. Να μου δώσεις άδεια». Εντάξει, της είπα: «Θα σου δώσω άδεια, δε θα 'ρθεις στο εργαστήριο για μια εβδομάδα εφόσον το θέλεις και νιώθεις κουρασμένη, αλλά δε θα 'ρθεις καθόλου αυτές τις μέρες στο εργαστήριο». Δεν άντεξε, ήρθε, δε μπορούσε να μην περάσει, να έρθει να συζητήσουμε. Από τη μια ασχολείται και από την άλλη περνάει και η ώρα της, έχει ανάγκη από τη συζήτηση και την παρέα. Όλοι όσοι είναι στο διαμέρισμα έρχονται στα εργαστήρια τώρα δύο άτομα έχουμε εκεί». Η Μαρία προσθέτει: «Η απασχόληση στα εργαστήρια είναι σημαντική, είναι πολύ σημαντική το βλέπω στα εργαστήρια για τους ανθρώπους που πάσχουν αλλά και για τους ανθρώπους που δεν πάσχουν. Καταρχήν, θα κάνουν το καλαμπούρι τους, θα μιλήσουν, θα κάνουν κάτι, θα έρθουν οι εξωτερικοί ασθενείς, θα γίνουν πιο κοινωνικοί αυτοί που μπορεί να μην είναι τόσο κοινωνικοί, θα αναγκαστούν να μουν σε μια ομάδα που θα πάνε μαζί για ένα καφέ. Θα σμίξουν όπως γίνεται και έξω σαν μια μικρή κοινωνία και χαίρονται για αυτό

που φτιάχνουν, χαίρονται που δημιουργούμε και από αυτό θα έχουμε κάποιες απολαβές με την έκθεση που κάνουμε κάθε χρόνο και βοηθιούνται, το αντιλαμβάνονται. Βέβαια κάποιοι ασθενείς μπορεί να είναι πιο δύσκολοι λόγω της ασθένειάς τους δηλαδή της ψύχωσης που έχουν για να μπορούν να αποδώσουν, αλλά δεν είναι αυτό το ζητούμενο. Το ζητούμενο είναι να απασχολούνται να ξεφεύγει λίγο το μυαλό τους, να μην υπάρχει αυτό το υποτονικό, αυτό το δε θέλω να κάνω κάτι και τους παροτρύνουμε και αυτό τους παρακινεί πιο καλά, υπάρχει κίνητρο δραστηριοποίησης δηλαδή μικρής μικρής, άλλος πιο μικρή, άλλος πιο μεγάλη, ο καθένας όσο μπορεί με τη δική του δύναμη. Έχουμε και εξωτερικούς ασθενείς που έρχονται στα εργαστήρια από την κοινότητα είναι βέβαια και πολλοί που πέρασαν αλλά δεν μείνανε γιατί είναι δύσκολο μπορεί να είναι από κάποιο χωριό και να είναι δύσκολη η μετακίνησή τους, αλλά έχουμε και εξωτερικούς όπως ο Νικηφόρος που έρχεται οχτώ χρόνια και του αρέσει πολύ το πρόγραμμα, η Αγάπη και η Άννα που έρχονται περίπου τρία χρόνια.

Όσον αφορά τον τόπο και το χώρο της δομής και την ποιότητά του οι γνώμες δίστανται. Σύμφωνα με τους (Baker & Douglas 1990) αναμφίβολα η κεντρική χωροταξική θέση μιας στεγαστικής αποκαταστασιακής δομής που βρίσκεται σε προσβάσιμους δημόσιους χώρους, υπηρεσίες και διευκολύνσεις αυξάνουν τις πιθανότητες για κοινωνική επανένταξη και αξιοποίηση των πόρων της κοινότητας, σε αντίθεση με τις δομές που βρίσκονται σε απομονωμένες και αραιοκατοικημένες περιοχές. Επιπλέον, οι κατάλληλες στεγαστικές δομές μπορούν να επηρεάσουν θετικά τα επίπεδα λειτουργικότητας του πάσχοντα, ενώ φτωχές συνθήκες μπορούν να προκαλέσουν επιδείνωση της κλινικής του κατάστασης. (Ζήση, 2002: 144) Η Νέλλη εκφράζει τη γνώμη της για τη θέση και το χώρο του ξενώνα: «Είναι καλή η θέση που βρίσκεται ο ξενώνας και γι' αυτό έγινε το πρόγραμμα για να είναι μέσα στην πόλη. Η πόρτα είναι ανοιχτή από τις εφτά και μισή που θα έρθουμε εμείς το προσωπικό μέχρι τις τρεις που θα φύγουμε το μεσημέρι. Κλείνει ένα διάστημα το μεσημέρι καθαρά επειδή είναι ώρες κοινής ησυχίας και για να είναι και αυτοί ήσυχοι και από τις τέσσερις μέχρι τις εννέα και μισή που θα φύγει η νοσηλεύτρια είναι ανοιχτή γιατί αυτός είναι ο σκοπός. Δεν είναι αυτά τα άτομα να ιδρυματοποιηθούν, άλλα αυτά τα άτομα να κοινωνικοποιηθούν και γι' αυτό έγινε μέσα στην πόλη ο ξενώνας. Δε νομίζω ότι θα είχε ανταπόκριση αν το κάναμε σε ένα χωριό γιατί αυτοί οι άνθρωποι θα πρέπει να βγουν έξω, να ψωνίσουν, να έρθουν σε επαφή με το γείτονα, με τα άτομα της κοινότητας. Το κτίριο είναι πολύ μεγάλο που είναι τριώροφο, εντάξει ίσως δε γινόταν και διαφορετικά βέβαια έχει ασανσέρ θα ήταν χειρότερα αν δεν υπήρχε και υπήρχαν μόνο σκάλες.

Νομίζω, ότι είναι καλά έτσι όπως το οργανώσαμε, καλά είναι, από κάτω τα δωμάτια, ο δεύτερος όροφος η κουζίνα και το καθιστικό». Από την άλλη η Μαρία πιστεύει ότι: «Είναι καλά που είναι στο κέντρο της πόλης, αλλά για μένα θα ήταν καλύτερα να ήταν σε ένα χώρο που να είναι εντός και εκτός της πόλης δηλαδή να έχει μεγαλύτερη αυλή να μπορούν να κάνουν και άλλες δραστηριότητες. Σε γενικές γραμμές καλά είναι, απλά το κτίριο θα μπορούσε να είναι λίγο καλύτερο με την έννοια να ήταν πιο χαμηλό, να μην είχε ορόφους γιατί κάποιιοι ασθενείς από μια ηλικία και μετά δε μπορούν να ανέβουν τη σκάλα. Ευτυχώς, υπάρχει το ασανσέρ, αυτό μόνο, αλλιώς καλά είναι σε γενικές γραμμές γιατί με το πάνω κάτω δηλαδή τα γραφεία κάτω τα εργαστήρια πάνω η συνεργασία χάνεται, ενώ αν υπήρχε ένας χώρος ενιαίος κοινός για το καφέ και αριστερά, δεξιά υπήρχαν τα εργαστήρια θα υπήρχε επικοινωνία και αν υπήρχε μια αυλή γιατί υπάρχουν ασθενείς που τους αρέσει να ασχολούνται. Ο Χάρης δηλαδή αυτός περιποιείται τον κήπο και τρελαίνεται για τα λουλούδια του δηλαδή τα λατρεύει κάποιοι του κλέψανε κάποια και είχε βγει εκτός εαυτού. Στεναχώρια!, να το λέει δέκα μέρες πάει ο βασιλικός μου και πάει ο βασιλικός μου. Αυτό όμως, δείχνει ζωή κάνει κάτι, έχει κάτι στο μυαλό του, δεν είναι κοιτάζω τον ουρανό με τα άστρα». Η Ευτέρπη εξηγεί σχετικά με την επιλογή του κτιρίου: «Η επιλογή των κτιρίων έγινε από το νοσοκομείο, ορίστηκε μια επιτροπή και έγινε η επιλογή των κτιρίων για να ταιριάζουν για το συγκεκριμένο σκοπό. Δεν είχαν πολλές επιλογές γιατί έπρεπε να είναι μέσα στην πόλη θα έπρεπε να έχει ασανσέρ, όπως έχει το δικό μας. Αν ήταν και καλύτερο δε θα μας πείραζε, αλλά μέσα στην πόλη του Αγρινίου δε θα βρισκανε κάποιο που να έχει ένα μεγάλο κήπο, να έχει δύο ορόφους, να είναι εύκολα προσβάσιμος χώρος από τους ασθενείς και το προσωπικό. Δε δίνουν και οι άνθρωποι εύκολα τα κτίριά τους γιατί υπήρχε αυτό το πρόβλημα, δεν τα δίνανε εύκολα τα κτίρια για τέτοιους χώρους και κάποια δεν πληρούσαν και τις προϋποθέσεις και διαλέχτηκε υπό πίεση για να προλάβουμε για να μη χάσουμε το πρόγραμμα». Ένας βασικός φόβος των κατοίκων σε περιοχές όπου αναπτύχθηκαν ενδιάμεσες δομές ήταν η μείωση της αξίας των ακινήτων τους. (Ποταμιάνος, 2000: 145) Ο γιατρός υποστηρίζει τη γνώμη του: «Όσον αφορά την επιλογή των κτιρίων, ζητήθηκε να εκδηλωθεί ενδιαφέρον και κάποιοι άνθρωποι που είχαν τα αντίστοιχα κτίρια έκαναν αιτήσεις, έγιναν φασαρίες, έβαλαν μέσον. Ένας σε σχέση με το κτίριο στο κέντρο επειδή δε δέχτηκαν το δικό του και δέχτηκαν το διπλανό, ξεκίνησε μια ολόκληρη ιστορία με το Δήμο, με διαδηλώσεις δηλαδή αυτές οι αστείες ιστορίες των μικροαστών. Τον αγώνα το σκληρό τον ξεκίνησε ο γείτονας που είχε προτείνει το δικό του κτίριο για ενοίκιο και αρνήθηκαν. Δε μας ρώτησαν ποιο κτίριο θα έπαιρναν, ούτως η άλλως θεωρώ, ότι το

κτίριο είναι ακατάλληλο, αλλά νομίζω ότι είναι λεπτομέρειες όλες αυτές. Όταν υπάρχει μια καλή ομάδα, αυτά μπορεί με ένα τρόπο να τα ξεπεράσει κανείς. Βέβαια ήταν πολύ καλή η στάση του τότε Δημάρχου που σε αυτό το κομμάτι ήταν ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος. Υπήρχε ο φόβος του ψυχιατρείου στην πόλη έγινε ένας ντόρος σχετικός και κάποιοι γιατροί έκαναν κάποιες ομάδες, αλλά έγινε μια πολύ καλή συνεδρίαση στο Δημοκρατικό συμβούλιο και εξηγήθηκαν τα πράγματα. Αυτή η ιστορία ήταν πριν δεκαπέντε χρόνια και νομίζω ότι δικαιωθήκαμε». Το φαινόμενο «μακριά από τη γειτονιά μου» αναφέρεται σε αυτές τις ακραίες και ιδιαίτερα πολωμένες αντιδράσεις των κατοίκων ενάντια στην εγκατάσταση των στεγαστικών (κυρίως) δομών για ψυχικά ασθενείς στην περιοχή τους, παρά τις πιο μετριοπαθείς αντιλήψεις και στάσεις που γενικά φέρονται να πρεσβεύουν απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια. (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2009: 140) Όπως αναφέρει η Ζωή: «Ο γείτονας, ο γιατρός ο παθολόγος ήταν αυτός που προσπαθούσε με τις γνωριμίες του να μην ανοίξει ο ξενώνας και αυτό το έκαναν όχι ενοχλώντας εμάς, Όσπου το πήραν απόφαση μετά ότι δε μπορούν να κάνουν κάτι, θα ανοίξει και αυτό γινόταν παντού σε όλη την Ελλάδα. Το να ανοίξει ένα ψυχιατρείο στη γειτονιά τους φαντάζονταν ότι είναι όλοι οι σχιζοφρενείς με το πριόνι. Υπήρχε άγνοια και φόβος όχι ότι δεν είναι επικίνδυνοι, παίρνουν τα χάπια τους και κάνουν τη θεραπεία τους και είναι αρνάκια αν όμως για κάποιο λόγο δεν τα πάρουν γίνονται επικίνδυνοι σαν αυτά που λέει η τηλεόραση».

3.1.3. Οι ασθενείς και η λειτουργικότητά τους εντός και εκτός δομής

Αρκετές μελέτες μετάβασης χρόνια ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές υποστηρικτικές δομές έχουν εντοπίσει μια ομάδα πρώην ψυχιατρικά νοσηλευόμενων, οι οποίοι επιδεικνύουν έναν αστερισμό συμπεριφορών που κρίνεται από το προσωπικό ως «δύσκολες» για την κοινωνική επανένταξη. (Ζήση, 2002: 32) Όσον αφορά τους ασθενείς που επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη δομή ο γιατρός αναφέρει: «Είχαμε και κάποια δύσκολα περιστατικά δηλαδή αν τα είχαμε επιλέξει εμείς δε θα τα παίρναμε αλλά παρόλο' αυτά καλά, γιατί οι άνθρωποι που θα επιλεγθούν θα πρέπει να είναι κατάλληλοι για αυτές τις δομές». Η Ευτέρπη προσθέτει: «Υπάρχει μια περίοδος δοκιμαστική πριν εγκατασταθούν στον ξενώνα για να δουν και οι ασθενείς αν τους ταιριάζει ο χώρος και αν τον θέλουν και βέβαια αν ταιριάζουν και σε εμάς οι ασθενείς. Σε εμάς όμως δεν έχει συμβεί πολλές φορές αυτό γιατί οι ασθενείς ήρθαν εδώ με το άνοιγμα του ξενώνα οπότε η προσαρμογή είχε γίνει ήδη στους χώρους της αποασυλοποίησης και αποκατάστασης που

είχε το ψυχιατρείο της Τρίπολης και ήρθαν προετοιμασμένοι για τον χώρο εδώ. Βέβαια δύο, τρεις ασθενείς που ήρθαν για να δουν αν τους ταιριάζει ο χώρος που είχαν και οικογενειακό περιβάλλον δεν παρέμειναν, έφυγαν. Δεν τους ταίριαζε ο χώρος είχαν συνηθίσει το περιβάλλον του σπιτιού με ελευθερία αρκετή και παραπάνω από ότι χρειάζεται. Δε μπορείς να μπεις σε ένα χώρο, ο οποίος είναι οργανωμένος και έχει κάποιες υποχρεώσεις και όπως έχεις τα δικαιώματα σου, έχεις και ευθύνες απέναντι στο χώρο π.χ. υπήρξε ένας ασθενής 27 ετών με φοβερό οικονομικό πρόβλημα και το περιβάλλον του δε μπορούσε να το βοηθήσει εφόσον δεν υπήρχε μητέρα, πατέρα παρά μόνο ένας αδελφός. Ήρθε, είδε τον ξενώνα αλλά δε θέλησε να μείνει παρόλο που το σπίτι του ήταν άθλιο γιατί είχε μάθει σε ένα άλλο τρόπο ζωής και δεν είναι εύκολο να αλλάξεις χώρο, ένιωθε πιο ελεύθερος εκεί. Η δοκιμαστική περίοδος είναι ένας μήνας το πολύ». Η Μαρία ως προς την πρώτη επαφή των ασθενών με τον ξενώνα αναφέρει: «Οι ασθενείς όπως και κάθε άνθρωπος σε ένα καινούριο περιβάλλον θέλανε κάποιο χρόνο για να εγκλιματιστούν στο νέο χώρο και τόπο που βρέθηκαν και να μας εμπιστευτούν και εμάς, όπως κάνουμε και εμείς. Όταν πας σε ένα καινούριο χώρο, θα ελέγξεις τα πράγματα δεν είσαι: «Α! Ωραία! Ήρθα, γεια σας, εγώ είμαι». Σίγουρα προφυλάσσεσαι, φυσιολογικά και αυτοί. Η ψύχωση τους δεν αλλάζει το ότι είναι άνθρωποι και το ότι θα πρέπει να προφυλάσσονται από πράγματα. Η αίσθηση της Νίκης όσον αφορά τους ασθενείς στην αρχή της λειτουργίας του ξενώνα ήταν: «Στην αρχή με τους ασθενείς δεθήκαμε όπως είμαστε και τώρα δεμένοι γιατί η δουλειά είναι το δεύτερο σπίτι μας εδώ. Κάναμε νυχτέρια στην αρχή, την πρώτη νύχτα με δύο άτομα προσωπικό και από τη δεύτερη και μετά μόνοι μας. Ήταν δύσκολο γιατί είχαμε πολλές υποτροπές μέχρι να συνηθίσουν οι άνθρωποι να ζουν εδώ ήταν ένας ξένος χώρος για αυτούς και ήταν δύσκολο και για αυτούς και για εμάς». Από την άλλη η Βιβή εκφράζει τις δυσκολίες που είχε να αντιμετωπίσει το προσωπικό: «Κάτι που με είχε πανικοβάλλει ήταν η πρώτη επαφή με τους ασθενείς ήταν ταλαιπωρημένοι, ήταν και άτομα σε υποτροπή ήταν δύο άτομα που βρίζανε, που κάνανε. Είχαμε πολύ βαριές υποτροπές εδώ μέσα, μας πετούσαν κούπες, κινδυνέψαμε να μας χτυπήσουν, μας έχουν σπρώξει, μας έχουν τύχει καταστάσεις να κατουράνε πάνω στο τραπέζι, στα ποτήρια ένας κατουρούσε μέσα σε ένα μπουκάλι και κυκλοφορούσε μέσα στον ξενώνα με αυτό στα χέρια, να ντύνονται με γυναικεία ρούχα οι άντρες, ήταν στον κόσμο τους, δε μπορούσαμε να επικοινωνήσουμε, πολλά., πολλά, πολλές υποτροπές». Ως υποτροπή ορίζεται η επανεμφάνιση ενεργών συμπτωμάτων ή η αναζωπύρωση των προϋπαρχόντων, που διαρκούν περισσότερο από μια εβδομάδα και χρήζουν αλλαγή στην αντιμετώπιση, όπως νοσηλεία η αύξηση της αντιψυχωσικής

αγωγής τουλάχιστον κατά 50%. (Γουρνέλης, Ευθυμιόπουλος, Σταμούλη, Τομαράς, 2002: 44)

Η αδυναμία αντιμετώπισης των υποτροπών στη δομή οδηγεί στο σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας (revolving door syndrome). Ένα από τα προβλήματα που προέκυψε με την αλλαγή των ψυχιατρικών δομών και συνθηκών περίθαλψης αναφέρεται με τον όρο σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας (revolving door syndrome). Το σύνδρομο συνίσταται στην αύξηση του αριθμού των επανεισαγωγών των χρόνιων ασθενών σε ψυχιατρικά ιδρύματα (συνήθως για μικρά χρονικά διαστήματα). (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη, Χριστοδούλου, 2005: 52) Η Νίκη περιγράφει περιπτώσεις υποτροπών της δομής: *«Είχαμε ασθενή με μεγάλες υποτροπές, ήταν Καλοκαίρι Κυριακή απόγευμα, έχει πεθάνει τώρα. Πήγε Τρίπολη μετά έγινε η διακομιδή. Τον ψάχναμε έξω στα καφενεία να πίνει ούζο με πορτοκαλάδα, με κόκα κόλα με ό,τι θες και σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται εισαγγελικό και φεύγει για ψυχιατρείο. Τώρα έχουμε μια ασθενή που είναι σε υποτροπή, έχει τρεις μήνες σε υποτροπή έγινε η διακομιδή σε δύο κλινικές, δύο στο Δαφνί και μια στα Ιωάννινα δεν έχει συνέλθει η γυναίκα, έχει μέρες δεν τρώει, φωνάζει τα απογεύματα, έχουμε πρόβλημα με αυτή. Λογικά, θα πάει σε κάποιο ψυχιατρείο πάλι γιατί δεν είναι σε φάση, ούτε τρώει η γυναίκα, έχει να πάρει φάρμακα από το στόμα τρεις μήνες, μας λέει: «Εγώ δεν είμαι παλαβή, εσείς που είστε πάρτε τα». Κάνει ένεση, η ένεση δεν την καλύπτει που την κάνει κάθε δεκαπέντε μέρες, πρέπει να δούμε τι θα κάνουμε τώρα γιατί δεν πάει άλλο. Το θέμα είναι ότι ταλαιπωρεί όχι μόνο εμάς, αλλά πρώτα η ίδια δηλαδή υποφέρει η γυναίκα αυτή, έτσι όπως είναι. Όταν κάποιος δεν παίρνει τα φάρμακα ενημερώνουμε το γιατρό και αν δούμε ότι υποτροπιάζει ας πούμε σε λίγο καιρό φεύγει. Δύσκολο είναι και για μας και για αυτούς σε κανένα δεν αρέσει, αλλά δε γίνεται αλλιώς». Επίσης, πέρα από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο όταν βρίσκεται σε υποτροπή, δημιουργείται και ένα άσχημο κλίμα στην καθημερινότητα των ενοίκων αλλά και του προσωπικού. Η Βιβή περιγράφει την κατάσταση που υπάρχει αυτή τη στιγμή στη δομή, λέγοντας: *«Όταν κάποιος έχει υποτροπή, οι υπόλοιποι επηρεάζονται και κουράζονται πάρα πολύ. Πρέπει να κάνουν υπομονή, βλέπουν και μια κατάσταση που μπορεί να την έχουν ζήσει και αυτοί κάποια στιγμή. Γενικώς δεν είναι καλό για αυτούς, ας πούμε και η ασθενής που έχουμε τώρα με υποτροπή και βρίζει, τους επηρεάζει. Κάποιοι μπορεί να τους θυμίζει και τον εαυτό τους και αυτό τους δυσκολεύει». Η Ευτέρπη προσθέτει: *«Η υποτροπή επηρεάζει τους άλλους ασθενείς και παίζει ρόλο το τι υποτροπή θα παρουσιάσει αν θα είναι επιθετικός ή θα είναι απαιτητικός γιατί συνήθως οι υποτροπές που έχουμε είναι να***

κλείνονται στον εαυτό τους, να μη θέλουν να φάνε ή να φωνάζουν. Επιθετικοί δε θα έλεγα ότι είναι, είχαμε έναν με διπολική διαταραχή που δε μπορούσαμε να τον πιάσουμε, κάποια ασθενής μεγάλη είχε πετάξει ένα τασάκι. Λίγο ο φόβος μέσα τους υπάρχει και στο προσωπικό και στους ασθενείς γιατί δεν ξέρουν τι μπορεί μέσα στην υποτροπή του να κάνει όσο και αν προσπαθούμε να ενημερώσουμε ότι δεν είναι επικίνδυνος και αυτό συμβαίνει, καθησυχάζονται αλλά ο φόβος μέσα τους υπάρχει και φαίνεται στον τρόπο που λειτουργούν». Από την άλλη οι ένοικοι δεν παύουν να δείχνουν το ενδιαφέρον τους και τη συμπαράστασή τους, η Νέλλη υποστηρίζει: «Όταν παθαίνει υποτροπή κάποιος, οι άλλοι ρωτάνε: «Τι κάνει; Τον πήγατε στο νοσοκομείο; Πως είναι;» δηλαδή ρωτάνε. Έχουν εκεί να σκεφτούν όσο μπορούν γιατί είναι και το συναίσθημά τους κάτω σε μερικούς, δε μπορούν, υπάρχει συναισθηματική αστάθεια, αλλά μέσα τους το έχουν ότι ο τάδε δεν ήταν καλά και πήγε στο νοσοκομείο ή έκανε εισαγωγή. Ταράζονται στις υποτροπές και σε θανάτους που έχουν συμβεί εδώ μέσα έχουν ταραχθεί, το συζητάνε μετά τι έγινε».

Σε σχέση με τα ψυχοφάρμακα οι ασθενείς της δομής γνωρίζουν πόσο αναγκαία είναι και με την παρότρυνση των μελών του προσωπικού δέχονται τη φαρμακευτική αγωγή που είναι απαραίτητη για τον καθένα. Η Νέλλη αναφέρει: «Δεν αρνούνται τα ψυχοφάρμακα μόνο σε υποτροπή εκεί δεν υπάρχει περίπτωση να πάρουν, δε θέλουν, αλλά και οι ίδιοι αν τους πεις είναι η ώρα για φάρμακα θα τους δεις θα έρθουν με το ποτήρι και το ξέρουν και οι ίδιοι δηλαδή μετά το φαγητό περιμένουν και οι ίδιοι μας λένε: «Θα μας δώσεις φάρμακα;» Όχι δεν υπάρχει πρόβλημα. Λόγω των φαρμάκων το καταλαβαίνουν και οι ίδιοι το λένε: «Είμαι ασθενής, έχω πρόβλημα», το αισθάνονται. Πιστεύω, ότι ο λόγος που δε θα ήθελαν να τα παίρνουν είναι επειδή από την πείρα και από αυτά που λένε οι ασθενείς είναι ότι τους ρίχνουνε. Τα φάρμακα αυτά τους ρίχνουν τη διάθεση, τους ρίχνουν σωματικά γιατί είναι πολύ ισχυρά φάρμακα και για αυτό δεν τα θέλουν πιο πολύ, όχι επειδή έχουν το στίγμα, αλλά επειδή δε μπορούν να κάνουν πράγματα, ίσως που θα ήθελαν να κάνουν π.χ. οι άντρες δεν έχουν λίμπιντο, πέφτει η σεξουαλική επιθυμία και είναι πολύ συχνό φαινόμενο εδώ μέσα με τους άντρες δηλαδή το λένε ότι εγώ θέλω να μου κάνει ο γιατρός εκείνη τη διακοπή φαρμάκου για να μπορώ, στις γυναίκες όχι και τόσο δεν παίζει και τόσο αλλά οι άντρες το λένε π.χ. ο Νικηφόρος που έχει μια σχέση έξω από εδώ, έκανε αυτή την προσπάθεια, αλλά δε μπόρεσε και ξανάρχισε τα φάρμακα γιατί δεν αισθανόταν καλά ψυχικά μετά. Αυτό έχουν περισσότερο νομίζω με τα φάρμακα, δε μπορούν να ενεργοποιηθούν, να κινηθούν με τα φάρμακα, δε μπορούν να σκεφτούν να έρθει σε εγρήγορση ο εγκέφαλός τους γιατί τα φάρμακα τους

ρίχνουν και ίσως για αυτό δε τα θέλουν αν και σε εμάς δεν υπάρχει τέτοιο πρόβλημα. Έτσι, όπως είναι ή δομή και όπως είναι οι ασθενείς όσοι είναι καλά και δεν είναι σε υποτροπή τα παίρνουν δεν είναι κάποιος που θα πει εγώ δεν παίρνω σήμερα. Δεν υπάρχει αυτό και αυτό καταρχήν θα καταγραφεί στη λογοδοσία δηλαδή σε κάθε βάρδια πρωινή βραδινή καταγράφεται». Οι σπουδαιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των ψυχοφαρμάκων είναι τα εξωπυραμидικά συμπτώματα, οι σεξουαλικές διαταραχές και η αύξηση του σωματικού βάρους συμπεριλαμβανομένης και της καταστολής που πολλές φορές είναι επιθυμητή για την αντιμετώπιση της νόσου προκαλούν τη δυσφορία του ασθενή. (Χαβάκη-Κονταξάκη, Κονταξάκης, 2005: 566) Ο γιατρός αναφέρεται στα ψυχοφάρμακα και τα οφέλη που προσφέρουν βάσει μιας περιγραφής ενός ασθενή αλλά και στην αίσθηση του στίγματος μέσω της χρήσης των ψυχοφαρμάκων. «Πάντα όταν σκέφτομαι τα ψυχοφάρμακα, θυμάμαι όταν είχα κάνει την εκπαίδευσή μου. Είχα ακούσει την άποψη μιας εξαιρετικής ψυχολόγου που είχαμε που είπε τη γνώμη ενός θεραπευόμενου της δηλαδή όταν βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ψυχολογικών προβλημάτων ή της ψύχωσης γενικότερα είναι σα να βρίσκεται σε μια θάλασσα με μανιασμένα κύματα και τα φάρμακα είναι το σωσίβιο που τον κρατάνε στην επιφάνεια. Δεν το μαθαίνουν μπάνιο, αλλά δεν τον αφήνουν, να πνιγεί. Νομίζω, ότι είναι ο πιο εύστοχος ορισμός που έχει δοθεί για τα ψυχοφάρμακα. Έτσι, όταν δίνονται με το σωστό τρόπο και στο σωστό διάστημα, πραγματικά, δεν αφήνουν τον άνθρωπο να πνιγεί. Τα ψυχοφάρμακα έχουν στοιχεία κοινωνικού ελέγχου και παίζουν ρόλο στην αίσθηση του στίγματος, ότι παίρνω φάρμακα άρα είμαι άρρωστος, αλλά εδώ είναι και ένας άλλος παράγοντας ας πούμε λες είναι σημαντικό περνάω κρίση και σου λέει ο άλλος ότι όλη η Ελλάδα περνάει κρίση. Έτσι είναι και αυτό λες παίρνω ψυχοφάρμακα και ξαφνικά ανακαλύπτεις ότι όλοι παίρνουν ψυχοφάρμακα, όχι όλοι αλλά ένα πολύ πολύ μεγάλο κομμάτι. Είναι ένας από τους λόγους που δε θέλουν να πάρουν ψυχοφάρμακα, αλλά αυτό είναι σαν να βάζεις το άλογο πίσω από το κάρο δεν είναι ότι παίρνουν φάρμακα και έχουν ψυχικά προβλήματα είναι ότι έχουν ψυχικά προβλήματα και παίρνουν φάρμακα». Η Βιβή προσθέτει σχετικά με τις αντιδράσεις των ασθενών απέναντι στα ψυχοφάρμακα: «Χρειάζονται τα ψυχοφάρμακα για κάποιες ασθένειες και εντάξει από ένα σημείο και μετά αυτά τα φάρμακα προκαλούν εξάρτηση αλλά σίγουρα τους βοηθάνε. Ας πούμε, η αδερφή της Τζένης της είχε κόψει τα ψυχοφάρμακα γιατί πίστευε ότι δεν τα χρειάζεται και είχαμε εντάσεις, επιθέσεις είχαμε πάρα πολλά. Υπάρχουν ασθενείς που πιστεύουν, ότι τα φάρμακα δεν τους κάνουν καλό είναι και άλλοι που είναι πολύ συνειδητοποιημένοι όπως ο Ανέστης. Αν του πεις, δε σου δίνω χρήματα εντάξει θα

γκρινιάζει γιατί το έχει με τα χρήματα. Να του πεις δε σου δίνω φάρμακα, θα πάθει πανικό πιστεύει ότι τα φάρμακα τον κρατάνε, δε μπορεί να κάνει κακό δηλαδή νιώθει ασφάλεια με τα φάρμακα».

Έχει παρατηρηθεί ότι κάποιοι χρόνιοι ψυχωσικοί άρρωστοι παραμένουν επί μακρόν σε χώρους ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για λόγους λειτουργικούς όπως λόγους «επιβίωσης» (το πρόγραμμα λειτουργεί ως οικογένεια). Οι άρρωστοι αυτοί έχουν δεχθεί για αρκετά χρόνια μια σειρά από ειδικές παρεμβάσεις (ανάπτυξη δεξιοτήτων κοινωνιοθεραπείες κλπ) και έχουν αναπτύξει ένα ανεκτό επίπεδο λειτουργικότητας, η οποία δε φαίνεται να αυξάνεται με περισσότερες χρονικά παρεμβάσεις αλλά απλά διατηρείται. Επομένως, η αποκαταστασιακή υπηρεσία λειτουργεί ως υποκατάστατο της οικογένειας. Η εξοικείωση με τα μέλη και το προσωπικό προσφέρει αίσθημα ασφάλειας και ένα χώρο ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων. (Μαδιανός, 2005: 382) Η Νέλλη περιγράφει τη σχέση των ασθενών μεταξύ τους και κατά πόσο θεωρούν τη δομή οικογένειά τους μετά από δεκατέσσερα χρόνια συμβίωσης στον ίδιο χώρο για τους περισσότερους ενοίκους: *«Υπάρχουν στιγμές που θα τσακωθούν μεταξύ τους όπως όλες οι οικογένειες και για πράγματα βλακείες όπως εσύ μου πήρες το τσιγάρο, τον καφέ, μου πήρες τη θέση μου, εκεί κάθομαι εγώ. Αλλά νομίζω ότι έχουν πια στο μυαλό τους, ότι ο ξενώνας είναι πλέον το σπίτι τους, ότι εγώ εδώ μένω, εδώ θα φάω, θα συνεργαστώ με τη νοσηλεύτρια με το διπλανό μου που κοιμάμαι, το συγκάτοικό μου. Υπάρχουν και ασθενείς που θέλουν να φύγουν από τον ξενώνα και θέλουν να πάνε να μείνουνε μόνοι τους και το λένε γιατί θέλουν κατά βάθος να απεξαρτητοποιηθούν γιατί ξέρουν, ότι είναι εξαρτητοποιημένοι εδώ, δεν είναι πλήρως ελεύθεροι. Ξέρουν ότι εξαρτώνται από εμένα τη νοσηλεύτρια, από την κοινωνική λειτουργό με τις συντάξεις, εξαρτώνται από τα εργαστήρια, από το νοσοκομείο που τους πληρώνει το νερό και το ρεύμα και τα πάντα και μη νομίζεις, ότι αυτό τους πολυαρέσει. Το λένε, εγώ θέλω να φύγω να πάω στο χωριό μου. Θα φύγω να πάω στο σπίτι μου, αλλά ξέρουν κατά βάθος, ότι αυτό δεν πρόκειται να γίνει γιατί δε θα μπορέσουν να μείνουν μόνοι τους. Δεν είναι ικανοί εκατό τις εκατό για να ζήσουν μόνοι τους, αλλά το λένε».* Από την άλλη σύμφωνα με τη γνώμη της Νίκης: *«Οι πιο πολλοί ασθενείς δεν αισθάνονται τον ξενώνα σα σπίτι τους. Δε θέλουν να φύγουν, αλλά βλέπεις καμιά φορά ότι μαλώνουν μεταξύ τους και τους λες ότι εδώ είναι σπίτι σας, μη μαλώνετε, πρέπει να αγαπάτε ο ένας τον άλλο. Έχουμε μια ασθενή εδώ, δεν το έχει δεχτεί ποτέ αυτό. Λέει τα δικά της, κάνει τα δικά της, είναι θέμα χαρακτήρα. Όλοι είναι άρρωστοι, όλοι παίρνουν φάρμακα αλλά ο καθένας συμπεριφέρεται αλλιώς.*

Δεν έχω ακούσει ποτέ κανένα να λέει εδώ ο ξενώνας είναι το σπίτι μου, η οικογένειά μου, δε θέλω να φύγω από εδώ».

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας ανέκαθεν αποτελούσε λόγο απομάκρυνσης των ασθενών από την οικογένειά τους αλλά και η δυσκολία της διαχείρισής τους αποτελεί έναν επιπλέον λόγο. Η Ζωή αναφέρει: «Φυσικά και οι οικογένειες έχουν βολευτεί με τους ξενώνες είναι μεγάλος Γολγοθάς για μία οικογένεια να τα φέρει πέρα με έναν ψυχικά ασθενή στο σπίτι γιατί όταν ο ασθενής είναι σπίτι δεν παίρνει τα φάρμακά του λέει πως είναι καλά με αποτέλεσμα να υποτροπιάζει ενώ εδώ ξέρουν ότι πρέπει να τα πάρουν. Σήμερα δε νομίζω ότι υπάρχουν οικογένειες που λένε ότι θα αφήσω το παιδί μου στον ξενώνα και δε με νοιάζει και αν υπάρχουν είναι σποραδικές περιπτώσεις. Παλιά όμως αυτοί οι άνθρωποι ήταν ο περίγελος του κάθε χωριού. Κάθε χωριό είχε και τον τρελό του αν μπορούσαν να τους χώσουν κάπου θα τους χώνανε».

Η έννοια της «συναισθηματικής φροντίδας» (care- as -emotion) δε μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη σε μια οικογενειακή σχέση. (Pilgrim, Rogers, 2004: 341) Η σχέση των ενοίκων με το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι σχεδόν ανύπαρκτη καθώς για τους περισσότερους, οι συγγενείς τους κατοικούν σε περιοχές μακριά από την πόλη του Αγρινίου αλλά και με αυτούς που βρίσκονται κοντά δε θέλουν να έχουν επαφές. Η Βιβή περιγράφει τη διάθεση των ενοίκων προς την οικογένειά τους: «Υπάρχουν συγγενείς των ασθενών που έρχονται να τους δουν, υπάρχουν και άτομα που δε θέλουν να έχουν καμία επαφή. Μας έστειλαν άτομο από Καλαμάτα που η κόρη δεν ήθελε καμία επαφή, έχει πεθάνει τώρα αυτή η ασθενής. Πολλά άτομα είναι από άλλες περιοχές δηλαδή οι πιο πολλοί ήταν από άλλες περιοχές που ήρθαν εδώ στην αρχή και τώρα έχουμε και κάποιους από την κοινότητα που τους πήραμε μετά. Πιστεύω ότι η οικογένεια είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία των ασθενών. Μιλάνε για την οικογένειά τους, δεν εκφράζουν όμως όλοι παράπονο αν δεν έρχονται να τους δουν. Κάποιοι δε θέλουν να πάνε και να τους δουν και αν τους πεις να πάνε να μείνουν στο σπίτι τους, δεν το πολυθέλουν. Μια ασθενής δε θέλει να πάει καν σπίτι της, ενώ η μητέρα της έρχεται και τη βλέπει συνέχεια, ένας ασθενής θα μπορούσε να πάει επίσκεψη αλλά όχι να μείνει, ένας άλλος ασθενής πηγαίνει στη μητέρα του κάθε δεύτερο Σαββατοκύριακο. Μια ασθενής που είναι ο αδερφός της στο ψυχιατρείο στην Τρίπολη και θέλει δύο φορές το χρόνο να πηγαίνει, την πηγαίνουμε γιατί το ζητάει, άλλοι παίρνουν τηλέφωνο. Γενικώς, δε θέλουν να πάνε στα σπίτια τους οι περισσότεροι, ίσως έχουν άσχημα βιώματα δεν ξέρω πάντως δε θέλουν να επιστρέψουν στα σπίτια τους, δεν έχω ακούσει κάποιο να πει θέλω να πάω στο σπίτι μου να μείνω εκεί».

Επίσης, παρατηρείται η απροθυμία των συγγενών των ενοίκων για επικοινωνία μαζί τους καθώς και έλλειψη εμπιστοσύνης στη δομή που τους φιλοξενεί. Η Ευτέρπη περιγράφει μια τέτοια περίπτωση: *«Συγκεκριμένα στον ξενώνα οι ασθενείς, σε αντίθεση με ότι προέβλεπε το πρόγραμμα «Ψυχαργός», κατάγονται από άλλες πόλεις όπως Κεφαλονιά, Καλαμάτα, Πύργος περιοχές που βρίσκονται μακριά από την πόλη του Αργινίου. Κάτι, που καθιστά δύσκολη την επαφή και το σύνδεσμό τους με τους συγγενείς, αλλά και κάποιοι ασθενείς που κατάγονται από περιοχές του Νομού δεν κρατούν επαφή με την οικογένεια καθώς βρίσκονται σε μεγάλη ηλικία και έχουν χάσει τους συγγενείς τους ή δε θέλουν να έχουν επαφή μαζί τους. Η αδυναμία και η άγνοια χειρισμού των ασθενών αναγκάζει τις οικογένειες να καταφεύγουν στις ψυχοθεραπευτικές δομές και να βολεύονται με αυτές καθώς επίσης εκφράζουν απροθυμία επαφής με τον ασθενή. Η κόρη μιας ασθενούς από την Καλαμάτα που ζούσε εδώ από το 2001 μέχρι το 2010 που πέθανε η ασθενής. Ενώ εγώ προσπάθησα να κρατήσω επαφή, επικοινωνήσε δύο φορές τα πρώτα χρόνια. Την πρώτη χρονιά μας έστειλε μια κάρτα και κάτι δωράκια έκτοτε δεν ήθελε να έχει καμία επαφή μαζί της. Όταν πέθανε και της είπα ότι υπάρχουν κάποια χρήματα που πρέπει να παραλάβει, μας δημιούργησε πρόβλημα γιατί ήθελε να ελέγξει που πήγαν τα χρήματα, πόσα πρέπει να πάρει και όλα αυτά. Βέβαια δε μπορούσε να συμβεί κάτι τέτοιο, εμείς είχαμε αποδείξεις και ήμασταν καλυμμένοι αλλά αφού δεν είχε καμία δικαιοδοσία στον ασθενή δηλαδή δικαστική συμπαράσταση, δεν ήταν κάτι. Στη διαχείριση των χρημάτων οι ασθενείς παίρνουν όλοι τα χρήματά τους και τα διαχειρίζονται μαζί μας όπως πιστεύουμε καλύτερα και σύμφωνα με τις ανάγκες που έχει ο καθένας».*

Η εκπαίδευση του αρρώστου που αφορά τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή εστιάζει στον τρόπο λήψης της. Η λήψη των ψυχοφαρμάκων δεν πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως μια μορφή καταναγκασμού ή τιμωρίας, αλλά ως ένα πρόσθετο μέσο για την καταπολέμηση της νόσου. (Μαδιανός, 1999: 111-112) Η Μαρία περιγράφει την κατάσταση που επικρατεί στη δομή στις περιπτώσεις έλλειψης συνεργασίας μεταξύ των ατόμων του προσωπικού και των ασθενών: *«Τις υποτροπές όλοι τις φοβούνται δεν το θέλουν. Σίγουρα, κάποιοι αν θα επιστρέψουν στο ψυχιατρείο ή όχι είναι ανάλογα με το χαρακτήρα τους σε κάποιους είναι αδιάφορο και κάποιους τους φοβίζει και προσέχουν παραπάνω να μη χάσουν τα κεκτημένα τους εδώ και την άνεσή τους γιατί κακά τα ψέματα εδώ είναι πιο υγιείς οι συνθήκες της διαβίωσής τους. Στο ψυχιατρείο κανένας δε θέλει να πάει ουσιαστικά. Πολλές φορές όλοι οι συνάδελφοι για την οριοθέτηση των ασθενών και για την συμμόρφωσή τους, τους λέμε ότι αν συνεχίσουν το συγκεκριμένο άσχημο τρόπο συμπεριφοράς, θα επιστρέψουν στο ψυχιατρείο όχι όμως με την έννοια του*

φόβου, αλλά πρέπει να ακολουθήσεις αυτή την πορεία για να παραμείνεις εδώ. Δεν το αναφέρουμε προς εκφοβισμό αλλά για να προσέχουν γιατί πραγματικά ισχύει δηλαδή να προσέχει με τα φάρμακά του να μη μπει σε δυσάρεστη θέση, σε υποτροπή. Έτσι, θα οριοθετηθεί και καλύτερα γιατί αυτό θα τον συμμορφώσει ώστε να μη χάσει την ψυχική ισορροπία που του παρέχει το φάρμακο. Επίσης, μπορεί να του πούμε, ότι θα του κοπεί η άδεια να βγει για την καθιερωμένη του βόλτα που κάνει κάποιες ώρες, να κοπεί λίγο το χαρτζιλίκι του αν καπνίζει πάρα πολύ για να ελαττώσει το τσιγάρο, πάντα, προς όφελός του. Όταν κάποιος δεν παίρνει τα φάρμακα για να τον οριοθετήσουμε, θα έρθει ένας ξένος από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή ο γιατρός για να πάρουν τα φάρμακα». Η συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Καλύτερη συμμόρφωση σημαίνει ύφεση των συμπτωμάτων, αποφυγή συχνών υποτροπών, επανανοσηλειών, παραμονή στην κοινότητα και όφελος από τις παρεχόμενες σε αυτήν υπηρεσίες, που συμβάλλουν θετικά στην καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενούς. (Χαβάκη-Κονταξάκη, Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2005: 612) Η Νίκη προσθέτει: «Πολλές φορές τους λέμε να προσέχουν με τα φάρμακα για να μην πάνε στο ψυχιατρείο, αλλά μη νομίζεις ότι γίνεται κάτι με αυτό. Δεν το πιστεύουν, ότι θα φύγουν από εδώ και την ασθενή με την υποτροπή που τη στείλαμε στην κλινική και της το έλεγα ότι θα πάει, μέσα στην υποτροπή της δεν το καταλάβαινε και έφυγε. Τρεις φορές της το λέγαμε κάθε φορά έτσι όπως ήταν εξαντλημένη δε μπορούσε να περπατήσει σιγά μην το κατάλαβε. Με τις παρεμβάσεις μας προσπαθούμε αλλά μη νομίζεις, δεν είναι εύκολο να μπου σε σειρά γιατί είναι άρρωστοι όπως και να το κάνουμε. Μια ασθενής έχει να φάει πολλές μέρες και τι κάνει; Παίρνει χαρτζιλίκι το πρωί και βγαίνει και παίρνει σόδες, κόκα κόλες, ξηρούς καρπούς και δεν τρώει το μεσημέρι, προσπαθούμε όσο μπορούμε. Παλιότερα όταν ήρθε που δεν ήθελε για να μπει σε σειρά καθόμουν και έτρωγα και εγώ μαζί της για χάρη της γιατί μου έλεγε: «Γιατί δεν κάθεται να φας και εσύ;» Τρομάζουμε να τους βάλουμε να κάνουν μπάνιο, το μπάνιο το απεχθάνονται οι πιο πολλοί. Πολλή πίεση για να μπου να κάνουν μπάνιο δηλαδή παρεμβάσεις δικές μας, ότι πρέπει να κάνεις μπάνιο. Κάνουν μπάνιο τρεις φορές την εβδομάδα, οι γυναίκες τώρα έχουν και ακράτεια οι πιο πολλές. Μεγαλώνουν κιόλας αλλά θέλουν πολλή πίεση για να κάνουν μπάνιο, όλοι οι ψυχικά ασθενείς το έχουν αυτό».

Οι σχέσεις των ασθενών με την κοινότητα βάσει της γνώμης των επαγγελματιών της δομής είναι πολύ καλές με ελάχιστες δυσκολίες για τους ενοίκους της δομής. Η Βιβή αναφέρει: «Μια γειτόνισσα, η οποία δεν ξέρω ίσως έχει και η ίδια πρόβλημα παίρνει καμιά φορά την αστυνομία, αλλά δεν έχει έρθει ποτέ γιατί μπορεί να έβηξε το βράδυ ο

ασθενής. Μια μέρα σε έναν ασθενή είχε μιλήσει άσχημα δεν ξέρω πως τον είχε αποκαλέσει εντάξει δεν της απάντησε. Είναι η μόνη που νομίζω κάτι δικό της έχει, δεν έχουμε θέμα και στα μαγαζιά και παντού όπου πηγαίνουν. Σιγά σιγά οι ασθενείς απέκτησαν πάρα πολύ καλή σχέση με τη γειτονιά γιατί είδαν ότι δεν είναι επικίνδυνοι. Έρχεται η γειτονιά τους φτιάχνει πίτα καμιά φορά, πηγαίνει ένας ασθενής τους κλαδεύει τα λουλούδια που δε μπορούν, έρχονται στις εκθέσεις που κάνουμε, στις γιορτές, καλούν τους ασθενείς για καφέ».

Στην Ελλάδα έχουμε υιοθετήσει την προσέγγιση «χτυπάω και τρέχω»: πρώτα εγκαθίσταται η υπηρεσία και αμέσως μετά ενημερώνονται οι γείτονες. Υπάρχει ένας βάσιμος θεωρητικός λόγος για αυτή την προσέγγιση, αφού ένας αποτελεσματικός τρόπος για να μειωθεί το στίγμα είναι μέσω της κοινωνικής επαφής και της προσωπικής σχέσης με ένα άτομο από τη στιγματίζουσα ομάδα. (Thornicroft, Tansella, 2010: 153) Η Ευτέρπη υποστηρίζει: «Δεν έχουν εμφανιστεί άσχημες αντιδράσεις και περιστατικά προς τους ασθενείς έξω από το χώρο του ξενώνα, αλλά αντίθετα ενημερώνουν το προσωπικό σε περιπτώσεις που θα δουν τους ασθενείς να ψάχνουν στα σκουπίδια ή σε περίπτωση που ζητιανέψουν στο δρόμο, κάτι που είχε γίνει στο παρελθόν. Δεν έχει υπάρξει, όμως, κάποιο άσχημο περιστατικό που να έχει προσβάλλει τους ασθενείς ή τον ξενώνα. Ακόμη, πιστεύω ότι σε περίπτωση που γινόταν ένας καινούριος ξενώνας στην πόλη, δε θα υπήρχαν αντιδράσεις».

Η συναισθηματική κατανόηση, η διαβεβαίωση, η δημιουργία σαφών ορίων και η παροχή κινήτρων είναι βασικά στοιχεία στην κοινοτική ψυχοθεραπεία. (Μαδιανός, 1999: 56) Έχουμε να κάνουμε με «συγκεκριμένους ανθρώπους», με άτομα με ονοματεπώνυμο, θεραπευτές και θεραπευόμενους, μεταξύ των οποίων έχει σφυρηλατηθεί μια σχέση εγγύτητας δηλαδή η αντιμετώπιση του θεραπευόμενου συνδέεται με την καθημερινή του φροντίδα, με τα πιθανά προβλήματα που σχετίζονται με την καθημερινή του συμπεριφορά. (Τζανάκης, 2008: 141) Στοιχεία τα οποία βοηθούν τα άτομα του προσωπικού στην ανάπτυξη υγιών σχέσεων με τους ενοίκους και την αντιμετώπιση προβλημάτων στη συνεργασία τους στο χώρο της δομής. Σύμφωνα με τη Βιβή: «Ξέρω από ό,τι συζητάνε οι ασθενείς ότι νιώθουν ασφάλεια στη δομή, καταρχήν. Έπειτα έχουν ανθρώπους να μιλήσουν δηλαδή ανά πάσα στιγμή όποτε μας χρειαστούν είμαστε εκεί. Δεν έχει σημασία αν είμαι το πρόσωπο αναφοράς ή όχι, οποιοδήποτε πρόβλημα και να προκύψει θα το συζητήσουμε δηλαδή οποιαδήποτε ανάγκη. Αν χρειαστεί θα μείνουμε και πιο πίσω, δεν το συζητάμε. Μετά μας θεωρούν οικογένειά τους δηλαδή ακόμα και το Πάσχα που θέλουν να ψήσουνε, εντάξει εμείς τότε

δε δουλεύουμε μόνο οι νοσηλεύτριες και μια νοσηλεύτρια μόνη της δε μπορεί. Ερχόμαστε και εμείς από δύο ώρες για να ψήσουμε μαζί τους δηλαδή την Τσικνοπέμπτη ερχόμαστε εδώ για να τσικνίσουμε μαζί τους γιατί εντάξει και αυτοί δεν έχουν κανένα. Μας θεωρούν μέλη της οικογένειάς τους και άμα λείψεις θα σου πουν: «Γιατί έλειψες;» Δένονται είναι και πολλά τα χρόνια που τους έχουμε και εντάξει τους προσέχουμε πάρα πολύ».

Όσον αφορά την εργασιακή αποκατάσταση των ενοίκων ακολουθείται η προσέγγιση της προεπαγγελματικής κατάρτισης σύμφωνα με την προστατευόμενη εργασία καθώς οι καταρτιζόμενοι ασθενείς εντάσσονται σε μορφές προστατευόμενης εργασίας όπως κεραμική, κοπτική-ραπτική και κέντημα. Τα πλεονεκτήματα αυτών των παρεμβάσεων είναι η ολοκληρωμένη προσέγγιση, η μέριμνα για την πρόληψη των υποτροπών της νόσου και η προσαρμογή του εργασιακού αντικειμένου στις δυνατότητες του πάσχοντα και τη σοβαρότητα της πάθησής του. Η Νέλλη εξηγεί: «Τα εργαστήρια τους βοηθούν πάρα πολύ γιατί αλλιώς θα κάθονταν όλη μέρα σε μία καρέκλα με ένα τσιγάρο και ένα καφέ και θα κατέληγαν πάλι ιδρυματοποιημένοι, ενώ αυτό τους φέρνει σε μια εγρήγορση και λένε ότι εγώ θα κατέβω στο εργαστήριο, θα κεντήσω, θα φτιάξω το κεραμικό. Τώρα ετοιμάζουν και μια έκθεση την άλλη εβδομάδα έστω αυτό το λίγο είναι απαραίτητο για να έρχεται σε εγρήγορση το μυαλό τους. Αν τους αφήσεις επειδή το βλέπω, θα κάθονται σε μια καρέκλα με ένα τσιγάρο και ένα καφέ και δε θα έχουν όρεξη να πάνε ούτε τουαλέτα οπότε ερχόμαστε πάλι στην ιδρυματοποίηση». Σύμφωνα με τη γνώμη της Μαρίας κάποιοι ασθενείς θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις μιας εργασίας εκτός της δομής: «Κάποιοι ασθενείς θα μπορούσαν να δουλέψουν εκτός δομής και κάποιοι ασθενείς έχουν μπει σε κάποια προγράμματα του ΟΑΕΔ και έχουν δουλέψει όπως η Αγάπη, ο Ανέστης. Είναι αρκετοί που μπορούν να πουλήσουν λαχεία, κάποια παιδιά είχαν μπει και στο νοσοκομείο ως βοηθοί στην καθαριότητα και πληρώνονταν με χρήματα ενός λογαριασμού που διέθετε η Εκκλησία. Βέβαια έχουν και τη σύνταξη τους και δε μπορούν να το ρισκάρουν και τόσο αλλά και σε πιο λίγο χρόνο θα μπορούσαν άνετα δηλαδή και τρίωρο να καλύψουν. Κάποιοι άντρες και πιο βαριά δουλειά να είναι, δεν πειράζει δηλαδή σε μια αποθήκη να τακτοποιούν, σίγουρα άνετα. Από την άλλη πλευρά η Ευτέρπη υποστηρίζει ότι: «Η εύρεση εργασίας εκτός του πλαισίου της δομής αποτελεί ένα δύσκολο θέμα για τους ασθενείς αλλά και για τη δομή. Συγκεκριμένα όσον αφορά τους ασθενείς αδιαφορούν στο να προσπαθήσουν να βρουν μια εργασία καθώς έχουν βολευτεί με τη σύνταξη που τους παρέχει το κράτος και εξαιτίας του φόβου τους στην περίπτωση που την χάσουν δεν κάνουν καμία προσπάθεια για να ψάξουν για δουλειά και να ανεξαρτητοποιηθούν από εμάς. Από τα 14 άτομα που βρίσκονται στον

ξενώνα μόνο ένας έχει προσπαθήσει μέσα από κάποια προγράμματα του ΟΑΕΔ, αλλά χωρίς να κινδυνέψει να χάσει τη σύνταξή του, αλλά και η κοινότητα δεν έχει τη δυνατότητα να στηρίζει τους ασθενείς σε αυτή την προσπάθεια, τη στιγμή που δεν υπάρχει ο κατάλληλος σχεδιασμός. Βέβαια από τα άτομα που έχουμε αυτή τη στιγμή στον ξενώνα δε θα μπορούσαν να δουλέψουν σε μια δουλειά πάνω από τρεις ώρες γιατί τα χρόνια που έζησαν στα ψυχιατρεία και στον ξενώνα είναι πολλά και εξαιτίας των ψυχοφαρμάκων που παίρνουν δε θα μπορούσαν να αποδώσουν πάνω από ένα τρίωρο». Η Νέλλη αναφέρει τις δυνατότητες ανεξαρτητοποίησης των ενοίκων από το προσωπικό στην περίπτωση της ύπαρξης των Κοι.Σ.Π.Ε: «Η ύπαρξη των Κοι.Σ.Π.Ε θα βοηθούσε πολύ στην απασχόληση των ασθενών έξω από το χώρο της δομής. Αυτά, που κάνουν στα εργαστήρια τα κορίτσια πρέπει να γίνει ένα μαγαζί έξω να πουληθούν, να δουλέψουν αυτά τα άτομα, το οποίο δεν έχει γίνει. Αν υπήρχε, θα είχαν μια μερική απασχόληση, να παίρνουν τα χρήματα τους, να βγουν έξω ώστε να μην είναι μόνο εδώ και εξαρτημένοι από εμάς». Επίσης η Βιβή περιγράφει τη δυσκολία επαγγελματικής απασχόλησης των ασθενών εξαιτίας της οικονομικής κρίσης: «Υπάρχει ένας κοινός στόχος από όλους μας όσον αφορά την επανένταξη των ασθενών, αλλά δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί. Ας πούμε που να βρούμε δουλειά για όλους; Εντάξει πηγαίνουν σε κάποια σεμινάρια, δεν είναι εύκολο, δεν τους παίρνουν. Που να πάνε να δουλέψουν κανονικό ημερομίσθιο; Δε μπορούν να λέμε την αλήθεια. Θα μπορούσαν στο μάζεμα των ελιών για λίγες ώρες, ας πούμε. Που να δουλέψουν αυτοί οι άνθρωποι, δεν υπάρχουν και οι Κοι.Σ.Π.Ε. Είναι δύσκολο, που να πάνε; Ποιός να τους πάρει για δουλειά με την κρίση που υπάρχει;» Ο γιατρός περιγράφει τη σημασία της εργασίας για τη θεραπεία των ασθενών: «Για όλους το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ότι δεν έχουν κάτι να ασχοληθούν και νομίζω ότι δε μπορεί να γίνει χειραφέτηση χωρίς επαγγελματική αποκατάσταση. Είναι πάρα πολύ σημαντικό, όπως είπε και ο Φρόντ: «Θεραπεία είναι να μπορείς να αγαπάς και να δουλεύεις» και νομίζω ότι είναι και το πιο δύσκολο κομμάτι. Η δουλειά δεν έχει να κάνει τόσο με την εύρεση, τις ικανότητες, με τα πτυχία και με όλα αυτά όσο έχει να κάνει με τις σχέσεις που μπορεί να αναπτύξει ένας στο χώρο δουλειάς. Αυτό είναι το πιο σημαντικό στο οποίο δυσκολεύονται πάρα πολύ και στο οποίο θα έπρεπε να υπάρχουν ειδικοί άνθρωποι που να τους στηρίζουν. Οι πρώτοι θεραπευτές δηλαδή που να τους στηρίζουν σε αυτό που ήταν ίσως και ένα από τα όνειρα που είχαμε στην αρχή για αυτές τις διαδικασίες, αλλά μέσα στη γενική καθίζηση είμαστε τελείως σε θέση άμυνας».

Η άποψη ότι η κοινότητα δεν είναι μόνο χώρος βλαπτικών ερεθισμάτων, αλλά ο φυσιολογικός χώρος όπου το κάθε άτομο ζει και διαβιώνει με τους άλλους, αποτελεί

θέση στη φάση της «συνειδητοποίησης» της πραγματικότητας. (Μαδιανός, 1999: 113)

Οι σχέσεις των ασθενών με την κοινότητα είναι ομαλές σύμφωνα με την κοινωνική λειτουργό: «Οι ασθενείς κυκλοφορούν στην πόλη καθημερινά και επισκέπτονται μόνοι τους τα καταστήματα για την αγορά προσωπικών αναγκών και για την διασκέδασή τους σε καφέ της πόλης. Επίσης, συμμετέχουν σε εκδηλώσεις που γίνονται στην πόλη, υπάρχει η στήριξη του Δήμου καθώς μπορούν να παρακολουθούν δωρεάν παραστάσεις στο ΔΗΠΕΘΕ Αγρινίου αλλά και να πηγαίνουν στον κινηματογράφο με δωρεάν εισιτήρια. Ακόμη τους παραχωρείται δωρεάν λεωφορείο από το Δήμο για να κάνουμε εκδρομές στα πλαίσια του Νομού, ενώ το φαγητό το πληρώνουν μόνοι τους. Σε περίπτωση που κανονίσουμε να πάμε εκδρομή εκτός Νομού θα πρέπει να πληρώσουμε όλα τα έξοδα και σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιούμε τα χρήματα που κερδίζουμε από την πώληση των αντικειμένων των εργαστηρίων στην έκθεση που κάνουμε. Αν κάποιος δε θέλει να συμμετέχει, μπορεί να μη συμμετέχει». Επίσης, η Νίκη αναφέρεται και σε δραστηριότητες που κάνουν οι ένοικοι της δομής με τους επαγγελματίες για την κοινωνικοποίηση και επανένταξη των ασθενών: «Παλιότερα όταν άνοιξε ο ξενώνας πηγαίναμε κατασκήνωση μια εβδομάδα. Την πρώτη φορά πήγαμε κάπου κοντά στο Ναύπλιο, μείναμε μια εβδομάδα εκεί με τις γιορτές μας, τους κάναμε μπάνιο στη θάλασσα για τέσσερα πέντε χρόνια τους πηγαίναμε. Μετά μεγάλωσαν, δε θέλανε κιόλας, αλλάξαμε ασθενείς τους πηγαίναμε για καφέ έξω, βγαίνουν μαζί μας για ψώνια πηγαίναμε σε ταβέρνες για φαγητό για τη γιορτή κάποιου ενοίκου. Τώρα στις γιορτές επισκεπτόμαστε και άλλους κοινωνικούς φορείς πχ Ηλιαχτίδα και ανταλλάσσουμε δώρα». Η Μαρία αναφέρει ότι πολύ σημαντικός παράγοντας για το κατά πόσο θα βγει ο καθένας στην κοινότητα, είναι ο βαθμός δυσκολίας της ασθένειας: «Για παράδειγμα η Αλίκη μπορεί και πηγαίνει μόνη της και βλέπει τη φίλη της, τη Δήμητρα που ήταν παλιά μαζί εδώ και είναι στο Μεσολόγγι, μπορεί να καθίσει και εκεί τα βράδια και αυτός είναι ο σκοπός να βγαίνουν όχι να κλειστούν εδώ». Η Ζωή προσθέτει: «Εκτός από δύο βαριές καταθλίψεις που έχουμε οι υπόλοιποι είναι σχιζοφρενείς, είναι μοναχικοί άνθρωποι κανά δυο άτομα θα βγουν μαζί. Δε νομίζω να έχουν φίλους έξω, θέλουν να βγουν μόνοι τους, να πάνε να πιουν το καφέ τους. Είναι ένας ασθενής εξωτερικός που έρχεται το απόγευμα και ξεσηκώνει έναν ασθενή εδώ, τον παίρνει και πάνε για καφέ και δυο άλλοι πάνε μαζί για καφέ. Οι υπόλοιποι δε θέλουν να πάνε καθόλου για καφέ, θα βγουν μόνο να πάνε δίπλα στο σούπερ μάρκετ θα πάρουν την κόκα κόλα τους, τη γκοφρέτα τους και θα γυρίσουν εδώ πάλι». Τέλος, η Ευτέρπη αναφέρεται και στο ενδιαφέρον συμμετοχής των ασθενών σχετικά με τα πολιτικά τους δικαιώματα: «Όσον αφορά τα πολιτικά τους

δικαιώματα δεν υπάρχει στέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων των ασθενών, όσοι θέλουν πηγαίνουν. Βέβαια είχαμε δύο ασθενείς τώρα που θέλανε να πάνε αλλά δε μπορούσαν. Στην αρχή, είχαν πάει γιατί είχαν γίνει κάποια τμήματα ετεροδημοτών στο Μεσολόγγι, τη μια φορά με ευρωεκλογές και την άλλη φορά είχαν γίνει εδώ για τις βουλευτικές για κάποιον δεν έγινε ποτέ γιατί είναι από νησί και δε μαζεύτηκαν ετεροδημότες για να μπορέσει να πάει να ψηφίσει. Να πάνε στον τόπο τους όμως για να ψηφίσουν δε θέλουν ακόμη και αυτοί που είναι από εδώ, όμως όσοι θέλουν, πάνε και εγώ τους προτρέπω να πάνε».

3.1.4. Οι συνθήκες που οδηγούν στην ιδρυματοποίηση στον ξενώνα

Όσον αφορά την αυτονομία και τη δυνατότητα επανένταξης των ασθενών καθώς και την αποφυγή του ιδρυματισμού οι επαγγελματίες αναφέρουν, Νέλλη: «Χωρίς την εργοθεραπεία, οι ξενώνες οδηγούν στο νεοϊδρυματισμό και στη δημιουργία ενός μίνι ψυχιατρείου, το οποίο και εμείς το έχουμε νιώσει από κάποια στιγμή και μετά. Είναι ένα μίνι ψυχιατρείο γιατί δεν έχεις νέα άτομα να δουλέψεις κάνω κοινωνικοποίηση, αποασυλοποίηση σε νέα άτομα, αλλά όχι σε ένα παππού που πέφτει όλη την ώρα και έχει καθετήρα δύο τρία χρόνια εδώ μέσα και του έχουμε δύο αποκλειστικές για να τον φυλάνε, τις οποίες τις πληρώνει μόνος του, εκεί πλέον είναι σαν οικοτροφείο. Όσο περνάνε τα χρόνια μεγαλώνουν όλοι οι ασθενείς και τα περιστατικά είναι δύσκολα». Η Ευτέρπη προσθέτει αναφερόμενη στη διανοητική απομόνωση δηλαδή στην έλλειψη επαγγελματικών κινήτρων, εξέλιξης του προσωπικού και πρόσβασης σε ευκαιρίες εκπαίδευσης. (Pilgrim, Rogers, 2004: 271) «Στην περίπτωση που δεν ολοκληρωθεί ο σχεδιασμός και δε δημιουργηθούν και οικοτροφεία, οι ξενώνες θα καταλήξουν να γίνουν μικρά άσυλα με μια καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς. Αν συνεχίσουν να μας χρηματοδοτούν όπως τώρα που τα έξοδα του χώρου καλύπτονται από το κράτος αν και τα φάρμακα, οι ιατρικές εξετάσεις δεν χρηματοδοτούνται εντελώς από το νοσοκομείο, αλλά τα καλύπτουν οι ίδιοι οι ασθενείς με τη σύνταξη τους, η οποία είναι πολύ μικρή για να καλύψει τις ανάγκες τους. Ιδιαίτερα όταν χρειάζεται να κάνουν εξετάσεις και να πληρώσουν φάρμακα, αλλά και στην περίπτωση που μπορούσαν να αυτονομηθούν η οικονομική τους κατάσταση δεν τους το επιτρέπει. Είναι πολύ εύκολο να ιδρυματοποιηθούν οι ασθενείς εξαιτίας των πολλών χρόνων που ζουν σε ένα χώρο όπως οι ξενώνες και για να μη γίνει αυτό είναι θέμα καθαρά του προσωπικού. Το προσωπικό που δεν έχει αλλάξει από τότε που ξεκινήσαμε, η έλλειψη προσωπικού, δεν υπάρχει εκπαίδευση αυτού, δεν εποπτεύεται, δεν στηρίζεται και δεν υπάρχει όραμα με αποτέλεσμα

να μη μπορείς να ονειρευτείς και να οραματιστείς πια στο χώρο. Έτσι, υπάρχει η ρουτίνα και ο καθένας μας για να κάνει τα πράγματα καλύτερα το κάνει από προσωπική ανάγκη και ευαισθησία γιατί δεν έχει τα ερεθίσματα να ονειρευτεί ότι κάτι θα πάει μπροστά. Έχουμε την ανάγκη να πάρουμε και να δώσουμε και όταν λείπει η εκπαίδευση χάνεται το ενδιαφέρον και η κινητοποίηση και δε μπορείς να κινητοποιήσεις κάποιον όταν δε στηρίζεσαι από κάποιον και δεν έχεις βοήθεια για να κινητοποιηθείς ο ίδιος. Οπότε λειτουργούμε κατά κάποιο τρόπο ως άσυλο και οι ασθενείς έχουν κατά κάποιο τρόπο ιδρυματοποιηθεί χωρίς να το ξέρουν ή με τη θέλησή τους δηλαδή υπάρχει μια νεοϊδρυματοποίηση με λιγότερα άτομα και καλύτερη ποιότητα ζωής. Έχουμε φτάσει στο τέλος».

Η Βιβή περιγράφει το πόσο εύκολο είναι για τους ασθενείς να οδηγηθούν στον ιδρυματισμό: «Πέρυσι μας είχαν στο νοσοκομείο τρεις φορές την εβδομάδα τώρα μας έχουν μια. Σήμερα είναι η συνάδελφος στο νοσοκομείο, αύριο είμαι εγώ, πηγαίνουμε και ράβουμε, συντηρούμε τον ρουχισμό του νοσοκομείου. Πέρυσι, ράβαμε σεντόνια και ήμασταν τρεις μέρες εκεί και μόνο δύο μέρες εδώ και έτσι πιάναν τα κρεβάτια και δε μπορούσαμε να τους σηκώσουμε και τότε, ναι, έγινε η ασυλοποίηση. Δεν έχουμε τι να κάνουμε και καθόμαστε στο κρεβάτι όλη μέρα. Μόλις, τελειώσουμε τις δουλειές, πάμε στο κρεβάτι και εκεί ήταν πάρα πολύ δύσκολο να τους ξανασηκώσουμε να τους καταφέρουμε να μπουν πάλι σε ένα ρυθμό. Χωρίς τα εργαστήρια οδηγούνται στην εγκατάλειψη γιατί αυτό είναι ένα ενδιαφέρον, είναι δημιουργικό, ανεβαίνει η αυτοεκτίμηση κάνουν και τις εκθέσεις με αυτά και γενικώς κάτι κάνουν, απασχολούν το μυαλό τους και δεν πηγαίνουν στο κρεβάτι γιατί λίγο πολύ, όλοι οι ψυχικά ασθενείς έχουν την τάση να εγκαταλείπουν, να κλείνονται στον εαυτό τους». Η Νέλλη αναφέρεται στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του νεοϊδρυματισμού μέσω των Κοι.Σ.Π.Ε.: «Κάποιοι από τους ασθενείς θα μπορούσαν να μείνουν μόνοι τους να αυτονομηθούν αν έχουν την κατάλληλη υποστήριξη από πίσω, θα μπορούσαν. Το κράτος δε βοηθά όμως για να γίνει αυτό, τα εργαστήρια το αμέσως επόμενο βήμα ήταν να γίνουν οι Κοι.Σ.Π.Ε. Εδώ στο Αγρίνιο δεν υπάρχει όμως και δεν έγινε καμία προσπάθεια να γίνει και σε αυτό πιστεύω ότι φταίει το νοσοκομείο που έχει αναλάβει τους ξενώνες. Αρχικά υπαγόμασταν στο ψυχιατρείο της Τρίπολης από όπου ήρθαν οι ασθενείς μας, αλλά μετά όμως ενταχθήκαμε στο εκάστοτε νοσοκομείο. Ναι, φταίει το νοσοκομείο από τη στιγμή που το κράτος δίνει κάποια κονδύλια και το νοσοκομείο δεν προσπαθεί να κάνει κάτι και έχει επαναπαυθεί στο ότι υπάρχουν μόνο δύο ξενώνες. Ενώ, πρέπει να κάνει το επόμενο βήμα οι Κοι.Σ.Π.Ε δηλαδή αυτά που κάνουν στα εργαστήρια τα κορίτσια πρέπει να γίνει ένα

μαγαζί έξω να πουληθούν να δουλέψουν αυτά τα άτομα το οποίο δεν έχει γίνει, στα μεγάλα ψυχιατρεία βέβαια υπάρχουν. Αν υπήρχαν θα βοηθούσε πολύ στην επανένταξη κάποιων ατόμων, υπάρχουν τρία άτομα τα οποία νομίζω, ότι θα μπορούσαν να έχουν μια μερική απασχόληση, να παίρνουν τα χρήματα τους, να βγουν έξω ώστε να μην είναι μόνο εδώ και εξαρτημένοι από εμάς».

Ακόμη, ο κίνδυνος ιδρυματισμού στις κοινοτικές δομές δεν αφορά μόνο τους ενοίκους, αλλά και το ίδιο το προσωπικό που εργάζεται σε αυτές. (Μαδιανός, 2005: 478) Η Ευτέρπη αναφέρεται και στην πιθανότητα ιδρυματοποίησης του προσωπικού: «Φυσικό και επόμενο είναι να ιδρυματοποιηθούμε το προσωπικό αν δεν αλλάξουν τα πράγματα και αυτό έχει να κάνει με τη προσωπικότητα των ανθρώπων που δουλεύουν σε αυτούς τους χώρους. Κατά πόσο θα θέλει να ασχοληθεί με την ποιότητα της ζωής των ασθενών που είναι στον ξενώνα αλλά και για τη δική του που εργάζεται σ' αυτόν το χώρο και επειδή είμαι αισιόδοξη θέλω να πιστεύω ότι θα αλλάξουν τα πράγματα, τουλάχιστον, εγώ δε θα το αφήσω».

3.1.5. Η αίσθηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού

Όσον αφορά το στίγμα που αισθάνεται το προσωπικό και οι ασθενείς και τον αποκλεισμό τους, η Βιβή αναφέρει: «Οι Αργινιώτες μπορούν να καταλάβουν την ψυχική ασθένεια, αλλά οι περισσότεροι δεν είναι ενημερωμένοι γιατί ακόμη δε μας γνωρίζουν. Αν και τόσα χρόνια, πολλοί δεν ξέρουν ότι υπάρχει ξενώνας. Τώρα σιγά σιγά αρχίζει να μαθαίνεται. Ναι, το στίγμα υπάρχει, είμαστε κλειστή σαν κοινωνία. Το Αργίνιο είναι μικρή κοινωνία, υπάρχει, δε μπορεί να μην υπάρχει, εδώ υπάρχει σε πιο μεγάλες κοινωνίες. Υπάρχει αλλά σιγά σιγά θα γίνει αποδεκτό γιατί δυστυχώς είναι πολλά τα κρούσματα και στα σπίτια πχ η κατάθλιψη μπορεί να υπάρχει στα σπίτια να μην είναι γνωστό, αλλά υπάρχουν πολλά προβλήματα τα τελευταία χρόνια, οπότε γίνεται αποδεκτό σιγά σιγά». Η Μαρία περιγράφει την έκφραση του στίγματος ως προς το επάγγελμά της αλλά και τον αποκλεισμό που δέχονται οι ασθενείς: «Υπάρχει το στίγμα δηλαδή όταν αναφερόμουν στη δουλειά ή με ρωτούσαν και τους έλεγα για τον ξενώνα αρκετοί μου απαντούσαν: «Α! δηλαδή εκεί με τους τρελούς; Πως τα πας; Δηλαδή θα κολλήσεις και εσύ;» Άσχημο για αυτούς που το λέγανε., Εμένα δε με επηρέαζε, είναι άσχημο σκεπτικό. Δυστυχώς πιστεύω, ότι οι περισσότεροι στην Ελλάδα ή σε άλλες χώρες όπου η παιδεία δεν κάνει και πολλά πράγματα όσον αφορά την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων δεν υπάρχει κάτι που να ενημερώνονται και να ευαισθητοποιούνται και αυτό έγκειται τελικά στο χαρακτήρα του κάθε ατόμου κατά πόσο είναι ευαισθητοποιημένος και θα το ψάξει ή

σε κάποιες συγκυρίες που θα τύχουν στη ζωή του και θα δει ότι δεν είναι έτσι όπως το ακούει. Σίγουρα, έξω βλέπουν τους ασθενείς σαν πολίτες δεύτερης κατηγορίας και ειδικά όταν πάνε για να εξυπηρετηθούν σε δημόσιες υπηρεσίες. Εδώ έτσι, συμπεριφέρονται σε εμάς πόσο μάλλον σε αυτούς». Η γνώμη του γιατρού: «Το στίγμα μεταφέρεται και στην οικογένεια και στη γενιά και στους δίπλα μέχρι και στους γείτονες μεταφέρεται, φοβούνται μην κολλήσουν τη σχιζοφρένεια». Από τη άλλη πλευρά η Νίκη και η Ευτέρπη προσθέτουν: «Δεν είχα νιώσει ποτέ στίγμα που δουλεύω εδώ. Όλοι με ρωτούσαν πως είναι εδώ και αν αντέχω που δουλεύω σε ένα τέτοιο περιβάλλον. Κάποιοι μου έλεγαν: «Που θα πας; Είναι δύσκολο». Στην αρχή βέβαια δεν ήξερα που θα πάω για δουλειά. Ξέρεις, όλοι θέλουνε να δουλεύουν όχι μόνο τώρα και πριν και δεν ξέρανε εδώ το χώρο πώς είναι το περιβάλλον, αλλά δεν ξέραμε και εμείς. Δεν θα έλεγα ότι έχω νιώσει στίγμα όσον αφορά τη δουλειά μου γιατί κανείς δεν ήξερε τι είναι ο ξενώνας και όταν τους εξηγώ μου λένε: «Όλοι για εκεί είμαστε!» Αυτό μου απαντούν και μια θέση για αυτούς. Λόγω και της κρίσης τώρα γιατί είναι πολλά πληρωμένα εδώ μέσα».

3.1.6. Οι συνθήκες και ο τρόπος λειτουργίας του ξενώνα Ίριδα

Τα άτομα που αποτελούν το προσωπικό του ξενώνα Ίριδα αυτή τη στιγμή είναι μια νοσηλεύτρια Τεχνολογικής εκπαίδευσης που είναι και η υπεύθυνη της δομής και εργάζεται στη συγκεκριμένη δομή από το 2009 καθώς προηγουμένως εργαζόταν στον ξενώνα Αργώ, δύο νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που εργάζονται στον ξενώνα από την αρχή της λειτουργίας του, μια νοσηλεύτρια που άρχισε να δουλεύει στον ξενώνα το 2009, ενώ τα προηγούμενα δεκαπέντε χρόνια εργαζόταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο της Αθήνας και μια εκπαιδύτρια κοπτικής ραπτικής Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επιστημονικά υπεύθυνος και σε αυτή τη δομή είναι ο ίδιος ψυχίατρος.

Σύμφωνα με τις νοσηλεύτριες που βρίσκονται στον ξενώνα από την αρχή μέχρι σήμερα ο τρόπος και οι συνθήκες λειτουργίας της δομής, πέρασαν από διάφορα στάδια. Η Μελίνα εξηγεί: « Δουλεύω στον ξενώνα από τότε που ξεκίνησε το 2000 που έγινε η πρόσληψη. Μας έκαναν τρεις μήνες εκπαίδευση στην Αθήνα στο ΕΠΙΨΥ, αλλά μας έκαναν πολλή θεωρία, πολύ επιστημονικά. Εγώ όταν έκανα την αίτηση μέχρι να γίνει η πρόσληψη, μου είχε έρθει η απάντηση από μια σύμβαση για το Δαφνί. Πήγα στο Δαφνί ήταν ένα πρόγραμμα για την καταπολέμηση της ανεργίας, ένα πρόγραμμα πριν το «Ψυχαργώ» και δούλεψα με σύμβαση για ένα χρόνο εκεί, αλλά λόγω του σεισμού, είχα πάει σε ένα οικοτροφείο. Μετά όταν ξεκινήσαμε και είδα τι μας έκαναν στην εκπαίδευση που ήταν θεωρία, ήξερα ότι αυτά που μας έλεγαν, δεν είχαν καμία σχέση με αυτά που θα

αντιμετωπίσουμε γιατί είχα δουλέψει ένα χρόνο στο οικοτροφείο και δεν είχαν καμία σχέση με αυτά που μας έλεγαν και αυτά που κάνανε οι καθηγητές Πανεπιστημίου και ούτε και το επίπεδό μας ήταν τόσο υψηλό. Οι θέσεις μας είναι αορίστου χρόνου Ιδιωτικού Δικαίου. Αρχικά ήταν για ένα χρόνο, μετά ανανεώθηκε και έγινε αορίστου, δεν είμαστε μόνιμοι». Η Γιώτα προσθέτει: «Δεκατέσσερα χρόνια δουλεύω εδώ από τότε που ξεκίνησε ο ξενώνας πρώτα απασχολούμασταν στο νοσοκομείο μέχρι να ανοίξουν οι ξενώνες, γνώριζα ότι η πρόσληψη ήταν για τον ξενώνα. Εκπαίδευση είχαμε κάνει στην Αθήνα ΨΝΑ. Ήταν δύσκολα εκεί, ήταν βαριά τα περιστατικά, δεν είχε καμία σχέση το ψυχιατρείο με τους ξενώνες που είναι για την αποασυλοποίηση».

Σε σχέση με τους ασθενείς που εισήλθαν στη δομή ο γιατρός αναφέρει: «Έγινε η επιλογή των ασθενών από τους γιατρούς εκεί στα ψυχιατρεία που έκριναν ποιοι είναι κατάλληλοι για να μπουν στη δομή. Βέβαια αυτά αν δεν τα βάλεις στην πράξη δεν καταλαβαίνεις, απόλυτα, πως είναι. Ένας δύο που αποδείχτηκε στην πράξη ότι δε μπορούσαν, επέστρεψαν στα ψυχιατρεία, αλλά η συντριπτική πλειοψηφία φάνηκε ότι ήταν έτοιμοι περισσότερο ήταν ο φόβος μας ότι δε θα είναι παρά οι ίδιοι». Η Μελίνα περιγράφει την πρώτη επαφή με τους ασθενείς: «Όταν ήρθαν οι ασθενείς ήταν φοβισμένοι γιατί εκεί ήταν σίγουροι τόσα χρόνια και αυτοί ήταν φοβισμένοι, αλλά και εμείς δεν ξέραμε πως να τους αντιμετωπίσουμε, πως να τους φερθούμε, τι είναι σωστό και τι δεν είναι. Είχαμε διάφορες ηλικίες, διαφορετικές ασθένειες και δεν ξέραμε πολλά πράγματα γιατί στην εκπαίδευση δεν τα είδαμε αυτά. Είχαμε υποτροπές δηλαδή άτομα ήρθαν με το λεωφορείο γιατί με το λεωφορείο ήρθαν. Τους έφεραν κάποιοι ψυχίατροι από την Αθήνα και κοινωνικοί λειτουργοί και την επόμενη μέρα όπως φύγανε, τους ξαναπήραν γιατί ήταν ανήσυχτοι και φαίνονταν από την πρώτη μέρα ότι δε θα μπορούσαν να προσαρμοστούν. Οι ηλικίες που ήρθαν τότε, ήταν κατάλληλες για ξενώνα μετά μπήκαν και από την κοινότητα πάρα πολλοί. Στην αρχή εγώ φοβόμουν πάρα πολύ, προσπαθούσα να μην το δείχνω. Είχαμε κάποια κρούσματα τρανταχτά όπως μια κυρία που ήρθε εδώ όχι επειδή ήταν εδώ ο τόπος της ή για να είναι κοντά στον τόπο της, αλλά επειδή ήταν φίλη της Ρένας και για να έρθει η Ρένα πήρε και τη φίλη της μαζί. Αυτή η συγκεκριμένη δεν έπαιρνε τα φάρμακα για μεγάλο διάστημα, αλλά εμείς δεν ξέραμε πως να το αντιμετωπίσουμε και μια μέρα ήμουν με μια άλλη συνάδελφο βάρδια και της είπαμε ότι την έχουμε δει να πετάει τα φάρμακα και αυτή αφού ήταν αρκετό διάστημα χωρίς φάρμακα, έκανε μια έκρηξη και μου όρμησε αλλά δεν πρόλαβε να με χτυπήσει γιατί ένας άλλος ασθενής παρενέβη και γλίτωσα. Υπήρχαν και άλλα περιστατικά τότε στην αρχή που οι ασθενείς ήταν σε υποτροπή. Τώρα δεν έχουμε τέτοια γιατί οι ασθενείς παίρνουν τα

φάρμακά τους, αλλά και ασθενείς μεταξύ τους να έρθουν σε ρήξη σε αυτές τις περιπτώσεις, μπαίνεις να κάνεις το μεσάζοντα. Εγώ σε μια περίπτωση που τσακώθηκαν δύο ασθενείς άνδρες και ο ένας πήγε στην κουζίνα και πήρε ένα μαχαίρι και καλά για να χτυπήσει τον άλλο, αλλά του είχα εμπιστοσύνη, ότι δε θα έκανε κακό σε μένα ούτε στον άλλο, αλλά τα νεύρα του εκείνη τη στιγμή δε μπορούσε να τα ελέγξει και μπήκα μπροστά. Δεν ξέρω αν θα του έκανε κακό, είχαν κυλιστεί κάτω, είχαν γδαρθεί. Δε μπορούσα να παραμείνω άπραγη πες ότι μια στις εκατό του όρμαγε με το μαχαίρι, δε θα τον σκότωνε; Δε μπορούσα να το αφήσω να γίνει και μπήκα μπροστά και μου έλεγε: «Φύγε!, Φύγε!» και τελικά ηρεμήσανε. Δεν ξέρω, αλλά κάτι μου έλεγε εκείνη τη στιγμή ότι αν έμπαινα μπροστά δε θα έκανε τίποτα και έτσι έγινε, άλλες τέτοιες δύσκολες τόσο στιγμές δεν υπήρξαν και μάλιστα αυτός ο ασθενής πήρε εξιτήριο τότε».

Το δοκίμιο στην κριτική του ψυχιατρικού νοσοκομείου του Goffman, Άσυλα (1961), έχει τον τίτλο «Μερικές σημειώσεις πάνω στις αντιξοότητες των τεχνών πρόχειρης επιδιόρθωσης». Ο Goffman αναλύει το ψυχιατρικό νοσοκομείο και το ιατρικό μοντέλο θεραπείας σαν να ήταν μια βιομηχανία παροχής υπηρεσιών, προσανατολισμένη στην επισκευή των ελαττωματικών μελών της κοινωνίας (τους ψυχιατρικούς ασθενείς). (Pilgrim, Rogers, 2004: 239) Με παρόμοιο τρόπο τα άτομα του προσωπικού της δομής περιγράφουν τους ασθενείς κατά την πρώτη τους επαφή με τη δομή. Η Γιώτα περιγράφει: «Όταν ήρθαν από τα ψυχιατρεία στην αρχή, δε σου κρύβω ότι ήταν πάρα πολύ δύσκολο, απογοητευτήκαμε! Δεν ήξεραν να βγουν στο δρόμο να περπατήσουν, δεν ήξεραν να μιλήσουν, δε μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τα πιρούνια να φάνε, παίρνανε να φάνε το ψωμί σε σημείο να πιγούν, τους λέγαμε πως να βάλουν στο πλυντήριο τα ρούχα και λέγανε: «Αποκλείεται! Δε μπορώ εγώ να το κάνω αυτό!» και κάθε μέρα με υπομονή τους δείχναμε. Τώρα τους βλέπεις μόνοι τους πηγαίνουν βόλτα για καφέ, μπορούμε να πάμε έξω να κάνουμε ένα τραπέζι, μπορούμε να σταθούμε σε μια κοινωνική εκδήλωση, μπορούμε να κάνουμε πολλά πράγματα και να γινόμαστε αποδεκτοί χωρίς να δημιουργούμε παρατράγουδα. Τώρα αυτοεξυπηρετούνται μπορούν να κάνουν όλες τις δουλειές και δουλέψαμε πάρα πολύ για να είναι τώρα σε αυτή την κατάσταση».

Τα τόσα χρόνια της ζωής στο ίδρυμα όπου κάθε προσωπική ανάγκη των ασθενών εξυπηρετούνταν από το προσωπικό του ψυχιατρείου δημιούργησε μια στάση και συνήθεια παθητικότητας που ήταν πολύ δύσκολο να αλλάξει. (Blue, 1999: 145) «Υπήρχαν άτομα που τους κακοφάνηκε στην αρχή και δε θέλανε να κάνουν δουλειές, τους κλέβανε εντωμεταξύ στα ψυχιατρεία και όταν ήρθαν κλειδώνανε τις ντουλάπες. Τους εξηγήσαμε, ότι εδώ ο καθένας έχει το χώρο του, τη ντουλάπα του και ότι δε

χρειάζεται να κλειδώνουν γιατί δεν πρόκειται να τους κλέψει κανείς. Τους πήρε χρόνια μέχρι να το καταλάβουν και να συνηθίσουν. Είχαν συνεχώς το φόβο ότι θα τους κλέψει κάποιος και όταν βγάζαμε πρόγραμμα ποιος θα κάνει δουλειές όπως να στρώσει το μεσημέρι το τραπέζι, τους φαινόταν βουνό. Μας έλεγαν ότι στα ψυχιατρεία αυτά τους τα είχαν έτοιμα και στο εργαστήριο τα κορίτσια είχαν δυσκολευτεί, αλλά μετά μπήκαν σε σειρά και τους άρεσε, είχαν ένα πρόγραμμα. Οι ασθενείς μας είχαν νοσηλευτεί στο Δαφνί. Όταν είχαν έρθει, ήταν ηλικίες πάνω των εξήντα, αλλά οι πιο πολλοί ήταν κάτω των εξήντα. Οι ασθενείς που έχουμε οι πιο πολλοί είναι από τότε που άνοιξε ο ξενώνας».

Αναπόφευκτες είναι οι αλληλοεπικαλύψεις και οι «διαφωνίες» των μελών κατά τη λειτουργία της ομάδας, που πρέπει να ξεπερνιούνται και να παίρνουν εποικοδομητικό χαρακτήρα. Οι θεραπευτικές ομάδες «χτίζονται» δε «γεννιούνται». (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2005: 554) Οι δυσκολίες στη συνεργασία των ατόμων του προσωπικού στην αρχή της λειτουργίας του ξενώνα ήταν δεδομένες εξαιτίας της διαφορετικής αντίληψης στο χειρισμό των καταστάσεων αλλά και στην εγκατάλειψη των θέσεων τους με αποτέλεσμα τη δημιουργία έλλειψης προσωπικού στη δομή. Η Μελίνα περιγράφει: «Στην αρχή δεν υπήρχε ούτε καθηκοντολόγιο ούτε πλαίσιο, ήταν και στην καλή θέληση του καθενός γιατί κάποια πράγματα ήταν και πέρα από την ειδικότητά μας να τα κάνουμε άρα έπρεπε να έχεις τη θέληση και την όρεξη. Δε μπορώ να πω ότι στην αρχή ήταν και τέλεια η συνεργασία γιατί ήμασταν και πολλά άτομα και όσο πιο πολλοί τόσο πιο πολλές δυσκολίες, διαφορετικοί χαρακτήρες, διαφορετικές ηλικίες, ήμασταν άπειροι και δίναμε σημασία σε λεπτομέρειες. Από το προσωπικό που ξεκινήσαμε, ήμαστε μόνο δύο άτομα, άλλοι φύγανε και πήγαν στην εκπαίδευση, άλλοι πήγανε στο νοσοκομείο και κάναμε λάθη πολλά και αυτό περνούσε και στους ασθενείς το περνούσαμε, αλλά όπως και τώρα αυτό το αντιμετωπίζουν πολύ ώριμα, δεν έχει προκύψει κάτι. Νομίζω ότι το προσωπικό που είναι το άλφα και το ωμέγα θα έπρεπε να είναι επαρκές δηλαδή από τη στιγμή που έφευγε κάποιος, θα έπρεπε να αναπληρώνεται γιατί αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει ούτε προσωπικό ούτε οι ασθενείς έχουν ανανεωθεί. Θα μπορούσε το προσωπικό να είναι πλήρες, αλλά οι θέσεις μας είναι προσωποπαγείς και με το που έφευγε κάποιος, έπαυε και η θέση του. Κάποια στιγμή είχαμε μείνει δύο νοσηλεύτριες, ο υποχρεωτικής εκπαίδευσης γενικών καθηκόντων και η γεωπόνος του εργαστηρίου δηλαδή τέσσερα άτομα και δουλέψαμε έτσι τον ξενώνα για τρία, τέσσερα χρόνια, δε μπορούσαμε να ανταπεξέλθουμε ούτε στις βάρδιες. Υπήρξαν διαστήματα που συνεννοούμασταν με ραβασάκια ο πρωινός με τον απογευματινό ή στην αλλαγή βάρδιας λέγαμε τι έγινε το πρωί και τι έμεινε για το απόγευμα. Δε βρισκόμασταν να συζητήσουμε για τους ασθενείς

τι είδε ο ένας, τι είδε ο άλλος ή τι έπρεπε να κάνουμε, αλλά εντάζει τα βγάλαμε πέρα. Οι νοσηλεύτριες που ήρθαν μετά, τις έστειλε το νοσοκομείο, ο ψυχίατρος για μεγάλο διάστημα ζητούσε προσωπικό από το νοσοκομείο και έτσι δε μπορέσανε και οι ασθενείς να ανανεωθούν να έρθουν καινούριοι. Ήταν ένας λόγος που δεν ήρθαν και άλλοι ασθενείς μετά». Η Γιώτα προσθέτει: «Όταν ξεκινήσαμε είχαμε εργαστήριο και ασχολούνταν οι ασθενείς με τον κήπο έξω. Έφτιαχναν διάφορα κηπευτικά, έχει έξι χρόνια που σταμάτησε το εργαστήριο γιατί το νοσοκομείο πήρε το προσωπικό που υπήρχε και δεν είχαμε άτομα. Στην αρχή είχαμε ξεκινήσει με έντεκα άτομα προσωπικό και τώρα μείναμε πέντε άτομα. Το ωράριο είναι εφτά με τρεις και τρεις με δέκα και μισή. Τα Σαββατοκύριακα έχει μόνο πρωινή βάρδια». Η Σούλα αναφέρει ότι το βράδυ που δεν καλύπτεται βάρδια στη δομή έχει προκύψει δυσκολία καθώς: «Έχει τύχει ασθενής να μας τηλεφωνήσει το βράδυ για να μας πει ότι δεν είναι καλά κάποιος και να έρθουμε το βράδυ. Μου έχει τύχει και έχω έρθει βράδυ και πήγαμε στο νοσοκομείο».

Επίσης, η σχέση των επαγγελματιών με τους ενοίκους δεν επηρεάζεται από την κούραση και τη μείωση μισθού εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Η Πέπη περιγράφει: «Σε γενικές γραμμές η κρίση επηρεάζει, αλλά εδώ εγώ δεν το έχω δει και αυτό λέω και με τις άλλες συναδέλφους μιας και ηγούμαι αυτής της ομάδας. Δε με υποχρεώνει να έρθω κανένας εκτός βάρδιας το απόγευμα να δω τι κάνουν. Αν αφήσω έναν ασθενή το πρωί, ο οποίος δεν είναι καλά π.χ. έχει πίεση θα δεις το προσωπικό θα έρθει και το απόγευμα να δει τι κάνει. Δεν το υποχρεώνει να το κάνει κανένας, μπορεί να έρθουμε εκτός βάρδιας και να τον πάμε στην εκκλησία επειδή το ζήτησε ο ασθενής, οτιδήποτε χρειαστεί και εκτός βάρδιας, εντάζει δένεσαι με τους ανθρώπους».

Οι δομές είναι προσανατολισμένες στις ανάγκες των ίδιων ψυχικά πασχόντων, ενθαρρύνουν την αυτονομία και την προσωπική επιλογή μέσα σε ένα πλαίσιο ρεαλιστικών προσδοκιών από την πλευρά του προσωπικού. Έχουν θεραπευτικό προσανατολισμό δίνοντας ιδιαίτερα έμφαση στην ποιότητα αλληλεπιδράσεων μεταξύ προσωπικού και πασχόντων. (Ζήση, 2002: 137) Η Πέπη περιγράφει τη συνεργασία που υπάρχει μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών στη δομή: «Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θεωρούν τον ξενώνα σπίτι τους, το λένε και φαίνεται γιατί είναι σπίτι τους. Εμείς έχουμε μια πολύ διακριτική παρουσία θα έλεγα και κάνουμε τη δουλειά μας πολύ αθόρυβα. Ό,τι πρέπει να τους περάσουμε θα το περάσουμε με τρόπο, με ηρεμία, με καλοσύνη, με διάλογο. Έτσι, πρέπει να είναι ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Πιστεύω, ότι θεωρούν τον ξενώνα οικογένειά τους και αυτό είναι κάτι που αποκτιέται σιγά σιγά και χτίζεται. Είναι αναγκαία και η οριοθέτηση οφείλει να έχει κάποιους

κανονισμούς για να μπορούμε να λειτουργήσουμε. Όπως και στην οικογένειά μας δε μπορεί να κάνει ο καθένας ό,τι θέλει. Απαγορεύονται κάποια πράγματα το βρίσιμο, να χτυπάει ο ένας τον άλλο έτσι και εδώ όχι κάτι διαφορετικό. Οτιδήποτε θελήσαμε να περάσουμε να οριοθετήσουμε, να βάλουμε κανόνα, μπορώ να πω ότι είχε πολύ πολύ καλό αποτέλεσμα, το δεχόταν οι άνθρωποι γιατί πιστεύω, ότι ήξεραν ότι είναι για το καλό τους. Η οριοθέτηση γίνεται όπως και στην οικογένειά μας π.χ. εδώ πριν δύο, τρία χρόνια κάπνιζαν και δε μπορούσες να αναπνεύσεις. Είναι ενιαίος ο χώρος, που περνώντας είχες αναπνευστικό πρόβλημα και προσπάθησα να το αλλάξω. Κάναμε μια ομάδα και τους είπα ότι δεν είναι άδικο άτομα τα οποία δεν καπνίζουν γιατί πραγματικά ήταν άτομα τα οποία δεν κάπνιζαν να δέχονται όλο αυτόν τον καπνό, να γίνονται παθητικοί καπνιστές ακόμα και εγώ που δεν καπνίζω για ποιο λόγο όλη αυτή η νικοτίνη; Τους ζήτησα αν θέλουν να κάνουμε ένα δωμάτιο που να το ονομάσουμε καπνιστήριο και να πηγαίνουν εκεί και μου είπαν ναι. Να σου πω την αλήθεια και εγώ στην αρχή δεν το πίστευα, αλλά μάθανε και δεν καπνίζουν στο χώρο και έχουν κάποιο ειδικό δωμάτιο. Είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα γιατί ο ψυχικά ασθενής είναι συνυφασμένος με το τσιγάρο και πραγματικά το καταφέραμε όμως πρέπει να βοηθήσουμε κάποιον δηλαδή όταν δούμε κάποιον όχι με την έννοια τι κάνεις εκεί; Αλλά το ξέχασες, πρέπει να πάς από εκεί να καπνίσεις και μέσα σε μια εβδομάδα το είχαμε καταφέρει. Θεωρώ ότι ήταν από τα πολύ καλά επιτεύγματα που είχαμε εδώ δηλαδή εύκολα όπως οριοθετείς τα μικρά παιδιά, αρκεί με τρόπο. Όσον αφορά την ατομική τους υγιεινή, δε θέλουν να κάνουν μπάνιο και είναι πάρα πολύ δύσκολο αυτό το κομμάτι της δουλειάς μας. Αυτό που κάνουμε είναι να τους λέμε να κάνουν μπάνιο για την ατομική μας υγιεινή, να βγαίνουμε έξω να μη μυρίζουμε, να γινόμαστε αποδεκτοί από τους άλλους γιατί πάνω από όλα είναι η εμφάνισή μας γιατί τους λέμε αν είναι βρώμικοι δε θα τους πλησιάσει κανένας και από όλους τους ασθενείς μας μόνο μια ασθενής θα κάνει μπάνιο, οι υπόλοιποι με παρότρυνση δική μας. Δεν κάνουν μπάνιο και είναι ένα στοιχείο της ψύχωσης της παραίτησης, μας έχει πει ο γιατρός. Δεν το δέχονται, σου λένε μια χαρά είμαι, τι έχω; ή να φτάσεις και στο αντίθετο δηλαδή να είναι ένας άνθρωπος ο οποίος να είναι ψυχαναγκαστικός και να πλένεται συνέχεια, ποσοστό ελάχιστο. Το 90% παραμελούν τον εαυτό τους, δε νοιάζονται. Πρέπει να τους πούμε εμείς ότι πρέπει να κάνουν μπάνιο, ότι πρέπει να ξυριστούν. Η δουλειά μας είναι μια συνεχής εκπαίδευση όπως έχεις ένα μικρό παιδάκι και θα το πεις και θα το ξαναπεις συνέχεια. Επαναλαμβάνουμε, όπως θα κάνεις μπάνιο, δε θα μιλάτε άσχημα συνέχεια, συνέχεια. Όταν τσακωθούν, θα το κάνουν για χαζοπράγματα γιατί άνοιξες το παράθυρο κλειστό ή τι θα δουν στην τηλεόραση όπως σε μια οικογένεια και η παρουσία

μας είναι πολύ διακριτική αν δούμε ότι ανεβαίνει ο τόνος της φωνής τότε μόνο θα επέμβουμε και εντάζει τα βρίσκουν μεταξύ τους γιατί εμείς φεύγουμε και όλες τις ώρες είναι μαζί». Η Γιώτα προσθέτει: «Με αυτά τα άτομα πρέπει να είσαι από πάνω τους, να έχεις πολύ υπομονή, αγάπη για να τους προσφέρεις γιατί συνεχώς επαναλαμβάνουν τα ίδια πράγματα. Δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον για να τους στηρίζει και στηρίζονται σε εμάς. Πρέπει να έχεις υπομονή και αγάπη για να μπορείς να κάνεις αυτή τη δουλειά, μπορεί να φαίνεται εύκολη, αλλά είναι πολύ δύσκολη δουλειά».

Στις αρχές λειτουργίας της δομής η λήψη των ψυχοφαρμάκων αποτελούσε μια από τις δυσκολίες των επαγγελματιών στη συνεργασία τους με τους ενοίκους. Η Γιώτα εξηγεί: «Τώρα πια τα ψυχοφάρμακα τα παίρνουν όλοι. Στην αρχή, κάνανε διάφορα δηλαδή έπαιρναν το φάρμακο το έβαζαν κάτω από τη γλώσσα και το έφτυναν και αυτή ήταν η δουλειά μας τότε που έπρεπε να τα προσέξουμε όλα αυτά και έτσι προσπαθήσαμε με ωραίο τρόπο να τους πείσουμε να παίρνουν τα φάρμακά τους, αλλά αν βλέπαμε ότι συνεχίζουν να είναι αρνητικοί, ενημερώναμε το γιατρό και από εκεί και πέρα ήταν δική του δουλειά». Η γνώμη της Σούλας σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών της δομής σε σύγκριση με τα ψυχιατρεία: «Στον ξενώνα είναι καλύτερα σε σχέση με την κλινική στο να διαχειριστείς καταστάσεις. Εκεί ήταν δύσκολα περιστατικά πολύ βαριά με εισαγωγικά. Τις περισσότερες φορές ο ασθενής καθλώνεται δηλαδή δένεται και κατά διαστήματα γίνονταν και ηλεκτροσόκ ακόμη και στις μέρες μας. Εδώ είναι καλά, είναι διαφορετικά γιατί είναι χρόνια περιστατικά έχουν μπει σε ένα ρυθμό παίρνουν τα φάρμακά τους. Βέβαια μπορεί να υπάρξει κάποια στιγμή κάποια υποτροπή, έχουμε νοσηλέψει κατά διαστήματα, μπορεί να πάει κάποιος ασθενής να νοσηλευτεί σε κάποια ψυχιατρική κλινική και θα επιστρέψει στον ξενώνα». (σύνδρομο περιστρεφόμενης πόρτας) Η Πέπη περιγράφει τον τρόπο που οι ένοικοι αντιδρούν στην λήψη των ψυχοφαρμάκων: «Σε μια υποτροπή ο ασθενής θα φτάσει να φτύσει τα φάρμακα στο μπάνιο, αλλά σε γενικές γραμμές τα παίρνουν όλοι και μάλιστα τώρα με τα γεννόσημα που αλλάζει η ονομασία, σου λέει ο ασθενής: «Τι είναι αυτό; Δεν το έπαιρνα αυτό» και του λέμε είναι το ίδιο απλώς έχει αλλάξει όνομα. Τα ξέρουν και οι ίδιοι τι φάρμακα παίρνουν και τι ώρα θα τα πάρουν, ξέρουν τα πάντα σχετικά με τα φάρμακά τους γιατί ξέρουν ότι χωρίς αυτά δε μπορούν. Όταν οι ασθενείς υποτροπιάζουν το καταλαβαίνουμε γιατί είναι ανήσυχoi, επιθετικοί, απότομοι, θα τους μιλήσεις και θα σου απαντήσουν άσχημα. Αυτό το παρατηρείς και ενημερώνεις το γιατρό. Ένας έμπειρος τόσα χρόνια όπως εμείς, μπορεί να το καταλάβει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι υπόλοιποι ασθενείς είναι μαζεμένοι,

φοβισμένοι , έχουν αυτό το φόβο μην το πάθουν και αυτοί επηρεάζονται, έρχονται πολλά στο μυαλό τους, θυμούνται και τον εαυτό τους και έχουν αυτή τη φοβία».

Η Μελίνα περιγράφει τη συναισθηματική σχέση των επαγγελματιών με τους ενοίκους: «Έχει τύχει να μιλήσω απότομα για κάτι που έγινε ή για κάτι που με κούρασαν ή κάποιο πρόβλημα που το λένε και το ζαναλένε, τους το λες και δεν καταλαβαίνουν πως είναι, αλλά όχι επειδή έχω έρθει με νεύρα. Όταν δεν είμαστε καλά, οι ασθενείς μας καταλαβαίνουν και στεναχωριούνται. Μου έχει τύχει να έρθω στεναχωρημένη που είχε πεθάνει ένας ξαδερφός μου και πέρασε και σ'αυτούς η στεναχώρια, το καταλαβαίνουν ή αν είσαι χαρούμενος. Στο γάμο μου όταν παντρεύτηκα ήταν όλοι χαρούμενοι και δώρα μου κάνανε, τους κάλεσα να έρθουν κάποιοι δε μπορούσαν να έρθουν, αλλά κάποιοι είχαν έρθει ακόμη και στο τραπέζι». Η Σούλα προσθέτει: «Οι διαφωνίες μας με το προσωπικό λύνονται με τη συζήτηση σε χαμηλούς τόνους γιατί έχουμε να κάνουμε με ασθενείς, οι οποίοι εισπράττουν αμέσως την ένταση και τις διαφωνίες και πρέπει να το ρυθμίζουμε αυτό με πολλή ηρεμία». Από την άλλη πλευρά η Πέπη εξηγεί: «Βεβαίως και εμείς θα μιλήσουμε άσχημα στους ασθενείς, είμαστε και εμείς άνθρωποι, θα έρθουμε με τα προβλήματά μας και μάλιστα αυτό εξηγούσα πριν έρθεις σε μια ασθενή. Όμως όλο αυτό το μαζεύουμε για να μην ξεφεύγει. Καθημερινά έχουμε τέτοιου είδους προβλήματα και τα αντιμετωπίζουμε με διάλογο και δόξα το Θεό πάει καλά με το διάλογο, αποφορτιζόμαστε και βρίσκουμε τη λύση».

Μια καλά «χτισμένη» θεραπευτική ομάδα ξεπερνά ευκολότερα την «ψυχική κόπωση» των μελών της, που είναι ιδιαίτερα συχνή σε ομάδες τέτοιου τύπου. (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2005: 555) Η Πέπη εξηγεί: «Το *burn out* υπάρχει για λίγο αν συμβεί κάτι που μπορεί να με ταραξεί ή κάτι που μπορεί να μην έγινε όπως το ήθελα εγώ, αλλά για λίγο. Είναι έτσι οι άνθρωποι, το κλίμα της δουλειάς που δεν αισθάνομαι την κούραση του να μη μπορώ να προσφέρω και να θέλω να αλλάξω δουλειά ή δομή και μακάρι να μπορούσα να συνταξιοδοτηθώ από εδώ γιατί νιώθω ότι προσφέρω». Η Μελίνα περιγράφει τη δική της περίπτωση: «Μου έχει τύχει να αισθάνομαι κουρασμένη και να θέλω να εγκαταλείψω τη δουλειά, αλλά όχι λόγω ασθενών αλλά δικής μας κακής λειτουργίας. Είχα κουραστεί εδώ, ήθελα να πάω σε μια κλινική να δουλέψω. Ήξερα, ότι θα είχε σωματική κούραση, αλλά δε θα είχε ψυχική κούραση και δεν το έκανα τελικά γιατί πρόλαβαν οι άλλοι και έφυγαν. Πολλοί έφυγαν γιατί δεν άντεχαν άλλο, δημιουργήθηκαν κάποια προβλήματα, δε μπορούσαμε να συνεννοηθούμε όχι ότι είχε κάποιος κακή πρόθεση απλά διαφορετικοί χαρακτήρες, διαφορετικές ηλικίες».

Η σχέση των ενοίκων με το οικογενειακό τους περιβάλλον και η συμπαράστασή του προς τους ασθενείς κατά τη γνώμη του προσωπικού περιγράφεται ως εξής. Η Πέπη υποστηρίζει: «Ο ξενώνας ίσως είναι μια ανακούφιση για την οικογένεια γιατί δε μπορούν αυτοί οι άνθρωποι να μείνουν μέσα σε μια οικογένεια, είναι δύσκολο. Εδώ οι απόψεις είναι αντίθετες. Εγώ, όμως, θα έλεγα ότι δε γίνεται να έχεις ένα τέτοιο άνθρωπο μέσα στην οικογένεια γιατί νοσεί μετά όλη η οικογένεια. Εδώ είναι ιδιαίτερος ο χώρος. Εδώ εμείς θα κάνουμε τη δουλειά μας αφού, λοιπόν, υπάρχουν τέτοιοι χώροι γιατί να μη βρίσκονται εδώ που υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να τους εκπαιδεύουν που είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Υπάρχουν πολλά προβλήματα όπως να έχεις έναν άνθρωπο που δε μπορεί να σκουπιστεί, όταν πάει στην τουαλέτα. Είναι δύσκολο να τον έχεις στο σπίτι σου. Η οικογένεια παίζει ρόλο στη θεραπεία των ασθενών να έρχονται να τους βλέπουν, με αυτή την έννοια, να δείχνουν ενδιαφέρον όχι όμως να τους πάρουν στο σπίτι, δε θα ήταν σωστό. Εδώ οι συγγενείς των ασθενών εκτός από δυο, τρεις που θα έρθουν να τους δουν Χριστούγεννα, Πάσχα, οι υπόλοιποι δεν έρχονται. Όμως, να πάρουν ένα τηλέφωνο να δουν τι κάνουν ναι, αλλά να έρθουν επίσκεψη να τους δουν, τώρα όχι. Τους έχουν στην άκρη και οι ασθενείς το έχουν πάρει απόφαση. Τώρα βέβαια στις γιορτές το συζητάνε, λένε να ήμασταν στο σπίτι μας, αλλά μέχρι εκεί. Το ξεχνούν μετά γιατί όλα τα χρόνια τα πέρασαν στα ψυχιατρεία, δεν ήταν οι ασθενείς ποτέ μέσα στην οικογένεια. Εκτός από δύο τρεις που μεγάλωσαν σε οικογένεια, οι υπόλοιποι είναι από μικροί στα ψυχιατρεία». Η γνώμη της Μελίνας σε σχέση με την λειτουργικότητα των ενοίκων αυτή τη στιγμή είναι: «Πιστεύω ότι όλοι όσοι είναι στον ξενώνα τώρα θα μπορούσαν αν είχαν οικογενειακό περιβάλλον να ζήσουν εκτός ξενώνα γιατί δε θα ήταν πρόβλημα να ζήσουν με οικογένεια». Επίσης ο γιατρός αναφέρει την αίσθηση του στίγματος που αισθάνεται η οικογένεια σε σχέση με το άρρωστο μέλος της : «Οι πιο πολλοί δεν έχουν ενημέρωση και στους ξενώνες είχαμε οικογένειες που τους είχαν δηλώσει πεθαμένους και όταν κάναμε προσπάθειες να τους πάμε στο χωριό, οι δικοί τους έπαθαν πανικό γιατί σου λέει: «Πως θα γυρίσει τώρα ο μπάρμπα, που είχαμε πει ότι τριάντα χρόνια πριν, είχε πεθάνει».

3.1.7. Το καθημερινό πρόγραμμα και η ποιότητα της χωροταξικής μετεγκατάστασης

Το λειτουργικό προφίλ των ενοίκων είναι εκείνο που προσδιορίζει σημαντικά συγκεκριμένα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά, όπως επίπεδα εποπτείας, βαθμό οργάνωσης και δομή στη λειτουργία του καθημερινού προγράμματος. Οι κοινοτικές

δομές των οποίων η περιθαλψη απευθύνεται σε άτομα με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες είναι αυτονόητο ότι θα εφαρμόζουν λιγότερο φιλελεύθερες πρακτικές στη διαχείριση. (Ζήση, 2002: 163) Η Μελίνα περιγράφει το καθημερινό πρόγραμμα των ασθενών στη δομή που περισσότερο μοιάζει με αυτό του οικοτροφείου: «Έχουν ανάγκη από πρόγραμμα αυτοί οι ασθενείς. Λόγω ηλικίας εδώ και λίγα χρόνια τους έχουμε αφήσει λίγο, δεν έχουμε αυστηρό πρόγραμμα δηλαδή δε θα ξυπνήσουν οχτώ ή οχτώ και μισή. Θα τους αφήσουμε, εννέα και εννέα και μισή παίρνουν τα φάρμακα. Δεν έχουν εργαστήρι. Αν κάποιος μπορεί, θα πάει κάπου μέχρι το μεσημέρι. Έχουμε πολλούς γιατρούς παθολόγους, καρδιολόγους. Το μεσημέρι θα φάνε το φαγητό που είναι προσαρμοσμένο στον κάθε ασθενή, είναι ευχαριστημένοι και οι ίδιοι, ζανά τα μεσημεριανά τους φάρμακα και μετά θα ξαπλώσουν. Το απόγευμα θα ασχοληθούν με πλύσιμο σιδέρωμα, αυτά τα κάνουν όλα μόνοι τους, δεν ασχολούμαστε εμείς μαζί τους. Θα βάλουν πλυντήριο μετά θα βάλουν τα ρούχα στο στεγνωτήριο και θα σιδερώσουν. Κάνουν και χορό που οι πιο πολλοί το βαριούνται, αλλά εμείς το συνεχίζουμε γιατί έστω και λίγο σαν άσκηση ή μπορεί να πάνε για περπάτημα να δουν και πρόσωπα άλλα από εμάς να μιλήσουν. Πριν είχαν και ζωγραφική. Θα τους πάμε όπου έχουμε κανονίσει μια βόλτα, ένα καφέ, όχι κάθε μέρα, δε πάμε κάθε μέρα για καφέ. Το απόγευμα τα Σαββατοκύριακα μένουν μόνοι τους. Δεν υπάρχει βάρδια το απόγευμα γιατί δεν έχει προσωπικό, μπορεί να περάσουμε εμείς μια επίσκεψη να τους δούμε τι κάνουν ή αν χρειαστούν κάτι, έχουν τα τηλέφωνα μας. Έχουμε πρόσωπα αναφοράς και τις δουλειές ξέρει ο καθένας τι πρέπει να κάνει και τα έχουμε κατεβάσει και από τον πίνακα ανακοινώσεων. Είναι σαν μια οικογένεια οι ασθενείς όλοι. Έτσι, έχουν μάθει πια μας θεωρούν οικογένειά τους και τον ξενώνα ότι είναι σπίτι τους και δε λένε ποτέ ότι θέλουν να φύγουν γιατί ξέρουν, ότι δεν έχουν κάπου καλύτερα να πάνε». Η Πέπη προσθέτει σχετικά με την καλύτερη λειτουργία και εξέλιξη του ξενώνα: «Ο ξενώνας τώρα πια λειτουργεί περισσότερο σαν οικοτροφείο και οι ασθενείς έχουν ιδρυματοποιηθεί, δεν ξέρω αν οι ίδιοι το έχουν καταλάβει γιατί δε μπήκα ποτέ στη διαδικασία να ρωτήσω, δεν το θέλω κιόλας. Ίσως και ναι και να το θεωρούν σα λύση ανάγκης, ότι εδώ είναι το σπίτι μου δεν είχα που να πάω, περνάω καλά, είμαι καλά, εδώ θα είμαι στα γεράματά μου. Εδώ και να πεις σε αυτούς τους ανθρώπους ότι θα πάνε στο οικοτροφείο, δεν ξέρουν τι είναι. Ξέρουν μόνο το γηροκομείο και τώρα που μιλούσα με ένα ασθενή που πρέπει να πάει σε οικοτροφείο και του το έλεγα, δεν ήξερε τι είναι. Έχουμε έναν ασθενή οποίος είναι 62 ετών και εξαιτίας της πάθησής του και των φαρμάκων δε μπορεί να ανταποκριθεί σε πολλά πράγματα και μάλιστα δε μπορεί να σταθεί, έπεσε και χτύπησε. Οπότε, θεωρήσαμε σαν ομάδα να πάει σε κάποιο οικοτροφείο

για το καλό του γιατί εκεί υπάρχει περισσότερο προσωπικό που αρμόζει στις ανάγκες του. Όμως το πρόβλημα είναι, ότι επειδή είναι 62 και όχι 65 ετών δε μπορούν να τον πάρουν στο οικοτροφείο και τώρα με τη συνάδελφο του οικοτροφείου αυτή την κουβέντα είχαμε στο τηλέφωνο γιατί και στο οικοτροφείο μπορούν να τον πάρουν για να καλύψουν τις θέσεις τους και εμάς να αδειάσει μια θέση και να καλυφτεί από κάποιον άλλο που έχει ανάγκη και όμως επειδή ο άνθρωπος είναι 62, δεν τον παίρνουν και είναι σημαντικό ότι το αίτημα για την αλλαγή των ασθενών το κάνει η δομή και όχι ένας συγγενής. Δε μπορεί να απαιτείται όριο ηλικίας σε αυτούς τους ανθρώπους τη στιγμή που ο άνθρωπος αυτός είναι 15 χρόνια με φάρμακα τα οποία τον καταστέλλουν, παίζει πολύ μεγάλο ρόλο η πάθηση του ασθενή, τα φάρμακα που παίρνει και η ηλικία. Είναι ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε στη δομή αυτή τη στιγμή όπως και ο 80χρονος που έχουμε, θα έπρεπε να είναι σε οικοτροφείο με τη διαφορά ότι είναι λειτουργικός και καταφέρνει να εξυπηρετείται χωρίς προβλήματα. Πιστεύω ότι κάθε περιστατικό θα έπρεπε να μένει στο ξενώνα για δύο τρία χρόνια, να μάθει να αυτοεξυπηρετείται, να κινείται και μετά ανάλογα να δούμε μπορεί να μείνει σε προστατευόμενα διαμερίσματα; Θα πάει σε κάποιο οικοτροφείο ή μπορεί να μείνει και μόνος του; Εγώ θα ήθελα να υπάρχει μια εξέλιξη για να μην υπάρχει ο ιδρυματισμός. Κάποιοι άνθρωποι θα μπορούσαν να παραμείνουν στον ξενώνα, κάποιοι άλλοι να πάνε σε οικοτροφείο, άλλοι να μπορούν να απασχολούνται για δύο, τρεις ώρες. Όλο αυτό όμως για να λειτουργήσει, θα πρέπει να συνεργαστούν όλοι οι φορείς. Οικοτροφεία δεν υπάρχουν πολλά γιατί με το που έκλεισαν τα ψυχιατρεία στο Δαφνί και στην Τρίπολη αυτοί οι άνθρωποι ήταν εγκαταλελειμμένοι και έτσι πήγαν στα οικοτροφεία και τώρα με πολύ δυσκολία βρήκα μια θέση για τον ασθενή και πάλι δε μπορώ να το βοηθήσω γιατί δεν πληροί το όριο ηλικίας». Η λειτουργία και συνεργασία δομών επανένταξης και αποκατάστασης σε κοινοτικό πλαίσιο θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας ενός αποκαταστασιακού προγράμματος. (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2005: 553)

Όσον αφορά τη δομή και την επιλογή του κτιρίου και της περιοχής που βρίσκεται η δομή η Πέπη αναφέρει: «Δε νομίζω ότι υπήρχαν κριτήρια στην επιλογή των κτιρίων αυτό που τους ένοιαζε ήταν να βρούμε ένα κτίριο να μπούμε γρήγορα μέσα για αυτό έγιναν και πολλά λάθη». Έτσι, για παράδειγμα, αντί να λειτουργεί ως κριτήριο η διευκόλυνση της διαβίωσης των ασθενών στην κοινότητα ή η εγγύτητα προς άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (πχ κέντρο ψυχικής υγείας, γενικό νοσοκομείο), το βασικό κριτήριο ανάπτυξης των δομών αυτών ήταν η εύρεση κτιρίων. (ΥΥΚΑ, 2011:154) Η Μελίνα περιγράφει: «Κτιριακά ήμασταν αλλού στην αρχή δηλαδή εκεί που είναι το

Κ.Ψ.Υ. τώρα και μετά ήρθαμε σε αυτό το κτίριο που είμαστε τώρα. Δεν ξέρω γιατί αν και το κτίριο είναι του νοσοκομείου μάλλον γιατί το κτίριο δεν ήταν και πολύ λειτουργικό. Ήταν μέσα στο κέντρο και από την αρχή έμαχναν να βρουν ένα κτίριο και αναγκαστικά πρέπει να πήγαμε εκεί και μετά ήρθαμε εδώ. Πιστεύω, ότι είναι λειτουργικός ο χώρος της δομής αν δεν υπήρχε η σκάλα γιατί τώρα λόγω ηλικίας τους δυσκολεύει, ειδικά με έναν ασθενή μας που έχει ορθοστατική υπόταση. Νομίζω, ότι είναι καλύτερα που βρίσκεται εδώ ο ξενώνας και όχι στο κέντρο της πόλης και κτιριακά και επειδή εδώ έχουν κάπου να πάνε δηλαδή να πάνε στο κέντρο για βόλτα, για τα ψώνια τους. Από άποψη οικονομική, όποιος μπορεί να κινείται καθημερινά έχει την κάρτα για το αστικό και μπορεί να μετακινηθεί δωρεάν όπως η Ρένα που μετακινείται καθημερινά και κάνει πάρα πολλές δουλειές του ξενώνα». Η Γιώτα προσθέτει: «Το ότι ο ξενώνας δεν είναι στο κέντρο της πόλης είναι και καλό και κακό. Είναι καλό γιατί είναι στην εξοχή, έχουν κήπο έξω και μπορούν να ασχοληθούν, δεν έχει πολλή κίνηση, πολλά αυτοκίνητα. Από την άλλη, όμως όταν θέλουμε να πάμε για καφέ θα πρέπει να πάρουμε ταξί για να πάμε στο κέντρο, αλλά είναι καλό που είναι έξω από το κέντρο γιατί μπορούν να βγουν να κάνουν τη βόλτα τους από το να είναι κλεισμένοι μέσα σε ένα διαμέρισμα. Έχουν συνηθίσει οι ασθενείς κιόλας εδώ και τους αρέσει. Έχουμε και δύο ασθενείς που πηγαίνουν με τα πόδια στο κέντρο, έχουμε όμως και μια ασθενή που δε βγαίνει έξω αν δεν είμαστε εμείς γιατί έχει τις φοβίες της». Η γνώμη του γιατρού σχετικά με την περιοχή που βρίσκεται ο ξενώνας και τις συνθήκες που υπάρχουν είναι: «Οι συνθήκες του ξενώνα είναι καλές. Είναι συνθήκες γειτονιάς απλωμένες, ο κόσμος δεν έχει αυτό το μικροαστικό στοιχείο. Είναι πιο πολύ σαν ένα χωριό. Ένα μεγάλο χωριό που ο κόσμος είναι πιο ανεκτικός με τους ανθρώπους, λιγότερο κλειδωμένος και οι συνθήκες είναι πιο καλές γιατί οι άνθρωποι δεν έχουν την ανάγκη να υποστηρίξουν το οικιστικό τους περιβάλλον, όπως μέσα στην πόλη». Η Μελίνα σημειώνει σχετικά με τις αντιδράσεις της γειτονιάς στην αρχή της λειτουργίας του ξενώνα: «Εδώ δεν είχαμε αντιδράσεις, μόλις ξεκινήσαμε. Είχαμε μόνο μια γειτόνισσα που ήταν λίγο δύστροπη που έμενε εδώ απέναντι, αλλά όχι προβλήματα, προβλήματα γιατί και η περιοχή εδώ δεν είναι και το καλύτερο. Υπάρχουν πολλοί Ρομά και δημιουργούν από μόνοι τους προβλήματα, άρα εμείς δεν ήμασταν κάτι το ιδιαίτερο. Η γειτονιά συμπεριφέρεται καλά στους ασθενείς, στην αρχή ήταν λίγο κουμπωμένοι. Ναι! Θα σου πω γεια, αλλά εντάξει και οι ασθενείς το καταλάβαιναν αυτό μας το έλεγαν ή περνούσαν παιδάκια που άκουγαν από τους γονείς ότι είναι τρελοκομείο ή και παιδάκια των Ρομά και ερχόταν και ρωτούσαν: «Καλά, εδώ είναι τρελοκομείο;» Και ήταν

δύσκολο γιατί είχα δίπλα μου τον ασθενή και τι να πεις; «Ναι, έτσι, όπως νομίζεις και έτσι όπως το έχεις ακούσει. Ναι, είναι τρελοκομείο, αλλά δεν είναι ό,τι σου είπαν».

3.1.8. Οι συνθήκες που οδηγούν στην ιδρυματοποίηση στον ξενώνα

Η μετάβαση των πρώην ψυχιατρικών νοσηλευομένων σε κοινοτικές δομές στέγασης δεν αποτελεί αυτόματα εγγύηση της πραγμάτωσης της αποασυλοποίησης και της επανένταξης καθώς μελέτες δείχνουν την πιθανότητα αυτές οι δομές να μετατραπούν σε μικρά- ιδρύματα με περιορισμένες δυνατότητες για κοινωνική επανένταξη. (Ζήση, 2002: 162) Η Μελίνα εξηγεί τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς έχουν αρχίσει να ιδρυματοποιούνται: *«Έχουν ήδη αρχίσει να ιδρυματοποιούνται οι ασθενείς αφού έχουν πολλά χρόνια εδώ και έχουν μεγαλώσει και δεν έχουν κάτι να απασχοληθούν. Κάθονται έτσι όλη μέρα, χωρίς να κάνουν κάτι γιατί παρόλο την ηλικία τους, θα μπορούσαν να κάνουν κάτι που να αλλάζει τη μέρα τους, κάτι που να έχει ενδιαφέρον. Είναι και πολλά που δε βοηθάνε είναι και το οικονομικό δηλαδή και να βγούνε να πάνε κάπου θα πρέπει να χαλάσουν χρήματα γιατί αν βγουν όλοι θα μετακινηθούν με ταξί. Η έλλειψη προσωπικού, τα πολλά προβλήματα τα παθολογικά που δε θα τους αφήσουν να είναι για πολλή ώρα κάπου. Έχουν τη δυνατότητα να πάνε θέατρο ή σινεμά, αλλά δεν έχει δηλώσει ποτέ κανένας ενδιαφέρον. Ευτυχώς, έχουν τη διάθεση να βγουν έξω ακόμα και μια ασθενής που είναι με ζαλάδες και διάφορα όταν τη βγάλεις να την πας στο γιατρό και της πεις, ότι δεν είναι καλά εκείνη τη μέρα για να καθίσει για καφέ ακόμα και τότε βρίσκει το κουράγιο για να είναι έξω και θέλει να καθίσουμε για καφέ».* Η πιθανότητα ιδρυματισμού των επαγγελματιών στη συγκεκριμένη δομή περιγράφεται από την Πέπη ως εξής: *«Θέλω να πιστεύω ότι εγώ δε θα ιδρυματοποιηθώ ποτέ γιατί από τη δουλειά έχω πάρει πολύ καλά στοιχεία και καταφέρνω να κρατώ τις ισορροπίες σε πολύ καλό ποσοστό. Δε θα με δεις ποτέ να ανεβάζω τον τόνο της φωνής μου, δε θα φωνάζω, σέβομαι τους ασθενείς μου και με σέβονται, αλλά δε θα με δεις ποτέ να είμαι και η φίλη τους. Έχω μάθει να κρατώ τα όρια και αυτό πιστεύω, ότι είναι μια άμυνα για μένα και μια ασπίδα για να προστατευτώ και εγώ».* Η Μελίνα προσθέτει: *«Δεν προλαβαίνουμε να ιδρυματοποιηθούμε γιατί είναι τόσες οι δουλειές που πρέπει να κάνουμε και λίγο το προσωπικό που δε γίνεται».*

Στο ζήτημα της διαχείρισης των προσωπικών εσόδων των ενοίκων-ασθενών (συντάξεις, επιδόματα, τυχόν πρόσοδοι από περιουσιακά στοιχεία κ.α.) υφίσταται νομικό κενό. Η Ειδική Επιτροπή έχει διαπιστώσει ότι οι στεγαστικές δομές χειρίζονται

το ζήτημα με διαφορετικούς τρόπους. Σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση η οποία θα προβλέπει την επανένταξη όλων των πληρεξουσίων τα οποία χρησιμοποιούν οι συγγενείς ενοίκων-ασθενών, τον τρόπο διάθεσης των εσόδων των ενοίκων σύμφωνα με την επιθυμία και το συμφέρον τους, κλπ. (ΥΥΚΑ, 2011: 184)

Η Πέπη που είναι υπεύθυνη της δομής είναι υπεύθυνη και στη διαχείριση της σύνταξης όλων των ασθενών καθώς οι ίδιοι διακρίνονται για την έλλειψη οικονομικής αντίληψης, η ίδια υποστηρίζει: *«Η σύνταξη των ασθενών είναι 340 ευρώ το μήνα, πολύ λίγη για τις ανάγκες που έχουν π.χ. πληρώνουν τα φάρμακά τους, οι πιο πολλοί που καπνίζουν, θέλουν δέκα ευρώ την ημέρα σε τσιγάρα, τα οποία το μήνα είναι 300 ευρώ. Οπότε τις περισσότερες φορές δανείζω χρήματα του ενός ασθενή στον άλλο μέχρι να ξαναπάρουν τον επόμενο μήνα τη σύνταξη και να τα επιστρέψω για να καλύψω τις ανάγκες τους. Αυτό βέβαια δεν το γνωρίζουν, αφορά μόνο εμένα γιατί δε μπορούν να το καταλάβουν. Τώρα με την κρίση τους έχουν κόψει τα δώρα όπως και σε εμάς από τη σύνταξή τους που ήταν γύρω στα χίλια ευρώ το χρόνο, τα οποία βοηθούσαν καλύτερα στη διαχείριση των αναγκών τους. Τώρα είναι πολύ στενάχωρα για αυτούς να πάρουν έστω μια μπλούζα, ένα ζευγάρι παντόφλες. Για να καταλάβεις, η Ρένα που μένει σπίτι της και έρχεται εδώ, δεν της φτάνει η σύνταξη τα 340 ευρώ να πληρώσει τους λογαριασμούς από τα έξοδα του σπιτιού της και της είπα να αγοράσουμε κάτι, ένα δώρο για τον εαυτό της τώρα που είναι γιορτές να νιώσει Χριστούγεννα και δεν ξέρω πως θα το κάνουμε που δεν της φτάνουν τα χρήματα».* Η Μελίνα προσθέτει όσον αφορά τη διαχείριση των χρημάτων των ενοίκων σε σχέση με το χώρο της δομής και τις ανάγκες τους: *«Οι ασθενείς ξοδεύουν πολλά χρήματα για καθαριότητα και μια λάμπα εδώ να καεί όπως τώρα, θα την πληρώσουν. Τώρα και λόγω κρίσης δεν χορηγούν χρήματα για τέτοιες ζημιές. Τα φάρμακα τα χορηγεί το νοσοκομείο απλά κάποια φάρμακα που δεν τα έχει το φαρμακείο εκεί πρέπει να τα γράψουμε στο βιβλιάριο και να τα πάρουμε απέξω, αλλά σ' αυτή την περίπτωση πληρώνουνε και συμμετοχή. Δεν είναι πάντα, ότι θα πληρώσουν πολλά χρήματα για τα φάρμακα, αλλά είναι και πολλά παθολογικά φάρμακα παίρνουν ινσουλίνες για ζάχαρο, πίεση πέρα από τα ψυχιατρικά».*

Στην πλειονότητα των δομών δε συνδυάζεται η παροχή ειδικών αποκαταστασιακών προγραμμάτων στους ενοίκους και ούτε έχει εκπονηθεί κάποιο πρόγραμμα για τη μελλοντική ανεξαρτητοποίηση τους. (Μαδιανός, 2000: 477) Η Μελίνα περιγράφει την εξέλιξη που είχε η λειτουργία του εργαστηρίου ανθοκομίας βάσει του προγράμματος στο ξεκίνημα της λειτουργίας του ξενώνα: *«Ξεκίνησε το εργαστήριο αλλά δεν προχώρησε όπως το είχαν σκεφτεί, το προσωπικό έφυγε, αυτά που είχαν σχεδιάσει να*

γίνουν, δε γίνανε. Είχαν σχεδιάσει ότι θα είχαμε ένα χωράφι στο οποίο θα καλλιεργούσαμε ή λουλούδια ή αγροτικά προϊόντα και ότι θα μπορούσαν να διατεθούν με συνεταιρισμούς και αυτό δεν προχώρησε. Κάποιοι δεν ήθελαν να προχωρήσει; Κάποιοι δεν ενδιαφέρθηκαν να γίνει; Το προσωπικό υπήρχε, τα εργαλεία, ο εξοπλισμός υπήρχε. Όταν άνοιξε ο ξενώνας είχαν αγοραστεί, οι ασθενείς είχαν όρεξη μπορεί όχι να κάνουνε την τεράστια παραγωγή, αλλά αυτό θα φαινόταν και αυτό δεν προχώρησε. Μέχρι το 2004 αυτό το εργαστήριο πήγε καλά, αλλά όχι με την έννοια της παραγωγής, βάζανε κήπο, διαμόρφωσαν έξω το χώρο του ξενώνα, σε κάποιες πολυκατοικίες πήγαιναν και κάνανε περιποίηση και πληρωνόντουσαν, άτυπα, αλλά δεν έγινε, όπως έπρεπε να γίνει». Ο γιατρός εξηγεί τις αιτίες που οδήγησαν στην κατάργηση της λειτουργίας του εργαστηρίου: «Το εργαστήριο του ξενώνα Ιριδα σταμάτησε γιατί είχαμε πάντα δυσκολίες με το προσωπικό. Το νοσοκομείο πάντα είχε μεγάλο πρόβλημα με εργαζόμενους για τη λειτουργία του και κάποια στιγμή όλες οι κοινωνικές δομές θεώρησαν, ότι ένα μεγάλο κομμάτι από τις ανάγκες τους και δεν είναι το λάθος τόσο αυτό, θα το λύσουν ενδογενώς δηλαδή με τις μετακινήσεις που θα έκαναν. Πήραν την υπεύθυνη του ξενώνα να δουλέψει σε δραστηριότητες διοικητικές του νοσοκομείου και τις εργαζόμενες στα εργαστήρια από τον ένα ξενώνα, στα πλαίσια δηλαδή που σου λέει ότι δε μπορούν να δουλέψουν οι διοικητικές υπηρεσίες, θα κάνουμε αυτό. Σαφώς, στον τρόπο και τον προγραμματισμό που παισιώνει το νοσοκομείο δε μέτρησαν οι ανάγκες των ατόμων της ψυχικής υγείας και με πολύ μεγάλη προσπάθεια και αντίσταση καταφέραμε να κρατήσουμε και αυτό που κρατήσαμε. Μέχρι και νοσηλευτές προσπάθησαν να πάρουν αν ήταν στο χέρι δηλαδή των διοικητών του νοσοκομείου, αλλά δε μπορούν γιατί όλες αυτές οι υπηρεσίες έχουν στηθεί με βάση δεσμεύσεις που έχει το Υπουργείο Υγείας με την ΕΟΚ. Θα είχαν πάρει όλο το προσωπικό και θα τους είχαν στείλει όλους στο σπίτι τους, δε συζητιέται, δηλαδή δε μετράνε οι ανάγκες τους μπροστά ας πούμε στις ανάγκες της καρδιολογικής, της παιδιατρικής. Είναι αυτή η νοοτροπία που υπάρχει». Επίσης η γνώμη της Σούλας είναι: «Δεν υπάρχουν προγράμματα για τους ασθενείς, δεν κάνουν τίποτα για αυτούς τους ανθρώπους. Έρχεται μια κοπέλα από τον Δήμο με την καλή της θέληση που κάνουν το θεατρικό, που μπαίνουν στη διαδικασία να μάθουν ολόκληρο κείμενο τα λόγια να στήσουμε το θεατρικό και να παίξουν μια παράσταση και έρχεται κόσμος και τους βλέπει. Αυτό γίνεται κάθε χρόνο, αρχές του Καλοκαιριού». Η Πέπη από την άλλη πλευρά υποστηρίζει ότι: «Παραπάνω δραστηριότητες δε μπορούν να κάνουν δηλαδή τη γυμναστική, τις βόλτες μας θα τις κάνουμε και στο χορό θα κάνουν λίγο και θα σταματήσουν γιατί δεν αντέχουν. Αν είχαμε ηλικιακά μικρότερους, ίσως να χρειαζόταν

παραπάνω δραστηριότητες, αλλά αυτό δεν το ξέρω. Αυτή τη χρονική στιγμή δεν έχουμε εξωτερικούς ασθενείς, μπορούν όμως να έρθουν να πιουν ένα καφέ, μπορεί να έρθει ο οποιοσδήποτε ευπρόσδεκτος είναι, αλλά εμείς δεν έχουμε κάποιο εργαστήριο για να έρχονται συχνά να παρακολουθούν, όπως είναι ο άλλος ξενώνας» .

3.1.9. Η αίσθηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού

Η Γιώτα περιγράφει την αίσθηση του στίγματος των ασθενών σε σχέση με την κοινότητα όταν βρίσκονται εκτός δομής: «Οι ασθενείς είναι πολύ κοινωνικοί όταν βγαίνουν δε μας παραπονιούνται ότι τους έχει φερθεί κάποιος άσχημα. Εκτός από έναν που μας λέει ότι όταν πάει για καφέ στο κέντρο, νιώθει ότι τον κοιτάζουν οι άλλοι και μας λέει ότι φαίνεται ότι είναι άρρωστος και του λέμε ότι όχι δε φαίνεται και ότι θα πρέπει να συνεχίσει να βγαίνει να πηγαίνει για καφέ όπως ήδη κάνει χωρίς να ενοχλήσει ποτέ, ότι έχει κάθε δικαίωμα να πηγαίνει και ότι κανείς δε μπορεί να του το αφαιρέσει. Τους ενισχύουμε και εμείς τους μιλάμε ότι πρέπει να βγουν έξω, δε φταίνε αυτοί που είναι έτσι. Εμείς που δουλεύουμε εδώ, προσπαθούμε να μην το τους μεταδώσουμε ποτέ και νιώσουν ότι είναι ασθενείς».

Η αντίληψη του στίγματος από τους επαγγελματίες εκφράζεται διαφορετικά για τον καθένα. Η Πέπη παραδέχεται: «Δεν έχω αισθανθεί ποτέ το στίγμα συνήθως οι άνθρωποι με ρωτάνε: «Πως αντέχω;» με την έννοια της λύπης, αλλά όχι με την έννοια της «τρέλας» και μερικές φορές είναι και το πως το περνάς στους άλλους γιατί εγώ όπου βρεθώ και όπου σταθώ λέω ότι οι άνθρωποι που είναι εδώ είναι πολύ πιο καλά από τους ανθρώπους που είναι έξω και το πιστεύω, δεν το λέω απλά. Συνεννοούμαι πολύ πιο καλά και ίσως επειδή τους το δείχνω το καταλαβαίνουν, ότι είμαι πολύ καλά στη δουλειά μου. Ίσως άλλοι συνάδελφοι να το έχουν αισθανθεί, εγώ όχι». Ακόμη η Γιώτα υποστηρίζει: «Όχι, δεν έχω αισθανθεί ποτέ στίγμα και για καφέ που πηγαίνουμε και στην εκκλησία που θα πάμε και θα τους πάρω αγκαζέ όχι ποτέ δε μου έχουν πει τίποτα. Στην αρχή οι Αγρινιώτες δε μπορούσαν να καταλάβουν τα ζητήματα της ψυχικής ασθένειας. Σιγά σιγά όμως, μας έχουν γνωρίσει με τις διάφορες εκδηλώσεις που κάνουμε. Στην αρχή όταν λέγαμε ότι δουλεύουμε στον ξενώνα, μας έλεγαν: Τι είναι αυτό; Που είναι αυτό;»

Ο γιατρός εξηγεί και περιγράφει την έννοια του στίγματος, το φόβο που υπάρχει σε σχέση με την ψυχική ασθένεια αλλά και τις κοινωνικές επιπτώσεις που εκφράζονται μέσα από την «τρέλα»: «Το στίγμα υπάρχει και στους γιατρούς ακόμη και στους ψυχικά ασθενείς. Νομίζω, ότι με τις δομές που έχουμε δημιουργήσει στην πόλη, είναι λίγο καλύτερα τα πράγματα. Υπάρχει το στίγμα και θα υπάρχει και ο καλύτερος τρόπος για να

αντιμετωπιστεί το στίγμα είναι να βοηθάς και η ενημέρωση, αλλά δεν είναι μόνο η ενημέρωση. Περισσότερο είναι η αντιμετώπιση αυτών των ανθρώπων που πρόκειται να στιγματιστούν δηλαδή αν το δεις γιατί πραγματικά πόσο ασύμφορο πράγμα είναι να νοσηλεύεις έναν άνθρωπο. Ασύμφορο από άποψη πρώτα πρώτα, κλινική πόσο χάνεις σημαντικά στοιχεία και στη θεραπεία και στην αντιμετώπιση του ανθρώπου και στη συνέχεια αυτής της θεραπείας όταν τον νοσηλεύεις. Είναι πολύ πολύ μεγαλύτερο το στίγμα αυτών των ανθρώπων όταν κλείνονται στα ψυχιατρεία από αυτό όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα στο κέντρο ψυχικής υγείας και ακόμη περισσότερο με την κινητή μονάδα που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στο σπίτι τους. Είναι τελείως διαφορετικό το στίγμα όταν συνεργάζονται οι συγγενείς και οι οικείοι γείτονες. Όταν βλέπουν, εντάζει ότι αυτός μπήκε στον κόσμο του και στις ιδέες του και μετά συνήλθε και είναι κανονικός και μη σου πω ότι υπάρχει και ένα δέος στην κοινότητα γιατί ο άνθρωπος που τρελαίνεται σε εισαγωγικά, απελευθερώνεται και από τις κοινωνικές συμβάσεις και μέσα σε αυτό λέει πράγματα που όλοι τα έχουμε ανάγκη να τα πούμε και ίσως σε αυτό βρίσκεται και ο φόβος της τρέλας και ο φόβος που έχει και δηλαδή πιστεύω ότι μας είναι πολύ χρήσιμη αυτή η φωνή και όχι μόνο όπως την χρησιμοποιούμε τώρα για να την κάνουμε αποδιοπομπαίο τράγο, αλλά για να ακούσουμε, να δούμε που φτάσαμε. Ζούμε σε μια κοινότητα, πια που οι αυτοκτονίες βρίσκονται στα ύψη. Είναι τρελοί αυτοί που αυτοκτονούν ή είναι η αρχή για να δούμε τι τους οδήγησε εκεί, τι είναι όλο αυτό το άδειασμα που έχουμε στις δυνατότητές μας και σα λαός». Η οικονομική κρίση έχει προκαλέσει ήδη και συνεχίζει να δημιουργεί αδιαμφισβήτητους δυσμενείς ψυχοκοινωνικούς δείκτες, καθώς βρέθηκε μια ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση κατά 185% των ατόμων που έκαναν απόπειρες αυτοκτονίας (0,6% το 2008 και 1,5% το 2011). (Μαδιανός, 2013) «Οι αυτοκτονίες έχουν ανέβει σε δυσθεώρητα ύψη που δεν τα είχαμε ποτέ. Δεν είναι τρέλα αυτό, είναι μια αντίδραση που και αυτό με τη σειρά του χτυπάει καμπανάκια. Όταν ένα άτομο έχει ψυχικά προβλήματα χάνει στην ταυτότητά του. Πρώτα πρώτα σαν να καταργείται από άνθρωπος. Ακόμη είναι βρισιά όταν λέμε τράβα στο ψυχίατρο ή πήγαινε να σε εξετάσει κανένας τρελογιατρός. Μη σου πω ότι είναι βρισιά ακόμη το να είσαι τρελογιατρός ακόμη και σε εμάς νομίζω ότι όλη η κοινωνική λειτουργία έχει να κάνει με την ιδεολογική δομή του ότι υγιής είναι αυτός που παράγει. Αυτός που είναι χρήσιμος, αυτός που μπορεί να καταναλώσει και να δημιουργήσει αυτά τα στοιχεία που καταναλώνονται και ό,τι ξεφεύγει από αυτή τη νόρμα του καπιταλιστικού τρόπου σκέψης και λειτουργίας είναι άρρωστο και υπάρχουν τέτοια πράγματα γενικά και το έχουν οι άνθρωποι και το φοβούνται και το σκέφτονται και το χρησιμοποιούν. Έχουμε

φτάσει να νοσηλεύουμε ανθρώπους μόνο και μόνο γιατί είναι ενοχλητικοί και είναι ενοχλητικοί επειδή έχουν ένα άλλο τρόπο λειτουργίας και ένα άλλο τρόπο σκέψης που ξεφεύγει από τις νόρμες της παραγωγής και της καπιταλιστικής ολοκλήρωσης».

Σύμφωνα με τους (Ploumbidis et al 2001) η επιτυχία της αποασυλοποίησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό στον ανθρώπινο παράγοντα και ειδικότερα στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται την έννοια της αποασυλοποίησης αλλά και τη συνδεδεμένες με αυτή έννοιες της αυτονομίας και της επανένταξης. (ΥΥΚΑ, 2011: 180) Η Πέπη αντιλαμβάνεται τον κοινωνικό αποκλεισμό των ασθενών βάσει της μεγάλης ηλικίας τους, εξηγώντας: «Οι ασθενείς δε θεωρώ, ότι είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι, όχι βγαίνουν έξω συναναστρέφονται με κόσμο, ψωνίζουν. Εδώ μια ασθενής θα πάει στο Κ.Ψ.Υ. να παραδώσει το πρόγραμμα, θα πάει να ξεχρεώσει ένα φάρμακο. Όχι δε θα έλεγα ότι είναι αποκλεισμένοι. Είναι αποκλεισμένοι με την έννοια της μεγάλης ηλικίας κάποιου, ότι δε μπορούν να πάνε, αλλά όχι επειδή είναι ψυχικά ασθενείς βέβαια γίνεται δουλειά και από εμάς. Πηγαίνουμε θέατρο, σινεμά για καφέ και τώρα θα κανονίσουμε να πάμε για φαγητό. Τώρα που είναι γιορτές θα πάμε στο κέντρο να πιούμε καφέ, να δούμε το χριστουγεννιάτικο δέντρο, θα φτιάξουμε τα γλυκά μας, ήρεμα πράγματα, θα φτιάξουμε κάρτες και θα πάμε να τις μοιράσουμε, θα πάμε με όσους μπορούν στην έκθεση που κάνει ο άλλος ξενώνας. Τώρα βέβαια στις εκλογές που θα γίνουν είναι κάποιου που θέλουν να ψηφίσουν, άλλοι όχι δεν τους λέμε και εμείς τίποτα. Που να τους τρέχεις τώρα μέσα στον κόσμο; Άμα θέλουν πηγαίνουν». Ο γιατρός περιγράφει την ανάγκη της κοινωνικοποίησης των ενοίκων παρόλο τη διαμονή τους στη δομή: «Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που έχει καταφέρει την κοινωνική επανένταξη που θα το κατάφερνε ούτως ή άλλως. Πάντα υπήρχε ένα ποσοστό που ακόμα και μέσα στα ψυχιατρεία είχε αντέξει και δεν είχε αφομοιωθεί πλήρως από τη μαύρη τρύπα που υπήρχε εκεί. Υπήρχαν άνθρωποι δηλαδή στη Λέρο που έβγαιναν έξω και έκαναν τα ψώνια και ήταν κοινωνικοποιημένοι μετά από χρόνια ψυχιατρείου και για αυτό είχαμε και τις δυσκολίες να τους πάρουμε δηλαδή πιο πολύ είχαν ασυλοποιηθεί οι φύλακες παρά οι ίδιοι οι νοσηλευόμενοι».

3.1.10. Οι συνθήκες και ο τρόπος λειτουργίας των προστατευόμενων διαμερισμάτων

Σύμφωνα με τη γνώμη των εργαζομένων σε σχέση με το πρόγραμμα και τη λειτουργία των προστατευόμενων διαμερισμάτων αναφέρουν: «Πηγαίνουμε στα διαμερίσματα μια, δύο φορές την εβδομάδα για να δούμε πως είναι ο χώρος τους να δούμε αν τον διατηρούν καθαρό, αν έχουν όλα όσα χρειάζονται για τη διατροφή τους, αν

παίρνουν τα φάρμακά τους, τα πάντα. Οι προμήθειες για το φαγητό γίνονται από το νοσοκομείο, φροντίζουμε να έχουν ό,τι χρειάζονται, υπάρχει πρόγραμμα τι θα φάνε κάθε μέρα και μαγειρεύουν μόνοι τους. Οι προμήθειες γίνονται μια δύο φορές το μήνα, τους τα πηγαίνουμε εκεί. Υπάρχει συνεργασία του νοσοκομείου με συγκεκριμένο κατάστημα που τους εξυπηρετεί. Έρχονται οι ασθενείς μια φορά την εβδομάδα και παίρνουν τα φάρμακά τους. Η σύνταξή τους έρχεται εδώ και τη διαχειρίζονται με τη βοήθεια της υπεύθυνης και παίρνουν κάθε εβδομάδα ένα ποσό. Έρχονται τα απογεύματα οι ασθενείς από τα προστατευόμενα πίνουν το καφέ τους συζητάνε με τους ασθενείς, στις εκδρομές συμμετέχουν όταν πηγαίνουμε για φαγητό ή πάμε σε κάποια εκδήλωση, μια παράσταση όπου έχουμε προγραμματίσει να πάμε. Ο ασθενής που μπήκε τώρα στο άλλο διαμέρισμα ήταν σαν εξωτερικός ασθενής εδώ στον ξενώνα παρακολουθούσε το εργαστήριο, αλλά δεν ήθελε να στιγματίζεται, ήθελε να ξεχωρίζει από τους άλλους και όντως ξεχωρίζει από τους άλλους. Έχει τελειώσει δάσκαλος, απλά δε μπόρεσε να εργαστεί και νιώθει ότι είναι σε διαφορετικό επίπεδο και πάντα δεν ήθελε να έρχεται στον ξενώνα, δεν ήθελε να ακολουθεί σε εκδρομές και πάντα ήθελε να ξεχωρίζει. Τα φάρμακά του τα παίρνει από το Κ.Ψ.Υ. και εξυπηρετείται εκεί». Επίσης οι ασθενείς από τον ξενώνα Αργώ: «Οι ασθενείς παρακολουθούν καθημερινά τα εργαστήρια και συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες του ξενώνα ακόμη τις ημέρες που δεν μαγειρεύουν στον ξενώνα κάποιες φορές που υπάρχει φαγητό, το παίρνουν οι δύο ασθενείς του διαμερίσματος».

Σύμφωνα με την έρευνα του Economou et al 2005 ένας στους τρεις ερωτώμενους δήλωσε ότι δε θα ανεχόταν έναν ψυχικά άρρωστο στην ίδια πολυκατοικία ή στην ίδια γειτονιά και μερικές φορές δε θα ήθελε να κουβεντιάσει καν μαζί του. (Μαδιανός, 2000: 459) Η γνώμη του γιατρού σχετικά με το αντίκτυπο που είχαν τα διαμερίσματα στις γειτονιές στο ξεκίνημα της λειτουργίας τους σε σχέση με τώρα είναι: «Υπήρχαν αντιδράσεις από κάθε γειτονιά των διαμερισμάτων αλλά αυτό ήταν ένα από τα μεγαλύτερα κέρδη που είχαμε και είναι και επόμενο να υπάρχουν οι άνθρωποι με όλα αυτά τα στερεότυπα που έχουν για την ψυχική υγεία. Φοβήθηκαν ότι θα πάει δίπλα τους ο τρελός ή ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι ή δεν ξέρω τι είχαν στο μυαλό τους ή αυτός που θα πείραζε τα παιδιά τους ή που θα ούρλιαζε ή που θα έκανε, όλα αυτά τα στερεότυπα. Νομίζω ότι το πιο σημαντικό που κερδίσαμε σαν ψυχική υγεία είναι ακριβώς ότι τα διαμερίσματα δε δημιούργησαν κανένα πρόβλημα, ότι τα ελάχιστα προβλήματα που δημιουργήθηκαν, ήταν της τάξης των προβλημάτων που δημιουργούνται σε όλες τις οικογένειες παντού. Υπάρχουν κάποιες φωνές, κάποια ένταση, κάποιοι γείτονες που τσακώνονται μεταξύ τους. Λύθηκαν και τελικά έχουν πλήρως αφομοιωθεί, θα έλεγα, στον

κοινωνικό ιστό αυτά τα διαμερίσματα και συντέλεσαν με το δικό τους τρόπο στο να φύγει ο στιγματισμός».

3.2. Ο λόγος των ασθενών

3.2.1. Εξωτερικοί ασθενείς του ξενώνα Αργώ

Η Αγάπη 37 ετών, άγαμη, κατάγεται και μένει με τους γονείς της σε ένα χωριό κοντά στην πόλη του Αγρινίου. Είναι απόφοιτος της Νομικής με άδεια άσκησης επαγγέλματος. Κατάφερε να ολοκληρώσει τις σπουδές της και να εργαστεί για την απόκτηση της άδειας άσκησης επαγγέλματός της με τη βοήθεια της ψυχιάτρου της καθώς η κούραση και η συνεχόμενη αποτυχία της σε δύο μαθήματα την οδήγησαν στην έντονη έκφραση της ασθένειάς της. Όλα τα χρόνια της ζωής της, τα χαρακτηρίζει ως φτωχικά και βασανισμένα ιδιαίτερα τα παιδικά της χρόνια: *«Τα παιδικά μου χρόνια ήταν φτωχικά και βασανισμένα γιατί οι γονείς μου είναι φτωχής καταγωγής. Ο μπαμπάς μου αρρώστησε και χρειάστηκε ανάνηψη για να μπορέσει να ζήσει και μετά δε μπορούσε να δουλέψει. Η μαμά μου νοικοκυρά, έγινε ο άντρας του σπιτιού για να μεγαλώσει τα τέσσερα παιδιά της. Τελείωσαν το δημοτικό και οι δύο και δουλεύαμε στα καπνά από μικρά παιδιά, τα χωράφια τα νοικιάζαμε και δεν είχαμε τα εργαλεία ούτε και αυτοκίνητο, τα κουβαλούσαμε όλα με τα χέρια. Από μικρή, τα άλλα παιδιά με κορόιδευαν γιατί ήμουν χοντρούλα και κλεινόμουν στον εαυτό μου. Το σχολείο ήταν για μένα μια έξοδος διαφυγής ένα «get away» όπως το λέω εγώ. Διάβαζα και ονειρευόμουν ότι θα σπούδαζα, θα γινόμουν κάποια στη ζωή μου και θα έφευγα από το χωριό, αλλά ήμουν άτυχη στη ζωή μου και παρόλο που σπούδασα, δεν κατάφερα να φύγω γιατί αρρώστησα. Δεν τα κατάφερα γιατί είμαι φτωχή και πολύ ευαίσθητη».*

Ο Νικηφόρος είναι 54 ετών, άγαμος, κατάγεται από ένα χωριό του Νομού Αιτωλοακαρνανίας και ζει στο Αγρίνιο με τους γονείς του. Μεγάλωσε χωρίς την παρουσία του πατέρα του καθώς ήταν μετανάστης στη Γερμανία, πήγε σχολείο μέχρι τη Δευτέρα Γυμνασίου αλλά δεν την ολοκλήρωσε. Ο βιασμός του στα 7 του χρόνια από τον πρώτο του ξάδερφο, του δημιούργησε φόβο και σε συνδυασμό με τον αλκοολισμό οδηγήθηκε δύο φορές στο Δαφνί και δύο φορές σε ψυχιατρικές κλινικές. Η

βοήθεια της αδερφής του που είναι γιατρός ήταν πολύτιμη στη θεραπεία του. «Τα παιδικά μου χρόνια δεν τα έζησα με τον πατέρα μου, ήταν στην Γερμανία δούλευε, μόνο με τη μητέρα μου και τις αδερφές μου. Ο πρώτος μου ξάδερφος στα 7 μου χρόνια με βίασε, ο γιος του αδερφού της μητέρας μου και εγώ όλα αυτά τα χρόνια το κουβαλούσα. Δεν ήθελα να το μάθει ο πατέρας μου, θα τον σκότωνε. Με βίασε μια φορά, είχα φόβο μέσα μου, δεν μιλούσα σε κανένα. Ήμουν κακός μαθητής, φοβόμουν να πω μάθημα, φοβόμουν πάρα πολύ μη με βιάσει ξανά κάποιος. Το 1979 πήγαμε όλοι στην Αθήνα και μείναμε για 16 χρόνια. Πήγα και στην Αθήνα σχολείο νυχτερινό, δούλευα την ημέρα πήγα μέχρι τη Δευτέρα Γυμνασίου αλλά δεν την έβγαλα, δεν ενόχλησε τους γονείς μου που σταμάτησα. Είχα μπει στην ΚΝΕ ένας φίλος είπε θα περάσουμε καλά. Σταμάτησα από εκεί γιατί ήθελα να συνεχίσω να κάνω το σταυρό μου, ερχόταν και με ζητούσαν αλλά εγώ δεν πήγαινα, έλεγαν και οι δικοί μου ότι λείπω και έτσι σταμάτησε. Μετά πήγα στρατό εκεί αρρώστησα δεν περνούσα καλά. Λεφτά είχα, μου έστελνε ένα χιλιάριο την εβδομάδα η μητέρα μου, αλλά έπινα πάρα πολύ μπίρες, ούζα, τσίπουρα με τη παρέα μου, πίναμε τα πάντα. Πέρασα πολύ άσχημα στο στρατό. Δεν έπρεπε να πάω στρατό είχα ψυχολογικά προβλήματα με πήγαν στο 401. Έβγαινα κάθε μέρα αναφορά και δε με λογαριάζανε μου έλεγε ο ήλαρχος ότι έλεγα ψέματα. Μετά με πήγε στο γιατρό, ζήτησα ησυχία, με πονούσε το κεφάλι μου, είχα ένταση πάρα πολύ. Με κατάλαβε ένας νευρολόγος, μου είπε να έρθει ο πατέρας μου να συζητήσουνε και να σταματήσω από το στρατό. 15 θα έπαιρνα, καλύτερα, δεν είχα να χάσω τίποτα. Δεν ήρθε ο πατέρας μου, είχε πάρα πολύ δουλειά και τελικά υπηρέτησα δύο χρόνια κανονικά. Στα 22 μου μπήκα σε ψυχιατρική κλινική και τότε κατάλαβα ότι δεν πάω και τόσο καλά στη ζωή μου. Ήμουν άρρωστος από μικρός, αλλά κανείς δεν το καταλάβαινε. Όταν πήγα 22 χρονών άρχισαν να φαίνονται όλα και τότε μίλησα για το βιασμό μου. Τόσα χρόνια, τα κρατούσα όλα μέσα μου. Ο πατέρας μου είχε όνειρα να με παντρέψει, να κάνω παιδιά, είχε τα δίκια του, αλλά και εγώ δε μπορούσα».

Ο τριανταπεντάχρονος Μάξιμος τέλειωσε το Γυμνάσιο και πήγε σε μια τεχνική σχολή του ΟΑΕΔ χωρίς να την ολοκληρώσει καθώς οι οικονομικές δυσκολίες της οικογένειάς του δεν του επέτρεψαν να συνεχίσει τις σπουδές του. Κατάγεται από ένα χωριό κοντά στην πόλη του Αγρινίου και ζει μόνος του. Επέστρεψε από την Αθήνα στον τόπο καταγωγής του έπειτα από την παρότρυνση του αδερφού του καθώς διαπίστωσε ότι ο Μάξιμος αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα, το οποίο έγινε έντονα εμφανές στο χώρο εργασίας του αλλά και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Σημαντικός παράγοντας ήταν

η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ. «*Ανέμελα τα χρόνια στο χωριό για ψάρεμα, για κυνήγι με αεροβόλα. Οι γονείς μου ασχολούταν με αγροτικές δουλειές. Ήμουν καλός μαθητής αλλά δεν είχαν οι γονείς μου λεφτά να με σπουδάσουν, πήγα μέχρι Γυμνάσιο. Μετά πήγα στον ΟΑΕΔ για μηχανοτεχνίτης και τα παράτησα. Έφυγα από το χωριό όταν γύρισα από φαντάρος και πήγα στην Αθήνα και δούλενα σε σουπερ μάρκετ ως αποθηκάριος. Στην αρχή, έμενα με τον αδερφό μου και τη νύφη μου και μετά μόνος μου. Στην αρχή ήταν εντάξει στη δουλειά, αλλά μετά ήταν πολύ κουραστική, δεν τη βαρέθηκα τη δουλειά, αλλά έγιναν διάφορα εκεί και έφυγα. Έπινα πολύ και έπαιρνα και μαύρο έκανα μαλακίες, μου βγήκαν σε ανάποδα και έφυγα. Στα 23 μόλις έκοψα το ποτό και το μαύρο, έπαθα το ψυχολογικό. Από πιτσιρικάς έπινα και έπαιρνα μαύρο δεν ξέρω ακριβώς από τα 15, 16 μέχρι τα 23 που τα έκοψα τελείως, πήρα φάρμακα μετά. Όλο το σουπερμάρκετ έπαιρνε μαύρο, γινόταν χαμός, δεν ήμουν μόνο εγώ και από ό,τι μου είπε ο ψυχολόγος το μαύρο ερέθισε την ντοπαμίνη στον εγκέφαλο και έτσι το έπαθα το ψυχολογικό. Έπαθα χοντρό σκηνικό στη δουλειά και με γύρισε ο αδερφός μου στο χωριό, με πήγανε σε ψυχολόγο και μου είπε ο ψυχολόγος ότι χρειάζομαι ψυχίατρο, ότι δε θεραπεύεται και έτσι πήγα σε ψυχίατρο στο Μεσολόγγι».*

3.2.2. Εσωτερικοί ασθενείς του ξενώνα Αργώ

Η Αλίκη 57 ετών, άγαμη, γεννήθηκε στην πόλη του Αγρινίου και μεγάλωσε με τη μητέρα της, την αδερφή και τον αδερφό της χρήστη και έμπορο ναρκωτικών. Ο πατέρας της πέθανε όταν ήταν 5 ετών και η ίδια στην ηλικία των 8 μετά από βραχύχρονη παραμονή σε ίδρυμα διεγνώσθη νοητικά καθυστερημένη. Η δύσκολη οικονομική κατάσταση της οικογένειάς της, η έλλειψη εκπαίδευσης αφού δε μπόρεσε να πάει σχολείο καθώς και η ασθένειά της, την οδήγησαν στην πλήρη εγκατάλειψη του εαυτού της. Έτσι, συνήθιζε να κυκλοφορεί βρώμικη και ατημέλητη, συνθήκες που προκαλούσαν την κοινωνική κατακραυγή της περιοχής στην οποία διέμενε. «*Δεν πήγα σχολείο. Όταν ήμουν 8 με 9 χρονών πήγα σε αναμορφωτήριο εκεί που συμμορφώνουν τα παιδιά, αλλά εγώ έκανα πολύ άσχημα πράγματα εκεί πέρα και με διώξαν γιατί δεν ήμουν σαν τα άλλα τα παιδιά, ήμουν βίαιη, πολλά πράγματα και πήρα το χαρτί από αυτό το αναμορφωτήριο. Παλιά κυκλοφορούσα βρώμικη, πολλή βρώμικη δεν είχα βούληση, δεν είχα θέληση για ζωή δηλαδή φορούσα ένα πράγμα μια εβδομάδα δύο. Δεν ήξερα να ντύνομαι και με κορόιδευαν: Κλαούντια Καρντινάλε, βλαμμένο, ηλίθιο, καλόγρια και*

άλλα διάφορα. Δανειζόμουν χρήματα από την εκκλησία και από άλλους ανθρώπους, άφηνα να με αγγίζουν για τα χρήματα οι γέροι [...]. Πριν μπω στον ξενώνα, εγώ δεν ήξερα να κάνω δουλειές. Εδώ μέσα έμαθα να πλένω, να σιδερώνω, να καθαρίζω, να μαγειρεύω και να γίνω νοικοκυρά. Δεν πέρασα καλά στη ζωή μου γιατί ο αδερφός μου ήταν έμπορος ναρκωτικών. Εγώ δεν έχω πάρει ναρκωτικά, ήμουν στο δρόμο του Θεού».

Η εξηντατριάχρονη Τζένη γεννημένη σε ένα χωριό του Νομού, παντρεύτηκε στην ηλικία των είκοσι. Ο γάμος της διήρκησε μόνο τρεις μήνες. Έπειτα εγκαταστάθηκε στην πόλη του Αγρινίου όπου όλα τα χρόνια της ζωής της μέχρι την ηλικία των πενήντα, όπου εμφανίστηκε και η ασθένειά της, δούλεψε σκληρά σε πάρα πολλές δουλειές, βοηθώντας και την αδερφή της που ήταν παντρεμένη στην ίδια πόλη. Διατήρησε μια σχέση για 23 χρόνια χωρίς να παντρευτεί, καθώς ο σύντροφός της δεν ήθελε οικογένεια. Η άσχημη συμπεριφορά του τα τελευταία χρόνια της σχέσης τους, έπαιξε σημαντικό ρόλο στην άσχημη κατάσταση της υγείας της. «*Μόνο στην Πρώτη Δημοτικού πήγα, ίσα ίσα την αλφαβήτα ξέρω. Βάζαμε καπνά, στα είκοσί μου παντρεύτηκα. Ο γάμος κράτησε 3 μήνες, ήταν παλιοτόμαρο. Απέτυχα στο γάμο, με πίνηξαν στο γάμο μου, ήταν με προξενιό. Στα 21 ήρθα στο Αγρίνιο μαζί με την αδερφή μου. Δούλενα στα καπνά. Από τα τέσσερα αδέρφια, μόνο η αδερφή μου, είχε καλό γάμο. Δούλενα στις καπναποθήκες. Ήμουν άτυχη, ο δεύτερος φίλος μου, στην αρχή ήταν καλός, αλλά μετά δε μου φέρθηκε καλά, μετά από 23 χρόνια που ήμασταν μαζί. Στα 30 ζούσα μόνη μου σε γκαρσονιέρα και γνώρισα αυτόν τον φίλο. Πέθανε πριν έξι, εφτά χρόνια. Παιδεμένη τόσα χρόνια, είμαι πολύ βασανισμένο κοριτσάκι! Τα πρώτα χρόνια ήμουν ευτυχισμένη, μετά τα τελευταία χρόνια ήθελε να με σκοτώσει, δεν ήταν άρρωστος όπως εγώ. Στα 50 μου αρρώστησα από μελαγχολία. Ήμουν μισό χρόνο στην Πάτρα, είχα πάει και εδώ στο Αγρίνιο σε γιατρό και δε μου βρήκαν τίποτα και τότε η αδερφή μου με πήρε και με πήγε στην Πάτρα. Με πέρασαν από μηχανήματα, πλήρωσα 300 χιλιάδες για την εξέταση στο μηχάνημα. Ήταν καλοί γιατροί, με πρόσεξαν, δε μπορούσα να φάω, να πιω νερό, είχα κλειστεί στον εαυτό μου, είχε κλείσει ο λαιμός μου. Μετά τις εξετάσεις στα μηχανήματα, με έβαλαν στα φάρμακα και σιγά σιγά άρχισε να ανοίγει ο λαιμός μου. Έξι μήνες έμεινα στο Ρίο. Μια νοσοκόμα από το Ρίο, με έφερε εδώ στον ξενώνα, αυτή ενδιαφέρθηκε για μένα. Ήρθα στο ξενώνα, όταν άνοιξε το 2001».*

Ο Χάρης 62 ετών καταγόμενος από ένα χωριό του Νομού, σε ηλικία 12 ετών πήρε υποτροφία ως άριστος μαθητής για να φοιτήσει σε μια κατωτέρα σχολή στην πόλη του

Αγρινίου. Έτσι, μόνος άρχισε να φτιάχνει τη ζωή του δουλεύοντας για να βγάλει τα έξοδά του καθώς κατάφερε να τελειώσει και μια δεύτερη σχολή του ίδιου επιπέδου. Δεν ασχολήθηκε όμως ποτέ με το αντικείμενο αυτών των σχολών και η επαγγελματική αποτυχία του, τον οδήγησε στην κατάθλιψη. Παρόλο την ύπαρξη μιας πολύ σημαντικής σχέσης στη ζωή του δεν παντρεύτηκε και δεν το έκανε ποτέ, ενώ όνειρό του ήταν να κάνει οικογένεια. Σε όλη τη διάρκεια της ζωής του αισθανόταν πάντα μόνος του και τώρα τα άτομα του ξενώνα τα θεωρεί οικογένειά του. « Έφυγα από το χωριό στα 12 μου χρόνια. Μόνος μου ήρθα στο Αγρίνιο, μόνος μου ζούσα εδώ, τέλειωσα μια κατωτέρα σχολή ηλεκτρολόγων και τρία χρόνια μετά μια άλλη σχολή εργοδηγών, τέσσερα και τρία, επτά χρόνια. Δούλενα πλακάκια, πήγαινα στις σχολές, αλλά δούλενα στα πλακάκια. Τέλειωσα το Δημοτικό και μετά έκανα αυτές τις σχολές, η μια ήταν νυχτερινή η άλλη απόγευμα, δεν ασχολήθηκα ποτέ με το αντικείμενο αυτών των σχολών. Δούλενα στα πλακάκια για 25 χρόνια από τα 12 μου μέχρι τα 37, 38 μου. Μετά έκανα άλλη δουλειά με κεντήματα, σεντόνια δεν είχα μαγαζί, πήγαινα στα νησιά Ζάκυνθο, Κεφαλονιά, Κέρκυρα, Πελοπόννησο πουλούσα λιανική. Αυτή τη δουλειά την έκανα περίπου 16 χρόνια. Άρχισα να την κάνω από τα 42 μου μέχρι τα 58 μου χρόνια μέχρι που μπήκα μέσα εβδομήντα χιλιάδες ευρώ. Σε ηλικία 30 χρονών μια φορά αρραβωνιάστηκα, αλλά δεν παντρεύτηκα ποτέ. Ήθελα να κάνω οικογένεια, από μικρός μου είχε λείψει η οικογένεια, από μικρός ήμουν μόνος και ήταν διπλό για μένα».

Ο Τάσος είναι 54 ετών, καταγόμενος από ένα χωριό του Νομού. Από τα πέντε του χρόνια δούλεψε μαζί με τον πατέρα του σε αγροτικές δουλειές. Στα δεκαπέντε του δούλεψε ως ναυτικός για τριάντα μήνες. Έπειτα ως μετανάστης έζησε στη Ζυρίχη δουλεύοντας σε ένα μαιευτήριο όπου και εισήχθη σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Μετά επέστρεψε στην Ελλάδα για να πάει στρατό, όπου πήγε για πρώτη φορά στο Δαφνί. Ύστερα από συνεχείς υποτροπές μπαινόβγαινε σε ψυχιατρεία και σε κάποιες ψυχιατρικές κλινικές της χώρας ώσπου το 2010 άρχισε να διαμένει στον ξενώνα. «Είχα δικό μου δρόμο από μικρός, πήγα Δημοτικό και δύο τάξεις στο Γυμνάσιο. Από 5 χρονών ακολουθούσα τον πατέρα μου σε όλες τις δουλειές, στα καπνά, στις ελιές. Όλο εμένα έβαζε μπροστά με τυράννησε αυτός ο πατέρας. Με τον πόνο δε βγαίνει τίποτα κυρία Άντα! Έτσι, είναι κυρία μου, με τον πόνο δε βγαίνει τίποτα! Εγώ είχα αυτισμό, είχα δρόμο δικό μου, έβλεπα πάντα τα άλλα παιδιά σαν παιχνίδι αντιπάλων μεταξύ τους. Με αγαπούσαν τα αδέρφια μου τρία αγόρια και η αδερφή μου, ήμασταν σαν αρχαίοι Θεοί. Ξενιτεύτηκα από τα 15 μου χρόνια ήμουν ναυτικός στο εμπορικό ναυτικό. Γύρισα όλη

την Ευρώπη για τριάντα μήνες και μετά πήγα μετανάστης στη Ζυρίχη της Ελβετίας που ήταν η αδερφή μου παντρεμένη εκεί. Δούλευα σε ένα γερμανικό μαιευτήριο, με στριμώζανε στη δουλειά. Μέρα με νύχτα δούλευα στην κουζίνα, με στριμώζανε και ήρθα σε ένα σημείο που λέω: «Τώρα πατήστε με, δε με νοιάζει για τίποτα». Δεν ήταν κρίση, δε μάλωσα με κανένα, αλλά τα βρήκα σκούρα, τα έβλεπα διαφορετικά τα πράγματα. Πέντε χρόνια έζησα στη Ζυρίχη σταδιακά, γύρισα μετά στην Ελλάδα για να πάω φαντάρος και να ξεσκάσω ένα χρόνο στην Ελλάδα, αλλά υποτροπίασα όταν ήρθα. Εντωμεταξύ έκανα πολύ έρωτα με τις νοσοκόμες στο μαιευτήριο και αδυνάτισε ο οργανισμός μου από τον πολύ έρωτα. Εγώ πάντα τον έρωτα έψαχνα, το γυναικείο έρωτα και αν με ρωτήσεις καμία φορά θα σου πω ότι δε με λένε Τάσο, έρωτα με λένε, αλλά τώρα από σεβασμό δε στο είπα. Εγώ γεννήθηκα για τον έρωτα, κατάλαβες; Στη Ζυρίχη μετά άρχισα να δουλεύω, να καθαρίζω τζάμια σε πολυκατοικίες, με τη σκούπα καθάριζα και κατέκατσε πάλι ο οργανισμός μου, δεν έπαιρνα φάρμακα και υποτροπίασα πάλι. Γύρισα στην Ελλάδα ήταν βάρβαρος ο πατέρας μου, πέρασε και αυτός πολλά και ξέσπασε σε εμένα. Η μανούλα μου, έλεγε: «Ο γιος μου είναι στο ψυχιατρείο» και αυτός έλεγε: «Και τι πειράζει; Άστον!» Έπαιρναν τηλέφωνο την αστυνομία και με πήγαινε στο Δαφνί και μετά με δεχόταν πάλι η μανούλα μου. Με χτυπούσε ο αδερφός μου, μου έσπασε το σβέρκο. Του έλεγα: «Γιατί με χτυπάς;» και μου έλεγε για να φοβάσαι. Εγώ να φοβηθώ εσένα; Εγώ ήμουν κοσμογυρισμένος, κανένα δε φοβόμουν».

3.2.3. Οι ασθενείς του ξενώνα Ίριδα

Η σαρανταεφτάχρονη Ρένα μοναχοπαίδι και ορφανή καταγόμενη από ένα χωριό κοντά στην πόλη του Αγρινίου. Η μητέρα της πέθανε όταν η Ρένα ήταν 15 ετών. Έτσι, σταμάτησε το σχολείο για να φροντίζει τον πατέρα της, ο οποίος πέθανε όταν η ίδια ήταν τριάντα χρονών. Ήδη από τα είκοσι της χρόνια είχε αρχίσει να επισκέπτεται τις ψυχιατρικές κλινικές ξεκινώντας από το Δαφνί μετά από ένα αποτυχημένο αρραβώνα. «Γεννήθηκα στην Αθήνα, αλλά μεγάλωσα στο χωριό κοντά στο Αγρίνιο, ο μπαμπάς μου ήταν από αυτό το χωριό και η μαμά μου από ένα άλλο κοντινό χωριό, είμαι μοναχοπαίδι. Η μαμά μου δούλευε σε μια αποθήκη με ελιές και ο πατέρας μου δούλευε και αυτός σε αποθήκη με ελιές και μετά σε οικοδομές. Σχολείο πήγα στο χωριό μέχρι την Πρώτη Γυμνασίου και εκείνο το διάστημα πέθανε η μαμά μου και έκατσα στο σπίτι να κάνω

δουλειές, δεν έμαθα τίποτα άλλο. Ήμουν 19, 20 χρονών αρραβωνιάστηκα ένα παιδί, αλλά δεν τον παντρεύτηκα, έλεγα πως ήμουν μικρή και έτσι τα χάλασα, δεν ήθελα να παντρευτώ. Μετά από αυτούς τους αρραβώνες, αρρώστησα πήγα σε ένα ψυχίατρο στην Αθήνα. Η θεία μου με έβγαλε ότι ήμουν άρρωστη. Εγώ δε θυμάμαι να έκανα κάτι, όλα τα έφτιαχνα, μετά με ζαναπήγε, με ζαναπήγε με τον πατέρα μου, με τη γειτόνισσα. Σ' αυτόν τον ξενώνα ήρθα από την αρχή πρώτα ήταν εκεί που είναι τώρα το Κ.Ψ.Υ. για λίγο καιρό και μετά ήρθαμε εδώ. Καλά είναι εδώ στον ξενώνα, έμεινα τέσσερα χρόνια εδώ στον ξενώνα, ένα χρόνο στο προστατευόμενο διαμέρισμα και πέντε χρόνια που μένω στο σπίτι μου και έρχομαι εδώ μέχρι το μεσημέρι. Παίρνω και τα φάρμακά μου, τρώω εδώ και μετά πάω στο σπίτι μου στο χωριό, αλλά γιορτές κάνω εδώ, Χριστούγεννα, Πάσχα, Απόκριες. Ο μπαμπάς μου πέθανε όταν ήταν 59 ή 69 χρονών, δεν θυμάμαι ακριβώς. Έχει πολλά χρόνια, όταν ήμουν εγώ τριάντα και ήμουν στο Δαφνί και όλα αυτά τα χρόνια είμαι μόνη μου».

Η Ελένη 68 ετών άγαμη κατάγεται από ένα απομακρυσμένο χωριό της Ευρυτανίας. Η οικογένειά της αποτελούνταν από εννέα άτομα, πήγε στο σχολείο όταν ήταν δεκατριών ετών και ολοκλήρωσε τις τρεις πρώτες τάξεις του Δημοτικού. Έπρεπε να κάνει δουλειές δηλαδή να βοηθάει τους γονείς της στις αγροτικές δουλειές καθώς οι ίδιοι ήταν μεγάλοι ηλικιακά και έπρεπε να τους βοηθήσει. Η πατριαρχική αντίληψη βάσει της οποίας δεν αποδίδονταν ιδιαίτερη βαρύτητα στη μόρφωση του γυναικείου φύλου αλλά κυρίως η ενασχόλησή του με τις αγροτικές και οικιακές εργασίες, η ίδια περιγράφει. «Εκεί που μεγάλωσα εγώ δεν είχε γειτονιά, ήταν ερημιά. Δούλευα στα χωράφια, προπαντός δούλευα στα ζωντανά γίδια, πρόβατα, στο σπίτι ζύμωμα, μαγείρεμα, σφουγγάρισμα, τα μαντριά καθαρίζα, δούλευα σκληρά, ξύλα να φέρω στο σπίτι. Πήγα τρεις τάξεις στο σχολείο και ένα μήνα στην Τετάρτη Δημοτικού και μετά το έκοψα. Μου άρσε το σχολείο, αλλά μου είπε ο πατέρας μου: «Αύριο δε θα πας καθόλου στο σχολείο». Εγώ όμως δεν τον άκουσα και πήγα και το βράδυ τις έφαγα από τον πατέρα μου γιατί είχαμε δουλειές. Μ' έστειλαν μεγάλη στο σχολείο, δεν πήγα από μικρό, στα δεκατρία μου πήγα στο σχολείο. Ο πατέρας μου είχε δίκιο, βέβαια δεν έπρεπε να πάω, αλλά δεν έπρεπε να με βαρέσει. Δεν ήθελε καθόλου να πάω στο σχολείο. Η μάνα μου τα κατάφερε που έβαζε κόσμο από εδώ και από εκεί για να του λένε να με αφήσει να πάω, τα άλλα μου τα αδέρφια πήγαν κανονικά. Ήθελα να συνεχίσω το σχολείο, αλλά έπρεπε να βοηθάω στις δουλειές, τη μάνα μου που ήταν μεγάλη και κακώς που πήγα τρία χρόνια, έπρεπε να πάω μόνο ένα. Είχα και μια φοβία από τον πατέρα μου καλός ήταν αλλά ήταν

άρρωστος. Στο μυαλό είχε σκανταλιστεί που πέρασε πόλεμο ο άνθρωπος, πέρασε τιμωρία μεγάλη, δουλειές, φτώχεια. Δηλαδή όταν μιλάω ή με άντρα ή με γυναίκα με πιάνει τρέμουλο. Τώρα αυτή τη στιγμή που μιλάμε μαζί, δε νιώθω τρέμουλο, αλλά με το γιατρό δε μπορώ να καθίσω να μιλήσω ή με κάποιον άλλο. Χτυπάει μέσα μου, με πιάνει ταραχή και τρέμω, δε μπορώ να κουβεντιάσω. Δεν παντρεύτηκα, με ζήτησαν καλά παιδιά, ούτε άρρωστα ήταν, αλλά ο πατέρας μου δεν ήθελε να με παντρέψει γιατί έλεγε ότι η τσούπα μου, μας βοηθάει και δε μπορεί να παντρευτεί. Η μάνα μου ήθελε να με παντρέψει στο σπίτι, αλλά δεν είχα και σπίτι, ήταν χαλασμένο το σπίτι, αλλά δεν ήθελα και μόνη μου. Απ' τη μια μεριά ήμουν άξια για όλες τις δουλειές, τις έκανα, κουραζόμουνα πολύ, πάρα πολύ, αλλά απτήν άλλη έλεγα της μάνας μου ότι δε μπορώ να φυλάζω μικρά και να τα μεγαλώσω».

3.2.4. Οι ασθενείς των προστατευόμενων διαμερισμάτων

Ο Ανέστης 49 ετών καταγόμενος από ένα νησί του Ιονίου, μέλος μια οκταμελούς οικογένειας ολοκλήρωσε τις τάξεις του Γυμνασίου και στα δεκαεφτάμισα χρόνια του πήγε στον Πειραιά όπου άρχισε να δουλεύει σε κρουαζιερόπλοια. Αφού υπηρέτησε στο στρατό επέστρεψε στην ίδια δουλειά αλλά σε άλλη εταιρεία κάνοντας μεγαλύτερα ταξίδια και μετά από λίγο χρόνο σ' αυτή τη δουλειά αρρώστησε και εισήχθη για πρώτη φορά σε ψυχιατρική κλινική. Έπειτα επέστρεψε στο χωριό όπου δεν ακολουθούσε καμία φαρμακευτική αγωγή και οι δυσκολίες της ασθένειάς του, τον οδήγησαν στο ψυχιατρείο με εισαγγελικό. Μετά από μια βραχύχρονη νοσηλεία, επέστρεψε ξανά στο νησί και μετά από ένα φόνο που διέπραξε, οδηγήθηκε στον Κορυδαλλό, έπειτα στο ψυχιατρείο της Τρίπολης, ύστερα στον ξενώνα Αργώ και τέλος στο προστατευόμενο διαμέρισμα, όπου διαμένει μέχρι σήμερα. «Τελείωσα το Γυμνάσιο με σκονάκι. Πήγα στον Πειραιά 17,5 χρονών και δούλεψα σε κρουαζιερόπλοια στη Μεσόγειο εφτά ημέρες κρατούσαν οι κρουαζιέρες Αίγυπτο, Κύπρο, Τουρκία. Μετά γύρισα και πήγα στρατό, γύρισα από το στρατό στα 22. Μετά ξανά στην ίδια δουλειά, αλλά σε άλλη εταιρεία τέσσερις μήνες δούλεψα εκεί και μετά αρρώστησα είχα πάει στο Λος Άντζελες, με πρέσαραν στη δουλειά και αρρώστησα. Με απείλησαν, φοβήθηκα εγώ και σηκώθηκα και έφυγα δεν τα κατάφερα στη δουλειά και αρρώστησα εξαιτίας και μιας απόρριψης μιας κοπέλας. Εγώ ήμουν νυχτοφύλακας και αυτή δούλεψε στο καζίνο. Αρρώστησα εξαιτίας

της άσχημης συμπεριφοράς των ανθρώπων. Είπα στον αρχικαμαρώτο ότι δε μπορώ να δουλέψω και έφυγα, αλλά μετά από έξι μήνες ξαναπαρκάρισα και εκεί ήταν το τελειωτικό. Πήγα στο γιατρό στο καράβι του έλεγα παράλογα πράγματα και μετά με πήγαν από τη δουλειά, ο εφοπλιστής σε μια ψυχιατρική κλινική στην Αθήνα. Όταν είχα καταλάβει το πρόβλημα, δεν το είπα σε κανένα σχιζοφρένεια είχα, οχτώ ημέρες έκατσα στο καράβι μετά με πήγαν με ασθενοφόρο στη κλινική στα 23 μου. Μου έκαναν υπνοθεραπείες για δέκα μέρες και ήρθε ο αδερφός μου και με πήρε υπ'ευθύνη του. Το έμαθαν οι γονείς μου, αλλά δεν ήξεραν ότι αρρώστησα τόσο πολύ, τα αδέρφια μου το γνώριζαν. Γύρισα στο νησί και πήγα στο χωριό μου. Με το που έφυγα από την κλινική, δε με παρακολουθούσε κανένας ψυχίατρος, δεν έπαιρνα φάρμακα, δε μπορούσα στο χωριό. Δούλεψα τρία χρόνια οικοδομή είχα κρίσεις και ο αδερφός μου με πήρε και με πήγε σε ψυχίατρο εκεί στο νησί. Με παρακολουθούσε ο γιατρός και μου έκανε αλοπεριντίν ενέσεις, είχα καλές σχέσεις με τους δικούς μου, αλλά δεν καταλάβαιναν ότι μου έχει στρίψει τελείως και ότι έχω αρρωστήσει τόσο πολύ, ήταν ψύχραιμοι. Έκανα φασαρίες στο νησί, με 'στειλε η αστυνομία στην Τρίπολη πήγα και είπα στο ψυχίατρο ότι θέλω να φύγω, πήρε ο γιατρός τηλέφωνο και είπε στους δικούς μου: «Ο Ανέστης είναι καλά, ελάτε να τον πάρετε». Δέκα μέρες περίπου έμεινα εκεί, αλλά ο γιατρός δεν έπρεπε να με διώξει. Είπαν στο πατέρα μου να κάνω μια αλοπεριντίν κάθε 20 ημέρες, αλλά ο πατέρας μου δε το πήρε ζεστά και δε μου έδωσαν καθόλου φάρμακα. Έπαιρνα κάτι λίγα, δε με πρόσεζαν και δεν έπρεπε και ο γιατρός να με αφήσει να φύγω αφού δεν ήμουν καλά και μετά χτύπησα έναν άνθρωπο με μαχαίρι και πέθανε μετά από δύο μήνες στο νησί. Είχα πάθει κρίση και μετά πήγα φυλακή στο Κορυδαλλό. Έμεινα εκεί τρεις μήνες, με είδε πραγματογνώμονας και με έδιωξε την άλλη μέρα, με έστειλε στο ψυχιατρείο Τριπόλεως. Με έφεραν Αγρίνιο επειδή ήμουν καλά και για να μην είμαι κοντά στο νησί γιατί είχα εχθρούς και από το 2000 είμαι στο Αγρίνιο».

Ο Ζήσης 56 ετών γεννημένος σε ένα χωριό του Νομού, άγαμος έχει άλλες δύο αδερφές παντρεμένες οι οποίες ζουν σε πόλεις μακριά από την πόλη του Αγρινίου. Σύμφωνα με τη γνώμη του ήταν άρρωστος από μικρός και μια ερωτική απογοήτευση επηρέασε την ψυχική του ισορροπία. Πρώτη φορά επισκέφτηκε γιατρό στη Βουλγαρία. Σχολείο πήγε μέχρι το Δημοτικό και έπειτα εργάζονταν ως γυρολόγος ακόμα και όταν ζούσε στον ξενώνα. «Δεν παντρεύτηκα ποτέ, έχω δυο αδερφές παντρεμένες, αγρότες ήταν οι γονείς μου, ανέμελα χρόνια τα παιδικά μου χρόνια. Τελείωσα το Δημοτικό, δεν πήγα πιο πάνω. Μετά έγινα γυρολόγος, πουλούσα ρολόγια μαγνητόφωνα, μπουφάν και

εδώ όταν ήμουν την έκανα αυτή τη δουλειά για 20 χρόνια την έκανα αυτή τη δουλειά. Δεν υπηρέτησα φαντάρος, την ασθένεια μου μπορεί να την είχα σε όλη μου τη ζωή και να μην το ξέρω. Εδώ στο κεφάλι μου, όταν ήμουν μικρός με χτύπησε ένα άλογο από εκεί νομίζω ότι έπαθα τη ζημιά ήμουν δύο, τριών χρονών. Αρρώστησα 17 χρονών και πως αρρώστησα τα ξέρω όλα. Τα είχα ρίξει σε μια γκόμενα, ήμουνα εντάξει. Αυτή η γκόμενα ας πούμε πως ήρθε σήμερα της τα έριξα, έφυγε, δεν ήθελε. Την άλλη μέρα, ήρθε μόνη της. Από τότε δε μπορούσα να κάνω τίποτα, από τότε αρρώστησα 17 χρονών. Πήγα στη Βουλγαρία, εκεί μου είπαν οι γιατροί: «Έχεις ένα μικρό πρόβλημα, δεν έχεις τίποτα, αλλά να πας με γυναίκα μου είπαν». Εδώ στην Ελλάδα, δε μπορούσα να πάω με γυναίκα γιατί το περιβάλλον ήταν στενό και θα το μάθαιναν όλοι και δεν ήθελα να μαθευτεί αυτό. Όπως και κανένας δεν ξέρει τίποτα και στο χωριό μου που πάω, μου λένε: «Τι αρρώστια έχεις εσύ; Εσύ δεν έχεις τίποτα», από τότε αρρώστησα. Μου είπε ο γιατρός: «Δεν έχεις καμία φίλη στην Ελλάδα να πας;» Εγώ δε μπορούσα να πάω γιατί ήταν στενό το περιβάλλον και μου είπε: «Αν δεν πας, ζαναέλα», εγώ δεν ζαναπήγα. Είχα πάει στη Βουλγαρία για να επισκεφθώ το γιατρό μετά γύρισα ζανά στο χωριό και συνέχισα να κάνω τη δουλειά μου. Μετά ζαναπήγα στο γιατρό όταν αρρώστησα. Αρρώστησα βαριά ήμουν 37 χρονών 38 κάπου εκεί μέσα από τότε γυρνάω στους γιατρούς, τότε όμως δεν είχα πάει σε γιατρό. Έφυγα πήγα στην Αθήνα, εκεί αρρώστησα, έβγαλα τα ρούχα μου στο δρόμο, γυμνός εντελώς. Με έπιασε η αστυνομία και με πήγε στο Δαφνί, από τότε κατάλαβα την αρρώστια μου».

Ο Φοίβος είναι 47 ετών και κατάγεται από το Αγρίνιο είναι άγαμος και έχει σπουδάσει δάσκαλος ενώ παράλληλα εκείνο το διάστημα των σπουδών του εργαζόταν σε τράπεζα. Έχει πάρα πολλές νοσηλείες σε ψυχιατρικές κλινικές και πριν ξεκινήσει να ζει στο διαμέρισμα, ζούσε μόνος του σε σπίτι που νοίκιαζε ο ίδιος ενώ προηγουμένως είχε ζήσει για λίγο στον ξενώνα Ίριδα. «Η ασθένεια μου εμφανίστηκε όταν ήμουν 20 χρονών, στα μισά της σχολής είχα το πρόβλημα, αλλά την τέλειωσα τη σχολή. Είχα και ένα υψηλό δείκτη ευφυΐας οπότε δεν παρακολουθούσα τη σχολή επειδή δούλευα σε τράπεζα απλά πήγαινα και έδινα εξετάσεις. Μόνο, ιδιαίτερα έκανα σε σχέση με αυτή τη δουλειά. Από τα 20 μέχρι τα 26 μου, μπαινόβγαινα στα ψυχιατρεία, τα έχω γυρίσει όλα. Έμεινα στον ξενώνα παλιά για λίγες μέρες, είχα πρόβλημα επειδή έμεινα στο πατρικό μου παλιά και επειδή είχα πρόβλημα με το σπίτι μου, έμεινα για πρακτικούς λόγους». Κλινικά η έναρξη της σχιζοφρένειας παρατηρείται συχνότερα κατά την εφηβική ή τη νεαρή ενήλικη ζωή του ατόμου. (Μάνος, 1997: 138)

3.2.5. Οι αιτίες και οι εκδηλώσεις της ψυχοπαθολογίας των ασθενών

Παράγοντες όπως η κοινωνική αποργάνωση, το επαγγελματικό στρες, «μεταβατική κατάσταση» και η «κοινωνική παρέκκλιση» ενοχοποιούνται στην εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας. (Μαδιανός, 2006: 30) Οι δυσκολίες στη διαχείριση των συμπτωμάτων της ψυχική ασθένειας για τους ασθενείς περιγράφονται ποικιλοτρόπως από τον κάθε ασθενή ανάλογα με το περιβάλλον και τις συνθήκες ζωής του εκείνη τη χρονική περίοδο. Συγκεκριμένα, ο Ανέστης αναφέρεται στην αδυναμία του σε σχέση με την επικοινωνία και την αντίληψή του: *«Τώρα που μιλάμε με βλέπεις καλά αν κουβεντιάζαμε πριν μερικά χρόνια, ήμουν φευγάτος δηλαδή να μου έκανες μια ερώτηση και να μην ήξερα να σου απαντήσω, να ήμουνα στον κόσμο μου ή να κουβεντιάζεις εσύ με έναν άλλο και να μη καταλαβαίνω τι λέτε δηλαδή ακόμα και εδώ όταν ήταν ο άλλος άρρωστος, δεν του έδινα σημασία, δεν τον κουβέντιαζα, δε με ένοιαζε. Όταν δούλευα στην οικοδομή στο νησί, ήμουν φευγάτος και τραγούδαγα, δε μπορούσα να επικοινωνήσω. Τσακώθηκα στην οικοδομή έλεγε ένας που δουλεύαμε μαζί ανέκδοτα και νόμιζα ότι τα έλεγε για μένα και τον χτύπησα και με παράτησε ο εργολάβος. Έκανα φασαρίες στο νησί, είχα απειλήσει άνθρωπο με όπλο, είχα ανοίξει το δικαστήριο με γροθιές και κλωτσιές, παραφερόμουν».* Η έλλειψη συνεργασίας του Νικηφόρου με τον συνεργάτη του και η άσχημη συμπεριφορά προς τον ίδιο καθώς και η έλλειψη μιας υγιούς προσωπικής ζωής οδηγούσε τον Νικηφόρο σε πράξεις απελπισίας: *«Στη δουλειά με φώναζε συνέχεια και με έβριζε ο οδηγός που συνεργαζόμασταν και κάναμε διανομές με έλεγε: «Τρελό, ναρκομανή ότι δε μπορώ να οδηγήσω!» Με καταπίεζε και εγώ δε μπορούσα να δουλέψω έτσι. Ήθελα να τον εκδικηθώ, έκλεβα αμάξια φορτηγάκια, αυτά της δουλειάς. Με πιάσανε τρεις φορές και την τρίτη φορά δικάστηκα τρία χρόνια με αναστολή, αλλά πλήρωσε ο πατέρας μου και δεν πήγα φυλακή, θα πέθαινα εγώ εκεί μέσα. Πήγαινα στα μπαρ και έπινα, μεθούσα και εκεί έπαιρνα τηλέφωνο όποιον να 'ναι και έλεγα ότι αύριο θα έρθω με λουλούδια να αρραβωνιαστώ την κόρη σου και αυτοί που είχαν τα μαγαζιά με έδιωχναν μου έλεγαν να μην ξαναπάω, δεν έκανα φασαρίες, ήμουν ήσυχος, μόνο έπινα. Όλες οι σχέσεις μου κρατάγανε μόνο δύο τρεις μήνες μετά με παρατάγανε, στεναχωριόμουν, ζέσπαγα στο ποτό».* Η Ρένα περιγράφει τη δική της κατάσταση: *«Όταν αρρώστησα δεν πλενόμουν, γύριζα άπλυτη, περπάταγα όλη μέρα, δεν έτρωγα, πέταγα πράγματα, πέταγα τα ρούχα μου στα σκουπίδια, φόραγα ρούχα, αλλά πέταγα ότι δε μ'άρεσε, έσπαγα τα φλιτζάνια μου, έβγαινα στο μπαλκόνι και χόρευα και η θεία μου η καημένη, μου έλεγε: «Έμπα μέσα Ρένα, έμπα μέσα!» Και εγώ όταν τα έσπαγα*

όλα, όταν μου έφρευγε αυτή η μανία, έμπαινα μέσα. Αυτό το έκανα στην αρχή, μετά δεν το έκανα συνέχεια και ίσως για κάτι ήμουν χαρούμενη, ίσως το έκανα γιατί δεν είχα τι να κάνω, δεν ξέρω». Ο Μάξιμος αναφέρεται στις δύσκολες ψυχολογικές καταστάσεις που βρέθηκε: «Έχω δει πολλά, ψυχές σκυλιών, νεκρούς να περνάνε μέσα από φωτιά, νόμιζα ότι άκουγα φωνές από ένα φίλο μου που τον σκότωσαν στην Αθήνα, νόμιζα ότι ήμουν απεσταλμένος, ότι θα γίνει πόλεμος, έτσι ξεκίνησε η ασθένειά μου. Εγώ από άγχος το έπαθα και από πίεση που αισθανόμουν από τους άλλους, όταν ζούσα στην Αθήνα». Η Αγάπη περιγράφει τις αιτίες που της προκάλεσαν την ασθένεια: «Στο τέλος της σχολής εμφανίστηκε η ασθένεια γιατί έφυγα από εδώ μια μαθήτρια του 19 και στη σχολή έβλεπα τους βαθμούς μου να είναι χαμηλοί, με επηρέασε αυτό. Ήμουν ερωτευμένη και με ένα παιδί και δεν είχα ανταπόκριση. Ήμουν φτωχή δεν είχα λεφτά να βγω για ένα καφέ να ξεσκάσω, δεν είχα χρήματα να ψωνίσω για να φτιάξω τη διάθεσή μου όπως τώρα και όπως κάνουν όλες οι γυναίκες. Μαζεύτηκαν όλα μαζί και κλείστηκα στον εαυτό μου. Δεν ήθελα να δω τους φίλους μου, ένιωθα ότι όλοι με προδίδουν, ότι δε με αγαπάει κανένας. Ένιωθα ότι ακούω φωνές και απειλητικές φωνές και τώρα το παθαίνω που μου λένε: «Θα το κάνεις αυτό γιατί αλλιώς θα σου σκοτώσω τον αδερφό ή θα σου πειράξω τη μάνα.» Μου λέγανε: «Κάνε αυτό!» ή ότι με παρακολουθούσανε ακόμα και στην τουαλέτα μου. Είχα τη μάνα μου να με ηρεμεί, αλλά πόσο να με ηρεμήσει και αυτή. Μου έλεγε: «Μη σκέφτεσαι τίποτα, δεν είναι τίποτα. Κοίτα τι θα κάνεις εκεί με τη σχολή σου, δεν έχουμε λεφτά.» Την άκουγα, αλλά αυτές οι φωνές γίνονταν πιο απειλητικές και ακόμα τώρα και από συγγενικά μου πρόσωπα και μου λένε ότι τώρα κάνουμε αυτό στη μάνα σου ή σε ένα φίλο σου και μου κάνουν μετά: «Να!» απειλητικά». Σύμφωνα με τον Economidou, (2013), οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ενηλίκων είναι ιδιαίτερα εμφανείς στην αύξηση των ψυχικών διαταραχών και συγκεκριμένα της κατάθλιψης που φτάνει το 8,2% (2011) σε αντίθεση με το 3,3% το (2008). (Στυλιανίδης, 2014) Η οικονομική κρίση και οι δυσκολίες της επιχείρησης του Χάρη προκάλεσαν την άσχημη ψυχολογική του κατάσταση: « Δεν πήγα καλά με τη δεύτερη δουλειά, ήρθε η κρίση και με βάλαν μέσα γύρω στις 70.000 ευρώ βερεσέδια πχ είχα πελάτισσες που μου δίναν για πλάκα 700, 800 ευρώ και τώρα που μου χρωστούν 200, 300 ευρώ, δε μπορούν να μου τα δώσουν. Είχα κατάθλιψη δεν πήγα σε γιατρό, περίπου μου πήρε ένα χρόνο να το καταλάβω. Έκανα μια βλακεία, είχα πάρει κάτι και αρρώστησα, ήταν χλωρίνη, μπορώ να πω. Κατάλαβα τι έκανα, πήρα ένα φίλο και πήγαμε στο νοσοκομείο εδώ. Την πήρα γιατί ήμουν σε μια κατάσταση πολύ άσχημη, εξαιτίας της μελαγχολίας μου και αυτό μου εξέφρασε μια κρίση». Ο Φοίβος υποστηρίζει τη γνώμη

του σχετικά με τις συνέπειες της ψυχικής ασθένειας: «*Η βαριά ψυχική ασθένεια σου διαλύει όχι απλά τη ζωή σου, σου διαλύει τον ίδιο σου τον εαυτό γιατί δεν είναι το ίδιο να νοσεί το σώμα με αυτό που λέμε ψυχική νόσο γιατί το ψυχολογικό έχει να κάνει με την ταυτότητα με το ποιος είσαι. Όταν αυτό διαλύεται, έχεις χάσει πολλά περισσότερα από το να έχανες ένα πόδι. Μπορεί να σου φανεί υπερβολικό, αλλά θα προτιμούσα να είχα χάσει ένα πόδι από όλα αυτά που πέρασα [...]*» Οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης της Ελένης στην απομακρυσμένη περιοχή του χωριού όπου διέμενε με τους γονείς της και τα λόγια των χωριανών στην περιοχή υπακούοντας τον αδερφό της νοσηλεύτηκε για πρώτη φορά: «*Την πρώτη φορά οι γειτόνοι κορόιδεψαν τον αδερφό μου, του είπαν άσχημα λόγια και με πήγαν στο Αιγινήτειο. Δεν ήμουν άρρωστη για να πάρω τέτοια φάρμακα, πήγα να πεθάνω. Έπαθα και στοματίτιδα, έκατσα τρεις μήνες και μετά με πήρε ο αδερφός μου υπ'ευθύνη του και έμεινα σπίτι του στην Αθήνα για μια εβδομάδα. Έκοψα τα φάρμακα που μου έδωσε ο γιατρός και συνήλθα και μετά επέστρεψα στο χωριό γιατί είχαμε ζωντανά και έπρεπε να τους βοηθήσω. Στα 18 εμφανίστηκε η αρρώστια στα 18 έβλεπα, ότι μου μιλούσαν άτομα, έβλεπα φαντάσματα, ήμουν μόνη μου στην ερημιά τσοπάνης. Σκιαζόμουν, που και που συναντιόμουν με άλλα κορίτσια που ήταν τσοπάνηδες». Σύμφωνα με τον Goffman οι συγγενείς των ασθενών ως κηδεμόνες τους, οδηγούν τους ασθενείς στις ιατρικές υπηρεσίες είτε με τη συναίνεσή τους είτε υπό συνθήκες πίεσης. (Goffman, 1994: 312) Η Αγάπη περιγράφει την πρώτη φορά που επισκέφτηκε γιατρό με την παρότρυνση των συγγενών της: «*Πήγα στον ψυχίατρο στο Δαφνί χωρίς να το ξέρω με τη μαμά μου, τον αδερφό μου και τη θεία μου που είχε τρελαθεί ο θείος μου και εκεί η ψυχίατρος μου άρχισε τις ερωτήσεις για να καταλάβει αν είμαι άρρωστη και τους ρώτησε αν με έφεραν με τη θέληση μου γιατί υπάρχει νόμος. Δεν ξέρω όμως τι της είπαν. Τότε ένιωθα ότι με παρακολουθούν, ότι μου μιλάνε φωνές, αλλά όχι στο σημείο να χτυπήσω κάποιον, δεν ήθελα να πάρω τα φάρμακα. Τους έλεγα, ότι δεν είμαι τρελή, να φύγουμε και τότε η γιατρός μου κάνει μια ερώτηση για να με παγιδέψει με ρώτησε αν έχω σκεφτεί ποτέ να αυτοκτονήσω και της απαντώ: «Και ποιος δεν το έχει σκεφτεί;» Αφού μου λέει απάντησες έτσι, χρειάζεσαι βοήθεια και μου έδωσε φαρμακευτική αγωγή και μου τα έδωσε σπίτι η μαμά μου να τα πιω και όλο το βράδυ αν με βλέπατε τα πόδια μου ταράζονταν, μου είχε δώσει πολύ μεγάλη δόση και κλωτσούσα. Είχα σπασμούς τις πρώτες μέρες και μετά από δύο μέρες πήγαμε πάλι στη γιατρό και αντί να μου δώσει το ρεσπελέν των τέσσερα, μου έδωσε των δύο. Μετά συνήθισα, έπαθε το πρώτο σοκ ο οργανισμός μου και άρχισα να πρήζομαι, πρώτα είχα μέση, είχα πόδια. Έπαιρνα την αγωγή και την επισκεπτόμουν στην αρχή κάθε εβδομάδα, μετά κάθε δύο**

εβδομάδες και μετά κάθε μήνα. Της είπα ότι δεν το καταλαβαίνω πως θα πίνω φάρμακα μια ζωή και πως θα είμαι άρρωστη μια ζωή. Μου είπε, ότι είναι πολύ σοβαρή ασθένεια δεν περνάει εύκολα και ότι θα περάσει σε τρία χρόνια και έκανα υπομονή και μόλις πέρασαν τα τρία χρόνια πήγα και της είπα ότι εγώ δε θέλω άλλο να παίρνω τα φάρμακα και μου είπε ότι δε μπορεί να με αφήσει χωρίς φάρμακα και αν τα σταματήσω θα είναι με δική μου ευθύνη και μετά σταμάτησα να τα πίνω. Είχα λίγα νεύρα παραπάνω γιατί είναι σοκ για τον οργανισμό να παίρνεις τόσο βαριά φάρμακα και μετά να μην τα παίρνεις». Είναι εξαιρετικά δύσκολο ο ασθενής να αντιληφθεί ότι η χρόνια διαδρομή της νόσου καθιστά απαραίτητη τη συστηματική φαρμακοθεραπεία συντήρησης παρά την απουσία ενεργών συμπτωμάτων. Ακόμη είναι δύσκολο ο ασθενής να συνδέσει την υποτροπή της νόσου με την ελλιπή τήρηση ή τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας. (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2005: 555) Ο Μάξιμος περιγράφει τη δική του περίπτωση: «*Το ποτό και το μαύρο το είχα κόψει μόνος μου μαχαίρι γιατί δεν το ήθελα άλλο. Δεν το κατάλαβα, ξέρεις τι έπαθα; Πήγα ας πούμε σπίτι, μου δίνει ένας τέτοιο, το πετάω στην τουαλέτα. Ξέρω εγώ, την ίδια μέρα ήταν; Δε θυμάμαι ποια μέρα ήταν πάντως το έκοψα, δε θυμάμαι ποια μέρα ήταν. Άρχισε να με πονάει το κεφάλι μου, να έχω κάτι σαν ημικρανίες. Μπαίνω κάνω ένα κρύο μπάνιο και βγαίνω μια βόλτα έξω και άρχισαν να φέρνουν όλα σβούρα. Ένα τρελό πράγμα και από εκεί και πέρα άρχισα να μιλάω να μην ξέρω, διάφορα και μετά πήγαινα και στη δουλειά. Έπειτα με κατάλαβαν ο αδερφός μου και κάτι φίλοι μου που έκανα παρέα και έπιναν και αυτοί. Ο αδερφός μου με έστειλε στο χωριό και έτσι ειδοποιήθηκαν οι δικοί μου. Το 2003 επέστρεψα στο χωριό και οι δικοί μου με πήγαν στο ψυχίατρο στο Μεσολόγγι. Δε δεχόμουν τα φάρμακα που μου έδωσε ο ψυχίατρος. Εγώ πιστεύω, ότι είναι το σύστημα. Η τρέλα είναι το σύστημα ότι δημιουργείται λόγω των καταστάσεων. Στην αρχή δεν τα δεχόμουν τα φάρμακα για χρόνια δεν τα δεχόμουν τα φάρμακα. Τα έπαιρνα όμως κανονικά, αλλά μιλάμε για πέντε χρόνια υπέφερα από ακαθισίες, από πόνους στα πόδια, από διάφορα εξωπεριβαλλοντικά συμπτώματα, από χίλια δυο πράγματα που ήταν μέσα στο κεφάλι μου, γινόταν χαμός, γι' αυτό. Δεν ξέρω αν ήταν εξαιτίας τα φάρμακα ή το ψυχολογικό, δεν ξέρω ποιος το προκαλεί αυτό το πράγμα, κατάλαβες;»*

3.2.6. Οι συνθήκες νοσηλείας στις ψυχιατρικές κλινικές

Οι συνθήκες νοσηλείας στις Δημόσιες αλλά και στις Ιδιωτικές κλινικές περιγράφονται από όλους τους ασθενείς ως φρικτές και άθλιες συνθήκες διαβίωσης. Συγκεκριμένα ο

Ζήσης περιγράφει με απαξίωση: «Τι να ήταν το Δαφνί τότε; Πέφτανε όλοι πάνω στα ψωμιά, φαγητά γινόταν της πουτάνας. Εγώ εκεί ένα μήνα κάθισα και έφυγα. Το προσωπικό καλό ήταν, αλλά έφερνε το ψωμί να μπούμε στη σειρά να πάρουμε από μια φέτα και πέφτανε όλοι πάνω. Μια φορά την εβδομάδα κάναμε μπάνιο και ήμασταν κλειδωμένοι μέσα. Εμένα με κλέψανε, είχα κάτι λεφτά και με κλέψανε, είδα κάποιους να είναι δεμένοι, αλλά να τους χτυπούν δεν είδα». Η Ρένα προσθέτει: « Στο Δαφνί γινόταν της κακομοίρας, γάτες από τα παράθυρα, σκυλιά από τα παράθυρα, τρώγαμε με τα σκυλιά, ήταν πολύ βρώμικα και οι ασθενείς δεν ελέγχονταν από κανένα δηλαδή εκεί που έτρωγαν εκεί ενεργούνταν, τα αυτά άχνιζαν». Ο Ανέστης αναφέρεται στη μαζικότητα του ψυχιατρείου και την αυστηρότητα του προσωπικού καθώς και τη διαφορά του ψυχιατρείου σε σύγκριση με τον Κορυδαλλό: «Το χτίριο μεγάλο όπου ήθελε ο καθένας κοιμόταν, το προσωπικό ήταν καλό, έξι άτομα σε κάθε δωμάτιο δεν είχα επικοινωνία με τους άλλους, ήταν όλοι τρελοί. Καπνίζαμε, πίναμε καφέ, κοιμόμασταν, κάναμε όλοι μαζί μπάνιο, εξήντα επτά άτομα κάναμε μπάνιο. Ένα βράδυ ένας έβαλε φωτιά την έσβησα και τον χτύπησαν. Χτυπούσαν όταν έκαναν φασαρία, εμένα δε με χτυπούσαν, με είχαν δέσει όμως πολλές φορές. Πήγα φυλακή στο Κορυδαλλό, έμεινα εκεί τρεις μήνες. Κακοποιά στοιχεία σε προκαλούσαν και προσπαθούσαν να με χτυπήσουν να με προσβάλλουν. Ένα ήμισό χάπι κάθε βράδυ μου έδιναν στη φυλακή και μετά από τρεις μήνες με είδε πραγματογνώμονας και με έδωξε. Την άλλη μέρα με έστειλε στο ψυχιατρείο Τριπόλεως, η αδερφή μου ερχόταν και με έβλεπε, έμενε στην Αθήνα, δεν ερχόταν ο αδερφός μου ο Ντίνος δεν ήθελε, ούτε αυτός, ούτε εγώ, θα στεναχωριόμασταν. Στην Τρίπολη ήρθαν όλοι και με είδαν 32 χρονών νομίζω ήμουν στην Τρίπολη. Έμεινα δύο χρόνια ήταν πολύ ωραία, δε τσακωνόμουν, δε με ενοχλούσε κανένας. Εκεί δούλευα στο ξυλουργείο ήταν σκληρή δουλειά, κουβαλούσα ξύλα, καθάριζα, είχα καλή συνεργασία ήταν μάστορες εκεί που μας πρόσεχαν και εγώ δούλευα όμως δεν καθόμουν, έπαιρνα τη σύνταξη και πληρωνόμουν από αυτή τη δουλειά. Τη σύνταξη την πήρα από τότε που μπήκα πρώτη φορά στην Τρίπολη, μου άρεσε εκεί η ζωή μου, περνούσε ευχάριστα. Έμεινα σε ξενώνες πότε στο E1 πότε στο E2 εγώ και άλλος ένας γέρος ήταν ήσυχα εκεί σε σχέση με τη φυλακή. Μετά από δύο χρόνια έμεινα σε ξενώνα στην Τρίπολη, αλλά το βράδυ δε μπορούσα να βγω έξω. Είχε αυτοκτονήσει ένα παιδάκι στο ψυχιατρείο δηλαδή έβαλε φωτιά και κάηκε μέσα στο δωμάτιο. Έρχονται στο διπλανό δωμάτιο και με ξυπνάνε κάτι νοσοκόμες και μου λένε πήρε φωτιά ο τάδε και μέσα σε δύο ώρες το είχανε ζύσει και το είχανε βάψει για να μην πάρει διάσταση, ότι έχουν ευθύνη οι νοσοκόμοι». Ο Νικηφόρος περιγράφει τον εθελούσιο χαρακτήρα της εισαγωγής του στο Δαφνί: «Πήγα μόνος στις

τρεις το πρωί στο Δαφνί, μου είπαν να πάω στην πτέρυγα των ασθενών με AIDS γιατί δεν είχαν κρεβάτι. Τους είπα: «Μαλάκες είστε;» τι δουλειά είχα εγώ με αυτούς που είχαν AIDS, εγώ δεν έχω AIDS και γι'αυτό και οι νοσοκόμοι με χτύπησαν πολύ άσχημα. Παρόλο που τους είπα ότι εγώ είμαι άρρωστος, δεν είμαι καλά, λέω ό,τι θέλω. Ήταν πολύ χάλια στο Δαφνί έμεινα εκεί όλο το βράδυ. Δεν πήγα εκεί για να φάω ξύλο, αλλά για να γίνω καλά! Φαγητό δεν είχαν να μας δώσουν, μας πέταξαν ένα αβγό και όποιος το έπιανε. Δε μας έδιναν φαγητό, ήμασταν είκοσι άτομα μέσα σε ένα δωμάτιο και όταν έφαγα ξύλο, φώναζα βοήθεια και κανένας δε με άκουσε να βοηθήσει. Ήταν κλειδωμένοι στα δωμάτια και έπαιρναν βαριά φάρμακα. Στις 6 το πρωί ήρθε ο πατέρας μου. Έτσι πήγαμε στο διευθυντή με τον πατέρα μου και του είπα: «Δεν ήρθα εδώ για να φάω ξύλο, αλλά για να γίνω καλά». Στις 8 το πρωί μπάνιο με το λάστιχο, ήταν δυνατό να κάνουμε έτσι μπάνιο; Δεν έκανα μπάνιο, είπα στο πατέρα μου να φύγουμε και ο διευθυντής με άλλαξε πτέρυγα και ήταν καλύτερα τα πράγματα εκεί». Η ύπαρξη κακών και καλών ψυχιατρικών τμημάτων εξαρτάται από την φροντίδα που παρέχεται καθώς στα κακά τμήματα η φροντίδα είναι υποτυπώδη ενώ στα καλά τμήματα είναι ανεκτής ποιότητας. (Ασημόπουλος, 2009: 177) «Στην πτέρυγα αυτή το προσωπικό ήταν καλύτερο, πήγαινες για καφέ, έπαιρνες τυρόπιτα. Κοιμόμουν έτσι και έτσι όχι πάρα πολύ, ήμουν μοναχικός τύπος δεν ήθελα παρέες. Έκλαιγα πάρα πολύ, πολύ κλάμα δεν ήθελα κανένα. Ερχόταν η αδερφή μου να με δει και έφενγε κατευθείαν, δε μπορούσε να με βλέπει έτσι. Σε ένα μήνα ο γιατρός μου είπε φεύγεις, είσαι δεν είσαι καλά, αλλά εγώ του είπα, ότι δεν είμαι καλά, πρέπει να κάτσω ένα χρόνο για να γίνω καλά, όχι μου είπε, εδώ έχουμε σύστημα, κάθεται ένα μήνα και φεύγεις». Το περιβάλλον και οι συνθήκες θεραπείας των Ιδιωτικών κλινικών προσομοιάζουν σε μεγάλο βαθμό με τις εγκαταστάσεις που βρίσκονται υπό δημόσια διαχείριση. (Blue, 1999: 113) «Στην Ιδιωτική κλινική που ήμουν στην Αθήνα μια κοπέλα έριξε τα φάρμακα από το τραπέζι και έρχονται από το προσωπικό και την πήραν και την έδεσαν. Το πρωί την ζέδεσαν, είχε κάνει πάνω της τα κόπρανα. Μια άλλη κοπέλα που μου άρεσε και ήθελα να κάνω παρέα μαζί της, έβγαλε τα μάτια της μόνη της και έμεινε τυφλή, εκεί είχα τρομάζει. Επίσης, μας έδιναν να φάμε με κουτάλια, μα είναι δυνατόν να φας μακαρόνια με κουτάλι; Εκεί στην Ιδιωτική κλινική που ήμουν ήταν ένας άρρωστος, ήταν φίλος μου στο ίδιο δωμάτιο που άκουγε δυνατά μουσική και έσπασε το ραδιόφωνο γιατί ήθελα πολύ ησυχία και οι φίλοι του με απείλησαν αν και αυτά δε περνούσαν σε εμένα. Είχα δώσει στη γιατρό 300 ευρώ σε ένα φακελάκι με παρότρυνση της αδερφής μου και μετά με αγαπούσαν όλοι και το

προσωπικό. Ερχόταν και οι αδερφή μου έφερνε γλυκά και με πρόσεχαν, αυτά θέλουν αυτοί».

Ο Τάσος περιγράφει τη δική του περίπτωση και τις συνθήκες νοσηλείας του στο ψυχιατρείο στη Ζυρίχη που διακρίνονταν για την ιδρυματική του βαρβαρότητα καθώς επίσης εκφράζει την αποστροφή του για τις συνθήκες νοσηλείας του στο Δαφνί: «Στη Ζυρίχη όταν αρρώστησα πρώτη φορά με πήγαν σε ένα νοσοκομείο, χιτλερικό νοσοκομείο, εκατό φορές σαν το Χίτλερ κατάσταση, μου βγήκε η ψυχή «Μπουρκόλσι» το λένε εκεί οι Ελβετοί. Είναι το καλύτερο νοσοκομείο στον κόσμο Ψυχιατρείο, με τυράνησαν εκεί με χτυπήσανε και με χτυπήσανε μαζί με κλωτσιές. Μου κάνανε ενέσεις το πρώτο πράγμα τρεισήμισι μέρες όλο ύπνο, όλο κοιμόμουν, ευτυχώς πως δε μου πέσανε τα μαλλιά από τον ύπνο. Επέστρεψα μετά στην Ελλάδα για να πάω φαντάρος, υποτροπίασα και πήγα στο Δαφνί. Άστα, στο Δαφνί ήταν φρίκη!, κοιμόμασταν σε βρωμιές. Τα λένε αυτά κυρία Άντα; Παντού κόπρανα είχε, όπου και αν κοιμόταν ο καθένας, πως το λένε αυτό, όπου να'ναι, χωρίς τσιγάρα, χωρίς ζέστα, χωρίς [...] μαρτύριο! Όλο λιπαρά μας έδιναν για φαγητό, έπαιζα με το θάνατο αν δε με πρόσεχε ο γιατρός και οι νοσηλευτές, δε θα ζούσα. Πήγα πάλι στη Ζυρίχη, μετά πάλι από τη πολλή δουλειά κατέκατσε ο οργανισμός μου, δεν έπαιρνα και φάρμακα, υποτροπίασα πάλι στο ψυχιατρείο. Τότε μου κάνανε ηλεκτροσόκ, να εδώ, μου ζύρισαν το κεφάλι και μου κάνανε εφτά ηλεκτροσόκ. Εκεί αυτοί μετά είχαν άλλες τεχνικές, κάνανε μουσικοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, άλλα [...] Επέστρεψα πάλι στο Δαφνί έμεινα εφτά χρόνια βρωμιά, ενέσεις, Άστα! τα μαρτύρια του Παντοκράτορα! τα μαρτύρια του Παντοκράτορα! Με κοπάνησαν δύο, κοπάνησα και εγώ. Είχα φίλους εκεί με αγαπούσαν, αλλά ήταν όλοι ομοφυλόφιλοι, απελπίστηκα! Ερχόταν και με παρενοχλούσαν. Μα, ρε Μήτσο με εσένα να πάω εγώ, να κάνω; Δεν πάει. Να κάνω με μια γυναίκα, να κάνω τα πάντα, αλλά με άντρα! Δεν ήθελα να πάω με άντρα. Βρωμιά! Ήταν ομοφυλόφιλοι, ήταν όλοι ομοφυλόφιλοι και ασθενείς με προσωπικό. Να με κυνηγάει ο άλλος δύο μέτρα με το σαμπουάν. Άσε με ρε σου λέω, άστο το παιδί του λέει ο άλλος. Αίσχη! γινόταν εκεί μέσα, μας κλέβανε, πολλές ενέσεις, κουράστηκα. Λαθρέζησα στο Δαφνί, ήταν μια κωμόπολη το Δαφνί ήμασταν 6.000 άνθρωποι μαζί με το προσωπικό. Με πήγαινε κάθε φορά η αστυνομία την καλούσε η οικογένειά μου. Στην Τρίπολη μετά πάλι ενέσεις τα ίδια και εκεί, με δέσανε».

Η είσοδος του ασθενή σε μια ψυχιατρική κλινική αποτελεί μια πράξη βίας, όταν ενεργείται με βάση τη θέληση των συγγενών και μια ιατρική εντολή (που σημαίνει γνωμάτευση από δύο ψυχιάτρους ή από ψυχίατρο και ένα παθολόγο, γεν. γιατρό κ.λπ.)

δεν είναι πάντα νομότυπη, ενώ σχεδόν πάντα είναι ηθικά έκθετη. Επίσης, είναι μια πράξη απάτης καθώς το υπό εγκλεισμό άτομο ναυαγισμένο μέσα στην κατάσταση του, τη δράση των φαρμάκων που του έχουν χορηγηθεί και το πιεστικό ενδιαφέρον των γιατρών και των συγγενών, «πείθεται» με διάφορες παραπλανητικές υποσχέσεις που αναφέρονται στο παρόν και το μέλλον του να περάσει την πύλη του. Η ίδια η έννοια του ακούσιου, εμπεριέχει σαν θεμελιακό της στοιχείο τη βία. (Γρίβας, 1985: 176-177)

Η Αγάπη περιγράφει τη δική της περίπτωση εισαγωγής και διαβίωσης στην κλινική του Ευαγγελισμού, κατόπιν διαδικασίας ακούσιου εγκλεισμού: *«Μου το έκαναν δεύτερη φορά, μου λένε, πάμε για καφέ. Χάρηκα εγώ, ντύθηκα και με πάνε στο αστυνομικό τμήμα η μητέρα μου με τον αδερφό μου στην Αθήνα και νευρίασα τόσο πολύ που χτύπησα τη μαμά μου και της είπα: «Εσύ φταις για όλα, μου έχεις καταστρέψει τη ζωή!» και μετά με βάλανε μέσα στον Ευαγγελισμό. [κλάματα] Συγγνώμη, αλλά όταν τα θυμάμαι, κλαίω[...]* και επειδή δεν κατέβαινα από το αυτοκίνητο μου έκαναν ένεση αναισθησίας και με μεταφέρανε με καροτσάκι μέσα. Ήταν πολύ χάλια εκεί μέσα, αυτά που είδα με τα μάτια μου. Ο ένας έβαζε τα χέρια του μέσα στα πράγματά του και λέρωνε το τραπέζι που τρώγαμε, η άλλη έβγαζε τη μπλούζα της και φαίνονταν τα στήθη της δηλαδή κάτι τρελά πράγματα και με είχαν παρατήσει πάνω σε ένα φορείο για δύο μέρες γιατί δεν είχαν κρεβάτι και μου έκαναν ενέσεις, συνέχεια. Είχα φαγητό, αλλά οι άλλοι κάνανε τέτοια πράγματα και τα σιχαινόμουν όλα εκεί μέσα. Μετά με βάλανε σε ένα δωμάτιο μόνη μου και μετά μου έφεραν μια κοπέλα, αλλά αυτή δε μιλούσε, της μιλούσα εγώ, αλλά αυτή δεν ανοιγόταν. Έμεινα εκεί περίπου δύο μήνες και έπαιρνα συνέχεια φάρμακα. Σηκωνόμουν το πρωί έπαιρνα τα φάρμακα, καθόμασταν λίγο και μετά είχαμε και μάθημα ζωγραφικής, αυτό με έσωσε για να μη τρελαθώ πάρα πολύ εκεί μέσα. Ήταν πολύ καλή κυρία αυτή που μας έκανε και πήγαινα, ζωγράφιζα και ξεχνιόμουν λίγο. Μας έδινε χρώματα και μας έλεγε να ζωγραφίσουμε ό,τι θέλαμε τα συναισθήματά μας και έκαναν συμβούλια οι γιατροί ένα κύκλο και έκαναν διάφορες ερωτήσεις για να δουν πως περνάω. Οι δικοί μου άνθρωποι ήταν πάρα πολύ στεναχωρημένοι, έρχονταν και με έβλεπαν και μου έφεραν τούρτα στα γενέθλιά μου και τους κέρασα όλους. Στη ζωγραφική μιλούσα με τα παιδιά και συνεργαζόμασταν για να κάνουμε ζωγραφίες, σε μια κοπέλα χάρισα ένα μπλουζάκι και με ευχαριστούσε. Το φαγητό ήταν καλό μας το έδιναν πρωί, μεσημέρι, βράδυ μαζί με τα φάρμακα και φούσκωνα και είδα έναν, ο οποίος έβαζε το χέρι του μέσα στο παντελόνι και το σκούπιζε πάνω στο τραπέζι που εγώ έτρωγα και το λέω στη νοσοκόμα και τον φώναζε, αλλά αυτός το ξανάκανε μετά εγώ σιχαινόμουν να φάω». Η Ελένη αναγκάζονταν να κάνει και δουλειές στο χώρο του ψυχιατρείου: *«Ήταν χάλια εκεί, με*

έβαζαν να πλένω τα πιάτα να κάνω δουλειές, με κρύο νερό να κάνουμε μπάνιο. Ήμασταν όλες γυμνές στη σειρά και με το λάστιχο με κρύο νερό μας έκαναν μπάνιο μια, μια. Στο δωμάτιο ήμασταν τρεις και εγώ. Οι άλλες δεν ήταν καλά, ο γιατρός έλεγε στον αδερφό μου, ότι εγώ με τα φάρμακα σε τρεις μέρες ήμουν καλά και σε ένα μήνα να έρθει να με πάρει». Ο Φοίβος περιγράφει τη δική του εμπειρία στους χώρους που αναγκάστηκε να νοσηλευτεί: «Εγώ από τα 20 μέχρι τα 26 μου, μπαινόβγαινα στα ψυχιατρεία, τα έχω γυρίσει όλα. Οι συνθήκες ήταν άθλιες, μπορώ να σου περιγράψω αλλά δε θα σου πει τίποτα, όταν σου λέω άθλιες!, άθλιες! Δεν ξέρω από που να αρχίσω και που να τελειώσω. Αυτό που θα μπορούσα να σου πω σε μια νοσηλεία μου, δε θυμάμαι ίσως να ήταν και η τελευταία αυτή, το μόνο φωτεινό κομμάτι που έχει μείνει στο μυαλό μου είναι κάθε πρωί που έρχονταν οι καθαρίστριες και επειδή ακριβώς δεν είχαν κάποια ειδικευση με το χώρο, δε μας αντιμετώπιζαν και κάπως, μας έβλεπαν σαν ανθρώπους. Οι μόνοι άνθρωποι που συνάντησα σε αυτό το χώρο ήταν οι καθαρίστριες και αν υπήρχαν κατά καιρούς περιπτώσεις γιατρών δηλαδή που κάνανε τη διαφορά ή θα μπορούσαν να κάνουν τη διαφορά, δηλαδή αντιμετώπιζαν πιο ανθρώπινα τα πράγματα κ.λπ. στο πλαίσιο και με τον κόσμο που είναι στελεχωμένοι αυτοί οι χώροι και οι άνθρωποι που συνήθως συναντώ δεν έχουν πολλά περιθώρια να κάνουν κάτι ουσιαστικό. Η εμπειρία μου από τους γιατρούς, τους ψυχολόγους και όσους δουλεύουν σ' αυτόν το χώρο δηλαδή το 90% είναι άχρηστοι και όχι μόνο άχρηστοι αλλά και επικίνδυνοι, δεν είναι ότι δε σε βοηθάνε απλώς, αλλά μπορούν να σε κάνουν και χειρότερα, είτε στο Ιδιωτικό είτε στο Δημόσιο. Αυτό που γίνεται στα ψυχιατρεία δηλαδή συνήθως μετά από εισαγγελικό, έρχεται μέσα ένας άνθρωπος με κρίση. Τον τσακίζουν στα φάρμακα και στις ενέσεις με υπερβολικές δοσολογίες και ίσως αυτό ισχύει κυρίως στις Ιδιωτικές κλινικές, πολλές φορές επειδή δεν υπάρχει η δυνατότητα να πας σε Δημόσιο ψυχιατρείο. Εγώ χρειάστηκε να πάω σε Ιδιωτικές κλινικές που εκεί ήταν ακόμα χειρότερα τα πράγματα, εντάξει δεν τις έχω γυρίσει όλες, αλλά σε αυτές που έχω πάει ως προς τα φάρμακα. Στις Ιδιωτικές κλινικές εντάξει μπορεί να είναι καθαρά, αλλά αυτό είναι αδιάφορο γιατί δεν έχει καμία σημασία για σένα ή να είναι φωτεινά γιατί αυτό που παλεύεις μέσα σου και η αγωνία που νιώθεις, είναι τέτοια που αυτά δεν έχουν καμία αξία. Αυτά μπορούν να αποκτήσουν αξία όταν αρχίζεις να αναρρώνεις εκτός που γίνονται διάφορα στα ψυχιατρεία. Υπάρχουν άνθρωποι που φεύγουν το βράδυ και γυρίζουν το πρωί και κανείς δεν ήξερε που τους πάνε και στο Δημόσιο ψυχιατρείο και σε Ιδιωτικές κλινικές, έχουν αναφερθεί βασανιστήρια. Εγώ ξέρω, αλλά δε μπορώ να σου πω, αλλά έτσι είναι. Ένα μεγάλο ποσοστό του προσωπικού έχει αναπτύξει υψηλότερο βαθμό σαδισμού από το γενικότερο

ποσοστό που υπάρχει στο πληθυσμό. Καλά, στις Ιδιωτικές κλινικές δε το συζητάμε, αλλά και στις Δημόσιες σε πολλές περιπτώσεις, έχει χαθεί ο έλεγχος γιατί ότι και να πεις αυτό που θα πεις δεν το λαμβάνει υπόψη του κανείς. Ακόμη και μετά αν πεις και πας να κάνεις μια καταγγελία, κανείς δε θα σε ακούσει πολύ απλά και για αυτό δεν προχωράω γιατί δεν έχουν καμία αξία. Ανθρώπινα δικαιώματα δεν υπάρχουν σ' αυτούς τους χώρους γιατί απλούστατα δεν έχεις λόγο δηλαδή άσχετα αν είσαι σε θέση να υπερασπιστείς τα δικαιώματά σου. Καταρχήν δεν είσαι και σε θέση να πεις κάτι. Δε λαμβάνεται υπόψη εκτός ότι δε μπορείς να βγεις έξω και λοιπά. Οι καθηλώσεις ως ένα σημείο αυτό είναι αναγκαίο. Όταν είσαι σε κρίση θα χρειαστεί να σε δέσουν ή να σου κάνουν μια ένεση. Το θέμα είναι το μετά και ο τρόπος που γίνονται όλα αυτά. Όλες αυτές οι δομές στα τμήματα που πήγα εγώ, έχω πάει στο Δαφνί, Αιγινήτειο, Δρομοκαΐτειο και σε κάποιες Ιδιωτικές κλινικές, εντάζει το Αιγινήτειο ήταν έτσι πιο καλό σε επίπεδο. Αυτές οι νοσηλείες που έκανα εγώ είχαν να κάνουν πάντα σε περιόδους κρίσης και αφού συνερχόσουν, τι σήμαινε; Δηλαδή έπαιρνες τόσα φάρμακα που μετά από ένα διάστημα εννοείται ότι όχι κρίση δεν υπήρχε, δεν υπήρχε τίποτα, δε μπορούσες να σκεφτείς καν και σου λέγανε σε θεραπεύσαμε και βγες έξω και πάρε τα φάρμακά σου, τα οποία είναι μαλακίες. Υπήρχαν και ασθενείς στο Δαφνί που είχα γνωρίσει που δεν είχαν συγγενή να πάρει την ευθύνη να βγουν έξω από τα ψυχιατρεία. Δεν έχεις δικαιώματα, δε μπορείς να μπεις ή να βγεις μόνος σου και ο λόγος σου είναι πάντα υπό αμφισβήτηση, δηλαδή δεν είναι έγκυρος». Πάνω από το 50% των εισαγωγών σε ψυχιατρικές νοσοκομειακές δομές γίνονται με εισαγγελική συνδρομή. Είναι γνωστό ότι σε αυτή τη διαδικασία πολλές φορές καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα. (Μαδιανός, 2009: 21)

3.2.7. Οι αιτίες και οι συνέπειες των υποτροπών

Οι συνεχείς επισκέψεις των ασθενών στα ψυχιατρεία ήταν αποτέλεσμα υποτροπών καθώς οι ασθενείς δεν έπαιρναν τη φαρμακευτική τους αγωγή. Η ανεπαρκής φροντίδα των ασθενών μετά τη νοσηλεία τους και η αύξηση των περιστατικών συννοσηρότητας ενισχύουν και εδραιώνουν το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», στο οποίο οι ίδιοι ασθενείς καταλήγουν να ανακυκλώνονται στα νοσοκομεία. (Στυλιανίδης, 2009: 52) Ο Τάσος περιγράφει την περίπτωση του: «Υποτροπίασα όταν γύρισα από έξω να πάω φαντάρος, έτρεχα γυμνός στο βουνό. Τελευταία στιγμή γλίτωσα γιατί είχα φάει και τι δεν είχα φάει, ψοφίμια, γαλαζόπετρες, ζυπόλυτο με βρήκαν με γδαρμένα χέρια η αστυνομία, με πήγαν στο νοσοκομείο του Αγρινίου, μου έκαναν πλύση

στομάχου και μετά με πήγαν στο Δαφνί. Άρχισαν να μου κάνουν ενέσεις αλοπεριντίν για να δυναμώσω, να μου 'ρθει όρεξη και να αισθάνομαι και όμορφα. Έχω πάρει τριάντα εξιτήρια από το Δαφνί βελτίωση, βελτίωση, μικρή βελτίωση, μεγάλη βελτίωση, άρχισα να στραπατσάρω». Η Ελένη περιγράφει την έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής: «Όταν έβγαινα από τις κλινικές που πήγαινα, συνέχεια, τα έκοβα μόνη μου τα φάρμακα. Αρρώσταινα πάλι και πήγαινα ξανά στις κλινικές, ήμουν μόνη μου και δεν είχα κάποιον να με διατάζει να μου λείει για τα φάρμακα. Πέντε φορές πήγα στο Δαφνί και καθόμουν ένα μήνα». Η Ρένα προσθέτει: «Όταν έβγαινα από τις κλινικές σιγά σιγά τα έκοβα τα φάρμακα, δε μου άρεσε να παίρνω φάρμακα, έλεγα ότι δεν τα 'θελα τα φάρμακα». Ο Νικηφόρος περιγράφει την κατάστασή του σε περίπτωση υποτροπής: «Το Καλοκαίρι όταν νιώθω ότι πάω να πάθω υποτροπή, έχω πάντα ένα χάπι μαζί μου και το πίνω, μου το έχει πει η γιατρός γιατί τότε συνήθως λέω ότι δεν έχω τίποτα και θα μου περάσουν τα νεύρα, αλλά τότε το θυμάμαι το πίνω και ηρεμώ, αλλά με τα φάρμακα δε μπορώ να ξυπνήσω αν δε με ξυπνήσει κανένας». Η Αγάπη περιγράφει τις διαθέσεις της όταν βρίσκεται σε δύσκολες ψυχολογικές καταστάσεις: «Στην αρχή που είχα αρρωστήσει και μου δώσανε φάρμακα μου ερχόταν παλαβές σκέψεις, να χτυπήσω το κεφάλι μου, να χτυπήσω, νεύρα πολλά νεύρα αλλά ποτέ δεν το έκανα και γιατί ξέρω ότι θα πάω φυλακή αν κάνω κάτι αλλά και γιατί λυπάμαι τους ανθρώπους. Δε μπορώ να πειράζω κανένα, δεν είμαι τέτοιος άνθρωπος. Έχω σκεφτεί να δώσω ένα τέλος όταν είμαι σε απελπισία με τα μαθήματα που δε μπορούσα να τα περάσω και τώρα καμιά φορά. Δε μπορώ να το κάνω γιατί φοβάμαι, τη θέλω τη ζωή μου. [γέλιο] Άσε που είμαι βαθιά χριστιανικό παιδί και ξέρω ότι η αυτοκτονία είναι αμαρτία. Έχω ανάγκη το Θεό και τον αγαπώ με όλη την καρδιά μου και με όλη μου την ψυχή για να ακουμπώ κάπου, ενώ όταν αρρώστησα ούτε το Θεό δεν είχα, δεν είχα κανένα, δε εμπιστευόμουν κανένα, ήμουν εντελώς μόνη μου». Ο Ζήσης περιγράφει μια περίπτωση υποτροπής: «Έφυγα και πήγα στη Φλώρινα εκεί έλεγα πως με έστειλε ο Θεός και πως σώθηκα, δε μπορώ να καταλάβω. Είχα λεφτά και τα έскиζα, μπήκα σε ένα καφενείο, είχα 50.000 ευρώ τα πέταξα πάνω στο τραπέζι και έφυγα. Έμπαινα μέσα στο δρόμο που έτρεχαν τα αυτοκίνητα και έλεγα: «Εγώ είμαι ο Θεός, αυτοί θα σταματήσουν!» Έπεφτα κάτω για να με κόψουν τα αυτοκίνητα, μετά πήρα το λεωφορείο και με περίμεναν στο Πανεπιστημιακό στα Γιάννενα. Κάθισα καμιά δεκαριά μέρες, γλίτωσα από πολλές περιπτώσεις και από τότε πιστεύω πολύ στο Θεό και στην Παναγία. Η ασθένεια με βοήθησε να πλησιάσω το Θεό, πριν δε με ενδιέφερε». Σύμφωνα με μια εργασία των Sheehan & Kroll (1990), η μελέτη ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ασθενών

νοσηλευόμενων για ψυχικές παθήσεις έδειξε ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δήλωσαν πίστη στο Θεό σε ποσοστό 95%. (Αυγουστίδης, Χριστοδούλου, 2005: 159) Ο Ανέστης αναφέρει τη δύσκολη ψυχολογική κατάσταση που βρέθηκε όταν αντιλήφθηκε ότι είχε διαπράξει εγκληματική πράξη και την απόπειρα αυτοκτονίας στην οποία προέβη: *«Ξύλο μου είχε δώσει ένας αστυνομικός στο νησί, πήγα να αυτοκτονήσω όταν ήμουν στα κρατητήρια στο νησί για να μην το κάνω. Μου λέει ένας φύλακας στο κελί που ήμουν: «Ποιόν έσφαξες;» Και μου την έδωσε, στεναχωρήθηκα και πήγα να αυτοκτονήσω. Δεν είχα συνειδητοποιήσει, τι είχα κάνει και με το που μου το είπε έτσι, σαλτάρισα και με χτύπησε ο αστυνομικός, δεν του κρατάω κακία. Αν με έπαιρνε με το καλό, δε θα το έκανα. Λέω στον εισαγγελέα, αυτός με πέθανε στο ξύλο, μου λέει ο εισαγγελέας: «Για το καλό σου το έκανε». Έβαλα το μπουφάν στα κάγκελα στο παράθυρο, το έδεσα κόμπο και το πέρασα στο λαιμό μου, μόνο αυτή τη φορά το προσπάθησα».*

Βασική προϋπόθεση για τη θεραπεία του ασθενή είναι το πραγματικό κίνητρο του ατόμου να αποφασίσει για τη θεραπεία και τη θετική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αυτού και του θεραπευτή. (Μαδιανός, 2006: 200) Ο Φοίβος αναφέρεται στη βοήθεια που του προσέφερε η ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση των υποτροπών και στην αποφυγή νέων νοσηλειών σε κλινική: *«Ο γιατρός που με είχε αναλάβει στο Δαφνί μου λέει: «Κάθε φορά που μπαίνεις, είσαι και χειρότερα! Την επόμενη φορά, εικάζω ότι δε θα μπορέσεις να ξαναβγείς γι' αυτό λάβε τα μέτρα σου». [γέλιο] Για καλή μου τύχη είχα έρθει στο Αγρίνιο και ο γιατρός εδώ δεν ήταν στο Δημόσιο και είχε δικό του ιατρείο και αφού μιλήσαμε, ένα από τα πρώτα πράγματα που μου έκανε ήταν να μου κόψει όλα τα φάρμακα που έπαιρνα, πολύ βαριά πραγματικά εκτός από ένα και μάλιστα ήταν νέας γενιάς. Ενώ ήταν αποτελεσματικό σαν αντιψυχωσικό δεν είχε σχεδόν καθόλου παρενέργειες. Ήταν ένα ρίσκο δε θα το ρίσκαρε εύκολα άλλος γιατρός και σε συνδυασμό με τη ψυχοθεραπεία που κάναμε και τη σχέση που αποκτήσαμε πως να σου πω, εμένα από τότε άρχισε η ζωή μου και έτυχε να συμβούν και θετικά πράγματα. Γνώρισα μια σπουδαία γυναίκα, ήταν η μοναδική καλή σχέση στη ζωή μου, άσχετα αν τα σκάτωσα μετά και για μένα αρχίζει μια άλλη περίοδος από εκεί και πέρα, παρότι συνέχισα να έχω δυσκολίες. Αυτό που είναι πολύ βασικό, δε χρειάζεται να ξανανοσηλευτώ αυτό που κάνει τη διαφορά τη μέρα με τη νύχτα. Σε τσακίζουν στις κλινικές και μετά πρέπει να ξαναρχίσεις από την αρχή που είναι πολύ δύσκολο δηλαδή εκεί που έχεις κάνει πέντε βήματα, σε ξαναγυρνάνε πίσω. Πρέπει να ξαναρχίσεις από την αρχή δηλαδή τις περιόδους που είχα κρίση αν δεν είχα επαφή με το γιατρό και δεν το χειριζόταν αυτός το θέμα, μάλλον θα χρειαζόταν να ξαναμπώ μέσα σε κλινική και ουσιαστικά να γυρίσω*

είκοσι χρόνια πίσω σε εκείνη την κατάσταση γιατί και μόνο που θα σου δώσουν τα φάρμακα στις δόσεις που θα σου τα δώσουν και αυτά που θα δεις και θα γίνουν εκεί στο περιβάλλον που θα είσαι αρκεί, δε χρειάζεσαι κάτι άλλο».

3.2.8. Η ζωή των ασθενών στον ξενώνα Αργώ

Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρείο σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα ξενώνας και προστατευόμενα διαμερίσματα αποβλέπει στην καλύτερη ποιότητα της ζωής τους μέσα από την εξασφάλιση των καλύτερων συνθηκών της διαβίωσής τους, θετικών αλληλεπιδράσεων με τα μέλη του προσωπικού και σύνδεσης με το περιβάλλον της κοινότητας. Στις νέες δομές είναι σημαντικό ο πρώην νοσηλευόμενος να αισθανθεί ότι είναι ελεύθερος να κινηθεί και να δραστηριοποιηθεί με βάση τις επιθυμίες και τις ανάγκες του. Εξίσου σημαντικό είναι να αισθανθεί το νέο του περιβάλλον ως ένα δικό του χώρο και όχι ως μια νέα θεραπευτική δομή που του διασφαλίζει μόνο «στέγη». (Ζήση, 2002: 50) Ο Τάσος περιγράφει την περίπτωση του: *«Το 2010 ήρθα στον ξενώνα. Εδώ στη δομή είναι παράδεισος, αλλά και εδώ ενέσεις πρέπει να κάνω, θεραπεία δύο ενέσεις το μήνα. Πόσες άλλες ενέσεις; Έλιωσε ο κόλπος μου, τι να κάνω; Όσο ζήσω τώρα. Καλές σχέσεις έχω εδώ με όλους, βέβαια δε μπορώ να τους καταλάβω όλους, θα μου πεις είναι τμήμα της πάθησής σου, απλά μου λείπει ο έρωτας. Δεν έχω παράπονο από το προσωπικό, αλλά ζορίστηκα και εδώ. Αν ήξερα ότι θα τα πέρναγα όλα αυτά τα πράγματα, δεν ήθελα καν να γεννηθώ. Απόπειρες αυτοκτονίας, ανθρωποκτονίας είμαι ο πρώτος σε αυτό τον κόσμο! [χτύπημα πάνω στο τραπέζι] Συγγνώμη, δεν έπρεπε να χτυπήσω. Έλεος! Δεν αντέχω άλλο, έτσι με μάθανε, εγώ φταίω; Είναι αργά για μένα τώρα. Που να πάω, που; Άμα έβρισκα μια κοπέλα να με συντηρήσει, πόσα χρόνια θα ζήσω πια; Δεν ξέρω».* Η Τζένη περιγράφει τη διαμονή της στον ξενώνα περιγράφοντάς τον ως ένα χώρο θεραπείας με μειωμένη την αίσθηση της αυτονομίας αλλά ως ένα χώρο που οι βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτές που ο (Goffman, 1994: 24-25) χαρακτήρισε ως «ολοπαγή ιδρύματα». *«Ήρθα στον ξενώνα όταν άνοιξε το 2001 έχω δεκατέσσερα χρόνια εδώ. Εδώ, έχουμε το φαί μας, τη ζεστασιά. Αν έχουμε πρόβλημα, πάμε στον ψυχίατρο στο Κ.Ψ.Υ. δεν έχουμε γιατρό εδώ. Ήταν πρώτα ο ψυχολόγος και ο γιατρός, τώρα δεν είναι. Ξυπνάμε 8 η ώρα το πρωί πίνουμε το γάλα μας, το καφέ μας, μετά τα φάρμακά μας. Τρίτη και Παρασκευή μαγειρεύουμε, τις άλλες μέρες φέρνει το εστιατόριο. Κάνουμε*

δουλειές, μαγειρεύουμε, σιδερώνουμε, πλένουμε τα πιάτα με βάρδιες εγώ, η Αλίκη και ο Χάρης, οι άλλοι δεν ξέρουν τίποτες. Οι άλλοι, όλη μέρα κάθονται, δεν κάνουν τίποτα. Παλιά ζύμωννα, έφτιαχνα ψωμί, πίτες, μαγειρεύνα τα πάντα, τώρα δε μπορώ. Μετά πηγαίνουμε στα εργαστήρια, πιστρώνω σεντόνια. Είμαστε αγαπημένοι, δεν έχουμε προβλήματα προσέχουμε ο ένας τον άλλο, ό,τι κάνουμε το κάνουμε όλοι μαζί. Όποιος έχει βάρδια στρώνει το τραπέζι και τρώμε, πίνουμε τα φάρμακα και μετά πάμε για ύπνο. Κατά τις πέντε ζυπνάμε και πίνουμε το καφέ μας, καθόμαστε στην τηλεόραση, μετά τρώμε, παίρνουμε φάρμακα και πάμε για ύπνο. Αν δεν έχει το νοσοκομείο το φάρμακο, το πληρώνουμε εμείς. Προχτές, πλήρωσα ένα θησαυρό λεφτά για να πάρω τα φάρμακα. Δε θέλω να έχω πολλές σχέσεις με τους άλλους, κρατάω το στόμα μου κλειστό για να τα πηγαίνω καλά με τους άλλους, προτιμώ να είμαι μόνη μου. Όλα τα κορίτσια εδώ μέσα οι νοσοκόμες με αγαπάνε, με προσέχουν, με φροντίζουν. Με την Αλίκη καλά τα πάμε που μένουμε μαζί στο δωμάτιο, δεν έχω πρόβλημα με βοηθάει. Αμα δε μπορώ στο δωμάτιο να βάλω κάτι, της λέω δε μπορώ και αυτή το βάνει. Με βοηθάει, είναι πολύ καλό κορίτσι έχει και αυτή προβλήματα πολλά. Η κοινωνική λειτουργός φωνάζει καμιά φορά, αλλά εγώ δεν της δίνω σημασία. Με αγαπάνε όλες, κάθονται κάνουν τη δουλούλα τους, παίρνουν το μεροκαματάκι τους και φεύγουν. Δε θυμάμαι τι να πω, παίρνω 17 φάρμακα τη μέρα. Εγώ δεν πρόκειται να γίνω ποτέ καλά τώρα, με τα φάρμακα με κρατάνε εδώ μέσα, αλλά περνάω και καλά έχω το φαί μου το μεσημέρι, το φαί μου το βράδυ, το μπάνιο μου, το σιδερώμά μου, τα πάντα. Για να κάνω μπάνιο με βοηθάνε οι νοσοκόμες Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή κάνουμε μπάνιο. Μ' αρέσει να κάνω μπάνιο, μου φεύγουν και τα ούρα λίγο από τα φάρμακα και βάζω σερβιέτες γιατί φωνάζουνε, φωνάζουνε πολύ! Πήγα και πήρα δύο πάκα προχτές. Εδώ μέσα είδα γιατριά! Έχω μάθει εδώ μέσα γι' αυτό δε θέλω να φύγω, αλλά αν μου πλήρωναν τα έξοδα θα έφευγα, δεν είχα πρόβλημα. Δε μπορώ να φύγω από εδώ γιατί δε μου φτάνουν τα χρήματα να ζήσω έξω. Κάθε Καλοκαίρι για οχτώ μέρες πηγαίνουμε στο χωριό με την αδερφή μου. Μου λείπει όταν φεύγω, έχω δεθεί εδώ μέσα, έχω δεκατέσσερα χρόνια εδώ. Πηγαίνω στην αδερφή μου και την βλέπω το πρωί και το απόγευμα, μένει κοντά. Έχουμε επικοινωνία με τη γειτονιά ιδιαίτερα με την κυρία Θάλεια τα Καλοκαίρια βγαίνει στο μπαλκόνι και καθόμαστε, βλέπει που περνάμε καλά, με συμβουλεύει, μου λέει ότι είμαι καλά εδώ. Πηγαίνουμε για καφέ εδώ στη Λένα στο καφεενείο ή με την Αλίκη ή και μοναχή μου».

Στη μελέτη MCarthy and Nelson (1991) βρέθηκε ότι η συναισθηματική και η πρακτική υποστήριξη από την πλευρά του προσωπικού σε συνδυασμό με τη δημοκρατικότητα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αύξησαν σημαντικά το αίσθημα

ψυχολογικής ευεξίας των ενοίκων όπως και τα επίπεδα ικανοποίησης του. (Ζήση, 2002: 142) Ο Χάρης υποστηρίζει τη δική του γνώμη σχετικά με τη διαμονή του στο χώρο του ξενώνα επισημαίνοντας την οικονομική αδυναμία του ίδιου και των άλλων ενοίκων ως λόγο παραμονής τους στον ξενώνα: *«Ήθελα να έρθω εδώ, αλλά στην αρχή δεν ήξερα τι θα συναντήσω και η κοινωνική λειτουργός του νοσοκομείου μου είπε να μην πω όχι στο να έρθω στον ξενώνα γιατί είναι πολύ ωραία και θα έχανα αν δεν ερχόμουν και έτσι ήρθα δεν ήμουν αρνητικός, αλλά δεν ήξερα τι θα συναντήσω. Μπορώ να πω ότι περνάω πολύ καλά, αν και στην αρχή το σκεφτόμουν και ήθελα να πάω να μείνω μόνος μου, αλλά ήθελα να είμαι κοντά σε κόσμο. Δεν ήθελα να είμαι πια μόνος μου και εδώ που είμαι, μου πρότειναν να μείνω μόνος σε προστατευμένο διαμέρισμα με τα έξοδα πληρωμένα από το κράτος και δεν ήθελα, θέλω να είμαι με κόσμο μαζί. Εγώ κάνω και δουλειές εδώ μέσα, μπορώ να πω έχω και κλειδί, μπορώ να βγαίνω ό,τι ώρα θέλω αρκεί να ενημερώνω, ενώ οι άλλοι δε μπορούν και κάνω και άλλες δουλειές, χρωματίζω και το κτίριο, ενώ άλλοι δε μπορούν να κάνουν δουλειές. Ασχολούμαι με τα εργαστήρια, κάνω κεραμική, μαγειρική, ασχολούμαι με τον κήπο, την αυλή έξω, τα λουλούδια. Είμαι το δεξί χέρι της κυρίας που κάνει κεραμική. Όταν κάνουμε την έκθεση, έρχεται πολύ κόσμος κάθε χρόνο, ειδικά πέρυσι δε χωρούσε εδώ να περάσεις. Το προσωπικό στον ξενώνα είναι πολύ καλό, δε δίνω δικαιώματα για να μη μου φερθούν καλά. Έχουμε καλές στιγμές, τα καλαμπούρια, μας δίνουν τα φάρμακα, μας λένε τις δουλειές, εσύ θα κάνεις αυτό, εσύ το άλλο είναι δίπλα μας. Δεν κάνουν αυτή τη δουλειά μόνο για το μεροκάματο, έπειτα τα επαγγέλματα δεν είναι τυχαία στους ανθρώπους, συνήθως δεν είναι. Είναι καλές όλες οι κοπέλες, η κοινωνική λειτουργός είναι το κάτι άλλο και ο ψυχίατρος αν δεν προλαβαίνει να έρθει, πηγαίνουμε εμείς στο Κ.Ψ.Υ. Βέβαια έχει τύχει να μου μιλήσουν απότομα, δε με στεναχώρησε ιδιαίτερα, εντάξει το συζητήσαμε μετά και βλέπω ότι μου φέρονται πολύ πολύ πιο άψογα. Άνθρωποι είμαστε, τώρα θα μου πεις ότι στη δουλειά ο άλλος δεν πρέπει να κουβαλάει τα προβλήματά του, αλλά καμιά φορά τους ξεφεύγουν. Κάποιες φορές το προσωπικό χρειάζεται να μιλήσει και πιο απότομα για να μπαίνουν και κάποια όρια. Τις γιορτές όπως σήμερα τα γενέθλια μου θα τα κάνουμε εδώ ή παράδειγμα στη γιορτή μου θα πάμε κάπου έξω να γιορτάσουμε ή θα πάρουμε ένα ψητό αρνί και θα γιορτάσω εδώ. Τη σύνταξη τη διαχειρίζομαι μόνος μου, με τη σύνταξη που παίρνω δε μπορώ να ζήσω μόνος μου και μένω εδώ για αυτό το λόγο και γιατί θέλω να είμαι μαζί με κόσμο. Όλοι όσοι ζούμε εδώ είναι γιατί με τη σύνταξη που παίρνουμε, δε μπορούμε να ζήσουμε μόνοι έξω. Όταν κάποιος παθαίνει κάποια υποτροπή, στεναχωριέμαι για αυτό το άτομο όχι για τίποτα άλλο, γιατί υποφέρει και αυτό επηρεάζει όλη τη δομή στη λειτουργία*

της και τώρα έχουμε μια περίπτωση τέτοια. Μια κυρία αν και τώρα είναι έτσι λίγο καλύτερα και αυτό γιατί δεν έπαιρνε τα φάρμακα και τώρα δεν τα παίρνει, αλλά της κάνουν ένεση, έρχεται ο γιατρός εδώ δηλαδή με το ζόρι, με παρακάλια». Πλήρη «ανευθυνοποίηση» του αρρώστου και η άρνησή του σε κάθε θεραπευτική συμμαχία. (Φραγκούλη, 2003: 537) «Το προσωπικό φτάνει που υπάρχει στη δομή εκείνο που λείπει εγώ νομίζω ότι είναι να είναι κάποιος τη νύχτα. Παλιά ήταν, τώρα δεν είναι, πριν έρθω ξέρω ότι λένε ότι ήταν. Εμένα μου έχει δώσει κλειδί η κυρία Ευτέρπη μη τυχόν συμβεί κάτι γιατί δεν είναι κανένας τη νύχτα, μην αρρωστήσει κάποιος ή οτιδήποτε. Δεν έχει συμβεί κάτι το ανησυχητικό μου έχει αφήσει τα τηλέφωνα της κινητό και σταθερό και είμαι κατά κάποιο τρόπο υπεύθυνος εγώ. Χωρίς τα εργαστήρια θα σκεφτόμασταν, θα στεναχωριόμασταν με κάποια πράγματα, ενώ με τα εργαστήρια ξεχνιόμαστε, περνάει και η ώρα πιο ευχάριστα και νιώθω δημιουργικός. Εγώ βέβαια ξεχωρίζω από τους άλλους και μου προσφέρουν μια αυτοεκτίμηση παραπάνω και μέσα από τα εργαστήρια ερχόμαστε και πιο κοντά μεταξύ μας».

Το αίσθημα της αυτοαποτελεσματικότητας που νιώθει ο ψυχικά πάσχων μέσα σε μια δομή στεγαστικής αποκατάστασης έχει βρεθεί να αποτελεί τον πιο ισχυρό προγνωστικό δείκτη της ικανοποίησής του με τη δομή. (Ζήση, 2002: 143) Η Αλίκη πριν μπει στον ξενώνα ζούσε στα όρια του συνδρόμου της κοινωνική αποδόμησης καθώς διακρίνονταν για τη μειωμένη εκτίμηση του Εγώ, την αποδοχή και τη μάθηση του ρόλου του χρόνιου αρρώστου και την ταύτιση με το περιθώριο. (Μαδιανός, 2006: 188) Η διαβίωση της στο χώρο του ξενώνα μετέτρεψαν αυτά τα χαρακτηριστικά σε λειτουργική δραστηριοποίηση του εαυτού της : «Μια φίλη της αδερφής μου με την αδερφή μου με έφεραν στον ξενώνα το 2002. Στην αρχή φοβόμουν και ήμουν επιφυλακτική αλλά με έμαθαν να μιλάω, μιλούσα μαγγίστικα, να ντύνομαι, να ταιριάζω τα ρούχα μου, να λούζομαι, να κεντάω, να πλέκω, εδώ είμαι σαν πριγκίπισσα. Στην αρχή φοβόμουν, μου είπε η αδερφή μου πάμε να δεις και αν δε σου αρέσει θα βρούμε μια άλλη λύση, αλλά εμένα μου άρεσε από την αρχή. Όλοι ήταν ζεστοί μαζί μου από την αρχή. Δε με κορόιδευαν, πριν οι γείτονες με ταπείνωναν, με έβριζαν με' λεγαν πουτάνα, ρουφιάνα, κλέφτρα, ψεύτρα. Αυτό έμεινε και νόμιζα ότι ήμουν έτσι, αλλά δεν είμαι τέτοιος άνθρωπος. Εδώ έχω ό,τι θέλω, είμαι πολύ χαρούμενη, ευτυχισμένη, ψωνίζω ότι θέλω. Δεν είμαι δυσαρεστημένη με καμία, όλες είναι μια και μια. Η κυρία Ευτέρπη είναι σαν την μητέρα μου, με προστατεύει και με ανεβάζει ψυχολογικά με τη συζήτηση που κάνουμε. Πριν μπω στον ξενώνα, εγώ δεν ήξερα να κάνω δουλειές. Εδώ μέσα έμαθα να κάνω δουλειές και να γίνω νοικοκυρά. Το εργαστήριο, το κέντημα μου προσφέρει χαρά

εκείνη την ώρα που το κάνω, αλλά μερικές φορές τσαντίζομαι γιατί δε βλέπω, θαμπώνουν τα μάτια μου και δε βλέπω και νομίζει η κυρία, ότι της λέω ψέματα. Όταν φωνάζει το προσωπικό δε φταίει αυτό, φταίμε εμείς οι ασθενείς πχ εγώ έχω ένα κακό ελάττωμα, μου λένε μια ώρα και εγώ κάνω δύο ώρες, οπότε αυτή αρχίζει να φωνάζει: «Τι ώρα είναι αυτή που ήρθες; Και γιατί άργησες; Και εγώ σου έδωσα άδεια για μια ώρα και εσύ έκανες δύο ώρες» δηλαδή με ένα λόγο αυτή έχει το δίκιο και εγώ έχω το άδικο γιατί άμα ο άλλος σου δίνει μια ώρα και εσύ κάνεις δύο φυσικό φαινόμενο είναι να φωνάζει, έτσι δεν είναι; Μου αρέσει να πηγαίνω σινεμά, στο θέατρο. Την Πέμπτη είδα ένα πολύ ωραίο έργο στο σινεμά που μου άρεσε, πηγαίνω πολύ συχνά μόνη μου. Γενικότερα δεν έχω παράπονο εδώ μέσα, να πέσει φωτιά να με κάψει. Η κυρία Ευτέρπη είναι ένα κομμάτι μάλαμα, με αφήνει κάθε Καλοκαίρι και πηγαίνω δέκα μέρες διακοπές, μου δίνει λεφτά και πάω εκδρομές με μια φίλη μου, πηγαίνουμε το πρωί και γυρίζουμε το βράδυ, μακάρι να είχα μια τέτοια αδερφή. Με την Τζένη είμαστε σαν το σκύλο με τη γάτα συνέχεια τσακωνόμαστε γιατί εγώ δε θέλω να κοιμηθώ το μεσημέρι, αυτή θέλει να κοιμηθεί και εγώ κάνω φασαρία και την ενοχλώ. Μέσα στην κόντρα είμαστε. Μερικές φορές κρύβει τα παντελόνια της, λέει πως της τα πήρα εγώ, ψάχνει μέσα στα συρτάρια μου, της λέω: «Δεν έχω δικό σου παντελόνι παιδάκι μου, δε μου κάνει πρώτον και κύριο». Αγαπιόμαστε όμως, εγώ την αγαπάω πάρα πολύ γιατί είναι πολύ καλός άνθρωπος, ντόμπρος χαρακτήρας σαν εμένα, εγώ λέω το όχι όχι και το ναι ναι. Μερικές φορές με τους άλλους δεν τα πάω καλά, πάω να μιλήσω και μου λένε: «Τι θέλεις πάλι εδώ;» με νευρικό τρόπο, λέω: «Να μιλήσω, να βγω λίγο έξω», «Θα αργήσεις πάλι;» Το ξέρουν όλοι, ότι αργώ. Να πάω έξω να μείνω μόνη μου, δεν είμαι ικανή και μπορεί να αρρωστήσω κανένα βράδυ. Την άλλη φορά ήμουν στο δωμάτιο, ζαλίστηκα και φώναξα βοήθεια και μπήκαν στο δωμάτιο να με βοηθήσουν όλοι, καταλάβατε; Είμαι αδύναμη και φοβάμαι μην πάθω και καμία υποτροπή. Εμένα με στεναχωρεί πάρα πολύ, όταν κάποιος παθαίνει υποτροπή και λυπάμαι πάρα πολύ, λέω: «Γιατί Θεούλη μου την κάνεις έτσι; Γιατί της δίνεις τέτοια μαρτύρια;» Μερικές φορές εγώ βαρυνγκωμάω από το Θεό γιατί μερικές φορές μου δίνει προβλήματα που δε μπορώ να τα σηκώσω και λέω: «Γιατί Θεούλη μου φέρεσαι έτσι; Με τυραννάς και με βασανίζεις;» Όταν κάποιος είναι σε υποτροπή είναι πάρα πολύ επιθετικός, βλαστημάει, βρίζει και ένας ασθενής από εδώ χτύπησε μια νοσηλεύτρια, αλλά ευτυχώς δεν έπαθε τίποτα. Εγώ φοβάμαι και κλείνομαι μέσα στο δωμάτιό μου για να μη μου κάνει κανένα κακό, γιατί εκείνη την ώρα είναι εκτός εαυτού, δεν καταλαβαίνει τίποτα. Εγώ δε μπορώ να του κρατήσω κακία, τον αγαπάω γιατί ο Θεός λέει να αγαπάς και τον χειρότερο εχθρό σου». Ο Ανέστης περιγράφει

καταστάσεις που έζησε στον ξενώνα: «Όταν είχα έρθει εδώ στην αρχή στον ξενώνα έκανα πολλές δουλειές και με νευρίαζε το προσωπικό. Η κυρία Νίκη με έβαζε να καθαρίζω την τουαλέτα με σαπουνάδα και με φώναζε και εγώ έλεγα ας κάνω, ότι μου λέει. Μετά επειδή δεν αντέδρασα να πω κάτι, σταμάτησε. Γενικότερα όμως μου φώναζε, αλλά δε της είπα τίποτα ποτέ, μόνο σε σας το λέω τώρα, περασμένα ξεχασμένα τώρα. Μια κοπελίτσα εξωτερική που ερχόταν να μάθει κεραμική η κυρία Μαρία της μιλούσε απότομα και αυτή αγχωνόταν, δε μου άρεσε αυτό και μένα καμιά φορά μου μίλαγε απότομα, αλλά εγώ δεν της έδινα σημασία. Ήταν και ένας ασθενής ο κυρ. Ηλίας, όταν ήμουν στον ξενώνα και μας είχε αφήσει ο γιατρός βάρδια υπηρεσία, εμένα μαζί με έναν άλλο και ξύπνησα τέσσερις η ώρα το βράδυ και είχε πέσει ο κυρ Ηλίας από το κρεβάτι κι αγκομαχούσε. Παίρνω τηλέφωνο το γιατρό και του λέω: «Έτσι και έτσι, έχει πέσει ο κυρ Ηλίας από το κρεβάτι». Σε πέντε λεπτά είχαν έρθει και νοσοκόμοι και ασθενοφόρο τα πάντα και μου λέει ο γιατρός: «Συγχαρητήρια Ανέστη!» Τόνη γλίτωσα τον άνθρωπο που είχε πέσει από το κρεβάτι θα πνιγότανε, αγκομαχούσε. Στα δωμάτια μένουμε όποιος συμπαθούσε ο ένας τον άλλονε, εγώ τότε ήμουν με τον κυρ Ηλία, καλά τα πήγαινα, γέρος ήταν ο άνθρωπος». Η Αγάπη ως εξωτερική ασθενής αναφέρεται στους λόγους για τους οποίους επισκέπτεται τον ξενώνα και τους στόχους που κατάφερε να πραγματοποιήσει με τη βοήθεια του ξενώνα έως τώρα: «Η κοινωνική λειτουργός από τον Ευαγγελισμό μου πρότεινε να πηγαίνω σε ομάδες και μου σύστησε τον Ξένιο Δία και εκεί πήγαινα τα πρωινά μου στην Αθήνα. Κατέβηκα στο χωριό το 2010. Η γιατρός μου εδώ άρχισε να με παρακολουθεί και της ζήτησα να μου βρει κάτι ανάλογο με τον Ξένιο Δία, αλλά δε βρήκαμε κάτι και μετά κλείσαμε ένα ραντεβού και ήρθα εδώ στον ξενώνα και ξεκίνησα μαθήματα κεραμικής ή κοπτικής ραπτικής και το μάθημα θεάτρου. Είναι πολύ καλά παιδιά όλοι εδώ και πάμε για καφέ, κάνω και τα γενέθλιά μου εδώ, πάμε και εκδρομές, κάθε μέρα προσπαθώ να έρχομαι. Για να έρθω ξυπνάω πολύ νωρίς το πρωί γιατί δε μπορώ σπίτι τρελαίνομαι ή θα μιλάω με τη μάνα μου και θα τσακώνομαι ή θα βουλιάζω στον εαυτό μου και προσπαθώ να περνάω δημιουργικά το χρόνο μου. Εδώ τα άτομα περνούν τα ίδια προβλήματα με έμενα αν και είναι ηλικιωμένοι, εγώ είμαι η μικρότερη εδώ μέσα, αλλά έχουμε την κοινωνική λειτουργό που μας βάζει πάντα σε τάξη και αν κάποιος πει κάτι παραπάνω αμέσως η κυρία Ευτέρπη θα του πει: «Επ!, τι λες εσύ τώρα; Σε παρακαλώ πολύ, μη φέρεσαι έτσι», ενώ έξω είναι μια ζούγκλα, δεν υπάρχει κάποιος να πει: «Συμπεριφέρσου έτσι, η Αγάπη είναι καλό παιδί». Διάβασα το φυλλάδιο που έχει ο Αργώ με τους στόχους του ξενώνα και μιλάει για το στίγμα. Στην Αθήνα δε μπορούσα να επηρεάσω την οικογένειά μου εκτός από τα αδέρφια μου, δε μας ήξερε κανένας, αλλά

όταν ήρθα εδώ προσπαθώ να μην καταλαβαίνουν οι άλλοι ότι είμαι άρρωστη και να μην τους στεναχωρώ. Μετά λέει να εργαζόμαστε να μάθουμε κάτι και εγώ πήγα στα εργαστήρια κεραμικής, κοπτικής ραπτικής και με σκυμμένο το κεφάλι και ακούγοντας τη δασκάλα μας, προσπάθησα να μάθω την τέχνη. Έλεγε και για επαγγελματική αποκατάσταση και μιλώντας με την κυρία Ευτέρπη, βρήκα πεντάμηνη εργασία. Ό,τι στόχους και αυτό που προσπαθεί να κάνει ο ξενώνας και επειδή μπήκα στην ομάδα τους διάβασα, στήριξα τις δυνάμεις μου και με βοήθησαν εδώ μέσα και κατάφερα κάποια πράγματα. Αν και εδώ μερικές φορές γίνεται χαμός γιατί και αυτές οι γυναίκες εδώ μέσα κουράζονται, θα σου κάνουν μια περίεργη ερώτηση, μια παρατήρηση ας πούμε καμιά φορά. Κοίτα, χρειάζεται πολύ μεγάλη ψυχική δύναμη για να αντιμετωπίσεις αυτή την ασθένεια και τόσους ανθρώπους που έχουν αυτή την ασθένεια. Εγώ προσπαθώ να μην επιβαρύνω κανένα και θέλω όπως συμπεριφέρομαι εγώ να μου συμπεριφέρονται και μένα π.χ. προχτές μου λέει μια ασθενής εδώ, ενώ βγαίνουμε για καφέ μου λέει: «Η χοντρούλα κι η χοντρούλα!» Εμένα με πειράζει όταν μου το λένε αυτό το πράγμα γιατί δε μπορώ, χάνω την σεξουαλικότητά μου. Πιστεύω ότι είμαι μια συμπαθητική κοπέλα, μια όμορφη κοπέλα και αυτοί βλέπω ότι έχουν τα ελαττώματά τους. Ο ένας είναι φαλακρός, ο άλλος έχει μεγάλη μύτη, άλλος έχει μεγάλη μέση. Τι, να πάω εγώ, να του το λέω και να του το κοπανάω κάθε μέρα; Και μου λέει επίσης ότι είμαι σνομπ και όταν τους μιλάω, ότι τους κοροϊδεύω και δεν το έχω πει στην κυρία Ευτέρπη για να μην τη μαλώσει και το συζήτησα με την κυρία Βιβή στα εργαστήρια και μου είπε ότι με αγαπάει, ότι ρωτάει για μένα όταν λείπω, της έφυγαν τα νεύρα. Εντάξει, της λέω: «Μου φεύγουν και μένα τα νεύρα;» Για να καταλάβεις, πόσο ευαίσθητη είμαι». Επίσης ο Νικηφόρος ως εξωτερικός ασθενής προσθέτει εξηγώντας τους λόγους για τους οποίους τον ευχαριστεί να επισκέπτεται τον ξενώνα: «Το 2006 ήρθα στον ξενώνα, είναι πάρα πολύ ωραία τα πράγματα εδώ. Ένιωσα ζεστασιά, τους εμπιστεύομαι όλους. Μένω με τους γονείς μου, τα φάρμακά μου τα παίρνω εδώ στον ξενώνα κάθε δεκαπέντε μέρες. Ξυπνάω στις 8:30 πίνω το καφέ μου το πρωί, παίρνω το μινιμπάς, δουλεύω από τις δέκα μέχρι τη μία στη κεραμική, πηγαίνω σπίτι, τρώω, παίρνω τα φάρμακά μου, κοιμάμαι, πηγαίνω καμιά βόλτα. Σαββατοκύριακα έρχομαι εδώ, περνάω πάρα πολύ ωραία εδώ, είναι το δεύτερο σπίτι μου εδώ. Έχω ανάγκη να φεύγω από το σπίτι να μην είμαι μόνος, έρχομαι εδώ, πάω για καφέ, γνώρισα μια φίλη εδώ. Στις εφτά η ώρα είμαι πάντα σπίτι βράδυ. Δε βγαίνω καθόλου έξω το βράδυ, βγαίνω μόνο με τους φίλους και το προσωπικό από εδώ. Έχω ξεκόψει από φίλους που είχα, έρχομαι μόνο εδώ. Με τη φίλη μου πάμε για καφέ και μιλάμε. Πρώτη φορά έκανα τα γενέθλιά μου εδώ και το ευχαριστήθηκα και τη γιορτή μου

θα την κάνω εδώ. Δύσκολα θα άντεχα να ζήσω στην πόλη αν δεν υπήρχε η δομή». Ο Μάξιμος αναφέρει τις δικές του εντυπώσεις σχετικά με τις επισκέψεις του στον ξενώνα: «Εδώ στον ξενώνα ήρθα μέσω της κοινωνικής λειτουργού που είναι γνωστή με τη μητέρα μου και αργότερα το σκέφτηκα να έρθω που έχει τα εργαστήρια για να ασχολούμαι. Έχω την κιθάρα σπίτι μου, αλλά μένω μόνος μου και δε μπορώ να κάθομαι σπίτι μόνος μου, κάπως μου έρχεται, δε μπορώ τόσα χρόνια, κατάλαβες; Έχω έξι μήνες που έρχομαι εδώ. Οι φίλοι μου είναι αυτοί που μένουν εδώ στον ξενώνα, τους άλλους τους έχω κάνει πέρα. Δε θέλω να ασχοληθώ παρά πέρα, καταλαβαίνουν απόλυτα και δε θέλω, προτιμώ να μείνω μόνος μου. Εντάξει όταν βγω έξω θα μιλήσω μαζί τους, αλλά δε θέλω παραπάνω, με μερικούς δε θέλω να έχω επαφή με άλλους όμως που έχουν προβλήματα σαν εμένα ή και χειρότερα, θέλω. Τους μιλάω δεν έχω πρόβλημα εντάξει όταν βγω έξω μιλάω με όλο τον κόσμο, αλλά προτιμώ να κάνω παρέα με ανθρώπους που έχουν προβλήματα σαν εμένα γιατί σε καταλαβαίνουν καλύτερα ή σε σέβονται ή και τους σέβεσαι γιατί έχουν περάσει και αυτοί, ενώ οι άλλοι που δεν έχουν τέτοια προβλήματα δεν καταλαβαίνουν και δεν ξέρουν πως να συμπεριφερθούν και αυτό είναι καθημερινότητα. Ο χώρος εδώ είναι υγιής και γίνονται καλά πράγματα, βέβαια από το να μείνω σε ξενώνα προτιμώ να μείνω μοναχός μου και τώρα μένω μόνος μου στο χωριό. Επειδή έχω κάτσει σε ξενώνα μέσα τρεισήμισι μήνες στο Μεσολόγγι, όταν έπαθα υποτροπή με φάρμακα, έβλεπα παράξενα πράγματα, δεν κάθομαι επειδή τα φάρμακα είναι δυνατά και βαριέσαι πολύ, βγήκα. Κοίτα, τα βρίσκεις όλα έτοιμα αυτό δεν είναι καλό από τη μια. Από την άλλη, τα χρόνια που ζούμε είναι δύσκολα, είναι καλό να είσαι στον ξενώνα και να σε βοηθάνε. Από την άλλη είμαι νέος άνθρωπος, θέλω να κάνω πράγματα για τον εαυτό μου, μόνος μου. Μου αρέσει εδώ στον ξενώνα γι' αυτό έρχομαι κάνω κεραμική, δεν έρχομαι κάθε μέρα, έρχομαι όποτε μπορώ. Επειδή τα άτομα είναι μεγάλα, δεν ξέρω, αν θα μπορούσαν να ανταποκριθούν σε αυτά που θέλω εγώ. Θα ήθελα να φέρω την κιθάρα μου και να έχει ένα δάσκαλο εδώ γιατί δε μπορώ να πληρώνω. Εδώ τα παιδιά, μια χαρά μου φέρθηκαν, μια χαρά είναι, έχουμε δεθεί, πηγαίνουμε και έξω για καφέ τώρα το πόσο λειτουργικός είναι ο καθένας δεν ξέρω και δεν είμαι στο μυαλό του αλλουνού. Προς το παρόν, εδώ στον ξενώνα δε με έχει στεναχωρήσει κάποιος, τα πάω πολύ καλά με όλους. Εδώ είναι σαν να παίρνεις δύναμη, τα λόγια τους, τα καλαμπούρια τους, εδώ παίρνω ερεθίσματα στο να σκέφτομαι τα πράγματα από ανθρώπους πιο μεγάλους όταν συζητάμε, είναι πολύ έξυπνοι οι άνθρωποι αυτοί».

3.2.9. Η ζωή των ασθενών στον ξενώνα Ίριδα

Η Ρένα περιγράφει τις δυσκολίες της σχετικά με την προσαρμογή της στον ξενώνα αναφερόμενη σ' αυτόν ως χώρο θεραπείας: «Εκεί στο Δαφνί ήμουν κλεισμένη, κατέβαινα στο ισόγειο έβγαινα και πήγαινα σε ένα σούπερ μάρκετ εκεί και μετά έμπαινα πάλι μέσα. Μετά ήρθε η ομάδα από το Αγρίνιο και με πήραν. Ήμουν χαρούμενη, έλεγα θα πάω πάλι σπίτι μου και οι άλλοι οι ασθενείς χαίρονταν που θα έφευγαν, αλλά και τι να έκαναν; Ήθελαν, δεν ήθελαν αφού ήρθαν! Συνεργαστήκαμε αμέσως εδώ και γίναμε φίλοι. Χάρηκα όταν έφυγα από το Δαφνί και ήρθα εδώ, αλλά πλάκωσε και δουλειά εδώ. Μας έφεραν γκασμάδες, τσαπιά, κουράστηκα, δεν ήμουν συνηθισμένη να κάνω τέτοιες δουλειές. Μαζεύαμε φασόλια χλωρά από τον κήπο και τα βράζαμε δηλαδή ήτανε φτώχεια, μωρέ! Να μαζεύουμε φασόλια τώρα από τον κήπο, να τα βράζουμε και να τα τρώμε; Δεν ήταν κάτι μοντεροποιημένο, ήταν χωριάτικη ιδέα. Ήθελα μια καλύτερη αντιμετώπιση στην αρρώστια μου. Να παιδεύομαι έτσι και να μου παίρνουν αίμα και να μου κάνουν το ένα και να μου κάνουν το άλλο και να παιδεύομαι έτσι; Μας ταλαιπωρούσαν, μου κακοφάνηκε, όταν ήρθα στον ξενώνα και έπρεπε να κάνω δουλειές. Με στεναχωρούσε αυτό και δεν ξέρω γιατί, το συζητούσα, αλλά δε μου είπαν τίποτα σπουδαίο μετά το συνήθισα τι να έκανα; Έτσι, έζησα εγώ. Η καθημερινότητα ήταν ζυπνάγαμε το πρωί, παίρναμε το πρωινό μας, τα φάρμακά μας και μετά κάναμε καθαριότητα του κτιρίου, σφουγγάρισμα, σκούπισμα, ζεσκόνισμα, αλλαγμα σεντονιών και μετά πηγαίναμε στα εργαστήρια. Είχαμε εργαστήρια τότε βάζαμε κήπια, μελιτζάνες, φασόλια, πιπεριές καλά ήταν στο εργαστήριο, καλά περνούσαμε, καλά ήταν μετά τρώγαμε και κοιμόμασταν. Μετά το απόγευμα κάναμε ομάδες ζωγραφική, χορό, θέατρο τέτοια πράγματα, πηγαίναμε βόλτες. Το προσωπικό είναι καλό, αλλά ήταν και λίγο [...], αλλά έπρεπε όμως, δηλαδή ήταν αυστηρό. Πως να σου πω; Μπορεί να μη μας έδερναν, αλλά με τα λόγια, μας τσάκιζαν. Με όλο το προσωπικό τα πήγαινα καλά που ήταν παλιά εδώ και με τους ασθενείς τα πάμε καλά με την κυρά Ελένη είμαστε σαν μάνα με παιδί. Η υπεύθυνη όμως εδώ είναι μερικές φορές, είναι λίγο έτσι[...] δηλαδή παίρνει ένα ύφος παράξενο και να της το λέω πάλι αυτή το ίδιο κάνει». Η Ελένη περιγράφει τη διαμονή της στον ξενώνα ως χώρο επίλυσης του προβλήματος στέγασης και φροντίδας: «Στην αρχή όταν ήρθα είχα φόβο, δεν ήξερα, αλλά καλά τα περνάω, ξεκουράστηκα. Είναι όλοι καλοί, με αγαπάνε, τους αγαπάω. Είναι μερικοί που δεν είναι καλά στο μυαλό τους, είναι άρρωστοι και δε μπορώ να επικοινωνήσω. Εδώ τον ξενώνα, το βλέπω, σα σπίτι μου, αλλά τους άλλους δεν τους βλέπω ως οικογένεια. Είναι μία που είναι πολύ άρρωστη και προσέχω να μην τη πειράζω. Δε θέλω να φύγω από εδώ για να μείνω μόνη μου γιατί

φοβάμαι και καλύτερα από εδώ δεν το βρίσκω πουθενά γιατί εδώ ξεκουράστηκα, βρήκα κόσμο, καλούς ανθρώπους, δε πληρώνουμε ενοίκιο, δε πληρώνουμε φαί, έχουμε τα πάντα, πηγαίνουμε έξω για καφέ, για ψώνια. Η γειτονιά είναι καλή βγαίνω, περπατώ, βρίσκω κόσμο και μου μιλάει. Τα αδέρφια μου έρχονται και με βλέπουν, δεν έχω άλλους εκτός από τα αδέρφια μου και όσοι είναι εδώ. Θα ήθελα να πάω να μείνω με τον αδερφό μου, αλλά από τη στιγμή που είναι παντρεμένος, δε μπορώ να πάω. Πριν δεν είχα κάποιον να με διατάξει και δεν ήξερα να φτιάχνω τίποτα εκτός από πίτες. Εδώ έμαθα μαγειρική καλά για το ντύσιμο ήμουν απ'το σπίτι μου ιδιότροπη δεν είχα και ρούχα να ντυθώ, ενώ τώρα έχω. Μ'αρέσει που είναι εδώ ο ξενώνας και δεν είναι στο κέντρο γιατί εκεί έχει πολύ κόσμο και υπάρχουν κλέφτες. Μας αγαπάνε και μας φροντίζουν εδώ, μας πάνε στο γιατρό και να πουν και ένα λόγο παραπάνω, δεν πειράζει. Εγώ πεθαίνω για εδώ, έχουμε ζεστασιά. Δεν είχα σπίτι πριν ήταν χαλασμένο, δεν είχα που να πάω να κάνω μπάνιο. Στο ποτάμι πλενόμουν λίγο, πήγαινα μέσα στο μαντρί με τη σκαφίδια να κάνω μπάνιο, τυραννία μεγάλη». Σύμφωνα με το Basaglia (2008:165) οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς δε θέλουν να εγκαταλείψουν το ψυχιατρείο είναι επειδή δέχονται τον εγκλεισμό σαν μια φυσιολογική κατάσταση μετά την μακρόχρονη παραμονή τους σε ψυχιατρεία και επειδή το ψυχιατρείο τους καλύπτει τις στοιχειώδεις ανάγκες τους όπως το φαγητό και τη στέγαση. Ο Ζήσης περιγράφει την περίπτωση του που σχετίζεται με την παραμονή του στον ξενώνα και εν συνεχεία με το διαμέρισμα κυρίως εξαιτίας της έλλειψης πόρων για την ανεξάρτητη διαβίωσή του εκτός δομής: «*Ηθελα πάρα πολύ να έρθω στον ξενώνα, δε μπορούσα στο χωριό, δεν είχα για τσιγάρα, δεν είχα για τίποτα. Πήρα το χαρτί από το Δαφνί και έτσι ήρθα στον ξενώνα γιατί δεν είχα σπίτι να κοιμηθώ μέσα, ούτε να κάνω μπάνιο, ούτε τίποτα γιατί το σπίτι χτυπήθηκε από σεισμό και το ρίξαμε. Δε ζούσαν οι γονείς μου όταν το έριξα εγώ, αλλά δεν είχα λεφτά για να το τελειώσω, ούτε μπάνιο, ούτε τίποτα, ούτε κουζίνα. Κανένας δε με βοηθούσε τότε καθόλου. Όταν έγινε ο ξενώνας ήρθα εδώ το 2001 και κάθισα δέκα χρόνια και μετά πήγα στο διαμέρισμα. Καλά ήταν εδώ στον ξενώνα, εδώ είχαμε ένα κήπο βάζαμε ντομάτες κάτι τέτοια χαζοδουλειές δηλαδή για να περνάει η ώρα γιατί ένας γιατρός δε θυμάμαι πως τον λένε, έλεγε: «Ας δουλεύουν και μια ώρα αυτοί οι άρρωστοι ή και να παίζουν και μια ώρα χαρτιά να ξεχνιούνται», ωραία ήταν η ασχολία με τον κήπο. Ήμασταν πολλά παιδιά και λέγαμε καλαμπούρια, τότε όταν ξεκινήσαμε εφτά, οχτώ, άτομα ήμασταν, ήταν ευχάριστα εδώ πηγαίναμε εκδρομές, στο Αγρίνιο για καφέ. Εγώ δεν έχω πρόβλημα που δεν είναι στο κέντρο ο ξενώνας, εγώ περπατάω και γυμνάζομαι. Στον ξενώνα όταν ήμουν, την έκανα τη δουλειά μου. Είχα και αυτοκίνητο και γυρνούσα και αναλόγως μπορεί να γύριζα*

μεσημέρι ή απόγευμα. Εδώ η δομή βοηθάει είναι σαν να είσαι στο καλύτερο σπίτι, δε συγκρίνεται με τα ψυχιατρεία, διαφορά μεγάλη» .

Η τυπική βιογραφική διαδρομή των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις συνιστά μια διαδοχή τυπικών συμβάντων που προσδιορίζουν την ηθική τους σταδιοδρομία δηλαδή είναι η κανονική ακολουθία των αλλαγών που η σταδιοδρομία συνεπάγεται για τον εαυτό του προσώπου και για το πλαίσιο των παραστάσεων που διαθέτει για να κρίνει τον εαυτό του και τους άλλους. (Goffman, 1994: 133) Η Ρένα περιγράφει την ατμόσφαιρα ιδρυματισμού της δομής, εκφράζοντας την επιθυμία της για αυτονόμηση εκτός του πλαισίου της δομής: *«Στην αρχή όταν άρχισα να μένω μόνη μου στο σπίτι ταΐρινα μόνη μου τα φάρμακά μου αλλά μετά είπα να τα πίνω εδώ για καλύτερα για μένα για να το θυμάμαι ταΐρινα, αλλά έτσι είπανε. Με ρωτάς αν μου αρέσει να έρχομαι; Ε! τρώω καλά, έχω παρέα, βγαίνω για τα ψώνια μου, έχει γίνει συνήθεια γι'αυτό έρχομαι. Το σπίτι μου δεν είναι εδώ, είναι πέρα στο χωριό. Εδώ έρχομαι και αναγκαστικά αλλά και γιατί αν παραιτηθώ, θα αρρωστήσω πάλι και στην κατάσταση τη δικιά μου, είναι εύκολο να αρρωστήσω. Είναι τώρα που μερικές φορές γυρίζει το μυαλό μου, δεν πλένομαι, γυρνάω, κάνω, ράνω, θα γυρίσω πάλι στα παλιά είναι δύσκολο να γυρίσεις στα παλιά; Από εδώ και πέρα θέλω στη ζωή μου να είμαι λίγο ελεύθερη, όχι λίγο, πολύ ελεύθερη όχι όμως να αρχίσω τα παλιά. [γέλιο] Εδώ στο ξενώνα με περιορίζουν γιατί μου λένε να έρχομαι εδώ. Εγώ θέλω να φύγω από εδώ, να σταματήσω να έρχομαι. Κουράστηκα με τα ιδρύματα, καιρός είναι πια, να πηγαίνω στο γιατρό στο Κ.Ψ.Υ. όπως κάνει ο άλλος ο κόσμος, να παίρνω τα φάρμακά μου, να με βλέπει ο γιατρός όπως βλέπει τον άλλο τον κόσμο και να φεύγω. Τι, τους θέλω τους ξενώνες; Να έρχομαι, να κάνω τι; Μ'αρέσει να έρχομαι να βλέπω τους φίλους μου εδώ, αλλά και μέχρι πότε αν το καλοσκεφτείς, είναι βάσανο. Έχω βαρεθεί και τα άτομα που μένουν εδώ στον ξενώνα γιατί δεν είναι και κανένας καλά, ποιός είναι καλά; Η μία αλλού πατάει και αλλού βρίσκεται, η άλλη έχει τα παράπονά της, η άλλη πάλι είναι τόσο χρονών και είναι ακόμη εδώ και ο Ραφαήλ είναι τόσο χρονών και είναι και αυτός εδώ. Δε θέλω να περάσουν άλλα χρόνια και να είμαι εδώ. Αυτό που θέλω είναι να μένω σπίτι μου, να κάνω τα ψώνια στην αγορά και να μένω σπίτι μου και να τελειώνει η υπόθεση. Κατά κάποιο τρόπο μου αρέσει να μένω μόνη μου, δεν κάνω πράγματα που δε γίνονται, έτσι πράγματα παράξενα. Πράγματα φυσιολογικά κάνω όπως τον καφέ μου, μαγειρεύω. Τι το παράξενο κάνω; Δεν κάνω πράγματα να βρίσω, να αρχίσω να πετάω πράγματα, όπως πριν. Όχι ότι πέταγα πράγματα, πέταγα τα ρούχα μου μόνο στα σκουπίδια και τώρα το κάνω και αυτό, αλλά το δεσμεύομαι και λίγο, μου λένε και τα κορίτσια να μην πετάω πράγματα. Τους*

βαριέμαι και τους φίλους μου εδώ, λες και κάθε μέρα τι αλλάζει; Σήμερα που ήρθες εσύ με άλλαξες, μου αρέσει πολύ η κουβέντα που κάνουμε. Έρχομαι εδώ με όρεξη και τι να δεις από τους άλλους; Δεν είναι κανένας καλά. Εδώ νιώθω ότι πάω πίσω, δε μ'αρέσει γενικώς το ίδρυμα. Τώρα στις γιορτές θα έρθω να μείνω εδώ. Χαρούμενη είμαι, θα περάσουν οι μέρες, θα πάω πάλι στο σπίτι μου, λέω. Θα περάσω όπως θα περάσω και μετά θα πάω πάλι στο σπίτι μου, αυτό με χαροποιεί περισσότερο από όλα. Έρχομαι το πρωί με το αστικό στις οχτώ και φεύγω μετά το φαγητό. Μου αρέσει που ο ξενώνας είναι εδώ και δεν είναι στο κέντρο της πόλης γιατί δε μου αρέσει η κίνηση εμένα».

3.2.10. Η ζωή των ασθενών στα προστατευόμενα διαμερίσματα

Ο Φοίβος περιγράφει το χώρο και τις συνθήκες του διαμερίσματος και πόσο θετικά τον επηρεάζει η άνεση του χώρου: «Τα διαμερίσματα για να μην τα μειώνουμε όλα, έχουν όχι μόνο έπιπλα και είναι αξιοπρεπή, αλλά έχουν και εξοπλισμό, σκούπα ηλεκτρική, κουζίνα. Δε συγκρίνεται το σπίτι που νοίκιαζα πριν που δεν είχε καν έπιπλα δηλαδή είχε μόνο ένα κρεβάτι και ένα τραπέζι όλο και όλο. Σ'αυτό το σπίτι που μένω τώρα μπορώ και κάθομαι μέσα. Πριν δε μπορούσα να καθίσω μέσα, έβγαινα έξω. Δεν έκανα τα ίδια πράγματα που κάνω τώρα όπως να καθίσω να δω τηλεόραση το πιο απλό. Είναι ανθρώπινος ο χώρος για μένα είναι πολύ καλό που μου έτυχε». Ο Ζήσης περιγράφει την καθημερινότητά του στο διαμέρισμα, την εξάρτησή του από τον ξενώνα και την ανάγκη αυτονόμησής του: «Οχτώ, εννιά χρόνια έχουμε στο διαμέρισμα, δε θυμάμαι. Είναι πολύ καλά, είναι ωραία ήμουν με ένα άλλο κύριο. Τώρα, έφυγε και πήγε στην Αθήνα δεν ξέρω αν θα γυρίσει, αλλά έχει πρόβλημα και πήγε στην Αθήνα. Ξέρεις, τι αρρώστια έχει αυτός; Έχει αρρώστια με τα τραγούδια, του φαίνεται ότι του χρωστάνε οι τραγουδιστές λεφτά. «Πόσα σου χρωστάνε;» του λέω εγώ. Μου λέει: «Τετρακόσια εκατομμύρια ευρώ» και του λέω εγώ για να τον πειράξω: «Δεν κάνουμε μια συμφωνία; και διακόσια να μας δώσουν;» [γέλιο] και για αυτό πήγε και σπάει τα τζάμια στον Άρειο Πάγο. Τα πηγαίναμε καλά με αυτό το φίλο μου, μια χαρά. Στο διαμέρισμα ζυπνάω το πρωί φτιάχνω τον καφέ μου, πίνω τα φάρμακά μου, μετά άμα είναι τίποτα θα το σκουπίσω και μετά πάω σε ένα καφενείο και παίζω χαρτιά. Εκεί περνάω την ώρα μου, βάζω και λεφτά όταν παίζω, είμαι καλός στα χαρτιά. Μετά φαγητό, ύπνο. Μαγειρεύω κιόλας, μου αρέσει να μαγειρεύω. Έρχεται μια καθαρίστρια και καθαρίζει το σπίτι, τώρα εκεί είναι. Στον ξενώνα έρχομαι μια φορά την εβδομάδα για να παίρνω τα φάρμακα της εβδομάδας και λεφτά, δεν τα διαχειρίζομαι μόνος μου τα χρήματα, καλύτερα εδώ.

Παίρνω την εβδομάδα 60 ευρώ αν είχα τη σύνταξη όλη πάνω μου, δε θα μου έφταναν τα χρήματα, ξεχνάς με τα χαρτιά, ξεχνιέμαι. Δεν παίζει τίποτα ο συγκατοικός μου ούτε χαρτιά, ούτε τάβλι αυτός ήταν παιδί του σπιτιού δεν είχε έξω ούτε φίλους, ούτε τίποτα. Εγώ τον πήγαινα σε διάφορα μαγαζιά για καφέ για το ένα για το άλλο, αυτός δεν έβγαινε έξω. Θα έρθω εδώ στον ξενώνα τις γιορτές να φάμε μεσημέρι βράδυ, έχω καλές σχέσεις με όλους εδώ. Το προσωπικό είναι καλό, πολύ σπάνια μου μίλησε απότομα. Αυτή η αρρώστια είναι χρόνια, δε γίνεσαι με τίποτα καλά, δε ξέρεις τι γίνεται καμιά φορά με τις υποτροπές. Εγώ τα φάρμακα τα παίρνω, κάνω και την ένεση, αλλά φοβάμαι μην πάθω τίποτα και ξαναπάω στο ψυχιατρείο». Τα φάρμακα συχνά αποκτούν για το άτομο το χαρακτήρα του μέσου, προκειμένου να ελέγξει την καθημερινότητά του και να αποφύγει τους βίαιους εγκλεισμούς και τις νοσηλείες που συνεπάγεται μια υποτροπή. (Τζανάκης, 2012: 257) «Το όνειρό μου είναι να πάω να ζήσω στη Θεσσαλονίκη με την αδερφή μου. Αν καταφέρω και πουλήσω το σπίτι στο χωριό θα πάω στη Θεσσαλονίκη να αγοράσω εκεί ένα, που μου αρέσει πολύ. Μου λείπει η οικογενειακή ζεστασιά, ειδικά τώρα στις γιορτές». Ο Ανέστης περιγράφει τις συνθήκες συγκατοίκησης του στο διαμέρισμα, την έλλειψη αυτονομίας του κυρίως εξαιτίας της οικονομικής του αδυναμίας και την ασφάλεια που αισθάνεται με τη φαρμακευτική του αγωγή: «Είναι πολύ καλό παιδί ο συγκατοικός μου. Με νευριάζει καμιά φορά, παίρνει το κομπιούτερ και αλλάζει το κανάλι στην τηλεόραση, θέλω να δω ένα έργο και θέλει να δει ποδόσφαιρο και τον αφήνω, δε του λέω τίποτα. Το φίλο σου αγάπα τον με τα ελαττώματά του, έχω συμβιβαστεί. Με νευριάζει καμιά φορά, βγάζει τη μύξα του και κάνει να, έτσι, με το χέρι και του λέω: «Πάρε ένα χαρτί ρε Κώστα να βγάλεις τη μύξα σου», δεν καταλαβαίνει Χριστό. Έχω και άλλη τηλεόραση του Μίμη, ενός παιδιού που ήμασταν στο διαμέρισμα. Έχει δύο, τρία χρόνια που έφυγε, ήμασταν τρεις και υποτρόπιασε το 'σκασε από εδώ πήγε Πάτρα, τον έπιασε η αστυνομία στην Πάτρα και τον πήγαν στην Τρίπολη. Δεν έχω καλό μνημονικό, δε θυμάμαι πόσα χρόνια ήμασταν στο διαμέρισμα. Τώρα είναι καλύτερα που είμαστε δύο γιατί μας έβαζε χέρι. Να, άνοιγε τσι πόρτες να βγαίνει ο καπνός που καπνίζαμε Χειμώνα, Καλοκαίρι. Στο δικό του δωμάτιο άμα κάπνιζε δεν τότε πείραζε, τους άλλους ενοχλούσε. Υποτρόπιασε μετά δεν τα πηγαίναμε καλά, με είχε εκνευρίσει, με είχε αγχώσει. Έβριζε, έκανε, έρανε. Πήρα το γιατρό και του είπα: «Υποτρόπιασε ο Μίμης» δεν έδωσε σημασία. Μετά τότε καταλάβανε και τότε πήγανε στην Τρίπολη. Τώρα είναι σε ξενώνα στην Τρίπολη και με παίρνει δύο τρεις φορές την εβδομάδα τηλέφωνο, μπορεί να θέλει να επιστρέψει αλλά δεν τον αφήνουν. Τη σύνταξή μου, που είναι ΟΓΑ πηγαίνω στην τράπεζα, περιμένω στη σειρά, την παίρνω και τη δίνω στην κυρία Ευτέρπη

και μου τα δίνει λίγα, λίγα, κάθε μέρα παίρνω από επτά ευρώ. Ερχόμαστε κάθε μέρα στα εργαστήρια εκτός και αν μαγειρεύουμε και δεν προλαβαίνουμε από τις 10 μέχρι τις 12:30. Τα βαριέμαι τα εργαστήρια να σου πω την αλήθεια. Τα ίδια και τα ίδια κάνω εδώ, αλλά έρχομαι για να απασχολούμαι, να περνάει η ώρα μου, με βοηθάει για να μη σκέφτομαι, να δραστηριοποιούμαι. Μετά καφές, τηλεόραση, μουσική, κάπου κάπου το βράδυ βγαίνουμε. Απαγορεύεται να πίνω, στο νησί μέχρι και οινόπνευμα έπινα μαζί με τα φάρμακα. Ψωνίζουμε από το σούπερ μάρκετ κάθε εβδομάδα, κάνει παραγγελία η νοσηλεύτρια, μας τα φέρνει σπίτι και εμείς μαγειρεύουμε πάνω στο σπίτι, αλλά καμιά φορά μας δίνουν φαγητό από εδώ και είναι πολύ καλό και αυτό που μαγειρεύουμε καλό είναι. Σήμερα σηκώθηκα στις έξι το πρωί και μαγείρεψα μπρόκολα, ο συγκάτοικός μου έχει ζάχαρο. Κάθε δεκαπέντε μέρες, έρχεται η καθαρίστρια και καθαρίζει και την πληρώνουμε εμείς, επτά ευρώ την ώρα. Μαγειρεύουμε, σκουπίζουμε καμιά φορά, τα ρούχα μας εμείς τα πλένουμε, αλλά δεν τα σιδερώνουμε, βαριόμαστε. Μια φορά την εβδομάδα έρχονται οι νοσηλεύτριες από εδώ για να δουν πως τα πάμε. Φοβάμαι τις υποτροπές πριν φοβόμουν πάρα πολύ, τώρα δε φοβάμαι τόσο. Το μυαλό μου με βοηθάει να αντιμετωπίζω δυσκολίες. Δεν πιστεύω στο Θεό, αλλά έχω παράπονα γιατί με παράτησε, γιατί να με αφήσει να τρελαθώ και να κάνω αυτό το πράγμα, να χτυπήσω τον άλλον; Και οι γιατροί και ο Θεός, το στεναχωριέμαι αυτό, δεν το έχω ξεπεράσει και επειδή φοβάμαι μη μου ξανατύχει τίποτα τέτοιο, κάνω την ένεση και δεν την κόβω και παίρνω τα φάρμακά μου για να διατηρούμε. Μα, την Παναγία δεν έχω σκεφτεί τι άλλο θα ήθελα να κάνω εδώ. Θέλω να πάρω ελατήρια να κάνω γυμναστική στο σπίτι, το σκέφτομαι εδώ και δυο τρεις μήνες και όλο το λησμονάω. Το έχω σκεφτεί να πάω γυμναστήριο, αλλά έχει ποδαρόδρομο. Έχει ένα γυμναστήριο εδώ πίσω από τον ξενώνα με τα πάντα μέσα και με μπάνιο να κάνεις μετά τη γυμναστική, αλλά έχει τριάντα ευρώ, δε θέλω να περπατάω. Θα ήθελα να έχω λεφτά μόλις κουραστώ απ'το γυμναστήριο, να έχω λεφτά να πάρω ταξί, να πάω στο σπίτι μου. Αυτό που με ευχαριστεί πριν δύο τρία χρόνια δε θυμάμαι κιόλας, δε μπορώ να θυμηθώ, στο περίπου σου λέω τώρα, έκανα δύο ενέσεις αλοπεριντίν και τώρα κάνω μόνο μία ένεση κάθε είκοσι μέρες. Πριν έκανα δύο και με είδε ο γιατρός και το συζήτησε με την κυρία Ευτέρπη και τώρα κάνω μια και άμα μου πει ο γιατρός κόφτηνε και να κάνω μια κάθε έξι μήνες ό,τι μου πει ο γιατρός θα κάνω που είναι επιστήμονας. Εγώ δε μπορώ να καταλάβω τον εαυτό μου, αλλά ο επιστήμονας με το που σε βλέπει αμέσως καταλαβαίνει, τι αρρώστια έχεις. Τώρα θα πάμε με την κυρία Ευτέρπη και το συγκάτοικό μου στο σπίτι να στολίσουμε το δέντρο».

3.2.11. Η αίσθηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας

Η λέξη «στίγμα» χρησιμοποιείται για να καταδείξει ότι ορισμένες ασθένειες εγείρουν προκαταλήψεις σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Αναμφίβολα οι πλέον στιγματισμένες νοσολογικές οντότητες είναι ακόμα και σήμερα οι ψυχικές ασθένειες. Το στίγμα αποτελεί μια σύνθετη έννοια και διαδικασία που εμπεριέχει την προκατάληψη, τα στερεότυπα, την κοινωνική παρέκκλιση, την περιθωριοποίηση και τις διακρίσεις αλλά επεκτείνεται και πέρα από αυτές τις έννοιες ορίζοντας το σύνολο της ταυτότητας του ατόμου. Σε κάθε κοινωνία και πολιτισμό, παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφοροποίηση ως προς τα χαρακτηριστικά που αποβαίνουν στιγματιστικά. (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2009: 137-138) Οι προκαταλήψεις που βοήθησαν στη δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στην πεποίθηση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίκανος, επικίνδυνος για το περιβάλλον του και ανεύθυνος για τις πράξεις του.

Ο Χάρης εκφράζει τη δική του γνώμη σχετικά με την αίσθηση του στίγματος που βιώνει: *«Μπορώ να πω ότι γενικά οι Αγρινιώτες μπορούν να κατανοήσουν το πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας. Μπορεί να είναι απότομοι και άγριοι σε κάποια πράγματα, αλλά έχουν άλλα καλά που δεν τα βρίσκεις αλλού δηλαδή θα τρέξει για σένα που αλλού δεν υπάρχει τόσο πολύ. Οι γείτονες είναι ευγενικοί και φιλικό μαζί μας, είναι πάρα πολύ και αυτό από τον τρόπο που μας μιλάνε και στη γειτονιά σε συγκεκριμένες γυναίκες πηγαίνω εγώ και τους ποτίζω τα λουλούδια που δε μπορούν. Πηγαίνω για καφέ στο κέντρο και τώρα ήμουν για καφέ. Είναι όλοι πολύ καλοί μαζί μας, δεν έχω καταλάβει ποτέ καμία αρνητική συμπεριφορά ούτε με έχει προσβάλλει κανένας. Είναι ευγενικοί μαζί μου, τώρα και να με στραβοκοιτάξει κανένας, δεν το παίρνω τοις μετρητοίς. Με τους φίλους που είχα πριν έρθω εδώ τους έξω βρισκόμαστε πηγαίνουμε για καφέ και τηλεφωνούμε, δεν έχει αλλάξει κάτι. Μπορώ να σου πω, όμως, ότι εδώ οι άνθρωποι του ξενώνα, είναι πιο καλοί από τους έξω και με καταλαβαίνουν καλύτερα. Οι φίλοι μου έξω, έχουν κάποιο επίπεδο, δε με ρωτούν για την αρρώστια ούτε και εγώ μιλάω για αυτό, δεν έχω την ανάγκη να το κάνω. Στις υπηρεσίες που πηγαίνω με εξυπηρετούν ως ΑΜΕΑ με εξυπηρετούν πρώτο. Μπορώ να πω ότι μου αρέσει να με εξυπηρετούν το ίδιο με τους άλλους, ούτε παραπάνω, ούτε λιγότερο για παράδειγμα και στο νοσοκομείο να αρρωστήσει εδώ μέσα κάποιος, θα πάει αμέσως, ενώ εσένα μπορεί να σου πουν σε δύο μήνες. Μας εξυπηρετούν αμέσως αυτό είναι και καλό και κακό γιατί είναι διάκριση, μας ξεχωρίζουν»*. Από την άλλη πλευρά η Αλίκη εκφράζει τη δική της αρνητική γνώμη ως προς την αντιμετώπιση της από τους άλλους στην κοινότητα: *«Το Αγρίνιο είναι το χειρότερο μέρος που έχω γνωρίσει ποτέ στη ζωή μου, εξαιτίας των ανθρώπων, είναι*

αγρίμια, δεν είναι καλοί. Όταν ακούν ότι είμαστε άρρωστοι, δε μας θέλουν, πηγαίνουμε στην κυρία Λένα για καφέ. Είναι προκατειλημμένοι με τους ψυχικά ασθενείς. Έξω στο δρόμο, πολλοί πάρα πολλοί έχω ακούσει να λένε: «Αυτή είναι τρελή, ζει στο τρελάδικο». Στις δημόσιες υπηρεσίες δεν έχω πρόβλημα μόλις πάω και λέω ότι είμαι από το «Ψυχαργώ» και είμαι ανάπηρη με εξυπηρετούν αμέσως και λένε στους υπόλοιπους στη σειρά: «Περιμέντε δύο λεπτά, η κοπέλα είναι ανάπηρη». Οι άνθρωποι που δεν ξέρουν πως ήμουν πριν μπω στον ξενώνα, δε με κοροϊδεύουν. Εδώ η γειτόνισσα και μια άλλη κυρία μου φέρονται καλά, μου μιλάνε γλυκά, καλοσυνάτα μου λένε: «Γεια σου κούκλα, τι κάνεις; Είσαι καλά;» και με ανεβάζουν ψυχικώς». Ο Ανέστης εξηγεί τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την αντίδραση των άλλων απέναντί του: «Το 2007 δούλευα στο νοσοκομείο ενάμιση χρόνο και έπαιρνα 100 ευρώ το μήνα. Δούλευα από τις 7:30 το πρωί μέχρι τις 11:30, 12 το μεσημέρι. Το υπόλοιπο προσωπικό που δούλευα στο νοσοκομείο ήξεραν ότι είμαι από τον ξενώνα και μου φέρονταν πολύ καλά. Ήταν όλοι πολύ καλοί άνθρωποι, δεν ένιωσα ποτέ τίποτα άσχημο στη συμπεριφορά τους. Ποτέ δε μου έχει πει κανείς τίποτα, μπορεί να ξέρουν και να μη με ρωτάνε για να μη με στεναχωρήσουν. Μου αρέσει το Αγρίνιο, είναι όλοι καλοί και οι γείτονες, δεν έχω παράπονο. Μόνο με ένα καφετζή εδώ και δύο χρόνια κέρδισα στο παιχνίδι στα φρουτάκια 15 ευρώ και δεν ήθελε να μου τα δώσει και μου είπε: «Μην ξανάρθεις στο μαγαζί!» αλλά μου τα έδωσε, πήρα τα λεφτά και δεν ξαναπήγα και πηγαίνω στη κυρία Λένα με το συγκάτοικό μου για καφέ στο καφεενείο. Ξέρω πολλούς Αγρινιώτες μας βοηθάνε κιόλας, δεν είναι περίεργοι, όλοι μου φέρονται σαν να είμαι καλά, δε με ρωτούν ούτε θέλω και να μιλάω. Όλοι, κυρία Άντα, σε κοιτάζουν στην τσέπη, ο μαγαζάτορας σε κοιτάει στην τσέπη, δεν τον ενδιαφέρει αν είμαι άρρωστος. Αν του αφήνεις λεφτά, όλος ο κόσμος δικός σου είναι. Άμα έχεις λεφτά και άμα τον κερνάς συνέχεια, θα σου πει και ευχαριστώ. Το χρήμα κυβερνάει κυρία Άντα σήμερα, είναι και οι άνθρωποι βέβαια, αλλά το χρήμα κυβερνάει».

Απ'την στιγμή που περνάει κάποιος την πύλη του ψυχιατρικού ιδρύματος επισημοποιείται το ετικετάρισμά του. Από κει και πέρα η συμπεριφορά των δήθεν υγιών απέναντί του (ακόμη και αν βγει κλιμακώνεται από την πλήρη άρνηση του μέχρι την απλή ανοχή του με κύρια ενδιάμεσα χαρακτηριστικά, την κοροϊδία, τον εμπαιγμό, τον διασυρμό). Ο ετικεταρισμένος έχει πολλές ελπίδες να ξαναβγει από το εγκλειστήριο. Δεν έχει όμως καμιά ελπίδα να ξαναβγει απ' τη φυλακή που ορίζεται από την ίδια την ετικέτα του. (Γρίβας, 1987: 175-176) Η Ρένα περιγράφει την επιρροή του στίγματος στην καθημερινότητά της: «Εδώ που κάνω πράγματα για τον ξενώνα, είμαι σημαντική και πηγαίνω και στο κέντρο και κάνω δουλειές. Με έχουν στραβοκοιτάξει για

την αρρώστια μου, αλλά πως να σου πω είναι που το κρύβω κιόλας, δε θέλω να τα πω. Να! δεν είναι καλοί οι άνθρωποι στο χωριό με κοροϊδεύουν και με κοροΐδευαν. Έλεγαν ότι δεν κάνω μπάνιο, σεργιανάω άπλυτη, απεριλόγητη. Να! αυτό το παλτό που το βρήκε σήμερα και το φόρεσε; Γιατί κάποτε, μία μου 'φερνε πράγματα στο σπίτι και μέσα σ'αυτά τα πράγματα ήταν τρόφιμα και ένα παλτό και το 'βαλα και πήγα στην αγορά και με κοροΐδεψαν, ένας χωριανός μου και από τότε μου το κόλλησαν. Τώρα που είμαι καλά, το κρύβουν και αυτοί, ότι στραβό δούνε, δε λένε τίποτα. Στις δημόσιες υπηρεσίες και για καφέ που πάω, δε μου έχει μιλήσει ποτέ κανένας άσχημα ίσα ίσα που τους βγάζω ασπροπρόσωπους. Μου λένε στο χωριό: «Α! η τρελή, έβαψε το μαλλί μαύρο!, Α! η τρελή, έβαψε το μαλλί ξανθό!», μου λένε: «Να, η παλαβή!, το λένε σιγά όμως για να μην το καταλάβω, το λένε κάπως με τον τρόπο τους σα να μου το δείχνουν, γιατί εγώ φταίω που αρρώστησα;»

Σύμφωνα με τους (Economidou et al, 2005), το στίγμα αυξάνεται όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο γνώσης για τη σχιζοφρένεια, όσο μεγαλύτερη είναι η άγνοια και όσο μικρότερη είναι η προσωπική επαφή και εμπλοκή με ψυχικά ασθενείς. (Μαδιανός, 2000: 459) Ο Ζήσης εκφράζει τη γνώμη του σχετικά με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας: «Στο χωριό μου έχω τέσσερις πέντε μήνες να πάω. Όταν έμαθαν στο χωριό ότι είχα πάει στο Δαφνί δε μου συμπεριφέρονταν καλά. Είχα ξεμείνει από λεφτά, ζήτηγα ένα τσιγάρο από κανένα και μου λέγανε: «Γιατί δεν πας να δουλέψεις;» Δε με στεναχωρούσε όμως γιατί νομίζανε, ότι ήμουν στα καλά μου. Έτσι μου λένε όλοι όπου και να πάω, δεν ξέρουν από τέτοια πράγματα γι'αυτό. Οι άνθρωποι δεν καταλαβαίνουν την ψυχική ασθένεια και φοβούνται κιόλας. Λένε, μην κάνει καμία και με σκοτώσει. Δεν το έχω ζήσει, αλλά πιστεύω ότι φοβούνται. Εγώ δεν έχω φοβηθεί ποτέ τους ανθρώπους». Ο Φοΐβος περιγράφει τη δική του περίπτωση: «Το στίγμα υπάρχει αλλά σε μένα όχι γιατί εδώ και πολλά χρόνια ζω, χωρίς καν να φαίνεται, ότι έχω τέτοιο πρόβλημα. Έχω κάποιους φίλους εδώ και πολλά χρόνια και συνεχίζω να έχω, αλλά για να γνωρίσω κόσμο φέτος πήγα σε μαθήματα μπρίτζ, πήγα σε τμήμα παραδοσιακού χορού, φωτογραφίας και θέατρο που πήγαινα και πέρυσι. Παρόλο που δεν έχω κανένα ταλέντο, έχει τόσο γέλιο που είναι από μόνο του θεραπευτικό και πολλές φορές βγαίνουμε μετά. Εγώ είμαι μια ιδιάζουσα περίπτωση, με την έννοια ότι εδώ και πολλά χρόνια αν δεν το πω, δεν αντιλαμβάνεται κάποιος ότι έχω προβλήματα. Εντάξει, κάποιος το ξέρουν προφανώς και λοιπά, αλλά τα προβλήματα όταν δεν είσαι καλά είναι, ότι δε μπορείς να διαχειριστείς καλά τις καταστάσεις. Τότε είναι πολύ πιο εύκολο να σου επιτεθεί κάποιος λεκτικά και να μη μπορείς να το αντιμετωπίσεις και μου έχει τύχει και έχω ένα φίλο, ο

οποίος δε χρειάζεται να είσαι ειδικός για να καταλάβεις ότι αντιμετωπίζει κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα και ανάλογα με το χώρο που θα βρεθεί και ανάλογα με τους ανθρώπους, θα τον περιπαίζουν, μέχρι δεν ξέρω και εγώ τι άλλο. Αυτό δεν αλλάζει είναι θέμα κοινωνικής νοοτροπίας. Υπάρχουν άνθρωποι που δε συμπεριφέρονται έτσι και άνθρωποι που συμπεριφέρονται έτσι, αυτό πάντα έτσι θα είναι. Το θέμα είναι, ότι οι παρέες μου είναι πιο κοντά σε σένα και όλοι οι φίλοι μου, έτσι δε με επιβαρύνει η παρέα του φίλου με ψυχικά προβλήματα και ξέρω πόσο σημαντικό είναι να μιλήσει έστω και μια μέρα μαζί μου». Ο Μάξιμος εκφράζει τη δική του γνώμη για το στίγμα σύμφωνα με τα βιώματά του: «Το Αγρίνιο είναι ωραία πόλη, οι άνθρωποι είναι αγριεμένοι όπως είναι σε όλες τις πόλεις. Θα έρθει ο άλλος θα σου πει τη μαλακία του, θα του τη πεις και εσύ, παντού ισχύει αυτό. Με έχουν προσβάλλει σε σχέση με την αρρώστια μου, ειδικά όταν δούλευα. Καθημερινότητα είναι, έχω τσακωθεί κιόλας, όταν είσαι στη δουλειά, μπορεί να παρεξηγηθείς, αλλά εντάξει. Μπορεί να με έχουν στραβοκοιτάξει άνθρωποι που ξέρουν το πρόβλημά μου, αλλά εγώ δεν ασχολούμαι. Όταν έχεις αυτή την αρρώστια γίνεσαι πιο ευαίσθητος και επηρεάζεσαι πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους. Εγώ επηρεάζομαι από τους άλλους πιο πολύ και αυτό το κάνουν με πλάγιο τρόπο και εκνευρίζομαι, ότι δεν το λέει σε σένα αλλά να εννοεί εσένα και δε θέλω να δίνω σημασία και σε όποιον μου τι λέει του τη λέω κατευθείαν και όχι μόνο εγώ, όλοι. Στο χωριό το ξέρουν όλοι για μένα αυτά μαθαίνονται μπα μπα. Έχω πάει σε ψυχολόγο και σε θεραπευτική ομάδα και ξέρω πως να διαχειρίζομαι τον εαυτό μου. Μερικές φορές μπορεί να χρειαστείς βοήθεια από κάποιον άλλο να σε καθοδηγήσει λίγο. Κολλάς, έτσι λίγο με τα φάρμακα δηλαδή οι απαιτήσεις της ζωής είναι πολλές και μερικές φορές μπλοκάρεις. Προς το παρόν, μπορώ να ανταπεξέλθω σε όλα». Ο Νικηφόρος προσθέτει: «Δεν έχω επαφή με τους γείτονες αν πω τα προβλήματα μου, θα τα μάθει όλο το Αγρίνιο. Δεν έχουμε επισκέψεις στο σπίτι. Μια καλημέρα έχω με τους γείτονες, δεν θέλω να έχω σχέσεις, δεν προσέχουν πως μιλάνε και εγώ στεναχωριέμαι. Δε θέλω σχέσεις με άλλα άτομα εκτός του ξενώνα. Η πόλη είναι καλή, οι άνθρωποι δεν είναι, δεν καταλαβαίνουν. Προτιμώ να έρχομαι για καφέ στο κέντρο και όχι στην περιοχή μου γιατί μόλις με βλέπουν αρχίζουν να ρωτούν: «Πως πας; Τι κάνεις; Πόσα χάπια πίνεις;» και αυτά δεν μου αρέσουν εμένα. Πολλές ερωτήσεις, τι σε νοιάζει εσένα τι κάνω εγώ ρε φίλε; Με ειρωνεύονται και με κοροϊδεύουν, μια γειτόνισσα ήρθε για προξενιό και η μητέρα μου είπε: «Εγώ κοπέλα στο λαιμό του Νικηφόρου δεν παίρνω. Είναι άρρωστος ο γιος μου, δεν κάνει να παντρευτεί» και δεν μπορώ να παντρευτώ. Αποκλείει τους αρρώστους η πόλη αν πεις ότι παίρνεις χάπια, πας. Μπορεί να μας φοβούνται κιόλας, αλλά τους φοβάμαι και εγώ τους ανθρώπους. Υπάρχουν και

άνθρωποι που τους ξέρω και τους φοβάμαι και τους αποφεύγω. Όλη η οικογένειά μου αισθάνεται το στίγμα της ασθένειάς μου. Λέω στον πατέρα μου να πάμε για καφέ και του λέω να έρθουμε στο κέντρο που δε μας ξέρουν και δε θέλει γιατί ντρέπεται για μένα. Τώρα όμως χαίρονται που κατάφερα να κόψω το ποτό. Το τσιγάρο δε μπορώ, αλλά πρέπει και με βοηθάει και η δασκάλα στο εργαστήρι. Εγώ δε κάθομαι στο σπίτι αν έχει ένταση και φωνάζει ο πατέρας μου, φεύγω δε μπορώ την ένταση, δεν ασχολούμαι. Όταν τσακωνόμαστε με το πατέρα μου, του λέω και έρχεται, μιλάει με την κυρία Ευτέρπη και ηρεμεί. Με καταλαβαίνει η κυρία Ευτέρπη, μου λέει: «Νικηφόρε γιατί έχεις τόση ένταση;» και λέω στον πατέρα μου να έρθει να μιλήσουν. Δε με αφήνει ο πατέρας μου να λέω όλα μου τα προβλήματα εδώ στον ξενώνα, αλλά εγώ εδώ νιώθω καλά και τους εμπιστεύομαι και με βοηθάνε και σήμερα που λείπει η κυρία Ευτέρπη και μιλάω μαζί σας, νιώθω ασφάλεια. Ο πατέρας μου ήταν αυστηρός πάντα όταν ερχόταν με άδεια από τη Γερμανία, δε μπορούσαμε ούτε να τον αγκαλιάσουμε με τις αδερφές μου, ήταν πάντα παγωμένος. Στο στρατό μπορούσε με μέσο που είχαμε να έρθω στην Αθήνα που μέναμε τότε και αυτός δεν το χρησιμοποίησε, έλεγε: «Μούλος είσαι; Και δε θα πας φαντάρος εκεί που σε στείλανε;» Δεν ήρθε τότε που του τηλεφώνησαν από το στρατό που ήμουν άρρωστος που εγώ δεν έπρεπε ούτε μέρα να υπηρετήσω, όχι δύο χρόνια που υπηρέτησα. Όταν στα 22 μου πήγα στο σπίτι της αδερφής μου που ήταν μαζεμένη εκεί όλη η οικογένειά μου και οι γαμπροί μου και τους μίλησα για το βιασμό μου όλοι στεναχωρήθηκαν και μου είπαν γιατί τόσα χρόνια δεν το είπα και ο πατέρας μου, μου είπε: «Τα ήθελες και εσύ!» Τι ήξερα εγώ τότε; Εφτά χρονών μαζούμ, ήμουν». Η Αγάπη αναφέρεται στη μεταφορά του στίγματος και στην οικογένειά της: «Δεν έχω επαφές με άλλους ανθρώπους εκτός από εδώ και δε μου έχει φερθεί κάποιος άσχημα εξαιτίας της ασθένειάς μου, αλλά μόνο όσον αφορά τα κιλά μου και την εμφάνισή μου. Μου έχουν πει στο δρόμο: «Είσαι χοντρή, θες δίαιτα και του λέω είσαι και εσύ χοντρός, κάνε και εσύ δίαιτα», αλλά για την ασθένειά μου να με πει κάποιος τρελή όχι και ευτυχώς δηλαδή μπορεί να το καταλαβαίνουν και να το σκέφτονται, αλλά μπροστά μου δε μου λένε τίποτα, δεν ξέρω πίσω μου τι λένε. Το στίγμα υπάρχει αν πας να βρεις μια δουλειά, είναι σκληρός ο ανταγωνισμός. Έχει σημασία η εξωτερική εμφάνιση, τα πτυχία ή το μέσο και εγώ θέλω να βρω μια δουλειά και να προχωρήσω, δε θέλω να κάθομαι στο χωριό χωρίς να κάνω τίποτα. Δεν ξέρω, θα μου αναγνωριστούν ποτέ οι σπουδές μου; Τα ψυχοφάρμακα δε θέλω να τα παίρνω γιατί έχω φουσκώσει και έχω παχύνει τόσο και έχω φτάσει τόσα κιλά. Υπάρχει στην οικογένειά μου το στίγμα της τρέλας. Η μαμά μου έχει μια τρελή κόρη, η αδερφή μου έχει μια τρελή αδερφή, δε μπορώ να μην τους σκέφτομαι και πόσο

τους επηρεάζω. Μερικές φορές τρελαίνομαι, αλλά προσπαθώ να κάθομαι ήσυχα γιατί αν δεν κάτσω ήσυχα και θα μου αυξήσουν τη δόση, που έχω αυτό το φόβο ή θα μπω πάλι στο νοσοκομείο και δε θέλω να μπω πάλι μέσα στο νοσοκομείο και να ζήσω πάλι αυτά που έζησα. Φοβάμαι γιατί μερικές φορές οι άνθρωποι οι δικοί μου γίνονται εντελώς αγνώριστοι δηλαδή ενώ μιλάμε και λέμε κάποια πράγματα μετά μου λένε: «Θα τηλεφωνήσω στο γιατρό σου και θα σε βάλω στο νοσοκομείο» σαν να είναι εχθροί μου. Μερικές φορές μιλάω και είναι σαν να μου λένε: «Εντάξει τώρα αυτό μας το είπε η τρελή, δεν το λαμβάνουμε υπόψη, δεν της δίνουμε σημασία» και όχι μόνο αυτοί, όλοι οι άνθρωποι. Στο χωριό δεν το έχουμε πει σε κανένα όπως και στις σπουδές μου αν με δεις είμαι κλεισμένη μέσα στο δωμάτιό μου, μόνο για να φάω βγαίνω, μιλάω λίγο με τη μαμά μου, με τρελαίνει επειδή έχω παχύνει και δεν έχω δουλειά και μου λέει: «Είσαι τόσο χρονών και δεν έχεις κάνει τίποτα και είσαι εδώ μέσα και όλο τρως και όλο τρως». Βγαίνω για πέντε λεπτά και ζαναμπαίνω στο δωμάτιό μου, αλλά έχω βρει πάλι «get away» [γέλιο] ξεκίνησα μάθημα αγιογραφίας και μου αρέσει πάρα πολύ, κάνω και Ιταλικά με τη lingua phone και έτσι προσπαθώ να τα αντιμετωπίζω. Δεν το έχουμε πει, αλλά ξέρεις το κουτσομπολιό στο χωριό π.χ. τι έπαθα, γιατί είμαι μουτρωμένη, που πάω κ.λπ. και ερχόταν η μαμά μου και μου τα έλεγε και ακόμα μου τα λέει και εγώ στεναχωριέμαι. Εγώ προσπαθώ να μη δίνω αφορμές και κλείνομαι στο δωμάτιό μου και αποφεύγω τα πολλά σχόλια από τους γείτονες. Με βλέπουν που έχω φουσκώσει και με ρωτούν αν παίρνω τα φάρμακα, αν παίρνω το επίδομα κ.λπ. Η φαρμακοθεραπεία προσλαμβάνεται ιδιαίτερα αρνητικά, τόσο από το γενικό πληθυσμό όσο και από τα άτομα που νοσούν, τα οποία αρνούνται να την ακολουθήσουν. Αυτή η μη – συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί τα περισσότερα περιστατικά ανάρμοστης ή βίαιης συμπεριφοράς των ατόμων με ψυχική ασθένεια εντοπίζεται ως επί το πλείστον σε αυτές τις περιπτώσεις, όπου δεν ακολουθείται η κατάλληλη θεραπεία. (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2009: 139) Οι άνθρωποι φοβούνται τους ψυχικά ασθενείς γιατί σου λέει: «Αυτός τώρα τρελός είναι, μπορεί να του φύγει το μυαλό, μπορεί να μου κάνει κάποιο κακό», αυτή είναι η πρώτη σκέψη. Εγώ δεν έχω κάνει κακό σε κανένα, μόνο στον εαυτό μου έχω κάνει κακό. Οι φίλοι μου τώρα είναι όλοι εδώ μέσα και τους έχω αποδεχτεί, ίσως επειδή δε θέλω να πληγωθώ μόλις μάθουν, ότι είμαι άρρωστη και δεν επιδιώκω να γνωρίσω νέα άτομα και δεν ξέρω και τον τρόπο. Εγώ πάντα τους φίλους που γνώριζα τους έκανα από αυτό που έκανα από τη δουλειά, τη σχολή. Δεν ανοίγομαι πάρα πολύ, ένα γεια έχω με όλους τους ανθρώπους, πάντα ήμουν προσηλωμένη σε ένα στόχο, πάντα να διαβάζω και να παίρνω καλούς βαθμούς, να βγω

για ένα καφέ. Μου αρέσει να συζητάω, να συνεργάζομαι, να μοιράζομαι, αλλά προτιμώ να είναι κάποιος υπεύθυνος, κάποιος που να τους βάζει σε τάξη γιατί εγώ μόνη μου, δε μπορώ. Δεν το λέω ότι είμαι άρρωστη, δε με αφήνει η μαμά μου δεν ξέρω, να το λέω; Να μην το λέω; Ήθελα να ρωτήσω και σένα. Πολλοί άνθρωποι δεν το λένε ποτέ, το κρατάνε κρυφό και βρίσκουν δουλειά. Το θεωρώ πολύ προσωπικό μου θέμα και από τη στιγμή που δεν πειράζω κανένα και δεν ξέρω αν φαίνεται. Είναι και η κοινωνία που είναι σκληρή και άμα σε δούνε αδύναμο σε πατάνε ακόμα πιο κάτω και εκμεταλλεύονται την αδυναμία σου. Υπάρχουν και μερικοί άνθρωποι όμως όπως εδώ ο ξενώνας που σε καταλαβαίνουν. Το άτομο που έχει το στίγμα δε νοιάζεται και δεν το καταλαβαίνει πιστεύω, άλλο που εγώ το καταλαβαίνω, αλλά είναι πιο πολύ για τα άτομα που είναι γύρω για την οικογένεια, για τα άτομα που είναι υγιή και περιβάλλουν το άρρωστο άτομο γιατί και ιατρικά να το δεις το άτομο που παίρνει τα φάρμακα είτε του πουν κάτι δεν το καταλαβαίνει, παίρνει τα φάρμακα, αλλά η οικογένειά του πληγώνεται περισσότερο και βγαίνουν στην κοινωνία και τους λένε: «Έχεις τρελό αδερφό ας πούμε, έχεις παιδί ανάπηρο και αυτό τους πληγώνει και τους στερεί κάποια πράγματα από τη ζωή τους». Σε κάθε περίπτωση, οι επιπτώσεις του στίγματος επηρεάζουν άμεσα τη ζωή του ατόμου και των οικείων του, που συμπάσχουν μαζί του και αντιμετωπίζουν με τη σειρά τους ένα μεγάλο βαθμό κοινωνικής απόρριψης. (Οικονόμου –Λαλιώτη, 2009: 138)

3.2.12. Κοινωνικός αποκλεισμός ως αποτέλεσμα της ψυχικής ασθένειας

Σύμφωνα με το Goffman Η χρήση μιας «ετικέτας», η απονομή ενός αρνητικού χαρακτηρισμού - ενός στίγματος - είναι καθοριστικές εφόσον δυσχεραίνουν τις κοινωνικές σχέσεις του αποδέκτη και διαλύουν την προσωπικότητά του: ο στιγματισμένος, είτε αρνείται το στίγμα είτε το δέχεται, βλέπει να αλλοιώνεται η επαφή του με την κοινωνία. Η αντίδρασή του και η αδιέξοδος του είναι να ενταχθεί σε ομάδες ή κοινότητες ομοιοπαθών, απομονώνεται αλλά και οδηγείται σε μια μορφή ειδικής επανένταξης. Η μορφή αυτή δεν είναι παρά μια άλλη μορφή κοινωνικού αποκλεισμού. (Καυταντζόγλου, 2006: 105) Σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών ο αποκλεισμός τους και η αίσθηση του αποκλεισμού τους εξαιτίας της ασθένειας, αλλά και της συμπεριφοράς των άλλων περιγράφεται ως εξής, Νικηφόρος: «Το 80% των ψυχικά ασθενών, η κοινωνία το αποκλείει. Αν μάθει ότι πίνεις χάπια σου λέει: «Παλαβός είναι αυτός, γιατί παίρνει χάπια;» Επειδή δεν είναι ενημερωμένοι καλά και δεν ξέρουν. Οι

φίλοι μου όταν μάθανε, ότι παίρνω φάρμακα μου είπαν ότι είμαι τρελός και που ξέρανε αυτοί, τι έχω εγώ; Δεν πειράζει καλύτερα μόνος μου, έρχομαι εδώ στον ξενώνα και περνάω καλά. Τώρα που έχω μια σχέση με μια κυρία που τη γνώρισα εδώ στον ξενώνα, είναι και αυτή εξωτερική ασθενής, εξαιτίας της αρρώστιας και τα φάρμακα δε μπορώ να κάνω έρωτα. Πήγα στο γιατρό και μου έκοψε τρία χάπια και μου είπε να πάω σε δυο εβδομάδες να με δει, αλλά πάνω στην εβδομάδα ήμουν χάλια και τα ξανάρχισα πάλι. Είναι και αυτή σαράντα χρονών, είναι νέα, αλλά εγώ δε μπορώ. Στεναχωριέμαι, της εξήγησα αν θέλει να συνεχίσουμε έτσι και αυτή δέχτηκε και είμαστε καλά. Μου ζήτησε να μείνουμε και μαζί αργότερα, αυτή μένει μόνη της, όταν πεθάνουν οι γονείς μου και πρώτη φορά κάνω όνειρα για το μέλλον».

Οι ψυχικά πάσχοντες, ιδιαίτερα αυτοί που ανήκουν στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα αντιμετωπίζουν ένα διπλό αποκλεισμό: αυτόν της ψυχικής τους οδύνης/διαταραχής, που γίνεται περαιτέρω αφορμή για τον καθολικό αποκλεισμό τους από την κοινωνία. Ο Μάξιμος περιγράφει τη δική του περίπτωση: «Έτσι όπως είναι η κοινωνία, ούτε φίλοι υπάρχουν, ούτε τίποτα. Αυτό το θέμα έχω, ότι δεν έχω ένα καλό φίλο να συζητάω. Δεν πιστεύω, ότι υπάρχει αδελφική φιλία, παλιότερα μπορεί να τα συζητούσα όλα, αλλά τώρα όχι όλα. Έχω χαθεί με τους πιο πολλούς, η αρρώστια μου είναι μόνιμη, τα φάρμακα θα τα παίρνω μια ζωή, δε μπορώ να κάνω παρέα με όλους όπως ήμουν πιτσιρικάς. Πρέπει να διαλέξω δυο τρία άτομα και πάλι δε μπορώ να τα πω όλα, δεν εμπιστεύομαι εύκολα. Με τα αδέρφια μου έχω καλές σχέσεις, με καταλαβαίνουν και μου στάθηκαν και ειδικά τους γονείς μου τους αγαπώ πολύ και με στηρίζουν στη θεραπεία και εγώ τους στηρίζω γιατί είναι μεγάλοι άνθρωποι και εγώ τρέχω για αυτούς. Οι άνθρωποι ειδικά οι γυναίκες φοβούνται τους ψυχικά ασθενείς, αλλά άμα παίρνεις τα φάρμακα, όπως σου λέει ο γιατρός δεν είσαι επικίνδυνος. Με τα φάρμακα είσαι πιο κοινωνικός και πρέπει να είσαι μέσα στην κοινωνία». Η φαρμακοθεραπεία θεωρείται ως η παρέμβαση που καθιστά δυνατή κάθε θεραπευτική πρακτική προς την κατεύθυνση της «επανένταξης», συνεισφέροντας στη διατήρηση της ιδιότητας του πάσχοντα ως κοινωνικού δρώντος. (Τζανάκης, 2008: 100) «Δεν ξέρω αν οι άνθρωποι είναι ενημερωμένοι όσον αφορά την ψυχική ασθένεια όμως εμείς αισθανόμαστε τον κοινωνικό αποκλεισμό. Εγώ το έχω αισθανθεί από τους συγγενείς μου στο internet πιο πολύ δηλαδή μέσω facebook και σταμάτησα να μπαίνω. Πιστεύω, ότι για εμάς πέρα από την οικογένειά μας ή τον σύντροφό μας, δεν υπάρχει τίποτα άλλο. Θέλω να κάνω μια δουλειά, όπως θέλω εγώ, δε μπορώ να έχω πολλούς από πάνω μου. Το θέμα σχέσεων είναι δύσκολο και στις μέρες μας ισχύει και για ανθρώπους που δεν έχουν προβλήματα

δηλαδή δεν το έχω μόνο εγώ. Έχω δεχτεί πολλές απορρίψεις σε σχέσεις, σε δουλειά που πλέον δε τη φοβάμαι την απόρριψη. Η σύνταξη είναι μεγάλο εμπόδιο στο να κάνεις μια δουλειά, αλλά είναι και τα φάρμακα που σε ρίχνουν και μπορεί να θέλεις να δουλέψεις, αλλά να μη μπορείς. Τον αποκλεισμό τον αισθανόμουν όταν πήγαινα για καφέ σε καφετέριες στο χωρίο γιατί αισθανόμουν χάλια μέσα μου. Δε μπορούσα να μιλήσω, δε μπορούσα να ανταπεξέλθω καλά στην επικοινωνία. Αυτό το παθαίνεις πολλές φορές και ακόμα μπορεί να το πάθω και με δυσκολεύει και γι' αυτό δε θέλω να δουλέψω κιάλας και κάθε μέρα δεν είσαι το ίδιο». Αυτοστιγματισμός, ο στιγματισμός που βιώνει το άτομο εξαιτίας δικών του νοητικών κατασκευών σχετικά με το πως οι άλλοι βλέπουν την ασθένειά του και στο πλαίσιο της αντίληψης της ανικανότητάς του και της αποθάρρυνσης. (Μαδιανός, 2005: 433) «Στη διασκέδαση με πήγε πίσω η αρρώστια, εγώ που το έπαθα στα είκοσι τρία μου, έχασα τα καλύτερά μου χρόνια γιατί δεν ένιωθα καλά και άμα αισθάνεσαι χάλια μέσα σου, δε μπορείς να είσαι καλά και με το περιβάλλον σου και όταν νιώθεις χίλια πράγματα διαφορετικά στον εαυτό σου, δε νιώθεις καλά να είσαι με κόσμο και έτσι αποκλείεσαι πιο πολύ. Αποκλείεσαι, από τα προβλήματά σου, από φοβίες και όλα αυτά που παθαίνεις, από φόβους δικούς σου και όχι γιατί οι άλλοι θα ασχοληθούν μαζί σου συνέχεια. Εντάξει δεν είμαι και το κέντρο του κόσμου, θα ήθελα να κάνω ταξίδια, αλλά δε με νοιάζει να γνωρίσω παραπάνω κόσμο, έχω γνωρίσει ήδη πολύ κόσμο. Θα ήθελα να είχα δοκιμάσει τον εαυτό μου και σε άλλες δουλειές και αυτό με μπλοκάρει τώρα τελευταία. Κανονικά θα έπρεπε να κάνω εργασιοθεραπεία, αλλά δε μπορώ να χάσω τη σύνταξη. Έρχομαι εδώ ασχολούμαι με το εργαστήρι πηλού, δε μπορώ να δουλέψω και κάπου γιατί τον τελευταίο καιρό έχω περισσότερα νεύρα. Έπρεπε να είχα βρει ένα στόχο τόσα χρόνια και σήμερα με βλέπεις πεσμένο γιατί έχω ξεχάσει να πάρω τα φάρμακά μου δύο μέρες. Είναι και το οικονομικό θέμα στο να κάνεις πράγματα. Το κράτος δε βοηθάει γιατί με αυτή τη σύνταξη δε μπορείς να ανταπεξέλθεις σε όλες τις ανάγκες σου, δε φτάνει η σύνταξη αυτή». Από τη στιγμή που η κοινωνική πολιτική ενισχύει την εξάρτηση και μόνο το γεγονός της αποδοχής των κοινωνικών επιδομάτων αποδεικνύει σύμφωνα με τον L. Mead την ανικανότητα των φτωχών να σκεφτούν και να δράσουν αυτόνομα. (Αλεξίου, 2006: 38) Ο Φοίβος προσθέτει αναφερόμενος στην εξάρτησή του από τη σύνταξη και στην αδυναμία εύρεσης και διατήρησης μιας εργασίας: «Όταν σταμάτησα τη δουλειά και ζήτησα να με ξαναπάρουν, συνειδητοποίησα και τον ελεύθερο χρόνο, εντάξει τι να κάνεις; Και τη σύνταξη που είναι ένας ολόκληρος μισθός δεν την παρατάς και όχι τώρα για ένα μήνα, τι θα κάνεις μετά; Δε με ξαναπήραν και όταν ήμουν και νεώτερος και είχα περισσότερη όρεξη. Τώρα στην τράπεζα να με

παρακαλάγανε, δε θα ξαναγύριζα. Αυτή η σύνταξη ναι μεν με βοήθησε, αλλά ίσως θα αναγκαζόμουν να κάνω κάποια πράγματα που δεν έκανα αν δεν την είχα που έχουν σχέση με το επάγγελμα. Ίσως να μπορούσα να πήγαινα για δάσκαλος, αλλά δεν το ρίσκαρα δεν καταλαβαίνω όμως γιατί θα πρέπει να είναι έτσι; Θα μπορούσε μαζί με τη σύνταξη να μπορούσαμε να κάνουμε και κάτι άλλο. Θα έπρεπε να υπάρχει κάποια πρόβλεψη και ειδικά με τα προβλήματα δεν ξέρεις αν θα μπορέσεις να ανταποκριθείς στη δουλειά και δεν ξέρεις πόσο θα κρατήσει η δουλειά, ειδικά με την κρίση. Εμένα η σύνταξή μου είναι εφτακόσια ευρώ και με βοηθούν και οι δικοί μου. Με την έννοια, εγώ καπνίζω αρκετά και πολλοί ασθενείς σαν εμένα καπνίζουν πολύ και μόνο αυτό, είναι μεγάλο έξοδο». Το φαινόμενο του αποκλεισμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την κρίση των κοινωνικών δεσμών και δη των οικογενειακών σχέσεων, με την ανεύρεση των παραγόντων που διαμορφώνουν την κοινωνική συνοχή, με τα ρήγματα στην κατασκευή των ατομικών και συλλογικών ταυτοτήτων, με τις διαδικασίες που οδηγούν σε αποκοινωνικοποίηση των ατόμων και των ομάδων. (Παπαδοπούλου, 2002) Ο Ανέστης περιγράφει την αίσθηση του αποκλεισμού που αισθάνεται σε σχέση με τα όνειρά του, την οικογένειά του, τον τόπο καταγωγής του αλλά και τις δυσκολίες του στις διαπροσωπικές του σχέσεις: «*Ηθελα να ταξιδέψω, απολύθηκα από φαντάρος. Ένα όνειρο είχα, να βγάλω λεφτά, να αγοράσω ένα οικόπεδο, να φτιάξω ένα μαγαζί στο νησί και μέσα σε δύο μήνες μου τα γκρέμισε όλα η αρρώστια. Τώρα να πάω να δουλέψω δε μπορώ, αν μου λέγανε να πάω ξανά στο νοσοκομείο για δουλειά, δε θα πήγαινα, δεν αντέχω, για σεμινάριο μόνο μπορώ*». Οι συνέπειες της χρονιότητας της ψυχικής νόσου (κυρίως της σχιζοφρένειας) οδηγούν το άτομο σε σοβαρή και πολυδιάστατη έκπτωση (ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική, επαγγελματική). (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2005: 557) «*Ηθελα για πάντα να ζήσω στο νησί, αλλά μου λέει η μάνα μου η συγχωρεμένη πέθανε το 2010 από το καημό της για μένα, πριν πεθάνει μου λέει: «Και να πεθάνουμε όλοι Ανέστη, μου λέει, εσύ δεν πρόκειται να ξανάρθεις στο νησί» γιατί χτύπησα έναν άνθρωπο. Το έχω διαγράψει και εγώ το νησί, δε θέλω να πάω ούτε και εγώ. Το σπίτι μου είναι εδώ, μιλάω με τους δικούς μου, δε θέλω να πάω να τους δω εγώ αν θέλουν να έρθουν αυτοί εδώ. Είμαι ικανοποιημένος με το πως είναι τα πράγματα, θα ήθελα να κάνω οικογένεια άμα βρεθεί γυναίκα να με πάρει υπό ευθύνη της. Γνώρισα μια γυναίκα στο σεμινάριο που πήγαινα τη γουστάρισα με γουστάρισε κάναμε πέντε, έξι φορές έρωτα μετά με παράτησε, ως εδώ, ήταν μου λέει. Εντάξει, είπα, δεν την πιέζω γιατί αν τη πιέσω, θα πάει στην αστυνομία και θα πει ότι την ενοχλώ. Αφού μου λέει όχι, όχι δε θέλει μια αυτή, δε θέλω δέκα εγώ. Οι γυναίκες δε με θέλουν τώρα εξαιτίας της*

αρρώστιας που πριν αρρωστήσω η μια μου κόλλαγε από εδώ, η άλλη με τράβαγε από εκεί, τι το μέλι είχα εγώ; Γαμώ το Θεό μου και μόλις αρρώστησα, μακριά λένε όλες». Ο ψυχικά ασθενής είναι ένας αποκλεισμένος που σε μια κοινωνία όπως η τωρινή, δε θα μπορέσει να σταθεί ποτέ αντιμέτωπος μπροστά σ' αυτόν που τον αποκλείει, γιατί κάθε πράξη του είναι ήδη καθορισμένη και προδιαγεγραμμένη από την αρρώστια του. (Basaglia, 2006: 53) Η Ρένα περιγράφει τον δικό της αποκλεισμό: «Αν δεν περνούσα τα χρόνια μου στα ψυχιατρεία, θα ήθελα να δούλευα, να παντρευόμουν, θα ήθελα να έκανα οικογένεια. Αν μπορούσα να μάθω γράμματα, θα ήθελα να γινόμουν δασκάλα ή νηπιαγωγός. Θα ήθελα να είχα ελευθερία, να είχα ταξιδέψει αλλά δε φαντάζομαι πως αλλιώς θα μπορούσε να είναι η ζωή μου, αφού δεν έγιναν έτσι». Έχει αποδειχθεί ότι όταν ο ασθενής εργάζεται, ολοκληρώνεται ως άτομο, κερδίζει την αξιοπρέπειά του και βελτιώνεται η ψυχική του υγεία. (Φραγκούλη, 2003: 539) «Η αρρώστια μου δε με άφησε να είμαι ελεύθερη, μερικά πράγματα δεσμεύομαι να τα φτιάξω και τώρα. Να, και ένας γάμος, να παντρευόμουν τουλάχιστον και ας είμαι και έτσι, να κάνω κάτι που να άξιζε. Ένας γάμος, μια παρέα, να αξίζει, μια δουλειά! Δε μπορούσα να κάνω και παραπάνω φίλους γιατί δε με ήθελαν οι άλλοι γιατί από τη στιγμή που τρελάθηκα, δε με ήθελαν. Έχω το στίγμα γι' αυτό. Όχι τόσο χάλια όμως παλαβή σκέτη, τη λόξα και έτσι δε μπορώ να βρω και κάποιον για να τον παντρευτώ ή μια δουλειά». Σύμφωνα με τους Thornicroft et al., (2004) ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να πάρει διαφορετικές εκφάνσεις, όπως για παράδειγμα, το χαμηλό ποσοστό απασχόλησης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα ή τα εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά γάμων ή συμβίωσης των ατόμων με ψυχώσεις. (ΥΚΚΑ, 2011: 33) Η Αλίκη εξηγεί γιατί ο ξενώνας αποτελεί εμπόδιο στην προσωπική της ζωή: «Εγώ έχω ψύχωση και έχω συνέχεια νεύρα, δε φταίει ο νες καφέ που τον έκοψα, φταίει ο ψυχικός μου κόσμος που συνεχώς ζητάει κάτι και δε μου δίνεται η ευκαιρία. Νιώθω, ότι με έχουν αποκλείσει, η αδερφή μου τώρα δε με θέλει, δε θέλει να πάω σπίτι της, δεν ενδιαφέρεται για μένα. Θέλω να βρω έναν καλό άνθρωπο να παντρευτώ, ακόμα το θέλω, αλλά δε με θέλει κανένας γιατί όταν βγαίνω έξω και γνωρίζω κόσμο μου λένε να έρθεις το βράδυ να βγούμε έξω και τους λέω, ότι μένω σε ξενώνα και μου λένε: «Τρελή είσαι και μένεις σε ξενώνα;» Κατάλαβες; Και αυτό με ενοχλεί πάρα πολύ, υπάρχει το στίγμα και έτσι δε μπορώ να βρω κάποιον επειδή μένω εδώ, αλλά για να πάω έξω να μείνω μόνη μου, δεν είμαι ικανή». Ο Ζήσης προσθέτει την αίσθηση του αποκλεισμού στη δημιουργία οικογένειας εξαιτίας της ασθένειας: «Ηθελα να κάνω οικογένεια μου αρέσουν τα παιδιά που τα βλέπω με τους γονείς τους, ειδικά τώρα στις γιορτές τα βλέπω και στεναχωριέμαι. Ήθελα να ανοίξω ένα χρυσοχοείο κάτι τέτοιο

ήθελα να κάνω, αλλά μου πήγαν όλα στραβά εξαιτίας της ασθένειας, ούτε έτοιμο είναι το σπίτι μου στο χωριό». Ο χώρος του ξενώνα αναγνωρίζεται από τους ασθενείς ως ένας χώρος αποκλεισμού. Ο Φοίβος εκφράζει τη γνώμη του σύμφωνα με την εμπειρία του: «Αυτοί οι άνθρωποι που ζουν στον ξενώνα κοινωνικά δεν επανεντάχθηκαν. Είναι απομονωμένοι σε αυτό το χώρο σαν να είναι γκέτο. Ακόμη και αυτοί που μένουν στα σπίτια, δεν έχουν άλλες επαφές και δεν ξέρω κατά πόσο έχουν την οικονομική δυνατότητα να κάνουν κάποια πράγματα και δε φτάνει η θέληση σου μόνο, αλλά χρειάζεσαι και κάποιον που θα σου δώσει την ψυχική ώθηση να κάνεις πράγματα». Η Αγάπη προσθέτει αναφερόμενη στον ξενώνα ως ένα είδος γκέτο που τους απομονώνει και τους αποκλείει: «Είμαστε κοινωνικά αποκλεισμένοι. Είμαστε σ' αυτόν τον ξενώνα, δε μπορούμε να βρούμε δουλειά, δε μπορούμε να κάνουμε σχέση, η υγεία μας είναι χάλια και υπάρχει αυτή η διάκριση σε όλες τις πτυχές της ζωής μας. Υπάρχει ο κοινωνικός αποκλεισμός γιατί είμαστε άρρωστοι όσο και αν δε θέλουμε να το παραδεχτούμε. Η ψυχική ασθένεια είναι παρεξηγημένη δηλαδή μπορεί να έχεις καρκίνο και να δουλεύεις ή να έχεις κάποια άλλη ασθένεια και να σου πληρώνουν και την ασφάλεια και να επανέρχεσαι, αλλά η ψυχική νόσος είναι πιο δύσκολη. Ακόμα είναι υποτιμημένη και ο αποκλεισμός είναι περισσότερος, αλλά υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ψυχική ασθένεια και δεν το λένε και δουλεύουν κανονικά. Αυτοί δεν το βιώνουν τόσο έντονα τον κοινωνικό αποκλεισμό όσο αν το πεις». Ως αποτέλεσμα των διακρίσεων και του αποκλεισμού, πολλοί άνθρωποι προτιμούν να κρατούν κρυφά το πρόβλημα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν (Perkins, Repper, 2010: 83). «Αισθάνομαι πολίτης δεύτερης κατηγορίας και χειρότερα ακόμα γιατί το ζω και όχι μόνο αυτό, αλλά και οι οικογένειες ακόμα και τα άτομα που εργάζονται εδώ μέσα μπορεί να τους κοροϊδεύουν». Ο Κανγκίλεμ υπογραμμίζει την αξιολογική διάσταση που προσδίδεται στην αρρώστια, σύμφωνα με την οποία ο άρρωστος είναι «επιζήμιος ή ανεπιθύμητος ή κοινωνικά υποβαθμισμένος». (Καυταντζόγλου, 2006: 108)

3.2.13. Η συμβίωση των ψυχικά ασθενών με την οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, και ειδικά αυτής που έχει σοβαρή και χρόνια μορφή, θεωρείται εξαιρετικά σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον

ασθενή και τη βασική, και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας γι' αυτόν. (Οικονόμου, 2014: 15)

Οι γονείς του Νικηφόρου και της Αγάπης, ο Μιχάλης 85 ετών και η Ειρήνη 65 ετών περιγράφουν τη σχέση τους με τα παιδιά τους και την καθημερινή τους συμβίωση στο σπίτι. Ο Μιχάλης περιγράφει τη σχέση του με τον Νικηφόρο πριν την εμφάνιση της ασθένειας: *«Η ασθένεια του Νικηφόρου εμφανίστηκε το 1983 πριν απολυθεί από φαντάρος και έχουμε τώρα τριάντα και χρόνια[...] Δεν τον έζησα το Νικηφόρο πολύ γιατί έλειπα όταν ήταν μικρός. Ήταν ένα φοβητσιάρικο παιδί και στο σχολείο κρυβόταν κάτω από το θρανίο όταν ήταν να πει μάθημα από ό,τι μου έλεγε η γυναίκα μου και φαντάρος όταν ήταν να πάει, έκλαιγε σα μικρό παιδί. Καταλάβαινα ότι ήταν αδύναμη προσωπικότητα»*. Η Ειρήνη εξηγεί πως επηρέασε η ασθένεια την Αγάπη στη συμπεριφορά της: *«Όταν ήταν στο τρίτο έτος η Αγάπη αρρώστησε επειδή δεν περνούσε τα μαθήματα και δεν ήταν ο τύπος για να πάει σε όρκους και σε τέτοια που πέρασε Νομική. Δεν κατάλαβα από τι αρρώστησε, δεν ξέρω από τι. Πριν αρρωστήσει η σχέση μας ήταν μια χαρά, ήμασταν πολύ δεμένες. Ο πατέρας της, της είχε πολύ αδυναμία ήταν άριστη μαθήτρια, όλοι μας έλεγαν τα καλύτερα λόγια, αλλά μετά που αρρώστησε φέρνει άλλα στο μυαλό της. Ζηλεύει, γιατί ο άλλος είναι έτσι και εγώ δεν είμαι, γιατί εγώ τόσο τυραννίστηκα. Έπαιρνε το λεωφορείο απ'το χωριό να πάει Αγγλικά, να ξανάρθει, βοηθούσε στα καπνά, πρώτη πήγαινε στο μάζεμα ήταν σε όλα της άριστη στο μαγείρεμα σε όλα από τι αρρώστησε, δεν ξέρω. [κλάμα] Της μιλάω τώρα και άμα δεν πίνει τα φάρμακα, βάζει άλλα στο μυαλό της και κάνει λίγη ώρα να απαντήσει. Όταν δεν παίρνει τα φάρμακά της, ζηλεύει και γίνεται επιθετική με μια κοπέλα στο χωριό που την αγαπούσε και της μιλούσε, όταν αρραβωνιάστηκε την έπιασε και της φώναζε γιατί εσύ να είσαι έτσι και να αρραβωνιαστείς και εγώ να μην είμαι τίποτα. Έχει περάσει πολλά, στεναχώριες μέχρι να σπουδάσει, εσύ καταλαβαίνεις πως είναι, θες να έχεις και λεφτά, της έλεγα να προσέχει με τα λεφτά, να μην ζοδεύει, να έχει στην άκρη για να τα βγάξει πέρα. Δεν ξέρω βέβαια και η αδερφή μου σπούδαζε στην Αθήνα και έπαθε έτσι και έλεγε δε μου στέλνετε λεφτά, αλλά είναι να το πάθεις. Στερήθηκα και εγώ πολλά, αλλά δεν το έβαζα κάτω». [κλάμα]* Ο Μιχάλης περιγράφει την περίπτωση του Νικηφόρου και τις νοσηλείες του σε κλινικές: *«Επέστρεψε στη δουλειά που ήταν πριν πάει φαντάρος και σε δύο τρεις μήνες του εμφανίστηκε η νευρική και έτσι πήγαμε στην κλινική, εκεί ήταν χάλια! Να μη στο χρωστάει ο Θεός και στο Νικηφόρο και σε άλλους που ήταν χειρότερα. Πάθαμε λαχτάρα! Τι να σου πω; [κλάμα]* Στην αρχή του δώσανε πολλά χάπια και πρήστηκε. Μετά δε μπορούσε να δουλέψει και βγάλαμε σύνταξη και για δώδεκα χρόνια

περνούσε από επιτροπή. Μπήκε και στο Δαφνί δύο φορές και εκεί να μη στο χρωστάει ο Θεός! Με τρόπους άσχημους συμπεριφέρονταν και εκεί πολύ ζύλο τους έριχναν, αλλά για να βγάλει σύνταξη θα έπρεπε να έχει χαρτί από Δημόσιο νοσοκομείο και ήταν στο μόνο που μας βοήθησε το Δαφνί. Στις κλινικές τις Ιδιωτικές ήταν πιο καθαρά από το Δαφνί, αλλά και εκεί έβλεπες δεμένους σαν το Δαφνί και εκεί τα ίδια. [κλάμα] Η Ειρήνη εξηγεί τις αντιδράσεις της Αγάπης ως προς τη θεραπεία. «Πήγαμε στο Δαφνί και την παρακολουθούσε η ψυχίατρος και πήγαινε καλά με τα φάρμακα όμως δεν τα θέλει πάντα με δυσκολία να τα πάρει επειδή είναι έτσι το σώμα της και λέει ότι φουσκώνει με τα φάρμακα. Το βάζει εκεί το μυαλό της και δεν τα θέλει. Της λέω να τα πιει και μου λέει: «Άσε με! Δε θέλω, να τα πιεις εσύ» και στεναχωριέμαι. Αυτό που έπαθα κυρία Άντα δε θα το αντέξω τόσο πολύ, δε θα το αντέξω και στεναχωρεί και τα άλλα τα αδέρφια της. [κλάμα] Όταν μπήκε στον Ευαγγελισμό πάχυνε πολύ που έκατσε εκεί μέσα ένα μήνα. Δεν ήθελε να μπει στον Ευαγγελισμό, αλλά πήγαμε με το στανιό, τη φοβόμασταν δεν έπαιρνε τα φάρμακα και ήταν επιθετική και δεν ξέραμε τι έκανε όταν έβγαινε. Εκεί άλλαξε λίγο ήταν ήρεμη, αλλά και πάλι δεν ήθελε να τα παίρνει τα φάρμακα και τώρα δεν τα θέλει, όταν έχει τα νεύρα της μου λέει: «Να τα πιεις εσύ τα φάρμακα, εσύ είσαι άρρωστη, δεν είμαι εγώ». Δεν τα θέλει όμως της λέω ότι μου λέει ψέματα ότι τα παίρνει, όχι μου λέει: «Δε σου λέω ψέματα, θες να πιω και άλλα και να πεθάνω;» Δεν την προσέχω να δω αν τα παίρνει μου λέει: «Φύγε, θα τα πιω» και τα κρατάει στο χέρι της τώρα τα πίνει; Τα πετάει; Δεν ξέρω. Πάμε στο γιατρό μαζί, της λέει ο γιατρός: «Θέλεις να κάνεις ένεση Αγάπη;» Όχι του λέει. Για να ξέρω δηλαδή θα έρχεται και κάθε μήνα να κάνει την ένεση; Δε θα έρχεται, αυτό φοβάμαι, ενώ τα φάρμακα μπορεί να τα πιει». Η έλλειψη εναισθησίας ενισχύει την άρνηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής. (Μαδιανός, 2006: 178) Η Ειρήνη αναφέρεται και στην έλλειψη κοινωνικής ζωής της Αγάπης και πως η δύσκολη οικονομική κατάσταση την επηρεάζει: «Δεν έχει φίλους, δε θέλει να έχει όταν φεύγει από το χωριό ή θα έρθει εδώ ή θα πάει να ψωνίσει και θα γυρίσει πάλι. Μόνο με τα άτομα που είναι εδώ θα βγει για καφέ. Είναι και ταλαιπωρία να έρθεις από το χωριό στο Αγρίνιο για καφέ με το λεωφορείο. Σκέφτεται και τα έξοδα με τα εισιτήρια, μου λέει: «Μαμά δεν έχουμε λεφτά». Θα τη βοηθούσε αν δούλευε, θα ζέσκαγε και θα είχε να δώσει εκεί που ήθελε. Είναι άνθρωπος που δεν κρατάει λεφτά, είναι πολύ φιλότιμη και να μην έχει, θα δώσει, ότι έχει και στα ανίψια της, ότι της ζητάνε όταν είναι ευδιάθετη τους δίνει, ότι θέλουν. Όταν όμως δεν είναι καλά τους μιλάει άσχημα και τα πληγώνει».

Η οικογένεια επηρεάζει έμμεσα την κλινική σταθερότητα του μέλους της μέσα από την ατμόσφαιρα που η ίδια δημιουργεί με τις ικανοποιήσεις που δείχνει ότι έχει από τη

συμμετοχή του μέλους της στο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασής του. Η οικογένεια ικανοποιείται από την επίδοση του μέλους και από τη γενικότερη κινητοποίησή του π.χ. βγαίνει επιτέλους από το σπίτι κ.λπ. (Μαδιανός, 1994: 111)

Ο Μιχάλης εξηγεί πόσο σημαντικές είναι οι καθημερινές επισκέψεις του Νικηφόρου στον ξενώνα: *«Όταν επέστρεψε ο Νικηφόρος στο σπίτι, δεν ήξερα με τι να τον απασχολήσω γιατί έχει πολυλογία και δεν τον αντέχει η μάνα του στο σπίτι. Έτσι, όταν βγήκε το παιδί από την κλινική, μίλησα με το γιατρό που είναι υπεύθυνος εδώ και έτσι ξεκίνησε να έρχεται στον ξενώνα. Δοξάζω το Θεό γιατί εδώ και το προσωπικό είναι ευγενέστατο και το περιβάλλον γενικά και απασχολείται μέχρι το μεσημέρι και αυτό είναι πολύ καλό. Όχι για μένα μόνο, αλλά για όλο τον κόσμο. Είναι πολύ καθαρό κτίριο και το περιβάλλον είναι πολύ καλό, είναι πολύ σημαντικό το περιβάλλον».* Επίσης, ο Μιχάλης αναφέρεται στις προσδοκίες που είχε σχετικά με το γιο του: *«Ποτέ δε μίλησα για την ασθένεια του Νικηφόρου γιατί έλεγα να γίνει καλά και να τον παντρέψω ούτε καν στα αδέρφια μου δεν το είχα πει. Έλεγα με το νου μου ότι θα γίνει καλά και δεν ήθελα να μαθευτεί η ασθένειά του. Μετά δεν ήθελα και εγώ να τον παντρέψω αφού ήταν άρρωστος από τη στιγμή που μας είπε και ο γιατρός ότι θα παίρνει τα χάπια για μια ζωή».*

Στην Ελλάδα, παρότι η οικογένεια αποτελεί έναν ισχυρό θεσμό και παρότι το άμεσο συγγενικό περιβάλλον του ψυχικά ασθενή επωμίζεται ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας του, οι ψυχοεκπαιδευτικού τύπου οικογενειακές παρεμβάσεις δεν εφαρμόζονται ευρέως. (Οικονόμου, 2014: 16) Η Ειρήνη εκφράζει τη γνώμη της και την προσφορά του ξενώνα στην ίδια και την Αγάπη: *«Μια φορά που δεν έπαιρνε τα φάρμακα και εμείς τη φωνάζαμε γιατί δεν την αντέχαμε, μας είπε: «Θα φύγω να πάω στον ξενώνα», αλλά εγώ δε θέλω να έρθει γιατί δεν ξέρω, τι θα βάλει μετά με το μυαλό της. Δεν ξέρω και πως να φερθώ. Μόνο με την κοινωνική λειτουργό μιλάω και με μια ψυχίατρο είχα μιλήσει για να βοηθηθώ, με άλλους όχι. Καλό θα ήταν να μιλάω για να βοηθηθώ αλλά και εγώ έχω περάσει τόσα πολλά που ξέρω τι να κάνω. Είμαι και στη δυσκολία και στην ευκολία, τα αντέχω όλα πως να σου πω, ξέρω πως να φέρω πέρα τον εαυτό μου και το παιδί μου. Όχι, δε με στηρίζουν εδώ στον ξενώνα και έχω μεγάλο άγχος για το τι θα κάνει το παιδί μου αν λείψω εγώ. Είχα το φόβο κυρίως πρώτα, τώρα δεν ξέρω πως να το περιγράψω. Δεν είναι καλά το παιδί μου και δεν ξέρω πως θα φερθεί. [κλάμα] Ούτε και στο Κέντρο Ημέρας που πήγαινε, ήθελα να πηγαίνει. Ήταν χαρούμενη εκεί όταν πήγαινε μιλούσε, όπως μίλησε και με σένα, αλλά εγώ παραπονέθηκα και εκεί γιατί ήθελα να είναι καλά και να δουλεύει να μην ήταν εκεί, αλλά πέρναγε καλά εκεί μαγειρεύαν, δούλευαν όλοι μαζί, έκαναν και θέατρο όπως κάνει και εδώ. Εδώ στον ξενώνα όταν έρχεται είναι*

χαρούμενη της προσφέρουν πράγματα εδώ, αλλά μια μέρα κάτι της είπε μια κυρία που δουλεύει εδώ και μου είπε: «Δεν ξαναπάω μαμά». Ο Μιχάλης περιγράφει τη θεραπευτική αυτονομία του Νικηφόρου και την επίδραση των φαρμάκων στην λειτουργικότητά του: «Ο Νικηφόρος εξαιτίας των φαρμάκων δε μπορεί να έχει σεξουαλικές σχέσεις. Να τώρα έχει μια φίλη και δε μπορεί. Στο σπίτι τα χάπια είναι τόσο βαριά δεν ξέρω, δε μπορεί να ξυπνήσει. Τον φωνάζει η γυναίκα μου και δε μπορεί να σηκωθεί με πολλή δυσκολία. Τα είχε κόψει για λίγο τα φάρμακα για να κάνει μια προσπάθεια με τη φίλη του και παρουσιάστηκαν συμπτώματα και μετά τα ξανάρχισε. Αυτά που παίρνει, πρέπει να τα παίρνει αν δεν τα πάρει γίνεται θηρίο ανήμερο. Καμιά φορά αν ξεχάσει να τα πάρει, το καταλαβαίνει και ο ίδιος. Αν δεν τα πάρει, θα ήταν τελειωμένος, τα φάρμακα τον κρατάνε». Η οικογένεια και άλλα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα είναι δυνατό να τον επηρεάσουν αρνητικά στο να ακολουθήσει σωστά τη θεραπεία του, όταν η δική τους θέση και στάση είναι αρνητική (φόβος του «στίγματος» της ψυχικής νόσου, έλλειψη ενημέρωσης κ.λπ.) Το εκφραζόμενο συναίσθημα στην οικογένεια επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση του ασθενούς. (Χαβάκη- Κονταξάκη, Κονταξάκης, 2005: 566)

Η Ειρήνη εκφράζει τη γνώμη της σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή της Αγάπης: «Είμαι ήρεμη όταν παίρνει τα φάρμακα όμως της φέρνουν πολύ ύπνο. Δε μου αρέσει και πολύ που παίρνει τα φάρμακα, αλλά τι να κάνουμε; Της φέρνουν όλο ύπνο και όταν σηκώνεται πάει κατευθείαν στο φαγητό και ροχαλίζει, πολύ υπνηλία. Κοιμάται τόσες ώρες και όταν ξυπνάει, δεν έχει ενδιαφέρον να πει θα κάνω και εγώ κάτι. Όλα εγώ τα κάνω. Αν είναι ευδιάθετη μερικές φορές θα κάνει το δωμάτιό της, το σκουπίζει, το σφουγγαρίζει και της λέω: «Εγώ δε σου καθαρίσω το δωμάτιο θα το κάνεις μόνη σου». Βάζει πλυντήριο δικό της, κάνει μάνιο αλλά δεν έχει την τάση να βοηθήσει σε κάτι στο σπίτι, να έχει ευθύνη, της λέω: «Αγάπη, όλα εγώ θα τα κάνω; Πόσο θα αντέξω;» Αν και θέλω και μου αρέσει να τα κάνω εγώ όλα και μου λέει: «Τι θέλεις να κάνω μαμά; Να το κάνω», αλλά εγώ νιώθω όλη την ευθύνη πάνω μου». [κλάμα] Ο Μιχάλης αναφέρεται στη σχέση με το γιο του στο σπίτι: «Στο σπίτι αποφεύγει να με βοηθήσει, του λέω να κάνει και αυτός κάτι, δε θέλει. Του λέω κάτι και κάνει πως τα ξέρει όλα. Αυτός τα λέει παρατηρήσεις, εγώ τα λέω συμβουλές π.χ. χτυπάει την πόρτα όταν την κλείνει ή στο δωμάτιό του ή στην τουαλέτα, του λέω: «Σιγότερα!» και αυτός τσαντίζεται. Μου ζητάει να πάμε για καφέ και επειδή είμαι κουρασμένος το απόγευμα και πάω για καφέ στο ΚΑΠΗ και δεν πάμε παρέα λέει ότι ντρέπομαι γι' αυτόν. Εγώ να ντραπώ για το παιδί μου; [κλάμα] Πρέπει μια φορά να του κάνω το χατίρι».

Η οικογένεια πρέπει να μάθει να «ξαναζεί» με το άρρωστο μέλος της αποφεύγοντας λανθασμένες συμπεριφορές προς τον ασθενή ή και ελέγχοντας την «έκφραση των συναισθημάτων» προς τον άρρωστο. (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2005: 556) Η Ειρήνη εξηγεί τους φόβους και τα άγχη της σχετικά με την Αγάπη και την ασθένειά της: *«Όταν είναι καλά και παίρνει τα φάρμακα, συνεννοούμαστε. Όταν δεν τα παίρνει, λέει τα δικά της και εγώ τα υποφέρω, της λέω: «Καμάρι μου αρρώστησες, τι να κάνουμε τώρα;» Την έχει επηρεάσει σε όλα αυτή η αρρώστια δεν έχει τελειωμό δεν ξέρεις, πως να φερθείς σήμερα, πως να φερθείς αύριο. Ήμουν πάντα στεναχωρημένη για την αδερφή μου που είχε αυτό το πρόβλημα. Πόσο μάλλον για το παιδί μου, δε μπορώ να το ξεπεράσω. [κλάμα] Όλα με τρομάζουν, φοβάμαι σε κάθε βήμα γιατί έχει στεναχώρια και δεν ξέρω η στεναχώρια που θα βγει από μόνη της γιατί έπαθε αυτό το πράγμα, δε μπορεί να το αποδεχτεί. Έχω φοβηθεί μαζί της γιατί αν δεν είμαι κοντά της και της έρθει κάτι στο μυαλό και ζηλέψει, δεν ξέρω τι μπορεί να κάνει και αν δεν έχει πει τα φάρμακα. Την έχω όλο στο μυαλό μου, φέρνω σκέψεις στο μυαλό μου πως θα τα βγάλω πέρα, πως έτσι πως αλλιώς γιατί και εμείς δεν είχαμε και χρήματα για να τρέξω, να κάνω και φοβάμαι τις αντιδράσεις της. Ο πατέρας της όταν μιλάει έτσι δεν την αντέχει, ήταν τόσο καλός μαζί της και όσο μεγαλώνει στεναχωριέται και αυτός. Δεν αντέχει γιατί την ήξερε αλλιώς, δε μπορεί και αυτός να συγκρατηθεί μερικές φορές και της μιλάει απότομα και αυτή παραπονιέται και τσακώνονται. Θέλω να είναι καλά και να τα βγάλει πέρα και άμα πεθάνω εγώ, τι θα κάνει; Όταν ζει η μάνα και ο πατέρας είναι αλλιώς, αλλά με τα αδέρφια, θα την αντέξουν; Δε θα αντέξουν». [κλάμα] Ο Μιχάλης αναφέρεται στο άγχος του για το μέλλον του γιου του: *«Με τη γυναίκα μου συνεχώς σκεφτόμαστε το Νικηφόρο, λέμε: «Τι θα κάνει; Όταν πεθάνουμε». Στηριζόμαστε εδώ στον ξενώνα [κλάμα] μας έχει πει η υπεύθυνη ότι ένα πιάτο φαί θα το έχει και το σπίτι του το έχει και την αδερφή του που μένει από κάτω, αλλά θα ήταν διαφορετικά αν είχε μια σύντροφο και τα παιδιά του. Ήθελα να τον είχα παντρεμένο, να είχα εγγόνια, αλλά τελospάντων. Τώρα θέλω να τα πηγαίνει καλά με την αδερφή του και το γαμπρό μου για να τον βοηθάνε, αλλά και εδώ με τον ξενώνα γιατί και εδώ είναι σα σπίτι του».**

Στις οικογένειες αυτές όμως συχνά παρατηρούνται κοινά προβλήματα, όπως ένταση, stress και αίσθημα επιβάρυνσης, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κατανόησης της φύσης της νόσου και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του ασθενή, καθώς και αίσθημα κοινωνικού στιγματισμού και απομόνωσης. (Οικονόμου, 2014: 15) Όσον αφορά το στίγμα η Ειρήνη αναφέρει: *«Όλο το χωριό το ξέρει για την Αγάπη και ξέρεις στο χωριό κοροϊδεύουν. Υπάρχει το*

στίγμα ειδικά στο χωριό και δε σε καταλαβαίνουν καθόλου και λέει και η ίδια ότι της έχουν μιλήσει άσχημα. Δε θέλει να της λέω, τι μου λέει ο καθένας και εγώ δεν της λέω εκτός από μερικές φορές που φτάνω στο αμίν και μου λέει ότι δεν την υποστηρίζω. Είναι όμως και άνθρωποι που καταλαβαίνουν, ειδικά αυτοί που έχουν περάσει παρόμοια. Οι άνθρωποι φοβούνται τους ψυχικά ασθενείς και είναι σκληροί κάποιοι μαζί τους. Μου λέει μια φορά μια γειτόνισσα, να προσέχω μην πάει η κόρη μου και κάνει τίποτα σε κανένα σπίτι και την ρώτησα: «Τι να κάνει;» Η άλλη κόρη μου στο χωριό που μένει κοντά μας, στεναχωριέται για την αδερφή της, το έχει μέσα της από διάφορα που ακούει και η Αγάπη μερικές φορές, όταν έρχεται στο σπίτι παραπονιέται ότι της έχουν πει κάτι στο Αγρίνιο και στεναχωριέται. Τη συμβουλεύω με το καλό το λόγο, τι να κάνεις; Να πας να τσακωθείς; [κλάμα] Η γνώμη του Μιχάλη για το στίγμα είναι: «Πάντα είχαμε καλό περιβάλλον και εδώ και στην Αθήνα και δε μας σχολίαζαν άσχημα, πηγαίνουμε στην εκκλησία με τη γυναίκα μου. Είναι άνθρωποι που σε εκμεταλλεύονται και είναι άλλοι που καταλαβαίνουν τον πόνο σου. Δεν είναι όλοι το ίδιο, εξαρτάται τους ανθρώπους. Ο Νικηφόρος πήγαινε για καφέ κοντά στη γειτονιά και τον εκμεταλλεύονταν και στεναχωριόταν και αυτός και εμείς. Δυστυχώς, υπάρχει το στίγμα, τώρα έρχεται στο κέντρο και δεν έχει πρόβλημα». Η Ειρήνη αναφέρει ότι η σύνταξη της Αγάπης δεν είναι αρκετή: «Δε της φτάνουν τα χρήματα, τώρα θέλει να κάνει εξετάσεις και δεν της φτάνουν για να τις κάνει». Η άποψη του Μιχάλη για την προνοιακή πολιτική είναι: «Οι υπηρεσίες δεν είναι καλές, δεν ενημερώνουν και δε μου είπαν ότι δεν έπρεπε να πληρώνω συμμετοχή για τα φάρμακα αφού τα δικαιούμουν και για έξι χρόνια πλήρωνα φάρμακα ενώ δε χρειαζόταν. Του Νικηφόρου του έκοψαν το ΕΚΑΣ, 230 ευρώ από τη σύνταξη. Το κράτος δεν τους στηρίζει. Στην Γερμανία που ήμουν, μπορεί να πέρασε πόλεμος, Χίτλερ, αλλά υπήρχε κράτος πρόνοιας».

3.3. Η κριτική και η γνώμη για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τη λειτουργία της αποασυλοποίησης

Ο όρος ψυχιατρική μεταρρύθμιση υποδηλώνει κάτι θετικό, ότι με την αλλαγή αυτή θα ικανοποιηθούν καλύτερα οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Είναι αλήθεια όμως αυτό; (Σκαπινάκης, Μαυρέας, 2003: 316)

Η γνώμη του γιατρού για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την εξέλιξή της πρακτικά με βάσει τα ελληνικά δεδομένα είναι η εξής: «Δεν έχει γίνει καμία ψυχιατρική

μεταρρύθμιση. Έχει γίνει μια τεράστια συζήτηση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Δε θέλω να το μηδενίσω τελείως, αλλά νομίζω ότι ξέρουμε πια για ποιο πράγμα μιλάμε. Ξέρουμε τι δεν έχει γίνει και τι θα έπρεπε να είχε γίνει. Το 98-99 είχαμε σα Νομός και σαν πόλη τη δυνατότητα να κάνουμε αίτηση και να εγκριθούν στην πόλη μας δύο ξενώνες και τρία προστατευόμενα διαμερίσματα. Τη στιγμή που δεν υπήρχε ούτε ένας ψυχίατρος στο ΕΣΥ που δεν είχαμε ούτε ένα παιδοψυχίατρο που και ακόμα δεν έχουμε. Ο πρώτος ο διορισμός ο δικός μου ήταν με αφορμή ακριβώς επειδή χρειάζονταν ένα ψυχίατρο για την ευθύνη των δομών αυτών. Μέσα από τη θέση του επιμελητή που την είχα εγώ, κάναμε την αίτηση να πάρουμε αυτά τα προγράμματα με τη λογική ότι αφού δε μπορούμε να έχουμε τίποτα άλλο ας έχουμε τουλάχιστον κάτι που είναι ανοιχτό και γίνεται και νομίζω ότι λίγο πολύ σε όλη την Ελλάδα δουλέψαμε έτσι. Παρόλο που ήταν τυπικά τομείς που αφορούσαν την αποασυλοποίηση, οι γιατροί και οι συνθήκες το άπλωσαν αυτό δηλαδή δε βάλουμε μόνο ανθρώπους που ήταν χρόνια στο άσυλο, αλλά και ανθρώπους που ήταν ασυλοποιημένοι μέσα στην κοινότητα και κάναμε προσπάθειες για να τα στηρίξουμε και έτσι δημιουργήθηκαν αυτοί οι ξενώνες. Αλλά, μπήκαμε και στη λειτουργία της κρίσης και ευτυχώς τα προλάβαμε αυτά πριν την κρίση γιατί τίποτα από όλα αυτά δε θα γινόταν και ήταν τυχερό γιατί μέσα από αυτές τις δομές και με αφορμή αυτές τις δομές υπάρχει πια η ψυχιατρική σε όλη την Ελλάδα, που δεν υπήρχε».

Η σημασία των δομών και η χρησιμότητά τους στην κάλυψη των αναγκών των κατοίκων της πόλης και η αποδοχή των υπηρεσιών των συγκεκριμένων δομών προσφέρουν στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής της πόλης. Ο γιατρός περιγράφει την κατάσταση: «Από τη στιγμή που υπάρχουν ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα που βρίσκεται κάποιος εκεί, που το ξέρουν, ότι κάναμε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας στο κέντρο του Αγρινίου και έρχονται πενήντα άνθρωποι εδώ τη μέρα για πάρα πολλές από τις ανάγκες που έχουν να καλύψουν και δεν είναι μόνο στο επίπεδο το θεραπευτικό αλλά στο να πάρουν ένα πιστοποιητικό ότι είναι καλά και μπορούν να δουλέψουν στοιχειωδώς και αυτό γίνεται μέσα στο κέντρο του Αγρινίου όπου δεν έχουν προκύψει προβλήματα, όπου δε διανοείται κανείς να πει: «Κλείστε τους στο ψυχιατρείο και μην τους αφήνετε εδώ». Έχει κερδίσει πολλά η κοινότητα στη νοοτροπία και στην αντίληψή της. Έχουν γίνει πολλά, όταν τα πράγματα δε γίνονται από δικές σου ανάγκες αλλά από διατεταγμένα και πάλι καλά που καταφέραμε και το λειτουργήσαμε με ένα τρόπο όσο μπορέσαμε γιατί έχω και σαν αρχή αυτό που γίνεται στη Φωκίδα αντίστοιχα πάλι με προγράμματα του 815. Έγιναν μονάδες κινητής ψυχιατρικής περίθαλψης, τα οποία είναι πολύ σημαντικά, έχουν έναν άλλο τρόπο αντιμετώπισης, πολύ ανθρώπινο, πολύ επιστημονικό, πολύ φθηνό

που έχει όλα τα πλεονεκτήματα. Ήταν ένας φάρος μέσα στην ελληνική πραγματικότητα, υπάρχουν δηλαδή αντιστάσεις και εστίες που οι άνθρωποι προσπαθούν και όπου προσπαθούν σαφώς γίνονται και λάθη πολλά και προβλήματα πολλά, αλλά και πράγματα που ανακατεύονται. Από την άλλη πλευρά υπάρχει η ψυχική νόσος, δεν είναι κοινωνική κατασκευή. Υπάρχουν άνθρωποι που έξω από τις κοινωνίες και έξω από τα συστήματα κάποια στιγμή θα μπου σε αυτή την εσωτερική αναζήτηση που φέρνει η ψύχωση και θα χάσουν τη δυνατότητα να είναι προσαρμοσμένοι κοινωνικά. Θα χρειαστούν χρόνο, θα χρειαστούν βοήθεια και κάποιοι μάλιστα από αυτούς θα χαθούν εκεί μέσα, δε θα μπορέσουν να ξαναγυρίσουν ποτέ και γι'αυτούς που θέλουν τη βοήθεια έχουν τις διαδικασίες της ψυχιατρικής. Αν είναι δυνατό της πρόληψης που δε γίνεται τίποτα και γι'αυτούς που θα χαθούν, θα έχουμε τις δυνατότητες της αποασυλοποίησης. Να μη χρειαστεί καν αποασυλοποίηση, να χρειαστεί μια περίθαλψη ανθρώπινη. Στην Ελλάδα προέχει να μη μπουμε ξανά σε αυτή τη λειτουργία. Νομίζω, προέχει να δοθεί βάρος στην ανάπτυξη άλλων τομέων της ψυχιατρικής όπως είναι η πρόληψη και όπως είναι και η θεραπεία γιατί από τη μια κάνεις αποασυλοποίηση και από την άλλη γεμίζεις τα άσυλα με καινούριους πελάτες της αποασυλοποίησης και αυτό είναι ασύμφορο και γελοίο». Γίνεται σαφές ότι την πραγματοποίηση της αποασυλοποίησης πρέπει να υποδεχτεί ένα ρεαλιστικό πλάνο ανάπτυξης πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών φροντίδας, όπου αυτή τη στιγμή υπολείπεται σοβαρά. (Ψυχαργός, 2013: 130)

Η κρίση έπληξε κάθε τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα ψυχικής υγείας. Πολλές υπηρεσίες ψυχικής υγείας υποχρεώθηκαν να σταματήσουν ορισμένα ειδικά προγράμματά τους, ενώ την ίδια στιγμή εμφανίζονται να είναι υποστελεχομένες. (Μαδιανός, 2013) «Η κρατική πολιτική και η οικονομική κρίση της χώρας περιορίζουν αλλά δεν είναι το καθοριστικό αυτό, υπάρχουν χίλια πράγματα που μπορούν να γίνουν χωρίς πολλά χρήματα. Νομίζω ότι αν στηριχθούμε στην αλληλεγγύη, στον αλτρουισμό, στο ότι η ιατρική και ιδιαίτερα η ψυχιατρική είναι μια δουλειά που αν βάλεις το προσωπικό κέρδος θα την χάσεις από κάθε άποψη. Αυτό το πλησίασμα στον άνθρωπο δε μπορεί να γίνει με συνθήκες κερδοσκοπίας. Νομίζω ότι πολλά, πολλά σημαντικά πράγματα μια πολύ καλύτερη και πιο υψηλή ψυχιατρική, θα γινόταν με λιγότερα λεφτά από αυτή που είναι. Σίγουρα αν είχαμε μια καλύτερη οργάνωση θα λειτουργούσαν καλύτερα τα πράγματα αλλά σίγουρα η κριτική είναι εύκολη εκ των υστέρων. Το πιο σημαντικό, εδώ έχουμε υπηρεσίες που ασχολούνται με την τριτοβάθμια περίθαλψη και δεν έχουμε τίποτα για την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια, είναι τρομερό αυτό. Στις ανάγκες της περιοχής μας δώσαμε άφθονο παντεσπάνι και δεν είχαμε καθόλου ψωμί και

έτσι είχαμε πολλούς εργαζόμενους που δούλευαν στην τριτοβάθμια περίθαλψη ψυχικής υγείας δηλαδή στους ανθρώπους που χρειάζονται αποασυλοποίηση που έχουν κάνει όλο το κύκλο της ζωής τους και πια χρειάζονται μια αξιοπρεπή αποζημίωση για όλα αυτά που έχουν τραβήξει στα χέρια της επίσημης ψυχιατρικής και της κρατικής πολιτικής. Από τη μια δίνουμε πάρα πολύ περίθαλψη σε αυτούς τους ανθρώπους και από την άλλη γεμίζαμε τα ψυχιατρεία με παιδιά δεκαπέντε, δεκαέξι και δεκαοχτώ χρονών χωρίς να έχουν καμιά δυνατότητα βοήθειας». Η αποασυλοποίηση είναι μια πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αν η εξέλιξή της δε συνοδεύεται από την ισοδύναμη ανάπτυξη και υπόλοιπων υπηρεσιών που συνθέτουν ένα σύγχρονο ψυχιατρικό δίκτυο, ιδιαίτερα για τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας μας που δεν το διαθέτουν, τότε υπάρχει σοβαρός κίνδυνος οι προσπάθειες αποασυλοποίησης να οδηγήσουν μεσοπρόθεσμα όχι στην εξαφάνιση του ασύλου αλλά στον κατακερματισμό σε μικρές εξωραϊσμένες δομές με ασυλιακή λειτουργία. (Σκαπινάκης, Μαυρέας, 2003)

Ο γιατρός εξηγεί τις αιτίες ασυλοποίησης των δομών και τα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού που είναι απαραίτητα για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των δομών: «Όπως ασυλοποιούνταν μέσα στα άσυλα τώρα πια ένα κομμάτι αρχίζει να ασυλοποιείται μέσα στους ξενώνες. Έχει ανάγκη το προσωπικό από συνεχή εκπαίδευση για να το αποφύγει αυτό με το να αλλάζει συνθήκες, να αλλάζει πράγματα και αν είναι δυνατό και την αλλαγή σε χρονικά διαστήματα του ρόλου τους δηλαδή η κυκλική εναλλαγή της επαγγελματικής τους διαθεσιμότητας. Θα ήταν σημαντική στο να δούμε που φτάνουν οι άνθρωποι που τους βλέπουμε σε άλλο επίπεδο και σε άλλο στάδιο εμείς. Ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία σε αυτή την ιστορία είναι τα κίνητρα και το κίνητρο δεν είναι μόνο το οικονομικό στο κομμάτι της ψυχικής υγείας ίσως να μην είναι και το κυρίαρχο, αλλά υπάρχουν και άλλα κίνητρα ειδικά στην ψυχική υγεία που είναι πιο σημαντικά και οι υπηρεσίες που ασχολούνται με αυτό. Είναι πολύ σημαντικό να έχουν σαν κίνητρο την ποιότητα ζωής, την αποφυγή της ασυλοποίησης, τη χαρά που νιώθεις στην ομαδική εργασία, την αλληλεγγύη, τα στοιχεία που σου δίνει ο αλτρουισμός όταν τον δίνεις και τον δέχεσαι που είναι πολύ πιο σημαντικά από τα οικονομικά χωρίς να τα υποβαθμίζω γιατί ωραία είναι η εθελοντική δουλειά, αλλά όλα τα πράγματα έχουν τα όριά τους. Νομίζω ότι θα πρέπει να τα βάλουμε στη σωστή τους διάσταση. Ένας χώρος φύλαξης ή θεραπείας ή αποκατάστασης ή όπως και να τον ονομάσουμε όταν έχει ιδρυματικού τύπου συνθήκες, θα έχει για όλους και για το προσωπικό και για αυτούς που φιλοξενούνται ή θεραπεύονται και πράγματα που θα γίνονται καλά για τους μεν θα είναι και για τους δε και είναι πολύ σημαντικό να γίνονται πράγματα που να εγγυώνται την

υπευθυνότητα των ανθρώπων». Η υποστήριξη του δικτύου δομών και υπηρεσιών απαιτεί ένα σύνθετο πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας αλλά και μια ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή. «Το πιο σημαντικό όσον αφορά το προσωπικό που εργάζεται σε αυτές τις δομές είναι η προσωπικότητα του κάθε ατόμου πιο πολύ από την εκπαίδευση. Αυτό που προσφέρουμε στην πραγματικότητα είναι ένα κομμάτι της προσωπικότητάς μας. Εμάς συνταγογραφούμε και στους ασθενείς και σε αυτό που κάνουμε και είναι πολύ σημαντικό αλλά βέβαια αυτό δε φτάνει γιατί τα θετικά κομμάτια της προσωπικότητας κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να ενισχυθούν και να γίνουν ουσιαστικά και να αποκτήσουν εκτός από την καλή διάθεση και επαγγελματισμό που είναι απαραίτητη. Από την άλλη, μπορεί να υποβαθμιστούν κάτω από μια κρίση και κάτω από μια αναζήτηση άλλων στοιχείων όπως έχουμε δει να συμβαίνουν. Να κλείνονται στον εαυτό τους και σαφώς να χάνονται τα καλά στοιχεία και να βγαίνει ανταγωνισμός, πικρία, μίζερια και γκρίνια και να βγάζουμε τα χειρότερα κομμάτια μας και να εισπράττουμε αντίστοιχα αυτή την εικόνα και από τους άλλους, καθρέφτης είναι αυτά».

Η κατάρτιση του προσωπικού αποτελεί ζήτημα μεγάλης σημασίας. Είναι απαραίτητο να υπάρξει ένα συντονισμένο πρόγραμμα, το οποίο θα θέτει με σαφήνεια τις εκπαιδευτικές ανάγκες. Η έμφαση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων πρέπει να δοθεί στα εξής: στην επίλυση-προβλημάτων μέσω πρακτικής άσκησης και στην πρακτική που βασίζεται σε αποδεδειγμένα στοιχεία και τεκμηρίωση (evidence based practice). Κάτι τέτοιο θα καθιστούσε ικανό το προσωπικό να εφαρμόζει θεραπευτικά πρωτόκολλα. Απαραίτητη είναι επίσης η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών δράσεων. (ΥΥΚΑ, 2011: 29) Η γνώμη της Ευτέρπης σχετικά με τη σημασία των εργαζομένων στο χώρο των δομών και η σημασία της αξιολόγησης των υπηρεσιών για την εξέλιξη του προγράμματος των δομών είναι: «Αν συνεχίζουν να λειτουργούν, να στηρίζονται και να έχουν κάποια αποτελέσματα οι δομές στήριξης που ανήκουν στα Δημόσια νοσοκομεία σύμφωνα με τον τρόπο που βιώνω και βλέπω την κατάσταση, αυτό το οφείλουν στο ενδιαφέρον και στη διάθεση για δουλειά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ιδιαίτερα όσον αφορά και την καταπολέμηση του στίγματος, όπως εδώ π.χ. με τη συμμετοχή και άλλων ψυχικά ασθενών στα εργαστήρια και με τη δημιουργία εκθέσεων. Επίσης, δεν υπάρχει κάποιος έλεγχος ή αξιολόγηση από τη διεύθυνση Ψυχικής Υγείας όσον αφορά την ποιότητα της δουλειάς σε κάθε δομή, παρά μόνο συμπληρώνουμε κάποια τεχνικά δελτία για τον αριθμό των ασθενών που υπάρχουν στη δομή. Όλη η λειτουργία της κάθε δομής βασίζεται στους επαγγελματίες, στο ανθρώπινο δυναμικό και η κουλτούρα της

αποασυλοποίησης που είναι βασικό συστατικό για τα αποτελέσματα της δουλειάς τους. Αντίθετα όλα έχουν αφεθεί στην τύχη τους».

Είναι απαραίτητο ένα αξιολογικό σύστημα από το Υπουργείο Υγείας, ώστε ο κάθε υπηρεσιακός παράγοντας να γνωρίζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα κάθε υπηρεσίας, κάτι που είναι βασικός κανόνας στις περισσότερες χώρες της Δύσης και να προγραμματίζεται η σταδιακή κάλυψη αναγκών ή η τροποποίηση υπαρχουσών υπηρεσιών και προγραμμάτων. (Μαδιανός, 2009: 22)

Η Νέλλη αναφέρεται στον κακό προγραμματισμό της αποασυλοποίησης και στην έλλειψη αξιολόγησης αυτού στη λειτουργία των δομών: *«Έδωσε η Ευρωπαϊκή Ένωση στην Ελλάδα κάποια κονδύλια και είπε φτιάξε ξενώνες, αλλά νομίζω ότι στην πορεία κάτι δεν έγινε, δεν ξέρω τι έγινε λάθος. Καταρχήν έγινε ένα πρόγραμμα, τώρα η πείρα μου 15 χρόνια και αυτά που είδα εδώ μέσα είναι ότι έγινε ένα πράγμα πολύ γρήγορα, γρήγορα να το κάνουμε. Λάθος ο τρόπος που προσλήφθηκε το προσωπικό. Είμαστε τώρα ένας ξενώνας και δουλεύουμε δέκα γυναίκες που σε τέτοια άτομα ψυχιατρικά θα πρέπει να υπάρχει και το αντρικό φύλο για να υπάρχει καλύτερη οριοθέτηση. Η μικρή ηλικία αυτών που προσλήφθηκαν. Οι προσλήψεις έγιναν πολύ γρήγορα και πήραμε όποιον να 'ναι και σε σχέση με τα άτομα που μας έφεραν στους ξενώνες. Μας έφεραν 60 χρονών γιαγιά, εγώ τι κοινωνικοποίηση να κάνω σε 60, 70 χρονών γιαγιά; Δηλαδή κοίταζαν γρήγορα να κάνουμε το πρόγραμμα να αποσυμφοριστούν τα ψυχιατρεία, αλλά δεν σκέφτηκαν τότε στον ξενώνα πρέπει να πας νέα άτομα και λειτουργικά άτομα. Δε θα μου φέρεις τη γερουσία και άτομα που από τα ψυχοφάρμακα και τα ηλεκτροσόκ που έκαναν στα ψυχιατρεία, δε μπορούν να σηκωθούν από το κρεβάτι γιατί έχουν γίνει αυτά εδώ μέσα. Θα μου φέρεις νέα λειτουργικά άτομα, βάλε ένα πλαφόν ηλικίας. Άνοιξαν τα ψυχιατρεία και τους έβγαλαν όλους έξω. Δε μπορείς όμως έτσι. Θα πρέπει να ξέρεις να αξιολογείς, ποιος μπορεί να μείνει σε ένα ξενώνα και ποιος θα μείνει στο οικοτροφείο δηλαδή έγινε ένας μπακτραμάς, οπότε και εγώ σαν επαγγελματίας, δεν είχα υλικό να δουλέψω. Είχα να δουλέψω με το πολύ πέντε άτομα από τα δεκατέσσερα, τα υπόλοιπα ήταν είτε για γηροκομεία είτε για οικοτροφεία. Έγιναν πολλές κακογουστιές εντός εισαγωγικών και για όλα αυτά φταίει το κράτος γιατί δεν υπήρχε οργάνωση από το κράτος για να οργανωθώ και εγώ. Δυσκολεύτηκα να δείξω το έργο μου. Το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης μπορεί να ξεκίνησε ως σχεδιασμός, αλλά στην πράξη είναι δύσκολο να έχουμε αποτελέσματα με επιτυχία, ιδιαίτερα στις μέρες μας με την κρίση που υπάρχει».*

Η Μελίνα εκφράζει τη γνώμη της σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τη δυσλειτουργία της αποασυλοποίησης: «Ο σχεδιασμός που έγινε για να πραγματοποιηθεί η μεταρρύθμιση ήταν τόσο βιαστικός που αυτό φαίνεται στις ελλείψεις στην οργάνωση των δομών και τη στήριξη των ασθενών για την επανένταξή τους. Πιστεύω, ότι δεν έχει πετύχει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η αποασυλοποίηση δεν έχει γίνει όπως το είχαν προγραμματίσει, αλλά ότι έγινε ένα βήμα μεγάλο, έγινε. Πιστεύω ότι οι δομές ήταν πάρα πολύ λίγες και οι ωφελούμενοι ασθενείς φιλοξενούμενοι ήταν πάρα πολύ λίγοι δηλαδή από ολόκληρο ψυχιατρείο φύγανε δέκα άτομα, τα οποία στην πορεία μείνανε τέσσερα, οι άλλοι επέστρεψαν πάλι. Ήταν πάρα πολύ λίγοι αυτοί που ωφελήθηκαν, δεν έγιναν τα πράγματα καλά μελετημένα. Νομίζω ότι το κράτος δεν έχει κάνει τη σωστή μελέτη δηλαδή υπήρξαν διοικητές που δεν ήξεραν που βρίσκεται ο ξενώνας ή δεν ξέρουν ότι το νοσοκομείο έχει ξενώνα γιατί όπως ξέρεις ότι στο νοσοκομείο έχεις μια παθολογική, θα έπρεπε να ξέρεις ότι έχεις και ένα ξενώνα και δεν ενδιαφέρθηκαν για τους ξενώνες».

Ακόμη, ο ψυχίατρος εξηγεί τη σημασία των διοικουσών αρχών και την ύπαρξη του στίγματος σχετικά με την ψυχική ασθένεια από την ιατρική κοινότητα αλλά και τη λειτουργία του οικοτροφείου: «Το νοσοκομείο νομίζω σε σχέση με τους ξενώνες κρατά μια στάση ουδέτερη. Σε πράγματα που είναι αναγκαία να γίνουν τα κάνει, πράγματα που έχει αναλάβει με τον τρόπο που μπορεί τα φέρνει σε πέρας αλλά από εκεί και πέρα νομίζω ότι κρατάει μια απόσταση και μια επιφυλακτικότητα και είναι αμοιβαία ακόμα δηλαδή η θέση της ψυχικής υγείας παλεύεται με τις ιατρικές δομές. Ακόμα πρέπει να τους πείσουμε ότι είναι άρρωστοι, ότι έχουν θέση μέσα στο νοσοκομείο και έτσι πρέπει να πείθουμε τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και τους άλλους ασθενείς. Οι ξενώνες για το νοσοκομείο θεωρούνται κάτι που δεν είναι ακριβώς υγεία, είναι παραπλήσιο, κάτι που έχει στίγμα, κάτι που δεν ξέρουν να το χειριστούν, κάτι που θα ήταν καλό να είναι πιο μακριά, ακόμη γίνονται τέτοιοι αγώνες, όντως. Το ειδικό νοσήλειο υπάρχει και το νοσοκομείο πληρώνεται για αυτούς τους ασθενείς. Είναι ανταποδοτικά τα πράγματα που καλείται να κάνει το νοσοκομείο και για αυτό τα κάνει αν δεν ήταν έτσι θα τα είχε σταματήσει από καιρό. Το οικοτροφείο δεν έγινε γιατί έγιναν πρώτα δύο ξενώνες. Αυτό που ξεκίνησε αναφερόταν σε νέους ανθρώπους, το οικοτροφείο έμπαινε σε μια δεύτερη φάση γιατί το οικοτροφείο σημαίνει ότι έχεις παραιτηθεί πια από την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση και είσαι στη διαδικασία της φροντίδας. Θέλεις να πεις αυτή θα είναι μια υπηρεσία ανθρώπινη που θα τους φροντίσει, δεν έχεις σκοπό να τους κάνεις να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους και όταν έγιναν αυτά θα ακολουθούσε μια διαδικασία η οποία σταμάτησε, μείναμε εκεί. Έχουμε κάνει κάποιες αιτήσεις τώρα έστω

και ένας από τους δύο ξενώνες να γίνει οικοτροφείο γιατί είναι απαραίτητο πια. Οι ανάγκες στο οικοτροφείο είναι διαφορετικές και το προσωπικό πρέπει να είναι διαφορετικό και περισσότερο και οι συνθήκες. Μιλάμε για τους ανθρώπους πια που έχει περάσει η ηλικία και έχουν πια πιο πολλή ανάγκη από φροντίδα ανθρώπινη, αλλά αυτά μας βρήκαν μπροστά στη συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο. Προσπαθούμε να το δεις σα μια μεγάλη μεγάλη προσπάθεια άμυνας, προσπαθούμε να τα κρατήσουμε ανοιχτά, προσπαθούμε να μην κλείσουν οι δομές, στο να μπορέσουμε να τα κάνουμε να ανθίσουν, προσδοκάμε σε καινούρια πράγματα».

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. φαίνεται να είναι η μοναδική διέξοδος για την απασχόληση και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη των Κοι.Σ.Π.Ε. είναι ελλιπής, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται ευρύτερα τμήματα της επικράτειας. Από το 2002 έως σήμερα έχουν συσταθεί 17 Κοι.Σ.Π.Ε. αριθμός ιδιαίτερα χαμηλός σε σχέση με τον συνολικό προβλεπόμενο αριθμό (ήτοι 58, δηλαδή ένας ανά ΤΟΦΥ) και ιδιαίτερα χαμηλό εκτιμάται ότι είναι και το σύνολο των ψυχικά ασθενών που εργάζονται. (Ψυχαργός, 2013: 19) Ο γιατρός εξηγεί τις αιτίες αναποτελεσματικότητας των Κοι.Σ.Π.Ε.: «Οι Κοι.Σ.Π.Ε. θα βοηθούσαν πάρα πολύ στην επανένταξη των ασθενών αλλά δεν ήμασταν έτοιμοι. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. ότι ξεκίναγε ως πούμε σαν υπόδειξη της κεντρικής εξουσίας της κυβέρνησης στην Ελλάδα στο χώρο της ψυχικής υγείας έπρεπε να περάσει μέσα από τους ψυχιάτρους. Όλα είναι ιατροκεντρικά εδώ και βρέθηκε ένα κομμάτι που το πήρε αυτό και ένα κομμάτι που θέλησε να το πάει παρακάτω. Την κοινωνική λειτουργία των συνεταιρισμών την είδαμε όλοι σαν να μη μας αφορούσε καθόλου και δε μας αφορούσε πραγματικά. Αυτό θα έπρεπε ένας μάνατζερ με τις καινούριες συνθήκες να το αναλάβει, που δεν είχαμε τέτοιους. Αυτοί φοβόνταν την ψυχική υγεία και εμείς φοβόμασταν το μάνατζμεντ δηλαδή σε δυο τρεις φάσεις βρέθηκαν άνθρωποι φωτισμένοι όπως ένας διοικητής στην Κέρκυρα και κατάφερε να τα συνδυάσει αυτά τα δύο. Πραγματικά, έκαναν πολύ σημαντικά βήματα οι Κοι.Σ.Π.Ε., αλλά ήταν ένα πράγμα που δεν περπάτησε και όπου περπάτησε με σπρωξίματα και όχι με τον τρόπο που θα έπρεπε και φαίνεται ότι δεν έχει δώσει ούτε το ένα πέμπτο από αυτά που περιμέναμε, όλη αυτή η λειτουργία των Κοι.Σ.Π.Ε.»

Ο Φοίβος αναφέρεται στα αποτελέσματα της αποασυλοποίησης ως παθητικής πολιτικής καθώς η επανένταξη των ασθενών δεν πραγματοποιείται: «Το «Ψυχαργώ» απορρόφησε κόσμο και αυτό είναι θετικό εννοείται, αλλά δεν αρκεί. Επανένταξη δεν υπάρχει απλά είναι καλύτερες οι συνθήκες από ό,τι ζούσαν στα ψυχιατρεία, είναι καλύτερη η ποιότητα ζωής. Δεν είναι θέμα ψυχοθεραπείας, είναι σημαντικό να έχεις

πράγματα να κάνεις, να ασχοληθείς. Εντάξει, τι να το κάνεις να μιλάς, αυτό μπορεί να το χρειαστείς συμπληρωματικά. Οι περισσότεροι άνθρωποι που ζουν στον ξενώνα χρειάζονται μια δραστηριότητα, η οποία να έχει και νόημα όχι να τους βάλεις τώρα να κάνουν κάτι που δεν έχει νόημα. Ας πούμε μια επαγγελματική δραστηριότητα και αν δεν είναι μια επαγγελματική δραστηριότητα που χρειάζονται κάποια χρήματα, να γίνει μια συμφωνία αυτά που κάνουν μαθήματα θεάτρου, μαθήματα χορού, ξένες γλώσσες και να μην τους πάρουν λεφτά. Ας πούμε στο «Ψυχαργώ» έχουν δοθεί πάρα πολλά λεφτά και να συμμετέχουν σε τέτοιες δραστηριότητες που θα κάνουν κάτι που θα τους αρέσει ενδεχομένως και θα γνωρίσουν και κόσμο. Η επανένταξη δεν είναι απαραίτητα το επαγγελματικό κομμάτι και είναι κάποιοι που θα μπορούσαν. Προτιμότερο να είναι στους ξενώνες να μεν αλλά δεν αρκεί αυτό και ειδικά για τους νέους χάνουν τη ζωή τους ουσιαστικά. Δε μπορεί το «Ψυχαργώ» να συνεχίσει έτσι πρέπει να προσφέρει κάτι παραπάνω σε όλους και ειδικά στους νέους που έχουν όλη τη ζωή μπροστά τους».

Ο ρόλος των φαρμακολογικών θεραπειών στην αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων μπορεί να χαρακτηριστεί ως πρωταρχικός. Αυτό καταδεικνύεται από τη ριζική βελτίωση της εικόνας του χρόνιου ψυχικώς πάσχοντα καθώς και από τη δραστική μείωση των νοσηλευομένων σχιζοφρενών. Η σημασία των φαρμακολογικών θεραπειών φαίνεται από το ότι οι περισσότεροι βαριά ψυχικά ασθενείς υποτροπιάζουν σύντομα μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής τους αγωγής. Αυτό δε σημαίνει ότι το φάρμακο, μόνο του, μπορεί να είναι αρκετό, στις ψυχώσεις. (Γουζάρης, 2003: 245) Ο γιατρός περιγράφει τη σημασία των φαρμακευτικών θεραπειών στην αποασυλοποίηση των ασθενών και την εξέλιξη της ψυχιατρικής μέσω αυτών καθώς και τη νοοτροπία των κατοίκων της περιοχής σχετικά με την αντίληψη και τη διαχείριση της ασθένειας: «Η φαρμακευτική θεραπεία είναι πολύ σημαντική στην αποασυλοποίηση καθώς το 1952 πριν βγουν τα πρώτα ψυχοφάρμακα, τα πρώτα νευροληπτικά, οι σχεδιασμοί ήταν να οχταπλασιαστούν οι θέσεις των ψυχιατρείων και από τότε όχι μόνο δεν οχταπλασιάστηκαν, αλλά υποτετραπλασιάστηκαν δηλαδή τα φάρμακα άνοιξαν τα ψυχιατρεία και βγήκαν οι άνθρωποι έξω στην κοινότητα και με αυτό τον τρόπο υποχώρησαν άλλες θεραπείες που υπήρχαν. Τα ηλεκτροσόκ κοντεύουν να γίνουν πια άγνωστα. Πιστεύω, ότι είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο αλλά όπως όλα τα εργαλεία θα είναι καλό ή όχι ανάλογα με τη χρήση που κάνεις. Επίσης, ζούμε σε μια περιοχή που εγώ δε θα ξεχάσω τα δέκα χρόνια που δούλευα σαν ιδιώτης, ότι δεν είχα δει ούτε έναν ασθενή που να μην είχε περάσει πρώτα από μάγους και από παπάδες με αυτή τη σειρά. Πρώτα το θεωρούσαν μάγια αυτό που είχε πάθει, μετά το θεωρούσαν δαιμονισμό και μετά

απευθύνονταν στην ιατρική. Νομίζω ότι είναι τελείως ξέχωρο το κομμάτι της ψυχιατρικής από το κομμάτι της θρησκείας και στην περιοχή μας είναι πιο σημαντικό να ενισχύσουμε το κομμάτι της επιστήμης γιατί από τότε που γεννιούνται οι άνθρωποι εδώ, ενισχύεται το άλλο κομμάτι. Είναι μια δυσκολία που δεν υπάρχει σε άλλη περιοχή όπως στη Φωκίδα στην κινητή μονάδα ή στα Ιωάννινα. Εδώ πραγματικά δεν έχει περάσει κανένας που να μην έχει περάσει πρώτα από μάγους και είναι το ακριβώς αντίθετο από αυτό που κάνει η επιστήμη όπου είναι τελείως ανεύθυνος ο ασθενής σε εισαγωγικά ανεύθυνος και σε εισαγωγικά ασθενής». Το πολιτισμικό κεφάλαιο, η κοινωνική τάξη, το κοινωνικό φύλο και η ηλικία είναι παράγοντες που επιδρούν καθοριστικά στη διαμόρφωση της εμπειρίας της ασθένειας. (Τζανάκης, 2012: 246)

3.3.1. Το κλείσιμο των ψυχιατρείων και οι συνέπειές του

Το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι μια ορθή πολιτική ψυχικής υγείας, υπό την προϋπόθεση ότι στη θέση τους λειτουργούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας που εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας σε επίπεδο πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης. Διαφορετικά αυτή η δημόσια πολιτική οδηγεί τους ασθενείς στην εξαθλίωση ιδιαίτερα σε μια δύσκολη ιστορική συγκυρία, επιβάλλοντας μέτρα ασφαλείας: αφενός τον νεοϊδρυματισμό σε μονάδες για δύσκολους ασθενείς και αφετέρου τη λήψη του μέτρου της υποχρεωτικής θεραπείας διά της ακούσιας αγωγής στην κοινότητα. (Μητροσύλη, 2014: 289)

Η άποψη του γιατρού για το κλείσιμο των ψυχιατρείων και η ανησυχία του για τις συνέπειες αυτού εκφράζονται ως εξής: «Αυτό είναι μέσα στα πράγματα να γίνει μακάρι να γίνει να κλείσουν τα ψυχιατρεία και είναι πολύ σημαντικό να γίνει. Εντάξει, θα κλείσουν τα ψυχιατρεία και που θα πάνε οι άνθρωποι που εκ των πραγμάτων θα θέλουν νοσηλεία; Γιατί θα θέλουν νοσηλεία κάποιοι άνθρωποι, δεν υπάρχουν δομές να τους στηρίζουν στην κοινότητα, δεν υπάρχουν κινητές μονάδες. Εδώ εμείς δεν έχουμε ψυχιατρική κλινική, τι θα κάνει, λοιπόν, αυτός που βρίσκεται σε μια διέγερση και πρέπει να προφυλάξει τον εαυτό του με μια νοσηλεία μίας εβδομάδας και δύο; Θα τον δέσουμε στο σπίτι μας; Τι θα κάνουμε; Δηλαδή θα πρέπει να φτιάξουμε σε όλους τους Νομούς ένα Νομαρχιακό νοσοκομείο με ψυχιατρική κλινική μέσα που είναι πάρα πολύ καλό και για τον στιγματισμό. Δε φτιάχνουν όμως και δεν είναι θέμα οικονομικό, επαναλαμβάνω. Οι άνθρωποι που τους παίρνουν από εδώ δύο αστυνομικοί με δύο γιατρούς και τους νοσηλεύουν στο πιο χρηματοβόρο και χρονοβόρο ίδρυμα όπως είναι ένα κλειστό άσυλο,

θα ήταν μισά τα έξοδα της κοινωνίας να αντιμετωπιστεί εδώ και ακόμα πιο εύκολο να αντιμετωπιστεί στο σπίτι του με μια κινητή μονάδα. Θα πρέπει να ανασχεδιαστούν όλα αυτά από ανθρώπους που είναι έμπειροι, που τα έχουν περάσει όλα αυτά και να μπορούν να δώσουν μια γνώμη που να στηρίζεται στις δικές μας τις ανάγκες». Οι ακούσιοι εγκλεισμοί στην Ευρώπη δεν ξεπερνούν το 10% ενώ στην Ελλάδα κυμαίνονται μεταξύ 40% και 50% ανάλογα με το Νομό. Η ανάπτυξη, βέβαια, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κυρίως σε αγροτικές περιοχές, μειώνει σημαντικά τους ακούσιους εγκλεισμούς. (Φραγκούλη, 2003: 536) «Το κλείσιμο των ψυχιατρείων από μόνο του δε μπορεί να βοηθήσει στην αναδιοργάνωση των δομών, οι ασθενείς θα βρεθούν κάτω από τις γέφυρες να κοιμούνται και θα πεθάνουν με το πρώτο κρύο και θα είναι ακόμη χειρότερο αυτό, αλλά σαν μια στοχευμένη παρέμβαση κρατική που θα έρθει να συμπληρώσει το άνοιγμα μονάδων μέσα στα νοσοκομεία, την επιπλέον ίδρυση κινητών μονάδων, γιατί κάποιιοι πραγματικά δε μπορούν να ζήσουν και είναι ο λόγος που δεν έχουν κλείσει ακόμη τα ψυχιατρεία. Το θεωρώ πολύ σημαντικό να κλείσουν τα ψυχιατρεία αλλά όχι να κλείσουν γιατί το είπαμε και πρέπει να κλείσουν». Η πρακτική της νοσηλείας των νέων περιστατικών στα ψυχιατρεία διαιωνίζει τα προβλήματα του στιγματισμού των ασθενών, της υπέρμετρης χρήσης υποχρεωτικής νοσηλείας τους και της ασυλοποίησης νέων περιπτώσεων καθώς η ανάπτυξη των Ψυχιατρικών Μονάδων νοσηλείας των Γενικών Νοσοκομείων και οι Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας υπολείπονται κατά πολύ. (Λιάκος, 2003: 149)

Από την άλλη πλευρά η γνώμη της Σούλας βάσει των ελληνικών δεδομένων και της έλλειψης των δομών για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών καθώς και ο φόβος της σε περίπτωση που κλείσουν οι δομές εκφράζεται ως εξής: «Δεν συμφωνώ, να κλείσουν τα ψυχιατρεία, ναι να κλείσουν και τι γίνεται μετά; Τι θα γίνουν μετά; Οι συνέπειες είναι ότι θα βγουν αυτοί οι άνθρωποι στο δρόμο. Που θα απορροφηθούν όλα αυτά τα περιστατικά; Δεν είναι ότι είχες κάποιο πρόβλημα μήπως στην παθολογική ή στην καρδιολογική, τελείωσε και πας σπίτι σου. Αυτοί οι άνθρωποι τι θα γίνουν; Θέλουν κάποια παρακολούθηση, χρειάζεται να είναι σε ένα τμήμα ιδιαίτερο που να έχει σχέση με τη ψυχιατρική. Δε συμφωνώ. Νομίζω ότι θα είναι χειρότερα για αυτούς τους ανθρώπους. Εδώ το νοσοκομείο του Αγρινίου δεν έχει ψυχιατρική κλινική, μιλάμε τώρα για νοσηλεία. Εδώ φοβόμαστε και εμείς μην κλείσουν οι ξενώνες, ακούγονται πολλά σενάρια». Η δημιουργία ψυχιατρικών κλινών νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία είναι απαραίτητη για να αποφύγουμε τη νέα νοσηλεία στα άσυλα. (Λιάκος, 2003: 192)

Η Μαρία προσθέτει εξηγώντας τη σημασία της ύπαρξης των ψυχιατρείων και της αποτελεσματικότητάς τους στη θεραπεία των ασθενών με προϋπόθεση την αλλαγή των συνθηκών λειτουργίας τους: «Είμαι πολύ αρνητική στο να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Θα ήθελα να αλλάξουν οι συνθήκες των ψυχιατρείων, να γίνει μια ανανέωση, να μην είναι οι συνθήκες όπως είναι τώρα γιατί όπως είναι τώρα καλύτερα όντως να κλείσουν. Είναι σημαντικό να υπάρξει πολύ περισσότερο προσωπικό όπως και εδώ. Χρειάζεται οι χώροι να είναι πολύ καλύτεροι, να είναι πιο ενημερωμένοι και επιστημονικά ενημερωμένοι στο κομμάτι της ψυχικής υγείας και να υπάρξει μια εξέλιξη πιο πολιτισμένη, αλλά το να κλείσουν όχι, που θα πάνε αυτοί οι άνθρωποι; Χρειάζονται απαραίτητα τα ψυχιατρεία, όχι να μπαίνουν και να κλείνονται εκεί μέσα. Άλλωστε υπάρχουν κάποιοι ασθενείς που εκ των πραγμάτων δε μπορούν να ζήσουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον μόνο σε τέτοιους χώρους, αλλά τουλάχιστον να είναι πιο ανθρώπινοι δηλαδή αυτή είναι η αλλαγή για μένα. Να αυξηθούν οι δομές, να αυτό είναι μια εξέλιξη, αλλά με το πέρασμα του χρόνου δουλεύοντας εδώ μέσα βλέπω ότι σε περίπτωση μιας υποτροπής, η δομή δε μπορεί να κάνει κάτι όποτε θα πρέπει να υπάρχει μια μονάδα στην οποία ο ασθενής να μπορεί να επανέρχεται. Να μπορούν να τον συνεφέρουν πιο καλά γιατί σε αυτές τις μονάδες δε μπορεί η φαρμακευτική αγωγή να είναι τέτοια, ούτε οι ασθενείς να φτάνουν σε σημείο ακραίο και να μην ξέρεις τι να κάνεις, να είναι πιο οργανωμένα όσον αφορά τη φαρμακευτική και ιατρική περίθαλψη, να είναι σαν εντατική ας πούμε. Πιστεύω ότι οι συνέπειες με το κλείσιμο των ψυχιατρείων θα είναι τραγικές, πολλοί άνθρωποι θα μείνουν έρμια για να μην έχει γίνει ήδη η υποδομή. Δεν υπάρχουν οι μονάδες έξω καινούριες για να πάνε αυτοί οι άνθρωποι και να επιβιώσουν ανθρώπινα. Η δομή η δική μας θα άντεχε τέσσερα άτομα ακόμη για να ζήσουν εδώ».

Ο κύριος στόχος κατάργησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό. Πέντε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν κλείσει τα ασυλικά τμήματά τους, ενώ τα εναπομείναντα 3 (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαΐτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) που εξακολουθούν να λειτουργούν ασυλικά τμήματα, έχουν μειώσει δραστικά τον αριθμό των κλινών τους, ενώ μέχρι το 2015 θα έχουν κλείσει. (ΥΥΚΑ, 2011: 12)

Η Μελίνα δίνει τη δική της εκδοχή για τις συνέπειες του κλεισίματος του ασύλου: «Πιστεύω, ότι καλώς θα τα κλείσουν τα άσυλα γιατί δε θα έχει τη δυνατότητα ο συγγενής να πάει να τον παρκάρει εκεί και να τον αφήσει. Οι οικογένειες είχαν βολευτεί πολύ με τα ψυχιατρεία. Νομίζω ότι οι συνέπειες θα είναι να βλέπουμε πιο πολλούς ανθρώπους να είναι στο σπίτι και να είναι σε άθλια κατάσταση γιατί ούτε η οικογένεια θα μπορέσει να

βοηθήσει. Δε θα μπορεί να τον ελέγξει ούτε με τα φάρμακα και θα σηκώσει τα χέρια πηλά. Θα πηγαίνει με εισαγγελικό δυο τρεις μήνες και θα επιστρέφει. Μπορεί για ένα μήνα να παίρνει τα φάρμακα που θα είναι σε ένα πρόγραμμα και μετά θα ξαναπέφτει και πάλι θα είναι αναγκαίο να ξαναεπέμβει ο εισαγγελέας, αυτό νομίζω ότι θα γίνει».

Ακόμη η γνώμη όλων των συμμετεχόντων της έρευνας είναι υπέρ του κλεισίματος των ψυχιατρείων υπό την προϋπόθεση τη δημιουργία κλινών νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο της πόλης για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών και υποτροπών καθώς θα θεωρείται αναγκαία η νοσηλεία. Επίσης, η αύξηση των κοινοτικών δομών, ειδικά η συνέχιση της λειτουργίας των ψυχιατρείων είναι αναγκαία. Η παρουσία Ψυχιατρικών Μονάδων νοσηλείας Γενικών Νοσοκομείων, συμβάλλει σημαντικά στην επιμόρφωση στην πράξη του προσωπικού των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων στην ψυχιατρική, με αποτέλεσμα την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων που παρουσιάζονται στις άλλες ιατρικές ειδικότητες και τον αποστιγματισμό των ψυχιατρικών ασθενών καθώς στα Γενικά Νοσοκομεία αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους άλλους ασθενείς. (Λιάκος, 2003: 151)

Ο λόγος του Ζήση αντιπροσωπεύει τις σκέψεις όλων των ερωτώμενων της έρευνας και εξηγεί την κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι περισσότεροι ασθενείς των ψυχιατρείων και την αναγκαιότητα της λειτουργίας τους για την εξυπηρέτηση των βιοποριστικών τους αναγκών, αλλά και το ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους των ψυχιατρείων που θα χάσουν τις θέσεις εργασίας τους: *«Προσφέρουν έργο και τα ψυχιατρεία και ένας που είναι άρρωστος και που θα πάει; Τον έχουν ξεχάσει τα αδέρφια του, άλλος μένει εκεί 20 άλλος 30 χρόνια και που να πάει αυτός ο άνθρωπος τώρα; Είναι πολύ δύσκολο! Και αυτοί οι άνθρωποι εκεί που θα χάσουν τη δουλειά τους, τι θα κάνουν; Με την κρίση που υπάρχει, δε θέλω να κλείσουν».*

Το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων δεν πρέπει να θεωρείται εφικτός στόχος εάν πρώτα δεν αναπτυχθούν επαρκείς μονάδες για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών, καθώς σήμερα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία καλύπτουν το 60% των εισαγωγών με οξέα προβλήματα ψυχικής υγείας. (Ψυχαργός, 2013: 130)

Συμπεράσματα

Οι συνθήκες λειτουργίας των δομών από την αρχή της λειτουργίας τους μέχρι σήμερα πέρασαν κάποια στάδια εξέλιξης με θετικά και αρνητικά αποτελέσματα.

Καταρχάς η γενική επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων των δομών, τους καθιστά ικανούς να ανταπεξέλθουν στις τυπικές ανάγκες των εργασιακών τους αντικειμένων μετά τη μακρόχρονη εργασία τους στο χώρο και την εξάλειψη του αισθήματος του φόβου που παρατηρείται στην πρώτη τους επαφή με τους ασθενείς. Παρόλη τη διανοητική τους απομόνωση και την ανάγκη τους για περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας ώστε να αποφύγουν τον ιδρυματισμό που είναι το επόμενο στάδιο της επαγγελματικής τους εξέλιξης αν οι συνθήκες εργασίας παραμείνουν ίδιες. Είναι απαραίτητη η αναθεώρηση των ΤΕΙ νοσηλευτικής με έμφαση στα θέματα ψυχικής υγείας και η κατάρτιση μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στην ψυχιατρική νοσηλευτική όπως και στην κλινική και συμβουλευτική ψυχολογία. (Ψυχαργός Γ' 20011-2020: 43) Ένα καλά εκπαιδευμένο προσωπικό είναι απολύτως απαραίτητο για την ποιότητα των υπηρεσιών. Η συναισθηματική σχέση των εργαζομένων με τους ενοίκους και η αίσθηση του δεσμού της οικογένειας που έχει δημιουργηθεί μεταξύ τους από την αρχή της λειτουργίας των δομών, τους βοηθά να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες μέσω της καθημερινής τους αλληλεπίδρασης.

Η έλλειψη εναλλαγής του εργασιακού χώρου και των καθηκόντων των εργαζομένων οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Ακόμη, η έλλειψη της συνεχούς εκπαίδευσης, της ψυχολογικής στήριξης, της στήριξης από τις διοικούσες αρχές καθώς και η έλλειψη προσωπικού αποτελούν λόγους για την ανάπτυξη του συνδρόμου burn out δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το αίσθημα των μειωμένων επιτευγμάτων. Ο λόγος των εργαζομένων εκφράζει ανησυχία ιδρυματισμού στην περίπτωση που δεν υπάρξει κάποια βελτίωση σχετικά με τις συνθήκες λειτουργίας των δομών καθώς έχουν χάσει την εμπιστοσύνη τους στο σύστημα. Κυριαρχεί η αντίληψη της ελλιπούς υποστήριξης η οποία επιβαρύνει τόσο τους ίδιους όσο και τους ασθενείς, ενώ η έλλειψη προσωπικού τους επιβαρύνει συναισθηματικά και σωματικά ενισχύοντας ακόμη περισσότερο το άγχος και το φόβο τους σχετικά με την εξέλιξη του προγράμματος των δομών.

Σίγουρα η ποιότητα ζωής των ασθενών στις δομές έχει αναβαθμιστεί σε σύγκριση με αυτή του ψυχιατρείου, παρόλο που η χωροταξική θέση όλων των δομών δε θεωρείται απόλυτα λειτουργική ενώ δεν παρατηρείται γεωγραφική απομόνωση. Αντιθέτως, βρίσκονται ενταγμένες μέσα στα πλαίσια της πόλης όπου οι ένοικοι έχουν τη

δυνατότητα για κοινωνική επανένταξη και κάλυψη των καθημερινών πρακτικών αναγκών τους. Η λειτουργία των δομών στηρίζεται στον ανοιχτό χαρακτήρα τους καθώς υπάρχει η ανάγκη και εκφράζεται μέσω των μικρών και διστακτικών ενεργειών τους για την αποδοχή τους από την κοινότητα. Επομένως, η καλλιέργεια της αυτονομίας και της εξωστρέφειας των ασθενών στηρίζεται μέσω των ενεργειών των δομών που έχουν στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Κοινοτική υπηρεσία δε σημαίνει άλλωστε απλά εξωνοσοκομειακή μονάδα στην οποία μεταφέρονται παραδοσιακού χαρακτήρα ιδρυματικές λογικές και πρακτικές. Κοινοτική καθίσταται μια υπηρεσία όταν αποτελεί ζωντανό κομμάτι της τοπικής κοινότητας, βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με αυτή χρησιμοποιώντας τους πόρους της και γινόμενη η υπηρεσία πόρος για την κοινότητα αν και η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών δεν αξιολογείται και δεν εποπτεύεται από τους αρμόδιους φορείς της Ψυχικής Υγείας.

Ο κύκλος του στίγματος ξεκινάει από την έλλειψη γνώσης σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες και εκφράζεται με το αίσθημα του φόβου καθώς ο ψυχικά ασθενής χαρακτηρίζεται κυρίως ως επικίνδυνος. Ακόμη, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί για τους ασθενείς αυτοστιγματισμό και από την κοινωνία ένα είδος κοινωνικού ελέγχου και κοινωνικού στιγματισμού. Επιπλέον, οι δομές έγιναν αποδεκτές στις γειτονιές που βρίσκονται και αναγνωρίζεται το έργο τους. Παρόλ'αυτά, δεν χάνουν το στίγμα του ψυχιατρού, λειτουργούν ανασταλτικά στην κοινωνική επανένταξη των ασθενών και δημιουργούν στιγματισμό και στους επαγγελματίες. Άμεσο επακόλουθο του στίγματος των ατόμων με ψυχικά προβλήματα είναι ο αποκλεισμός τους από την κοινωνία. Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων έναντι των ψυχικών διαταραχών είναι επίσης μια από τις σημαντικές συνιστώσες του έργου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ειδικά, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα είναι απρόσιτες αν και δεν πραγματοποιούνται αρκετές ενέργειες για την ενημέρωση της κοινότητας από την πλευρά των δομών, κάτι που αποτελεί μέρος της διανοητικής τους απομόνωσης. Επίσης, ο χώρος του ξενώνα Αργώ αποτελεί ένα είδος διεξόδου και για τους εξωτερικούς ασθενείς που έχουν ανάγκη από αποδοχή, στήριξη και ασφάλεια. Ανάγκες που δε μπορούν να καλυφθούν απόλυτα στο οικογενειακό τους περιβάλλον αλλά και στα πλαίσια της κοινότητας εξαιτίας του στίγματος και του αποκλεισμού που αισθάνονται. Επομένως, εξαρτώνται και αποκλείονται στα όρια της δομής, η οποία δε μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά καθώς δε μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικά στην έννοια του θεραπευτικού

περιβάλλοντος των ασθενών. Ιδιαίτερα όταν η θεραπευτική του πλευρά δεν αναγνωρίζεται από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας νέος αποκλεισμός γι' αυτά τα άτομα, αυτός της επανένταξης.

Κοινωνική επανένταξη, δεν σημαίνει ότι η ευθύνη του κράτους και της κοινωνίας τελειώνει με την εγκατάσταση των πρώην τροφίμων σε ξενώνες γιατί την ίδια στιγμή που η θεραπευτική προσπάθεια τείνει στην αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντος, διατηρούνται και αναπαράγονται, ταυτόχρονα, οι όροι του κοινωνικού αποκλεισμού και της κοινωνικής ανισότητας μιας και η βαθύτερη αιτία του κοινωνικού τους αποκλεισμού είναι το γεγονός ότι αυτοί οι άνθρωποι βρίσκονται εκτός του παραγωγικού κύκλου της κοινωνίας οπότε αποτελούν ένα κοινωνικό βάρος. Δε μπορεί να υπάρξει κοινωνική επανένταξη χωρίς επαγγελματική αποκατάσταση, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς βρίσκονται σε ένα χώρο όπως οι ξενώνες και τα διαμερίσματα με έλλειψη κινήτρων δραστηριοποίησης. Στη συγκεκριμένη περίπτωση οι ένοικοι των δύο ξενώνων βρίσκονται εγκλωβισμένοι στα όρια της ιδρυματοποίησής τους καθώς η καθημερινότητά τους έχει όλα τα χαρακτηριστικά του ιδρυματισμού όπως η μακροχρόνια συμβίωση και συνύπαρξη των ίδιων ασθενών με τους ίδιους επαγγελματίες στο συγκεκριμένο χώρο, η συνεχής επανάληψη της καθημερινότητάς τους, η μεγάλη ηλικία τους και πολύ περισσότερο για τον ξενώνα Ίριδα η έλλειψη εργαστηρίων και η σχετικά μακρινή απόσταση της δομής από το κέντρο της πόλης. Ακόμη, η έλλειψη των Κοι.Σ.Π.Ε. και των ευκαιριών από την τοπική κοινότητα, δυσκολεύει την επαγγελματική αποκατάσταση των ενοίκων των δομών αλλά και η ύπαρξη του προστατευόμενου εργαστηρίου στον ξενώνα Αργώ δεν προσφέρει ουσιαστικά στην αυτονομία των ενοίκων της δομής και των προστατευόμενων διαμερισμάτων. Αντίθετα, οδηγεί στην εξαρτητοποίησή τους από τους επαγγελματίες και το χώρο της δομής. Ως μειονεκτήματα των μορφών προστατευόμενης εργασίας αναφέρονται το μικρό ποσοστό εργασιακής ένταξης, η τεχνητή διόγκωση «νεοϊδρυματικών» προστατευμένων μορφών απασχόλησης και η συνακόλουθη συντήρηση σχέσεων εξάρτησης με το θεραπευτικό προσωπικό και η περιστολή της αυτονομίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. (Ψυχαργός Γ' 20011-2020: 110)

Συγκεκριμένα και για τους ασθενείς των προστατευόμενων διαμερισμάτων εκτός από την έλλειψη της επαγγελματικής αποκατάστασης, η ανυπαρξία των κοινωνικών δικτύων και των οικογενειακών δεσμών αποτελεί έναν ακόμη λόγο αίσθησης του κοινωνικού αποκλεισμού και αδυναμία ανάπτυξης της αυτονομίας τους. Έτσι, παρατηρείται η εσωστρέφεια που αναπτύσσουν και η ανάγκη ασφάλειας και αποδοχής

που ξέρουν ότι θα βρουν στο γνώριμο περιβάλλον των δομών. Αποτέλεσμα αυτών των συνθηκών είναι η δυσκολία να απαλλαγούν από το βάσανο της αρρώστιας και/η της αναπηρίας που τους προσδίδει το χαρακτήρα της κατωτερότητας ή του εκφυλισμού και τους κάνει κάτι πολύ λιγότερο από «δευτέρας κατηγορίας πολίτες», κατάλληλους μόνο να ζουν έγκλειστοι μέσα στα ιδρύματα, στερημένοι από τα δικαιώματα τους ως πολιτών, ανάμεσά τους και το δικαίωμα στη θεραπεία. (Μεγαλοοικονόμου, 2002: 14)

Όσον αφορά το κλείσιμο των ψυχιατρείων και την εξέλιξη του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης γίνεται κατανοητό ότι τα θέματα που απασχολούν επικεντρώνονται στα κοινοτικά δίκτυα που αυτή τη στιγμή για πληθώρα λόγων (γεωγραφική κατανομή, δυναμικότητα, επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού, υποδομές κτλ) δεν μπορούν να αναλάβουν το ρόλο που τους αντιστοιχεί και με αυτό τον τρόπο θέτουν σε κίνδυνο την υλοποίηση του βασικού οράματος που είναι η επίτευξη της αποασυλοποίησης και ποιοτικής κοινοτικής φροντίδας ικανής να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του πληθυσμού. Υπάρχουν ΓΟΨΥ που δε διαθέτουν όλες τις προβλεπόμενες δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων, ήτοι ψυχιατρικό τμήμα ΓΝ, ΚΨΥ, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, Κοι.Σ.Π.Ε., για να λειτουργήσουν επαρκώς. (Ψυχαργός, 2013) Πέρα από την έλλειψη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών στην περιοχή παρατηρείται και η έλλειψη υποστήριξης των δομών που υπάρχουν από τη διοικούσα αρχή όπως είναι το Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου.

Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το ψυχιατρικό νοσοκομείο λειτουργεί ως προέκταση και ως συμπλήρωμα των στεγαστικών δομών της κοινότητας και θέτει τη νοσοκομειακή νοσηλεία κυρίαρχη ως προς την αντιμετώπιση των υποτροπών με αποτέλεσμα να διαιωρίζεται η κουλτούρα της ασυλοποίησης. Ουσιαστικά η αμφισβήτηση του ψυχιατρείου παραμένει μια καινοτόμα ιδέα της οποίας η υλοποίηση δεν μπορεί πρακτικά να πραγματοποιηθεί. Ιδιαίτερα τη στιγμή που παραμένει μόνο ως συζήτηση και χωρίς τον κατάλληλο προγραμματισμό και στην περίπτωση ολοκλήρωσης του κλεισίματος των ψυχιατρείων χωρίς τη δημιουργία των κατάλληλων υποδομών θα οδηγήσει σε αποτελέσματα μιας παθητικής πολιτικής που είναι η διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής με ένα ακόμα κοινωνικό πρόβλημα εφόσον η μεγάλη πλειοψηφία των ψυχικά πασχόντων των ψυχιατρείων ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό στα όρια της φτώχειας, στην έλλειψη κοινωνικών δεσμών και κοινωνικής λειτουργικότητας.

Καθίσταται αναγκαία η δημιουργία ψυχιατρικών κλινών νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία για την ισότιμη εξυπηρέτηση των ψυχικά ασθενών, την αποφυγή του

στιγματισμού τους και τη διευκόλυνσή τους στον τόπο που κατοικούν καθώς επίσης η δημιουργία περισσότερων εναλλακτικών δομών για την κάλυψη των περιστατικών ιδιαίτερα των οικοτροφείων ώστε να υπάρξει αποσυμφόρηση των ξενώνων και μια αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών ώστε το κλείσιμο των ψυχιατρείων να είναι μια ομαλή εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η πολύ μικρή έως σήμερα προώθηση των ενοίκων είτε προς την ανεξάρτητη διαβίωση είτε σε πιο προστατευμένες δομές (οικοτροφεία). (ΥΥΚΑ, 2011: 39)

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αποτελεί η αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης καθώς διαπιστώνεται η έμφαση που έχει δοθεί στην αποασυλοποίηση με έλλειψη ουσιαστικού ενδιαφέροντος για την πρόληψη και θεραπεία των περιστατικών των νέων ασθενών. Άλλωστε, θεωρείται, γενικώς, ότι ο τομέας της υγείας θα πρέπει να συνοδεύει, να οργανώνει και να συμμετέχει στις διαδικασίες τοπικής ανάπτυξης. (Μεγαλοοικονόμου, 2002: 19)

Βιβλιογραφία

Αλεξίου Θ. (2006), «Κοινωνικός αποκλεισμός και αποκλεισμένες ομάδες: Οι ιδεολογικές λειτουργίες μιας εννοιολόγησης», *Κοινωνία και Ψυχική υγεία*, 1:32-50.

Αλτάνης Π. (2006), «Εθνικά σχέδια κοινωνικής ενσωμάτωσης και δράσεις καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα» στο: Οικονόμου Χ., Φερόνας Α. (επιμ.), *Οι εκτός των τειχών. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, Διόνικος, Αθήνα.

Ασημόπουλος Χ. (2009), *Η καθημερινή ζωή στο Ψυχιατρείο*, Καστανιώτης, Αθήνα.

Αυγουστίδης Α., Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005), «Η συνεργασία εκκλησιαστικών φορέων στην ψυχιατρική πρόληψη» στο: Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Χριστοδούλου Γ.Ν. (επιμ.), *Προληπτική ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Basaglia F. (2008), *Εναλλακτική ψυχιατρική. Ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής. Για την αισιοδοξία της πράξης*, (Επιμ. Αστρινάκης Γ.), Καστανιώτης, Αθήνα.

Basaglia F. (2006), «Ένα πρόβλημα της ιδρυματικής ψυχιατρικής», *Κοινωνία και Ψυχική υγεία*, 1:51-65.

Blue A. (1999), *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής. Πολιτισμός εαυτός και ιατρική*, Εξάντας, Αθήνα.

Γουρνέλης Ρ., Ευθυμιόπουλος Ε., Σταμούλη Σ., Τομαράς Β. (2002), «Ψυχιατρική εποπτεία των καταρτιζομένων ασθενών» στο: Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Βλ.Δ., Οικονόμου Μ.Π. (επιμ.), *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Γρίβας Κλ. (1985), *Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός*, Ιανός, Θεσσαλονίκη.

Γρίβας Κλ. (1987), *Η εξουσία της βίας. Προσέγγιση σε ορισμένα φαινόμενα κοινωνικής παθολογίας*, Ιανός, Θεσσαλονίκη.

Gentis R. (1983), *Πίσω από τα τείχη του ασύλου*, Δίοδος, Αθήνα.

Goffman E. (1994), *Ασυλα*, Ευρύαλος, Αθήνα.

Goffman E. (2001), *Στίγμα. Σημειώσεις της Φθαρμένης Ταυτότητας*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα.

Goffman E. (2012), *Η παραφροσύνη κατ'οίκον*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα.

Δαμίγος Δ., Μαυρέας Β. (2003), «Μια κλινική θεώρηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της αποασυλοποίησης» στο: Δαμίγος Δ. (επιμ.), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Ζήση Α. (2002), *Επανάταξη χρόνια ψυχικά πασχόντων. Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές*, Τυπωθήτω, Αθήνα.

Ζήση Α. (2013), *Κοινωνία Κοινότητα και Ψυχική Υγεία*, Gutenberg, Αθήνα.

Ιωσηφίδης Θ. (2008), *Ποιοτικές μέθοδοι στις κοινωνικές επιστήμες*, Κριτική, Αθήνα.

Λιάκος Α. (1995), «Ασυλική φάση περίθαλψης» στο: Σακελλαρόπουλος Π. (υπεύθυνος εκδότης), *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής ενηλίκων*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Λιάκος Α. (2003), «Σύνδεση αποασυλοποίησης και Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης» στο: Δαμίγος Δ. (επιμ.), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Καυταντζόγλου Ι. (2006), *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Εκτός, Εντός και Υπό, Θεωρητικές, Ιστορικές και Πολιτικές Καταβολές μιας Διφορούμενης Έννοιας*, Σαββάλας, Αθήνα.

Κονταξάκης Β. (2002), «Βασικές αρχές της ψυχιατρικής αποκατάστασης» στο: Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Βλ.Δ., Οικονόμου Μ.Π. (επιμ.), *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Κονταξάκης Β., Καρύδη Β., Οικονόμου Μ. (2000), «Τριτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη» στο: Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες (επιμ.), *Ψυχιατρική*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005), «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών» στο: Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Χριστοδούλου Γ.Ν. (επιμ.), *Προληπτική ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Κυριαζή Ν. (2001), *Η κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.

Μαδιανός Μ. (1989), *Κοινωνία και ψυχική υγεία*, Καστανιώτης, Αθήνα.

- Μαδιανός Μ. (1994), *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Από το άσυλο στην κοινότητα*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ. (1999), *Η μηλιά κάτω από το μήλο*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ. (2000), *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ. (2005), *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*, Καστανιώτης, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ. (2006), *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*, Καστανιώτης, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ. (2009), «Οι περιπέτειες της ημιτελούς μεταρρύθμισης: από την περίπτωση της Λέρου στο «Ψυχαργός» στο: Σακέλλης Γ. (επιμ.), *Η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες- Προτάσεις- Λύσεις*, Σάκουλας, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ. (2013), «Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα;», *Ψυχιατρική*, 24 (1):15.
- Μάνος Μ. (1997), *Βασικές αρχές κλινικής ψυχιατρικής*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μεγαλοοικονόμου Θ. (2000), «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ανάμεσα στην καταπολέμηση του αποκλεισμού και τον κοινωνικό έλεγχο», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 72:16-29.
- Μεγαλοοικονόμου Θ. (2002), «Κοινωνικές ανάγκες και πολιτική ψυχικής υγείας», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 78:13-20.
- Μεγαλοοικονόμου Θ. (2009), «Από το «ανίατο» της Λέρου, στο «δυσίατο» του Ψυχαργός» στο: Σακέλλης Γ. (επιμ.), *Η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες- Προτάσεις- Λύσεις*, Σάκουλας, Αθήνα.

Μεγαλοοικονόμου Θ. (2010), «Αναπτύσσοντας κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσα σ'ένα νεοϊδρυματικό πλαίσιο υπηρεσιών, σε μια κατάσταση οικονομικής, κοινωνικής και πολιτικής κρίσης. Η περίπτωση του ΚΨΥ Αγίων Αναργύρων», Τετράδια Ψυχιατρικής, 112:10-20.

Μητροσύλη Μ. (2014), «Η υποχρεωτική θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα: Ηθικά και νομικά προβλήματα», Ψυχιατρική, 25 (4): 285–292.

Μπαϊρακτάρης Κ. (1994), *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Εναλλακτικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Οικονόμου Μ. (2014), «Ψυχοεκπαίδευση & Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στη Σχιζοφρένεια: κλινική εφαρμογή στην Ελλάδα», Γνωσιακή - συμπεριφοριστική έρευνα & Θεραπεία 1(1):15-24.

Οικονόμου - Λαλιώτη Μ. (2009), «Κοινωνικό στίγμα και ψυχιατρικές υπηρεσίες: ο φαύλος κύκλος» στο: Σακέλλης Γ. (επιμ.), *Η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες- Προτάσεις- Λύσεις*, Σάκουλας, Αθήνα.

Παπαδοπούλου Δ. (2002), *Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό. Διαδικασίες και χαρακτηριστικά του κοινωνικού αποκλεισμού στο Νομό Κυκλάδων*, ΙΝΕ- ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Παπαδοπούλου Δ. (2004), «Η Φύση του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελληνική Κοινωνία», στο: Πετμεζίδου Μ., Παπαθεοδώρου Χ. (επιμ.), *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Εξάντας, Αθήνα.

Παπαϊωάννου Κ., Σπυριδάκης Μ. (2012), «Αποασυλοποίηση και ψυχιατρική: Μια διαμφισβητούμενη σχέση. Η περίπτωση του Δρομοκαΐτειου» στο Οικονόμου Χ. & Σπυριδάκης Μ. (επιμ.), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Σιδέρης Ι., Αθήνα.

Perkins R., Repper J. (2010), «Κοινωνικός αποκλεισμός, διακρίσεις και κοινωνική απομόνωση» στο: Hannigan B., Coffey M., Καρανικόλα Μ. (επιμ.), *Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα.

Ποταμιάνος Γ. (2000), *Κλινική ψυχολογία, Σύγχρονα θέματα κλινικής πρακτικής και έρευνας*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.

Pilgrim D. - Rogers A. (2004), *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*, Τυπωθήτω, Αθήνα.

Σκαπινάκης Π., Μαυρέας Β. (2003), «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες» στο: Δαμίγος Δ. (επιμ.), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Παπαζήσης, Αθήνα.

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*, Κριτική, Αθήνα.

Σταμούλη Σ. (2006), «Δημόσια Υγεία και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα» στο: Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ. (επιμ.), *Σύγγραμμα ψυχιατρικής*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

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

Στυλιανίδης Σ. (2009), «Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση» στο: Σακέλλης Γ. (επιμ.), *Η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες - Προτάσεις - Λύσεις*, Σάκουλας, Αθήνα.

Szmuckler G. and Thornicroft G. (eds) (2001), *Community Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford

Szasz T. (1982), *Το δεύτερο αμάρτημα*, Αβραάμ.

Szasz T. (2007), *Νόμος, ελευθερία και ψυχιατρική*, Αρχιπέλαγος, Αθήνα.

Thornicroft G., Tansella M. (2010), *Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας ηθική και δεοντολογία, τεκμήρια και εμπειρία*, (επιμ. Στυλιανίδης Σ.), Τόπος, Αθήνα.

Τζανάκης Μ. (2008), *Πέραν του ασύλου. Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου*, Συνάψεις, Αθήνα.

Τζανάκης Μ. (2012), «Η ψυχική ασθένεια ως κοινωνική εμπειρία. Ο πάσχων εαυτός στη μετα-ασυλιακή εποχή της ελληνικής ψυχιατρικής», στο: Οικονόμου Χ. & Σπυριδάκης Μ. (επιμ.), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Σιδέρης Ι., Αθήνα.

Τσαλίκογλου Φ. (1987), *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Οι λειτουργίες μιας κοινωνικής κατασκευής*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000 –2009*, ΥΥΚΑ, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), *Ψυχαργός Γ' 2011- 2020, Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»*, ΥΥΚΑ, Αθήνα.

Φίλιας Β. (1996), *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*. Gutenberg, Αθήνα.

Φλεβάρη Κ. (2014), Αποασυλοποίηση και Νεοϊδρυματισμός. “Οι φωνές της σιωπής και ο επίσημος λόγος”: Η περίπτωση δύο μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της περιφέρειας Πελοποννήσου, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή κοινωνικών επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής πολιτικής, Κόρινθος.

Foucault M. (2004), *Η ιστορία της τρέλας*, Ηριδανός, Αθήνα.

Φραγκούλη Α. (2003), «Συνεταιρισμοί και εργασιακή αποκατάσταση. Στοιχεία για οργανώσεις και κινήματα χρηστών ψυχικής υγείας σε διάφορες χώρες» στο: Δαμίγος Δ. (επιμ.), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Κονταξάκης Β.Π. (2005), «Θεραπευτική συμμόρφωση και επιμέλεια περιστατικών» στο: Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Χριστοδούλου Γ.Ν. (επιμ.), *Προληπτική ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005), «Ποιότητα ζωής και ψυχικές διαταραχές» στο: Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Χριστοδούλου Γ.Ν. (επιμ.), *Προληπτική ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Χαραλαμπίδης Θ., Κοσμάτος Κ. (2013), «Δικαιώματα του ατόμου με ψυχική αναπηρία (προστασία, αξιοπρέπεια, αποκατάσταση» στο: Πανάγου Α. (επιμ.), *Εγχειρίδιο εκπαιδευόμενου*, Ε.ΣΑ.μεΑ, Αθήνα.

Διαδικτυακές πηγές

Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης, Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ» 2000-2006, «Προετοιμασία Εφαρμογής του Μέτρου 2.4 (Κατάρτιση του Προσωπικού για την Στήριξη της Αποασυλοποίησης της Κοινωνικό Οικονομικής Επανεένταξης και της Συνεχούς Υποστήριξης των Ψυχικά Ασθενών)», www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/8_efarmogh_m24.pdf (πρόσβαση στις 13/5/2015)

ΕΠΑΨΥ (2001-2003) «Οδηγός πρόληψης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες», www.epapsy.gr/files/Odigos_Prolipsis_Burnout.pdf (πρόσβαση στις 13/5/2015).

Στυλιανίδης Σ. (2014), « Η καλύτερη ψυχική υγεία είναι δημόσιο αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα», <http://www.stokokkino.gr/article/12005/I-kaluteri-psuxiki-ugeia-einai-dimosio-agatho-kai-koinoniko-dikaioma> (πρόσβαση στις 13/5/2015)

Ψυχαργός (2013), «Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έτους 2012», www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/%CE%A0%CE%921.2.pdf (πρόσβαση στις 13/5/2015)