



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: "Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ"**

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κα ΤΡΙΛΙΒΑ ΣΟΦΙΑ

ΣΚΛΑΒΕΝΙΤΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

A.M.: 1998

e-mail: c.sklavenity@hotmail.com

ΡΕΘΥΜΝΟ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ σελ. 1

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ σελ. 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ

2.1 Η Ψυχιατρική περίθαλψη από το 1900 μέχρι το 1981 σελ. 5

2.2 Παρατηρήσεις από τα ελληνικά ψυχιατρεία σελ. 5

2.2.1 Η υπερπληρότητα των ελληνικών ψυχιατρείων σελ. 8

2.2.2 Ασθενείς και προσωπικό σελ. 10

2.3 Μεταβαλλόμενη ιδεολογία και ψυχιατρική μεταρρύθμιση σελ. 14

2.3.1 Οι δυνάμεις πίσω από τη μεταρρύθμιση σελ. 16

2.4 Η νοσηλευτική επικράτηση και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

2.4.1 Η νοσηλευτική επικράτηση (treated prevalence) σελ. 17

2.4.2 Αξιολόγηση θεραπευτικών μέτρων και ψυχιατρικών υπηρεσιών σελ. 18

2.4.3 Ανασκόπηση της ανάπτυξης των αναγκαίων υπηρεσιών στην Ελλάδα για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σελ. 21

2.4.4 Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα στο τέλος του 20ού αιώνα σελ. 23

2.5 Η ψυχιατρική περίθαλψη στις αρχές του 21ου αιώνα σελ. 24

2.5.1 Επιπτώσεις του αποϊδρυματισμού σελ. 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ

3.1 Ίδρυση Δημόσιου Ψυχιατρείου Σούδας σελ. 27

3.1.2 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων σελ. 28

3.1.3 Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων σελ. 29

3.2 Ιστορική αναδρομή στις κτιριακές εγκαταστάσεις του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

3.2.1 Από το 1910 έως το 1970 σελ. 30

3.2.2 Από το 1970 έως το 1986 σελ. 33

3.2.3 Από το 1986 έως το 2007 σελ. 35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ

4.1 Η αρχή της κινητοποίησης σελ. 37

4.1.2 Το Ψυχιατρείο, ο ρόλος του και η προοπτική του σελ. 39

4.1.3 Το παράδειγμα της Κρήτης στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σελ. 40

4.1.4 Προκαταρκτικό στάδιο Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2004 σελ. 48

4.1.5 Κριτήρια εισόδου χρόνιων ασθενών στη μονάδα μακράς παραμονής σελ. 50

4.1.6 Κριτήρια εισόδου χρόνιων ασθενών στο στεγαστικό πλέγμα σελ. 51

4.1.7 Δύο περιπτώσεις που καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της υπέρβασης του ασύλου σελ. 55

4.2 Κέντρο Ψυχικής Υγείας

4.2.1 Στόχοι των Κέντρων Ψυχικής Υγείας σελ. 57

4.2.2 Χαρακτηριστικά Κοινωνικής Ψυχιατρικής σελ. 57

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ σελ. 60

1.2 Διεξαγωγή της συνέντευξης σελ. 61

1.2.1 Δημιουργία κατάλληλου κλίματος σελ. 62

1.2.2 Λήψη και καταγραφή της απάντησης σελ. 62

1.2.3 Μεθοδολογία της έρευνας σελ. 62

1.2.4 Ανάλυση Δεδομένων σελ. 65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΛΥΣΗ

2.1 Τα Ψυχιατρεία ως ξεπερασμένος θεσμός στην Ψυχιατρική σελ. 67

2.1.2 Παρεμβαίνοντας στην χρονιότητα σελ. 76

2.2 Κατάργηση του ασύλου-Σκοπός και πως αυτό έγινε εφικτό σελ. 79

2.3 Φάση εξόδου ασθενών και κριτήρια

2.3.1 Φάση εξόδου ασθενών σελ. 82

2.3.2 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός» σελ. 84

2.3.3 Κριτήρια για την έξοδο των ασθενών σελ. 87

2.4 Ο ρόλος του προσωπικού σελ. 88

2.4.1 Το φαινόμενο της «ψυχικής κόπωσης» (burn-out) των μελών της ομάδας ψυχικής υγείας σελ. 92

2.5 Δομές Αποασυλοποίησης και Προγράμματα στην Κοινότητα σελ. 93

2.6 Θεραπείες εκτός Ψυχιατρείου σελ. 98

3. Συμπεράσματα σελ. 102

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Συνεντεύξεις του προσωπικού

1.1 Η συνέντευξη του κ. Λιοδάκη σελ. 105

1.2 Η συνέντευξη της κ. Μιχαλίδου σελ. 113

1.3 Η συνέντευξη της κ. Μαρκάκη σελ. 117

1.4 Η συνέντευξη της κ. Αλεξανδράκη σελ. 119

1.5 Η συνέντευξη της κ. Κοτσιφάκη σελ. 125

1.6 Η συνέντευξη της κ. Σκαλιδάκη σελ. 127

1.7 Η συνέντευξη της κ. Τάκη σελ. 132

2. Συνεντεύξεις των ασθενών

2.1 Η συνέντευξη του Αντώνη σελ. 136

1.2 Η συνέντευξη της Τόνιας σελ. 139

1.3 Η συνέντευξη του Γιώργου σελ. 143

1.4 Η συνέντευξη του Μιχάλη σελ. 145

1.5 Η συνέντευξη του Σπύρου σελ. 148

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ. 150

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το παρόν πόνημα, πραγματεύεται το θέμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Κρήτη και ειδικότερα στο Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να εμβαθύνουμε στους λόγους εκείνους που οδήγησαν, αλλά και βοήθησαν στο να γίνει το κλείσιμο του Ψυχιατρείου πραγματικότητα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, έχουν οι συνθήκες διαβίωσης που επικρατούσαν στο Ψυχιατρείο τα χρόνια που λειτουργούσε, και για τους ασθενείς αλλά και για το προσωπικό. Δυστυχώς δεν είναι γνωστές στην ευρύτερη κοινωνία οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρικά ιδρύματα, όχι μόνο της Ελλάδας, αλλά και όλου του κόσμου. Ο καθένας από μας έχει μια εικόνα και μια άποψη για την ψυχική νόσο και τον ψυχικά πάσχοντα που πολλές φορές μπορεί να είναι λανθασμένη ή ακόμα και άδικη. Ευτύχημα θα ήταν μέσα από την παρούσα εργασία και την αντίθεση του πριν και του μετά της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, να μπορέσουμε να γνωρίσουμε την ψυχική νόσο όπως την βίωσαν οι ασθενείς, οι οικογένειες των ασθενών, οι εργαζόμενοι, η κοινωνία. Ίσως με αυτό τον τρόπο καταφέρουμε να δούμε ποια είναι τα λάθη μας. Όλων όσων ζουν και ενεργούν μέσα στην κοινωνία και πόσο άδικο είναι για τους ανθρώπους που "κουβαλάνε" την ψυχική νόσο να τους στιγματίζουμε άθελα μας ή εν γνώσει μας.

Μέσα από απόψεις εργαζομένων αλλά και νοσηλευόμενων ατόμων στο Ψυχιατρείο, θα μπορέσουμε να διευκρινίσουμε και να δώσουμε απάντηση σε ερωτήματα, όπως: *Ήταν αναγκαίο το κλείσιμο του Ψυχιατρείου; Ποιος ήταν ο στόχος της αποασυλοποίησης στο Ψυχιατρείο Χανίων; Επιτεύχθηκε αυτός ο στόχος τελικά; Υπάρχουν διαφορές σήμερα για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους; Υπάρχουν διαφορές για τους εργαζόμενους; Ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας εκτός Ψυχιατρείου;* Μέσα από την ανασκόπηση της τοπικής βιβλιογραφίας (κυρίως από ψυχιάτρους που έχουν εργαστεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.), του τοπικού τύπου αλλά και τις συνεντεύξεις που έχουν πραγματοποιηθεί σε εργαζόμενους και ασθενείς, θα προσπαθήσουμε να δώσουμε απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα. Η διεθνής βιβλιογραφία, θα μας δώσει πληροφορίες για το κίνημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πέρα από την Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου.

Κεντρικός άξονας της εργασίας, είναι η διαφορά που επέφερε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Ψυχιατρείο Χανίων, μέσα από την ανασκόπηση της ζωής στο Ψυχιατρείο, της φάσης εξόδου των ασθενών και της ζωής πλέον μέσα στην κοινότητα.

Πέρα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ιδιαίτερο βάρος δίνεται στις απόψεις των ατόμων που έζησαν την πραγματικότητα του Ψυχιατρείου. Αυτές τις απόψεις θα τις δούμε μέσα από δεκατρείς ημι-δομημένες συνεντεύξεις όπου ζητούμενο ήταν οι συνεντευξιζόμενοι να απαντήσουν στα βασικά ερωτήματα αυτής της ποιοτικής έρευνας με βάση τις προσωπικές τους εμπειρίες από την ζωή στο Ψυχιατρείο. Έχουμε λοιπόν, πέντε άτομα που έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν στο Ψυχιατρείο Χανίων και τώρα βρίσκονται σε δομές αποασυλοποίησης και επτά εργαζόμενους που δούλευαν στο Ψυχιατρείο και τώρα εργάζονται σε νέες δομές. Σε αυτές τις συνεντεύξεις μπορούμε να δούμε τις διαφορές που τυχόν υπάρχουν στις ζωές αυτών των ανθρώπων πριν και μετά την αποασυλοποίηση, αλλά ενδιαφέρον έχουν και οι προεκτάσεις που αναφέρουν ότι έχει η αποασυλοποίηση μέσα στην κοινωνία.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ο όρος μεταρρύθμιση είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη 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 μια χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά:

- το νομικό πλαίσιο,
- το οργανωτικό πλαίσιο,
- το διοικητικό πλαίσιο,
- το διαχειριστικό πλαίσιο

του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών. Βέβαια, η μεταρρύθμιση των τεσσάρων αυτών πλαισίων πρέπει να είναι προϊόν ιδεολογικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από την βάση και όχι το αποτέλεσμα των κυβερνητικών επιλογών. Η μεταρρύθμιση, εάν αποτελεί κρατική επιλογή, θα παραμείνει ένας ανεκπλήρωτος στόχος – ή ακόμη μια ουτοπία – αν δεν συμπεριλάβει και τους τέσσερις παραπάνω τομείς οι οποίοι καθορίζουν τη μορφή και την ποιότητα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης ή καλύτερα της φροντίδας ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 1994).

Ο Κοκκινάκος (2007), ψυχίατρος στο Ψυχιατρείο Χανίων, αναφέρει δια της απόπου απαγωγής τι είναι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Όταν λέμε ψυχιατρική μεταρρύθμιση, δεν εννοούμε μια παρέμβαση «ωραιοποίησης» του ασύλου. Δηλαδή «καλύτερες» συνθήκες, φτιασίδωμα των πιο ακραίων και σκανδαλωδών πλευρών του, ενώ η ιδρυματική λογική θα παραμείνει. Έτσι το ιδρυματικό μοντέλο θα παρατείνει την ηγεμονία του. Δεν εννοούμε κατάργηση του ασύλου και εγκατάλειψη των ασθενών στις τύχες τους. Δεν εννοούμε την μείωση των νοσοκομειακών κλινών λόγω δημοσιονομικής πολιτικής και λογικών μείωσης του κόστους. Έτσι οι σημερινοί ασθενείς των ψυχιατρείων, λόγω μειωμένης ικανότητας υπεράσπισης των

δικαιωμάτων τους, θα βρεθούν στο δρόμο. Δεν εννοούμε την δόμηση και λειτουργία διάφορων κοινοτικών δομών, όπως κέντρα ψυχικής υγείας και Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, που θα επιλέγουν περιστατικά και στην ουσία θα λειτουργούν ιδρυματικά. Διότι αν μια κοινοτική δομή επιλέγει, και κάποιιο ασθενείς αποκλείονται, τότε αυτοί που αποκλείονται αυτομάτως οδηγούνται σε κάποιους «άλλους χώρους» κατάλληλους για την περίπτωση τους. Στα άσυλα – αποθήκες ψυχών δηλαδή. Η επιλογή ασθενών είναι η ιδεολογική και επιστημονική βάση της δημιουργίας του ασύλου.

Οι κοινοτικές δομές, όταν δεν λειτουργούν τομεοποιημένα και σαν «ολικές υπηρεσίες», ενισχύουν τις αντιλήψεις για την αναγκαιότητα του εγκλεισμού, του μύθου της επικινδυνότητας, ενισχύουν την φυλακτική διάσταση της ψυχιατρικής και την διαχειριστική της ευθύνη για τα κοινωνικά προβλήματα. Λειτουργούν ιδρυματικά δηλαδή, έστω και αν δεν το παραδέχονται. Δεν μιλάμε δηλαδή για το λεγόμενο «παράλληλο μοντέλο».

Όταν λέμε ψυχιατρική μεταρρύθμιση μιλάμε συγκεκριμένα για υπέρβαση του ασύλου και την αντικατάσταση του από ένα πλέγμα κοινοτικών ψυχιατρικών δομών και υπηρεσιών, που θα απαντά σφαιρικά και ολόπλευρα και όχι απλοποιητικά όπως το άσυλο σε κάθε ψυχιατρικό αίτημα που θα υπάρχει στον τομέα ευθύνης του. Κοινοτικές δομές που θα αναιρούν το άσυλο και δεν θα το συμπληρώνουν. Κοινοτικές δομές που θα αναιρούν το άσυλο και δεν θα το προϋποθέτουν.

Μιλάμε για ένα ανοιχτό κοινοτικό σύστημα φροντίδας που θα αντιμετωπίζει καλύτερα το λεγόμενο «πρόβλημα της επικινδυνότητας». Το ψυχιατρικό κίνημα είναι παρόν και απαιτεί αντί του ασύλου, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Ψυχιατρικό Τμήμα στα Γενικά Νοσοκομεία, την Κινητή Μονάδα, τον Θεραπευτικό Συνεταιρισμό... Αντί της απλοποιητικής απάντησης, μια ολική και σφαιρική αντιμετώπιση του ανθρώπου που πάσχει ψυχικά. Αντί της επιστημονικής περιγραφής η κατανόηση. Αντί του εγκλεισμού, η συνομιλία στο οδυνηρό ψυχικό βίωμα. Μόνο έτσι στο κάτω κάτω η Ψυχιατρική κυρώνεται ως ανθρωπιστική επιστήμη και παίρνει θεραπευτικό ρόλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ

2.1 Η Ψυχιατρική περίθαλψη από το 1900 μέχρι το 1981

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας περιλάμβανε το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο (σαν Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο), το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας με 425 συνολικά κρεβάτια, και 8 μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, Σούδα (Κρήτης), Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλονιά, ενώ από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες πέντε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που νομοθετικά δεν ρυθμίζονται από το Νόμο ΨΜΒ, αλλά αργότερα από τη νομοθεσία του 1923. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο (1905), που θεωρήθηκε από τον Μ. Γιαννήρη πρόδρομος του νοσοκομείου του Η. Rouselle στη Γαλλία, και όπου νοσηλεύονταν οξέα και ελαφρά περιστατικά, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, οι δε συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες (Μαδιανός, 1994).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από την μονή Δαφνίου. Οι αυξανόμενες ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη – μέσα από τις κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις, τον εξαστισμό, την εκβιομηχάνιση, το μετασχηματισμό της ελληνικής οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική (πατέρα-μητέρα-παιδί) – καθώς και η απουσία σχεδιασμού κρατικής πολιτικής είχαν αποτέλεσμα την προσθήκη εκατοντάδων κρεβατιών στα ήδη υπάρχοντα, με συνέπεια τη δημιουργία των σημερινών ψυχιατρείων που αποτελούν ένα υδροκεφαλικό σύστημα (Μαδιανός, 1994).

2.2 Παρατηρήσεις από τα ελληνικά ψυχιατρεία

Δεν έφτασα ποτέ στο σημείο να αισθάνομαι πραγματικά άνετα μπαίνοντας στο χώρο ενός ελληνικού ψυχιατρείου. Παρόλο που με τον καιρό η επαφή έγινε για μένα ευκολότερη -σ' αυτό βοήθησαν ιδιαίτερα οι επανειλημμένες επισκέψεις μου στο ίδιο ίδρυμα-, εξακολουθούσα να έχω την αίσθηση ότι ήμουν ευάλωτη σε έναν κόσμο που μου ήταν ξένος (Blue, 1999).

Συνήθως, το ψυχιατρείο βρίσκεται στα περίχωρα της πόλης. [...] Τα κοινά στοιχεία που έχει η κύρια είσοδος του ψυχιατρείου με εκείνη των γενικών νοσοκομείων (στην Ελλάδα) είναι η σιδερένια πύλη, αρκετά μεγάλη ώστε να επιτρέπεται η διέλευση οχημάτων, και το μικρό θυρωρείο στο πλάι. Πάνω από την πύλη, μια μεγάλη επιγραφή με το όνομα του ψυχιατρείου προσδιορίζει επίσημα την ταυτότητά του (Blue, 1999).

Στο θυρωρείο υπάρχει ένας υπάλληλος του ψυχιατρείου (άνδρας), ο οποίος είναι υπεύθυνος να ανοίγει την πύλη όταν χρειάζεται να μπει ή να βγει κάποιο αυτοκίνητο. Επίσης βοηθάει στις εισαγωγές και εξυπηρετεί τους επισκέπτες, αν το ζητήσουν. Σε μερικούς ασθενείς επιτρέπεται να φεύγουν για λίγο από το ψυχιατρείο με γραπτή έγκριση από τον ψυχίατρο («άδεια»), και αρμοδιότητα του συγκεκριμένου υπαλλήλου είναι να ελέγχει ώστε να βγαίνουν μόνο οι ασθενείς που έχουν επίσημες άδειες. Συνήθως βρίσκονται εκεί και άλλοι εργαζόμενοι στο ψυχιατρείο, καθώς και ένας-δυο ασθενείς. Όλοι μαζί συντροφιιά κάθονται ή στέκονται όρθιοι και συζητούν στον μικρό χώρο του θυρωρείου πίνοντας καφέ (Blue, 1999).

Τα διοικητικά γραφεία και οι θάλαμοι των ασθενών (τα «περίπτερα») είναι συνήθως χτισμένα σε αρκετή απόσταση από την είσοδο· χρειάζεται να περπατήσει κανείς μερικά λεπτά ώσπου να φτάσει εκεί. Τα διοικητικά γραφεία βρίσκονται στα κτίρια που είναι πλησιέστερα στην είσοδο, ενώ τα «περίπτερα» βρίσκονται πίσω τους. Τα κτίρια του ψυχιατρείου μπορεί να έχουν μια μικρή πινακίδα με την ονομασία του συγκεκριμένου τμήματος, όπως «Θάλαμος Γυναικών 9» ή «Κοινωνικές Υπηρεσίες», συνήθως όμως τέτοιες πινακίδες δεν υπάρχουν (Blue, 1999).

Η γνωριμία μου με τους ασθενείς γινόταν καθώς πήγαινα προς τους θαλάμους. Τα ψυχιατρεία έχουν «ανοιχτές» και «κλειστές» πτέρυγες. Οι ασθενείς που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία, στις «ανοιχτές» πτέρυγες, επιτρέπεται να κυκλοφορούν ελεύθερα στον περίβολο και να περνούν τη μέρα τους εκτός θαλάμου. Οι «κλειστές» πτέρυγες είναι κλειδωμένες και απαιτείται άδεια από τον ψυχίατρο για να μπορέσει ο ασθενής να βγει από εκεί. Γύρω στους 25 ασθενείς κάθε ηλικίας κάθονται είτε μόνοι τους είτε ανά δύο ή τρεις, σε παγκάκια ή κάτω από δέντρα· μερικοί στέκονται μαζί ή τριγυρνούν άσκοπα. Οι άνδρες άνω των 50 ετών είναι συνήθως χρόνιοι τρόφιμοι και είναι καλοξυρισμένοι, έχουν κοντοκουρεμένα μαλλιά και φορούν τη στολή του

ιδρύματος, δηλαδή σκουρόχρωμο παντελόνι, πουκάμισο ανοιχτότερου χρώματος και πέδιλα. Οι νεαρότεροι άνδρες, που έχουν κατά κανόνα εισαχθεί πρόσφατα και πρόκειται να παραμείνουν για λίγο διάστημα, φορούν τα δικά τους ρούχα. Οι νέοι είναι ντυμένοι με μπλουτζίν, φανελάκια και αθλητικά παπούτσια και οι μεγαλύτεροι άνδρες με υφασμάτινα παντελόνια, πουκάμισα και άνετα δερμάτινα παπούτσια. Οι λίγες γυναίκες που υπάρχουν στον περίβολο είναι κατά κανόνα χρόνιες τρόφιμοι και φορούν άχαρα εμπριμέ φορέματα -το ένδυμα του ιδρύματος για τις γυναίκες-, έχουν κοντά μαλλιά και φορούν πέδιλα παρόμοια με αυτά των ανδρών (Blue, 1999).

Όντας άγνωστη, και γι' αυτό αντικείμενο περιέργειας, ένιωθα τους ασθενείς να με κοιτούν επίμονα όταν κυκλοφορούσα μέσα στο χώρο τους. Μερικοί, κυρίως οι χρόνιοι τρόφιμοι, με πλησίαζαν και ζητούσαν, διστακτικά και μουρμουρίζοντας, τσιγάρα ή λεφτά. Άπλωναν τα χέρια τους όπως οι ζητιάνοι. Όταν τους αγνοούσα ή τους έλεγα όχι, οι περισσότεροι απομακρύνονταν με κακομοιριασμένο ύφος. Μερικοί επίμονοι και αισιόδοξοι, όμως, με ακολουθούσαν και μετά, αφού καταλάβαιναν ότι δεν επρόκειτο να γίνει τίποτα, απομακρύνονταν αργά και γύριζαν να καθίσουν στα παγκάκια (Blue, 1999).

Οι θάλαμοι των ασθενών βρίσκονται σε μονώροφα ή διώροφα κτίρια, μερικά από τα οποία έχουν σιδερένια κάγκελα στα παράθυρα. Στα διώροφα κτίρια κάθε όροφος αποτελεί ξεχωριστή πτέρυγα, οι δε πτέρυγες είναι επίσημα χωρισμένες κατά φύλο. Μερικές φορές όμως, εξαιτίας του μικρού αριθμού γυναικών καθώς και της έλλειψης χώρου, η πτέρυγα χωρίζεται σε δύο ιδιαίτερες περιοχές, ανδρών και γυναικών, για το πλύσιμο και τον ύπνο. Διοικητικά, τα ψυχιατρεία χωρίζονται σε κλινικές που λειτουργούν αυτόνομα η μία από την άλλη και έχουν την ευθύνη ορισμένων θαλάμων. Καθεμιά έχει τον δικό της διευθυντή, που είναι υπεύθυνος για το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό και τους θαλάμους της (Blue, 1999).

Κάθε κλινική έχει περίπου εκατό-διακόσια κρεβάτια, τα περισσότερα από τα οποία είναι κατειλημμένα από χρόνιους ασθενείς που έχουν περάσει στο ίδρυμα δέκα, είκοσι ή και τριάντα χρόνια της ζωής τους. Οι νέοι ασθενείς φτάνουν στην κλινική την ημέρα της εφημερίας. Όταν γίνεται μια εισαγωγή, το άτομο οδηγείται κατευθείαν σε μία από τις πτέρυγες, όπου εξετάζεται από τον εφημερεύοντα ψυχίατρο. Αν κριθεί ότι υπάρχει ανάγκη νοσηλείας, καταρχάς συμπληρώνονται τα χαρτιά που απαιτούνται

και στη συνέχεια στέλνονται στο γραφείο εισαγωγών, που βρίσκεται στο διοικητικό συγκρότημα (Blue, 1999).

Μέσα στους θαλάμους οι σχιζοφρενικοί, μανιοκαταθλιπτικοί και βαριά καταθλιπτικοί ασθενείς συνυπάρχουν με τους νοητικά καθυστερημένους, τους επιληπτικούς και όσους πάσχουν από εγκεφαλικές βλάβες. Οι χρόνιοι τρόφιμοι μοιράζονται τους ίδιους χώρους με τους νεοεισαχθέντες, αν και σε μερικά ψυχιατρεία έχουν πρόσφατα εγκαινιαστεί, ή πρόκειται να εγκαινιαστούν, ιδιαίτερες πτέρυγες για τα οξέα περιστατικά και τις νέες εισαγωγές (Blue, 1999).

Τα κρεβάτια των ασθενών είναι τοποθετημένα σε μεγάλα δωμάτια, σαν σιταποθήκες, με σαράντα μικρά μεταλλικά κρεβάτια σε σειρές, το ένα δίπλα στο άλλο, ή σε μικρότερα δωμάτια με τρία έως οκτώ κρεβάτια το καθένα. Ντουλάπες για να βάζουν οι ασθενείς τα ρούχα και τα άλλα προσωπικά τους αντικείμενα δεν υπάρχουν. Πλαστικές σακούλες, χωμένες κάτω από τα κρεβάτια, και καρφιά στους τοίχους εξυπηρετούν αυτόν το σκοπό. Καμιά φορά υπάρχουν εικόνες αγίων κρεμασμένες δίπλα στο κρεβάτι των ασθενών. Σπάνια καταβάλλεται μεγαλύτερη προσπάθεια να γίνει ο χώρος πιο προσωπικός (Blue, 1999).

Η τραπεζαρία της πτέρυγας -με τραπέζια και καρέκλες στα νεότερα ιδρύματα ή μακριές ξύλινες τάβλες και πάγκους στα παλαιότερα- έχει και μια δευτέρα λειτουργία, ως καθιστικό. Στο χώρο αυτόν, σε κάποιο σημείο ψηλά στον τοίχο, είναι τοποθετημένη η τηλεόραση και υπάρχει πιθανότητα μερικοί ασθενείς να παρακολουθούν. Ειδάλλως, βρίσκονται κουλουριασμένοι στα κρεβάτια τους, πηγαίνουν πάνω-κάτω μες στο θάλαμο ή κάθονται στην τραπεζαρία. Στην ατμόσφαιρα του θαλάμου βασιλεύει η αδράνεια των ασθενών και η απόλυτη έλλειψη ενδιαφέροντος (Blue, 1999).

2.2.1 Η υπερπληρότητα των ελληνικών ψυχιατρείων

Η υπερπληρότητα των δημόσιων ψυχιατρείων προδιαγραφόταν ήδη από τη δεκαετία του '50, η πραγματικότητα όμως με το πέρασμα του χρόνου ξεπέρασε όλες τις προβλέψεις. Η κατάσταση αυτή – ενδεικτική της καίριας θέσης που κατείχαν τα ψυχιατρεία στο δίκτυο ψυχιατρικής περίθαλψης – μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά αλληλένδετα φαινόμενα. Ενδεικτικά θα τραβήξουμε εδώ τρία εμφανή νήματα για μια

σύντομη συζήτηση. Αυτά είναι: α) η ψυχιατρική νομοθεσία που δέσμευε τον εισαχθέντα ασθενή να παραμείνει στο ψυχιατρείο, εκτός εάν ένας τρίτος φορέας αποδεχόταν την ευθύνη για την έξοδο του, β) η έλλειψη άλλων υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης για ασθενείς που είχαν λάβει εξιτήριο και γ) διάφορες κοινωνικο-δημογραφικές αλλαγές που συνέβαιναν στη χώρα.

Η ψυχιατρική νομοθεσία

Η ψυχιατρική νομοθεσία του 1862 δεν παρείχε πρόβλεψη για εκούσια εισαγωγή, και απαιτούσε από τρίτα πρόσωπα να αναλάβουν την ευθύνη για την έκδοση εξιτηρίου. (Τροποποιήσεις που έγιναν πολύ αργότερα, το 1973 και 1978, επέτρεψαν την εκούσια νοσηλεία.) Η οικογένεια του νοσηλευόμενου, σύμφωνα με το ρόλο της και την πολιτισμική της αξία, ήταν το υπεύθυνο πρόσωπο στην υπόθεση του εξιτηρίου. Εάν για οποιοδήποτε λόγο, η οικογένεια του αρνιόταν να τον δεχτεί μετά το τέλος της θεραπείας, γι' αυτόν δεν υπήρχε άλλη επιλογή παρά να παραμείνει στο ίδρυμα.

Έλλειψη άλλων υπηρεσιών

Εκτός από τις υπηρεσίες που προσφέρονταν είτε στα ιδιωτικά ιατρεία νευρολόγων-ψυχιάτρων είτε στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη, οποιοσδήποτε άλλες υπηρεσίες για την περίθαλψη των χρονίως πασχόντων απουσίαζαν εντελώς από την χώρα. Ακόμα και αν ένας πρώην ασθενής ήταν ικανός να ζήσει στην κοινότητα, οι υπηρεσίες υποστήριξης που θα του πρόσφεραν βοήθεια στην πορεία επανένταξης ήταν ελάχιστες ή και ανύπαρκτες. Η απουσία εναλλακτικών συνθηκών διαβίωσης οφείλεται εν μέρει σε νομοθεσία που προέβλεπε την περίθαλψη των ενηλίκων εσωτερικών ασθενών μόνο σε εικοσιτετράωρη βάση. Νομικό πλαίσιο για την δημιουργία υπηρεσιών άλλου τύπου δεν υπήρχε. Εξάλλου μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70, στην ελληνική ψυχιατρική και στον τομέα της ψυχικής υγείας υπήρξε ελάχιστη κινητοποίηση για την ίδρυση παρόμοιων υπηρεσιών.

Κοινωνικο-δημογραφικές αλλαγές

Η αυξημένη αστυφιλία και ο πολλαπλασιασμός του πληθυσμού της Αθήνας συνέβαλλαν στην ίδρυση του ψυχιατρείου στο Δαφνί στις αρχές της δεκαετίας του '30. Στη συνέχεια της μεταπολεμικής περιόδου η Ελλάδα έζησε σημαντικές κοινωνικο-δημογραφικές αλλαγές. Οι μεταναστευτικές μετακινήσεις από τις

αγροτικές περιοχές προς την Αθήνα και τις διάφορες κωμοπόλεις γρήγορα συνέβαλαν στην αστικοποίηση της χώρας. Μέσα στο αστικό περιβάλλον οι συνοικίες ήταν συχνά ασφυκτικά δομημένες, ενώ οι απαιτήσεις της δουλειάς και της ζωής στην πόλη δημιουργούσαν επιπλέον εμπόδια για την φροντίδα του ψυχασθενούς στο σπίτι. Επίσης, για όσες οικογένειες μετανάστευσαν στο εξωτερικό, η αναχώρηση τους απέκλειε την συνέχιση της φροντίδας του ψυχασθενούς ή του ανάπηρου μέλους μέσα στην οικογένεια. Η τοποθέτηση αυτών των προσώπων σε δημόσια ιδρύματα, όπως τα ψυχιατρεία, εξασφάλιζε την περίθαλψη και την στέγαση τους και απάλλασσε τις οικογένειες από τις αντίστοιχες ευθύνες, ενώ εκείνες αγωνίζονταν να πετύχουν στην πόλη ή στην καινούρια τους χώρα. Καθώς η ζωή σε εθνικό επίπεδο στην Ελλάδα άρχισε να μεταμορφώνεται και να στρέφεται από έναν κατ' εξοχήν αγροτικό τρόπο ζωής σε έναν περισσότερο αστικό, οι παραδοσιακές λύσεις σε σχέση με τους ψυχοπαθείς, που δίνονταν μέσα στη στόφα της ζωής του χωριού, παρουσίασαν παρόμοια στροφή (Blue, 1999).

2.2.2 Ασθενείς και προσωπικό

Σύμφωνα με τους Stefanis, Madianos, Gittelman (1986) (από Blue, 1999), οι ασθενείς των ελληνικών ψυχιατρείων πάσχουν κυρίως από «ψυχώσεις και οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα». Οι παρατηρήσεις από την επιτόπια έρευνα καθώς και οι συζητήσεις μου με διευθυντές κλινικών επιβεβαίωσαν το δεδομένο ότι η πλειονότητα των τροφίμων ή όσων έχουν νοσηλευτεί είναι «χρόνιοι ψυχωσικοί», κυρίως «σχιζοφρενείς». Επίσης, όπως μου εξήγησαν, υπάρχει μια δεύτερη κατηγορία ασθενών σε αυτά τα ιδρύματα, οι ασθενείς με τη «γεροντική άνοια», καθώς και μια τρίτη που αποτελείται από άτομα με «μη αναστρέψιμη οργανική ψυχική συνδρομή» ή «εγκεφαλοπάθεια», όπως νοητική καθυστέρηση, εγκεφαλική βλάβη, νευρολογικά προβλήματα ή επιληψία.

Οι ασθενείς των ψυχιατρείων εκπροσωπούν ευρύ φάσμα νευροψυχιατρικών παθήσεων, από τη χρόνια ψύχωση έως τη νοητική καθυστέρηση και την επιληψία. Οι νοσηλευόμενοι σε ένα οποιοδήποτε ψυχιατρείο αποτελούν στο σύνολό τους απόδειξη για την παρατεταμένη σύνδεση της ψυχιατρικής με τη νευρολογία στην Ελλάδα, αφού μάλιστα επί δεκαετίες υπήρχε μόνο μία ειδικότητα, η «νευρολογία-ψυχιατρική». Κατά κανόνα οι ασθενείς των ψυχιατρείων βρίσκονται σε κατάσταση

«μη αναστρέψιμη», δηλαδή έχουν ελάχιστες πιθανότητες να επανέλθουν σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας ή στο «φυσιολογικό» επίπεδο. Η ψυχοπαθολογία των ψυχωσικών εκφέρεται με συνεχείς παραισθήσεις ή παραληρήματα, ενώ πολλοί από αυτούς είναι βυθισμένοι στη δική τους εκδοχή της πραγματικότητας. Τέλος, η νοσηλεία ορισμένων είχε αρχίσει πριν από την εποχή της εμφάνισης των ψυχοφαρμάκων (Blue, 1999).

Οι καινούργιοι ασθενείς που φτάνουν στο ψυχιατρείο βρίσκονται ως επί το πλείστον σε ψυχωσική κρίση, με «μανιοκατάθλιψη» ή «σχιζοφρένεια». Τα προδρομικά σημεία δεν έχουν αναγνωριστεί, έχουν αγνοηθεί ή αντιμετωπιστεί χωρίς επιτυχία από άλλη, ιατρική ή μη, πηγή βοήθειας. Το αποτέλεσμα είναι ότι το συγκεκριμένο πρόσωπο φτάνει σε οξεία ψυχιατρική διαταραχή, η οποία οδηγεί αναγκαστικά στη νοσηλεία του σε κλειστό νοσοκομειακό περιβάλλον (Blue, 1999).

Πολλοί από τους ασθενείς είναι χρόνιοι τρόφιμοι έχοντας παραμείνει στο ψυχιατρείο για δέκα, είκοσι ή και τριάντα χρόνια, ενώ πολλοί θα παραμείνουν εκεί για το υπόλοιπο της ζωής τους. Όπως μου εξήγησαν οι διευθυντές των ψυχιατρείων, ένα μικρό ποσοστό των ασθενών είναι λειτουργικά ικανοί να ζήσουν εκτός ιδρύματος η έλλειψη όμως υποστήριξης από την οικογένεια και την κοινότητα -στοιχείο απαραίτητο για το σχετικό ξεκίνηματους αναγκάζει να μην μπορούν να φύγουν (Blue, 1999).

Ο τύπος ασθενούς που εισάγεται σε ίδρυμα και ο χρόνος παραμονής του καθορίζονται όχι μόνο από τις βιο-ιατρικές αντιλήψεις για την ψυχασθένεια και τη θεραπεία της, αλλά και από τις σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις. Η ελληνική ψυχιατρική νομοθεσία προβλέπει ότι «το επικίνδυνον» του ασθενούς για τον εαυτό του ή για τους άλλους καθορίζει την ανάγκη για ακούσια εισαγωγή και κράτηση στο ψυχιατρείο. Η διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής αρχίζει με αίτηση προς τον εισαγγελέα. Συχνά η αίτηση αυτή γίνεται από την οικογένεια, αν και μερικές φορές την κάνει τρίτο πρόσωπο ή δημόσια Αρχή (Blue, 1999).

Όταν κάποιος φτάνει στο ψυχιατρείο τις πρωινές ώρες με εισαγγελική διαταγή ακούσιας νοσηλείας, γίνεται δεκτός από ειδικευμένο μέλος του προσωπικού. Αλλά, όπως γράφει ο Κριαράς και σύμφωνα με τις δικές μου αντίστοιχες παρατηρήσεις: «Οι ασθενείς φθάνουν στο νοσοκομείο πολλές φορές μετά τις μία το μεσημέρι,

εγκαταλείπονται από τους συνοδούς χωροφύλακες και ο εφημερεύων ιατρός, κατά κανόνα εκπληρών υπηρεσία υπαίθρου (αγροτικό) και χωρίς ειδικότητα κρατάει οπωσδήποτε τον ασθενή» (Blue, 1999).

Η τυπική περίπτωση εισαγωγής σε ψυχιατρείο είναι ενός ψυχωσικού σε κρίση που φτάνει με τη συνοδεία της αστυνομίας, με εντολή ακούσιας νοσηλείας. Παρόλο που από το 1973 υπάρχει πρόβλεψη εκούσιας νοσηλείας, σπάνια γίνεται χρήση της. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς ενός διευθυντή, το 99% των εισαγωγών στην κλινική του γίνονται ύστερα από αίτηση του εισαγγελέα (Blue, 1999).

Νομικά, την ευθύνη για ασθενείς που νοσηλεύονται ακούσια και στη συνέχεια απολύονται από το ψυχιατρείο την έχει κάποιο τρίτο πρόσωπο. Υπάρχουν οικογένειες που έχοντας εξουθενωθεί από την ευθύνη (πραγματική ή πλασματική) για τη φροντίδα του ασθενούς, θορυβούνται από την πιθανότητα να εκδηλωθεί εκ μέρους του συμπεριφορά που θα αναστάτωνε ή θα ντρόπιαζε το σπίτι τους και την κοινότητά τους, και φοβούνται τον (πραγματικό ή όχι) κίνδυνο βίας. Οι οικογένειες αυτές εύκολα προβάλλουν αντιρρήσεις για την απόλυση του συγγενούς τους, αρνούμενες να αποδεχτούν τη σχετική ευθύνη μετά τη νοσηλεία. Υπενθυμίζεται ότι με την αποποίηση, από τη μεριά της οικογένειας, της ευθύνης για την απόλυση του ασθενούς, και με την απουσία εναλλακτικών λύσεων κοινοτικής περίθαλψης αμέσως μετά την απόλυση, οι ψυχασθενείς αναγκάζονται να παραμείνουν στο ίδρυμα ακόμα και αν δεν παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα (Blue, 1999).

Όπως ξέρουμε από ιστορικές πληροφορίες, το περιθώριο που άφησε η νομοθεσία στις οικογένειες να εγκαταλείψουν τους συγγενείς τους στο ψυχιατρείο αποτελούσε ανέκαθεν πρόβλημα που μάστιζε τα ψυχιατρεία στην Ελλάδα. Η ίδια κατάσταση συνεχίζεται και σήμερα. Ένας πρώην διευθυντής, που τώρα εργάζεται ιδιωτικά, μου είπε ότι προσπαθούσε, όταν γινόταν μια εισαγωγή, να εξασφαλίζει την εγγύηση της οικογένειας ότι θα δεχόταν πίσω τον συγγενή της μετά το τέλος της θεραπείας. Ένας άλλος διευθυντής πίστευε ότι είναι πολύ δύσκολο να πείσει κανείς τις οικογένειες να αναλάβουν την ευθύνη των συγγενών τους και να δεχτούν την επιστροφή τους στο σπίτι: οι οικογένειες εφευρίσκουν πάντα διάφορες προφάσεις προκειμένου να αποφύγουν την επαφή με το "ψυχιατρείο. Αποφεύγουν τα τηλεφωνήματα και αγνοούν τα γράμματα που τους στέλνονται. Ο ίδιος μού διηγήθηκε την περίπτωση της

αδελφής ενός ασθενούς η οποία τον επισκεπτόταν τακτικά. Μόλις όμως το προσωπικό άρχισε να συζητάει την πιθανότητα απόλυσής του, εκείνη ερχόταν να τον δει όλο και λιγότερο, και τελικά μετακόμισε στην Αθήνα από την επαρχιακή πόλη όπου ζούσε. Σύμφωνα με τον πληροφορητή μου, αυτό συνέβη για να αποφύγει η συγκεκριμένη γυναίκα την ευθύνη του αδελφού της (Blue, 1999).

Η ελληνική ψυχιατρική νομοθεσία και οι τρόποι εφαρμογής της αντανακλούν πολιτισμικές αντιλήψεις για έναν εαυτό που δεν έχει ατομικά «δικαιώματα» χωριστά από την ομάδα, με την έννοια του αγγλοσαξονικού φιλελευθερισμού· το άτομο δεν είναι αυτόνομο και αυτοκαθοριζόμενο, με δικαίωμα να παίρνει αποφάσεις ελεύθερης βούλησης. Στην Ελλάδα, παρόλο που φαινομενικά υπάρχουν ομοιότητες με άλλους νομικούς κώδικες που διέπουν τα ζητήματα περί ψυχασθένειας -με ορισμούς, για παράδειγμα, «του επικινδύνου των ασθενών»- και που υπαγορεύουν με τη σειρά τους το είδος της θεραπείας, ο τρόπος εφαρμογής της νομοθεσίας έχει σχέση με μια κοινωνική και πολιτική πραγματικότητα που δεν τονίζει ιδιαίτερα τα ατομικά δικαιώματα (Blue, 1999).

Η έλλειψη επαρκούς προσωπικού στα ψυχιατρεία (βλ. πίνακα) αντανακλά εν μέρει το γεγονός ότι οι θέσεις ή/και οι περιοχές όπου βρίσκονται ορισμένα ιδρύματα είναι ανεπιθύμητες (τα απομονωμένα και επαρχιακά ψυχιατρεία μειονεκτούν ως χώροι απασχόλησης στα μάτια των εργαζομένων). Τα οικονομικά συμβάλλουν επίσης στον καθορισμό του αριθμού των μελών του προσωπικού, και γι' αυτό πρέπει να λάβουμε υπόψη μας πόσα χρήματα είναι το κράτος διατεθειμένο να δαπανήσει (Blue, 1999).

Δημόσια Ψυχιατρεία – Δυναμικό σε κλίνες και προσωπικό

Στοιχεία έτους 1988

ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ.	ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓ.	ΨΥΧΟΛ.	ΕΡΓΑΣΙΟΘ.
Χανίων	355	16 διπλωμ. 118 πρακτικ.	9	4	5
Λέρου	1600	5 διπλωμ. 385 πρακτικ.	1 διπλωμ. 5 μη διπλωμ	0	2
Κέρκυρας	420	2 διπλωμ. 100 πρακτικ.	0	0	2
Δαφνί	2300	64 διπλωμ. 473 πρακτικ.	8	5	17
Δρομοκαΐτειο	880	200*	5	19	9
Πέτρας Ολύμπου	450	85*	1	0	0
Θες/νίκης	950	156*	10	7	2

*Στα υπάρχοντα στοιχεία δεν γίνεται διάκριση μεταξύ διπλωματούχων και μη.

2.3 Μεταβαλλόμενη ιδεολογία και ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70 το δίκτυο των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών απαρτιζόταν από: α) υπηρεσίες νοσηλευόμενων ασθενών, που προσφέρονταν από τα δημόσια ψυχιατρεία, τις ιδιωτικές κλινικές και σε μικρότερο βαθμό τις πανεπιστημιακές κλινικές και β) την ψυχιατρική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία νευρολόγων-ψυχιάτρων, στα ιατρεία του ΙΚΑ και στις τυχόν υπάρχουσες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών των δημόσιων ψυχιατρείων και

των δύο Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής (της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης). Τα δημόσια ψυχιατρεία, με κατεξοχήν παράδειγμα το Δαφνί, αποτελούσαν τους εκπροσώπους και συγχρόνως τα πρότυπα και τα σύμβολα της ιδεολογίας που αφορούσε την πραγματικότητα της επίσημης ελληνικής εθνοψυχιατρικής (Blue, 1999).

Το δίκτυο των υπηρεσιών χαρακτηριζόταν από ανισότητες μεταξύ επαρχίας και πόλης. Το 60% των νευρολόγων-ψυχιάτρων είχαν έδρα τους την Αθήνα, όπου κατοικεί το 32% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Το 1983, 32 από τις 60 δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές βρίσκονταν στην Αθήνα. Σε 11 νομούς από τους 51 ολόκληρης της χώρας, με συνολικό πληθυσμό 900.000 κατοίκους, δεν υπήρχε ούτε ένας ψυχίατρος. Η αναλογία κλινών/πληθυσμού κυμαινόταν μεταξύ 0,03 και 2,27, ενώ σε 11 νομούς δεν υπήρχε καμία υπηρεσία νοσηλείας ασθενών (Α.ΠΟ.Ψ.Υ. 1989, από Blue 1999).

Στα μεταπολεμικά χρόνια η ελληνική ψυχιατρική (επίσημα: «νευρολογία-ψυχιατρική») ήταν τελείως οχυρωμένη μέσα σε ένα οργανικό πρότυπο και στηριζόταν από άποψη θεραπείας στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και άλλων βιολογικών μεθόδων παρέμβασης. Επιπλέον, η ελληνική ψυχιατρική ήταν «ιδρυματική». Κύριος άξονας της θεραπείας ήταν η εισαγωγή των ψυχασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία, ιδρύματα που είχαν μετατραπεί ή μετατρέπονταν σε άσυλα. Το κράτος και η ψυχιατρική -σε κρίση ως προς τη διαχείριση των ιδρυμάτων αυτών- έφτιαχναν περισσότερα ψυχιατρεία, μερικά από τα οποία αναλάμβαναν το ρόλο ασύλου (Blue, 1999).

Προς τα τέλη της δεκαετίας του '70, όμως, παρουσιάστηκε κάποια ρωγμή στην παραδοσιακή ψυχιατρική ιδεολογία και στον τρόπο που αντιμετωπίζονταν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η ρωγμή αυτή ήταν, κατά τα φαινόμενα, αποτέλεσμα της έμπνευσης που αντλούσαν οι Έλληνες ψυχίατροι αφενός από την εμπειρία τους στο εξωτερικό και αφετέρου από την κατά παράδοση εισαγωγή ξένων ψυχιατρικών πρότυπων στη χώρα. Έχοντας μνηθεί σε ξένες ιδεολογίες και πρότυπα ψυχιατρικής περίθαλψης, αυτά τα συγκεκριμένα άτομα επέστρεφαν στην Ελλάδα με την επιθυμία και τη διάθεση να εφαρμόσουν κάτι αντίστοιχο. Το έργο ορισμένων, που ήταν δραστήριοι, επαγγελματικά φιλόδοξοι και είχαν σχέση με το πανεπιστήμιο, είχε ως αποτέλεσμα καινοτομίες στην ψυχιατρική περίθαλψη, μερικές από τις οποίες σημειώθηκαν ήδη από το 1980 σε διάφορα σημεία της χώρας (Blue, 1999).

Το ψυχιατρικό επάγγελμα, έχοντας κατακερματιστεί από μη εμφανείς ανταγωνισμούς σε πολλές επιμέρους βάσεις παραγωγής, δεν ανέπτυξε συγκροτημένο όραμα για την μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Εξάλλου, ούτε από τον πολιτικό κόσμο, ούτε από το ευρύτερο κοινό υπήρχε καμιά οργανωμένη φωνή που να ασκεί πίεση για την βελτίωση και την αναδιοργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών (σε αντίθεση με ότι συνέβαινε π.χ. στη γειτονική Ιταλία) (Blue, 1999).

2.3.1 Οι δυνάμεις πίσω από τη μεταρρύθμιση

Η έμπνευση και η δομή για τη σημερινή μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της επίδρασης δύο οικείων πλέον και αλληλένδετων παραγόντων στην ιστορία της ελληνικής ψυχιατρικής: της εσωτερικής και της διεθνούς πολιτικής. Η ελληνική κυβέρνηση, ενώ γενικά είχε κρατήσει σιωπηρή στάση σε θέματα ψυχικής υγείας σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας της ελληνικής ψυχιατρικής, στη δεκαετία του '80 ανέπτυξε τις δικές της κατευθυντήριες γραμμές, πιθανότατα μετά από σχετική ενημέρωσή της από τους ίδιους τους ψυχιάτρους. Άλλωστε, η χρηματοδότηση από το εξωτερικό την εποχή ακριβώς της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, θυμίζει αφενός τα γεγονότα γύρω από την απόκτηση (με κληρονομιά) του πρώτου ψυχιατρείου της χώρας και αφετέρου το ρόλο των ξένων παρεμβάσεων στην ελληνική ιστορία (Blue, 1999).

Δυο παράγοντες προϋπήρχαν και συνέβαλαν στο ξεκίνημα αυτής της μεταρρύθμισης. Ο πρώτος – χωρίς ίσως να στοχεύει κάτι τέτοιο – ήταν ο επίσημος διαχωρισμός της ειδικότητας νευρολογία-ψυχιατρική σε δυο διαφορετικούς κλάδους, πράγμα που έγινε το 1981. Ο διαχωρισμός αυτός παρείχε στην ψυχιατρική μια νέα ταυτότητα και έτσι επαναπροσδιορίστηκε τόσο η θεωρία όσο και η πράξη της. Το όραμα ήταν ότι η ειδικότητα της ψυχιατρικής, έπρεπε να βαδίζει πέρα από το παραδοσιακό πλαίσιο της οργανικής και ιδρυματικής θεωρίας και πρακτικής (Blue, 1999).

Ο δεύτερος παράγοντας αφορά τους ίδιους τους ειδικούς. Στη διάρκεια της δεκαετίας του '70, δηλαδή τα χρόνια της δικτατορίας και μετά, ορισμένοι φοιτητές ιατρικής επέλεξαν την ειδικότητα της ψυχιατρικής με βάση το ενδιαφέρον τους για την ελευθερία και τα ατομικά δικαιώματα (Blue, 1999).

2.4 Η νοσηλευτική επικράτηση και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

2.4.1 Η νοσηλευτική επικράτηση (treated prevalence)

Για να απαντηθεί το ερώτημα αυτό, συλλέχθηκαν όλες οι έξοδοι από όλα τα ψυχιατρεία, δημόσια και ιδιωτικά, στη διάρκεια του 1978 και του 1981 και μετά τα ποσοστά αυτά προτυποποιήθηκαν ανά ηλικία, φύλο, τόπο μόνιμης κατοικίας και τόπο γέννησης (Πίνακας).

Πίνακας: Νοσηλευτική επικράτηση των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα. Μέσα προτυποποιημένα ποσοστά κατά ηλικία, φύλο και διάγνωση όλων όσων νοσηλεύθηκαν μέσα στο 1978 και 1981 * ανά 100.000 κατοίκους.

	1978		[981	
	ΑΝΤΡ	ΓΥΝΑΙΚ	ΑΝΤΡ	ΓΥΝΑΙΚ
Όλες οι διαγνώσεις	103,6	78,2	106,0	75,7
Σχιζοφρενικές	55,0	29,5	56,0	27,2
Συναισθηματικές	13,2	18,8	10,7	15,4
Νευρώσεις	11,5	16,5	17,8	22,9
Αλκοολισμός	11,7	8,2	10,7	1,7
Οργανικό ψυχοσύνδρομο	5,8	8,0	7,2	4,8

* Τα μέσα προτυποποιημένα ποσοστά της χώρας προκύπτουν από τα επιμέρους ποσοστά σε κάθε ένα νομό της χώρας. Καταγράφηκε μία μόνο νοσηλεία κατά το 1978 ή το 1981.

Στον Πίνακα παρουσιάζονται τα μέσα ποσοστά από τους 51 νομούς της χώρας της νοσηλευτικής ψυχιατρικής νοσηρότητας, όπως αυτά προέκυψαν από την αναγωγή τους στο γενικό πληθυσμό κάθε νομού του οποίου οι νοσηλευθέντες ήταν μόνιμοι κάτοικοι. Φαίνεται ότι περισσότεροι άντρες νοσηλεύτηκαν, συγκριτικά με τις γυναίκες, μέσα στο 1978 και 1981. Η ίδια αναλογία ισχύει για τις τέσσερις από τις πέντε κυριότερες νοσολογικές οντότητες, εκτός από εκείνη των συναισθηματικών ψυχώσεων, όπου υπερέχουν οι γυναίκες. Η αναλογία των 103,6 και 106 αντρών που νοσηλεύτηκαν το 1978 και 1981 ανά 100.000 γενικού πληθυσμού είναι κατώτερη εκείνης των ποσοστών των αντρών που νοσηλεύτηκαν στις Η.Π.Α. το 1959-61 (295,1/100.000). Η ίδια διαφορά υπάρχει μεταξύ γυναικών νοσηλευθέντων στις Η.Π.Α. και Ελλάδα σε ψυχιατρεία (Μαδιανός και συν., 1983^β, από Μαδιανός, 2005)

Από τη γεωγραφική κατανομή των ποσοστών των αρρώστων που νοσηλεύτηκαν, φαίνεται μια διακύμανση στην κατανομή τους αναφορικά με το μέγεθος της νοσηρότητας που παρουσιάζουν ανά νομό (Μαδιανός, 2005).

Υπάρχουν νομοί, όπως οι νομοί Γρεβενών, Ρεθύμνου, Φλώρινας, Καστοριάς, Καρδίτσας, που κατά το 1978 και το 1981 εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας για όλες τις ψυχιατρικές διαγνώσεις (Μαδιανός, 2005).

Και ως προς τις σχιζοφρενικές ψυχώσεις, εμφανίζεται μια σημαντική διακύμανση των ποσοστών ανά νομό της χώρας με πρώτους νομούς τους νομούς Καρδίτσας, Ευρυτανίας, Γρεβενών, Ρεθύμνου, Λευκάδας, Φλώρινας, από πλευράς ποσοστών επικράτησης σχιζοφρενικών ψυχώσεων (Μαδιανός και συν., 1983^γ, από Μαδιανός, 2005). Η ίδια διακύμανση εμφανίζεται και στις άλλες διαγνωστικές οντότητες (Μαδιανός, 2005).

2.4.2 Αξιολόγηση θεραπευτικών μέτρων και ψυχιατρικών υπηρεσιών

Η εφαρμογή της αξιολόγησης των υπηρεσιών είναι υποχρεωτική για την Κοινωνική Ψυχιατρική και έχει ενσωματωθεί σε κάθε ψυχιατρική υπηρεσία ως ιδιαίτερη υπηρεσία έρευνας (Μαδιανός, 2005).

Στη χώρα μας υπάρχουν πρόσφατα αρκετές εργασίες αξιολόγησης της λειτουργικότητας διαφόρων ψυχιατρικών υπηρεσιών, όπως του Νοσοκομείου Ημέρας της Ψυχιατρικής Εφημερίας στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Συμβουλευτικών Σταθμών, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής κ.λπ. (Μαδιανός, 2005).

Στη χώρα μας, είναι εμφανές ότι:

1. Περίπου 100 άντρες και, 75-78 γυναίκες νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα (ιδιωτικά ή δημόσια) στους 100.000 Έλληνες. Τα ποσοστά αυτά είναι μικρότερα από εκείνα που προέρχονται από αντίστοιχες έρευνες των Η.Π.Α. Τα χαμηλά ποσοστά αυτά νοσηλευτικής νοσηρότητας δεν υποδηλώνουν ότι οι Έλληνες είναι τόσο ψυχικά υγιείς, ώστε δε χρειάζεται να αναζητήσουν βοήθεια από ψυχιατρικές ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, γιατί όπως αποδείχτηκε από τις κοινοτικές επιδημιολογικές έρευνες, τα ποσοστά ελεύθερης νοσηρότητας είναι υψηλά. Φαίνεται ότι η έλλειψη διαθέσιμων ψυχιατρικών κρεβατιών (1,54/1.000) και η ύπαρξη

χαμηλής ποιότητας ψυχιατρικών νοσηλευτικών υπηρεσιών απομακρύνουν αρκετά νοσούντα άτομα από το να νοσηλευτούν ή νοσηλεύονται όταν η κατάστασή τους είναι πολύ σοβαρή (Madianos, 1983^{στ}, από Μαδιανός, 2005). Η αποφυγή της εισαγωγής στο ψυχιατρείο έχει κάποια σημασία μόνο όταν υπάρχει δίκτυο εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών, κάτι που στη χώρα μας είναι ακόμη ανύπαρκτο.

2. Η αληθινή επικράτηση (true prevalence) των καταστάσεων γενικής ψυχοπαθολογίας που περιλαμβάνει συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, ψυχοσωματικές αιτιάσεις, βρέθηκε να κυμαίνεται στο 11% των αντρών και το 24% των γυναικών όλης της χώρας το 1979, ενώ τα ποσοστά αυτά αυξήθηκαν το 1984. Στην Αθήνα τα ποσοστά αυτά βρέθηκαν υψηλότερα και κατά το 1979 και το 1984. Η διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών στην ψυχοπαθολογία είναι συμβατή με την παγκόσμια βιβλιογραφία. Οι γυναίκες, σε 29 από 32 διεθνείς επιδημιολογικές έρευνες, παρουσίασαν διπλάσια ποσοστά ψυχοπαθολογίας από τους άντρες (Gove και Tudor, 1973 από Μαδιανός, 2005). Τα ψυχοπαθολογικά αυτά συμπτώματα, που ανιχνεύτηκαν, δεν είναι διαμορφωμένες κλινικές οντότητες αλλά συμπτώματα περιστασιακά (μπορεί αν επανεξεταστεί το άτομο μετά από μια εβδομάδα να έχουν εξαλειφθεί) που όμως, έχουν μεγάλη σημασία, γιατί συνδέονται με συναισθήματα αποθάρρυνσης (demoralization) με κοινωνιογενετικό χαρακτήρα και απώλειας ανταμοιβής, σε ευάλωτες ή περιθωριακές αποστερημένες κοινωνικές ομάδες (μετανάστες και άλλες μειονότητες) που διαβιούν σε ένα σύστημα κοινωνικής αποργάνωσης (disintegration). Τα συμπτώματα αυτά έχουν τεράστια σημασία στην έγκαιρη ανίχνευσή τους και στην τυχόν αναζήτηση βοήθειας από το άτομο που υποφέρει από αυτά.

3. Οι κλινικές οντότητες στην κοινότητα και στις δύο έρευνες, σε ενήλικες και υπερήλικες, εμφανίζονται με μεγέθη που βρίσκονται στα πλαίσια του «φυσιολογικού» συγκριτικά με πολλές διεθνείς έρευνες.

4. Τέλος, μέσα από σειρά ψυχιατρικών επιδημιολογικών ερευνών, προέκυψε μια μεγάλη διάσταση μεταξύ νοσηλευτικής επικράτησης (1,35 άτομα ζήτησαν βοήθεια από κάποια ψυχιατρική υπηρεσία, ενώ την ίδια εποχή βρέθηκε να νοσούν 14 άτομα στους 100 κατοίκους της συγκεκριμένης κοινότητας).

Συνοψίζοντας τα πιο σημαντικά από τα παραπάνω, φαίνεται ότι: 1) το μέγεθος των ψυχικών διαταραχών που προκύπτει από τη χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας είναι μικρό σε αντίθεση με τα ποσοστά των ατόμων που νοσούν αλλά δεν καταφεύγουν σε ειδικές υπηρεσίες, 2) η συχνότητα των κλινικών οντοτήτων που ανευρίσκονται στην κοινότητα είναι η ίδια με τις συχνότητες που έχουν προκύψει από άλλες ξένες κοινοτικές έρευνες, 3) η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος μόνιμης γέννησης και κατοικίας, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα βρέθηκαν να ενοχοποιούνται στην κατανομή των ψυχικών διαταραχών και 4) οι ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με τα κοινωνικά προβλήματα, όπως και τα ποσοστά αυτοκτονιών, δε συνιστούν μείζον πρόβλημα τώρα αλλά υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η σημερινή μεταβατική ελληνική αστική κοινωνία, με τη διάσπαση της κοινωνικής συνοχής, την αμφισβήτηση ή απόρριψη αξιών, την επιθετικότητα, την έλλειψη κοινωνικού ελέγχου και κοινωνικών σχέσεων, την αποξένωση και την περιθωριοποίηση θα αποτελέσει το κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη, στις επόμενες δεκαετίες, νόσων άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με κοινωνικά προβλήματα.

Συμπερασματικά, είναι βέβαιο ότι η γνώση του μεγέθους και των αιτιών της ψυχιατρικής νοσηρότητας (νοσηλευτικής, που βασίζεται δηλαδή σε χρήση υπηρεσιών, ή μη νοσηλευτικής, δηλαδή νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό) συνδέεται άμεσα με το σχεδιασμό, την οργάνωση και την αξιολόγηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών που στοχεύουν στην πρόληψη ή τον περιορισμό της (Μαδιανός, 2005).

2.4.3 Ανασκόπηση της ανάπτυξης των αναγκαίων υπηρεσιών στην Ελλάδα για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Σύμφωνα με τον πίνακα, είναι αναγκαία η ανάπτυξη 60 Κ.Ψ.Υ, 941 κρεβατιών σε Γενικά Νοσοκομεία, 1.519 θέσεων σε Νοσοκομεία Ημέρας /Κέντρα Ημέρας, 7.574 θέσεων σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παντός τύπου και 768 θέσεων σε Οικοτροφεία/Ξενώνες.

Με τις υπάρχουσες εμπειρίες είναι ευνόητο ότι θα χρειαστεί τουλάχιστον μια δεκαετία για να ολοκληρωθεί σταδιακά το μεγαλύτερο ποσοστό των αναγκαίων αυτών υπηρεσιών για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.

Υπάρχουσες και αναγκαίες ψυχιατρικές υπηρεσίες (1993).

Τύπος Υπηρεσίας	Υπάρχουν	Χρειάζονται	Σύνολο
Κ.Ψ.Υ	23 (28%)	60 (72%)	82 (100%)
Κρεβάτια σε Γενικά Νοσοκομεία	300 (24.2%)	941 (75.8%)	1.241 (100%)
Θέσεις σε Νοσοκομεία Ημέρας	381 (20%)	1.519 (80%)	1.900 (100%)
Θέσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	1.984 (20.7%)	7.574 (79.2%)	9.558 (100%)
Θέσεις σε Οικοτροφεία	522 (40%)	768 (60%)	1.290 (100%)

Η υλοποίηση της μεταρρύθμισης, δεν είναι εφικτή σ' ένα χρονικό όριο, αλλά σε χρονικά στάδια μέσα από την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων.

Στάδιο 1: Τομεοποίηση της χώρας ως προς την ψυχική υγεία.

Στάδιο 2: Ενοποίηση διοικητική των υπαρχουσών υπηρεσιών που παρέχουν ψυχιατρική εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη (Ι.Κ.Α., Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημίων, Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής).

Στάδιο 3: Σύστημα συντονισμού των υπηρεσιών με την εφαρμογή της πληροφορικής.

Στάδιο 4: Ανάπτυξη κινήτρων σε ψυχιάτρους για να στελεχώσουν τα επαρχιακά ψυχιατρικά ιδρύματα.

Στάδιο 5: Διασύνδεση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Κλινικών με τα υπάρχοντα Ψυχιατρεία Αθηνών, Τρίπολης, Κέρκυρας και Χανίων.

Στάδιο 6: Ανάπτυξη χωροταξικά νέων Κ.Ψ.Υ. στην ευρεία περιοχή της πρωτεύουσας σε διασύνδεση με Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων και στελέχωση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας με ψυχιάτρους.

Στάδιο 7: Ανάπτυξη στα υπάρχοντα κέντρα υπηρεσιών αποκατάστασης, κυρίως Συνεργατικών και Οικοτροφείων ή Διαμερισμάτων.

Στάδιο 8: Αποϊδρυματισμός των «αρρώστων», από τα μεγάλα ψυχιατρεία, μετά από εξέταση τους.

Τα στάδια αποτελούνται από δυο ομάδες. Η πρώτη είναι η ομάδα των νομοθετικών – διοικητικών πράξεων για την Τομεοποίηση της χώρας, την ενοποίηση των υπαρχουσών υπηρεσιών του Ι.Κ.Α., των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων κ.λπ. και την ανάπτυξη ενός συστήματος συντονισμού των υπηρεσιών. Η άλλη ομάδα εμπεριέχει το στοιχείο της δημιουργικής ανάπτυξης νέων δομών (Μαδιανός, 1994).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1994), τα Κ.Ψ.Υ. είναι δυνατόν να λειτουργήσουν αμέσως, σε ενοικιασμένους χώρους 150-200 τμ., με ολιγάριθμο προσωπικό που θα αποτελέσει τον πυρήνα του Κέντρου. Έτσι, ταχύρυθμα, θα δημιουργηθούν οι πρώτοι πυρήνες του Κέντρου κ.λπ., για την περιφερειοποίηση των υπηρεσιών που μαζί με τις νέες νομοθετικές ρυθμίσεις θα αποτελέσουν και την αρχή.

Η προτεινόμενη ανάπτυξη των αναγκαίων υπηρεσιών π.χ. η αύξηση των κρεβατιών στα γενικά Νοσοκομεία, η δημιουργία περισσότερων Κ.Ψ.Υ., η ανάπτυξη νέων θέσεων σε αποκαταστασιακές δομές στην κοινότητα, είναι εναρμονισμένες με την στρατηγική των 36 στόχων της Π.Ο.Υ. για το «Υγεία για Όλους το 2000» και βασίστηκαν σε πραγματικές αποτιμημένες ανάγκες, στην ολοένα αυξανόμενη μελλοντική δυναμική παραγωγής στελεχών υγείας και στην προοδευτική αύξηση του ενδιαφέροντος και των απαιτήσεων για την ψυχική υγεία και επάρκεια της ποιότητας των συνθηκών ζωής των Ελλήνων προς το έτος 2000.

Με κανένα τρόπο οι προτάσεις αυτές δεν εξαντλούν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες, τις απαιτήσεις και προσδοκίες της ελληνικής κοινωνίας. Απλώς, είναι πιθανό να οριοθετούν ένα μέρος μόνο του συνολικού προβλήματος. Η συνεχής έρευνα και αναζήτηση αναγκαίων και εφικτών λύσεων είναι βέβαια προτιμότερη από την παθητική στάση του απλού παρατηρητή (Μαδιανός, 1994).

2.4.4 Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα στο τέλος του 20ού αιώνα

Η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας έχει περάσει από τη φάση της παραδοσιακότητας στη μεταβατική. Η φάση αυτή διαρκεί ακόμα, παρότι στις άλλες δυτικές χώρες δεν υπερέβη τη δεκαετία. Η κατάσταση αυτή αποτελεί την αιτία για την ανεπάρκεια στην ανάπτυξη ικανού αριθμού εναλλακτικών κοινοτικών ψυχιατρικών δομών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, οι οποίες να λειτουργούν στο πλαίσιο ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την κάλυψη πραγματικών αναγκών του πληθυσμού (Μαδιανός, 2005).

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

Ορόσημο στην ανάπτυξη του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα υπήρξε η υλοποίηση του Προγράμματος του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ με αφορμή την κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου, κόστους 120 εκατομμυρίων ECU. Σύμφωνα με το Πρόγραμμα αυτό, για την περίοδο 1984-1985 αναπτύχθηκαν 260 νέες δομές, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Νοσοκομεία Ημέρας, Εργαστήρια Αποκατάστασης, ξενώνες, οικοτροφεία και άλλες υπηρεσίες (Μαδιανός, 2005).

Παρά την ανάπτυξη των νέων δομών, η χώρα δεν είχε τομεοποιηθεί ούτε είχε οργανωθεί ένα περιφερειακό σύστημα ψυχικής υγείας, ενώ οι εναλλακτικές υπηρεσίες στο ψυχιατρείο ήταν λιγότερες από το 50% αυτών που απαιτούνται και οι θέσεις προεργασιακής-εργασιακής αποκατάστασης δεν υπερέβαιναν τις 2.000, ενώ της στεγαστικής αποκατάστασης τις 2.300. Όλες αυτές οι θέσεις έχουν ήδη καταληφθεί, στην πλειονότητά τους, από χρόνιους αρρώστους. Άρα οι ανάγκες των νέων περιπτώσεων και των 1.500 χρόνιων ακόμα εγκλείστων των ασύλων, που θα πρέπει να αποϊδρυματιστούν, π.χ. στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός», δεν καλύπτονται από το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005).

Έτσι φαίνεται ότι στην οικογένεια και στην ίδια την κοινότητα πέφτει το βάρος για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων αρρώστων, ένα φαινόμενο που κατατάσσει τη χώρα μας στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. Το φαινόμενο αυτό είναι αρκετά αρνητικό, γιατί έχει και παρενέργειες (Μαδιανός, 2005).

2.5 Η ψυχιατρική περίθαλψη στις αρχές του 21ου αιώνα

Η έλευση του εικοστού πρώτου αιώνα βρίσκει την ψυχιατρική περίθαλψη να εισέρχεται στη φάση του εκσυγχρονισμού της, αφού με το Ν. 2716/1999 τέθηκαν οι βάσεις για την περιφερειακή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Τομεοποίηση, Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας κτλ.), ενώ ο σεισμός του Σεπτεμβρίου του 1999 προκάλεσε τον «αναγκαστικό» αποϊδρυματισμό 400 εγκλείστων από το Ψ.Ν.Α. (Μαδιανός, 2005).

Στη σύγχρονη μεταβαλλόμενη κοινωνία, όπου οι παραδοσιακοί θεσμοί αμφισβητούνται ή αλλάζουν (π. χ., η πυρηνική ή μονογονεϊκή οικογένεια), όπου η

οικονομία της αγοράς και το λιγότερο κοινωνικό κράτος δεν ευοδώνουν την ενσωμάτωση του ψυχικά αρρώστου στην κοινότητα, ενώ συνάμα οι γενικότερες κοινωνικές συνθήκες καθίστανται δυσμενέστερες -π.χ., αύξηση της ανεργίας, αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης, συρρίκνωση των διαπροσωπικών σχέσεων, αύξηση της εγκληματικότητας και πτώση της ποιότητας του περιβάλλοντος- το μέλλον της αποτελεσματικότερης κατά το δυνατόν ψυχιατρικής περίθαλψης δε φαίνεται τόσο ευοίωνο (Μαδιανός, 2005).

Είναι προφανές ότι η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων της κλινικής ψυχιατρικής στη νέα χιλιετία θα αντιμετωπιστεί μάλλον σαν μια κοινωνική αναγκαιότητα (Μαδιανός, 2005).

2.5.1 Επιπτώσεις του αποϊδρυματισμού

Είναι πραγματικότητα πλέον η συρρίκνωση των δημόσιων ψυχιατρείων που από 8.387 κρεβάτια το 1981 έφτασαν τα 2.414 το 2005 με παράλληλη έξοδο πάνω από 3.000 χρόνιων αρρώστων, κυρίως με οργανικότητα και γνωσιακά ελλείμματα, υπολειμματική σχιζοφρένεια ή συναισθηματικές διαταραχές. Όλοι αυτοί οι εξελθόντες από τα ιδρύματα διαμένουν σε πολυάριθμα οικοτροφεία ή ξενώνες και σε μικρότερο αριθμό διαμερισμάτων· οι δομές αυτές είναι εγκατεσπαρμένες σε ολόκληρη τη χώρα. Τα οικοτροφεία είναι εικοσιτετράωρης εποπτείας, ενώ τα διαμερίσματα είναι ημιαυτόνομης ή αυτόνομης διαμονής. Υπάρχει επίσης ένα δομημένο πρόγραμμα λειτουργίας κάθε οικοτροφείου με κινητοποιητικές δραστηριότητες. Στην πλειονότητα των δομών αυτών δε συνδυάζεται η παροχή ειδικών αποκαταστασιακών προγραμμάτων στους ένοικους και ούτε έχει εκπονηθεί κάποιο πρόγραμμα για τη μελλοντική ανεξαρτητοποίησή τους. Οι επιπτώσεις και τα ερωτήματα που καταγράφονται ή τα οποία πιθανόν να παρουσιαστούν μπορεί να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- Αρκετές δομές είναι εγκατεστημένες σε περιοχές στις οποίες δεν προϋπήρχε ψυχιατρική υπηρεσία, όπως στη Σπάρτη, Φιλιάτες, Πρέβεζα, Άρτα, Ναύπλιο, Κόρινθος, Χίος, Άγιος Νικόλαος Κρήτης. Η μη ψυχιατρική κάλυψη από φορείς που να έχουν δυνατότητα άμεσης παρέμβασης και νοσηλείας

δημιουργεί ανασφάλεια στο προσωπικό σε περιπτώσεις κρίσεων ή υποτροπών των ενοίκων.

- Τα οικοτροφεία-ξενώνες δημιουργήθηκαν για να στεγάσουν κυρίως υπερηλίκους αρρώστους όπου θα διαμένουν διά βίου χωρίς δυνατότητα αυτόνομης κοινοτικής διαβίωσης.
- Ο κίνδυνος που ελλοχεύει είναι ο ιδρυματισμός στην κοινότητα των ενοίκων και του προσωπικού των δομών αυτών. Το προσωπικό «καίγεται» γρηγορότερα μέσα σε μια εργασία ρουτίνας και χωρίς θετικές ενισχύσεις.
- Οι ένοικοι που έχουν έστω λίγες δυνατότητες να αναπτύξουν δεξιότητες αυτονομίας κινδυνεύουν να παρασυρθούν από την πιθανή ιδρυματική ατμόσφαιρα.
- Σε ποιο βαθμό η ίδια η τοπική κοινωνία (η κοινότητα) εμπλέκεται στη διαδικασία του αποϊδρυματισμού έτσι ώστε οι ένοικοι να νιώθουν ως μέρος του Δήμου στον οποίο κατοικούν.
- Η κοινότητα πιθανόν να βλέπει το οικοτροφείο ως ένα μικρό άσυλο (ένα κακό παράδειγμα για τους άλλους σοβαρά ψυχικά αρρώστους της κοινότητας).
- Σε ποιο βαθμό οι τυχόν συγγενείς εμπλέκονται σε αυτό το μοντέλο αποϊδρυματισμού;
- Το κόστος λειτουργίας των οικοτροφείων αυτών θα εξακολουθήσει να καλύπτεται από την κεντρική διοίκηση, όταν τα κεφάλαια από το Ψυχαργός θα τελειώσουν;
- Είναι φανερό ότι ο αποϊδρυματισμός και η διαδικασία του απαιτούν συγκεκριμένο επιστημονικό σχεδιασμό και πολιτική (policy) έτσι ώστε να καταστεί εφικτό να προληφθούν όλα ή έστω τα περισσότερα από τα παραπάνω (Μαδιανός, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ

3.1 Ίδρυση Δημόσιου Ψυχιατρείου Σούδας

Ιστορικές πηγές αναφέρουν την αρχική ίδρυση δημόσιου φρενοκομείου στην πόλη των Χανίων τον Αύγουστο του 1900 και το οποίο τοποθετείται στην συνοικία Καινούρια Χώρα. Μετά την κατάργησή του με το Ν. 421/29-8-2001 της Κρητικής Πολιτείας προτείνεται να υπογραφεί σύμβαση με τα εν Ελλάδι άσυλα φρενοβλαβών.

Το Ψυχιατρείο Χανίων ιδρύεται επίσημα στις 9 Απριλίου του 1910 με το υπ' αριθμό 63/άρθρο 1, διάταγμα της Κρητικής Πολιτείας με την επωνυμία «Άσυλο φρενοπαθών της Σούδας». Στις 3 Αυγούστου του 1913 στην Εφημερίδα "Ανεξάρτητος" αναφέρεται ότι από επιτροπή κρίθηκε ως κατάλληλος χώρος για την ανέγερση του φρενοκομείου η περιοχή του Αγίου Ιωάννη, πλησίον της δεξαμενής της πόλης των Χανίων.

Η λειτουργία του «Ασύλου φρενοπαθών της Σούδας» τα πρώτα χρόνια δεν ήταν ούτε κατ' όνομα ιατρική. Επίσημα ονομάστηκε «Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας» χωρητικότητας 150 κλινών με το νομοθετικό διάταγμα της 31.7.1925, ενώ η φυσιογνωμία του σε ότι αφορούσε την εσωτερική οργάνωση, τη διοίκηση και τις κατηγορίες του προσωπικού, αποκρυσταλλώθηκε πολύ αργότερα με τον νόμο 6077 του 1934. Στις 20 Ιανουαρίου του 1929 μεταφέρθηκε στην περιοχή Ταρσανά Σούδας (εκεί που σήμερα βρίσκεται ο Ναύσταθμος Κρήτης) και τον Φεβρουάριο του ίδιου έτους ο νομοαρχιτέκτων Χανίων κος Σταυρίδης εκπονεί το σχέδιο του νεοαναγειρόμενου ψυχιατρείου. Το 1930 μεταστεγάστηκε στα ιδιόκτητα οικήματα Λυγκούνη (ελαιουργείο), εκεί που σήμερα βρίσκεται ο Ναυταθλητικός Σούδας, και τα οποία αγοράστηκαν από το Ελληνικό Δημόσιο (εικόνα 1).

Κατά το έτος 1937, σύμφωνα με το Α.Ν. 965, το «Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας» οργανώνεται ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με 330 κλίνες και η λειτουργία του διέπεται έκτοτε από το νομοθετικό διάταγμα 2592 του 1953. Κατά την διάρκεια του δεύτερου Παγκόσμιου πολέμου, λόγω των συνεχών αεροπορικών επιδρομών, το Ψυχιατρείο μεταφέρθηκε, αρχικώς (15/01/1941) στο κτήμα Βερίτ Μπέη στην περιοχή Μουρνιές Χανίων, και αργότερα (Φεβρουάριος του 1942) στο κτήμα Σακήρ Βέη, ενώ

επανεγκαταστάθηκε στην περιοχή της Σούδας μετά την αποχώρηση των γερμανικών δυνάμεων από την Κρήτη.

Κατά την ίδρυσή του το «Άσυλο φρενοπαθών της Σούδας» ήταν υπό την διεύθυνση Αδελφάτου Κυριών ενώ από το 1925 η διεύθυνσή του δόθηκε σε διοικητικό συμβούλιο το οποίο οριζόταν τμηματικώς από το Υπουργείο Πρόνοιας, σύμφωνα με το Α.Ν. 965 του 1937.

Πρώτος διευθυντής διετέλεσε ο ιατρός Καψάλης και εν συνεχεία διετέλεσαν διευθυντές οι ιατροί Βουράκης και Ζωγράφος. Κατά το 1925 ανέλαβε την διεύθυνση του «Δημόσιου Ψυχιατρείου Σούδας» ο εν αποστρατεία στρατιωτικός ιατρός Βουλγαρίδης, μετά το θάνατο του οποίου τον διαδέχθηκε ο κος Μεταξάκης περίπου το 1933.

3.1.2 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων

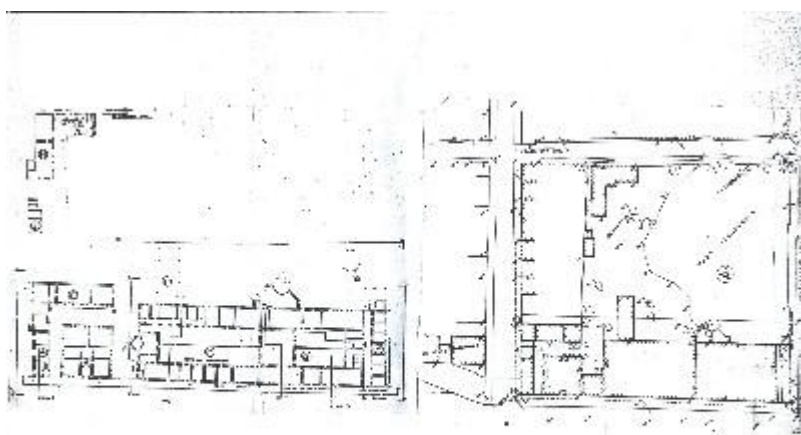
Το 1956 έγινε νέα τροποποίηση του οργανισμού λειτουργίας του ψυχιατρείου και μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων». Από το 1950 μέχρι το 1970 περίπου, γιατρός ήταν ο κος Χατζηλίας Αγαπητός, πρώτος ψυχίατρος στον συγκεκριμένο χώρο. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων, αυτήν την χρονική περίοδο, αντιμετώπισε πολλά προβλήματα όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τους εργαζόμενους των άλλων ειδικοτήτων. Οι εργαζόμενοι ήταν ανειδίκευτοι π.χ. πρακτικοί νοσοκόμοι, ο διορισμός τους σ' αυτό το ίδρυμα ήταν κάτι που προσπαθούσαν να αποφύγουν και συνήθως αποτελούσε την έσχατη επιλογή τους για εργασία. Από το ιατρικό προσωπικό υπήρχε μόνο ένας ψυχίατρος ο οποίος ήταν υπεύθυνος για την θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού ασθενών (περίπου 300).

Το 1971 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων μεταστεγάζεται στην σημερινή του θέση (Βοηθητική οδός Σούδας 27 στην περιοχή Μελισσόκηποι Σούδας), όπου κτίστηκε σε έκταση 75 στρεμμάτων (εικόνα 2).

Από το 1966 μέχρι και το 1985 υπεύθυνος ψυχίατρος ήταν ο κος Καρτάκης Δημήτριος. Παράλληλα από το 1974 μέχρι το 1985 εργάστηκε στο Ψυχιατρείο ο ψυχίατρος κος Δοξάκης Στυλιανός.

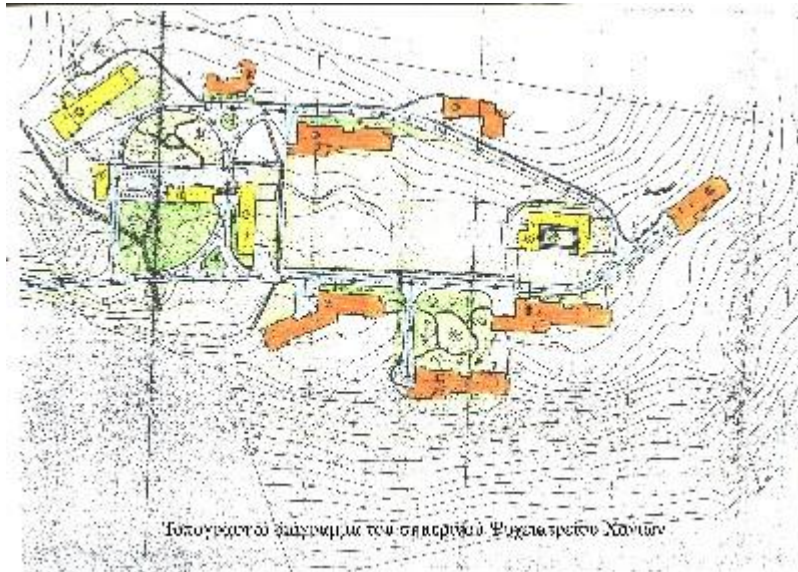
3.1.3 Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

Με την εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/83 και Ν.1579/85) διορίστηκαν το 1986 σε θέσεις γιατρών ΕΣΥ Ψυχιατρικής η κα Τζανακάκη Μαρία και ο κος Χιωτάκης Ανθούσης. Επίσης διορίζονται αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας από διάφορες ειδικότητες όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτριες υγείας κ.λπ. Το 1986 με νέα τροποποίηση του κανονισμού λειτουργίας του θα πάρει την σημερινή του ονομασία ως «Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων».



Κότυπ και τοπογραφικό διάγραμμα του παλαιού Ψυχιατρείου Σούδας

Κάτοψη και τοπογραφικό διάγραμμα του παλαιού Ψυχιατρείου Σούδας



Τοπογραφικό διάγραμμα του σημερινού Ψυχιατρείου Χανίων

3.2 Ιστορική αναδρομή στις κτιριακές εγκαταστάσεις του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

3.2.1 Από το 1910 έως το 1970

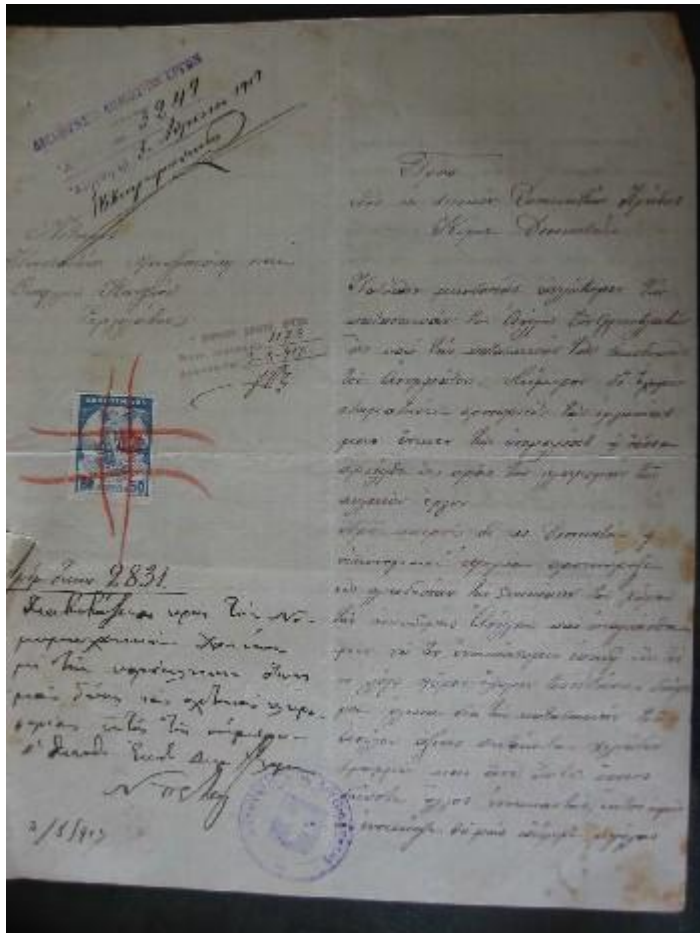
Στις παραδοσιακές πρακτικές έως την δεκαετία του 1920, που αρχίζει να γενικεύεται η χρήση ασύλων, ήταν η συντήρηση των ψυχοπαθών από την οικογένεια, η αποπομπή τους, καθώς και η χρήση ορισμένων μοναστηριών ως μικρά άσυλα.

Κεντρική αντίληψη της γαλλικής ψυχιατρικής του πρώτου μισού του 19ου αιώνα, που επέδρασε σημαντικά και στην υπόλοιπη Ευρώπη, ήταν αυτή της «ηθικής θεραπείας» (η θεραπεία με φάρμακα υπήρξε ως επιλογή μετά την δεκαετία του 1950).

Συνοδεύτηκε από την ιδέα της «θεραπευτικής απομόνωσης» από βλαβερές κοινωνικές επιδράσεις σε ειδικά ιδρύματα όπου ο γιατρός, πατρική μορφή, προσηγής αλλά και αυστηρός, απόλυτος άρχον του ιδρύματος θα χρησιμοποιούσε το προσωπικό και όλα τα διαθέσιμα μέσα για να αποσπάσει τον ασθενή από την ασθένεια του.

Από αυτή την θεραπευτική αντίληψη διέπεται και η οργάνωση των πρώτων κτιριακών δομών που το 1910 διαθέτονται από την Κρητική Πολιτεία, για την

νοσηλεία ψυχιατρικών ασθενών στα Χανιά. Κτίσματα τα οποία βρίσκονται μέσα στον οικισμό της Σούδας, σε μία αραιοκατοικημένη για κείνη την εποχή περιοχή και σε απόσταση 5 χλμ από το αστικό κέντρο των Χανίων. Σήμερα αποτελεί χώρο για ναυταθλητικές εγκαταστάσεις στη Σούδα.



Αίτημα Εργολάβων προς τον Γεν. Διευθυντή Κρήτης για ανέγερση κτιριακών εγκαταστάσεων «Ασύλου Φρενοβλαβών». Έγγραφο του 1917.



Το κτίριο του Ψυχιατρείου στη Σούδα, όπως ήταν στις αρχές του 20ου Αιώνα

Το κτίσμα ήταν μικρής έκτασης, όπως και οι αρχικές ανάγκες μιας και ο αριθμός των ασθενών ήταν μικρός. Οι ασθενείς, κατά την διάρκεια της παραμονής τους, η οποία ήταν μακρά, παραμένουν εντός του κτιρίου και εξέρχονται μόνο με εξιτήριο. Οι τοίχοι περιορίζουν και συγχρόνως ορίζουν ένα χώρο. Το κτίσμα περικλείει με ενιαίους τοίχους όλους τους λειτουργικούς χώρους συμπεριλαμβανομένης και της εκκλησίας. Γεγονός που σηματοδοτεί την παρουσία ενός κλειστού συστήματος που οι ανάγκες του καλύπτονταν χωρίς την μεσολάβηση της κοινότητας.

Οι θάλαμοι-κοιτώνες βρισκόταν περιφερειακά και μια μεγάλη αίθουσα στο κέντρο αποτελούσε τον χώρο όπου μαζευόταν οι ασθενείς στην διάρκεια της μέρας. Το κτίριο ήταν χωρισμένο σε ένα τμήμα για άνδρες και ένα για γυναίκες. Επίσης το προαύλιο ήταν διαχωρισμένο σε δύο αντίστοιχα μέρη με συρμάτινο πλέγμα.



Το κτίριο του Ψυχιατρείου στο Ναύσταθμο της Σούδας - Φωτογραφία του 1977

Το γραφείο του γιατρού, της διοίκησης και της εργοθεραπείας στεγαζόταν σε χωριστό παράπλευρο κτίριο. Από το 1950 και μετά ο γιατρός ήταν πλέον ειδικευμένος ψυχίατρος.

Με την αύξηση του αριθμού των ασθενών, φάνηκε η αντίφαση ανάμεσα στους θεραπευτικούς στόχους και στην πραγματική λειτουργία που έμοιαζε περισσότερο με κράτηση των διαταραγμένων ατόμων. Την απομόνωση δηλαδή των ψυχικά πασχόντων σε ειδικό ίδρυμα με την ιατρική παρουσία άλλα και τη διασφάλιση της δημόσιας τάξης, την προστασία της κοινωνίας από τους ψυχικά πάσχοντες.

3.2.2 Από το 1970 έως το 1986

Η αύξηση του πληθυσμού των ασθενών και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης τους σε ένα τόσο μικρό χώρο, οδήγησε το 1970 στην μεταστέγαση στο σημερινό Ψυχιατρείο.



Η μακέτα των νέων κτιριακών εγκαταστάσεων του Ψυχιατρείου Χανίων. Ανέκδοτη Φωτογραφία του 1969, ευγενική προσφορά της κυρίας Τζανακάκη Μαρίας, Ψυχιάτρου.



Αεροφωτογραφία του Ψυχιατρείου Χανίων, Δεκαετία του 1970.

Η αντιστοιχία ιατρικού προσωπικού / ασθενών είναι μεγαλύτερη και προστίθεται η παρουσία των φαρμάκων στην θεραπευτική πρακτική της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων.

Από την δεκαετία του 1980, με την εφαρμογή του ΕΣΥ, διορίζονται επίσης ειδικευμένοι επαγγελματίες από το χώρο της ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές κ.λπ.) χωρίς ωστόσο να καλύπτουν επαρκώς τις υπάρχουσες ανάγκες.

Το νέο κτίσμα έχει μεγαλύτερη έκταση και διαθέτει περισσότερους λειτουργικούς χώρους. Όμως εξακολουθεί να υπάρχει απόσταση του ψυχιατρείου από την πόλη, απομόνωση από τον υπόλοιπο κοινωνικό ιστό και κλείσιμο των ασθενών εντός των τειχών.

Τα τμήματα είναι μεγάλα, χωρητικότητας 60 κλινών το κάθε ένα. Υπάρχουν δωμάτια 3κλινα, μονόκλινα που αποτελούν τις απομονώσεις και κάποιοι θάλαμοι των 8-10 ατόμων. Δυνατότητα για προσωπικό χώρο δεν υπάρχει με συνέπεια κυρίως οι χρόνιοι ασθενείς να παραμένουν σε κατάσταση ακινησίας. Το Ψυχιατρείο παραμένει ένας χώρος συγκέντρωσης, ένας τεράστιος χώρος φύλαξης, όπου η ρουτίνα έρχεται γρήγορα να καλύψει και να διαστρέψει κάθε πρωτοβουλία.

Η συμβιωτική μορφή ζωής που τους προσφέρεται τους καθιστά ανίκανους να ξαναζήσουν μέσα στις τρέχουσες κοινωνικές συνθήκες.

Η ομοιότητα της αρχιτεκτονικής του Ψυχιατρείου με κτιριακές δομές στρατοπέδων, φυλακών και άλλων σωφρονιστικών ιδρυμάτων μας παραπέμπει σε καταστάσεις όπου η εσωτερική τάξη έρχεται να λειτουργήσει ως αντίδοτο στην «αναρχία», στην προκειμένη περίπτωση την «αναρχία» της τρέλας.

3.2.3 Από το 1986 έως το 2007

Στην περίοδο αυτή, προτεραιότητα έχει οι κτιριακές δομές να βρίσκονται εντός του κοινωνικού ιστού και να πληρούν προδιαγραφές που εξασφαλίζουν υψηλότερο επίπεδο διαβίωσης και λειτουργικότητας των ασθενών, σε σχέση με τις προηγούμενες χρονικές περιόδους. Βέβαια, υπάρχουν πολλά προβλήματα που αφορούν την πληρότητα των κτιριακών υποδομών

Η εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική έχει αναγνωριστεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ως η κύρια μορφή άσκησης της ψυχιατρικής αλλά και στην χώρα μας με τον νόμο 2071 του Ιουλίου 1992.

Χαρακτηριστικά κτιριακών δομών:

Βρίσκονται ενσωματωμένες στην κοινότητα. Τα κτίρια δεν διαφέρουν από τις συνήθεις κατοικίες. Παρόλα αυτά, διαπιστώνονται στην πράξη λειτουργικά προβλήματα των κτιρίων. Στα πλαίσια του ΕΣΠΑ (2007-2013), έχει γίνει αίτηση προς το Υπουργείο Υγείας έτσι ώστε να κατασκευαστεί με σύγχρονες προδιαγραφές ένας Ξενώνας για παιδιά και εφήβους με ψυχιατρικά προβλήματα.

Οι νέες συνθήκες διαβίωσης επιτρέπουν την επανάκτηση της αυτονομίας των ενοίκων μέσω της δυνατότητας για προσωπικό χώρο και χρόνο. Διαμένουν δύο σε κάθε ένα δωμάτιο, το οποίο είναι πλήρως εξοπλισμένο με ατομικούς χώρους και είδη για τον κάθε ένοικο. Η διαρρύθμιση του εσωτερικού του κτιρίου αλλά και η θέση του στην κοινότητα είναι βοηθητική για την αυτοεξυπηρέτηση τους αλλά και για την δυνατότητα ανάπτυξης ατομικών πρωτοβουλιών. Οι επαγγελματίες που εργάζονται στις εξωνοσοκομειακές δομές παίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο. Είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι και ικανοί στο να συνοδέψουν τον χρόνιο ψυχωτικό ασθενή στην διαδρομή που έχει να κάνει για να ξανακτίσει την αυτονομία του και ένα υποστηρικτικό δίκτυο κοινωνικών σχέσεων γύρω του.

Θεραπευτικός στόχος: Πρωτεύων στόχος δεν είναι τόσο η ύφεση της συμπτωματολογίας όσο ο προσανατολισμός στις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή. Ο προσδιορισμός των δυνατοτήτων του στην κάθε χρονική στιγμή και η στήριξη του από τους θεραπευτές έτσι ώστε να προσεγγίσει την μεγαλύτερη δυνατή αυτονομία του. Ο τελικός θεραπευτικός στόχος είναι η απόκτηση δεξιοτήτων που εξασφαλίζουν την δυνατότητα για ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα (στοιχεία από την επίσημη ιστοσελίδα του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ

4.1 Η αρχή της κινητοποίησης

Στην Κρήτη, παρόλο που τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια κινητικότητα Ιδεών, πρακτικών και νέων προτάσεων, ενώ διαμορφώθηκαν μια σειρά νέα στελέχη αποκατάστασης, που θα μπορούσαν να προσφέρουν πολλά σε ένα κίνημα μεταρρύθμισης του συστήματος ψυχικής υγείας, εν τούτοις δεν μπορέσαμε να βάλουμε το Θ.Ψ.Π.Χ. σε κίνηση αλλαγών. Η ασυλική νοοτροπία παραμένει κυρίαρχη και το αίτημα της κατάργησης του ψυχιατρείου και αντικατάστασης του από ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών, παραμένει ακόμα ζητούμενο (Κοκκινάκος, 2007).

Τα σκάνδαλα για το Θ.Ψ.Π.Χ. που βγήκαν στην επιφάνεια, δεν έχουν σκανδαλοθηρική σκοπιμότητα, αλλά πραγματική βάση. Είναι η κορυφή του παγόβουνου, γιατί η βία αναβλύζει από παντού, σε κάθε ολοπαγές ίδρυμα, σε κάθε ψυχιατρείο. Το άσυλο παράγει βία. Όχι μόνο σωματική, αλλά και ψυχολογική, βία θεσμική, βία καθημερινή σε όλα τα επίπεδα. Αλλά και βία από τους έγκλειστους ως μια μοναδική πράξη ελευθερίας από τους ίδιους. Ο, τι βγήκε στην επιφάνεια στα Χανιά, δεν αφορά μόνο τα Χανιά. Ο, τι βγήκε παλιότερα στην Λέρο, δεν αφορούσε μόνο τη Λέρο. Αφορούν όλα τα ψυχιατρεία και αφορούν τελικά την ιδρυματική ψυχιατρική, αφορούν την ψυχιατρική (Κοκκινάκος, 2007).

Γι' αυτό, το αίτημα για την υπέρβαση των ψυχιατρείων, είναι περισσότερο επίκαιρο από ποτέ [...] δυστυχώς όμως, δεν έχει αναπτυχθεί μια νέα αντιδρυματική ψυχιατρική κουλτούρα και αυτό είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο για αλλαγές (Κοκκινάκος, 2007).

Ο, τι δομές έγιναν, αυτές λειτουργούν συμπληρωματικά στο άσυλο. Παραθέτω μερικά παραδείγματα:

Όπως ξέρετε το ψυχιατρείο Χανίων είναι το μοναδικό ψυχιατρείο στην Κρήτη και νοσηλεύει ασθενείς από όλη την Κρήτη και ελάχιστους εκτός Κρήτης. Πριν 15 χρόνια ήταν η μοναδική δομή ψυχικής υγείας. Όταν δημιουργήθηκε η ψυχιατρική κλινική στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και τα εξωτερικά ιατρεία στο

Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου (οι πρώτες κοινοτικές δομές), αυξήθηκαν οι εισαγωγές στα τμήματα του ψυχιατρείου Χανίων (Κοκκινάκος, 2007).

Στο ΠΑ.Γ.Ν.Η., το 2003, νοσηλεύτηκαν 376 ασθενείς. Παραπέμφθηκαν με την διαδικασία της εισαγωγής 335 ασθενείς. Δηλαδή 1 στους 2 από το ΠΑ.Γ.Ν.Η. νοσηλεύεται με εισαγγελική παραγγελία. Γίνεται εισαγγελική παραγγελία για να τους παραπέμψουν στο Ψυχιατρείο (Κοκκινάκος, 2007).

Στην ουσία πρόκειται για ψευδοαναγκαστικές νοσηλείες. Απλώς βρίσκουν ένα τρόπο να επιλέξουν, να ξεχωρίσουν, να εγκαταλείψουν ασθενείς που δεν ταιριάζουν στην κλινική του ΠΑ.Γ.Ν.Η.. Στο Νομό Χανίων η αναλογία αναγκαστικής – εκούσιας νοσηλείας είναι 1 προς 4 (Κοκκινάκος, 2007).

Όταν μπαίνει το θέμα της τομεοποίησης και το θέμα της κατάργησης του Ψυχιατρείου, οι αντιδράσεις είναι μεγαλύτερες από του άλλους τρεις Νομούς παρά από τους επαγγελματίες του Ν. Χανίων, χωρίς όμως να λείπουν και στο Ν. Χανίων οι αντιδράσεις και η υπεράσπιση της ιδρυματικής ψυχιατρικής με πλάγιους τρόπους. Οι ξενώνες που έγιναν για το «Ψυχαργός» και την στιγμή αυτή λειτουργούν σε όλη την Κρήτη, είτε υπολειτουργούν, είτε λειτουργούν ιδρυματικά, αλλά κυρίως δεν λειτουργούν και δεν εντάσσονται σε μια λογική υπέρβασης των ιδρυματικών αντανεκλαστικών (Κοκκινάκος, 2007).

4.1.2 Το Ψυχιατρείο, ο ρόλος του και η προοπτική του

Οι κοινωνικές σχέσεις στο Ψυχιατρείο ακρωτηριάζονται και ακολουθεί η ιδρυματική σταδιοδρομία και μια ζωή χωρίς νόημα. Η φυσική κοινωνική και ελεύθερη ζωή ακολουθείται από περιορισμούς, κοινή στρατοπεδική διαβίωση, έλλειψη προσωπικού γούστου, προσωπικού χώρου και προσωπικής επιθυμίας. Η κοινωνική ζωή δίνει την θέση στην ήσυχη ζωή του ασύλου όπου ο έγκλειστος περνά ολόκληρο τον καθημερινό κύκλο της ζωής του υπό καθεστώς συλλογικής πειθαρχίας. Απογυμνωμένος από επιβεβαιώσεις, ικανοποιήσεις και άμυνες υφίσταται ένα σύνολο εξευτελιστικών εμπειριών. Περιορισμό των ελευθεριών, κοινή διαβίωση, αυθαιρεσίες της διοικητικής, νοσηλευτικής και ψυχιατρικής εξουσίας (Κοκκινάκος, 2007).

Η έλλειψη χώρου ψυχαγωγίας, η μη αίσθηση προσωπικού χώρου, το ομαδικό συσσίτιο, η έλλειψη μαχαιροπήρουνων (ο μύθος της επικινδυνότητας) συνιστούν τις πλέον ταπεινωτικές ηθικές εμπειρίες. Η εύνοια της εξουσίας και η απόκτηση των καθημερινών ψευδοπρονομίων των εγκλειστών, είναι ότι απέμεινε από τους στόχους και τα όνειρα της ελεύθερης ζωής. Κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα δεν υπάρχουν. Η ιδρυματική ψυχιατρική δεν ενδιαφέρεται για τα δικαιώματα των αρρώστων που λόγω της ψυχικής αναπηρίας, δεν μπορούν να τα διεκδικήσουν, και πολύ περισσότερο να τα καρπωθούν (Κοκκινάκος, 2007).

Αντίθετα στο άσυλο όλα θυμίζουν στον άρρωστο ότι έχει ελάχιστη αξία. Ο εξαναγκασμός να τρώνε όλες τις τροφές με κουτάλι, να μην χρησιμοποιούν μαχαίρι, να μην πίνουν νερό σε γυάλινο ποτήρι, συνιστά τον πιο ακραίο εξευτελισμό (Κοκκινάκος, 2007).

Το ιατρικό απόρρητο, ενώ παραβιάζεται καθημερινά αφού ο ασθενής εξετάζεται τις περισσότερες φορές παρουσία πολλών μελών του προσωπικού, από την άλλη χρησιμοποιείται για να καλύψει την αθλιότητα του ασύλου και την ανεπάρκεια ή αυθαιρεσία της ψυχιατρικής (Κοκκινάκος, 2007).

4.1.3 Το παράδειγμα της Κρήτης στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Κατ' αρχήν θα πρέπει να γίνει μια πολύ σύντομη αναφορά για την υπάρχουσα κατάσταση στην Περιφέρεια Κρήτης, πριν το κλείσιμο του ψυχιατρείου, αλλά και πριν το 1990. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, και ενώ είχε αρχίσει να εφαρμόζεται ο κανονισμός της Ε.Κ. ο 815, το Θ.Ψ.Π.Χ., κάλυπτε τις ανάγκες του νησιού σε νοσοκομειακές νοσηλείες, αλλά και σε αιτήματα οποιασδήποτε θεραπείας, αφού σε ολόκληρη την περιφέρεια υπήρχαν ελάχιστες δομές. Στο Θ.Ψ.Π.Χ. λοιπόν νοσηλευόταν ο μεγάλος όγκος των ψυχωσικών ασθενών (Κοκκινάκος, 2007).

Δεν υπήρχε καμία τομεοποίηση αφού όλοι οι νομοί αναφέρονται στο ψυχιατρείο όταν πρόκειται για νοσοκομειακή νοσηλεία, αλλά τούτο εξακολούθησε να ισχύει και όταν το Ηράκλειο απέκτησε ψυχιατρική κλινική στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Η ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ ακολούθησε την πεπατημένη. Επέλεγε, διαχώριζε, ξεχώριζε ποιους ασθενείς θα κρατήσει και για νοσηλεία και ποιους θα παραπέμψει για το άσυλο της Σούδας (Κοκκινάκος, 2007).

Στην πράξη σχεδόν όλοι οι ψυχωσικοί παραπέμπονται στο ψυχιατρείο για νοσηλεία ενώ στην κλινική του ΠΑΓΝΗ εισαγόταν για θεραπεία ελαφρές περιπτώσεις, νευρωσικοί ή περιστατικά που κρινόταν από τους ψυχιάτρους ως «κατάλληλα» για το Γενικό Νοσοκομείο. Έτσι σιγά-σιγά και από την αρχή στην Κρήτη, είχε εμπεδωθεί και είχε λειτουργήσει το λεγόμενο «παράλληλο μοντέλο» με επιλογές περιστατικών. Αυτό βέβαια είχε επεκταθεί και στην λειτουργία και άλλων δομών, όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Αυτή η κατάσταση δεν αμφισβητείται πλέον, δεν υπάρχει κίνημα που να ζητάει αλλαγές και δεν υπάρχει θεραπευτική συνέχεια. Υπήρχαν ασθενείς που ξεκινούσαν από το Νομό Λασιθίου και έρχονταν στα Χανιά για να πάρουν μια συνταγή ψυχιάτρου, ξοδεύοντας την μισή σύνταξη του Ο.Γ.Α. (Κοκκινάκος, 2007).

Από την άλλη, χρειάζεται να γίνει μια πολύ σύντομη περιγραφή για το τι υπήρχε εντός των τειχών. Ποια ήταν η κατάσταση μέσα στο ψυχιατρείο. Ο παραλληλισμός του ψυχιατρικού ασύλου με αλλά παρεμφερή «κλειστά» ιδρύματα, όπως οι φυλακές, τα στρατόπεδα και η μελέτη των κοινών χαρακτηριστικών τους όπως η απώλεια του εαυτού και η πλήρης αλλοτρίωση, που συνιστούν την «ηθική σταδιοδρομία» του ασθενή του ψυχιατρείου, η λαθροβίωση και κυρίως το χαρακτηριστικό ότι «τίποτα που αφορά έστω ελάχιστα την ζωή του ασθενούς δεν μπορεί να θεωρηθεί εκτός της

αρμοδιότητας του ψυχιατρείου», είναι τα σημεία που επικεντρώνει την έρευνα του, στο βιβλίο του «Τα Άσυλα», ο Έρβιν Γκόφμαν. Έχουν γραφτεί τόσα πολλά που και να προσπαθήσουμε να περιγράψουμε τις μεσαιωνικές συνθήκες ζωής των εγκλειστών στο ψυχιατρείο, που πολύ φοβάμαι ότι οι λέξεις δεν αρκούν (Κοκκινάκος, 2007).

Μόνο με την διαμεσολάβηση της ψυχιατρικής οι παραβιάσεις ατομικών δικαιωμάτων που γίνονται μέσα στο ψυχιατρείο πολιτογραφούνται ως θεραπεία και όχι ως ποινικό αδίκημα. Εμείς συνδύασαμε την δράση μας από την αρχή της προσπάθειας στην κριτική του ασύλου, στην κριτική του θεσμού του ιδρύματος και επομένως στην κριτική σε όλα τα συμφραζόμενα με αυτό. Μέχρι τότε ο ρόλος του ψυχιατρείου δεν αμφισβητείτο, όμως τώρα άρχισε να μπαίνει σε συζήτηση ο ρόλος του ασύλου [...](Κοκκινάκος, 2007).

Εμείς από την αρχή επιμέναμε να εννοούμε την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ως:

1. Αναίρεση, υπέρβαση του ασύλου και την αντικατάσταση του από ένα δίκτυο κοινοτικών δομών που θα απαντά σε κάθε ψυχιατρικό αίτημα στην γεωγραφική περιοχή ευθύνης του, στον τομέα, χωρίς παραπομπές και χωρίς επιλογές ασθενών.
2. Ουσιαστική αμφισβήτηση του ψυχιατρικού παραδείγματος και αλλαγής του, που είναι το ουσιαστικό διακύβευμα της μεταρρύθμισης. Επαναορισμό της έννοιας της θεραπείας, πέρα από μια σωστή φαρμακευτική αγωγή ή ψυχοθεραπεία (Κοκκινάκος, 2007).

Με βάση αυτές τις θεωρητικές παραδοχές προχωρήσαμε την προσπάθεια πριν ακόμα το 1990. Και επειδή η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Κρήτη, έγινε γνωστή την τελευταία περίοδο και κυρίως τον Σεπτέμβριο του 2004, θα πρέπει να αναφερθώ επιγραμματικά στο παρελθόν (Κοκκινάκος, 2007).

Στην πραγματικότητα οι περίοδοι του μεταρρυθμιστικού κινήματος στην Κρήτη είναι:

- A. Εποχή της αθεωρητικής δράσης 1984 - 1989
- B. Περίοδος της Επανάταξης 1989 - 1997
- Γ. Περίοδος της 3^{ης} ψυχιατρικής Κλινικής 1997 - 2004

Δ. Περίοδος της ΤΕΨΥ 2000 - 2004

Ε. Τελευταία περίοδος 2004 - 2006

Α. Εποχή της θεωρητικής δράσης 1984 – 1989

Την εποχή αυτή έχει ήδη αρχίσει να εφαρμόζεται ο κανονισμός 815 της Ε.Κ. και στο ψυχιατρείο Χανίων είχαν αρχίσει να υλοποιούνται και να λειτουργούν μερικά προγράμματα (Κοκκινάκος, 2007).

Είχε κατασκευαστεί ένα θερμοκήπιο, το οποίο δεν λειτουργούσε και ούτε επρόκειτο να λειτουργήσει αφού 4-5 χρόνια μετά την κατασκευή του είχε αρχίσει να καταστρέφεται. Υποτίθεται ότι στο θερμοκήπιο θα γινόταν επαγγελματική κατάρτιση των ασθενών του Θ.Ψ.Π.Χ. (Κοκκινάκος, 2007).

Λειτουργούσε μια μονάδα βραχείας νοσηλείας 12 κλινών, αλλά στα πλαίσια του ενός από τους δυο τομείς, χωρίς διασύνδεση με τις κλινικές, χωρίς συντονισμό και με ειδικό πρωτόκολλο αποκλεισμού των ασθενών που νοσηλευόταν με εισαγγελική παραγγελία! (Κοκκινάκος, 2007).

Λειτουργούσε στα πλαίσια του ενός τομέα ένα πειραματικό κέντρο ψυχικής υγείας, από τον οποίο ο έτερος ψυχιατρικός τομέας ήταν αποκλεισμένος. Ένα πρόγραμμα αγοράς ενός ξενώνα στην πόλη είχε χαθεί, αφού παράγοντες είχαν αντιδράσει επειδή θα υποβαθμιζόταν η περιοχή (Κοκκινάκος, 2007).

Το χαρακτηριστικό της Α' περιόδου είναι η έλλειψη θεωρίας και στόχων, γι' αυτό και την χαρακτηρίζω αθεωρητική περίοδο. Όσες δομές έγιναν, λειτούργησαν ασύνδετα, αποσπασματικά και όχι ενταγμένες σε ένα στρατηγικό σχέδιο αλλαγής της ψυχιατρικής περίθαλψης (Κοκκινάκος, 2007).

B. Περίοδος της Επανάταξης 1989 - 1997

Ήταν ίσως η πιο γόνιμη, η πιο κριτική περίοδος της παρανομίας όπως λένε παλαιοί μου συνεργάτες. Η πιο ρεαλιστική αλλά και αποδοτική ιδέα ήταν η ιδέα της επανάταξης. Πήραμε από τον σωρό των 250 χρόνιων ασθενών τους 12 πρώτους 12 ασθενείς, χρόνιους με ενεργό παθολογία με μοναδικό κριτήριο την παντελή έλλειψη οπουδήποτε κοινωνικού υποδοχέα. Επομένως αυτοί οι ασθενείς δεν θα έπαιρναν ποτέ εξιτήριο (Κοκκινάκος, 2007).

Τους εγκαταστήσαμε σε έναν ιδιαίτερο χώρο και με μια ομάδα επαγγελματιών αρχίσαμε να λειτουργούμε ως «θεραπευτική κοινότητα». Δώσαμε βάρος στις συνθήκες διαβίωσης, στα δικαιώματα και ελευθερίες των εγκλειστών, στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού (Κοκκινάκος, 2007).

Πραγματοποιήσαμε αναρίθμητες εκδηλώσεις, εντός του ψυχιατρείου αλλά και εκτός, με στόχο να αποκτήσουμε συμμάχους για τις μάχες που θα ερχόταν, αλλά και για να ευαισθητοποιήσουμε την κοινότητα στα αιτήματα της μεταρρύθμισης (Κοκκινάκος, 2007).

Επικεντρώσαμε στο πεδίο της ελευθερίας ως μοναδικού πεδίου θεραπείας. Μιλούσαμε για την διπλή φύση της ψυχοπαθολογίας (της ψυχοπαθολογίας της αρρώστιας και της ψυχοπαθολογίας του ασύλου). Κριτικάραμε τον όρο της επικινδυνότητας. Άρχισε να αμφισβητείται το άσυλο ως χώρος και τρόπος θεραπείας. Άρχισε να αμφισβητείται το ανίατο της ψυχικής ασθένειας (Κοκκινάκος, 2007).

Η επανάταξη αποτέλεσε ένα ζωντανό χώρο, ένα εργαστήριο αποϊδρυματισμού, όπου μεταβολίστηκαν οι πιο γόνιμες ιδέες για τον χώρο. Πέραν του ότι βέβαια ήταν ο χώρος όπου οι ασθενείς ζούσαν σαν ελεύθεροι, αυτόνομοι, αυτεξούσιοι πολίτες (Κοκκινάκος, 2007).

Ήταν ένας τόπος και ένας τρόπος που το «φως εκείνης της περιόδου δεν ήταν δανεικό», όπως λέει και F. Pessoa σε ένα στίχο του. Εκείνη την περίοδο μπήκαν οι βάσεις για ο, τι ακολούθησε μετέπειτα (Κοκκινάκος, 2007).

Τότε οι ιδέες του ξενώνα, του οικοτροφείου και του θεραπευτικού διαμερίσματος ξένιζαν και φόβιζαν. Ο ρόλος της θεραπείας περιοριζόταν στα πλαίσια της

ιδρυματικής εργασιοθεραπείας στα πλαίσια της μαύρης, απλήρωτης εργασίας, που γινόταν στα τμήματα (Κοκκινάκος, 2007).

Αυτήν την περίοδο λειτούργησαν και τα 2 πρώτα θεραπευτικά διαμερίσματα και οι πρώτες θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες. Οι ασθενείς της «επανένταξης» κατοίκησαν σε δυο διαμερίσματα έξω στην πόλη των Χανίων και μαζί με άλλους εργάζονταν στις ΘΕ.ΣΥ.ΜΟ.. οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες ήταν: 1 θερμοκήπιο, 1 αργαλειός-ραφείο, 1 ξυλουργείο, 1 καφενείο στην πόλη η «5^η Εποχή», 1 καφέ μέσα στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χ. «Η Θαυματουργία», ένα δεύτερο καφέ «Το Σύννεφο Με Παντελόνια», το οποίο λόγω έλλειψης προσωπικού λειτούργησε για λίγο χρονικό διάστημα, 1 καλλιτεχνικό εργαστήριο, 1 κατάστημα με είδη δώρων (Κοκκινάκος, 2007).

Στο πλέγμα των ΘΕ.ΣΥ.ΜΟ. την εποχή της ακμής απασχολούνταν πάνω από 30-40 ασθενείς. Ήταν γι' αυτούς μια μόνιμη αμειβόμενη θέση εργασίας. Πέρα απ' αυτό όμως οι ΘΕ.ΣΥ.ΜΟ. λειτουργούσαν και σαν ένα ζωντανό παράδειγμα ότι αρρώστια και ανικανότητα για εργασία δεν πάνε παράλληλα, ότι ο ασθενής μπορεί να εργαστεί και να είναι παραγωγικός (Κοκκινάκος, 2007).

Γ. Περίοδος της 3^{ης} ψυχιατρικής Κλινικής 1997 - 2004

Αυτή η περίοδος χαρακτηρίζεται κυρίως από το γεγονός ότι το κλίμα, το ύφος και οι θεωρητικές παραδοχές της 2^{ης} περιόδου της επανένταξης, διαχέονται στα πλαίσια μιας ολόκληρης κλινικής (Κοκκινάκος, 2007).

Πράγματι, την περίοδο εκείνη, αναλαμβάνοντας την Διεύθυνση της 3^{ης} Ψυχιατρικής Κλινικής του Θ.Ψ.Π.Χ. προσπαθήσαμε να λειτουργήσουμε διαφορετικά από το κλίμα του ψυχιατρείου, αντιϊδρυματικά, αλλά και κριτικά προς τις αξίες της ιδρυματικής ψυχιατρικής. Επιγραμματικά την περίοδο αυτή έγιναν τα εξής:

Καθιερώθηκαν μεικτά τμήματα στην κλινική. Μειώσαμε το χρόνο νοσηλείας από 45 ημέρες το 1997 σε 18 ημέρες το 2000. Λειτουργούσε σε όλα τα πλαίσια των τμημάτων της κλινικής η θεραπευτική ομάδα. Όλα τα τμήματα της κλινικής ήταν ανοιχτά. Τοποθετήσαμε πόμολα σε πόρτες και παράθυρα. Αλλαγή χρωμάτων, καθρέπτες, μουσική, εκθέσεις ζωγραφικής, εντός των χώρων νοσηλείας (Κοκκινάκος, 2007).

Δόμηση και λειτουργία του «πρωτοκόλλου καθήλωσεων». Οποιοδήποτε περιοριστικό μέτρο, λαμβανόταν από το γιατρό, καταγραφόταν, αιτιολογούνταν και την επόμενη η θεραπευτική ομάδα συζητούσε. Αποτέλεσμα αυτής της παρέμβασης ήταν τα περιοριστικά μέτρα της καθήλωσης να υποδεκαπλασιαστούν εντός 6 μηνών (Κοκκινάκος, 2007).

Η κλινική επικέντρωσε την δράση της σε ένα τμήμα χρόνιων γυναικών, το 6^Α Γυναικών. Εκεί 58 γυναίκες ζούσαν κάτω από άθλιες συνθήκες για πολλά χρόνια. Εκεί δούλεψε περίπου το 1/3 του δυναμικού της κλινικής για περίπου 5 χρόνια, με συγκεκριμένο πρόγραμμα, ατομικά θεραπευτικά πλάνα και θεραπευτική ομάδα. Αποτέλεσμα: Όλες οι γυναίκες βγήκαν και κατοικούσαν εκτός και το τμήμα 6^Α ήταν το πρώτο τμήμα που έκλεισε. Το 6^Α Γυναικών έγινε «πρότυπο» και ευκαιρία για καλλιέργεια δημοσίων σχέσεων του Θ.Ψ.Π.Χ. (Κοκκινάκος, 2007).

Η κλινική λειτούργησε 8 χρόνια χωρίς κλινική χρόνια ανδρών. Κανείς νέος χρόνιος δεν έμεινε εντός του Θ.Ψ.Π.Χ. από την 3^η ψυχιατρική κλινική! Αυτό ήταν μια πρακτική απόδειξη ότι ο χρόνιος κατασκευάζεται από την ψυχιατρική και ότι το ρεπερτόριο της πραγματικής ζωής είναι πιο πλούσιο από το ρεπερτόριο λύσεων που επεξεργάζεται το μυαλό του ψυχιάτρου. Κάθε φορά που είχαμε έναν ασθενή, που κινδύνευε να μείνει μέσα, το θέταμε ως πρόβλημα εμπρός μας και πάντα βρίσκαμε μια λύση. Αν διαθέταμε τμήμα χρόνιων, προφανώς θα είχαμε διαμορφώσει άλλες απόψεις και προφανώς θα το είχαμε γεμίσει (Κοκκινάκος, 2007).

Δ. Περίοδος της ΤΕΨΥ 2000 - 2004

Εν τω μεταξύ θεσμοθετείται η ΤΕΨΥ. Η ΤΕΨΥ Ν. Χανίων δραστηριοποιείται έντονα και όλος αυτός ο διάσπαρτος προβληματισμός για την μεταρρύθμιση στα Χανιά και την Κρήτη, μορφοποιείται σε ένα σχέδιο αλλαγών. Η ΤΕΨΥ διαμόρφωσε μια δέσμη προτάσεων που κατατείνει στην υπέρβαση του Θ.Ψ.Π.Χ. (Κοκκινάκος, 2007).

Όμως παρά το ότι υπάρχει ένα καλά μελετημένο σχέδιο αλλαγών, παρά το ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός επαγγελματιών και εργαζομένων που ζητά την μεταρρύθμιση, εν τούτοις η διγλωσσία της πολιτικής, η αμφιθυμία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, η αρνητική στάση των ψυχιάτρων και η αδιαφορία των Διοικήσεων του Θ.Ψ.Π.Χ., καταδικάζουν τα ψυχιατρικά δρώμενα σε ακινησία. Από την αρχή της

Α' φάσης του Ψυχαργός, παρά το ότι το Θ.Ψ.Π.Χ. είναι ένα ψυχιατρείο με έντονη δραστηριότητα και κινητικότητα, τα πράγματα κινούνται μάλλον προς την κατεύθυνση της διατήρησης του ασύλου (Κοκκινάκος, 2007).

Παρά το γεγονός ότι σε επίπεδο υπουργείου και λόγω των πιέσεων από την Ε.Κ., το ψυχιατρείο Χανίων υπολογίζεται ως ένα από τα τέσσερα μικρότερα ψυχιατρεία που πρέπει να κλείσουν, τοπικά δεν κινούμαστε προς αυτή την κατεύθυνση. Ο πρόεδρος του Θ.Ψ.Π.Χ. απορεί πως είναι δυνατόν, μια ολόκληρη περιφέρεια να υπάρξει χωρίς ψυχιατρείο και κριτικάρι ως ανεύθυνος όσους σχεδίασαν το πλάνο. Ο προηγούμενος δε επί 8 χρόνια πρόεδρος του Θ.Ψ.Π.Χ. ανοιχτά μιλούσε για κατάργηση και στις συσκέψεις έλεγε ότι το ψυχιατρείο δεν πρόκειται να κλείσει ποτέ. Αυτή η διγλωσσία βέβαια χαρακτήριζε ολόκληρο το σύστημα Διοίκησης και πολιτικής (Κοκκινάκος, 2007).

Έτσι οι προτάσεις της ΤΕΨΥ ουδόλως είχαν ληφθεί υπόψιν, το σχέδιο της ΤΕΨΥ μιλούσε για κατάργηση του Θ.Ψ.Π.Χ..

Το σχέδιο της ΤΕΨΥ, που πάνω του στηρίχτηκε ολόκληρο το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα στην Κρήτη, προέβλεπε:

Κινήσεις και δράσεις εντός του Θ.Ψ.Π.Χ..

Κινήσεις και δράσεις εντός του Νομού Χανίων.

Κινήσεις και δράσεις για την Κρήτη.

Η δέσμη προτάσεων για το Θ.Ψ.Π.Χ. περιλάμβανε:

Δημιουργία τομέα χρόνιων

Επιτροπή εξέτασης εισόδου ασθενούς στον τομέα χρόνιων.

Κριτήρια εισόδου ασθενούς. Κατά αυτόν τον τρόπο θα έφευγε η δυνατότητα χειρισμού κάποιου ως χρόνιου και θα περιερχόταν σε επιτροπή πολλών επαγγελματιών σε επίπεδο νοσοκομείου, η οποία θα συνεδρίαζε γι' αυτό δυο φορές το χρόνο (Κοκκινάκος, 2007).

Δημιουργία ομάδας στεγαστικής αποκατάστασης η οποία συντονίζεται από πολυκλαδική ομάδα. Έτσι οι διάσπαρτες δομές δορυφοροποιημένες με τις κλινικές,

θα λειτουργούσαν οργανωμένα, συντονισμένα, υπό ενιαία διεύθυνση, θεραπευτικούς στόχους και προσανατολισμό (Κοκκινάκος, 2007).

Δορυφοροποίηση κάθε νομού της Κρήτης με συγκεκριμένες κλινικές του Θ.Ψ.Π.Χ., ως ένα καθεστώς τομεοποίησης. Ήταν ένα σημείο με έντονες κριτικές και αρνήσεις, κυρίως από τους ψυχιάτρους, οι οποίοι επικαλούντο το θεραπευτικό συνεχές, αλλά στην ουσία δεν ήθελαν την τομεοποίηση. Διότι η τομεοποίηση δεν είναι μια απλή Διοικητική πράξη, αλλά μια άλλη ψυχιατρική. Ψυχιατρική της ευθύνης, θεμελιώδης, θεραπευτική, αρχή για θεραπευτική συνέχεια και ολοκληρωμένη φροντίδα (Κοκκινάκος, 2007).

Αυτές περίπου ήταν οι προτάσεις της ΤΕΨΥ, οι οποίες παρέμειναν στο συρτάρι για πάνω από 3 χρόνια. Παράλληλα η ΤΕΨΥ είχε επεξεργαστεί ένα σχέδιο για την δόμηση και λειτουργία δομών σε κάθε νομό της Κρήτης. Έτσι σε κάθε νομό προέβλεπε το σχέδιο της λειτουργίας ενός Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου και ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Έτσι κάθε νομός όταν θα αναπτύξει τις δικές του δομές, θα σταματήσει τη λειτουργία της η δορυφοροποιημένη κλινική του Θ.Ψ.Π.Χ. που μέχρι τότε εξυπηρετούσε το νομό. Έτσι θα αποφεύγαμε το παράλληλο μοντέλο (Κοκκινάκος, 2007).

Ε. Τελευταία περίοδος 2004 - 2006

(Η εποχή των σκανδάλων και των μεγάλων ανατροπών)

Φτάνουμε στο καλοκαίρι του 2004, εποχή κατά την οποία στο Θ.Ψ.Π.Χ. ξεσπούν τα σκάνδαλα. Όλη η Ελλάδα μαθαίνει για το Ψυχιατρείο Χανίων. Τα ακραία γεγονότα παραβίασης δικαιωμάτων ασθενών λειτουργούν ως καταλύτης. Τα Μ.Μ.Ε. καθημερινά αναφέρονται σε αυτά. Η αρχιτεκτονική της εξουσίας εσωτερικά στο χώρο του ψυχιατρείου αλλάζει. Η εξουσία ανακατανέμεται. Οι πόλοι εξουσίας αναδιαμορφώνονται. Οι ψυχίατροι χάνουν εξουσία, απαιτούν λόγο και οι άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ενδεχομένως δεν είναι τυχαίο που στην Ελλάδα δρομολογούνται αλλαγές μετά από κάποιο σκάνδαλο. Μήπως δεν έγινε έτσι και παλιότερα στη Λέρο; (Κοκκινάκος, 2007).

Η Διοίκηση – νέα τότε στα καθήκοντα της – προσπαθεί να προσανατολιστεί στο χώρο και στα δρώμενα. Η ΤΕΨΥ ξαναπροβάλλει τις προτάσεις της. Έχει σχεδόν

έτοιμο σχέδιο, αλλά υπάρχει πλέον και ένας ικανός αριθμός επαγγελματιών που είναι έτοιμος και αποφασισμένος να στηρίξει τις αλλαγές. Στις στοχεύσεις του Υπουργείου συγκαταλέγεται και το Ψυχιατρείο Χανίων, ως ένα από τα ψυχιατρεία που πρέπει να κλείσουν. Η Διοίκηση υιοθετεί τις προτάσεις της ΤΕΨΥ και το μεταρρυθμιστικό σχέδιο μπαίνει μπροστά. Προβλέπεται ένα προκαταρκτικό στάδιο εσωτερικού μετασχηματισμού στο Θ.Ψ.Π.Χ. και τρία εξάμηνα δόμησης και λειτουργίας κοινοτικών δομών, όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες. Παραθέτονται επίσης και τα κριτήρια εισόδου ασθενών στο τμήμα μακράς παραμονής όπως και στο στεγαστικό πλέγμα (Κοκκινάκος, 2007).

4.1.4 Προκαταρκτικό στάδιο Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2004

Δημιουργία συντονιστικής ομάδας για τις δομές στεγαστικής αποκατάστασης (Μονάδα Στεγαστικής Αποκατάστασης).

Δημιουργία Τομέα Χρόνιων Ασθενών, βάση πρωτόκολλου διαχωρισμού χρόνιων από τους οξείς ασθενείς.

Τομεοποίηση – Δορυφοροποίηση των κλινικών. Κάθε κλινική δορυφοροποιείται με ένα νομό.

Δημιουργία 4 κλινικών οξέων περιστατικών με 20 κλίνες εκάστη.

Λειτουργία Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας με διακονικό χαρακτήρα (Μονάδα Βραχείας).

Δημιουργία επιτροπής εισόδου νέων χρόνιων περιστατικών

Μέτρα κατά της βίας (καθηλώσεις-απομονώσεις)

Α' ΕΞΑΜΗΝΟ 2005

1 Οικοτροφείο στο Ηράκλειο

1 Μετανοσοκομειακός Ξενώνας στο Ηράκλειο

1 Οικοτροφείο στο Ρέθυμνο

Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Χανίων

Ολοκληρωμένη λειτουργία Κέντρου Ψυχικής Υγείας Χανίων (Λειτουργία Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων)

Λειτουργεί Κέντρου Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου

Μελέτη για ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Νομού Χανίων (αξιολόγηση των ήδη υπαρχόντων θεραπευτικών συνεταιρισμών και διαμόρφωση πρότασης για την έναρξη και το πεδίο δραστηριοτήτων)

Μεταφορά πλυντηρίου αυτοκινήτων και καντίνας στο Γ.Ν.Χ.

Β' ΕΞΑΜΗΝΟ 2005

Λειτουργία Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου (15 κλίνες)

Λειτουργία Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου (15 κλίνες)

Λειτουργία Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Βενιζελείου (15 κλίνες)

Λειτουργία Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Χανίων (25 κλίνες)

Διακοπή μεταφοράς των εισαγγελικών Εντολών αναγκαστικής νοσηλείας από άλλους νομούς στο Θ.Ψ.Π.Χ.

Κλείσιμο Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Ρεθύμνου

Α' ΕΞΑΜΗΝΟ 2006

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Λασιθίου

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Ηρακλείου

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Ρεθύμνου

Τμήμα 30 χρόνιων ασθενών εντός του Θ.Ψ.Π.Χ. κλειστό, υπό την μορφή ενός ξενώνα εντός των εγκαταστάσεων του Θ.Ψ.Π.Χ., ο οποίος θα έχει την λειτουργία των εξωτερικών στεγαστικών δομών.

ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Νομού Ηρακλείου

ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Νομού Λασιθίου

Τομεοποίηση εντός νομού

Ομάδα παρέμβασης στην Κρίση

Μεταφορά Παθολογικού, Νευρολογικού και Εργαστηρίων στο Γ.Ν. Χανίων (Κοκκινάκος, 2007).

4.1.5 Κριτήρια εισόδου χρόνιων ασθενών στη μονάδα μακράς παραμονής

Παντελής και αποδεδειγμένη έλλειψη-απουσία κοινωνικών ή άλλων υποδοχέων. Αυτή θα διασφαλίζεται από την Κοινωνική Υπηρεσία υπό την ευθύνη της Προϊσταμένης των Κοινωνικών Λειτουργιών, κατόπιν έγγραφης εισήγησης της. Αν δεν πληρείται αυτό το κριτήριο, δεν θα γίνεται περαιτέρω συζήτηση και αυτομάτως θα απορρίπτεται η αίτηση.

Αποκλεισμός άνοιας και άλλων χρόνιων οργανικών ψυχοσύνδρομων.

Διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης μείζονος διαταραχής, βάση των κριτηρίων ICD-10 ή DSM-IV.

Σημαντικού βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας. Η μέτρηση της να γίνεται με την κλίμακα GAF. Να γίνονται δεκτοί όσοι ασθενείς αντιστοιχούν σε βαθμό λειτουργικότητας από 0 έως 30. Επίσης θα χρησιμοποιηθούν και άλλα εργαλεία από τους επαγγελματίες της θεραπευτικής ομάδας, αντίστοιχα με τον τομέα τους. Αυτά θα διευκρινιστούν στην 2^η συνεδρίαση της Επιτροπής.

Πιο ειδικά:

1. Να έχει προηγηθεί τουλάχιστον ένα βμηνο έως ένας χρόνος συνεχόμενης νοσοκομειακής νοσηλείας σε τμήμα οξέων, που να οφείλεται σε μη ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία και όχι σε άλλους λόγους, πχ κοινωνικούς.
2. Συνολική διάρκεια νόσου μεγαλύτερη από 5 χρόνια.
3. Ηλικία μεγαλύτερη των 45 χρονών.

4.1.6 Κριτήρια εισόδου χρόνιων ασθενών στο στεγαστικό πλέγμα

Εισέρχεται κάποιος ασθενής εφόσον και όταν υπάρχει κενή θέση σε κάποια δομή.

Διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης μείζονος διαταραχής ή νοητικής υστέρησης, βάση των κριτηρίων ICD-10 ή DSM-IV.

Αποκλεισμός άνοιας και άλλων χρόνιων οργανικών ψυχοσύνδρομων.

Παντελής και αποδεδειγμένη έλλειψη-απουσία κοινωνικών ή άλλων υποδοχέων. Αυτή θα διασφαλίζεται από την Κοινωνική Υπηρεσία υπό την ευθύνη της Προϊσταμένης των Κοινωνικών Λειτουργιών, κατόπιν εγγραφής εισήγησης της. Αν δεν πληρείται αυτό το κριτήριο, δεν θα γίνεται περαιτέρω συζήτηση και αυτομάτως θα απορρίπτεται η αίτηση (Κοκκινάκος, 2007).

Η πρόταση για εισαγωγή ασθενών στο ΤΑΚΨ γίνεται μόνο από την Μονάδα Μακράς Παραμονής για όσο καιρό υφίσταται αυτή. Μετά την λήξη της λειτουργίας της, όπως αυτή προβλέπεται από την Μεταρρυθμιστική Διαδικασία οι ασθενείς θα προτείνονται από το Ψ.Τ.Γ.Ν., Κ.Ψ.Υ. και από άλλες δομές Ψυχικής Υγείας. Οι αιτήσεις γίνονται εγγράφως με στοιχεία που αφορούν την παθολογία, την λειτουργικότητα, το εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο και τις ιδιαιτερότητες του ασθενή (Κοκκινάκος, 2007).

Οι ασθενείς εισέρχονται μόνο κατόπιν έγκρισης από την αρμόδια Επιτροπή, όπως αυτή ορίζεται από την υπ' αριθμόν 2/18.1.2005 Απόφαση του Διοικητή του Θ.Ψ.Π.Χ. και θα συνεδριάζει μια φορά το μήνα όπως ορίζεται στην απόφαση (Κοκκινάκος, 2007).

Δεν πρέπει να υπάρχει έντονα διαταρακτική συμπεριφορά του υποψήφιου ενοίκου ή ψυχοπαθολογία που δεν επιτρέπει την συμβίωση με άλλους ενοίκους. Η ενεργός ψυχοπαθολογία δεν αποτελεί αντένδειξη για την εισαγωγή στη στεγαστική δομή (Κοκκινάκος, 2007).

Ο υποψήφιος ένοικος πρέπει να έχει λειτουργικότητα περίπου ανάλογη με την δομή (ικανοποιητική για ξενώνα και διαμέρισμα και χαμηλή για οικοτροφείο) και ανάλογη με την λειτουργικότητα των άλλων ενοίκων (Κοκκινάκος, 2007).

Πρέπει να έχει προηγηθεί τουλάχιστον 6 μήνες έως ένας χρόνος συνεχούς νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα ή στη Μονάδα Μακράς Παραμονής (που να οφείλεται σε μη ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία και όχι σε άλλους λόγους πχ κοινωνικούς) και να υπάρχει διάρκεια νόσου μεγαλύτερη των 5 ετών (Κοκκινάκος, 2007).

Πιο ειδικά:

1. Ο ένοικος του ξενώνα προβλέπεται να φιλοξενηθεί μέχρι 20 μήνες σε αυτόν. Στη συνέχεια πηγαίνει είτε σε οικογένεια, είτε σε διαμέρισμα, είτε σε οικοτροφείο ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του.
2. Ο ένοικος του ξενώνα και του διαμερίσματος έχει καλή λειτουργικότητα και εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο για αποκατάσταση και πιθανή απασχόληση.
3. Ο ένοικος του οικοτροφείου έχει χαμηλή λειτουργικότητα και προβλέπεται μόνιμη θέση στο οικοτροφείο.

Αυτή την στιγμή στο μέσον του 2006, περίπου 1,5 χρόνο μετά την έναρξη, βρισκόμαστε σε ένα καλό σημείο (Κοκκινάκος, 2007).

- Ως προς τους χρόνιους ασθενείς:

Όλοι οι χρόνιοι ασθενείς έχουν εξέλθει στην κοινότητα σε στεγαστικές δομές. Η μεγάλη πλειοψηφία κατοικεί στην πόλη των Χανίων, αλλά μικρότερος αριθμός και στους υπόλοιπους νομούς, όπως φαίνεται στον πίνακα που παρατίθεται:

ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Χανιά	4 οικοτροφεία	60
Χανιά	5 ξενώνες	60
Χανιά	8 διαμερίσματα	32
ΣΥΝΟΛΟ		152
Ρέθυμνο	1 ξενώνας	12
Ηράκλειο	2 ξενώνες	20
Λασιίθι	1 ξενώνας	12
Ξένιος Δίας	1 οικοτροφείο στα Χανιά	15
Ξένιος Δίας	1 οικοτροφείο στο Λασιίθι	15
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		226

Υπάρχουν ξενώνες που λειτουργούν αντιιδρυματικά, αποκαταστασιακά, υπάρχουν ξενώνες που λειτουργούν μέτρια και υπάρχουν και δομές που λειτουργούν ιδρυματικά. Απλώς έχουμε αποκεντρώσει το «Ίδρυμα» (Κοκκινάκος, 2007).

Περίπου 250 χρόνιαι έγκλειστοι ξέφυγαν από την αθλιότητα και ζουν σαν άνθρωποι. Τα υπόλοιπα είναι υποκρισία. Ασφαλώς πρέπει να βελτιωθούν πολλά και πρέπει να αλλάξουν πολλά. Αλλά η αρχή έχει γίνει (Κοκκινάκος, 2007).

- Ως προς το σκέλος των κοινοτικών δομών:

Αυτή την στιγμή λειτουργεί στα Χανιά ψυχιατρικό τμήμα 25 κλινών και το Κ.Ψ.Υ.

Εντός σύντομου διαστήματος θα λειτουργήσει στο Ρέθυμνο Ψ.Τ.Γ.Ν. Ρεθύμνου και Κ.Ψ.Υ.

Στο Ηράκλειο λειτουργεί ένα Κ.Ψ.Υ. και μια κλινική 40 κλινών στο ΠΑ.Γ.Ν.Η..

Και στο Λασιθί αρχίζει άμεσα την λειτουργία του μια κινητή μονάδα και προβλέπεται σύντομα να λειτουργήσει ένα πολυδύναμο Κ.Ψ.Υ.

Δηλαδή οι 90 κλίνες οξέων που διέθετε το Θ.Ψ.Π.Χ. διεσπάρησαν σε όλη την Κρήτη.

25 στα Χανιά, 15 στο Ρέθυμνο, 40 στο Ηράκλειο και 10 στο Λασιθί. Πρέπει βέβαια σε κάθε νομό να γίνει ένα πλήρες δίκτυο κοινοτικών δομών που να περιλαμβάνει δομές απασχόλησης και στεγαστικές δομές (Κοκκινάκος, 2007).

4.1.7 Δύο περιπτώσεις που καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της υπέρβασης του ασύλου

Περίπτωση 1^η:

Εδώ και 20 χρόνια αναπτύσσεται στην Ελλάδα ένας διάλογος και ένα κίνημα με αίτημα την υπέρβαση του ψυχιατρικού ασύλου, την δόμηση ενός πλέγματος κοινοτικών ψυχιατρικών δομών, αλλά όλα αυτά πολλές φορές όχι πολύ συγκεκριμένα και κάτω από τον γενικό τίτλο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Πριν χρόνια θα οργανώναμε μια διημερίδα μέσα από ένα πανευρωπαϊκό πρόγραμμα, το Helios II, στην οποία συμμετείχαν επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ασθενείς από αρκετές ευρωπαϊκές χώρες. Το δικό μας ψυχιατρείο ήταν υπεύθυνο να για την οργάνωση της διημερίδας αφού αυτή θα πραγματοποιούνταν στην Ελλάδα (Κοκκινάκος, 2007).

Εγώ θα έκανα μια ομιλία, αλλά θέλαμε να συμμετέχουν και οι ασθενείς. Είπα λοιπόν στον Μανώλη, έναν ασθενή μας, να γράψει κάτι για την διημερίδα. Ο Μανώλης έγραφε κατά διαστήματα και σε πεζό λόγο και σε ποιήματα. Ακούστε τι έγραψε λοιπόν, τα οποία και διάβασα στην διημερίδα: *...και ήρθαν οι παραμυθάνθρωποι και μας είπαν κάτι παραμυθόλογα, πως εδώ λέει θα γίνει παραμυθονοσοκομείο και ύστερα έφαγαν, ήπιαν και έφυγαν, και έζησαν αυτοί καλά και εμείς χειρότερα...* Και επειδή - μου συμπληρώνει - τα αποσιωπητικά δεν διαβάζονται να τους πεις ότι το κείμενο αρχίζει και τελειώνει με αποσιωπητικά. Έχουν περάσει πάνω από 15 χρόνια από αυτό το περιστατικό. Η πρόβλεψη που περιείχαν, η λεπτή ειρωνεία και το χιούμορ, αλλά και η πίκρα και η ματαιώση για τα ψυχιατρικά δρώμενα με έκαναν να πιστεύω ότι τα λόγια του Μανώλη έχουν τελικά διαχρονική αξία. Και όλα αυτά τα χρόνια φαίνεται ότι επιβεβαιώνονταν τα λόγια του. μέχρι που τα τελευταία γεγονότα και οι αλλαγές αποτέλεσαν έναν καταλύτη για δρομολόγηση γρήγορων αλλαγών, έτσι που τα λόγια του Μανώλη ευτυχώς να μην ισχύουν πλέον (Κοκκινάκος, 2007).

Περίπτωση 2^η:

Πριν 2-3 χρόνια νοσηλεύαμε στην κλινική την Μαρία, μια νέα κοπέλα, περίπου 30 ετών, σχιζοφρενή. Ένα απόγευμα, είχε μια επίσκεψη από την μητέρα της, η οποία της έδωσε αρκετά χρήματα για την εβδομάδα, και φεύγοντας η μητέρα της, η Μαρία πήγε στο καφενείο, αγόρασε με όλα της τα χρήματα φρέσκες, ωραίες τυρόπιτες,, πήγε στο

θυρωρείο, όπου ήταν μια αγέλη αδέσποτων σκύλων και τάισε τα αδέσποτα τις τυρόπιτες. Ο θυρωρός την είδε, ειδοποίησε τον νοσοκόμο από το περίπτερο, ο νοσοκόμος ήρθε και παρά τις αντιρρήσεις της Μαρίας την οδήγησε στο περίπτερο και η Μαρία εκείνο το βράδυ, κοιμήθηκε στην απομόνωση. Στην κάρτα της ασθενούς εγράφη "Ανήσυχη" και η συμπεριφορά της εισπράχτηκε από το προσωπικό του τμήματος ως ακατανόητη. Την άλλη μέρα έλαβα γνώση του γεγονότος και κάλεσα την Μαρία για μια συνέντευξη. Είπαμε πολλά, και όταν την ρώτησα γιατί Μαρία τάισες τα αδέσποτα τις τυρόπιτες; Μου απάντησε: "Γιατί γιατρέ τα κακόμοιρα ζώα να τρώνε αποφάγια;" ... (Κοκκινάκος, 2007).

Όταν η συμπεριφορά της Μαρίας δεν θα καταγράφεται μόνο ως σύμπτωμα μιας διαταραχής... Όταν κάθε διαφορετική συμπεριφορά δεν θα πολιτογραφείται ως ακατανόητη, για να τονίζουμε ότι μόνο η δική μας είναι κατανοητή και ορθή... Όταν σε κάθε σύμπτωμα του ασθενούς δεν θα έχουμε έτοιμες απλοποιητικής νοσογραφικές απαντήσεις, αλλά θα το διαβάζουμε και ως ψυχικό βίωμα και τρόπο του υπάρχειν στον κόσμο ή γλώσσα και μήνυμα επικοινωνίας ή ευαισθησία ή υπαρξιακή ανάγκη ή χάσμα, τότε μόνο θα έχουμε ένα σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας ιδεώδες και λειτουργούς ψυχικής υγείας που μπορεί να ξεχνούν καμία φορά την ερώτηση, αλλά πάντα θα ξέρουν την απάντηση, η οποία είναι: ο άρρωστος άνθρωπος και οι ανάγκες του (Κοκκινάκος, 2007).

4.2 Κέντρο Ψυχικής Υγείας

4.2.1 Στόχοι των Κέντρων Ψυχικής Υγείας

Το Ψυχιατρείο Χανίων είναι πλέον παρελθόν. Το αίτημα για αλλαγή του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας μονιμοποιήθηκε, εμπλουτίστηκε μέσα από δυναμικές κοινωνικές συνιστώσες και τελικά οργανώνοντας τις θεωρητικές επεξεργασίες στο έδαφος μιας κινητικής βάσης μπορούσε να αναιρέσει το άσυλο. Ως τόπο τουλάχιστον γιατί ο ιδρυματισμός, τα ασυλικά αντανάκλαστικά, η κουλτούρα της κλειστής ψυχιατρικής εκδικείται, επανέρχεται, διεκδικώντας την ιστορία της, την αλήθεια της, την εξουσία της (Κοκκινάκος, 2007).

Τα Κ.Ψ.Υ ως ο ισχυρότερος πόλος ανάπτυξης της κοινοτικής ψυχιατρικής θέλει να λειτουργήσει σαν μια σφαιρική υπηρεσία, σαν μια ολική υπηρεσία ψυχικής υγείας. Σε 24ωρη λειτουργία με πρόσβαση για τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας χωρίς επιλεκτικότητα, χωρίς αποκλεισμούς, πραγματικός χώρος άνθισης της κοινοτικής ψυχιατρικής. Για μένα αυτός ο όρος είναι σαν να λέμε δυο φορές το ίδιο πράγμα. Η ψυχιατρική ή θα είναι ψυχιατρική ή δεν θα είναι ψυχιατρική. Η κοινοτική ψυχιατρική ως επανατοποθέτηση στο φυσικό χώρο του ατόμου που είναι η κοινότητα. Μεταφορά δηλαδή του χώρου άσκησης από τις παραδοσιακές συγκεντρωτικές υπηρεσίες με προεξάρχουσα την δομή του ψυχιατρείου στην κοινότητα. Συνεπώς μεταβάλλεται και η οπτική θεώρηση του φαινομένου που αυτή εξετάζει (Κοκκινάκος, 2007).

4.2.2 Χαρακτηριστικά Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Η κοινοτική ψυχιατρική ως σύστημα υπηρεσιών οφείλει να έχει ορισμένα χαρακτηριστικά:

1. Θεσμοθέτηση της περιοχής ευθύνης.

Τομεοποίηση. Δηλαδή η αρχή της υπευθυνότητας για μια οριοθετημένη γεωγραφικά και πληθυσμιακά γεωγραφική περιοχή.

2. Η θεραπεία γίνεται κοντά στον ασθενή.

Η κοινοτική υπηρεσία τοποθετημένη στην κοινότητα έχει το πλεονέκτημα της έγκαιρης διάγνωσης, της έγκαιρης επισήμανσης ψυχιατρικών διαταραχών ή

ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, για πρόωμη παρέμβαση και εγκατάσταση και διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης. Η θεραπεία στο σπίτι, ακόμη και στην οξεία φάση, έχει βρεθεί ότι έχει πλεονεκτήματα και για τον ασθενή και για το περιβάλλον του. ακόμη η χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών από άτομα που έχουν ανάγκη βοήθειας είναι ένα καίριο ζήτημα. Έχει βρεθεί ένα μεγάλο κομμάτι ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα που δεν ζητούν βοήθεια ή υπηρεσίες. Ένα ποσοστό παραμένει στην κοινότητα χωρίς ένα είδος θεραπείας. Αν η κοινοτική υπηρεσία πραγματοποιεί τακτικές ενεργητικής παρέμβασης μην περιμένοντας απλά και μόνο την επίσκεψη του ασθενούς, το πρόβλημα αυτό διορθώνεται.

3. Παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών.

Για την ανάπτυξη των επιμέρους υπηρεσιών πολυσύνθετου ένα Κ.Ψ.Υ. πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν το μέγεθος των αναγκών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας αλλά και η διαθεσιμότητα πόρων, οικονομικών και ανθρωπίνων. Αυτονόητο είναι ότι η πλήρης ανάπτυξη υπηρεσιών αποσκοπεί στην αντιμετώπιση ολόκληρου του φάσματος των προβλημάτων (ψυχιατρικών, ψυχολογικών, ψυχοκοινωνικών).

4. Η θεραπευτική συνέχεια.

Οι όροι της ομάδας ψυχικής υγείας στην κοινότητα μπορούν να σφραγίσουν το θεραπευτικό συνεχές. Η συνέχεια της θεραπείας δεν αποκλείει την δυνατότητα της μετατόπισης της θεραπευτικής ευθύνης από ένα μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας σε άλλο, αν αυτό κριθεί αναγκαίο με στόχο το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

5. Παρέμβαση και στα τρία στάδια της πρόληψης.

Όλοι καταλαβαίνουν τον σπουδαίο και πλεονεκτικό ρόλο μιας κοινοτικής δομής στο επίπεδο της πρόληψης. Είτε αφορά την πρωτοβάθμια πρόληψη, είτε την δευτεροβάθμια, είτε την τριτοβάθμια. Μελέτη, ανίχνευση, εντόπιση και εξάλειψη παραγόντων που συμβάλουν στην ψυχική διαταραχή, αποφυγή νοσηλείας ή όσο γίνεται πιο σύντομη νοσηλεία αλλά και η αντιμετώπιση των παρενεργειών ή των παρελκόμενων της νόσου, είναι δράσεις που μια κοινοτική δομή επιβάλλεται να κάνει.

6. Διασύνδεση και συνάρθρωση σε συστήματα όλων των υπηρεσιών του τομέα.

Η απαρτίωση όλων των δομών σε σύστημα, δηλαδή όχι σε απλό άθροισμα, αλλά σε ενέργεια, σε συμπληρωματικότητα, σε ανάδυση νέων ιδιοτήτων αποτελεί ασφαλώς μια θεμελιακή αρχή της κοινοτικής ψυχιατρικής.

7. Η λειτουργικότητα της ομάδας.

Η λειτουργική ευθύνη δεν ανήκει στον θεράποντα, αλλά στην ομάδα. Η σύγχυση ρόλων δεν είναι αναπόφευκτη όταν υπάρχει ο θεραπευτικός στόχος. Η ομάδα αναγνωρίζει την εξατομικευμένη γνώση, αναθέτει υπευθυνότητες και διευθυντικούς ρόλους σε μέλη της, για την λειτούργει επιμέρους δράσεων, παρ' ότι ο ρόλος του ψυχιατρού είναι κεντρικός, αφού κανένα άλλο μέλος δεν μπορεί να αναλάβει την ευθύνη για την διάγνωση, την κλινική ενημέρωση, αυτό όμως δεν μπορεί να καταπνίγει την αυτενέργεια, την φαντασία, την ενδοσκόπηση και το ρεπερτόριο όλων των άλλων μελών της ομάδας.

8. Συμμετοχή στην κοινότητα

Η κοινότητα δεν είναι παθητικός δέκτης των αποφάσεων των ειδικών αλλά ενεργός συμμετέχων, πρέπει να συμμετέχει σε διεργασίες επανένταξης, προγράμματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο βαθμός συμμετοχής ποικίλει, αλλά μπορεί να φτάσει μέχρι και του σημείου υπαγωγής ενός Κ.Ψ.Υ. στην δικαιοδοσία της κοινότητας. Φιλοσοφικά αν το δούμε, αυτό που λέμε θεραπεία στην ψυχιατρική δεν περιλαμβάνει μόνο τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, αλλά και το περιβάλλον του.

9. Αξιολόγηση.

Αλλά αυτή η λέξη είναι απαγορευμένη στο λεξικό μας. Αυτό που κάνει η φύση και η ζωή δεν θέλουμε να το κάνουμε εμείς στην καθημερινή μας ανθρώπινη δραστηριότητα. Η αξιολόγηση ως μηχανισμός έλεγχου, διόρθωσης, μας δίνει την δυνατότητα σχεδιασμού με βάση κάποιο σενάριο μέλλοντος. Αλλά μια στοιχειώδης αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία για τον αριθμό των θεραπευτικών επαφών, των πρώτων επαφών, τις πηγές παραπομπών, την διάρκεια και το θεραπευτικό αποτέλεσμα κ.α. (Κοκκινάκος, 2007).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Το παρόν θέμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Κρήτη, πέρα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, μελετάται και ερευνητικά με την μέθοδο της ποιοτικής ημιδομημένης συνέντευξης. Σε αυτή την ημιδομημένη συνέντευξη, συνδύασα τη μεθοδολογία και τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η δομημένη και η μη δομημένη συνέντευξη. Πιο συγκεκριμένα, από την πλευρά της δομημένης συνέντευξης, το περιεχόμενο, η διατύπωση και η σειρά των ερωτήσεων ήταν προκαθορισμένη. Στην πλειοψηφία τους οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου, αν και ανάλογα την περίπτωση, ερωτήσεις ανοικτού τύπου χρησιμοποιήθηκαν για να επεκταθεί μια μονολεκτική ή ασαφής απάντηση. Οι ερωτήσεις τέθηκαν με την ίδια σειρά σε όλους τους ερωτώμενους.

Από την πλευρά της μη δομημένης συνέντευξης, χρησιμοποιήσαμε τον οδηγό συνέντευξης, δηλαδή έναν κατάλογο με τα θέματα που πρέπει να θιγούν κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Τα θέματα παρουσιάστηκαν περιληπτικά στον ερωτώμενο στην αρχή της συζήτησης. Ο οδηγός της συνέντευξης, μου έδωσε αρκετά μεγάλη ελευθερία, όχι μόνο στην ακριβή διατύπωση πάνω στο προκαθορισμένο θέμα, αλλά και στην ανάπτυξη νέων ερωτήσεων κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Οι ερωτήσεις διαμορφώθηκαν πάντα σε σχέση με το θεματικό πλαίσιο της μελέτης, αλλά η διατύπωση τους προσαρμόστηκε ενίοτε στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ερωτώμενου, όπως η διάθεση του την συγκεκριμένη στιγμή, η ομιλητικότητα του, το επίπεδο γνώσεων του, το μορφωτικό του επίπεδο, κ.α. Βασικό χαρακτηριστικό της μη δομημένης συνέντευξης που αξιοποιήθηκε, είναι ότι η συνέντευξη εκτυλίσσεται με έναν φυσικό τρόπο, έτσι που να μοιάζει με μια απλή, καθημερινή συζήτηση.

Η συνέντευξη ήταν μη κατευθυνόμενη, δίνοντας την ευκαιρία στον ερωτώμενο να διατυπώσει, να περιγράψει και να εκφράσει ελεύθερα τις απόψεις του για ένα ζήτημα που τον αγγίζει, χωρίς την βοήθεια κατευθυντήριων ερωτήσεων από μέρους μου.

Χρησιμοποιώντας λοιπόν, αυτά τα πλεονεκτήματα, καταφέραμε να έχουμε μια πληρέστερη εικόνα των στάσεων και των συναισθημάτων του ερωτώμενου, για το θέμα που μελετάται, καθώς του δόθηκε η μέγιστη ελευθερία έκφρασης στην διάρκεια της συνέντευξης.

Πολύ συχνά στην ψυχολογική έρευνα, γίνεται προσπάθεια να συνδυαστούν τα πλεονεκτήματα της δομημένης και της μη δομημένης συνέντευξης σε μια μελέτη. Έτσι, μπορεί μεν το ερωτηματολόγιο να αποτελεί τον κορμό της συνέντευξης, δίνεται όμως η ευκαιρία στον συνεντευκτή να κάνει διερευνητικές ερωτήσεις [...] όπως οι ακόλουθες: «Μπορείτε, σας παρακαλώ, να εξηγήσετε αυτό που αναφέρατε;», «Υπάρχουν άλλοι λόγοι;», «Υπάρχει τίποτε άλλο που θα θέλατε να προσθέσετε;». ο συνεντευκτής χρησιμοποιεί τέτοιες ερωτήσεις, ύστερα από μια απάντηση που θεωρεί ανεπαρκή και θέλει να παρακινήσει τον ερωτώμενο να επεκταθεί πάνω στο θέμα ή όταν επιθυμεί να διευκρινίσει μια ασαφή ή φαινομενικά ανακόλουθη απάντηση (Σίμος, Κομίλη, 2003).

Η δομημένη συνέντευξη προϋποθέτει την διεξαγωγή προκαταρκτικής μελέτης για την επιλογή και διαμόρφωση των ερωτήσεων και της σειράς με την θα πρέπει να παρουσιαστούν. Η μη δομημένη συνέντευξη είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο πλαίσιο μιας προκαταρκτικής μελέτης που αποσκοπεί στην επισήμανση των κύριων συνιστωσών του ερευνητικού προβλήματος (Σίμος, Κομίλη, 2003). Στην συγκεκριμένη περίπτωση, οι κύριες συνιστώσες του θέματος που μελέτησα, ήταν καθορισμένες από πριν, με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την γνώση για την κατάσταση που επικρατούσε στο Ψυχιατρείο Χανίων. Από την άλλη, θεωρήθηκε σημαντική η άποψη των ερωτώμενων για τις κυριότερες μεταβλητές του υπό ερεύνηση θέματος με βάση τις προσωπικές τους εμπειρίες και πεποιθήσεις.

1.2 Διεξαγωγή της συνέντευξης

Ο συνεντευκτής έχει συχνά την δυνατότητα πραγματοποίησης αποσαφηνιστικών σχολίων σχετικά με τον στόχο και το περιεχόμενο συγκεκριμένων ερωτήσεων. Κατά κύριο λόγο, ο ρόλος του έγκειται στη δημιουργία κατάλληλου κλίματος που θα ωθήσει τον ερωτώμενο να απαντήσει με ακρίβεια και προθυμία στις ερωτήσεις χωρίς καχυποψία για τυχόν άδηλους σκοπούς πίσω από την μια ή την άλλη ερώτηση, χωρίς να αισθάνεται υποχρεωμένος να απαντήσει με τρόπο που να τον κάνει αρεστό στον συνεντευκτή, και τέλος χωρίς να ωθείται άμεσα και φανερά από ηθικές δεσμεύσεις, στερεότυπα, προκαταλήψεις (Σίμος, Κομίλη, 2003).

1.2.1 Δημιουργία κατάλληλου κλίματος

Η πρώτη επαφή με τον ερωτώμενο είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για την διαμόρφωση του τόνου της συνέντευξης. Η χροιά, ο τόνος της φωνής και η ταχύτητα της ομιλίας είναι μερικοί από τους παράγοντες που μπορούν να καθορίσουν, μέσα στα πρώτα 30 δευτερόλεπτα της συνδιάλεξης, την ανταπόκριση του ερωτώμενου. Είναι στο χέρι του συνεντευκτή να κινήσει την διάθεση του ερωτώμενου να δεχτεί να συμμετάσχει στην συνέντευξη και να κάμψει τους ενδοιασμούς του. Για να το επιτύχει αυτό θα πρέπει να κερδίσει την συμπάθεια του ερωτώμενου και να εμπνεύσει εμπιστοσύνη ως προς το άτομο του. Θα πρέπει επίσης να πείσει τον ερωτώμενο ότι ο χρόνος που θα απαιτηθεί για την συνέντευξη είναι σχετικά μικρός και να διασκεδάσει τις ανησυχίες του για το ότι η συνέντευξη μπορεί να φανερώσει την άγνοια του για κάποιο σημαντικό ζήτημα ή να θίξει ένα ευαίσθητο προσωπικό θέμα (Σίμος, Κομίλη, 2003).

1.2.2 Λήψη και καταγραφή της απάντησης

Ο συνεντευκτής θα πρέπει να καταβάλει κάθε προσπάθεια ώστε να λάβει μια σαφή και πλήρη απάντηση. Κατ' ανάγκη λοιπόν θα πρέπει να γνωρίζει τι συνιστά μια τέτοια απάντηση για κάθε ερώτηση. Όταν κρίνει ότι μια απάντηση είναι ελλιπής ή εκτός θέματος, μπορεί να διατυπώσει ξανά την ερώτηση ή να παράσχει εξηγήσεις (Σίμος, Κομίλη, 2003).

1.2.3 Μεθοδολογία της έρευνας

Η συνέντευξη επιλέχτηκε ως το ερευνητικό μου εργαλείο, καθώς παρέχει την δυνατότητα διερεύνησης θεμάτων που αφορούν ένα πολύ συγκεκριμένο κομμάτι της Μεταρρύθμισης, αυτό στα Χανιά. Με αυτό τον τρόπο εμβαθύνουμε σε ένα θέμα το οποίο δεν έχει λάβει μεγάλη βιβλιογραφική έκταση. Αξιοσημειώτες είναι οι προσωπικές εμπειρίες των ανθρώπων που έζησαν την πραγματικότητα του Ψυχιατρείου, την μεταβατική περίοδο και την νέα πραγματικότητα μετά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Ασθενείς και προσωπικό, μιλάνε για τα προσωπικά τους βιώματα, την στάση τους απέναντι στο Μεταρρυθμιστικό κίνημα και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε αυτά που κρίνουν οι ίδιοι σημαντικά. Μας μιλάνε από την σκοπιά του ασθενή ή από την σκοπιά του θεραπευτή-εργαζόμενου στο χώρο της ψυχικής υγείας,

κρίνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται τις τελευταίες δεκαετίες, την στάση της κοινωνίας απέναντι σε αυτό το θέμα, αλλά και τις αλλαγές που οφείλουν να γίνουν για να μπορούμε να μιλάμε για μια κοινωνία με σεβασμό στο πάσχον υποκείμενο. Σημαντικά είναι τα σημεία εκείνα όπου οι απόψεις προσωπικού και ασθενών συγκλίνουν, αλλά και τα σημεία στα οποία διαφέρουν καθώς θα αναγνωρίσουμε και θα γνωρίσουμε την επιρροή που είχε το ψυχιατρείο σε αυτές τις δύο ομάδες ανθρώπων.

Αρχικά, λοιπόν, καταλήξαμε με την επόπτρια καθηγήτρια της εργασίας, στην φόρμα που θα έχει ο οδηγός της συνέντευξης, εστιάζοντας σε πέντε κύριες θεματικές:

1. Αναγκαιότητα και στόχος για το κλείσιμο του Ψυχιατρείου
2. Φάση εξόδου ασθενών από το Ψυχιατρείο
3. Ουσιαστική διαφορά Ψυχιατρείου με Δομές Αποασυλοποίησης και ρόλος οικογένειας
4. Συνθήκες διαβίωσης και ποιότητα ζωής στο Ψυχιατρείο και στις Δομές
5. Δυνατότητες θεραπείας εκτός Ψυχιατρείου.

Αρχικά, για την πρώτη συνέντευξη, απευθύνθηκα στον Διευθυντή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου, ο οποίος είχε διατελέσει Ψυχίατρος στο Ψυχιατρείο Χανίων πολλά χρόνια, όντας ένας από τους πρωτεργάτες του κινήματος της Μεταρρύθμισης στα Χανιά. Στην συνέχεια, έκανα κινήσεις για τον ορισμό του υπόλοιπου δείγματος της έρευνας. Απευθύνθηκα λοιπόν, στον φορέα όπου διατέλεσα την πρακτική μου άσκηση το καλοκαίρι του 2008, στο Οικοτροφείο Χαραυγή ούτως ώστε να μου δώσουν τις κατευθυντήριες οδηγίες. Μου πρότειναν να ζητήσω άδεια από τον Διοικητή του Ψυχιατρείου, στον οποίο με συνέστησαν την ίδια μέρα, εξηγώντας του τον σκοπό της έρευνας μου. Μετά από αίτηση που έκανα για την διεξαγωγή συνεντεύξεων σε άτομα που παλιότερα έχουν εργαστεί το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και τώρα εργάζονται σε Δομές Αποασυλοποίησης, και μετά από ολιγόλεπτη συζήτηση με τον ίδιο τον Διοικητή, ο τελευταίος μου έδωσε την έγκριση να προχωρήσω με τις εν λόγω συνεντεύξεις και μου πρότεινε τα επόμενα τρία άτομα από το δείγμα του προσωπικού. Στην συνέχεια απευθύνθηκα στο Κέντρο

Ψυχικής Υγείας Χανίων, όπου η Υπεύθυνη Κοινωνικής Υπηρεσίας μου πρότεινε άλλους τρεις εργαζόμενους. Συνολικά, λοιπόν, το δείγμα του προσωπικού, αποτελείται από επτά άτομα, ηλικίας από 38 έως 57 ετών. Όλοι έχουν εργαστεί στο Ψυχιατρείο πολλά χρόνια και πλέον εργάζονται σε Δομές Αποασυλοποίησης. Αυτό ήταν και το κύριο κριτήριο για την επιλογή τους στη συμμετοχή της έρευνας. Ταυτόχρονα, προσπάθησα να καλύψω όσο το δυνατόν περισσότερες ειδικότητες, ούτως ώστε το δείγμα μου να είναι αντιπροσωπευτικό. Στις συνεντεύξεις λοιπόν θα δούμε να μας μιλάνε: ένας Ψυχίατρος που τώρα εργάζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου, δύο Προϊσταμένες Νοσηλεύτριες που τώρα εργάζονται στην Διοικητική Υπηρεσία του Θ.Ψ.Π.Χ. ως Διοικητικές Υπάλληλοι, μία Διοικητική Υπάλληλος του Ψυχιατρείου που κατέχει και σήμερα την ίδια θέση, μία Κοινωνική Λειτουργός του Ψυχιατρείου που σήμερα εργάζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων, μία Ψυχολόγος που εργάζεται στο Κ.Ψ.Υ.Χ, και μία Επισκέπτρια Υγείας που εργάστηκε με αυτήν την ιδιότητα στο Ψυχιατρείο και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και τώρα εργάζεται επίσης εκεί ως Ψυχολόγος.

Τέλος απευθύνθηκα στον Διευθυντή του Κ.Ψ.Υ. Χανίων, ο οποίος μου πρότεινε έξι άτομα τα οποία είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν στο Ψυχιατρείο Χανίων και τώρα βρίσκονται ή παρακολουθούνται σε δομές Αποασυλοποίησης. Από αυτά τα έξι άτομα, τα πέντε δέχτηκαν να μου παραχωρήσουν συνεντεύξεις οδηγώντας στο τελικό δείγμα με ένα άτομο που παρακολουθείται στο Νοσοκομείο Ημέρας, δυο άτομα που εργάζονται σε Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης, ένα άτομο που διαμένει σε Διαμέρισμα και ένα άτομο που παρακολουθείται στο Κ.Ψ.Υ.Χ. και εργάζεται ταυτόχρονα εκεί.

Στην αρχή της γνωριμίας με κάθε υποκείμενο που μου παραχώρησε συνέντευξη, έκανα γνωστή την ιδιότητα μου και τον σκοπό της συνέντευξης. Πολλοί εργαζόμενοι εξέφρασαν κάποια ανησυχία για το τι θα έπρεπε να πουν καθώς και την αμηχανία τους για την καταγραφή της συνομιλίας (πιθανά η ανησυχία να προερχόταν και από την πιθανότητα να χρησιμοποιηθούν τα λεγόμενα τους για δόλιους σκοπούς). Υποχρέωση μου λοιπόν, ήταν να κατευνάσω την ανησυχία τους και να κάνω σαφές πως οτιδήποτε ειπωθεί στην διάρκεια της συνέντευξης θα έχει μόνο σκοπό την διερεύνηση του θέματος για την πτυχιακή μου εργασία. Οι ασθενείς, δεν εξέφρασαν κανένα φόβο ή ανησυχία για την διαδικασία. Κατά την γνώμη μου, βοήθησε και το

γεγονός ότι τα άτομα που μου πρότειναν για να κάνουμε τις συνεντεύξεις, είχαν προετοιμαστεί εκ των προτέρων από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τους παρακολουθούν. Αξίζει πάντως να αναφερθώ στο γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν πάρα πολύ πρόθυμοι να μου παραχωρήσουν τις συνεντεύξεις και να μου παραθέσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες, παρά το γεγονός ότι πολλές από αυτές τις εμπειρίες εμπειρείχαν ιδιαίτερος συναισθηματικά φορτισμένα γεγονότα.

Αφού λοιπόν προσπάθησα να δημιουργήσω ένα ευχάριστο και γόνιμο κλίμα για την διεξαγωγή των συνεντεύξεων, έγινε μια ολιγόλεπτη συζήτηση με τους ερωτώμενους, για το αντικείμενο που πραγματεύεται η έρευνα και πάρθηκε ένα μικρό ιστορικό από τον καθένα. Οι εργαζόμενοι ρωτήθηκαν για την θητεία τους στο Ψυχιατρείο και την επαγγελματική τους ιδιότητα σήμερα και οι ασθενείς ρωτήθηκαν για την διάρκεια της νοσηλείας τους στο Ψυχιατρείο και την ζωή τους σήμερα. Τα σημαντικότερα από αυτά τα στοιχεία τα αναφέρω στην αρχή κάθε συνέντευξης, μαζί με στοιχεία για την ημερομηνία την οποία έγινε η συνέντευξη. Στο τέλος κάθε συνέντευξης, καταγράφεται η συνολική της διάρκεια.

Όλες οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν με μαγνητόφωνο και στην συνέχεια, ακολούθησε η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης. Οι απομαγνητοφωνήσεις των συνεντεύξεων, παρατίθενται παρακάτω.

1.2.4 Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων, έγινε σε δύο στάδια, ούτως ώστε να χωριστούν τα δεδομένα των συνεντεύξεων σε θεματικές ενότητες και να αναλυθούν περαιτέρω αυτές οι ενότητες για την τελική διεξαγωγή των συμπερασμάτων. Αρχικά, λοιπόν, συλλέχθηκαν τα δεδομένα από τις συνεντεύξεις (με την διαδικασία της απομαγνητοφώνησης) και μελετήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν προσεκτικά από την ερευνήτρια της παρούσας εργασίας και την επόπτρια καθηγήτρια που έχει πολυετή πείρα στο αντικείμενο που μελετάτε, καθώς η προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσα από την κοινότητα ανήκει στα ερευνητικά της ενδιαφέροντα. Έπειτα, οι δύο δοκιμαστικές κωδικοποιήσεις, συγκρίθηκαν, ορίζοντας τις τελικές θεματικές ενότητες. Από την πρώτη ανάλυση των δεδομένων, πρόεκυψαν οι εξής επτά κατηγορίες δεδομένων: "Τα Ψυχιατρεία ως ξεπερασμένος θεσμός στην Ψυχιατρική", "Κατάργηση του Ασύλου", "Φάση εξόδου ασθενών από το Ψυχιατρείο και Κριτήρια",

“Ο Ρόλος του Προσωπικού”, “Δομές Αποασυλοποίησης και Προγράμματα στην Κοινότητα”, “Θεραπείες εκτός Ψυχιατρείου” και “Προοπτικές για το Μέλλον”.

Στο δεύτερο στάδιο της ανάλυσης, διάβασα εκ νέου τις διηγήσεις των υποκειμένων για να μπορέσω να κατανοήσω το σημασιολογικό περιεχόμενο που έδωσαν τα υποκείμενα στις εμπειρίες τους από το Ψυχιατρείο και πώς αυτό μετατρέπεται σε αντικειμενική πραγματικότητα μέσα από την σύγκλιση των απόψεων όλων των υποκειμένων. Αυτό το στάδιο ήταν απαραίτητο για να μπορέσω να παρατηρήσω συστηματικότερα τον πλούτο των απόψεων και πιθανώς, πτυχές ενός θέματος οι οποίες παραλήφθηκαν ή απομονώθηκαν μέσα από την ομαδοποίηση των δεδομένων. Με αυτή την διαδικασία, ξεχώρισα τις επιμέρους εμπειρίες του ατόμου και τα συναισθήματα του πάνω σε αυτές, την αντικειμενική πραγματικότητα που διαφαίνεται μέσα από γεγονότα που επαναλαμβάνουν τα άτομα και τις προσδοκίες που είχαν ή έχουν ακόμα από την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, ασκώντας κριτική σε αυτό το μοντέλο θεραπείας, αν μπορούμε να το θέσουμε έτσι. Αφού, λοιπόν ομαδοποιώ τα λεγόμενα των υποκειμένων σε μια πιο αναλυτική βάση, σύμφωνα πάντα με τις θεματικές που πρόεκυψαν, παραθέτω παράλληλα, και τις βιβλιογραφικές πληροφορίες που υπάρχουν για το συγκεκριμένο θέμα και οι οποίες υποστηρίζουν τα όσα έχουν ειπωθεί στις συνεντεύξεις. Η συγκριτική ανάλυση των λεγομένων των υποκειμένων και της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, παρατίθεται στην συνέχεια της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΛΥΣΗ

2.1 Τα Ψυχιατρεία ως ξεπερασμένος θεσμός στην Ψυχιατρική

Το κύριο στίγμα αυτής της ενότητας, δόθηκε από όλους λιγότερο ή περισσότερο με τον ίδιο τρόπο και καταλήγοντας στο ίδιο συμπέρασμα. Τα ψυχιατρικά ιδρύματα θεωρούνται από αυτούς που γνωρίζουν την λειτουργία τους, ως ξεπερασμένοι θεσμοί και αντιθεραπευτικοί χώροι. Τα ολοπαγή κλειστά ιδρύματα παράγουν τον ιδρυματισμό και τον εγκλεισμό, φαινόμενα που δεν συνάδουν με τις εξελίξεις της επιστήμης στην ψυχιατρική, την ψυχολογία και τις άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στην θεραπεία της ψυχικής νόσου. Οι νέες δομές που δημιουργούνται, μπορούν κάλλιστα να αντικαταστήσουν τα ψυχιατρεία και να παράγουν θεραπευτικό έργο (Λ1, Λ6).

Είναι αξιοπρόσεκτο, ότι δεν χρειάζεται πολύς χρόνος για να αφήσει το ψυχιατρείο τα σημάδια του στο πάσχον υποκείμενο. Ακόμα και μια βραχεία νοσηλεία σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα, μπορεί να αφήσει το στίγμα του στο άτομο για την υπόλοιπη ζωή του. Τα ψυχιατρεία, παράγουν τον στιγματισμό, την βαρβαρότητα, την κοινωνική απομόνωση, τον ιδρυματισμό και την περιθωριοποίηση μιας πολύ μεγάλης μερίδας ανθρώπων (Λ1, Λ6, Μ.Ρ.1,). Και δεν χρειάζεται πολύς χρόνος για να εγκαθιδρυθούν αυτές οι εμπειρίες. Χαράζονται στον ψυχισμό και την σκέψη του ανθρώπου από την πρώτη κιόλας στιγμή, σαν εμπειρίες οδυνηρές, ντροπιαστικές και ανυπέρβλητες. Μέσα στο ψυχιατρείο οι άμυνες του ατόμου καταστέλλονται και εντυπώνεται μόνο ο πόνος ο ψυχικός και το αίσθημα του αβοήθητου. Δεν είναι περίεργο λοιπόν, που ακόμα και άτομα που βρέθηκαν στο ψυχιατρείο από την πλευρά του θεραπευτή και όχι του εγκλειστού, θυμούνται πολλά χρόνια μετά, την πρώτη φορά που αντίκρισαν την ζοφερή πραγματικότητα του ψυχιατρείου (Α.Μ1, Σ.Μ.1).

Παλιότερα, η εισαγωγή ενός ατόμου σε ένα ψυχιατρείο, ισοδυναμούσε με ισόβιο εγκλεισμό (Λ3, Σπ3). Η νομοθεσία που επέβαλε ένα τρίτο πρόσωπο να πάρει την ευθύνη του ψυχικά πάσχοντα για την έξοδο του από το ψυχιατρείο, έκανε σχεδόν ακατόρθωτη την επάνοδο του ατόμου στην κοινωνία ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Άρα λοιπόν τα ψυχιατρεία, από ένα σημείο και μετά, δεν παρήγαγαν θεραπευτικό έργο. Κύριος ρόλος τους ήταν η φύλαξη σε ένα κλειστό χώρο, των ατόμων εκείνων που η κοινωνία δεν μπορούσε να αξιοποιήσει στην αγορά

εργασίας, που δεν μπορούσε να προβλέψει λόγω της φύσης της ασθένειας και δεν μπορούσε να διαχειριστεί, κυρίως λόγω του φόβου για την «επικινδυνότητα» του ψυχικά πάσχοντα (Α.Μ1). Δεν θα ήταν υπερβολή να πούμε ότι άνθρωποι έζησαν στο ψυχιατρείο μια ολόκληρη ζωή. Σε οποιοδήποτε ψυχιατρικό ίδρυμα και να ψάξει κανείς, και φυσικά και στο Ψυχιατρείο Χανίων, θα συναντήσει ανθρώπους που έχουν ζήσει έως και 30 ή και παραπάνω χρόνια μέσα στο χώρο του ιδρύματος (Τ.Ε5). Και το ίδρυμα σε αυτές τις περιπτώσεις έχει αφήσει βαριές τις σκιές του στον ψυχισμό του ατόμου. Βλέπεις ανθρώπους «κενούς», με βλέμα απλανές, σαν να προσπαθούν να ξεφύγουν από την πραγματικότητα και αναρωτιέσαι άραγε πως έχουν καταφέρει να το επιτύχουν τόσο καλά. Πιστεύω και γω θα είχα καταφέρει να αποσχιστώ από την πραγματικότητα αν ζούσα στο ψυχιατρείο. Είναι δύσκολο από ένα σημείο και μετά, για τον έγκλειστο στο ψυχιατρείο, να οριοθετήσεις τα συμπτώματα της νόσου και τα «συμπτώματα» του ψυχιατρείου. Αν είσαι ψυχικά πάσχον η οικογένεια σε βλέπει σαν βάρος, η κοινωνία σαν έναν επικίνδυνο τρελό, το ιδρυματικό σύστημα σε βλέπει σαν έναν μέσα στους πολλούς, μέσα στην μάζα και η ασθένεια επεμβαίνει στην καθημερινότητα σου απρόβλεπτα, κάνοντας σε να νιώθεις ευάλωτος ακόμα και απέναντι στον ίδιο σου τον εαυτό. Δεν είναι περίεργο λοιπόν που το άτομο δεν μπορεί να επανέλθει στην κοινωνία, στην «φυσιολογική ζωή». Η ουσιαστική βοήθεια που χρειάζεται το άτομο για να υπερπηδήσει το εμπόδιο της ψυχικής νόσου, δεν παρέχετε. Αντίθετα, το άτομο «λιθοβολείται» από τον στιγματισμό, την εγκατάλειψη, την βία. Μένει λοιπόν, να αναρωτηθούμε, εμείς πως θα νιώθαμε αν ζούσαμε μέσα σε μια τέτοια πραγματικότητα. Τα συμπεράσματα βέβαια, ανήκουν στον καθένα ξεχωριστά που θα διαβάσει αυτές τις γραμμές, αλλά αξίζει να δούμε και πως τοποθετούνται για αυτό το θέμα κάποιοι που έζησαν αυτή την πραγματικότητα εκ των έσω.

Το Ψυχιατρείο Χανίων θα είναι ο κύριος άξονας μας σε αυτή την «ξενάγηση» στον κόσμο των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων. Η αναγωγή όμως στα αντίστοιχα ιδρύματα του εξωτερικού δεν θα είναι δύσκολη. Οι συνθήκες ζωής και οι πρακτικές που ακολουθούνται είναι πανομοιότυπες (Σ.Μ1, Λ6). Γι' αυτό λοιπόν, όταν έγινε φανερό ότι κάτι πρέπει να αλλάξει στον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αυτό δεν έγινε σε μια πόλη ή σε μια χώρα μόνο. Όλα τα αρνητικά που συνθέτουν ένα ψυχιατρείο μας έχουν κάνει να πιστεύουμε ότι ήρθε η ώρα να απαλλαγούμε μια για πάντα από το ιδρυματικό μοτίβο. Το κεφάλαιο των Ψυχιατρείων έχει κλείσει. Στην

Ελλάδα, η αρχή έγινε από το Ψυχιατρείο Χανίων. Την σκυτάλη παραλαμβάνουν και τα υπόλοιπα Ψυχιατρεία, ούτως ώστε το παράδειγμα της Κρήτης να γίνει πραγματικότητα για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα.

Μέσα στο ψυχιατρείο, το άτομο ήταν τελείως αποκομμένο από την εξωτερική πραγματικότητα. Δεν είχε επαφή με τις πολιτικές εξελίξεις, τις κοινωνικο-πολιτισμικές εξελίξεις της χώρας, τις τεχνολογικές εξελίξεις και γενικότερα ήταν αποκομμένο από όλες τις εκφάνσεις της ζωής, εγκλωβισμένο στον μικρόκοσμο του Ψυχιατρείου. Όταν λοιπόν, έγιναν οι πρώτες προσπάθειες στα πλαίσια της επανένταξης στην δεκαετία του '80, να βγουν κάποιοι άνθρωποι εκτός ψυχιατρείου, για μερικές ώρες, υπήρξαν άνθρωποι που δεν είχαν δει ποτέ στη ζωή τους φανάρι στους δρόμους, δεν είχαν βγει από το χώρο του ψυχιατρείου να πάνε μια εκδρομή, να κάνουν μπάνιο στη θάλασσα (Λ10, Α.Μ3). Πράγματα που όλοι σήμερα τα θεωρούμε δεδομένα λίγο ως πολύ.

Το Ψυχιατρείο Χανίων χαρακτηρίστηκε πολλές φορές ως ένα μεγάλο άσυλο, μια αποθήκη ανθρώπινων ψυχών (Μ.Ρ1, Μ.Ν1, Μ.Ν3, Κ4, Τ.Ε1, Μ1). Γι' αυτό και σε κάποιες περιπτώσεις οι ίδιοι οι υπάλληλοι καταλάβαιναν την αναγκαιότητα να προστατέψουν κάποιους ασθενείς, κυρίως τους νέους ασθενείς που έμπαιναν στο τμήμα βραχείας νοσηλείας για πρώτη φορά. Η μόνη δυνατότητα προστασίας ήταν βέβαια να μείνει αποκομμένος από τα υπόλοιπα περιστατικά του ψυχιατρείου και από τις συνθήκες καθημερινότητας που επικρατούσαν. Μόλις έμπαινε λοιπόν, ένα άτομο στο τμήμα βραχείας νοσηλείας, μεταφερόταν κατευθείαν στην απομόνωση (Μ.Ρ1, Μ8). Έναν χώρο με ένα παράθυρο, ένα κρεβάτι και μια λεκάνη τουαλέτας (Μ.Ρ1). Η αναγωγή στα κελιά της φυλακής δεν είναι δύσκολη. Σε αυτό το χώρο λοιπόν, ο ασθενής περνούσε την μέρα του, κοιμόταν, έτρωγε, αφόδευε. Το ψυχιατρικό σύστημα, παραγνώριζε το γεγονός ότι τα άτομα που νοσηλεύονται στα Ψυχιατρεία, είναι άνθρωποι. Και τα άτομα όμως, του προσωπικού πολλές φορές ξεχνούσαν ότι έχουν να κάνουν με ανθρώπους (Μ.Ρ1). Ένα κύπελο με γάλα και μια φέτα ψωμί, δίπλα στη λεκάνη της τουαλέτας, ήταν το φαγητό του ανθρώπου που έμπαινε στην απομόνωση (Μ.Ρ1). Σε συνθήκες που θυμίζουν, ζώα, άστεγους και ανθρώπους παρατημένους, σε αυτές τις συνθήκες ζούσαν και τα άτομα που έχρηζαν ψυχιατρικής «φροντίδας».

Η αναγκαιότητα για το κλείσιμο του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, έρχεται μέσα από την αναγκαιότητα για κατάργηση του ασύλου. Για την δημιουργία καλύτερων συνθηκών διαβίωσης για τους ασθενείς. Το Ψυχιατρείο Χανίων ήταν συνυφασμένο με το Άσυλο. Και αυτή η μορφή δεν ήταν «λειτουργική» πλέον. Όφειλε να αλλάξει. Δεν ήταν βέβαια ούτε η κοινωνία, ούτε η μεγάλη πλειοψηφία των εργαζομένων του Ψυχιατρείου, που κατέδειξε αυτή την ανάγκη για αλλαγή. Η κοινωνία των Χανίων (όπως και πολλές άλλες αντίστοιχα), είχε δει το Ψυχιατρείο σαν μια λύση για να βγάλει από τη μέση το πρόβλημα των ψυχικά ασθενών. Για να 'χουμε τους αρρώστους μας εκεί μέσα, αυτούς που δεν χρειαζόμαστε, για να μην μας ενοχλούν, όπως αναφέρει μια εργαζόμενη (Α.Μ1).

Τα χρόνια τμήματα κυρίως, ήταν η μεγάλη «πληγή» στο Ψυχιατρείο Χανίων. 50 έως 75 άτομα στοιβαγμένα σε ένα χώρο, σε ένα τεράστιο θάλαμο που θύμιζε στρατόνα ή φυλακή, κατά τα λεγόμενα κάποιων, περνούσαν τον περισσότερο χρόνο τους εκεί. Ασθενείς σε πολυάριθμα τμήματα, έτρωγαν σε χώρους μαζικά, τα μπάνια ήταν ομαδικά, χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν η ατομική ελευθερία και η ανάγκη του καθενός ξεχωριστά (Α.Μ1, Α.Μ3, Κ4, Σ.Μ4, Τ.Ε1, Τ12). Όλοι μαζί, χωρίς δυνατότητα για προσωπικό χρόνο και χώρο. Τα δε, δωμάτια των ασθενών, ήταν θάλαμοι με κρεβάτια στη σειρά, χωρίς πόρτες, όπως στα στρατόπεδα, ή όπως ήταν τα ιδρύματα την εποχή του μεσοπολέμου. Ο προσωπικός χώρος δεν ήταν εφικτός, όπως και τα προσωπικά αντικείμενα. Ρούχα, παπούτσια, κρεβάτια, όλα κοινόχρηστα στη λογική του όποιος προλάβει να πάρει από τον άλλον κάτι καλύτερο.

Φυσικά, και η εξατομικευμένη φροντίδα ήταν πολυτέλεια. Πως άλλωστε τρία άτομα να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα μέσα σε ένα σωρό 75 ατόμων (Α.Μ1, Α.Μ3, Κ4, Τ12); Από την άλλη, και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός, ήταν πενιχρός. Σε ένα ίδρυμα με πολλά άτομα με Ειδικές Ανάγκες, με αναπηρίες, με νοητική καθυστέρηση, δεν υπήρχε βασικός εξοπλισμός, όπως αναπηρικά καρότσια. Το προσωπικό λοιπόν, τοποθετούσε τα άτομα που είχαν κινητικά προβλήματα σε καρέκλες κουζίνας, γιατί το Ψυχιατρείο δεν μπορούσε να παρέχει καρότσια σε όλους τους ασθενείς που το είχαν ανάγκη (Α.Μ1).

Σε συγκεκριμένα τμήματα, η εικόνα ήταν αποκαρδιωτική. Στο 6^Α Γυναικών, η εικόνα που αντίκριζε κάποιος μόλις έμπαινε στο τμήμα, ήταν γυναίκες από 25 μέχρι 85

χρονών, όλες μαζί στον ίδιο χώρο, με τα ίδια ρούχα (γκρι ρόμπες, η στολή του ιδρύματος) και πολύ διαφορετική ψυχοπαθολογία η μια με την άλλη. Νοητική καθυστέρηση, ψύχωση, άνοια, αναπηρίες, όλες μαζί χωρίς κανένα διαχωρισμό, χωρίς ιδιαίτερη φροντίδα (Α.Μ1, Α.Μ3).

Περιστατικά βίας, καταναγκασμού, ξυλοδαρμοί, δεσίματα και καθηλώσεις, ανήκαν στην καθημερινότητα του Ψυχιατρείου Χανίων (Λ1, Λ6, Κ4, Γ3, Γ4, Μ1, Σπ1, Σπ7). Μπορεί σε πολλούς να φαίνονται εξωπραγματικά όλα αυτά, όπως και είναι, δεν παύουν όμως να είναι πραγματικότητα για χιλιάδες συνανθρώπους μας που είχαν την ατυχία όχι να νοσήσουν από κάποια ψυχική ασθένεια, αλλά να νοσηλευτούν σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα. Πολλοί ίσως δεν γνωρίζουν ότι το γεγονός εκείνο που πυροδότησε την μεταρρυθμιστική κίνηση στο Ψυχιατρείο Χανίων, ήταν το σκάνδαλο το 2004 για τον βιασμό ασθενών στο εν λόγω ίδρυμα.

Φτάνουμε στο καλοκαίρι του 2004, εποχή κατά την οποία στο Θ.Ψ.Π.Χ. ξεσπούν τα σκάνδαλα. Όλη η Ελλάδα μαθαίνει για το Ψυχιατρείο Χανίων. Τα ακραία γεγονότα παραβίασης δικαιωμάτων ασθενών λειτουργούν ως καταλύτης. Τα Μ.Μ.Ε. καθημερινά αναφέρονται σε αυτά (Κοκκινάκος, 2007).

Αν δεν είχε έρθει στο φως, αυτό το γεγονός, ίσως η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση να είχε καθυστερήσει, ίσως να μην είχε προχωρήσει καθόλου και το Ψυχιατρείο Χανίων να ήταν ακόμη ανοιχτό. Πρέπει όμως να γνωρίζουμε ποιες είναι οι συνθήκες που επικρατούσαν μέσα σε αυτόν τον χώρο, για να μην επαναλάβουμε στο μέλλον, τα λάθη του παρελθόντος.

Σύμφωνα με την μαρτυρία μιας Ψυχολόγου που συνάντησε για πρώτη φορά το Ψυχιατρείο Χανίων το έτος 1983, η κατάσταση που επικρατούσε, ήταν τρομακτική (Σ.Μ1). Στο ψυχιατρείο τότε, νοσηλεύονταν 600 περίπου ασθενείς, εκ των οποίων οι μισοί περίπου ήταν χρόνιοι! Κυρίως σταλμένοι από άλλα ιδρύματα της χώρας, όπως το Δαφνί και το Ψυχιατρείο της Λέρου. Κάποιοι από αυτούς, ήταν περιορισμένοι σε κλουβιά! Κάγκελα που ξεκινούσαν από το ταβάνι και κατέληγαν στο πάτωμα, κρατούσαν κάποιους ανθρώπους περιορισμένους σε ένα μικρό χώρο σαν κελί. Οι άνθρωποι αυτοί, δεν είχαν ρούχα, έτρωγαν, κοιμόντουσαν, αφόδευαν σε αυτό τον χώρο και είναι πράγματι άξιο απορίας, αν κάτω από αυτές τις συνθήκες, ένα ον θεωρείται άνθρωπος. Ποιος άνθρωπος νοείται να ζει σε κλουβί; Ποιος άνθρωπος

νοείται να υπόκεινται σε αυτό τον εξευτελισμό; Όταν αποστερήσουμε από τον άνθρωπο, όλες εκείνες τις συνισταμένες που τον καθιστούν άνθρωπο, τότε τι έχουμε; Δεν γνωρίζω πως μπορεί να ονομαστεί, αλλά αν υπάρχει όνομα που να περιγράφει αυτή την κατάσταση, σίγουρα θα ταίριαζε στους τρόφιμους των ψυχιατρείων.

«Ας φανταστούμε λοιπόν έναν άνθρωπο που του έχουν στερήσει τα αγαπημένα του πρόσωπα, τις συνήθειες του, από τα πάντα, από οτιδήποτε είχε στην κατοχή του. Αυτός ο άνθρωπος είναι ένα κενό. Τον έχουν ρίξει σε ένα τόπο πόνου και στέρησης, έχει ξεχάσει την αξιοπρέπεια και τα προνόμια του, γιατί συμβαίνει συχνά σ' αυτόν που έχει χάσει τα πάντα, να χάνει και τον εαυτό του». Το απόσπασμα αυτό που παραπέμπει στο άσυλο και στην ζωή ενός έγκλειστου σ' αυτό, δεν είναι δυστυχώς περιγραφή για ψυχιατρείο, αλλά για στρατόπεδο συγκέντρωσης. Το Άουσβιτς. Είναι ένα απόσπασμα από το βιβλίο του P. Levi «Αν αυτό είναι άνθρωπος». Ο ίδιος βέβαια υπήρξε κρατούμενος στο στρατόπεδο. Όμως αποδίδει πιστά την εικόνα του πληθυσμού εκείνου που βρίσκεται έγκλειστος στα ψυχιατρικά ιδρύματα (Κοκκινάκος, 2007).

Σύμφωνα με μια άλλη εργαζόμενη στο Ψυχιατρείο, η κατάσταση μέχρι πρότινος, με τα ομαδικά μπάνια και την σειρά για να πάρουν τα φάρμακα, ο ένας ασθενείς πίσω από τον άλλο θυμίζει την γνωστή ταινία, η *Φωλιά του Κούκου* (T.E6). Η ταινία αυτή προβλήθηκε το 1975 και παρ' όλα αυτά είναι επίκαιρη ακόμη και σήμερα, 34 χρόνια μετά. Μπορεί στο χώρο της ψυχικής υγείας στα Χανιά τουλάχιστον, να έχουν αλλάξει πολλά πράγματα, αλλά σίγουρα δεν έχουν αλλάξει όλα. Δυνατότητες βελτίωσης υπάρχουν πάντα. Το μόνο που μένει είναι οι κινήσεις που γίνονται από δω και πέρα να είναι γρήγορες και αποδοτικές, για να μην χρειαστεί να λέμε σε αλλά 34 χρόνια από τώρα ότι αυτά τα φαινόμενα δεν έχουν εξαλειφθεί ακόμα.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχει και ο αντίλογος, που λέει ότι στο Ψυχιατρείο, οι άνθρωποι, είχαν περισσότερο χώρο να κινηθούν και είχαν την δυνατότητα επαφής με τη φύση και όλες τις θεραπευτικές ιδιότητες της (Λ10, T1, T2). Βέβαια, οι περιορισμοί ήταν αισθητοί, αφού λόγω της γραφειοκρατίας, οι ολιγόωρες έξοδοι των ασθενών (προνόμιο ελάχιστων και φυσικά όχι των χρόνιων) απαιτούσαν χρονοβόρες διατυπώσεις (T11). Άλλη μια δυσκολία, προερχόταν από το γεγονός ότι το Ψυχιατρείο των Χανίων, βρισκόταν σε ένα προάστιο της πόλης, αρκετά μακριά από την πόλη των Χανίων (M7). Αυτό δυσχέραινε όχι μόνο τις ολιγόωρες εξόδους των

ασθενών, αλλά και την επαφή με την κοινότητα. Κάτι σαφώς πολύ σημαντικό, αφού δεν μπορούσε να υπάρξει η αλληλεπίδραση του ψυχικά πάσχοντα με το υγιές κομμάτι της κοινωνίας. Το άτομο μπορούσε να κάνει τον περίπατο του, να δει πράσινο και να αναπνεύσει καθαρό αέρα, αλλά στην ουσία του έλλειπε κάτι πολύ σημαντικότερο, η ελευθερία του(T19). Κανείς δεν ένιωθε ελεύθερος μέσα στο Ψυχιατρείο, κανείς δεν μπορούσε να κάνει αυτό που πραγματικά ήθελε μέσα στο Ψυχιατρείο και κανείς δεν μπορούσε να διαχειριστεί μόνος του την ζωή του. Η επάνοδος λοιπόν, μετά στην κοινότητα είναι πολύ δύσκολη. Το άτομο που είχε νοσηλευτεί στο Ψυχιατρείο, είχε ξεχάσει πως είναι να διαχειρίζεται τον εαυτό του, την κοινωνία και το σημαντικότερο τον εαυτό του μέσα στην κοινωνία. Δεν είναι περίεργο, λοιπόν, να μιλάμε για επανεκπαίδευση του ατόμου.

Όπως επισημαίνει όμως και ένας Ψυχίατρος του Ψυχιατρείου Χανίων, τα φυσικά τείχη του Ψυχιατρείου ήταν οδυνηρά για τους ασθενείς, αλλά τα τείχη που προέβαλε η ίδια η κοινωνία σε αυτούς τους ανθρώπους ήταν ακόμη πιο σκληρά (Α11). Κανείς δεν ήθελε να έχει επαφή με το Ψυχιατρείο, κανείς δεν ήθελε να ξέρει τι συμβαίνει πίσω από αυτά τα τείχη, κανείς δεν γνώριζε σε τι συνθήκες ζούσαν οι άνθρωποι μέσα στο Ψυχιατρείο.

Ταυτόχρονα, στο χώρο του Ψυχιατρείου, επικρατούσε η εξής κατάσταση: πολυπληθή τμήματα, με ελάχιστο προσωπικό για να τους φροντίσει (Α.Μ1, Α.Μ3, Τ12). Η σοβαρότητα των περιστατικών (αναπηρίες, παραπληγίες κ.α.) επέβαλε εξατομικευμένη φροντίδα, κάτι που δεν μπορούσε όμως να καταστεί δυνατόν με 2 ή 4 νοσηλευτές σε κάθε βάρδια να είναι υπεύθυνοι για την καθαριότητα των ασθενών, την σίτιση τους, την χορήγηση των φαρμάκων και πολλά άλλα. Ως αποτέλεσμα, πολλοί ασθενείς που ήταν λειτουργικοί, βοηθούσαν τους νοσηλευτές για να γίνει η καθημερινή νοσηλεία (Α.Μ1, Τ12).

Η αυστηρότητα του προσωπικού, είναι ένα άλλο κομμάτι, που συνθέτει την καθημερινότητα στο Ψυχιατρείο. Ένας ασθενής μάλιστα επικαλέστηκε την αυστηρότητα για να τονίσει την αναγκαιότητα του κλεισίματος του Ψυχιατρείου (Γ1, Γ2). Η αυστηρότητα όμως από πού πήγαζε στο Ψυχιατρείο; Από την έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού (Γ2); Από την έλλειψη κατάλληλων μέσων για την καταστολή των κρίσεων (Α.Μ5); Ή μήπως από τον ιδρυματισμό και του ίδιου του

προσωπικού(M.N6, Σ.M6, M1); Πιστεύω πως όλες είναι πλευρές του ίδιου προβλήματος και όλα μαζί συντέλεσαν για να δημιουργηθεί αυτή η ζοφερή πραγματικότητα στο Ψυχιατρείο Χανίων. Όποιο και να είναι όμως το συμπέρασμα το αποτέλεσμα είναι ότι οι άνθρωποι που έζησαν στο Ψυχιατρείο, ένιωθαν να τους συμπεριφέρονται σαν εγκληματίες (Γ2). Και η τιμωρία δεν ήταν μικρή. Οι ξυλοδαρμοί, οι ύβρεις, οι εξευτελισμοί της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και ανθρώπινης υπόστασης, ήταν ένα φαινόμενο καθημερινό(Λ1, Λ6, Κ4, Γ3, Γ4, Μ1, Σπ1, Σπ7). Και όταν ένα άτομο ήταν τυχερό και έβγαινε από το Ψυχιατρείο, ένιωθε σαν να έβγαινε από φυλακή (Γ2). Αυτές ήταν οι υπηρεσίες που παρείχαμε στα πιο αδύναμα μέλη της κοινωνίας μας. Σε αυτά που χρειαζόντουσαν την αμέριστη προσοχή και φροντίδα μας. Γιατί η ψυχική νόσος δεν υπερνικάτε μόνο με φάρμακα. Πρέπει η κοινωνία να κάνει αυτούς τους ανθρώπους να νιώσουν ξανά ασφάλεια στο περιβάλλον τους. Στο φυσικό περιβάλλον όλων μας που είναι η κοινότητα (Λ3). Και όταν η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσα στην κοινότητα, πρέπει να παρέχουμε όσο το δυνατόν καλύτερες υπηρεσίες στο πάσχον υποκείμενο για να μπορέσει να ανακάμψει. Δεν ήταν εφικτό όλα αυτά τα χρόνια, εν μέρη επειδή το προσωπικό δεν είχε την απαραίτητη κατάρτιση και ευαισθητοποίηση. Ένας επαγγελματίας που γνωρίζει πιο είναι το καλύτερο δυνατόν που μπορεί να γίνει για έναν ασθενή, και που το κάνει με αγάπη και αφοσίωση, μόνο καλά αποτελέσματα μπορεί να φέρει. Όταν δεν υπάρχουν όμως αυτές οι συνθήκες, συναντάμε μοντέλα ασυλικά, που μόνο πόνο και αποξένωση προκαλούν.

Από την άλλη, η έλλειψη δομών στην Κρήτη, σε συνδυασμό με το θεσμό της ακούσιας νοσηλείας, είχε πολλά δυσάρεστα επακόλουθα. Στην Κρήτη εκτός από το Ψυχιατρείο Χανίων και την Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο, δεν υπήρχαν άλλες δομές για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Αυτός ήταν ένας ακόμη από τους λόγους που οδήγησαν στην υπερπληρότητα του ψυχιατρείου. Όμως και ο τρόπος που διεξαγόntonταν οι αναγκαστικές νοσηλείες, δεν ήταν ο πλέον κατάλληλος. Σύμφωνα με ένα πρώην ασθενή του Ψυχιατρείου Χανίων ασθενείς για παράδειγμα από το Ηράκλειο, έρχονταν στα Χανιά με κλούβες της αστυνομίας ή περιπολικά δεμένοι με χειροπέδες (M10).

Σύμφωνα με τον Κοκκινάκο (2007), στο Θ.Ψ.Π.Χ. γίνονταν περίπου 1200 εισαγωγές το χρόνο (οι περισσότεροι ψυχωσικοί και στο 70% ακούσιες νοσηλείες). Εξ' αυτών το 50% προήρχοντο από το Νομό Χανίων, το 25% από το Νομό Ηρακλείου, το 15% από το Νομό Ρεθύμνου και το 10% από το Νομό Λασιθίου. Από τους υπόλοιπους Νομούς, (πλην του Νομού Χανίων), η πλειοψηφία των εισαγωγών ήταν ακούσιες εισαγγελικές παραγγελίες νοσηλείας (περίπου το 80 – 90 %), ενώ από το Νομό Χανίων οι ακούσιες νοσηλείες δεν ξεπερνούσαν το 40%. Επρόκειτο δηλαδή για ψευδοακούσιες νοσηλείες στο Θ.Ψ.Π.Χ. από τους άλλους Νομούς (Κοκκινάκος, 2007).

Οι ασθενείς μεταφερόντουσαν στο Θ.Ψ.Π.Χ. με την κλούβα των μεταγωγών – αφού είχαν παραμείνει για 2-3 24ωρα στο τμήμα μεταγωγών Ηρακλείου σε άθλια κατάσταση- και για να συνέλθουν χρειάζονταν αρκετές μέρες. Αυτό λοιπόν το απαράδεκτο καθεστώς το οποίο υπάρχει ακόμα στην περιφέρεια, το οποίο προσβάλλει όχι μόνο την ψυχιατρική αλλά και τον πολιτισμό και τις ανθρώπινες αξίες, το ψυχιατρικό σύστημα και οι λειτουργοί του, αλλά και η πολιτεία και τα όργανα της, το κλείνουν σε παρένθεση και κάνουν πως δεν το βλέπουν (Κοκκινάκος, 2007).

Μια άλλη παράμετρος πολύ σημαντική που θίγεται, είναι το κατά πόσο ήταν απαραίτητες όλες οι νοσηλείες που γίνοντουσαν στο Ψυχιατρείο Χανίων. Σύμφωνα και με τα περιστατικά που συνάντησα στο Οικοτροφείο στο οποίο έκανα την πρακτική μου άσκηση, πριν 30, 40 ή και 50 χρόνια, το Ψυχιατρείο Χανίων δεν αποτελούσε λύση μόνο για τους ψυχικά πάσχοντες, αλλά και για άτομα που έπασχαν από επιληψία, νοητική υστέρηση, αναπηρίες, άτομα που δεν μπορούσαν απλά να τα φροντίσουν οι οικογένειες τους (Μ.Ρ1, Α.Μ3). Στο πιο πρόσφατο παρελθόν, αυτό το φαινόμενο είχε μειωθεί. Ήταν όμως και πάλι το Ψυχιατρείο ο κατάλληλος χώρος για άτομα με σχιζοφρένεια, με κατάθλιψη, με συναισθηματικές διαταραχές; Και αν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα; Μήπως το Ψυχιατρείο αντί για θεραπευτικό έργο, μόνο κακό προκαλεί στο άτομο που νοσηλεύεται; Μήπως αποτελεί πισωγύρισμα με επακόλουθο την υποτροπή της νόσου (Γ7); Τι θα γινόταν αν δεν υπήρχαν τα τμήματα χρόνιας νοσηλείας; Η απάντηση δεν είναι εύκολη. Όμως στο Ψυχιατρείο Χανίων δόθηκε και τα αποτελέσματα εκτός από υποδειγματικά ήταν και άκρως ελπιδοφόρα.

2.1.2 Παρεμβαίνοντας στην χρονιότητα

Στα πλαίσια της 3^{ης} Ψυχιατρικής κλινικής υπήρχε και λειτουργούσε ένα τμήμα χρόνιων ασθενών. Το 6^Α Γυναικών. Σε αυτό νοσηλεύονταν πάνω από 50 ασθενείς «χρόνιες». Και αυτό το τμήμα λειτουργούσε με τους όρους και τις προϋποθέσεις που λειτουργούν τα τμήματα χρόνιων σε όλα τα ψυχιατρεία (Κοκκινάκος, 2007).

Σε αυτά τα τμήματα προωθούνται ασθενείς από τα τμήματα οξέων, μετά από αλληπάλληλες εισαγωγές στο ψυχιατρείο και αφού εντωμεταξύ έχουν χάσει μεγάλο μέρος της λειτουργικότητας τους και κυρίως έχουν χάσει τους οικογενειακούς και κοινωνικούς υποδοχείς, έχουν χάσει την εργασία τους, τα εισοδήματά τους, τους φίλους τους. Εκεί ζουν κάτω από άθλιες συνθήκες, κάτω από καθεστώς περιορισμού των ελευθεριών και των ατομικών δικαιωμάτων, και με το πρόσχημα της «θεραπείας» υφίστανται την βία του ολοπαγούς ιδρύματος (Κοκκινάκος, 2007).

Το προσωπικό που απασχολείται σε ένα τμήμα χρόνιων είναι πάντα ελλιπές. Και όσο περισσότερες δομές αναπτύσσονται στην κοινότητα, τόσο περισσότερο εγκαταλείπονται τα τμήματα χρόνιων. Εκεί ότι προκαλεί η ψύχωση, το ολοκληρώνει η «θεραπεία» της ψυχιατρικής. Εκεί πάνω στην ψυχοπαθολογία της αρρώστιας, προστίθεται η ψυχοπαθολογία του ασύλου. Ο Ιδρυματισμός. Εκεί ζουν άνθρωποι που, όπως λέει ο Λαιγκ «έχουν χάσει τα πάντα εκτός από τα λογικά τους» (Κοκκινάκος, 2007).

Η θεραπευτική ομάδα καθημερινά βρισκόταν στο χώρο του τμήματος, με καθημερινές συναντήσεις, προβληματισμούς, στόχους, έδινε το στίγμα και το σύνθημα ότι κάτι άλλαξε στο τμήμα. Δεν υπήρχε μόνο ο νοσηλευτής, ο οποίος μόνος και αβοήθητος τίποτα δεν μπορεί να κάνει πλην της φυλακτικής διάστασης του ρόλου του (Κοκκινάκος, 2007).

Διαμόρφωση και τήρηση ενός εβδομαδιαίου προγράμματος για προσωπικό και ασθενείς. Παρ' ότι φαίνεται απλό και εύκολο δεν είναι. Το προσωπικό είχε μεγάλες αντιρρήσεις στο να καταρτιστεί και να γραφεί ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα δράσης. Έτσι αντιμετωπίσαμε το πρόβλημα διαχείρισης του χρόνου που είναι ένα μεγάλο πρόβλημα σε ένα τμήμα χρόνιων. Πήρε νόημα η καθημερινή ζωή των εγκλειστών. Ξεχώριζε η καθημερινή απ' την σκόλη, το πρωί από το απόγευμα, η δουλειά από την

ανάπαυση. Όλες οι μέρες δεν είναι πια ίδιες για τους έγκλειστους του τμήματος. Έμπαιναν συχνά στόχοι, υπήρχαν επιτυχίες και αποτυχίες στην εκτέλεση του καθημερινού προγράμματος, αλλά στο τμήμα υπήρχε πλέον μια κινητικότητα. Τίποτα δεν θύμιζε την παλιά εικόνα ενός τμήματος χρόνιων (Κοκκινάκος, 2007).

Εστίαση στις ανάγκες των ασθενών και όχι στα συμπτώματα. Όχι πως τα συμπτώματα δεν είναι μια σοβαρή πλευρά και πρέπει να αντιμετωπίζονται, αλλά πίσω και πέρα από αυτά, προσπαθήσαμε να «διαβάσουμε» τον πόνο και την ανάγκη του αρρώστου ανθρώπου. Την ψυχική οδύνη και την έρημο που περνά μόνος και αβοήητος. Έτσι ανοίξαμε το τμήμα, καταργήσαμε τις απομονώσεις, βάλαμε πόμολα στις πόρτες, βάψαμε με χαρούμενα χρώματα τους τοίχους, και δημιουργήσαμε προσωπικούς χώρους για κάθε άρρωστο. Βάλαμε καθρέπτες να βλέπουν οι ασθενείς το πρόσωπο τους, βάλαμε μουσική στο τμήμα, τοποθετήσαμε μαχαιροπήρουνα, ποτήρια, δίσκους και στρώναμε το τραπέζι πριν το φαγητό, έτσι που οι ασθενείς να τρώνε σαν άνθρωποι. Αυτονόητα πράγματα, απλά, αλλά που αν τα στερηθεί ένας φυσιολογικός, θα οδηγηθεί σίγουρα στην τρέλα. Μπορεί κανείς να ζήσει χωρίς απαραβίαστο χώρο; Μπορεί κανείς να ζήσει χωρίς προσωπική ευθύνη; Τι φαγητό θα φάει κανείς για παράδειγμα. Μπορεί να αντέξει κανείς χωρίς να επιλέξει το φαγητό του, έστω και αν κάποιος του το προσφέρει δωρεάν; (Κοκκινάκος, 2007).

Μελέτη κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Μάθαμε την προσωπική ιστορία κάθε ασθενούς. Κάθε ασθενής αποτελεί ένα σύμπαν ολόκληρο, όπως κάθε άνθρωπος. Δεν είναι μόνο ένα ψυχιατρικό περιστατικό. Η θεραπευτική ομάδα κατέγραφε τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, την λειτουργικότητα τους και τις δυνατότητες τους. Και ύστερα μπήκαν στόχοι για κάθε ασθενή. Δεν μπορεί να είναι οι ίδιοι στόχοι για όλους τους ασθενείς. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν πάνω από 60 ετών, στην πλειοψηφία τους με στοιχειώδη εκπαίδευση και αγροτικής προέλευσης. Μοναδική πηγή εσόδων η πενιχρή σύνταξη του ΟΓΑ. Στην πλειοψηφία τους ψυχωσικές και με πολλά έτη νοσηλείας. Δεν είχαν καμία απασχόληση πλην ορισμένων με καλή λειτουργικότητα που έκαναν την λεγόμενη «μαύρη» εργασίας το τμήμα. Μια δραστηριότητα που δεν τονίζει την αυταξία του ατόμου, αλλά το εξευτελίζει και το βυθίζει περισσότερο στην αθλιότητα (Κοκκινάκος, 2007).

Η παρέμβαση στους χώρους και τις λειτουργίες ήταν από τις πρώτες που κάναμε. Δημιουργήσαμε ευχάριστο κλίμα, ανθρώπινο, φιλικό περιβάλλον. Δώσαμε σημασία στην επιθυμία του ασθενούς και προσπαθήσαμε να αναδείξουμε «το πρόσωπο». Καταργήσαμε τις μαζικές δραστηριότητες που δίνουν βάση στην ομοιότητα και τονίσαμε τα ιδιαίτερα κάθε ασθενούς. Καταργήσαμε τα ομαδικά μπάνια, τις ομαδικές εκδρομές, τις ομαδικές προμήθειες. Οι δυσκολίες υπήρχαν από τον ιδρυματικό τρόπο διοίκησης του ψυχιατρείου. Οι «υπεύθυνοι» υπάλληλοι δεν μπορούσαν να καταλάβουν ότι το να ψωνίζεις 60 φούστες για 60 ασθενείς, όλες ίδιες, είναι μια πράξη που όχι μόνο δεν είναι θεραπευτική αλλά το αντίθετο. Ούτε μπορούν να καταλάβουν οι υπεύθυνες της νοσηλευτικής υπηρεσίας, ότι σημασία δεν έχει να έχει κανείς καλά στρωμένα κρεβάτια, αλλά το να βάζει τους ασθενείς στο παιχνίδι. Κάθε ασθενής έπρεπε να ξεκινήσει μια προσπάθεια από το επίπεδο της περιποίησης του εαυτού, του προσωπικού του χώρου, μέχρι της εκ νέου ενσωμάτωσης του στον κοινωνικό χώρο. Δώσαμε μεγάλη σημασία μέσα από την ομαδική δουλειά στην ψυχοσυναλλαγή μεταξύ των ασθενών, όπως και μεταξύ του προσωπικού και ασθενών, μέσα από κοινές μας συναντήσεις (Κοκκινάκος, 2007).

Επαναπροσέγγιση των συγγενών. Πολλοί ασθενείς δεν είχαν συγγενείς. Ή όσες είχαν, είχαν διακοπεί οι σχέσεις επικοινωνίας. Προσπαθήσαμε και πετύχαμε αρκετά. Πύκνωσαν τα τηλεφωνήματα, οι επισκέψεις, οι άδειες σύντομες ή μεγαλύτερες (Κοκκινάκος, 2007).

Χρησιμοποίηση των ήδη υπαρχόντων πόρων. Μέσα από αυτή τη δουλειά εδραιώθηκε η πεποίθησή μας ότι όσες αλλαγές έγιναν ή θα γίνουν, αυτές δεν θα γίνουν με κάποιους ειδικούς, αλλά μέσα από το υπάρχον προσωπικό, αφού αλλάξει ρόλο, πρακτικές και λειτουργίες. Για να γίνει αυτό, η διοίκηση πρέπει να καταλάβει ότι η ασφαλέστερη και η πιο επικερδής επένδυση, είναι η επένδυση στο προσωπικό. Υπάρχει προσωπικό που μέσα από προγράμματα κατάρτισης μπορεί να επιτελέσει τον κινητήριο μοχλό για αλλαγή. Αν δεν γίνει αυτό, ματαιοπονούμε. Με το προσωπικό του ψυχιατρείου, απαξιωμένο, ανεκπαιδευτο και παραμελημένο, τίποτε δεν μπορεί να αλλάξει, έστω και αν υπάρχουν τα χρήματα (Κοκκινάκος, 2007).

Τέλος, μετά από 5 χρόνια δουλειάς το τμήμα μεταλλάχθηκε. Περίπου οι μισοί ασθενείς εξήλθαν σε ξενώνες, και οι υπόλοιπες 20 ζουν κάτω από ανθρώπινες

συνθήκες. Το προσωπικό εργάζεται και είναι ικανοποιημένο από αυτή την δουλειά. Δεν ζει κάτω από μια διαρκή ματαιώση, αλλά βλέπει τα αποτελέσματα της δουλειάς του και είναι ικανοποιημένο από αυτό (Κοκκινάκος, 2007).

2.2 Κατάργηση του ασύλου-Σκοπός και πως αυτό έγινε εφικτό

Το κλείσιμο του Ψυχιατρείου Χανίων, υπήρχε σαν ιδέα ήδη από την δεκαετία του '80. Προς αυτή την κατεύθυνση, είχαν κινηθεί κάποιοι άνθρωποι, Ψυχίατροι και Ψυχολόγοι κυρίως, με όραμα το οριστικό κλείσιμο του Ψυχιατρείου (Λ1, Μ.Ρ3, Α.Μ1, Σ.Μ1). Αργότερα, μέσα στην δεκαετία του '90, δομήθηκε ο εθνικός σχεδιασμός για το πρόγραμμα Ψυχαγωγός με κονδύλια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που περιλάμβανε το κλείσιμο των τεσσάρων περιφερειακών Ψυχιατρείων της χώρας, των Χανίων, της Κέρκυρας, της Τρίπολης και της Πέτρας Ολύμπου μέχρι το 2006 (Λ1). Κάτι τέτοιο δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα, με εξαίρεση το Ψυχιατρείο Χανίων. Στο ίδιο σχέδιο, προβλεπόταν και το κλείσιμο των μεγάλων Ψυχιατρείων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης μέχρι το 2011 (Λ1).

Το κλείσιμο του Ψυχιατρείου των Χανίων ευνοήθηκε από δυο παραμέτρους. Πρώτον, είχε ήδη γίνει μια προεργασία στο χώρο του Ψυχιατρείου, με τα τμήματα επανένταξης και τους θεραπευτικούς συνεταιρισμούς, οπότε ήταν πιο εύκολη η μετάβαση των πρώτων ασθενών στην κοινότητα (Λ1, Σ.Μ1) . Δεύτερον, η τομεοποίηση ήταν ένας από τους βασικούς στόχους της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης κάτι το οποίο θα διευκολυνόταν στην Κρήτη με το κλείσιμο του Ψυχιατρείου Χανίων (Λ1). Όπως βέβαια προαναφέρθηκε, η κινητήριος δύναμη για την επίσπευση ή αν θέλετε το έγκαιρο με βάση τον σχεδιασμό κλείσιμο του Ψυχιατρείου, «υποβοηθήθηκε» από τα σκάνδαλα που ξέσπασαν το 2004.

Παρ' όλα αυτά δεν μπορούμε να παραγνωρίσουμε τον ανθρώπινο παράγοντα και το πώς συνέβαλε στο να γίνει εφικτή η Μεταρρύθμιση στην Κρήτη. Υπήρχε η ανάγκη για να γίνει αυτή η αλλαγή, η πολιτεία, κατάλαβε ότι ήρθε η ώρα να κινηθεί προς αυτή την κατεύθυνση, αλλά οι άνθρωποι που δούλεψαν με ζήλο και αγάπη πιστεύω ότι έχουν μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για αυτό το δημιούργημα. Άκουσα ανθρώπους να μιλάνε με έναν κόμπο στο λαιμό για τις συνθήκες διαβίωσης στο Ψυχιατρείο,

άκουσα ανθρώπους να συγκινούνται όταν μου ανέφεραν παραδείγματα ανθρώπων (off-record) που ζούσαν στο περιθώριο της ζωής, ξεχασμένοι, και που τώρα έχουν την ευκαιρία να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή. Με προέτρεπαν «Πήγαινε στον τάδε ξενώνα, στο τάδε διαμέρισμα να δεις αυτόν τον άνθρωπο που τον είχαν μέσα στο κλουβί και τώρα χαίρεται την ζωή σαν όλους εμάς». Και μου επαναλάμβαναν ξανά και ξανά «Για αυτούς τους ανθρώπους, άξιζε!» (Α.Μ3, Σ.Μ8). Και το εννοούσαν με όλη τους την καρδιά. Μόχθησαν και πάλεψαν πολλοί εργαζόμενοι του Ψυχιατρείου για να γίνει εφικτή η Αποασυλοποίηση. Και το πάλεψαν δεν είναι μεταφορικό. Είναι ίσως «λίγο» για να περιγράψει τις προσπάθειες που έγιναν απέναντι στις σθεναρές αντιστάσεις που έφερε η κοινωνία για αυτό το εγχείρημα (Λ11, Α.Μ3)

Παράλληλα, ο ρόλος της οικογένειας στην αποασυλοποίηση του πάσχοντα είναι βασικός άξονας στην «αποθεραπεία» από το ίδρυμα και την ψυχική νόσο. Η αποκατάσταση του ατόμου, πλέον στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στις υποστηρικτικές δυνατότητες της οικογένειας (Λ3, Μ.Ρ2). Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που έχουν σχεδιαστεί σε όλους τους νομούς της Κρήτης, διεξάγουν σεμινάρια ψυχοεκπαιδευτικής εκμάθησης για την οικογένεια του ψυχικά πάσχοντα, για να μπορέσουν τα υπόλοιπα μέλη να παρέχουν ουσιαστική βοήθεια και στήριξη (Λ3). Αυτό εννοείται ότι προάγει την συγκρότηση συνοχής ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, την συσπειρώνει και ενδυναμώνει τις σχέσεις των μελών.

Η άλλη παράμετρος στην οποία εστιάζει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση μέσα από την κατάργηση του ασύλου, είναι ο επαναπροσδιορισμός της στάσης που έχει η κοινωνία απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα. Μέσα από αυτήν την κίνηση, γίνεται μια προσπάθεια να σπάσουν τα φοβικά σύνδρομα που κατακλύζουν την κοινωνία μας, να εκλείψουν τα στερεότυπα, ο ρατσισμός, η περιθωριοποίηση και η εγκατάλειψη των ψυχικά πασχόντων (Λ3, Κ1, Σ.Μ1, Τ.Ε1 Τ12). Να μπορέσει η κοινωνία μας να δεχτεί το διαφορετικό χωρίς προκατάληψη. Να οδηγηθούμε σε μια κοινωνία αλληλεγγύης, συμμετοχής και αλληλεπίδρασης χωρίς φραγμούς. Ίσως αυτό να είναι το πιο δύσκολο κομμάτι, γιατί οι κοινωνίες αλλάζουν με πολύ αργούς ρυθμούς. Αλλάζουν όμως. Και μπορούμε πλέον να ελπίζουμε ότι κάποια στιγμή ο ψυχικά πάσχον θα αντιμετωπίζεται ισότιμα, χωρίς φόβο και δυσπιστία.

Ο κύριος σκοπός της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, όμως, που περιλαμβάνει ένα πλέγμα υποστηρικτικών και θεραπευτικών δομών, μπορεί να μην στοχεύει στους ανθρώπους που σήμερα είναι 60 και 80 χρονών (Λ7). Σε αυτούς τους ανθρώπους μπορούμε απλά να προσφέρουμε μια καλύτερη ποιότητα ζωής για το τέλος της ζωής τους (M.P2, A.M3). Σκοπός είναι να φροντίσουμε τους νέους ψυχικά ασθενείς. Άτομα που είναι 20 και 30 χρονών, παραγωγικά μέλη της κοινωνίας (Λ7). Αυτοί οι άνθρωποι είναι παντού δίπλα μας και τους αξίζει κάτι καλύτερο από ένα κρεβάτι σε ένα απρόσωπο και τραυματικό Ψυχιατρείο. Αυτοί οι άνθρωποι σήμερα, είναι αναγκαίο να έχουν την δυνατότητα να θεραπεύσουν την ασθένεια τους χωρίς να αποκοπούν από τον κοινωνικό ιστό. Χωρίς να αναγκαστούν να βιώσουν τα μαζικά μπάνια, τον εξευτελισμό, την απομόνωση. Χωρίς να χρειαστεί να χάσουν την δουλειά τους, τους φίλους, την οικογένεια τους, την ιδιότητα τους ως ενεργά μέλη στην κοινότητα. Χωρίς να καταπιέζονται οι επιθυμίες και οι ανάγκες τους (Λ3, M.P2, K1, T.E1).

Αυτός είναι ο κύριος στόχος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, να περάσουμε από το ασυλιακό μοντέλο, σε ένα ανοιχτό, φιλελεύθερο, κοινοτικό σύστημα. Όπου ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα προσφέρει στον ψυχικά πάσχοντα στο χώρο που ζει και εργάζεται, χωρίς αποκλεισμούς, στιγματισμούς και εγκλεισμούς σε άσυλα (K1).

Η Blue (1999), αναφέρει: οι παρατηρήσεις, καθώς και οι συζητήσεις μου με ψυχιάτρους και άλλους ειδικούς, αποκάλυψαν ότι υπάρχει και λειτουργεί μια σαφής ιδεολογία σύμφωνα με την οποία πρέπει να αποφεύγεται, όποτε είναι δυνατόν η μακροχρόνια νοσηλεία των ψυχασθενών σε ιδρύματα. Η θεωρητική άποψη που επικρατεί είναι ότι το ψυχωσικό άτομο πρέπει να παραμένει στο δικό του κοινωνικό περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό.

Η ψυχιατρική θεραπεία πρέπει να βασίζεται στην, περίθαλψη εξωτερικών ασθενών. Οι ανάγκες των νοσηλευόμενων θα εξυπηρετούνταν με τη σύντομη παραμονή τους σε μικρές ψυχιατρικές μονάδες. Επιπλέον, τόσο η «αποϊδρυματοποίηση» όσο και η «επανένταξη» τους μέσα στην κοινότητα συμπεριλαμβάνονται τώρα στους δηλωμένους σκοπούς της ειδικότητας. Σε όλη τη χώρα επικρατεί ατμόσφαιρα «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης». Οι ψυχιάτροι δείχνουν μεγάλο ζήλο να σηκώσουν

τη σημαία της και να συμμετάσχουν στη δημιουργία νέων υπηρεσιών για την επίτευξη νέων στόχων (Blue, 1999).

Όπως ισχύει και σε πολλές άλλες κοινωνίες, η ψυχασθένεια στην Ελλάδα αποτελεί αντικείμενο φόβου και σοβαρών παρερμηνειών: ο γενικός πληθυσμός ξέρει ελάχιστα πράγματα για το ζήτημα. Ο τρόπος με τον οποίο ορίζεται και αναγνωρίζεται η ψυχασθένεια, αντανακλά αυτές τις στάσεις και αντιλήψεις. Παρόλο που έχουν υπάρξει κάποιες προσπάθειες από ειδικούς στον τομέα της ψυχικής υγείας για την ενημέρωση του κοινού, αυτές στο σύνολό τους δεν είναι πολλές (Blue, 1999).

2.3 Φάση εξόδου ασθενών και κριτήρια

2.3.1 Φάση εξόδου ασθενών

Η φάση αποασυλοποίησης και εξόδου των ασθενών του Ψυχιατρείου Χανίων, είχε ξεκινήσει πολύ πριν η Ελληνική Κυβέρνηση και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δώσει τις οδηγίες για την έναρξη της αποασυλοποίησης (Λ3, Μ.Ρ3). Σε πρώτη φάση, δημιουργήθηκε η μονάδα επανένταξης που λειτουργούσε μέσα στο χώρο του Ψυχιατρείου σαν ένας ενδιάμεσος σταθμός για να βγουν οι ασθενείς στην κοινότητα ή σε άλλες δομές (Λ2, ΜΡ3, Τ.Ε2, Σπ2). Στην επανένταξη, οι χρόνιοι ασθενείς του Ψυχιατρείου, που δεν είχαν την δυνατότητα να βγουν μόνοι τους στην κοινότητα, επανεκπαιδεύονταν ούτως ώστε να ανακτήσουν τις χαμένες κοινωνικές δεξιότητες (Λ2, Μ.Ρ3, Κ2, Σ.Μ3, Τ.Ε2). Παρ' όλα αυτά, κάποιοι ασθενείς, πιο πρόσφατα, δεν πέρασαν από αυτό το ενδιάμεσο στάδιο της επανένταξης (Τ.Ε2). Η επανεκπαίδευση περιορίστηκε μέσα στα επιμέρους τμήματα στα οποία νοσηλευόταν ο ασθενής. Μέσα σε αυτές τις ομάδες, το άτομο μάθαινε τις κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές που όφειλε να έχει έξω στην κοινότητα, αλλά και πιο απλά πράγματα, όπως να μάθει να έχει προσωπικά αντικείμενα και να φροντίζει τον προσωπικό του χώρο (Τ.Ε2).

Έπειτα υπήρχαν οι θεραπευτικοί συνεταιρισμοί οι οποίοι βρίσκονταν έξω από το χώρο του Ψυχιατρείου και οι οποίοι αποτέλεσαν το εισαγωγικό στάδιο των ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. (Λ2). Μέσα από αυτούς τους συνεταιρισμούς που περιλάμβαναν ένα θερμοκήπιο, ένα ξυλουργείο, ένα εργαστήριο υφαντικής κ.α., οι ασθενείς προετοιμάζονταν και εκπαιδεύονταν για να βγουν στην αγορά εργασίας (Λ2, Σ.Μ2,

Σπ2). Άνθρωποι που μέσα στο χώρο του ιδρύματος, ήταν παρατημένοι, είχαν την ευκαιρία πάλι να νιώσουν ενεργοί πολίτες (Λ2). Απώτερος στόχος ήταν να εξειδικευτεί το άτομο σε ένα αντικείμενο για να μπορέσει να απορροφηθεί αργότερα στην αγορά εργασίας κάτι που βέβαια, δεν καταστεί εφικτό (Τ.Ε2).

Η Μιχαλακέα, αναφέρει: έχει υποστηριχτεί, ότι πολλοί ασθενείς παραμένουν νοσηλευόμενοι σε ψυχιατρικά νοσοκομεία για λόγους μη καθαρά νοσολογικούς, για κοινωνικούς λόγους δηλαδή. Άλλωστε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών, επανεισάγονται στα Ψυχιατρεία λόγω επαγγελματικής ανεπάρκειας (δυσκολία ανεύρεσης και διατήρησης εργασίας) και λόγω αποτυχίας κοινωνικής επανένταξης τους. Επομένως, η προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση είναι πρωταρχικής σημασίας και η εύρεση εργασίας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην έξοδο ασθενών (Θ.Ψ.Π.Χ. Κείμενα Εκπαιδευτικής Δημερίδας, 1993).

Παρ' όλα αυτά, σε άλλους συνεταιρισμούς, όπως στο καφενείο "Η Πέμπτη Εποχή", οι στόχοι ήταν διαφορετικοί. Σε εκείνο το χώρο διοργανώνονταν μουσικές βραδιές, βραδιές ποίησης, κ.α. με σκοπό την ενημέρωση της κοινωνίας για την ψυχική ασθένεια και την αλληλεπίδραση του κόσμου με τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτή η ενέργεια ευοδώθηκε σε μεγάλο βαθμό, αφού είχε απήχηση στην κοινωνία, η οποία αγκάλιασε αυτή την προσπάθεια (Τ.Ε2).

Και στην τρίτη φάση, δημιουργήθηκαν τα θεραπευτικά διαμερίσματα τα οποία ήταν κατοικίες εκτός Ψυχιατρείου (Λ3). Μέσα στα πλαίσια του προγράμματος "Προσπαθήστε Μαζί Μας" οι ασθενείς του Ψυχιατρείου, είχαν την ευκαιρία να αναπτύξουν τις κοινωνικές δεξιότητες τους, να κοινωνικοποιηθούν και να επαναδιαπραγματευθούν τις σχέσεις τους με τις οικογένειες τους (Λ3). Σε αυτή την φάση που ξεκίνησε πριν την Α' Φάση Ψυχαργός, είχαν δημιουργηθεί 2 διαμερίσματα και ένας ξενώνας. Οι ασθενείς του Ψυχιατρείου, εκπαιδεύονταν στην Επανένταξη, μεταφερόντουσαν στον ξενώνα και από εκεί μετά στα διαμερίσματα (Μ.Ρ3).

Αργότερα, με την Α' Φάση του Ψυχαργός, προετοιμάστηκαν περισσότεροι ασθενείς για την αποασυλοποίηση (Μ.Ρ4). Πολλοί από αυτούς βέβαια, δεν ήθελαν να βγουν από το Ψυχιατρείο (Μ.Ρ4). Είναι φυσικό αν σκεφτούμε ότι αυτοί οι άνθρωποι ήταν ξεχασμένοι μέσα σε αυτό τον χώρο μια ζωή. Είχαν ξεχάσει πώς να λειτουργούν μόνοι τους μέσα στην κοινωνία, είχαν ξεχάσει πως είναι η ίδια η κοινωνία. Η διάβρωση της

κοινωνικής οντότητας του ατόμου είναι καταφανής, όταν το ίδιο το άτομο αισθάνεται την κοινωνία ως κάτι το ξένο, ως κάτι άγνωστο. Παρ' όλα αυτά, μέσα από εκδρομές, ταξίδια, εκδηλώσεις, έγινε μια προσπάθεια το άτομο να έρθει σε επαφή με την κοινότητα, με τους χώρους γενικά έξω από το Ψυχιατρείο (Λ3, Σ.Μ2). Είναι αξιοσημείωτη η περίπτωση ενός ασθενή, ο οποίος δεν είχε βγει ποτέ εκτός Ψυχιατρείου από την στιγμή που έγινε η εισαγωγή του και ο οποίος δεν ήθελε κιόλας να βγει αφού η κοινότητα γι' αυτόν ήταν πλέον κάτι άγνωστο. Όταν κάποια στιγμή, βγήκε έξω στα πλαίσια μιας εκδρομής, ανέφερε ότι σε αυτό το Ψυχιατρείο θα ήθελε να μεταφερθεί, εννοώντας την κοινότητα (Μ.Ρ4).

2.3.2 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το τέλος του Κανονισμού 815/84, από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός» (Μαδιανός, 2005).

Συγκεκριμένα το 1999 καταρτίστηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 2005).

Το Πρόγραμμα αποτελεί το επιχειρησιακό εργαλείο πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μαδιανός, 2005).

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός», ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρησή του έχει προγραμματιστεί για το έτος 2004, οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία (Μαδιανός, 2005).

Η Α' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2001)

Η Α' φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων) (Μαδιανός, 2005).

Η Α' φάση του Προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Μαδιανός, 2005).

Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξαν τα εξής:

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

Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2002-2006)

Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» συνδέεται με την περίοδο 2000-2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Ταμειακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα (Μαδιανός, 2005).

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική

αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη, ενώ απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους (Μαδιανός, 2005).

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών έχει σχεδιαστεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στον αποϊδρυματισμό με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 2.000 ασθενών (μακράς παραμονής στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας) και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Μαδιανός, 2005).

Αναπτύχθηκαν 972 κλίνες-θέσεις σε ξενώνες, οικοτροφεία και διαμερίσματα το 2000-2001, ενώ μεταξύ 2002-2004 λειτούργησαν άλλες 706 θέσεις. Η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρήθηκε στις περιφέρειες Αττικής, Κεντρικής Μακεδονίας και στην Κρήτη (Μαδιανός, 2005).

Το Πρόγραμμα περιλαμβάνει την ανάπτυξη των ακόλουθων νέων δομών:

- 31 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία.
- 5 Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. (Κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων.)
- 34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες.
- 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- 11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία.
- 10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- 8 Ολοκληρωμένες μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
- 21 Κινητές Μονάδες ψυχικής υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).

- 16 Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- 16 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένου με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα.
- 6 Μονάδες Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης.
- 15 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.
- 211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.000 ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- 15 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Π.Ε.

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία, κοινοτικών ψυχιατρικών δομών και μονάδων αποκατάστασης (Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης, Συνεταιρισμοί) υποκαθιστά τη νοσηλεία στα ψυχιατρεία και ο παράλληλος αποϊδρυματισμός των χρόνιων εγκλειστών οδηγεί στη μείωση της σημασίας των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους μετά το 2010 (Μαδιανός, 2005).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η καθυστέρηση αυτή εν μέρει οφείλεται σε διοικητικές ανεπάρκειες των τοπικών υπηρεσιών υγείας και στις αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών, όπου υπήρξαν (Μαδιανός, 2005).

2.3.3 Κριτήρια για την έξοδο των ασθενών

Όσον αφορά τα κριτήρια με βάση τα οποία ο ασθενής μεταφέρεται σε μια νέα δομή, αυτά είναι λίγο ρευστά. Βασικό κριτήριο αποτελούν οι στεγαστικές δομές, οι ξενώνες, τα διαμερίσματα και τα οικοτροφεία (Λ5, Κ3). Από κει και πέρα η ψυχοπαθολογία του ατόμου και η λειτουργικότητα του κατηγοριοποιείται σε μια από αυτές τις δομές (Λ5, Κ3, Σ.Μ3, Τ.Ε3,). Για παράδειγμα, τα άτομα που διαμένουν στα διαμερίσματα, έχουν πλήρη αυτονομία σε αντίθεση με τα άτομα που διαμένουν στα οικοτροφεία τα οποία χρειάζονται 24ωρη φροντίδα και επίβλεψη και είναι ως επί το πλείστον ηλικιωμένοι άνθρωποι και χρόνιοι ασθενείς που χρειάζονται μεγαλύτερο

βαθμό νοσηλείας. Στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα που χρειάζονται ένα μικρότερο βαθμό στήριξης. Πολλές φορές όμως η κτιριακή υποδομή δεν ήταν κατάλληλη για όλους τους ασθενείς. Τα κτίρια στα οποία θα στεγάζονταν οι Δομές Αποασυλοποίησης, δεν είχαν φτιαχτεί για αυτόν τον σκοπό και δεν ήταν δυνατόν να πληρούν όλες τις προδιαγραφές (Α.Μ3, Σ.Μ5, Μ3). Ως αποτέλεσμα, κάποιοι ασθενείς μεταφέρθηκαν σε δομές οι οποίες δεν ταίριαζαν στην ψυχοπαθολογία και την λειτουργικότητα τους. Αργότερα βέβαια έγινε προσπάθεια να μειωθεί αυτό το φαινόμενο, αλλά ακόμα και σήμερα, δεν θεωρούνται όλα τα κτίρια κατάλληλα για να στεγάσουν τις ανάγκες των ασθενών (Α.Μ3).

Σύμφωνα με κάποιες άλλες απόψεις, η μετάβαση από το Ψυχιατρείο στην κοινότητα έγινε μεν στην ώρα της αφού ήταν πλέον επιτακτική η ανάγκη να γίνει, αλλά οι κινήσεις που έγιναν ήταν βιαστικές, χωρίς να υπάρχει στρατηγικός σχεδιασμός (Α.Μ2, Τ.Ε1, Τ.Ε3, Μ3). Πάνω σε αυτή την βάση, κάποιοι εργαζόμενοι ισχυρίζονται ότι η αποασυλοποίηση ασθενών, έγινε σε πολλές περιπτώσεις βεβιασμένη για να αποφευχθούν αντιδράσεις κυρίως από κατοίκους, στις περιοχές στις οποίες θα λειτουργούσαν οι δομές (Α.Μ2).

Από την άλλη, η αποασυλοποίηση κρίνεται ότι έγινε βιαστικά και όσων αφορά το προσωπικό το οποίο δεν είχε προετοιμαστεί κατάλληλα για τον νέο ρόλο που καλούνταν να έχει (Α.Μ2, Τ.Ε6). Παρά τα προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης που έγιναν, ίσως ήταν αναγκαίο να υπάρχει μεγαλύτερη οργάνωση σε αυτό το κομμάτι, ούτως ώστε να μεταβούν ομαλά και συνειδητά και οι εργαζόμενοι στην καινούρια πραγματικότητα (Α.Μ2, Τ.Ε6).

2.4 Ο ρόλος του προσωπικού

Στο χώρο του Ψυχιατρείου, η αντιμετώπιση των ασθενών από το προσωπικό δεν ήταν πάντα ανθρώπινη (Μ.Ρ1, Γ2, Σπ1). Οι εργαζόμενοι, πρέπει να κατανοήσουμε βέβαια, ότι εργάζονταν κάτω από τις ίδιες τριτοκοσμικές συνθήκες που ζούσαν και οι ασθενείς (Α.Μ1, Α.Μ3). Αυτό δικαιολογεί εν μέρει την παραίτηση από τον θεραπευτικό τους ρόλο και την συναισθηματική εμπλοκή με τους ασθενείς, χωρίς να σημαίνει ότι δικαιολογεί και την άσκηση βίας που ήταν καθημερινό φαινόμενο. Είναι

επόμενο λοιπόν, ένας εργαζόμενος σε ένα τμήμα με πάνω από 60 ασθενείς, χωρίς τα κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα, να μην μπορεί να άσκηση το λειτούργημα του όπως αρμόζει και πολλές φορές να κάνει τα «στραβά μάτια» στις ελλείψεις και τις παραλείψεις που σημειώνονταν (M.P1, A.M3). Από την άλλη, οι ασθενείς, όντας παρατημένοι μεταφορικά και κυριολεκτικά, υποτροπιάζαν και σίγουρα δεν έδειχναν σημάδια βελτίωσης. Αυτό δημιούργησε έναν φαύλο κύκλο μέσα στον οποίο οι συνθήκες αυτές που περιγράφηκαν, διαιωνίστηκαν. Οι εργαζόμενοι πολλές φορές ξεχνούσαν ότι έχουν να κάνουν με ανθρώπους αφού η εικόνα που παρουσίαζαν και οι συνθήκες μέσα στις οποίες ζούσαν, κάθε άλλο παρά ανθρώπους θύμιζαν (M.P1). Η έλλειψη προσωπικού δε, δημιουργούσε τεράστια προβλήματα στην κάλυψη των βασικών αναγκών των ασθενών όπως σίτιση και υγιεινή (M.P1, A.M1, A.M3, Σ.M1, T12). Ειδικότερα στα τμήματα χρόνιων περιστατικών, που η πλειοψηφία των ασθενών ήταν κατάκοιτοι ή με σοβαρά κινητικά και νοητικά προβλήματα, η κάλυψη των αναγκών, γινόταν με την βοήθεια των πιο λειτουργικών ασθενών (A.M1, T12)! Όπως είναι φυσικό, όσα άτομα και να δούλευαν σε κάθε βάρδια, δεν ήταν δυνατόν να φροντίσουν ταυτόχρονα 70 ή και παραπάνω άτομα (A.M1).

Στις δομές αποασυλοποίησης που έχουν δημιουργηθεί, εκτός από τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών που έχουν αλλάξει, έχει αλλάξει και ο ρόλος του προσωπικού σε όλες τις ειδικότητες. Μέσα στο Ψυχιατρείο ο ρόλος τους είχε κυρίως φυλακτικό χαρακτήρα (Λ3). Μετά την Μεταρρύθμιση, ο ρόλος των εργαζομένων, τείνει να είναι καθαρά θεραπευτικός προοδευτικός και συμμετοχικός στα πλαίσια μιας κοινοτικής Ψυχιατρικής (Λ3, Λ10). Όλες οι ειδικότητες συνεργάζονται πλέον με απώτερο στόχο την ένταξη του ασθενή στον κοινωνικό ιστό και τις λειτουργίες της κοινωνίας (Λ10, A.M3).

Μελανό σημείο στην ιστορία των Δομών Αποασυλοποίησης, είναι η έλλειψη προσωπικού που υπάρχει σήμερα (M.P10, M.N7, A.M2). Στην αρχή της λειτουργίας τους αυτές οι δομές, αξιοποίησαν πλήρως το προσωπικό του Ψυχιατρείου. Στην συνέχεια όμως, έγινε μεγάλη εξοικονόμηση προσωπικού με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει πλέον σωστή δουλειά σε όλες τις Δομές, ανάλογα με τις ανάγκες που έχουν οι ασθενείς (M.P10, M.N7). Για παράδειγμα, σε μια δομή, με 15 ενοίκους και δυο άτομα προσωπικό, δεν είναι δυνατόν μέσα σε μια μέρα μερικοί ένοικοι να βγουν σε μια έξοδο, κάποιιοι άλλοι να κάνουν μια δραστηριότητα μέσα στην δομή και

ταυτόχρονα να γίνει και εξατομικευμένη παρέμβαση σε κάποιους άλλους ασθενείς. Αυτές οι δραστηριότητες που γινόντουσαν στην αρχή είναι πλέον πολυτέλεια στις περισσότερες Δομές αφού ο αριθμός των νοσηλευτών και των άλλων ειδικοτήτων είναι άκρως περιορισμένος, με αποτέλεσμα πολλές φορές να αρκούνται στην βασική φροντίδα των ασθενών (M.P10, A.M2, A.M3).

Παράλληλα, δεν πρέπει να παραγνωρίσουμε και το φαινόμενο της «ασυλοποίησης» των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που τόσο συχνά αναφέρεται και από τους ίδιους τους εργαζόμενους του Ψυχιατρείου αλλά και από τους ασθενείς (M.N6, Σ.M6, M1, M7). Ας αναλογιστούμε μόνο την κατάσταση με την οποία έρχονταν αντιμέτωποι αυτοί οι άνθρωποι καθημερινά. Παλιά κτίρια, χώροι που θυμίζουν στρατώνες, ασθενείς στοιβαγμένοι ο ένας πάνω στον άλλον, φωνές, εντάσεις, κρίσεις και υποτροπές, καμία δυνατότητα προσφοράς ουσιαστικής βοήθειας προς τον συνάνθρωπο, καμία δυνατότητα αλλαγής και καλυτέρευσης των συνθηκών. Η καθημερινή επαφή με την «τρέλα» αλλοιώνει τον χαρακτήρα και μόνη άμυνα είναι να μείνει το άτομο αποστασιοποιημένο, απαθές. Για να μην αφήσει περιθώριο σε αυτή την κατάσταση να εισβάλει στο Εγώ του. Δεν είναι περίεργο λοιπόν που το προσωπικό είχε μάθει να λειτουργεί στο χώρο εργασίας του με έναν πολύ συγκεκριμένο τρόπο και αυτός ήταν δύσκολο να αλλάξει μετά από 10 ή 20 χρόνια (M.N6, A.M2, T.E6). Υπήρχε μεγάλη δυσπιστία από τους εργαζόμενους στην αρχή για την έκβαση που θα είχε αυτό το εγχείρημα (M.P5, Σ.M6). Ακόμα και σήμερα, σημειώνουν κάποιοι εργαζόμενοι, πολλοί συνάδελφοι τους, είναι αρνητικοί προς την ασυλοποίηση (M.N6, A.M2, Σ.M6, T.E6). Οι λόγοι είναι πολλοί και διάφοροι αλλά στους βασικότερους συγκαταλέγονται η συνήθεια, η δυσπιστία, η ψυχική καταπόνηση από την επαφή με την «τρέλα», το αίσθημα που τους είχε δημιουργήσει το Ψυχιατρείο ότι με αυτόν τον τρόπο πρέπει να λειτουργούν και τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει και η ματαιότητα για το αποτέλεσμα που έχουν όλες αυτές οι προσπάθειες (M.P5, A.M2, Σ.M6, T.E6).

Σύμφωνα και με τον Φράνκο Μπαζάλια, μέσα από την εγκαθίδρυση μιας πραγματικότητας χωρίς άλλες εναλλακτικές λύσεις πέρα από τον στρατωνισμό και τον κατακερματισμό, είναι το ίδρυμα που υπαγορεύει στον ασθενή πως πρέπει, υποτίθεται, να ενεργεί. Αυτά τα σήματα ενυπάρχουν στην απουσία οποιουδήποτε σκοπού ή μέλλοντος για τον ασθενή, πράγμα που με την σειρά του, αντανακλά την

απουσία οποιωνδήποτε εναλλακτικών προοπτικών, σκοπών ή μέλλοντος για τον ψυχίατρο, που διορίζεται από την κοινωνία για να ελέγξει την μη κανονική συμπεριφορά όσο γίνεται πιο ακίνδυνα (Θ.Ψ.Π.Χ. Κείμενα Εκπαιδευτικής Δημερίδας, 1993)

Μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό έγινε μια προσπάθεια ευαισθητοποίησης των εργαζομένων του Ψυχιατρείου (Α.Μ2, Κ8, Τ.Ε6), όχι σε βαθμό όμως που να μπορούν να επιφέρουν ριζικές αλλαγές, όπως αναφέρουν πολλοί εργαζόμενοι (Α.Μ2, Τ.Ε6). Το προσωπικό πλέον έχει αναλάβει νέες αρμοδιότητες και νέους ρόλους. Αν δεν καταλάβει όμως το βαθύτερο νόημα τους δεν θα μπορέσει να τους υπερασπιστεί με τον ανάλογο ζήλο (Α.Μ2, Μ7, Γ2). Ταυτόχρονα, επιστρέφοντας σε κάτι που αναφέρθηκε και παραπάνω, την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση καλούνται να την εφαρμόσουν άνθρωποι που έχουν κουραστεί ψυχικά από την τόσο στενή επαφή με την «τρέλα» και οι συνθήκες που επικρατούν ακόμα και σήμερα δεν είναι τέλειες και ιδανικές όπως τους είχαν υποσχεθεί (Μ.Ρ10, Α,Μ2). Όταν λοιπόν ένα άτομο καταπονημένο, καλείται να σηκώσει όλο το βάρος της Μεταρρύθμισης μέσα σε συνθήκες έλλειψης προσωπικού και υποχρηματοδότησης δεν μπορούμε να επικαλούμαστε το φιλότιμο του επ' άπειρον, όπως πολύ συχνά συμβαίνει στην χώρα μας, για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα (Τ.Ε1).

Παρ' όλες τις δυσκολίες όμως, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός ότι οι συνθήκες πλέον για το προσωπικό είναι πιο ανθρώπινες, η εργασία τους έχει αποκτήσει νόημα και στόχο και τα αποτελέσματα της είναι εμφανή (Λ3, Λ10, Α.Μ3, Τ12). Και ως φυσικό επακόλουθο, έχει αλλάξει προς το καλύτερο, η στάση των εργαζομένων απέναντι στους ασθενείς (Α.Μ3, Κ8, Σ.Μ4).

Ο Μεγαλοοικονόμου, έχει αναφερθεί στο νέο ρόλο του προσωπικού που αναπτύσσεται, τονίζοντας: ακλουθώντας κατευθυντήριες γραμμές που είναι πολύ σημαντικές στη διαδικασία της αποκατάστασης και που είναι το σπίτι, η εργασία, η κοινωνική ταυτότητα, υπάρχει και ο ελεύθερος χρόνος και η οικογένεια. Σπίτι για τον ασθενή τι σημαίνει; Τι μπορεί να σημαίνει, επιστροφή στην οικογένεια; Όλα αυτά τα πράγματα, μπαίνουν στον επαγγελματικό ρόλο. Διαμονή ημιπροστατευμένη μόνο σε μικρή ομάδα, διαμονή σε αυτόνομο διαμέρισμα; Ο νοσοκόμος πρέπει να καταλάβει ποια εναλλακτική λύση είναι η πιο κατάλληλη για τον ασθενή, να εξεύρει αναγκαίους

πόρους οικονομικούς, δομικούς, οργανωτικούς να κάνει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης για το ξεπέρασμα της ιδρυματικής πρακτικής, της προνομιακής συντήρησης π.χ. να διδάξει τον ασθενή πώς να τρώει αυτόνομα και σωστά, την φροντίδα του σώματος, οργάνωση χώρων διαμονής, να εξασφαλίσει την βαθμιαία επανένταξη του ασθενή στη νέα κατάσταση της ζωής του, να τον μάθει να ψωνίζει, να τον διδάξει να χρησιμοποιεί το λεωφορείο, να τον ενθαρρύνει να αναπτύξει αυτόνομες φιλικές σχέσεις κλπ (Θ.Ψ.Π.Χ. Κείμενα Εκπαιδευτικής Δημερίδας, 1993).

Όσων αφορά τους νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αυτοί δεν έχουν ζήσει την πραγματικότητα του Ψυχιατρείου και φέρνουν νέες ιδέες και νέα πρότυπα στον εργασιακό τους χώρο και ρόλο. Έχουν όρεξη για δουλειά και πραγματική επαφή με τους ασθενείς, αφού δεν έχουν κουραστεί από τις συνθήκες του Ψυχιατρείου όπως οι παλαιότεροι (Μ.Ν6, Τ.Ε7). Αυτό το κομμάτι των εργαζομένων θα κληθεί να συνεχίσει τα επόμενα χρόνια τον δρόμο που έχει χαράξει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση προσαρμόζοντας τα δεδομένα ανάλογα με τις ανάγκες της κοινωνίας.

2.4.1 Το φαινόμενο της «ψυχικής κόπωσης» (burn-out) των μελών της ομάδας ψυχικής υγείας

Σε εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας (στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινοτική ψυχιατρική) και σε θεραπευτικές κοινότητες έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής κόπωσης (burn-out) (Μαδιανός, 1994).

Σύμφωνα με το πρόσφατο γλωσσάριο της ΑΡΑ, πρόκειται για *μια αντίδραση στρες, που αναπτύσσεται σε ένα άτομο το οποίο εργάζεται σε έναν τομέα με υψηλές απαιτήσεις*. Μεταξύ των συμπτωμάτων παρουσιάζονται: μείωση της απόδοσης στην εργασία, κόπωση, ευαλωσιμότητα σε σωματικές αρρώστιες, χρήση ηρεμιστικών-οινοπνευματωδών που δρουν ως αγχολυτικά. Ως άμεση ανάγκη θεωρείται η απομάκρυνση του εργαζόμενου από το χώρο που προκαλεί τα φαινόμενα της ψυχικής κόπωσης (Μαδιανός, 1994).

Η πρόληψη της ψυχικής κόπωσης επιτυγχάνεται με την κατάλληλη οργάνωση των συνθηκών εργασίας - Π.χ., ευελιξία στο ωράριο, παροχές αδειών ή εκπαιδευτικών αδειών, παροχή επιστημονικών ενισχύσεων (feed-back), εναλλαγή στους χώρους

εργασίας. Ο ρόλος της ομάδας είναι επίσης σημαντικός στην υποστήριξη του μέλους που αισθάνεται την ψυχική κόπωση (Μαδιανός, 1994).

2.5 Δομές Αποασυλοποίησης και Προγράμματα στην Κοινότητα

Παραπάνω, εμβαθύνουμε στη λειτουργία του Ψυχιατρείου Χανίων και στις συνθήκες ζωής μέσα σε αυτό, ενώ επισημάνθηκε ότι δεν υπάρχουν διαφορές με τα υπόλοιπα ψυχιατρικά ιδρύματα της Ευρώπης (Σ.Μ1). Σήμερα λοιπόν, το Άσυλο, έχει αντικατασταθεί εξ' ολοκλήρου στην Κρήτη, από ένα πλέγμα κοινοτικών δομών, οι οποίες είναι: Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Νοσοκομεία Ημέρας, Ξενώνες, Διαμερίσματα και Οικοτροφεία, Κινητές Μονάδες, Συμβουλευτικοί Σταθμοί και ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. (Λ1). Αυτό το δίκτυο υπηρεσιών, επεκτείνεται σταδιακά και στην υπόλοιπη χώρα, με απώτερο στόχο την πλήρη αντικατάσταση των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων. Μένει λοιπόν να δούμε ποια ήταν τα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας στην Κρήτη, ποιο είναι το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται στους ψυχικά ασθενείς μέσα από την λειτουργία αυτών των Δομών, τα θετικά και τα αρνητικά που υπάρχουν, καθώς και τα πράγματα που είναι αναγκαίο να αλλάξουν για να συνάδουν με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, όπως αυτή είχε σχεδιαστεί να γίνει και να λειτουργήσει.

Σήμερα η θεραπεία του ψυχικά πάσχοντα, βασίζεται στις αρχές της κοινοτικής Ψυχιατρικής (Λ1). Αρχές που προάγουν την πρόληψη, την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση των ψυχολογικών δυσκολιών του ατόμου και των ψυχικών παθήσεων. Οι νέες δομές που λειτουργούν, δίνουν πρωτεύουσα σημασία στο ψυχοθεραπευτικό σύστημα και την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, κάτι που τα προηγούμενα χρόνια δεν ήταν εφικτό (Λ1, Λ12).

Σήμερα, οι ασθενείς που διαμένουν στις Δομές Αποασυλοποίησης, είναι ως επί το πλείστον, ημιαυτόνομοι, μπορούν να φροντίσουν σε μεγάλο βαθμό τον εαυτό τους και τις προσωπικές τους ανάγκες, να ντυθούν, να κάνουν μπάνιο, να μαγειρέψουν, να αγοράσουν οι ίδιοι τα ρούχα τους και να φροντίσουν τον χώρο στον οποίο ζουν (Μ.Ρ7, Α.Μ4, Κ4, Κ6, Τ11, Τ13). Πολλοί από αυτούς, εργάζονται σε κάποιον ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. και ζουν μια φυσιολογική ζωή όπως ο καθένας από μας (Α.Μ4, Τ13, Γ6). Μπορούν, πλέον, να κάνουν οι ίδιοι τις επιλογές που αφορούν την ζωή τους και το

σημαντικότερο, να αισθάνονται και να είναι ελεύθεροι (M.P7, K4, A1, T1, T11, T19, Γ6). Όπως πολύ χαρακτηριστικά αναφέρει και μία ασθενής, «Είμαστε ελεύθεροι άνθρωποι.. στην καρδιά και στην ψυχή» (T19).

Ένα από τα σημαντικότερα οφέλη που προσφέρει η Μεταρρύθμιση στους ψυχικά ασθενείς, είναι η διαμονή λίγων ατόμων σε κάθε στεγαστική δομή (από 4 έως 15 άτομα). Με αυτό τον τρόπο, δεν υπάρχουν πλέον φαινόμενα μαζοποίησης (M.N3, M.N5, A.M2, A.M3, A.M4, K4, K6, Σ.M4, T.E4, T1, T10). Όπως επισημαίνουν πολλοί εργαζόμενοι και ασθενείς, είναι μια σημαντική εξέλιξη στις ζωές αυτών των ανθρώπων, να μπορούν να έχουν τον δικό τους χώρο, την δική τους εξατομικευμένη φροντίδα κάτι που δεν ήταν εφικτό στα πολυπληθή τμήματα του Ψυχιατρείου (M.N3, M.N5, A.M3, A.M4, K4, Σ.M4, T11, T16, Γ6, M6, Σπ7). Αναφέρεται από μια Ψυχολόγο του Ψυχιατρείου, ότι ακόμα και άτομα που ζούσαν μέσα σε σιδερένια κλουβιά, τώρα ζουν αυτόνομοι και ανεξάρτητοι σε ένα διαμέρισμα, σε ένα προστατευμένο περιβάλλον, καλύπτοντας τις βασικές τους ανάγκες αλλά και τις πνευματικές και συναισθηματικές τους ανάγκες (Σ.M1).

Σε Δομές που η παρέμβαση εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από το προσωπικό, όπως τα Οικοτροφεία, τα θεραπευτικά πλάνα, εκτελούνται και στα πλαίσια της ομάδας, αλλά κυρίαρχο ρόλο έχει η εξατομικευμένη θεραπεία του κάθε ασθενή, με βάση τις δικές του ανάγκες και δυνατότητες (M.P9, A.M3).

Βασικός άξονας για την προαγωγή της υγείας του ψυχικά ασθενή, είναι η οικογένεια. Η οικογένεια, σήμερα, μπαίνει ενεργητικά στη διαδικασία της θεραπείας και της αποκατάστασης του μέλους που νοσεί (Λ3). Στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, όπως τονίζεται στις συνεντεύξεις, γίνονται ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια εκμάθησης, για να μπορέσει η οικογένεια να σταθεί εποικοδομητικά στο πάσχον μέλος (Λ3). Οι ασθενείς, όσο βρισκόντουσαν στο Ψυχιατρείο, ήταν ξεχασμένοι όχι μόνο από την κοινωνία, αλλά και από τις οικογένειες τους. Το στίγμα που επικρατούσε για την ψυχική ασθένεια και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ζούσαν οι ασθενείς, απέτρεπαν οποιαδήποτε επαφή και συναισθηματική εμπλοκή με το πάσχον μέλος. Στις νέες δομές που δημιουργήθηκαν, αυτό έχει αλλάξει, οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων που ζουν εκεί, είναι πολύ καλύτερες και η κοινωνία έχει αρχίσει να δέχεται αυτούς τους ανθρώπους παρά την ασθένεια τους. Ως αποτέλεσμα, έχει αλλάξει και η στάση

της οικογένειας τους (Λ6, Μ.Ρ6, Α.Μ4, Κ5, Σ.Μ4, Σ.Μ5, Τ.Ε5). Μπορούν οι συγγενείς πλέον να επισκεφτούν αυτά τα άτομα, σε έναν χώρο ανθρώπινο, φιλικό, φιλόξενο (Μ.Ρ6, Μ.Ν3, Α.Μ4, Κ5, Σ.Μ5, Σπ4). Με λίγα λόγια, στο σπίτι τους. Σε αυτό το σημείο, οφείλω να αναφερθώ στο γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς που έζησαν πολλά χρόνια της ζωής τους στο Ψυχιατρείο, ξεχασμένοι από τις οικογένειες τους, σήμερα ζουν μαζί με τους συγγενείς τους (Μ.Ρ6, Κ5, Α4, Τ7). Μπορεί αυτό να μην έχει συμβεί στην πλειοψηφία των ασθενών, αλλά σίγουρα είναι ένα πολύ θετικό και ελπιδοφόρο βήμα για τους ανθρώπους που κάποτε ζούσαν στο περιθώριο της ζωής.

Εξίσου σημαντικός άξονας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, είναι η κοινωνία. Με την δημιουργία των Δομών Ψυχικής Υγείας, γίνεται προσπάθεια να σπάσουν τα φοβικά σύνδρομα απέναντι στην ψυχική ασθένεια, να εξαλειφθεί ο ρατσισμός, τα στερεότυπα, ο φόβος, ο στιγματισμός (Λ3, Κ1, Τ7). Βλέπουμε σήμερα, ομολογουμένως, μια μικρή βελτίωση, στον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει έναν ψυχικά ασθενή, αλλά ο δρόμος είναι ακόμα μακρύς (Λ4, Λ6, Λ13, Τ.Ε5, Τ12). Σκοπός είναι να οδηγηθούμε σε μια κοινωνία αλληλεγγύης και συμμετοχής, με ισότιμη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, ίσες ευκαιρίες, χωρίς προκατάληψη και στιγματισμό. Μια κοινωνία με σεβασμό στην διαφορετικότητα και στις ιδιαιτερότητες του ατόμου (Λ3, Μ4). Αυτός είναι ο στόχος των ανθρώπων που ενστερνίστηκαν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και προς αυτόν τον στόχο δουλεύουν με πείσμα και αφοσίωση (Α.Μ1, Σ.Μ1, Σ.Μ2, Τ.Ε1, Α8, Σπ2, Σπ6). Οι κοινωνίες όπως προανέφερα, δεν αλλάζουν εν μια νυκτί. Αλλάζουν όμως, και οι οποίες αλλαγές έχουν γίνει στην κοινωνία των Χανίων και των άλλων πόλεων της Κρήτης, πηγάζουν από την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Οι ίδιες οι Δομές που αναπτύχτηκαν έχουν μια ανθρωπιστική προσέγγιση, η οποία διαρρέει και στην οικογένεια του ασθενή και στην υπόλοιπη κοινωνία με τη σειρά της (Λ6, Μ.Ρ6, Α.Μ4, Κ5, Σ.Μ4, Σ.Μ5, Τ.Ε5).

Σύμφωνα με τον Jacques Hochemann, αναφέρει εκτός άλλων, δυο βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται ο μηχανισμός κατάργησης των Ψυχιατρείων. Πρώτον, να αποφευχθεί το σπάσιμο με το κοινωνικό και ιδιαίτερα με το οικογενειακό περιβάλλον, απ' όπου πηγάζει το ενδιαφέρον της κατ' οίκον νοσηλείας και της οικογενειακής προσέγγισης, οι οποίες επιτρέπουν να παίρνουμε υπόψιν όλα τα στοιχεία της ταυτότητας του ατόμου που έχουν προβληθεί στους άλλους, ακόμα και σε υλικά αντικείμενα του περιβάλλοντος. Δεύτερον, να εργαζόμαστε με τον περίγυρο

του αρρώστου, τους γείτονες, τους εργαζόμενους στις κοινωνικές υπηρεσίες της συνοικίας, για να αποκαταστήσουμε τα κομμένα δίκτυα σχέσεων. Είχαμε διαπιστώσει, μετά από πολλούς άλλους, ότι οι ψυχωσικοί ήταν κοινωνικά αποκομμένοι. Όταν η θεραπεία κινητοποιεί το συναίσθημα τους και τους κάνει ξανά ικανούς να αγαπούν, δεν έχουν πια αντικείμενα για να επενδύσουν (Θ.Ψ.Π.Χ. Κείμενα Εκπαιδευτικής Δημερίδας, 1993).

Για τους ίδιους τους ασθενείς που τώρα χαίρονται τα οφέλη της Μεταρρύθμισης, είναι μια έσχατη αξιοπρέπεια ζωής (Λ11). Μπορούμε να πούμε, ότι η κοινωνία, τους δίνει πίσω όλα αυτά που τους είχε στερήσει τόσα χρόνια. Και κυρίως τους δίνει το δικαίωμα, το αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός, να είναι μέλος της ίδιας της κοινωνίας (Λ4, Λ6, Λ13, Μ.Ρ6, Α.Μ4, Κ5, Σ.Μ4, Σ.Μ5, Τ.Ε5, Τ12). Με όλα τα προνόμια και τις υποχρεώσεις που αυτό επιφέρει. Οι ασθενείς πλέον, δεν είναι έγκλειστοι, είναι ελεύθεροι! Πολλοί, ασθενείς και προσωπικό, έσπευσαν να τονίσουν το πόσο σημαντικό είναι πλέον για αυτούς τους ανθρώπους να είναι ελεύθεροι (Μ.Ρ7, Κ4, Α1, Τ1, Τ11, Τ19, Γ6). Ο καθένας από αυτούς τους ανθρώπους που αποτίναξε τον ζυγό του Ψυχιατρείου, μπορεί να ζει ελεύθερος και να απολαμβάνει τους δημόσιους χώρους και όπως πολύ χαρακτηριστικά αναφέρει ένας ασθενής, όταν έκλεισε το Ψυχιατρείο οι ασθενείς απελευθερώθηκαν (Α1). Είναι εύλογος, λοιπόν ο παραλληλισμός του Ψυχιατρείου με φυλακή (Γ2).

Μέσα από όλες αυτές τις δυνατότητες που παρέχονται στους ασθενείς στις Δομές, είναι εφικτή πλέον, η ανάπτυξη της προσωπικής ταυτότητας του καθενός, όπως αναφέρεται σε μια από τις συνεντεύξεις (Τ.Ε4). Το άτομο παύει να είναι ένας μέσα στους πολλούς, βρίσκει ή αποκτά για πρώτη φορά, τον ρόλο του μέσα στην οικογένεια, την κοινωνία, ανακτά την χαμένη αξιοπρέπεια του και την πίστη στις δυνατότητες του και του δίνεται η ευκαιρία να ανακαλύψει ποιος πραγματικά είναι σε όλο το φάσμα της προσωπικότητας του (Τ.Ε4). Οι συνθήκες στις οποίες ζούσαν αυτοί οι άνθρωποι δεν ήταν «φυσιολογικές» με αποτέλεσμα η καθημερινότητα στο χώρο του Ψυχιατρείου, να διαβάλλει την ιδιοσυγκρασία και τον τρόπο σκέψης του ατόμου. Τώρα όμως, που αυτοί οι άνθρωποι ζουν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες,

παρατηρείται μια αξιολογη συμπεριφορική και εξελικτική βελτίωση του, όπως αναφέρεται και σε μια άλλη συνέντευξη (Σ.Μ5).

Ο Μεγαλοοικονόμου, αναφέρει: κοινωνική ταυτότητα μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίζεται σαν υποκείμενο με ίσα δικαιώματα κοινωνικά, νομικά, πολιτικά, δηλαδή δικαιώματα που του δίνουν την ιδιότητα του πολίτη με ουσιαστικό τρόπο. Ο νοσοκόμος πρέπει να εξανθρωπίζει την σχέση του με τον άρρωστο. Να γίνει ο λειτουργός του περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο που θα στηρίξει αυτά τα δικαιώματα και έξω από τον τοίχο του Ψυχιατρείου. Να προσπαθήσει να διαμεσολαβεί σε περίπτωση δυσμενών σχέσεων με την κοινότητα, να επιτελέσει μια λειτουργία αλλαγής της νοοτροπίας και της κουλτούρας ενάντια στον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση ή την αντιμετώπιση με οίκτο των λεγόμενων διαφορετικών ατόμων (Θ.Ψ.Π.Χ. Κείμενα Εκπαιδευτικής Δημερίδας, 1993).

Παρ' όλα αυτά, τα οφέλη που προαναφέρθηκαν, δεν μπορούν να βρουν πρακτική εφαρμογή σε όλους τους ασθενείς λόγω των δυσκολιών που δημιουργεί η ασθένεια τους. Πολλοί από αυτούς, πάσχουν από βαριάς μορφής νοητική υστέρηση, άλλες εγκεφαλοπάθειες, αναπηρίες, ψυχώσεις με συμπτώματα που παρεμβαίνουν συνεχώς στην καθημερινότητα τους (Μ.Ρ9, Α.Μ3). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παρέμβαση περιορίζεται στην εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα πώς να τρώνε χωρίς να λερώνονται, πώς να φροντίζουν την ατομική τους υγιεινή, πώς να ντύνονται μόνοι τους, πώς να ξεχωρίζουν τα δικά τους προσωπικά αντικείμενα και ρούχα, πώς να επικοινωνούν με το προσωπικό που τους φροντίζει και με τους άλλους ενοίκους της Δομής κ.α. (Μ.Ρ9, Α.Μ3, Α.Μ5). Γι' αυτούς τους ανθρώπους, πολλοί εργαζόμενοι αλλά και ασθενείς, εξέφρασαν την άποψη ότι ίσως θα έπρεπε να μεταφερθούν σε έναν χώρο πιο ήσυχο, μακριά από την πόλη, όπου θα έχουν την δυνατότητα να απασχολούνται εναλλακτικά μέσα στην φύση (Σ.Μ5, Τ2, Γ4, Μ10). Ακόμη όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι πολύ θετικό το γεγονός και μόνο ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να χαίρουν καλύτερης μεταχείρισης και φροντίδας, όπως αναφέρει το προσωπικό (Α.Μ3, Σ.Μ5).

2.6 Θεραπείες εκτός Ψυχιατρείου

Ο ψυχικά πάσχον, σήμερα, παρά τις μικρές νοσηλείες που κάνει στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου, έχει την δυνατότητα ισότιμης αντιμετώπισης, όπως ο οποιοσδήποτε άλλος ασθενείς. Αλλάζει η αντιμετώπιση του ως άνθρωπος και ως ασθενής (Λ3, M4). Η ψυχική νόσος, όπως αναφέρεται, αν την δούμε υπό αυτό το πρίσμα, είναι δυνητικά ιάσιμη (Λ3). Αυτή η άποψη προκαλεί μεγάλη διχογνωμία από μόνη της στην επιστημονική κοινότητα, αλλά οι νέοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προσανατολίζονται ολοένα και περισσότερο προς αυτήν.

Αυτή η θεώρηση της ψυχική νόσου, οδηγεί τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, να δουν τον ασθενή ως πάσχον υποκείμενο και όχι σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων (Λ12). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ερωτική, οικογενειακή, επαγγελματική ζωή του ατόμου, αλλά και στην καλλιτεχνική φύση του ατόμου (Λ12). Όπως αναφέρεται και σε μια συνέντευξη, σε όλα αυτά τα επίπεδα, ο θεραπευτής, παρεμβαίνει λειτουργώντας τροποποιητικά, διορθωτικά, ενισχυτικά (Λ12). Η ολόπλευρη ενίσχυση της προσωπικότητας του ασθενή, αποτελεί θεραπεία (Λ12).

Η κοινοτική ψυχιατρική, πλέον προσφέρει τα οφέλη της στον ψυχικά πάσχοντα, μέσα από μια πλειάδα νέων μεθόδων, θεραπειών και παρεμβάσεων (Λ12).

Θεραπεία δεν σημαίνει μόνο νοσοκομειακή νοσηλεία, αλλά στροφή στην κοινότητα μέσω της οργάνωσης ενός δικτύου υπηρεσιών στα πλαίσια του τομέα που προλαβαίνει την κρίση, επινοεί λύσεις διαφορετικού εγκλεισμού, περιορίζει την νοσηλεία στο Νοσοκομείο, παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη και φροντίδα και στηρίζει τον ασθενή μέσα στο κοινοτικό πλαίσιο (Κοκκινάκος, 2007).

Η ψυχοθεραπεία που στο Ψυχιατρείο αποτελούσε πολυτέλεια, σήμερα έχει κυρίαρχο ρόλο στην θεραπεία της ψυχικής ασθένειας. Με αυτού του είδους την παρέμβαση, το άτομο αναλαμβάνει ευθύνες απέναντι στον εαυτό του, την ζωή του, κάνει τις δικές του επιλογές χωρίς να αισθάνεται αμέτοχος θεατής (Λ12). Επεμβαίνει το ίδιο το άτομο στην ασθένεια και την θεραπεία της, ξετυλίγοντας το νήμα για την κατανόηση της ψυχικής νόσου και την επακόλουθη καλύτερη αντιμετώπιση της.

Παράλληλα, με τα ατομικά θεραπευτικά πλάνα, οι δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λαμβάνουν χώρα στις Δομές Αποασυλοποίησης, προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες και ικανότητες του ατόμου (Α.Μ5, Κ6). Όπως διαπίστωσα και στα πλαίσια της πρακτικής μου άσκησης, αυτό το κομμάτι της θεραπείας, δεν λειτουργεί μαζικά, αλλά προσωποποιείται σε κάθε άτομο ξεχωριστά, σημειώνεται η πρόοδος του και σχεδιάζονται οι μελλοντικοί στόχοι, για τις δεξιότητες που θα κληθεί να ανακτήσει στην συνέχεια. Στην θεραπευτική ομάδα, συνεργάζονται όλες οι ειδικότητες, ούτως ώστε να υπάρχει μια πιο ολιστική παρέμβαση (Κ7).

Σύμφωνα και με τον Jacques Hochemann (υποστηρικτής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης), επιχειρείται σε πολλά ιδρύματα η προσαρμογή του ασθενούς στην οπτική του ιδρύματος, η αναγκαστική προσαρμογή σε ένα προκατασκευασμένο εκμαγείο, όπου θέλοντας και μη πρέπει να βρει τη θέση του. το σχέδιο μας αντίστροφα ήταν να προσαρμόσουμε τον θεσμό στον κάθε άρρωστο, να δημιουργήσουμε για τον καθένα τους ένα κοινό πεδίο που του ανήκει όσο και σε μας, να δώσουμε στον καθένα μια ουσία, ένα υλικό με το οποίο θα μπορούσαμε μαζί να χτίσουμε κάτι το μόνιμο ή το εφήμερο ανά περίπτωση, αλλά πάντα εύπλαστο, παρά ένα αλύγιστο πλαίσιο που τον περιβάλλει. Συγκεκριμένα αυτό σήμαινε την συγκέντρωση γύρω από ένα δεδομένο άρρωστο, όλων των συνομιλητών των οποίων, άμεσα ή έμμεσα, είχε δυνητικά ζητήσει βοήθεια, άσχετα από την υπηρεσία που ανήκε ο καθένας. [...]μπορούσαν έτσι να σχηματίσουν μια μικρό-ομάδα, η οποία δεν ορίζεται από την ένταξη της σε έναν θεσμό, αλλά από ένα κοινό σχέδιο, αυτό της βοήθειας σε έναν άρρωστο που έγινε και η αιτία για τον σχηματισμό της(Θ.Ψ.Π.Χ. Κείμενα Εκπαιδευτικής Διημερίδας, 1993).

Παράλληλα, λαμβάνουν χώρα και θεραπευτικές ομάδες, οι οποίες βοηθούν το άτομο να αναπτύξει τις καλλιτεχνικές δεξιότητες του, να μάθει να αλληλεπιδρά επικοινωνιακά με τους ανθρώπους με τους οποίους διαμένει στην ίδια Δομή, να μάθει να έχει επαφή με τα συναισθήματα του, να τα αναγνωρίζει και να τα διαχειρίζεται με κοινωνικά αποδεκτούς όρους (Κ6, Κ7, Τ.Ε7).

Τα ατομικά θεραπευτικά πλάνα όμως, στοχεύουν και στην αποκατάσταση της επικοινωνίας και των σχέσεων του ασθενή με την οικογένεια του (Γ8). Αρκετοί

ασθενείς, μετά το κλείσιμο του Ψυχιατρείου, επέστρεψαν στις οικογένειες τους. Για τους υπόλοιπους ασθενείς, που διαμένουν σε κάποια Δομή, σειρά είχε η αποκατάσταση των σχέσεων με τους συγγενείς (Α.Μ5). Η οικογένεια, ιδιαίτερα σε μια κλειστή κοινωνία, όπως η κοινωνία της Κρήτης, είναι το «κλιμάκι» του καθενός, το καταφύγιο όπου θα βρει στήριξη και στοργή. Η οικογένεια λοιπόν, αποτελεί από μόνη της, ισχυρή θεραπευτική δύναμη και μέσα από τα ατομικά θεραπευτικά πλάνα, γίνεται μια μεγάλη προσπάθεια ενδυνάμωσης αυτών των σχέσεων (Α.Μ5).

Κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος της Αποασυλοποίησης, είναι η επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Γίνεται μια συνεχής προσπάθεια, να έρθει σε επαφή το υγιές κομμάτι του ψυχικά ασθενή με το υγιές κομμάτι της κοινωνίας (Γ.Ε7). Αυτό επιτυγχάνεται με τις εξόδους και τις εκδρομές που πραγματοποιούνται στις Δομές, με εκδηλώσεις που ενημερώνουν τον κόσμο για την ψυχική νόσο και δίνουν την δυνατότητα αλληλεπίδρασης ατόμων και απόψεων μέσα και έξω από τα πλαίσια της ασθένειας και κυρίως με την δυνατότητα που δίνεται πλέον στον ασθενή να βγει στην κοινωνία, να μιλήσει, να γνωρίσει ανθρώπους και να διαχειριστεί την ελευθερία του.

Στο κομμάτι της θεραπείας, ανήκει και η διαχείριση από πλευράς των θεραπειών, των υποτροπών της ασθένειας και της διαχείρισης των κρίσεων. Στις νέες Δομές που έχουν δημιουργηθεί, δεν έχουν πλέον θέση οι καθηλώσεις και η άσκηση βίας (Α.Μ5). Την θέση τους έχουν πάρει η φαρμακευτική καταστολή και η συζήτηση με τον ασθενή για την ανεύρεση της αιτίας της υποτροπής. Ταυτόχρονα, οι νοσηλείες στην Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου, αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν και η παρέμβαση λαμβάνει χώρα μέσα στην Δομή, στον χώρο που ζει το άτομο, με την βοήθεια του συγκεκριμένου γιατρού που παρακολουθεί το άτομο (Κ7).

Ένα άλλο ζήτημα που έχει κυρίαρχη σημασία, στο θεραπευτικό κομμάτι της νόσου, είναι η αποκατάσταση του ατόμου. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προσπαθούν να εμποδίσουν την χρονιότητα της νόσου, από την πρώτη κιόλας στιγμή (Λ12). Σε αντίθεση με την παρέμβαση που γινόταν στο Ψυχιατρείο, αντί να βρεθούν αντιμετώποι με την χρονιότητα και τον ιδρυματισμό και έπειτα να ψάξουν για λύσεις για το πώς θα την διορθώσουν, παρεμβαίνουν ενεργητικά για να μην δημιουργηθεί καν αυτή η κατάσταση στο άτομο.

Όπως αναφέρει ο Πλουμπίδης, οι άρρωστοι μας έχουν λιγότερο ανάγκη ιδρυμάτων πλήρους ή μερικής παραμονής, νοσοκομειακών ή ενδιάμεσων και περισσότερο χρειάζονται να τους νοιαζόμαστε, να σκαφτόμαστε γύρω από αυτούς με δημιουργικότητα και ευχαρίστηση (Θ.Ψ.Π.Χ. Κείμενα Εκπαιδευτικής Δημερίδας, 1993).

Παρά τις προσπάθειες όμως, που γίνονται, η έλλειψη προσωπικού όλων των ειδικοτήτων, που αναφέρθηκε από το προσωπικό έχει αρνητικές επιπτώσεις και στο θεραπευτικό κομμάτι. Πολλές δραστηριότητες αποκαταστασιακές αλλά και θεραπευτικές που γινόντουσαν στις Δομές Αποασυλοποίησης, στην αρχή της λειτουργίας τους, έχουν πλέον μειωθεί αισθητά. Τα εξατομικευμένα θεραπευτικά πλάνα, αλλά και οι έξοδοι, οι εκδρομές και οι επιλογές του ατόμου για τα ρούχα του ή τα προσωπικά αντικείμενα που θα έχει στον χώρο του, έχουν ελαττωθεί, με αποτέλεσμα να ανακόπτεται η θεραπευτική και αποκαταστασιακή λειτουργία τους στο άτομο (M.P10, M.N7).

3. Συμπεράσματα

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, είναι μια νέα θεώρηση για την ψυχική νόσο και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών που ξεκίνησε από τον Μπαζάλια στην Ιταλία και προοδευτικά εξαπλώθηκε και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Στην Ελλάδα, έχει αρχίσει να γίνεται λόγος για την αλλαγή των υπηρεσιών που παρέχονται στους ψυχικά πάσχοντες, ήδη από την δεκαετία του '80. Αυτή η Μεταρρυθμιστική κίνηση, έμελλε να ξεκινήσει από το Ψυχιατρείο Χανίων, από ανθρώπους που δούλεψαν με πολύ κόπο και πολύ πείσμα, για να μπορούμε εμείς σήμερα να μιλάμε για μια προοδευτική αντιμετώπιση στον τομέα της ψυχικής υγείας. Σίγουρα, όμως δεν μπορούμε να πούμε ότι όλα είναι τέλεια και ότι εδώ σταματάνε οι προσπάθειες. Σειρά έχουν να κλείσουν και τα υπόλοιπα Ψυχιατρεία της χώρας, σειρά έχει η ολοκλήρωση του έργου στην Κρήτη, σειρά έχει η αλλαγή της ίδιας της κοινωνίας. Στα Χανιά, το μοντέλο της Αποασυλοποίησης, λειτούργησε με εκπληκτικά αποτελέσματα, παρά τις οποίες δυσκολίες και παραλείψεις που υπάρχουν. Αυτό μόνο ελπίδα μπορεί να μας γεμίσει και ακόμα περισσότερη όρεξη για δουλειά.

Για τους Ψυχολόγους, τους Ψυχιάτρους και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, που έχουν ζήσει έντονα τις εποχές που τα Ψυχιατρεία λειτουργούσαν σαν μοναδικός τρόπος και χώρος «θεραπείας» για τους ψυχικά ασθενείς, το παράδειγμα της Κρήτης μπορεί να φαντάζει σαν μια αποκάλυψη που ήρθε να συγκλονίσει το χώρο της θεραπείας της ψυχικής νόσου. Για όλους εμάς, που τώρα ετοιμαζόμαστε να εξασκήσουμε το επάγγελμα μας στον χώρο αυτή η προσπάθεια Αποασυλοποίησης που γίνεται είναι αυτονόητη. Είναι η αντιμετώπιση που οφείλουν να έχουν όλοι οι άνθρωποι, όλοι οι ασθενείς. Πόσο πολύ έχει διαβρωθεί η κοινωνία μας για να μην θεωρούμε αυτονόητο τον σεβασμό προς τον συνάνθρωπο; Γιατί να μην θεωρούμε αυτονόητο το να ζουν όλοι οι άνθρωποι κάτω από αξιοπρεπείς συνθήκες; Τολμώ να πω ότι είναι εξοργιστικό να εθελοτυφλούμε στην απαξίωση μιας τόσο μεγάλης μερίδας συνανθρώπων μας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με τους οποίους μίλησα, μου χαρακτήρισαν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ως μια αλλαγή που είναι απαραίτητο να γίνει. Για εμάς που είμαστε νέοι άνθρωποι, που δεν έχουμε «απομυθοποιήσει» ακόμα το επάγγελμα μας και που πιστεύω ότι έχουμε ακόμα το δικαίωμα να αιθεροβατούμε, ο αποασυλοποιητικός τρόπος σκέψης και λειτουργίας,

είναι ο μοναδικός τρόπος, ο σωστός τρόπος για να μπορεί να υπάρξει θεραπεία στην ψυχική ασθένεια.

Αυτό που μένει λοιπόν να γίνει κατά την γνώμη μου, είναι να αξιοποιήσουμε στην πράξη αυτές τις νέες και προοδευτικές ιδέες που μπαίνουν στο προσκήνιο από τους νεότερους, με την καθοδήγηση πάντα και την εμπειρία των παλαιότερων. Εάν αυτό γίνει, θα καταφέρουμε να αλλάξουμε και την στάση της κοινωνίας, όχι μόνο σε τοπικό επίπεδο, αλλά σε ένα πιο ευρύ φάσμα. Γιατί η κοινωνία έχει δείξει το πιο σκληρό της πρόσωπο στους ψυχικά ασθενείς, και δεν είναι απαραίτητο να χτυπήσει και την δική μας πόρτα η ψυχική ασθένεια, για να αλλάξουμε στάσεις και απόψεις.

Η σχιζοφρένεια, για παράδειγμα, πλήττει 1 άτομο στα 100. Η «τρέλα» που για την κοινωνία, είναι η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη, η νεύρωση, οι συναισθηματικές διαταραχές, κ.α. και ακόμα περισσότερο ο οποιοσδήποτε λόγος για τον οποίο ένα άτομο νοσηλεύεται σε Ψυχιατρείο, είναι το καμπανάκι που χτυπάει στα αφτιά όλων μας, μας τινάζει στο άκουσμα και μας δημιουργεί σκέψεις του τύπου είναι τρελός, επικίνδυνος, έχει πρόβλημα, μακριά από μας κ.α. Μένει λοιπόν να αναλογιστούμε πόσα άτομα σήμερα φέρουν αυτό το στίγμα της τρέλας. Παρά πολλά. Άνθρωποι που βρίσκονται παντού δίπλα μας, και ακριβώς επειδή τους συνάντησα από κοντά, μπορώ να πω με σιγουριά ότι δεν «φαίνεται» ότι αυτοί οι άνθρωποι έχουν νοσηλευτεί στο Ψυχιατρείο. Όταν ένας υγιής άνθρωπος, συναντήσει έναν πρώην τρώφιμο Ψυχιατρείου μπορεί να τον συμπαθήσει, να τον αντιπαθήσει, να μείνει αδιάφορος από την γνωριμία. Όπως ακριβώς συμβαίνει σε όλες τις κοινωνικές συναναστροφές. Αν όμως μάθει για το παρελθόν του, σίγουρα δεν θα μείνει αδιάφορος. Αυτόματα, θα ενεργοποιηθούν όλα εκείνα τα κοινωνικά σχήματα και αναπαραστάσεις που έχει δημιουργήσει η κοινωνία μας για την ψυχική νόσο. Στιγματισμός, φόβος, απομόνωση, αποξένωση, εγκατάλειψη. Πόσο άδικο για όλους αυτούς τους ανθρώπους... Για μια τόσο μεγάλη μερίδα συνανθρώπων μας. Και πόσο λανθασμένα φυσικά. Ο ψυχικά πάσχον, δεν είναι πιο επικίνδυνος από τον «φυσιολογικό» συνάνθρωπο μας. Αυτό άραγε δεν το γνωρίζουμε ή συνειδητά προσωποποιούμε τους φόβους μας για να μην αισθανόμαστε μια απροσδιόριστη απειλή μέσα σε μια κοινωνία η οποία έχει γίνει ήδη αρκετά απειλητική;

Ας μην φορτώνουμε τους φόβους και τις ενοχές μας, στα πιο αδύναμα μέλη τις κοινωνίας μας τους ψυχικά ασθενείς, τους μετανάστες, τους αποφυλακισμένους και ας σκύψουμε πάνω τους με αγάπη και κατανόηση για να μπορέσουμε μαζί να διορθώσουμε τις αδυναμίες τους. Τότε ίσως καταφέρουμε να φτιάξουμε ένα καλύτερο μέλλον για εμάς και τις επόμενες γενιές που θα έρθουν μετά από μας. Τότε μόνο θα μπορούμε να ελπίζουμε πραγματικά. Γιατί η ελπίδα, είναι το μεγαλύτερο όπλο που μπορεί να έχει ο σύγχρονος άνθρωπος σε μια κοινωνία που βάλλεται καθημερινά από αβεβαιότητα και κινδυνολογίες κάθε είδους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Συνεντεύξεις του προσωπικού

1.1 Η συνέντευξη του κ. Λιοδάκη

Σ1: Τετάρτη 22 Ιουλίου 2009, ώρα 13:18, συνέντευξη με τον κ. Λιοδάκη Αντώνη, ψυχίατρο για πολλά χρόνια στο ψυχιατρείο Χανίων και τώρα ψυχίατρο στο κέντρο ψυχικής υγείας Ρεθύμνου. Κε Λιοδάκη, γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου στα Χανιά; Και ποιος ήταν ο απώτερος στόχος;

Λ1: Κατ' αρχήν ..εεε εδώ και δυο δεκαετίες, από τέλος του '80 και αρχές του '90, όταν πρότειναν μια ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στα Χανιά, εεεε, μέσα στις προτεραιότητες μας, όσων αφορά στο ψυχιατρείο στα Χανιά, με διάφορους τρόπους και σε διάφορους τόνους, αναφερόμαστε στο κλείσιμο του. Και όχι μόνο το ψυχιατρείο των Χανίων. Αργότερα, μια δεκαετία μετά, μες στα πλαίσια του εθνικού σχεδιασμού, του προγράμματος Ψυχαργός, δομήθηκε το κλείσιμο, μέχρι το 2006, των τεσσάρων περιφερειακών ψυχιατρείων της χώρας, των Χανίων, της Κέρκυρας, της Τρίπολης και της Πέτρας Ολύμπου. Αυτά μέχρι το 2006. Αυτό το σχέδιο το οποίο ήταν ένα εθνικό σχέδιο, και κατά βάση η χρηματοδότηση του ήταν από την ευρωπαϊκή ένωση, δεν έγινε εφικτό μέχρι σήμερα. Και ενώ είμαστε στο 2009 και το ίδιο σχέδιο περιελάμβανε την συρρίκνωση και το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, και το κλείσιμο τους μέχρι το 2010 ή '11. Το λέω αυτό γιατί, εεε.. παρά την ωριμότητα του αιτήματος, του κεντρικού αιτήματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που είναι το κλείσιμο των ψυχιατρείων, εεε ακόμα ο δρόμος είναι μεγάλος και μακρύς. Οι συγκυρίες ήταν τέτοιες που ευνοήθηκε εεε.. ευνόησαν το κλείσιμο του ψυχιατρείου για δυο λόγους. Πρώτον γιατί είχε γίνει μια δουλειά στο παρελθόν προς αυτήν την κατεύθυνση, και δεύτερον γιατί το κλείσιμο του ψυχιατρείου δημιουργεί από μόνο του τις προϋποθέσεις μιας φυσικής τομεοποίησης οδηγώντας δηλαδή στην αυτονομία και έγιναν τέτοιες κινήσεις και τέτοιες υποδομές, ώστε να είναι εφικτό το κλείσιμο του ψυχιατρείου στα Χανιά. Τώρα όσων αφορά το νόημα το περιεχόμενο και το γιατί το κλείσιμο του ψυχιατρείου, σήμερα, στη σημερινή εποχή, τα ψυχιατρεία ως κλειστοί χώροι, κλειστά ιδρύματα, ολοταγή κλειστά ιδρύματα, είναι ξεπερασμένοι θεσμοί και ψυχιατρική περιθάλψη. Παράγουν τον εγκλεισμό, τον ιδρυματισμό φαινόμενα δηλαδή που δεν

συνάδουν με τις νέες προσεγγίσεις για την ψυχική υγεία. Τα ψυχιατρεία δηλαδή είναι αντιθεραπευτικοί χώροι σήμερα. Πρέπει να αντικατασταθούν με ένα δίκτυο νέων δομών, φορέων ψυχικής υγείας και τέτοια είναι ψυχιατρικοί τομείς, τα Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, είναι Κέντρα Ψυχικής Υγείας, είναι Κέντρα Ημέρας, είναι Ξενώνες, Διαμερίσματα και Οικοτροφεία, είναι Κινητές Μονάδες, είναι Συμβουλευτικοί Σταθμοί και είναι και Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης οι ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. οι λεγόμενοι. Όλο αυτό το δίκτυο υπηρεσιών, είναι το κλειδί που αντικαθιστά τα ψυχιατρεία. Τα ψυχιατρεία και κακώς λειτουργούν μέχρι σήμερα, παράγουν τον στιγματισμό, παράγουν την εεε την βαρβαρότητα, την απομόνωση, την κοινωνική απομόνωση, και παράγουν φαινόμενα ιδρυματισμού. Εγώ προσωπικά και πολλοί άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ζήσαμε αυτές τις στιγμές της βαρβαρότητας, της περιθωριοποίησης, της απομόνωσης μιας μεγάλης μερίδας συνανθρώπων μας. Σήμερα οι δυναμικές που αναπτύσσονται, οι δυνατότητες που έχει η ψυχιατρική βάση, προσέγγιση και πράξη είναι δυνατότητες κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής. Υπηρεσίες που τάσσονται υπέρ της προληπτικής ιατρικής ούτως ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα και έγκυρα και προληπτικά οι ψυχολογικές δυσκολίες και οι ψυχικές παθήσεις.

Σ2: Πως ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών και πως υλοποιήθηκε στη συνέχεια;

Λ2: Δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα απόδρασης που είχε τον τίτλο "Προσπαθήστε Μαζί Μας", το οποίο περιελάμβανε τρία σκέλη. Πρώτον μονάδα επανένταξης, που ήταν μέσα στο ψυχιατρείο, και σιγά σιγά τους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες τους παίρναμε στην μονάδα επανένταξης για να καλλιεργήσουμε περισσότερο τις δεξιότητες που ήταν χαμένες, τις δυνατότητες τις κοινωνικές κτλ. Στη συνέχεια αυτοί οι άνθρωποι δούλευαν σε συνεταιρισμούς οι οποίοι ήταν εκτός του ψυχιατρείου. Αυτοί οι ψυχιατρικοί συνεταιρισμοί οι οποίοι είναι το εισαγωγικό στάδιο των ΚΟΙ.Σ.ΠΕ., ήταν εκτός ψυχιατρείου. Είχαμε βάλει θερμοκήπιο, μια καφετέρια, ένα εργαστήριο υφαντικής, ένα ξυλουργείο, και άλλους συνεταιρισμούς, που έδιναν την δυνατότητα στα μέλη της επανένταξης να απασχολούνται και να αισθάνονται πιο ενεργοί σαν πολίτες. Σ3: Όχι περιθωριοποιημένοι. Λ3: Ακριβώς. Και το τρίτο σκέλος του προγράμματος, ήταν εεε ξεκινήσαμε με τα θεραπευτικά διαμερίσματα, έτσι τα λέγαμε τότε, χώροι δηλαδή κατοικίας, εκτός ψυχιατρείου. Μέσα στα πλαίσια του προγράμματος "Προσπαθήστε Μαζί Μας", δίναμε ευκαιρίες και δυνατότητες

επαναδιαπραγμάτευσης και με τις οικογένειες, αλλά δίναμε ευκαιρίες και στους ίδιους τους συνανθρώπους μας να αναπτύξουν την κινητικότητα τους και τις δεξιότητες τους και δίναμε επίσης ευκαιρίες κοινωνικοποίησης. Δηλαδή κάναμε εκδρομές, κάναμε εκδηλώσεις, κάναμε ταξίδια, τέτοιες δηλαδή ευκαιρίες που δεν τις είχαν στο ψυχιατρείο. Από την άλλη μεριά, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, που ξεκίνησε με αφορμή το σκάνδαλο της Λέρου, δηλαδή πολύ πριν το πρόγραμμα Ψυχαργός,(Σ4: Ναι.) από την δεκαετία σχεδόν '70 και '80, όπου η κορυφή του παγόβουνου, το ψυχιατρείο της Λέρου, ήταν το όνειδος για την ελληνική ψυχιατρική εεε έχει εεε είναι ένα στοίχημα πολύπλευρο και πολύπλοκο και δεν έχει ολοκληρωθεί. Στοίχημα που έχει τέσσερα σκέλη, τέσσερις άξονες. Στοίχημα για την ψυχιατρική κοινότητα και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γιατί διαμορφώνεται ένας άλλος θεραπευτικός ρόλος, από τον νοσηλευτή μέχρι τον ψυχίατρο, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, επαναδιατυπώνουν τον ρόλο τους, τον θεραπευτικό τους ρόλο στα πλαίσια μιας κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής, σε σχέση με τον παλιό ρόλο μέσα στο ψυχιατρείο. Μέσα στο ψυχιατρείο ήταν ένας κυρίως φυλακτικός ρόλος. Το ζήτημα του εγκλεισμού των ανθρώπων στο ψυχιατρείο που εντείνονται και επεκτείνονται και το βιώσαμε αυτό και στους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Στοίχημα και απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα που αλλάζει η μοίρα του, όπου ο ψυχικά πάσχον σήμερα συνεχίζει να παραμένει παρά τις μικρές νοσηλείες που μπορεί να κάνει σε μια ψυχιατρική κλινική ενός γενικού νοσοκομείου, να έχει την ίδια δυνατότητα να αντιμετωπιστεί εξίσου με τον καρδιοπαθή και τον χειρουργημένο ασθενή, εεε όπου πραγματικά αλλάζει η μοίρα της ζωής του. Στο ψυχιατρείο ήταν ένας καταδικασμένος σε εισαγωγικά και εκτός εισαγωγικά άνθρωπος. Υπήρχε ένα στερεότυπο κοινωνικό ότι άπαξ και μπει στο ψυχιατρείο είσαι για όλη σου την ζωή καταδικασμένος. Αν ήταν δυνατόν και ο τάφος του να ήταν μέσα στο ψυχιατρείο. Σήμερα, τα πράγματα είναι αλλιώς, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όσων αφορά τον ίδιο ψυχικά πάσχοντα έχει, δίνει άλλο νόημα και άλλη διάσταση στις δυνατότητες και πέρα από την ψυχική νόσο, αν την δούμε σε αυτά τα πλαίσια, είναι δυνητικά ιάσιμη, δεν είναι ανίατος κατάσταση. (Σ5: Ναι.) Ο τρίτος άξονας είναι απέναντι στην οικογένεια, η οποία μπαίνει ενεργητικά μέσα στην διαδικασία της θεραπείας, της αποκατάστασης και τα λοιπά, γι' αυτό τα κέντρα ψυχικής υγείας σεμινάρια ψυχοεκπαιδευτικά εκμάθησης της οικογένειας για το πώς θα σταθούν και θα συμπαρασταθούν στο πάσχον μέλος.

Γιατί δημιουργούνται σύλλογοι οικογενειών με ψυχική υγεία σε όλες τις περιοχές της Ελλάδος σήμερα, ώστε να έχουν δύναμη και φωνή οι οικογένειες. Γι' αυτό πρέπει να αναπτυχτούν προγράμματα ενίσχυσης των οικογενειών και των συλλόγων, ώστε να πάρουν μια σημαντική βοήθεια, σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο οικονομική για να στέκονται δίπλα και πραγματικά και ουσιαστικά στο μέλος, στον ψυχικά πάσχοντα. Σε άλλες χώρες δε, τα υπουργεία όταν νομοθετήσουν για την ψυχική υγεία, καλούν τις αντιπροσωπίες των συλλόγων των οικογενειών για να θέσουν τις απόψεις τους και τις γνώμες τους επάνω σε θέματα νομολογίας για την ψυχική υγεία. Και το τέταρτο στοίχημα κοινωνικής μεταρρύθμισης, είναι επάνω στην κοινωνία. Να σπάσουν τώρα αυτά τα φοβικά αντανακλαστικά, να σπάσει τα στερεότυπα στιγματισμού και περιθωριοποίησης και απομόνωσης και εγκατάλειψης των ψυχικά πασχόντων και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για σεβασμό της διαφορετικότητας. Για μια κοινωνία αλληλεγγύης, συμμετοχής. Αυτό είναι και το μεγαλύτερο, να αλλάξουμε δηλαδή πεποιθήσεις, στάσεις απέναντι στον ψυχικά πάσχον που όπως είπαμε μέχρι σήμερα, αντιμετωπίζεται με δυσπιστία, φόβο, και επιφυλακτικότητα πολλές φορές.

Σ6: Σε τέτοιο βαθμό όπως συνέβαινε και τα προηγούμενα χρόνια;

Λ4: Λιγότερο. Φυσικά λιγότερο. Με την δημιουργία όλων αυτών των νέων δομών ψυχικής υγείας έχουν σπάσει λίγο αυτά τα φοβικά, ρατσιστικά.. εεεε μηχανισμοί στιγματισμού, αλλά παρ' όλα αυτά ακόμα διατηρούνται πολλά ακόμη.

Σ7: Με ποια κριτήρια ένας ασθενής μεταφέρεται σε μια δομή αποασυλοποίησης; Πως γίνεται η διαλογή;

Λ5: Αυτό δεν έχει και πολλή μεγάλη σημασία, δηλαδή και με την στρατηγική, κεντρική και πολιτική απόφαση κλείσιμο του ψυχιατρείου, μεταφέρονται στις δομές, μεταφέρονται στις οικογένειες με νέους όρους και με νέες προδιαγραφές και για την οικογένεια και για τον ίδιο αλλά υπάρχουν τρεις κατηγορίες, έτσι, στεγαστικής αποκατάστασης. Αυτές είναι οι ξενώνες, τα διαμερίσματα που είναι έτσι πιο αυτόνομα, είναι (οι ασθενείς) πιο λειτουργικοί, πιο αυτόνομοι άνθρωποι και αυτοδιαχειρίσιμοι. Είναι οι ξενώνες που έχουν ένα βαθμό στήριξης και τα οικοτροφεία που αφορούν πιο ηλικιωμένους και μεγαλύτερο βαθμό νοσηλείας. Αυτά

είναι τα κριτήρια, βάση των δομών, όχι.. όλοι πρέπει να φύγουν. Όλοι φύγαν από τα Χανιά. Και κακώς που μέχρι σήμερα δεν έχουν κλείσει τα περιβόητα τρία ψυχιατρεία.

Σ8: Ποια είναι η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις άλλες δομές αποασυλοποίησης;

Λ6: Η νύχτα με την μέρα. Δεν έχει καμία σχέση και δεν μπαίνουν και σε σύγκριση. Το ψυχιατρείο αντιπροσωπεύει την καθήλωση, τον περιορισμό, την βαρβαρότητα, την βία, την αντιθεραπευτικότητα, την εγκατάλειψη, τον ιδρυματισμό, την μαζοποίηση. Όλα αυτά συνθέτουν το ψυχιατρείο, γι' αυτό έχουμε απομακρυνθεί από αυτό, γι' αυτό πρέπει να βάλουμε ένα χι και ένα τέλος στο ψυχιατρείο. Οι νέες δομές όσες αδυναμίες και αν έχουν, όσες μικρο... όσα μικροπροβλήματα και να αντιμετωπίζουν στην λειτουργία τους, έχουν μια ανθρωπιστική, μια προσέγγιση για τον ψυχικά πάσχοντα από την κοινωνία, μέσα στην κοινωνία, από την οικογένεια, μέσα στην οικογένεια.. δηλαδή εεεε .. νομίζω ότι σιγά σιγά και με την ανάπτυξη τους και με την λειτουργία τους.. γι' αυτό πιστεύω πρέπει να ενισχύονται σε όλα τα επίπεδα και.. από την πολιτεία δηλαδή.. είναι ό,τι καλύτερο εεε αν λειτουργήσουν και οι ΚΟΙ.Σ.ΠΕ., και αυτοί είναι δομές.. ο νόμος 2716/1999 προβλέπει την λειτουργία του ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. εεε ενός ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. σε κάθε νομό της χώρας, εεε αποτελούν την άνοιξη για τον ψυχικά πάσχων και πιστεύω θα επιστρέψει το χαμόγελο και η ελπίδα για εεε για εεε την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επαγγελματική αποκατάσταση.

Σ9: Ποιες είναι οι διαφορές για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους με αυτές τις νέες δομές;

Λ7: Για τους ασθενείς, για τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μπαίνουν στο προσκήνιο της ζωής, της κοινωνικής ζωής. Μην σκαφτόμαστε όμως μόνο τι έγιναν ή τι συνέβη με τους χρόνιους. Εδώ μας ενδιαφέρουν τα νέα πρόσωπα. Αυτό είναι το πιο σημαντικό στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Αυτοί έχουν έναν μέσο όρο ηλικίας 85 περίπου χρόνων οι οποίοι θα πεθάνουν οι περισσότεροι μετά από 4 χρόνια ή θα έχουν πεθάνει μέσα στην δεκαετία. Το λέω λίγο ωμά, αλλά εμάς.. η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε και συνεχίζει να γίνεται για τα νέα περιστατικά, για τους νέους ανθρώπους των 18, 20, 25, 30, οι οποίοι είναι παραγωγικοί όσων αφορά το οικονομικό μέρος, είναι άνθρωποι που έχουν δεξιότητες και τους συμβαίνει μια

ψυχική νόσος. Σ10: Αυτοί οι άνθρωποι δηλαδή θα έχουν μια διαφορετική αντιμετώπιση από αυτή που είχαν.. Λ8: Ε, βέβαια. Σ11: Άρα αυτή είναι μια καλύτερη πραγματικότητα για αυτούς. Λ9: Ε, σίγουρα. Εννοείται ότι θα ναι καλύτερη και δεν θα 'χουν μπροστά τους το φάντασμα του ψυχιατρείου.. που σημαίνει ό,τι είπαμε προηγουμένως.

Σ12: Ποιες λοιπόν είναι οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής σε αυτές τις δομές; Και για το προσωπικό και για τους ίδιους τους ασθενείς.

Λ10: Νομίζω, ότι για το προσωπικό είπαμε, αναδιατάσσεται ο ρόλος τους, γίνεται πιο προοδευτικός, πιο συμμετοχικός, τους βοηθά με τον τρόπο του κάθε επαγγελματία να ενταχθούν στον κοινωνικό ιστό, και τις λειτουργίες της κοινωνίας. Να φανταστείς, όταν πρωτοξεκινήσαμε το πρόγραμμα στο ψυχιατρείο που είναι 20 χρόνια, και κάναμε τις πρώτες απόπειρες να βγούμε έξω, για μερικές ώρες, άνθρωποι δεν είχαν ξαναδεί φανάρι, άνθρωποι δεν είχαν ξαναδεί καρτσάκι με μωρό, άνθρωποι δεν είχαν κάνει ποτέ μπάνιο στην θάλασσα, άνθρωποι δεν είχαν κάτσει σε ταβέρνα να φάνε ποτέ. Φαντάσου από πού ξεκινήσαμε και που φτάσαμε. Επομένως οι νέες δομές, κυρίως οι στεγαστικές, ξενώνες, διαμερίσματα και οικοτροφεία, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παίζουν ένα νέο ρόλο, που είναι στην ουσία πιο θεραπευτικός. Όσο δε αφορά του ίδιους, είναι μια έσχατη αξιοπρέπεια ζωής. Δηλαδή νιώθουν το δημόσιο χώρο, είτε είναι σινεμά, είτε είναι ταβέρνα είτε είναι πάρκο, είτε είναι παραλία, οτιδήποτε συνιστά δημόσιο χώρο, να τον χαίρονται, να συμμετέχουν σε αυτό. Γιατί κάποιος εκφράζουν αντεπιχείρημα, γιατί ως γνωστόν υπάρχουν και υποστηρικτές που υποστηρίζουν το άνοιγμα του ψυχιατρείου, και για το νόμιμο κλείσιμο. Το επιχείρημα τους είναι που λέει το εξής, ότι αυτοί οι άνθρωποι είχαν 70 στρέμματα να κινηθούν και τώρα έχουν 70 τετραγωνικά σε ένα διαμέρισμα. Μα δεν είναι το 70 τετραγωνικά, έχουν το δημόσιο χώρο της πόλης, που είναι 200 στρέμματα και δεν έχουν τα 70, έχουν τα 700 και όχι τα 70 του ψυχιατρείου Σ13: Έχουν ξανά την δυνατότητα να είναι μέλη της κοινωνίας. Λ11: Ακριβώς. Πιο δύσκολα δεν είναι τα φυσικά τείχη των συνόρων του ψυχιατρείου, αλλά είναι τα ψυχολογικά τείχη που δημιουργούσε το άσυλο. Ενώ τώρα είναι μέσα στην κοινωνία, στην κοινότητα, με τον δίπλα σου, τον οποιονδήποτε. Χρειάστηκε να πάω μέχρι και σε δικαστήριο για να υπερασπίσω το δικαίωμα τους να ζουν σε ένα διαμέρισμα, όσων αφορά τον κοινωνικό ρατσισμό και την αντίδραση απέναντι σε αυτήν την μεταρρυθμιστική προσπάθεια.

Σ14: Θα ήθελα να μιλήσουμε και για την παρέμβαση που γίνεται τώρα στους ασθενείς. Ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας;

Λ12: Εμείς αντιμετωπίζουμε και λέω εμείς, μια μεγάλη μερίδα ψυχιάτρων που πιστεύουν στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και στο κλείσιμο των ψυχιατρείων, αντιμετωπίζουμε τον ασθενή, σαν πάσχον υποκείμενο και όχι σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων. Με αυτήν την έννοια, δίνουμε μεγάλη έμφαση στην κοινωνική του ζωή, στην οικογενειακή του ζωή, στην ερωτική του ζωή και στην επαγγελματική του εργασιακή του ζωή. Και σε όλα αυτά τα επίπεδα ακόμα και στην καλλιτεχνική του φύση και δυνατότητα και επιθυμία και διάθεση, σε όλα αυτά τα επίπεδα... εεεε επίπεδα, παρεμβαίνουμε τροποποιητικά, διορθωτικά ενισχυτικά, εμψυχωτικά, ασπύμε, και αυτό αντιμετωπίζουμε, θεωρούμε σαν θεραπεία. Διαφοροποιούμαστε λοιπόν από μια μονοδιάστατη ιδεολογική θεώρηση και αντίληψη της ψυχικής νόσου. Η ψυχική νόσος είναι αντικοινωνική, έχει ενδεχόμενα συγκεκριμένα πλην κάποια σημεία, αλλά είναι και κοινωνική συγχρόνως. Και η άλλη μεγάλη η δύναμη μας και η παρέμβαση μας και η πρόθεση μας έχει να κάνει με τον περίγυρο τον κοινωνικό, τον οικογενειακό, τον επαγγελματικό και τον κοινωνικό ευρύτερα. Επομένως, από την αρχή που τίθενται μια διάγνωση, ψυχικής νόσου, πρέπει να σκεπτόμαστε αποκαταστασιακά. Το ζήτημα δηλαδή της αποκατάστασης τίθεται εξ' αρχής από τις πρώτες εε η πρώτη μας παρέμβαση. Δεν θέλουμε να χουμε δηλαδή την χρονιοποίηση, την χρονιότητα, τον ιδρυματισμό κτλ για να σκεφτούμε αποκαταστασιακά. Εεε ένα είναι αυτό. Το δεύτερο εεε αυτή η κυριαρχία της κλασσικής ψυχιατρικής όσων αφορά, το λέω κλασσικής γιατί διαφοροποιείται σε σχέση με την κοινοτική ψυχιατρική, στην ταξινομητική αντίληψη, δηλαδή στην αγωνία να εκμαιεύσεις συμπτώματα για να έχεις την διάγνωση, είναι με ερωτηματικό και υπό αμφισβήτηση. Ο κοινωνικός ψυχίατρος, η κοινωνική ψυχιατρική, επειδή ακριβώς έχει να κάνει με το φάσμα, με το υποκείμενο, δεν δίνει έμφαση σε αυτήν την ταξινομητική αντίληψη. Μας ενδιαφέρει να κάνουμε πάρα πολύ τέτοιου τύπου παρεμβάσεις και τέτοιου τύπου, θεραπευτικές που κινητοποιούμε και ενισχύουμε όλο, όλους τους παραμέτρους που αναμιγνύονται και η κοινοτική ψυχιατρική έχει νέα εργαλεία, νέες μεθόδους, κυρίως ψυχοθεραπευτικού περιεχόμενου, ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, που στα ψυχιατρεία η ψυχοθεραπεία ήταν πολυτέλεια. Οι νέες δομές που ανοίγονται και δημιουργούνται και λειτουργούν, δίνουν πρωτεύουσα σημασία στο

ψυχοθεραπευτικό σύστημα και στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Έτσι το πάσχον υποκείμενο, παίρνει και τις ανάλογες ευθύνες, και απέναντι σε αυτές τις θεραπείες, και απέναντι στη ζωή του και απέναντι στις αλλαγές που πρέπει να κάνει και νομίζω ότι όλη αυτή η νέα αντίληψη έχει καλύτερα αποτελέσματα. Άλλη ερώτηση..

Σ15: Αυτά ήταν κυρίως τα θέματα.. μήπως θα θέλατε να προσθέσετε κάτι για το τέλος;

Λ13: Νομίζω ότι όσων αφορά το ψυχιατρείο Χανίων, παρά την δυσλειτουργία, παρά την εεε των νέων δομών που την αντικατέστησαν, παρά την υποβάθμιση απ' την μεριά της πολιτείας και των υπουργείων και την υποχρηματοδότηση τους, παρά τις δυσκολίες που ενδεχόμενα εμφανίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για αυτόν τον νέο τους ρόλο, νομίζω ότι δεν γυρνάμε πίσω, αυτή είναι μια σελίδα, μαύρη σελίδα στην ιστορία της ψυχιατρικής, και ανοίγεται ένας κόσμος καινούριος για τον ψυχικά πάσχον, τον συνάνθρωπο που σε ένα πλαίσιο έτσι αποδοχής και αλληλεγγύης, σε ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης, και των δυνατοτήτων εεε για τις δυνατότητες του και για την έκφραση των επιθυμιών και το άκουσμα των επιθυμιών και νομίζω ότι σε λίγα χρόνια θα είναι ..εεε έτσι παρελθόν το ψυχιατρείο, γιατί οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σήμερα, χρησιμοποιούν αυτήν την ενσυναίσθηση, αυτό το ενεργητικό άκουσμα, που σημαίνει ουσιαστικός θεραπευτής. Νομίζω ότι οι προκλήσεις, οι νέες προκλήσεις για την ψυχιατρική κοινότητα είναι τελείως διαφορετικές απ' τις επόμενες δεκαετίες. Σήμερα η κοινωνία είναι πιο σύνθετη πιο πολύπλοκη και στα πλαίσια του παγκοσμιοποιημένου περιβάλλοντος και των κρίσεων, κρίσεων σε όλα τα επίπεδα όχι μόνο στο οικονομικό. Η αύξηση των καταθλίψεων, η αύξηση των εξαρτήσεων πάσης φύσεως και ακόμα και τα προβλήματα της δεύτερης γενιάς μεταναστών τους οποίους συνυπάρχουμε, γιατί ήρθαν αυτοί οι άνθρωποι στην Ελλάδα, είναι πολύ μεγάλες κατηγορίες, εεε ενότητες προβλημάτων ψυχολογικών δηλαδή που πρέπει να ετοιμαστούμε γι' αυτές. Αυτά.

Σ16: Σας ευχαριστώ πολύ.

Διάρκεια συνέντευξης: 1 ώρα και 28 λεπτά.

1.2 Η συνέντευξη της κ. Μιχαηλίδου

Δευτέρα 10 Αυγούστου 2009. Συνέντευξη με την κα Μιχαηλίδου Ρούλα προϊσταμένη νοσηλεύτρια για πολλά χρόνια στο ψυχιατρείο Χανίων και τώρα διοικητική υπάλληλος του ψυχιατρείου.

Σ1: Γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου;

Μ.Ρ1: Κοίτα, πιστεύω ότι κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου γιατί είχε μετατραπεί σε ένα μεγάλο άσυλο, μια αποθήκη με ανθρώπους μέσα και η αντιμετώπιση τους δεν ήταν ανθρώπινη πολλές φορές από μας. Ήταν ξεχασμένοι και από τους συγγενείς τους, αλλά και από το προσωπικό, γιατί όταν το προσωπικό έχει να κάνει σε ένα τμήμα με 65 ανθρώπους, και η δύναμη του είναι δυο άνθρωποι, το πολύ τέλος πάντων τρεις, καταλαβαίνουμε λοιπόν, ότι κάναμε απλά τα απαραίτητα. Θυμάμαι όταν δούλευα στο εξερχόμενο τμήμα, εεε το εξερχόμενο ήταν, οι άνθρωποι έρχονταν και έκαναν νοσηλεία μέχρι 30 μέρες, 15 με 30 μέρες και φεύγανε. Και εννοείται σε αυτούς τους ανθρώπους μέσα ήταν και καινούρια περιστατικά. Αυτά λοιπόν τα καινούρια περιστατικά που έρχονταν, ήταν όλοι άνθρωποι που έρχονταν για πρώτη φορά, πολλές φορές λοιπόν αυτούς τους ανθρώπους χρειαζόταν να τους απομονώσουμε για δικό τους καλό, σε κάποια δωμάτια που τα λέγαμε απομόνωση. Αυτά τα δωμάτια μέσα, είχαν ένα παράθυρο, ένα κρεβάτι και μια λεκάνη τουαλέτας. Τίποτα άλλο. Όταν λοιπόν έμπαινε μέσα σε αυτό το δωμάτιο ο άνθρωπος κλείναμε την πόρτα και την ανοίγαμε όταν έπρεπε να γίνει η νοσηλεία ή όταν χρειαζόταν κάτι άλλο ο άρρωστος. Και επειδή το πρωί πήγαινα εγώ εκεί, ήμουν προϊσταμένη, πήγαινα εκεί πέρα για να δω τι έγινε, πως πέρασε ο άνθρωπος αυτός, αντιμετώπιζα μια άθλια εικόνα, έναν άνθρωπο, νεαρό ή τέλος πάντων οποιασδήποτε ηλικίας, μέσα σε ένα δωμάτιο, ρωτούσα αν έφαγε και η απάντηση ήταν όχι, και όταν λέμε φαγητό εννοούμε ένα κύπελλο πλαστικό και πάνω του μια φέτα με βούτυρο, πάνω στο ποτήρι αυτό, δίπλα στη λεκάνη. Κάτω στο πάτωμα, δίπλα στη λεκάνη. Και έλεγα έλεος ρε παιδιά! Άνθρωποι είμαστε. Ποιος θα το 'τρωγε αυτό το φαγητό; Εσείς θα το τρώγατε; Εγώ θα το 'τρωγα; Είναι άνθρωπος. Ξεχνούσαμε με τι είχαμε να κάνουμε. Όλα αυτά με κάνανε λοιπόν να πιστέψω στην μεταρρύθμιση και στην αποασυλοποίηση. Είχα προτείνει κάποια πράγματα όπως το να κλείσουμε τις τουαλέτες μέσα στην απομόνωση, μέσα στα δωμάτια, και όταν χρειαζότανε θα πηγαίναμε (τον ασθενή) στις άλλες που ήταν έξω, δεν χρειαζόταν να υπάρχουν τουαλέτες μέσα στα δωμάτια, με τον τρόπο που υπήρχαν. Γιατί δεν ήταν κλειστή να υπάρχει ένας τοίχος, ένα δωμάτιο που να λέγεται τουαλέτα. Ήταν απλά μέσα στο δωμάτιο και θα έπρεπε να.. ναι. Χώρια τα υπόλοιπα που γινότανε. Τα ομαδικά μπάνια, τα ίδια ρούχα σε όλους.. ήταν ένα κανονικό άσυλο. Και γι' αυτό το λόγο πιστεύω ότι καλά έκανε και έκλεισε το ψυχιατρείο.

Σ2: Ποιος ήταν ο απώτερος στόχος;

Μ.Ρ2: Ο στόχος ποιος ήτανε.. ένας από τους στόχους ήταν να υπάρχουν καλύτερες συνθήκες, να υπάρχουνε συνθήκες ζωής, αλλά και να μπορέσουν αυτοί οι άνθρωποι

να ενταθούν στην κοινότητα και να μπορέσουν να ζουν σαν άνθρωποι μέσα στις οικογένειες τους, όσοι είχανε, όσοι δεν είχανε, να έχουν μια καλύτερη ζωή.

Σ3: Πως ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών και πως υλοποιήθηκε;

M.P3: Η φάση εξόδου των ανθρώπων αυτών από το ψυχιατρείο, ξεκίνησε πριν από την πρώτη φάση του Ψυχαργός, είχαμε ξεκινήσει εμείς δημιουργώντας δυο διαμερίσματα και έναν ξενώνα. Ξεκίνησε με την επανένταξη, που λειτούργησε μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου με κάποιους γιατρούς που είχαμε, που είχαν πιστέψει στην μεταρρύθμιση και αργότερα ακλούθησαν τα δυο διαμερίσματα, όπου οι άνθρωποι πήγαν στα διαμερίσματα και αργότερα μετά με τον ξενώνα, που κάποιοι άλλοι μετά διαδεχτήκανε τις θέσεις τους.

Σ4: Με ποια κριτήρια ο ασθενής μεταφερόταν σε μια δομή αποασυλοποίησης;

M.P4: Η απόφαση του ποιοι άνθρωποι θα πηγαίνανε στην επανένταξη και αργότερα έξω στην κοινότητα, ήταν τελείως τυχαία και έγινε από ανθρώπους που ήταν πραγματικά ξεχασμένοι σε αυτό το χώρο, διαλέχτηκαν βέβαια, πρώτα οι πιο λειτουργικοί και αυτοί που θέλανε να βγούνε έξω. Κάποιοι από αυτούς τους φάνηκε τόσο απίστευτο και τόσο.. που λέγανε εντάξει δεν υπάρχει περίπτωση να βγω έξω. Αργότερα η μεταρρύθμιση συνεχίστηκε με την πρώτη και δεύτερη φάση του Ψυχαργός. Στην Α φάση Ψυχαργός μπήκανε και άλλοι ασθενείς στο παιχνίδι της μεταρρύθμισης, συγγνώμη που το λέω παιχνίδι, αλλά έτσι ήτανε, σαν ένα παιχνίδι όλο αυτό που γινότανε. Εεε κάποιοι δεν θέλανε να βγούνε, φοβότανε το άγνωστο, ούτε ξέραν τι σημαίνει κοινότητα, κάποιοι από αυτούς δεν είχαν βγει ποτέ από το χώρο του ψυχιατρείου, από τότε που είχε γίνει η εισαγωγή τους εδώ και μάλιστα ένας από αυτούς τους ανθρώπους, εεε με πίεση τον πήραμε έξω για να βγει και να πάμε μια εκδρομή. Δεν ήθελε. Ήταν πολύ λειτουργικός, νέος άνθρωπος, γύρω στα 30, χωρίς να έχει βγει ποτέ από το χώρο του ψυχιατρείου, μόνο στις περιπτώσεις που χρειαζότανε να πάει στο νοσοκομείο, εκεί πέρα για κάποια προβλήματα που είχε. Όταν λοιπόν τον πήραμε εκδρομή και είχαμε πάει πραγματικά σε ένα όμορφο μέρος με ποτάμι, πρασινάδα, δέντρα, κ.λπ. όταν λοιπόν πηγαίναμε με το αυτοκίνητο ήταν τόσο μεγάλη η έκπληξη του, που κατεβαίνοντας από το λεωφορείο, λέει : «Προϊσταμένη, σε αυτό το ψυχιατρείο θέλω να με φέρετε». Και του λέω : «Γιάννη, έτσι θα είναι και το ξενοδοχείο που θα πάτε για να μένετε. Και που θα είναι μέσα στα Χανιά, με κόσμο, μαγαζιά που θα πηγαίνετε να ψωνίζετε ότι θέλετε..» από κει κι ύστερα άρχισε να πείθετε ότι θα 'ναι ωραία και θα περνάει ωραία στην δομή που θα πάει.

Σ5: Ποια είναι η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

M.P5: Τώρα, όταν έγινε και η μεταφορά και των τελευταίων ασθενών έξω, στις δομές και έκλεισε το ψυχιατρείο, αυτό που βλέπαμε στην αρχή, γιατί έγινε μεγάλη εξοικονόμηση προσωπικού, δεν ήταν ότι περίσσευε το προσωπικό. Το προσωπικό

ήταν η πρώτη φορά που ήταν αρκετό για να λειτουργήσουμε σωστά σαν μεταρρύθμιση. Και πραγματικά αν λειτουργούσαμε με αυτό το προσωπικό, δηλαδή, κάθε δομή είχε το ανώτερο 15 ενοίκους μέσα, και το προσωπικό ήταν 4 και 3 σε κάθε βάρδια απόγευμα – πρωί και από δυο τη νύχτα. Εάν λοιπόν, λειτουργούσε το προσωπικό αυτό έτσι στις δομές, θα είχαμε το αποτέλεσμα που θέλαμε και είχαμε πιστέψει. Γιατί θα εεε.. θα μπορούσε να δουλέψει με τόσο λίγα, 15 άτομα, θα μπορούσε να τους μάθει τις δεξιότητες που είχανε ξεχάσει, εεε να κάνουν περισσότερες εξόδους και θα λειτουργούσαν έτσι όπως είχαμε πιστέψει ότι θα λειτουργούν οι δομές. Πραγματικά το αποτέλεσμα στην αρχή ήταν πάρα πολύ καλό. Ευχαριστημένοι οι ένοικοι, ευχαριστημένο το προσωπικό, που δεν πίστευε ότι θα είναι τόσο καλά στις δομές. Γιατί και το προσωπικό στην αρχή, ήτανε και αυτό αρνητικό. Είχαν μάθει σε έναν τρόπο λειτουργίας, οπότε ήταν άγνωστος ο καινούριος τρόπος που τους προτείναμε. Δεν θέλανε πολλοί. Δεν πιστεύανε πολλοί ότι αυτοί οι άνθρωποι θα σταθούνε έξω στην κοινωνία. Το αποτέλεσμα βέβαια είναι εκπληκτικό γιατί δουλέψαμε όλοι με πάρα πολύ αγάπη γι' αυτούς τους ανθρώπους, και πραγματικά πιστεύω ότι βγήκε κάτι καλό. Κάτι όμορφο.

Σ6: Ποιες είναι οι διαφορές για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους;

Μ.Ρ6: Ακόμα και οι συγγενείς αυτών που τους είχαν ξεχάσει, όταν είδαν ότι τους βγάλαμε έξω στην κοινότητα και έκλεισε το άσυλο, που πολλοί από αυτούς δεν έρχονταν γιατί φοβόντουσαν το στίγμα, ότι θα πάμε στο ψυχιατρείο και δεν θέλουμε να ξέρουμε ότι έχουμε συγγενείς στο ψυχιατρείο, τώρα στις δομές έρχονται και τους επισκέπτονται. Θεωρούν ότι είναι σπίτι τους, το βλέπουν πολύ διαφορετικά από ότι εκεί πέρα που ήτανε. Είναι σίγουροι ότι ο τρόπος που λειτουργούν και ο χώρος που ζουν οι άνθρωποι, είναι πολύ καλύτερος από ότι ζούσανε. Ζούνε πλέον σαν άνθρωποι.

Σ7: Ποιες είναι οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο και στις δομές αποασυλοποίησης;

Μ.Ρ7: Καταργήθηκαν τα ομαδικά μπάνια, κάνουνε μόνοι τους μπάνιο, πολλοί από αυτούς, συντηρούνται μόνοι τους τελείως, και τα ρούχα τους που θα τα βρουν, θα ασχοληθούν με αυτό το κομμάτι και να μαγειρέψουν, γιατί, βέβαια παίρνουμε φαγητό, δεν έχουμε σταματήσει την τροφοδοσία από τον χώρο του ψυχιατρείου, αλλά πολλοί από αυτούς πηγαίνουν, ψωνίζουν, κάποια φαγητά που θέλουν να μαγειρέψουν και μαγειρεύουν μόνοι τους. Ειδικά αυτοί που ζουν στα διαμερίσματα, όλοι είναι ημιαυτόνομοι. Υπάρχει ένας νοσηλευτής στη βάρδια στα διαμερίσματα και απλά υπάρχει εκεί, σαν μια επιτήρηση, στην πραγματικότητα ζούνε μόνοι τους. Και είναι αρκετά αυτά τα διαμερίσματα που έχουμε, είναι 6-7 διαμερίσματα. Οι ασθενείς στην αρχή που τους ρωτούσαμε: «θέλετε να γυρίσετε πίσω στο ψυχιατρείο;» η απάντηση ήτανε όχι. Πόσο μάλλον τώρα, το έχουν ξεχάσει. Αυτό που τους έχει λείψει όμως, γιατί βέβαια κάποιοι από αυτούς ήταν πολλά χρόνια εδώ μέσα, ήταν οι παρέες, γιατί είχαν δεθεί με κάποιους ανθρώπους, και όταν χωριστήκαν στις δομές, κάποιοι απ'

αυτούς δεν βλεπόταν πολύ συχνά, ούτε είχαν την ευχέρεια να πουν ξέρεις, θέλω να πάω να δω τον τάδε στην τάδε δομή. Κάποιες φορές, στην αρχή τουλάχιστον, γινότουσαν επισκέψεις από την μια δομή στην άλλη. Προσπαθούσαν να διατηρηθούν αυτές οι σχέσεις. Τώρα, εντάξει, είναι πολύ πιο ελεύθεροι, έχουν άλλα ενδιαφέροντα και..δεν τους λείπει τόσο η παρέα που είχανε. Δεν ξέρω τώρα αν θέλεις να ρωτήσεις κάτι άλλο..

Σ8: Θα θελα να μου πείτε δυο λόγια για την παρέμβαση στους ασθενείς που γίνεται τώρα και ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας.

M.P8: Εεε οι δυνατότητες θεραπείας..

Σ9: Σε σύγκριση με το πριν, δηλαδή.

M.P9: Ναι. Νομίζω ότι, εεε σε κάποιες δομές είναι καλύτερα σίγουρα. Στα διαμερίσματα, στους ξενώνες, που υπάρχει η δυνατότητα επαφής του αρρώστου με τις υπόλοιπες ειδικότητες και το προσωπικό, είναι καλύτερες. Σε κάποιες όμως δομές, η οποία, η δυνατότητα των ενοίκων, δεν επιτρέπει να.. πολύ μεγάλη επαφή, γιατί είναι ασθενείς με νοητική στέρηση, με εγκεφαλοπάθειες.. νομίζω ότι έχει αλλάξει ο τρόπος διαβίωσης τους μόνο. Τίποτα άλλο. Έχουν γίνει κάποια βήματα, αλλά όχι πάρα πολύ μεγάλα. Φτάσαμε μέχρι σ' ένα σημείο, από κει και μετά, όσο και να θέλαμε όσο και να προσπαθήσαμε, δεν γίνεται κάτι άλλο.

Σ10: Αυτό που κατάλαβα πριν είναι ότι απογοητευτήκατε από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, την περιμένατε κάπως αλλιώς..

M.P10: Ναι, γιατί έφυγε πάρα πολύ προσωπικό.. είπα στην αρχή ότι αν λειτουργούσαμε με το προσωπικό του ψυχιατρείου, θα ήταν πολύ καλύτερα τα αποτελέσματα. Έχει φύγει πάρα πολύ προσωπικό, με το να ανοίξει η ψυχιατρική του νοσοκομείου, φύγανε πάρα πολλά άτομα, απ' τους νοσηλευτές, και άλλες μετακινήσεις από το προσωπικό, μετατάξεις, αποσπάσεις, που θέλανε οι ίδιοι να γίνουν και το ζήτησαν.. εεε και έτσι είμαστε πάλι, ξανά στην αρχή. Δηλαδή είναι τόσο λίγο το προσωπικό στη δομές, που από το νοσηλευτικό, κάνουν τα απαραίτητα και με δυσκολία. Δηλαδή ούτε συχνές εξόδους μπορούν να κάνουν, ούτε να.. υπάρχει η πολυτέλεια σε κάποιες δομές να πάνε να πάρουν 2 ή 3 άτομα και να πάνε να ψωνίσουν, να διαλέξουν οι ίδιοι αυτά που θα πάρουνε, γιατί προσωπικό δεν υπάρχει, και έτσι.. κάποιες δραστηριότητες που κάναμε στην αρχή, με το ξεκίνημα, έχουν σταματήσει πια. Αυτά.

Σ11: Σας ευχαριστώ πολύ.

M.P11: Να 'στε καλά.

Διάρκεια συνέντευξης: 39 λεπτά.

1.3 Η συνέντευξη της κ. Μαρκάκη

Δευτέρα 10 Αυγούστου 2009. Συνέντευξη με την κα Νεκταρία Μαρκάκη, διοικητική υπάλληλο του ψυχιατρείου και τώρα Τομεάρχη στο ψυχιατρείο. Συνολικά εργαζόμενη στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χ. 23 χρόνια.

Σ1: Γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου και ποιος ήταν ο απώτερος στόχος;

Μ.Ν1: Για μένα, κρίθηκε απαραίτητο το κλείσιμο του θεραπευτηρίου γιατί έτσι καταργείται και η έννοια του ιδρύματος.. του ασύλου. Δημιουργούνται καλύτερες συνθήκες έξω για τους ενοίκους, για τους ασθενείς, εεε σταματάει εεε..

Σ2: Πώς ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών και πως υλοποιήθηκε;

Μ.Ν2: Τώρα τι να σου πω εγώ γι' αυτό.. δεν είμαι νομίζω η αρμόδια να σου απαντήσω. Υπάρχει κάποια άλλη ερώτηση αν θες..

Σ3: Φυσικά. Ποια η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

Μ.Ν3: Η διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης, είναι ότι ένα ψυχιατρείο είναι ένα ίδρυμα, ένα άσυλο δηλαδή. Στις δομές, έξω, οι συνθήκες είναι πολύ καλύτερες για τους ενοίκους. Λιγότεροι ένοικοι σε ένα χώρο, που έχει ταυτόχρονα την εικόνα ενός σπιτιού, εεε επικοινωνούν βεβαία, πολύ καλύτερα έξω με την κοινότητα και γίνεται προσπάθεια ενσωμάτωσης..εεε να ενσωματωθούν στην κοινωνία όσο καλύτερα.

Σ4: Ποιες είναι οι διαφορές για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους;

Μ.Ν4: Οι διαφορές για τους ασθενείς τώρα και τις οικογένειες τους.. και οι ασθενείς φαντάζομαι ότι βγαίνουν και είναι πολύ καλύτερες οι συνθήκες που υπάρχουν έξω στη ζωή. Είναι πολύ καλύτερο γι' αυτούς που ανοίγουν το παράθυρο τους και βλέπουν τους πολίτες να κινούνται έξω, αυτοκίνητα, και μια διαφορετική εικόνα απ' αυτή που έβλεπαν, που ίσως δεν είχαν δει ποτέ ξανά στη ζωή τους. Οι οικογένειες τους, και οι γονείς τους, είναι καλύτερα γιατί φαντάζονται τους ανθρώπους τους, ότι είναι σε πιο ανθρώπινες συνθήκες, ζούνε σε πιο ανθρώπινες συνθήκες. πάλι το.. η έννοια του ασύλου το ίδρυμα εεε και σιγά σιγά εεε στο μυαλό τους δεν είναι τόσο έντονο όσο όταν ερχόντουσαν και τους επισκέπτονταν στο ψυχιατρείο.

Σ5: Ποιες είναι οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο και στις δομές αποασυλοποίησης;

Μ.Ν5: Οι συνθήκες διαβίωσης είναι πολύ καλύτερα, είναι πολύ καλύτερες στις εξωτερικές δομές, απ' όλες τις απόψεις. Οι ασθενείς έχουν το δικό τους δωμάτιο, δεν ζουν μέσα σε μεγάλους θαλάμους όλοι μαζί, φροντίζονται πολύ καλύτερα από το προσωπικό γιατί είναι πολύ λιγότεροι σε κάθε δομή, κοινωνικοποιούνται με την

έννοια ότι έχουν εξόδους πολύ συχνότερες, έρχονται σε επαφή με τον κόσμο.. εεε όλα αυτά πιστεύω ότι είναι τα θετικά.. οι θετικές πλευρές της αποασυλοποίησης.

Σ6: Ποιες είναι οι απόψεις του προσωπικού γι' αυτό το θέμα;

M.N6: Ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς δεν το έχουν δει θετικά το κομμάτι της αποασυλοποίησης, γιατί ήδη έχουν ασυλοποιηθεί (γέλιο) και είναι πολύ δύσκολο να ξεφύγουν, είναι ακόμα πιο δύσκολο γι' αυτούς να ξεπεράσουν την έννοια του ιδρυματισμού απ' ότι οι ασθενείς.. πιο εύκολα προσαρμόζονται πιστεύω παρά το προσωπικό. Που ακόμα δεν έχω καταλάβει για πιο λόγο είναι πολύ απ' αυτούς.. κάνουν συνεχώς αναφορές στο πόσο καλύτερα ήταν το ψυχιατρείο. Ακόμα μου κάνει.. δεν μπορώ να το καταλάβω, αλλά πιστεύω ότι είναι αυτό... ότι είναι πιο δύσκολο τελικά οι «υγιείς» (γέλιο) σε εισαγωγικά να αποασυλοποιηθούν παρά οι ίδιοι οι ασθενείς. Δεν είναι βέβαια, όλοι έτσι και αυτό είναι επίσης πολύ θετικό. Οι νεώτεροι που έρχονται δεν έχουν στο μυαλό τους την εικόνα του ψυχιατρείου, οπότε εεε του ιδρύματος δηλαδή και δουλεύουν με διαφορετικό ρυθμό και φέρνουν τα δικά τους πράγματα, αλλά πάλι είναι πολύ δύσκολο αυτό, να σπάσει το κομμάτι των παλιών νοσηλευτών.. οι παλιοί νοσηλευτές που ήταν πώς να σου πω, σαν γκέτο, πράγματι πολύ ισχυρό.. ναι αυτό.

Σ7: Πώς γίνεται τώρα η παρέμβαση στους ασθενείς και ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας;

M.N7: Όχι μόνο φαρμακευτικό.. γενικότερα.. (Σ8: Ναι..) οι δυνατότητες θεραπείας για τους ασθενείς θα ήταν πολύ καλύτερες, αν υπήρχε προσωπικό. Κυρίως νοσηλευτικό, αλλά και από άλλες ειδικότητες, από όλες τις άλλες ειδικότητες που χρειάζονται. Παρ' όλα αυτά πιστεύω ότι γίνεται καλή δουλειά στο κομμάτι της θεραπείας, αλλά σίγουρα θα ήταν πάρα πολύ καλύτερα αν υπήρχε προσωπικό όλων των ειδικοτήτων.

Σ8: Σας ευχαριστώ πολύ.

M.N8: Κι εγώ.

Διάρκεια συνέντευξης: 17 λεπτά.

1.4 Η συνέντευξη της κ. Αλεξανδράκη

Δευτέρα 10 Αυγούστου 2009. Συνέντευξη με την κα Αλεξανδράκη Μοσχοβία, διοικητική υπάλληλο του ψυχιατρείου και τώρα Τομεάρχη στο ψυχιατρείο. εργαζόμενη στο ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης για 2 χρόνια και στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χ. 23 χρόνια.

Σ1: Κα Αλεξανδράκη, γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου και ποιος ήταν ο απώτερος στόχος;

A.M1: Ο απώτερος στόχος για να κλείσει το ψυχιατρείο ήταν να σταματήσει να υπάρχει το ίδρυμα. Τουλάχιστον τα όσα χρόνια που εγώ δούλεα εδώ μέσα, ήταν ένα ίδρυμα, με όλα τα αρνητικά του ιδρύματος. Είχε σαν θετικό την κάλυψη πολλών.. των αναγκών που υπήρχαν τότε όταν δημιουργήθηκε, αλλά μετά πια είχε φτάσει σ' ένα σημείο που δεν γινόταν να είναι στην μορφή που ήταν.. στην τότε μορφή του. Ήταν πολύ άσχημες οι συνθήκες, και εμείς έτσι το βιώσαμε με πολύ άσχημες συνθήκες. Δεν ήταν..εε ούτε εμείς περνούσαμε καλά μέσα στους όρους που ήταν αυτοί οι άρρωστοι, αλλά δυστυχώς κάποιες φορές καταλαβαίναμε ότι κάτι πρέπει να γίνει, αλλά.. ούτε και απ' την κοινωνία υπήρχε πίεση για να γίνει η αποασυλοποίηση. Εγώ δεν το θεώρησα ποτέ ότι έπρεπε να γίνει κάποια αλλαγή, αν δεν υπήρχαν δηλαδή κάποιοι εργαζόμενοι, κάποιοι γιατροί, ψυχολόγοι, όλοι αυτοί, δεν θα γινόταν κάτι τέτοιο. Ίσα - ίσα που βόλευε –για μένα- βόλευε και τα Χανιά και την Κρήτη να υπάρχει το ίδρυμα, να 'χουμε τους αρρώστους μας εκεί μέσα, αυτούς που δεν τους χρειαζόμαστε, να μην μας ενοχλούν. Βόλευε εν μέρει, όπως βολεύουν όλα τα ιδρύματα, όταν μπορούμε να πάμε, όταν μπορούμε να βοηθήσουμε, αλλά όχι και να τους έχουμε μέσα στα πόδια μας. Ήταν άθλιες οι συνθήκες, με λίγα λόγια ήταν χάλια τα πράγματα. Όχι σε όλες.. όχι σε όλα τα τμήματα. Υπήρχαν και τμήματα που ήταν πολύ καλύτερης.. που ζούσαν πολύ ανθρωπινά, αλλά ήταν και αυτά προς το τέλος, κάτι επανένταξης, κάτι βραχείας νοσηλείας.. αλλά τα χρόνια (τμήματα) ήταν αποθήκη. Στην κυριολεξία. Ήταν. Γιατί πόσο πιο αναγκαίο να το δεις; Δηλαδή εγώ όταν ήρθα το '90 στο ψυχιατρείο, γιατί δούλεα Θεσσαλονίκη πριν, εε ήμουν προϊσταμένη σε ένα τμήμα με 75 άτομα! 75! Μαζί.. πόσους να φροντίσεις; Και 15 άτομα να είναι προσωπικό, πάλι δεν φροντίζονται τόσα άτομα σε έναν χώρο, σε μια τραπεζαρία όλοι μαζί, να ντυθούν να ταϊστούν... τεράστιοι χώροι.. δωμάτια με 10 κρεβάτια μέσα χωρίς παπλ.. χωρίς κουβέρτες.. έχεις πάει; Έχεις δει καθόλου; (Σ2: Έχω δει σε φωτογραφίες μόνο.) ένας κοινός (χώρος) που δεν υπήρχε κανένας ιδιαίτερος χώρος για κανέναν.. ούτε πόρτες τα δωμάτια, όχι δωμάτια, ένας τεράστιος θάλαμος, στρατόνας, πώς να στο πω, ο θάλαμος, κρεβάτια στην σειρά, ο ένας έχανε τα παπούτσια του, δεν υπήρχαν ούτε προσωπικά αντικείμενα, ούτε προσωπικός χώρος, ούτε εξειδικευμένη φροντίδα εξατομικευμένη στον καθένα. Αρχίζαμε από τους πιο κατάκοιτους και βοηθούσαν και οι ασθενείς να ταΐσουμε παράδειγμα, για να μπορέσει να βγει η δουλειά. Αλλά που λες, ήταν πάρα πολύ δύσκολο και για μας. Και μετά έρχεσαι και στο σημείο που λες.. σου λέω δυστυχώς μετά φτάνεις στο σημείο που το συνηθίζεις. Στην αρχή είναι πάρα πολύ δύσκολο, μετά συνηθίζεις. Είναι κακό

πράγμα η συνήθεια, συνηθίζεις και λες.. έτσι πρέπει να είναι, μάλλον έτσι πρέπει να είναι. Όταν ήμουν εγώ Θεσσαλονίκη, μου είχαν πει ότι το ψυχιατρείο των Χανίων είναι από τα καλύτερα των Βαλκανίων. Κάπως έτσι μου το περιέγραφαν. Είχα έρθει ξανά – γιατί είχα τελειώσει (την σχολή) Ηράκλειο. Και ερχόμασταν εκδρομές εκπαιδευτικές και βλέπαμε τα καλά.. τα χρόνια (τμήματα χρόνιας νοσηλείας) και αυτά δεν τα χα δει ποτέ πως είναι. Ε, μου έλεγαν το καλύτερο ψυχιατρείο των Βαλκανίων και αυτά.. ε, και όταν ήρθα ρε παιδί μου, στο 6^Α Γυναικών.. 75 άτομα, καρότσια στην σειρά, και καν ούτε είχαμε καρότσια αναπηρικά για όλους να εξυπηρετήσουμε.. σε καρέκλες. Σε μια καρέκλα, κοινή, κουζίνας τον καθίζαμε τον άλλον ανάπηρο, γιατί δεν υπήρχαν και οι υποδομές, και ούτε και τεχνικά μέσα για να βοηθηθεί ένα άτομο ΑΜΕΑ.. τίποτα! Τί-πο-τα! Χάλια! Αλλά εντάξει ευτυχώς, ευτυχώς που έγινε, όπως έγινε η όλη ιστορία.

Σ2: Πως ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών και με ποια κριτήρια ο ασθενής μεταφέρεται σε μια δομή αποασυλοποίησης;

Α.Μ2: Πως ξεκίνησε.. Λίγο γρήγορα για μένα. Γρήγορα.. όχι απ' την άποψη ότι δεν ήταν ο χρόνος να γίνει.. γρήγορες κινήσεις. Αλλά αν δεν γινόταν και αυτό έτσι, ίσως δεν γινόταν και ποτέ. Ή θα καθυστερούσε ακόμα περισσότερο. Έγιναν κάποια πράγματα βεβιασμένα.. και βασικά μόνο σε αυτό το θέμα έχω πρόβλημα με την αποασυλοποίηση. Εγώ ήμουν από τους τελευταίους που φύγανε, και όταν έφυγα και πήγα σε δομή, πήγα στην χειρότερη, με τα πολύ βαριά περιστατικά. Αλλά έφυγαν γρήγορα, βιαστικά, όχι γρήγορα. Για να προλάβουμε κάποιες αντιδράσεις (από τους κατοίκους της περιοχής), αλλά δεν είχε δοθεί η έμφαση στο.. πιο πολύ για το προσωπικό εννοώ. Βλέπαμε τα θετικά και εγώ εν μέρει πείστηκα ότι θα ναι καλύτερα έξω. Το ήθελα όμως πιο οργανωμένα. Να υπάρχει μια ευαισθητοποίηση από το προσωπικό.. και δεν τα ρίχνω στο προσωπικό, το προσωπικό έτσι είχε μάθει να δουλεύει. Φορτώσαμε πάρα πολλά πράγματα στο προσωπικό. Πάρα πολλά. Όλες τις εεε τις δουλειές και τις δικές τους, αλλά και επί μέρους δουλειές. Δηλαδή παρ' τον και πήγαινε τον βόλτα, γιατί πρέπει να αποασυλοποιηθούν.. αλλά όταν ο άλλος δεν το χει πιστέψει, ότι αυτό θα του κάνει καλό, και ντρεπόταν και φοβότανε, σου λέει.. μα τώρα τι θα γίνει αν τον πάρω να τον πάω βόλτα. Και εμείς (η διοίκηση) μπορεί να φταίμε σε αυτό, αλλά ήταν πάρα πολλά πράγματα μαζί που δεν μπορούσαν να γίνουν ένα-ένα. Έγιναν κάποια μαθήματα, σεμινάρια για να ευαισθητοποιηθεί το προσωπικό.. σε κάποιους έπιασε, κάποιοι το είδαν πολύ πιο θετικό, έδωσαν τον καλύτερο τους εαυτό, όχι όμως το 100% όλο το προσωπικό. Υπήρχαν κάποιες αντιδράσεις και συνεχίζουν να υπάρχουν, και από μας μερικές φορές, όχι ότι βγάζω εγώ τον εαυτό μου απ' έξω. Βλέπεις κάποια πράγματα και μετά απογοητεύεσαι, λες μα το περιμέναμε κάπως αλλιώς. Το περιμέναμε αλλιώς για κάποια πράγματα.. αλλά και μέχρι εκεί που πήγε, πάλι θετικό είναι. Αλλά αυτά που μας έλεγαν ότι θα είναι πολύ-πολύ διαφορετικά τα πράγματα.. δεν έχουμε φτάσει σε αυτό το σημείο. Έχουν αλλάξει πολλά, όχι όλα. Αλλά πρέπει να αλλάξουμε εμείς πρώτα. Δηλαδή δεν είναι πολύ εύκολο.. Φαντάζομαι.. τους αλλάξαμε χώρους συνέχεια και τους λέγαμε πρέπει

να τα καταφέρετε εδώ, ήρθατε σε αυτό διαμέρισμα, να κάνετε αυτά. Και να φανταστείς αυτή η προσαρμογή πόσο δύσκολη είναι για έναν άνθρωπο που έχει όλη την βοήθεια και εξωτερική και εσωτερική.. αυτοί οι άνθρωποι δεν είχαν καμία βοήθεια, είχαν μόνο εμάς.. και εντάξει, το προσπαθήσαμε, αλλά όχι το καταφέραμε, εγώ δεν πιστεύω ότι το καταφέραμε τελείως, να κάνουμε προγράμματα όπως μας τα λέγανε απ' την αρχή, που να μπορούν κάποιοι να δουλεύουν.. λίγα πράγματα σε αυτόν τον τομέα.. δεν ξέρω αν φταίμε εμείς, αν φταίει που σταμάτησαν κάποια στιγμή.. τα οικονομικά μπαίνουν στη μέση, έλλειψη προσωπικού.. γιατί αλλιώς είναι να προσπαθούμε να βρούμε 1002 τρόπους να κυλήσει το πρόγραμμα. Σε συνθήκες ασφαλείς πλέον, που δεν είναι πάντα. Γιατί το προσωπικό είναι ελάχιστο και δουλεύουν σαν προσωπικό ασφάλειας, δεν είναι κάτι επιπλέον που να του πεις του αλλού εντάξει ωραία, τους φροντίσατε, τους πλύνετε, τους βοηθήσατε να φάνε, όλα αυτά, αλλά τώρα να πάτε και για καφέ, να πάτε και την βόλτα σας.. εεε και τον άλλον πόσα κομμάτια να τον κάνεις; Αυτά είναι τα αρνητικά από την μεριά μου, από αυτή την θέση που είμαι που έχει να κάνει με το πώς θα διαχειριστούμε το προσωπικό του ψυχιατρείου. Κάποιοι είναι πάρα πολύ αρνητικοί, άμα τους ρωτήσεις, θα σου πουν ότι ανοίξαμε 15 μικρά ψυχιατρεία μέσα στα Χανιά. Εν μέρη απ' την άποψη τους μπορεί να είναι έτσι, αλλά ακόμα και που μειώθηκε αυτός ο αριθμός.. όταν το πρωτοσυνάντησα 75, 77 άτομα (ασθενείς) και που μειώθηκε ο αριθμός και έχεις να κάνεις με 10 άτομα, όσο χάλια και να 'ναι, είναι τελείως διαφορετικά. Όχι μόνο σαν φροντίδα. Κει εσύ πως περνάς.

Σ3: Ποιες ήταν οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο Ψυχιατρείο και τώρα στις δομές αποασυλοποίησης;

A.M3: Εγώ σου λέω έμπαινες στο 6^A Γυναικών, όταν πρωτοήρθα -24 χρονών- και έμπαινες στην τραπεζαρία και έβλεπες γκρι ρομπίτσες. Όλες. Και δεν ήταν και όλες μεγάλης ηλικίας να πω, εντάξει φοράνε μια ρόμπα.. ήταν και κοριτσάκια 25 χρονών.. 26..με βαριά βέβαια νοητική καθυστέρηση, αλλά ήταν όλα μαζί, άνοια, ψυχογηριατρικά προβλήματα, άτομα με αναπηρίες.. 6^A Γυναικών.. αυτό τα 'λεγε όλα.. δεν ξεχωρίζε.. 6^A Γυναικών.. όλα μαζί. Είχαμε κορίτσι με νοητική καθυστέρηση 25 χρονών και η άλλη ήταν 85 δίπλα. Και έμπαινες και έβλεπες ένα γκρι σε όλο τον διάδρομο, σε όλη την τραπεζαρία.. και σε έπιανε ίλιγγος.. απελπισία.. έλεγες πως θ' αντέξω εδώ μέσα; Από πού να αρχίσεις; Για αυτό λέω.. εγώ πριν έρθω στο γραφείο, ήμουν προϊσταμένη στον Καλαθά (περιοχή έξω από τα Χανιά στην οποία στεγαζόταν το οικοτροφείο). Οικοτροφείο.. με βαριά νοητική υστέρηση.. 15 ένοικοι.. βαριά.. δυο ένοικοι μόνο είχαν επαφή με την οικογένεια, απ' τους υπόλοιπους κανείς. Και ούτε μέσα στη κοινότητα ενταχθήκαμε, δεν θα μπορούσαμε εξάλλου, γιατί.. είναι νοητική υστέρηση δεν μπορείς να κάνεις κάτι άλλο.. προσπαθήσαμε να είναι πάντα καθαροί, να τρώνε καλά, να κοιμούνται, να είναι ο καθένας στο κρεβάτι του και όχι κάθε μέρα αλλού, όποιο κρεβάτι προλάβει να βρει ο καθένας, να έχει το κρεβάτι του, να έχει τα παπούτσια του, να βγούμε λίγο στην αυλή.. εντάξει, ήταν τελείως διαφορετικά. Αλλά στην αρχή είχα απογοητευτεί γιατί έλεγα δεν υπάρχει περίπτωση, δηλαδή, πως, τι θα

τους κάνουμε αυτούς τους ανθρώπους; Δεν βγαίνουν στη κοινότητα. Για τους συγκεκριμένους. Γιατί εντάξει είναι και τα διαμερίσματα τώρα που είναι τελείως διαφορετικά τα πράγματα. Είναι και ο ξενώνας στην πλατεία 1866 που είναι όλοι τους άψογοι. Και λες για αυτούς τους ανθρώπους, άξιζε και με το παραπάνω. Έστω για τους 20 για τους 30 άξιζε! Όπως και αν έγινε. Και βιαστικά που έγινε, άξιζε! Είχε αποτελέσματα. Και κάποιοι απ' αυτούς τους ξενώνες όπως αυτός στην πλατεία 1866 είχε αρχίσει να λειτουργεί πριν το οριστικό κλείσιμο. Είναι μια δεκαετία που λειτουργεί αυτός ο ξενώνας. Για κάποιους όμως δεν μπορούν να γίνουν περισσότερα πράγματα. Δεν φτάνουμε εμείς για να τα κάνουμε. Όταν έχεις 5 με νοητική υστέρηση, τι να τους κάνεις; Και μέσα σε αυτά και η διαταρακτικότητα τους και.. δεν μπορείς να συνεννοηθείς. Και η κοινωνία δεν τα δέχεται όλα.. σε μας (στον Καλαθά) το χέρι τους ήταν κάθε μέρα στο κουδούνι μας. Μας ενοχλείτε.. δεν αντέχουμε άλλο.. θέλουμε να κοιμηθούμε.. Και έχουν δίκιο! Αλλά είχαμε και αυτό που.. έπρεπε να τους βγάλουμε στην κοινότητα. Ναι μεν αλλά.. όχι αυτούς. Για τους περισσότερους άξιζε. Εγώ θα σου πω για το 80 % άξιζε. Αλλά ακόμα και αυτοί που βγήκαν με νοητική υστέρηση, με.. προβλήματα... βελτιώθηκαν πάρα πολύ οι συνθήκες διαβίωσης πάρα πολύ. Γιατί άλλο είναι να έρχεσαι από το πρωί να πλένεις σε μια τουαλέτα 70 γέρους και άλλο είναι σε 12-15.. τους προσέχεις τελείως διαφορετικά. Και θα προσέξεις λίγο τι ρούχα θα τους βάλεις, θα κοιτάξεις σε μια ώρα αν φοράει ακόμα παπούτσια, αν λερωθεί.. Στο χάος μέσα, και να το δεις, μπορεί να κάνεις ότι δεν το είδες κιόλας.. και άντε τον έντυσε.. σε λίγο θα είναι ο άλλος, μετά ο άλλος.. και όσοι λένε ότι ανοίξαμε μικρά ψυχιατρεία.. μια χαρά περνάει και το προσωπικό.. κατ' εμένα. Εγώ όταν πήγα στον Καλαθά, που είναι το χειρότερο κατά γενική ομολογία. Ήταν πάντα το χειρότερο σαν Β' (τμήμα) στο ψυχιατρείο και παρέμεινε.. με το υλικό που έχει. Και εκεί κάνεις.. αυτά που μπορείς.. με την βασική φροντίδα, να είναι πιο καθαροί, όλα αυτά. Αλλά είχαμε και βοήθεια, από όλες τις ειδικότητες. Ήταν πολύ εντάξει όλα τα παιδιά και οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι εργοθεραπευτές.. προσπαθούσαμε να κάνουμε.. και η ψυχολόγος μας η Έλενα, να τους βάλει μουσική.. ότι μπορούσαμε.. λίγα λίγα πραγματάκια. Γιατί κάπου μετά, αισθανόμασταν και εμείς ότι το κάναμε και αυτό. Να πάρουμε δυο ανθρώπους να πάμε βόλτα, να πάμε για έναν καφέ.. άσχετα αν δεν σου έλεγε ότι θέλει.. εσύ αποφάσιζες γι' αυτόν. Αλλά ακόμα και που έβγαινε, ήταν φοβερό. Δηλαδή την πρώτη φορά, που πήγαμε μια εκδρομή με το λεωφορείο, ήταν ένας από τους ένοικους που δεν είχε νοητική υστέρηση, γιατί ναι μεν το οικοτροφείο έγινε για νοητική υστέρηση, Αλλά υπήρχαν και άτομα που δεν μπορούσαν να πάνε αλλού.. γιατί είχε μια αναπηρία.. και επειδή εκεί υπήρχε ράμπα.. επειδή.. επειδή.. μπλέκαμε τα περιστατικά μας έτσι.. τέλος πάντων, ο άνθρωπος αυτός ήταν πανέξυπνος, απλά είχε μια αναπηρία. Και όταν βγήκαμε να πάμε μια βόλτα και έβλεπε τον κόλπο της Σούδας, από κάτω, μας λέει: Παναγία μου! Πόσο όμορφα είναι; Δεν είχε βγει ποτέ. Γιατί όταν έβγαιναν από το ψυχιατρείο έβγαιναν πάντα με ένα ασθενοφόρο, για να πάνε στο νοσοκομείο. Το να πάει κάπου βόλτα και να είναι καθιστός και να βλέπει όλο αυτό έξω.. δεν το χε ξαναβιώσει.. Αυτός ας πούμε, τώρα έφυγε από κει, πήγε σε καλύτερο χώρο, που να ταιριάζει και νοητικά με τους υπόλοιπους, να πει μια κουβέντα.. Αλλά αυτό που σου πα στην αρχή, όταν

ξεκινήσαμε, έγιναν όλα βιαστικά. Και οι χώροι δεν ήταν κατάλληλοι για όλους.. κτηριακά. Γιατί τα κτήρια αυτά φτιαχτήκαν για ανθρώπους χωρίς προβλήματα και μετά πήγαμε εμείς με όλα μας τα προβλήματα.. κινητικά.. επικινδυνότητες.. Δεν είχαν γίνει τέτοιες προβλέψεις βέβαια.

Σ4: Ποια είναι η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

A.M4: Η ουσιαστική διαφορά είναι ότι πλέον ο καθένας, και στο χειρότερο οικοτροφείο, δεν είναι με τους 75! Δεν είναι πλέον σε ένα τεράστιο δωμάτιο με άλλους 10, χωρίς μια πόρτα, χωρίς να ξέρει ποια είναι τα παπούτσια του.. είναι τελείως διαφορετικά. Και είναι καλύτερη η φροντίδα τους και ότι ο άλλος μπορεί να έχει καλύτερη πρόσβαση σε όλα γιατί είναι μέσα στην πόλη.. και ένας συγγενής θα πάει να τον δει πιο εύκολα και ένας φίλος του θα πάει να τον δει πιο εύκολα. Βέβαια, δεν είναι όλα τέλεια, έχω και το παράδειγμα το κακό που έζησα, βέβαια εγώ στο νου μου, αλλά υπάρχει και το παράδειγμα του Μίτου στην πλατεία, οπού οι άνθρωποι είναι τελείως ανεξάρτητοι. Ο καθένας έχει τον χώρο του, κατεβαίνουν όποια ώρα θέλουν, πίνουν τον καφέ τους.. χωρίς να τον πάρω εγώ από το χέρι. Κάποιος βέβαια θα πάει για βοήθεια, όπως η κοινωνική λειτουργός, αλλά τα καθημερινά τους, τα κάνουν όπως τα κάνω και εγώ. Χωρίς να τους προβληματίζει τίποτα. Δηλαδή πράγματα που δεν είχαν σκεφτεί ποτέ να κάνουν. Οι άνθρωποι αυτοί δουλεύουν στο πλυντήριο αυτοκινήτων (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου), δουλεύουν στο θερμοκήπιο.. όπως και η Εδέμ στα Κουνουπιδιανά.

Σ5: Ποια είναι η παρέμβαση στους ασθενείς τώρα και ποιες οι δυνατότητες θεραπείας;

A.M5: Παρέμβαση εκτός απ' το να 'ναι η φροντίδα που προσπαθούμε να είναι πιο εξατομικευμένη, προσπαθήσαμε να υπάρχει ένα θεραπευτικό πλάνο για τον καθένα, απ' τις δεξιότητες που μπορεί να αναπτύξει, ακόμα και το κουτάλι που έπιανε κάποιος για να φάει, ήταν θεραπεία.. να μπορεί να βάλει τα παπούτσια του ήταν θεραπεία.. σε αυτά τα δύσκολα τμήματα επικεντρώθηκε η προσοχή στην αρχή.. γιατί σε αυτούς που ξέρουν να φροντίσουν τον εαυτό τους, θα φροντίσεις για το παραπέρα, να πάει μια βόλτα.. να έχει μια επικοινωνία καλύτερη με τους δικούς του.. για κάποιους η παρέμβαση ήταν πιο απλή, γιατί ήδη είχαν πετύχει πολλά. Αλλά τους θέλουμε και πιο ήσυχους. Μέσα στο ψυχιατρείο δεν μας ένοιαζε αν φώναζαν όλη νύχτα. Έλεγες ο τάδε φώναζε όλη νύχτα και σταματούσε εκεί. Ειδοποιούσες ένα γιατρό, του έκανες κάτι.. ότι σου πει.. Αλλά μέχρι εκεί. Τώρα αν δεν είχε αποτέλεσμα.. εκτός ψυχιατρείου όμως, είναι πολύ πιο έντονο αυτό. Πρέπει να είμαστε πιο ήσυχοι! Πρέπει! Και με φάρμακα. Αλλά σταματάμε εκεί. Δεν εφαρμόζεις κάτι άλλο... ακραίο. Ούτε και έχεις το δικαίωμα πλέον να εφαρμόσεις κάτι πιο ακραίο για να σταματήσει ο άλλος και να φωνάζει και να κτυπάει και να πετάει καρέκλες, όπως γινόταν.. ή να τον καθηλώσεις. Πλέον προσπαθείς να μην υπάρχουν αυτά. Όπως δεν υπάρχουν πλέον έξω. Αλλά είναι και πιο περιορισμένος ο αριθμός

που συντελεί σε αυτό. Γιατί θα σου τύχει ένας διαταρακτικός στους 15. Άλλο όμως να έχεις έναν και άλλο να έχεις 5 όλο το βράδυ να ουρλιάζουν. Αυτά.

Σ6: Ευχαριστώ πολύ.

A.M6: Και εγώ.

Διάρκεια συνέντευξης: 58 λεπτά.

1.5 Η συνέντευξη της κ. Κοτσιφάκη

Τρίτη 11 Αυγούστου, συνέντευξη με την κα Κοτσιφάκη Πελαγία κοινωνική λειτουργό 14 χρόνια στο ψυχιατρείο Χανίων και τώρα κοινωνική λειτουργό στο κέντρο ψυχικής υγείας Χανίων.

Σ1: Κα Κοτσιφάκη, γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου και ποιος ήταν ο απώτερος στόχος;

Κ1: Ο τρόπος που παρέχονταν οι υπηρεσίες, έπρεπε να αλλάξει. Απ' το ασυλιακό μοντέλο να περάσουμε σε ένα ανοιχτό, φιλελεύθερο , κοινοτικό σύστημα.. και ο απώτερος στόχος ήταν να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών, να πάψουν να καταπιέζονται οι επιθυμίες και οι ανάγκες τους, να οργανωθεί ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών κοινοτικά προσανατολισμένο και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να προσφέρουν στους αρρώστους, στο χώρο που ζουν και εργάζονται, χωρίς αποκλεισμούς, στιγματισμούς και εγκλεισμό σε άσυλα.

Σ2: Πως ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών και πως υλοποιήθηκε;

Κ2: Η έξοδος είχε ξεκινήσει από την δεκαετία του '80 με το άνοιγμα των πρώτων δομών, έγιναν μικρά βήματα με εκπαίδευση του προσωπικού και των ασθενών. Των ασθενών για να αποκτήσουν τις δεξιότητες που χρησιμοποιούσαν για να προσαρμοστούν μέσα στον κοινωνικό ιστό, και υλοποιήθηκε με τις δυο φάσεις Ψυχαργός. Την Α' και την Β' φάση.

Σ3: Με ποια κριτήρια ένας ασθενής μεταφέρεται σε μια δομή αποασυλοποίησης;

Κ3: Ανάλογα με την ψυχοπαθολογία του κάθε ασθενή, ξεκίνησαν να λειτουργούν ημιαυτόνομα διαμερίσματα, ξενώνες και οικοτροφεία, και ανάλογα με την ψυχοπαθολογία τους μπήκαν και στις ανάλογες δομές.

Σ4: Ποια η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

Κ4: Η διαφορά είναι ότι από την μια είχαμε το άσυλο, που είναι μια κλειστή ψυχιατρική δομή, όπου στοιβαζόντουσαν οι ασθενείς σε πολυάριθμα τμήματα, έτρωγαν σε χώρους μαζικά, όλοι μαζί, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ατομική ελευθερία και η ανάγκη του καθενός χωριστά. Περίπου ήταν σαν φυλακισμένοι. Τα περιστατικά βίας και καταναγκασμού ήταν στην ημερήσια διάταξη. Απ' την άλλη στις στεγαστικές δομές τα παραπάνω φαινόμενα έχουν ελαχιστοποιηθεί, όσο γίνεται. Οι ασθενείς, στην χειρότερη περίπτωση μένουν σε κατοικίες με 15 το ανώτερο άτομα, είναι σε μεγάλο βαθμό ελεύθεροι να κάνουν αυτό που θέλουν, για τον εαυτό τους, έχουν επιλογές για την ζωή τους.

Σ5: Ποιες είναι οι διαφορές για τους ασθενείς σε σχέση με τις οικογένειες τους;

Κ5: Άρχισαν.. κάποιες πιο εντατικές επεμβάσεις με την οικογένεια, όταν έβλεπε και η οικογένεια τους, οι δικοί τους να μένουν τώρα σε πιο καλές συνθήκες, άλλαξε και η

στάση τους. Την στιγμή που είδαν οι οικογένειες ότι οι ασθενείς μένουν σε κάποιες δομές, άρχισαν και τους έβλεπαν και πιο καλά και έχουμε και περιστατικά που πολλά άτομα μετά τα πήραν και σπίτι τους.

Σ6: Ποιες οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο και τώρα στις δομές αποασυλοποίησης;

Κ6: Όπως σας είπα και πιο πριν οι συνθήκες είναι πολύ πιο καλές, υπάρχει κάποιος προγραμματισμός όσον αφορά με τα ατομικά θεραπευτικά πλάνα, έχουμε ομάδες, γίνεται ατομική προσέγγιση στους ασθενείς, και.. οι ασθενείς με το να μένουν σε κάποιον συγκεκριμένο χώρο είτε σε δίκλινα δωμάτια, είτε σε μονόκλινα, δεν είναι όπως στο άσυλο που ήταν όλοι μαζί και... εεε ο καθένας τώρα αρχίζει και νοιάζεται για τον δικό του χώρο. Υπάρχει εβδομαδιαίο πρόγραμμα, ανάλογα με τις ανάγκες και ανάλογα με τους ενοίκους που έχει η κάθε δομή.

Σ7: Ποια η παρέμβαση στους ασθενείς τώρα και οι δυνατότητες θεραπείας;

Κ7: Κοιτάζουμε κάποιες φορές, όσο γίνεται, που υπάρχουν οι κρίσεις, υπάρχουν οι υποτροπές, όσο γίνεται να αντιμετωπίζονται μέσα στη δομή, και όχι να.. δηλαδή μόνο σε έσχατες περιπτώσεις τους στέλνουμε στην ψυχιατρική κλινική. Όλες οι θεραπείες γίνονται μέσα στην δομή, υπάρχει γιατρός που είναι σταθερός σε κάθε δομή. Ξέρει το προσωπικό σε ποιο γιατρό θα απευθυνθεί και με ποιο γιατρό συνεργάζεται. Όλα τα προγράμματα τα εβδομαδιαία είτε ομαδικά είτε ατομικά είναι αυτά, γίνονται με την θεραπευτική ομάδα σε συνεργασία με όλες τις ειδικότητες και κρίνονται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ενοίκου, πράγμα το οποίο στο ψυχιατρείο με το να είναι όλα τα άτομα μαζεμένα και όλα τα άτομα.. μιλάμε πως ήταν τμήματα με 50, 60 άτομα δεν δουλεύεται.. σε σχέση με τώρα που σας λέω ότι είναι στην χειρότερη περίπτωση γύρω στα 15 άτομα. Υπάρχουν περιπτώσεις που έχουμε 12 , στα ημιαυτόνομα έχουμε 4 άτομα..

Σ8: Θα θέλατε να προσθέσετε κάτι για το τέλος;

Κ8: Αυτό που ήθελα να πω είναι πως και εμάς τους επαγγελματίες άλλαξε τελείως και μετά εκπαιδευτικά σεμινάρια που κάναμε.. η στάση μας απέναντι στον ψυχικά πάσχων.

Σ9: Σας ευχαριστώ πολύ.

Κ9: Και εγώ.

Διάρκεια συνέντευξης: 18 λεπτά.

1.6 Η συνέντευξη της κ. Σκαλιδάκη

Συνέντευξη με την κα Σκαλιδάκη Μαρία, ψυχολόγο 25 χρόνια στο ψυχιατρείο Χανίων και τώρα στο κέντρο ψυχικής υγείας Χανίων στο τμήμα παιδιών και εφήβων.

Σ1: Κα Σκαλιδάκη, γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου Χανίων;

Σ.Μ1: Κρίθηκε αναγκαίο από το ίδιο το σύστημα το ψυχιατρικό. Το '83 που έφτασα εγώ στο ψυχιατρείο Χανίων, ήταν ώριμες οι συνθήκες οι ευρωπαϊκές, γιατί σε πολλά από τα ευρωπαϊκά κράτη, γινόταν αυτή η μεταρρύθμιση και υπήρχε η νέα ιδεολογία ξεκινώντας απ' τον Μπαζάλια στην Ιταλία και γινόταν αυτή η αλλαγή για το άσυλο και την κατάργησή του. Οπότε το '83 που έφτασα στο ψυχιατρείο Χανίων, θυμάμαι αμυδρά ότι συνάντησα ένα κλασικό ψυχιατρείο όχι όμως χειρότερο από όλα τα άλλα ψυχιατρεία που υπήρχαν σε όλες τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ήταν 600 άτομα ασθενείς, εκ των οποίων οι 250 με 300 ήταν χρόνιοι ασθενείς και μια μερίδα απ' αυτούς, τους είχαν φέρει.. εεε ήταν η εποχή που τους είχαν φέρει απ' την Λέρο. Και υπήρχε υπερπληθυσμός και από τα νοσοκομεία τα ψυχιατρικά της Αττικής και τους έφερναν караβιές. Ευτυχώς ένας κλασικός ψυχίατρος που είχαμε, ο μόνος τότε ψυχίατρος στο ψυχιατρείο Χανίων, ο κος Καρτάκης, απαγόρευσε αυτές τις φουρνιές, τις караβιές, αν θέλετε να τις πούμε έτσι, της μετοίκησης στο ψυχιατρείο Χανίων και είχε απαγορεύσει και τους τοίχους τους ψηλούς που επί εποχής του είχαν προτείνει κάποιιοι να γίνουν, ούτως ώστε να μην έχουν καμία πιθανότητα να φύγουν.. εεε απόδρασης και τα λοιπά. Το '83 λοιπόν που έφτασα εγώ στο ψυχιατρείο Χανίων, η πρώτη μου επαφή με τους ασθενείς, ήταν χρόνιοι.. θυμάμαι αξέχαστα ήταν γύρω στα 15 άτομα περίπου εεε ήταν χρόνια και σταλμένα από Δαφνί κτλ κλεισμένα σε κάγκελα μέσα τα οποία ξεκινούσαν απ' το ταβάνι και φυτευόντουσαν στο πάτωμα. Εκεί μέσα λοιπόν σε αυτό το κλουβί, ζούσαν αυτοί οι άνθρωποι χωρίς ρούχα, εκεί έτρωγαν, εκεί κοιμόντουσαν, εκεί αφοδεύαν κτλ. Ήταν δηλαδή μια κατάσταση τρομακτική. Αυτοί οι άνθρωποι μπορώ να πω τώρα και η μνήμη μου είναι καλή για αυτό το πράγμα, έχουν φτάσει σε σημείο να μένουν σε διαμέρισμα, να έχουν μια επαφή διαφορετική από ότι είχαν τότε, να μιλάνε λίγο περισσότερο, να μπορούν να επικοινωνούν τις ανάγκες τους, και να είναι σε ένα προστατευμένο περιβάλλον. Αυτό είναι και η επιτυχία μακροχρόνια, έτσι, κάποιων προσπαθειών για την καλύτερη διαμονή των ανθρώπων αυτών, την πιο ανθρώπινη διαμονή. Αυτή ήταν η πρώτη μου εμπειρία το '83, τον Μάρτιο, στο ψυχιατρείο Χανίων. Έκτατε γίνανε πολλές αλλαγές, πολλά προγράμματα. Το '85 δηλαδή που η ευρωπαϊκή κοινότητα είχε ξεκινήσει να βλέπει σε τι κατάσταση είναι η ψυχιατρική σε διάφορα κράτη, έφτασε και στην Ελλάδα. Η συγκυρία λοιπόν βρήκε ανθρώπους σαν και μας, να σκέπτονται διαφορετικά, γιατί εγώ εκείνη την περίοδο, μόλις είχα έρθει από την Πάντοβα, από το πανεπιστήμιο της Πάντοβας που είναι κοντά στο νοσοκομείο που ο Μπαζάλια είχε προσπαθήσει να κάνει όλη αυτή την αλλαγή και ήμουν επηρεασμένη. Οπότε δειλά δειλά, προσπάθησα μέσω του διοικητικού συμβουλίου, να τους πω ότι αφού έχουμε εξωτερικά ιατρεία που στεγάζονται μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου, μπορούν να έρθουν άνθρωποι, συγγενείς ανθρώπων, να μιλήσουν για τα προβλήματα των

συγγενών τους, γιατί αυτό το εξωτερικό ιατρείο, να μην το μεταφέρουμε μέσα στην πόλη.. ούτως ώστε οι άνθρωποι να αρχίσουν να έχουν μια σχέση με την ασθένεια και να ξεφοβηθούνε λίγο, να απομυθοποιήσουν αυτό το πράγμα. Στην αρχή, το άκουσαν παράξενα, αλλά για καλή μας τύχη, όλων, και των ασθενών, εκείνη ακριβώς την περίοδο, ήρθε η ευρωπαϊκή κοινότητα, με τον επίτροπο τότε, τον έλληνα, να δούμε όλα τα ψυχιατρεία της Ελλάδος. Μέσα σε αυτά ήταν και το ψυχιατρείο των Χανίων. Συνέπεσε λοιπόν αυτό που εμείς λέγαμε σαν ομάδα, να το πει και η ευρωπαϊκή ένωση. Αυτό ήταν μεγάλη τύχη, γιατί μόνο έτσι, γίναμε λίγο πιο πειστικοί. Και τότε, συζητήσαμε, μας είπε η ευρωπαϊκή κοινότητα, να τους προτείνουμε προγράμματα αποασυλοποίησης.. και τότε μπορέσαμε και πήραμε αυτά τα ψυχιατρικά προγράμματα, τα εργαστήρια, το νοσοκομείο ημέρας, το πειραματικό κέντρο ψυχικής υγείας, που στεγάστηκε στην πόλη.. Σαφώς, πρώτα πήραμε τα ιατρεία στην πόλη και συμβουλευτικό σταθμό, που εκεί μπορούσαν να έρθουν και άνθρωποι με ψυχιατρικό πρόβλημα και οι συγγενείς τους, αλλά και λιγότερο ψυχιατρικά περιστατικά, οπότε άρχισε να έχει μια επαφή η κοινότητα με το ψυχιατρείο. Παράλληλα, ζήτησαν κάποιοι άνθρωποι και στεγάστηκε η παθολογική κλινική μέσα στον χώρο του ψυχιατρείου, σε ένα κτήριο, όπως και η παιδιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου. Υπήρχαν πολλές αντιρρήσεις γι' αυτό, πολλές δυσκολίες, ρεαλιστικές, αλλά υπήρχε και μια κίνηση, ανθρώπων που ερχόντουσαν από τον «έξω κόσμο» σε έναν χώρο ψυχιατρικό και υπήρχε μια εξοικείωση του ψυχιατρικού αρρώστου με τον κόσμο έξω. Αυτό ήταν μια μεγάλη επιτυχία, παρά τις δυσκολίες τις πραγματικές που είχαμε σε καθημερινό επίπεδο.

Σ2: Πως ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών και πως υλοποιήθηκε;

Σ.Μ2: Η φάση εξόδου των ασθενών ξεκίνησε..εεε καθυστέρησε κατά την προσωπική μου άποψη, δηλαδή τα πράγματα έγιναν ανάποδα, εεε παρ' όλα αυτά υπήρχαν μικρές εκδρομές, που τους βγάζαμε βόλτα, ανάλογα και τα περιστατικά, που τους βγάζαμε και στην πόλη, είτε εκτός πόλης, να φάνε έξω σε ένα μαγαζί, σε μια ταβέρνα, να αρχίσουν λίγο να κοινωνικοποιούνται όσων αφορά την συμπεριφορά τους και τα λοιπά. Αυτό ήταν η πρώτη κίνηση. Η δεύτερη ήταν τα εργαστήρια, δηλαδή, υπήρχε εργαστήριο υφαντικής, ξυλουργείο, ανάλογα την χρηματοδότηση από την ΕΟΚ.. και βέβαια υπήρχε και το Νοσοκομείο Ημέρας, το οποίο, ο άνθρωπος μετά που έφευγε, μετά που έβγαινε και δεν μιλάμε φυσικά για τους χρόνιους που ήταν μόνιμα μέσα, μιλάμε για αυτούς που είχαν μια στέγη στην πόλη μέσα, και μπορούσαν να μένουν στο σπίτι τους και να ακολουθούνε ένα πρόγραμμα όσων αφορά το Νοσοκομείο Ημέρας. Αλλά οι έξοδοι γινόντουσαν σιγά σιγά με μικρές εκδρομές προς τα έξω, εκπαίδευση κοινωνικής συμπεριφοράς..

Σ3: Με ποια κριτήρια ένας ασθενής μεταφέρεται σε μια δομή αποασυλοποίησης;

Σ.Μ3: Κατ' αρχάς αυτήν την στιγμή, όλοι ακόμα και οι χρόνιοι έχουν μεταφερθεί έξω, οπότε τα κριτήρια αλλάζουν από περίπτωση σε περίπτωση. Εγώ δεν είχα ασχοληθεί πάρα πολύ, προσωπικά, με αυτήν την επιτροπή των κριτηρίων και δεν

είμαι η καλύτερη για να σου απαντήσω πάνω σε αυτό το πράγμα, όμως το κριτήριο ήταν σε γενικές γραμμές.. όμοιες ικανότητες, ούτως ώστε να μπορούν να εκπαιδευτούν κατά κάποιον τρόπο ομοιόμορφα. Αυτό ήταν το βασικό κριτήριο.. και οι δυνατότητες από μόνος του ο ασθενής, αν μπορούσε να είναι ανεξάρτητος μέσα σε ένα πλαίσιο προστατευμένος, μέσα σε ένα διαμέρισμα.. υπάρχουν άνθρωποι που ζουν σε ένα διαμέρισμα με μια διακριτική προστασία.

Σ4: Ποια είναι η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

Σ.Μ4: Νομίζω είναι σαφής η διαφορά, δηλαδή εεε κατ' αρχάς το πιο βασικό είναι ότι δεν υπάρχει αυτή η μαζοποίηση που υπήρχε μέσα από τα ψυχιατρικά περίπτερα των 60 ατόμων, που εγώ έχω τύχει να ζήσω όλα αυτά τα χρόνια μέσα στο ψυχιατρείο, υπάρχει η ατομικότητα, υπάρχουν οι ανάγκες, υπάρχουν μικρές ομάδες συγκατοίκησης, το μεγαλύτερο νομίζω είναι γύρω στα 14 άτομα, που είναι το οικοτροφείο.. Σ' αυτό και μόνο το σκεπτικό, υπάρχει μεγάλη διαφορά. Δηλαδή, διαφορετικός τρόπος μεταχείρισης και αντιμετώπισης από το προσωπικό, γιατί αλλιώς είναι να δουλεύεις με 14 άτομα και αλλιώς είναι δουλεύεις με 60. Αυτό είναι ήδη από μόνο του μια διαφορά, και μετά το γεγονός ότι είναι άνθρωποι, ακόμα και με δυσκολίες, εεε που αφορούν τα κτήρια και η δυνατότητα τους να κινούνται μέσα στην πόλη, κάποιος από τους χρόνιους ασθενείς δηλαδή με νοητικές καθυστερήσεις κτλ παρ' όλα αυτά το γεγονός ότι είναι μέσα στην πόλη, και ο κόσμος.. ο γείτονας, παρά όλες αυτές τις δυσκολίες, μπορεί να δεχτεί αυτήν την ομάδα των ανθρώπων δίπλα του, αυτό και μόνο διαφοροποιεί την αντίληψη του κόσμου για τον ψυχιατρικά άρρωστο.

Σ5: Ποιες είναι οι διαφορές για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους τώρα;

Σ.Μ5: Για τους ασθενείς, είναι σαφείς, δηλαδή, εγώ παρά τις δυσκολίες που βλέπω, σε πολλά από τα κτήρια που έχουν νοικιαστεί, γιατί δεν ήταν εύκολη διαδικασία να βρεθούν κτήρια κατάλληλα, παρ' όλα αυτά πιστεύω ότι κάποιος χρόνιος, με νοητικές καθυστερήσεις, καλό θα ήταν να είναι σε άλλους χώρους, έξω από την πόλη, για να μπορούν να έχουν και την δυνατότητα να καλλιεργήσουν κάτι, να ασχοληθούν με έναν κήπο, αφού δεν μπορούν να βγαίνουν.. αυτά είναι τα μείον τα κτηριακά, που δημιουργούν και λειτουργικά προβλήματα στους ασθενείς αυτούς.. Οι οικογένειες τους.. εεε ας σκεφτούμε πως θα νιώθαμε εμείς, να έχουμε έναν δικό μας άνθρωπο μέσα στο ψυχιατρείο και να τον έχουμε σε ένα διαμέρισμα, που μπορούν να ζουν ανά 2 άτομα σε ένα δωμάτιο, να έχουν το καθαρό τους πάπλωμα, το καθαρό τους σεντόνι, τα καθαρά τους τα ρούχα.. θα έλεγα σαφώς, απ' την στιγμή που δεν θα μπορούν να τον έχουν στο σπίτι, διότι, οπωσδήποτε δημιουργεί αναστάτωση και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.. εεε έτσι σαφώς νιώθει ανακούφιση, νιώθει μεγάλη ανακούφιση, να μπορεί να τον επισκέπτεται και να τον νιώθει σε ένα προστατευμένο περιβάλλον.. σαν συγγενής θα ένιωθα μεγάλη ανακούφιση. Απ' την άλλη και οι ίδιοι

οι ασθενείς έχουν σαφή βελτίωση συμπεριφοράς, και εξελικτικής, σαν άτομα, σε ένα περιβάλλον το οποίο είναι πιο ανθρώπινο.

Σ6: Ποιες είναι οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο και στις δομές αποασυλοποίησης.. και για τους ασθενείς αλλά και για το προσωπικό;

Σ.Μ6: Το προσωπικό θεωρώ, οι νοσηλευτές που ήταν χρόνια στο ψυχιατρείο, οπωσδήποτε πιστεύω υπήρχε μια ασυλοποίηση και για τους ίδιους, για όλους εμάς στο προσωπικό, όχι μόνο για τους νοσηλευτές.. μια αίσθηση ασυλοποίησης, μια βαθειά ασυλοποίηση.. σκέψη ασυλοποιητική.. στη συμπεριφορά μας. Το γεγονός ότι αυτοί οι άνθρωποι, οι κουρασμένοι από μια ψυχιατρική δομή, αλλά παρ' όλα αυτά μαζί κάμποσα άτομα στις βάρδιες, που ήταν το υγιές κομμάτι τους, η σχέση μεταξύ τους, το να βρεθούν δυο άτομα μόνα, να διαχειρίζονται μια βάρδια 14 ατόμων.. τους κούρασε και τους έκανε να εναντιωθούν περισσότερο, στο να μπουν σε αυτά τα προγράμματα, γιατί ακριβώς δεν είχαν τους υπόλοιπους συναδέλφους να μπορούν να έχουν μια άλλη επαφή κατά την διάρκεια της βάρδιας με το υγιές κομμάτι τους. Έτσι έπρεπε να είναι αυτοί λοιπόν σε πολύ στενή απόσταση με την ψύχωση. Αυτό, για το προσωπικό που ήταν κουρασμένο, χρόνια μέσα στο ψυχιατρείο, ήταν πάρα πολύ δύσκολο.. και εμείς οι ίδιοι σαν «ειδικοί» για να τους βοηθήσουμε, και οι ίδιοι να δεχτούν αυτήν την κατάσταση. Είχαν εναντιωθεί πάρα πολύ, και πιστεύω ότι αυτός ήταν ένας από τους λόγους. Δηλαδή, αυτή η στενή επαφή με την ψύχωση και μόνοι τους.. εεε αυτό δημιουργεί μεγάλο black out ψυχικό.

Σ7: Η παρέμβαση στους ασθενείς, τώρα, πως γίνεται και ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας;

Σ.Μ7: Εξαρτάται απ' την δομή που είναι αυτοί οι ασθενείς. Αν είναι ένα διαμέρισμα.. υπάρχουν δομές που είναι ανεξάρτητοι οι ασθενείς. Υπάρχει μια βάρδια νοσηλευτή, που ελέγχει για τα φάρμακα τους, για την υγιεινή του χώρου τους, για τις εξόδους, είναι δηλαδή, πάρα πολύ διακριτικοί, οπότε αυτοί έχουν πολύ λίγη παρέμβαση. Παρέμβαση μόνο στο να καθοδηγηθούν σε κάποια πράγματα, συμπεριφορές, όσων αφορά μόνο σε τι κατάσταση είναι η ψυχική τους υγεία, να τους κλείσουν να πάνε σε ραντεβού με τον γιατρό τους, στα εξωτερικά ιατρεία κτλ. Διαφορετική είναι η παρέμβαση στα οικοτροφεία, τα οποία είναι άτομα.. χρόνια ψυχιατρικοί ασθενείς, με νοητικές καθυστερήσεις, ψυχοκινητικά προβλήματα. Εκεί είναι σαφής η παρέμβαση γιατί δεν μπορούν να είναι ανεξάρτητα και αυτόνομα αυτά τα άτομα, οπότε η παρέμβαση είναι συνεχής και άμεση από το προσωπικό.. και για τα φαγητά τους, και για το μπάνιο τους και για την ένεση τους κτλ.

Σ8: Θα θέλατε να προσθέσετε κάτι για το τέλος;

Σ.Μ8: Πιστεύω.. πολλές φορές λένε, μα άξιζε αυτός ο κόπος και τα χρήματα για αυτό το πράγμα; Και πολλοί πιστεύουν ότι έχει αποτύχει αυτό το πράγμα. Επιλογές που έχουν γίνει και θα σου πω μόνο για τα Χανιά, γιατί αυτό ξέρω εγώ, προβλήματα και δυσκολίες υπήρχαν και υπάρχουν, τώρα θα υπάρχουν και περισσότερα γιατί

μειώνονται και τα χρήματα και αρχίζουμε να πωγουρίζουμε με την έννοια ότι κλείνουν κάποιες δομές.. αυτό δεν είναι καθόλου ευχάριστο γι' αυτό θα έπρεπε να είχε διαχειριστεί από τις εκάστοτε διοικήσεις όλα αυτά τα χρόνια διαφορετικά.. όμως η ανάμνηση μου από το '83 ατόμων που ήταν κλεισμένα σε αυτό το κλουβί, κυριολεκτικά, και σκεπτόμενη τώρα αυτούς τους ανθρώπους, ένα μέρος αυτών των ανθρώπων που ζουν ακόμα, να τους νιώθω σε ένα δίκλινο δωμάτιο, με ένα ζεστό πάπλωμα καθαρό και καθαρά ρούχα, για μένα και μόνο αυτό, άξιζε όλα αυτά τα χρόνια, άξιζε όλες τις προσπάθειες και όλα αυτά τα χρήματα.

Σ9: Ευχαριστώ πολύ.

Σ.Μ9: Ευχαριστώ και εγώ, να 'σαι καλά και καλή επιτυχία.

Διάρκεια συνέντευξης: 32 λεπτά.

1.7 Η συνέντευξη της κ. Τάκη

Πέμπτη 13 Αυγούστου, συνέντευξη με την κα Τάκη Ελένη, η οποία έχει εργαστεί στο ψυχιατρείο Χανίων ως επισκέπτρια υγείας. Τώρα εργάζεται ως ψυχολόγος στο κέντρο ψυχικής υγείας Χανίων.

Σ1: Γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου και ποιος ήταν ο απώτερος στόχος με το κλείσιμο του;

Τ.Ε1: Βασικά εγώ εργαζόμουν στο ψυχιατρείο 12 χρόνια ως επισκέπτρια υγείας και τον τελευταίο χρόνο ως ψυχολόγος. Διορίστηκα το '97.. σαφώς γνώρισα ένα ψυχιατρείο που ήταν διαφορετικό από αυτό που περιγράφουν πριν το '97. Είχε όμως ακόμα πολύ έντονες εικόνες ασύλου, πολλούς ανθρώπους να μένουν μαζί σε ένα θάλαμο, μαζικά μπάνια, όχι προσωπικά αντικείμενα, όχι προσωπικοί χώροι, στρατιωτική κάπως κατάσταση.. θα μπορούσα να το πω και πιο σκληρά, αλλά πούμε αυτό. Τέλος πάντων, εγώ αυτό που κατάλαβα, εκτός απ' το ότι ήταν μια ανάγκη λόγω ευρωπαϊκής ένωσης, το ότι είχε συμβεί δηλαδή σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες το κλείσιμο των ψυχιατρείων.. η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.. σαφώς έπαιξαν κάποιο ρόλο κάποιοι ψυχίατροι, που το ενστερνίστηκαν αυτό, το είδαν σαν όραμα, είχαν την φιλοσοφία και την ιδεολογία ότι οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπιστούν με έναν διαφορετικό τρόπο, και όχι να είναι αποθήκες ανθρώπων το ψυχιατρείο. Η ανάγκη για να κλειστεί (το ψυχιατρείο) ήταν για να δημιουργηθούν πιο ανθρώπινες συνθήκες και για να αντιμετωπιστεί ο ψυχιατρικά ασθενής, όπως ο οποιοσδήποτε άλλος ασθενής και φυσικά να ενσωματωθούν μες την κοινότητα, δηλαδή να είναι ένα ζωντανό μέλος της κοινωνίας. Ο απώτερος στόχος.. πιο ανθρώπινες συνθήκες, επανένταξη, ενσωμάτωση μέσα στην κοινωνία.. τώρα.. κοίτα, εγώ ήμουν αρκετά αποξενωμένη για αρκετά χρόνια, σε σχέση με αυτό το κομμάτι, παρ' όλο που ήμουν υπέρ πάντα, λόγω του.. απ' την άποψη ότι στην ουσία δεν υπήρξε ένα σχεδιασμός πολιτικός, απ' την εκάστοτε κυβέρνηση, δεν μιλώ για τα τελευταία χρόνια, γενικότερα, μπορεί να υπήρξε η οικονομική κάλυψη απ' την ευρωπαϊκή ένωση το 75%, αλλά από κει και πέρα..πραγματικός σχεδιασμός να φτάσουμε στον απώτερο στόχο, θεωρώ ότι δεν έχουμε φτάσει. Εγώ πιστεύω ότι δεν υπάρχουν χρήματα και όλα στηρίζονται στην αυτοδιάθεση των εργαζομένων, σε ένα φιλότιμο του έλληνα.. δεν ξέρω αν είναι αυτός ο απώτερος στόχος.. για μένα δεν έχουμε φτάσει.. απλά έχουμε καταφέρει την μετεγκατάσταση και όχι την αποασυλοποίηση.

Σ2: Πως ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών και πως υλοποιήθηκε;

Τ.Ε2: Ξεκίνησε με δουλειά μέσα στο ψυχιατρείο. Υπήρξε ένα τμήμα το οποίο ονομάστηκε τμήμα επανένταξης και ήταν ένας ενδιάμεσος σταθμός, για να βγουν κάποιοι στην κοινότητα ή σε άλλες δομές. Αυτό βέβαια ίσχυσε μέχρι ένα σημείο, γιατί τελικά καταλήξαμε να βγουν αρκετοί ασθενείς, χωρίς κανένα ενδιάμεσο σταθμό. Κατευθείαν από το ψυχιατρείο στην κοινότητα μέσα. Αλλά δουλεύαμε ομάδες μέσα στα τμήματα, απ' τα απλά πράγματα, δηλαδή, το να εκπαιδεύσεις ανθρώπους σε πράγματα που τα είχαν ξεχάσει γιατί δεν είχαν την δυνατότητα να τα

έχουν, όπως ας πούμε να έχουν προσωπικά σκεύη φαγητού, να έχουν δικά τους προσωπικά αντικείμενα, να έχουν δική τους ντουλάπα, να μπορούν να αναγνωρίσουν τα ρούχα τους, να μπορούν να κάτσουν σε ένα καφέ και να μην τρώνε το γλυκό με το χέρι, γιατί τις έχουμε ζήσει αυτές τις εικόνες. Έτσι λοιπόν ιδρύθηκε το τμήμα επανένταξης, κάποιιο συνεταιρισμοί απασχόλησης στην ουσία και με μικρή αμοιβή, με ένα όνειρο και ένα όραμα κάποια στιγμή κάποιοι άνθρωποι να ειδικευτούν και να απορροφηθούν στην αγορά εργασίας, κάτι που δεν έγινε βέβαια, γιατί αφού μιλάμε για μεταρρύθμιση θα έπρεπε να υπάρχουν θέσεις εργασίας, θα έπρεπε να υπάρχουν πολλά άλλα πράγματα. Είχε φτιαχτεί ένα καφενείο μες την πόλη, η "Πέμπτη Εποχή", το οποίο και είχε μεγάλη απήχηση στον κόσμο, διοργάνωναν.. όσοι χρήστες ψυχικής υγείας.. στο ψυχιατρείο ήταν και δούλευαν εκεί, μαζί με εργαζόμενους και ψυχίατρους, τον κο Λιοδάκη και τον κο Κοκκινάκο που ήταν από τους πρωτεργάτες.. δημιουργούσαν εκεί ένα κλίμα που να μπορεί να συμμετέχει η κοινωνία, με μουσικές βραδιές, ποιητικές βραδιές, εκθέσεις ζωγραφικής, μέσω της τέχνης τέλος πάντων.. αυτά ήταν κάποια βήματα ώστε κάποιος να αποποιηθεί την σκληρή ετικέτα του ψυχιατρείου, ότι αυτοί οι άνθρωποι δεν έχουν ικανότητες, μόνο προβλήματα, να αρχίζουν να τους συνηθίζουν δηλαδή, να δουν ότι είναι και αυτοί άνθρωποι. Μετά δοθήκαν τα κονδύλια από την ΕΕ., δημιουργήθηκαν οι πρώτες δομές, υπήρχε πάντα η συζήτηση ότι θα δοθούν εξιτήρια, κάτι που δεν έγινε ποτέ, οπότε έχουμε στην ουσία μια άλλου τύπου «νοσοκομειακή περίθαλψη», ειδικά σε δομές που είναι μεγάλες, με 15 ένοικους.

Σ3: Με ποια κριτήρια ένας ασθενής μεταφερόταν σε μια δομή αποασυλοποίησης;

Τ.Ε3: Υπήρξαν πολλά στάδια, δεν ήταν το ίδιο όλες αυτές οι μετακινήσεις για το πώς βγήκαν αυτοί οι άνθρωποι έξω.. ήταν διαφορετικά .. όπως ο ξενώνας στην (Πλατεία) 1866, που έχει μια λειτουργία 14- 15 χρόνια, και διαφορετικά οι δομές που έχουμε τα τελευταία 6-7 χρόνια. Αυτοί οι άνθρωποι που μεταφερθήκαν πρώτοι, είχαν δουλευτεί στην επανένταξη, οι επόμενοι δουλευόντουσαν μέσα στα τμήματα τα ψυχιατρικά που ήταν, όσο μπορούσαν, δηλαδή δεν υπήρξαν ακριβώς αυτές οι ενδιάμεσες δομές, όπως όριζαν οι κανονισμοί και η φιλοσοφία της μεταρρύθμισης. Και δεν υπήρχε και η πολυτέλεια, αν θες, να τηρηθούν οι κανονισμοί. Δηλαδή θα έπρεπε να μεταφερθούν μαζί (στον ίδιο χώρο), με κοντινές διαγνώσεις, κοινές διαγνώσεις, αλλά υπήρχαν δομές που είχαν μέσα από νοητική υστέρηση, σχιζοφρένεια.. εεε κτλ. Ηλικιακά υπήρχαν μεγάλες διαφορές.. δεν υπήρξε τελικά αυτή η πολυτέλεια, ούτε του χρόνου, με βάση σε ποιο χρόνο θα έπρεπε να βγουν αυτοί οι άνθρωποι, ούτε που μπορεί να δουλέψεις, πριν τους βγάλεις και πως πρέπει να δουλέψεις μετά. Γιατί το θέμα είναι τι γίνεται μετά, όταν μετεγκατασταθούν στο νέο πλαίσιο ζωής. Το να εκπαιδεύεις δηλαδή τον άλλον για να βγει στην κοινότητα είναι διαφορετικό από όταν ο άλλος είναι μέσα στην κοινότητα και πρέπει να αντιμετωπίσει την γειτονιά, να αντιμετωπίσει ας πούμε, τον εαυτό του σε σχέση με το πως ζούσε πριν και πως καλείται να ζήσει.. γιατί μπορεί να υπάρχει η επιθυμία αλλά έρχεται πολλές φορές σε

σύγκρουση με αυτό που έχεις μάθει πολλά χρόνια και πρέπει να επανεκπαιδευτείς. Και μόνος και με την βοήθεια των άλλων.

Σ4: Ποια είναι η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

Τ.Ε4: Η ουσιαστική για μένα είναι ότι αυτοί οι άνθρωποι ξαναέγιναν υποκείμενα, ξαναβρήκαν μια ατομική ταυτότητα, κάτι που πριν δεν υπήρχε. Σου λέω, δεν πιστεύω ότι έχει επιτευχτεί ο στόχος, παρ' όλα αυτά, επειδή έχω ζήσει το κομμάτι μέσα και έχω ζήσει και το έξω, πιστεύω υπάρχει η ατομική ταυτότητα. Παύουν να είναι ένας στους πολλούς. Είναι πρόσωπα. Που δεν νόμιζα ότι ήταν πριν στο ψυχιατρείο. Αυτή νομίζω ότι είναι η πιο σημαντική διαφορά. Όσο βέβαια έχει επιτευχτεί αυτό..

Σ5: Ποιες ήταν οι διαφορές για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους;

Τ.Ε5: Νομίζω ότι και οι δυο πλευρές βίωσαν ένα άγχος. Οι ασθενείς για αυτή την τεράστια αλλαγή που συνέβαινε και δεν ήξεραν τι ήταν ακριβώς.. εεε έπαιρναν και αυτοί μυρωδιά για αυτό το πράγμα, μέσα από συζητήσεις, μέσα από βιωματικά πράγματα που κάναμε.. και απ' την άλλη υπήρχε και ένα τεράστιο άγνωστο για αυτούς και για την οικογένεια, γιατί είχαν συνηθίσει να βρίσκονται σε έναν περιορισμένο χώρο, και ξαφνικά νομίζω ότι αρκετοί θα ένιωσαν την απειλή που ξαναρχόταν πιο κοντά, εκεί που ζούσαν και αυτοί στην ουσία, όχι δίπλα στο σπίτι τους, αλλά μες την κοινότητα, γιατί πιο πριν ήταν έξω απ' την κοινότητα. Για τους ασθενείς, νομίζω ότι σιγά σιγά μπόρεσαν να διεκδικήσουν κάποια πράγματα, όχι πολλά, λίγα.. αλλά μέσα από συμπεριφορές άρχισαν να διεκδικούν κάποια πράγματα ξανά που ήταν απολεσθέντα για αυτούς. Μιλάμε για ανθρώπους που ήταν πολλά χρόνια μέσα..10..20..30 κτλ. Για τους συγγενείς τους νομίζω ότι ήταν κατά βάθος αυτή η αγωνία μήπως τους ζητήσουμε να τους ξαναπάρουν στο σπίτι και να τους φροντίσουν αυτοί, να ξαναπάρουν την ευθύνη τους δηλαδή. Νομίζω ότι μπόρεσαν να ξαναδοούν όμως αυτούς τους ανθρώπους, λίγο απ' την αρχή. Να τους ξαναδοούν. Γιατί κάπως νομίζω ότι ούτε αυτοί μπορούσαν να τους δουν μέσα στο ψυχιατρείο. Συμβολικά στο λέω αυτό. Υπάρχουν συγγενείς που ήρθαν πολύ πιο κοντά, που έχουν συγκινηθεί, που έχουν νιώσει τύψεις για τα χρόνια που δεν είχαν επαφή μαζί τους, που έχουν εκπλαγεί και οι ίδιοι απ' τους συγγενείς-ασθενείς. Υπάρχουν και αυτοί που διατηρούν ένα τυπικό μέρος της διαδικασίας επίσκεψης, τα Χριστούγεννα, το Πάσχα, ένα τηλέφωνο κτλ. Αλλά, ούτως ή άλλως, νομίζω ότι είναι τόσο τραυματική αυτή η ιστορία που ζουν και τα δυο μέλη, και αυτός που έχει εγκλείσει έναν άνθρωπο και αυτός που έχει εγκλειστεί που είναι ούτως ή άλλως πολύ γενικό το να μιλάμε εμείς για αυτό.

Σ6: Ποιες ήταν οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο και τώρα στις δομές αποασυλοποίησης, και για τους ασθενείς και για το προσωπικό;

Τ.Ε6: Για τους ασθενείς, εγώ σου είπα ότι έζησα και τα μαζικά μπάνια, την σειρά.. έχεις δει την *Φωλιά του Κούκου*; (Σ7: Ναι.) Θυμάσαι εκεί που περιμένουν στη σειρά

για τα φάρμακα. Ακόμα και σήμερα συμβαίνουν αυτά. Μην νομίζεις ότι δεν συμβαίνουν. Η εικόνα βέβαια έχει διαφοροποιηθεί αρκετά. Αλλά αυτό εξαρτάται όχι μόνο από το πλαίσιο που ζει κανείς, αλλά και από αυτούς που δουλεύουν. Δηλαδή δεν φτάνει ένα άτομο να μετακινηθεί. Πρέπει και εμείς που δουλεύουμε με αυτούς τους ανθρώπους.. εμείς πως αντιδρούμε σε αυτό το πλαίσιο. Να σου πω για τους εργαζόμενους, γιατί τους θεωρώ ένα πολύ σημαντικό κομμάτι. Γιατί ο εργαζόμενος έχει μια τεραστία εξουσία πάνω στον ασθενή, οπότε το να αλλάξεις μόνο τον χώρο είναι το ένα κομμάτι. Από εκεί και πέρα, πρέπει να αλλάξουν και οι συμπεριφορές. Και κλίθηκαν αυτή την μεταρρύθμιση να την κάνουν κάποιοι άνθρωποι οι οποίοι ήταν πάρα πολύ κουρασμένοι, ήταν ανεκπαιδευτοι ουσιαστικά, παρ' όλο που γινόντουσαν σεμινάρια, προγράμματα εκπαίδευσης μέσα στο ψυχιατρείο και για τους εργαζόμενους, στην ουσία όμως, όταν έχεις μάθει να δουλεύεις 20 χρόνια με έναν τρόπο, αυτό είναι κάπως δύσκολο, ακόμα και αν το καταλάβεις ότι έτσι πρέπει να γίνουν τα πράγματα, είναι κάπως δύσκολο να περάσει στην πράξη. Και φυσικά έγινε μια μετατόπιση της ευθύνης, γιατί εκεί που την ευθύνη στο ψυχιατρείο την είχε το σύστημα, τώρα έγινε μια μετατόπιση της ευθύνης στους εργαζόμενους, όχι στην πιο ψηλή ιεραρχία, αλλά κάπου στις χαμηλές έγινε η μετατόπιση. Οπότε οι εργαζόμενοι βίωσαν πάρα πολύ άγχος, τους ζητηθήκαν νέοι ρόλοι που δεν ήταν έτοιμοι, να αναλάβουν. Άγχος.. burn out σίγουρα σε πάρα πολλές περιπτώσεις.. κάποιοι τα κατάφεραν καλά, κάποιοι δυσκολεύονται και κάποιοι δεν τα κατάφεραν καθόλου.

Σ8: Πως γίνεται τώρα η παρέμβαση στους ασθενείς και ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας;

T.E7: Κοίτα, επειδή εγώ βίωσα, ακριβώς το κατώφλι, του να ξεκινάνε αυτοί οι άνθρωποι να βγαίνουν έξω, ήδη οι ομάδες εργασίας είχαν ξεκινήσει. Δηλαδή το χω ζήσει και μέσα στο ψυχιατρείο, το ζω και έξω. Το να επανεκπαιδεύσεις ανθρώπους, να τους φέρεις σε μια επαφή με την κοινωνία, και με ένα υγιές κομμάτι που διατηρούν και αυτοί και που διατηρεί και η κοινωνία. Γίνονται διάφορες ομάδες, ομάδες συζήτησης, ομάδες που έχουν κάποιο αντικείμενο απασχόλησης είτε είναι ζωγραφική είτε είναι παραμύθι, τα οποία εγώ τα θεωρώ και λίγο ξεπερασμένα. Εννοώ ότι δεν μπορείς σε ένα άνθρωπο να εφαρμόζεις 10, 20 χρόνια τα ίδια πράγματα. Για πολλούς λόγους, γιατί ο ίδιος αλλάζει, γιατί ο ίδιος μεγαλώνει σε ηλικία.. δηλαδή δεν μπορείς σε έναν άνθρωπο που πριν 20 χρόνια ήταν 40 χρονών να του πεις έλα να διαβάσουμε εφημερίδα, να δούμε τα νέα.. να του το κάνεις και στα 60, 65 που πιθανώς ο άνθρωπος θέλει απλά την ησυχία του. Οπότε για μένα εδώ υπάρχει ένα πρόβλημα, το να μπορούν δηλαδή οι επαγγελματίες να «αποδεικνύουν» ότι έχουν αντικείμενο εργασίας και να το εφαρμόζουν και από την άλλη, οι άνθρωποι αυτοί στους οποίους καλείσαι να παρέμβεις..εεε γιατί μπορεί κάποιοι να υποτάσσονται σε αυτή την επιθυμία, ενώ μπορεί να προτιμάνε να βγουν έξω, να πάνε να πιουν έναν καφέ, να πάνε για ψώνια, να πάνε για φαγητό.. Αλλά κάπως το σύστημα σε καλεί και σου λέει κάνε πράγματα.. γιατί υπάρχει μια πεποίθηση ότι υπάρχει μια χρησιμότητα σε αυτά.. αλλά εγώ πιστεύω στην εξατομίκευση. Προσπαθούμε να το κάνουμε

βέβαια, αλλά νομίζω θα έπρεπε να μπουν νέοι άνθρωποι, εναλλακτικά πράγματα μέσα στην ψυχιατρική, περισσότερα.. και θα έπρεπε να εκπαιδευτούν πραγματικά οι ίδιοι οι εργαζόμενοι. Δηλαδή, μάθε καλά ένα αντικείμενο και μετά έλα και εφάρμοσε το σε μια ομάδα. Το θέμα είναι να μπορείς να είσαι μαζί τους μέσα στην κοινότητα. Γιατί μέσα από ένα υγιές κομμάτι δικό σου, αντλούν και αυτοί πράγματα.

Σ9: Ευχαριστώ πολύ.

Τ.Ε8: Καλή συνέχεια.

Διάρκεια συνέντευξης: 36 λεπτά.

2. Συνεντεύξεις των ασθενών

2.1 Η συνέντευξη του Αντώνη

Τρίτη 25/8 2009 και ώρα 10:30. Συνέντευξη με τον Αντώνη. Ο Αντώνης, είναι 47 χρονών και απόφοιτος παιδαγωγικού τμήματος. Έχει νοσηλευτεί 3 φορές στο ψυχιατρείο Χανίων και σήμερα παρακολουθείται στο Νοσοκομείο Ημέρας Χανίων.

Σ1: Θέλεις να μου πεις γιατί ήταν αναγκαίο το κλείσιμο του Ψυχιατρείου;

A1: Γιατί δημιουργήθηκαν οι δομές. Ξέρεις.. από τότε που δημιουργήθηκαν οι δομές, απελευθερώθηκαν οι ασθενείς από το ψυχιατρείο. Εγώ σε δομή δεν έχω πάει, μένω με την μητέρα μου.

Σ2: Ναι, αλλά σε παρακολουθούν εδώ πέρα (στο Νοσοκομείο Ημέρας).

A2: Ναι, ναι. Εδώ είναι το Νοσοκομείο Ημέρας. Ερχόμαστε το πρωί, παίρνουμε τα φάρμακα, μας δίνουν τα μεσημεριανά χάπια και μας δίνουν και τα βραδινά και τα παίρνουμε σπίτι μας.

Σ3: Εσύ όμως έχεις ζήσει και το Ψυχιατρείο.. το πώς ήταν.

A3: Ναι, εγώ δούλευα μέσα στην καφετέρια του ψυχιατρείου. Πολύ καιρό. 6-7 χρόνια στην καφετέρια. Στον ΚΟΙ.Σ.Π.Ε..

Σ4: Και δηλαδή με το που έκλεισε το ψυχιατρείο, γύρισες σπίτι σου.. με τους δικούς σου.

A4: Ναι, με την μητέρα μου.

Σ5: Θέλεις να μου πεις ποια ήταν η πιο σημαντική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

A5: Όλα καλά είναι. Όλα καλά.

Σ6: Εδώ;

A6: Εδώ είναι πιο καλά βέβαια εδώ. Πολύ καλά περνάω εδώ. Πολύ καλά. Γραφεία, γιατροί είναι τα ίδια. Αλλά εδώ είναι πιο καλά. Είναι πιο δροσινάδα, αν με καταλαβαίνεις. Δροσιζόμαστε που λένε (χαμογελά και κάνει ανοδικές κινήσεις με τα χέρια του).

Σ7: Ποιες ήταν η συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο και τώρα στην κοινότητα;

A7: Εγώ ήξερα πέντε πράγματα για την ζωή μου και την διαχειρίστηκα όσο καλύτερα μπορούσα. Ξυπνούσα 6:30 η ώρα το πρωί να πάρω το λεωφορείο του ψυχιατρείου να πάω στην καφετέρια. Μετά απ' την καφετέρια, έπιασα δουλειά στα θερμοκήπια, στα Περιβόλια. Εκεί είχα 1.5- 2 χρόνια που δούλευα, αλλά no money εκεί. Ότι μας έδιναν

εκεί, ντομάτες μας έδιναν, κουνέλια μας έδιναν.. Εδώ πέρα είναι αλλιώς. Μας δίνουν τα φάρμακα μας, πίνουμε τον καφέ μας, καπνίζουμε.. Ακόμα καπνίζουμε εδώ. Ένα μήνα τώρα είναι ακόμα δοκιμαστικό. Αλλά σε ένα μήνα τώρα θα σταματήσουμε το κάπνισμα.

Σ8: Ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας εκτός ψυχιατρείου; Με τα φάρμακα, με τους γιατρούς, όλα..

A8: Εδώ αφουγκραζόμαστε τους γιατρούς που μας ακούνε πάρα πολύ. Πίνουμε τα φάρμακα μας όπως μας τα χουνε δώσει. Αυτά. Όλα καλά.

Σ9: Και είναι καλύτερα τώρα με τα φάρμακα και τους γιατρούς απ' ότι ήταν στο ψυχιατρείο;

A9: Ναι! Είναι πολύ καλά! Το ψυχιατρείο τώρα είναι στο.. νοσοκομείο.. εκεί έχει πάει τώρα. (Εννοεί την ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων). Εγώ δεν έχω πάει εκεί. Δόξα τω θεώ! Εκεί είναι θανατικό, μαυρίλα..

Σ10: Άσχημες συνθήκες, ε;

A10: Δεν έχω πάει ποτέ. Μου λένε.. εσύ ξέρεις;

Σ11: Δεν έχω πάει ποτέ.

A11: Ούτε κι εγώ. Αλλά εδώ είναι ωραία. Αυτά.

Σ12: Σ' ευχαριστώ πολύ.

A12: Να 'σαι καλά Χριστινιώ μου.

Διάρκεια συνέντευξης: 14 λεπτά.

1.2 Η συνέντευξη της Τόνιας

Τρίτη 11/8/2009. Βρισκόμαστε στον χώρο του ψυχιατρείου, όπου τώρα στεγάζονται οι διοικητικές υπηρεσίες του ψυχιατρείου και ο ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. με αντικείμενο το πλυντήριο αυτοκινήτων. Η Τόνια έχει νοσηλευτεί δυο φορές στο ψυχιατρείο, όχι για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα, τώρα εδώ και ένα χρόνο εργάζεται στο συνεταιρισμό και ζει με την οικογένεια της.

Σ1: Γιατί κρίθηκε αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου και ποιος ήταν ο πότερος στόχος;

Τ1: Για μένα, εγώ πιστεύω ότι ήταν καλύτερα. Εν μέρει είναι καλά εδώ (μετά την αποασυλοποίηση).. για τους ασθενείς, γιατί είναι ελεύθεροι, αλλά τώρα είναι σε διαμερίσματα, ο ένας πάνω στον άλλο.. Εντάξει, τώρα έχουν καλύτερη νοσηλεία, γιατί είναι μοιρασμένοι.. αλλά καλύτερα ήταν εδώ σε σχέση με την ελευθερία τους.

Σ2: Με το χώρο..

Τ2: Με το χώρο. Οι άνθρωποι εδώ ήταν ελεύθεροι, έπιναν το γάλα τους, τα φάρμακα τους, έκαναν την βόλτα τους, το μεσημέρι, ξέρεις, γύριζαν στο μέρος που ήταν ο καθένας (στα επί μέρους τμήματα) και από το απόγευμα μέχρι το βραδάκι, πάλι ελεύθεροι, γύρω- γύρω. Γι' αυτό είναι καλό (το ψυχιατρείο). Από νοσηλευτική άποψη, είναι πολύ καλύτερα έξω. Είναι 10 άτομα σε ένα διαμέρισμα, και σίγουρα είναι καλύτερα.

Σ3: Γιατί πιστεύεις ότι έκλεισε το ψυχιατρείο;

Τ3: Για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Εγώ δε πιστεύω στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Σ4: Γιατί;

Τ4: Γιατί;

Σ5: Δεν έχεις δει διαφορά δηλαδή;

Τ5: Εγώ όχι. Σε τίποτα. Ακριβώς το ίδιο μας αντιμετωπίζουν, όπως πριν.

Σ6: Οι άνθρωποι έξω, το προσωπικό, οι γιατροί; Ποιοι;

Τ6: Γενικά όλοι.

Σ7: Δηλαδή για σένα το σημαντικό θα ήταν να αλλάξει η αντιμετώπιση από τους έξω;

Τ7: Ε, βέβαια. Πάντα έχουμε το στίγμα. Γιατί και ο κόσμος δεν είναι ενημερωμένος. Δεν ξέρει. Ότι στον καθένα μπορεί να συμβεί. Και στους οικείους τους, και στους ίδιους προσωπικά. Δεν ξέρουν ότι η λογική απ' την τρέλα είναι ένα τσιγαρόχαρτο, το οποίο αν του κάνεις μια τρυπίτσα, τελείωσε μετά. Δεν το καταλαβαίνουν. Θα σου πω

για μένα. Μένω με την οικογένεια μου, με την μάνα μου, τον πατέρα μου και την αδελφή μου. Λοιπόν, δεν με αντιμετωπίζουν όπως πριν, σαν υγιές μέλος, με αντιμετωπίζουν σαν να είμαι άρρωστη.

Σ8: Και ότι χρειάζεσαι περισσότερη προσοχή, ε;

T8: Ναι. Το καταλαβαίνω. Σε αυτά τα πράγματα είμαι πολύ ευαίσθητη. Είναι και ο τρόπος τους, καμιά φορά στο λένε.. ξέρεις, δεν στο λένε ευθέως, ότι είσαι.. τρελή. Αλλά το καταλαβαίνεις. Εγώ δεν κάνω τρελά πράγματα. Εμένα κανείς δεν καταλαβαίνει ότι έχω νοσηλευτεί στο ψυχιατρείο. Κανείς. Και με την αδελφή μου καμιά φορά που συζητάμε, μου λέει σένα έκλεισαν στο ψυχιατρείο, αλλά οι άλλοι (που είναι έξω) είναι πιο τρελοί από σένα. Αλλά δεν ξέρω και η κοινωνία.. πιστεύω ότι αυτό το στίγμα δεν θα φύγει ποτέ από πάνω μας. Αλλά μου αρέσει εδώ.

Σ9: Οι συνθήκες όμως;

T9: Όχι, δεν μου άρεσαν. Σαν χώρος μου αρέσει πάρα πολύ!

Σ10: Άρα κρατάμε τον χώρο και αφήνουμε τις συνθήκες του ψυχιατρείου;

T10: Ναι είναι ωραίος χώρος. Δεν θα μπορούσα να δουλέψω κάπου αλλού. Είναι παράδεισος.

Σ11: Για σένα, ποια ήταν η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

T11: Οι άνθρωποι είναι πιο ελεύθεροι. Μπορούν να πάνε όπου θέλουν, να βγουν έξω, να πάνε την βόλτα τους, ενώ εδώ (στο ψυχιατρείο όταν λειτουργούσε) για να πεις ότι ήθελες να πας μια βόλτα έξω, δεν μιλώ για τους βαριά, έπρεπε να κάνεις διατυπώσεις, να περιμένεις το γιατρό να υπογράψει.. και να πας ας πούμε τώρα και να γυρίσεις τρεις η ώρα το απόγευμα. Εντάξει υπάρχουν και εκεί περιορισμοί, αλλά όχι όσο εδώ. Μπορούν να πάνε για καφέ, για ψώνια, να συναναστραφούν με άλλα άτομα, υγιείς, να μιλήσουν.. ενώ εδώ έτρωγαν το πρωινό και μετά ήταν να γυρίζουν όλη μέρα το ψυχιατρείο γύρω γύρω, να κυνηγάνε τους επισκέπτες για τσιγάρα ή λεφτά... τέτοια. Ήταν πιεστική η κατάσταση. Έβλεπες τους νοσοκόμους να κυνηγάνε τους ασθενείς που ήταν έξω, να μην ενοχλούν τους επισκέπτες, ας πούμε. Και εγώ το χα ζήσει.. το έβλεπα.. μου χαν κάνει εισαγωγή μετά από μια απόπειρα και έβλεπα ότι έχει κυνήγι. Και ασχολιόντουσαν οι νοσοκόμοι με τους ασθενείς που ήταν έξω και όχι με τους ασθενείς που ήταν μέσα και έπρεπε να κάνουν νοσηλεία.. (γελάει). Φοβερό θέαμα! (γελάει).

Σ12: Εσύ που έχεις βγεις έξω, βλέπεις διαφορά για σένα και την οικογένεια σου;

T12: Εμένα η ζωή μου κυλάει το ίδιο με πριν. Κοίτα.. εμένα προσωπικά δεν είχε τίποτα να μου προσφέρει το ψυχιατρείο. Για άλλους μπορεί να.. να μην τους άρεσε το κλείσιμο του ψυχιατρείου. Εμένα με ευχαρίστησε. Γιατί ήταν πάρα πολλά τα άτομα

(οι ασθενείς) και ήταν λίγο το προσωπικό. Δεν επαρκούσε. Και 10 νοσοκόμες να ήτανε, δεν επαρκούσε. Για παράδειγμα, εκεί που ήμουν εγώ, στο 5 (τμήμα), ήταν 2 νοσοκόμες και ήταν όλες ανίατες (ασθενείς). Που κατουριούνται πάνω τους, να τους ντύσουν, να τους κάνουν νοσηλεία.. δεν επαρκούσε. Ήταν λίγες νοσοκόμες. Άλλο να μπορείς να φας, να πλυθείς, να πας τουαλέτα. Ήταν κατάκοιτες, άλλες ανάπηρες.. και βοηθούσα και γω. Όπου μπορούσα, βοηθούσα.. αλλά είναι καλύτερα τώρα στις δομές, που μπορεί το νοσηλευτικό να ανταπεξέλθει. Είναι καλύτερα. Σε άλλους βέβαια, δεν αρέσει αυτό. Στους έξω.. στους περίοικους. Λίγοι μπορούν να καταλάβουν το νόημα, γιατί άτομα μη λογικά, για αυτούς, να είναι έξω στην κοινωνία και να κυκλοφορούν ανάμεσα τους. Εγώ όταν είχα πρωτοβγεί από το ψυχιατρείο, έλεγα οι άνθρωποι πως θα με βλέπουν; Και το έβλεπα.. ακόμα και στο σπίτι, όταν έχω τα νεύρα μου ή έχω τα δικά μου, δεν με πλησιάζει να με ρωτήσει, τι έχεις παιδί μου.. παρά κλειδώνεται μες στο δωμάτιο της. Της λέω τι κλειδώνεσαι; Μη σε σκοτώσω; Φαντάσου, ακόμα και η μάνα μου. Ξέρεις τι είναι να σε αντιμετωπίζουν έτσι; Ακόμα και η οικογένεια σου; Και όχι σαν να είσαι και συ μέλος..εμένα πάρα πολύ με πληγώνει αυτό.. η κοινωνία δεν με πληγώνει, την κοινωνία ξέρω να την αντιμετωπίζω.. η οικογένεια μου με πληγώνει.. Η κοινωνία με δέχεται όπως είμαι, έχω φίλες.. αλλά με πληγώνει πολύ που η οικογένεια μου.. και πιστεύω το αντιμετωπίζουν και πολλά παιδιά. Μέσα στο σπίτι μου αισθάνομαι μόνη μου, πολλές φορές. Ενώ έξω όχι.

Σ13: Δεν είναι καλό, λοιπόν, που υπάρχει και αυτή η διέξοδος;

Τ13: Ναι! Ναι! Τώρα μετά την δουλειά θα πάω στην φίλη μου, να κάτσουμε να πιούμε το καφεδάκι μας, να κουτσομπολέψουμε.. πιο πολύ χαίρομαι όταν είμαι έξω, πάρα στο σπίτι μου. Ξέρεις πόσους ασθενείς, τους έχουν φέρει εδώ μέσα, οι συγγενείς τους, τα αδέρφια τους.. εμένα η κοινωνία μου φέρεται καλά, γιατί δεν καταλαβαίνει ότι ήμουν στο ψυχιατρείο. Ούτε γυμνή κυκλοφορώ, ούτε κάνω παλαβομάρες στο δρόμο. Θα με δεις πάντα με τα ρουχαλάκια μου, τα παπουτσάκια μου, περιποιημένα, βαμμένα.. να πάω στον καφέ μου, να πούμε τα καλαμπούρια μας, να γυρίσω στο σπίτι, να κάνω τις δουλειές μου.. κεντώ κιόλας..έχω τα ψαράκια μου, έχω πουλάκια, έχω γατάκι, και ασχολούμαι.

Σ14: Ζεις μια φυσιολογική ζωή.

Τ14: Ναι. Αν δεν είχα και αυτούς να με πικάρουν πότε-πότε.. Με στεναχωράνε.

Σ15: Να σε ρωτήσω και κάτι άλλο;

Τ15: Ναι, αγάπη μου.

Σ16: Γενικότερα οι συνθήκες διαβίωση και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο, έχουν διαφορές με τώρα που είστε στην κοινότητα;

T16: Ναι! Ναι! Ναι! Πολύ καλύτερα είναι τώρα. Καμιά σχέση. Τώρα έχουν το καθαρό τους μπάνιο, και το καθαρό τους δωμάτιο, και λάμπουν και τους βλέπεις καθαρούς, με το καλό τους φαγητό..

Σ17: Ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας τώρα;

T17: Εντάξει, παίρνεις τα φάρμακα σου, έχεις τον γιατρό σου..

Σ18: Δηλαδή είναι το ίδιο με πριν;

T18: Εγώ κλείνω ραντεβού με τον γιατρό μου κάθε μήνα, τα λέμε, μου δίνει τα φάρμακα μου.. τώρα..σε τι δεν είναι καλό.. τα άτομα που μένουν μόνα τους.. είναι καλύτερα για αυτούς που ζουν σε διαμέρισμα και υπάρχει νοσηλευτικό προσωπικό. Σε άτομα που ζουν μόνα και νοικιάζουν ή ζουν με την οικογένεια τους, και έχουν πρόσβαση σε τόσα πολλά φάρμακα, είναι έγκλημα, για μένα. Γιατί εγώ.. η αρρώστια μου είναι συναισθηματική διαταραχή και κατάθλιψη. Εγώ μπορεί τώρα, αν με στενοχωρήσεις εσύ.. με πληγώσεις να πάω να πω όλα τα φάρμακα μου. Δεν είναι επικίνδυνο αυτό; Έχω πρόσβαση στα φάρμακα μου, ελεύθερα, δεν με ελέγχει κανείς.. είναι πολύ κακό αυτό. Είναι καλό μόνο σε άτομα που τα φάρμακα τους είναι περιορισμένα.. που τους τα δίνει η νοσηλεύτρια. Σε αυτό το θέμα δεν είναι καλό. Γιατί είναι ανεξέλεγκτοι. Σε άτομα που είναι ψυχικά πάσχοντες, για μένα, απαγορεύεται να έχουν πολλά φάρμακα στα χέρια τους. Για μένα. Μιλώ από προσωπική πείρα.

Σ19: Θες να μου προσθέσεις κάτι για το τέλος;

T19: Κοίτα, καλά έκανε όποιος το αποφάσισε, πολύ καλά έκανε. Είναι πολύ καλύτερα για μας. Είμαστε άνθρωποι ελεύθεροι. Η ελευθερία είναι το παν! Να νιώθεις ότι μπορείς να πας οποιαδήποτε στιγμή, όπου θες.. είμαστε ελεύθεροι άνθρωποι. Στην καρδιά και την ψυχή. Εγώ είχα κάτσει εδώ και ήταν ωραία, αλλά για ένα σημείο, για λίγο.. γιατί μετά.. περπατούσες, έκανες μια βόλτα και μετά τελείωνε, έβλεπες έναν τοίχο. Άντε να πας μέχρι το κυλικείο να πεις ένα καφέ, όπως τον θες, αλλά στην πραγματικότητα δεν έκανες αυτό που ήθελες. Αυτά γλυκιά μου. Να 'σαι καλά.

Σ20: Σε ευχαριστώ πάρα πολύ.

T20: Και εγώ.

Διάρκεια συνέντευξης: 28 λεπτά.

1.3 Η συνέντευξη του Γιώργου

Ο Γιώργος, έχει νοσηλευτεί συνολικά δυο φορές στο ψυχιατρείο χανιών και μια φορά στο Δαφνί. Τελευταία φορά νοσηλεύτηκε πριν 15 χρόνια. Τώρα εργάζεται και ζει μόνος του.

Σ1: Γιατί ήταν αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου;

Γ1: Αυτό που θυμάμαι, είναι κατ' αρχάς ότι τα φάρμακα ήταν πολύ βαριά, τώρα είναι καλύτερα, είναι πιο εξελιγμένα.. αλλά αυτό που μου χει μείνει πιο πολύ είναι η αυστηρότητα, πολύ αυστηρότητα..

Σ2: Από το προσωπικό;

Γ2: Ναι! Δηλαδή φερόντουσαν λες και.. είμαστε εγκληματίες.. ένα τέτοιο πράγμα. Δηλαδή σε σημείο που σκεφτόμουνα ότι δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση.. τέλος πάντων δεν ήταν οι κατάλληλοι άνθρωποι..εγώ κατάλαβα ότι ήταν απλά κάποια άτομα που τα βάλανε σε μια δουλειά, χωρίς να χουν κάποια κατάρτιση. Απλά τους είχαν βάλει σε κάποια θέση. Αυτό και το κρίνω και το κατακρίνω, είναι λάθος τραγικό αυτό. Δεν μπορείς να παίζεις με τις ψυχές, δεν μπορείς να παίζεις γενικά με την ζωή. Και υπήρχε πάρα πολύ αυστηρότητα, ας πούμε μας έναν με το παραμικρό.. φοβερή.. πολύ άσχημα πράγματα.. αντί για ψυχιατρείο κάπως αλλιώς θα έπρεπε να λέγεται.. γιατί ψυχιατρείο είναι το ιατρείο της ψυχής, αλλά τελικά δεν ήταν έτσι, ήταν κάτι τελείως διαφορετικό. Εγώ δεν έβρισκα κάτι καλό, δεν μου χε προσφέρει κάτι καλό. Χειρότερα ήμουν μετά. Πολύ χειρότερα. Όταν έφυγα και πήρα εξιτήριο, ένιωθα σα να είχα φύγει από φυλακή.

Σ3: Γιατί πιστεύεις ότι τελικά έκλεισε το ψυχιατρείο;

Γ3: Γιατί έκλεισε; Δεν υπήρχαν οι συνθήκες οι ανθρώπινες, υπήρχαν τα δεσίματα, τέτοια διάφορα.. μέχρι και βιασμοί είχαν γίνει. Και τώρα λένε είναι καλύτερα. Αν για παράδειγμα, ήταν πιο ανθρώπινα τα πράγματα, και πιο.. το προσωπικό με περισσότερη κατάρτιση, δεν θα ήταν το ίδιο εδώ; Ποια η διάφορα με τον ξενώνα;

Σ4: Εσύ πιστεύεις ότι δεν υπάρχει διαφορά;

Γ4: Πιστεύω ότι ο χώρος είναι πολύ μεγάλος και τα κτήρια μπορούν να φιλοξενήσουν πολύ κόσμο. Και ας μην λειτουργεί σαν ψυχιατρείο ψυχιατρείο. Απλά να μένουν εδώ και να βγαίνουν. Δεν καταλαβαίνω γιατί να αλλάξει χώρο. Αυτοί οι άνθρωποι έχουν ανάγκη το πράσινο.. αλλά το σημαντικό είναι να υπάρχει σωστή μεταχείριση. Είχα ζήσει και εγώ άσχημες καταστάσεις, είχα νοσηλευτεί και στην Αθήνα, είχα δει βαρβαρότητες, ξύλο να τους δέρνουν, να τους φοβερίζουν.. τι είναι αυτό το πράγμα τώρα; Και είχε γίνει και ένα ρεπορτάζ με τον Τριανταφυλλόπουλο και αυτά που έλεγε δεν ήταν ψέματα. Δυστυχώς είναι αλήθεια, μακάρι να μην ήταν έτσι. Δηλαδή, έχω τρομάξει τόσο πολύ, που (γελάει αμήχανα) ακόμα και να νιώσω κάποια στιγμή ότι έχω πρόβλημα, δεν θέλω να ξανααπευθυνθώ προς τα εκεί.

Σ5: πάντως στην Κρήτη, αυτό το κεφάλαιο του "ιδρύματος", έχει κλείσει.

Γ5: Ναι, έχει κλείσει. Είναι μια πρόοδος. Υπάρχει μια μεταχείριση καλύτερη. Υπάρχει μια προσέγγιση καλύτερη, απ' ότι ήταν παλιά τουλάχιστον.

Σ6: Ποια πιστεύεις ότι ήταν η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

Γ6: Η διαφορά πιστεύω ότι είναι ότι στις δομές δεν νιώθεις το ψυχιατρείο-ψυχιατρείο. Έχουν σπίτια μέσα στην πόλη και δεν νιώθουν το νοσοκομείο. Δεν έχει καμία σχέση, είναι σπίτι κανονικά, έχει τα επιπλάκια του, την κουζινούλα του.. Μ' αρέσει αυτό. Είναι ωραίο. Απλά πρέπει να υπάρχει ένας έλεγχος, κάποιιοι ειδικοί, ψυχολόγοι.. όλα αυτά. Από το να 'σαι στο ψυχιατρείο, έχει διαφορά.

Σ7: Ποιες ήταν οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής στο ψυχιατρείο και τώρα στην κοινότητα;

Γ7: Οι διαφορές.. κάνεις εσύ κουμάντο τη ζωή σου όταν είσαι έξω, κάνεις εσύ τις επιλογές σου. Το ψυχιατρείο για μένα είναι μόνο σε περίπτωση ανάγκης, όταν χρειάζεται να νοσηλευτείς. Δεν πιστεύω ότι πρέπει κάποιος να νοσηλεύεται με το παραμικρό. Δηλαδή, αντί να νοσηλευτεί, καλύτερα να πάει να μιλήσει σε ένα ψυχολόγο. Είναι καλό, να μην φτάνεις σε αυτές τις πόρτες. Επειδή το χω ζήσει, σε γυρνάνε πίσω. Το να νοσηλευτείς, σε γυρνά πίσω και μετά χρειάζεται πολύ προσπάθεια να ξαναφτάσεις στο ίδιο επίπεδο.

Σ8: Ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας τώρα, εκτός ψυχιατρείου;

Γ8: Φυσικά, η φαρμακευτική αγωγή..και οι ψυχολόγοι βέβαια.. και από κει και πέρα παίζει σημαντικό ρόλο και το οικογενειακό περιβάλλον, γιατί οικογένεια με οικογένεια, έχει μεγάλη διαφορά.

Σ9: Σ' ευχαριστώ πολύ.

Γ9: Κι εγώ σε ευχαριστώ.

Διάρκεια συνέντευξης: 17 λεπτά.

1.4 Η συνέντευξη του Μιχάλη

Τέταρτη 12/8/2009. Συνέντευξη με τον Μιχάλη, ο οποίος έχει νοσηλευτεί στο ψυχιατρείο τρεις φορές και τώρα εργάζεται στο κυλικείο στο κέντρο ψυχικής υγείας στο οποίο επίσης παρακολουθείται.

Σ1: Γιατί ήταν αναγκαίο το κλείσιμο του ψυχιατρείου;

M1: Ήταν αποθήκη ψυχών εκεί. Ήταν όλοι οι άνθρωποι στοιβαγμένοι, ο ένας πάνω στον άλλον, γίνονταν έκτροπα πράγματα.. που βλέπαμε εμείς που δουλεύαμε, γιατί δούλευα και στην καντίνα του ψυχιατρείου. Γινόταν πολλά πράγματα, ακούγαμε κιάλας διάφορα, βλέπαμε ξυλοδαρμούς αρρώστων, βλέπαμε δεμένους αρρώστους στα κρεβάτια, είχε καεί και ένας άρρωστος. Και ήταν αναγκαίο να κλείσει για να αποασυλοποιηθούν και πρώτα οι εργαζόμενοι και οι ασθενείς. Γι' αυτό.

Σ2: Εσύ ήσουν εκεί στην φάση εξόδου των ασθενών;

M2: Ναι.

Σ3: Πως έγινε;

M3: Έκλεινε μια κλινική, έβρισκαν ένα κτήριο στα Χανιά, που μπορεί να μην ήταν και το πιο κατάλληλο στην αρχή, γιατί βιαζόντουσαν να κλείσουν για να μην χάσουν τα κονδύλια από την Ε.Ε., και φεύγανε με το λεωφορείο του ψυχιατρείου και μένανε εκεί στον καινούριο χώρο. Απότομο μεν, αλλά χρειαζόταν. Αναγκαίο.

Σ4: Ποια πιστεύεις ότι ήταν η ουσιαστική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

M4: Εγώ πιστεύω ότι οι δομές είναι καλύτερο να υπάρχουν, γιατί στο ψυχιατρείο, τους αφήναν εκεί πέρα, έκαναν την νοσηλεία, και αν δεν ήσουν καλά ξανανοσηλευόσουν, ενώ τώρα έχει αλλάξει, γιατί πας στο νοσοκομείο, σαν απλός, όπως ο άλλος έχει ένα κάταγμα στο πόδι και πάει.. έτσι και στο ψυχιατρικό του νοσοκομείου. Ενώ στο ψυχιατρείο ήταν ένα ίδρυμα ουσιαστικά. Ενώ τώρα έχει αλλάξει γενικά και ο τρόπος. Θέλω να πιστεύω δηλαδή.

Σ5: Ποιες οι διαφορές για σένα και την οικογένεια σου τώρα;

M5: Εγώ πάντα, δεν είχα πρόβλημα ιδιαίτερο με το ψυχιατρείο σαν ίδρυμα, γιατί όσες φορές είχα νοσηλευτεί στο ψυχιατρείο Χανίων, δυο φορές είχα νοσηλευτεί στο ψυχιατρείο Χανίων και μια στο ψυχιατρικό στο νοσοκομείο.. εντάξει, είναι πολύ καλύτερα.

Σ6: Για αυτούς που μένανε μόνιμα στο ψυχιατρείο ή για αυτούς που έμπαιναν και έβγαιναν μετά, πιστεύεις υπάρχουν διαφορές;

M6: Ναι, γιατί και το κτήριο ήταν παλιό, υπήρχε μια τουαλέτα δηλαδή για όλο το.. για 50 άτομα που ήταν το περίπτερο.. και τώρα είναι πιο άνετα, έχει δωμάτια καθαρά, είναι πιο ωραία.

Σ7: Πιστεύεις ότι οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογενείας έχουν γίνει καλύτερες;

M7: Ε, σίγουρα είναι καλύτερες. Γιατί αλλιώς είναι να είσαι έγκλειστος στο ψυχιατρείο, είναι και μακριά απ' τα Χανιά, οπότε καλύτερα είναι έξω και τους παρακολουθούν και από δω (στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας) οι κοινωνικές λειτουργοί, οι ψυχολόγοι.. και έχει αλλάξει η νοοτροπία βασικά, γιατί είναι θέμα νοοτροπίας, δεν είναι θέμα.. είναι η αποασυλοποίηση πρώτα των εργαζομένων και μετά των ασθενών.

Σ8: Ποιες ήταν οι συνθήκες ζωής και η ποιότητα διαβίωσης στο ψυχιατρείο και τώρα στην κοινότητα;

M8: Εγώ την πρώτη φορά που μπήκα στο ψυχιατρείο, με είχε πάει η μητέρα μου, γιατί είχα υπερένταση και αυτά.. και είχα κάνει κάποιες βλακειές.. και είχα νοσηλευτεί εκεί .. και την πρώτη βραδιά μου έκαναν μια ένεση, με έβαλαν στην απομόνωση, δεν με δέσανε, δεν με έχουν δέσει ποτέ, αλλά εντάξει.. έχει αλλάξει τώρα, είναι διαφορετικά. Είναι πιο ανθρώπινα πιστεύω. Αλλιώς είναι να είσαι μέσα στο ψυχιατρείο και αλλιώς είναι να είσαι έξω στην κοινωνία.

Σ9: Ποιες πιστεύεις ότι είναι οι δυνατότητες θεραπείας τώρα; Εκτός ψυχιατρείου.

M9: Βασικά είναι η θεραπεία.. εξελίσσονται και τα φάρμακα και εξελίσσεται και ο άνθρωπος. Είναι πιο ωραία έξω από το ψυχιατρείο, γιατί σε βλέπουν.. πας σαν επισκέπτης, σε παρακολουθεί ο γιατρός σου, φεύγεις, σου γράφει τα φάρμακα, τα παίρνεις.. Απλά εμείς που δεν έχουμε ασφάλεια είναι λίγο μπέρδεμα μέχρι να πάρουμε τα φάρμακα. Εγώ που παίρνω τα φάρμακα τώρα από δω, είναι ευκολία.

Σ10: Θέλεις να προσθέσεις κάτι για το τέλος;

M10: Χαίρομαι που έκλεισε το ψυχιατρείο. Ίσως για τους αρρώστους τους χρόνιους να μην είναι πιο καλά.. γιατί όταν είσαι σε αν σπίτι και έχει μια αυλή 10*10 και βγαίνουν 5 άτομα.. δεν .. αυτό είναι καλό γι' αυτούς που είναι λειτουργικοί, που μπορούν να κάνουν παρέες, να βγουν έξω στην κοινωνία. Γι' αυτούς πιστεύω ότι είναι καλύτερο τώρα που έκλεισε, γι' αυτούς που κάνανε μια νοσηλεία και φεύγανε. Γιατί έρχονταν και από το Ηράκλειο, που τους έφερναν με το περιπολικό ή με τις κλούβες, δεμένους με χειροπέδες.. αυτό τώρα πιστεύω ότι δεν υπάρχει γιατί έχει γίνει και στο Ηράκλειο και στο Ρέθυμνο ψυχιατρικός τομέας. Και πιστεύω αυτά θα έχουν εξαλειφθεί σε ένα μεγάλο βαθμό.

Σ11: Σε ευχαριστώ πάρα πολύ.

M11: Και εγώ σε ευχαριστώ πάρα πολύ. Να 'σαι καλά.

Διάρκεια συνέντευξης: 12 λεπτά.

1.5 Η συνέντευξη του Σπύρου

Τετάρτη 2/9/2009. Συνέντευξη με τον Σπύρο, ο οποίος έχει νοσηλευτεί 15 χρόνια στο ψυχιατρείο Χανίων και 20 χρόνια σε δομές αποασυλοποίησης. Τώρα ζει σε ένα διαμέρισμα στο κέντρο των Χανίων, με δυο συγκατοίκους.

Σ1: Γιατί ήταν αναγκαίο να κλείσει το ψυχιατρείο;

Σπ1: Εεε.. ήταν η ανάγκη να κλείσει το ψυχιατρείο γιατί αυτό το ψυχιατρείο που έχουμε στα Χανιά, έχει ανοίξει πολλά χρόνια εκεί πέρα, από παλιές εποχές.. και κάτι δεν πήγαινε καλά εκεί πέρα.. πολλά νέα παιδιά έχουν μαρτυρήσει..έχουν περάσει πολλά βάσανα, πολλές στενοχώριες, πολύ ξύλο, πολύ κακοποίηση, από τους νοσηλευτές, ξύλο, μπουνιές, κλωτσιές.. δεν.. δεν.. δεν λειτουργούσαν σωστά και ήταν πολύ άγριοι, πολύ κακοί.. όχι βέβαια όλοι.. αλλά οι πιο πολλοί. Κανείς δεν είναι τέλειος, αλλά αν ήταν 150 άτομα, οι 10 να ήταν καλοί και να αγαπούσαν τους αρρώστους. Οι άλλοι ήταν να μπεκροπίνουν, να χτυπούν τους αρρώστους, και αυτά..

Σ2: Πως ξεκίνησε η φάση εξόδου των ασθενών από το ψυχιατρείο;

Σπ2: Αυτά ξεκίνησαν.. από επανένταξη τώρα μέσα.. Εγώ είχα κάνει ψυχιατρείο στο 7 πολλά χρόνια, μετά φτιάξανε ένα θερμοκήπιο στα Περιβόλια, μετά ένα ξυλουργείο, έναν αργαλειό, μια καφετέρια μέσα στο ψυχιατρείο που δούλεψα εγώ εκεί 10 χρόνια.. ένα κυλικείο, που ερχόντουσαν οι ασθενείς να πιουν το καφεδάκι τους, να πάρουν τα τσιγάρα τους, να φάνε κάτι.. Δούλεψα εγώ εκεί 10 χρόνια. Ο ξενώνας.. ξεκίνησε.. μας βοηθούσαν και οι γιατροί, ο κύριος Κοκκινάκος, ο κύριος Λιοδάκης.. αυτοί περισσότερο. Εγώ δούλεψα στο θερμοκήπιο και μετά μπήκα σε ξενώνα. Στο θερμοκήπιο είχαμε ντομάτες, καρπούζια, κοτούλες, κουνελάκια..

Σ3: Ποια είναι η πιο σημαντική διαφορά του ψυχιατρείου με τις δομές αποασυλοποίησης;

Σπ3: Μεγάλη διαφορά παιδί μου, γιατί τα παιδιά στο ψυχιατρείο παλιά, όταν μπαίναμε, σου λέγανε επί εποχής Καρτάκη και τέτοια, ότι άμα υπογράψει η μάνα σου ή ο πατέρας σου, θα φύγεις. Αλλιώς δεν φεύγεις. Θα μείνεις εκεί ισόβια. Πολλά πράγματα τέτοια.

Σ4: Ποιες είναι τώρα οι διαφορές για σένα και την οικογένεια σου;

Σπ4: Οι διαφορές τώρα για μένα και την οικογένεια μου, είναι ότι.. τα αδέρφια μου και αυτά.. τα ανίψια μου.. όλοι.. μ' αγαπάνε, παράπονο δεν έχω και απ' τα ανίψια μου, κανένα. Δεν θέλω να γίνομαι βάρος τους, γιατί έχουν την οικογένεια τους, τα παιδιά τους.. πάντως εγώ δεν έχω κανένα παράπονο από κανένα ανίψι, από κανένα αδέρφι. Τους αγαπάω και μ' αγαπάνε.

Σ5: Ποιες ήταν οι συνθήκες διαβίωσης στο ψυχιατρείο και τώρα, πίσω στην κοινότητα;

Σπ5: Ε, στο ψυχιατρείο.. εντάξει δεν περνούσαμε και καλά τα χρόνια εκείνα. Γιατί οι νοσοκόμοι μας θεωρούσαν τρελούς. Σου λέγανε έχεις μποφόρια και εννοούσαν έχεις τρέλα! Όχι μόνο σε μένα και σε άλλα παιδιά, από Χανιά, Ρέθυμνο, Ηράκλειο, Λασιθί. Άλλοι ήταν μπεκρήδες..

Σ6: Τώρα έχει αλλάξει;

Σπ6: Τώρα έχει αλλάξει! Είναι η επανένταξη μέσα. Εγώ έκατσα στην Ν. Χώρα (περιοχή των Χανίων, αναφέρεται στο διαμέρισμα στο οποίο έμενε) 4 χρόνια, στην Πολυρηνία (ξενώνας) 10 χρόνια, εδώ (σε διαμέρισμα) είμαι άλλα 6 χρόνια.. μετά η ζωή μου ξεκίνησε! Να ' ναι καλά ο κος Κοκκινάκος και ο κος Λιοδάκης, αυτοί μας ξεκίνησαν τα θερμοκήπια, έδωσε λεφτά και η Ε.Ε., αλλά αυτοί οι δυο.. τους αγαπάω πάρα πολύ. Με βοήθησαν. Τα πράγματα αλλάξαν, τα παλιά, το ξύλο, οι ραβδιές, οι κλωτσιές και τα δεσίματα τέλειωσαν!

Σ7: Ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας τώρα, εκτός ψυχιατρείου;

Σπ7: Αυτά έχουν αλλάξει όλα ρε παιδί μου. Τα χρόνια εκείνα δεν υπήρχαν καλά φάρμακα. Δεν υπήρχαν.. ενέσιμα και καλά. Τότε μας δένανε.. στις απομονώσεις, ξύλο, ραβδί.. αλλά δεν υπήρχαν φάρμακα καλά.. δεν υπήρχαν.. η επιστήμη όμως τώρα έχει προχωρήσει και είναι όλα καλύτερα! Από 17 χρονών που αρρώστησα και είμαι τώρα 53, αισθάνομαι να είμαι 16 χρονών παιδάκι. Ξαναβρήκα τον εαυτό μου. Μέχρι και μπάλα αγόρασα και έχω χάσει 10 κιλά. Και λέω και στον Νίκο τον φίλο μου και τον Γιάννη το φίλο μου (οι δυο συγκάτοικοι του Σπύρου), να σας πάρω στο γήπεδο να πάμε να παίξουμε μπάλα. Εμείς με τον Νίκο γνωριζόμαστε 33 χρόνια. Μια ολόκληρη ζωή. Και με τον Γιάννη τον συγκάτοικο μου, είναι πολύ καλό παιδί. Τους αγαπάω. Είμαστε αγαπημένα παιδιά.

Σ8: Σε ευχαριστώ πολύ.

Σπ8: Και εγώ.

Διάρκεια συνέντευξης: 22 λεπτά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων. (1993). *Κείμενα Εκπαιδευτικής Διημερίδας*. Έκδοση: Πρόγραμμα Αποκατάστασης "Προσπαθήστε Μαζί Μας".
- Κοκκινάκος, Γ. (2007). *Σημειώσεις για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Το παράδειγμα της Κρήτης*. Χανιά.
- Μαδιανός, Μ. (2005). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ. (1994). *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της*. Ελληνικά Γράμματα.
- Σίμος, Π. & Κομίλη, Α. (2003). *Μέθοδοι έρευνας στην Ψυχολογία και την Γνωστική Νευροεπιστήμη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Blue, A. (1999b). *Η δημιουργία της Ελληνικής Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις Εξάντας.